

RP 149/2024 rd

Regeringens proposition till riksdagen med förslag till lag om ändring av hälso- och sjukvårdslagen och till lagar som har samband med den

PROPOSITIONENS HUVUDSAKLIGA INNEHÅLL

I denna proposition föreslås det att hälso- och sjukvårdslagen ändras tills vidare och temporärt samt att socialvårdslagen och lagen om genomförande av reformen av social- och hälsovården och räddningsväsendet och om införande av den lagstiftning som gäller reformen ändras.

Enligt propositionen ändras lagstiftningen om jour och operativ verksamhet inom hälso- och sjukvården.

I fortsättningen kan varje välfärdsområde ha ett universitetssjukhus eller centralsjukhus som finns på en angiven ort och som får och är skyldigt att upprätthålla sådan jour dygnet runt inom flera specialområden som är tillgänglig för befolkningen och säkerställer sjukhusets verksamhet. I Nyland kan HUS-sammanslutningen dock på basis av sitt beslut driva sådana sjukhus på fler än en ort. Den föreslagna lagen innehåller bestämmelser om på vilka orter det är möjligt att upprätthålla jour dygnet runt inom primärvården och på vilka orter det är möjligt att upprätthålla alternativt begränsad jour dygnet runt inom den specialiserade sjukvården.

Kravet på att sådan operativ verksamhet som kräver operationssal och anestesi ska sammanslås i sin helhet till de sjukhus som har jour dygnet runt inom flera specialområden lindras. En del av sådan dagkirurgi samt sådan operativ verksamhet inom olika specialområden som förutsätter endast kortvarig eftervård, vilka kräver operationssal och anestesi, kan utföras vid de sjukhus som anges i lagen. Dessutom kan vissa mindre åtgärder som kräver narkos eller lokalbedövning och som förutsätter anesthesiologisk kompetens utföras också vid en annan verksamhetsenhet inom hälso- och sjukvården. Närmare bestämmelser om de operationer och åtgärder som avses ovan utfärdas genom förordning av statsrådet.

I lagen förtydligas också bestämmelserna om under vilka förutsättningar operationer och andra ovan avsedda åtgärder kan skaffas från andra tjänsteproducenter.

Bestämmelserna om bedömningen av behovet av brådskande vård och den brådskande mottagning inom primärvården som ordnas på kvällar samt dagtid på veckoslut preciseras. Dessutom preciseras bestämmelserna om jour och operativ verksamhet på vissa andra punkter.

Propositionen hänför sig till den kompletterande budgetpropositionen för 2025 och avses bli behandlad i samband med den.

De föreslagna lagarna avses träda i kraft den 1 oktober 2025. Lagen om temporär ändring av hälso- och sjukvårdslagen gäller dock den 1 januari–30 september 2025. Det föreslås bestämmelser om övergångsperioder för vissa av ändringarna.

INNEHÅLL

PROPOSITIONENS HUVUDSAKLIGA INNEHÅLL	1
MOTIVERING	5
1 Bakgrund och beredning.....	5
1.1 Bakgrund.....	5
1.2 Beredning.....	6
2 Nuläge och bedömning av nuläget	7
2.1 Nuläge.....	7
2.1.1 Ordning av social- och hälsovård.....	7
2.1.2 Sjukhusen i Finland samt arbetsfördelningen inom jouren, den operativa verksamheten och den specialiserade sjukvården i övrigt.....	13
2.1.3 Brådskande vård och jour	21
2.1.4 Förlossningar i Finland.....	25
2.1.5 Prehospital akutsjukvård och läkarhelikopterverksamhet	31
2.1.6 Vårdsområdenas finansiering och ersättningar mellan vårdsområdena.....	37
2.1.7 Styrning av servicesystemet	40
2.1.8 Befolkningsutveckling.....	42
2.1.9 Personalsituation.....	45
2.2 Bedömning av nuläget	52
2.2.1 Allmänt om verksamhetsmiljön.....	52
2.2.2 Bedömning av personalsituationen.....	55
2.2.3 Utredningar om jour samt arbetsfördelningen inom den specialiserade sjukvården	56
2.2.3.1 Förslag från arbetsgruppen för servicenivåerna, arbetsfördelningen och samarbetet vid sjukhus och jourer inom den specialiserade sjukvården	56
2.2.3.2 Utredning av arbetsgruppen för nationell arbetsfördelning för somatisk specialiserad sjukvård inom barnsjukdomar.....	59
2.2.3.3 Statens revisionsverks revisionsberättelse om centralisering av hälso- och sjukvårdstjänsterna	60
2.2.4 Utvecklingsprojekt och program som gäller servicesystemet	63
2.2.5 Bedömning av verksamhetsmiljön, regleringen och praxis i fråga om sjukhusen och jouren dygnet runt.....	67
2.2.6 Förlossningar	78
2.2.7 Samjour dygnet runt som förutsättning för operativ verksamhet	79
2.2.8 Prehospital akutsjukvård.....	88
2.2.9 Beredskap och förberedelser inom servicesystemet	90
2.3 Granskning av vissa sjukhus och jourheter i enskilda vårdsområden och samarbetsområden	91
2.3.1 Allmänt	91
2.3.2 Bedömning av vissa sjukhus som har samjour och operativ verksamhet dygnet runt	94
2.3.2.1 Andra sjukhus som upprätthålls av vårdsområden som är huvudmän för ett universitetssjukhus.....	94
2.3.2.2 Lapplands och Södra Savolax vårdsområden.....	97
2.3.2.3 Bedömning.....	99

2.3.3 Enheter inom primärvården och akutmedicinen som verkar dygnet runt med undantagstillstånd av social- och hälsovårdsministeriet.....	103
3 Målsättning.....	108
4 Förslagen och deras konsekvenser.....	109
4.1 De viktigaste förslagen.....	109
4.2 De huvudsakliga konsekvenserna.....	111
4.2.1 Ekonomiska konsekvenser.....	111
4.2.1.1 Konsekvenser för statsfinanserna.....	113
4.2.1.2 Konsekvenser för välfärdsområdenas ekonomi.....	124
4.2.1.3 Konsekvenser för företagen.....	129
4.2.1.4 Konsekvenser för hushållen.....	132
4.2.1.5 Konsekvenser för regionekonomin.....	133
4.2.2 Konsekvenser för verksamheten i välfärdsområdena.....	135
4.2.2.1 Konsekvenser för sådan jour dygnet runt inom primärvården samt den specialiserade sjukvården som är tillgänglig för befolkningen.....	135
4.2.2.2 Konsekvenser för den operativa verksamheten och vissa åtgärder.....	138
4.2.2.3 Konsekvenser för skötseln av förlossningar.....	139
4.2.2.4 Konsekvenser för den prehospitala akutsjukvården.....	140
4.2.2.5 Konsekvenser för välfärdsområdenas lokaler, utrustning och investeringar.....	142
4.2.2.6 Konsekvenser för servicesystemets beredskap och hanteringen av störningar.....	143
4.2.3 Konsekvenser för andra myndigheter.....	143
4.2.3.1 Försvarsmakten.....	143
4.2.3.2 Enheten för hälso- och sjukvård för fångar och Brottspåföljdsmyndigheten.....	144
4.2.3.3 Statens sinnessjukhus.....	146
4.2.3.4 Polisen.....	146
4.2.3.5 Tillsynsmyndigheter.....	147
4.2.4 Konsekvenser för människor och samhälle.....	147
4.2.4.1 Allmänt om konsekvenserna för befolkning, patienter och kunder.....	147
4.2.4.2 Äldre personer.....	153
4.2.4.3 Personer med funktionsnedsättning.....	153
4.2.4.4 Barn, unga och familjer.....	154
4.2.4.5 Konsekvenser för könen.....	155
4.2.4.6 Personer som använder mentalvårdstjänster och service inom alkohol- och drogarbete.....	156
4.2.4.7 Språkliga rättigheter.....	157
4.2.4.8 Patientsäkerhet.....	159
4.2.4.9 Konsekvenser för personalen och sysselsättningen.....	164
4.2.4.10 Konsekvenser för utbildningen.....	168
4.2.5 Konsekvenser för den regionala självstyrelsen.....	172
4.2.6 Miljökonsekvenser.....	173
5 Alternativa handlingsvägar.....	173
5.1 Handlingsalternativen och deras konsekvenser.....	173
5.2 Lagstiftning och andra handlingsmodeller i utlandet.....	175
5.2.1 Allmänt.....	175
5.2.2 Sverige.....	175

5.2.3 Danmark	177
5.2.4 Norge	178
6 Remissvar	179
7 Specialmotivering	187
7.1 Hälsa- och sjukvårdslagen	187
7.2 Lagen om temporär ändring av 45 och 50 § i hälsa- och sjukvårdslagen	203
7.3 Socialvårdslagen	205
7.4 Lagen om genomförande av reformen av social- och hälsovården och räddningsväsendet och om införande av den lagstiftning som gäller reformen	205
8 Bestämmelser på lägre nivå än lag	205
9 Ikraftträdande	207
10 Verkställighet och uppföljning	208
11 Förhållande till andra propositioner	208
11.1 Samband med andra propositioner	208
11.2 Förhållande till budgetpropositionen	208
12 Förhållande till grundlagen samt lagstiftningsordning	209
LAGFÖRSLAG	221
1. Lag om ändring av hälsa- och sjukvårdslagen	221
2. Lag om temporär ändring av 45 och 50 § i hälsa- och sjukvårdslagen	225
3. Lag om ändring av 29 a § i socialvårdslagen	227
4. Lag om upphävande av 59 § i lagen om genomförande av reformen av social- och hälsovården och räddningsväsendet och om införande av den lagstiftning som gäller reformen	228
BILAGA	229
PARALLELTEXT	229
1. Lag om ändring av hälsa- och sjukvårdslagen	229
2. Lag om temporär ändring av 45 och 50 § i hälsa- och sjukvårdslagen	238
3. Lag om ändring av 29 a § i socialvårdslagen	242

MOTIVERING

1 Bakgrund och beredning

1.1 Bakgrund

Under föregående regeringsperiod genomfördes efter flera års beredning en betydande strukturreform inom social- och hälsovården när ansvaret för ordnande av social- och hälsovården och räddningsväsendet i början av 2023 överfördes från kommunerna och samkommuner till 21 välfärdsområden, Helsingfors stad och HUS-sammanslutningen. Den följande fasen i reformen är att se över lagstiftningen om tjänster, och som ett led i den även sjukhusens uppgifter, dvs. särskilt jourernas och den specialiserade sjukvårdens arbetsfördelning ur ett riksomfattande perspektiv.

Servicesystemets verksamhetsmiljö har förändrats avsevärt jämfört med den tid då servicenätverket och hierarkin vid sjukhusen och jourerna dygnet runt inom hälso- och sjukvården utformades under gångna årtionden. Den betydligt sämre tillgången på kompetens och yrkeskunnig personal innebär en utmaning för servicesystemet i fråga om nästan alla social- och hälsovårdstjänster och yrkesgrupper inom social- och hälsovården i hela landet och det finns inga snabba lösningar i sikte. Den moderna specialiserade sjukvården behöver sektorsövergripande specialkompetens och många slags stödtjänster, och det krävs en tillräckligt stor patientvolym för att man ska kunna ordna vården på ett effektivt sätt. En utmaning för välfärdsområdenas verksamhet, och för de offentliga finanserna i vidare bemärkelse, är också hur finansieringen ska räcka till. Mer än en tredjedel av välfärdsområdenas finansiering går till kostnaderna för specialiserad sjukvård. Lagstiftningen måste revideras så att den motsvarar den nya verksamhetsmiljön för välfärds- och samarbetsområdena samt kraven på beredskap. Detta är nödvändigt för att man ska kunna säkerställa att servicestrukturen, servicenätverket och servicenivåerna vid sjukhus och jurer är jämlika, nationellt ändamålsenliga och kostnadseffektiva samt i balans när det gäller personalresurser och ekonomiska resurser. Föregående gång som sjukhusjuren och arbetsfördelningen inom den specialiserade sjukvården ändrades var genom de lag- och förordningsändringar som genomfördes 2016–2018.

Enligt regeringsprogrammet för statsminister Petteri Orpos regering är det dags för en reform av servicen inom social- och hälsovården. Enligt regeringsprogrammet ska beredningen av helheten med sjukhus och jurer bli klar 2024 med beaktande av både långa avstånd och språkliga rättigheter. Helheten bereds i samarbete med välfärdsområdena och samarbetsområdena. Enligt regeringsprogrammet revideras dessutom bestämmelserna om arbetsfördelningen inom den specialiserade sjukvården. Tillgången till vård för sällsynta sjukdomar och vårdens kvalitet förbättras genom att kompetensen säkerställs vid universitetssjukhusen och över välfärdsområdenas och samarbetsområdenas gränser och dessutom utökas välfärdsområdenas möjligheter att avtala om samarbete inom den specialiserade sjukvården och ordna dagkirurgisk verksamhet (inkl. anestesi) också vid sådana sjukhus där det inte finns jour dygnet runt. Välfärdsområdenas möjligheter att välja det mest ändamålsenliga sättet att tillhandahålla de social- och hälsovårdstjänster som de ansvarar för att ordna ska förbättras. Hinder för en modell med flera producenter undanröjs i lagstiftningen och på så sätt ökas välfärdsområdenas och samarbetsområdenas möjligheter att ordna tjänster på ett effektivt och framför allt ur invånarnas synvinkel högklassigt, verkningsfullt och kostnadseffektivt sätt. Det görs möjligt att med undantagstillstånd upprätthålla jour dygnet runt inom primärvården vid de nuvarande jurenheterna till utgången 2025. Välfärdsområdena finansierar sjukhusens och jourernas verksamhet med finansiering med allmän täckning utan

särskilda ersättningar. Enligt regeringsprogrammet revideras dessutom hälso- och sjukvårdslagen.

1.2 Beredning

Regeringens proposition har beretts vid social- och hälsovårdsministeriet i samarbete med finansministeriet och Institutet för hälsa och välfärd. Projekthandlingarna (projektnummer VN/31908/2023 och STM093:00/2023) finns på projektsidan <https://stm.fi/sv/projekt?tunnus=STM093:00/2023>.

Hösten 2023 arbetade en av social- och hälsovårdsministeriets kanslichef tillsatt arbetsgrupp bestående av tjänstemän från välfärdsområdena, social- och hälsovårdsministeriet och finansministeriet med att utreda servicenivåerna, arbetsfördelningen och samarbetet vid sjukhusen för den nationella specialiserade sjukvården och jourmottagningar samt en styrgrupp för arbetsgruppen (projektnummer VN/24983/2023 och STM003:00/2024). Arbetsgruppens uppdrag var att klarlägga nuläget och bedöma framtida alternativ samt att utarbeta förslag till servicenivåer, arbetsfördelning och samarbete vid sjukhusen inom den specialiserade sjukvården och jourer dygnet runt inom hälso- och sjukvården enligt verksamhet och specialområde inom samarbetsområdena och nationellt på kort och längre sikt. Styrgruppens uppgift var att säkerställa och stödja arbetsgruppens arbete så att det skulle framskrida i överensstämmelse med målen och uppdragen. Arbetsgruppens förslag publicerades den 11 januari 2024. Förslagen finns på arbets- och styrgruppens projektsida: <https://stm.fi/sv/projekt?tunnus=STM003:00/2024>. Under arbetsgruppens arbete insåg man att förslagen förutsätter ytterligare bedömning av många frågor. Bedömningen har gjorts under beredningen av denna regeringsproposition.

Social- och hälsovårdsministeriet tillsatte för tiden 15 november 2023–15 februari 2024 en arbetsgrupp för nationell arbetsfördelning för somatisk specialiserad sjukvård inom barnsjukdomar. Arbetsgruppens uppgift var att samla in synpunkter och utarbeta förslag om bestämmelserna, avtalen och styrningen i anknytning till den somatiska specialiserade sjukvården för barn. Den genomförde också pilotförsök för att undersöka hur aktörerna genom sitt samarbete, sitt medicinska kunnande och sina erfarenheter av att ordna tjänster kan stödja ministeriet vid lagberedningen och styrningen. Arbetsgruppen överlämnade sin rapport ”Lasten julkisen erikoissairaanhoidon turvaaminen Suomessa SOTE-uudistuksen oloissa. Tunnistettuja tarpeita säädösuudistuksille ja kansallisen tason ohjaukseen.” (ung. ”Tryggande av offentlig specialiserad sjukvård för barn i Finland i social- och hälsovårdsreformen. Identifierade behov av lagreformer och styrning på nationell nivå.”)¹ till ministeriet den 15 februari 2024.

I enlighet med regeringsprogrammet har social- och hälsovårdsministeriet inlett en nationell servicereform, där servicesystemet utvecklas genom lagstiftning, program- och projektarbete och en reform av styrsystemet (projektnummer VN/32594/2023 och STM098:00/2023; <https://stm.fi/sv/projekt?tunnus=STM098:00/2023>). Reformen omfattar fem helheter, som har identifierats som och utsetts till sådana som ska beaktas i projekt i anslutning till servicereformen: stärkt förebyggande, stärkt integration, tillgång och kontinuitet, tydligare servicesystem, ökad effekt och kostnadsnyttoeffektivitet, samt stärkt beredskap och hantering

1

<https://stm.fi/documents/1271139/203149650>Lastentautien+somaattisen+erikoissairaanhoidon+kansallinen+ty%C3%B6n+jako+%E2%80%93+ty%C3%B6ryhm%C3%A4n+loppuraportti+15.2.2024.pdf/4243805c-1115-395a-6279-e9f1b4250c6b?t=1708497596806>

av störningar. Denna regeringsproposition är ett lagstiftningsprojekt inom den nationella servicereformen. Projektet har följts i styrgruppen för den nationella servicereformen.

Som ett led i lagberedningen ordnades den 12 och den 14 februari 2024 två workshoppar med samma innehåll för centrala intressentgrupper. Intressentgrupperna gavs också möjlighet att lämna in skriftliga kommentarer och material.

Social- och hälsovårdsministeriet utarbetade en enkät för välfärdsområdena genom vilken man samlade in information om verksamheten vid sjukhus och enheter inom primärvården med jour. Begäran om uppgifter var öppen under tiden 12 februari–8 mars 2024. Informationen har utnyttjats i propositionens beskrivning och bedömning av nuläget samt i konsekvensbedömningarna.

Social- och hälsovårdsministeriet ordnade den 5 juni 2024 en diskussion för välfärdsområdenas professionsledare inom vårdarbete och nätverket för YH prefekter inom hälsovårdsbranschen, där man hörde åsikter om propositionens konsekvenser för utbildningen av och praktiken för hälso- och sjukvårdspersonal. Propositionen och dess konsekvenser för läkarutbildningen behandlades också på ett möte den 22 maj 2024 för samordningssektionen för specialistläkarutbildning och specialisttandläkarutbildning samt för den särskilda allmänläkarutbildningen. Dessutom har projektet presenterats på flera olika evenemang för intressentgrupperna.

Det finskspråkiga utkastet till regeringsproposition var ute på remiss 21 maj–1 juli 2024. Det svenskspråkiga utkastet var ute på remiss 18 juni–11 augusti 2024. Den svenskspråkiga remissbehandlingen var längre än den finskspråkiga eftersom den sammanföll med den allmänna semesterperioden. Utlåtandena finns att läsa på projektsidan <https://stm.fi/sv/projekt?tunnus=STM093:00/2023>. Remissvaren behandlas i avsnitt 6.

Rådet för bedömning av lagstiftningen har gett utlåtande om propositionen (rådets utlåtande 23.9.2024, VN/25767/2024)². Utlåtandet och de preciseringar som gjorts på grund av det beskrivs mer ingående i avsnitt 6.

Propositionen behandlades i Delegationen för välfärdsområdenas ekonomi och förvaltning den 27 augusti 2024.

Regeringens proposition innehåller ett förslag till ändring av lagstiftningen om operativ verksamhet. I anslutning till samma regleringshelhet överlämnades i slutet av statsminister Sipiläs regeringsperiod en regeringsproposition till riksdagen (RP 312/2018 rd), där det föreslogs bestämmelser om de förutsättningar under vilka sjukvårdsdistriktet skulle ha kunnat ordna sådan icke-brådskande operativ verksamhet som kräver anestesi och operationssal och sådana icke-brådskande ingrepp som kräver allmän anestesi vid en sådan verksamhetsenhet i sjukvårdsdistriktet som inte har samjour dygnet runt för primärvården och den specialiserade sjukvården. Propositionen förföll i riksdagen.

² <https://valtioneuvosto.fi/-/lainsaadannon-arviointineuvosto-terveydenhuoltolain-muutos-on-hyvin-valmisteltu>

2 Nuläge och bedömning av nuläget

2.1 Nuläge

2.1.1 Ordnanande av social- och hälsovård

Enligt 19 § 1 mom. i grundlagen har alla som inte förmår skaffa sig den trygghet som behövs för ett människovärdigt liv rätt till oundgänglig försörjning och omsorg. Enligt 19 § 3 mom. ska det allmänna, enligt vad som närmare bestäms genom lag, tillförsäkra var och en tillräckliga social-, hälsovårds- och sjukvårdstjänster samt främja befolkningens hälsa. Enligt 6 § 1 mom. i grundlagen är alla lika inför lagen. Enligt 6 § 2 mom. får ingen utan godtagbart skäl särbehandlas på grund av kön, ålder, ursprung, språk, religion, övertygelse, åsikt, hälsotillstånd eller handikapp eller av någon annan orsak som gäller hans eller hennes person.

I Fastlandsfinland ordnas social- och hälsovårdstjänster av 21 välfärdsområden, Helsingfors stad och HUS-sammanslutningen. För samordning, utveckling och samarbete på regional nivå rörande den social- och hälsovård som ordnas av välfärdsområdena finns dessutom fem samarbetsområden för social- och hälsovården. Bestämmelser om ordnandet av social- och hälsovård finns i lagen om ordnande av social- och hälsovård (612/2021). Bestämmelser om välfärdsområdenas verksamhet, ekonomi och förvaltning samt om granskningen av ekonomin och förvaltningen finns i lagen om välfärdsområden (611/2021).

I Nyland avviker ansvaret för ordnande av social- och hälsovård från lösningen i övriga landet så att fyra välfärdsområden och Helsingfors stad svarar för ordnandet av tjänster. Dessutom ansvarar HUS-sammanslutningen för de funktioner och uppgifter inom den specialiserade sjukvården som sammanslutningen har enligt lag och enligt organiseringsavtalet för HUS. I lagen om ordnande av social- och hälsovården och räddningsväsendet i Nyland (615/2021, *Nylandslagen*) finns det bestämmelser om ansvaret för att ordna social- och hälsovården i Nyland samt om ordnande av förvaltningen och ekonomin i anslutning till ordnandet av social- och hälsovården och räddningsväsendet i Nyland. Enligt 5 § i Nylandslagen ansvarar HUS-sammanslutningen för bland annat tjänster som centraliseras till HUS-sammanslutningen med stöd av 45 § i hälso- och sjukvårdslagen (1326/2010) och andra med dessa jämförbara tjänster inom den specialiserade sjukvården som på motsvarande sätt kräver att de ska kunna upprepas, kräver specialkompetens inom flera områden, värdefull utrustning eller andra betydande investeringar, ordnandet av brådskande vård enligt 50 § i hälso- och sjukvårdslagen, med undantag av brådskande mottagningsverksamhet inom primärvården samt prehospital akutsjukvård enligt 39 § i hälso- och sjukvårdslagen.

Enligt 8 § i lagen om ordnande av social- och hälsovård svarar välfärdsområdet för ordnandet av social- och hälsovården inom sitt område och har organiseringsansvaret för invånarnas social- och hälsovård. Välfärdsområdet ska ha tillräcklig kompetens, funktionsförmåga och beredskap för att kunna svara för ordnandet av social- och hälsovården, och det ska sörja för att tillgången till social- och hälsovårdstjänster motsvarar invånarnas behov under alla omständigheter. För att kunna uppfylla sitt organiseringsansvar ska välfärdsområdet ha sådan yrkesutbildad social- och hälsovårdspersonal och sådan administrationspersonal och annan personal som verksamheten kräver, förfoga över lämpliga lokaler och lämplig utrustning och ha andra behövliga förutsättningar för att sköta verksamheten. Dessutom ska välfärdsområdet ha en tillräcklig egen tjänsteproduktion för att kunna uppfylla sitt organiseringsansvar.

Enligt 10 § i lagen om ordnande av social- och hälsovård ansvarar välfärdsområdet för att de social- och hälsovårdstjänster som tillhandahålls kunderna samordnas till helheter. Välfärdsområdena ska se till att sådana kunder och kundgrupper som behöver samordnade

tjänster på bred basis identifieras, att social- och hälsovården samordnas och servicekedjorna och tjänstehelheterna fastställs, att social- och hälsovårdstjänsterna samordnas med välfärdsområdets övriga tjänster och att de olika producenterna använder sig av den information som finns om en kund.

Enligt 35 § i lagen om ordnande av social- och hälsovård finns det fem samarbetsområden för social- och hälsovården för samordning, utvecklande och samarbete på regional nivå rörande den social- och hälsovård som ordnas av välfärdsområdena. Vilka välfärdsområden som hör till vart och ett av samarbetsområdena fastställs genom förordning av statsrådet så att de välfärdsområden som är huvudmän för universitetssjukhus samt HUS-sammanslutningen samtliga hör till olika samarbetsområden. Den förordning av statsrådet där områdena anges är statsrådets förordning om samarbetsområdena för social- och hälsovården (91/2022).

Enligt 36 § i lagen om ordnande av social- och hälsovård ska de välfärdsområden som hör till samma samarbetsområde för social- och hälsovården ingå ett samarbetsavtal för varje fullmäktigeperiod. Syftet med samarbetsavtalet är att säkerställa arbetsfördelningen, samarbetet och samordningen mellan de välfärdsområden som ingår i samarbetsområdet till den del detta behövs för skötseln av välfärdsområdenas lagstadgade uppgifter och för tryggandet av kostnadsnyttoeffektiviteten i social- och hälsovården. I samarbetsavtalet bestäms, med beaktande av vad som föreskrivs, arbetsfördelningen, samarbetet och samordningen mellan välfärdsområdena bland annat vid socialjour och jour inom hälso- och sjukvården och vid säkerställandet av personalen och kompetensen i den specialiserade sjukvården inom olika specialområden för att trygga en ändamålsenlig tillgång och tillgänglighet i fråga om tjänsterna. I statsrådets förordning om innehållet i och beredningen av samarbetsavtal mellan välfärdsområden (309/2023) ingår närmare bestämmelser om vissa saker man ska avtala om. Bestämmelser om vad man ska avtala om ingår också i hälso- och sjukvårdslagen, statsrådets förordning om grunderna för brådskande vård och förutsättningarna för jour inom olika medicinska verksamhetsområden (583/2017, *jourförordningen*) samt statsrådets förordning om arbetsfördelning och centralisering av vissa uppgifter inom den specialiserade sjukvården (582/2017, *förordningen om centralisering av den specialiserade sjukvården*).

Enligt 9 § i lagen om välfärdsområden får ett välfärdsområde, om inte något annat föreskrivs genom lag, producera de tjänster som omfattas av dess organiseringsansvar självt eller i samarbete med andra välfärdsområden eller enligt avtal skaffa dem av andra tjänsteproducenter. Särskilda bestämmelser om användningen av servicesedlar anges i lagen om servicesedlar inom social- och hälsovården (569/2009). Välfärdsområdena får enligt 12 § i lagen om ordnande av social- och hälsovård skaffa social- och hälsovårdstjänster som tillhandahålls kunderna från privata tjänsteproducenter på grundval av avtal, om det behövs för att sköta uppgifterna på ett ändamålsenligt sätt. Alla sådana social- och hälsovårdstjänster vilkas anskaffning inte separat har förbjudits i lag får skaffas från en privat tjänsteproducent. Enligt 12 § i lagen om ordnande av social- och hälsovård får välfärdsområdet i princip inte från en privat tjänsteproducent skaffa tjänster som är förenade med utövande av offentlig makt, individ- och familjeinriktat socialt arbete, socialjour, tjänster inom brådskande vård och jourtjänster med undantag för den brådskande mottagningsverksamhet inom primärvården under dagtid eller kvällstid och prehospital akutsjukvård – detta dock med vissa undantag, dvs. man får för enheterna för prehospital akutsjukvård, alltså centralt, skaffa ambulanstjänster, förflyttningar samt ordnande av kontakt till psykosocial stödverksamhet och vissa uppgifter i anslutning till beredskap för prehospital akutsjukvård.

Välfärdsområdet ska uppfylla sitt organiseringsansvar och sörja för att de social- och hälsovårdstjänster som omfattas av dess organiseringsansvar tillhandahålls jämlikt också när det skaffar tjänster. De tjänster som skaffas ska till innehåll, omfattning och kvantitativ andel

vara sådana att välfärdsområdet under alla omständigheter kan fullgöra sitt organiseringsansvar även när det gäller dessa tjänster.

I 13 § föreskrivs det om användning av inhyrd arbetskraft och arbetskraft som skaffas från privata tjänsteproducenter. Välfärdsområdet får använda anskaffad och inhyrd yrkesutbildad social- och hälsovårdspersonal för att komplettera sin egen yrkesutbildade social- och hälsovårdspersonal även i sådana tjänster inom brådskande vård och jour dygnet runt som avses i 50 § i hälso- och sjukvårdslagen. Vid en jourenhet ska den anskaffade och inhyrda arbetskraftens andel inom de olika grupperna av yrkesutbildade personer i så fall vara kompletterande i förhållande till den egna personalen vid välfärdsområdets verksamhetsenheter i primärvården och den specialiserade sjukvården i det område där kunderna hänvisas till jourenheten i fråga. I vissa situationer kan anskaffad och inhyrd arbetskraft även användas som annan än kompletterande arbetskraft. I paragrafen föreskrivs det också om rätt för sådan arbetskraft att bedöma vårdbehovet och fatta vårdbeslut i fråga om tjänster inom brådskande vård och jour dygnet runt.

I hälso- och sjukvårdslagen finns närmare bestämmelser om de hälso- och sjukvårdstjänster som omfattas av organiseringsansvaret och om vissa strukturer som hänför sig till organiseringen. I lagen definieras vissa centrala begrepp. Med primärvård avses uppföljning av befolkningens hälsotillstånd, hälsofrämjande verksamhet inklusive hälsorådgivning och hälsoundersökningar, mun- och tandvård, medicinsk rehabilitering och företagshälsovård som välfärdsområdet ordnar samt jourverksamhet, öppen sjukvård, hemsjukvård, hemsjukhusvård och sjukhusvård, mentalvård och missbrukar- och beroendevård som välfärdsområdet ordnar, till den del de inte ordnas inom den specialiserade sjukvården. Med specialiserad sjukvård avses hälso- och sjukvårdstjänster inom medicinska och odontologiska verksamhetsområden som hänför sig till förebyggande, undersökning, vård och behandling av sjukdomar, prehospitalkvård, jour och medicinsk rehabilitering.

Välfärdsområdena är skyldiga att ordna tjänster inom främjande av hälsan och välfärden, primärvård och specialiserad sjukvård. I fråga om icke-brådskande vård föreskrivs det om de längsta väntetiderna till vård, dvs. den s.k. vårdgarantin. I 52 § i hälso- och sjukvårdslagen ingår bestämmelser om att få vård inom den specialiserade sjukvården. Bedömningen av vårdbehovet ska inledas inom tre veckor från det att remissen anlände till ett sjukhus eller någon annan verksamhetsenhet för specialiserad sjukvård som välfärdsområdet ansvarar för. Om bedömningen av vårdbehovet förutsätter en bedömning av en specialist, särskild bildiagnostik eller särskilda laboratorieundersökningar, ska bedömningen och de behövliga undersökningarna göras inom tre månader från det att remissen anlände till ett sjukhus eller någon annan verksamhetsenhet för specialiserad sjukvård inom välfärdsområdet. Vård, behandling och rådgivning som utifrån bedömningen av vårdbehovet konstaterats vara medicinskt, odontologiskt eller hälsovetenskapligt nödvändiga ska, med beaktande av hur brådskande den är, ordnas och inledas inom skälig tid, dock inom sex månader från det att vårdbehovet slogs fast. Inom mentalvårdstjänsterna för barn och unga är den längsta väntetiden för att få vård enligt lagens 53 § tre månader. Lagen innehåller också de längsta väntetider till vård för primärvårdens del. I 54 § i hälso- och sjukvårdslagen sägs att om ett välfärdsområde inte självt kan producera undersökningar, vård eller rehabilitering inom de längsta väntetider som föreskrivs, ska välfärdsområdet ordna dem på det sätt som avses i 9 § 1 mom. i lagen om välfärdsområden genom att producera dem i samarbete med andra välfärdsområden eller enligt avtal skaffa dem av andra tjänsteproducenter. Paragrafen innehåller dessutom en hänvisning till lagen om servicesedlar som en tjänsteproduktionsform. I samband med bedömningen av vårdbehovet ska det bedömas huruvida välfärdsområdet klarar av att producera undersökningarna, vården och rehabiliteringen inom de längsta väntetider som föreskrivs.

Lagen har också bestämmelser om val av vårdplats. En patient har rätt att en gång per år välja hälsovårdscentral eller hälsostation. När det gäller specialiserad sjukvård har patienten rätt att i samförstånd med den remitterande läkaren välja vårdgivande sjukhus, oavsett inom vilket välfärdsområdes område verksamhetsenheten finns.

Bestämmelserna om ordnande av brådskande vård beskrivs i avsnitten 2.1.2 och 2.1.3.

Enligt 8 § i hälso- och sjukvårdslagen ska verksamheten inom hälso- och sjukvården baseras på evidens, god vårdpraxis och goda rutiner. Den ska vara högkvalitativ och säker och bedrivs på behörigt sätt. Enligt 4 § i lagen om ordnande av social- och hälsovård ska välfärdsområdet planera och genomföra social- och hälsovården så att den till innehåll, omfattning och kvalitet svarar mot kundernas behov. Tjänsterna ska tillhandahållas jämlikt, i form av samordnade tjänstehelheter och nära kunderna med beaktande av befolkningens behov i välfärdsområdet. Tjänsterna kan sammanföras i större helheter inom välfärdsområdets område när tillgången till tjänster och säkerställandet av deras kvalitet kräver specialkunskande eller dyra investeringar eller när ett ändamålsenligt, kostnadsnyttoeffektivt och effektivt tillhandahållande av tjänsterna kräver det. Enligt 9 § i lagen om ordnande av social- och hälsovård kan en del av uppgifterna inom social- och hälsovården sammanföras i större helheter som ordnas av ett eller flera välfärdsområden, om det är nödvändigt för att säkerställa tillgången till tjänster eller andra åtgärder och tjänsternas eller åtgärdernas kvalitet eller tillgodoseendet av kundernas rättigheter därför att uppgifterna är krävande, aktualiseras sällan eller medför stora kostnader. Bestämmelser om de uppgifter som sammanförs i större helheter och den arbetsfördelning som detta innebär utfärdas separat. I den proposition som gäller social- och hälsovårdsreformen konstateras det att jour som avses i 50 § i hälso- och sjukvårdslagen, liksom arbetsfördelning och centralisering av vissa uppgifter inom den specialiserade sjukvården enligt 45 § i hälso- och sjukvårdslagen och bestämmelser som utfärdats med stöd av den, är uppgifter enligt 9 § i lagen om ordnande av social- och hälsovård som har sammanförts i en större helhet (RP 241/2020 rd, s.627–628). Bestämmelser om verksamheten finns också i lagen om tillsynen över social- och hälsovården (741/2023).

I 5 § i lagen om ordnande av social- och hälsovård föreskrivs det om servicespråk. Social- och hälsovård ska i tvåspråkiga välfärdsområdens område ordnas på både finska och svenska så att kunderna blir betjänade på det språk de väljer, antingen finska eller svenska. I enspråkiga välfärdsområdens område ordnas social- och hälsovården på välfärdsområdets språk. Bestämmelser om kundens rätt att använda sitt eget språk och bli hörd och få expeditioner på finska eller svenska och om rätten till tolkning finns i språklagen (423/2003). I 39 § i lagen om ordnande av social- och hälsovård föreskrivs det om skyldighet för de tvåspråkiga välfärdsområdena att ingå ett samarbetsavtal för att garantera att de svenskspråkigas språkliga rättigheter tillgodoses inom social- och hälsovården. Enligt 33 § ska Västra Nylands välfärdsområde stödja utvecklandet av de svenskspråkiga social- och hälsovårdstjänsterna i hela landet.

Enligt 5 § i lagen om ordnande av social- och hälsovård har kunden rätt att använda samiska i social- och hälsovårdstjänster som produceras i kommuner som hör till samernas hembygdsområde samt inom Lapplands välfärdsområdes område i sådana social- och hälsovårdstjänster som produceras endast vid verksamhetsenheter som finns utanför hembygdsområdet. Dessutom har kunden rätt att använda samiska inom Lapplands välfärdsområdes område när det gäller social- och hälsovårdstjänster producerade av verksamhetsenheter som finns utanför kommunerna i hembygdsområdet, om Lapplands välfärdsområde har hänvisat invånarna i kommunerna i hembygdsområdet att använda tjänsterna med anledning av den tillgänglighet som avses i 4 § i lagen om ordnande av social- och hälsovård. Bestämmelser om rätten att använda samiska finns i övrigt i samiska språklagen

(1086/2003). Lapplands välfärdsområde ska stödja utvecklandet av social- och hälsovårdstjänster på samiska i hela landet.

I 5 § i lagen om ordnande av social- och hälsovård sägs att om social- eller hälsovårdspersonalen inte behärskar det teckenspråk eller ett annat språk som kunden använder eller om kunden på grund av funktionsnedsättning eller av någon annan orsak inte kan göra sig förstådd, ska man vid tillhandahållandet av tjänster i den mån det är möjligt ordna tolkning och anlita tolk. Enligt 4 § ska välfärdsområdet sörja för tillgång och tillgänglighet när det gäller de social- och hälsovårdstjänster som omfattas av dess organiseringsansvar.

Bestämmelser om de klientavgifter som tas ut för servicen finns i lagen (734/1992) och förordningen (912/1992) om klientavgifter inom social- och hälsovården.

De statliga myndigheterna ordnar vissa hälso- och sjukvårdstjänster. Enheten för hälso- och sjukvård för fångar, som är underställd Institutet för hälsa och välfärd, ordnar hälso- och sjukvård för fångar och häktade i hela landet. Bestämmelser om saken finns i lagen om Enheten för hälso- och sjukvård för fångar (1635/2015), fängelselagen (767/2005) och häktningsslagen (768/2005). Bestämmelser om statliga sinnessjukhus finns i lagen om statens sinnessjukhus (1292/1987) och mentalvårdslagen (1116/1990). Bestämmelser om den hälso- och sjukvård som Försvarsmakten ordnar finns i lagen om hälsovården inom försvarsmakten (322/1987). I lagen om mottagande av personer som söker internationellt skydd och om identifiering av och hjälp till offer för människohandel (746/2011) föreskrivs det om en förläggnings skyldighet att tillhandahålla hälso- och sjukvårdstjänster till de personer som söker internationellt skydd, får tillfälligt skydd eller är offer för människohandel som avses i lagen. I praktiken sköts styrningen och planeringen samt övervakningen av mottagningsverksamheten och hjälpsystemet av Migrationsverket, som också svarar för driften av statliga förläggningar och flyktingslussar. I lagen om studerandehälsovård för högskolestuderande (695/2019) föreskrivs det om den studerandehälsovård för högskolestuderande som ordnas av Folkpensionsanstalten. Enligt 8 § i den lagen är Studenternas hälsovårdsstiftelse (SHVS) en lagstadgad nationell tjänsteproducent. SHVS ska producera sådan studerandehälsovård som avses i 17 § i hälso- och sjukvårdslagen, och som omfattar hälso- och sjukvårdstjänster inom primärvården.

I lagen om företagshälsovård (1383/2001) åläggs arbetsgivaren att ordna förebyggande företagshälsovård för sina arbetstagare. Utöver förebyggande verksamhet kan arbetsgivaren ordna sjukvård och andra hälso- och sjukvårdstjänster för sina arbetstagare. En patient kan dessutom söka sig till vård inom den privata hälso- och sjukvården, och då kan han eller hon få ersättning för kostnaderna i enlighet med sjukförsäkringslagen (1224/2004).

De statliga myndigheternas, företagshälsovårdens och Studenternas hälsovårdsstiftelses tjänsteproduktion omfattar i regel inte jour dygnet runt eller sjukhusverksamhet som inbegriper krävande specialiserad sjukvård. Till den del som dessa aktörers organiseringsansvar omfattar specialiserad sjukvård produceras den vanligtvis av välfärdsområdena. En undantag är fängelsesjukhuset som hör till hälso- och sjukvården för fångar och som är ett allmänläkarlett somatiskt sjukhus, psykiatriska sjukhuset för fångar samt statens sinnessjukhus. Inom den privata sektorn finns sjukhus som är verksamma dygnet runt och som har koncentrerat sig på till exempel elektiv kirurgi. Endast välfärdsområdena ordnar sjukhus som sköter förlossningar eller ger intensivvård. Med avvikelse från detta finns intensivvårdsplatser även i Tays Sydänkeskus Oy, som ägs av välfärdsområdena.

I lagen om tillsynen över social- och hälsovården föreskrivs det om egenkontroll och tillsyn i fråga om såväl välfärdsområdena som andra tjänsteanordnare och tjänsteproducenter. Tjänsteanordnare, såsom välfärdsområdena, ska övervaka sin verksamhet så att social- och

hälsovården till innehåll, omfattning och kvalitet svarar mot klienternas och patienternas behov och säkerhet. I sin verksamhet ska tjänsteordnaren ta hänsyn till att tjänster för klienter inom socialvården och för patienter tillhandahålls jämlikt. Tjänsteordnaren ska också följa upp personalens tillräcklighet för tjänster inom social- och hälsovård, lokalernas och utrustningens säkerhet samt lämplighet vid tillhandahållandet av tjänster. Tjänsteordnaren ska också styra och övervaka den tjänsteproduktion som omfattas av dess organiseringsansvar. Tjänsteordnaren är också skyldig att utarbeta ett program för egenkontroll.

Regionförvaltningsverken och Tillsynsverket för social- och hälsovården Valvira utövar tillsyn över social- och hälsovården. Lagen om tillsynen över social- och hälsovården innehåller bestämmelser om myndigheternas befogenheter såsom administrativ styrning och uppmaning, förelägganden och tvångsmedel samt inspektion.

Enligt självstyrelselagen för Åland (1144/1991) hör ordnandet av social- och hälsovårdstjänster på Åland till landskapets egna lagstiftningsbehörighet. För ordnandet av både primärvården och den specialiserade sjukvården svarar Ålands hälso- och sjukvård, ÅHS, som är underställd Ålands landskapsregering.

2.1.2 Sjukhusen i Finland samt arbetsfördelningen inom jouren, den operativa verksamheten och den specialiserade sjukvården i övrigt

Lagstiftningen om ordnande av social- och hälsovård eller hälso- och sjukvårdslagen innehåller ingen definition av sjukhus. I lagen om ordnande av social- och hälsovård föreskrivs det om skyldighet att ordna tjänster samt skyldighet för välfärdsområdet att ombesörja lämpliga lokaler. Även lagen om patientens ställning och rättigheter (785/1992, *patientlagen*) innehåller endast en allmän definition i fråga om välfärdsområdenas verksamhetsenheter för hälso- och sjukvård, enligt vilken med verksamhetsenhet för hälso- och sjukvård avses i den lagen verksamhetsenheter för hälso- och sjukvård inom ett välfärdsområde som sköter uppgifter inom hälso- och sjukvården enligt lagen om ordnade av social- och hälsovård. I lagen om specialiserad sjukvård (1062/1989), som upphävdes i och med reformen av ordnandet av social- och hälsovård, föreskrevs det om sjukvårdsdistriktets skyldighet att upprätthålla sjukhus samt efter behov separata verksamhetsenheter för sjukvård och andra verksamhetsenheter. På motsvarande sätt föreskrevs det i folkhälsolagen (66/1972) om kommunens skyldighet att upprätthålla en hälsovårdscentral. Trots att det inte längre finns sådana bestämmelser föreskrivs det fortfarande om sjukhus i lagstiftningen. Bestämmelserna om sjukhus fastställer i praktiken sjukhusens uppgiftsfördelning.

Universitetssjukhusen berörs av detaljerade bestämmelser. Enligt 34 § i lagen om ordnande av social- och hälsovård ska de välfärdsområden där Åbo universitet, Uleåborgs universitet eller Tammerfors universitet eller hälsovetenskapliga fakulteten vid Östra Finlands universitet ligger vara huvudmän för ett universitetssjukhus. I Nyland, där Helsingfors universitet ligger, ska HUS-sammanslutningen vara huvudman för ett universitetssjukhus. Enligt 34 a § i lagen om ordnande av social- och hälsovård är universitetssjukhusens huvudsakliga uppgifter tillhandahållande av specialiserad sjukvård på grundläggande nivå, krävande specialiserad sjukvård och högspecialiserad sjukvård samt sådan utbildnings-, forsknings-, utvecklings- och innovationsverksamhet som bedrivs vid universitetssjukhusen och uppgifter som enligt lagen om ordnande av social- och hälsovård eller någon annan lag ska skötas av ett universitetssjukhus. Ett universitetssjukhus kan sköta även andra uppgifter. De andra uppgifterna får inte till sin omfattning vara sådana att de äventyrar skötseln av de huvudsakliga uppgifterna. Ett välfärdsområde som är huvudman för ett universitetssjukhus samt HUS-sammanslutningen och andra välfärdsområden kan tillhandahålla tjänster inom den specialiserade sjukvården och bedriva utbildnings-, forsknings-, utvecklings- och

innovationsverksamhet också vid välfärdsområdets övriga sjukhus och inom ramen för dess övriga verksamhet.

I regeringens proposition med bestämmelser om universitetssjukhusens uppgifter beskrivs att universitetssjukhuset bildar en funktionell helhet, där forskning, vård och rehabilitering som baserar sig på stora patientvolymerna med stor variation och anknytning till flera specialiteter i en genuin sjukhusmiljö på ett oskiljbart sätt förenas med grundutbildning, fortsatt utbildning, specialiseringsutbildning och fortbildning inom många vetenskaps- och yrkesområden, med akademisk tvärvetenskaplig forsknings-, utvecklings-, innovations- och försöksverksamhet och med ett omfattande och långsiktigt samarbete med ett universitets medicinska eller hälsovetenskapliga fakultet. Dessa faktorer tillsammans skiljer universitetssjukhuset från andra sjukhus och verksamhetsenheter. Med universitetssjukhus avses inte en enda fysisk byggnad, utan universitetssjukhusets uppgifter kan de facto genomföras i flera byggnader. Universitetssjukhusets verksamhet omfattar verksamheten bland annat på sjukhusets vårdavdelningar och polikliniker eller vid diagnostikenheterna eller till exempel den digitala verksamheten. (RP 305/2022 rd, s. 10–11). Sjukhus binds inte heller annars i lagstiftning till en viss byggnad.

Sjukhusens uppgifter regleras till centrala delar av 50 § i hälso- och sjukvårdslagen, som bestämmer omfattningen av samjouren dygnet runt för primärvården och den specialiserade sjukvården. Välfärdsområdena enligt 50 § 3 mom. i den lagen ska i anslutning till det egna centralsjukhuset ordna en enhet för omfattande jour dygnet runt. Centralsjukhus definieras inte i lagstiftningen, utan begreppet vilar i praktiken på det begrepp som i årtionden använts för ett sjukhus med många specialområden i områdets stora bosättningscentrum. Utöver det har det funnits kretssjukhus och kommunala sjukhus i enlighet med befolkningens behov. I lagen om specialiserad sjukvård användes inte längre dylika benämningar som uttryckligen delar in sjukhusen. Med en enhet med omfattande jour dygnet runt avses enligt 50 § 3 mom. sådan samjour för primärvården och den specialiserade sjukvården som kan tillhandahålla omfattande tjänster inom flera medicinska specialområden omedelbart och dygnet runt och som har resurser för att upprätthålla den beredskap som behövs inom hälso- och sjukvården och för att sköta exceptionella situationer.

I 50 § 3 mom. i hälso- och sjukvårdslagen föreskrivs skyldighet att ordna omfattande jour dygnet runt inom följande välfärdsområden (inom parentes anges var jousen i praktiken ordnas): HUS-sammanslutningen (Helsingfors universitetscentralsjukhus), Egentliga Finland (Åbo universitetscentralsjukhus), Satakunta (Satakunta centralsjukhus, Björneborg), Birkaland (Tammerfors universitetssjukhus), Päijänne-Tavastland (Päijänne-Tavastlands centralsjukhus, Lahtis), Södra Karelen (Södra Karelens centralsjukhus, Villmanstrand), Norra Karelen (Norra Karelens centralsjukhus, Joensuu), Norra Savolax (Kuopio universitetssjukhus), Mellersta Finland (Mellersta Finlands centralsjukhus Nova, Jyväskylä), Österbotten (Vasa centralsjukhus), Södra Österbotten (Seinäjoki centralsjukhus), Norra Österbotten (Uleåborgs universitetssjukhus) och Lappland (Lapplands centralsjukhus, Rovaniemi; med stöd av en specialbestämmelse i 59 § i införandelagen ordnas dessutom sådan annan jour dygnet runt som behandlas i följande avsnitt vid Länsi-Pohja centralsjukhus i Kemi, där den produceras av Mehiläinen Länsi-Pohja Oy).

Enligt 50 § 4 mom. i hälso- och sjukvårdslagen ska välfärdsområdena för primärvården och den specialiserade sjukvården upprätthålla sådan samjour dygnet runt i anknytning till centralsjukhuset som har beredskap att sköta sedvanliga brådskande hälsoproblem hos befolkningen. Samjouren ska ha tillräcklig kompetens inom de specialområden som behövs för att sköta sedvanliga brådskande hälsoproblem hos befolkningen. Skyldigheten åvilar följande välfärdsområden (inom parentes anges var jousen i praktiken ordnas): Södra Savolax (S:t

Michels centralsjukhus; med stöd av en specialbestämmelse finns dessutom jour vid Nyslotts centralsjukhus), Kajanaland (Kajanalands centralsjukhus, Kajana), Egentliga Tavastland (Egentliga Tavastlands centralsjukhus, Tavastehus), Mellersta Österbotten (Mellersta Österbottens centralsjukhus, Karleby) och Kymmenedalen (Kymmenedalens centralsjukhus, Kotka). Dessutom upprätthålls alltså sådan jour som avses i 4 mom. även vid Länsi-Pohja centralsjukhus i Kemi.

Regleringen i 50 § 3 och 4 mom. i hälso- och sjukvårdslagen innebär, trots att det inte framgår direkt av bestämmelsernas ordalydelse, att endast de välfärdsområden som anges i 3 mom. får upprätthålla omfattande samjour dygnet runt, och att utifrån bestämmelserna i 3 och 4 mom. kan det i princip finnas endast ett centralsjukhus med jour dygnet runt per välfärdsområde. Enligt 50 § 3 mom. i hälso- och sjukvårdslagen kan dock de välfärdsområden i vilka det finns ett universitetssjukhus samt HUS-sammanslutningen i anslutning till sina sjukhus bilda flera än en enhet med samjour dygnet runt, om befolkningens servicebehov förutsätter det. Helsingfors universitetscentralsjukhus har sjukhus i Helsingfors, Esbo och Vanda. Dessutom upprätthåller HUS-sammanslutningen med stöd av ovannämnda bestämmelse jour i Hyvinge, Lojo och Borgå. Dessutom upprätthåller Norra Österbottens välfärdsområde jour i Oulainen och Egentliga Finlands välfärdsområde i Salo. Birkalands välfärdsområde upprätthöll tidigare samjour dygnet runt i Valkeakoski, men genom välfärdsområdets beslut upphörde juren nattetid den 1 juni 2024 och jour ordnas nu klockan 8–22.

Gränserna för välfärdsområdena motsvarar inte helt och hållet gränserna för de tidigare sjukvårdsdistrikten. Lapplands välfärdsområde består av områden från de tidigare Lapplands och Länsi-Pohja sjukvårdsdistrikt, och Södra Savolax välfärdsområde består av områden från de tidigare Södra Savolax och Östra Savolax sjukvårdsdistrikt, som alla har haft ett eget centralsjukhus. I samband med reformen av ordnandet av social- och hälsovården ville man inte ändra de jourhavande sjukhusens arbetsfördelning på kort sikt. Därför ingick i lagen om genomförande av reformen av social- och hälsovården och räddningsväsendet och om införande av den lagstiftning som gäller reformen (616/2021, *införandelagen*) en övergångsbestämmelse (59 §) enligt vilken Lapplands och Södra Savolax välfärdsområden fram till utgången av 2032 får upprätthålla fler än en samjoursenhet med jour dygnet runt vid sina sjukhus, trots det som i 50 § 3 och 4 mom. i hälso- och sjukvårdslagen föreskrivs om jour. På grund av riksdagens uttalande ändrades bestämmelsen senare så att tidsgränsen slopades, dvs. rätten gäller alltså tills vidare. Enligt den gällande bestämmelsen får Lapplands och Södra Savolax välfärdsområden upprätthålla två samjoursenheter med jour dygnet runt vid sina sjukhus, om befolkningens servicebehov förutsätter det och upprätthållandet av fler än en enhet inte äventyrar uppfyllandet av de i lag angivna förutsättningarna för välfärdsområdenas verksamhet eller fullgörandet av välfärdsområdenas i lag angivna skyldigheter (lag 429/2023; RP 319/2022 rd, RP 328/2022 rd).

För tjänsteproduktionen vid sjukhusenheten i Kemi svarar med stöd av ett avtal om utläggning till stor del Mehiläinen Länsi-Pohja Oy, som är ett samföretag som ägs av Lapplands välfärdsområde och den privata tjänsteproducenten Mehiläinen. Avtalet om utläggning ingicks i december 2017. Det gäller i 15 år från det att tjänsteproduktionen inleddes. I samband med social- och hälsovårdsreformen har avtalet ändrats så att ansvaret för jourtjänsterna och beslutsfattandet i anslutning till intagning för vård på sjukhuset överförs på Lapplands välfärdsområde vid ingången av 2025.

Enligt 50 § 4 mom. i hälso- och sjukvårdslagen ska samarbetsområdet dessutom alltid ha rätt att utifrån samarbetsavtalet överenskomma att i enheten för samjour dygnet runt som verkar i dess område i anknytning till välfärdsområdets centralsjukhus kan en så bred och funktionellt mångsidig jourenehet bildas, som tjänsternas tillgänglighet, avstånd mellan jourmottagningen och förverkligandet av befolkningens språkliga rättigheter förutsätter. Bestämmelserna har i

praktiken möjliggjort att tjänsteurvalet vid ett sjukhus med samjour enligt 50 § 3 mom. i hälso- och sjukvårdslagen och ett visst sjukhus med samjour enligt 50 § 4 mom. i den lagen inte avviker så kraftigt från varandra som indelningen i 3 och 4 mom. kan låta förstå till följd av de områdenas beslut och avtal. I avsnitt 2.3 beskrivs verksamheten vid olika sjukhus.

I hälso- och sjukvårdslagen och med stöd av den föreskrivs det också om arbetsfördelningen inom den specialiserade sjukvården för den icke-brådskande vårdens del. Enligt 45 § 1 mom. i hälso- och sjukvårdslagen ska en del av de undersökningar, åtgärder och behandlingar som är sällan förekommande eller krävande och därför ska kunna upprepas, eller som kräver specialkompetens inom flera områden för att förvärva och upprätthålla den kunskap och kompetens som krävs eller betydande investeringar i fråga om anordningar och utrustning för att säkerställa kvaliteten, patientsäkerheten, genomslaget, produktiviteten och effektiviteten inom hälso- och sjukvården sammanslås till de större enheterna. Enligt paragrafens 2 mom. ska den specialiserade sjukvård som centraliseras regionalt sammanslås till fem universitetssjukhus eller av särskilda skäl till ett sjukhus på motsvarande nivå. För att arbetsfördelningen mellan sjukhusen ska vara ändamålsenlig sammanslås dessutom den specialiserade sjukvården till de enheter med omfattande jour dygnet runt som avses i 50 § 3 mom.

Enligt 45 § 3 mom. i hälso- och sjukvårdslagen ska sådan operativ verksamhet som kräver operationssal och anestesi i sin helhet sammanslås till de sjukhus som har samjour dygnet runt för primärvården och den specialiserade sjukvården.

I förordningen om centralisering av den specialiserade sjukvården, som utfärdats med stöd av 45 § i hälso- och sjukvårdslagen, föreskrivs det om arbetsfördelningen inom den specialiserade sjukvården och centralisering av vissa behandlingar. Förordningen handlar om att samla behandlingen av sjukdomstillstånd som är relativt sällsynta eller har en särskilt krävande behandling till större helheter. I 2 § i förordningen anges allmänna principer för arbetsfördelningen inom den specialiserade sjukvården, såsom att i en enhet som ger centraliserad vård ska det finnas stor sakkunskap och erfarenhet samt kompetens som tryggar en hög nivå och kvalitet på vården samt patientsäkerheten. I 3 § i förordningen åläggs HUS-sammanslutningen och vissa välfärdsområden uppgifter som gäller planeringen av och samordningen av den nationella helheten. I 4 § i förordningen åläggs de välfärdsområden som är huvudmän för ett universitetssjukhus och HUS-sammanslutningen vissa uppgifter inom den specialiserade sjukvården, där de ansvarar för planeringen och samordningen på regional nivå. I 5 § i förordningen föreskrivs det om arbetsfördelningen och centraliseringen på riksomfattande nivå mellan HUS-sammanslutningen och de välfärdsområden som är huvudmän för ett universitetssjukhus, och i 6 § om åtgärder som får utföras endast av universitetssjukhus. I 7 § i förordningen anges antalsmässiga gränser för i vilka sjukhus vissa operationer får utföras, och på vilka grunder det sjukhusspecifika antalet får underskridas. Förordningen innehåller detaljerade bestämmelser om vissa åtgärder.

I 45 § 4 mom. i hälso- och sjukvårdslagen sägs att om välfärdsområdena och HUS-sammanslutningen inte kan komma överens om till vilka sjukhus eller enheter verksamheten ska sammanslås eller om avtalet inte uppfyller förutsättningarna för säkerställandet av kvaliteten, patientsäkerheten, genomslaget, produktiviteten och effektiviteten, kan statsrådet bestämma innehållet i avtalet. Statsrådet har inte fattat några sådana beslut. I fråga om den vård som ska centraliseras regionalt och om samordnandet av verksamheten bestäms i samarbetsavtalet mellan välfärdsområdena inom ett samarbetsområde.

I välfärdsområdena finns också sådana sjukhus vilkas uppgiftsbeskrivning inte berörs av desto noggrannare normer. Sådana sjukhus är bland annat de tidigare kretssjukhusen som tidigare upprätthölls av kommuner och samkommuner, hälsocentralssjukhus och privata

vårdavdelningar. I dessa sjukhus har det funnits poliklinisk mottagningsverksamhet inom primärvård och olika specialområden samt vårdavdelningar inom bl.a. allmänmedicin och geriatri. I dessa sjukhus har det inte funnits jour dygnet runt öppen för allmänheten med undantag av de jourer inom primärvården som verkat med undantagstillstånd. Den läkarjour som behövs för sjukhusens vårdavdelningar har ordnats på olika sätt.

Sjukhus i aktiebolagsform som ägs av välfärdsområden är Birkalands, Päijänne-Tavastlands, Egentliga Tavastlands, Södra Österbottens och Österbottens välfärdsområdens Tekonivelsairaala Coxa Oy i Tammerfors som specialiserat sig på protesoperationer samt Birkalands, Mellersta Finlands och Egentliga Finlands välfärdsområdens TAYS Sydänkeskus Oy, som har verksamhet även på andra orter. Dessa bolag ses som välfärdsområdets anknutna enheter, men med stöd av lagen om ordnande av social- och hälsovård är de privata tjänsteproducenter. När villkoren enligt lagstiftningen uppfylls kan bolagens sjukhus producera tjänster för välfärdsområdena. En förutsättning är t.ex. att det ska finnas ett avtal mellan välfärdsområdet och företaget om produktion av tjänster som uppfyller kraven i lagen om ordnande av social- och hälsovård, välfärdsområdet ska svara för intagningen till specialiserad sjukvård, och välfärdsområdet ska svara för ordnandet av jour dygnet runt. I välfärdsområdena finns också sjukhus där verksamheten sköts av ett samföretag som tidigare ägts av kommunerna eller samkommunen och ett privat företag. Dessa sjukhus och samarbetsavtal överfördes till välfärdsområdena. Ett exempel är Jokilaakso sjukhus i Jämsä, där verksamheten sköts av Jokilaakson Terveys Oy som ägs av Pihlajalinna och Mellersta Finlands välfärdsområde.

Enligt 50 § 5 mom. i hälso- och sjukvårdslagen kan social- och hälsovårdsministeriet bevilja ett välfärdsområde tillstånd att ordna jour dygnet runt inom primärvården eller akutmedicinen, om tillgängligheten till tjänsterna och avstånden mellan jourmottagningarna förutsätter detta och de tjänster som befolkningen behöver inte kan säkerställas tillräckligt väl genom den prehospitalka akutsjukvården. När det ordnas jour dygnet runt inom primärvården eller akutmedicinen ska jourenheten enligt 6 § i jourförordningen placeras vid ett sjukhus där tjänster inom andra specialiteter är tillgängliga under tjänstetid. Om avstånden är långa inom området kan jour dygnet runt ordnas i en jourenhet vid hälsovårdscentralen. Gällande tillstånd har beviljats Norra Österbottens välfärdsområde (Brahestad och Kuusamo t.o.m. 31.12.2024), Lapplands välfärdsområde (Ivalo t.o.m. 31.12.2024), Kymmenedalens välfärdsområde (Kouvola t.o.m. 31.12.2024), Österbottens välfärdsområde (Jakobstad t.o.m. 31.12.2025), Norra Savolax välfärdsområde (Varkaus och Idensalmi t.o.m. 31.12.2025), Mellersta Finlands välfärdsområde (Jämsä t.o.m. 31.12.2024) samt HUS-sammanslutningen (Raseborg t.o.m. 31.12.2024). Den jour dygnet runt inom primärvården i Forssa som Egentliga Tavastland tidigare upprätthållit med undantagstillstånd ändrades den 1 januari 2024 så att den inte längre upprätthålls dygnet runt genom välfärdsområdets eget beslut.

Med stöd av områdenas beslut upprätthålls från och med den 2 september 2024 inte längre jour dygnet runt i Raseborg, utan sjukhuset ordnar brådskande mottagningsverksamhet klockan 8–20. Juren dygnet runt i Brahestad upphör genom välfärdsområdets beslut vid ingången av 2025 och ersätts med mottagning till klockan 22. Mellersta Finlands välfärdsområde har sommaren 2024 ansökt om undantagstillstånd för upprätthållande av juren dygnet runt i Jämsä endast till den 31 augusti 2025.

De nuvarande bestämmelserna om jour och arbetsfördelningen inom den specialiserade sjukvården tillkom genom lagen om ändring av hälso- och sjukvårdslagen 1516/2016 (RP 224/2016 rd) samt jourförordningen och förordningen om centralisering av den specialiserade sjukvården. Bestämmelserna trädde delvis i kraft den 1 januari 2017 och delvis/började tillämpas den 1 januari 2018. I och med reformen föreskrevs det alltså att det i Finland ska finnas 12 enheter med omfattande jour dygnet runt. Vid de övriga centralsjukhusen ordnas alltså

samjour dygnet runt för primärvården och den specialiserade sjukvården, vilket omfattar jour dygnet runt inom de specialområden som oftast behövs. I början av 2020 ålades också Vasa sjukvårdsdistrikt (numera Österbottens välfärdsdistrikt) att ordna omfattande jour dygnet runt (lag om ändring av hälso- och sjukvårdslagen 1214/2019, RP 38/2019 rd). I dag finns det alltså 13 enheter med omfattande jour dygnet runt, av vilka fem är universitetssjukhus som ger den mest krävande vården.

Bild 1. Sjukhus och hälsocentraler med jour dygnet runt, hösten 2024. På bilden syns fortfarande Raseborg, där jouden nattetid upphörde den 2 september 2024.

Sjukhus och hälsocentraler med jour, hösten 2024

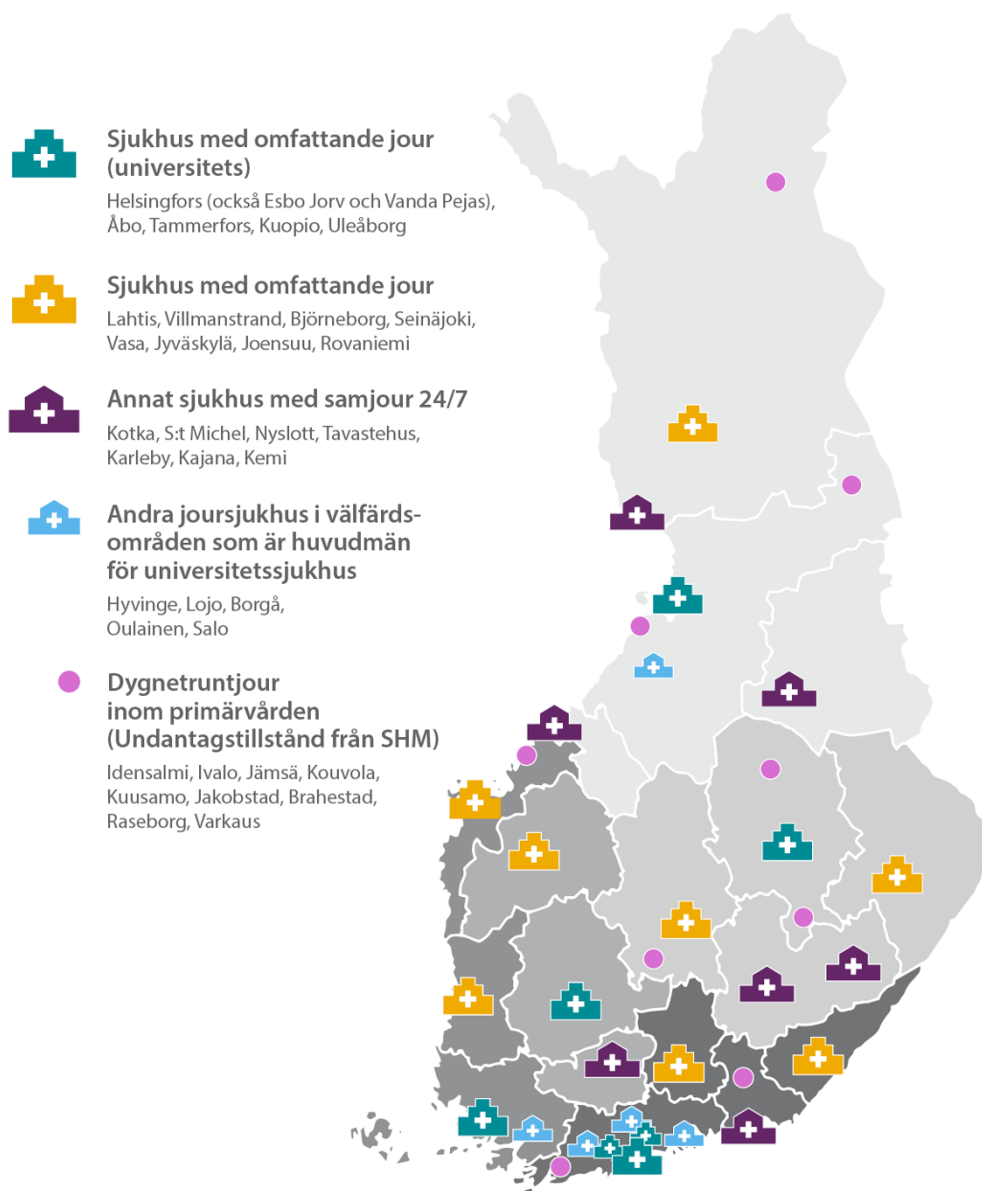
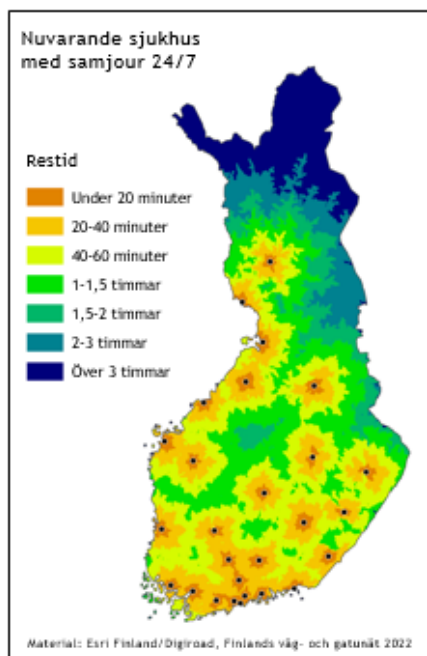


Bild 2. Nuvarande tillgänglighet till sjukhus med samjour 24/7 enligt befolkningens bostadsort.



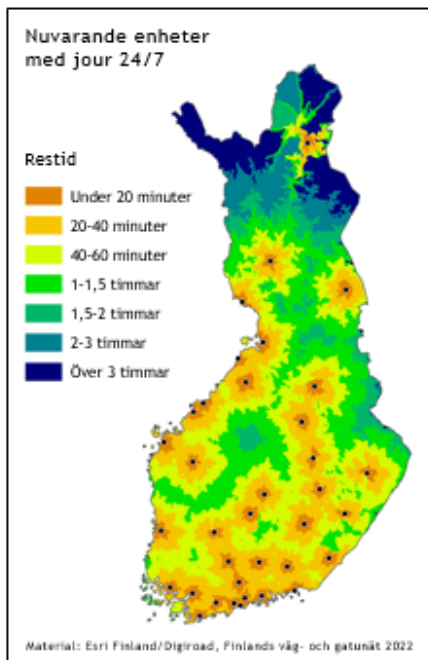
Nuvarande tillgänglighet till sjukhus med samjour 24/7

Enheter 24/7 inom primärvårder ingår inte

Restid	Kumulativ folkmängd	Kumulativ befolkningsandel (%)
0 - 20 min	3561170	65,2
20 - 40 min	4658974	85,3
40 - 60 min	5198536	95,1
1 - 1,5 h	5403723	98,9
1,5 - 2 h	5432389	99,4
2 - 3 h	5455533	99,8
över 3 h	5464848	100,0

Material: Statistikcentralen, Rutdata över befolkning 31.12.2022

Bild 3. Tillgänglighet hösten 2024 till alla jourenheter 24/7 enligt befolkningens bostadsort. Jouren i Raseborg ingår fortfarande i uppgifterna på bilden.

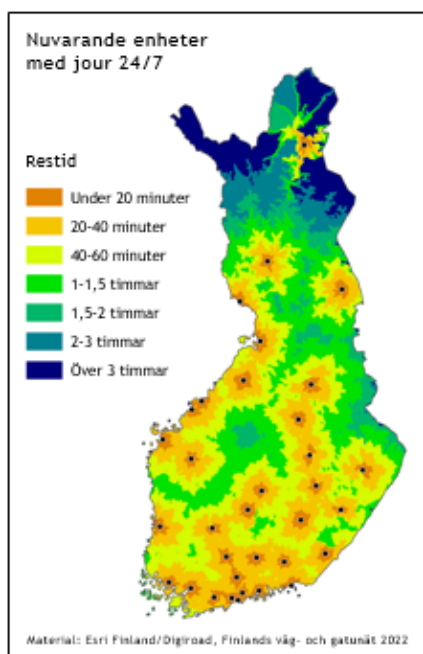


Tillgänglighet till alla 24/7 jourenheter våren 2024
Samjouer dygnet runt och enheter 24/7 inom primärvården ingår

Restid	Kumulativ folkmängd	Kumulativ befolkningsandel (%)
0 - 20 min	3774277	69,1
20 - 40 min	4860905	88,9
40 - 60 min	5275460	96,5
1 - 1,5 h	5438396	99,5
1,5 - 2 h	5456549	99,8
2 - 3 h	5462995	100,0
över 3 h	5464848	100,0

Material: Statistikcentralen, Rutdata över befolkning 31.12.2022

Bild 4. Tillgänglighet våren 2025 till alla jourenheter 24/7 enligt befolkningens bostadsort. Jämfört med föregående bild har jourerna i Raseborg och Brahestad strukits.



Tillgänglighet till alla 24/7 jourenheter våren 2025
Samjourer dygnet runt och enheter 24/7 inom primärvården ingår

Restid	Kumulativ folkmängd	Kumulativ befolkningsandel (%)
0 - 20 min	3732461	68,3
20 - 40 min	4828450	88,4
40 - 60 min	5269853	96,4
1 - 1,5 h	5438396	99,5
1,5 - 2 h	5456549	99,8
2 - 3 h	5462995	100,0
över 3 h	5464848	100,0

Material: Statistikcentralen, Rutdata över befolkning 31.12.2022

2.1.3 Brådskande vård och jour

Allmänt

I avsnitt 2.1.2 behandlas sjukhuslagstiftningen och som en del av den jourlagstiftningens uppbyggnad. I det följande går lagstiftningen om ordnande av brådskande vård och jour igenom noggrannare.

Ordnande av brådskande vård samt mottagningsverksamhet

Bestämmelser om ordnandet av brådskande vård och jour finns i 50 § i hälso- och sjukvårdslagen. Enligt 1 mom. ska brådskande sjukvård, inbegripet brådskande mun- och tandvård, mentalvård, missbrukarvård och psykosocialt stöd, ges till den patient som behöver det oberoende av var han eller hon är bosatt. Med brådskande vård avses omedelbar bedömning och vård som inte kan skjutas upp utan att sjukdomen förvärras eller kroppsskadan försvåras och som gäller akut sjukdom, kroppsskada, försämring av en långvarig sjukdom eller funktionsnedsättning. Med brådskande vård avses också ett omedelbart behov av avgiftning och avvänjning till följd av användning av rusmedel. Skyldigheten att ordna brådskande vård oberoende av var patienten är bosatt betyder att brådskande vård ska ordnas inom välfärdsområdet för alla som söker sig till vård, inte bara invånare i andra välfärdsområden utan också t.ex. sådana utländska medborgare som inte med stöd av lagstiftning eller ett internationellt avtal har rätt att annars få hälsovårdstjänster i Finland. Det är i sista hand fråga

om vars och ens rätt till liv och oundgänglig omsorg enligt människorättskonventioner och grundlagen och om etisk plikt att hjälpa en människa i nöd. En invånare i ett annat välfärdsområde som fått brådskande vård kan överföras till en enhet i det egna välfärdsområde när hans eller hennes hälsotillstånd tillåter det. I praktiken är dock största delen av dem som anlitar ett välfärdsområdes brådskande tjänster välfärdsområdets egna invånare.

Enligt 50 § 2 mom. i hälso- och sjukvårdslagen ska ett välfärdsområde för brådskande vård ordna mottagningsverksamheten nära patientens boningsort så att patienten vid brådskande fall på vardagar under den tid som uppgetts kan få bedömning och vård omedelbart av en yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården, utom då det för att säkerställa patientsäkerheten och kvaliteten på tjänsterna krävs att bedömningen och vården centraliseras till jourenheten. Ett välfärdsområde ska inom hälso- och sjukvården ordna brådskande mottagningsverksamhet för primärvården under kvällstid samt på veckoslut under dagtid när tillgängligheten till tjänsterna förutsätter detta.

Enligt 2 § i jourförordningen ska välfärdsområdet sköta om att det finns tillgång till brådskande vård under alla tider på dygnet, antingen i samband med den icke-brådskande vården eller vid en särskild jourenhet som är planerad för ändamålet och som är verksam dygnet runt. Jour dygnet runt ska ordnas som samjour för primärvården och den specialiserade sjukvården, om inte något annat följer av tillgänglighets- och patientsäkerhetssynpunkter. Enligt 3 § i förordningen ska mottagningsverksamheten för brådskande vård på vardagar under den tid som uppgetts ordnas nära invånarna, utom när det för att säkerställa patientsäkerheten och kvaliteten på tjänsterna krävs att bedömningen av vårdbehovet och vården centraliseras till jourenheten. Mottagningsverksamheten för brådskande vård kan ordnas som en del av den vanliga mottagningsverksamheten inom primärvården eller i samband med samjour. En enhet som ordnar mottagning för brådskande vård ska ha tillräckliga förutsättningar för att ställa diagnos samt anvisningar om vart patienten vid behov, om sjukdomen kräver det, ska remitteras för diagnos eller vård. Den som ordnar tjänsten ska informera befolkningen i området om när det är ändamålsenligt att använda mottagningen för brådskande vård.

Enligt 12 § i jourförordningen ska den legitimerade läkare eller tandläkare som svarar för jouren, eller enligt dennes anvisningar en annan legitimerad yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården, hänvisa patienten till vård antingen vid en jourenhet, en annan verksamhetsenhet inom hälso- och sjukvården eller till någon annan ändamålsenlig vård. Den kategorisering av brådskande fall som följs vid jourenheterna, bedömningen av det individuella vårdbehovet och risken för att en sjukdom förvärras eller en skada försämras ska beaktas i samband med vårdhänvisningen. Patienten kan också hänvisas till vård per telefon eller på något annat motsvarande sätt.

Välfärdsområdena upprätthåller rådgivningstjänsten Jourhjälp 116117, som ger råd vid akuta hälsoproblem. I Jourhjälp ger yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården råd om huruvida situationen förutsätter besök på jouren. I Jourhjälp kan man också ge anvisningar om egenvård. Det offentligt ägda bolaget DigiFinland Oy samordnar den nationella utvecklingen av tjänsten.

Enligt 12 § i jourförordningen ska patienten tas in för vård vid jourenheten om det till följd av ärendets brådskande natur och med beaktande av patientens hälsotillstånd och funktionsförmåga samt den förutsebara utvecklingen av sjukdomen eller skadan inte är möjligt att flytta vården till följande dag eller över veckoslutet, eller om det är osäkert om brådskande vård kan ges någon annanstans. Patienten kan hänvisas till att använda tjänster inom tjänstetid vid hälsovårdscentralen eller till en annan vårdenhet, om besöket kan flyttas på medicinska eller odontologiska grunder utan att patientens hälsotillstånd eller funktionsförmåga äventyras. Det

finns dessutom kompletterande bestämmelser om tjänster inom mentalvården och missbrukarvården. I 13 § i jourförordningen ingår skyldighet att sörja för planeringen av den fortsatta vården eller annan vård enligt patientens behov inom primärvården, inom den specialiserade sjukvården eller enligt överenskommelse på annat sätt i den omfattning som situationen kräver.

Enligt 7 § i hälso- och sjukvårdslagen leder social- och hälsovårdsministeriet arbetet med att genomföra de riksomfattande enhetliga grunderna för medicinsk eller odontologisk vård. Tillsammans med Institutet för hälsa och välfärd gör ministeriet upp de enhetliga grunderna för vård. Social- och hälsovårdsministeriet har publicerat grunder för icke-brådskande vård 2019 (Social- och hälsovårdsministeriets publikationer 2019:22)³, nationella enhetliga grunder för brådskande vård för vuxna (Aikuisten valtakunnalliset kiireellisen hoidon perusteet, Social- och hälsovårdsministeriets publikationer 2020:19)⁴ samt nationella enhetliga grunder för brådskande vård för barn (Lasten valtakunnalliset yhtenäiset kiireellisen hoidon perusteet, Social- och hälsovårdsministeriets publikationer 2020:18)⁵. Grunderna för brådskande vård gäller gränssnittet mellan jourvård och icke-jourvård. Grunderna för brådskande vård innehåller konkreta rekommendationer för vanliga situationer där människor söker sig till vård om vilka slags symptom som gör att ett ärende ska skötas som en nödsituation, jour, icke-brådskande eller genom rådgivning eller egenvård. Enligt 24 § 2 mom. i hälso- och sjukvårdslagen ska sjukvården genomföras med beaktande av patientens behov av medicinsk eller odontologisk behandling och i enlighet med de enhetliga grunderna för vård.

Bestämmelser om jourenheter samt förutsättningar för enskilda specialområden

I 4 § i jourförordningen föreskrivs det om förutsättningarna för omfattande jour dygnet runt. Enligt paragrafen ska det i en enhet för omfattande jour dygnet runt finnas förutsättningar och kompetens för brådskande vård och jour inom specialområdena akutmedicin, anesthesiologi och intensivvård, gastroenterologisk kirurgi, kardiologi, pediatrik, gynekologi och obstetrik, neurologi, ortopedi och traumatologi, psykiatri, radiologi, invärtesmedicin och allmänmedicin samt jour inom odontologi, med undantag för nattetid. Enheten för omfattande jour dygnet runt ska stödja andra jourenheter. För brådskande vård ska det finnas ett behövligt antal kompetenta yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården. Enheten ska ha behövliga lokaler och instrument och behövlig utrustning för att ställa diagnos och vårda patienten, inbegripet operationsverksamhet och intensivvård.

Enheten för omfattande jour dygnet runt ska stödja andra jourenheter i området när det gäller att ordna brådskande vård för patienter. Enheten ska ha tillräcklig beredskap för att ansvara för exceptionella situationer tillsammans med andra jourenheter i området. I samarbetsavtalet ska det överenskommas om omfattningen av specialiteterna vid enheterna för omfattande jour dygnet runt, stödet till andra enheter och beredskapen för exceptionella situationer.

I 5 § i jourförordningen, som gäller andra enheter för samjour dygnet runt, föreskrivs det inte på samma sätt som i 4 § om specialområden som ska finnas hos andra enheter för samjour än enheter för omfattande jour. Enligt paragrafen ska det i samarbetsavtalet överenskommas hur bred och funktionellt mångsidig den jourenhet ska vara som bildas vid ett sjukhus som har jour.

³ <https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/handle/10024/161809>

⁴ <https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/handle/10024/162340>

⁵ <https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/handle/10024/162339>

I avtalet ska behoven hos befolkningen i området, tjänsternas tillgänglighet, avståndet mellan jourenheterna och befolkningens språkliga behov beaktas.

I 6 § i jourförordningen sägs att när det ordnas jour dygnet runt inom primärvården eller akutmedicinen enligt 50 § 5 mom. i hälso- och sjukvårdslagen ska jourenheten placeras vid ett sjukhus där tjänster inom andra specialiteter är tillgängliga under tjänstetid. Om avstånden är långa inom området kan jour dygnet runt ordnas i en jourenhet vid hälsovårdscentralen. I enheten ska det under alla tider på dygnet vara möjligt att göra sådana laboratorieundersökningar och sådan bilddiagnostik som behövs för att ställa diagnos samt att med hjälp av telemedicin konsultera enheten för omfattande jour dygnet runt eller enheten för samjour. Det ska säkerställas att det är möjligt att snabbt flytta patienter till enheten för omfattande jour dygnet runt eller till enheten för samjour.

Enligt 50 § 6 mom. i hälso- och sjukvårdslagen ska jourenheterna ha tillräckliga resurser och tillräcklig kompetens för att vårdkvaliteten och patientsäkerheten ska tillgodoses. Enligt 7 § i jourförordningen ska jourenheten ska ha en multidisciplinär personal som har tillräcklig utbildning och arbetserfarenhet samt kunskap om förhållandena i området och om de samlade social- och hälsovårdstjänsterna. För att sådana beslut som förutsätter handlande under tjänsteansvar ska kunna fattas ska dessutom en legitimerad läkare som står i tjänsteförhållande till välfärdsområdet eller i Nyland HUS-sammanslutningen finnas tillgänglig vid jourenheten.

Enligt 9 § i jourförordningen ska jourenheten ha tillgång till tillräcklig bilddiagnostik och laboratorieservice för undersökning av patienter, bedömning av vårdbehovet och för vården. Jourenheten ska vid behov kunna få ett utlåtande av en specialist i radiologi eller en läkare som är förtrogen med radiologi. Utlåtandet kan skaffas genom teleradiologisk distanskonsultation. På sjukhus med operationsverksamhet under jourtid ska det snabbt finnas tillgängligt en specialist i radiologi eller en läkare som är förtrogen med radiologi och som har möjlighet att konsultera en specialist i radiologi. I samarbetsavtalet ska det ingå en överenskommelse om jour för distanskonsultation och interventionell radiologi. Vid enheter för förlossningar och operationer ska det vara möjligt att utföra omedelbara blodtransfusioner och sådana undersökningar som krävs för dessa. Jourenheten ska säkerställa läkemedelsförsörjningen under jourtid samt i exceptionella situationer under jouden. I 14 § i förordningen föreskrivs det om verksamhetsmodeller för vården av minderåriga, äldre och berusade personer.

I 2 kap. i jourförordningen föreskrivs det om förutsättningarna för vissa medicinska specialiteter. I 18 § i förordningen finns bestämmelser om förutsättningarna för obstetrik och pediatrik. Enligt 1 mom. ska välfärdsområdet och HUS-sammanslutningen se till att det på sjukhus med jour dygnet runt som sköter förlossningar sköts åtminstone cirka 1 000 förlossningar per år. Enligt 50 § 7 mom. i hälso- och sjukvårdslagen föreskrivs det genom förordning av statsrådet om villkoren för omfattningen av förlossningsverksamheten. Social- och hälsovårdsministeriet kan bevilja tillstånd att avvika från dessa villkor, om det behövs för tillgängligheten till tjänsten eller för patientsäkerheten. Gällande undantagstillstånd har beviljats Lapplands välfärdsområde (Rovaniemi t.o.m. 31.12.2027 och Kemi t.o.m. 31.12.2025) samt Södra Karelen (Villmanstrand), Södra Savolax (S:t Michel) och Kajanalands (Kajana) välfärdsområden samtliga t.o.m. 31.12.2027.

Enligt 18 § 2 mom. i jourförordningen ska ett sjukhus som sköter förlossningar ha

- 1) ett behövligt antal barnmorskor och den assisterande operationspersonal som behövs för att ge brådskande vård samt behövliga lokaler och instrument och behövlig utrustning,
- 2) omedelbar beredskap för operativ behandling och uppföljning dygnet runt,

3) omedelbar beredskap för övervakning av fostrets hälsotillstånd samt för bedömning av behovet av vård av barn och moder, för vård som behövs omgående, intensifierad övervakning samt laboratorieundersökningar och blodtransfusioner som krävs för vården,

4) omedelbar tillgång till specialister i gynekologi och obstetrik samt anesthesiologi eller läkare som är väl förtrogna med förlossningsvård och anesthesiologi,

5) snabb tillgång till en specialist i pediatrik och i lämplig kirurgisk specialitet eller en läkare som är väl förtrogen med vård inom dessa specialiteter, som har möjlighet att konsultera en specialist om vården.

Det anges också särskilda förutsättningar för invärtesmedicin och kardiologi (15 §), neurologi (16 §), operationsverksamhet (17 §) samt mun- och tandvård (20 §).

Socialjour

Bestämmelser om socialjour finns i 29 och 29 a § i socialvårdslagen (1301/2014). Socialjour ska ordnas dygnet runt för att trygga brådskande och nödvändig hjälp för alla åldrar. Jouren ska organiseras så att den kan kontaktas dygnet runt och brådskande socialservice ges enligt vad som föreskrivs i socialvårdslagen eller någon annan lag. Jourenheterna ska ha tillräckliga resurser och tillräcklig kompetens för att servicekvaliteten och klientsäkerheten ska tillgodoses. Vid genomförandet av socialjouren ska man samarbeta med den prehospitla akutsjukvården, hälso- och sjukvårdens jour, räddningsväsendet, polisen, nödcentralen och vid behov med andra aktörer. Socialjour ska ordnas i anslutning till den samjour som avses i 50 § 3 och 4 mom. i hälso- och sjukvårdslagen.

Socialjouren tillhandahåller tillsammans med hälso- och sjukvården psykosocialt stöd i akuta situationer. Socialjouren ansvarar för att leda och samordna det första skedet av psykosocialt stöd i akuta situationer. I 50 a § i hälso- och sjukvårdslagen föreskrivs det om samarbetet mellan hälso- och sjukvården och socialjouren. I samband med den bedömning som krävs för brådskande vård ska en yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården bedöma om patientens behov av socialvård är uppenbart. Om behovet är uppenbart ska han eller hon hänvisa patienten till socialservicen eller, om personen samtycker till det, kontakta den myndighet som ansvarar för socialvården i välfärdsområdet, för att en yrkesutbildad person inom socialvården ska göra en bedömning av servicebehovet. I paragrafen föreskrivs också om skyldighet för en yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården att anmäla behovet av socialvård till den myndighet som ansvarar för socialvården.

2.1.4 Förlossningar i Finland

Statistik över förlossningar

Institutet för hälsa och välfärd har heltäckande statistik över föderskor, förlossningar och nyfödda från och med 1987⁶. Den senaste statistiken är från 2022⁷ och i juli 2024 publicerade Institutet för hälsa och välfärd dessutom förhandsuppgifter från 2023.

⁶ <https://thl.fi/sv/statistik-och-data/statistik-efter-amne/sexuell-och-reproduktiv-halsa/foderskor-forlossningar-och-nyfodda>

⁷ <https://www.julkari.fi/handle/10024/147689>

År 2022 föddes 45 186 barn i Finland. Antalet födda barn har minskat åren 2012–2019. Efter en liten ökning 2020–2021 fortsatte nativiteten att sjunka 2022. Jämfört med 2012 har antalet förlossningar minskat med 14450, dvs. -25 procent, 2022. Föderskornas medelålder har så småningom stigit. År 2022 var medelåldern för alla som födde barn 31,7 år och medelåldern för förstföderskor 30,1 år. Enligt förhandsuppgifter för 2023 föddes det i Finland 43 705 barn, vilket är mer än 3 procent mindre än 2022, dvs. nativiteten sjönk ytterligare.

Det summerade fruktsamhetstalet, dvs. det kalkylmässiga antalet barn som en kvinna föder, var 1,32 år 2022. Det finns skillnader mellan välfärdsområdena. Flest barn per kvinna föddes i Mellersta Österbottens, Österbottens och Norra Österbottens välfärdsområden (variationsbredd 44,1–46,5 förlossningar per tusen kvinnor i åldern 15–49 år) 2022. På motsvarande sätt föddes minst barn per tusen kvinnor i Kymmenedalens, Södra Savolax och Norra Karelen välfärdsområden (variationsbredd 32,6–34,0).

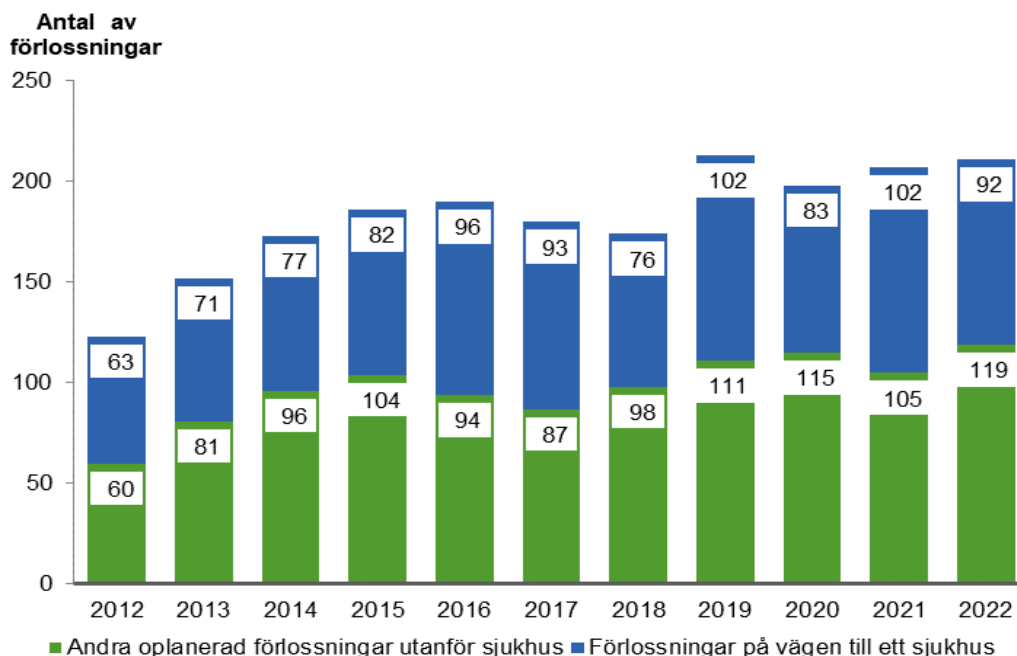
Största delen av kvinnorna föder på ett förlossningssjukhus i det område dit deras hemkommun hör. Enligt THL:s statistik födde 2022 endast 5,4 procent på ett sjukhus utanför det egna sjukvårdsdistriktet. Orsaker till att man föder på ett annat sjukhus är att riskgraviditeter centraliseras till vissa sjukhus samt moderns och familjens val. Vissa sjukhus, bl.a. Kajanalands centralsjukhus, har aktivt rekryterat föderskor från det egna sjukhusets närområden.

Flest förlossningar utanför det egna områdets sjukhus förekom 2022 i fråga om Vasa sjukvårdsdistrikt (30,4 % av förlossningarna), Norra Österbotten (18,2 %), Egentliga Tavastland (10,5 %) och Södra Savolax (10,0 %). På motsvarande sätt förekom flest förlossningar från andra områden 2022 på sjukhusen i Mellersta Österbotten (totalt 844 förlossningar, dvs. 55,8 % av förlossningarna på sjukhuset), Kajaland (totalt 336 förlossningar, dvs. 44,9 %) och Kymmenedalen (totalt 283 förlossningar, dvs. 25,2 %).

Åren 2010–2018 upphörde förlossningsverksamheten i nio enheter, dvs. Ekenäs (2011), Brahestad (2012), Vammala (2014), Jakobstad (2014), Nyslott (2015), Salo (2016), Borgå (2016), Barnmorskeinstitutet (2018) och Oulaskangas (2019). Ur den årliga statistiken 2010–2022 kan man se att när förlossningsenheter lagts ned har inte alla föderskor övergått till sjukhuset i det egna området utan till grannområden över sjukvårdsdistriktets/välfärdsområdets gränser. Om man granskar endast antalet föderskor från sjukhusets eget område, sjönk förlossningarna i Mellersta Österbotten till cirka 670, i Kajaland till 410 och i Kymmenedalen till 840, alltså utan föderskor från andra områden.

99,2 procent av förlossningarna skedde på sjukhus. Enligt anmälningarna till registret över födda barn var antalet planerade hemmaförlossningar 109 år 2022 (118 år 2021). År 2022 inträffade 92 av alla förlossningar på vägen till sjukhuset, vilket är 10 färre än 2021. Antalet oplanerade förlossningar utanför sjukhuset av andra orsaker var 119 då motsvarande antal var 105 år 2021. (Figur 1.). Det är möjligt att förebygga förlossningar på vägen till sjukhuset med god mödravård, information till familjer och kvinnor samt patienthotellverksamhet, så att man flyttar närmare förlossningssjukhuset när förlossningen närmar sig.

Figur 1. Oplanerade förlossningar utanför sjukhuset åren 2012–2022. Källa: THL Perinatalstatistik: föderskor, förlossningar och nyfödda 2022⁸



Enligt publikationen Nordisk perinatalstatistik 2020⁹ är nativiteten i Finland den lägsta i Norden och ligger under det europeiska genomsnittet. Nativiteten i Sverige och på Island var fortfarande bland de högsta i Europa. Enligt referensdata från 2020 var Finlands tal 1,37 lägre än i de andra nordiska länderna, dvs. Sverige (1,66), Danmark (1,67), Norge (1,48) och Island (1,72).

Andelen dödfödda barn och barn som avlidit vid förlossningen eller som nyfödda har varit låg i Finland och motsvarat nivån i de andra nordiska länderna. Siffrorna hör till de lägsta i världen. Detta beskriver den höga nivån på mödravården och förlossningsverksamheten.

Under det gångna decenniet har förlossningssjukhus stängts i alla nordiska länder. Antalet förlossningar per sjukhus har ökat i alla nordiska länder under det senaste decenniet. I relation till antalet förlossningar per år har Danmark och Sverige flest förlossningar per sjukhus (i medeltal cirka 2 600 förlossningar).

Förutsättningarna för förlossningar samt nätverket av förlossningssjukhus

En patientsäker och kundorienterad vård av mamma och barn förutsätter synnerligen omfattade professionella resurser och ett multiprofessionellt team, som samtidigt är närvarande på sjukhuset eller snabbt kan fås dit. På så vis kan man säkerställa tillräcklig uppföljning av

⁸ <https://www.julkari.fi/handle/10024/147689>

⁹ <https://www.julkari.fi/handle/10024/144264>

förlossningens gång samt sköta förlossningen och smärtlindring och annat stöd i anslutning till den samt eftervård av mamma och barn även i avvikande situationer.

Jourförordningen innehåller bestämmelser om förutsättningarna för att enskilda sjukhus ska kunna sköta förlossningar. Bestämmelserna beskrivs i avsnitt 2.1.3. På grund av patientsäkerheten ska sjukhuset dygnet runt ha tillgång till specialister i gynekologi, anesthesiologi, pediatrik och kirurgi samt barnmorskor, anestesiskötare, kirurgiska/instrumentskötare och labororieskötare. Dessutom behövs det möjlighet till avdelningsvård samt intensivövervakning och diagnostisk utbildning av mamman och den nyfödda samt den personal som detta förutsätter.

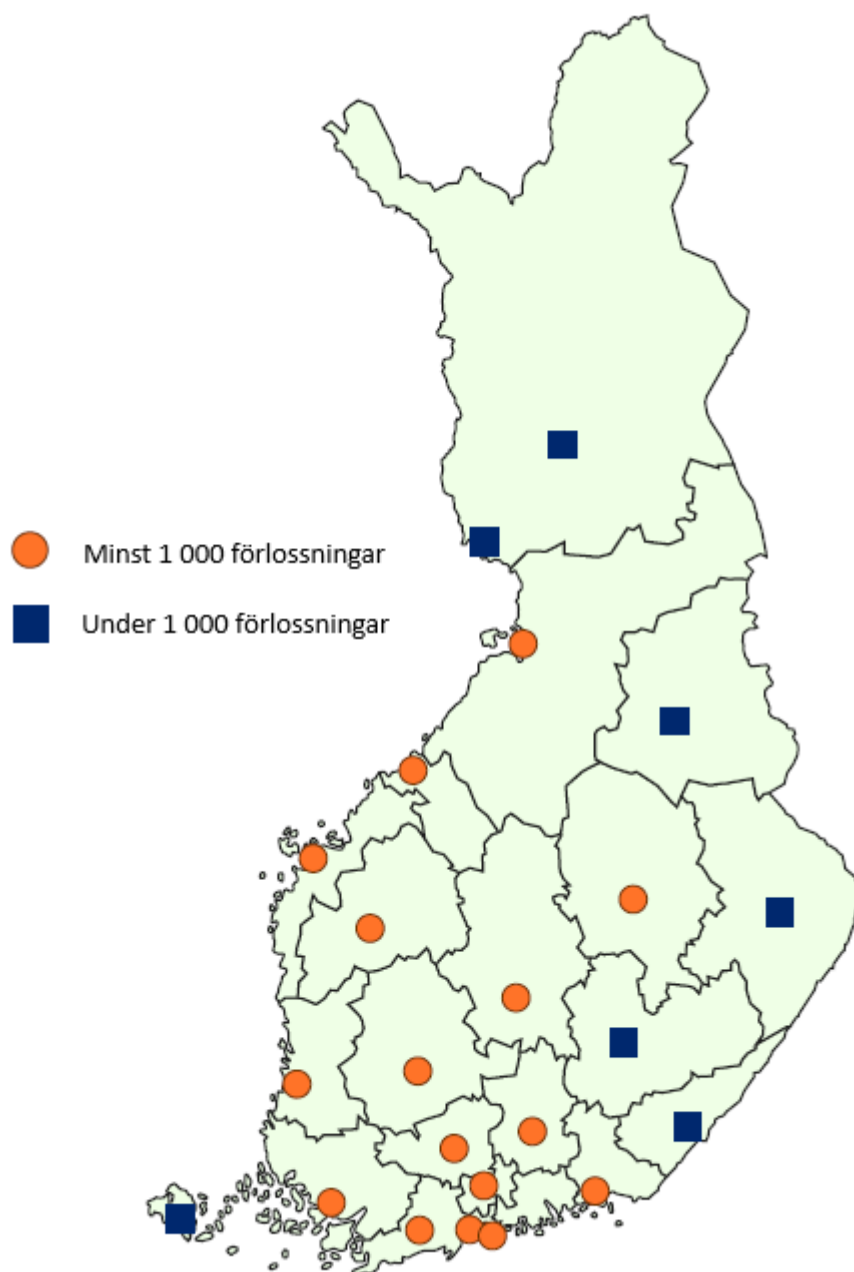
Åtminstone cirka tusen förlossningar per år för ett sjukhus har kritiserats för att antalet inte grundar sig på vetenskapliga bevis. Goda resultat kan uppnås även med ett mindre antal förlossningar per år, om man lyckas i valet av föderskor, riskgraviditeter centraliseras i tid till större enheter och om mindre sjukhus förmår upprätthålla den multiprofessionell personeresurs som beskrivs ovan dygnet runt. Bland annat i Norge finns det barnmorskeledda förlossningsstugor, där man sköter sådana förlossningar som inte förutspås vara förenade med risker trots att till exempel läkararbetskraft inte finns att tillgå. I Finland har det dock inte tills vidare i någon betydande utsträckning framförts åsikter om att villkoren för att sköta förlossningar inom den offentligt ordnade hälso- och sjukvården skulle luckras upp till exempel i fråga om kraven på personal eller möjligheter till diagnostik och fortsatt vård.

Om antalet förlossningar per år på sjukhuset minskar avsevärt, är en stor del av verksamheten dygnet runt för den kompetensresurs som förutsätts för att genomföra förlossningar s.k. beredskap utan att en enda förlossning inträffar under en stor del av arbetsskiftet. Om beredskapsresursen inte kan utnyttjas för annan verksamhet är det svårt att uppnå effekt och kostnadsnyttoeffektivitet. Detta höjer priset för att sköta förlossningar.

I Finland finns det 23 förlossningssjukhus. På förlossningssjukhusen sköttes i medeltal 1 934 förlossningar (variationsbredd 246–8208) på förlossningssjukhusen. Mer än vart fjärde (27,9 %) barn föddes på HUCS sjukhus (Kvinnokliniken och Jorvs sjukhus) och vart tredje (35,0 %) på HUS sjukvårdsdistrikts sjukhus (Kvinnokliniken, Jorvs, Hyvinge och Lojo sjukhus). År 2022 skötte fem av välfärdsområdenas sjukhus färre än tusen förlossningar, som 2015 sattes som gräns för förlossningsverksamhet: Södra Karelen centralsjukhus (Villmanstrand), Lapplands centralsjukhus (Rovaniemi), Länsi-Pohja centralsjukhus (Kemi), Kajanalands centralsjukhus (Kajana) och S:t Michels sjukhus. Dessutom hade Ålands centralsjukhus (Mariehamn), som inte berörs av hälso- och sjukvårdslagen och jourförordningen, färre än tusen förlossningar.

Enligt förhandsuppgifter för 2023 föddes 2023 en dryg tredjedel (35,6 %) av barnen i Finland i Nyland på Kvinnokliniken samt Jorvs, Hyvinge och Lojo sjukhus (HUS sjukhus). Antalet förlossningar minskade 2023 på största delen av sjukhusen. Antalet förlossningar ökade på Hyvinge sjukhus (+3,3 %), Kemi centralsjukhus (+2,3 %), Karleby centralsjukhus (+1,2 %), Ålands centralsjukhus (+0,4 %) och Lojo sjukhus (+0,2 %). Förutom ovannämnda sex sjukhus med färre än tusen förlossningar 2022, sjönk antalet förlossningar på Norra Karelen centralsjukhus (Joensuu) under tusen 2023.

Bild 5. Förlossningsorter. Källa: THL, preliminära uppgifter ur statistiken Perinatalstatistik – föderskor, förlossningar och nyfödda 2022



Tabell 1. Förlossningar enligt sjukhus 2012–2023*. Källa THL, preliminära uppgifter ur statistiken Perinatalstatistik – föderskor, förlossningar och nyfödda 2023

Förlossningar efter sjukhus 1) 2013–2023*											
	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023*
HUCS, totalt	14 358	14 294	13 974	13 591	13 513	13 038	12 742	12 841	13 773	12 444	12 141
Barnmorskeinstitutets sjukhus	3 310	2 426	2 576	2 624	5 920	8 959	8 541	8 549	9 209	8 203	7 925
Kvinnkliniken	3 210	2 426	2 576	2 624	5 920	8 959	8 541	8 549	9 209	8 203	7 925
Jorvs sjukhus, Esbo	3 893	3 842	3 897	3 697	3 447	4 079	4 201	4 292	4 564	4 241	4 216
Åbo universitetssjukhus	4 043	4 139	4 038	4 213	4 057	3 843	3 704	3 805	4 156	3 802	3 578
Kuopio universitetssjukhus	2 417	2 381	2 418	2 279	2 141	2 084	1 905	1 894	1 984	1 816	1 705
Uleåborg universitetssjukhus	4 280	4 100	3 914	3 614	3 445	3 248	3 309	3 433	3 413	3 139	2 976
Tammerfors universitetssjukhus	5 213	5 337	5 268	4 991	4 703	4 419	4 302	4 280	4 671	4 245	4 124
Södra Karelens centralsjukhus, Villmanstrand	1 085	1 097	1 091	1 005	965	859	808	787	771	767	707
Mellersta Finlands centralsjukhus, Jyväskylä	2 868	2 830	2 662	2 513	2 273	2 142	2 037	2 052	2 144	1 959	1 904
Norra Karelens centralsjukhus, Joensuu	1 547	1 567	1 504	1 463	1 304	1 236	1 093	1 136	1 147	1 027	977
Vasa centralsjukhus	1 377	1 446	1 372	1 380	1 254	1 175	1 145	1 133	1 186	1 052	1 050
Ålands centralsjukhus	278	255	269	279	271	260	252	243	281	246	247
Egentliga Tavastlands centralsjukhus, Tavastehus	1 652	1 622	1 441	1 388	1 348	1 235	1 166	1 177	1 218	1 143	1 075
Länsi-Pohja centralsjukhus, Kemi	628	591	553	547	518	506	422	444	394	389	398
Lapplands centralsjukhus, Rovaniemi	1 191	1 100	1 054	1 035	961	859	928	910	996	902	848
S:t Michels centralsjukhus	827	788	888	864	822	732	648	653	694	640	638
Satakunta centralsjukhus, Björneborg	2 062	2 017	1 928	1 852	1 754	1 564	1 481	1 472	1 573	1 413	1 346
Kymmenedals centralsjukhus, Kotka	1 473	1 409	1 389	1 353	1 429	1 359	1 233	1 243	1 303	1 147	1 018
Mellersta Österbottens centralsjukhus, Karleby	1 342	1 502	1 507	1 519	1 477	1 392	1 652	1 740	1 643	1 529	1 548
Kajanalands centralsjukhus, Kajana	714	702	601	636	560	508	567	664	816	762	733
Södra Österbottens centralsjukhus, Seinäjoki	2 056	2 058	2 032	1 939	1 806	1 607	1 577	1 475	1 601	1 420	1 376
Päijänne-Tavastlands centralsjukhus, Lahtis	1 907	1 879	1 835	1 749	1 672	1 588	1 438	1 527	1 588	1 444	1 330
Lojo sjukhus	999	972	959	1 107	1 099	1 018	1 042	1 157	1 415	1 188	1 190
Hyvinge sjukhus	1 815	1 842	1 843	1 827	1 852	1 802	1 783	1 874	2 162	1 962	2 027
Övriga förlossningar 2)	28	30	46	48	61	73	44	94	138	153	185
Totalt 3)	57 728	57 019	55 007	52 870	50 151	47 272	45 279	46 034	49 069	44 589	43 121

* Förhandsbesked

1) Sjukhusspecifik information omfattar förutom sjukhusförlossningar även reseförlossningar och oplanerade förlossningar utanför sjukhuset

Planerade hemförlossningar har raderats retroaktivt från de sjukhusspecifika uppgifterna för alla år i statistiken 2023

2) Planerade förlossningar i hemmet, förlossningar där det inte är känt om förlossningen utanför sjukhuset varit planerad eller inte och förlossningar där det saknas uppgifter om var förlossningen skett.

3) Tabellen specificeras de sjukhus där det har bedrivits förlossningsverksamhet 2023.

I totalsiffran ingår också de förlossningar som har skett på sjukhus vars förlossningsverksamhet senare har lagts ned.

Gällande undantagstillstånd för att sköta förlossningar har beviljats Lapplands välfärdsområde (Rovaniemi t.o.m. 31.12.2027 och Kemi t.o.m. 31.12.2025) samt Södra Karelens (Villmanstrand t.o.m. 31.12.2027), Södra Savolax (S:t Michel t.o.m. 31.12.2027) och Kajanalands (Kajana t.o.m. 31.12.2027) välfärdsområden.

2.1.5 Prehospital akutsjukvård och läkarhelikopterverksamhet

Prehospital akutsjukvård

Enligt 39 § i hälso- och sjukvårdslagen ska välfärdsområdet och i Nyland HUS-sammanslutningen organisera den prehospitala akutsjukvården inom sitt område. Den prehospitala akutsjukvården ska i samarbete med de verksamhetsställen inom hälso- och sjukvården som håller jour planeras och genomföras så att dessa tillsammans med annan hälso- och sjukvård som ges som närservice i hemmet under jourtid bildar en regionalt sett funktionell helhet. Välfärdsområdena och HUS-sammanslutningen kan producera den prehospitala akutsjukvården antingen som egen produktion eller skaffa den från en privat tjänsteproducent under de förutsättningar och med de begränsningar som föreskrivs i 12 § i lagen om ordnande av social- och hälsovård.

Enligt 40 § i hälso- och sjukvårdslagen omfattar den prehospitala akutsjukvården sådan bedömning av vårdbehov samt sådan brådskande vård i fråga om patienter som insjuknat eller skadats plötsligt som primärt sker utanför en hälso- och sjukvårdsinrättning, och vid behov transport av patienter till den enligt medicinsk bedömning lämpligaste vårdenheten samt förflyttningar i samband med plötsligt insjuknade eller skadade patienters fortsatta vård när patienten behöver krävande och kontinuerlig vård eller övervakning under förflyttningen. Dessutom omfattar den prehospitala akutsjukvården upprätthållande av beredskap för prehospital akutsjukvård, ordnande av kontakt till psykosocial stödverksamhet, medverkan i utarbetandet av regionala beredskapsplaner samt handräckning till polisen, räddningsmyndigheterna, gränsbevakningsmyndigheterna och sjöräddningsmyndigheterna för fullgörande av uppgifter som dessa ansvarar för.

Enligt 39 § i hälso- och sjukvårdslagen fattar välfärdsområdena och HUS-sammanslutningen beslut om servicenivån för den prehospitala akutsjukvården. I beslutet om servicenivån fastställs hur den prehospitala akutsjukvården ska organiseras, serviceinnehållet, vilken utbildning de personer som medverkar i den prehospitala akutsjukvården ska ha, de mål som satts upp av samarbetsområdets central för prehospital akutsjukvård i fråga om den tid inom vilken befolkningen ska få vård samt andra omständigheter som är behövliga med tanke på vårdens organisering inom området. Innehållet i den prehospitala akutsjukvården ska i beslutet definieras så att genomförandet av servicen är effektivt och ändamålsenligt och så att situationer där den prehospitala akutsjukvården är utsatt för hög belastning samt samarbetsområdets resurser beaktas i servicen. Enligt 40 § kan välfärdsområdena och HUS-sammanslutningen i beslutet om servicenivån bestämma att den prehospitala akutsjukvården ska inbegripa första insatsen. Med första insatsen avses att någon annan enhet som nödcentralen kan larma än en ambulans larmas i syfte att förkorta insatstiden i fråga om en akut insjuknad eller skadad patient, och att personalen i enheten ger livräddande första hjälpen i enlighet med beslutet om servicenivån för den prehospitala akutsjukvården. Enligt social- och hälsovårdsministeriets förordning om prehospital akutsjukvård (585/2017, *förordningen om prehospital akutsjukvård*) ges välfärdsområdena och HUS-sammanslutningen i uppgift att följa och producera nyckeltal som gäller verksamheten inom den prehospitala akutsjukvården för centralen för prehospital akutsjukvård i specialupptagningsområdet, regionförvaltningsverket, Tillstånds- och

tillsynsverket för social- och hälsovården och Institutet för hälsa och välfärd i syfte att utvärdera utfallet av beslutet om servicenivån och resultaten av verksamheten.

Välfärdsområdenas räddningsväsende och avtalsbrandkårer producerar första insatsverksamhet, liksom bl.a. Finlands Röda Kors och Gränsbevakningsväsendet. Med första insatsverksamhet avses att till patienten skickas den närmaste möjliga enheten, som kan inleda omedelbara åtgärder för att trygga patientens grundläggande livsfunktioner, ge intensifierad första hjälpen, bedöma patientens tillstånd rapportera situationen vidare. Första insatsenheten transporterar patienten endast i undantagsfall.

Med stöd av 36 § i lagen om ordnande av social- och hälsovård, 46 § i hälso- och sjukvårdslagen och förordningen om prehospita akutsjukvård ska välfärdsområdena och HUS-sammanslutningen upprätthålla en central för prehospita akutsjukvård så att det finns en central per samarbetsområde. Centralen för prehospita akutsjukvård sköter uppgifter som hänför sig till planering, samordning och styrning av funktionerna. I förordningen om prehospita akutsjukvård föreskrivs det närmare om den prehospitala akutsjukvårdens och centralens uppgifter, innehållet i beslutet om servicenivån, riskområdesklasserna inom den prehospitala akutsjukvården, angelägenhetsklasserna för uppdrag inom den prehospitala akutsjukvården, ledningssystemet och fältchefen. I förordningen föreskrivs det också om enheter inom den prehospitala akutsjukvården. Med en enhet inom den prehospitala akutsjukvården avses ett fordon som hör till den operativa verksamheten inom den prehospitala akutsjukvården samt fordonets personal. Enheter inom den prehospitala akutsjukvården är ambulanser samt olika slags fordon för prehospita akutsjukvård, läkar- och sjukvårdshelikoptrar och andra nödvändiga fordon. I förordningen anges också minimiutbildningen för personalen i enheterna inom den prehospitala akutsjukvården.

Nödcentralsverket, som hör till inrikesministeriets förvaltningsområde och vars verksamhet styrs av inrikesministeriet och social- och hälsovårdsministeriet tillsammans, svarar på nödmeddelanden till nödnumret (112), bedömer hjälpbehovet och larmar behövliga myndigheter, inklusive prehospita akutsjukvård. Nödcentralsverket förmedlar över 800 000 uppdrag till den prehospitala akutsjukvården per år, vilket är mer än hälften av alla larm till myndigheterna (tabell 2). Nödcentralen förmedlar flest uppdrag i förhållande till befolkningen i norra och östra Finland (figur 2). Ett uppdrag kan inkludera en eller flera enheter inom den prehospitala akutsjukvården (ambulans, fältledningsenhet, läkarhelikopter eller första insatsenhet). Antalet uppdrag för den prehospitala akutsjukvården har i regel ökat under de senaste 10–15 åren. En viktig orsak till fenomenet är att den äldre befolkningen ökar, och därmed de akuta hälsoproblemen. Å andra sidan riktas störande förfrågningar till den prehospitala akutsjukvården när befolkningen ringer till nödnumret 112 även om andra behov än brådskande hjälp och i livshotande situationer, för vilka det finns bättre lämpad hjälp att få, t.ex. via rådgivnings- och hänvisningstjänsten inom hälso- och sjukvården Jourhjälp (116117). Det finns en riksomfattande instruktion för uppdragshantering i fråga om nödmeddelanden som gäller hälso- och sjukvård och prehospita akutsjukvård. Den kompletteras av de regionala ansvarsmyndigheternas larminstruktioner. Riskbedömningen baserar sig på den hjälpbehövandes symptom och händelseinformationen.

Tabell 2. Antalet uppdrag som Nödcentralsverket förmedlat till myndigheterna sedan 2015. Ett uppdrag kan inkludera en eller flera larmenheter, t.ex. ambulanser. Källa: Nödcentralsverket.

	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Den prehospitala akutsjukvården	756 939	776 341	792 982	802 974	800 525	779 646	828 969	861 123	823 288

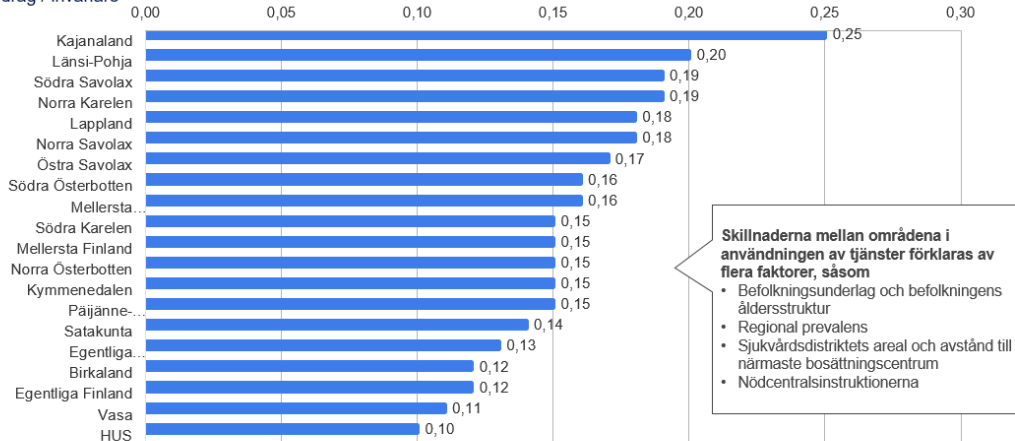
Polisen	526 506	509 918	518 862	513 236	515 615	527 740	513 328	498 066	504 177
Räddningsväsendet	71 363	73 864	72 964	79 098	85 597	85 253	85 373	82 195	84 416
Socialvården	23 063	28 216	39 282	45 494	52 646	53 388	61 125	66 771	89 209
Sammanlagt	1 377 871	1 388 339	1 424 090	1 440 802	1 454 383	1 446 027	1 488 795	1 508 155	1 501 090

Figur 2. Larm till den prehospitala akutsjukvården enligt sjukvårdsdistrikt 2020. Källa: STM&SM: Selvitys ensihoitopalvelusta (SHM&IM: Utredning om prehospital akutsjukvård, på finska) NHG 2021.

Nödcentralen förmedlar flest uppdrag i förhållande till befolkningen i norra och östra Finland



Larm till den prehospitala akutsjukvården enligt sjukvårdsdistrikt 2020
uppdrag / invånare



Källa: SHM, Statistikcentralen, expertåsikter
Källa: SHM & IM, Utredning om prehospital akutsjukvård, NHG 2021

Under normala förhållanden finns det sammanlagt cirka 600 akutvårdsenheter i beredskap för egentlig prehospital akutsjukvård i Finland. Största delen av dem fungerar enligt principen om förtloppande verksamhet, dvs. dygnet runt och på s.k. vårdnivå, så att minst den ena personen i ambulansen är en akutvårdare-YH eller en sjukskötare som fått utbildning i prehospital akutsjukvård. Personalen i en akutvårdsenhet på vårdnivå kan göra heltäckande bedömningar av vårdbehovet samt ge även krävande vård. Förstavårdare begär vid behov vårdinstruktioner av akutläkare och sjukhusets jourläkare. Patienter vårdas i allt högre grad redan på plats utan att de behöver transporteras separat till sjukhuset eller jurenheten, beroende på område behöver 40-50 % av patienterna inte transport till jour. Vid sidan av prehospital akutsjukvård används också enheter som i regel inte transporterar patienter. Till dem hör fältchefsenheter, enpersons bedömningsenheter och läkarenheter.

Under de senaste åren har den prehospitala akutsjukvården förändrats från transport av sjuka till att utgöra en allt fastare del av hälso- och sjukvårdens jourprocess, där fokus inte ligger på transport av patienten till en verksamhetsenhet inom hälso- och sjukvården, utan på bedömning av patienternas vårdbehov, inledande av prehospital akutsjukvård, och enligt behov antingen

transport av patienten till egentlig vård eller hänvisning av patienten till andra social- och hälsovårdstjänster. Ändringarna har förbättrat produktiviteten, kvaliteten och patientsäkerheten inom hela vårdkedjan och därigenom också verkningsfullheten. Förändringen har befrämjats av förbättringarna av akutvårdarnas kompetens, utrustningen hos enheterna inom den prehospitala akutsjukvården och möjligheterna att få handledning av läkare och konsultera läkare på distans. Den prehospitala akutsjukvården samarbetar dessutom nära med bl.a. polisen, räddningstvåsen och Gränsbevakningstvåsen i uppdrag som berör flera myndigheter. Gränsbevakningstvåsen producerar stödtjänster för den prehospitala akutsjukvården särskilt i skärgårdsområden.

Alla patienttransporter med ambulans hör inte till den prehospitala akutsjukvården. En del av de planerade patientresorna till en verksamhetsenhet inom hälso- och sjukvården måste göras med ambulans på grund av patientens hälsotillstånd och funktionsförmåga, trots att det inte är fråga om brådskande verksamhet eller verksamhet som hör till den prehospitala akutsjukvården. Med ambulans kan dessutom en patient som är inskriven i en verksamhetsenhet transporteras för vård till en annan verksamhetsenhet. Bestämmelser om överflyttningar finns i 73 § i hälso- och sjukvårdslagen.

Välfärdsområdenas finansieringsansvar omfattar i nuläget organiseringskostnader, såsom ledning, styrning och samordning av den prehospitala akutsjukvården, beredningsplanering, upprätthållande av beredskap, akutläkarverksamhet samt kostnaderna för vissa uppgifter som inte ersätts med stöd av sjukförsäkringslagen. FPA ersätter med stöd av sjukförsäkringslagen och statsrådets förordning om ersättnings taxa för kostnader för sjuktransport (490/2018, de senaste ändringarna i taxan 1114/2023) ambulanstransporter som hör till den prehospitala akutsjukvården och dessutom transporter med läkarhelikopter och skärgårdsbåtar i enlighet med separata kriterier. Av ambulanskostnaderna ersätts grundavgiften 80,84 euro samt, om transportsträckan är längre än 20 kilometer, högst 2,16 euro för varje påbörjad kilometer. Som tillägsavgift för en andra ambulanschaufför som deltar i sjuktransporten ersätts högst 43,04 euro, och för den tid som överskrider en timme dessutom högst 21,52 euro för varje påbörjad halvtimme. På dessa grunder blir ersättningen för t.ex. en resa på 50 km kalkylmässigt cirka 189 euro och för en resan på 120 km cirka 361 euro. Enligt sjukförsäkringslagen ersätts kostnaderna för transport av akutvårdspatienter och även för vissa uppdrag som sköts på plats trots att patienten inte transporteras någonstans.

I regeringsprogrammet för statsminister Orpos regering anges att finansieringsansvaret för ambulanstransporter överförs i sin helhet till välfärdsområdena i enlighet med förslaget av den parlamentariska arbetsgruppen för flerkanalfinansiering. I samband med ramförhandlingarna våren 2024 beslöt man att överföringen genomförs från och med 2026.

Akutläkar-/läkarhelikopterverksamhet

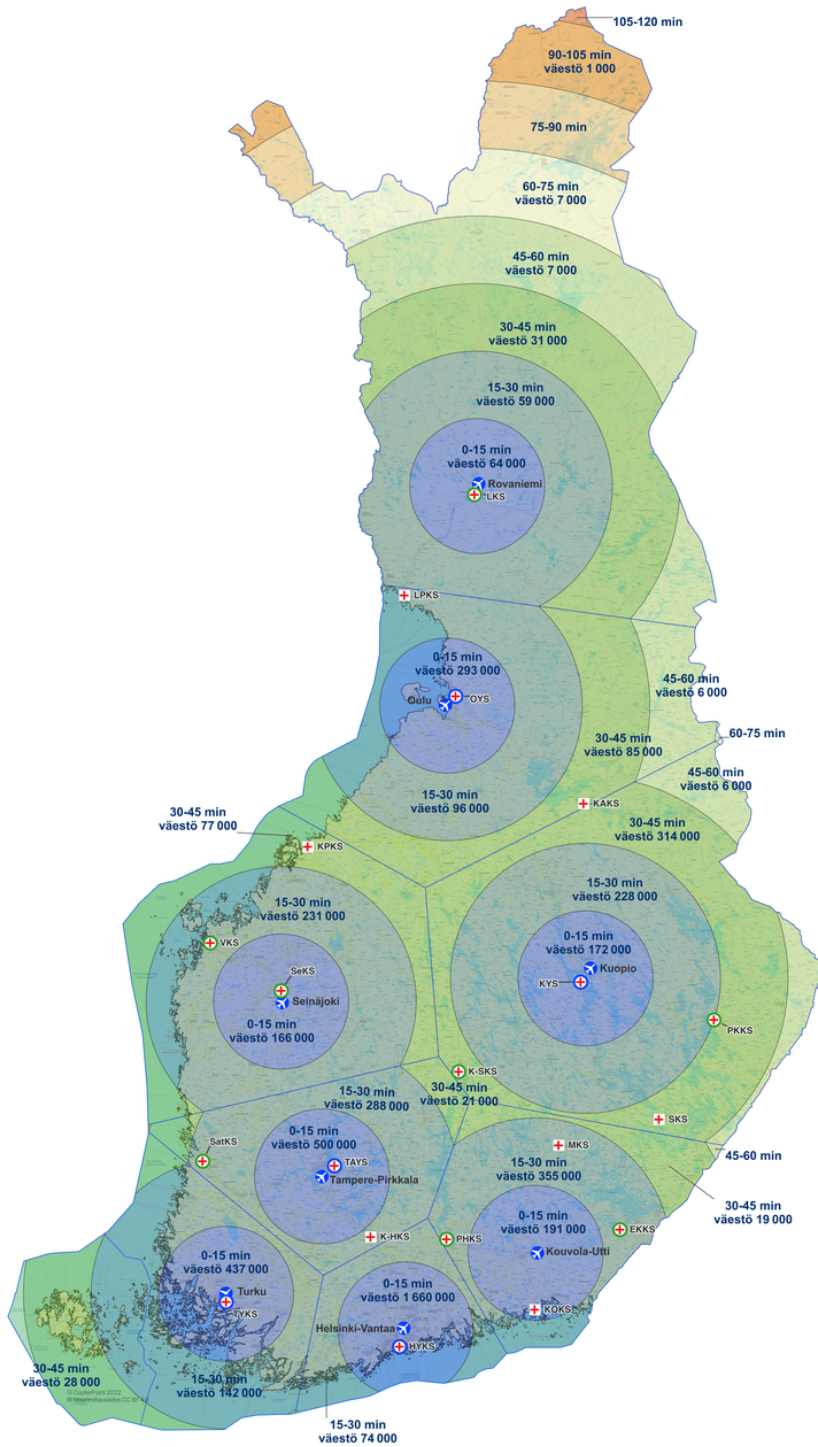
Läkarhelikopterverksamhetens kärnuppgift i Finland är att ta prehospital akutsjukvård på specialistnivå till en patient i nödläge med så stor geografisk och tidsmässig täckning som möjligt. Under de senaste årtiondena har den blivit en etablerad del av akutvårds- och joursystemet. Förändringen i verksamhetsmiljön och den internationella säkerhetsmiljön samt den medicinska utvecklingen i fråga om t.ex. olycksfallspatienter och vissa akuta behandlingar (akuta hjärt- och hjärnincidenter) förutsätter också att läkarhelikopterverksamheten utvecklas fortlöpande. Bland annat det att en patient förflyttas med helikopter till sjukhuset för krävande åtgärder så snabbt som möjligt kan medföra nya möjligheter till samarbete mellan sjukhusen. Å andra sidan är samarbetet mellan myndigheterna och med andra statliga helikopteraktörer under normala förhållanden och undantagsförhållanden en viktig omständighet som måste beaktas.

Enligt 46 § 1 mom. 4 punkten i hälso- och sjukvårdslagen ska centralen för prehospital akutsjukvård ansvara för läkarhelikoptrarnas medicinska verksamhet i samarbetsområdet på det sätt som överenskommit i samarbetsavtalet och samordna verksamheten tillsammans med andra centraler för prehospital akutsjukvård till en nationellt enhetlig helhet. I praktiken ansvarar särskilt de välfärdsområden som upprätthåller universitetssjukhus och HUS-sammanslutningen för läkarhelikoptrarnas prehospitala akutsjukvård, och de har sett till att akutläkare ingår i besättningen på dessa helikoptrar. Dessutom ansvarar Lapplands välfärdsområde för den prehospitala akutsjukvården vid basen i Rovaniemi, och i besättningen på den helikoptern ingår till skillnad från det som sägs ovan två förstavårdare i stället för en akutläkare. Förutom helikoptermöjligheten arbetar personalen också med en s.k. landenhets, dvs. akutläkaren tas till patienten med bil, om det går snabbare än med helikopter eller helikopter inte kan användas t.ex. på grund av väderhinder.

Flygtjänsten för den prehospitala akutsjukvården genomförs av FinnHEMS Oy, som sedan 2020 har varit ett statligt bolag med specialuppgifter. Social- och hälsovårdsministeriet ansvarar för ägarstyrningen av FinnHEMS Oy och bolagets verksamhet finansieras helt och hållet av staten. Statsrådet beslutar var läkarhelikoptrarnas baser ska finnas. För närvarande tillhandahåller FinnHEMS Oy flygtjänst för den prehospitala akutsjukvården från sju baser (Vanda, Åbo, Birkala, Seinäjoki, Kuopio, Uleåborg och Rovaniemi). En åttonde bas är under beredning i Kouvola, men en ovannämnd landenhets fungerar redan nu i Kouvola.

Bild 6. Läkar- och sjukvårdshelikoptertjänstens flygtider och den befolkning som nås inom olika tider enligt bas, när två nya baser har börjat arbeta. Ordet ”väestö” på bilden betyder *befolkning*. Källa: Lääkärihelikopteritoiminnan vaikuttavuus ja kustannustehokkuuden kehittäminen (Läkarhelikopterverksamhetens effekt och utveckling av kostnadseffektiviteten, på finska med presentationsblad på svenska). Publikationsserie för statsrådets utrednings- och forskningsverksamhet 2022:62.¹⁰

¹⁰ <https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/handle/10024/164373>



I anslutning till FinnHEMS Oy:s verksamhet har det identifierats behov av att utarbeta lagstiftning om verksamheten (ShUB 3/2022 rd, riksdagens biträdande justitieombudsmans avgörande EOAK/7308/2021). Enligt regeringsprogrammet för statsminister Orpos regering integreras läkarhelikopterverksamhetens medicinska tjänster och vårdtjänster i välfärdsområdenas system för prehospital akutsjukvård och jour. Det görs separata utredningar om organiseringsansvaret inom läkarhelikopterverksamheten, upphandlingen av helikoptrar och olika kostnader i anslutning till detta, med beaktande av lönsamheten och kostnadseffektiviteten. Den lagberedning som hänför sig till saken sker separat från denna regeringsproposition.

År 2022 publicerades en utredning om läkarhelikopterverksamhetens effekt och utveckling av kostnadseffektiviteten¹¹, som statsrådet låtit göra. En arbetsgrupp arbetade med att ta fram en nationell strategi för läkarhelikopterverksamheten. Arbetsgruppens mandatperiod gick ut i maj 2024. Den nationella strategin har ännu inte publicerats.

Förutom läkarhelikopterverksamheten finns det några akutläkarenheter i Finland, bland annat en läkarambulans som arbetar dygnet runt i Helsingfors.

2.1.6 Välfärdsområdenas finansiering och ersättningar mellan välfärdsområdena

Välfärdsområdenas finansieringslag

I lagen om välfärdsområdenas finansiering (617/2021, *finansieringslagen*) föreskrivs det om beviljande av statlig finansiering för att täcka kostnaderna för de uppgifter för vilka välfärdsområdena enligt lagen om välfärdsområden (611/2021) har organiseringsansvaret.

Syftet med statens finansiering till välfärdsområdena är att säkerställa att alla välfärdsområden trots skillnader i förhållandena och i invånarnas servicebehov ska ha förutsättningar att genomföra sina lagstadgade uppgifter. Finansieringen av välfärdsområdena baserar sig på en heltäckande statlig finansiering, avgifts- och försäljningsintäkter och vissa andra inkomster, såsom statens forskningsfinansiering och statens ersättning för specialiseringsutbildning. Den statliga finansieringen enligt finansieringslagen är en allmän inkomstpост för välfärdsområdet, och därmed är det välfärdsområdet som fattar beslut om användningen och fördelningen av finansieringen inom ramen för sin självstyrelse och behörighet.

Välfärdsområdena beviljas allmän finansiering på kalkylmässiga grunder. Största delen av finansieringen riktas till välfärdsområdena på basis av faktorer som beskriver servicebehovet inom social- och hälsovården. Sådana faktorer är bland annat sjukfrekvens, åldersstruktur och socioekonomiska faktorer, som baserar sig på en undersökning som Institutet för hälsa och välfärd gjort. Dessutom inriktas finansieringen på basis av välfärdsområdets invånarantal, befolkningstäthet, inslag av personer med ett främmande språk som modersmål, tvåspråkighet, karaktär av skärgård, samiskspråkighet och åtgärder som främjar hälsa och välfärd (koefficienten för främjande av hälsa och välfärd tas i bruk 2026) samt riskfaktorer inom räddningsväsendet.

Dessutom innehåller välfärdsområdenas finansiering en övergångsutjämning, som jämnar ut ändringen till följd av den kalkylmässiga finansieringsmodellen i förhållande till kommunernas tidigare kostnader inom området. Övergångsutjämningen är graderad 2023–2029, varefter den

¹¹ <https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/handle/10024/164373>

skillnad som överstiger -50/+200 euro per invånare jämnas ut tills vidare genom en permanent övergångsutjämning.

Den årliga nivån på finansieringen till välfärdsområdena justeras på riksnivå. Grunden är föregående års finansiering. Dessutom beaktas en uppskattad ökning av servicebehovet, prisförändringar och eventuella ändringar av uppgifterna. Nivån på finansieringen granskas i efterhand på riksnivå så att den motsvarar de faktiska kostnaderna med två års fördröjning.

I 9 § i finansieringslagen sägs att när nivån för den statliga finansieringen bestäms för finansåret beaktas till fullo en ändring i omfattningen eller arten av de uppgifter för vilka välfärdsområdena har organiseringsansvaret, om ändringen följer av en lag eller förordning som gäller uppgiften i fråga, av sådana föreskrifter från en statlig myndighet som grundar sig på lag eller förordning eller av statsbudgeten. Den statliga finansieringen kan höjas eller sänkas utifrån ändringar i uppgifternas omfattning eller art. Ändringen i uppgifternas omfattning eller art kan grunda sig på statsbudgeten.

Bestämmelser om ett välfärdsområdes rätt att vid behov få tilläggsfinansiering finns i 11 § i finansieringslagen. Om nivån på finansieringen annars skulle äventyra ordnandet av tillräckliga social-, hälsovårds- och sjukvårdstjänster enligt 19 § 3 mom. i grundlagen, har välfärdsområdet rätt att få tilläggsfinansiering av staten till det belopp som behövs för att trygga nämnda social-, hälsovårds- och sjukvårdstjänster med beaktande av välfärdsområdets förutsättningar att ordna övriga lagstadgade uppgifter. Om det bedöms att problemen inte beror på att nivån på finansieringen till välfärdsområdet i regel är för låg utan att välfärdsområdet genom sina egna beslut kan trygga ordnandet av tjänsterna, styrs välfärdsområdet till att vidta sådana åtgärder som konstaterats i styrnings- och förhandlingsprocessen mellan staten och välfärdsområdena och som är möjliga att genomföra i välfärdsområdena och nödvändiga för att kontrollera kostnaderna samt eventuella övriga åtgärder.

Vid tilläggsfinansiering är det fråga om en tidsmässigt begränsad undantagsmekanism som gäller finansiering till ett enskilt välfärdsområde och som vid återkommande användning också, med stöd av 123 § i lagen om välfärdsområden, kan leda till ett utvärderingsförfarande som avses i 122 § i den lagen. I slutet av augusti 2024 överlämnades till riksdagen regeringens proposition till riksdagen med förslag till lagar om ändring av lagen om välfärdsområden och 2 och 17 § i lagen om ordnande av social- och hälsovården och räddningsväsendet i Nyland (RP 78/2024 rd) där det föreslås att i fortsättningen ska utvärderingsförfarande kunna inledas om välfärdsområdet har beviljats tilläggsfinansiering enligt 11 § i finansieringslagen en gång.

Välfärdsområdenas verksamhetsbidrag var enligt bokslutsuppgifterna för 2023 cirka -24,1 miljarder euro och statens finansiering cirka 23,2 miljarder euro. Årsbidraget var -920 miljoner euro. Välfärdsområdenas ekonomi uppvisade slutligen ett underskott på cirka 1,3 miljarder euro. Välfärdsområdena förutsåg underskottet i sina budgetar, men underskottet ökade klart under året. Enligt välfärdsområdets bokslutsprognos kommer underskottet att öka till nästan 1,42 miljarder euro 2024. Välfärdsområdena har inlett förändrings- och anpassningsprogram för att förnya verksamheten och anpassa ekonomin. För 2025 görs en efterhandsjustering av välfärdsområdenas finansiering som höjer nivån på finansieringen till cirka 1,41 miljarder euro. Med denna och andra ändringar i finansieringen ökar välfärdsområdenas finansiering enligt regeringens proposition till statens budget för 2025 till cirka 26,2 miljarder euro 2025. Genom höjningen av finansieringsnivån och välfärdsområdenas förändringsprogram förutspås deras ekonomi vara på plus 2025 och 2026. De regionala skillnaderna i det ekonomiska läget och utsikterna är dock betydande.

I enlighet med 115 § i lagen om välfärdsområdena ska välfärdsområdena täcka de underskott i balansräkningen som uppkommit 2023 och därefter före utgången av 2026.

Kundavgifter

Enligt de bokslutsuppgifter för 2023 som välfärdsområdena rapporterat till Statskontoret uppgår de kundavgifter som influtit till välfärdsområdena och välfärdssammanslutningarna till sammanlagt cirka 1,59 miljarder euro. (Granskaförvaltningen.fi.) Även kundavgifterna är en del av välfärdsområdenas allmänna finansiering.

Särskilda ersättningar och andra ersättningar

Utgångspunkten för välfärdsområdenas finansiering i finansieringslagen är att finansieringen inte är allmän, men välfärdsområdena har också andra finansieringskällor.

Välfärdsområdena betalas också särskilda ersättningar för skötseln av vissa uppgifter. År 2025 uppskattas dessa uppgå till cirka 243 miljoner euro. Beloppsmässigt störst är specialiseringsutbildningen för anställda inom social- och hälsovården samt universitetsforskningen, för vilka ersättningar betalas med stöd av hälso- och sjukvårdslagen och socialvårdslagen. Dessutom finns det flera mindre kostnader för social- och hälsovårdstjänster som ersätts välfärdsområdena: Exempelvis för tjänster för personer som integreras eller frontveteraner betalas ersättningar, och likaså betalas ersättningar till välfärdsområdena med stöd av lagen om gränsöverskridande hälso- och sjukvård (1201/2013) när välfärdsområdet har tillhandahållit hälso- och sjukvårdstjänster för en person med stöd av EU-lagstiftning eller ett internationellt avtal samt i vissa andra fall. Även t.ex. Forsvarsmakten betalar ersättningar till välfärdsområdena för de tjänster som de producerar för Forsvarsmakten. Bestämmelser om saken finns i 71 och 72 § i hälso- och sjukvårdslagen. Välfärdsområdena kan också betalas statsunderstöd för projekt- och utvecklingsverksamhet.

I 59 § i införelagdelagen ingår en bestämmelse enligt vilken det till Lapplands och Södra Savolax välfärdsområden inom ramen för statsbudgeten av statens medel kan betalas en särskild ersättning för sådana extra kostnader som upprätthållandet av två samjoursenheter med jour dygnet runt orsakar välfärdsområdet. Närmare bestämmelser om den särskilda ersättningen ingår i statsrådets förordning om ersättning för extra kostnader för samjour dygnet runt i Lapplands och Södra Savolax välfärdsområden (638/2023). Enligt regeringsprogrammet för statsminister Orpos regering finansierar välfärdsområdena sjukhusens och jourernas verksamhet med allmän finansiering utan särskilda ersättningar. Därmed har det inte anvisats någon finansiering för särskild ersättning i budgeten för 2024, regeringens proposition till statens budget för 2025 eller i planen för de offentliga finanserna för 2025-2028.

Ersättningar mellan välfärdsområdena

I lagstiftningen föreskrivs det särskilt om ersättningar i situationer där ett välfärdsområde vårdar en patient som inte är invånare i välfärdsområdet. I 57 § 1 mom. i lagen om ordnande av social- och hälsovård sägs att om ett välfärdsområde enligt lag eller ett samarbetsavtal mellan välfärdsområden tillhandahåller en invånare i ett annat välfärdsområde social- eller hälsovårdstjänster, ska det välfärdsområde där personen är invånare utan oskäligt dröjsmål betala ersättning för de kostnader som tjänsterna medfört, om inte något annat föreskrivs om ersättning för kostnaderna någon annanstans eller välfärdsområdena inte kommer överens om något annat. Med kostnader avses de faktiska kostnader som orsakats av att personen tillhandahållits tjänsten, med avdrag för de verksamhetsintäkter som tjänsten medfört. I

paragrafen föreskrivs det om möjlighet att utfärda bestämmelser om grunderna för ersättning för tjänsterna och om fakturering och betalning av kostnaderna genom förordning av social- och hälsovårdsministeriet, men någon sådan förordning har inte utfärdats tills vidare.

Om det görs ändringar i t.ex. sjukhus- och journätverket och befolkningen börjar använda tjänster över gränserna mellan välfärdsområdena i större utsträckning, accentueras behovet av att utveckla och utvärdera välfärdsområdenas finansiering och kostnadsersättningarna mellan dem. Kostnadsfördelningen mellan välfärdsområdena borde vara jämlik och faktureringen rättvis och genomskådlig. Kostnaderna och finansieringen bör följa en kund som får tjänster som produceras av ett annat välfärdsområde. För närvarande kan beräknings- och prissättningsgrunderna variera mycket mellan välfärdsområdena t.ex. i fråga om allokeringsprinciperna för de allmänna kostnaderna för verksamheten. Faktureringspriserna motsvarar eller upplevs inte alltid motsvara de faktiska kostnaderna för produktionen av tjänsterna.

Med faktureringen mellan välfärdsområdena täcks enligt lagen kostnaderna för verksamheten, men den får inte medföra vinst för det välfärdsområde som producerat tjänsterna. Å andra sidan bör de tilläggskostnader som produktionen av centraliserade tjänster orsakar kunna beaktas i prissättningen.

Enligt regeringsprogrammet för statsminister Orpos regering ska enhetskostnaderna för social- och hälsovårdstjänsterna stegvis publiceras från och med 2025. Sålunda har principerna för kostnadsberäkning och/eller produktifiering identifierats som ett nationellt utvecklingsobjekt. Detta kan genomföras t.ex. i samarbete mellan social- och hälsovårdsministeriet, finansministeriet och Institutet för hälsa och välfärd.

Inom ramen för det projekt som finansministeriet inledde våren 2024 (<https://vm.fi/sv/projekt?tunnus=VM045:00/2024>) utvecklas beräkningen av enhetskostnader på såväl nationell nivå som välfärdsområdesnivå samt skapas processer och förutsättningar för publicering och utnyttjande av information. Genom öppenhet om enhetskostnaderna främjas att de verksamhetsmodeller som har störst kostnadsnyttoeffekt tas i bruk i alla områden. Enhetskostnaderna i kombination med bedömning av ökningen av servicebehovet samt beaktande av den allmänna prisutvecklingen är till hjälp när man ska göra upp realistiska budgetar samt bedöma behovet av finansieringsunderlag.

2.1.7 Styrning av servicesystemet

Bestämmelser om styrning finns i 4 kap. i lagen om ordnande av social- och hälsovård. Enligt lagen ankommer den allmänna styrningen, planeringen, utvecklingen och tillsynen av social- och hälsovården på social- och hälsovårdsministeriet. Statsrådet fastställer vart fjärde år riksomfattande strategiska mål för ordnandet av en jämlik, högklassig och kostnadsnyttoeffektiv social- och hälsovård. Målen ska basera sig på social- och hälsovårdsministeriets redogörelse och eventuella andra uppföljningsdata. I anslutning till social- och hälsovårdsministeriet finns det en delegation för social- och hälsovård, som ska bl.a. förutse, följa och bedöma servicesystemet och kostnaderna inom social- och hälsovården samt behandla den inre arbetsfördelningen och samarbetet inom samarbetsområdena för social- och hälsovården samt främja samarbetet mellan samarbetsområdena.

Social- och hälsovårdsministeriet förhandlar årligen separat med varje välfärdsområde om genomförandet av de uppgifter inom social- och hälsovården som omfattas av välfärdsområdets organiseringsansvar. Finansministeriet deltar i förhandlingarna. Syftet med förhandlingarna är att granska en gemensam lägesbild och på strategisk nivå styra välfärdsområdet i dess

organiseringssupdrag med särskild hänsyn till de riksomfattande målen för social- och hälsovården samt att främja samarbetet mellan ministerierna och välfärdsområdet. I förhandlingarna följer man upp och bedömer hur välfärdsområdets organiseringsansvar har uppfyllts. I förhandlingarna behandlas bl.a. bedömning och prognostisering av behovet av och dimensioneringen på tjänster och andra åtgärder, jämlikheten i social- och hälsovårdstjänsterna samt tjänsternas ändamålsenlighet och tillräcklighet, frågor om personal, funktionsförmåga och egen tjänsteproduktion, produktiviteten och kostnadsnyttoeffektiviteten i social- och hälsovården samt kostnadsutvecklingen och finansieringens tillräcklighet i välfärdsområdet. Förhandlingar ordnas även på samarbetsområdesnivå så att de välfärdsområden som hör till samma samarbetsområde och de styrande ministerierna deltar.

I enlighet med regeringsprogrammet föreskrivs det att finansministeriet har uppgiften att samordna styrningen av välfärdsområdena, och finansministeriets resurser stärks. Riksdagen har godkänt ändringar i lagstiftningen som grundar sig på regeringens proposition (RP 2/2024 rd), som innebär att bestämmelserna om delegationer och förhandlingar mellan välfärdsområdena och staten samt om de riksomfattande strategiska mål som fastställs av statsrådet förenhetligas. Till lagen om välfärdsområden fogas preciserade bestämmelser om finansministeriets uppgifter vid styrningen av välfärdsområdena, till den del det inte har föreskrivits att den omfattas av social- och hälsovårdsministeriets, inrikesministeriets eller något annat ministeriums behörighet. Syftet med lagändringarna är att förenhetliga den statliga styrningen av välfärdsområdena, förtydliga finansministeriets roll vid styrningen och säkerställa att styrningen av välfärdsområdena är förenlig med statsrådets mål för den ekonomiska politiken och finanspolitiken. Välfärdsområdet ska följa befolkningens välfärd och hälsa enligt befolkningsgrupp, behovet av den social- och hälsovård som välfärdsområdet ordnar samt tillgången och kvaliteten på vården, vårdens verkningsfullhet, jämlikheten i vården, samordningen av kundernas tjänster samt kostnaderna för vården och produktiviteten i vården och årligen utarbeta en redogörelse för social- och hälsovården i välfärdsområdet och för välfärdsområdets ekonomiska läge.

Institutet för hälsa och välfärd utarbetar årligen en expertbedömning av hur social- och hälsovården har ordnats i hela landet, i samarbetsområdena för social- och hälsovården och i välfärdsområdena. I expertbedömningarna granskas befolkningens tillstånd i fråga om hälsa och välfärd enligt befolkningsgrupp, hur behovet av och tillgången på social- och hälsovård, vårdens kvalitet, verkningsfullhet och jämlikhet har utvecklats och väntas utvecklas framöver, hur samordningen av kundernas tjänster har genomförts, behoven och effekterna av investeringar i social- och hälsovården samt kostnaderna, kostnadsutvecklingen och produktiviteten i social- och hälsovården. Social- och hälsovårdsministeriet utarbetar årligen en riksomfattande redogörelse där det ingår en bedömning av hur väl kravet på jämlikhet i social- och hälsovården uppfyllts och om finansieringen är på en tillräcklig nivå. Den första årliga redogörelsen publicerades den 15 januari 2024.¹²

Social- och hälsovårdsministeriet styr servicesystemet inom hälso- och sjukvården också genom styrning av innehållet. Enligt 7 § i hälso- och sjukvårdslagen leder social- och hälsovårdsministeriet arbetet med att genomföra de riksomfattande enhetliga grunderna för medicinsk eller odontologisk vård. Tillsammans med Institutet för hälsa och välfärd gör ministeriet upp de enhetliga grunderna för vård. Institutet för hälsa och välfärd följer och bedömer hur grunderna tillämpas i välfärdsområdena. De olika aktörerna inom välfärdsområdet ska tillsammans övervaka att de enhetliga grunderna för vården tillämpas. Enligt 78 a § finns i anslutning till social- och hälsovårdsministeriet tjänsteutbudsrådet för hälso- och sjukvården

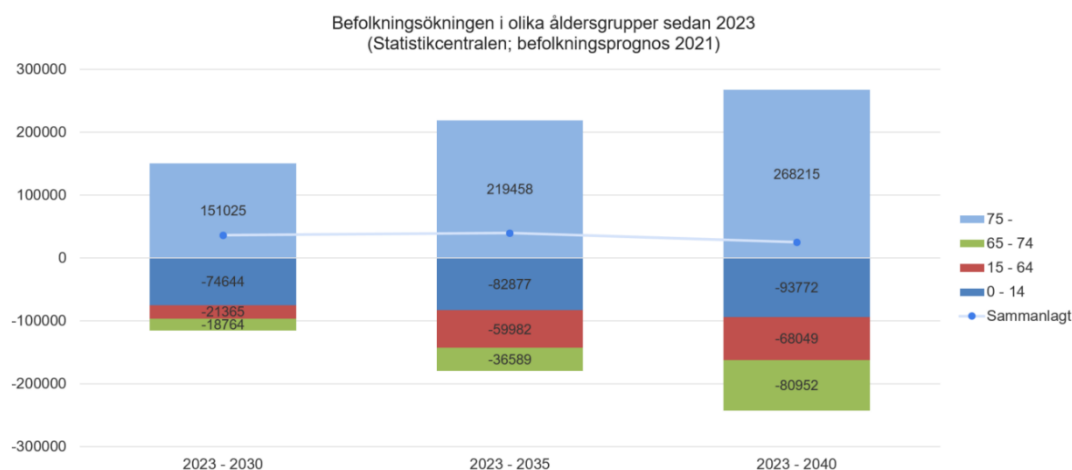
¹² <https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/handle/10024/165367>

som har i uppgift att följa upp och bedöma tjänsteutbudet inom hälso- och sjukvården och att lämna rekommendationer om vilka hälso- och sjukvårdsåtgärder, undersökningar samt vård- och rehabiliteringsmetoder som ska hör till eller uteslutas ur tjänsteutbudet. Med statsunderstöd finansieras bl.a. läkarföreningen Duodecims rekommendationer God medicinsk praxis samt Stiftelsen för vårdforsknings rekommendationer. Genom de metoder som beskrivs ovan försöker man säkerställa kvaliteten, verkningsfullheten och patientsäkerheten inom hälso- och sjukvården, nivåstruktureringen mellan serviceenheterna och vårdnivåerna samt jämlikheten mellan patienterna. Innehållsstyrningen är emellertid inte förpliktande för servicesystemet utan en rekommendation, vilket möjliggör fallspecifik bedömning i fråga om en enskild patient.

2.1.8 Befolkningsutveckling

Enligt befolkningsprognosen förändras befolkningsstrukturen snabbt. Figur 3 visar hur folkmängden förändras i olika åldersgruppen enligt Statistikcentralens befolkningsprognos 2021. Då befolkningen ökar med cirka 25 000 personer fram till 2040, minskar befolkningen i arbetsför ålder från drygt 3,4 miljoner 2023 med 68 000 fram till 2040. Samtidigt ökar antalet som fyllt 75 år med nästan 270 000. Deras andel av hela befolkningen ökar från 10 procent 2020 till över 16 procent 2040.

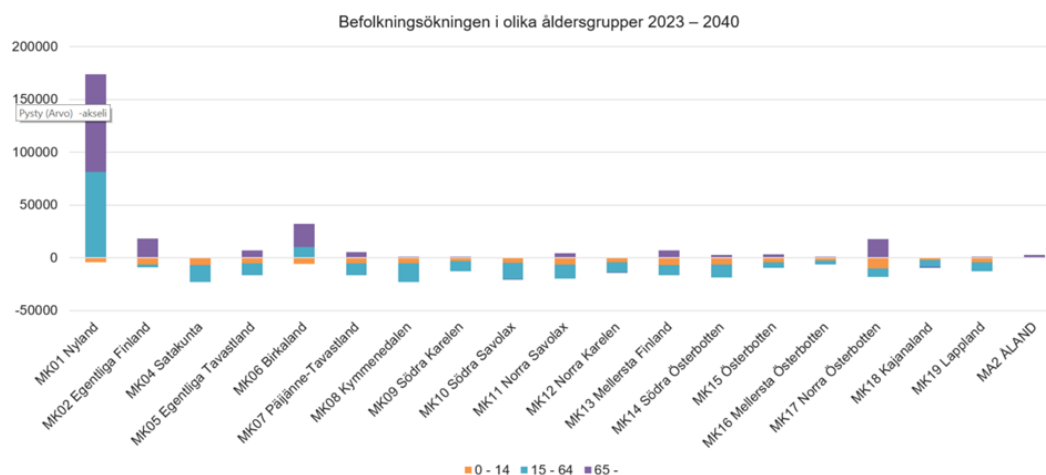
Figur 3. Befolkningsökningen i olika åldersgrupper 2023 – 2040. Källa: Statistikcentralen.



Enligt prognosen fortsätter befolkningen att koncentreras till några landskap. Befolkningen ökar över huvud endast i landskapen Nyland, Birkaland och Egentliga Finland. Av större betydelse är ändå att befolkningen i arbetsför ålder ökar i endast de två förstnämnda landskapen medan den minskar i alla andra landskap. Dessutom krymper den yngsta befolkningsandelen, 0 – 14-åringar, i alla landskap. Däremot ökar befolkningen över 65 år avsevärt i alla landskap: Med undantag av Nyland och Birkaland beror befolkningsökningen enbart på att den äldre befolkningen ökar. Befolkningskoncentrationen handlar således ur landskapens synvinkel i sista hand om att barnafödandet räcker inte till att ersätta åldrandet, inte så mycket på att åldersklasserna unga och personer i arbetsför ålder skulle flytta från landsbygden (som även det

fortfarande antas ske i befolkningsprognosen). Det är dock anmärkningsvärt att barnafödandet inte heller i Nyland och Birkaland räcker till för att kompensera den åldrande befolkningen i arbetsför ålder.

Figur 4. Den regionala befolkningsökningen i olika åldersgrupper 2023 – 2040.



Befolkningsutvecklingen i Fastlandsfinland 1990-2022 har varierat mycket även inom de olika välfärdsområdena, vilket framgår av en analys av de olika välfärdsområdenas befolkningsunderlag. Invånarantalet har minskat särskilt i östra och sydöstra Finland (cirka 11–21 %) och å andra sidan även i Lappland (13 %) och Kajanaaland (24 %) samt Satakunta (12 %). I stället har invånarantalet ökat mest i huvudstadsregionen, t.ex. i Västra Nyland (48 %), i Vanda och Kervo välfärdsområde (55 %) och i Helsingfors (36 %). Utanför huvudstadsregionen har ökningen varit betydande i Birkaland (23 %), Egentliga Finland (14 %) och Norra Österbotten (18 %). Skillnaderna mellan områdena förutspås öka ytterligare fram till 2040.

Tabell 3. Välfärdsområdenas folkmängd 1990, 2022 och 2040 (prognos). Källa: FM utifrån Statistikcentralens statistik över befolkningsstrukturen och befolkningsprognos (2021). Som grund för kalkylen har använts områdesindelningen 2024.

Välfärdsområde	Folkmängd 1990	Folkmängd 2022	Befolkningsprognos 2040	Förändring 1990/2022, %	Förändring 1990/2040, %
Östra					
Nyland	85063	98993	104072	16 %	22 %

Mellersta					
Nyland	145187	201966	219729	39 %	51 %
Västra					
Nyland	327056	483218	535363	48 %	64 %
Vanda och					
Kervo	182530	282870	330131	55 %	81 %
Egentliga					
Finland	425282	483954	494333	14 %	16 %
Satakunta	240777	212567	189132	-12 %	-21 %
Egentliga					
Tavastland	162248	169268	159251	4 %	-2 %
Birkaland	430651	528912	557883	23 %	30 %
Päijänne-					
Tavastland	204901	204716	193194	0 %	-6 %
Kymmeneda					
len	186030	159595	136233	-14 %	-27 %
Södra					
Karelen	140244	125381	113074	-11 %	-19 %
Södra					
Savolax	163462	129368	107041	-21 %	-35 %
Norra					
Savolax	265040	246557	230413	-7 %	-13 %
Norra					
Karelen	182200	161827	147328	-11 %	-19 %
Mellersta					
Finland	254539	272300	262332	7 %	3 %
Södra					
Österbotten	207010	190296	173749	-8 %	-16 %
Österbotten	167108	175659	169533	5 %	1 %

Mellersta					
Österbotten	68214	67545	62104	-1 %	-9 %
Norra					
Österbotten	350799	415685	416214	18 %	19 %
Kajanaland	92459	70332	60312	-24 %	-35 %
Lappland	200674	175066	162937	-13 %	-19 %
Helsingfors					
stad	492400	668263	730098	36 %	48 %

Även inom välfärdsområdena koncentreras befolkningen till de stora städerna och stadsregionerna. Befolkningen i arbetsför ålder minskar i hela landet med undantag av huvudstadsregionen och Birkaland 2024-2040 och dess relativa andel av befolkningen minskar och differentieras i de olika områdena.

Tabell 4. Utvecklingen av befolkningen i arbetsför ålder enligt välfärdsområde 2024-2040 (prognos). Källa: SHM utifrån Statistikcentralens befolkningsprognos för 2021.

	Statistikcentralens befolkningsprognos										
	Hela befolkningen			Personer i arbetsför ålder							
				Befolkning 31.12 (n)			Andel (%)			Förändring (%)	
	2024	2030	2040	2024	2030	2040	2024	2030	2040	2030	2040
Hela landet	5 569 645	5 598 821	5 588 011	4 084 617	4 053 082	3 944 210	73	72	71	-0,8	-3,4
Södra Finlands so	2 247 624	2 304 367	2 361 894	1 673 639	1 700 013	1 710 248	74	74	72	1,6	2,2
Södra Karelen	123 835	119 591	113 074	90 124	85 198	77 442	73	71	68	-5,5	-14,1
Helsingfors stad	677 923	703 540	730 098	520 362	537 419	551 609	77	76	76	3,3	6,0
Östra Nyland	99 706	101 592	104 072	72 359	72 750	72 373	73	72	70	0,5	0,0
Mellersta Nyland	204 413	210 932	219 729	150 386	152 869	154 463	74	72	70	1,7	2,7
Kymmenedalen	156 461	148 033	136 233	112 909	104 219	91 752	72	70	67	-7,7	-18,7
Västra Nyland	491 375	511 700	535 363	361 954	375 018	385 387	74	73	72	3,6	6,5
Päijänne-Tavastland	203 560	199 927	193 194	146 397	140 374	131 588	72	70	68	-4,1	-10,1
Vanda och Kervo	290 351	309 052	330 131	219 148	232 166	245 634	75	75	74	5,9	12,1
Västra Finlands so	871 005	866 905	852 998	631 091	619 411	595 805	72	71	70	-1,9	-5,6
Österbotten	175 246	173 694	169 533	124 332	121 935	116 994	71	70	69	-1,9	-5,9
Egentliga Finland	486 055	491 637	494 333	356 926	356 257	350 138	73	72	71	-0,2	-1,9
Satakunta	209 704	201 574	189 132	149 833	141 219	128 673	71	70	68	-5,7	-14,1
Inre Finlands so	890 525	894 123	890 883	649 458	644 244	624 949	73	72	70	-0,8	-3,8
Södra Österbotten	188 439	182 921	173 749	133 390	126 819	116 192	71	69	67	-4,9	-12,9
Egentliga Tavastland	167 997	164 397	159 251	121 800	116 787	108 646	73	71	68	-4,1	-10,8
Birkaland	534 089	546 805	557 883	394 268	400 638	400 111	74	73	72	1,6	1,5
Östra Finlands so	802 930	782 689	747 114	584 077	556 591	510 281	73	71	68	-4,7	-12,6
Södra Savolax	126 273	118 190	107 041	89 888	81 061	69 370	71	69	65	-9,8	-22,8
Mellersta Finland	271 713	269 281	262 332	198 637	194 541	183 444	73	72	70	-2,1	-7,6
Norra Karelen	160 107	155 368	147 328	117 026	110 380	100 298	73	71	68	-5,7	-14,3
Norra Savolax	244 837	239 850	230 413	178 526	170 609	157 169	73	71	68	-4,4	-12,0
Norra Finlands so	726 470	718 540	701 567	524 046	510 132	479 730	72	71	68	-2,7	-8,5
Kajanaland	69 046	65 494	60 312	49 771	45 495	39 660	72	69	66	-8,6	-20,3
Mellersta Finland	67 052	65 348	62 104	46 641	44 829	41 527	70	69	67	-3,9	-11,0
Lappland	173 527	169 391	162 937	126 453	120 446	110 933	73	71	68	-4,8	-12,3
Norra Österbotten	416 845	418 307	416 214	301 181	299 362	287 610	72	72	69	-0,6	-4,5
Åland	31 091	32 197	33 555	22 306	22 691	23 197	72	70	69	1,7	4,0

n = antal
Andel (%) = andelen personer i arbetsför ålder av befolkningen
Förändring (%) = förändring jämfört med 2024
so = samarbetsområde

2.1.9 Personalsituation

Allmänt

Social- och hälsovårdspersonalens tillräcklighet och tillgången på personal har försämrats kraftigt de senaste åren i hela landet. Underskottet gäller nästan alla yrkesgrupper och tjänster, men det förekommer regional och tidsmässig variation samt variation mellan olika yrkesgrupper. De allra senaste åren har särskilt bristen på sjukskötare och närvårdare ökat.

Befolkningsstrukturen och hur befolkningen placerar sig i olika delar av landet har förändrats och förändras kontinuerligt. Befolkningen och samtidigt arbetskraften koncentreras till tillväxtcentrum. Trots det växande servicebehovet ökar inte antalet personer som arbetar inom social- och hälsovården i framtiden på ett sätt som motsvarar behovet, utan sannolikt minskar de. Så mycket som en tredjedel av de anställda inom social- och hälsovården kommer att gå i pension under de följande tio åren.

Efter att välfärdsområdena övertog ansvaret för social- och hälsovårdstjänsterna i början av 2023 var det särskilt utmanande att få information om personalbristen. Man har försökt uppskatta underskottet med hjälp av både antalet lediga arbetsplatser samt intervjuer och enkäter riktade till servicesystemet. Vid arbetsfördelningen mellan jouren och den specialiserade sjukvården är läkarna (olika specialister samt tandläkare) och vårdarna (sjukskötare, närvårdare), centrala yrkesgrupper och personalsituationen för deras del uppskattas i det följande.

Inför regeringsförhandlingarna våren 2023 bereddes i samarbete mellan ministerierna (SHM, ANM, UKM) en uppskattning av arbetskraftsunderskottet utifrån de lediga arbetsplatser som anmälts till arbets- och näringsbyråerna i kombination med uppgifter från intervjuerna med verksamhetsställena. Siffrorna täcker underskottet inom såväl den offentliga som den privata tjänsteproduktionen och förtäljer kumulativt om situationen 2022 (tabell 5). Avsikten är att upprepa enkäten under 2024. Kommun- och välfärdsområdesarbetsgivarna KT frågade välfärdsområdena om situationen beträffande deras vakanser under en dag i oktober 2023¹³. 13 välfärdsområden besvarade förfrågan som gällde andra yrkesutbildade personer än läkare och tandläkare. Förfrågan som gällde läkare besvarades av 17 välfärdsområden, dock rapporterade en del av dem endast om situationen inom den specialiserade sjukvården. Utöver uppskattningen av underskottet hade enligt KT 310 uppgifter som läkare inom primärvården, 213 uppgifter som läkare inom den specialiserade sjukvården och 26 uppgifter som tandläkare besatts med köptjänster och hyrläkare.

Tabell 5. Uppskattning av personalbristen

Personal som underskottet gäller	Kumulativt 2022, både offentlig och privat, N	Tvärsnitt 10/2023, välfärdsområden, N
Närvårdare (socialvård samt hälso- och sjukvård totalt)	6140	2377
Sjukskötare	5336	2163
Läkare, primärvård		312
Läkare, specialiserad sjukvård	865	554
Tandläkare	370	101

Skillnaderna i uppskattningarna förklaras med olikheter i undersökningsmetoderna. Tvärsnittet gäller situationen en dag inom välfärdsområdena och kumulativt den sammanlagda situationen under hela året inom den offentliga och den privata social- och hälsovården tillsammans. Många sjukskötare och särskilt närvårdare arbetar inom privat service för äldre.

¹³ Ruskoaho J. Pahin pula on lääkäreistä ja sosiaalityöntekijöistä (ung. Störst brist på läkare och socialarbetare). KT-lehti 2/2024

Enligt det nätverk som utrett välfärdsområdenas anlitande av hyrd arbetskraft¹⁴ har välfärdsområdenas anlitande av hyrd arbetskraft ökat i accelererande takt de senaste åren och särskilt under 2023, när välfärdsområdena har inlett sin verksamhet. Kostnaderna för hyrd arbetskraft har ökat snabbare än välfärdsområdenas egna personalkostnader.

Den regionala variationen i anlitandet av hyrd arbetskraft är också betydande; särskilt i välfärdsområdena i Nyland är den hyrda arbetskraftens andel av personalkostnaderna avsevärt högre än nivån i hela landet. År 2022 anlätades mest hyrd arbetskraft inom mottagningstjänster på basnivå, hemvård för äldre, somatisk specialiserad sjukvård, jourtjänster dygnet runt samt serviceboende med heldygnsomsorg för äldre. Hyrd arbetskraft anlitas i betydande omfattning inom både socialservice (särskilt för äldre) och hälsovårdstjänster. I de ovannämnda serviceklasserna finns det dessutom många olika yrkesbildande personer inom social- och hälsovården, så anlitandet av hyrd arbetskraft kan antas beröra såväl läkare som sjukskötare och närvårdare.

Läkare

Nästan 50 % av läkarna arbetar i huvudsyssa vid ett sjukhus och 25 % vid en hälsocentral. Av läkarna arbetar 16 % vid en privat läkarcentral eller läkarmottagning och 11 % vid något annat verksamhetsställe.¹⁵ Det råder brist på läkararbetskraft inom nästan alla medicinska specialområden. Kommun- och välfärdsområdesarbetsgivarna KT tillfrågade välfärdsområdena om situationen beträffande deras vakanser under en dag i oktober 2023 (tabell 6). Vid sjukhusen är underskottet kvantitativt sett störst, dvs. flest obesatta uppgifter, inom specialområdena neurologi, ortopedi och traumatologi, kvinnosjukdomar och förlossningar samt barnsjukdomar.

En del av läkarna arbetar hel- eller deltid på ett sjukhus eller en hälsocentral, och har dessutom privatmottagning. Variationen är betydande mellan olika specialområden.

Tabell 6. Antalet läkartjänster inom den specialiserade sjukvården i välfärdsområdena och underskottet inom vissa specialområden, oktober/2023. Källa: Kommun- och välfärdsområdesarbetsgivarna KT

Specialområde	Specialistunderskott %	Specialiserade läkare, underskott %	Underskott totalt %	Underskott totalt antal	Köpta tjänster %	Tjänster totalt n
Öron- näs- och halssjukdomar	3,2	0,0	2,6	3,5	0,1	138,1
Barnkirurgi	1,7	0,0	1,4	0,5	1,7	34,7
Barnsjukdomar	4,0	7,2	4,7	12,5	0,4	266,0
Kvinnosjukdomar och förlossningar	5,5	2,5	4,8	10,2	0,3	210,4

¹⁴ SHM (2024). [Hyvinvointialueiden vuokratyövoiman käyttöä selvittävän verkoston raportti](#) (Rapport om utredningen av välfärdsområdenas anlitande av hyrd arbetskraft, på finska, med presentationsblad på svenska)

¹⁵ Erikoislääkäri- ja erikoishammaslääkäritilanne ja koulutustarve vuoteen 2035 (Specialistläkar- och specialisttandläkarsituationen och utbildningsbehovet fram till 2035) [SHM 2022:21](#), s.18

Neurokirurgi	5,0	11,8	6,2	3,0	0,2	48,4
Neurologi	16,0	19,8	17,0	29,1	1,2	171,0
Ortopedi och traumatologi	9,7	5,1	8,4	16,7	2,8	199,7
Psykiatri	18,2	15,1	17,5	61,7	61,5	353,8

Antalet antagna till universitetens medicinska fakulteter har utökats sedan 2011 (ca 600 studerande) så att 2021 inledde under 750 studerande sina studier. Andelen utexaminerade har traditionellt varit hög, cirka 95 procent. Det ökade antalet antagna syns med sex års dröjsmål i antalet utexaminerade, och nu utexamineras drygt 700 nya läkare per år (åren 2021–2023 har antalet nya legitimerade läkare med inhemska examen varierat mellan 724 och 736). När det gäller styrningen av antalet läkare som utbildas är det väsentligt att beakta att ändringar i grundutbildningen syns i specialistarbetskraften först efter ungefär 15 år, eftersom läkarna börjar specialisera sig först efter att de avlagt grundexamen.

Undervisnings- och kulturministeriet samt Helsingfors, Åbo, Tammerfors, Östra Finlands och Uleåborgs universitet har sommaren 2024 kommit överens om en permanent utökning av antalet utbildningsplatser inom läkar- och veterinärutbildningen. Antalet nybörjarplatser inom utbildningen som leder till medicine licentiatexamen utökas redan vid antagningen 2024. Antalet nybörjarplatser inom läkarutbildningen ökar med 71 från den nuvarande nivån 755. Antalet utbildningsplatser utökas vid samtliga ovannämnda universitet.

Utöver vid universiteten i hemlandet studerade över 1100 finländare medicin vid utländska universitet läsåret 2022–23.¹⁶ Läsåret 2011–2012 var antalet som studerade medicin utomlands bara cirka 300, så ökningen under ett decennium har varit betydande. Det populäraste studielandet är för närvarande Lettland (nästan 400 finländska studerande), åtföljt av Rumänien (ca 200), Sverige (135) och Estland (drygt 100 finländska studerande). Enligt Läkareförbundets enkät kommer cirka 90 procent av de studerande med stor eller ganska stor säkerhet att börja arbeta i Finland efter studierna¹⁷.

I slutet av 2023 fanns det 24 974 personer under 65 år och 9209 personer över 65 år som hade yrkesrättigheter som legitimerad läkare, dvs. i slutet av 2023 fanns det sammanlagt 34 183 legitimerade läkare. År 2023 beviljades Valvira sammanlagt 1 107 nya läkare legitimation, vilket var över 100 fler än året innan (1 003). År 2023 beviljades sammanlagt 335 läkare legitimation på grund av examen som avlagts i ett annat EU/EES-land, då motsvarande antal 2022 var 229. Denna ändring förklaras i huvudsak med att det totala antalet legitimeringar har ökat. I denna grupp ingår ett betydande antal finländare (se ovan), som har avlagt examen i ett annat EU/EES-land. År 2023 beviljades sammanlagt 48 läkare som studerat utanför EU/ETA-området legitimation, vilket är samma nivå som året innan (referens: Valvira 2024).

År 2023 beviljades alltså bara 65 procent av alla nya läkare legitimation på basis av en finländsk läkarexamen. Det bör påpekas att fast läkare med utländsk bakgrund som fått sin utbildning utomlands ansöker om legitimation i Finland, börjar ändå inte nödvändigtvis alla arbeta (åtminstone inte permanent) i Finland.

¹⁶FPA:s statistik över studiestöd

¹⁷ https://www.laakariliitto.fi/site/assets/files/1450/230427opiskelijatutkimus2022_koostejulkaisu_for-web.pdf, s. 10

För närvarande finns det 50 medicinska specialområden. Hittills har cirka 80 % av läkarna specialiserat sig i något skede av sin karriär. Enligt enkäter har över 90 % av de unga läkarna för avsikt att specialisera sig. Å andra sidan blir det vanligare att läkarna har atypiska arbetsbeskrivningar, och alla läkare kommer inte heller i framtiden att specialisera sig.¹⁸ Behovet av specialister ökar när befolkningen blir äldre och det blir vanligare med deltidsarbete bland läkarna.¹⁹ De senaste åren har 600–700 läkaruppgifter inom den specialiserade sjukvården varit obesatta. Av specialupptagningsområdena var underskottet hösten 2021 störst inom Åbo universitetssjukhus specialupptagningsområde och situationen bäst inom Helsingfors universitetscentralsjukhus specialupptagningsområde.²⁰

Åren 2012–2021 har det utexaminerats i medeltal cirka 620 nya specialister varje år, de senaste åren cirka 700. Om det utexamineras 700 nya specialister per år de kommande åren, ökar det totala antalet specialister från nuvarande (ca 13 000) avsevärt (27 %) till cirka 16 200 specialister fram till 2035. Ökningen börjar dock synas tydligare först på 2030-talet, när pensionsvågen bryts.²¹ Antalet specialister i arbetsför ålder utvecklas ojämnt inom olika specialområden. Det totala antalet specialister har ökat 2015–2021 men inom jourspecialområdena har antalet specialister minskat inom barnneurologi, barnpsykiatri, psykiatri, invärtes sjukdomar och allmän kirurgi. Särskilt oroväckande är situationen inom psykiatrin.²² Enligt KT:s utredning råder det stor läkarbrist inom primärvården (obesatta uppgifter) (tabell 7).

Tabell 7. Antalet hälsocentralläkartjänster i välfärdsområdena och läkarunderskottet vid hälsocentralerna 10/2023

	Specialis undersk ott %	Specialiser ande läkare, underskott %	Undersk ott totalt %	Undersk ott totalt antal	Köpta tjänster %	Tjänster totalt n
Hälsocentralläkare - allmän medicin	11,1	15,0	13,3	229,9	10,0	1723,9
Hälsocentralläkare - geriatri	17,9	53,3	21,9	11,6	15,8	53,0
Hälsocentralläkare - annan specialitet	7,2	0,0	7,1	4,2	35,0	59,4
Hälsocentralläkare - ej specialiserade	0,0	9,7	9,5	65,9	15,6	692,2
Totalt	11,1	13,0	12,3	311,6	12,3	2528,5

¹⁸ [SHM 2022:21](#), s. 20.

¹⁹ STM:n arvioita sote-alan henkilöstö- ja koulutustarpeesta hallituskauden aikana (ung. SHMs uppskattning av personal- och utbildningsbehovet inom social och hälsovårdssektorn under regeringsperioden) [SHM 2023](#), s. 8.

²⁰ [SHM 2022:21](#), s.40 I arbetskraftsfrågningarna räknas som underskott uppgifter som inte var besatta på undersökningdagen. Uppgifter som är besatta med vikarier, hyrda arbetstagare eller specialiserade läkare är inte underskott. Statistik fanns tillgänglig endast för den offentliga sektorns del. Sjukvårdsdistriktsspecifik information har inte heller offentliggjorts.

²¹ [SHM 2022:21](#), s. 20–21

²² [SHM 2022:21](#), s. 19.

Läkarunderskottet vid hälsocentralerna har länge varit oförändrat: 2022 var 325 sådana uppgifter (8,0 %) obesatta som man hade försökt besätta men inte lyckats. Därtill var 97,5 sådana uppgifter obesatta som man inte ens försökt besätta. Behovet är sammanlagt 300 ytterligare vakanser, vilket är cirka 7–8 % av de nuvarande vakanserna. Uppskattningen av behovet av ytterligare vakanser har ökat jämfört med året innan, då det var cirka 5 %.²³

Var fjärde välfärdsområdesläkare arbetar deltid. Deltidsarbete har blivit vanligare bland läkarna de senaste åren och den vanligaste orsaken till deltidarbete är att man vill lätta på arbetsbördan. Den orsak accentueras särskilt bland läkarna inom primärvården. Hos hälsocentralsläkare har upprepade gånger observerats större belastning till följd av fortlöpande stress, ohanterbar arbetsmängd och resursbrist än hos andra.²⁴

För närvarande jobbar läkarna i genomsnitt tills de börjar få ålderspension som cirka 65-åringar. Under de närmaste åren är antalet läkare som går i pension cirka 600 per år, men antalet sjunker till cirka 500 läkare per år när vi kommer in på 2030-talet. Ungefär 60 % av läkarna pensioneras från uppgifter hos välfärdsområdena och ungefär hälften av läkarna fortsätter att arbeta även efter pensioneringen. Kalkylmässigt motsvarar de 65–65-åriga läkarnas arbetsmarknadsdeltagande cirka 500-600 heltidsanställda läkares arbetsinsats.²⁵

Av specialisterna uppnår 52 % pensionsåldern (65- år) före 2035.²⁶ Flest specialister går i pension åren 2022–2028, då cirka 500 specialister pensioneras varje år. Inom många specialområden kommer antalet nya specialister inte att räcka till för att ersätta antalet pensionerade på 2020-talet.

Tandläkare

År 2021 var 3 764 tandläkare under 65 år ute i arbetslivet i Finland²⁷. Enligt social- och hälsovårdsministeriets och Finlands Tandläkarförbunds arbetskraftsutredning var tandläkarunderskottet vid hälsocentralerna i oktober 2023 11,7 procent, då det 2019 var 5,0 procent, och under samma tidsperiod hade andelen hyrd arbetskraft ökat från 2,0 procent till 3,3 procent²⁸. År 2021 var antalet specialisttandläkare 690, och av dem uppnår 61 procent pensionsåldern senast 2035. Behovet av specialisttandläkare 2035 är cirka 1 000, och för att nå detta mål förutsätts att cirka 50 specialisttandläkare utexamineras varje år, vilket kräver att utbildningen utökas. Det finns en stor regional variation i antalet specialisttandläkare²⁹. Endast en liten del av tandläkarna arbetar på sjukhus. Våren 2024 hade cirka 4 procent sin huvudsyssla

²³ Terveyskeskusten lääkärtilanne 2022 (ung. Läkärsituationen inom hälsocentralerna), [Läkarförbundet 2022](#).

²⁴ [Läkarförbundet 2022](#).

²⁵ STM:n arvioita sote-alan henkilöstö- ja koulutustarpeesta hallituskauden aikana [SHM 2022:21](#), s. 40.

²⁶ [SHM 2023](#), s. 8.

²⁷ [SHM 2022:21](#), s. 25

²⁸ Hammaslääkäriliiton työvoimaselvitys 2023 (Tandläkarförbundets arbetskraftsutredning 2023) <https://www.hammaslaakariliitto.fi/sites/default/files/2024-01/Ty%C3%B6voimaselvitys%202023%20-%20Terveyskeskukset.pdf>

²⁹ [SHM 2023](#), s. 4

på ett sjukhus, 52 procent på en hälsocentral, 36 procent inom den privata sektorn och 8 procent någon annanstans, t.ex. hos ett universitets, staten eller en organisation³⁰.

Yrkesutbildade personer inom vårdarbete

I slutet av 2021 arbetade nästan 355 000 personer inom social- och hälsovården. De största yrkesgrupperna var närvårdare och personer i motsvarande uppgifter, samt sjukskötare, barnmorskor och hälsovårdare. Tillsammans utgjorde dessa grupper över 40 procent av de anställda inom hälso- och socialvårdstjänster.³¹

Den antalsmässigt största yrkesgruppen som överfördes till välfärdsområdena i början av 2023 var sjukskötare, uppskattningsvis 48 235. Dessutom förflyttades knappt 6200 hälsovårdare och knappt 2000 barnmorskor. När man ser till välfärdsområdenas social- och hälsovårdspersonal var antalsmässigt flest sjukskötare- och närvårdareuppgifter obesatta.

De senaste åren har arbetskraftsbristen i fråga om vårdpersonal förvärrats inom såväl den offentliga som den privata tjänsteproduktionen.³²

Sjukskötare, hälsovårdare, barnmorskor, akutvårdare

Av dem som arbetar i sjukskötaryrken arbetar nästan 85 procent som sjukskötare (inkluderar akutvårdare yh), tre procent som barnmorskor och 12 procent som hälsovårdare.³³ Det råder knappt något arbetskraftsunderskott på barnmorskor, akutvårdare inom den prehospitala akutsjukvården eller hälsovårdare, utan det största underskottet är koncentrerat till sjukskötare.³⁴

Antalet legitimerade sjukskötare har varit på nedgång men 2023 börjat antalet legitimeringar öka. År 2022 beviljades 3302 sjukskötare legitimering, vilket är 842 färre än året innan och 1118 färre än 2020. År 2023 beviljades 935 fler sjukskötare än året innan rätt att utöva yrket.

Av sjukskötarna arbetade 81 procent inom hälso- och sjukvården och 17 procent inom socialvården 2021. Resterande 2,6 procent av dem som arbetade i sjukskötaryrken arbetade inom andra sektorer. Av de sjukskötare som arbetade inom hälso- och sjukvården arbetade 63 procent inom hälso- och sjukvårdens sjukhus- och institutionstjänster.³⁵

Antalet sjukskötare som går i pension detta årtionde är tämligen stort. Under de följande fem åren uppskattas cirka 8500 sjukskötare gå i pension, varav cirka 7000 inom den offentliga sektorn.³⁶ Inom den kommunala sektorn pensioneras under åren 2022–2031 24,6 procent av sjukskötarna, 31,2 procent av hälsovårdarna och 45 procent av avdelningsskötarna.³⁷

³⁰ Hammaslääkäriliiton työmarkkinatutkimus 2024 (Tandläkareförbundets arbetskraftsutredning 2024) <https://www.hammaslaakariliitto.fi/sites/default/files/2024-07/Ty%C3%B6markkinatutkimus%202024.pdf>

³¹ Personalen inom social- och hälsovården 2020, [THL statistikrapport](#)

³² [SHM 2023](#)

³³ Tilastotietoa sairaanhoitajista (ung. Statistik om sjukskötare) [Sjukskötarförbundet](#)

³⁴ [SHM 2023](#)

³⁵ [Sjukskötarförbundet](#)

³⁶ [SHM 2023](#)

³⁷ [Sjukskötarförbundet](#)

Varje år tar knappt 5000 personer emot en utbildningsplats som leder till sjukskötarexamen. Under den senaste valperioden utökades antalet utbildningsplatser för sjukskötare med 1000 åren 2020–2022. Ökningen syns på arbetsmarknaden från och med 2024. Åren 2024–25 utökas antalet utbildningsplatser för sjukskötare med mer än 1000. Antalet personer som i första hand söker till sjukskötarutbildning har minskat i jämn takt under 2016–2020. Antalet samtliga sökande ökade något 2020 samtidigt som antalet som tog emot en nybörjarplats ökade.³⁸ Nybörjarplatserna inom utbildning har dock kunnat besättas tämligen bra.

Närvårdare

Närvårdarexamen är en yrkesinriktad grundexamen inom social- och hälsovården som det tar tre år att avlägga. Dessutom är det möjligt att studera till närvårdare i form av läroavtalsutbildning vid byte av yrke. Bristen på närvårdare har ökat kraftigt de senaste åren. År 2020 var närvårdare det näst vanligaste yrket bland finländarna i arbete. Enligt uppskattningar arbetade 73 procent av närvårdarna inom socialservice och 27 procent inom hälso- och sjukvårdstjänster. Dessutom arbetade 15 procent någon annanstans än inom social- och hälsovården. En anmärkningsvärt stor del av närvårdarna fortsätter att studera till sjukskötare.³⁹

I slutet av 2022 hade 180 434 personer under 65 år rätt att utöva närvårdaryrket inom socialvården och 13 535 personer motsvarande rätt inom hälso- och sjukvården. Samma person kan vara registrerad i båda kategorierna. Antalet närvårdare med skyddad yrkesbeteckning har varit på nedgång några år, men 2023 började antalet öka.

Största delen av närvårdarna, dvs. 58 procent arbetar inom tjänster för äldre. Näst mest närvårdare (34 %) arbetar inom småbarnspedagogiken. Av närvårdarna arbetar 4 procent inom primärvården, 2 procent inom den specialiserade sjukvården och 2 procent inom andra social- och hälsovårdstjänster. Antalet närvårdare som arbetar inom den specialiserade sjukvården ökar eftersom det har blivit svårare att rekrytera sjukskötare. Det har varit möjligt att få närvårdare till den specialiserade sjukvården. Bristen är störst inom tjänster för äldre.⁴⁰

På grund av vårdardimensioneringen har det angetts att utbildningsplatserna ska utökas med 5000 fram till 2025. Behovet av att utöka de permanenta utbildningsplatserna kan utvärderas tidigast 2024, när man ser effekterna av de utbildningsökningar som gjorts.⁴¹

2.2 Bedömning av nuläget

2.2.1 Allmänt om verksamhetsmiljön

Staten samt välfärdsområdena, Helsingfors stad och HUS-sammanslutningen, till vilka ansvaret för att ordna social- och hälsovård överfördes den 1 januari 2023, måste trygga tillräckliga social- och hälsovårdstjänster för befolkningen i enlighet med kraven i grundlagen och annan lagstiftning. Tillgången på tjänster samt tjänsternas tillgänglighet, kvalitet och genomslag samt klient- och patientsäkerheten måste tryggas på ett så likvärdigt sätt som möjligt, men ändå så att samhällets ekonomiska resurser och personalresurserna anpassas till detta mål.

³⁸ [Sjukskötarförbundet](#)

³⁹ [SHM 2023](#)

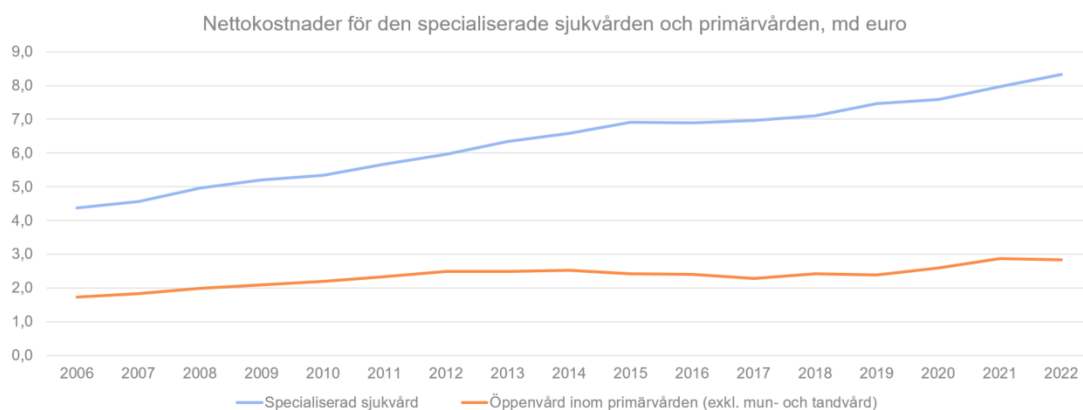
⁴⁰ Vertikal utredning

⁴¹ [SHM 2023](#)

De offentliga finansernas hållbarhet utsätts för prövningar av flera orsaker, av vilka den demografiska omvälvningen är särskilt central i framtiden. Nativiteten är rekordlåg och på motsvarande sätt åldras befolkningen i rekordfart. I Finland råder brist på arbetskraft inom många sektorer. Tillgången på kompetent arbetskraft är begränsad på lång sikt. Konkurrensen om arbetskraften tilltar och missmatchningen är betydande. När åldersklasserna krymper går det inte att fortlöpande utbilda en relativt sett större andel för t.ex. social- och hälsovårdstjänster. Det är nödvändigt att reagera på förändringarna i befolkningsstrukturen för att bevara och främja samhällets sociala och ekonomiska hållbarhet.

Nettodriftskostnaderna för den specialiserade sjukvård beträffande vilken organiseringsansvaret överfördes på välfärdsområdena överskrider gränsen 8 miljarder euro 2022. Utgifterna har fortsatt att öka kraftigt under mer än femton år. Den nominella ökningen sedan 2006 är nästan 90 %. Samtidigt har öppenvårdsutgifterna inom primärvården nästan stampat på stället och var cirka 2,3 miljarder euro 2022 (Figur 5).

Figur 5. Kostnaderna för den specialiserade sjukvården och primärvården 2006-2022. Källa: Sotkanet⁴²



Utmaningar för servicesystemet inom den finländska social- och hälsovården är den vård-, service- och rehabiliteringsskuld som av olika orsaker hopats under en lång tid, den svåra situationen för de offentliga finanserna och särskilt den snabbt förvärrade personalbristen. Utmaningar med tillgången på kompetent arbetskraft förekommer i praktiken i hela Finland, i alla yrkesgrupper inom hälso- och sjukvården och inom nästan alla tjänster. Befolkningsprofilen håller på att förändras när andelen äldre ökar och försörjningskvoten försämras. Detta ökar servicebehovet och utmanar å andra sidan social- och hälsovårdspersonalens tillräcklighet ytterligare. Som mycket som en tredjedel av social- och hälsovårdspersonalen går i pension under de följande tio åren. Trots det växande servicebehovet ökar inte antalet personer som

42

https://sotkanet.fi/sotkanet/sv/kaavio?indicator=s_a3tbZIBAA=®ion=s07MBAA=&year=sy5zsc7S0zUEAA==&gender=t&t=line

arbetar inom social- och hälsovården på ett sätt som motsvarar behovet, utan sannolikt minskar de.

Social- och hälsovårdsministeriet utarbetar årligen en redogörelse⁴³ där det med stöd av 31 § i lagen om ordnande av social- och hälsovård ingår en bedömning av hur väl kravet på jämlikhet i social- och hälsovården uppfyllts och om finansieringen är på en tillräcklig nivå. Bedömningen 2023 har gjorts på riksnivå genom att utnyttja Institutet för hälsa och välfärds expertbedömningar samt utredningar från välfärdsområdena och tillsynsmyndigheterna.

Nästan alla välfärdsområdens resultat det första verksamhetsåret 2023 uppvisade ett betydande underskott. Välfärdsområdenas finansieringsram väntas fortsättningsvis vara ytterst stram under de kommande åren. Enligt välfärdsområdenas egen bedömning har de förutsättningar att ordna tillräckligt jämlika social- och hälsovårdstjänster. Enligt social- och hälsovårdsministeriets bedömning äventyrar emellertid redan nu områdenas differentiering jämlika tjänster och differentieringen kommer att fortsätta om man inte förmår förnya förfarandena och servicestrukturerna inom social- och hälsovården målmedvetet och snabbt.

Välfärdsområdenas folkmängd och befolkningens servicebehov varierar mellan områdena. I västra och södra Finland är befolkningen i genomsnitt friskare och prevalensen är på motsvarande sätt störst i östra och norra Finland. Det finns också problem och regional variation i fråga om tjänsternas funktionssäkerhet och kvalitet samt patient- och klientsäkerheten. Särskilt problem med tillgången på basservice och dess kvalitet har i många områden lett till att andra tjänster belastats på ett oändamålsenligt sätt. Enligt redogörelsen är situationen när det gäller serviceproduktionen bättre i centralstäderna och centralkommunerna än i randområdena.

Enligt redogörelsen är orsaken till problemen med tillgången på tjänster personalbrist inom alla yrkesområden inom social- och hälsovården. Situationen förutsätter såväl regionala som nationella åtgärder. I redogörelsen bedömer man att det totala antalet yrkesutbildade personer inom social- och hälsovården inte kommer att öka kännbart och i fortsättningen kommer det att finnas ännu mindre personal för de nuvarande serviceproduktionsstrukturerna och serviceproduktionssätten.

För att förbättra tillgången på tjänster och tjänsternas tillgänglighet samt främja integration har välfärdsområdena satsat på mobila tjänster, distans- och telefontjänster, kundhänvisning, bedömning av servicebehovet, rådgivning och enhetliga kriterier för beviljande av tjänster. Utvecklingsprogram har också finansierats nationellt. Utvecklingen och förankringen av nya verksamhetsmodeller i områdena och nationellt pågår emellertid fortfarande och integrationen av tjänster är fortfarande splittrad. Nuläget beträffande tjänsterna och servicenätet har kartlagts i största delen av välfärdsområdena men de egentliga förändringarna inträffar under de kommande åren.

Välfärdsområdena borde kunna utveckla sin verksamhet långsiktigt såväl ekonomiskt som socialt och ekologiskt hållbart. Den svåra situationen för den offentliga ekonomin och välfärdsområdenas ekonomi som en del av den är dock problematisk. I den utmanande situationen utarbetar välfärdsområdena sina egna förändringsprogram och delvis kortsiktiga anpassningsåtgärder vid sidan av eller i stället för övervägda reformåtgärder för att åstadkomma en ekonomiskt hållbar verksamhet och garantera att organiseringsansvaret uppfylls lagenligt.

43

https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/165367/STM_2024_1_rap.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Nybyggnads- och ombyggnadsprojekt enligt tidigare investeringsbeslut samt den harmonisering som informationssystemen förutsätter fortsätter i välfärdsområdena.

Den betydande bristen på kompetenta yrkesutbildade personer och den utmanande situationen för den offentliga ekonomin är fortfarande de viktigaste orsakerna till att gå vidare med den kraftiga reformen av social- och hälsovårdstjänsterna. Som slutsats konstateras i redogörelsen att tyngdpunkten i servicesystemet borde förskjutas från tjänster på specialiserad nivå till kostnadseffektivare basservice och förebyggande åtgärder.

För att servicesystemet ska kunna vara på förändringar som redan inträffat i verksamhetsmiljön samt framtida utmaningar måste servicestrukturen utvecklas och tjänsterna reformeras och deras genomslag förbättras. För att uppnå målen behövs det samtidiga verktyg för norm-, resurs-, informations- samt interaktionsstyrning.

Alla välfärdsområden, Helsingfors stad och HUS-sammanslutningen måste kunna säkerställa den verksamhet som de bär organiseringsansvaret för. Varje välfärdsområde måste ha tillräckligt med kompetenta personer för just de uppgifter som det området ansvarar för och/eller kommer att ansvara för. Man måste också granska en större helhet är ett välfärdsområde, dvs. samarbetsområdet och även hela landet. I första hand måste man trygga den basservice som den tillgängliga resursen möjliggör och som befolkningen förutsätter, och därefter bedöma vilka specialiserade tjänster det är ändamålsenligt och möjligt att producera inom respektive område. Det behövs effektiva, täta och nya samarbetsformer mellan välfärdsområdena och samarbetsområdena. Statsrådet och ministerierna granskar helheten även på riksnivå, och vid behov styrs systemet med lagstiftning och annan styrning. Ändringar i servicesystemet och reformer av tjänsterna måste genomföras kontrollerat. Med hjälp av tillräckliga och planmässiga övergångsfaser kan man säkerställa bl.a. kundorienterade sammanhängande servicestigar, personalens ställning, uppgiftsförändringar och rekrytering samt eventuellt behövliga investeringar (lokaler, utrustning). Det sämsta alternativet är att man blir tvungen att ta till akuta lösningar när personalsituationen eller den ekonomiska situationen krisar. Sådana lösningar orsakar i allmänhet också avsevärda tilläggskostnader.

2.2.2 Bedömning av personalsituationen

Rekryteringen av utbildad social- och hälsovårdspersonal innebär utmaningar i praktiskt taget hela Finland. Tillgången på arbetskraft är sannolikt begränsad för en lång tid. Utmaningarna är omfattande framför allt inom social- och hälsovårdsväsendets tjänster för äldre. När det gäller läkare är bristen antalsmässigt störst på hälsocentralsläkare. Detta har förlängt vårdköerna och lett till omfattande användning av hyrd arbetskraft särskilt inom jourverksamheten. Bristen är hälsocentralsläkare har bidragit till att hälsocentralsläkarnas arbete har blivit tyngre än förr, vilket bl.a. har lett till att deltidsarbetet bland läkarna inom primärvården har ökat till följd av den stora arbetsbördan. Detta försvårar ytterligare läkarsituationen i hälsocentralerna.

Inom flera specialområden råder det brist på både specialister och specialiserande läkare.

Personalbristen har medfört utmaningar med att producera de lagstadgade tjänsterna och den har också påverkat kvaliteten på tjänsterna. Man har varit tvungen att anlita hyrd arbetskraft och köpta tjänster, vilket delvis har lett till osund konkurrens om arbetskraften samt högre pris på arbetsinsatsen. Grundorsaken till att användningen av hyrd arbetskraft ökat kan anses vara att arbetskraften inom social- och hälsovården totalt sätt är otillräcklig i förhållande till efterfrågan, dvs. eftersom efterfrågan på arbetskraft överstiger utbudet öppnar sig möjligheter för social- och hälsovårdspersonal att övergå från den offentliga till den privata sektorn sporrade av högre

inkomster. Problemet kan i första hand betraktas som en arbetsmarknadsstörning, där det begränsade utbudet av arbetskraft inte räcker till för att täcka den växande efterfrågan.

Konkurrensen om arbetskraften tilltar och mismatchningen är betydande. När åldersklasserna krymper går det inte att fortlöpande utbilda en relativt sett större andel för t.ex. social- och hälsovårdstjänster. Såväl bland läkarna som bland sjuksköterna är det många som går i pension under detta årtionde. Dessutom har ändringar i arbetstidslagstiftningen lett till att jourarbetsinsatsen dygnet runt allt tydligare är bort från den resurs som är tillgänglig dagtid. Därför är det synnerligen viktigt att inrikta den tillgängliga arbetskraften så ändamålsenligt och effektivt som möjligt till olika social- och hälsovårdstjänster. Dessutom måste det hela tiden utvecklas nya verksamhetsmodeller, med hjälp av bl.a. digitalisering och teknik, så att personalberoendet kan minskas.

För att täcka arbetskraftsbehovet inom social- och hälsovården är det nödvändigt att träffa hållbara lösningar på såväl kort som lång sikt så att Finland även i framtiden har kunniga yrkesutbildande personer inom social- och hälsovården som trivs i sitt arbete på rätt plats och med rätt kompetens. För att uppnå detta mål behövs flera åtgärder som vidtas i samarbete mellan förvaltningsområdena. Som ett led i den nationella reformen genomförs 2024-27 programmet för gott arbete, där man med hjälp av ett brett urval metoder försöker säkerställa tillräckligt med personal, tillgången på personal och personalens arbetsförmåga inom social- och hälsovården. Detta beskrivs mer ingående i avsnitt 2.2.4.

2.2.3 Utredningar om jour samt arbetsfördelningen inom den specialiserade sjukvården

2.2.3.1 Förslag från arbetsgruppen för servicenivåerna, arbetsfördelningen och samarbetet vid sjukhus och jourer inom den specialiserade sjukvården

Social- och hälsovårdsministeriets kanslichef tillsatte hösten 2023 arbetsgrupp bestående av tjänstemän från ministerierna och välfärdsområdena för att utreda servicenivåerna, arbetsfördelningen och samarbetet vid sjukhusen för den specialiserade sjukvården och jourmottagningar. Uppdraget gick ut på att klarlägga nuläget och bedöma framtida alternativ samt att utarbeta förslag om saken. Den styrgrupp som tillsattes för arbetsgruppen skulle stödja arbetsgruppen och säkerställa att arbetet framskrider.

I den rapport som publicerades i januari 2024 pekade arbetsgruppen på de faktorer som bestämmer och utmanar nuläget och som också behandlats ovan som en del av denna propositions beskrivning och bedömning av nuläget, samt på de möjligheter som nya verksamhetsmodeller medför. I rapporten tog man upp bl.a. vård- och serviceskulden, problemen med tillgången på personal, förändringarna i befolkningsstrukturen och å andra sidan nya verksamhetsmodeller, såsom digitala tjänster och distanstjänster, hemsjukhus, ambulanserande undersökningsteam, modern prehospital akutsjukvård och patientförflyttningar, läkarhelikopterverksamheten som håller på att utvecklas samt möjligheter till distansjourer och konsultationer i samarbetsområdena och på nationell nivå.

Enligt arbetsgruppens bedömning är det nuvarande sjukhus- och journätverket är inte längre ett alternativ ur ett nationellt perspektiv. Det finns inte tillräckligt med sakkunniga och servicestrukturen är inte ekonomiskt hållbar. Antalet offentliga sjukhus kan inte öka och antalet nätverk med professionell jour dygnet runt måste minska på nationell nivå. Enligt arbetsgruppen är de sakkunnigas och kompetensens tillräcklighet den viktigaste drivkraften bakom ändringen av profileringen av sjukhusen och servicenätverket. Det är en förutsättning för hälso- och sjukvårdens kvalitet, verkningsfullhet och klient- och patientsäkerhet. För att åstadkomma kostnadsnyttoeffektivitet och dämpa kostnadsökningen i systemet måste det finnas tillräckligt

med sakkunniga. När arbetsfördelningen utvecklas måste man dessutom beakta beredskapsaspekten. Arbetsgruppens perspektiv sträckte sig längre in i framtiden än enbart beaktande av nuläget. Den granskade saken ur nationellt perspektiv samt med beaktande av ordnandet av hälso- och sjukvården.

Enligt arbetsgruppen är det väsentligt att varje välfärdsområde kan trygga och flytta tyngdpunkten framför allt till sin befolknings basservice och till de tjänster som behövs ofta inom jour-, sjukhus- och vårdavdelningsverksamheten och den fortsatta vården. Välfärdsområdena ska kunna säkerställa integrationen med bland annat socialtjänsterna och utveckla regionala vård- och servicecenter.

För att säkerställa kompetensen och upprätthållandet av den samt kostnadsnyttoeffektiviteten för samhället måste yrkesutbildade personer och team med specialkompetens samt speciallokaler, utrustning och redskap koncentreras. I fråga om tidsberoende nödsituationer (cirkulationsstörningar i hjärnan, hjärtincidenter) är det viktigt att säkerställa en så snabb tillgång till vård som möjligt i de olika områdena, och servicenätverket och konsultationsförfarandena måste vara tillräckliga i detta avseende. Vården kan delvis inledas och genomföras även med stöd av distanskonsultationer. I de mest livshotande situationerna är det väsentliga en snabb och kompetent prehospital akutsjukvård – vid behov med stöd av läkarhelikopter – samt transport till ett sjukhus med ett omfattande serviceutbud. Det måste ha överenskommits och stå klart för olika aktörer tydligt var olika patientgrupper behandlas.

Enligt arbetsgruppen borde det i fortsättningen skapas samarbetsmodeller över välfärdsområdes- och samarbetsområdesgränserna. Andringarna i sjukhus- och journätverket gör det möjligt att införa och utveckla nya verksamhetsmodeller snabbare. Å andra sidan kan sjukhusnätverket inte reformeras tillräckligt utan dessa förändringar.

I utredningen identifieras mekanismer genom vilka det är möjligt att åstadkomma kostnadsminskningar, men det konstaterades också att kostnaderna och alla kostnadsmekanismer inte kunde utredas i samband med arbetsgruppens arbete. Arbetsgruppen fäste uppmärksamhet vid att i samband med centralisering bör faktureringen och prissättningen av tjänster mellan välfärdsområdena vara rättvis och transparent. För detta behövs nationell styrning.

Arbetsgruppen ansåg att för att utforma en nationell helhet bör det föreskrivas genom lag om sjukhusens nivåer, samarbete och arbetsfördelning. Ett sjukhus- och journätverk som fungerar som en konsekvent och planerad helhet utgör också grunden för nationell beredskap. Det har delvis visat sig svårt för välfärds- och samarbetsområdena att fatta lokala och regionala beslut om servicenätverket för sjukhus och jourmottagningar.

Arbetsgruppen föreslog en reform i två steg. Den tog emellertid också upp flera behov av ytterligare och fortsatta utredningar samt säkerställande av genomförandetidtabellen så att genomförandet sker kontrollerat och patientsäkerheten tillgodoses.

Arbetsgruppens förslag steg 1: fr.o.m. 1.1.2026

1. Minskning av separata jourmottagningar inom primärvården som har öppet nattetid
 - jourmottagningar dygnet runt inom primärvården kan upprätthållas endast på grund av mycket långa avstånd (Ivalo och Kuusamo).
 - -förfarandet med undantagstillstånd slopas

2. Varje välfärdsområde (förutom Nyland) kan ha ett förlossningssjukhus. Även i Nyland ska antalet förlossningssjukhus minska från det nuvarande.
 - undantagstillståndsförfarandet som gäller antalet förlossningar slopas
3. Varje välfärdsområde (förutom Nyland) får ha ett sjukhus som kan genomföra jourverksamhet, operationsverksamhet och intensivvård och intensivövervakning *dygnet runt* inom konservativa och operativa specialområden. I fråga om Nyland bör antalet sådana sjukhus och deras serviceutbud bedömas utifrån motsvarande principer.
 - under övergångsskedet 2026–2030 kan man på dessa specifika sjukhus genomföra sådan kirurgisk verksamhet dagtid som inte kräver operativ jour dygnet runt (dagkirurgi, korttidskirurgi) under förutsättning att villkoren för operationsverksamheten i bland annat centraliserings- och jourförordningarna i övrigt uppfylls. Operationsverksamheten kan inte utvidgas från nuvarande verksamhet till nya sjukhus
 - förlossningssjukhus enligt punkt 2 och sjukhus med jour dygnet runt enligt punkt 3 ska i välfärdsområdet vara ett och samma sjukhus.
4. Välfärdsområdena ska ha möjlighet att producera mindre ingrepp som kräver anestesi även annars än i samband med samjourer dygnet runt.
 - sådana mindre ingrepp är bland annat mun- och tandvård, psykiatrisk elektroterapi, behandling av hjärtrytmrubbningar och mindre kirurgiska ingrepp av poliklinisk karaktär inom olika specialområden (t.ex. knölar, hudförändringar, vissa ingrepp i samband med öron-, näs- och halssjukdomar samt ögonsjukdomar) som kräver anestesi
 - dessa ingrepp måste fastställas i lagstiftningen så att verksamheten inte utvidgas i en riktning som splittrar den egentliga kirurgiska verksamheten med stöd av regionala beslut
5. Sjukhus- och jourverksamheten och nätverket av dessa ska kunna reagera på olika undantags- och störningstillstånd inom välfärdsområdena, samarbetsområdena och på nationell nivå.

Arbetsgruppens förslag steg 2: fr.o.m. 1.1.2028 eller senast 1.1.2030.

Finlands sjukhus- och journätverk måste ytterligare koncentreras under slutet av årtiondet. Arbetsgruppen föreslår att sjukhusen profileras i enlighet med funktionernas omfattning. Profilerna 1–3 ska fastställas per sjukhus, och välfärdsområdet eller samarbetsområdet kan inte höja profilen för sina sjukhus med stöd av egna beslut.

Gradering av sjukhusen

1. Fem universitetssjukhus
 - den nationella arbetsfördelningen mellan universitetssjukhusen utvecklas och nationella jourringar skapas inom specialområden där detta är möjligt med hjälp av distansmedicin.
2. Fem–åtta centralsjukhus under en övergångsperiod som möjliggör en kontrollerad ändring

- dessa centralsjukhus ska tillsammans med universitetssjukhusen betjäna hela befolkningen.
- centralsjukhusen har jour dygnet runt inom många specialområden inom de operativa och konservativa specialområden som kräver jour och som inte har koncentrerats till universitetssjukhusen samt intensivvårdsavdelning, skötsel av förlossningar och operationssalsberedskap dygnet runt
- urvalskriterierna för centralsjukhusen ska fastställas i närmare detalj i samband med lagberedningen så att man beaktar befolkningens servicebehov och utbredning, tillgången på arbetskraft och arbetskraftens tillräcklighet och utbredning, sjukhusens nuvarande infrastruktur, kvalitet, verkningfullhet samt klient- och patientsäkerhet, avstånd och tillgodoseendet av språkliga rättigheter samt aspekter som gäller beredskap och förberedelser.

3. Akutsjukhus

- vissa av de nuvarande centralsjukhusen och vissa andra sjukhus.
- varje välfärdsområde (förutom Nyland) har ett sjukhus på akutsjukhusnivå med jour dygnet runt, dvs. ett sjukhus som har jour även nattetid, om det i området inte finns ett sådant centralsjukhus eller universitetssjukhus som beskrivs under punkt 1 eller 2. Sjukhusen i Nylands område ska bedömas enligt samma principer.
- akutologisk jour dygnet runt i de nödvändiga specialområdena med betoning på de konservativa specialområdena, men vid behov även exempelvis anestesilogi, psykiatri
- -tidsberoende vård (kardiologi, neurologi), intensivövervakning, förberedelser för att flytta patienten
- sådan operativ verksamhet under tjänstetid som inte förutsätter operationssalsberedskap dygnet runt för att tillgodose patientsäkerheten.
- akutsjukhusen har inte operationssalsberedskap 24/7, sköter inte förlossningar och har inte intensivvård
- i arbetsgruppen fanns en avvikande åsikt om definitionen av akutsjukhus och deras regionala antal. Enligt denna åsikt bör man tillåta att Lapplands välfärdsområde får upprätthålla även ett till sjukhus på högst akutsjukhusnivå utöver centralsjukhuset eller ett akutsjukhus.

4. Social- och hälsocentralernas avdelningar

- -avdelningar inom exempelvis allmänmedicin eller geriatri som motsvarar befolkningens servicebehov i samband med social- och hälsocentralerna
- -patientsäkerheten förutsätter inte jour dygnet runt där en läkare är på plats (nattetid). Möjlighet till distanskonsultation nattetid.

Välfärdsområdenas övriga social- och hälsovårdsenheter, till exempel rehabiliterings- eller undersökningsenheter, utskrivningsenheter, boendeenheter, är inte sjukhus eller avdelningar till sin definition. I dessa kan man dock ge hemsjukhusvård.

2.2.3.2 Utredning av arbetsgruppen för nationell arbetsfördelning för somatisk specialiserad sjukvård inom barnsjukdomar

Social- och hälsovårdsministeriets kanslichef tillsatte hösten 2023 en arbetsgrupp bestående av företrädare för enheterna för pediatrik vid universitetssjukhusen för att fundera på den nationella arbetsfördelningen inom den somatiska specialiserade sjukvården för barn. Arbetsgruppens uppgift var att samla in synpunkter och utarbeta förslag om bestämmelserna, avtalen och styrningen i anknytning till den somatiska specialiserade sjukvården för barn.

Arbetsgruppens rapport offentliggjordes i februari 2024. Arbetsgruppen anser att möjligheterna att trygga kvaliteten, resultaten och kostnadseffektiviteten inom den specialiserade sjukvården för barn i Finland kan förbättras genom att universitetssjukhusen och centralsjukhusen samarbetar och genom att samarbetet mellan universitetssjukhusen inom den krävande vården effektiviseras. Dessutom måste bestämmelserna om centralisering utvidgas i fråga om vissa sällsynta och krävande kirurgiska ingrepp och sällsynta behandlingar.

Enligt arbetsgruppen borde det inrättas en delegation i Finland med uppgift att följa upp det nationella läget inom den specialiserade sjukvården för barn och utveckla arbetsfördelningen mellan sjukhusen. Delegationen skulle särskilt behandla krävande specialiserad sjukvård, som skulle centraliseras till färre än fem universitetssjukhus. Dessutom borde man definiera och möjliggöra samklinikkverksamhet mellan universitetssjukhusen, som skulle främja det praktiska patientarbetet med hjälp av konsultationer och gemensam planering av vården. Detta förutsätter förslighet mellan sjukhusen för kirurgers och andra specialisters kompetens.

Arbetsgruppen föreslog separat finansiering för att säkerställa de nya formerna av samarbete mellan universitetssjukhusen. Finansieringen skulle förutom åtgärderna enligt rapporten täcka bland annat den utbildning som kompetensen i fråga om intensivvård för barn och försörjningsberedskapen kräver samt internationell utbildning och internationellt samarbete för att trygga sakkunskapen om sällsynta sjukdomar hos barn.

2.2.3.3 Statens revisionsverks revisionsberättelse om centralisering av hälso- och sjukvårdstjänsterna

Statens revisionsverk har publicerat sin revisionsberättelse 6/2024: ”Centralisering av hälso- och sjukvårdstjänsterna. Genomförande av arbetsfördelning inom den specialiserade sjukvården och samjour.”⁴⁴

Vid revisionen utreddes det riksomfattande och regionala genomförandet av de tidigare centraliserings- och jourreformerna (2016–2018), fullföljandet av de centrala målen för reformerna samt konsekvenserna av reformerna för olika typer av sjukhus och jourenheter. I de reformerna avslutades den anestesikrävande operationsverksamheten på små sjukhus, koncentrerades vissa operationer till universitetssjukhusen och fastslogs de sjukhus som ska ordna antingen en enhet för omfattande jour dygnet runt eller en enhet för samjour i samband med centralsjukhuset. Syftet med att koncentrera sjukhus- och journätet var att säkerställa jämlik tillgång till tjänster, tillräcklig kompetens, servicekvaliteten och klient- och patientsäkerheten. Man uppskattade att centraliserings- och jourreformerna skulle ge

⁴⁴ [Centralisering av hälso- och sjukvårdstjänsterna: Genomförande av arbetsfördelning inom den specialiserade sjukvården och samjour - Statens revisionsverk \(vtv.fi\)](#)

kostnadsbesparingar på 350 miljoner euro för kommunsektorn före 2020. Materialet för revisionen insamlades till största delen under 2023 och omfattade åren 2017–2023.

Enligt revisionsberättelsen har den schablonmässiga regleringen och styrningen, särskilt när den grundar sig på antalet åtgärder, samt sjukvårdsdistrikten (numera välfärdsområdenas) avtalsbaserade beslutsfattande fördröjt genomförandet av förordningen om centralisering av den specialiserade sjukvården. På sjukhusnivå beaktar schablonmässig reglering inte i tillräcklig utsträckning beroendeförhållandena mellan olika specialområden, sjukhusens befintliga kompetensområden och vårdkedjornas funktionsduglighet. Ingen har haft behörighet att fatta beslut i specialupptagningsområdena och de olika sjukvårdsdistrikten har strävat efter att trygga sina egna intressen och hålla fast vid befintliga verksamheter. Avtalen om ordnande av specialiserad sjukvård har förblivit samarbetspapper på allmän nivå, vars bindande verkan och effekt på arbetsfördelningen mellan områdena har varierat. De nuvarande samarbetsområdena berörs av samma behörighetsproblem som de som har hämmat verksamhetsutvecklingen inom specialupptagningsområdena. Problem har iakttagits även i anslutning till praxisen med undantagstillstånd. Ur social- och hälsovårdsministeriets synvinkel har det varit svårt att inte bevilja undantagstillstånd när behovet av enheten har motiverats med behoven i området, specialupptagningsområdets övriga sjukvårdsdistrikt har förordat behovet av enheterna och när beslutsfattandet dessutom ofta är förenat med politisk ändamålsenlighetsprövning.

Enligt revisionsberättelsen har sammanslagningen av jourerna inom primärvården och den specialiserade sjukvården till samma enhet ökat kostnaderna för heldygnsjour och antalet patienter har ökat. Samjourerna fungerar som reservventil för andra myndigheter och andra tjänster. När tjänster inte fås någon annanstans, hamnar patienterna till jourerna. De rikliga forskningsmöjligheterna inom den specialiserade sjukvården vid jourerna används i allt högre grad även vid diagnostisering av patienter inom primärvården. Man har varit tvungen att öka också vårdpersonalen vid jourerna och man är fortsatt tvungen att köpa in läkare för att ordna jour inom primärvården. Problemen med den fortsatta vården syns också vid samjourerna. Patienterna kan inte flyttas till fortsatt vård, eftersom det inte finns tillräckligt med platser inom den fortsatta vården. Till följd av detta vårdas sådana patienter vid samjourerna som inte har behov av vård utan av omsorg. En del av patienterna vid samjourerna köar till sjukhusets vårdavdelningar, eftersom man inte kan flytta patienter från vårdavdelningarna till fortsatt vård. Vid samjourerna vårdas således också personer som behöver sjukhusvård.

Enligt iakttagelserna försöker en del av sjukhusen utvidga antalet specialområden inom samjouren dygnet runt för att stärka underlaget för sjukhusets verksamhet och hålla kvar bred läkarkompetens vid sjukhuset. Motivet för sjukhusen med enheter för samjour dygnet runt har varit att behålla en så bred och attraktiv verksamhet som möjligt, eftersom samma yrkesutbildade personer både opererar och jourar. Iakttagelserna under revisionen visade att skillnaderna mellan enheter för omfattande jour dygnet runt och enheterna för samjour dygnet runt har krympt. De iakttagelser som gällde jourringar visade att antalet specialområden med jour vid enheterna för samjour dygnet runt är nästan lika stort som de 12 specialområden med jour som krävs av enheter med omfattande jour dygnet runt. Till denna del är den praktiska arbetsfördelningen mellan joursjukhusen inte alltid sådan som man eftersträvat genom hälso- och sjukvårdslagen samt jourförordningen och förordningen om centralisering av den specialiserade sjukvården.

Centraliseringen av kompetensen har i praktiken inneburit att universitetssjukhusen nu vårdar de mest tungskötta patienterna. Kompetenskravet vid jourerna har ökat, eftersom vårdpersonalen måste ha kompetens inom både primärvård och specialiserad sjukvård. Vid de sjukhus från vilka verksamhet har flyttats har utnyttjandet av vårdpersonalens specialkompetens däremot inskränkts när sjukskötare har övergått till andra uppgifter. De snäva specialområdena

och därmed bristen på yrkesutbildade personer med allmän kompetens ökar antalet jourhavande läkare som behövs vid jourerna. Med tanke på tillgången till läkare bör kompetensen således inte inskränkas ytterligare. Å andra sidan har det minskade antalet jouringar klart minskat kostnaderna. Universitetssjukhusen har utvecklat särskilda åtgärder för att trygga tillgången på personal, men de har inte varit tillräckliga. Universitetssjukhusens hjälp med att trygga personalresurser och andra resurser inom hela specialupptagningsområdena har inte upplevts som tillräcklig. De som intervjuades ansåg att i framtiden borde frågan om färre specialområden vid sjukhusen dryftas på samarbetsområdesnivå, inte bara på välfärdsområdesnivå.

Enligt revisionsberättelsen gäller centraliseringen av icke-brådskande operationer även poliklinikverksamheten. Problemet i anslutning till splittringen av vårdstigarna som lyfts fram som problem är bl.a. att informationen dröjer och att patientuppgifterna är utspridda, varför det har varit svårt att säkerställa smidighet mellan vård som getts i en centraliserad enhet och fortsatt vård. Enligt iakttagelserna under revisionen upplevdes centralisering behövs mest i fråga om mer sällsynta och krävande operationer och behandlingar, men här har målen uppnåtts i varierande mån och när det gäller arbetsfördelningen mellan sjukhusen finns det enligt iakttagelserna fortfarande mycket att göra. I fråga om de mest sällsynta och krävande operationerna konstaterades å andra sidan centraliseringen på nationell nivå har lyckats bra. I intervjuerna kritiserades styrningen av den specialiserade sjukvården som grundar sig på antalet åtgärder eftersom motiveringen till den är bristfällig.

De intervjuade experterna ansåg enhälligt att den bästa modellen för att styra centraliseringen av funktioner är en sjukhusspecifik jämförelse som baserar sig på mätning av vårdkvaliteten, resultaten, patientsäkerheten och kostnaderna och utifrån vilken man kan bedöma och värdera de olika enheterna förmåga att vidta åtgärder.

Centraliseringen av hälso- och sjukvårdstjänster påverkar tillgången till tjänster, vilket ökar patienternas kostnader och den ersättnings som FPA betalar inte bara i brådskande fall utan också vid undersökningar och behandlingar som kräver flera besök. När servicenätet för social- och hälsovården förnyas bör man bedöma också kostnaderna för tjänsternas tillgänglighet som helhet (alla fordon, restider och FPA-ersättningar).

Den identifierade risken för att verksamheten vid små sjukhus inte upphör på avsett sätt, har realiserats. De små sjukhusen verksamhet har vuxit och deras kostnader för specialiserad sjukvård ökat. Sjukhusen tillhandahåller mycket mångsidig kirurgisk poliklinikverksamhet. I stället för operationer under anestesi görs operationer under lokalbedövning och vårdavdelningar för specialiserad sjukvård har delvis ersatts med vårdavdelningar för primärvård och delvis börjat användas av socialvården. Förändringen i de små sjukhusens verksamhetsprofil har, när det gäller vården på vårdavdelning, utvecklats i den önskade riktningen och främjat sammanslagningen av social- och hälsovården. En struktur som påminner om en hybrid enhet motsvarar dock inte längre ett traditionellt sjukhus.

Enligt iakttagelserna i revisionsberättelsen finns det ingen exakt information om hur de mål som sattes för centraliseringen har uppnåtts. De senaste åren har det skett många förändringar i hälso- och sjukvårdens verksamhetsmiljö. Till följd av detta kan man inte säga om en förändring har berott direkt på centraliserings- eller jourförordningen eller något annat. Den tillgängliga ekonomiska informationen och statistiken har inte tillhandahållit tillräckligt exakta uppgifter på uppgifts-, åtgärds- och verksamhetsnivå för att man skulle ha kunnat göra en omsorgsfull uppföljning. Även informationen om personal har konstaterats vara anmärkningsvärt bristfällig. Man har inte kunnat skilja åt centraliseringens effekter från andra faktorer som påverkar verksamheten inom och kostnaderna för den specialiserade sjukvården. Den finns ingen mer ingående information om hur centraliseringsåtgärderna har påverkat de

enhetliga grunderna för vården, utvecklingen av kompetensen och patientsäkerheten, kostnaderna för serviceproduktionen, än mindre om centraliseringens totalekonomiska effekter, varken på nationell eller regional nivå.

Enligt revisionsberättelsen har varken ministerierna, sjukvårdsdistrikten/välfärdsområdena eller tillsynsmyndigheterna genomfört uppföljningen i enlighet med de ursprungliga målen och den tillgängliga ekonomiska informationen och statistiken har inte tillhandahållit tillräckligt exakta uppgifter på uppgifts-, åtgärds- och verksamhetsnivå för att man skulle ha fått mer ingående information om hur centraliseringsåtgärderna har påverkat de enhetliga grunderna för vården, kostnaderna, kvaliteten eller kompetensen och patientsäkerheten i de olika områdena.

På basis av revisionen rekommenderar revisionsverket att

1. om innehållsmässiga eller ekonomiska mål ställs upp för centraliseringen av hälso- och sjukvården, ska de styrande ministerierna fastställa sådana indikatorer för dem att det är möjligt att följa upp dem.
2. när sjukhus- och journätet förnyas ska man säkerställa att akutmottagningarna inom primärvården fungerar för att patienterna inte i onödan ska hänvisas till dyr specialiserad sjukvård.
3. beslutsfattandet och beslutsefterlevnaden inom samarbetsområdena bör stärkas genom att man löser oklarheter i fråga om behörigheten.

Ansvariga myndigheter är enligt revisionsberättelsen social- och hälsovårdsministeriet, finansministeriet, inrikesministeriet samt välfärdsområdena, Helsingfors stad och HUS-sammanslutningen.

2.2.4 Utvecklingsprojekt och program som gäller servicesystemet

För att minskningen av jourerna dygnet runt ska kunna genomföras utan problem krävs att både primärvården och socialvården har tillräcklig förmåga att svara på invånarnas långvariga och även brådskande problem. Social- och hälsovårdsministeriet har strävat efter att stärka serviceförmågan på basnivå genom flera olika program och finansiering i anslutning till dem. Med hjälp av dessa program har man försökt främja att patienter inte i onödan hänvisas till specialiserad sjukvård och jour. Tyngdpunkten har förskjutits från utvecklande av den specialiserade sjukvården i riktning mot primärvården och socialvården. Även den kraftiga utvecklingen av digitala tjänster hänför sig till detta. Programarbetet pågår fortfarande.

Projekten framtidens social- och hälsocentral

Allmänt

I programmet Framtidens social- och hälsocentral⁴⁵ har social- och hälsotjänster på basnivå utvecklats. Genom programmen har verksamhetssätten och tjänstehelheterna inom social- och hälsovården reviderats. Samtliga projekt skulle förbättra tillgången till vård samt utveckla och införa psykosociala metoder. Målet har varit att förbättra en jämlik tillgång till tjänster och kontinuiteten i tjänsterna samt att tjänsterna ges i rätt tid, förskjuta tyngdpunkten i verksamheten till förebyggande och förutseende arbete, förbättra tjänsternas kvalitet och verkningfullhet,

⁴⁵ [Framtidens social- och hälsocentral 2020–2023 : Program och projekthandbok](#)

samt att säkerställa mångsidiga och samspelade tjänster. På så sätt kan man bl.a. minska användningen av sjukhus- och jourtjänster. Programmet genomfördes i projekthelheter i enlighet med de framtida välfärdsområdena och SHM stödde genomförandet av helheterna med statsunderstöd åren 2020–2023.

I de projekt som genomförts inom ramen för programmet Framtidens social- och hälsocentral har målet att förbättra tjänsternas kvalitet och genomslag uppfattats på många olika sätt och inom projekten har ett tämligen mångsidigt utvecklingsarbete utförts. Saker som skulle utvecklas har varit bland annat nya servicelösningar och servicemodeller, kvalitetsledningssystem, kvalitets- och effektindikatorer, forskningsverksamhet, kunddelaktighet, mätning av kundbelåtenhet samt kunskapsbaserad ledning. Den förändring som utvecklingsarbetet medför kommer med fördröjning att synas som en eventuell förbättring av tjänsternas kvalitet och genomslag efter det att de saker som utvecklats har omsatts i praktiken i välfärdsområdena på ett lyckat och omfattande sätt.

Enligt den nationella övervakningen och utvärderingen av hur nyttomålen uppnås i programmet Framtidens social- och hälsocentral som blev klar våren 2023 går det ännu inte att få någon allmän bild av effekten av de utvecklingsarbete som utförts inom ramen för programmet.⁴⁶ I bruktagandet är utvecklingsverksamhet på längre sikt, vars förutsättningar och genomförande ska säkerställas genom samarbete mellan områdenas ledning, utvecklare och yrkesutbildade personer inom social- och hälsovården samt genom stark statlig styrning och starkt statligt stöd. I den nyligen färdigställda slututvärderingen⁴⁷ konstateras att fördelarna med programmet består av omfattande strategiska mål vars faktiska genomförande inte kan bedömas under programperioden. Samtliga fördelar med programmet har dock framskridit till följd av regionala projekt. De viktigaste framstegen i programmet är att säkerställa branschöverskridning och interoperabilitet samt att skjuta tyngdpunkten mot förebyggande tjänster. Mångsidigare kontaktkanaler och utvecklandet av tjänster med låg tröskel har förbättrat tillgången till service. Verksamhetsmodeller har implementerats inom välfärdsområdena men utvärderingen av införandet av modellerna fortsätter. Gamla verksamhetsmodeller måste slopas för att programmet ska vara kostnadseffektivt. Uppnåendet av målen och resultaten har försvårats av knappa personalresurser, covid-19-pandemin och organiseringen av välfärdsområdena under programperioden.

Finlands program för hållbar tillväxt och EU:s facilitet för återhämtning och resiliens (RRF)

Social- och hälsovårdsministeriet deltar i samordningen av Finlands program för hållbar tillväxt, som finansieras ur EU:s återhämtningsinstrument av engångsnatur (Next Generation EU)⁴⁸. Genom Finlands program för hållbar tillväxt stödjer man en ekologiskt, socialt och ekonomiskt hållbar tillväxt i enlighet med målen i regeringsprogrammet. Programmet främjar konkurrenskraft, investeringar, en höjning av kompetensnivån samt forskning, utveckling och innovation. Social- och hälsovårdsministeriet ansvarar för pelare 4 i programmet för hållbar tillväxt, som gäller stärkande av tillgången till social- och hälsovårdstjänster och ökning av

⁴⁶ [Tulevaisuuden sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus -ohjelman hyötytavoitteiden toteutumisen kansallinen seuranta ja arviointi: Vårn 2023. THL – Työpaperi 29/2023](#)

⁴⁷ [Tulevaisuuden sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus -ohjelman arviointi. Loppuraportti \(Utvärdering av Framtidens social- och hälsocentral programmet Slutrapport, på finska med presentationsblad på svenska\). Social- och hälsovårdsministeriets rapporter och promemorior 2024:12](#)

⁴⁸ [Finlands program för hållbar tillväxt: Planen för återhämtning och resiliens](#)

kostnadsnyttoeffektiviteten. Programmet genomförs i samtliga välfärdsområden åren 2021-2025.

Målet för programmet är att befolkningen på lika grunder får tillgång till de social- och hälsovårdstjänster som de behöver på ett enkelt sätt, med låg tröskel och via flera kanaler. Inom ramen för programmet fortsätter man att förankra och vidareutveckla de verksamhetsmodeller i programmet Framtidens social- och hälsocentral som konstaterats vara bra. Genom projektpportföljsrapportering och THL:s halvårsenkäter följer man hur programmet framskrider. Nationella indikatorer som följs är bland annat inom vilken tid patienter får tillgång till vård inom primärvården och användningen av elektroniska tjänster.

Välfärdsområdena har redan vidtagit ett stort antal olika åtgärder för att utveckla både digitala tjänster på basnivå och fysiska tjänster. Med finansiering enligt programmet har man bland annat infört mångsidiga mobila tjänster, distanskonsultation och distansmottagningar samt förkortat köer tillsammans med privata tjänsteproducenter genom att utnyttja nya verksamhetsmodeller. Över 90 multiprofessionella tjänstehelheter håller på att utvecklas eller har förankrats. För att förbättra tillgången på tjänster och kontinuiteten i tjänsterna har områdena sammanställt den digitala social- och hälsocentralen till en helhet samt infört husläkar- och teammodeller, som också främjas genom nya statsunderstöd som beviljats under våren 2024. Utvecklingen av digitala tjänster framskrider i samarbete mellan välfärdsområdena och nationella aktörer genom att utnyttja bland annat Kantatjänsterna samt DigiFinland Ab:s och IT-företagens produkter och tjänster. Chat- och chatbot-lösningar har tagits i bruk i större utsträckning och utnyttjandet av uppgifter som medborgarna själva producerar förbättras genom framtagandet av mobilapplikationen MittKanta. Tjänster som främjar välfärd och hälsa samlas till ett regionalt digitalt serviceutbud, med vars hjälp invånarna enkelt hittar det egna områdets tjänster. Praxis för välfärds-, motions- och kulturemisser håller också på att utarbetas.

Inom samtliga mål för SHM:s förvaltningsområde i Finlands program för hållbar tillväxt har man närmast sig de mål som satts fram till utgången av 2024 eller 2025.⁴⁹ Exempelvis i fråga om tillgången till vård är målet att 80 % av de icke-brådskande vårdbesöken sker inom sju dagar i slutet av 2025. I januari 2020 var andelen 67 % och i december 2023 var den 78 %. Det är viktigt att man fortsätter att utveckla verksamhetsmodeller som främjar tillgången till tjänster och förankrar dem i välfärdsområdenas vardag så att förändringarna är permanenta. Genom att utveckla verksamheten på basnivå och göra tjänstehelheterna smidigare kan man minska behovet av jourvård och främja kontinuiteten i vården.

Utredningen Husläkare 2.0

Den utredning om genomförandet av en ny husläkarmodell som social- och hälsovårdsministeriet beställt blev färdig i augusti 2022 (Modell för kontinuiteten i vården, Slutrapport om utredningen Husläkare 2.0, endast på finska⁵⁰.) Målet var att bedöma och beskriva hur man skulle kunna kombinera en husläkarmodell med vårdgaranti och på så sätt främja tillgången till vård och dess kontinuitet. I den modell för kontinuiteten i vården som beskrivs i utredningen är det centrala elementet kontinuiteten i vårdrelationen mellan patienten och läkaren. Patienten ska dessutom få stöd av en egen sjukskötare och vid behov också stöd av ett multiprofessionellt team med andra experter. Utredningen bidrar till att förbättra tillgången till och kontinuiteten i vården inom välfärdsområdena. Genom att förbättra kontinuiteten i den personliga vårdrelationen kan de många fördelar som beskrivs i den vetenskapliga litteraturen

⁴⁹ <https://innokyla.fi/fi/kokonaisuus/kansallinen-suomen-kestavan-kasvun-ohjelma>

⁵⁰ <https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/handle/10024/164291>

uppnås, inklusive färre jourbesök och vårddagar på sjukhus. Med det fjärde statsunderstödet inom programmet för hållbar tillväxt⁵¹ finansieras bl.a. kontinuitetsmodellen för vården samt ibruktagandet av ett digitalt serviceutbud som stödjer den inom välfärdsområdena.

Statsunderstödsprojektet Produktion av tjänster inom palliativ vård och förbättring av kvaliteten på vården (2021 – 2024)

Social- och hälsovårdsministeriet har finansierat programmet Produktion av tjänster inom palliativ vård och förbättring av kvaliteten på vården⁵² med statsunderstöd inom samtliga fem samarbetsområden. Statsunderstöd har riktats till genomförandet av åtgärder enligt social- och hälsovårdsministeriets rekommendation (2021:7)⁵³ i praktiken. Målet för programmet har varit att förbättra tillgången på det palliativa hemsjukhusets tjänster i hemmet och boendeserviceenheter, främja inrättandet av palliativa center i välfärdsområdena, öka boendeservice- och hemvårdspersonalens kunskande om palliativ vård och vård i livets slutskede, utveckla den palliativa vården för barn och unga samt utveckla digitala tjänster i hemsjukhuset och mottagningarna för palliativ vård. Genom dessa åtgärder kan sjukhusvård och jourbesök på sjukhusets poliklinik förebyggas. Programmet har framskridit bra och kommer att avslutas 2024.

VNTEAS-projekt: Modeller för hemsjukhusverksamheten och deras effektivitet

Just nu pågår också ett projekt inom statsrådets gemensamma utrednings- och forskningsverksamhet (VNTEAS): Modeller för hemsjukhusverksamheten och deras effektivitet (2023-2024)⁵⁴, som kommer att ge information om nya möjligheter med service som tillhandahålls i hemmet. Uleåborgs universitet är ledande aktör inom detta multidisciplinära projekt, vars syfte är att ge en heltäckande och aktuell allmän bild av nuläget beträffande hemsjukhusverksamheten i Finland, dess effektivitet och hur den mäts. Framtidens "sjukhus utan väggar" möjliggör en smidig patientupplevelse, säkerställer tillgången till vård samt förbättrar kontinuiteten i och samordningen av vården.

Programmet för gott arbete och dess föregångare

Social- och hälsovårdsministeriet inledde programmet för social- och hälsovårdspersonalens tillräcklighet och tillgänglighet i november 2021. Färdplanen för att trygga tillgången till personal inom social- och hälsovården bereddes i den arbetsgrupp som tillsatts för programhelheten mellan november 2021 och januari 2023. I arbetet med färdplanen utnyttjades olika intressentgruppers sakkunskap via arbetsgruppen och dess underarbetsgrupper. Färdplanen innehöll en närmare genomförandeplan för åren 2022–23 samt förslag för åren 2024–27.

I enlighet med regeringsprogrammet för statsminister Orpos regering kräver den personalbrist som hotar tillgången till välfärdssamhällets tjänster åtgärder både på kort och på lång sikt. För att säkerställa tillräcklig personal och tillgången till arbetskraft inom social- och hälsovården och räddningsbranschen inleddes Programmet för gott arbete för åren 2024-2027. För att uppnå

⁵¹ <https://stm.fi/sv/fjarde-ansokningsomgangen>

⁵² <https://innokyla.fi/fi/kokonaisuus/palliativisen-hoidon-palvelujen-tuottaminen-ja-laadun-parantaminen-ohjelma>

⁵³ <https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/handle/10024/163761>

⁵⁴ <https://www oulu.fi/fi/projektit/kotisairaaloiminnan-nykytila-vaikuttavuus-ja-mittaaminen>

målen krävs åtgärder inom alla förvaltningsområden och även samarbete mellan förvaltningsområdena. I denna genomförandeplan beskrivs de praktiska åtgärderna, uppföljningen och tidsplanen för arbetets framskridande.

I genomförandeplanen beskrivs åtgärderna enligt sex strategiska prioriteringar:

- 1) Kunskapsunderlag och prognostisering,
- 2) Ökning av utbildningsvolymerna och utveckling av utbildningsstrukturer,
- 3) Minskning av uppgifter,
- 4) Förtydligande av personalens arbetsfördelning,
- 5) Stödjande av dragnings- och hållkraft, samt
- 6) Utvidgning av rekrytering.

Verkställandet av programmet genomförs, följs upp och bedöms av en arbetsgruppssammansättning för programmet för gott arbete som utgörs av sakkunniga från ministerier och olika förvaltningsområden. Arbetsgruppssammansättningen ska årligen göra en sammanfattning av hur åtgärderna framskrider, och genomförandeplanen kommer att uppdateras på grundval av sammanfattningen.

Nätverket för utredningen av välfärdsområdenas anlitande av hyrd arbetskraft

Det nätverk som social- och hälsovårdsministeriet tillsatte för att utreda välfärdsområdenas anlitande av hyrd arbetskraft hade i uppdrag att utforma en lägesbild av behovet och anlitandet av hyrd arbetskraft och köptjänster och att identifiera, bereda och sätta upp tidsplaner för åtgärder som minskar anlitandet av hyrd arbetskraft.

I den rapport som publicerades i februari 2023⁵⁵ framförde nätverket att anlitandet av hyrd arbetskraft har ökat i allt snabbare takt under de senaste åren och särskilt under 2023, när välfärdsområdena har inlett sin verksamhet. Kostnaderna för hyrd arbetskraft har ökat snabbare än välfärdsområdenas egna personalkostnader.

Metoderna för att minska anlitandet av hyrd arbetskraft har i nätverkets utredning indelats i tre helheter som hänför sig till välfärdsområdenas egna åtgärder, styrmetoder samt lagstiftningsändringar

2.2.5 Bedömning av verksamhetsmiljön, regleringen och praxis i fråga om sjukhusen och jouren dygnet runt

Joursjukhusens struktur, serviceurval och servicenät

Befolkningsstrukturen och hur befolkningen placerar sig i olika delar av landet har förändrats och förändras kontinuerligt och skillnaderna mellan regionerna växer. Befolkningen och samtidigt arbetskraften koncentreras till tillväxtcentrum. Befolkningen fortsätter att åldras och å andra sidan minskar antalet förlossningar och barn, vilket förändrar servicebehovet. Den

⁵⁵ <https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/handle/10024/165442>

medicinska specialkompetensen har fortsatt att gå mot allt djupare specialisering inom många specialområden och det finns inte längre tillräckligt med personer med specialkompetens för alla nuvarande verksamhetsställen. Även i lagstiftningen om arbetsfördelning, jour och centralisering av tjänster inom den specialiserade sjukvården har betydande behov av ändringar iakttagits. På grund av personalbrist har man varit tvungen att, delvis okontrollerat, köra ned tjänster och verksamheter, t.ex. operations- och vårdavdelningsverksamheter, för kortare eller längre tid. Personalbristen har oundvikligen inneburit utmaningar med att producera lagstadgade tjänster, förlängt vårdköerna och påverkat kvaliteten på de producerade tjänsterna.

Verksamhetsmiljö och förfarandena inom servicesystemet har förändrats jämfört med den tid då servicenätverket och hierarkin vid sjukhusen och jourerna dygnet runt inom hälso- och sjukvården utformades under gångna årtionden. För att jour dygnet runt och modern specialiserad sjukvård ska kunna genomföras på ett högklassigt sätt med nuvarande verksamhetsmodeller förutsätts väldigt mycket personresurser och ekonomiska resurser. Ett fungerande sjukhus- och journätverk är dock en hörnsten i den nationella beredskapen inom hälso- och sjukvården under normala förhållanden och undantagsförhållanden.

I fortsättningen är det nödvändigt att på ett realistiskt sätt beakta förändringar i befolkningsprofilen och folkmängden samt tillgången på arbetskraft och var den finns. Sjukhusnätet har inte följt folkmängdens och befolkningsstrukturens regionala utveckling. Sjukhus- och journätet måste förtätas eftersom befolkningen koncentreras. Antalet sjukhus samt deras serviceurval och verksamhet borde förändras i överensstämmelse med behoven hos befolkningsstrukturen och å andra sidan anpassas till den personal som finns tillgänglig för olika tjänster.

Tidigare ansvarade sjukhusdistrikten för att ordna samjour. Däremot ansvarade kommunerna för att ordna primärvård och brådskande vård inom den liksom för merparten av allmänläkarna och specialisterna i allmänmedicin i anställningsförhållande. Numera ansvarar välfärdsområdena för att ordna både primärvård och specialiserad sjukvård. I Nyland ansvarar HUS-sammanslutningen för att ordna brådskande vård dygnet runt. Välfärdsområdena och Helsingfors har möjlighet att ordna brådskande vård under kvällstid samt på veckoslut i sina egna enheter, om befolkningens servicebehov förutsätter det.

I den föregående reformen som gällde centralisering av juren och den specialiserade sjukvården var avsikten att hejda kostnadsutvecklingen inom den specialiserade sjukvården, säkerställa jämlikhet och kvaliteten på tjänsterna samt patientsäkerheten, garantera servicesystemets funktionsförmåga inte bara under normala förhållanden utan också i exceptionella situationer samt främja tillräckligt med personal och yrkesutbildade personer. Man tänkte att målen skulle uppnås genom att sammanföra krävande och tung verksamhet till färre enheter. Genom reformen föreskrivs att 12, senare 13, sjukhus ska ha omfattande samjour dygnet runt inom primärvård och specialiserad sjukvård, och resten av centralsjukhusen snävare jour. Genom reformerna eftersträvades en optimal helhet av jursjukhus med avseende på patientsäkerhet, tillgänglighet och kostnadseffektivitet. De sjukvårdsdistrikt som ålades att upprätthålla en enhet med omfattande jour dygnet runt fastställdes så att verksamhetsenheterna med omfattande jouransvar skulle bilda en på riksnivå fungerande helhet. En samlad bedömning av flera faktorer bidrog till valet av sjukvårdsdistrikt, och avgörandet byggde inte på något enskilt kriterium. Den samlade bedömningen påverkades av bland annat kompetensen och resurserna vid enheten, samt ett tillräckligt befolkningsunderlag, enheternas tillgänglighet och befolkningens naturliga rörelseriktningar. (RP 224/2016 rd).

I den föregående reformen som gällde centralisering av juren och den centraliserade sjukvården infördes begreppet samjour för primärvården och den specialiserade sjukvården.

Dessutom föreskrevs det att socialjour ska ordnas i samband med hälso- och sjukvårdens jour. Bestämmelserna är från den tid då kommunerna ansvarade för primärvården och socialvården och sjukvårdsdistrikten för den specialiserade sjukvården. Genom att sammanföra dessa olika jourer till samma verksamhetsställe tänkte man främja sammanhängande servicekedjor inom social- och hälsovården på såväl basnivå som specialiserad nivå och vidare trots att organiseringsansvaret vilade på flera organisationer. Man lyckades med målet så till vida att landet fick ett nätverk av samjourer inom flera specialområden.

Efter reformen har man emellertid också märkt att fördelningen av olika slags jourer mellan sjukhusen inte nödvändigtvis har följt den indelning i mer omfattande och snävare jourer som avsågs i lagstiftningen. Detta torde delvis bero på att trots att det i lagen föreskrivs att en del av sjukvårdsdistrikten, senare välfärdsområdena, har i uppgift att ordna samjour med beredskap att sköta (endast) sedvanliga brådskande hälsoproblem hos befolkningen, gör bestämmelserna det ändå möjligt att genom ett samarbetsavtal (tidigare avtal om ordnande av specialiserad sjukvård) avtala om även mer omfattande jour. Inte heller i jourförordningen föreskrivs det om de specialområden som ska finnas i dessa centralsjukhus, medan det föreskrivs om saken för den omfattande jourens del. I praktiken har den omfattande samjourens och de andra samjourernas serviceurval närmast sig varandra, när jourteamen har utökats även vid andra sjukhus än de som har omfattande jour för att svara på befolkningens servicebehov. Dessutom fick de sjukvårdsdistrikt, senare välfärdsområden, i vilka det finns ett universitetssjukhus möjlighet att i anknytning till sina sjukhus bilda flera än en enhet med samjour dygnet runt, om befolkningens servicebehov förutsätter det. Därmed har antalet sjukhus med jour dygnet runt inom flera olika specialområden förblivit stort.

Av många olika orsaker drogs kommunernas ordnande av primärvård och resurstilldelning till den länge med svårigheter. Allmänläkare har befriats från jourskyldighet inom primärvården utanför tjänstetid för att få läkarresursen att räckas till i hälsocentralerna under tjänstetid. Arrangemanget fungerar som rekryteringstrumf för allmänläkare och särskilt erfarna specialister i allmän medicin, när man som tjänsteläkare inte har behövt ha jour vid samjourerna. För att få allmänläkarresurserna och de ekonomiska resurserna att räckas till gallrade kommunerna också bland den brådskande mottagningsverksamheten under kvällstid och på veckoslut. Om hälsocentralernas kapacitet för brådskande vård under tjänstetid inte räckte till för befolkningens behov hänvisades patienterna till samjourerna, en verksamhetsmodell som befolkningen också började tillämpa på eget initiativ. Vid samjourerna och jourerna dygnet runt inom primärvården har det åter varit nödvändigt att göra anställningsvillkoren för jour lockande för att få jourhavande allmänmedicinare eller att skaffa jourarbetskraft i form av köpt eller hyrd arbetskraft. Detta har höjt priset på arbetsinsatsen. Hyrläkarna kan också vara oerfarna, vilket kan minska effektiviteten och leda till onödiga undersökningar och oändamålsenliga remisser eller sjukhusvistelser.

De nya serviceformer som utvecklats, t.ex. digitalisering, distansmedicin, modern prehospital akutsjukvård och välutrustade ambulanser, läkarhelikopterverksamhet, tjänster som tillhandahålls i hemmet och mobila tjänster, är fortfarande underutnyttjade. De är förenade med en betydande potential och kan bidra till att svara på befolkningens servicebehov. Särskilt med hjälp av digitala tjänster kan en del av de tjänster som tidigare förutsatte fysiska besök produceras som närservice från patientens synpunkt, trots att kompetensen är centraliserad. Vägnätets utveckling har underlättat geografisk förflyttning. Ändringarna i sjukhus- och journätet möjliggör och påskyndar införandet och utvecklingen av nya verksamhetsmodeller. Å andra sidan kan sjukhusnätet inte reformeras tillräckligt utan dessa ändringar.

Det har visat sig svårt att inom välfärds- och samarbetsområdena få till stånd lokala och regionala beslut om sjukhusens och jourernas servicenät. I områdena har man velat hålla fast

vid den specialiserade sjukvården, jouren och den operativa verksamheten, även på bekostnad av personalresurser och ekonomiska resurser för välfärdsområdets övriga tjänster. Detta har lett till delvis oändamålsenliga lösningar och kompetensfördelning samt till att priset på arbetsinsatsen stigit på grund av köpta tjänster och hyrd arbetskraft. Upprätthållandet av så omfattande specialiserade sjukvårdstjänster som möjligt har delvis kunnat äventyra och försämra tillgången på föregripande och förebyggande hälso- och sjukvård, primärvård och tjänster som tillhandahålls i hemmet.

Målen för den föregående reformen som gällde centralisering av jouren och den specialiserad sjukvården är fortfarande aktuella. Det behövs emellertid ytterligare åtgärder för att uppnå samma mål. Prioriteringen av målen har dock förändrats då personaltillgång och tillräcklig kompetens har blivit den viktigaste förändringsmotorn. För den specialiserade sjukvårdens del förutsätter kvalitet, effektivitet och patientsäkerhet i ett sjukhus som fungerar dygnet runt en betydande mångsidigt personalresurs som är stabil både till antal och kompetens inom respektive specialområde vad gäller såväl läkare och sjukskötare som stödtjänster. För en nationell jour inom den specialiserade sjukvården som säkert fungerar i alla förhållanden bör det i första hand säkerställas tillräcklig personal och kompetens vid universitets- och centralsjukhusen. Med tanke på personalresursen är det särskilt tungt att upprätthålla beredskapen hos team som krävs för operativ verksamhet dygnet runt. Ju mer yrkesutbildade personer eller team med specialkompetens, särskilda lokaler eller instrument eller särskild utrustning som behövs, till desto färre enheter bör sådana tjänster koncentreras. Endast på så sätt kan man säkerställa och upprätthålla kompetens samt samhällelig kostnadseffektivitet. Alla välfärdsområden kan inte tillhandahålla specialtjänster och därför måste man också hitta täta samarbetsformer mellan välfärdsområden och samarbetsområden – även över områdesgränserna.

Välfärdsområdesstrukturen har nyligen fått sin form och välfärdsområdena har arbetat drygt ett år. Välfärdsområdena har efterlyst arbetsro och detta har också angetts i regeringsprogrammet. Välfärdsområdenas egen beslutsförmåga, effekterna av deras egna förändringsprogram och effekterna av de nya områdenas samarbetsmodeller har ännu inte hunnit visa sig för jour- och sjukhusnätets del i hela sin omfattning. Trots att det behövs betydande ändringar i servicenätet nu och eventuellt även kommande år, måste ändringen genomföras kontrollerat. Därför skulle det kunna vara en risk att börja ändra i centralsjukhusnätet i den fas som välfärdsområdena nu befinner sig i. För att stödja uppnåendet av social- och hälsovårdens integrationsmål är det sålunda i detta skede motiverat att varje välfärdsområde fortfarande har antingen ett universitetssjukhus eller centralsjukhus som kan ha kirurgi som kräver operationssalsberedskap dygnet runt samt som kan sköta förlossningar, om de lagstadgade förutsättningarna annars uppfylls. Det är dock nödvändigt att styra och på annat sätt stödja välfärdsområdenas samarbete och arbetsfördelning inom specialiserade sjukvårdstjänster.

Antalet sjukhus med jour dygnet runt och deras serviceurval måste dock kunna minskas jämfört med nuläget för att personalen och specialkompetensen ska räcka till, även om varje välfärdsområde har kvar ett universitetssjukhus eller centralsjukhus som områdets huvudsakliga sjukhus med specialiserad sjukvård. Då blir det aktuellt att bedöma sådana andra sjukhus som finns i välfärdsområden som har ett större universitetssjukhus eller centralsjukhus med mångsidigare serviceurval.

Arbetsgruppen för sjukhusnätet bedömde (se avsnitt 2.2.3.1) att det nuvarande nätverket av sjukhus med jour dygnet runt i Finland är för tätt. Med det nuvarande serviceurvalet går det inte att säkerställa kompetent personal vid varje nuvarande journalsjukhus utan oändamålsenliga arrangemang eller kostnader. Arbetsgruppen konstaterade att det skulle vara motiverat att överföra den operativa jourverksamheten dygnet runt och den kirurgiska verksamhet som

förutsätter jour vid de fem sjukhus med samjour dygnet som upprätthålls av ett välfärdsområde som också har antingen ett universitetssjukhus eller ett centralsjukhus till ett större sjukhus. Detta skulle också frigöra personal- och andra resurser för välfärdsområdets andra verksamheter. Arbetsgruppen ansåg att det också är nödvändigt att koncentrera den operativa verksamheten inom HUS-sammanslutningens område.

Under den föregående riksdagsperioden tog social- och hälsovårdsutskottet ställning till behoven av att reformera jourlagstiftningen. I samband med behandlingen av reformen som gällde ordnandet av hälso- och sjukvård var utskottets uppfattning att det inte är nödvändigt med så detaljerad reglering av jourerna i olika omfattning och på olika nivåer, när organiseringsansvaret överförs till större välfärdsområden än de nuvarande anordnarna. I stället kan välfärdsområdenas beslutanderätt utökas inom ramen för de anslag som står till deras förfogande. För detta talar enligt utskottet också det faktum att skillnaderna mellan nivåerna inte är noggrant avgränsade, särskilt inte inom omfattande samjour dygnet runt och annan samjour dygnet runt, eftersom andra sjukvårdsdistrikt än sjukvårdsdistrikten med omfattande jour dygnet runt själva har kunnat bestämma att deras jour är mer omfattande än vad lagen kräver. Skyldigheten att ha omfattande samjour dygnet runt har emellertid ansetts ha stor betydelse för sjukhusens status, rekrytering och utveckling (ShUB 16/2021 rd, s. 49–50).

Efter detta ställningstagande har problemen inom hela social- och hälsovårdssystem med personalens tillräcklighet och tillgången på personal tillspetsats trots att de har kunnat förutses i flera års tid. Det finns inga snabba lösningar för att rätta till personalsituationen. Å andra sidan orsakar välfärdsområdenas svåra ekonomiska situation genom de regionala förändringsprogrammen delvis okontrollerad och svårförutsägbar instabilitet och nedkörning av tjänster.

För att man ska kunna säkerställa Finlands jour- och sjukhusnät som en funktionell nationell helhet måste det föreskrivas om saken genom lagstiftning. Det går inte att trygga ett fungerande sjukhusystem och därmed tillräckliga hälso- och sjukvårdstjänster för hela befolkningen på det sätt som grundlagen förutsätter enbart utifrån de enskilda välfärdsområdenas egna beslut eller överenskommelser inom samarbetsområdena. Samtidigt är det ändå ändamålsenligt att tillåta välfärdsområdena och samarbetsområdena ett visst handlingsutrymme när de ordnar sina jourer och jourernas serviceurval samt en ändamålsenlig arbetsfördelning mellan sjukhusen. Att ändra särskilt reglering på lagnivå är ofta en långsam process, och mycket noggrann reglering kan bli föråldrad och stödjer således inte en förnuftig utveckling av verksamheten och arbetsfördelningen. I jourförordningen och förordningen om centralisering av den specialiserade sjukvården är det möjligt att reglera verksamheten närmare, och ofta går det också smidigare att ändra förordningar. Å andra sidan skulle det också kräva noggrann bedömning att t.ex. avstå från indelningen i 50 § 3 och 4 mom. av sådana sjukhus som det har föreskrivits att ska ha mer omfattande jour dygnet runt än andra. Trots att indelningen i sjukhus som upprätthåller jour på olika nivå i praktiken inte förverkligas på det sätt som planerades i samband med den föregående jourreformen, tryggar regleringen emellertid också att en del av sjukhusen är förpliktade att vid behov upprätthålla omfattande jour som betjänar befolkningen runt om i Finland. Det är dock motiverat att utveckla de begrepp som använts i lagen.

För välfärdsområdena vore det väsentligt att kunna trygga och förskjuta tyngdpunkten till framför allt basservice för befolkningen och till tjänster och fortsatt vård som ofta behövs inom jour-, sjukhus- och vårdavdelningsverksamheten. Endast på detta sätt kan man säkerställa att rätt patient får rätt vård vid rätt tid på rätt nivå. Inom den specialiserade sjukvården framhävs särskilt vissa konservativa områden och psykiatri, t.ex. kroniska sjukdomars olika försämringsfaser, hjärt-, lung-, hjärnincidenter, infektioner samt bedömning och behandling av

hälsoproblem hos den åldrande befolkningen. Vårdsområdena måste kunna säkerställa integration med bl.a. socialvårdstjänster samt utveckla regionala vård- och servicetigar.

Redan i samband med föregående jour- och centraliseringsreform konstaterades det i regeringens proposition att i ett internationellt perspektiv har nattjouren inom primärvården i Finland tidigare varit synnerligen omfattande. Då fanns det cirka 40 enheter med jour dygnet runt, medan det 2011 fanns över 60 sådana enheter. (RP 224/2016 rd, s. 11–12) En bidragande orsak till att behovet av sådan jour har minskat är utvecklingen av den prehospitalede sjukvården och akutmedicinen samt befolkningens flyttningsrörelse till boställningscentrum, som har minskat behovet av nattjour inom primärvården. För närvarande har primärvårdstjänster dygnet runt tillhandahållits i samband med samjourerna vid universitetssjukhusen och centralsjukhusen (n=20), områdenas andra sjukhus (n=5) samt i separata jounheter med social- och hälsovårdsministeriets undantagstillstånd (n=9). Antalet är fortfarande tämligen stort och har inte minskat de senaste åren.

Journernas verksamhet, personalens tillräcklighet och andra social- och hälsovårdstjänster

De senaste åren har journernas verksamhet varit förknippad med flera problem och oändamålsenliga utvecklingstrender. Under jounen borde man vårda endast patienter som kräver jourvård. Problem till följd av läkarbristen och senaste också sjukskötarsunderskottet inom primärvården i fråga om icke-brådskande tjänster och problem med att få platserna för fortsatt vård att räcka till har dock under en lång tid belastat samjourerna. Vid samjourerna är en stor andel av patienterna sådana som inte får tillträde till eller upplever att de inte får tillträde till rätt vårdplats. Patienter fås inte till fortsatt vård på grund av kapacitetsproblem på sjukhusets bäddavdelningar och inom hemvården och boendeservicen, och därför att man inte kan vara säker på att patienten får bedömning eller vård i sin egen hälsocentral t.ex. de närmaste dagarna. Dessa problem löses inte genom att tilldela samjourerna resurser utan genom att hitta sådana lösningar som gör att patienter inte styrs till jour dygnet runt på felaktiga kriterier, utan tjänsterna skulle tillhandahållas på rätt nivå dags- eller kvällstid. Säkerställt tillträde till en fortsatt vårdplats och behövliga fortsatta vårdtjänster skulle minska trycket på samjourerna och sjukhusen. De omfattande undersökningsmöjligheter inom specialiserad sjukvård som står till buds i enheterna med samjour har delvis lett till överdiagnostik och överbehandling av patienter på primärvårdsnivå och ökat de totala kostnaderna.

I 50 § 2 mom. i hälso- och sjukvårdslagen föreskrivs om skyldighet för vårdsområdet att inom hälso- och sjukvården ordna brådskande mottagningsverksamhet för primärvården under kvällstid samt på veckoslut under dagtid när tillgängligheten till tjänsterna förutsätter detta. När bestämmelserna om jour reviderades (RP 224/2016 rd) preciseras bestämmelserna om skyldighet för kommunen och samkommunen att inom hälso- och sjukvården ordna brådskande mottagningsverksamhet för primärvården under kvällstid samt på veckoslut, dvs. 50 § 2 mom. i den gällande hälso- och sjukvårdslagen. I motiveringen till lagen konstaterades att syftet med den brådskande mottagningsverksamhet som ska ordnas vid hälsovårdscentralerna är att trygga tillgången till brådskande vård som närservice för sådana sedvanliga hälsoproblem som inte kräver den samlade kompetens som finns vid jounheterna. Genom gradering av vården och förstärkning av den brådskande mottagningsverksamheten förbättrar man hur invånarna upplever servicen samtidigt som man tryggar att verksamheten vid jounheterna fungerar smidigt och rusning motverkas. Syftet är också att säkerställa att befolkningen har tillgång till hjälp i form av närservice för sedvanliga hälsoproblem som kräver att det snabbt finns tillgång till vård. (RP 224/2016 rd, s. 57). Syftet var att primärvårdens mottagningsverksamhet under kvällstid samt på veckoslut skulle utvidgas för att kompensera de längre resorna för att sköta ärenden. Denna har dock inte förverkligats i en del av områdena och har delvis upphört helt och

hållet. Statens revisionsverk föreslog i sin revisionsberättelse om centralisering av hälso- och sjukvårdstjänsterna (2024) som en åtgärdsrekommendation att när sjukhus- och journätet förnyas ska man säkerställa att akutmottagningarna inom primärvården fungerar för att patienterna inte i onödan ska hänvisas till dyr specialiserad sjukvård (se avsnitt 2.2.3.3).

Tabell 8. Brådskande mottagningar inom primärvården under kvällstid och på veckoslut i olika välfärdsområden. Källa: Social- och hälsovårdsministeriets förfrågan till välfärdsområdena våren 2024.

Norra Finlands samarbetsområde	
Kajanalands välfärdsområde	Ingen brådskande mottagning under kvällstid eller på veckoslut
Mellersta Österbottens välfärdsområde	Ingen brådskande mottagning under kvällstid eller på veckoslut
Lapplands välfärdsområde	Kemijärvi på vardagar kl. 16-18 och på veckoslut kl. 8-18, Sodankylä läkare och sjukskötare kan tillkallas 16-21, Kolari, Kittilä och Muonio roterande skift, tiderna är inte kända
Norra Österbottens välfärdsområde	Ingen brådskande mottagning under kvällstid eller på veckoslut
Östra Finlands samarbetsområde	
Södra Savolax välfärdsområde	Pieksämäki på vardagar kl. 16-19, på veckoslut kl. 10-16
Mellersta Finlands välfärdsområde	Muurame på vardagar kl. 16-18, Keuruu på veckoslut kl. 10-16, Laukaa på vardagar kl. 16-19, på veckoslut kl. 9-17, Saarijärvi på vardagar kl. 16-18, Äänekoski på vardagar kl. 16-18, på veckoslut kl. 8-18, Viitasaari mån., ons. och fre. kl. 16-18, på veckoslut kl. 10-16, Pihtipudas tis. och tors. kl. 16-18
Norra Karelen välfärdsområde	Nurmes på vardagar kl. 16-21, på veckoslut kl. 8-18
Norra Savolax välfärdsområde	Idensalmi Enska på veckoslut kl. 9-17, Lapinlahti på vardagar kl. 16-18, på veckoslut kl. 9-15, Pielavesi på veckoslut kl. 8-16, Siilinjärvi på vardagar kl. 16-22, på veckoslut kl. 8-18, Kuopio på vardagar kl. 16-22, på veckoslut kl. 8-22, Juankoski på veckoslut kl. 9-15, Suonenjoki på vardagar kl. 16-18, på veckoslut kl. 8-18,

	Leppävirta på vardagar kl. 16-18, på veckoslut kl. 9-15
Södra Finlands samarbetsområde	
Södra Karelen välfärdsområde	Imatra på vardagar kl. 16-21, på veckoslut kl. 8-21
Helsingfors stad	Ingen brådskande mottagning under kvällstid eller på veckoslut
Östra Nylands välfärdsområde	Ingen brådskande mottagning under kvällstid eller på veckoslut
Mellersta Nylands välfärdsområde	Träskända på vardagar kl. 16-20, på veckoslut kl. 8-20
Kymmenedalens välfärdsområde	Ingen brådskande mottagning under kvällstid eller på veckoslut
Västra Nylands välfärdsområde	Kyrkslätt på vardagar kl. 16-20, på veckoslut kl. 8-20
Päijänne-Tavastlands välfärdsområde	Lahtis på vardagar kl. 16-20, på veckoslut kl. 10-16
Vanda och Kervo välfärdsområde	Ingen brådskande mottagning under kvällstid eller på veckoslut
Västra Finlands samarbetsområde	
Österbottens välfärdsområde	Ingen brådskande mottagning under kvällstid eller på veckoslut
Satakunta välfärdsområde	Raumo på vardagar kl. 16-22, på veckoslut kl. 8-22
Egentliga Finlands välfärdsområde	Loimaa på vardagar kl. 16-20, på veckoslut kl. 10-20, Nystad på vardagar kl. 16-20, på veckoslut kl. 10-20, Nådendal kl. 16-20, på lördagar kl. 9-14

Inre Finlands samarbetsområde	
Södra Österbottens välfärdsområde	Alajärvi på vardagar kl. 16-20, på veckoslut kl. 10-18, Lappo på vardagar kl. 16-20, på veckoslut kl. 10-18, på vardagar kl. 16-20, på veckoslut kl. 10-18, Seinäjoki på vardagar kl. 16-20, på veckoslut kl. 10-18, Ilmola-Kurikka på vardagar kl. 16-20, på veckoslut kl. 10-18, Kauhajoki på vardagar kl. 16-20, på veckoslut kl. 10-20, Alavo på vardagar kl. 16-22, på veckoslut kl. 8-22
Egentliga Tavastlands välfärdsområde	Forssa på vardagar kl. 16-22, på veckoslut kl. 8-22, Riihimäki på vardagar kl. 16-22, på veckoslut kl. 8-22
Birkalands välfärdsområde	Sastamala på vardagar kl. 16-20, på veckoslut kl. 10-18 , Hatanpää på vardagar kl. 16-20, på veckoslut kl. 10-18, Ylöjärvi på vardagar kl. 16-20, på veckoslut kl. 10-18, Virdois på vardagar kl. 16-20, på veckoslut kl. 10-18, Nokia på vardagar kl. 16-20, på veckoslut kl. 10-18

Syftet med primärvården, dvs. den hälso- och sjukvård som kommer i första hand eller folkhälsoarbetet, är att undersöka och behandla olika hälsobehov hos befolkningen samt vid behov hänvisa patienterna till andra specialområden t.ex. med remiss till den specialiserade sjukvården, om ett enskilt hälsoproblem förutsätter det. Inom primärvården accentueras patientorientering, kontinuitet i vården, inriktning på helheten och relationerna mellan patient och läkare och mellan patient och sjukskötare. En god icke-brådslande vård, planmässighet och kontinuitet förebygger behov av att anlita brådslande vårdtjänster. Inom primärvården är det bra att känna till inte bara patientens helhet utan hela servicesystemet och de social- och hälsovårdstjänster och andra tjänster som står till buds så att vården eller tjänsten kan genomföras på ändamålsenligt sätt, i rätt tid och på rätt nivå.

Kärnan i den brådslande vården inom primärvården utgörs av sedvanliga allmänmedicinska hälsoproblem och delvis geriatriska hälsoproblem som delvis har att göra med att befolkningen blir äldre. Till dem hör bl.a. vanliga infektioner, förvärrade symtom och känslor i samband med kroniska sjukdomar, besvär i rörelseapparaten, smärttillstånd, lindrigare trauman och sår, lindrigare mentala symtom, drogrelaterade problem samt allmänt illamående och försämrade funktionsförmåga hos äldre. I allmänhet förutsätter dessa inga krävande diagnostiska undersökningar för att bedöma vårdbehovet. Det är dock väsentligt att identifiera sådana patienter som behöver remitteras till den specialiserade sjukvården för fortsatta utredningar och fortsatt vård eller annars tas in på sjukhus redan samma dag. Under tjänstetid ges brådslande vård inom primärvården vid hälsocentraler och dessutom bl.a. inom företagshälsovården, Studenternas hälsovårdsstiftelse och den privata sektorn. Utanför tjänstetid och framför allt på natten har befolkningen däremot i praktiken tillgång till tjänster som tillhandahålls av samjourer eller enheter med jour dygnet runt inom primärvården som upprätthålls med undantagstillstånd samt brådslande vårdtjänster som tillhandahålls av den privata sektorn.

Besöksvolymen inom den brådskande vården inom primärvården är stor, men merparten av besöken är sådana som utan att patientens hälsotillstånd äventyras skulle kunna göras inom en till tre dagar och i huvudsak under tjänstetid. Med avseende på hälsotillståndet skulle det knappast behövas några allmänmedicinska besök nattetid, utan patienterna borde kunna hänvisas till en mottagning på dagen och kvällen och t.ex. i boendeenheter borde man försöka förutse servicebehovet och konsultera en vårdaktör redan på dagen och kvällen. I flera välfärdsområden har man satsat på stöd för hemvården och boendeservicen i form av distansläkarkonsultation. Även t.ex. mobila tjänster har visat sig vara bra. Olika typer av vårdarteam som kan bedöma vårdbehovet och andra tjänster har utvecklats för bl.a. hemvårdens och boendeenheternas behov. På så sätt har man kunnat minska anlitaandet av prehospital akutsjukvård och patienten har inte behövt transporteras till en jour dygnet runt.

Social- och hälsovårdsministeriet har publicerat riksomfattande enhetliga grunder för brådskande vård för vuxna och barn. Kriterierna följs dock inte tillräckligt inom servicesystemet eller av befolkningen. Utbudet – dvs. möjligheten att söka sig till jour på kvällar, veckoslut och nätter – skapar delvis efterfrågan om servicen tillhandahålls. Kriterierna för jourvård borde följas, om förutsättningen å andra sidan är att en patient som hänvisats till en mottagning inom en till tre dagar också får tillträde dit. Enligt 24 § i hälso- och sjukvårdslagen ska sjukvården genomföras med beaktande av patientens behov av medicinsk eller odontologisk behandling och i enlighet med de enhetliga grunderna för vård. Enligt 7 § i hälso- och sjukvårdslagen ansvarar social- och hälsovårdsministeriet och Institutet för hälsa och välfärd för att följa att grunderna för brådskande vård tillämpas.

För att anvisa och ge medborgare råd finns det nationella hänvisnings- och rådgivningstjänster. Jourhjälp 116117, som produceras av Digi Finland Oy, är välfärdsområdenas rådgivnings- och hänvisningstjänst, där vem som helst kan fråga om råd vid akuta sociala och hälsomässiga problem. Tjänsten fungerar i hela Finland med undantag för Lappland och Åland. I Jourhjälp bedömer yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvård behovet av brådskande vård i telefon i enlighet med respektive områdes anvisningar och ger dessutom mer allmänna råd och handledning. Omaolo är en riksomfattande webbtjänst inom social- och hälsovården som stödjer egenvård samt vid behov hjälper med att få kontakt med yrkesutbildade personer inom den offentliga hälso- och sjukvården. Även den upprätthålls av DigiFinland Oy. I problem som gäller behov av brådskande vård kan man också få information av Jourhuset, som är en webbtjänst som utvecklats av yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården. Där kan vem som helst få hjälp med akuta hälsoproblem, råd om egenvård och hänvisning till den rätta servicen. Det finns också andra digitala vårdstigar och digitala/chatkliniker. På det hela taget torde de hänvisnings- och rådgivningstjänster som utvecklats för befolkningen ha bidragit till att rusningen till jourerna inte blivit ännu större. Dessa tjänster och kännedomen om dem bör utvecklas kontinuerligt.

Den arbetsgrupp som utrett sjukhusen (se avsnitt 2.2.3.1) framförde som sin åsikt att jourberedskap nattetid som förutsätter fysisk närvaro i fråga om allmänmedicinska hälsoproblem inte ger tillräcklig hälsnytta i förhållande till de resurser som den binder (läkare, vårdpersonal, stödtjänster). Resursen är bort från reserven under tjänstetid och förlängda öppettider. Dessutom skapar utbud efterfrågan. Befolkningen anlitar jour nattetid, om servicen erbjuds, trots att hälsoproblemet inte skulle kräva det. Befolkningen bör hänvisas och ges råd att söka sig till vård i rätt tid. De riksomfattande kriterierna för brådskande vård för vuxna och barn bör följas vid bedömning av vårdbehovet och patienterna hänvisas till tjänster dags- och kvällstid i stället för nattetid.

För att servicen ska tryggas när antalet jurer minskar borde man enligt arbetsgruppen för sjukhusnätet säkerställa att befolkningen har tillträde till hälsocentralerna under tjänstetid, under

kvällar och på veckoslut i enlighet med servicebehovet och hur brådskande hälsoproblemen är. Befolkningens servicebehov nattetid kan delvis tillgodoses med hjälp av nya serviceformer, bl.a. digitala och distanstjänster, kunnig och välutrustad prehospital akutsjukvård och t.ex. mobila vårdarbedömningsenheter som också kommer hem (äldre, boendeservice) samt hemsjukhus. Med deras hjälp kan också de allt längre avstånden kompenseras och de språkliga rättigheterna tillgodoses på ett kundorienterat sätt.

Enligt 50 § 5 mom. i den gällande hälso- och sjukvårdslagen kan social- och hälsovårdsministeriet bevilja ett välfärdsområde tillstånd att ordna jour dygnet runt inom primärvården eller akutmedicinen, om tillgängligheten till tjänsterna och avstånden mellan jourmottagningarna förutsätter detta och de tjänster som befolkningen behöver inte kan säkerställas tillräckligt väl genom den prehospitala akutsjukvården. I regeringens proposition (RP 224/2016) motiverades det inte varför primärvården och akutmedicinen likställdes, utan man lät regleringen vara möjliggörande. Inte heller i jourförordningen har det för akutmedicinens del föreskrivits några särskilda förutsättningar för att genomföra jour inom ett specialområde.

Akutmedicin har utgjort ett eget specialområde i Finland sedan 2013 och antalet läkare som specialiserat sig på det har ökat så småningom. Fokus i akutläkarnas kompetens ligger på att bedöma och vård jourpatienter. En expert på akutmedicin kan svara för den diagnostik och brådskande vård som krävs för skador och symptom på akuta sjukdomar hos patienter i alla åldrar. Akutmedicinen samordnar, förenar och kompletterar akutverksamheten inom andra specialområden. En specialist inom akutmedicin är i första hand en kliniker som arbetar vid en jourklinik som fungerar enligt principerna för samjour.⁵⁶

I flera av utlåtandena om denna regeringsproposition (åtminstone HUS-sammanslutningen, Birkalands välfärdsområde, Egentliga Tavastlands välfärdsområde, Suomen akuuttilääketieteen yhdistys ry, Underavdelningen för akutmedicin / Läkarförbundet) konstaterades det att det inte finns någon separat jour inom akutmedicinen. Enligt dessa utlåtanden fungerar akutmedicinen som specialområde som en fast del av de nuvarande samjourerna inom flera specialområden och specialisterna inom akutmedicin har jour vid alla jourer tillsammans med företrädare för andra specialområden. Specialister inom akutmedicin kan ha jour även vid andra enheter, men en jourhavande specialist inom akutmedicin gör inte jourenheten till en jour inom akutmedicinen. I princip konstaterades en jour som baserar sig på kompetens inom specialområdet akutmedicin förutsätta en mångsidig verksamhetsmiljö med tillräcklig teknik. I utlåtandena föreslogs att man i den kommande lagparagrafen skulle använda formuleringen jour dygnet runt inom primärvården, eftersom det ansågs oändamålsenligt och felaktigt att jämställa ett enskilt specialområde inom den specialiserade sjukvården med den. Jour dygnet runt inom primärvården ansågs som begrepp beskriva serviceurvalet bättre samt göra det möjligt att anlita många slags yrkesutbildade personer smidigt inom jouren.

Ovan anges varför det är skäl att minska både antalet samjourer dygnet runt och antalet enheter inom primärvården som verkar med undantagstillstånd. En del av de personalresurser och ekonomiska resurser som använts för att upprätthålla dem borde styras till verksamheten under tjänstetid samt under kvällar och på veckoslut. På olika håll har det utvecklats flera nya verksamhetsformer som om de tas i bruk i större utsträckning kunde svara på befolkningens servicebehov i olika delar av Finland bättre än det nuvarande nätet av enheter med jour dygnet runt. Det mest kritiska är ändå att trygga tillgången på personal samt tillräcklig specialkompetens för universitetssjukhusens och centralsjukhusens jourer dygnet runt inom

⁵⁶ opintopolku.fi

flera specialområden, varför det inte går att ha överlappande jourteam för olika specialområden vid många andra sjukhus.

Socialjour

I samband med den föregående jourreformen ändrades också bestämmelserna om socialjour. Då infördes bestämmelser om att socialjour ska ordnas i samband med både en enhet för omfattande jour dygnet runt inom hälso- och sjukvården enligt 50 § 3 mom. och snävare samjour inom den specialiserade sjukvården och primärvården enligt 50 § 4 mom. Genom reformen eftersträvades en integrerad och kundorienterad helhet av jourtjänster inom social- och hälsovården. Syftet var också att främja lika tillgång till socialvård och socialvårdens tillgänglighet vid sidan av hälso- och sjukvården, lägga starkare fokus på kunden och få en bättre helhetssyn på tillgodoseendet av kundens behov samt att trygga tillgången till stöd i människornas egna vardagsmiljöer.

När välfärdsområdena inledde sin verksamhet i början av 2023 förändrades på ett avgörande sätt förhållandena för socialvården jämfört med det skede då jourreformen bereddes och bestämmelserna om den infördes. I stället för den splittrade kommunstrukturen ansvarar välfärdsområdet nu helt och hållet för ordnandet av social- och hälsovård (med undantag för Nyland, där situationen för den specialiserade sjukvården avviker från resten av landet). Välfärdsområdet svarar för socialjouren och socialvården, primärvården och den specialiserade sjukvården samt räddningsväsendets tjänster som en helhet, och därför är det administrativt enklare än förr att komma överens om arbetsfördelningen samt arbets- och kundprocesserna inom och mellan olika verksamhetsenheter. Detta föranleder behov av att granska om de gällande bestämmelserna om socialjour fortfarande till alla delar är ändamålsenliga.

I samband med beredningen av denna propositionen har man inte bedömt behoven av att ändra innehållet i bestämmelserna om socialjour. Enligt regeringsprogrammet för statsminister Orpos regering ska socialvårdslagen reformeras. I samband med remissbehandlingen av denna regeringsproposition efterfrågades också åsikter om hur bestämmelserna om socialjour fungerar och eventuella reformbehov utifrån en separat promemoria, men denna proposition innehåller inga ändringsförslag som gäller saken. Ståndpunkterna beaktas i samband med reformarbetet på socialvårdslagen.

2.2.6 Förlossningar

För att sköta förlossningar krävs en tämligen tung personalresurs för att kunna garantera föderskans och barnets patientsäkerhet. Med beaktande av tillgången på personal och tillräcklig kompetens bör man försöka minska överlappande beredskap i olika sjukhus, och därför måste också servicenätet av sjukhus som sköter förlossningar kontinuerligt utvärderas och anpassas till ändringar i befolkningsstrukturen och verksamhetsmiljön.

Arbetsgruppen för sjukhusnätet ansåg att det därför vore motiverat att i någon mån minska antalet sjukhus som sköter förlossningar jämfört med nuläget. Enligt arbetsgruppen borde förfarandet med undantagstillstånd slopas och som kriterium borde inte användas det tidigare ”att det på sjukhus som sköter förlossningar sköts åtminstone cirka 1 000 förlossningar per år”. Arbetsgruppens förslag hade att göra med att i ett senare skede av dess förslag, det s.k. steg två, skulle en del av de nuvarande centralsjukhusen ha ändrats till akutsjukhus med snävare tjänsteurval, som inte sköter förlossningar. Regeringens linje är dock att inte gå vidare med detta steg två (se avsnitt 5, alternativa handlingsvägar). Arbetsgruppen anser att i stället för antalet förlossningssjukhus borde strävan vara att utöka antalet förlossningar per år vid de återstående enheterna, även i Nyland. I övrigt konstaterade arbetsgruppen att förutsättningarna för att

bedriva förlossningsverksamhet enligt 18 § 2 mom. i den gällande jourförordningen är ajour. Sålunda ska ett sjukhus som sköter förlossningar ha ett behövligt antal personal samt behövliga lokaler och instrument och behövlig utrustning. Personalresurser behövs dygnet runt i form av läkare inom specialområdena kvinnosjukdomar och förlossningar, anesthesiologi, barnsjukdomar och kirurgi samt för vårdpersonalens del i form av barnmorskor samt personal som bistår vid operativ verksamhet, på vårdavdelningar samt inom stödtjänster. Arbetsgruppen ansåg också att när antalet förlossningssjukhus minskar går det att hantera långa avstånd och tillgodose de språkliga rättigheterna genom att utveckla en god och planmässig mödravård, handledning och rådgivning för gravida, patienthotellverksamheten samt personalens kompetens vid de sjukhus som sköter förlossningar.

År 2023 fanns det 23 förlossningssjukhus i Finland. Efter 2017 har förlossningsverksamheten upphört vid Barnmorskeinstitutet (2018) och Oulaskangas (2019). Antalet barn som föds i Finland har minskat avsevärt från 59 039 förlossningar per år 2012 till 43 121 förlossningar per år 2023 (minskning -27 %).

Eftersom de flera överlappande läkar- och sjukskötar-team som måste upprätthållas för att sköta förlossningar kräver en betydande resurstilldelning, används denna resurs desto effektivare ju fler förlossningar som sköts vid sjukhuset. När antalet förlossningar minskar är det svårt att utnyttja denna resurs och resultatet är ineffektiv beredskap. Små sjukhus har inte något annat behov av den personalresurs som binds till sjukhuset för förlossningar på kvällar, nätter eller veckoslut för t.ex. annan kirurgisk verksamhet eller brådskande vård av patienter inom barn- eller kvinnosjukdomar.

I avsnitt 2.1.4 beskrivs antalet förlossningar vid sjukhusen i Finland. Flera sjukhus behöver undantagstillstånd av social- och hälsovårdsministeriet, eftersom de inte uppfyller kriteriet på att de ska sköta åtminstone cirka 1000 förlossningar per år.

Om man skulle avstå från minimiantalet 1000 förlossningar och förfarandet med undantagstillstånd, skulle det kräva ersättande bestämmelser om vilka kriterier som ska vara uppfyllda och/eller vid vilka sjukhus förlossningar får skötas. I lagstiftningen är det nödvändigt att föreskriva om tillräckliga metoder att ingripa i situationen om det i områdena upprätthålls för små enheter som innebär utmaningar med tanke på patientsäkerheten och tillräcklig kompetens samt orsakar problem med tillgången på personal i det egna välfärdsområdet och närliggande områden eller onödiga tilläggskostnader. Om beslutanderätten enbart överläts åt de enskilda välfärdsområdena kan det uppstå risk för att det nationella servicenätet och tryggheten av skötseln av förlossningar även i andra välfärdsområden och hela Finland inte beaktas tillräckligt i besluten. Social- och hälsovårdsministeriets undantagstillstånd är ett instrument som gör det möjligt att styra skötseln av förlossningar och i samband med tillståndsprövningen kan man i varje enskilt fall bedöma om det ska vara möjligt att sköta förlossningar vid sjukhuset, om antalet förlossningar understiger 1000 förlossningar per år. De andra villkoren för att sköta förlossningar fastställs även i fortsättningen närmare genom förordning.

Jour dygnet runt inom flera specialområden är alltså en förutsättning för att sköta förlossningar. Om ett sjukhus i fortsättningen inte har sådan jour är den praktiska följderna därmed att det inte heller kan sköta förlossningar.

2.2.7 Samjour dygnet runt som förutsättning för operativ verksamhet

Enligt 45 § 3 mom. i hälso- och sjukvårdslagen ska sådan operativ verksamhet som kräver operationssal och anestesi i sin helhet sammanslås till de sjukhus som har samjour dygnet runt för primärvården och den specialiserade sjukvården. Enligt motiveringen till bestämmelsen

avses med operativ verksamhet sådana åtgärder som kräver specialkompetens inom anesthesiologi på grund av de anestesimetoder som används och som därmed kräver att en anesthesiolog närvarar vid operationen eller vid övervakningen efter åtgärden. De anestesimetoder som används vid sådana operationer är bland annat generell anestesi, dvs. narkos, eller någon annan kraftig sedering i anknytning till operationen. Sådana är också omfattande bedövningar såsom ryggbedövningar (spinal- eller ryggmärgsbedövning och epiduralbedövning) och plexusbedövning. Även intravenös bedövning vid åtgärder som kräver blodtomt fält kan jämföras med de här metoderna. Till de operativa åtgärder som avses i momentet hör inte åtgärder som utförs under lokal- eller nervbedövning och som inte kräver närvaro av en anesthesiolog. I dessa fall kan man vid behov också använda en mild sedering med avslappnande läkemedel och smärtlindring under övervakning av den läkare som utför åtgärden. I detta sammanhang avses med en operativ åtgärd både operationsvård som kräver vård på vårdavdelning och dagkirurgiska ingrepp med vårdperioder på knappt ett dygn (RP 224/2016 rd, s. 54).

Denna bestämmelse tolkas så att samma förutsättningar gäller även välfärdsområdet när det skaffar tjänster av privata tjänsteproducenter. (se även RP 312/2018 rd, s. 6). I den gällande lagstiftningen kan detta härledas ur bestämmelserna om ordnande av social- och hälsovård. Enligt 12 § i lagen om ordnande av social- och hälsovård ska välfärdsområdet uppfylla sitt organiseringsansvar enligt 7 § i lagen om välfärdsområden och 8 § i lag om ordnande av social- och hälsovård och sörja för att de social- och hälsovårdstjänster som omfattas av dess organiseringsansvar tillhandahålls jämligt också när det skaffar tjänster. De tjänster som skaffas ska till innehåll, omfattning och kvantitativ andel vara sådana att välfärdsområdet under alla omständigheter kan fullgöra sitt organiseringsansvar även när det gäller dessa tjänster. Enligt 18 § i lagen om ordnande av social- och hälsovård ska privata tjänsteproducenter och deras underleverantörer i sin verksamhet enligt lagen om ordnande av social- och hälsovård iaktta de lagstadgade krav på innehåll och kvalitet som gäller för offentliga social- och hälsovårdstjänster. I motiveringen till paragrafen hänvisas till bl.a. 45 § i hälso- och sjukvårdslagen (RP 241/2020 rd, s. 662). I praktiken begränsar bestämmelserna alltså operationer inom den specialiserade sjukvården som skaffas av privata tjänsteproducenter, eftersom privata tjänsteproducenter har inte motsvarande samjour dygnet runt inom primärvården och den specialiserade sjukvården som enligt hälso- och sjukvårdslagens bestämmelser. Bestämmelsen har kritiserats, och den anses inte i alla situationer vara nödvändig med tanke på patientsäkerheten. Dessutom har bestämmelsen ansetts göra det svårt att utnyttja tillgänglig operationssals- och personalkapacitet inom den privata hälso- och sjukvården. Medicinen utvecklas kontinuerligt och olika åtgärder kan utföras tryggt när patienten fått kortvarig anestesi utan särskilda lokaler och särskild utrustning. Dessutom är det numera möjligt att utföra en del operationer som tidigare krävde uppföljning på vårdavdelning som dagkirurgi eller med endast kortvarig eftervård.

Under statsminister Sipiläs regeringsperiod föreslogs det att 45 § 3 mom. skulle ändras så att det skulle fogas en ny 45 a § till hälso- och sjukvårdslagen, med stöd av vilken sjukvårdsdistriktet skulle ha kunnat ordna operativ verksamhet vid en verksamhetsenhet där det har säkerställts tillräcklig jourberedskap och patientsäkerhet, utan att enheten har samjour dygnet runt som är tillgänglig för kommuninvånarna. Förutsättningen skulle ha varit att man avtalat om saken i avtalet om ordnande av specialiserad sjukvård. Samkommunen för sjukvårdsdistriktet skulle också ha kunnat skaffa den operativa verksamheten eller åtgärden av en annan tjänsteproducent eller ge en servicesedel för dessa tjänster. I sådana fall skulle de enheter som utför sådan icke-brådskande operativ verksamhet som kräver operationssal och anestesi eller sådana andra icke-brådskande ingrepp som kräver allmän anestesi säkerställa jourberedskapen, verksamhetens kvalitet, patientsäkerheten, att det finns tillräcklig kompetens, tillräcklig personal och ett tillräckligt antal ingrepp samt avtala om möjligheten att snabbt förflytta patienten för fortsatt behandling till ett sådant sjukhus där det dygnet runt finns

beredskap att utföra jouroperationer, en intensivvårdsavdelning och tillräckligt omfattande jour dygnet runt inom olika medicinska verksamhetsområden. I motiveringen till förslaget till bestämmelse preciserades att en snabb förflyttning av patienten för fortsatt behandling innebär att patienten kan förflyttas för fortsatt vård med en enhet inom den prehospitaled akutsjukvården inom 30 minuter. Förflyttningstiden räknas från det att den opererande enheten ringt nödcentralen tills patienten befinner sig till exempel i operationssalen eller på intensivvårdsavdelningen i stödsjukhuset. Närmare bestämmelser om vissa saker skulle ha utfärdats genom förordning av statsrådet (RP 312/2018 rd). Propositionen förföll när regeringen avgick och riksdagsperioden tog slut.

Arbetsgruppen som utrett sjukhusen ansåg att det med avseende på personalens tillräcklighet inte är möjligt att utvidga operativ verksamhet som kräver egentliga operationssalsförhållanden, postoperativ vård på vårdavdelning, långvarig uppvakningsuppföljning eller kirurgisk jour till nya enheter och att antalet egentliga sjukhus som utför sådan operativ verksamhet inte kan öka. Enligt arbetsgruppen vore det dock möjligt att lätta upp en del av regleringen i 45 § 3 mom. i hälso- och sjukvårdslagen utan att äventyra patientsäkerheten.

Enligt arbetsgruppen skulle det även i fortsättningen vara skäl att sammanföra kirurgi som kräver operationssalsberedskap dygnet runt samt fortsatt vård på vårdavdelning och vid behov intensivavdelning till färre enheter än nu. På så vis kan man upprätthålla tillräcklig kompetens även för att hantera även olika slags komplikationer samt under alla förhållanden säkerställa ett fungerande och stabilt nätverk av jourjukhus och personalens tillräcklighet.

Däremot vore det ändamålsenligt att på ett kontrollerat sätt möjliggöra även sådan mindre dagkirurgi inom olika specialområden och operativ verksamhet med endast kortvarig eftervård som kan utföras på ett patientsäkert sätt även på andra ställen än vid enheter med jour dygnet runt inom flera specialområden även i andra sjukhus med ändamålsenliga lokaler, operationssalsberedskap och kompetens. Enligt arbetsgruppens åsikt måste dessa åtgärder dock fastställas i lagstiftningen så att verksamheten inte utvidgas i en riktning som splittrar den egentliga kirurgiska verksamheten med stöd av regionala beslut. Det lönar sig inte att göra det möjligt att utvidga t.ex. ledproteskirurgi eller kirurgi som förutsätter betydande investeringar i utrustning (t.ex. robotassisterade operationer) till nya sjukhus. Kriteriet som gäller jour dygnet runt inom flera specialområden är enligt arbetsgruppen inte nödvändigt i fråga om lämpliga åtgärder där patienten kommer hemifrån och återvänder hem samma dag. Sådana lättare åtgärder är bl.a. mun- och tandvård under anestesi, psykiatrisk elektroterapi, behandling av hjärtrytmrubbningar och mindre kirurgiska ingrepp av poliklinisk karaktär inom olika specialområden (t.ex. knölar, hudförändringar, vissa ingrepp i samband med öron-, näs- och halssjukdomar samt ögonsjukdomar). Möjlighet att skaffa dagkirurgi och kirurgi som kräver endast kortvarig eftervård från privata tjänsteproducenter skulle lätta upp anhopningen vid offentliga sjukhus som sköter tung kirurgi och bidra till att förkorta vårdköerna. Arbetsgruppen lyfte å ena sidan fram risken för att om den tunga kirurgin centraliseras till färre offentliga sjukhus än nu, finns det risk för att deras operationssals-, uppvakningsrums- och vårdavdelningskapacitet överbelastas, men föreslog å andra sidan i anslutning till detta att dagkirurgi ska utföras i andra sjukhus och anskaffas från privata tjänsteproducenter.

Arbetsgruppen såg det som en risk att omfattande anskaffning av operativa eller andra åtgärder från den privata sektorn eller ett stort antal offentliga sjukhus som utför kirurgi som förutsätter operationssalsberedskap dygnet runt kan äventyra en tillräcklig personal för universitets- och centralsjukhusens icke-brådsakande och särskilt jourverksamhet och beredskap, om personal övergår från den offentliga sektorn till den privata sektorn. Den offentliga och den privata hälso- och sjukvården konkurrerar till stor del om samma arbetskraft.

Tillgången till specialiserad sjukvård och särskilt väntetiderna till vissa icke-brådskande operationer började försämrans från och med coronaepidemin, då man blev tvungen att köra ned den icke-brådskande specialiserade sjukvården på grund av brådskande uppgifter. Efter det har välfärdsområdenas strukturreform, den försämrade tillgången på personal och de fortsatta svaga offentliga finanserna och genomförandet av välfärdsområdenas förändringsprogram lett till att vårdköerna har växt. Man har lyckats hindra situationen från att förvärras ytterligare, men vårdköerna har ännu inte förkortats kännbart. Det förekommer regional variation inom olika tjänster.

Enligt THL:s rapport om tillgången till vård från den 30 april 2024 fanns det i hela landet över 27 000 patienter beträffande vilka den längsta väntetiden enligt vårdgarantin inom den specialiserade sjukvården, dvs. sex månader, hade överskridits. Rapporten innehåller ingen information om hur många som väntat över sex månader på vård och operationer, men i rapporten har man valt ut vissa kögrupper inom de vanligaste kategorierna av operationer och de vanligaste konservativa behandlingarna för uppföljning (tabell 9). Av patienterna i detta urval har över 12 000 väntat över sex månader. De enskilda operationer som flest väntat på var starrkirurgi (1306 patienter) och proteskirurgi i knä och höft (4718 patienter). I övrigt fördelar sig de som väntar på icke-brådskande åtgärder på flera specialområden och åtgärder, av vilka en del är åtgärder som lämpar sig för dagkirurgi.⁵⁷

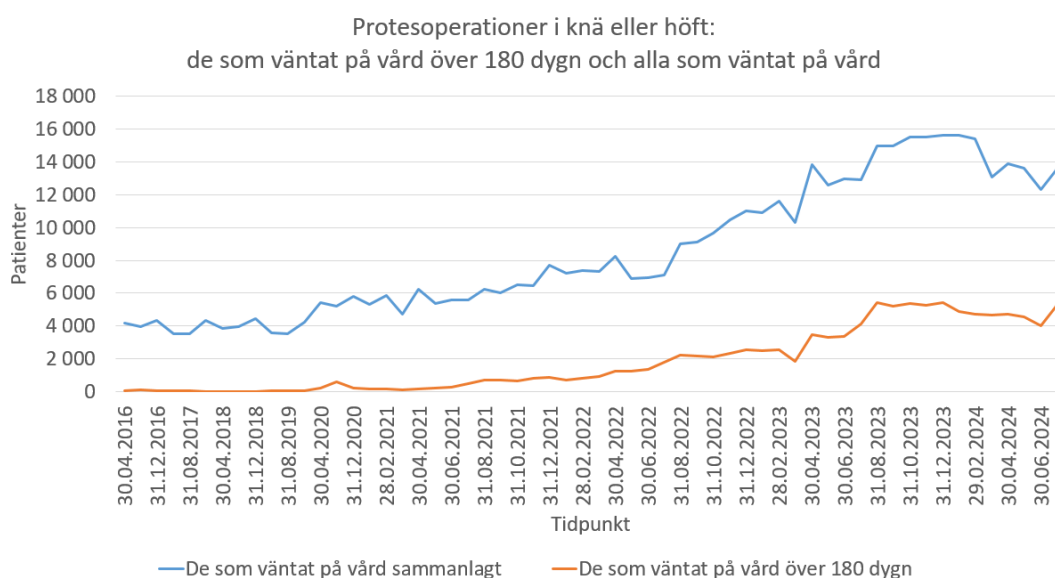
⁵⁷ THL: Hoitopääsy erikoissairaanhoidossa 30.4.2024: Kiireettömään erikoissairaanhoitoon odottaneiden määrä väheni kevään aikana (ung. Tillgång till vård inom den specialiserade sjukvården 30.4.2024: Antalet som väntat på icke-brådskande specialiserad sjukvård minskade under våren). <https://www.julkari.fi/handle/10024/149216>

Tabell 9. Patienter som väntat på vård (antal) enligt kögrupper 30.4.2024. THL: Tillgång till vård inom den specialiserade sjukvården 30.4.2024.

Kögrupp	Totalt	De som väntat på vård 1-90 dygn	De som väntat på vård 91-180 dygn	De som väntat på vård över 180 dygn	Över 180 dygn, %, de som väntat på vård
Behandling av arytmier	550	491	47	12	2,2
Avbildning av koronarartärer	1 326	1 191	104	31	2,3
Adenoidektomi eller anläggande av rör i trumhinnan	644	520	110	15	2,3
Endoskopi av matstrupen, magsäcken eller tarmarna	750	634	93	24	3,2
Operation av inkontinens hos kvinnor	183	123	52	8	4,4
Ballongutvidgning av kranskärlen eller stent	60	52	5	3	5,0
Operativ extraktion av tand	918	641	213	63	6,9
Operation av bihålor	1 002	646	284	72	7,2
Aortokoronar by-pass-operation	64	43	15	6	9,4
Starroperation	13 029	7 607	4 111	1 306	10,0
Behandling av åderbräck	1 212	726	351	135	11,1
Gynekologisk prolapsoperation	1 420	806	452	163	11,5
Hysterektomi	866	511	250	105	12,1
Operation av förträngning i karpaltunneln	1 489	945	371	188	12,5
Operation på sköldkörteln	562	329	149	84	14,9
Artroskopi eller operation i skulderleden	899	487	225	186	20,7
Totalt alla kögrupper	56 352	28 655	15 329	12 378	22,0
Artroskopi eller operation i knäleden	828	413	230	185	22,3
Operation av problem i stortåns MTP-led	1 669	773	508	388	23,2
Åtgärd mot prostatahyperplasi	1 196	595	311	290	24,2
Mjukdelsoperation på handen	1 094	508	318	268	24,5
Galloperation	2 106	984	517	603	28,7
Artroplastik eller artrodes i handleden eller handen	941	368	292	283	30,0
Operation av ljumsk-, navel- eller ärrbräck	6 321	2 538	1 746	2 035	32,2
Operation av hemorrojder	576	248	135	194	33,2

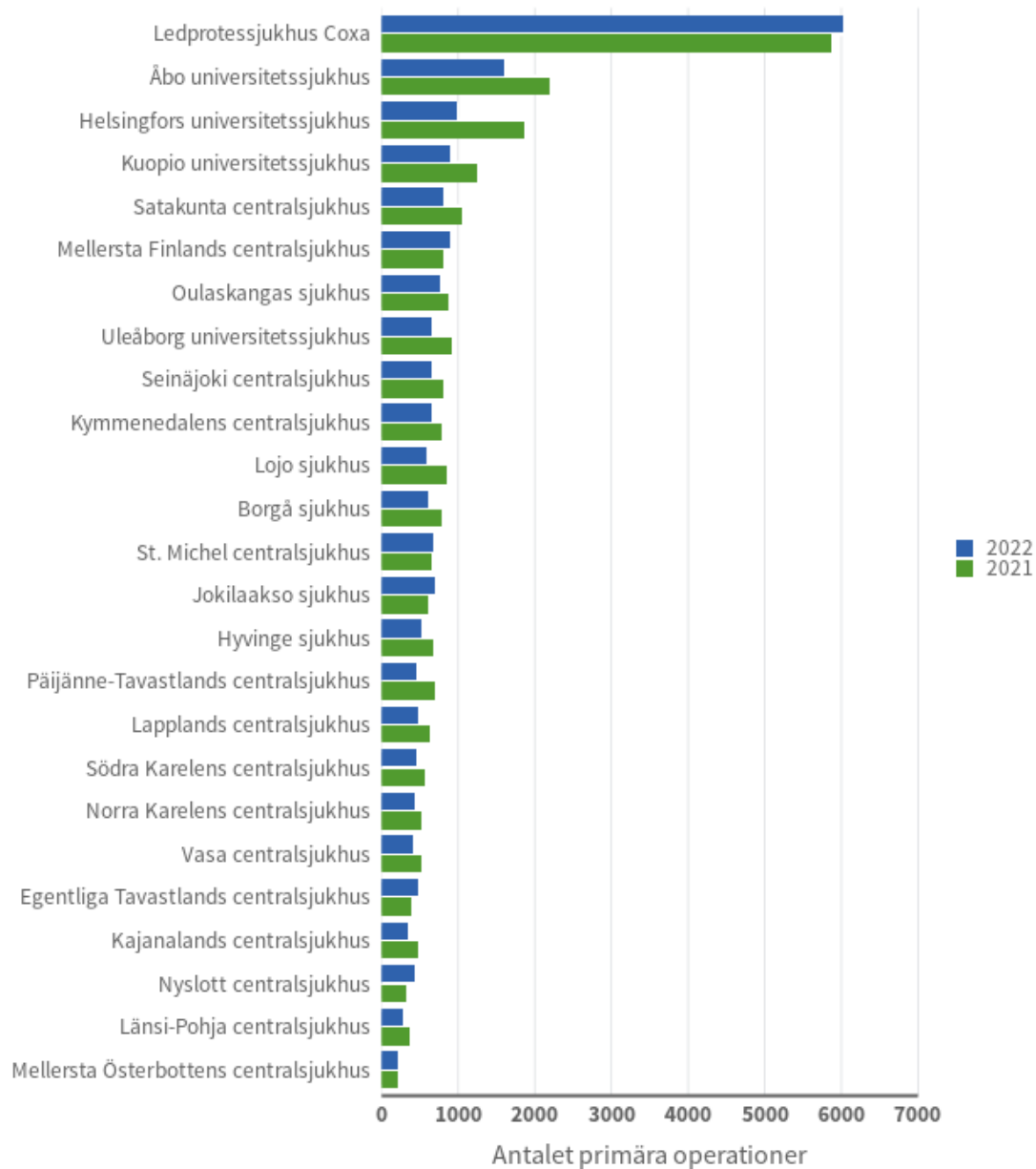
Protesoperation i knä eller höft	13 904	5 428	3 760	4 718	33,9
Steloperation av halskotpelaren eller ryggraden	1 277	520	316	441	34,5
Reduktion av eller plastik på bröst	1 463	528	364	572	39,1

Figur 6. Protesoperationer i knä och höft. De som väntat på vård över 180 dygn och alla som väntat på vård. Källa: THL: Tillgång till vård inom den specialiserade sjukvården 30.4.2024.



Enligt THL:s implantatregister gjordes det 2022 sammanlagt 22 853 första protesoperationer i höft, knä och axel. Antalet första operationer minskade med 11,3 procent jämfört med 2021. Operationerna har varit koncentrerade till sjukhusen inom den offentliga sektorn, men det utfördes fler operationer än tidigare även vid privata sjukhus. Universitetssjukhusens (i rapporten ingår Tekonivelsairaala Coxa Oy) andel av alla första operationer var 44,5 procent, centralsjukhusens andel 33,7 procent och övriga offentliga sjukhus (Hyvinge, Jokilaakso sjukhus, Lojo, Oulaskangas, Borgå) andel 13,7 procent. På de privata sjukhusen gjordes sammanlagt 1 836 första protesoperationer i höft, knä och axel, vilket är 824 flera än 2021. De privata sjukhusens andel av första operationerna var 8,1 procent, vilket är 4,1 procentenheter mera än året innan. Av de privata sjukhusen hade sjukhuset Orton den största volymen (sammanlagt 1063 primära protesoperationer i höft eller knä 2022). Till de största privata tjänsteproducenterna hörde dessutom Mehiläinen Oy och Terveystalo Oy på sina olika verksamhetsställen. Det finns ingen information tillgänglig om vilken andel av de privata tjänsteproducenternas åtgärder som har ordnats av ett välfärdsområde eller HUS-sammanslutningen (köpt tjänst eller servicesedel) och vilken andel som kunderna betalat själva eller via försäkring.

Figur 7. Antalet första operationer i höft, knä och axel vid offentliga sjukhus (Coxa Oy ingår) åren 2021–2022. Källa: THL: Tekonivelleikkaukset 2022: Tekonivelleikkauksia tehtiin aiempaa enemmän yksityisissä sairaaloissa (ung. Protesoperationer 2022: Det gjordes fler protesoperationer än tidigare vid privata sjukhus).⁵⁸



⁵⁸ <https://www.julkari.fi/handle/10024/147344>

Bestämmelsen i 45 § 3 mom. i hälso- och sjukvårdslagen inverkar också på hur man klarar av de längsta väntetiderna till vård, dvs. vårdgarantin, i praktiken. I 54 § 1 mom. i hälso- och sjukvårdslagen sägs att om ett välfärdsområde inte självt kan producera undersökningar, vård eller rehabilitering inom de längsta väntetider som föreskrivs i 51 a–51 c, 52 eller 53 §, ska välfärdsområdet ordna dem på det sätt som avses i 9 § 1 mom. i lagen om välfärdsområden genom att producera dem i samarbete med andra välfärdsområden eller enligt avtal skaffa dem av andra tjänsteproducenter. Servicesedel är också ett sätt att producera tjänster. Särskilda bestämmelser om användning av servicesedlar finns i lagen om servicesedlar inom social- och hälsovården. I 9 § 1 mom. och 54 § i lagen om välfärdsområden föreskrivs alltså om alternativa sätt att producera hälso- och sjukvårdstjänster. Bestämmelsen i 45 § 3 mom. i hälso- och sjukvårdslagen begränsar i nuläget i praktiken möjligheterna att uppfylla vårdgarantin med avtal om köpta tjänster. Enligt den gällande lagstiftningen kan inte heller en vårdsedel ges, trots att vårdgarantin inte uppfylls. Välfärdsområdenas enda möjlighet är att producera tjänsten själv eller i samarbete med något annat välfärdsområde.

I praktiken har en del av välfärdsområdena ändå t.ex. beviljat servicesedlar för vissa icke-brådskande operationer eller använt köpta tjänster. Det finns inga exakta uppgifter om i vilken utsträckning operationer har skaffats eller servicesedlar använts och för vilka operationer.

Dagkirurgi och operationer som kräver endast kortvarig eftervård samt mindre åtgärder som kräver lokalbedövning eller narkos är sådana åtgärder med stor volym som kan utföras patientsäkert även av privata tjänsteproducenter med den kompetens som de besitter. Detsamma gäller primära protesoperationer i knä och höft som utförs som dagkirurgi, om man antar att välfärdsområdet lyckas med valet av patienter. Kontrollerad och begränsad möjlighet för välfärdsområdena och HUS-sammanslutningen att skaffa dessa åtgärder bidrar till att förkorta vårdköerna och främja att man håller sig inom tidsfristerna för vårdgarantin. Samtidigt kan välfärdsområdena och HUS-sammanslutningen koncentrera sina resurser och sin operationssalskapacitet till att upprätthålla tung kirurgi och heltäckande verksamhet dygnet runt. Samtidigt måste man emellertid hitta en balans och inte bygga upp lagstiftning som uppmuntrar särskilt den personal som sköter protesoperationer att i stor utsträckning övergå till den privata sektorn, så att man kan trygga jourvården och annan krävande vård vid universitets- och centralsjukhusen. Det är motiverat att skaffa protesoperationer som utför som dagkirurgi särskilt i situationer där det inte går att uppfylla vårdgarantin.

Birkalands, Päijänne-Tavastlands, Egentliga Tavastlands, Södra Österbottens och Österbottens välfärdsområden äger Tekonivelsairaala Coxa Oy, som specialiserat sig på protesoperationer, och Birkalands, Mellersta Finlands och Egentliga Finlands välfärdsområden äger TAYS Sydänkeskus Oy (Sydänsairaala). Det är möjligt att även andra välfärdsområden grundar motsvarande bolag. Högsta förvaltningsdomstolen har gett ett avgörande om valfriheten inom social- och hälsovården (liggare 3361, diarienummer 1263/2/16) enligt vilket en verksamhetsenhet inom den kommunala specialiserade sjukvården ansågs utgöras av ett sjukhus där kommunen ordnade tjänster inom den specialiserade sjukvården genom avtal om köpta tjänster med en offentlig och en privat aktörs gemensamma företag. I lagen om ordnande av social- och hälsovård behandlas dylika sammanslutningar som privata tjänsteproducenter. I praktiken fungerar saken för valfrihetens del så att patienten väljer ett välfärdsområde som sin vårdgivare, och ett sådant sjukhus producerar tjänsten för välfärdsområdet med stöd av ett avtal som köpta tjänster (se RP 241/2020 rd, s. 355). Enligt 8 § i lagen om ordnande av social- och hälsovård får välfärdsområdet ordna och själv producera social- och hälsovårdstjänster inom ett annat välfärdsområdes område endast i samarbete eller samverkan med detta välfärdsområde på det sätt som föreskrivs i den lagen. I praktiken kan alltså inte ett företag som ägs av ett välfärdsområde agera inom ett annat välfärdsområdes område utan det andra välfärdsområdets samtycke eller medverkan.

När bestämmelserna om operativ verksamhet utvecklas måste man också beakta sådan operativ verksamhet som utförs i bolag som ägs av välfärdsområdena. Enligt regeringsprogrammet för statsminister Orpos regering utformas lagstiftningen på ett sätt som även i fortsättningen gör det möjligt att ordna kommunernas och välfärdsområdenas uppgifter i bolagsform när detta inte snedvrider konkurrensen, samt på ett sätt som tryggar försörjningsberedskapen, patientsäkerheten, de språkliga rättigheterna eller andra motsvarande omständigheter av centralt allmänt intresse.

I en utredning⁵⁹ som gjordes av en arbetsgrupp som tillsatts av finansministeriet och som bestod av företrädare för flera ministerier utreddes de offentligt ägda bolagens verksamhetsförutsättningar, bl.a. EU:s bestämmelser om statligt stöd och bestämmelserna om konkurrensneutralitet. För att EU:s bestämmelser om statligt stöd ska tillämpas förutsätts att alla villkor som fastställts för statligt stöd uppfylls. Ett villkor är att det är fråga om ekonomisk verksamhet. I utredningen konstateras att av betydelse är särskilt frågan om till vilken del offentligt ägda bolags verksamhet kan anses uppfylla kriterierna på statligt stöd. Verksamhetens art är den bestämmande faktorn vid bedömningen, och t.ex. aktörens organisations- eller bolagsform eller finansieringssätt saknar betydelse vid bedömningen.

I utredningen behandlas begreppet statligt stöd med kommissionens tillkännagivande som källa⁶⁰. I tillkännagivandet görs distinktion mellan system baserade på solidaritetsprincipen och försäkringsbaserade system för hälso- och sjukvårdstjänster. I utredningen konstateras det att social trygghetssystem och hälso- och sjukvårdssystem som baserar sig på solidaritetsprincipen inte är ekonomisk verksamhet. När ett system bedöms beaktas särskilt om det har ett socialt kapital, genomför det solidaritetsprincipen, saknar den bedrivna verksamheten vinstsyfte och övervakas den av staten. Ekonomisk verksamhet bedrivs således inte av t.ex. offentliga sjukhus, som är en väsentlig del av den nationella hälso- och sjukvården och baserar sig nästan helt och hållet på solidaritetsprincipen. Då är inte heller sådana funktioner som i sig kunde vara ekonomiska men som utförs för att producera en icke-ekonomisk tjänst av ekonomisk art. I försäkringsbaserade system tillhandahåller sjukhus och andra tillhandahållare av hälso- och sjukvårdstjänster sina tjänster mot ersättningar som patienterna betalar direkt eller som deras försäkringsbolag betalar. Tillhandahållande av tjänster mot ersättning som patienterna eller deras försäkringsbolag betalar och den konkurrens mellan sjukhusen som detta medför kan innebära ekonomisk verksamhet. Å andra sidan kan patienten ha möjlighet att välja vårdplats och det kan förekomma en viss konkurrens mellan tjänsteleverantörerna utan att verksamheten behöver betraktas som ekonomisk.

Enligt utredningen är det etablerade tolkningen att Finlands social- och hälsovårdssystem baserar sig på solidaritetsprincipen. I utredningen konstateras som slutsats att inom det finländska social- och hälsovårdssystemet är det utifrån en helhetsbedömning inte fråga om ekonomisk verksamhet och det stannar således utanför reglerna om statligt stöd och därmed också utanför bestämmelserna om konkurrensneutralitet. Av kommissionens och EU-domstolens rättspraxis kan man sluta sig till att t.ex. kostnadsöverföringar inom systemet och även bolagisering av verksamheten inte nödvändigtvis förändrar ett system baserat på

⁵⁹ Selvitys julkisomisteisten yhtiöiden toimintaedellytyksistä (Utredning om de offentligt ägda bolagens verksamhetsförutsättningar, på finska, med presentationsblad på svenska). Statsrådets publikationer 2022:54. <https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/handle/10024/164195>

⁶⁰ Kommissionens tillkännagivande om begreppet statligt stöd som avses i artikel 107.1 i fördraget om Europeiska unionens funktionssätt, EUT 2016/C 262/01) (kommissionens tillkännagivande om begreppet statligt stöd som avses i artikel 107.1 i fördraget om Europeiska unionens funktionssätt, EUT 2016/C 262/01

solidaritetsprincipen till ekonomisk verksamhet. Dessutom har de ansett att icke-ekonomisk verksamhet kan i begränsad utsträckning vara förenad med vinstsyfte och konkurrens. När offentligt ägda bolag verkar inom ramen för detta system kan deras verksamhet i princip betraktas som icke-ekonomisk. Bedömningen av om det handlar om ekonomisk verksamhet kräver dock alltid i sista hand fallspecifik bedömning. När saken bedöms bör särskild verksamhet fästas vid bolagets eventuella vinstsyfte, kundernas valfrihet och förekomsten av konkurrens samt i vilken mån dessa omständigheter har begränsats i bolagets verksamhet och huruvida de genomför mål som är godtagbara med tanke på systemets verksamhet.

Propositionen med förslag till en reform av social- och hälsovården och räddningsväsendet har diskuterats med EU-kommissionen mot bakgrund av EU:s regler om statligt stöd (RP 241/2020 rd s. 21). I dessa diskussioner har inte kommissionen nämnt att den skulle behöva underrättas om någon åtgärd som ingår i propositionen på det sätt som anges i artikel 108.3 i FEUF.

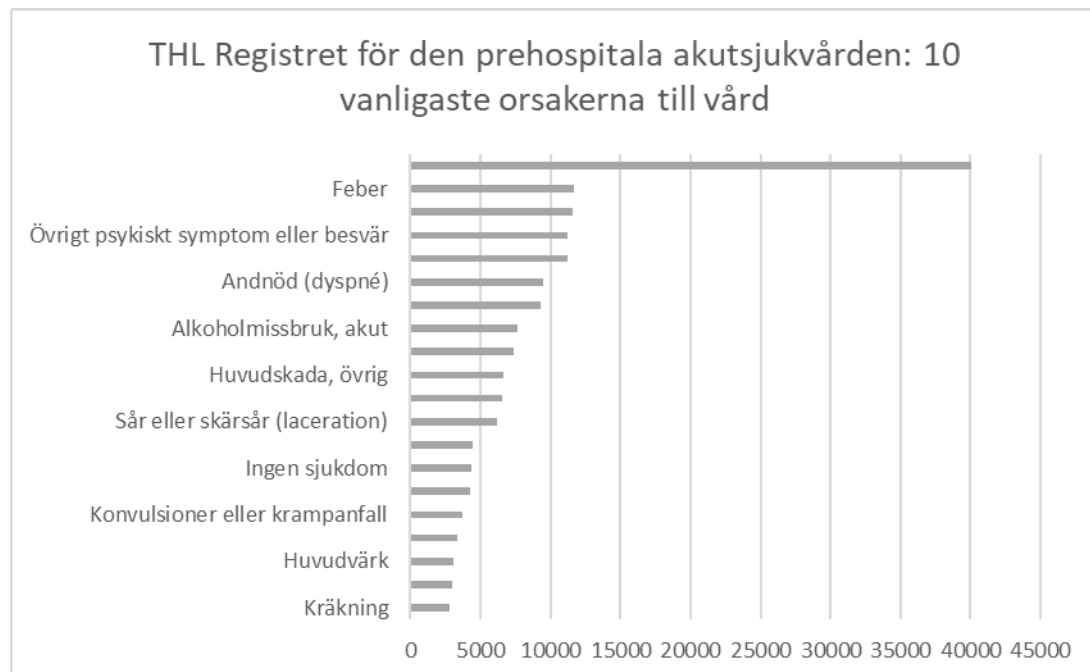
I samband med denna proposition är avsikten inte att ändra lagstiftningen om offentlighetsrättsliga bolags ställning i lagstiftningen om ordnande av social- och hälsovård, eller att t.ex. föreskriva allmänt om förutsättningarna för deras verksamhet. I denna propositions regleringssammanhang börjar offentlighetsrättsliga bolags verksamhet med hänvisning till det som sägs ovan inte omfattas av EU:s bestämmelser om statligt stöd eller av bestämmelserna om konkurrensneutralitet. Det är emellertid motiverat att utforma lagstiftningen så att det klarläggs för alla privata tjänsteproducenters del vilka förutsättningar de ska uppfylla för att operativ verksamhet och andra åtgärder ska kunna skaffas från dem.

2.2.8 Prehospital akutsjukvård

De krav på att jourtjänsterna ska beaktas och integreras som en helhet som ingår i hälso- och sjukvårdslagen och förordningen om prehospital akutsjukvård har tills vidare uppfyllt i varierande grad, och välfärdsområdena och HUS-sammanslutningen ordnar prehospital akutsjukvård på varierande sätt. Varje välfärdsområde har sin egen serviceproduktion där hälso- och sjukvården själv svarar för produktionen av prehospital akutsjukvård. Privata företag anlitas i huvudsak i mindre städer och på landsbygden, undantaget är enstaka större städer, där icke-brådskande uppdrag anvisas en privat tjänsteproducent. I många stora städer är huvudregeln fortfarande att räddningsväsendet har egen tjänsteproduktion, men de senaste åren har flera välfärdsområden, såsom Norra Österbotten, Norra Savolax och Päijänne-Tavastland helt och hållet integrerat verksamheten med hälso- och sjukvården eftersom det upplevs ge bättre synergifördelar. Första insatsverksamheten produceras i praktiken av räddningsverken och avtalsbrandkärer.

Den prehospitala akutsjukvårdens profil har ändrats avsevärt på 2000-talet. Samtidigt som den prehospitala akutsjukvården har utvecklats från transport av sjuka till förmåga till omfattande bedömning av vårdbehovet och inledande av krävande vård på objektet, har utvecklingen inom behandlingen av befolkningens primärsjukdomar och trafiksäkerheten minskat behovet av traditionell brådskande prehospital akutsjukvård. Den klart största patientgruppen för den prehospitala akutsjukvården är en äldre person som söker hjälp för diffusa eller allmänna symptom och som inte klarar sig hemma. En växande patientgrupp är patienter som söker hjälp hos den prehospitala akutsjukvården på grund av mentala problem, och som det finns mycket begränsade möjligheter att hjälpa med den prehospitala akutsjukvårdens metoder. Tillsammans med dem som den prehospitala akutsjukvården tar hand om på grund av droger är mentala och drogproblem den näst vanligaste orsaken till hjälp som ges av den prehospitala akutsjukvården.

Tabell 10. De vanligaste orsakerna till vård enligt THL:s register för den prehospitala akutsjukvården (Källa: THL Register för den prehospitala akutsjukvården)



Den årliga ökningen av antalet uppdrag för den prehospitala akutsjukvården bedöms bero på att antalet äldre ökar och på utmaningarna med att få primärvårdstjänster. Å andra sidan finns det ingen betydande variation i antalet ambulansfärder som FPA ersatt under åren 2006–2023, utan ersättningar har betalats för cirka 450 000 - 500 000 färder per år och antalet mottagare har varit cirka 300 000. Enligt FPA:s statistik har däremot antalet återkallade transporter ökat, 2006 var de knappt 3000 och 2023 40 300. Den efterfrågan som riktas till den prehospitala akutsjukvården och jourerna kan i allt högre grad hanteras på så sätt att efter nödcentralens riskbedömning gör en yrkesutbildad personal inom hälso- och sjukvården en ny bedömning av vårdbehovet, antingen per telefon eller hos patienten. För detta ändamål har det i samband med den prehospitala akutsjukvården eller som en del av välfärdsområdets andra jourtjänster inrättats mobila bedömningsenheter som består av en arbetstagare som är specialiserad på bedömning av vårdbehovet eller virtuella enheter som gör bedömningar på distans. En sådan integrerad modell, där en lämpligare bedömningstjänst styrs till patienten i stället för en ambulans, har tagits längst i Päijänne-Tavastland, där antalet uppdrag för den prehospitala akutsjukvården har vänt i en historisk och från det övriga landet avvikande nedgång. I en doktorsavhandling som publicerades 2022 har förnyad bedömning likaså konstaterats vara effektiv och trygg och patienterna är nöjda med tjänsten.⁶¹ Denna handlingsmodell minskar antalet icke-brådskande uppdrag för den prehospitala akutsjukvården med upp till 40 %. Vissa områden har också integrerat Jourhjälp 116 117 i verksamheten. Kommunikation i samarbete med Nödcentralverket och hänvisning av befolkningen till rätt kontaktkanal möjliggörs när

⁶¹ <https://oulurepo.oulu.fi/bitstream/handle/10024/37321/isbn978-952-62-3265-2.pdf>

Jourhjälpen 116 117 under 2024 utvidgas till att täcka även det sista välfärdsområdet, dvs. Lapplands välfärdsområde.

När den äldre befolkningen växer antas antalet uppdrag för den prehospitla akutsjukvården fortsätta öka. För att dämpa ökningen bör välfärdsområdena göra betydande satsningar på att främja integrationen av jourtjänster och andra tjänster samt på nya verksamhetsmodeller, som tills vidare har testats mycket osammanhängande och här och där. Dessutom påverkas antalet uppdrag av Nödcentralsverkets gällande instruktioner om behandling av uppdrag. När den prehospitla akutsjukvårdens och jourernas informationshantering utvecklas till nationella system och nationell datainsamling kan bästa praxis följas, kamratutvecklas och förändras. Fungerande och pålitliga jourtjänster är en förutsättning för samhällets sociala kohesion, resiliens på organisations- och individnivå och upprätthållande av funktionsförmågan under undantagsförhållanden.

2.2.9 Beredskap och förberedelser inom servicesystemet

Sjukhus- och jourverksamheten liksom nätet av sjukhus och jourer måste behålla sin funktionsförmåga och kunna reagera på olika undantagsförhållanden och störningssituationer på välfärdsområdes- och samarbetsområdesnivå, tillsammans med andra närliggande välfärdsområden och på nationell nivå. Ju mer utmanande och omfattande en situation som berör hälso- och sjukvården är, desto säkrare är det att sjukhusen och jourerna förutsätts fungera som en nationell helhet. Exempelvis under coronapandemin var det nödvändigt att få och upprätthålla en gemensam lägesbild av sjukhuskapacitetens och personalens tillräcklighet. Även patientbördan delades på nationell nivå mellan olika sjukhus, på grundval av den nationella lägesbilden.

Särskilt i enlighet med erfarenheterna och lärdomarna från coronapandemin har upprättandet och upprätthållandet av lägesbilden för social- och hälsovårdens verksamhet och enhetliga grunder för beredskapsplaneringen utvecklats både i lagstiftningen och funktionellt. Enligt 50 § i lagen om ordnande av hälso- och sjukvård ska ett välfärdsområde i samråd med kommunerna inom sitt område och de andra välfärdsområdena i samarbetsområdet för social- och hälsovården genom beredskapsplaner och andra åtgärder i förväg skaffa sig beredskap inför störningssituationer och undantagsförhållanden. Med avseende på denna beredskap ska välfärdsområdet se till att tjänsternas kontinuitet säkerställs även när de skaffas hos privata tjänsteproducenter. Vidare ska enligt 51 § de välfärdsområden som är huvudmän för universitetssjukhus samt HUS-sammanslutningen styra beredskapsplaneringen för social- och hälsovården i sina samarbetsområden för social- och hälsovården i enlighet med enhetliga riksomfattande principer. De välfärdsområden som är huvudmän för universitetssjukhus samt HUS-sammanslutningen ska för att upprätta och upprätthålla en lägesbild för samarbetsområdet ha ett beredskapscenter för social- och hälsovården. Beredskapscentret för social- och hälsovården har till uppgift att inom sitt samarbetsområde sammanställa och upprätthålla en lägesbild av störningssituationen och servicesystemets prestationsförmåga. Social- och hälsovårdsministeriet utarbetar i samarbete med beredskapscentren en riksomfattande lägesbild för social- och hälsovården.

I störningssituationer som rör två eller flera välfärdsområden eller HUS-sammanslutningen och ett eller flera välfärdsområden kan social- och hälsovårdsministeriet utse ett av dem eller HUS-sammanslutningen, när störningssituationen gäller den, att leda och samordna hanteringen av situationen inom social- och hälsovården. I särskilt betydande störningssituationer kan social- och hälsovårdsministeriet ta över ansvaret för ledningen och samordningen av social- och hälsovården.

Välfärdsområdenas, Helsingfors stads och HUS-sammanslutningens jourer och sjukhus utgör även i undantagsförhållanden stommen i hälso- och sjukvården i Finland. Försvarsmaktens egen hälso- och sjukvård är begränsad till de hälsostationer som finns i samband med garnisoner och till prehospital akutsjukvård och ambulansverksamhet inom Försvarsmaktens fältmedicin. Exempelvis i samband med militära övningar kan det dessutom inrättas tillfälliga fältmedicinska enheter. I fråga om all annan hälso- och sjukvård, t.ex. jour och specialiserad sjukvård, stödjer sig Försvarsmakten på andra tjänsteproducenter, i praktiken den offentliga sjukvården som välfärdsområdena, Helsingfors stad och HUS-sammanslutningen ansvarar för. I Finland finns inte sådana från den övriga hälso- och sjukvården separat av Försvarsmakten ordnad hälso- och sjukvård/militärmedicinsk hälso- och sjukvård som i vissa andra länder (jfr. ”military medicine”, ”military hospital”). Under undantagsförhållanden måste sjukhusen kunna svara inte bara för tjänster för civilbefolkningen utan också för vård av militärpatienter från Försvarsmakten och allierade (NATO) och evakuering av de senare till allierade länder.

Bestämmelser om delegationen för social- och hälsovården under undantagsförhållanden ingår i den lag (1554/2011) och förordning (484/2022) som gäller delegationen. Delegationens uppgift är att planera och förbereda skötseln av social- och hälsovården under undantagsförhållanden samt de med beredskapen under normala förhållanden förknippade ärenden och stödåtgärder vilkas ordnande under normala förhållanden utgör grunden för förberedelser inför undantagsförhållanden. I delegationen och dess sektioner ingår företrädare för de väsentliga ministerierna och dessutom för välfärdsområdena, Helsingfors stad och HUS-sammanslutningen. Delegationen och dess sektioner samarbetar med andra myndigheter, inklusive Försvarsmakten, vid beredskapsplaneringen.

Delvis samtidigt med denna regeringsproposition har man berett regeringens proposition om ändring av lagen om ordnande av social- och hälsovård vad gäller bestämmelserna om beredskap inom social- och hälsovården. Man vill särskilt stärka beredskapen och förfarandena i störningssituationer som berör flera anordnare av social- och hälsovårdstjänster och där man behöver använda gemensamma resurser.

Enligt 86 § i beredskapslagen (1552/2011) kan social- och hälsovårdsministeriet och inom sitt verksamhetsområde regionförvaltningsverket ålägga en verksamhetsenhet för social- och hälsovården att utvidga eller lägga om sin verksamhet, helt eller delvis flytta verksamheten från verksamhetsdistriktet eller verksamhetsorten till någon annan ort eller att ordna verksamhet också utanför sitt distrikt, samt placera personer i behov av vård eller omvårdnad i sin verksamhetsenhet oberoende av vad som har bestämts, föreskrivits eller avtalats, eller ställa en verksamhetsenhet eller en del av den till välfärdsområdets eller statliga myndigheters förfogande. Med stöd av 88 § i beredskapslagen kan man under undantagsförhållande avstå från att iakttä de längsta väntetiderna till icke-brådskande vård.

Under undantagsförhållanden kan lägesbilden, sjukhusens arbetsfördelning samt innehållet i och kriterierna för hälso- och sjukvårdstjänster omdefinieras på ett sätt som situationen förutsätter och på ett sätt som avviker från normala förhållandena.

2.3 Granskning av vissa sjukhus och jounheter i enskilda välfärdsområden och samarbetsområden

2.3.1 Allmänt

De välfärdsområden som tog över ansvaret för att ordna social- och hälsovård i början av 2023 är sinsemellan mycket olika. Variationen i bl.a. folkmängd, områdets geografiska storlek, prevalens och invånartäthet är betydande. Likaså har de olika välfärdsområdena en varierande

historia. En del av områdena har verkat som en integrerad samkommun av samma storlek som det nuvarande välfärdsområdet, medan ordnandet av social- och hälsovård i en del områden har varit uppdelat på tio fristående kommuner.

Välfärdsområdenas tillhandahållande av tjänster varierar också för sjukhusens och jourernas del. Varje välfärdsområde har antingen ett universitetssjukhus eller ett centralsjukhus med undantag av Nyland, där HUS-sammanslutningen upprätthåller flera jourjukhus på olika orter. I Södra Savolax och Lapplands välfärdsområden sammanslogs två sjukvårdsdistrikt, så i deras område finns två tidigare centralsjukhus, i Södra Savolax i S:t Michel och Nyslott och i Lappland i Rovaniemi och Länsi-Pohja sjukhus i Kemi. I de välfärdsområden som upprätthåller ett universitetssjukhus i Finland finns också f.d. kretssjukhus, där man har upprätthållit samjour och operativ verksamhet med stöd av lagstadgad möjlighet. Systemet med sjukhus och jourer beskrivs mer ingående i avsnitt 2.1.2 och 2.1.3.

I många välfärdsområden har det länge funnits bara en jourenhet i samband med centralsjukhuset som varit tillgänglig för befolkningen. Dessa välfärdsområden är Kajanaland, Mellersta Österbotten, Södra Österbotten, Norra Karelen, Södra Karelen och Satakunta. I dessa välfärdsområden är också den tunga operativa verksamheten och skötseln av förlossningar i sin helhet koncentrerade till ett sjukhus. En del av dessa välfärdsområden är geografiskt tämligen vidsträckt.

Varje välfärdsområde hör till ett av de fem samarbetsområdena, som det föreskrivs om genom förordning av statsrådet så att de välfärdsområden och HUS-sammanslutningen som är huvudmän för ett universitetssjukhus hör till olika samarbetsområden. Enligt lagen ska de välfärdsområden där Åbo universitet, Uleåborgs universitet eller Tammerfors universitet eller hälsovetenskapliga fakulteten vid Östra Finlands universitet ligger vara huvudmän för ett universitetssjukhus. Dessutom ska HUS-sammanslutningen vara huvudman för ett universitetssjukhus.

I det följande granskas välfärdsområdena och deras sjukhus enligt samarbetsområde. I beskrivningen läggs fokus uttryckligen på de sjukhus som tillhandahåller befolkningen brådskande vård. Välfärdsområdena, Helsingfors stad och HUS-sammanslutningen upprätthåller flertalet andra sjukhus av olika typ i sina områden. Dessa sjukhus har i varierande mån omfattande poliklinikverksamhet inom olika specialområden samt vårdavdelningar för bl.a. allmänmedicin, geriatri, rehabilitering eller något annat enskilt specialområde. I områdena finns dessutom separata psykiatriska sjukhus. Dessutom sjukhus har inte jour dygnet runt som är tillgänglig för befolkningen, trots att mottagningstiderna inte behöver vara begränsade till tjänstetid, utan mer omfattande. Dessa sjukhus beskrivs inte mer detaljerat här.

De sjukhus och andra enheter med jour dygnet runt som beskrivs nedan presenteras på en karta i avsnitt 2.1.2.

I avsnitt 2.2.5 har det påpekats att utgångspunkten i denna proposition är att varje välfärdsområde fortfarande ska ha ett universitetssjukhus eller centralsjukhus med jour dygnet runt inom flera specialområden. Det är motiverat att bedöma behov av att utveckla bestämmelserna om HUS-sammanslutningen separat på grund av det synnerligen omfattande befolkningsunderlaget. I följande avsnitt beskrivs de sjukhus och enheter mer ingående som det är nödvändigt att granska mer ingående särskilt med beaktande av detta.

Södra Finlands samarbetsområde

Till Södra Finlands samarbetsområde hör HUS-sammanslutningen, Helsingfors stad, Östra Nylands välfärdsområde, Mellersta Nylands välfärdsområde, Västra Nylands välfärdsområde, Vanda och Kervo välfärdsområde, Södra Karelen välfärdsområde, Kymmenedalens välfärdsområde samt Päijänne-Tavastlands välfärdsområde.

I Södra Finlands välfärdsområde är HUS-sammanslutningen huvudman för Helsingfors universitetscentralsjukhus, som har flera olika sjukhusenheter på olika orter i huvudstadsregionen. Dessutom har HUS-sammanslutningen sjukhus med samjour dygnet runt i Hyvinge, Lojo och Borgå. I Raseborg har dessutom upprätthållits jour dygnet runt inom primärvården med social- och hälsovårdsministeriets undantagstillstånd. Verksamheten vid Raseborgs sjukhus kommer att överföras till Västra Nylands välfärdsområde. Enligt områdets beslut finns det från och med den 2 september 2024 inte längre jour dygnet runt i Raseborg, utan jour ordnas klockan 8–20. Förlossningar sköts av Kvinnokliniken och Jorvs sjukhus och dessutom i Hyvinge och Lojo. Operativ verksamhet finns i huvudstadsregionen och dessutom i Hyvinge, Lojo och Borgå.

Övriga sjukhus med samjour i samarbetsområdet är Södra Karelen, Päijänne-Tavastlands och Kymmenedalens (Kotka) centralsjukhus. Operativ verksamhet och förlossningar sköts vid alla centralsjukhus. Till skillnad från alla andra jurer dygnet runt i Finland med undantagstillstånd finns i Kouvola parallellt med juren inom primärvården också sådan jour som tolkats som jour inom akutmedicinen och som är tillgänglig för befolkningen, då det vid andra jurenheter är fråga om jour på allmänläkarnivå. Vid Södra Karelen centralsjukhus sköts förlossningar med stöd av ministeriets gällande undantagstillstånd.

Östra Finlands samarbetsområde

Till Östra Finlands samarbetsområde hör Norra Savolax välfärdsområde, Mellersta Finlands välfärdsområde, Södra Savolax välfärdsområde och Norra Karelen välfärdsområde.

I Östra Finlands samarbetsområde ordnas samjour vid Kuopio universitetssjukhus samt Södra Savolax (S:t Michel) och Norra Karelen (Joensuu) centralsjukhus, Mellersta Finlands centralsjukhus, dvs. sjukhuset Nova, (Jyväskylä) samt Nyslotts sjukhus. Med social- och hälsovårdsministeriets undantagstillstånd verkar jurer dygnet runt inom primärvården i Idensalmi, Varkaus och Jämsä. Operativ verksamhet utförs och förlossningar sköts vid Kuopio universitetscentralsjukhus och områdets alla centralsjukhus, varav S:t Michels centralsjukhus sköter förlossningar med stöd av ministeriets gällande undantagstillstånd.

Inre Finlands samarbetsområde

Till Inre Finlands samarbetsområde hör Birkalands välfärdsområde, Egentliga Tavastlands välfärdsområde och Södra Österbottens välfärdsområde.

I Inre Finlands samarbetsområde ordnas samjour vid Tammerfors universitetssjukhus samt Södra Österbottens och Egentliga Tavastlands centralsjukhus. I Valkeakoski upphörde juren nattetid den 1 juni 2024 och jour ordnas nu klockan 8–22. Den nattjour inom primärvården som tidigare ordnats i Forssa med undantagstillstånd upphörde den 1 januari 2024 och juren överfördes till Egentliga Tavastlands centralsjukhus. I området utförs operativ verksamhet och sköts förlossningar vid Tammerfors universitetssjukhus och alla centralsjukhus i området och dessutom finns operativ verksamhet vid Valkeakoski sjukhus.

Västra Finlands samarbetsområde

Till Västra Finlands samarbetsområde hör Egentliga Finlands välfärdsområde, Satakunta välfärdsområde och Österbottens välfärdsområde.

I Västra Finlands samarbetsområde ordnas samjour vid Tammerfors universitetssjukhus, Satakunta centralsjukhus och Vasa centralsjukhus. Dessutom ordnas samjour vid Salo sjukhus. I Jakobstad verkar jour dygnet runt inom primärvården med undantagstillstånd. I området utförs operativ verksamhet och sköts förlossningar vid Åbo universitetscentralsjukhus och alla centralsjukhus och dessutom utförs operativ verksamhet vid Salo sjukhus.

Norra Finlands samarbetsområde

Till Norra Finlands samarbetsområde hör Norra Österbottens välfärdsområde, Mellersta Österbottens välfärdsområde, Kajanalands välfärdsområde och Lapplands välfärdsområde.

I Norra Finlands samarbetsområde ordnas samjour vid Uleåborgs universitetssjukhus och dessutom vid Lapplands, Kajanalands (Kajana) och Mellersta Österbottens (Karleby) centralsjukhus samt Länsi-Pohja sjukhus (Kemi) och Oulaskangas sjukhus (Oulainen). Jourer dygnet runt inom primärvården verkar med undantagstillstånd i Ivalo, Kuusamo och Brahestad. Norra Finlands välfärdsområde har beslutat att man inte längre anhåller om fortsatt undantagstillstånd för Brahestad när det gällande tillståndet går ut den 31 december 2024, utan juren dygnet runt i Brahestad upphör då. Från ingången av 2025 är juren i Brahestad öppen t.o.m. klockan 22. I området utförs operativ verksamhet vid universitetssjukhuset och alla ovannämnda centralsjukhus. Dessutom finns operativ verksamhet vid Länsi-Pohja sjukhus och Oulaskangas sjukhus. Förlossningar sköts vid Uleåborgs universitetssjukhus, Mellersta Österbottens centralsjukhus samt med stöd av gällande undantagstillstånd vid Lapplands, Länsi-Pohja och Kajanalands centralsjukhus.

2.3.2 Bedömning av vissa sjukhus som har samjour och operativ verksamhet dygnet runt

2.3.2.1 Andra sjukhus som upprätthålls av välfärdsområden som är huvudmän för ett universitetssjukhus

Oulaskangas sjukhus (Oulainen, Norra Österbottens välfärdsområde)

Sjukhuset har heltäckande poliklinikverksamhet inom flera specialområden. Vid sjukhuset finns 18 vårdavdelningsplatser inom kirurgi, 18 inom inre medicin samt 12 inom psykiatri. Det finns inga intensivvårdsavdelnings- eller intensivövervakningsplatser.

Vid sjukhuset sköter 1–2 läkare primärjuren dygnet runt. De är inte uppdelade enligt specialområde och de sköter även jour inom allmän medicin. För kirurgi, anesthesi och inre medicin finns dessutom s.k. bakjour. Antalet besök på juren är i medeltal (median) 49 per dygn, varav 25 kvällstid och 10 nattetid. Jurens läkararbetsinsats skaffas helt och hållet i form av hyrd arbetskraft.

Vid Oulaskangas sjukhus utfördes 2023 883 höft- eller knäprotesoperationer men ingen annan operativ verksamhet enligt förordningen om centralisering av den specialiserade sjukvården. Vid sjukhuset finns ett operationssalsteam i beredskap kvälls- och under nattetid. Antalet operationer som utfördes kvällstid/nattetid 2023 var sammanlagt 65/3 inom specialområdet ortopedi och traumalogi, 8/0 inom annan kirurgi.

Salo sjukhus (Egentliga Finlands välfärdsområde)

Sjukhuset har heltäckande poliklinikverksamhet inom flera specialområden. Vid sjukhuset finns 12 vårdavdelningsplatser inom kirurgi, 26 inom inre medicin och 90 inom allmän medicin. Antalet intensivvårdsavdelnings- eller intensivövervakningsplatser är 5.

Vid sjukhuset sköts jouren dygnet runt av en primärjourläkare inom konservativa områden och en allmänläkare på deltid. Inom flera specialområden finns dessutom s.k. bakjour. Antalet besök på jouren (specialiserad sjukvård och primärvård) är i medeltal (median) 69 per dygn, varav kvällstid (median) 20 (medelvärde 28) och nattetid (median) 6. Tillgången på personal har varit tämligen god när det gäller läkare och sjukskötare och man har knappt alls skaffat någon hyrd arbetskraft.

Vid Salo sjukhus utfördes inga operationer enligt förordningen om centralisering av den specialiserade sjukvården 2023. Vid sjukhuset finns ett operationssalsteam i beredskap kvällstid kl. 16–22, På natten finns ingen beredskap. År 2023 utfördes sammanlagt 55 operationer kvällstid inom annan kirurgi än ortopedi och traumatologi.

TAYS Valkeakoski sjukhus (Birkalands välfärdsområde)

Sjukhuset har heltäckande poliklinikverksamhet inom flera specialområden. Vid sjukhuset finns 20 vårdavdelningsplatser inom inre medicin. Dessutom har sjukhuset en akutavdelning på primärvårdsnivå (36 platser), en geriatrisk avdelning (20 platser), en rehabiliteringsavdelning (32 platser) och en palliativ enhet (10 platser). Det finns inga intensivvårdsavdelnings- eller intensivövervakningsplatser. Vid sjukhuset utförs dagkirurgi och operationer som kräver endast kortvarig eftervård.

Vid sjukhuset fanns tidigare jour dygnet runt inom flera specialområden, men från och med den 1 juni 2024 ordnas jour klockan 8–22. Jouren vid sjukhuset sköts inom öppettiden av en akutläkare, en läkare inom konservativa specialområden och en allmänläkare samt en anestesiläkare på deltid. Bakjour fås från Tays centralsjukhus. Radiologi finns att tillgå under tjänstetid.

Antalet besök på jouren var 2023 i medeltal (median) 65 per dygn, varav 23 kvällstid och 14 nattetid. Läkararbetskraft särskilt för primärjouren skaffades för 1,9 miljoner euro 2023.

Vid Valkeakoski sjukhus gjordes inga operationer enligt förordningen om centralisering av den specialiserade sjukvården 2023. Sjukhuset har ingen operationssalsberedskap kvälls- eller nattetid.

Hyvinge sjukhus (HUS-sammanslutningen)

Sjukhuset har heltäckande poliklinikverksamhet inom flera specialområden. Vid sjukhuset finns 47 vårdavdelningsplatser inom kirurgi, 20 inom kvinnosjukdomar och förlossningar, 56 inom inre medicin, 16 inom neurologi, 16 inom barnsjukdomar och 32 inom psykiatri. Antalet intensivvårdsavdelnings- eller intensivövervakningsplatser är 19.

Vid sjukhuset sköts jouren dygnet runt av 1 allmänläkare, 1–2 akutläkare, 1–2 primärjourläkare inom konservativa specialområden och 2 inom kirurgiska områden samt 2 specialister inom anesthesiologi och 1–2 specialister inom kvinnosjukdomar och förlossningar och 1 barnläkare samt av en psykiater och en radiolog på deltid. Inom flera specialområden finns dessutom s.k. bakjour, delvis också som primärjour. Antalet besök på jouren är i medeltal (median) 153 per

dygn, varav 50 kvällstid och 23 nattetid. Tillgången på läkare och sjukskötare har varit tämligen god.

Vid Hyvinge sjukhus utfördes 2023 758 protesoperationer i höft eller knä, 77 ryggkirurgiska operationer, 282 primära bröstcanceroperationer, 63 tjocktarmsoperationer, 42 njurcanceroperationer och 47 operationer i fråga om radikal prostatektomi vid prostatacancer. Det antal operationer som förutsätts i förordningen om centralisering av den specialiserade sjukvården överskrids inom protes- och bröstcancerkirurgi, men underskrids i övrigt. Utförandet av operationer vid Hyvinge sjukhus har avtalats i samarbetsområdets samarbetsavtal. Vid sjukhuset finns ett operationssalsteam i beredskap kvälls- och nattetid. År 2023 var antalet operationer som utfördes kvällstid/nattetid sammanlagt 394/104 inom kirurgiska specialområden samt 70/88 inom specialområdet kvinnosjukdomar och förlossningar.

Lojo sjukhus (HUS-sammanslutningen)

Sjukhuset har heltäckande poliklinikverksamhet inom flera specialområden. Vid sjukhuset finns 30 vårdavdelningsplatser inom kirurgi, 14 inom kvinnosjukdomar och förlossningar, 59 inom inre medicin/nefrologi, 2 inom barnsjukdomar och 24 inom psykiatri. Antalet intensivvårdsavdelnings- eller intensivövervakningsplatser är 7.

Jouren dygnet runt vid sjukhuset sköts av 2 allmänläkare, 1 akutläkare, 1 primärjourläkare inom konservativa specialområden och 1 inom kirurgiska områden samt 1 anestesilog och 1–2 specialister inom kvinnosjukdomar och förlossningar, 1 barnläkare samt 1 psykiater. Inom kirurgi, anestesi och inre medicin finns dessutom s.k. bakjour. Antalet besök på jouren är i medeltal (median) 79 per dygn, varav 30 kvällstid och 13 nattetid. Tillgången på läkare och sjukskötare har varit tämligen god. Enligt de uppgifter som lämnats har hyrd arbetskraft anlåtts i första hand i fråga om allmänläkare och psykiater.

Vid Lojo sjukhus utfördes 2023 560 höft- och knäprotesoperationer, men ingen annan operativ verksamhet enligt förordningen om centralisering av den specialiserade sjukvården. Antalet underskrider nätt och jämt det antal operationer som förutsätts i förordningen, men i samarbetsområdets samarbetsavtal har man avtalat om att de utförs vid Lojo sjukhus. Vid sjukhuset finns ett operationssalsteam i beredskap kvällstid och nattetid. År 2023 var antalet operationer som utfördes kvällstid/nattetid sammanlagt 132/24 inom kirurgiska specialområden samt 43/20 inom specialområdet kvinnosjukdomar och förlossningar.

Borgå sjukhus (HUS-sammanslutningen)

Sjukhuset har heltäckande poliklinikverksamhet inom flera specialområden. Vid sjukhuset finns 25 vårdavdelningsplatser inom kirurgi och 45 inom inre medicin. Antalet intensivvårdsavdelnings- och intensivövervakningsplatser är 4.

Jouren dygnet runt vid sjukhuset sköts av 1 akutläkare, 1 läkare inom konservativa specialområden och 1 inom kirurgi, 1 anestesilog och 1 psykiater, dessutom har 1–3 allmänläkare och akutläkare jour på deltid. Inom kirurgi och inre medicin finns dessutom s.k. bakjour. Antalet besök på jouren är i medeltal (median) 66 per dygn, varav 26 kvällstid och 10 nattetid (medelvärde 11). Hyrd arbetskraft har anlåtts i första hand i fråga om allmän- och akutläkare. Även sjukskötare har skaffats som hyrd arbetskraft, för cirka 0,47 miljoner euro 2023.

Vid Borgå sjukhus utfördes 2023 779 höft- och knäprotesoperationer och 231 ryggkirurgiska operationer, men ingen annan operativ verksamhet enligt centraliseringsförordningen. Antalen överskrider de antal operationer per sjukhus som förutsätts i förordningen. Vid sjukhuset finns ett operationsstalteam i beredskap kvällstid, beredskap nattetid upprätthålls inte. År 2023 utfördes sammanlagt 182 operationer inom kirurgiska specialområden på kvällar.

2.3.2.2 Lapplands och Södra Savolax välfärdsområden

Allmänt

Lapplands och Södra Savolax välfärdsområden har vardera två sjukhus med jour dygnet runt på centralsjukhusnivå. I dessa områden sammanslogs två tidigare sjukvårdsdistrikt, som alla hade sitt eget centralsjukhus, till ett välfärdsområde. Med stöd av införandelagen får de upprätthålla två samjoursenheter med jour dygnet runt vid sina sjukhus, om befolkningens servicebehov förutsätter det och upprätthållandet av fler än en enhet inte äventyrar uppfyllandet av de i lag angivna förutsättningarna för välfärdsområdenas verksamhet eller fullgörandet av välfärdsområdenas i lag angivna skyldigheter (se avsnitt 2.1.2)

Lapplands centralsjukhus (Rovaniemi)

Sjukhuset har heltäckande poliklinikverksamhet inom flera specialområden. Vid sjukhuset finns 62 vårdavdelningsplatser inom kirurgi, 16 inom kvinnosjukdomar, 16 inom barnsjukdomar, 10 inom neurologi, 62 inom inre medicin, samt 53 inom psykiatri, ungdomspsykiatri och barnpsykiatri. Antalet intensivvårdsavdelnings- eller intensivövervakningsplatser är 12+8. Jouden dygnet runt vid sjukhuset sköts av 1 allmänläkare, 1 primärjourläkare inom konservativa områden och 1 inom kirurgi, 2 anestesiologer, 1 inom specialområdet kvinnosjukdomar och förlossningar och 1 inom specialområdet barnsjukdomar, samt av jourhavande på deltid eller med bakjour inom kirurgi, barnsjukdomar, inre medicin, radiologi och psykiatri. Antalet besök på jouden är i medeltal (median) 114 per dygn, varav 38 (medelvärde 37) kvällstid och 17 (medelvärde 18) nattetid.

Vid Lapplands centralsjukhus utfördes 2023 513 protesoperationer i höft och knä, 179 ryggkirurgiska operationer och 155 primära bröstcanceroperationer. Dessutom utfördes 16 ändtarms- och 51 tjocktarmscanceroperationer. Antalet primära bröstcanceroperationer och ryggkirurgiska operationer överskrider, och antalet höft- och knäprotesoperationer samt ändtarms- och tjocktarmscanceroperationer underskrider de antal operationer per sjukhus som förutsätts i förordningen om centralisering av den specialiserade akutsjukvården.

Länsi-Pohja centralsjukhus (Kemi)

Verksamheten vid Länsi-Pohja centralsjukhus har genom en total externalisering lagts ut till Mehiläinen Länsi-Pohja Oy. Tjänsteproducenten producerar tjänsterna till ett fast månadspris. Sjukhuset har heltäckande poliklinikverksamhet inom flera specialområden. Vid sjukhuset finns 30 vårdavdelningsplatser inom kirurgi, 12 inom kvinnosjukdomar och förlossningar, 8 inom barnsjukdomar, 43 inom inre medicin/infektionssjukdomar/kardiologi samt 22 inom psykiatri. Antalet intensivvårdsavdelnings- eller intensivövervakningsplatser är 7.

Jouden dygnet runt vid sjukhuset sköts av en akutläkare, en kirurg, en anestesilog och en specialist på kvinnosjukdomar och förlossningar. En allmänläkare jourar dygnet runt utom under tjänstetid på vardagar, då jouden sköts av hälsostationerna. Inom flera specialområden

förekommer dessutom s.k. bakjour. Antalet besök på jouden är i medeltal (median) 49 per dygn, varav 23 på kvällstid och 9 nattetid.

Vid Länsi-Pohja sjukhus utfördes 2023 354 protesoperationer i höft eller knä, 93 ryggkirurgiska operationer, 55 primära bröstcanceroperationer och 32 tjocktarmscanceroperationer. Samtliga antal underskrider de antal operationer per sjukhus som förutsätts i förordningen om centralisering av den specialiserade sjukvården, men man har avtalat om att de ska utföras vid Länsi-Pohja sjukhus i samarbetsområdets samarbetsavtal. Vid sjukhuset finns ett operationssalsteam i beredskap kvälls- och nattetid. År 2023 var antalet operationer som utfördes kvällstid/nattetid sammanlagt 83/15 inom specialområdet ortopedi och traumatologi, 186/33 inom annan kirurgi och 24/15 inom specialområdet kvinnosjukdomar och förlossningar.

Nyslotts centralsjukhus (Södra Savolax välfärdsområde)

Sjukhuset har heltäckande poliklinikverksamhet inom flera specialområden. Vid sjukhuset finns 39 vårdavdelningsplatser inom kirurgi, 32 inom inre medicin/kardiologi, 25 inom allmänmedicin, 25 inom rehabilitering, 12 inom palliativ vård samt 18 inom psykiatri. Antalet intensivvårdsavdelnings- eller intensivövervakningsplatser är 4.

Jouren dygnet runt vid sjukhuset sköts av en primärjourläkare inom konservativa specialområden och 1 inom kirurgi samt av 1–2 allmänläkare klockan 8–21 på vardagar och klockan 9–22 under veckoslut. Inom kirurgi, anestesi och konservativa områden förekommer dessutom s.k. bakjour. Antalet besök på jouden är i medeltal (median) 77 per dygn, varav 26 kvällstid och 4 (medelvärde 5) nattetid. Läkararbetsinsatsen inom allmänmedicin (100 %) och primärjour (80 %) skaffas i form av hyrd arbetskraft. Det har uppgetts förekomma rekryterings svårigheter i fråga om läkare inom alla specialområden.

Vid Nyslotts sjukhus utfördes 2023 479 protesoperationer i höft eller knä, 44 primära bröstcanceroperationer och 19 tjocktarmscanceroperationer, men ingen annan operativ verksamhet enligt förordningen om centralisering av den specialiserade sjukvården. Samtliga antal underskrider de antal operationer per sjukhus som förutsätts i förordningen om centralisering av den specialiserade sjukvården, men man har avtalat om att de ska utföras vid Nyslotts sjukhus i samarbetsområdets samarbetsavtal. Vid sjukhuset finns ett operationssalsteam i beredskap kvälls- och nattetid. År 2023 var antalet operationer som utfördes kvällstid/nattetid sammanlagt 151/3, det finns inga närmare uppgifter om specialområden.

S:t Michel (Södra Savolax välfärdsområde)

Sjukhuset har heltäckande poliklinikverksamhet inom flera specialområden. Vid sjukhuset finns 24 vårdavdelningsplatser inom akutmedicin, 45 inom kirurgi, 16 inom kvinnosjukdomar och förlossningar, 9 inom lungsjukdomar, 15 inom neurologi, 24 inom inre medicin, 60 inom psykiatri och ungdomspsykiatri, 38 inom allmänmedicin, 12 inom palliativ vård och 22 inom rehabilitering. Antalet intensivvårdsavdelnings- och intensivövervakningsplatser är 18.

Jouren dygnet runt vid sjukhuset sköts av 1–3 allmänläkare, 1 primärjourläkare inom konservativa specialområden och 1 kirurg, 1 anestesilog, 1 jourhavande läkare inom specialområdet kvinnosjukdomar och förlossningar, 1 inom barnsjukdomar och 1 inom psykiatri. Dessutom förekommer primärjour på deltid inom ögonsjukdomar och hudsjukdomar på vardagar under tjänstetid. Inom flera specialområden förekommer dessutom s.k. bakjour.

Antalet besök på jouden är i medeltal (median) 132 per dygn, varav 38 kvällstid och 14 nattetid. Köpta tjänster och hyrd arbetskraft har använts inom flera specialområden.

I S:t Michel utfördes 2023 719 protesoperationer i höft och knä, inga uppgifter finns tillgängliga om cancerkirurgins volymer i S:t Michel. Vid sjukhuset finns ett operationssalsteam i beredskap kvälls- och nattetid. År 2023 var antalet operationer som utfördes kvällstid/nattetid sammanlagt 450/64, det finns inga närmare uppgifter om specialområden.

2.3.2.3 Bedömning

I avsnitt 2.2.5 gås de omständigheter igenom som gör att det är motiverat att minska antalet sådana sjukhus där jour dygnet runt inom flera specialområden upprätthålls, och centralisera den tunga kirurgin och de verksamheter som den förutsätter. Med avseende på personalens och kompetensens tillräcklighet måste de team av yrkesutbildade personer som behövs för jour och beredskap dygnet runt kunna bedömas så att ineffektiv överlappande beredskap inte uppstår. De sjukhus som behandlas i det följande tillhör också samma pendlingsområde som välfärdsområdets universitetssjukhus eller centralsjukhus.

Den andra sjukhusen med samjour i välfärdsområden som upprätthåller ett universitetssjukhus och inom HUS-sammanslutningens område har utifrån det som beskrivs ovan för den operativa verksamhetens del koncentrerat sig på endast en viss typ av ortopedibetonad verksamhet (Oulainen, Lojo, Borgå) eller på dagkirurgisk verksamhet (Salo, Valkeakoski). Hyvinge sjukhus serviceurval och volymer är större än de andra beskrivna sjukhusen. I samtliga dessa sjukhus har jour dygnet runt upprätthållits även inom kirurgi, på det sätt som bestämmelserna förutsätter. I dessa sjukhus har det dock utförts endast få operationer nattetid, så under jourtid har personalen i stor utsträckning också varit i beredskap.

I Valkeakoski har jouden dygnet runt upphört genom Birkalands välfärdsområdes beslut fr.o.m. den 1 juni 2024. Jour nattetid som är tillgänglig för befolkningen finns vid Tammerfors universitetscentralsjukhus samjour. I Valkeakoski ordnas numera jour klockan 8–22. Jouden vid sjukhuset sköts inom öppettiden av flera läkare inom olika specialområden. Så kallad bakjour finns vid universitetssjukhuset. Enligt denna modell sköts dag- och kvällstid i Valkeakoski både den jour som är tillgänglig för befolkningen och den läkarjour som sjukhusets vårdavdelningar behöver.

Fortsatt upprätthållande av jouden dygnet runt vid sjukhuset i Oulainen kunde i sig motiveras med tillgängligheten (till Uleåborgs universitetssjukhus 101 kilometer, restid 1 timme 14 minuter) samt med att sjukhusets jour betjänar ett befolkningsunderlag på cirka 70 000 personer i de södra delarna av Norra Österbottens välfärdsområde och en del av de 45 000 invånarna i välfärdsområdets kustområde. I ljuset av besökssiffrorna har å andra sidan behovet av jouden nattetid i Oulainen varit måttligt, dvs. cirka tio patienter per natt. Redan nu hänvisas patienter som behöver den mest krävande diagnostiken eller brådskande bedömning av vårdbehovet inom flera specialområden samt fortsatt vård till Uleåborgs universitetssjukhus, antingen direkt av den prehospitala akutsjukvården eller från ovannämnda joudenheter efter bedömning av vårdbehovet.

Tillgången på personal särskilt för jour dygnet runt har förutsatt åtgärder i Oulainen och man har också varit tvungen att hyra in mycket arbetskraft.

Sjukhuset i Salo ligger invid mycket goda trafikförbindelser till Åbo universitetssjukhus (53 kilometer, restid 40 minuter). Antalet besök på jouden nattetid är mycket litet, dvs. cirka sex nya patienter per natt.

Områdenas universitetssjukhus och HUS-sammanslutningen har fått eller kommer under de närmaste åren att få betydande tilläggskapacitet i form av nybyggnader och ombyggnader, varvid deras förmåga att ta emot ett större antal patienter än tidigare förbättras även vad lokalerna beträffar.

Med hänvisning till det som sägs ovan anses det motiverat att det i fortsättningen inte är möjligt att ordna jour dygnet runt inom flera specialområden i Oulainen och Salo, och att den mest krävande operativa verksamheten flyttas till området universitetssjukhus. Birkalands välfärdsområde har redan beslutat att jouden dygnet runt vid Tammerfors universitetssjukhus sjukhus i Valkeakoski upphör från och med den 1 juni 2024. På motsvarande sätt är det motiverat att jour dygnet runt inom flera specialområden inte heller i Valkeakoski kan inledas på nytt i fortsättningen. Det är dock möjligt och motiverat att i fortsättningen utnyttja dessa sjukhus befintliga kompetens, lokaler och utrustning inom operativ verksamhet för dagkirurgi och kirurgi som kräver endast kortvarig eftervård på ett patientsäkert sätt.

Inom HUS-sammanslutningens område (dvs. de fyra välfärdsområdena i Nyland och Helsingfors stad) bor 1,76 miljoner invånare, dvs. nästan en tredjedel av Finlands befolkning. HUS-sammanslutningen bedriver verksamhet vid 28 olika sjukhus i huvudstadsregionen och dessutom på det som beskrivs ovan i Hyvinge, Lojo, Borgå och Raseborg. På grund av den stora folkmängden är det motiverat att det finns flera joudenheter och sjukhus med verksamhet dygnet runt i Nyland, så att befolkningen inte anhopas till ett verksamhetsställe. En kontrollerad decentralisering av funktioner och infrastruktur är dessutom av betydelse för att förbereda sig på exceptionella situationer och undantagsförhållanden.

HUS-sammanslutningens sjukhus berörs av samma lagstadgade krav på förutsättningar för att genomföra tjänster, kvalitet och patientsäkerhet som andra sjukhus och annan verksamhet. För att uppfylla sitt organisationsansvar är HUS-sammanslutningen tvungen att fortlöpande utvärdera sitt eget servicenät, placeringen av olika tjänster och patientströmmarna mellan sina sjukhus när praxis och den tillgängliga personalen förändras. Med beaktande av områdets stora folkmängd och de många olika sjukhusfastigheterna och verksamhetsställena kan ändringar behöva genomföras snabbt. Bestämmelser i lagstiftningen om enskilda sjukhus verksamhet och möjlighet att upprätthålla jour dygnet runt kan göra beslutsfattandet stelare och försvåra en ändamålsenlig verksamhet i Nyland mellan HUS-sammanslutningens olika sjukhus. Därför är det motiverat att även i fortsättningen göra det möjligt för HUS-sammanslutningen att med stöd av egna beslut upprätthålla en enhet med jour dygnet runt inom flera specialområden även någon annanstans än i Helsingfors eller vid vissa sjukhus.

HUS-sammanslutningens styrelse har den 6 maj 2024 och på nytt den 17 juni 2024 som ett led i beslutsfattandet om anpassningsprogrammet för ekonomin och servicenätets arbete beslutat att förlossningarna i Lojo flyttas till Jorvs sjukhus och Kvinnokliniken 2026. Då blir utbyggnaden av Jorvs sjukhus färdig och även Kvinnokliniken kommer att få mera lokaler. Jouden dygnet runt inom den specialiserade sjukvården och beredskapen för operativ verksamhet nattetid inskränks i Lojo (2026) och Borgå (2027), men samjouren och vårdavdelningsverksamheten vid sjukhusen fortsätter. I fortsättningen utförs vissa planerade operationer vid dessa sjukhus, men inte tung kirurgi.

Den förändrade befolkningsprofilen samt utmaningarna med att säkerställa tillräcklig personal och kompetens berör även Lapplands och Södra Savolax välfärdsområden. I båda välfärdsområdena har befolkningen minskat kännbart och kommer enligt prognosen att minska ytterligare de närmaste årtiondena (se avsnitt 2.1.8.). Befolkningen i områdena åldras, vilket i sig är av betydelse med tanke på jourtjänsterna, eftersom äldre anlitar mycket jourtjänster (se avsnitt 2.2.8). Deras befolkningsunderlag förutsätter ändå inte att det upprätthållas två jourer

dygnet runt inom flera specialområden. I områdena finns många turister och säsongboende samt ställvis utmanande trafikförhållanden (i Lappland föret och vägnätets skick samt i Södra Savolax många vattendrag), men inte heller dessa omständigheter bedöms förutsätta två jourer inom flera specialområden. Den offentliga ekonomins svåra situation och välfärdsområdenas underskott förutsätter också flera åtgärder regionalt och nationellt. Sålunda är det nödvändigt att utvärdera serviceurvalet och omfattningen av jourverksamheten dygnet runt vid sjukhusen i Lappland och Södra Savolax för att säkerställa tillräcklig men med avseende på servicestrukturen effektiv verksamhet.

Lapplands välfärdsområde har ändrat det befintliga avtalet med Mehiläinen Länsi-Pohja Oy så att den jourhavande läkararbetskraften övergår till Lapplands välfärdsområde från och med den 1 januari 2025. Lapplands välfärdsområdes fullmäktige har i sina beslut den 22 april 2024 och den 10 juni 2024 linjerat att skötseln av förlossningar överförs från Länsi-Pohja sjukhus till Lapplands centralsjukhus vid ingången av 2025. Samtidigt beslutade man om sjukhusens arbetsfördelning och om ändring av jourringarna inom vissa specialområden (gynekologi, barnsjukdomar, ortopedi) i syfte att överföra den operativa verksamheten under jourtid till Lapplands centralsjukhus och ordna jour endast en del av veckan vid Länsi-Pohja sjukhus. Besluten har överklagats. Välfärdsområdesstyrelsen beslutade den 19 juni 2024 att inleda beredningen av ändringarna i servicenätet på nytt, så att man kan säkerställa att bl.a. de som delta i beslutsfattande inte är jäviga. Norra Finlands förvaltningsdomstol har den 11 juli 2024 förbjudit verkställigheten av välfärdsområdesfullmäktiges beslut att koncentrera förlossningarna till Lapplands centralsjukhus den 1 januari 2025 tills besvären har behandlats.

Vid behandlingen av reformen av ordnandet av social- och hälsovård godkände riksdagen ett uttalande (RSv 111/2021 rd) enligt vilket riksdagen förutsätter att regeringen tryggar en tillräcklig standard på tjänsterna vid sjukhusen i Kemi och Nyslott och vid behov vidtar åtgärder för att garantera standarden. För att genomföra uttalandet föreslog dåvarande statsminister Marins regering att det föreskrivs att möjligheten ska gälla tills vidare, då det i införelselagen ursprungligen föreskrevs att möjligheten ska gälla till utgången av 2032. För att genomföra uttalandet föreskrevs dessutom att de extra kostnaderna för att upprätthålla två enheter med samjour kan ersättas inom ramen för statsbudgeten genom att bevilja en separat statlig ersättning (RP 319/2023 rd, RP 328/2022 rd; lag om ändring av 59 § i lagen om genomförande av reformen av social- och hälsovården och räddningsväsendet och om införande av den lagstiftning som gäller reformen). Riksdagen förutsatte alltså inte i sitt utlåtande att en tillräcklig servicenivå ska tryggas i dessa välfärdsområden uttryckligen genom att upprätthålla två enheter med samjour dygnet runt.

I samband med nämnda lagprojekt (RP 319/2022 rd, RP 328/2022 rd) konstaterades det i regeringens proposition angående välfärdsområdenas finansiering och separata ersättning att finansieringsmodellen för välfärdsområdena utgår från att kostnaderna för befolkningens servicebehov, inklusive behovet av jourtjänster på olika nivå, täcks jämlikt mellan välfärdsområdena genom icke-öronmärkt finansiering som avses i finansieringslagen. Välfärdsområdena kan inom ramen för sin självstyrelse och gällande lagstiftning ordna och organisera sin jourverksamhet på det sätt de beslutar. Statens separata finansiering motiverades med de extra kostnader som följer av den ineffektivitet som kan uppstå om samjour dygnet runt ordnas på två sjukhus i ett välfärdsområde. Ineffektiviteten kan enligt regeringens proposition antas bero på att de produktionsmässiga skalfördelarna blir mindre. Exempelvis kan den genomsnittliga kostnaden per prestation för de anläggningar och den logistik av olika slag som används minska när volymen blir större. Behovet att ha personal i beredskap, bland annat läkarinsatser, varierar enligt kundvolymen. (RP 328/2022 rd, s. 4, 14). Enligt lagen får beloppet av den särskilda ersättningen dock inte överstiga 20 procent av hela välfärdsområdets omkostnader för samjour dygnet runt, minskade med inkomsterna av verksamheten.

De ekonomiska konsekvensernas storleksklass var förenad med betydande osäkerhet i propositionen, men den särskilda ersättningen för de årliga extra kostnaderna förutspåddes för vardera välfärdsområdets del till några miljoner euro. Under remissbehandlingen ansåg Lapplands och Södra Savolax välfärdsområden att finansieringsmodellen inte tryggar verksamheten vid två sjukhus med jour dygnet runt, utan upprätthållandet av två enheter med samjour föranleder betydande extra kostnader. De ansåg att ersättningstaket på 20 procent är för lågt i förhållande till de verkliga kostnaderna.

När social- och hälsovårdsutskottet behandlade regeringens proposition tillstyrkte utskottet förslaget. I sitt betänkande betonade utskottet dock bl.a. att upprätthållandet av två jourpunkter dygnet runt inom vissa välfärdsområden inte får leda till en situation där upprätthållandet av jourverksamheten inom välfärdsområdena i fråga äventyrar förutsättningarna inom välfärdsområdet eller andra välfärdsområden inom samarbetsområdet att på bästa möjliga sätt ordna hälso- och sjukvården för den egna befolkningen. Utskottet behandlade också jämlikhetsfrågan i anslutning till att separat ersättning beviljas endast två områden. Utskottet ansåg att som en del av uppföljningen av välfärdsområdenas finansiering bör regleringens funktion och rättvisa dock bedömas med tanke på såväl tillgången till tjänster som allokeringen av finansieringen och transparensen i finansieringsmodellen, och vid behov bör regleringen ändras. (ShUB 53/2022 rd). På grund av utskottets betänkande godkände riksdagen ett uttalande enligt vilket riksdagen förutsätter att statsrådet i fråga om jourtjänsterna följer hur de rättigheter som tryggas med stöd av 19 § 3 mom. i grundlagen tillgodoses i välfärdsområdena och vid behov vidtar åtgärder för att säkerställa att rättigheterna tillgodoses i praktiken.

Det finns ingen erfarenhet av hur stor den separata ersättningen enligt 59 § i införelagen skulle ha varit för enligt lagen betalas ersättningen första gången för kostnader som uppkommit 2024, och välfärdsområdena har därmed inte lämnat in någon ansökan enligt lagen för att få separat ersättning. Enligt regeringsprogrammet för statsminister Orpos regering finansierar välfärdsområdena sjukhusens och jourernas verksamhet med allmän finansiering utan särskilda ersättningar. Riksdagen anvisade ingen finansiering för betalning av separata ersättningar i budgeten för 2024, och någon sådan ingår inte heller i planen för de offentliga finanserna för 2025–2028.

Lapplands och S:t Michels centralsjukhus serviceurval dygnet runt, vårdavdelningskapacitet och verksamhetsvolym är större än vid Länsi-Pohja och Nyslotts sjukhus. Sålunda ska Lapplands centralsjukhus och S:t Michels centralsjukhus betraktas som det egna välfärdsområdets huvudsjukhus. Även regionernas befolkningsunderlag och prognoserna för dem (avsnitt 2.1.8) samt det geografiska läget talar vid en bedömning av tillgängligheten på riksomfattande nivå (avsnitt 2.1.2) för centralsjukhusen i Rovaniemi och S:t Michel framom Länsi-Pohja och Nyslotts sjukhus.

Slutsatsen av den som konstateras i detta avsnitt och i avsnitt 2.2.5 är att det är motiverat att jour dygnet runt inom flera specialområden i fortsättningen inte kan upprätthållas vid Länsi-Pohja och Nyslotts sjukhus. Avståndet från Kemi och Nyslott till andra enheter med jour dygnet runt är tämligen stort men ändå inte sådant att det skulle vara motiverat att upprätthålla jour dygnet runt inom flera specialområden enbart med avseende på tillgängligheten.

Vid Länsi-Pohja sjukhus och sjukhusen i Oulainen, Salo, Nyslott och Valkeakoski samt inom HUS-sammanslutningens område vid sjukhusen i Hyvinge, Lojo och Borgå finns fungerande infrastruktur för att genomföra operativ verksamhet som borde utnyttjas så att universitetssjukhusen och centralsjukhusen i områdena inte överbelastas. Sålunda, trots att juren dygnet runt inom flera specialområden upphör vid en del av dessa sjukhus, skulle det vara ändamålsenligt med möjlighet att fördela en viss operativ verksamhet mellan områdets

sjukhus på ett kontrollerat och planmässigt sätt så att de tillgängliga lokalerna och kompetens kan utnyttjas.

Sådan ortopedisk operativ verksamhet som föreskrivs i 7 § i förordningen om centralisering av den specialiserade sjukvården utförs vad gäller proteskirurgi i samtliga dessa sjukhus, med undantag för Salo och Valkeakoski. Ryggkirurgi har utförts vid Länsi-Pohja samt i Hyvinge och Borgå. Om volymerna har underskridit de sjukhusspecifika antal som föreskrivs i förordningen, borde man avtala om att de kan utföras vid sjukhuset i fråga i avtalet om ordnande av specialiserad sjukvård eller i samarbetsområdets samarbetsavtal. Detta har delvis gjorts. Volymerna i fråga om primär proteskirurgi i knä och höft är betydande vid Oulaskangas, Länsi-Pohja, Nyslott samt inom HUS-sammanslutningens område i Lojo, Borgå och Hyvinge. Vid respektive sjukhus utförs hundratals operationer varje år och att flytta dem till universitetssjukhusen eller centralsjukhusen kräver planering och kontrollerad förändring för att få kapaciteten att räcka till.

2.3.3 Enheter inom primärvården och akutmedicinen som verkar dygnet runt med undantagstillstånd av social- och hälsovårdsministeriet

Enligt 50 § i hälso- och sjukvårdslagen kan social- och hälsovårdsministeriet bevilja ett välfärdsområde tillstånd att ordna jour dygnet runt inom primärvården eller akutmedicinen, om tillgängligheten till tjänsterna och avstånden mellan jourmottagningarna förutsätter detta och de tjänster som befolkningen behöver inte kan säkerställas tillräckligt väl genom den prehospitala akutsjukvården. De senaste åren har jour dygnet runt inom primärvården verkat med undantagstillstånd av social- och hälsovårdsministeriet i Ivalo, Kuusamo, Brahestad, Idensalmi, Varkaus, Jakobstad, Jämsä, Raseborg och Kouvola.

Social- och hälsovårdsministeriet bad att de välfärdsområden som upprätthåller jourer och sjukhus samt HUS-sammanslutningen skulle beskriva de olika jourenheternas verksamhet genom en förfrågan som genomfördes våren 2024. Enheternas serviceurval, resurstilldelning under jourtid och verksamhetsvolym beskrivs nedan. Genom områdenas egna beslut har jouren dygnet runt upphört i Raseborg den 2 september 2024, och i sjukhuset ordnas jour fram till klockan 20. Norra Österbottens välfärdsområdesfullmäktige har fattat beslut om att jouren dygnet runt i Brahestad upphör vid ingången av 2025 och ersätts med en mottagning som är öppen till klockan 22. Mellersta Finlands välfärdsområde har sommaren 2024 ansökt om undantagstillstånd för Jämsä t.o.m. den 31 augusti 2025, varefter jouren dygnet runt överförs till sjukhuset Nova i Jyväskylä. Trots dessa regionala beslut presenteras i det följande även uppgifter om dessa enheter.

Ivalo

Vid jouren i Ivalo finns en jourhavande läkare och sjukskötare på vardagar kvällstid, på veckoslut och på natten. År 2023 var antalet besökare 9036, dvs. kalkylmässigt i medeltal 25 besök per dygn, närmare uppgifter om när under dygnet besöken infaller saknas. Det finns inga uppgifter om enhetens vårdavdelningskapacitet. År 2023 hyrdes läkararbetskraft för 0,27 miljoner euro. Avståndet från Ivalo till Rovaniemi är 289 km och restiden 3h 25 min.

Kuusamo

Vid jouren i Kuusamo finns 1-2 jourhavande läkare på vardagar kvällstid och på veckoslut, liksom på natten. Antalet sjukskötare är 4-7 på kvällen och 2 på natten. År 2023 var antalet besöker i medeltal (median) 85 per dygn, varav 24 på kvällen och 7 på natten (medelvärde 9). I enheten finns 35 vårdavdelningsplatser inom allmänmedicin och 6 avdelningsplatser inom

psykiatri. Poliklinikverksamhet på deltid förekommer inom flera specialområden. Hyrd läkararbetskraft anlitas inte. Avståndet från Kuusamo till Uleåborg är 216 km och restiden 2h 34 min.

Brahestad

Vid jousen i Brahestad finns 1-2 jourhavande läkare på vardagar kvällstid och på veckoslut och en jourhavande läkare på natten. Antalet sjukskötare är 4 på kvällen och 2 på natten. År 2023 var antalet besökare i medeltal (median) 45 per dygn, varav 15 på kvällen och 6 på natten. I enheten finns 74 vårdavdelningsplatser inom allmänmedicin. Poliklinikverksamhet på deltid förekommer inom flera specialområden. År 2023 hyrdes läkararbetskraft för cirka 1,9 miljoner euro. Avståndet från Brahestad till Uleåborg är 76 km och restiden 1h 3 min.

Idensalmi

Vid jousen i Idensalmi finns en jourhavande läkare på vardagar kvällstid, på veckoslut och på natten. Antalet sjukskötare är 4 på kvällen och 2 på natten. År 2023 var antalet besökare i medeltal (median) 52 per dygn, varav 18 på kvällen (medelvärde 19) och 6 på natten (medelvärde 7). I enheten finns 26 vårdavdelningsplatser inom allmänmedicin, 30 inom kirurgi, 30 inom inre medicin och 18 inom psykiatri. Poliklinikverksamhet förekommer inom flera specialområden. År 2023 hyrdes ingen läkararbetskraft. Avståndet från Idensalmi till Kuopio är 84 km och restiden 1h samt från Idensalmi till Kajans 90 km, restid 1h 10 min.

Varkaus

Vid jousen i Varkaus finns en jourhavande läkare på vardagar kvällstid, på veckoslut och på natten. Antalet sjukskötare är 3 på kvällen och 2 på natten. År 2023 uppges antalet besökare ha varit 16 744, dvs. kalkylmässigt i medeltal 45 besök per dygn, närmare information om vilka tider på dygnet besöken förekommit saknas. I enheten finns 30 avdelningsplatser inom allmänmedicin och 25 inom inre medicin. Poliklinikverksamhet förekommer inom flera specialområden. År 2023 hyrdes läkararbetskraft för 10 000 euro. Avståndet från Varkaus till Kuopio är 76 km och restiden 55 min samt från Varkaus till S:t Michel 88 km och restiden 1h 1 min.

Jämsä

Vid jousen i Jämsä finns en jourhavande läkare på vardagar kvällstid, på veckoslut och på natten. Antalet sjukskötare är 3 på kvällen och 2 på natten. År 2023 var antalet besökare i medeltal (median) 35 per dygn, varav 10 på kvällen och 7 på natten. I enheten finns 49 vårdavdelningsplatser inom allmänmedicin och 22 inom kirurgi. Poliklinikverksamhet förekommer inom flera specialområden. År 2023 hyrdes läkararbetskraft för 1,45 miljoner euro. Avståndet från Jämsä till Jyväskylä är 57 km och restiden 45 min.

Kouvola

Vid jousen i Ratamokeskus i Kouvola finns 5-6 jourhavande läkare på vardagar kvällstid och på veckoslut och två jourhavande läkare på natten. Antalet sjukskötare är 10 på kvällen och 5 på natten. År 2023 var antalet besökare i medeltal (median) 124 per dygn, varav 37 på kvällen och 13 på natten. I enheten finns 75 vårdavdelningsplatser inom allmänmedicin och 15 inom akutmedicin. Poliklinikverksamhet förekommer inom flera specialområden. År 2023 hyrdes läkararbetskraft för 5, miljoner euro. Avståndet från Kouvola till Kotka är 57 km och restiden 48 min samt från Kouvola till Lahtis 62 km och restiden 54 min. Av de nuvarande jourerna med

undantagstillstånd är det endast Kouvola som har parallellt både jour inom primärvården och jour som tolkats som akutmedicin.

Raseborg

Vid juren i Raseborg har det funnits en jourhavande läkare på vardagar kvällstid och på natten. Inga exakta uppgifter erhöles om hur sjukskötarna är fördelade under dygnet. År 2023 var antalet besökare i medeltal (median) 36 per dygn, varav 9 kvällstid (medelvärde 10) och 4 på natten. Poliklinikverksamhet förekommer inom flera specialområden. I enheten finns 25 vårdavdelningsplatser inom allmänmedicin och 8 inom psykiatri. Läkartjänsterna vid juren inom primärvården dygnet runt vid sjukhuset i Raseborg har skaffats helt och hållet i form av köpta tjänster. Avståndet från Raseborg till Lojo är 50 km och restiden 46 min. I anslutning till HUS-sammanslutningens och Västra Nylands välfärdsområdes beslut ändras juren dygnet runt i Raseborg fr.o.m. den 2 september 2024 till att vara öppen klockan 8–20.

Jakobstad

Vid juren i Jakobstad finns 1–2 jourhavande läkare på vardagar på kvällstid och på veckoslut och en jourhavande läkare på natten. Antalet sjukskötare är 5–6 på kvällen och 2 på natten. År 2023 var antalet besökare i medeltal (median) 85 per dygn. Medianen för besöken kvälls- och nattetid är inte känd, medelvärdet på kvällen är 20 och på natten 8. I enheten finns 41 vårdavdelningsplatser inom allmänmedicin, 11 inom fysiatri och 6 inom geriatri. Poliklinikverksamhet förekommer inom flera specialområden. År 2023 hyrdes läkararbetskraft för 0,93 miljoner euro. Avståndet från Jakobstad till Vasa är 99 km och restiden 1h 15 min samt från Jakobstad till Karleby 36 km och restiden är 34 min.

Tabell 11. Uppgifter om verksamheten vid enheter inom primärvården och akutmedicinen som verkar dygnet runt med undantagstillstånd. Källa: SHM:s förfrågan till välfärdsområdena våren 2024.

Enheter inom primärvården	Jourbesök					Personal			Avstånd från orten till journsjukhus
	Per år	Per dygn, median	Kvälltid kl. 16-22 (dygn), median	Natttid kl. 22-07 (dygn), median	Veckoslut och helger kl. 07-16 (dygn), median	Läkare på plats vardagar natttid kl. 22-07	Sjukskötare på plats vardagar natttid kl. 22-07	Andelen hyrda läkare för att genomföra jour 24/7, %	
Norra Finlands samarbetsområde									
Kuusamo (Norra Österbotten)	31 064	85	24	7	40	1	2	0 %	216 km (Uleåborg)
Brahestad (Norra Österbotten)	16 443	45	15	6	22	1	2	13 %	60 km (Uleåborg)
Ivalo (Lappland)	9 036	Ingen uppgift				1	1	Ingen uppgift	289 km (Rovaniemi)
Östra Finlands samarbetsområde									
Idensalmi (Norra Savolax)	18 986	52	18	6	25	1	2	0 %	88 km (Kuopio), 88 km (Kajana)
Varkaus (Norra Savolax)	16 744	Ingen uppgift				1	2	2 %	77 km (Kuopio), 91 km (St. Michel)
Jämsä (Mellersta Finland)	12 764	35	10	7	18	1	2	100 %	58 km (Jyväskylä)
Södra Finlands samarbetsområde									
Kouvola (Kymmenedalen)	44 837	124	37	13	68	2	5	68 %	58 km (Kotka), 62 km (Lahtis)
Raseborg (HUS, Västra Nyland)	13 133	36	10	4	20	1	Ingen uppgift	100 %	50 km (Lojo), 84 km (Iorv)
Västra Finlands samarbetsområde									
Jakobstad (Österbotten) ¹⁾	31 040	85	20	8	40	1	2	25 %	98 km (Vasa), 36 km (Karleby)

1) Kväll, natt och veckoslut/helger är medeltals

Av tabellen ovan framgår att den absoluta merparten av besöken sker under tiden kl. 07-22 även i dessa enheter. På natten finns det i regel en läkare och dessutom behövt antal sjukskötare i dessa enheter, med undantag för Kouvola. Under en stor del av jourskiftet är denna personal samt stödtjänsterna i beredskap, trots att det inte finns några patienter. Enheterna har motiverats med långa avstånd och tillgänglighet, tillgodoseende av patienternas språkliga rättigheter samt befolkningens känsla av grundläggande trygghet. Även de läkartjänster som behövs vid vårdavdelningarna i sjukhusen inom området har tillhandahållits av de jourhavande läkarna. Rätt många enheter utnyttjar hyrd läkararbetskraft. De senaste åren har social- och hälsovårdsministeriet beviljat alla undantagstillstånd som sökts.

Bedömning

I avsnitt 2.2.5 diskuteras hur upprätthållandet av separat jourberedskap natttid som förutsätter fysisk närvaro för hälsoproblem på primärvårdsnivå inte medför någon betydande hälso nytta i förhållande till de resurser som binds (läkare, vårdpersonal, stödtjänster). Denna resurs skulle kunna användas bättre för att genomföra tjänster under tjänstetid samt inom ramen för förlängda öppettider under kvällar och på veckoslut samt nya verksamhetsmodeller, såsom mobila tjänster och tjänster som tillhandahålls i hemmet samt distanstjänster och digitala tjänster.

Vid en granskning av de gällande bestämmelserna om jour dygnet runt inom primärvården och akutmedicinen är det skäl att beakta att den gällande lagstiftningen gör det möjligt att upprätthålla sådana jourer endast med undantagstillstånd. När undantagstillstånd beviljas är det alltså varje gång frågan om en ny fallspecifik bedömning – inte om ett permanent tillstånd som automatiskt förlängs. Det är inte heller fråga om en skyldighet att upprätthålla dylik jour, utom om en möjlighet. Det nuvarande riksomfattande journätet dygnet runt är alltså inte uppbyggt på

så sätt de nuvarande enheterna som upprätthåller jour dygnet runt inom primärvården eller akutmedicinen utgör ett centralt element för att trygga jourverksamheten nattetid, utan det finns olika bakgrund och orsaker till att de nuvarande enheterna med jour dygnet runt upprätthålls. Trots att den hälso nytta som dessa jourer dygnet runt genererar inte är tillräckligt stor jämfört med de resurser som binds och alternativa verksamhetsmodeller, kan det finnas grunder för att göra det möjligt att upprätthålla dylika enheter när man granskar verksamheten som en helhet. Finland är geografiskt ett vidsträckt land, och särskilt avståndens betydelse måste bedömas. Dessutom kan stöd för tillgodoseendet av de språkliga rättigheterna tala för upprätthållande av dylika enheter inom vissa områden. Dessutom måste man beakta att ändringarna måste vara hanterbara, särskilt om omfattande ändringar riktar sig mot hälso- och sjukvårdssystemet i ett enskilt område.

I avsnitt 2.2.5. anförts åsikter enligt vilka begreppet jour inom akutmedicinen inte motsvarar den praktiska hälso- och sjukvårdsverksamheten eller att det separat från andra specialområden inte heller beskriver enhetens serviceurval tillräckligt. Därför är det motiverat att begreppet jour inom primärvården stryks i lagen och att det i lagen föreskrivs endast om möjlighet att ordna jour dygnet runt inom primärvården. Dessutom är det motiverat att i lagen vid vissa sjukhus som alternativ till jour dygnet runt inom primärvården möjliggöra sådan begränsad jour dygnet runt inom lämplig specialiserad sjukvård som är tillgänglig för befolkningen, för att dessa sjukhus verksamhet som en del av den regionala lösningen ska kunna genomföras på ett ändamålsenligt sätt. Detta motiveras mer ingående nedan i fråga om Länsi- Pohja och Nyslotts sjukhus. Det är alltså inte fråga om jour dygnet runt inom flera specialområden, utan det begreppet reserveras för central- och universitetssjukhusens jour och vissa av HUS-sammanslutningens sjukhus.

För Ivalos och Kuusamos del kan synnerligen långa avstånd betraktas som grund för att upprätthålla jour dygnet runt inom primärvården. Från Ivalo är avståndet till Rovaniemi, dvs. närmaste jour dygnet runt, 289 km och restiden med bil 3 timmar och 25 minuter. Från Kuusamo till Uleåborg, dvs. närmaste jour dygnet runt, är avståndet 216 km och restiden med bil 2 timmar och 34 minuter. Dessa områden är också geografiskt vidsträckta.

Vid behandlingen av regeringens proposition om en social- och hälsovårdsreform godkände riksdagen ett uttalande (RSv 111/2021 rd) enligt vilket riksdagen förutsätter att regeringen tryggar en tillräcklig standard på tjänsterna vid sjukhusen i Kemi och Nyslott och vid behov vidtar åtgärder för att garantera standarden. I regeringens proposition RP 319/2023 rd gick man igenom alternativa sätt att genomföra riksdagens uttalande om garanterande av en tillräcklig servicenivå vid sjukhusen i Kemi och Nyslott. Ett alternativ som framfördes var också att samjouren dygnet runt vid det ena av Lapplands och Södra Savolax välfärdsområdets sjukhus ändras till jour dygnet runt inom primärvården och akutmedicinen. Detta skulle trygga upprätthållandet av jour dygnet runt också i fortsättningen, om befolkningens servicebehov förutsätter jour av denna typ men inte förutsätter samjour inom fler än ett specialområde.

Vid Länsi-Pohja sjukhus i Kemi och i Nyslott talar de långa avståndet och en helhetsbedömning av de nuvarande sjukhusens historia och service för möjlighet att upprätthålla dylik jour dygnet runt inom primärvården eller alternativt begränsad jour inom den specialiserade sjukvården. Från Kemi till Rovaniemi är det 118 km, restid 1 timme 29 minuter och till Uleåborg 107 km, restid 1 timme och 18 minuter samt från Nyslott till S:t Michel 104 km, restid 1 timme 26 minuter. Vid Länsi-Pohja och Nyslotts sjukhus har det funnits ett tämligen mångsidigt serviceurval och operativ verksamhet som motsvarat ett centralsjukhus. En ändring av sjukhusens roll och serviceurval kräver planering och genomförande av välfärdsområdena så att de kan svara på befolkningens servicebehov på ett kontrollerat sätt. I dessa områden finns det också ett stort antal turister och säsongboende. Jämfört med andra enheter där det i

fortsättningen är motiverat att upprätthålla jour dygnet runt inom primärvården har Länsi-Pohja och Nyslotts sjukhus omfattande poliklinik- och vårdavdelningsverksamhet dagtid inom flera specialområden. Vid dessa sjukhus är det därmed motiverat att möjliggöra begränsad jour dygnet runt inom den specialiserade sjukvården som stödjer verksamheten vid sjukhuset och dessa vårdavdelningar inom den specialiserade sjukvården och vårdkedjorna i området, men som ändå inte är jour dygnet runt inom flera specialområden. Dessa omständigheter talar för att göra det möjligt att upprätthålla jour dygnet runt inom primärvården, alternativt begränsad jour dygnet runt inom den specialiserade sjukvården vid dessa sjukhus, trots att juren inom olika specialområden i övrigt flyttas till Rovaniemi och S:t Michel.

Motiveringen till att upprätthålla juren dygnet runt inom primärvården i Kouvola är särskilt stadens stora folkmängd, knappt 80 000 personer. Antalet är större än t.ex. i de mindre välfärdsområdena. Jourverksamheten i Kymmenedalen har fungerat tvåpoligt mellan Kouvola och Kotka, där centralsjukhuset finns, och området har utvecklat arbetsfördelningen mellan enheterna. Antalet besök nattetid på juren i Kouvola är större än vid andra nuvarande jourenheter inom primärvården. Kritiken mot det separata begreppet jour inom akutmedicinen och motiveringen till att slopa begreppet förklaras i avsnitt 2.2.5. Kymmenedalens välfärdsområde borde dock ändras verksamhetsmodellen och arbetsfördelningen mellan Ratamokeskus i Kouvola och Kotka centralsjukhus så att juren nattetid i fortsättningen är på allmänläkarnivå.

I Jakobstad inom Österbottens välfärdsområde och i Raseborg inom HUS-sammanslutningens område är över hälften av invånarna svenskspråkiga. Möjlighet att upprätthålla jour dygnet runt inom primärvården i Jakobstad och Raseborg stödjer tillgodoseendet av de språkliga rättigheterna, eftersom det kan antas att man på dessa orter kan se till att jourtjänster fås på svenska.

Välfärdsområdena, Helsingfors stad och HUS-sammanslutningen har många olika sjukhus, av vilka i första hand sådana som har jour dygnet runt behandlas i denna regeringsproposition. Dessutom finns det flera andra sjukhus för t.ex. allmänmedicin, rehabilitering, geriatri och psykiatri som inte beskrivs desto närmare och det har inte heller föreskrivits om dem separat förut. Den läkarjour som dessa sjukhus behöver dygnet runt är beroende av de patienter som vårdas och av de tjänster och stödtjänster som deras patientsäkra vård förutsätter. Läkarjour för patienter som är intagna på sjukhus har genomförts i form av fysisk närvaro, beredskapsjour eller distanskonsultation. Det lönar sig inte att föreskriva alltför begränsande eller detaljerat om den läkarjour som patienterna på sjukhusens vårdavdelningar behöver eller om dess former, så att välfärdsområdena, Helsingfors stad och HUS-sammanslutningen kan besluta om den mest ändamålsenliga verksamhetsmodellen för respektive sjukhus och utnyttja kapaciteten inom hela sitt område.

3 Målsättning

Syftet med denna proposition är att stärka det nationella servicenätet av sjukhus för specialiserad sjukvård och jurer dygnet runt i Finland så att det på ett högklassigt, patientsäkert och hållbart sätt kan svara på befolkningens behov av service nu och i framtiden såväl under normala förhållanden som i exceptionella situationer och under undantagsförhållanden. Strävan med propositionen är särskilt att trygga tillräcklig personal och specialkompetens vid olika sjukhus och inom andra tjänster genom att centralisera den mest krävande verksamheten som är beroende av personresurser och förutsätter beredskap till universitetssjukhusen och centralsjukhusen. Målet är att på så vis förbättra jämlikheten inom vården samt vårdens kvalitet och genomslag liksom klient- och patientsäkerheten när personalens kompetens har säkerställts och verksamheten är av jämn kvalitet.

Propositionens syfte är också att överföra nattjouren inom primärvården från separata enheter till sjukhusens jour dygnet runt inom flera specialområden, så att de resurser som använts för överlappande beredskap kan omfördelas till basservice och lättare tjänster, nya modeller för verksamheten samt brådskande mottagningsverksamhet under kvällar och veckoslut.

Genom att centralisera den tunga kirurgin som kräver operationssalsberedskap dygnet runt till universitetssjukhusen och centralsjukhusen strävar man efter att säkerställa att det finns tillräckligt med yrkeskompetenta personer för att upprätthålla beredskap dygnet runt vid dessa sjukhus. Vissa dagkirurgiska operationer som kräver endast kort eftervård får i fortsättningen utföras vid angivna sjukhus och vissa åtgärder även vid andra hälso- och sjukvårdsenheter. Strävan med detta är att den kapacitet som då frigörs vid universitetssjukhusen och centralsjukhusen kan riktas till tyngre åtgärder och operationer.

Syftet med ändringarna av bestämmelserna om operativ verksamhet och anskaffning av operationer är också att förbättra tillgången på tjänster för patienterna och förkorta vårdköerna. Samtidig är målet att säkerställa att den offentliga och den privata hälso- och sjukvårdskapaciteten utnyttjas på ett ändamålsenligt sätt i områdena.

Med propositionen eftersträvas också ett ekonomiska hållbart nationellt sjukhus- och servicenätverk.

Propositionen genomför regeringsprogrammet för statsminister Orpos regering, enligt vilket lagstiftningen om social- och hälsovårdstjänster ses över och områdena styrs att förnya sina tjänster enligt en ändamålsenlig stegvis gradering av tjänsterna. Enligt regeringsprogrammet föreskrivs det om den nationella helheten av sjukhus och jourer med beaktande av de långa avstånden och de språkliga rättigheterna. Dessutom revideras bestämmelserna om arbetsfördelningen inom den specialiserade sjukvården.

Denna proposition är en del av den nationella servicereformen, som baserar sig på regeringsprogrammet (se avsnitt 1.2). Av sakhelheterna i servicereformen kan särskilt målen som gäller kostnadseffektivitet, ett tydligare servicesystem samt upprätthållande av beredskapen främjas.

4 Förslagen och deras konsekvenser

4.1 De viktigaste förslagen

I regeringens proposition föreslås det att lagstiftningen om jour och operativ verksamhet inom hälso- och sjukvården ändras. Enligt propositionen kan i fortsättningen varje välfärdsområde ha ett universitetssjukhus eller centralsjukhus som finns på en angiven ort och som får och är skyldigt att upprätthålla sådan jour dygnet runt inom flera specialområden som är tillgänglig för befolkningen och säkerställer sjukhusets verksamhet. I Nyland kan HUS-sammanslutningen dock på basis av sitt beslut driva sådana sjukhus även på andra orter än Helsingfors. Den praktiska inverkan av förslaget är att jour dygnet runt inom flera specialområden och därmed operativ verksamhet som förutsätter jour dygnet runt och alltså inte heller operationssalsberedskap dygnet runt i fortsättningen inte kan ordnas vid sjukhusen i Kemi, Nyslott, Oulainen och Salo, dvs. ändringen berör Lapplands, Södra Savolax, Norra Österbottens och Egentliga Finlands välfärdsområden. Inte heller Birkalands välfärdsområde kan på nytt starta jour dygnet runt vid Valkeakoski sjukhus.

I propositionen föreslås att de bestämmelser slopas enligt vilka social- och hälsovårdsministeriet kan bevilja undantagstillstånd för upprätthållande av jour dygnet runt inom primärvården och

akutmedicinen. I stället föreskrivs i lagen om på vilka orter det är möjligt att upprätthålla sådan jour dygnet runt inom primärvården som är tillgänglig för befolkningen, om man kommer överens om saken i samarbetsområdets samarbetsavtal och de övriga lagstadgade förutsättningarna, bl.a. tillräcklig personal och ekonomisk bärkraft, uppfylls. I fortsättningen föreskrivs det inte om jour inom akutmedicinen i bestämmelserna. Jour dygnet runt inom primärvården får i fortsättningen upprätthållas i Ivalo, Kouvola, Kuusamo, Jakobstad och Raseborg. Jouren i Kouvola är den enda av dessa jourer där det för närvarande utöver jour inom primärvården finns jour som karakteriserats som jour dygnet runt inom akutmedicinen. I Kemi och Nyslott får det upprätthållas jour dygnet runt inom primärvården som är tillgänglig för befolkningen eller alternativt sådan begränsad jour inom den specialiserade sjukvården som stödjer verksamheten vid sjukhuset och vårdavdelningarna inom den specialiserade sjukvården och vårdkedjorna inom området, men som ändå inte är jour dygnet runt inom flera specialområden. Orter där jour dygnet runt inom primärvården för närvarande upprätthålls med ministeriets undantagstillstånd men inte kan upprätthållas i fortsättningen är Idensalmi, Jämsä, Brahestad och Varkaus, dvs. denna ändring berör Norra Savolax, Mellersta Finlands och Norra Österbottens välfärdsområden.

Vid alla sjukhus och andra verksamhetsenheter inom hälso- och sjukvården får man emellertid fortfarande upprätthålla sådan läkarjour dygnet runt inom sjukhuset som är nödvändig för en patientsäker vård av de patienter som redan finns på sjukhusets eller verksamhetsenhetens vårdavdelningar.

Alla välfärdsområden och Helsingfors stad ska fortfarande ha skyldighet att under vissa förutsättningar ordna brådskande mottagning under kvällstid samt på veckoslut under dagtid. Bestämmelsen preciseras så att betydelsen av befolkningens servicebehov framhävs när man bedömer behovet av att upprätthålla sådan brådskande mottagningsverksamhet. Brådskande mottagningsverksamhet bör utgöra en funktionell helhet tillsammans med de övriga tjänsterna. Även bestämmelserna om bedömning av behovet av brådskande vård förtydligas.

Bestämmelserna om förlossningar ändras inte. Den praktiska följden av de ändringar som föreslås i jourbestämmelserna är dock att Länsi-Pohja sjukhus i Kemi inte längre kan sköta förlossningar, eftersom där inte finns sådana jour dygnet runt inom flera specialområden som förutsätts för att sköta förlossningar.

I propositionen föreslås det att kravet att operativ verksamhet som förutsätter operationssal och anestesi i sin helhet ska sammanslås till de sjukhus som har jour dygnet runt inom flera specialområden (samjour dygnet runt) luckras upp. En del av sådan dagkirurgi och operativ verksamhet inom olika specialområden som kräver endast kortvarig eftervård, vilka kräver operationssal och anestesi, kan också utföras vid de angivna sjukhus som inte har jour dygnet runt inom flera specialområden. Dessa är välfärdsområdenas sjukhus i Kemi, Oulainen, Salo, Nyslott och Valkeakoski och HUS-sammanslutningens sjukhus. Dessa sjukhus kan under den övergångstid som fortgår till den 30 juni 2028 också tillfälligt utföra primära protesoperationer i knä och höft som utförs som dagkirurgiska åtgärder, som det finns risk för att vårdgarantin inte uppfylls och välfärdsområdet eller HUS-sammanslutningen inte lyckas skaffa tillräckligt med sådana operationer från andra välfärdsområden. Förutsättningen för att utföra operativ verksamhet vid dessa sjukhus är att kraven på verksamhetens kvalitet och resurser uppfylls. När de lagstadgade kraven uppfylls kan man dessutom även i andra verksamhetsenheter inom hälso- och sjukvården utföra sådana mindre åtgärder som kräver narkos eller lokalbedövning och som förutsätter anesthesiologisk kompetens och som kan genomföras patientsäkert även i andra lokaler än en operationssal och som kräver endast kortvarig eftervård av patienten. Närmare bestämmelser om sådana dagkirurgiska operationer och operationer som kräver endast kortvarig

eftervård samt mindre åtgärder som kräver narkos eller lokalbedövning utfärdas genom förordning av statsrådet.

I lagen förtydligas bestämmelserna om under vilka förutsättningar operationer och andra ovan avsedda åtgärder kan skaffas av privata tjänsteproducenter. Operativ verksamhet som förutsätter operationssalsberedskap dygnet runt vid ett sjukhus eller kirurgi som centraliserats genom förordning får skaffas endast av en tjänsteproducent vars sjukhus finns i den omedelbara närheten av ett offentligt universitetssjukhus eller centralsjukhus och som har ett integrerat funktionellt samband med sjukhuset i fråga. En del av dagkirurgin samt den operativa verksamhet inom olika specialområden som kräver endast kortvarig eftervård samt av de mindre åtgärder som kräver anestesi kan skaffas även av andra privata tjänsteproducenter. Primära protesoperationer i höft och knä som utförs som dagkirurgiska åtgärder får skaffas från en privat tjänsteproducent, om det finns risk för att den längsta väntetiden till vård (vårdgarantin) överskrids. Förutsättningen för anskaffningar av en privat tjänsteproducent är att kraven på patientsäkerhet och kvalitet uppfylls.

Man bör komma överens om de principerna för anskaffning av operativ verksamhet i samarbetsrådets samarbetsavtal. I lagen preciseras också de saker som ska beaktas när man kommer överens om operationer och jour i samarbetsavtalet. Dessutom föreskrivs det att när det avtalas om jour ska även möjligheten för välfärdsområdet, Helsingfors stad och HUS-sammanslutningen att samarbeta med också andra välfärdsområden än de som hör till samma samarbetsområde, med Helsingfors stad och med HUS-sammanslutningen beaktas.

I bestämmelserna preciseras dessutom hur bestämmelserna i Nyland berör välfärdsområdena i Nyland, Helsingfors stad och HUS-sammanslutningen. Bemyndigandena att utfärda förordning om arbetsfördelningen och centraliseringen inom den specialiserade sjukvården preciseras och jourbegreppen ändras delvis.

4.2 De huvudsakliga konsekvenserna

4.2.1 Ekonomiska konsekvenser

Det har visat sig vara mycket utmanande att bedöma propositionens konsekvenser. I en multivariat situation är det mycket svårt att bedöma enskilda kausalitetsförhållanden eller förhållanden mellan åtgärd och verkan. I omvärlden finns många olika faktorer som avsevärt påverkar helheten och som förändras kontinuerligt såväl regionalt som tidsmässigt. Till dem hör bl.a. vårdskulden och tillgången på personal och å andra sidan också t.ex. svårförutsägbara förändringar i befolkningens beteende. Det svåra läget inom den offentliga finanserna och välfärdsområdenas hotande underskott har tvingat områdena att fortlöpande utveckla verksamheten och ekonomin samt servicestrukturen och servicenätet och att genomföra sina förändringsprogram. De senaste månaderna har områdena fattat viktiga beslut som i hög grad påverkat även beredningen av denna regeringsproposition och t.ex. uppdateringen av kalkylerna. I konsekvensbedömningen har strävan varit att stödja sig på ett så aktuellt kunskapsunderlag som möjligt, dock så att uppgifterna om de olika områdena och analyserna ska vara jämförbara. Ur de nationella registren över verksamhet och ekonomi har det gått att få ett kunskapsunderlag för hela Finland som lämpar sig någorlunda för jämförelserna. Trots att ett enskilt område kan ha noggrannare uppgifter i sitt eget kunskapsunderlag, är det inte motiverat eller möjligt att till alla delar utnyttja dem för beredningen av regeringens proposition just på grund av bristande jämförbarhet.

I de föreslagna ändringarna handlar det för alla sjukhus och jourers del om en enhetsspecifik helhetsbedömning som gjorts vid social- och hälsovårdsvårdsministeriet och där man har

beaktat bl.a. avstånd, verksamhetsvolym och antal besök, sjukhusets och verksamhetsenhetens verksamhetsprofil, serviceurvalet vid andra sjukhus i närområdet, tillgången till personal och specialkompetens och personalens och specialkompetensens tillräcklighet, mängden hyrd arbetskraft som anlitas, patientsäkerheten samt tillgodoseendet av de språkliga rättigheterna. Målet har varit att skapa och trygga en nationell helhet där de mest krävande funktionerna som förutsätter mest ekonomiska och personalresurser har koncentrerats till central- och universitetssjukhusen.

De lagändringar som föreslås i propositionen har i första hand konsekvenser för välfärdsområdesekonomin, och de direkta konsekvenserna riktar sig därmed till den offentliga ekonomin och statens finansiering för välfärdsområdena. Propositionen har ekonomiska konsekvenser även för sjukförsäkringssystemets ersättningsutgifter och för hushållen. De ekonomiska konsekvenserna har bedömts separat i fråga om sparpotentialen inom primärvården och inom den specialiserade sjukvården. Dessutom har man bedömt kostnadseffekterna för den prehospitala akutsjukvården och kundavgifterna inom social- och hälsovården samt konsekvenserna för statens finansiering enligt välfärdsområde.

Vid bedömningen av de ekonomiska konsekvenserna beaktades de bedömningar som gjordes av den arbetsgrupp för att utreda sjukhusen som gjorde förberedande arbete hösten 2023. Enligt bedömningarna kan kostnadsökningen dämpas genom att ändras sjukhus- och journätverket. Expertgruppen bedömde att orsakerna till detta är bl.a. följande: (i) Genom att justera antalet jouringar inom olika specialområden så att de motsvarar behovet kan man minska överlappande funktioner och förbättra effektiviteten på nationell nivå. (ii) Behovet av hyrd arbetskraft minskar. (iii) Det totala antalet anställda som behövs inom sjukhus- och servicenätverket minskar och optimeringen av personalens arbete dagtid förbättras. (iv) Behovet av personalresurser för de stödtjänster som krävs inom jourverksamheten (bl.a. röntgen, laboratorietjänster) minskar. (v) Användningsgraden för lokaler och utrustning ökar och det behövliga antalet anordningar minskar. (vi) Vårdindikationerna blir enhetliga och bästa praxis kan införas snabbare. Nationellt sett finns det fortfarande stora regionala skillnader när det gäller vad som behandlas och i vilken grad och dessa kan inte förklaras med befolkningsstrukturen eller behovsgrunden. (vii) Med beaktande av det som beskrivs ovan fastställdes att för att undvika överlappande kostnader måste den överlåtande och den mottagande enheten anpassa och omprofilera sin egen verksamhet. Sparpotentialen påverkas dessutom av hur det mottagande sjukhusets kapacitetssituation och kostnaderna för att utöka kapaciteten samt å andra sidan av hur mycket tillgången till tjänster har ökat användningen av tjänster.

Under den fortsatta beredningen av bedömningen av de ekonomiska konsekvenserna 2024 identifierades särskilt inom jourtjänsterna faktorer som ligger bakom en realisering av sparpotentialen. Omständigheter som avsevärt påverkar kostnaderna är användning av personal, beredskap och hyrd arbetskraft, effektivisering av verksamhetsenheternas verksamhet, möjligheter att omfördela arbetskraften och allokering av resurserna till verksamhet dag- och kvällstid. Som indirekta konsekvenser av lagförslaget identifierades dessutom sparpotential till följd av mer omfattande användning av tekniska möjligheter (t.ex. verksamhet som produceras på distans), centralisering av upphandlingar samt bättre patienthänvisning så att kommuninvånarnas vårdbehov i första hand tillgodoses på andra sätt än genom jourtjänster nattetid.

Material som använts för att beräkna de ekonomiska konsekvenserna är särskilt uppgifter i Institutet för hälsa och välfärd (THL) (i) Hilmo = Vårdanmätningssystemet (Terveyshilmo/specialiserad sjukvård och Avohilmo/primärvård) och (ii) sjukhusens s.k. produktivitetsrapport samt (iii) välfärdsområdenas och välfärdssammanslutningarnas ekonomirapportering AURA. I kalkylerna har dessutom utnyttjats Folkpensionsanstaltens

statistik över ersatta ambulanstransporter. I kalkylerna har också utnyttjats välfärdsområdenas statistik över antalet kundbesök inom hälso- och sjukvården och besökens fördelning över olika tider på dygnet samt svaren som gäller antalet i patienter i de förfrågningar som riktades till områdena. I kalkylerna har använts de senaste fastställda områdesvisa kostnadsuppgifterna om den offentliga hälso- och sjukvården, som är från 2022. Det har dock inte gått att plocka uppgifter för kalkylerna för denna lagändring direkt ur något material, utan definitionerna har preciserats, uppgifter har sammanställts och det har gjorts gallringar i fråga om alla uppgifter.

4.2.1.1 Konsekvenser för statsfinanserna

Allmänna utgångspunkter

I 9 § i finansieringslagen föreskrivs det att nivån för den statliga finansieringen ska ändras till fullo på grund av en ändring i omfattningen eller arten av de uppgifter för vilka välfärdsområdena har organiseringsansvaret, om ändringen följer av en lag eller förordning som gäller uppgiften i fråga. Ändringen i omfattningen av välfärdsområdets lagstadgade uppgifter har bedömts till den del att varje välfärdsområde har i fortsättningen bara ett centralsjukhus eller universitetssjukhus där det är möjligt att upprätthålla sådan jour dygnet runt inom flera specialområden som är tillgänglig för befolkningen och som säkerställer sjukhusets verksamhet, samt till den del att det i fortsättningen föreskrivs särskilt genom lag om de orter där det är möjligt att upprätthålla jour dygnet runt inom primärvården eller alternativt begränsad jour inom den specialiserade sjukvården.

Vid bedömningen av ändringarna i de lagstadgade uppgifternas omfattning har beaktats de kostnader som överförs till följd av de föreslagna bestämmelserna och den sparpotential som hänför sig till dem samt de effekter som avspeglas i den prehospitala akutsjukvården. I beredningen av konsekvensbedömningen har också identifierats välfärdsområdenas egna beslut som gäller servicenätet och verksamheten inom hälso- och sjukvården och som har samma eller motsvarande konsekvenser som föreslås i detta utkast till regeringsproposition. Till den del som välfärdsområdena har fattat besluten så att de har trätt eller kommer att träda i kraft före de aktuella lagändringarna har dessa sparpotentialer eller kostnadsbesparingar till följd av välfärdsområdenas eget beslutsfattande inte beaktats som konsekvenser i detta propositionsutkast. Således har de ändringar som grundar sig på områdenas egna ovannämnda beslut inte beaktats som uppgiftsändringar som påverkar statens finansiering av välfärdsområdena.

I enlighet med den gällande lagstiftningen syns merparten av konsekvenserna av ökningen av den prehospitala akutsjukvården för statsfinansernas del i huvudsak i sjukförsäkringsfondens utgifter och endast till en liten del i välfärdsområdenas kostnader och finansiering som ska beaktas. Jämfört med dagens system kommer sjukförsäkringsersättningarna till välfärdsområdena till följd av reformen att öka ungefär lika mycket som kostnaderna för den prehospitala sjukvården, och därför har ökningen av kostnaderna för den prehospitala sjukvården liten inverkan på finansieringen enligt finansieringslagen.

Jourer dygnet runt inom primärvården

De föreslagna lagändringarna gäller nattjouren inom primärvården, nio timmar per dygn under tidsperioden kl. 22-07. Lagändringen berör fyra verksamhetsenheter inom primärvården: I Idensalmi, Jämsä, Brahestad och Varkaus samt enheten i Kouvola så att verksamheten delvis ändras. På grund av områdenas egna beslut beräknas inte de ekonomiska konsekvenserna i fråga om ändringarna i Jämsä och Brahestad.

Uppskattningar av kostnaderna för och antalet användare av jourerna inom primärvården har sammanställts nedan i tabell 12. Kostnaderna baserar sig på de uppgifter som kommunerna och samkommunerna rapporterade 2022 i serviceklassen Jourtjänster dygnet runt i AURA-serviceklassifikationen. Till övriga delar är uppgifterna sådana som rapporterats direkt av den berörda kommunen, men för Kouvolas del är kostnaderna en kalkylmässigt andel av kostnaderna för Kymmenedalens samkommun för sjukvårds- och socialservice. Kostnaderna för verksamhet nattetid rapporteras inte separat, så under beredningen har man varit tvungen att uppskatta dem separat. Uppskattningen bygger på antagandet att kostnaderna för verksamhet nattetid är dubbelt högre per timme. Denna uppskattning är förenad med betydande osäkerhet, men man kan anta att kostnaderna för jour nattetid som genomförs med t.ex. hyrd läkararbetskraft är proportionellt sett ännu större. Besöken i tabellerna är fysiska besök som tjänsteproducenterna i fråga anmält i Vårdanmälningssystemet (Hilmo) 2023, så enligt den rapporterade uppgiften om skyndsamhetsklass har det varit ett besök vid en jourenhet. Antalet besök nattetid vid jourenheterna har varit kring 10 procent av alla besök vid jourenheterna.

Tabell 12. Uppskattning av kostnaderna för och besöken vid juren inom primärvården i Idensalmi, Varkaus och Kouvola.

P l a c e r i n g	Nuvarande kostnad inom journen dygnet runt, mn euro	Kalkylerad kostnad för verksamheten nattetid inom juren dygnet runt, mn euro	Brådskande besök inom den öppna sjukvården 22-07 år 2023	Andelen brådskande besök nattetid av de brådskande besöken
I d e n s a l m i	3,8	2,1	2 397	12,1 %
V a r k a u s	3,9	2,2	2 722	10,8 %
K o u v o l a	19,5	10,7	5 640	11,9 %

Beträffande konsekvenserna av att verksamheten nattetid upphör har man för Idensalmis och Varkaus del antagit att 50 procent av besöken nattetid ersätts av besök som sker direkt samma natt vid närmaste jourhavande samjour dygnet runt. Motsvarande effekt har också uppskattats som förlängning av den prehospitla akutsjukvårdens transportresor och transporttider. Vidare har man antagit att 40 procent av de jourbesök som nu sker nattetid sker följande dag som jourbesök dagtid. Vart tionde besök antogs bli inställt när verksamhetsenheterna inte längre är öppna nattetid⁶². Dessa sistnämnda besök utgör en kalkylmässig sparpotential. När de besök som gjorts nattetid sätts i relation till öppettiden på natten, kan man uppskatta att kapacitetsutnyttjandet varit cirka 20 - 23 procent i förhållande till dagtid. Utifrån kapacitetsutnyttjandet och den antagna dubbla timkostnaden kan ett jourbesök nattetid anses kosta upp till tio gånger mer än ett besök dagtid. Under tabell 13 beskrivs nyckeltal enligt vilka kostnadsöverföringen för Idensalmis och Varkaus del har uppskattats innebära en sparpotential på cirka 45 - 46 procent när kostnaderna för den prehospitla akutsjukvården, som uppskattas nedan, inte beaktas.

Av verksamheten i Kouvola upphör till följd av propositionen endast den jourverksamhet nattetid som fungerat som jour inom akutmedicinen, medan juren dygnet runt inom primärvården kan fortsätta. Med hjälp av nationellt tillgängliga informationskällor har det inte varit möjligt att skilja verksamheten vid juren inom akutmedicinen i Kouvola från juren i Kouvola som helhet. Enligt de uppgifter som Kymmenedalens välfärdsområde lämnat in har besöken på juren inom akutmedicinen utgjort ungefär en tredjedel av jourbesöken i Kouvola. Trots detta har kostnaden per enhet för ett jourbesök i Kouvola som helhet varit uppskattningsvis 130–180 procent högre än kostnaden per enhet för ett jourbesök i Idensalmi och Varkaus, där det inte har funnits jour inom akutmedicinen. Om man antar att propositionen innebär att kostnaden per enhet sjunker med 15 procent inom hela juren i Kouvola, skulle besparingen bli cirka 2,9 miljoner euro på 2022 års nivå.

Tabell 13. Uppskattning av sparpotentialen inom juren inom primärvården i Idensalmi, Varkaus och Kouvola.

Placering	Kapacitetsutnyttjande i förhållande till dagtid	Kostnad för en prestation nattetid i förhållande till dagtid	Sparpotential om verksamheten nattetid upphör eller ändras	Kostnadsbesparing på 2022 års nivå, mn euro
Idensalmi	23,0 %	871 %	45,41 %	0,9
Varkaus	20,2 %	992 %	45,97 %	1,0

⁶² Det inom hälso- och sjukvården kända fenomenet ”*utbud skapar efterfrågan*” har behandlats bl.a. i publikationen: Pekurinen, M & Puska, P (2007) *Terveidenhuollon menojen hillintä: rahoitusjärjestelmän ja ennaltaehkäisyn merkitys* (Stävandet av utgifterna för hälso- och sjukvården genom finansieringssystemet och förebyggande åtgärder, på finska, med prestationsblad på svenska). Statsrådets kanslis publikationsserie 4/2007, s. 27.
<https://valtioneuvosto.fi/documents/10616/622950/J0407_Terveidenhuollon_menojen_hillint%C3%A44.pdf>

Kouvola (ändringar i verksamhet en)			15 %	2,9
Totalt				4,8

Ovanstående sparpotential inom primärvården förhöjd till 2025 års nivå är cirka 5,1 miljoner euro.

Jourer dygnet runt inom flera specialområden inom den specialiserade sjukvården

En konkret följd av förslaget är att jour dygnet runt inom flera specialområden och därmed sådan operativ verksamhet som kräver jour dygnet runt i fortsättningen inte kan ordnas på sjukhusen i Kemi, Nyslott, Oulainen, Salo och Valkeakoski. Birkalands välfärdsområde har dock i fråga om sjukhuset i Valkeakoski fattat beslut om liknande ändringar inom den specialiserade sjukvården redan innan denna regeringsproposition överlämnas. Birkalands välfärdsområde fattade besluten om servicenätet hösten 2023. Lapplands välfärdsområde fattade för Länsi-Pohja sjukhus del beslut om liknande ändringar i anslutning till specialområdena barnsjukdomar, gynekologi och ortopedi våren 2024. I dessa sjukhus är lagändringens inverkan inte densamma som konsekvenserna för sjukhusen i Nyslott, Oulainen och Salo, beträffande vilka välfärdsområdet inte har fattat egna beslut.

De kostnader som orsakas av de ändringar som föreskrivs i jouren och den operativa verksamheten inom den specialiserade sjukvården och sparpotentialerna i anslutning till dem har uppskattats genom att använda de kostnadsuppgifter som kommunerna och samkommunerna meddelat till statistiken Sjukhusens produktivitet och med hjälp av de verksamhetsuppgifter som anmälts till Vårdanmälningssystemet (Hilmo). Kostnaderna för prestationerna enligt materialet granskades med hjälp av DRG-gruppering (*diagnosis related groups*) utifrån olika serviceformer, dvs. öppenvård och vårdavdelningsverksamhet, brådskande och icke-brådskande patientvård, utförda åtgärder samt den tidpunkt då patienten kommit för vård. Materialet innehåller ingen information om produktionsfaktorer eller deras kostnader, så t.ex. den tidpunkt då patienten kommit till sjukhuset påverkar inte de kalkylerade kostnaderna för prestationerna. Vårdperioder som börjat på natten gavs kostnadsvikten 2,5 som beskriver prestationens relativa dyrhet, dvs. prestationer nattetid bedömdes vara cirka 150 procent dyrare än dagtida. Detta antagande är förenat med betydande osäkerhet, men med tanke på det låga antalet prestationer nattetid kan det vara motiverat med en försiktig uppskattning.

Av prestationerna vid de sjukhus som berörs av regleringen granskades jour nattetid inom den specialiserade sjukvården samt dagtida operativ verksamhet som lett till en period på vårdavdelning, dagtida elektiv vård för patienter inom öppenvården samt brådskande vård dagtid. All jour nattetid inom den specialiserade sjukvården samt dagtida operativ verksamhet som lett till en period på vårdavdelning antogs överföras till centralsjukhus eller universitetssjukhus. På grund av minskad beredskap dygnet runt antogs 10 procent av kostnaderna för dagtida elektiv vård för patienter inom öppenvården och 20 procent av kostnaderna för brådskande vård dagtid överföras till centralsjukhusen eller universitetssjukhusen. De patientflöden som hänför sig till dessa kostnader har beaktats även i bedömningen av förlängda transporttider inom den prehospitala akutsjukvården.

Kostnadsöverföringen har uppskattats innebära en sparpotential på 30 procent. Uppskattningen av sparpotentialen är social- och hälsovårdsministeriets expertbedömning. Uppskattningen stöds inte av någon erkänd empirisk forskning som tillräckligt väl skulle kunna generaliseras med avseende på de föreslagna ändringarna. Uppskattningen är förenad med betydande osäkerhet. För att uppnå sparpotentialen förutsätts att välfärdsområdena effektivt verkställer lagens målsättningar. I tabell 14 nedan har sammanförts kostnaderna för den specialiserade sjukvården vid de sjukhus som berörs av regleringen, kostnadsöverföringen till följd av regleringen och den sparpotential som dessa bedöms generera. För Salo och Länsi-Pohja sjukhus innehåller de uppgifter som anmälts till Vårdanmälningsystemet inte tidpunkten då vårdperioderna börjat. För sjukhuset i Salo har som totalkostnad för den specialiserade sjukvården använts uppgifter i Egentliga Finlands sjukvårdsdistrikts beredningsmaterial från 2019 och för kostnadsöverföringarna har använts genomsnittskostnaderna för motsvarande prestationer vid sjukhusen i tabell 14 och dessutom Valkeakoski sjukhus. För Länsi-Pohjas del har tillvägagångssättet varit detsamma, men strävan har varit att minska kostnadsöverföringen med inverkan av de beslut som Lapplands välfärdsområde redan fattat.

Tabell 14. Uppskattning av kostnaderna, kostnadsöverföringarna och sparpotentialen vid Länsi-Pohja, Nyslotts, Oulaskangas och Salo.

Sjukhus	Sjukhusets totalkostnad, inkl. psykiatri, mn euro	Kostnadsöverföring, mn euro	Andel som överförs av sjukhusets totalkostnad	Sparpotential 30 % av kostnadsöverföringen, mn euro	Sparpotential enligt nivån 2025, mn euro
Länsi-Pohja	88,0	22,6	26 %	6,8	7,4
Nyslott	59,3	21,3	35,9 %	6,4	7,0
Oulaskangas	45,5	25,3	55,6 %	7,6	8,3
Salo	43,0	3,0	35,0 %	4,6	5,0
Totalt	235,8	84,2	35,7 %	25,4	27,8

Ovannämnda sparpotential för den specialiserade sjukvårdens del minskar av att Nyslotts sjukhus och Länsi-Pohja sjukhus i Kemi fortfarande får möjlighet att ordna jour nattetid inom primärvården eller begränsad jour inom den specialiserade sjukvården. Den tilläggskostnad som detta orsakar har utifrån ovanstående uppskattningar av sparpotentialen inom primärvården antagits vara 1,1 miljoner euro per sjukhus. Sålunda skulle sparpotentialen för den specialiserade sjukvårdens del vara totalt 25,6 miljoner euro enligt nivån 2025.

Prehospital akutsjukvård

För den prehospitla akutsjukvårdens del har upphörandet av nattjourerna inom primärvården samt de ändringar som riktar sig till jouden och den operativa verksamheten inom den specialiserade sjukvården bedömts separat. Som beräkningsgrund för den prehospitla akutsjukvården har använts årskostnaden för upprätthållande av en prehospitla akutsjukvårdsenhet. Kostnaden för upprätthållande av en prehospitla akutsjukvårdsenhet har uppskattats så att en dygnsenhet har antagits bestå av en ambulans samt två akutvårdare. Personalbehovet för att upprätthålla fortlöpande beredskap 24/7 under ett år med en enhet har uppskattats till 12 akutvårdare, och kostnaden för en enskild akutvårdares årsverke är 75 000 euro. På årsnivå är kostnaden för dessa totalt 0,9 miljoner euro. Med beaktande av annat underhåll har årskostnaden för en prehospitla akutsjukvårdsenhet uppskattats till cirka en miljon euro. Timkostnaden för upprätthållandet är uppskattad på detta sätt 114 euro per timme. I fråga om transporter nattetid ska dessutom beaktas natttillägget till kostnaderna, som har uppskattats med koefficienten 1,4. Koefficienten täcker tilläggen för nattarbete till personalkostnaderna. Uppskattad på detta sätt blir timkostnaden för prehospitla akutsjukvård nattetid cirka 160 euro per timme.

Antalet besök nattetid inom primärvården baserar sig på svaren på den förfrågan som riktades till välfärdsområdena, där områdena har uppskattat antalet besök per år samt hur besöken fördelar sig under olika tider på dygnet. Som antal patienter som överförs har beaktats antalet besök klockan 22–07 samt som ökning antalet besök under en timme på kvällen, vilket motsvarar antalet besök klockan 21–22. Ökningen baserar sig på antagandet att när stängningstiden närmar sig transporteras patienten direkt till närmaste enhet inom hälso- och sjukvården som har nattjour.

I fråga om jourbesöken nattetid har man uppskattat att 50 procent av patienterna transporteras av den prehospitla akutsjukvården med ambulans till den mottagande enheter och i fråga om ökningen den sista kvällstimmen att 30 procent av patienterna transporteras av den prehospitla akutsjukvården. I övrigt har man antagit att en del av patienterna tar sig med antingen taxi eller egen bil till en öppen joudenhet, att en del av patienterna vårdas på plats, att besöket hos hälso- och sjukvården för en del av patienterna kan vänta till morgonen och att en del inte behöver social- och hälsovårdstjänster alls. Den prehospitla akutsjukvårdens kostnadsökning har uppskattats i form av antalet patienter som transporteras och tidsökningen för den prehospitla akutsjukvårdsenhetens transport, som orsakas av avståndet mellan de enheter inom hälso- och sjukvården som stängs och som tar emot patienter i båda riktningar. Detta avstånd har uppskattats som den s.k. största avståndsökningen, när transporten sker från startpunkten och direkt den kortaste vägen till en enhet inom hälso- och sjukvården. Denna tid ökar alltså den tid som akutsjukvårdsenheten är bunden, och den ökade bindningstiden kan ersättas genom att utöka antalet akutsjukvårdsenheter. I detta fall riktar sig ökningsbehovet särskilt till nattetid. Här bör det alltså påpekas att ökningsbehovet är kalkylmässigt och har beräknats som hela prehospitla akutvårdsenheter, men i verkligheten riktar sig ökningsbehovet alltså tidsmässigt till olika tider på dygnet, t.ex. ökad kapacitet nattetid. Den kalkylmässiga ökningen tar inte ställning till hur välfärdsområdet de facto allokera tilläggsresurserna.

Samma antagna avståndsökning har också använts i fråga om de ambulanstransporter som FPA ersätter. Eftersom avståndsökningen är den s.k. maximioökningen har koefficienten 1,5 använts i stället för fulla 2. Eftersom det inte finns exakt information att tillgå om startpunkt och slutpunkt, handlar det här om ett antagande. Antagandet motsvarar också FPA:s ersättning för taxiresor som gjorts till de enheter med nattjour som läggs ned i förhållande till den teoretiska avståndsökningen. Ökningen av sjukförsäkringens reseersättning har beräknats enligt de gällande ersättningsgrunderna (ändring 1114/2023) i statsrådets förordning om ersättningstaxa för kostnader för sjuktransport (490/2018). I tabell 15 har sammanställts uppskattningar av antalet patienter som överförs och av kostnaderna för att transporterarna räcker längre. För

Kouvolas del baserar sig beräkningen på en grov uppskattning av att alla patienter som kommer till jouren inom akutmedicinen klockan 21–07 överförs till Kotka med ambulans. Enligt den information som Kymmenedalens välfärdsområde lämnat är ungefär en tredjedel av patienterna vid jouren i Kouvola akutmedicinska patienter.

Tabell 15. Konsekvenser för den prehospitala akutsjukvården av att nattjourer inom primärvården stängs eller inskränks.

Nattjour som läggs ned eller inskränks	Varkaus	Idensalmi	Kouvolaa
Mottagande enhet	KYS	KYS	Kotka
Avståndsförändring	76	85	55
Antal kunder som överförs kl. 21-22	1000	1010	
Varav med ambulans 30 %	300	303	
Antal kunder som överförs kl. 22-07	2145	2372	
Varav med ambulans 50 %	1073	1186	
Kunder som överförs totalt	1373	1489	2150
Tilläggskostnad för den prehospitala akutsjukvården, euro	519 112	629 952	630 000
Sjukförsäkringens reseersättningar, euro	473 146	574 171	570 000

Kostnaderna för den prehospitala akutsjukvården av de ändringar som förskrivs i jouren och den operativa verksamheten inom den specialiserade sjukvården och den sparpotential som hänför sig till dem har uppskattats genom att använda samma statistikmaterial som vid uppskattningen av kostnaderna och sparpotentialen för verksamhetsenheterna inom hälso- och sjukvården. I samma statistikmaterial ingår förutom kostnaderna även uppgifter om antalet fall, och de uppgifter om antalet fall som ligger bakom de kostnader som överförs har använts för att uppskatta antalet patienter. När gäller antalet fall uppskattas en prehospital akutsjukvårdsenhet transportera 50 procent av patienterna nattetid, 30 procent av patienterna inom brådskande verksamhet dagtid, 0 procent av fallen inom elektiv verksamhet och 10 procent av fallen inom annan operativ verksamhet än dagkirurgi. Till övriga delar har uppskattningen gjorts på samma sätt som i fråga om nedläggningen av nattjourer inom primärvården. I tabell 16 ingår på motsvarande sätt uppskattningar av antalet patienter som överförs och av kostnaderna för att transporterna räcker längre. För Länsi-Pohjas och Salos del har det till följd av bristfällig statistik gjorts en grov uppskattning av konsekvenserna genom att sätta antalet besök inom primärvården och den specialiserade sjukvården som överförs samt avståndsförändringarna i relation till förändringarna i Nyslott och Oulainen.

Tabell 16. Konsekvenser för den prehospitala akutsjukvården av ändringarna i samjouren inom primärvården och den specialiserade sjukvården.

	Länsi-Pohja	Nyslott	Oulainen	Salo
Mottagande enhet	Rovaniemi	S:t Michel	OYS	ÅUCS
Avståndsförändring	122	102	102	54
Antal kunder som överförs kl. 21-22		1521	1582	
Varav med ambulans 30 %		456	475	
Antal kunder som överförs kl. 22-07		1825	5636	
Varav med ambulans 50 %		913	2818	
Antal kunder som överförs till dagtid		5972	4637	
Varav med ambulans 10 %, 30 %*		1701	1142	
Kunder som överförs totalt		3070	4435	
Den prehospitla akutsjukvårdens tilläggs-kostnad, euro	1 750 000	1 311 717	1 844 775	950 000
Sjukförsäkringens reseersättningar, euro	1 750 000	1 420 089	1 832 219	950 000

* av patienterna inom brådskande verksamhet dagtid har 30 %, av den elektiva verksamheten 0 % och av annan operativ verksamhet än dagkirurgi 10 % uppskattas överföras av prehospitla akutsjukvård.

Kostnadsökningen för den prehospitla akutsjukvården har uppskattats till totalt cirka 7,6 mn euro och sjukförsäkringens ersättningar för sjuktransport till 7,5 mn euro. I uppskattningen ingår inte en minskning av eventuella sjuktransporter i sådana fall där man även i nuläget skulle besluta att patienten transporteras vidare till en enhet med större serviceutbud. FPA:s reseersättningar för ambulanstransport betalas till tjänsteproducenten. Eftersom välfärdsområdet ansvarar för att ordna prehospitla akutsjukvård, minskar FPA:s reseersättningar är intäkt för välfärdsområdet, om välfärdsområdet producerar den prehospitla akutsjukvården, varvid reseersättningarna välfärdsområdets kostnader för att ordna prehospitla akutsjukvård. Således är inverkan på välfärdsområdets ekonomi skillnaden mellan tilläggs-kostnaden för att ordna prehospitla akutsjukvård och sjukförsäkringens ersättningar. Nettoeffekten av ändringen är att kostnaderna ökar en aning, cirka 60 000 euro.

Den årliga kostnaden för att upprätthålla en prehospitla akutvårdsenhet uppskattas till en miljon euro, och de välfärdsområden som berörs av ändringen bedöms på landsomfattande nivå kalkylmässigt behöva totalt cirka 7,5 nya enheter. Det faktiska behovet av mer prehospitla akutsjukvård och vid vilken tidpunkt på dygnet det infaller uppskattas områdesspecifikt utifrån områdenas egna behov och utgångspunkter, Om priset för en utrustad ambulans är cirka 300 000 euro, är behovet av investeringar i ambulanser högst cirka 2,3 miljoner euro. I praktiken torde dock antalet transporter nattetid vara betydligt färre i förhållande till transporter till dagtid,

eftersom dagtid utförs även andra än brådskande transporter, så det kan redan nu finnas tillräckligt med ambulanser. Investeringen är av engångsnatur och tas upp som en kostnad genom avskrivningar.

Reseersättningar för sjuktransporter betalas av sjukförsäkringens sjukvårdsersättning, varav staten har finansierat två tredjedelar (67 %) medan en tredjedel (33 %) har finansierats med de försäkrades finansieringsandel. I enlighet med andelarna skulle sjukförsäkringens reseersättningar öka statens utgifter med 5 mn euro och de försäkrades finansieringsandel med 2,5 mn euro. I planen för de offentliga finanserna för 2025–2028 har man dock beslutat om en s.k. kanaliseringlösning för socialskyddsfonderna, som innebär att statens finansieringsandel kommer att sjunka och de försäkrades att öka. Avsikten är att genomföra ändringen enligt samma tidtabell som denna regeringsproposition och den påverkar alltså de angivna finansieringsandelarna. Genom kanaliseringlösningen fördelas finansieringsandelarna enligt regeringens proposition till riksdagen med förslag till lagstiftning om styrning av socialskyddsfondernas besparingar till stärkande av statens och kommunernas ekonomi och om ändring av sjukdagpenningdet (RP 123/2024 rd) så att statens andel utgör 51,4 procent och de försäkrades 48,6 procent, varvid statens andel för den prehospitaledakutsjukvården blir 3,9 miljoner euro och de försäkrades andel 3,6 miljoner euro. Kanaliseringlösningens inverkan på välfärdsområdenas finansiering har beaktats i kalkylerna över ekonomiska konsekvenser i denna regeringsproposition.

I regeringsprogrammet för statsminister Orpos regering har man dessutom beslutat att finansieringsansvaret för transporter i anslutning till den prehospitaledakutsjukvården överförs i sin helhet till välfärdsområdena. I planen för de offentliga finanserna för 2025–2028 har överföringen beaktats fr.o.m. 2026 på basis av en uppskattning av kostnaderna enligt den gällande lagstiftningen (130 mn euro). I planen för de offentliga finanserna har man beslutat att överföringen ur statens synvinkel genomförs kostnadsneutralt i förhållande till nuläget genom att minska statens ansvar för finansieringen av sjukvårdsförsäkring. I kalkylerna över den prehospitaledakutsjukvården i denna proposition har ännu inte beaktats konsekvenserna för välfärdsområdenas finansiering av överföringen av detta finansieringsansvar.

Taxiresor som ersätts av FPA

FPA har uppskattat ökningen av de taxiresor som ska ersättas utifrån de taxiresor nattetid kl. 21–07 som ersattes 2023. Materialet utgörs av alla taxiresor som företogs 2023 och där slutpunkten var någon av de verksamhetsenheter inom hälso- och sjukvården som kommer att stängas, dessutom skulle resan sluta kl. 21–07. Antalet sådana resor var totalt 5 194 st., med totalt 3 474 olika personer som passagerare. Avståndet beräknat enligt koordinaterna var längden på en rak linje mellan start- och slutpunkten, vilket naturligtvis alltid är kortare än det faktiska kortaste avståndet i det befintliga vägnätet. Genom att jämföra avstånden mellan koordinaterna för de nuvarande start- och slutpunkterna enligt materialet med de faktiska längderna på resorna såg man att i genomsnitt var det direkta avståndet 1,34 gånger kortare än det faktiska avståndet längs landsvägen. Detta genomsnitt användes för att uppskatta den faktiska ändringen i resornas längd. Ökningen av ersättningsutgiften uppskattades på grund av den ändring i resornas faktiska längd som erhöles som resultat genom att använda den totala ersättningssumman för alla taxiresor i hela landet delad med det sammanlagda antalet körkilometrar (1,405 euro/km) under 12 månader, dvs. tidsintervallet 04/2023–03/2024.

De taxiresor som ersätts från sjukförsäkringen uppskattas öka i 72 procent av fallen och minska i 17 procent av fallen. För 11 procent av resorna är startpunkten dessutom mycket nära den nya slutpunkten. Granskningen av resultatet ger vid handen att kostnaderna för de taxiresor som

FPA ersätter skulle öka med uppskattningsvis 240 000 euro. Taxiresorna ersätts, liksom sjuktransporterna, från sjukvårdsförsäkringen, varvid statens kostnader ökar med 160 000 euro och de försäkrades finansieringsandel med 80 000 euro. Dessutom ökar ersättningarna något för kunder inom den specialiserade sjukvården som överförs dagtid. Kanaliseringslösningen inverkar också på hur dessa finansieringsandelar förändras, så att finansieringsandelarna ökar med cirka 120 000 euro för såväl staten som de försäkrade.

Utifrån de resor som anges ovan skulle ersättningarna för en enskild resa öka med i medeltal cirka 46 euro per resa. Om en sådan resa omfattas av FPA:s reseersättningar, skulle ökningen i sin helhet riktas till sjukförsäkringsfonden. I fråga om sådana resor som FPA inte ersätter skulle kunden själv hamna att betala ökningen. För sådana resor kan kostnaden vara ännu större, eftersom FPA har konkurrensutsatt de transporttjänster som man anlitar, och de är således förmånligare än taxi som kunden själv beställer. För kunder som färdas med egen bil skulle ökningen vara betydligt mindre och rikta sig till antingen kostnaderna för användning av egen bil eller driftskostnaderna för en bil som körs av en annan person.

Möjlighet att skaffa operativ verksamhet och vissa andra åtgärder

Enligt hälso- och sjukvårdslagens gällande 45 § 3 mom. ska sådan operativ verksamhet som kräver operationssal och anestesi i sin helhet sammanslås till de sjukhus som har samjour dygnet runt för primärvården och den specialiserade sjukvården. Detta har i praktiken förhindrat anskaffningar av sådan operativ verksamhet, eftersom privata tjänsteproducenter inte har samjour dygnet runt. I denna proposition föreslås det att bestämmelsen luckras upp så att det i fortsättningen är möjligt att skaffa en del av den dagkirurgiska verksamheten, den operativa verksamhet inom olika specialområden som kräver endast kortvarig eftervård, de protesoperationer i knä och höft som kan utföras som dagkirurgiska åtgärder och sådana mindre åtgärder som kräver narkos eller lokalbedövning och som förutsätter anestesilogisk från privata tjänsteproducenter. Dessutom klargörs det i lagstiftningen varifrån s.k. tung kirurgi får skaffas.

I 54 § 1 mom. i hälso- och sjukvårdslagen sägs att om ett välfärdsområde inte självt kan producera undersökningar, vård eller rehabilitering inom de längsta väntetider som föreskrivs, ska välfärdsområdet ordna dem genom att producera dem i samarbete med andra välfärdsområden eller enligt avtal skaffa dem av andra tjänsteproducenter. Bestämmelser om användning av servicesedlar finns i lagen om servicesedlar inom social- och hälsovården. Den längsta väntetiden till vård inom den specialiserade sjukvården, dvs. vårdgarantin, är enligt 52 § i hälso- och sjukvårdslagen sex månader. Eftersom regleringen i 45 § 3 mom. har begränsat möjligheterna att skaffa tjänster trots att vårdgarantin överskrids, har välfärdsområdenas enda möjlighet varit att producera servicen själv eller i samarbete med något annat välfärdsområde. I fortsättningen ska välfärdsområdena ha möjlighet att i fråga om ovannämnda operationer och åtgärder fullgöra sin lagstadgade skyldighet att ordna service och uppfylla vårdgarantin genom att utnyttja köpta tjänster och servicesedlar. I praktiken är det dock känt att välfärdsområdena har köpt dylika operationer trots 45 § 3 mom.

I 9 § i finansieringslagen sägs att när nivån för den statliga finansieringen bestäms för finansåret beaktas på det sätt som avses i lagens 5 § till fullo en ändring i omfattningen eller arten av de uppgifter för vilka välfärdsområdena har organiseringsansvaret, om ändringen följer av en lag eller förordning som gäller uppgiften i fråga, av sådana föreskrifter från en statlig myndighet som grundar sig på lag eller förordning eller av statsbudgeten. Den statliga finansieringen kan höjas eller sänkas utifrån ändringar i uppgifternas omfattning eller art.

Förslaget i denna proposition att det ska bli möjligt att skaffa köpta tjänster i större utsträckning än tidigare anses inte till sin karaktär vara en sådan uppgiftsändring som avses i 9 § i finansieringslagen och som borde beaktas på förhand i välfärdsområdenas finansiering från och med ikraftträdandet av ändringen. Genom förslaget ändras inte välfärdsområdets lagstadgade skyldighet att ordna sådan vård som konstaterats vara medicinskt nödvändig samt att uppfylla vårdgarantin. Välfärdsområdena har även hittills haft möjlighet att fullgöra dessa skyldigheter genom att producera vården själva eller i samarbete med andra välfärdsområden, och möjligheten att köpa tjänster är bara ett nytt sätt att göra det. Därmed orsakar förslaget inga sådana konsekvenser som bör beaktas i välfärdsområdenas finansiering och förslaget till statsbudget för 2025.

Den föreslagna ändringen kan dock ha faktiska konsekvenser för välfärdsområdenas kostnader, men beloppet av kostnadseffekterna är svåra att uppskatta exakt på förhand. Enligt THL:s statistik hade den 30 april 2024 cirka 27 000 personer väntat över sex månader på vård inom den specialiserade sjukvården. Vid den tidpunkten hade t.ex. cirka 4700 personer väntat på protesoperation i knä eller höft över sex månader.⁶³ Om lagändringen innebär att välfärdsområdena får sina vårdköer avklarade, kan detta öka kostnaderna i områdena det aktuella året, trots att kostnaden annars skulle ha orsakats senare under kommande år när vårdköen klaras av. En sådan kostnad kan beaktas i välfärdsområdenas finansiering i den efterhandsgranskning som görs på landsomfattande nivå. Om välfärdsområdena klarar av sina köer i betydande utsträckning t.ex. 2025, kan den kostnad som de orsakas det året vara betydande.

För närvarande finns det inte tillräcklig information om hur välfärdsområdenas och den privata sektorns kostnader för att utföra en viss operation skiljer sig från varandra. Det är möjligt att det är mer förmånligt för välfärdsområdet att skaffa en viss operation än att ha egen produktion. När det blir fritt fram för anskaffningar finns det å andra sidan också en risk för att läkare och vårdpersonal övergår till den privata sektorn, varvid välfärdsområdet i praktiken kan vara tvingat att köpa prestationer från den privata sektorn även till ett högre pris. Om det inte finns någon konkurrens inom ett visst medicinskt eller geografiskt område kan även detta öka kostnaderna.

Sammanfattning av konsekvenserna för statsfinanserna

Till följd av de lagändringar som föreslås i propositionen skulle sparpotentialen för verksamhetsenheterna inom hälso- och sjukvården vara totalt 5,1 mn euro för jourerna inom primärvården och 25,6 mn euro för den specialiserade sjukvården. Inverkan för välfärdsområdena skulle vara en nettobesparing i verksamhetsutgifterna på totalt 30,7 mn euro.

Statens kostnader för den prehospitala akutsjukvården skulle öka med cirka 60 000 euro i fråga om välfärdsområdenas nettoökning (moment 28.89.31), med 3 900 000 euro i fråga om sjukförsäkringens reseersättningar för sjuktransporter samt med 120 000 euro i fråga om taxiresor med beaktande av kanaliseringlösningen. De försäkrades finansieringsdel av sjukvårdsförsäkringen ökar med 3 600 000 euro.

⁶³ THL: Hoitopääsy erikoissairaanhoidossa 30.4.2024: Kiireettömään erikoissairaanhoitoon odottaneiden määrä väheni kevään aikana (ung. Tillgång till vård inom den specialiserade sjukvården 30.4.2024: Antalet som väntat på icke-brådskande specialiserad sjukvård minskade under våren). <https://www.julkari.fi/handle/10024/149216>

När man beaktar ökningen av verksamhetsutgifterna för den prehospitala akutsjukvården minskar sparpotentialen på ovan beskrivet sätt. Nettobesparingen minskar den finansiering med allmän täckning som staten anvisar välfärdsområdena under moment 28.89.31 med totalt 30,6 mn euro enligt 2025 års nivå. Förslaget föreslås träda i kraft i oktober 2025, men Norra Savolax välfärdsområde har möjlighet att fortsätta med verksamheten dygnet runt inom primärvården i Idensalmi och Varkaus till utgången av 2025. Därmed skulle den finansiering med allmän täckning som staten anvisar välfärdsområdena för 2025 minska med 7,2 miljoner euro på grund av de tre månader som ändringarna är i kraft. Från och med 2026 genomförs minskningen till fullt belopp. Samtidigt ökar statens utgifter för sjukvårdsförsäkringen med cirka 4,1 miljoner euro, som är det fulla beloppet, från och med 2026 och med cirka 1,0 miljon euro 2025. Sammanlagt stärker förslaget statsfinanserna med 6,2 miljoner euro 2025 och 26,5 miljoner euro från och med 2026.

4.2.1.2 Konsekvenser för välfärdsområdenas ekonomi

Allmänt

Välfärdsområdena bereder kontinuerligt beslut som gäller servicenätet inom social- och hälsovården. Besluten går delvis, såsom de beslut som Birkalands välfärdsområde fattade hösten 2023 och till en del de beslut som Lapplands välfärdsområde fattade våren 2024, i samma riktning som de föreslagna lagändringar som nu behandlas. De kalkylerade kostnadsbesparingar som beror på områdenas egna beslut, eller snarare kostnadsnyttan av att verksamheten effektiviseras, är inte konsekvenser av regeringens proposition i fråga, och dessa ändringar i servicesystemet som är tänkta eller planerade att genomföras 2024 och 2025 är inte inkluderade i konsekvensbedömningen i denna proposition.

Den totala inverkan av ändringen i välfärdsområdenas intäkter av kundavgifter blir ganska liten. Enligt bedömningen är en del av konsekvenserna sådana som ökar de influtna avgifterna, såsom övergången från besöksavgift inom primärvården till besöksavgift inom den specialiserade sjukvården, medan en del minskar dem, såsom övergången från besöksavgift nattetid till besöksavgift dagtid. Nettoeffekten av att nattjourerna inom primärvården upphör uppskattas vara att intäkterna ökar med några tusen euro medan ändringarna i den specialiserade sjukvården inte antas påverka kundavgifterna.

Finansieringen av enskilda välfärdsområden

I enlighet med 9 § i lagen om välfärdsområdenas finansiering beaktas de ändringar som föreslås i sjukhustjänsterna i finansieringen på ett sätt som motsvarar uppgiftsändringarna. Det innebär att ändringens effekt beaktas i finansieringen på riksnivå på förhand från och med det år som ändringen träder i kraft. Beroende på ändringens innehåll kan effekterna beaktas i välfärdsområdenas kalkylerade finansiering t.ex. i alla områdesvisa bestämningsfaktorer för finansieringen eller genom att den ökning eller minskning av finansieringen som ändringen orsakar riktas enligt innehållet i ändringen till de lämpligaste kalkylerade kriterierna. Denna inriktning påverkar hur finansieringen fördelas mellan välfärdsområdena efter ändringen.

I tabell 17 beskrivs de sparpotentialer till följd av ändringarna i sjukhustjänsterna som använts i konsekvensbedömningen enligt välfärdsområde. Sparpotentialen är på riksomfattande nivå totalt 30,6 miljoner euro. För primärvårdens del är sparpotentialen totalt 5,2 miljoner euro och för den specialiserade sjukvårdens del är sparpotentialen totalt 25,4 miljoner euro. I sparpotentialen har beaktats nettoeffekterna av ändringarna i den prehospitala akutsjukvården.

I sparpotentialen har inte beaktats ändringarnas inverkan på välfärdsområdenas kundavgiftsinkomster.

Tabell 17. De sparpotentialer som använts i konsekvensbedömningen enligt välfärdsområde.

Välfärdsområde	Primärvårdens sparpotential, mn euro	Den specialiserade sjukvårdens sparpotential, mn euro	Sparpotential totalt, mn euro
Södra Savolax		5,8	5,8
Kymmenedalen	3,2		3,2
Lappland		6,3	6,3
Norra Österbotten		8,3	8,3
Norra Savolax	2,0		2,0
Egentliga Finland		5,0	5,0
Totalt	3,0	27,6	30,6

Nedan bedöms konsekvenserna av ändringarna i sjukhustjänsterna för finansieringen genom att en minskning på 30,6 miljoner euro på riksomfattande nivå beaktas i den kalkylerade finansieringen för social- och hälsovården. Den kalkylerade finansieringen för social- och hälsovården fördelas till välfärdsområdena utifrån kalkylerade kriterier som beskriver invånarantalet, servicebehovet inom hälso- och sjukvården, äldreomsorgen och socialvården, omständigheter som orsakar kostnader i servicen samt främjandet av hälsa och välfärd. Den minskning av finansieringen som beror på ändringarna har inriktats på det kriterium som beskriver servicebehovet inom social- och hälsovården.

Cirka 81,2 procent av den kalkylerade finansieringen för social- och hälsovården fördelas utifrån kriterier som beskriver servicebehovet i välfärdsområdena. Cirka 47,7 procent fördelas enligt kriteriet för servicebehovet inom hälso- och sjukvården (cirka 11,3 miljarder euro 2024), cirka 16,5 procent enligt kriteriet för servicebehovet inom äldreomsorgen (cirka 3,8 miljarder euro 2024) och cirka 17,4 procent enligt kriteriet för servicebehovet inom socialvården (cirka 4,1 miljarder euro 2024).

Den kalkylerade finansiering som fördelas enligt kriterierna för servicebehovet räknas ut genom att grundpriset för det behov som beskriver anlitaandet av hälso- och sjukvårds-, äldreomsorgs- och socialvårdstjänster multipliceras med välfärdsområdets invånarantal och servicebehovskoefficienterna för hälso- och sjukvården, äldreomsorgen och socialvården. Institutet för hälsa och välfärd beräknar årligen för varje välfärdsområde servicebehovskoefficienter för hälso- och sjukvården, äldreomsorgen och socialvården. Koefficienterna återger servicebehovet i respektive välfärdsområde. Vid beräkningen av

servicebehovskoefficienterna utnyttjas bland annat uppgifter om befolkningens köns- och åldersstruktur, sjukfrekvens och socioekonomiska faktorer samt om anlitaandet av tjänsterna och de kostnader som anlitaandet av tjänsterna medför.

I tabell 18 beskrivs för varje välfärdsområde hur den kalkylerade statliga finansieringen för social- och hälsovården ändras om finansieringsminskningen till följd av ändringen i sjukhus-tjänsterna inriktas på kriteriet för servicebehovet inom hälso- och sjukvården.

I beräkningen används de preliminära bestämningsfaktorerna för den kalkylerade finansieringen för social- och hälsovården 2025. Effekterna i euro kan anges mer exakt för varje välfärdsområde när de bestämningsfaktorer som tillämpas på finansieringen för 2026 blir tillgängliga sommaren 2025. Bestämningsfaktorerna uppdateras årligen utifrån de koefficienter som beskriver befolkningens servicebehov i varje välfärdsområde och bygger på Statistikcentralens statistik över befolkningsstrukturen och forskning vid Institutet för hälsa och välfärd.

Tabell 18. Inverkan av de föreslagna ändringarna i servicesystemet på den kalkylerade statliga finansieringen för välfärdsområdena.

Välfärdsområde	Ändring i den kalkylerade finansieringen 2026, mn euro	Ändring i den kalkylerade finansieringen 2026, euro/invånare
Helsingfors	-3,3	-5
Vanda och Kervo	-1,4	-5
Västra Nyland	-2,3	-5
Östra Nyland	-0,5	-5
Mellersta Nyland	-1,0	-6
Egentliga Finland	-2,8	-6
Satakunta	-1,2	-6
Egentliga Tavastland	-1,0	-6
Birkaland	-3,0	-6
Päijänne-Tavastland	-1,2	-6
Kymmene-dalen	-1,0	-6

Välfärdsområde	Ändring i den kalkylerade finansieringen 2026, mn euro	Ändring i den kalkylerade finansieringen 2026, euro/invånare
Södra Karelen	-0,7	-6
Södra Savolax	-0,8	-6
Norra Savolax	-1,5	-6
Norra Karelen	-1,0	-5
Mellersta Finland	-1,5	-6
Södra Österbotten	-1,1	-5
Österbotten	-0,9	-6
Mellersta Österbotten	-0,4	-5
Norra Österbotten	-2,3	-6
Kajanaland	-0,4	-6
Lappland	-1,1	-5
Totalt	-30,6	-5

Om minskningen av statlig finansiering till följd av den ändring som gäller sjukhustjänster riktas till kriteriet för servicebehovet inom hälso- och sjukvården minskar den finansiering som delas ut enligt kriteriet med 30,6 miljoner euro. Detta minskar grundpriset för kriteriet för servicebehov inom hälso- och sjukvården, så att alla välfärdsområden får mindre finansiering via det kriteriet. Eftersom kriteriets grundpris multipliceras förutom med invånarantalet också med servicebehovskoefficienten för hälso- och sjukvården fördelas finansieringsminskningen på grund av ändringarna i olika proportioner mellan välfärdsområdena.

Enligt tabell 18 skulle den kalkylerade finansieringen för Helsingfors samt Västra Nylands, Östra Nylands, Mellersta Nylands, Mellersta Finlands, Österbottens och Norra Österbottens välfärdsområden minska med 5 euro per invånare. Den andra välfärdsområdenas kalkylerade finansiering skulle minska med 6 euro per invånare. Ändringen minskar dock alla välfärdsområdens statliga finansiering med cirka 0,1 procent i förhållande till finansieringen 2025.

Ju högre välfärdsområdets servicebehovskoefficient är, desto mer minskas den statliga finansieringen i det välfärdsområdet via kriteriet för servicebehovet inom hälso- och sjukvården. Kymmenedalens, Södra Savolax, Norra Karelens, Kajanalands och Lapplands välfärdsområden

har högre servicebehovskoefficient för hälso- och sjukvården än de övriga områdena. Servicebehovskoefficienterna för hälso- och sjukvård i Helsingfors och Västra Nylands välfärdsområden är lägre än för de övriga välfärdsområdena, vilket betyder att deras statliga finansiering inte minskas lika mycket via kriteriet för servicebehovet inom hälso- och sjukvården.

Ändringen påverkar inte fördelningen av finansiering via andra kalkylerade kriterier, och inte heller välfärdsområdenas övergångsutjämnningar.

Tabell 19. Skillnaden mellan sparpotentialen hos de ändringar som föreslås i servicesystemet och ändringen i den kalkylerade finansieringen 2026.

Välfärdsområde	Sparpotential totalt, mn euro	Ändring i den kalkylerade finansieringen totalt, mn. Euro	Skillnad mellan ändringen i finansieringen och sarpotentialen, mn euro
Helsingfors	0	-3,3	-3,3
Vanda och Kervo	0	-1,4	-1,4
Västra Nyland	0	-2,3	-2,3
Östra Nyland	0	-0,5	-0,5
Mellersta Nyland	0	-1,0	-1,0
Egentliga Finland	5,0	-2,8	2,2
Satakunta	0	-1,2	-1,2
Egentliga Tavastland	0	-1,0	-1,0
Birkaland	0	-3,0	-3,0
Päijänne-Tavastland	0	-1,2	-1,2
Kymmenedalen	3,2	-1,0	2,2
Södra Karelen	0	-0,7	-0,7
Södra Savolax	5,8	-0,8	5,0
Norra Savolax	2	-1,5	0,5
Norra Karelen	0	-1,0	-1,0
Mellersta Finland	0	-1,5	-1,5
Södra Österbotten	0	-1,1	-1,1
Österbotten	0	-0,9	-0,9
Mellersta Österbotten	0	-0,4	-0,4
Norra Österbotten	8,3	-2,3	6,0
Kajanaland	0	-0,4	-0,4
Lappland	6,3	-1,1	5,2
Hela landet	30,6	-30,6	0

I tabell 19 presenteras den sparpotential som följer av ändringarna i jourverksamheten och den operativa verksamheten enligt välfärdsområde, den kalkylerade ändringen i respektive välfärdsområdes finansiering samt skillnaden mellan dessa. Skillnaden mellan sparpotentialen och den kalkylerade finansieringen beskriver den uppskattade nettonyttan av ändringen för respektive område. Finansieringen för alla områden minskar, trots att sparpotentialen minskar kostnaderna i endast en del av områdena.

För Egentliga Finlands, Kymmenedalens, Lapplands, Södra Savolax, Norra Savolax och Norra Österbottens välfärdsområden skulle sparpotentialen till följd av ändringarna minska kostnaderna mer än vad finansieringen minskar till följd av ändringen. I Norra Österbotten skulle sparpotentialen minska kostnaderna med cirka 8,3 miljoner euro och finansieringen minska med cirka 2,3 miljoner euro. Sålunda skulle nyttan för området vara cirka 6,0 miljoner euro.

Den ändring i välfärdsområdenas finansiering som följer av ändringarna i servicesystemet är måttlig i förhållande till den totala nivån på finansieringen. Ändringen i kundavgifterna minskar alla välfärdsområdens statliga finansiering med cirka 0,1 procent i förhållande till finansieringen 2025.

Enligt finansministeriet uppskattning våren 2024 uppgår den statliga finansieringen för välfärdsområdena på hela landets nivå till sammanlagt cirka 26,2 md euro 2025 och cirka 25,9 md euro 2026. Under ramperioden berörs välfärdsområdena av uppgiftsändringar som träder i kraft och som minskar eller utvidgar uppgifterna stegvis under eller efter 2025. De föreslagna lagändringarna dämpar utgiftsökningen i välfärdsområdena. Konsekvenserna av ändringarna för verksamheten riktas särskilt till vissa områden och samtidigt effektiviserar de verksamheten och förbättrar resursoptimeringen i hela landet. Samtliga välfärdsområden tillämpar förändrings- och reformprogram för att trygga tillräcklig finansiering samt för att balansera och anpassa ekonomin. Lagändringarna gör det möjligt att vidareutveckla uppgifts- och arbetsfördelningen inom välfärdsområdena och dessutom på samarbetsområdesnivå. Med beaktande av å ena sidan välfärdsområdenas utgiftstryck och behov av att dämpa kostnadsökningen och å andra sidan välfärdsområdesekonomin andel av den offentliga ekonomin och omfattningen av statens finansieringen för de enskilda välfärdsområdena kan konsekvenserna av lagändringen inte betraktas som oskäliga för något område. Minskningarna av finansieringen för de enskilda områdena kan också betraktas som måttliga i förhållande till välfärdsområdesekonomin totala omfattning och finansieringen för de enskilda områdena.

4.2.1.3 Konsekvenser för företagen

Den privata sektorn spelar en betydande roll inom sektorn för social- och hälsovårdstjänster, såväl på den offentligt finansierade marknaden som med avseende på regional livskraft. Företagen inom sektorn hade en sammanlagd omsättning på cirka 10,6 miljarder euro 2022 och antalet företag var totalt 26 400, varav största delen var mikroföretag⁶⁴. Genom sina beslut

⁶⁴ Tevameri, Terhi (2024) Sote-palveluala. Työelämän sekä yksityisen sektorin viimeaikaiset kehityssuunnat (Social- och hälsovårdstjänster Utvecklingstrenderna i arbetslivet och inom den privata sektorn, på finska, med presentationsblad på svenska). ANM Branschrapporter 2024:2.
https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/165580/TEM_2024_2_T.pdf?sequence=1&isAllowed=y

skapar den offentliga sektorn också en verksamhetsmiljö för privata tjänsteproducenter. Detta sker också när nattjourerna inom primärvården minskar, nya verksamhetsmodeller införs och det görs ändringar i den specialiserade sjukvården och den operativa verksamheten.

Servicebehovet inom social- och hälsovården försvinner inte även om servicesystemet ändras, utan det kanaliseras någonstans även i den nya situationen. När den offentliga sektorn drar sig tillbaka från något kan det i princip skapa utrymme för den privata sektorn att agera. Detta förutsätter att verksamheten är lönsam för företagen. När nattjourerna inom primärvården minskas och en orsak är ringa användning nattetid, är det inte sannolikt att företagen gör stora investeringar i en liknande verksamhetsmodell. Ur företagets synvinkel bör verksamheten vara lönsam och kostnadseffektiv, och detta påverkas i väsentlig grad av antalet kunder. Enligt 12 § i lagen om ordnande av social- och hälsovård får ett välfärdsområde inte skaffa jourtjänster dygnet runt från en privat tjänsteproducent. Det är inte sannolikt med nattjour som enbart är beroende av kunder som betalar själva. Däremot kan det uppstå möjligheter att i form av företagsverksamhet producera mottagningsverksamhet under kvällen och på veckoslut eller t.ex. andra tjänster som tillhandahålls i hemmet, mobila tjänster eller digitala tjänster, som antingen skaffas av välfärdsområdena eller finansieras av medborgarna själva. När avstånden till jourerna växer kan det uppstå behov av att utöka kapaciteten inom den prehospitala sjukvården och annan transport- och resekapacitet. Detta kan öka efterfrågan på företagets tjänster.

Tabell 20. Omsättningen inom näringsgrenen vård och omsorg och sociala tjänster enligt undernäringsgen och företagets storleksklass 2022⁶⁵.

	Omsättning, juridiska enheter (1000 euro)			
	Q Vård och omsorg; sociala tjänster (86-88)	86 Hälso- och sjukvård	87 Institutionsvård inom socialvården	88 Öppna sociala insatser
<i>Sammanlagt</i>	10 617 045	6 690 288	2 840 775	1 085 982
0 - 4 personer	2 119 400	1 904 346	69 048	146 006
5 - 9 personer	380 633	210 921
10 - 19 personer	505 058	176 987	214 391	113 680
20 - 49 personer	852 789	304 278	409 654	138 857
50 - 99 personer	878 091	409 526	320 572	147 993

⁶⁵ Statistikcentralen, struktur- och bolagsstatistik över företag

100 - 249 personer	945 866	497 238	329 123	119 505
250 - 499 personer	1 205 245	883 590	239 502	82 153
500 - 999 personer	755 477	366 821
1 000 eller mer personer	2 974 488	1 936 581	821 638	216 269

När antalet enheter med jour dygnet runt minskar är det sannolikt att även behovet av hyrd arbetskraft som anlitas vid dem minskar. Detta gäller särskilt jourhavande läkare vid vissa sjukhus och enheter. Sålunda krymper hyresarbetsmarknaden. Som helhet bedöms ändringen ändå inte ha någon betydande inverkan på marknaden för företag som hyr ut arbetskraft. År 2023 stod jourverksamheten dygnet runt för en andel på cirka 6 % av den totala kostnaden på 600 miljoner euro för hyrd personal. Den största andelen av den hyrda personalen återfinns på andra ställen, t.ex. inom mottagningstjänster på basnivå inom hälso- och sjukvården samt tjänster för äldre.

Propositionen påverkar Mehiläinen Länsi-Pohja Oy:s verksamhet. Detta företag producerar en betydande del av verksamheten vid Länsi-Pohja sjukhus i Kemi. Upphandlingsavtalet mellan Lapplands välfärdsområde och företaget har redan tidigare ändrats så att sjukhusets jourtjänster och en betydande del av läkararbetsinsatsen börjar produceras av välfärdsområdet i början av 2025. Lapplands välfärdsområde och företaget måste förhandla om propositionens inverkan och göra de nya ändringar som lagstiftningen orsakar i upphandlingsavtalet för tjänster. Det kan också bli nödvändigt att göra ändringar i andra välfärdsområdets avtal om köpta tjänster.

I propositionen föreslås det att det föreskrivs om villkoren för att ett välfärdsområde ska få skaffa operationer och vissa andra åtgärder av en privat tjänsteproducent. När regleringen delvis luckras upp jämfört de gällande bestämmelserna skapar det möjligheter för privata tjänsteproducenter att sälja sina tjänster. Att mindre åtgärder som utförs under anestesi får utföras friare även vid andra verksamhetsenheter än vid sjukhus som har jour dygnet runt kan öka möjligheterna till företagsverksamhet. Välfärdsområdet kan t.ex. skaffa tandvård som utförs under anestesi eller anestesikompetens i anslutning därtill av en privat, större eller mindre, tjänsteproducent eller yrkesutövare.

Det ska vara möjligt att skaffa dagkirurgi och kirurgi som kräver endast kortvarig eftervård, om man avtalat om upphandlingsprinciperna i samarbetsområdets samarbetsavtal. Det är fråga om en betydande ändring jämfört med den gällande lagen, med stöd av vilken sådan upphandling inte har varit möjlig. Den upphandling som möjliggörs enligt propositionen utökar utnyttjandet av privat operationssalskapacitet och kompetens och erbjuder företagen möjligheter. Det är sannolikt att välfärdsområdenas upphandling i högre grad riktas till stora företag i hälso- och sjukvårdsbranschen, som har ändamålsenlig infrastruktur och utrustning.

Enligt de föreslagna bestämmelserna får ett välfärdsområde skaffa s.k. tung kirurgi enligt 45 § 3 mom. i hälso- och sjukvårdslagen endast av en sådan tjänsteproducent vars sjukhus finns i den

omedelbara närheten av ett offentligt i 50 § 3 eller 4 mom. avsett universitetssjukhus eller centralsjukhus och har ett integrerat funktionellt samband med sjukhuset i fråga. Bestämmelsen gäller alla privata tjänsteproducenter. För närvarande uppfylls villkoren av företagen Coxa och Tays Sydänsairaala, som ägs av välfärdsområden och producerar sjukvårdstjänster för dem. De föreslagna lagändringar medför inga ändringar i dessa offentligt ägda aktiebolags verksamhet. Bestämmelserna hindrar inte grundandet av nya företag av vilka operativ verksamhet kan skaffas, om de villkor som föreskrivs i den föreslagna bestämmelser samt andra villkor som gäller bolag uppfylls. För att villkoren ska uppfyllas krävs dock i praktiken samarbete med det välfärdsområde i samband med var sjukhus företaget grundas.

De föreslagna bestämmelserna innebär att välfärdsområdena och HUS-sammanslutningen inte får skaffa operativ verksamhet enligt 45 § 3 mom. av ett sådant sjukhus på orten där det enligt denna proposition i fortsättningen inte får upprätthållas jour dygnet runt inom flera specialområden, även om sjukhuset t.ex. skulle ändras till välfärdsområdets och en privat tjänsteproducents samföretag. Tjänsteproducent vid Jokilaakson sairaala i Jämsä är Jokilaakson Terveys Oy. Vid sjukhuset har utförts operativ verksamhet. Välfärdsområdet kan inte skaffa operativ verksamhet enligt 45 § 3 mom. av sjukhuset, men det kan skaffa dagkirurgi enligt de föreslagna bestämmelserna, om man avtalar om principerna för upphandlingen i samarbetsavtalet.

4.2.1.4 Konsekvenser för hushållen

De föreslagna ändringarna har inga betydande konsekvenser för hushållens ställning. Lagändringarna har små konsekvenser för sådana hushålls ekonomiska ställning som finns i de välfärdsområden som berörs av lagändringarna. För hushåll på andra ställen har de föreslagna ändringarna ingen inverkan.

Till följd av centraliseringen av funktionerna inom de välfärdsområden som berörs av lagändringarna förlängs resan till vårdplatsen för en del av patienterna, om patienten behöver joursjukvård på natten. De viktigaste ekonomiska konsekvenserna för hushållen och patienterna uppkommer i situationer där jour- och sjukhustjänsterna flyttas längre från den vårdbehövande patientens bostadsort och transport- och reskostnaderna stiger jämfört med tidigare. Folkpensionsanstalten (FPA) ersätter resor till hälso- och sjukvård med stöd av sjukförsäkringslagstiftningen till närmare offentliga hälso- och sjukvårdsenhet där patienten får behövlig vård, och att transportsträckan blir längre påverkar således inte den andel som patienten betalar. Att transportsträckorna blir längre orsakar direkta ekonomiska kostnader för sådana hushåll och patienter som ordnar resan helt på egen bekostnad samt för dem som måste anlita transportservice när avståndet blir längre.

Denna proposition ändrar inte de kundavgifter som tas ut av dem som använder social- och hälsovårdstjänster. Välfärdsområdet beslutar med stöd av sin självstyrelse om beloppet av kundavgifter inom social- och hälsovården i enlighet med de maximibelopp som föreskrivits i lagstiftningen. Om välfärdsområdets utgifter ökar till följd av lagändringen kan det indirekt medföra tryck på att höja de kundavgifter som tas ut inom välfärdsområdet, om de inte redan uppgår till de lagstadgade maximibeloppen. I sådana situationer stiger hushållens kundavgiftsbelastning, målgruppen eller höjningen i euro uppskattas ändå vara liten på grund av de lagstadgade maximibeloppen av kundavgifter. Välfärdsområdena tar de facto redan för närvarande ut de maximibelopp som kundavgiftslagstiftningen möjliggör, så denna proposition bedöms medföra endast små avgiftshöjningar.

För patienter som på grund av lagändringarna börjar anlita jour på specialiserad sjukvårdsnivå i stället för nattjour inom primärvården, stiger kundavgiften från 31,60 euro till 46 euro.

Kalkylmässigt uppskattas det handla om cirka 6 800 patienter per år, varvid de influtna kundavgifterna skulle öka med sammanlagt cirka 100 000 euro. Patientens kundavgift för service på natten kan alltså till följd av lagändringen vara större än förr, men avgiften räknas in i det årliga kundavgiftstaket.

Regeringen har fastställt att kundavgifterna ska höjas med tyngdpunkt på den specialiserade sjukvården. Härigenom eftersträvas ytterligare inkomster på 150 miljoner euro per år fr.o.m. 2025. Ett utkast till avgiftshöjningar var ute på remiss sommaren 2024, och förordningen kommer att utfärdas samtidigt med denna proposition. Det föreslås att den besöksavgift som tas ut av dem som fyllt 18 år för besök på hälsocentralen kvälls- och nattetid samt under veckoslut höjs med 22,5 procent (i fortsättningen 38,70 euro) samt att den besöksavgift som tas ut av dem som fyllt 18 år för jour som hälsocentralen och sjukhuset ordnas gemensamt på sjukhuset kvälls- och nattetid samt under veckoslut höjs med 45 procent (i fortsättningen 66,70 euro).

Lagändringen bedöms innebära att behovet av prehospita akutsjukvård ökar något i de välfärdsområden som berörs av ändringarna, och därmed i någon öka antalet ambulanstransporterna inom den prehospita sjukhusvården i dessa områden liksom den preshospita akutsjukvård som äger rum på objektet utan transport. De kundavgifter som tas ut av hushållen och patienterna för dessa åtgärder är i medeltal på samma nivå i välfärdsområdena som den självriskandel som patienten betalar för en resa som ersätts av sjukförsäkringen, och lagändringen bedöms således ha endast liten inverkan för hushållen.

När förlossningsvården upphör vid Länsi-Pohja sjukhus kan behovet av att anlita patienthotellet i Rovaniemi öka. På patienthotellet kan patienterna övernatta om patienten eller den som väntar på förlossningsvård inte behöver omedelbar sjukhusvård på avdelning. Rätt till övernattningspenning föreligger också om en gravid på grund av läkarens bedömning av graviditeten har varit tvungen att övernatta i närheten av en verksamhetsenhet inom hälso- och sjukvården och den gravida bevisligen har orsakat kostnader av övernattningen. FPA betalar med stöd av sjukförsäkringslagen en övernattningspenning på högst 20,18 euro per dygn till var och en som har rätt till ersättning, om det är nödvändigt att anlita patienthotell på grund av vården. Inverkan på statsfinanserna av ersättningsbeloppet för övernattningspenning till följd av lagändringen kan betraktas som liten.

4.2.1.5 Konsekvenser för regionekonomin

Lagändringarnas konsekvenser för regionekonomin har granskats i de landskap som åtgärderna kommer att beröra. Det regioneconomiska scenariot har producerats med de kalkylmässiga balansmodellerna FINAGE/REFINAGE, som använts länge för att bedöma utvecklingen på lång sikt inom samhällsekonomin. Beräkningsmodellerna har beskrivits i flera publikationer (Honkatukia 2009, 2013, 2019)⁶⁶. I modelleringen har det inte gjorts några antaganden om konsekvenserna för personalbehovet, utan sparpotentialen har beskrivits om förändring i penningflödena inom hälso- och sjukvården. Beräkningsmodellen genererade en uppskattning

⁶⁶ Honkatukia, Juha & Lehtomaa, Jere & Alimov, Naufal & Huovari, Janne & Ruuskanen, Olli-Pekka (2019) Alueellisen taloustiedon tietokanta (Regional ekonomi databas, på finska, med prestationsblad på svenska). Publikationsserie för statsrådets utrednings- och forskningsverksamhet 2019:41. https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/161655/VNTEAS_2019_41_Aluellisten_taloustilastojen_tietokanta.pdf?sequence=1&isAllowed=y

av konsekvenserna för efterfrågan på arbetskraft inom hela regionekonomin, inte bara hälso- och sjukvården, och ändringarna avspeglas även i grannlandskapen.

Inalles blir konsekvenserna för regionekonomin mindre än inskränkningen i den offentliga efterfrågan. Konsekvenser för regionekonomin uppstår genom att den offentliga efterfrågan omdirigeras. Konsekvenser uppstår genom att den offentliga efterfrågan inskränks, så att den största inskränkningen riktas till Norra Österbottens, Egentliga Finlands, Södra Savolax, Lapplands och Kymmenedalens välfärdsområden, som även berörs av de största konsekvenserna av ändringarna.

Förändringar i den offentliga efterfrågan avspeglas även i andra ekonomiska sektorer. Inskränkt offentlig efterfrågan minskar den inhemska efterfrågan i alla områden som berörs av ändringarna. Eftersom inskränkningen av den offentliga efterfrågan också avspeglas i införseln till området (t.ex. utrustning som används inom hälso- och sjukvården) minskar detta inskränkningen av regionekonomin. I de områden där det finns exportindustri inriktas regionekonomin mera än tidigare på export i stället för offentlig efterfrågan. Nationalprodukten inom hela samhällsekonomin ökar dock knappt alls, eftersom besparingarna inte återförs till hushållen i form av t.ex. lägre beskattning, utan de antas användas för att täcka underskottet i den offentliga ekonomin.

Regionekonomin mättes med mervärdet, som beskriver totalproduktionen. Konsekvenserna skulle minska den regionala produktionen med uppskattningsvis 0,01–0,03 procent i de landskap som berörs av sparpotentialer. Det handlar inte om särskilt stora konsekvenser, eftersom ekonomin i samtliga landskap växer på medellång sikt. I regionekonomin skulle de förslagna lagändringarna orsaka ändringar i alla näringsgrenar, inte bara hälso- och sjukvården, men ändringarna är alltså mycket små. För hälso- och sjukvårdens del skulle propositionen ha störst konsekvenser i Södra Savolax, Norra Österbotten och Lappland. Södra Savolax regionekonomi är mer beroende av den offentliga efterfrågan.

Med avseende på regionernas livskraft finns det bland de yrkesutbildade personer inom social- och hälsovården som berörs av lagändringarna sådana som är villiga att byta bostadsort. Saker som kan vara viktiga vid ett sådant övervägande är vid sidan av arbetsplatsen även bostadsutbudet och t.ex. dagvård och skolor. Ändringar i servicesystemet inom social- och hälsovården kan således i någon mån ha konsekvenser även för verksamhetsmöjligheterna och utsikter för företag i andra branscher inom det geografiska området.

Att social- och hälsovårdstjänster, som är viktiga för människorna, upphör att tillhandahållas i ett område kan å andra sidan minska villigheten att flytta till området och makarna eller familjemedlemmarna till de yrkesutbildade som flyttar bort kan också söka arbete på den nya orten och är således bort från regionens arbetskraft. Arbetsrelaterad mobilitet, s.k. pendling, är dock vanlig inom social- och hälsovårdsarbeten, t.ex. 2019 uppgick de sjukskötare som regelbundet pendlade på grund av arbetet till 19 500 personer, dvs. 32,4 procent av sjukskötarna⁶⁷. Pendlingen kan påverkas av möjligheterna att använda trafikmedel och dessutom av hur säker arbetsresan är och hur länge den räcker, t.ex. vägnarnas skick och trafikstockningar.

Med avseende på regionernas livskraft bör man vid bedömningen beakta att praktikplatserna inom social- och hälsovården eventuellt minskar och att praktikanter i högre grad hänvisas till större tillväxtcentrum. Detta kan påverka de studerandes val av bostadsort och även fördröja

⁶⁷ Statistikcentralen 1.11.2019

eller i värsta fall minska utexamineringen av yrkesutbildade personer inom social- och hälsovården.

Vid sidan av direkta regionekonomiska konsekvenser och sysselsättningseffekter kan ändringarna i sjukhusens serviceurval har mer svårdefinierade, indirekta konsekvenser för städernas och regionernas livskraft. Det kan å ena sidan vara fråga om städernas dragningskraft och förmåga att hålla kvar människor, varvid det blir aktuellt att bedöma helheten av offentliga och privata tjänster och dess betydelse för nuvarande och framtida invånare samt näringslivet. I propositionen är det i princip fråga om en jämförelsevis måttlig förändring, och som enskild åtgärd har det sannolikt knappt någon betydelse för regionens livskraft. I regioner med svag befolkningsutveckling eller regionekonomisk utveckling kan försämringar i den offentliga service dock inverka negativt om de anhopas.

Man kan också närma sig livskraftskonsekvenserna via begreppet lokal resiliens. Resiliens handlar om städernas eller regioners förmåga att återhämta sig från ekonomiska chocker eller störningar. I resiliensdiskussionen har mindre uppmärksamhet ägnats åt de ekonomiska, sociala och kulturella förändringar som samhällets offentliga sektor möter. Den regionala resiliensen påverkas av såväl lokala förhållanden (t.ex. demografisk profil, utbildning, företags- och politisk kultur), allmänna förhållanden (sociala, ekonomiska, politiska och funktionella strukturer) samt betydelsen av agerande och handlingskraft.

4.2.2 Konsekvenser för verksamheten i välfärdsområdena

4.2.2.1 Konsekvenser för sådan jour dygnet runt inom primärvården samt den specialiserade sjukvården som är tillgänglig för befolkningen

Den praktiska följden av bestämmelserna om sådan jour inom primärvården som är tillgänglig för befolkningen är att sådan jour inte längre får ordnas i Idensalmi, Jämsä, Brahestad och Varkaus, där det för närvarande har funnits sådan med social- och hälsovårdsministeriets undantagstillstånd. Från dessa enheter borde patienterna nattetid (dvs. klockan 22–7) hänvisas till en jour dygnet runt inom flera specialområden vid ett universitetssjukhus eller centralsjukhus, om inte servicebehovet kan uppfyllas av prehospitalet akutsjukvård, distanstjänster och digitala tjänster och med hjälp av andra social- och hälsovårdstjänster och om behovet inte är sådant att bedömningen kan vänta till morgonen. I praktiken skulle patienter hänvisas från Idensalmi och Varkaus till Norra Savolax (Kuopio) universitetssjukhus, från Jämsä till Mellersta Finland (Jyväskylä) centralsjukhus samt från Brahestad till Uleåborgs universitetssjukhus. Från Kouvola skulle en del av patienterna hänvisas till Kymmenedalens (Kotka) centralsjukhus. Via regionala lösningar kunde en del patienter i enlighet med vårdbehovet hänvisas till andra jourer dygnet runt i välfärdsområdena. Redan nu hänvisas patienter som behöver den mest krävande diagnostiken eller brådskande bedömning av vårdbehovet inom flera specialområden samt fortsatt vård till central- och universitetssjukhusen, antingen direkt av den prehospitala akutsjukvården eller från ovannämnda jourenheter efter bedömning av vårdbehovet.

Möjlighet att ordna jour dygnet runt inom primärvården blir kvar i Ivalo, Kemi, Kouvola, Kuusamo, Jakobstad, Raseborg och Nyslott, där sådan finns även för närvarande. I Kemi och Nyslott ska det vara möjligt att som alternativ till jour dygnet runt inom primärvården ordna begränsad jour inom den specialiserade sjukvården. Det välfärdsområde där dessa orter finns samt Nylands HUS-sammanslutningen borde utvärdera om det är motiverat att upprätthålla jour dygnet runt på grund av avstånden eller t.ex. tillgodoseendet av de språkliga rättigheterna, i förhållande till de andra tjänster som finns tillgängliga, särskilt prehospitalet akutsjukvård, samt

de tillgängliga personresurserna och kostnaderna för dem. Att upprätthålla sådan jour ska vara, liksom i nuläget, en möjlighet och inte en skyldighet för välfärdsområdena.

Sådan jour dygnet runt inom flera specialområden som är tillgänglig för befolkningen kan enligt förslaget inte längre ordnas vid sjukhusen i Kemi, Oulainen, Salo, Nyslott och Valkeakoski. Ändringarna i lagstiftningen gäller jouden dygnet runt, dvs. som är tillgänglig för befolkningen klockan 22–7, även om ändringarna har återverkningar även på verksamheten dagtid för vissa patientgruppers del. Den praktiska konsekvensen är att brådskande vårdtjänster för nya patienter nattetid inte kan utföras inom den specialiserade sjukvården i Oulainen, Salo och Valkeakoski och inte heller inom primärvården. Befolkningen bör hänvisas att nattetid söka sig till jour dygnet runt inom flera specialområden vid ett universitets- eller centralsjukhus om det inte går att svara på servicebehovet med hjälp av prehospita akutsjukvård, distanstjänster och digitala tjänster och andra social- och hälsovårdstjänster och om behovet inte är sådant som kan vänta på bedömning av vårdbehovet till en sådan tidpunkt då brådskande vårdtjänster finns att tillgå i de aktuella enheterna. Redan nu hänvisas patienter som behöver den mest krävande diagnostiken eller som behöver en brådskande bedömning av vårdbehovet och fortsatt vård inom sådana specialområden som dessa sjukhus inte har (inkl. specialområden som har centraliserats till universitetssjukhus) från ovannämnda sjukhus till central- och universitetssjukhusen, antingen direkt av den prehospitala akutsjukvården eller från ovannämnda joudenheter efter bedömning av vårdbehovet.

I Kemi och Nyslott ska patienter kunna tas emot nattetid till antingen jour inom primärvården eller begränsad jour inom den specialiserade sjukvården, vårdbehovet kunna bedömas och en preliminär vårdplan upprättas samt en patient tas in på sjukhusets vårdavdelning, om en patientsäker fortsatt vård av patienten kan genomföras vid sjukhuset i fråga. En patient som kommit till jouden vid dessa sjukhus ska hänvisas vidare, om situationen förutsätter bedömning vid en enhet med jour dygnet runt inom flera specialområden eller fortsatt vård på ett universitets- eller centralsjukhus.

I praktiken skulle patienterna hänvisas vidare från de ovannämnda sjukhusen till Lapplands centralsjukhus (Rovaniemi) och Södra Savolax centralsjukhus (S:t Michel) samt till universitetssjukhusen i Uleåborg, Åbo och Tammerfors.

De ovannämnda sjukhusen och även andra sjukhus ska dock även nattetid kunna ta in en sådan patient som t.ex. hämtas dit av den prehospitala akutsjukvården och för vilken en vårdplan upprättas efter konsultation med ett central- och/eller universitetssjukhus jour dygnet runt, eller för vilken det tidigare upprättats en sådan vårdplan inom primärvården eller den specialiserade sjukvården enligt vilken patientsäker vård kan genomföras på sjukhusets vårdavdelning. Sådana patienter kan vara t.ex. patienter inom palliativ vård eller patienter som behöver återkommande sjukhusperioder på grund av kroniska sjukdomar, men som inte behöver noggrannare ny bedömning av vårdbehovet eller nya undersökningar på natten.

Sjukhusen i Oulainen, Salo och Valkeakoski samt i Kemi och Nyslott kan fortfarande, om välfärdsområdet beslutar det, ha poliklinikverksamhet inom olika specialområden samt jourtjänster klockan 7–22 på såväl primärvårds- som specialiserad sjukvårdsnivå som är tillgängliga för befolkningen och som tilldelats resurser för att ta emot nya patienter. Dessutom kan dessa sjukhus enligt välfärdsområdets beslut ha vårdavdelningar på både primärvårds- och specialiserad sjukvårdsnivå, för t.ex. inre medicin, men inte kirurgiska vårdavdelningar. Även t.ex. en övervakningsavdelning är möjligt, om välfärdsområdet har säkerställt kompetensen och patientsäkerheten. Dock ska även dagtid sådana patienter i fortsättningen hänvisas till central- och universitetssjukhusen beträffande vilka en patientsäker vård förutsätter jour nattetid inom flera specialområden eller operationssalsberedskap dygnet runt. Klockan 07–22 kan alla

välårsområden, alltså även andra de som upprätthåller de sjukhus som anges här, besluta om sådan brådskande vård som är tillgänglig för befolkningen och som deras sjukhus och verksamhetsenheter ordnar inom primärvården och den specialiserade sjukvården.

Alla sjukhus kan dessutom ha sådan jour dygnet runt som krävs för en patientsäker vård av de patienter som redan finns på sjukhusets vårdavdelning (s.k. jour inom sjukhuset). Välårsområdet beslutar om formen för denna (läkar)jour utifrån avdelningspatienternas profil och hälsotillstånd samt patientsäkerheten och den kan genomföras i form av fysisk närvaro, beredskap eller distansjour. Sjukhuset kan inte nattetid ha särskilt reserverad personal eller sådana diagnostiska tjänster som behövs för att ta emot nya patienter, bedöma vårdbehovet, prätta en vårdplan eller ge vård.

När det gäller tidsberoende nödsituationer (hjärninfarkter, hjärtincidenter) måste så snabbt tillträde till vård som möjlighet säkerställas i olika områden och till denna del måste det finnas ett tillräckligt servicenät samt konsultpraxis. Det är även nu alltid fråga om att balansera mellan när det med avseende på resan och tiden lönar sig att transportera patienten direkt till en enhet där också hela den fortsatta vården kan genomföras (dvs. i praktiken jurer dygnet runt inom flera specialområden) och när det å andra sidan lönar sig att utföra t.ex. bilddiagnostiska undersökningar och inleda vården i jurenheter med mindre serviceurval innan patienten överförs till fortsatt vård. Områdenas vårdanvisningar för den prehospitalkakutsjukvården och olika verksamhetsenheter spelar en väsentlig roll för detta val. I tidsberoende situationer kan vården delvis inledas och utföras även med stöd av distanskonsultationer så att man utnyttjar den kompetens samt de diagnostiska möjligheter som finns i respektive verksamhetsenhet. Sådan praxis kan vara t.ex. att utnyttja datortomografin i Ratamokeskus i Kouvola vid misstanke om cirkulationsstörningar i hjärnan och att inleda vården utifrån avbildningen och konsultation med en neurolog på centralsjukhuset eller universitetssjukhuset. Vid de allra mest livshotande situationerna är det viktigaste att snabbt få snabb och kunnig prehospitalkakutsjukvård – vid behov stödd av läkarhelikopterverksamhet – samt transport till ett sjukhus med heltäckande serviceurval. För befolkningen, servicesystemet och t.ex. den prehospitalkakutsjukvården är det viktigt att det är avtalat och klart var vilka patientgrupper vårdas. I Kymmenedalen förbättras servicenivån inom den prehospitalkakutsjukvården när Finn-HEMS Oy:s bas i Kouvola inleder sin verksamhet 2025.

Enligt den förfrågan som riktades till välårsområdena 2024 har antalet patienter nattetid (kl. 22–07) vid jurer under 2023 varit i medeltal (median) 9/natt i Kemi, 10/natt i Oulainen, 6/natt i Salo, 4/natt i Nyslott och 14/natt i Valkeakoski. I siffrorna ingår patienter både inom primärvården och inom den specialiserade sjukvården. Genom de föreslagna ändringarna kommer en del av dessa patienter att överförs till större sjukhus, men inte alla. Enligt bedömningen skulle patientantalen inte förutsätta någon betydande ytterligare personalrekrytering till de mottagande sjukhusens jurer.

Däremot kan kapaciteten inom den prehospitalkakutsjukvården behövas utökas, vilket förklaras mer ingående i avsnitt 4.2.2.4. Det finns behov av att kraftigare integrera områdets jurtjänster som helhet, stärka den prehospitalkakutvården och ordna tillräckliga och högklassiga möjligheter till distanstjänster för befolkningen för att minimera antalet uppgifter under jurtiden. Dessutom måste den prehospitalkakutsjukvårdens möjligheter att vårda patienten redan på objektet och transportera patienten till en mer ändamålsenligt undersöknings- och vårdplats främjas i de områden som berörs av ändringen.

Befolkningsstrukturen och den åldrande befolkningen förutsätter att tyngdpunkten i verksamheten i flera välårsområden förskjuts stegvis i riktning mot konservativa specialområden och allmänmedicinsk vårdavdelningsverksamhet samt olika typer av

rehabiliterings- och bedömningsenheter, boendeservice och tjänster som tillhandahålls i hemmet. Sjukhusens och vårdavdelningarnas verksamhet bör ändras så att den motsvarar behoven hos befolkningsstrukturen.

För att vårdavdelningskapaciteten ska räcka till vården av dessa ytterligare patienter krävs det att områdena har planer för hur hela den tillgängliga vårdavdelningskapaciteten kan utnyttjas så ändamålsenligt som möjligt. Det lönar sig också att göra upp planer för samarbetsområdet och med grannvårdsområden. Att så ändamålsenliga patienter som möjligt vårdas en så förnuftig tid som möjligt på sjukhusens vårdavdelningar spelar den största rollen. Väsentligare för vårdavdelningsplatsernas tillräcklighet än de nya patientströmmar som denna proposition orsakar är att säkerställa tillräckliga platser för fortsatt vård för dem som inte behöver sjukhusvård t.ex. inom boendeservice, vårdavdelningar på basnivå eller i hemmet med hjälp av hemsjukhus eller socialservice. Även sjukhusavdelningarnas jourmöjlighet bidrar till att främja fortlöpande bedömning av utskrivningsmöjligheterna.

För att optimera sjukhusvården borde man dessutom utnyttja distanskonsultation på ett heltäckande sätt för både patienter inom öppenvården och patienter som redan får sjukhusvård. På så sätt inleds och förlängs inte sjukhusperioder, om patienten inte behöver sjukhusvård. Det lönar sig för välfärdsområdena att utreda jourteam och distanskonsultation även på samarbetsområdesnivå och nationell nivå. Det är meningsfullt att säkerställa kompetensen genom även kraftig centralisering när det är fråga om sällsynta sjukdomar eller problem, och det finns begränsat med specialkompetens.

4.2.2.2 Konsekvenser för den operativa verksamheten och vissa åtgärder

Syftet med propositionen är att centralisera den tyngsta och mest krävande kirurgiska verksamheten som kräver operationssalsberedskap dygnet runt till universitetssjukhusen och centralsjukhusen. Med tanke på verksamheten innebär detta bl.a. att krävande postoperativ intensivvård centraliseras till de största sjukhusen. Alla ovannämnda verksamheter är sådana som kräver tillräcklig och kompetent multiprofessionell personal inom olika områden, stödtjänster samt särskilda sjukhuslokaler och delvis mycket dyr specialutrustning. Med tanke på personalresursen är det särskilt tungt att upprätthålla beredskapen hos sådana team som krävs för operativ verksamhet dygnet runt.

Genom att centralisera den tunga kirurgiska vården är det lättare att säkerställa att ett sjukhus med jour dygnet runt får kompetent personal utan oändamålsenliga arrangemang eller kostnader. Sådana uppstår om man är tvungen att använda t.ex. hyrd arbetskraft i olika yrkesgrupper. Upprätthållande av jourberedskap dygnet runt inom operativ verksamhet är kritiskt ur samhällets synvinkel och måste förverkligas under alla förhållanden.

De angivna sjukhusen behåller möjlighet att utföra dagkirurgiska åtgärder. Genom att styra dagkirurgin från central- och universitetssjukhusen till Länsi-Pohja, Oulaskangas, Salo, Nyslotts och Valkeakoski sjukhus samt till de av HUS-sammanslutningens sjukhus där det inte upprätthålls jour dygnet runt inom flera specialområden kan man bidra till att operationssalarna och utrustningen räcker till vid de sjukhus som tar emot tung kirurgi.

Genom att skaffa dagkirurgi även från andra tjänsteproducenter kan man dessutom förbättra operationssalskapacitetens tillräcklighet vid central- och universitetssjukhusen. Möjlighet att skatta dagkirurgiska åtgärder är ett sätt att förkorta vårdköerna. Å andra sidan har välfärdsområdena möjlighet att skaffa tung kirurgi endast av privata tjänsteproducenter som uppfyller vissa villkor. Även detta bedöms bidra till att välfärdsområdena har tillräcklig personal att ordna beredskap för operativ verksamhet dygnet runt.

Propositionen gör det också möjligt att skaffa sådana primära protesoperationer i knä och höft knä som patientspecifikt i princip planeras utföras som dagkirurgiska åtgärder. Detta förutsätter att välfärdsområdet väljer patienter så att patientsäkerheten tillgodoses så bra som möjligt. Till sådana anskaffade operationer styrs i praktiken lågriskpatienter vilkas hälsotillstånd annars är bra. Merparten av proteskirurgiska åtgärder förutsätter fortfarande uppföljning på vårdavdelning efter operationen, så samsjukliga och riskpatienter samt de mest krävande protesoperationerna ska fortfarande vårdas på central- och universitetssjukhusen, som har heltäckande möjligheter till fortsatt vård även i avvikande situationer och om komplikationer tillstöter. När välfärdsområdena skaffar ovannämnda operationer bör de komma överens med tjänsteproducenten om sådana förfaranden kan patienten kan hänvisas till fortsatt vård så smidigt som möjligt om komplikationer tillstöter vid dagkirurgi. Eventuellt behov av fortsatt vård som orsakats av anskaffade operationer som utförs som dagkirurgi måste beaktas när central- och universitetssjukhusen planerar verksamheten dygnet runt.

Till och med den 30 juni 2028 ska det vara möjligt att utföra primära protesoperationer i knä och höft som genomförs som dagkirurgi temporärt för att klara av vårdköerna även vid Länsi-Pohja, Oulaskangas, Salo, Nyslotts och Valkeakoski sjukhus samt vid de av HUS-sammanslutningens sjukhus där det inte upprätthålls jour dygnet runt inom flera specialområden. I praktiken kan man anta att möjligheten kommer att utnyttjas av Länsi-Pohja, Oulaskangas och Nyslotts sjukhus, där man för närvarande har utfört protesoperationer, trots att lagstiftningen i princip möjliggör dylik operativ verksamhet även vid de andra sjukhusen som nämns.

För patientströmmarnas del bör sjukhusens samarbete och arbetsfördelning samt operationssalskapacitetens tillräcklighet granskas över välfärdsområdes- och samarbetsområdesgränserna också när det gäller den operativa verksamheten och behövlig fortsatt vård. Välfärdsområdena kan avtala om att vissa operationer utförs endast vid vissa sjukhus, om att operationsvolymerna fördelas så att kapaciteten används optimalt och om gemensamma personalresurser. Välfärdsområdena kommer att ha tid på sig att planera genomförandet av förslagen tills mot slutet av 2025. Områdena har delvis redan på eget initiativ börjat förbereda åtgärder i samma riktning med tanke på personalens tillräcklighet och den ekonomiska situationen.

Det föreslås bli möjligt att genomföra ovannämnda ändringar inom dagkirurgin och att kunna utföra vissa mindre åtgärder även på andra ställen än i enheter som har jour dygnet runt samt att skaffa båda dessa verksamheter redan fr.o.m. den 1 mars 2025. Förhoppningen är att denna tidigareläggning ska påskynda ändringarna samt förbättra tillgängligheten och förkorta vårdköerna redan innan de andra lagändringarna träder i kraft den 1 oktober 2025. Genom propositionen underlättas välfärdsområdena möjligheter att hålla fast vid de maximala vårdgarantitiderna, som varit föremål för Valvira tillsynsåtgärder under våren 2024.

4.2.2.3 Konsekvenser för skötseln av förlossningar

Enligt propositionen ska alla välfärdsområden ha ett universitetssjukhus eller centralsjukhus som kan sköta förlossningar. I Nylands beslut om HUS-sammanslutningen om sjukhusens serviceurval även för förlossningarnas del. Dessutom förblir de andra tidigare förutsättningarna för att sköta förlossningar i kraft, dvs. antalet förlossningar per sjukhus och år, behövlig personal och andra omständigheter. Den enda praktiska konsekvensen är att skötseln av förlossningar vid Länsi-Pohja sjukhus överförs till andra sjukhus fr.o.m. den 1 januari 2026. Det årliga antalet förlossningar vid Länsi-Pohja sjukhus har redan under flera år varit tämligen lågt (645 år 2012, och har årligen minskat så att antalet var 389 år 2022). Social- och hälsovårdsministeriet har flera gånger förlängt undantagstillståndet, som gäller till den 31 december 2025. Överföringen

av skötseln av förlossningar från Länsi-Pohja sjukhus förutsätter ingen ytterligare rekrytering och inga ytterligare lokaler vid de mottagande sjukhusen Lapplands centralsjukhus och Uleåborgs universitetssjukhus, utan de kan skötas med befintliga resurser.

Propositionen innebär inga ändringar vid andra sjukhus som sköter förlossningar. Undantagstillstånden att sköta förlossningar gäller till den 31 december 2027 vid Södra Karelen (Villmanstrand), Södra Savolax (S:t Michel), Kajanaland (Kajana) och Lapplands (Rovaniemi) centralsjukhus. Det blir aktuellt att bedöma en förlängning av dessa tillstånd när nya tillstånd söks.

Inom specialområdet kvinnosjukdomar och förlossningar kan det fortfarande enligt servicebehovet finnas mångsidig gynekologisk poliklinikverksamhet och bl.a. mödrapoliklinikverksamhet även vid andra sjukhus och verksamhetsenheter än de enheter som sköter förlossningar. Operativ verksamhet inom gynekologi ska vara möjlig på det sätt som föreskrivs om operativ verksamhet, liksom vårdavdelningsverksamhet. Sålunda kan man vid Länsi-Pohja sjukhus i fortsättningen utföra operationer inom dagkirurgi eller kirurgi som kräver endast kortvarig eftervård inom kvinnosjukdomar.

4.2.2.4 Konsekvenser för den prehospitla akutsjukvården

Befolkningen tar i olika nödsituationer kontakt med nödnumret 112. Ändringarna i servicenätet bedöms inte i sig öka antalet fall där befolkningen tar kontakt och därmed antas ändringarna inte heller öka t.ex. Nödcentralverkets arbetsbörda. Inte heller de nationella instruktionerna till nödcentralerna om till vilka situationer prehospital akutsjukvård allmänt hänvisas och enligt vilka kriterier ändras inte på grund av propositionen.

Det kan uppstå behov av att ändra den prehospitla akutsjukvårdens kapacitet särskilt kvälls- och nattetid och å andra sidan anvisningarna för den prehospitla akutsjukvården om vart, när och vilka slags patienter som transporteras för fortsatt vård till olika enheter och var man får konsultationsstöd i de områden där det föreslås ändringar i jouren dygnet runt.

De ändringar som föreslås i propositionen gäller tidsintervallet klockan 22–07 för jour inom primärvården och den specialiserade sjukvården. Man bör beakta att välfärdsområdena har möjlighet att fortsätta jouren inom primärvården och den specialiserade sjukvården klockan 07–22 och dessutom sådan jour inom sjukhuset som är nödvändig för en patientsäker vård av de patienter som redan finns på sjukhuset även nattetid. De enheter som berörs av de föreslagna ändringarna har även i fortsättningen möjlighet att ta emot patienter från den prehospitla akutsjukvården klockan 7–22 och vårda dem på sjukhuset i den aktuella enheten, om välfärdsområdet beslutar det och patientsäkerheten är tryggad.

I praktiken börjar patienter som transporteras med ambulans till jour inom hälso- och sjukvården sannolikt styras till en enhet med jour dygnet runt redan före den planerade stängningstiden för att man ska hinna göra nödvändiga diagnostiska undersökningar och en vårdplan. Närmare uppgift om det sätt på vilket en patient anlant till jouren fås först när systemet KEJO införs nationellt. I denna proposition har det uppskattats att ungefär hälften av patienterna nattetid förs till vård vid de nuvarande jourenheterna av den prehospitla akutsjukvården. I uppskattningen har beaktats transporterna redan efter klockan 21. När nattjouren upphör transporteras dessa patienter direkt till en enhet med jour dygnet runt inom flera specialområden. Dessutom finns det även dagtid patienter beträffande vilka en patientsäker vård förutsätter jour dygnet runt inom flera specialområden eller operationssalsberedskap dygnet runt, och de hänvisas i fortsättningen till central- och universitetssjukhusen alla tider på dygnet.

Den modell som uppskattningen bygger på beskrivs mer ingående i avsnittet om bedömning av de ekonomiska konsekvenserna.

Den prehospitaledes akutsjukvårdens nuvarande kapacitet beskrivs mer ingående i avsnitt 2.1.5. På grund av de föreslagna ändringarna uppskattas den prehospitaledes akutsjukvårdens behöva ytterligare kapacitet i form av cirka sex akutsjukvårdsenheter på vårdnivå i hela landet. Varje välfärdsområde bedömer det egna behovet i enlighet med responstiderna enligt servicenivåbeslutet för den prehospitaledes akutsjukvårdens och enheternas utnyttjandegrad. Akutsjukvårdsenheternas utnyttjandegrad kan inte vara alltför högt för att man i samtliga situationer ska kunna svara för vården av patienter i nödsituationer och så att det inte uppstår ambulansvacuum. I Kymmenedalen förbättras servicenivån inom den prehospitaledes akutsjukvårdens när basen i Kouvola för Finn-HEMS oy:s läkarhelikopter inleder sin verksamhet 2025.

Nödcentralverkets anvisningar om till vilka uppdrag det skickas prehospital akutsjukvård och när ett nödsamtal besvaras genom att instruera den som ringt på något annat sätt påverkar naturligtvis behovet av prehospital akutsjukvård och dess utnyttjandegrad. I offentligheten⁶⁸ har det framförts en analys enligt vilken ambulansuppdragen 2024 skulle ha minskat med cirka 9 procent jämfört med föregående år på grund av de nya anvisningarna. I en del områden har uppdragen minskat ännu mera. Om detta blir en långvarig trend, skulle det naturligtvis ha betydelse när servicenivåbesluten fattas och behovet av eventuell tilläggskapacitet avgörs i de enskilda områdena.

När patienten, nödcentralsjourhavanden, akutvårdarna och den konsulterade läkaren bedömer behovet av service nattetid är det möjligt att den mer begränsade tillgången till tjänster leder till att man tolkar symtomen som mindre allvarliga och därmed som att det på grund av dem inte är nödvändigt att bege sig längre bort till jour på natten utan patientens tillstånd kan vänta till morgonen. I en doktorsavhandling som publicerades 2022 konstaterades att lång transportsträcka och nattetid ökar akutvårdarnas beslut att inte transportera patienten⁶⁹. I samma avhandling konstaterades att det i vissa situationer är tryggt för patienten att inte transporteras, vilket har betydande fördelar för hanteringen av belastningen på jouten och den prehospitaledes akutsjukvårdens. Oberoende av att uppgiftsprofilen ändras är det den prehospitaledes akutsjukvårdens grunduppgift att svara på akuta och allvarliga livshotande situationer dygnet runt och i hela Finland. Detta förutsätter möjlighet att upprätthålla beredskapen, vilket kan förutsätta tilläggsresurser när uppgifterna ökar.

Alla välfärdsområden ska hålla sina egna anvisningar ajour och i tillämpliga delar harmonisera dem i överensstämmelse med den nationella modellen i rådgivnings- och hänvisningstjänsterna för befolkningen (bl.a. Jourhjälpen 116117) och i instruktionerna till andra social- och hälsovårdstjänster (bl.a. hemvården, boendeenheter, socialjour) samt befrämja att nationellt enhetliga grunder för brådskande vård iaktas bland befolkningen och i olika verksamheter. Utvecklingen av läges-, samordnings- och bedömningscentraler (s.k. SOTE-TIKE och motsvarande) som främjar integration av joutjänsterna inom social- och hälsovården och styr efterfrågan på dem bör fortsätta genom att dela och införa bästa praxis. Särskilt de välfärdsområden som berörs av ändringarna i propositionen bör förnya anvisningarna för den prehospitaledes sjukvårdens och andra verksamheter som stödjer sig på jour inom hälso- och sjukvården om i vilka situationer och när en patient ska transporteras direkt till en joutenhet med flera specialområden och när en patient ska transporteras kl. 07-22 antingen under tjänstetid

⁶⁸ <https://yle.fi/a/74-20107207>

⁶⁹ <https://www.utupub.fi/bitstream/handle/10024/154673/AnnalesD1656Paulin.pdf>

eller utvidgade öppettider till mottagningar, polikliniker eller mottagningar för brådskande vård, beträffande vilka välfärdsområdena även i fortsättningen själva beslutar om verksamhetsmodell och specialområden. Dessutom måste det säkerställas att enheterna med jour dygnet runt har tillräckligt med kapacitet för att svara på konsultationer från den prehospitala akutsjukvården samt ge anvisningar om patientens vård. Ändringen av den prehospitala akutsjukvårdens verksamhet i riktning mot bedömning av vårdbehovet och tillhandahållande av vård redan på objektet samt den mer omfattande integrationen av jourtjänsterna dygnet runt beskrivs ovan.

Genom att i allt högre grad integrera läkarhelikopterverksamheten som en del av den prehospitala akutsjukvården och hela jourhelheten inom hälso- och sjukvården kan man förbättra dess genomslag och snabbt svara på behovet av vård för patienter som skadats eller insjuknat akut. Läkarhelikopterverksamheten stödjer också befolkningens allmänna trygghetskänsla.

4.2.2.5 Konsekvenser för välfärdsområdenas lokaler, utrustning och investeringar

Syftet med propositionen är att centralisera den tyngsta och mest krävande kirurgiska verksamheten som kräver operationssalsberedskap dygnet runt till universitetssjukhusen och centralsjukhusen. Med tanke på verksamheten innebär detta bl.a. att krävande postoperativ intensivvård centraliseras till de största sjukhusen. Alla ovannämnda verksamheter är sådana som kräver särskilda sjukhuslokaler och delvis mycket dyr specialutrustning. När verksamhetsvolymen växer med centraliseringen, kan utnyttjandegraden hos dessa dyrare lokaler och denna dyrare utrustning optimeras effektivt. Överlappande och dyra investeringar i apparater med låg utnyttjandegrad kan minskas i de mindre sjukhusen.

I enlighet med propositionen överförs den tunga kirurgin från vissa sjukhus till universitetssjukhusen och centralsjukhusen, men å andra sidan behåller dessa sjukhus möjlighet att utföra dagkirurgiska åtgärder. Genom att styra dagkirurgin till Länsi-Pohja, Oulaskangas, Salo, Nyslotts och Valkeakoski sjukhus kan man bidra till att operationssalarna och utrustningen räcker till vid de sjukhus som tar emot tung kirurgi. På så sätt räcker sjukhusens operationssalskapacitet och kapacitet för fortsatt vård bättre till utan nyinvesteringar. Genom att skaffa dagkirurgi även från andra tjänsteproducenter kan man dessutom bidra till tillräcklig operationssalskapacitet. Operationssalskapacitetens tillräcklighet bör också bedömas tillsammans med andra välfärdsområden och det bör säkerställas att hela den offentliga kapaciteten utnyttjas även över välfärdsområdes- och samarbetsområdesgränserna.

I propositionen föreslås inga ändringar som förutsätter att den totala vårdavdelningskapaciteten krymper i de sjukhus som överlåter verksamheter eller som direkt förutsätter ytterligare kapacitet vid de sjukhus som tar emot verksamheter. Däremot kan sjukhusavdelningarnas patientstruktur och specialområde förutsätta ändringar. Även i nuläget utnyttjar välfärdsområdena den tillgängliga sjukhuskapaciteten som en helhet. Sålunda kan t.ex. centralsjukhuset hänvisa patienter till områdets sjukhus eller en vårdavdelning inom primärvården för fortsatt vård och rehabilitering. Hemsjukhusverksamheten växer också i flera välfärdsområden, vilket bidrar till att antalet fasta vårdavdelningsplatser inte behöver utökas.

Att förlossningarna överförs från Länsi-Pohja sjukhus (389 förlossningar/2022) till Lapplands centralsjukhus (903 förlossningar/2022) och Uleåborgs universitetssjukhus (3140 förlossningar/2022) kräver ingen ytterligare kapacitet i de mottagande sjukhusen vad beträffar förlossningssalar eller förlossningsvårdavdelningar. Det kan antas att förlossningarna från Länsi-Pohja fördelar sig fifty-fifty, dvs. att antalet förlossningar per år ökar med cirka 200 vid vardera sjukhuset eller att en något större andel av förlossningar inom Länsi-Pohjas område eventuellt går till Uleåborg. Vid Uleåborgs universitetssjukhus sköttes enligt statistiken över

4000 förlossningar 2014 och för närvarande färdigställs det nya universitetssjukhusets lokaler, där det finns tillräcklig kapacitet att sköta ytterligare förlossningar. Lapplands centralsjukhus har i sina lokaler också skött motsvarande antal förlossningar som det totala antalet skulle stiga till genom antalet förlossningar som överförs.

För jourerna inom primärvården berör ändringen deras verksamhet nattetid (kl. 22–07). Det faktum att det inte finns verksamhet nattetid i jourlokalerna, minskar inte lokalbehovet, eftersom verksamheten kan fortsätta under andra tider på dygnet. Ändringen innebär således inte att lokaler blir oanvända, trots att deras utnyttjandegrad minskar en aning.

För den specialiserade sjukvårdens del berör ändringen likaså omfattningen av juren nattetid men möjliggör dock fortfarande verksamhet dag- och kvällstid i samma lokaler. För operationssalarnas del kan en del av sådan dagkirurgi och operativ verksamhet inom olika specialområden som kräver endast kortvarig eftervård, vilka kräver operationssal och anestesi, utföras även vid välfärdsområdenas Länsi-Pohja, Oulaskangas, Salo, Nyslotts och Valkeakoski sjukhus, så inte heller operationssalokalerna blir onödiga. Ändringar i lokalbehoven kan i första hand ses i fråga om enskilda förlossningsrum när förlossningsverksamheten vid Länsi-Pohja sjukhus upphör.

Bedömd som en helhet är ändringen i lokalbehoven till följd av förslagen marginell, och orsakar i första hand rumsarrangemang, som i vilket fall som helst alltid förekommer i sjukhusen när verksamhetens karaktär ändras. De föreslagna arrangemangen är inte av sådan art att de skulle ha bokföringsmässiga konsekvenser för det ekonomiska utfallet.

4.2.2.6 Konsekvenser för servicesystemets beredskap och hanteringen av störningar

Den beredskap och de förberedelser som behövs för olika störningar och undantagsförhållanden samt beredskapsplaneringen beskrivs i avsnitt 2.2.9.

Enligt förslagen ska jour dygnet runt och å andra sidan tung kirurgisk verksamhet och funktioner i anslutning därtill, såsom krävande intensivvård- och intensivövervakning, finnas i färre enheter än nu. Å andra sidan kan det nationella nätverket av universitetssjukhus och centralsjukhus, som fungerar som en helhet i olika situationer, och sjukhusens funktionssäkerhet stärkas, när det finns tillräckligt med personal för elektiv verksamhet och jour dygnet runt i dessa sjukhus. I sig innebär de föreslagna ändringarna att t.ex. vid en storolycka finns det särskilt nattetid mindre resurser för att vårda ett stort antal patienter vid de sjukhus som berörs av ändringsförslaget. Sjukhusen samarbetar emellertid redan nu t.ex. vid storolyckor. Ju flera eller svårare skadade patienter det handlar om, desto mera framhävs enheter som kan tillhandahålla krävande fortsatt vård inom flera specialområden, dvs. i praktiken central- och universitetssjukhusen. De svårast skadade transporterats med hjälp av prehospital akutsjukvård redan nu direkt till universitetssjukhusen, dit t.ex. neurokirurgin, den mest krävande traumalogin och lung-mediastinal-hjärtkirurgi samt den krävande intensivvården har centraliserats. De föreslagna ändringarna inverkar inte på dessa funktioner och planer.

En del av de övriga sjukhusen behåller emellertid lokaler och utrustning för operativ verksamhet och det ska också vara möjligt att utföra dagkirurgisk verksamhet inom den privata sektorn enklare än nu. Vid behov kan dessa lokaler och denna utrustning tas i användning, om det behövs ytterligare kapacitet, t.ex. för att utföra tung kirurgi.

Förslagen i denna proposition är förenliga med de gällande beredskapsplanerna för undantagsförhållanden och medför ingen risk för ett eventuell verkställande av dem.

4.2.3 Konsekvenser för andra myndigheter

4.2.3.1 Försvarsmakten

Enligt lagen om hälsovården inom försvarsmakten (322/1987) anordnar Försvarsmakten hälsovård för dem vars hälsovård den ansvarar för, vilken omfattar hälsovård och sjukvård enligt lagens 2 §. Sjukvården omfattar första hjälp, sjuktransport, öppen vård och sjukhusvård. Försvarsmakten ansvarar för hälsovården för dem som med stöd av värnpliktslagen (1438/2007) och lagen om frivilligt försvar (556/2007) tjänstgör inom Försvarsmakten och Gränsbevakningsväsendet under deras tjänstgöringstid samt för sådana studerande som ska utbildas för militära tjänster.

Försvarsmakten tillhandahåller hälsovård på sina egna hälsostationer, som är 18 till antalet. De finns vid garnisoner på olika håll i Finland. Dessutom kan Försvarsmakten ha tillfälliga fältmedicinska vårdenheter som inrättas t.ex. i samband med militärövningar. Den hälsovård som Försvarsmakten själv tillhandahåller på sina hälsostationer motsvarar till sin karaktär ungefär de primärvårdstjänster som hälsocentralen tillhandahåller.

Försvarsmakten har inga egna sjukhus och tillhandahåller alltså inte specialiserad sjukvård. Försvarsmakten har partnerskapsöverenskommelser med välfärdsområdena om anskaffning av sjukvårdstjänster på specialiserad sjukvårdsnivå. Försvarsmakten anlitar även privata tjänsteproducenter i någon mån. Försvarsmakten anordnar inte specialiserad sjukvård i någon större utsträckning. Om den som fullgör militärtjänstgöring behöver tjänster inom den specialiserade sjukvården som påverkar tjänstedugligheten, t.ex. en operation, kan tjänstgöringen avbrytas för en viss tid eller helt. I en sådan situation återgår patienten till att omfattas av välfärdsområdets ansvar att ordna hälso- och sjukvård.

När det gäller brådskande vård ges de som fullgör militärtjänstgöring, liksom andra, med stöd av 50 § 1 mom. i hälso- och sjukvårdslagen brådskande vård när de sökt sig till välfärdsområdets sjukhus eller en annan verksamhetsenhet inom hälso- och sjukvården. De som fullgör militärtjänstgöring är i princip unga och friska, eftersom deras tjänsteduglighet har bedömts innan de trädde i tjänst och den bedöms och stöds under hela tjänstgöringen. Orsakerna till brådskande vård är till största delen på primärvårdsnivå, särskilt infektioner, små trauman samt besvär i rörelseapparaten och mentala omständigheter. Dessa orsaker kräver i allmänhet inte ställningstagande på natten. Tillgången till tjänster under tjänstetid på Försvarsmakten egna hälsostationer är tämligen god. I situationer som kräver specialiserad sjukvård anlitas central- och universitetssjukhusens jour och andra tjänster. Särskilt i krävande olycks- och traumasituationer, som kan avvika från det normala när de inträffar i Försvarsmaktens verksamhet, är det väsentligt att med hjälp av snabb och kompetent prehospital akutsjukvård och läkarhelikopterverksamhet kunna föra patienterna direkt till universitets- eller centralsjukhus med heltäckande serviceutbud.

När det gäller jouden dygnet runt inom primärvården medför propositionen inga betydande ändringar för Försvarsmakten. Ändringarna i jouden inom akutmedicin vid Ratamokeskus i Kouvola kan i någon mån ha betydelse för i första hand Karelska brigaden, som finns i Vekarajärvi i Kouvola, och Uittis jägarregemente, men i Ratamokeskus kan alltså även i fortsättningen finnas jour dygnet runt inom primärvården. Från Vekarajärvi är det cirka 37 km till Kouvola och 91 km till Kota och från Uitti 12 km till Kouvola och 64 km till Kotka. Man kan anta att behovet av bedömning och vård nattetid är litet inom Försvarsmaktens hälso- och sjukvård och till största delen på primärvårdsnivå. Som jämförelse kan det påpekas att avståndet från Jägarbrigaden i Sodankylä är i nuläget 131 km till närmaste jour dygnet runt vid Lapplands

centralsjukhus i Rovaniemi. Ändringarna till följd av propositionen bedöms inte orsaka några betydande tilläggskostnader för Försvarsmakten.

4.2.3.2 Enheten för hälso- och sjukvård för fångar och Brottsförklaringsmyndigheten

Enheten för hälso- och sjukvård för fångar som är underställd Institutet för hälsa och välfärd ordnar hälso- och sjukvård för fångar och häktade i hela landet i enlighet med det som föreskrivs i 10 kap. i fängelselagen och i 6 kap. i häktninglagen. Enligt de lagarna svarar Enheten för hälso- och sjukvård för fångar för ordnandet av hälso- och sjukvård samt medicinsk rehabilitering som motsvarar fångarnas och de häktades medicinska behov. Om en fånge eller häktad är sjuk eller skadad och inte på tillbörligt sätt kan vårdas eller undersökas vid Enheten för hälso- och sjukvård för fångar, ska han eller hon under behövlig bevakning temporärt sändas för vård eller undersökning utanför fängelset. Fångarnas hälsotillstånd bedöms under hela fängelsetiden.

En utgångspunkt för fångvården är den så kallade normalitetsprincipen. Enligt den ska fångarnas förhållanden så långt det är möjligt motsvara de förhållanden som råder i samhället. Bestämmelser om dessa principer finns i fängelselagen.

Enheten för hälso- och sjukvård för fångar producerar själv största delen av tjänsterna inom primärvården, mun- och tandvården och den psykiatriska specialiserade sjukvården. Enheten för hälso- och sjukvård för fångar driver två sjukhus. Sjukhuset för fångar i Tavastehus är ett riksomfattande somatiskt sjukhus för fångar. Det leds av en överläkare som är specialist i allmän medicin. Till verksamheten hör mångsidig behandling och rehabilitering av somatiska sjukdomar. Psykiatriska sjukhuset för fångar, som finns i samband med Åbo fängelse och Vanda fängelse, är en enhet inom den specialiserade sjukvården som undersöker och vårdar patienter med multiproblem som kräver psykiatrisk sjukhusvård. Enheten för hälso- och sjukvård köper somatiska specialiserade sjukvårdstjänster och jourtjänster skaffas i huvudsak som köpta tjänster från välfärdsområdena.

Enligt undersökningen om fångars hälsa och välfärd 2023⁷⁰ har fångar många problem och hör till den grupp av människor som behöver många social- och hälsovårdstjänster. Kroniska sjukdomar och användningen av hälso- och sjukvårdstjänster var vanligare än bland hela befolkningen, och ungefär en fjärdedel av fångarna använder hälso- och sjukvårdstjänster i stor utsträckning. 46 % av männen och 43 % av kvinnorna hade symptom vilka passade in på ADHD. Livstidsprevalensen av psykossjukdom var 8 % och rusmedelsinducerade mera kortvariga psykotiska episoder framkom hos 34 % av fångarna. Av fångarna hade 87 % i något skede av livet haft en missbruksrelaterad problematik. Problematiske alkoholkonsumtion koncentrerades till äldre åldersgrupper, medan de yngre oftare hade problem med narkotika. 44 % framkom som hepatit C-positiva och 13 % var kroniska bärare av sjukdomen. Fångarna upplevde sin munhälsa som medelmåttig eller dålig oftare än den övriga befolkningen och de rapporterade mycket besvär i munområdet, t.ex. smärta.

I undersökningen specificerades inte behovet av och orsakerna till brådskande vård. Man kan anta att även hos fångar är orsakerna till brådskande vård till stor del besvär på primärvårdsnivå som i allmänhet inte kräver ställningstagande på natten. De som behöver omedelbar vård nattetid transporteras även i nuläget i regel till universitetssjukhusen och centralsjukhusens

⁷⁰[Vankien terveys ja hyvinvointi 2023: Wattu IV -vankiväestötutkimus \(julkari.fi\)](#) (Undersökningen om fångars hälsa och välfärd 2023, Wattu IV, på finska, med sammandrag på svenska). Institutet för hälsa och välfärd, rapport 007/2023

tjänster dygnet runt. Särskilt när korttidsfångar tas in och droganvändningen upphör uppstår risk för delirium, som måste utredas och behandlas dygnet runt och under jour. Detta undersöktes inte desto närmare i ovannämnda undersökning. Ett drag som hänför sig till fängelseförhållanden är att det framkom i undersökningen att flera än en tiondel av de manliga fångarna hade upplevt fysiskt våld under sin fängelsetid, och över en fjärdedel hade upplevt psykiskt våld.⁷¹

Brottspåföljdsmyndigheten upprätthåller 28 fängelser runtom i Finland. En del av dem är slutna fängelser och en del öppna anstalter. Antalet fångar i enheterna varierar. Propositionen påverkar inte verksamheten vid Enheten för hälso- och sjukvård för fångar. Remiss till specialiserad sjukvård ges vanligtvis till den närmaste enheten. När de ändringar som enligt propositionen riktas till sjukhusen genomförs förlängs avståndet till jour dygnet runt och sjukhus som utför operativ verksamhet för del av fångelserna. Detta kan kräva personarrangemang och beredskap för längre restider och väntetider för de ledsagare som fångarna behöver, dvs. för Brottspåföljdsmyndigheten.

4.2.3.3 Statens sinnessjukhus

Propositionen bedöms inte ha några konsekvenser för statens sinnessjukhus, dvs. Gamla Vasa sjukhus och Niuvanniemi sjukhus. Inga ändringar föreslås i de jourer dygnet runt som finns närmast dem, Vasa centralsjukhus och Kuopio universitetssjukhus.

4.2.3.4 Polisen

I lagen om behandlingen av personer i förvar hos polisen (841/2006) föreskrivs det om behandlingen av häktade, anhållna och gripna som med stöd av lag hålls i förvar hos polisen. Enligt 5 kap. 1 § i den lagen har en frihetsberövad rätt till hälso- och sjukvård som motsvarar hans eller hennes medicinska behov. Enligt 5 § i samma kapitel ordnas hälso- och sjukvård för frihetsberövade av den kommun eller den samkommun för ett sjukvårdsdistrikt (i lagen gamla termer: numera alltså välfärdsområde) vid vars verksamhetsenhet det är ändamålsenligt att ordna vården.

Förvar i polisens utrymmen är i regel kortvarigt, och den klart största delen av sådana personer som hålls i förvar i polisens utrymmen som inte är rannsakningsfångar frigges inom ett dygn från att de togs fast.

Under ett polisuppdrag kan man upptäcka att t.ex. en aggressiv eller berusad eller drogad kund eller en kund av psykiska orsaker kan behöva bedömning av vårdbehovet eller närmare undersökning inom hälso- och sjukvården. Kunden ska då bedömas och transporteras av den prehospitla akutsjukvården till en ändamålsenlig verksamhetsenhet inom hälso- och sjukvården. Polisuppdrag som påverkas av lagändringarna är särskilt handräckning som ges med stöd av 31 § i mentalvårdslagen (1116/1990), som sysselsätter polisen mest av alla handräckningsuppdrag. Propositionens konsekvenser för dem som använder mentalvårdstjänster bedöms i avsnitt 4.2.4.6. Polisens behöver hjälp från yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården vid undersökning av om en person som misstänks för rattfylleri är berusad eller drogad, när berusningen inte kan konstateras genom utandningsprov som utförs med precisionsalkometer. En del av rattfyllerifallen kommer ofta till polisens kännedom kvälls- och nattetid. En betydande del av rattfyllerifallen är sådana där man misstänker användning av narkotika och/eller läkemedel. Polisen samarbetar med

⁷¹ idib. s. 62.

välårsområdena också vid undersökningen av andra brott, t.ex. sexualbrott. Enligt lagen om utredande av dödsorsak (459/1973) ska polisen verkställa undersökning för utredande av dödsorsaken, om de förutsättningar som anges i lagen föreligger. Enligt 31 § i hälso- och sjukvårdslagen ska välårsområdet ge polisen handräckning för yttre besiktning av avlidna.

De föreslagna ändringarna förlänger avståndet från vissa polisinsättningar och polisens andra verksamhetsställen till jour dygnet runt på natten. Antalet uppdrag för den prehospitala akutsjukvården kan öka av bedömning av hälsotillståndet hos personer i förvar hos polisen och transport av dem till en jour. Ändringen påverkar inte det egentliga antalet polisuppdrag, men längre avstånd och restid för kundtransporter kan förutsätta en bedömning av vad som är tillräckligt antal patruller i området så att polisens övriga verksamheter inte störs. Polispatrullers tid kan bindas upp av transportuppdrag. Genomförandet av ändringarna i lagstiftningen förutsätter att ändringar i verksamheten planeras i samarbete mellan polisen och välårsområdena.

4.2.3.5 Tillsynsmyndigheter

Social- och hälsovården övervakas av Valvira och regionförvaltningsverken. De föreslagna ändringarna bedöms inte avsevärt öka tillsynsmyndigheternas arbete, utan de övervakar även i fortsättningen den hälso- och sjukvård som ordnas av välårsområdena. I 45 § i hälso- och sjukvårdslagen föreslås ändringar som innebär att viss operativ verksamhet som kräver operationssal och anestesi, samt vissa andra åtgärder i fortsättningen kan utföras även i vissa andra angivna sjukhus än sådana som har jour dygnet runt inom flera specialområden. Tillsynen över dessa bestämmelser underlättas av att det föreskrivs om dessa operationer och åtgärder genom förordning av statsrådet, varvid det står klart även för tillsynsmyndigheterna vilka operationer och åtgärder som bestämmelserna gäller. Myndighetstillsynen kan också i viss mån få stöd av att det i lagen föreskrivs tydligare än nu om villkoren för att skaffa operationer och andra åtgärder av tjänsteproducenter.

4.2.4 Konsekvenser för människor och samhälle

4.2.4.1 Allmänt om konsekvenserna för befolkning, patienter och kunder

Enligt 19 § 3 mom. i grundlagen ska det allmänna tillförsäkra var och en tillräckliga socialtjänster samt hälsovårds- och sjukvårdstjänster och främja befolkningens hälsa. Brådskande vård hör dessutom till vars och ens rätt till oundgänglig omsorg enligt 19 § 1 mom. i grundlagen. Enligt 7 § 1 mom. i grundlagen har alla rätt till liv och till personlig frihet, integritet och trygghet. En akut skada eller sjukdom kan hota hälsan på så sätt att det är nödvändigt att söka sig till jourhjälp dygnet runt. Den offentliga hälso- och sjukvården i Finland ombesörjer jourverksamhet dygnet runt.

Centralt med avseende på propositionens konsekvenser för de grundläggande fri- och rättigheterna samt de mänskliga rättigheterna är att analysera hur propositionen påverkar rättigheterna till hälsa. I artikel 12 i FN:s konvention om ekonomiska, sociala och kulturella rättigheter erkänns rätten för var och en att åtnjuta bästa möjliga fysiska och psykiska hälsa, och beståndsdelar som ingår i den rätten är enligt kommittén för ekonomiska, sociala och kulturella rättigheter tillgång (availability), tillgänglighet (accessibility), godtagbarhet (acceptability) och kvalitet (quality) (se också avsnitt 12 Förhållande till grundlagen samt lagstiftningsordning). Propositionen har också kontaktyta till de språkliga rättigheterna som tryggas i 17 § i grundlagen samt till den regionala självstyrelsen enligt 121 § i grundlagen.

Propositionen bedöms ha både positiva och negativa konsekvenser för befolkningen och patienterna. Syftet med centraliseringen av jourer och operativ verksamhet dygnet runt är att trygga tillgången på tjänster och deras kvalitet och genomslag samt patientsäkerheten, när personal och mångsidig kompetens har säkerställts och vården är likvärdig. Propositionens syfte är att reagera på befolkningsförändringar och tillgången på personal på längre sikt. Å andra sidan försämrats tillgängligheten och växer avstånden för en del av befolkningen, vilket kan förutsätta transportarrangemang och orsaka kostnader samt förutsätta åtgärder för att trygga patientsäkerheten. Jour dygnet runt stödjer också befolkningen känsla av grundläggande trygghet, varför ändringar kan inge oro. Att vissa operationer och åtgärder utförs även på andra ställen än sjukhus som har jour dygnet runt och att det blir möjligt att anskaffa dem kan förbättra tillgången och förkorta vårdköerna.

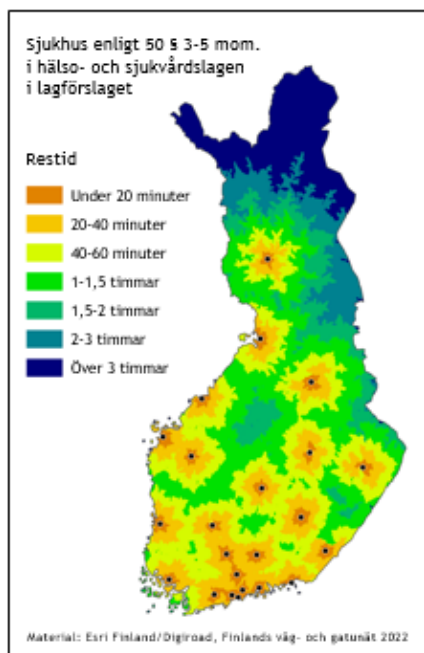
Propositionen syftar till genom att centralisera enheterna med jour dygnet runt och den tunga operativa verksamheten garantera en högklassig och patientsäker jourvård och operativ vård för hela befolkningen som bygger på omfattande kompetens samt tryggade och tillräckliga resurser. I de centraliserade och större sjukhus med jour dygnet runt som avses i propositionen ska det finnas tillgång till mångsidig kompetens och tjänster inom flera specialområden. Samtidigt minskar variationen i verksamheten och det blir lättare att standardisera behandlingarna och det finns också mera säkert kompetens för även exceptionella situationer. Patienterna får i större utsträckning likadan och likvärdig vård oberoende av bostadsort.

Ur befolkningens synvinkel framhävs kompetensen och kvaliteten i fråga om krävande specialiserade sjukvårdstjänster som behövs sällan i livet, trots att tillgängligheten delvis försämrats. I dessa situationer är det i allmänhet viktigt att säkerställa tillgången på tjänster och kompetenta yrkesutbildade personer och team inom sjukhusens väggar. Trots att vissa specialiserade sjukvårdstjänster och jourtjänster centraliseras, bör utgångspunkten vara att vård- och servicestygarna är kundorienterade och sömlösa – även över välfärdsområdes- och samarbetsområdesgränserna. Detta gäller social- och hälsovårdstjänster före besök hos centraliserade tjänster samt eftervård och samordning av tjänsterna med bl.a. socialservicen.

För en del av medborgarna medför propositionen att avståndet mellan bostads- eller vistelseorten och juren dygnet runt förlängs. Avståndet till en jourenhet eller ett sjukhus med operativ verksamhet har i nuläget varierat på olika håll i landet beroende på personens bostadsort. Propositionen kommer inte att korrigerar dessa skillnader. Avståndet till nattjourer inom primärvården förlängs i Idensalmi, Jämsä, Brahestad och Varkaus jämte närliggande områden och för en del av patienterna i Kouvola jämte närliggande områden samt till jour dygnet runt inom flera specialområden i Kemi, Oulainen, Salo och Nyslott jämte närliggande områden. När bedömningen avser avståndet från just dessa orter till närmaste enhet med jour dygnet runt gör förslagen i propositionen att resvägen förlängs med cirka 50–100 kilometer. Naturligtvis bor inte alla som anlitar dessa jourenheters tjänster på de angivna orterna, utan det finns skillnader i resvägens längd och den kan alltså vara längre än såhär.

Följande bilder beskriver jourtjänsternas tillgänglighet i form av restid från befolkningens boendeort till följd av lagförslagen. I avsnitt 2.1.2 beskrivs de nuvarande jourenheternas tillgänglighet.

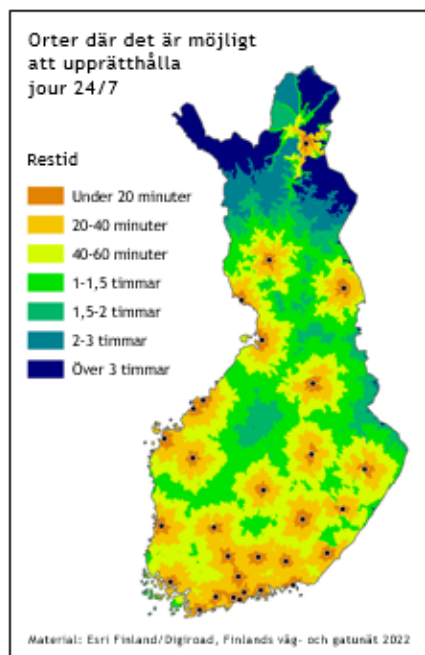
Bild 7. Orter där jour dygnet runt inom flera specialområden kan upprätthållas med stöd av 50 § 3–5 mom. i hälso- och sjukvårdslagen samt de av HUS-sammanslutningens enheter där det upprätthålls jour dygnet runt inom flera specialområden.



Restid	Kumulativ folkmängd	Kumulativ befolkningsandel (%)
0 - 20 min	3444784	63,0
20 - 40 min	4489362	82,1
40 - 60 min	5049804	92,4
1 - 1,5 h	5386847	98,6
1,5 - 2 h	5432386	99,4
2 - 3 h	5455533	99,8
över 3 h	5464848	100,0

Material: Statistikcentralen, Rutdata över befolkning 31.12.2022

Bild 8. Alla orter där jour dygnet runt får upprätthållas med stöd av 50 § i hälso- och sjukvårdslagen och där HUS-sammanslutningen upprätthåller jour dygnet runt (Raseborg är med).



Restid	Kumulativ folkmängd	Kumulativ befolkningsandel (%)
0 - 20 min	3639932	66,6
20 - 40 min	4657222	85,2
40 - 60 min	5177874	94,7
1 - 1,5 h	5422490	99,2
1,5 - 2 h	5456549	99,8
2 - 3 h	5462995	100,0
över 3 h	5464848	100,0

Material: Statistikcentralen, Rutdata över befolkning 31.12.2022

Sett till hela Finland minskar som effekt av propositionen den andel av befolkningen som har en restid på 0–20 minuter till jour dygnet runt med 2–3 procentenheter, den andel som har en restid på 20–40 minuter med 3–4 procentenheter samt den andel som har en restid på 40–60 minuter med 2–3 procentenheter jämfört med nuläget enligt avsnitt 2.1.2. Jour dygnet runt inom flera specialområden nås i fortsättningen inom en timme av cirka 92 procent av befolkningen (för närvarande 95 %) och inom en och en halv timme även i fortsättningen av cirka 99 procent av befolkningen. Propositionens konsekvenser fördelar sig dock ojämnt inom befolkningen beroende på var befolkningen bor och annars rör sig, och för en del av befolkningen förlängs restiden klart från hemadressen. Det är dock möjligt att i brådskande situationer kan den prehospitala sjukvården, en läkarambulans eller läkarhelikopter nå jousen snabbare.

Inom området för fyra sjukhus (Länsi-Pohja, Oulaskangas, Salo och Nyslott) medför propositionen att resvägen förlängs med cirka 50–100 kilometer till den närmaste jousen dygnet runt inom flera specialområden och till ett sjukhus som upprätthåller tyngre operativ verksamhet. När jousen dygnet runt inom primärvården upphör förlängs resan till närmaste jousjukhus med cirka 60–90 kilometer i fråga om fyra sjukhus (Jämsä, Brahestad, Varkaus, Idensalmi). Även dessa siffror baserar sig på avståndet från den ort där jousen dygnet runt upphör till närmaste enhet som även i fortsättningen har jour dygnet runt. Restiden förlängs också för invånare i jousenhetens närliggande områden så att förändringen i restid är beroende av var patienten bor i området eller varifrån han eller hon annars söker sig till vård, och kan alltså vara längre än vad som beskrivs. När man jämför ställningen för dem som bor i olika områden bör det å andra sidan påpekas att redan nu (se avsnitt 2.1.2) har ungefär en tredjedel av befolkningen

enligt bostadsorten över 20 minuter till närmste jourenhet, ungefär 10 procent har över 40 minuter till någon jour dygnet runt och cirka 15 procent har över 40 minuter till jour dygnet runt inom flera specialområden.

För dem som söker sig till icke-brådskande operativ vård inverkar inte den längre restiden på patientsäkerheten, eftersom restiden inte kan antas medföra att väntetiden från operationsbeslutet till operationstidpunkten ökar väsentligt. Restiden, transportarrangemangen och reskostnaderna kan öka i dessa situationer, men ökningen bedöms inte bli oskäligen. När det blir friare att anskaffa dagkirurgiska operationer och utföra vissa åtgärder kan tjänsterna också tillhandahållas kunderna närmare än nu.

När det gäller skötseln av förlossningar har propositionen konsekvenser för invånarna i området för Länsi-Pohja sjukhus senast från ingången av 2026, eftersom skötseln av förlossningar med stöd av social- och hälsovårdsministeriets undantagstillstånd upphör senast då. I fortsättningar ska förlossningar från detta område i regel skötas vid Lapplands centralsjukhus eller Uleåborgs universitetssjukhus. Resan från Kemi förlängs med cirka 100–120 kilometer. Propositionens konsekvenser för förlossningar behandlas separerat i avsnitt 4.2.2.3.

I samband med granskningen av Finlands sjunde periodiska rapport (30.3.2021) konstaterade kommittén för ekonomiska, sociala och kulturella rättigheter att man är oroad för det inte finns tillgång till primärvårdstjänster som är tillgängliga i hela landet. Kommittén rekommenderade att finska staten skulle granska social- och hälsovårdsreformens konsekvenser för social- och hälsovårdstjänsternas tillgänglighet, likvärdig tillgång på tjänster till skäligt pris i landets alla delar med hänsyn till bl.a. de regionala särdragen. (Concluding observations on the 7th periodic report of Finland: Committee on Economic, Social and Cultural Rights, punkterna 41–43.)

Strävan med denna proposition är att göra det möjligt att förskjuta tyngdpunkten från jour dygnet runt och specialiserade sjukvårdstjänster så att befolkningen får bättre basservice under tjänstetid samt under kvällar och på veckoslut. Social- och hälsovårdstjänster på basnivå spelar en betydande roll för både icke-brådskande och brådskande tjänster. Brådskande mottagningar inom primärvården under kvällar och på veckoslut förbättrar tillgången på tjänster och betjänar befolkningen. På så sätt kan sannolikt antalet personer som söker sig till oändamålsenlig jourvård och vård nattetid minska, när man får och upplever att man får vård under en mer förnuftig tid. I propositionen föreslås att det redan lagstadgade kravet att ordna brådskande mottagning inom primärvården under kvällar och på veckoslut dagtid preciseras. Å andra sidan har välfärdsområdena för att täcka sina underskott glesat ut sitt servicenät inom primärvården, vilket kan ha konsekvenser för de faktiska möjligheterna att utvidga dessa tjänster.

Statsminister Petteri Orpos regering har till riksdagen överlämnat en proposition där det föreslås att den tidigare längsta väntetiden på tre månader, dvs. vårdgarantin, för att få icke-brådskande vård inom primärvårdens öppna sjukvård återförs i fråga om personer som fyllt 23 år. I den gällande lagen är vårdgarantin 14 dygn, om patienten söker vård på grund av insjuknande, skada, förvärring av en kronisk sjukdom, symtomdebut eller nedsättning av funktionsförmågan och det är fråga om vård inom området allmänmedicin (regeringens proposition till riksdagen med förslag till lagar om ändring av 51 a och 51 b § i hälso- och sjukvårdslagen och 10 a och 10 b § i lagen om studerandehälsovård för högskolestuderande, RP 134/2024 rd). Den förlängda vårdgarantin inom primärvården kan inverka så att anlitaandet av jourtjänster ökar, med tyngdpunkt på de befolkningsgrupper som anlitar offentliga hälso- och sjukvårdstjänster (särskilt de som står utanför arbetskraften och därmed företagshälsovården, såsom arbetslösa och äldre). I propositionen om förlängning av vårdgarantin konstateras att man kan inte utesluta risken för att väntetiderna för att få vård förlängs avsevärt till följd av att finansieringen minskar, vilket föranleder bland annat onödig efterfrågan, belastning av jourerna och ett ökat behov av

specialiserad sjukvård (RP 134/2024 rd, s. 78). Därmed kan förlängningen av vårdgarantin inom primärvården ha en negativ inverkan på uppnåendet av målen för denna proposition. Samtidigt höjs även kundavgifterna för jourtjänster (se avsnitt 4.2.1.4). Avgifterna är högre inom den specialiserade sjukvården (inklusive sjukhusens jourtjänster) än på basnivå, och höjningens procentsats är också större. Avgifterna för specialiserad sjukvård betungar sålunda kunden mera och avgiftshöjningarna har antagits kunna påverka hur människorna söker sig till vård.

Hälsa- och sjukvårdstjänsternas geografiska tillgänglighet är en av de mest centrala dimensionerna som påverkar hälso- och sjukvårdens tillgänglighet och utnyttjandet av hälso- och sjukvård samt befolkningens hälsa. I en finländsk undersökning har man analyserat primärvårdstjänsternas tillgänglighet.⁷² Resultaten visade att befolkningen i Finland har god tillgång till primärvård, men vissa befolkningsgrupper kan stöta på utmaningar när det gäller tjänsternas tillgänglighet, såsom hushåll i glesbygden som saknar bil och tonåringar som tar sig till hälso- och sjukvårdstjänster på egen hand. Det finns regionala skillnader i tillgängligheten särskilt på landsbygden. Färre enheter som tillhandahåller tjänster kan påverka tjänsternas tillgänglighet för dessa befolkningsgrupper. Eventuella trafikolägenheter kan orsaka eller förstärka sociala fördelningar samt hälsoskillnaderna. Enligt undersökningar rapporterar de som bor i tätbebyggda kommuner och på landsbygden redan nu oftare än stadsbor att öppettiderna och besvärliga resor försvårat tillgången till hälso- och sjukvårdstjänster. De åtgärder inom den primärvården som beskrivits i föregående stycke kan förhindra denna utveckling.

Centraliseringen av juren dygnet runt och tyngre kirurgisk verksamhet påverkar också patienternas anhöriga. När de ledsagar eller besöker en patient kan restiden och resekostnaderna öka för en del av de anhöriga eller andra närstående. Dock är situationen redan nu motsvarande för en del anhöriga och andra närstående. Vårdsområdena har möjlighet att ordna bl.a. patienthotellkvartering vid behov. Tillgänglighet och tillgång måste då beaktas på olika sätt i fråga om personer med funktionsnedsättning. När de dagkirurgiska åtgärderna utvidgas till flera enheter kan det för en del personer som ledsagar patienter å andra sidan förkorta restiden och minska kostnaderna.

Med tanke på tillgängligheten är det av särskild betydelse att det förblir möjligt att upprätthålla jour dygnet runt inom primärvården i Ivalo och Kuusamo genom vårdsområdets beslut.

Social- och hälsovårdsministeriet har bedömt de sammantagna konsekvenserna, även med avseende på de grundläggande och mänskliga rättigheterna, av de lagändringar som gäller den sociala tryggheten samt social- och hälsovårdstjänsterna och som föredras som budgetlagspropositioner i samband med statens budgetproposition för 2025. Även denna regeringsproposition behandlas i den promemoria som gäller de sammantagna konsekvenserna för tillgodoseende av de grundläggande och mänskliga rättigheterna för olika grupper av människor av de ändringar i lagstiftningen om utkomstskydd samt social- och hälsovårdstjänster som genomförs 2024 ja 2025. Bedömningen publicerades samtidigt som budgetlagarna överlämnades den 23 september 2024 och den kan användas som komplement till konsekvensbedömningarna i regeringens propositioner under riksdagsbehandlingen.⁷³

⁷² Aalto, Ilmarinen, Muuri, Ikonen: Sosiaali- ja terveystalouden saatavuus ja asiakaskokemukset (ung. Tillgången till social- och hälsovårdstjänster samt kundupplevelser). I verket Karvonen, Kestilä, Saikkonen (red.) Suomalaisten hyvinvointi 2022 (ung. Finländarnas välmående 2022). <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-996-2>

⁷³ <https://stm.fi/sv/-/bedomning-av-de-sammantagna-konsekvenserna-av-andringarna-i-den-sociala-tryggheten-har-fardigstallts>

4.2.4.2 Äldre personer

De föreslagna ändringarna berör alla åldersgrupper, men konsekvenserna är i någon mån olika för olika åldersgrupper. Hos äldre personer är orsakerna till brådskande vårdbehov särskilt komplikationer i anslutning till långtidssjukdomar samt situationer där funktionsförmågan plötsligt försämras. Brådskande vårdbehov kan ofta vara tidskritiska (neurologiska och hjärtsjukdomar) eller å andra sidan förhindra att man klarar sig i vardagen, trots att det medicinskt inte är fråga om någon allvarlig situation. År 2020 var andelen som upplevde åtminstone stora svårigheter i vardagssysslorna av dem som fyllt 75 år 34,7 %, och av dem som hade fyllt 65 år hade 44,2 % funktionsbegränsningar på grund av hälsoproblem⁷⁴. I enligt med vad som framfördes i avsnitt 2.2.8 är den klart största patientgruppen för den prehospitala sjukvården en äldre person som söker hjälp för diffusa eller allmänna symptom och som inte klarar sig hemma.

Jour dygnet runt kan för en del av den äldre befolkningen medföra en allmän trygghetskänsla, särskilt om andra tjänster är otillräckliga eller oplanerade. För många är jouten ett viktigt sätt att söka sig till vård när man inte kommer eller kan ta sig någon annanstans. I de nuvarande enheterna med samjour ser man också ett sådant fenomen att människor, också äldre personer, söker sig och hänvisas dit, eftersom det inte har ordnats tillräcklig brådskande mottagningskapacitet dag- eller kvällstid inom primärvården eller socialvården, eller det inte finns tillräckliga hälso- och sjukvårdstjänster inom boendeservicen eller institutionsvården eller hemvården för att sköta akuta situationer. Dessa situationer skulle ofta kunna skötas inom primärvården eller t.ex. via mobila sjukskötar-bedömningsteam eller distanskonsultationer med läkare. Social- och hälsovårdsministeriet har finansierat och finansierar välfärdsområdena via flera projekt, så att de har kunnat utveckla servicehelheten på basnivå för äldre.

I propositionen föreslås det att den redan nu lagstadgade skyldigheten att ordna brådskande mottagning inom primärvården på kvällar och under veckoslut på dagtid preciseras, vilket betjänar även äldre och ökar tillgången till ändamålsenliga hälso- och sjukvårdstjänster.

Färre enheter med jour dygnet runt kan leda till att en del äldre i mindre utsträckning söker sig till ändamålsenlig vård eller service när tillgängligheten försämras. Det bör påpekas att den utgallring av jouter som föreslås i denna proposition riktar sig uttryckligen till avfolkningsregioner, där andelen äldre av befolkningen är större. En del av de äldre omfattas av regelbunden service, och får via den i enlighet med serviceplanen läkar- och vårdarhjälp (hemsjukvård, boendeservice), och då underlättar framförhållning i fråga om brådskande vård och stöd i en akut situation erhållandet av vård utan att man behöver söka sig till jouten på natten. Det vore viktigt att hela servicekedjan för äldre förbättras och att äldre skulle få tillräckligt stöd från hälso- och sjukvården både i hemmet och ett eventuellt serviceboende.

4.2.4.3 Personer med funktionsnedsättning

I Finland får cirka 130 000 personer service för personer med funktionsnedsättning på grund av sjukdomar och skador som orsakar långvariga funktionsbegränsningar.

Största delen av personerna med funktionsnedsättning anlitar samma hälso- och sjukvårdstjänster som den övriga befolkningen. Även orsakerna till brådskande vårdbehov är till stor del desamma som hos resten av befolkningen. Personer med funktionsnedsättning behöver mer hälso- och sjukvårdstjänster och kan också behöva mer joutjänster än den övriga

⁷⁴ www.sotkanet.fi

befolkningen. Ett särdrag är att möjligheterna att klara sig i vardagen kan som helhet försvåras snabbare på grund av en akut sjukdom, trots att själva sjukdomen inte är medicinskt sett allvarlig. Detta kan förutom brådskande vård förutsätta att kundens övriga tjänster bedöms och effektiviseras. För att servicehelheten ska lyckas förutsätts nära samarbete mellan hälso- och socialvårdstjänsterna även under jourtid.

På samma sätt som för den övriga befolkningen betyder en utglesning av sjukhusnätet med jour och operativ verksamhet dygnet runt för en del av personerna med funktionsnedsättning att de får längre väg till vårdplatser. Då ökar användningen av transporttjänster tidsmässigt och tillräckligheten av tillgängliga transportmedel kan försämrats. Å andra sidan behöver inte alla personer med funktionsnedsättning tillgängliga transportmedel, utan beroende på funktionsnedsättningen kan personer också färdas i vanliga personbilar. En person kan också ha rätt till ersättningar för persontransporter med stöd av sjukförsäkringslagen. I övrigt använder personer med funktionsnedsättning samma transportmedel som den övriga befolkningen för att ta sig till hälso- och sjukvårdstjänster och vid behov den prehospitla akutsjukvården.

Distansmottagningar och mobila specialtjänster kan bidra till att minska ändringens negativa konsekvenser för tillgängligheten. För t.ex. synskadade personer förutsätter å andra sidan tillgängliga distansmottagningar och digitala tjänster att tjänsterna är interoperabla med de hjälpmedel som de synskadade använder, och problem med interoperabiliteten innebär att dessa tjänster inte hjälper till att kompensera de negativa konsekvenserna av att de geografiska avstånden blir längre. Centraliseringen kan å andra sidan också möjliggöra användning av stödtjänster, t.ex. tolkar.

När det gäller sällsynta sjukdomar och många specialfrågor kan en centralisering öka kompetensen och på så vis förbättra vårdens kvalitet och genomslag.

4.2.4.4 Barn, unga och familjer

I Finland fanns det 2022 enligt Statistikcentralen sammanlagt 550 000 familjer med minst ett barn under 18 år. I barnfamiljerna fanns sammanlagt något över en miljon minderåriga barn. Barn och barnfamiljer använder mycket hälso- och sjukvårdstjänster och även jourtjänster. Barns och ungas brådskande vårdbehov på primärvårdsnivå handlar vanligtvis om infektioner och små trauman, där vård på natten sällan behövs med tanke på hälsonyttan.

Det finns regionala skillnader i tillgängligheten, särskilt på landsbygden. Exempelvis för tonåringar som tar sig till hälso- och sjukvårdstjänster på egen hand kan de längre avstånden medföra utmaningar. Centraliseringen handlar särskilt om servicen nattetid, varvid konsekvenserna för barn och barnfamiljer minskas av att välfärdsområdena kan ha brådskande mottagning och annan offentlig service på kvällar och under veckorslut. Det borde ses till att tillräckligt med närservice på vardagar och kvällar kompletterad med distanstjänster finns tillgänglig enligt behov inom både somatiska frågor och frågor i anslutning till mental hälsa och droger.

Propositionens konsekvenser berör i högre grad barnen i sådana familjer som inte har möjlighet att anlita privata hälso- och sjukvårdstjänster i brådskande situationer som kräver vård av en allmänläkare. Enligt Finanssiala ry:s statistik har nästan hälften av dem som gifta eller sambo och som har barn under 18 år tagit en sjukkostnadsförsäkring för sig själv eller sina barn. Av ensamförsörjarna med barn under 18 år hade 36 procent tagit en sjukkostnadsförsäkring för sig själv eller sina barn. Tillgången till sådana privata tjänster begränsas också av att de vanligtvis står att få endast i de största städerna och på distans.

I mer krävande journalsituationer anlitar hela befolkningen tjänster som ordnas av välfärdsområdet. I mer krävande journalsituationer förlängs restiden till jour dygnet runt för en del av barnpatienterna och deras familjer. Å andra sidan tryggas en adekvat kompetens och resurs vid dessa enheter med hjälp av propositionen. Krävande jourvård för barn kräver vanligtvis specialkompetens och att kompetensen upprätthållas bl.a. genom tillräckligt antal fall.

När skötseln av förlossningar upphör vid Länsi-Pohja sjukhus försätts att gravida får handledning och råd på rådgivningarna samt i vissa fall eventuellt användning av patienthotell när skötseln av förlossningar överförs till Lapplands centralsjukhus eller Uleåborgs universitetssjukhus. Enligt tidigare erfarenheter har antalet förlossningar under färden till sjukhuset inte ökat kännbart i Finland, trots att antalet förlossningssjukhus har minskat. Den längre resan (cirka 100 km) kan orsaka oro och förlossningsskräck. Längre resor till förlossningssjukhuset kan också försvåra makens möjlighet att delta i förlossningen, och medföra utmaningar med skötseln av familjens andra barn under förlossningen. Att förlossningsverksamheten koncentreras till större sjukhus som volymmässigt sköter fler förlossningar säkerställer å andra sidan kompetens och resurstilldelning vid skötseln av förlossningar och vården av nyfödda.

4.2.4.5 Konsekvenser för könen

Det finns mycket forskningsdata om skillnader mellan könen i användningen av tjänster. Som helhet använder kvinnorna mer hälso- och sjukvårdstjänster. Å andra sidan är majoriteten av de äldre kvinnor, och användningen av social- och hälsovårdstjänster ökar med åldern. Enligt Institutet för hälsa och välfärds register Avohilmo gjordes 58 % av besöken inom öppenvården inom hälso- och sjukvården 2022 av kvinnor och 42 % av män. På befolkningsnivå är å andra sidan männens hälsa sämre än kvinnornas t.ex. mätt med förväntad livslängd. Bland annat självmorden anhopas hos männen. Hos männen är rusmedelsstörningar och beroenden betydligt vanligare än hos kvinnor.

Med avseende på hela servicesystemet inom hälso- och sjukvården skulle de föreslagna ändringarna som innebär att jouten dygnet runt och den tunga operativa verksamheten centraliseras i praktiken därför rikta sig något mera till kvinnorna än till männen. Å andra sidan kan uttryckligen centraliseringen av nattjouten göra det svårare för framför allt män att söka sig till vård t.ex. i drogrelaterade ärenden. På det sätt beskrivits ovan måste det säkerställas verksamhet under tjänstetid samt på kvällar och under veckoslut, så att det inte är nödvändigt att sköta ärenden nattetid.

Konsekvenserna av att skötseln av förlossningar upphör vid Länsi-Pohja sjukhus riktar sig framför allt till de gravida kvinnorna i området, men i någon mån också till männen i egenskap av makar.

Största delen av social- och hälsovårdspersonalen är kvinnor. Något över 90 procent av sjukskötarna är kvinnor. Männens andel har varit på uppåtgående de allra senaste åren. Av läkarna är cirka 60 procent kvinnor. Av läkarna i arbetsför ålder inom sjukhusspecialområdena är 44 procent män, men inom de kirurgiska specialområdena är männen över 63 procent. Centraliseringen av jourerna dygnet runt och den tunga operativa verksamheten kan påverka personalen antingen så att arbetsuppgifterna kan ändra eller så att arbetsplatsen överförs till ett annat sjukhus eller en annan enhet. En större del av vårdpersonalen vill antagligen bo kvar på samma ort, trots att arbetsuppgifterna ändras. Det är sannolikare att framför allt specialister som deltar i den operativa verksamheten kan flytta till de sjukhus där den operativa verksamheten fortsätter. Reformen har således konsekvenser för personalen, men de är inte tydligt könsrelaterade.

4.2.4.6 Personer som använder mentalvårdstjänster och service inom alkohol- och drogarbete

För mentala och rusmedelsstörningar är det typiskt att dröjsmål med vården leder till att symptomen förvärras och funktionsförmågan försämras, och vid allvarliga mentala störningar gäller detta även jour-situationer. Man vet att mentala eller rusmedelsproblem i sig gör det svårare att söka vård, så man måste få tillträde till vård så enkelt och snabbt som möjligt. Lång väg till juren kan hindra den hjälpbehövande från att söka hjälp. Vid mentala störningar är hjälp på distans även i akuta situationer ofta effektiv, och det vore möjligt att utveckla den ytterligare. Det måste dock ses till att personen i fråga då har möjlighet att få behovsenlig hjälp under tjänstetid inom sitt bostadsområdes närservice. Inom servicesystemet har det varit utmanande att tillräckligt identifiera mentala problem eller drogproblem. Inom centraliserade jourtjänster kan man sannolikt trygga psykiatrisk specialkompetens bättre och garantera högklassigare jourhjälp samt säkerställa att kraven i jourförordningen uppfylls.

Propositionen medför ingen ändring i erhållandet av jourhjälp inom specialområdet psykiatri för upptagningsområdets befolkning för Länsi-Pohja, Oulaskangas, Salo eller Nyslotts sjukhus, eftersom dessa sjukhus inte har haft jour dygnet runt inom psykiatriska specialområden. En del har poliklinikverksamhet dagtid och avdelningsverksamhet dygnet runt, som kan fortsätta. Propositionen har ingen inverkan på juren dygnet runt inom barn- eller ungdomspsykiatri, eftersom separat jour dygnet runt inom dessa områden inte har funnits vid de sjukhus som berörs av ändringarna enligt propositionen.

I Kemi och Nyslott kan jour dygnet runt inom primärvården eller begränsad jour inom den specialiserade sjukvården som är tillgänglig för befolkningen fortsätta, och i akuta situationer med anknytning till mental hälsa kan man fortfarande söka sig till närsjukhusets jour även på natten. Jourverksamheten dygnet runt inom primärvården upphör vid primärvårdsenheterna i Brahestad, Idensalmi, Varkaus och Jämsä liksom den jour dygnet runt som är tillgänglig för befolkningen i Oulainen och Salo. I dessa områden kommer alltså en bedömnings- eller vårdplats på basnivå med jour nattetid för mentala problem att ligga längre bort än förr.

Det finns inte någon exakt statistik över besöken nattetid av psykiatriska orsaker, men t.ex. 2023 har enligt uppgifterna i vårdanmälningsregistret cirka 3 procent av besöken på Oulaskangas samjour gjorts av orsaker som har göra med den mentala hälsan. Eftersom medelvärdet och medianen för besöken under natten enligt välfärdsområdets eget meddelande har varit 10, kan man anta att antalet besök nattetid av mentala orsaker är i medeltal ett eller två per vecka. Av besöken på samjuren vid Nyslotts sjukhus har enligt uppgifterna i vårdanmälningsregistret cirka 3 procent gjorts av mentala orsaker. Medelvärdet för alla jourbesök i Nyslott klockan 22–07 är 4 och medianen 5. Då kan man anta att besök nattetid av mentala orsaker sannolikt förekommer mera sällan än varje vecka i området. Vid jurenheten inom primärvården i Idensalmi, där nattjuren upphör, är antalet besök ännu färre.

Det kan finnas skillnader mellan områdena, men antalet besök nattetid av mentala orsaker kan inte bedömas som särskilt stor i något av de berörda områdena. I akuta situationer kan råd eller vård som fås på distans i en del av fallen vara tillräcklig. Brådskande mottagningsverksamhet dag- och kvällstid samt under veckoslut kan fortsätta även vid dessa enheter. I brådskande situationer kan bedömning, hjälp och beledsagning till rätt vårdplats vid behov också skötas via den prehospitalka akutsjukvården. Sannolikt kommer användningen av prehospital akutsjukvård att öka något i dessa områden. När det handlar om vård oberoende av vilja måste bedömningen av personen även för närvarande ofta göras någon annanstans än i en enhet som tillhandahåller närservice. Handräckning som ges med stöd av 31 § 1 mom. i mentalvårdslagen, dvs. handräckning av polisen för att bistå vid en transport som en prehospital akutsjukvårdsenhet ansvarar för, kan också binda upp mer av polisens resurser när avstånden till

verksamhetsenheterna inom hälso- och sjukvården växer. Ändringen kan förutsätta att ändringar i verksamheten planeras i samarbete med polisen. Eftersom antalet besök nattetid av mentala orsaker inte kan antas vara särskilt stort i något område, kan ändringen inte heller överlag antas öka behovet av handräckningsresurser särskilt mycket.

Kuusankoski psykiatriska sjukhus ligger 8 kilometer från jouren dygnet runt inom primärvården i Kouvola, och sjukhuset har tagit emot patienter även nattetid med remiss från jouren. Primärvården har vid behov kunnat konsultera avdelningsjourhavanden vid Kuusankoski psykiatriska sjukhus, och kan göra det även i fortsättningen. Ratamokeskus i Kouvola behåller möjlighet att upprätthålla jour dygnet runt inom primärvården, vilket nattetid i regel antas räcka till för att svara på behovet av undersökning och behandling av somatiska sjukdomar vid Kuusankoski psykiatriska sjukhus nattetid. Samtidigt skulle sådan jour även i fortsättningen betjäna befolkningen i norra Kymmenedalen i mentala och drogrelaterade ärenden även nattetid. Enligt vårdanmälningsuppgifterna har antalet besök på grund av psykisk sjukdom vid jouren dygnet runt i Kouvola 2022 varit sammanlagt 281 besök klockan 22–07, med 18–64-åringar som största grupp. En del av patienterna skulle kunna erbjudas rådgivning och vård på distans, och genom att utveckla närservice och brådskanie mottagningar skulle efterfrågan kunna minska.

När det gäller de psykiatriska sjukhusavdelningarnas jour inom sjukhuset föreslås att den får fortsätta enligt behov. Centraliseringen av jourtjänster kan dock även påverka hur läkarjouren vid de psykiatriska avdelningarna ordnas vid de sjukhus som inte har kvar poliklinikjour dygnet runt. Sådana avdelningar finns vid Länsi-Pohja och Oulaskangas sjukhus samt i samband med jouren inom primärvården i Idensalmi. Avdelningarna vid de två senare enheterna är öppna avdelningar och vid dem genomförs inte vård oberoende av patientens vilja. Intagningen för vård och vården oberoende av patientens vilja förutsätter att det vid enheten finns tillgång till en specialist inom de psykiatriska specialiteterna eller en läkare som är förtrogen med vården av brådskanie psykiatriska fall och som har möjlighet att konsultera en specialist inom de psykiatriska specialiteterna. Vid Länsi-Pohja sjukhus genomförs också vård oberoende av patientens vilja. Jouren nattetid på avdelningarna har ordnats av specialområdets egen psykiatriska jourring. Denna proposition påverkar inte den jouren. Centraliseringen av enheter med jour dygnet runt som kräver närvaro kan dock som helhet underlätta tilldelningen av jourresurser till specialområdet psykiatri i välfärdsområdena och således trygga medborgarnas tillgång till högklassig vård. Eftersom det inte för närvarande finns jour inom specialområdet psykiatri vid de jourenheter som berörs av propositionen, kan den ändå inte anses ha någon betydande inverkan på fördelningen av psykiatriresurserna. Patienter på psykiatriska avdelningar kan behöva även somatisk jourvård, vilket bör beaktas i samarbetet när jouren nattetid på somatiska avdelningar planeras vid respektive sjukhus eller campus.

4.2.4.7 Språkliga rättigheter

Rätten till eget språk och egen kultur enligt 17 § i grundlagen behandlas i avsnitt 12 Förhållande till grundlagen samt lagstiftningsordning i propositionen. Enligt 5 § 1 mom. i lagen om ordnande av social- och hälsovård ska social- och hälsovård i tvåspråkiga välfärdsområdens område ordnas på både finska och svenska så att kunderna blir betjänade på det språk de väljer, antingen finska eller svenska. Språklagstiftningen behandlas mer ingående i avsnitt 2.1.1. Av välfärdsområdena är sju tvåspråkiga. De är Mellersta Österbotten, Österbotten, Egentliga Finland, Västra Nyland, Vanda-Kervo, Östra Nyland och Kymmenedalen. Dessutom är Helsingfors stad och HUS-sammanslutningen tvåspråkiga. Österbotten är det enda välfärdsområdet där svenska är majoritetsspråk.

Enligt propositionen kvarstår i samtliga ovannämnda välfärdsområden jour dygnet runt inom flera specialområden vid områdets centralsjukhus eller universitetssjukhus. Det blir alltså inga ändringar i den tvåspråkiga service som för närvarande gäller vid dessa sjukhus. I Egentliga Finlands välfärdsområde kan sådan jour inte upprätthållas i Salo i fortsättningen. I Kouvola får man i fortsättningen upprätthålla jour dygnet runt inom primärvården, men inte sådan jour som den nuvarande som kallas jour inom akutmedicinen. Propositionen begränsar inte HUS-sammanslutningens möjlighet att själv fatta beslut om att upprätthålla sådan jour vid sina sjukhus.

Dessutom kvarstår i propositionen möjlighet att genom välfärdsområdets och HUS-sammanslutningens beslut upprätthålla jour dygnet runt inom primärvården i Jakobstad och Raseborg för att tillgodose de språkliga rättigheterna. På dessa orter har det även för närvarande funnits sådan jour genom social- och hälsovårdsministeriets undantagstillstånd. Enligt Statistikcentralens uppgifter från 2022 utgör de svenskspråkiga 55,3 % av befolkningen i Jakobstad och 64,0 % i Raseborg. Enligt justitieministeriets publikation Språkbarometern 2020 är svenskspråkiga som lever i en lokal majoritetsposition är mest nöjda med hur de språkliga rättigheterna tillgodoses inom social- och hälsovårdstjänsterna. Service på svenska för social- och hälsovårdstjänster i tvåspråkiga kommuner med svenska som majoritetsspråk fungerar mycket bra.⁷⁵ På grund av områdets beslut finns det inte för närvarande jour dygnet runt i Raseborg. Denna proposition förpliktar inte till att upprätthålla jour på de nämnda orterna, utan det är alltså fråga om en möjlighet som grundar sig på områdets beslutsfattande.

På de orter där det blir ändringar i den jour som nu upprätthålls är endast en liten del av invånarna svenskspråkiga (0–1,2 %). Enligt publikationen Språkbarometern 2020 är det mer utmanande att få service på svenska om man bor i en kommun där svenska är minoritetsspråk.⁷⁶ I Egentliga Finlands välfärdsområde är Åbo en tvåspråkig kommun, och svenska är invånarnas majoritetsspråk i Kimitoön och Pargas. Till följd av att juren nattetid vid Salo sjukhus upphör kommer personer som tala svenska sannolikt i huvudsak söka sig till sjukhuset i Åbo, som alltså ligger i en tvåspråkig kommun, till skillnad från det nuvarande Salo sjukhus. Enligt publikationen Språkbarometern 2020 förefaller i en jämförelse mellan Österbotten, Nyland och Åboland servicen på svenska för svenskspråkiga i minoritet få sämst betyg i Åboland.⁷⁷ I Kymmenedalen är svenska invånarnas majoritetsspråk i Pyttis kommun. I Kymmenedalen ligger såväl Kouvola som Kotka på finskspråkiga orter. Med tanke på detta bedöms propositionen inte orsaka några betydande förändringar för tillgodoseendet av de språkliga rättigheterna.

Trots att servicen i tvåspråkiga områden ska ordnas så att patienten får service på finska eller svenska oberoende av var patienten är bosatt, kan man vid identifieringen av propositionens praktiska konsekvenser också granska förändringarna i avstånd särskilt från tvåspråkiga kommuner eller kommuner där svenska är majoritetsspråk. Till Kimitoön är avståndet med bil från Salo 48 km och från Åbo 64 km och avståndet till Pargas med bil från Salo 62 km och från Åbo 26 km. Till Pyttis är avståndet med bil från Kouvola 70 km och från Kotka 27 km.

Enligt 5 § 2 mom. i lagen om ordnande av social- och hälsovård har kunden rätt att använda samiska i social- och hälsovårdstjänster som produceras i kommuner som hör till samernas

⁷⁵

https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/162838/OM_2021_3_SO.pdf?sequence=4&isAllowed=y, s. 77

⁷⁶ *ibid.* s. 76

⁷⁷ *ibid.* s. 74

hembygdsområde samt inom Lapplands välfärdsområdes område i sådana social- och hälsovårdstjänster som produceras endast vid verksamhetsenheter som finns utanför hembygdsområdet. Dessutom har kunden rätt att använda samiska inom Lapplands välfärdsområdes område när det gäller social- och hälsovårdstjänster producerade av verksamhetsenheter som finns utanför kommunerna i hembygdsområdet, om Lapplands välfärdsområde har hänvisat invånarna i kommunerna i hembygdsområdet att använda tjänsterna med anledning av den tillgänglighet som avses i 4 § i lagen om ordnande av social- och hälsovård.

Ungefär 2000 har uppgett samiska som modersmål i befolkningsdatasystemet. Uppgifterna är dock endast riktgivande eftersom många samer inte har registrerat något av de tre samiska språken som sitt modersmål. Rätten att använda samiska bestäms enligt den lagstiftning som beskrivs ovan, och den är alltså i sig inte direkt bunden exempelvis till att man är bosatt inom Lapplands välfärdsområde. Vid identifieringen av propositionens praktiska konsekvenser kan det dock påpekas att åtminstone i befolkningsdatasystemet finns det betydligt färre som registrerat samiska som modersmål i Kemitrakten än i den nordligare delen Lappland. Samernas hembygdsområde finns i den norra delen av Finland. Geografiskt ligger Lapplands centralsjukhus i Rovaniemi närmare hembygdsområdet än Länsi-Pohja sjukhus i Kemi, och därmed är det naturligt att de som bor inom det samiska området sköter sina ärenden vid Lapplands centralsjukhus. Det föreslås inga lagändringar som berör Lapplands centralsjukhus. I propositionen kvarstår möjlighet att upprätthålla jour dygnet runt inom primärvården i Ivalo. Ivalo ligger i Enare kommun i samernas hembygdsområde. För närvarande verkar juren med social- och hälsovårdsministeriets undantagstillstånd. I fortsättningen kan man besluta om saken regionalt.

De ändringar som föreslås i verksamheten vid Länsi-Pohja sjukhus i fråga om jour dygnet runt inom flera specialområden, skötseln av förlossningar och den operativa verksamheten bedöms knappt alls påverka de samiskspråkigas ställning. En följd av propositionen kan vara att Lapplands välfärdsområde omorganiserar tjänsterna så att en del av tjänsterna, i första hand en del av kirurgin, överförs från Rovaniemi till Kemi, varvid resan från det samiska området förlängs. En del av de som talar samiska sköter också sina ärenden på andra sidan riksgänsen i Norge.

4.2.4.8 Patientsäkerhet

Det finns flera definitioner på patientsäkerhet, och den bidrar till att beskriva den övergripande kvaliteten på social- och hälsovården. Säker vård och service är evidensbaserad och effektiv, och genomförs korrekt och vid rätt tidpunkt. För att tillgodose klient- och patientsäkerheten förutsätts att personerna och organisationerna inom social- och hälsovården har principer och funktioner som säkerställer att vården och servicen är säker och skyddar klienter och patienter mot skador. I säkerheten ingår också att lokaler, utrustning och informationssystem, förnödenheter och läkemedel används korrekt och säkert samt att informationsutbytet fungerar.

Enligt OECD:s beräkningar står enbart avvikelser i patientsäkerheten och avhjälpandet av dem för nästan 15 procent av hälso- och sjukvårdskostnaderna i utvecklande länder. Statens revisionsverk har uppskattat att i Finland kostar detta över en miljard euro per år.⁷⁸ Om de

⁷⁸ Styrning och uppföljning av patient- och klientsäkerheten. Statens revisionsverks revisionsberättelser 7/2021, s. 10

ändringar som föreslås i regeringens proposition försämrar klient- och patientsäkerheten, har det en ogynnsam inverkan på kostnadsutvecklingen inom social- och hälsovården.

Finlands geografi och befolkningsprofil är särpräglade och varierar mycket mellan de olika områdena, vilket avspeglas i ordnandet och produktionen av tjänster. På grund av förhållandena, särskilt avstånden, är det utmanande att tillgodose jämlikhet mellan medborgare som behöver jourvård eller jourhjälp, med avseende på så väl tillräcklig och kompetent personal som en kostnadseffektiv tjänsteproduktion. På grund av särdragen är inte alla internationella forskningsresultat direkt tillämpliga på förhållandena i Finland.

I flera länder har man strävat efter att centralisera den specialiserade sjukvården och jourerna. De senaste åren har det publicerats allt mer forskningsdata om konsekvenserna av dessa åtgärder för patientsäkerheten samt vårdens kvalitet. De faktorer som hänför sig till patientsäkerheten och prognostiseringen av situationerna kan analyseras i enlighet med vilken service eller vilka tjänster som ändras i samband med omorganiseringen, och vilka är de viktigaste kundgrupperna för servicen eller tjänsterna. Dessutom kan man identifiera de beståndsdelar i vårdkvaliteten som står i centrum för ändringen. Dessa beståndsdelar i vårdens kvalitet är bl.a. tillgänglighet⁷⁹, som i hög grad har att göra med avståndet mellan patienten och vårdplatsen, restider och resekostnader samt den faktiska väntetiden. Vid indelningen av kvalitetsbegreppets dimensioner talar man också om vård i rätt tid. Enligt klient- och patientsäkerhetscentrets definition innebär säkerhet i sin helhet att tjänsterna ordnas, produceras och genomförs så att klientens eller patientens fysiska, psykiska, sociala och ekonomiska säkerhet inte äventyras.⁸⁰

Avståndet mellan vårdplatsen och hemorten är inte något centralt orosmoment för befolkningen i Finland när det är fråga om tillgång till icke-brådskande vård inom den specialiserade sjukvården. Detta har visats i Statens ekonomiska forskningscentrals rapport, som gjordes efter att valfriheten genom lagstiftning utvidgades till att gälla specialiserade sjukvårdstjänster 2014⁸¹. Enligt undersökningen är patienterna beredda att söka sig till vård utanför det egna sjukvårdsdistriktet (numera välfärdsområdet) när de har möjlighet till det. På så vis påskyndar valfriheten tillgången till vård och samtidigt effektiviserar användningen av befintliga vårdresurser. I internationella undersökningar har det åter påvisats att en större del av patienterna väljer en vårdplats längre bort att utföra deras operativa åtgärder när vårdplatsen är ett större sjukhus eller ett undervisningssjukhus⁸². En del av patienterna väljer dock hellre lokal service t.ex. på grund av de anhörigas besök eller frekvent återkommande vårdhändelser.

Brådskande vård utanför tjänstetid fås i Finland vid sjukhusens samjourer, där det förutom mottagning inom primärvården finns en eller flera jourhavande inom den specialiserade sjukvården. I flera länder har dylika enheter som är tillgängliga för befolkningen dygnet runt stängts eller så har man åtminstone planerat att begränsa deras verksamhet på något sätt, eftersom kostnaderna för att upprätthålla dem och problemen med att få personal är stora

⁷⁹ Guagliardo MF: Spatial accessibility of primary care: concepts, methods and challenges. *International Journal of Health Geographics* 2004, 3:3

⁸⁰ <https://klientochpatientsakerhetscentret.fi/for-expert-och-studerande/materialbanken/beskrivningar-och-handlingsmodeller/introduktion-i-klient-och-patientsakerhet/>

⁸¹ Kortelainen M, Laine L, Lavaste K, Saxell T, Siciliani L. Improving Performance Through Allocation and Competition: Evidence from a Patient Choice Reform. *VATT Working Papers* 156, 2023

⁸² Bühn et al. Are patients willing to accept longer travel times to decrease their risk associated with surgical procedures? A systematic review. *BMC Public Health* (2020) 20:253
<https://doi.org/10.1186/s12889-020-8333-5>

överallt. Numera finns det mycket forskningslitteratur som handlar om prognoser för eller resultat av stängningar av jourer. Forskarna betonar dock att fynden inte bara är servicesystemspecifika utan de hänför sig också till vårdbehovet. Ett allmänt fynd är dock att de som använder tjänsterna är medvetna om att jourerna är överbelastade och att väntetiderna är långa och de är oroliga för tjänsternas kvalitet vid de överbelastade enheterna⁸³.

Även vid brådskande vårdbehov är man beredd att söka sig utanför den egna orten, om man upplever att kvaliteten på vården är bättre i en centraliserad enhet än i en närliggande enhet⁸⁴. Befolkningens egenskaper (ålder, utbildningsnivå, sysselsättning) påverkade inte dessa åsikter i undersökningarna, men könen har haft olika preferenser nä det gäller restiden.

Den specialiserade sjukvården är i stor utsträckning koncentrerad till större enheter enligt tanken att vårdens kvalitet är beroende av antalet vårdhändelser, i första hand åtgärder. Dödlighet och ökad dödlighet är det kraftigast möjliga måttet på vårdens kvalitet. Inverkan av centraliseringen av jourerna på dödligheten har nyligen analyserats i en litteraturöversikt som sammanställts av hälsomyndigheterna i Storbritannien. I en systematisk översikt hittades inga bevis på att längre restid eller avstånd skulle ha påverkat dödligheten när granskningen omfattar alla som anlitar jourtjänster. Förhöjd risk iaktogs i undergrupper, bl.a. i fråga om hjärtinfarktpatienter⁸⁵. Efter den stora reformen av sjukhusnätet i Danmark (2007-2016) förbättrades å andra sidan dödlighetstalen (sjukhus och inom 30 dagar) i fråga om enskilda sjukdomar eller sjukdomstillstånd, såsom kranskärslsjukdomar, hjärninfarkter, aortaaneurysm och stora trauman, men den gynnsamma trenden i total dödlighet inom 30 dagar i fråga om alla incidenter avtog.⁸⁶ I fråga om multitraumapatienter har tjänster längre bort i en större enhet lett till bättre resultat⁸⁷. Man har tänkt att bakgrunden till detta är att personalens erfarenhet ökar när patientvolymen är större. Å andra sidan innehåller den vetenskapliga litteraturen bevis på att försämrade tillgänglighet till sjukhus kan öka t.ex. dödligheten i samband med allvarliga trafikolyckor. För att rädda de svårast sjuka förutsätts dock tillräcklig kompetens och kvalitet av sjukhuset. En fungerande, kompetent och tillräckligt utrustad prehospital akutsjukvård kan delvis kompensera den längre resan till sjukhus med omfattande service för dessa patienter⁸⁸.

Vid enheter med jour dygnet runt sköts ett brett spektrum av olika sjukdomar, skador, berusningstillstånd och sociala problem, och centraliseringsprinciperna är inte likadana i

⁸³ Harris P, et al. The Australian public's preferences for emergency care alternatives and the influence of the presenting context: a discrete choice experiment. *BMJ Open* 2015;5:e006820. doi:10.1136/bmjopen-2014-006820

⁸⁴ Bhattarai N, Mcmeeke P, Price CI, et al. Preferences for centralised emergency medical services: discrete choice experiment. *BMJ Open* 2019;9:e030966. doi:10.1136/bmjopen-2019-030966

⁸⁵ Chambers et al. . Effects of service changes affecting distance/time to access urgent and emergency care facilities on patient outcomes: a systematic review. *BMC Medicine* (2020) 18:117 <https://doi.org/10.1186/s12916-020-01580-3>

⁸⁶ Flojstrup M, Bogh SBB, Bech M, et al. Mortality before and after reconfiguration of the Danish hospital-based emergency healthcare system: a nationwide interrupted time series analysis. *BMJ Quality & Safety* 2023;32:202-213 <https://qualitysafety.bmj.com/content/32/4/202>

⁸⁷ Yaghoubian A, Lewis R, Putnam B, De Virgilio C. Impact on patient outcomes after closure of an adjacent trauma center. *Am Surg*. 2008;74: 930-4.

⁸⁸ Bertoli P, Veronica G (2017). The life-saving effect of hospital proximity. *Health economics* 26: 78-91.

samtliga dessa situationer⁸⁹. Situationer som kräver brådskande specialiserad sjukvård är plötsliga krans- och hjärnartärincidenter, dvs. hjärtinfarkt och hjärninfarkt vid sidan av stora skador och aortadissektion. Dessa tidskritiska situationer som hotar liv och funktionsförmåga kräver specialkompetens och behandling som inleds inom en viss tidsgräns, men i samtliga dessa situationer har det visats att centraliserade vårdenheter ger bättre vårdresultat än mindre enheter⁹⁰. Det finns också bevis på att det är skadligare för patientens återhämtning om patientens första kontakt vid t.ex. akut hjärtinfarkt är en vårdenhet som inte har tillräcklig beredskap att ge vård än transport med prehospitalet akutsjukvård till en specialiserad enhet⁹¹. I en undersökning baserad på ett svenska hjärtregistret upptäckte man att när sjukhus stängs och avstånden växer blir det färre som klarar av en hjärtinfarkt. Avståndets inverkan föreföll dock försvinna inom ett år, när patienter och personal lärde sig att agera i den nya verksamhetsmiljön och enligt de nya verksamhetsmodellerna och när det satsades på den prehospitalet akutsjukvården⁹². Dessutom har de nya distansservicerutinerna i dessa situationer visat sig förbättra patientens prognos vid hjärt- och hjärnincidenter. Utöver vid ovannämnda kritiska sjukdomar som delvis hotar liv och funktionsförmåga används sjukhusens jourtjänster också av dem som lider av medicinskt mindre krävande problem som försämrar hälsotillståndet eller av sociala problem. Det har påvisats att även dessa patienter och klienter, särskilt äldre personer, har nytta av att de mest kritiskt sjuka kan flyttas till en enhet som är specialiserad på deras vård⁹³. Då koncentreras vårdpersonalens uppmärksamhet inte bara på de mest kritiskt sjuka och kvaliteten på vården för andra patientgrupper blir bättre. En betydande del av patientmaterialet även vid sjukhusens jourer skulle kunna vårdas vid icke-brådskande mottagningar på dagtid inom primärvården⁹⁴.

I Statens revisionsverks revisionsberättelse om centralisering av hälso- och sjukvårdstjänsterna (2024) konstateras att på grund av bristerna på riksomfattande enhetlig, mät- och registerdata som beskriver patientsäkerheten från den föregående centraliseringsreformen har man inte kunnat bedöma patientsäkerhetens utveckling varken mellan olika enheter eller på nationell nivå. De läkare och experter på vårdarbete som intervjuades i samband med revisionen var eniga om att större enheter och antal åtgärder har positiva konsekvenser för patientsäkerheten, framför allt vid behandlingen av mer sällsynta sjukdomar. Med större enheter och antal åtgärder är komplikationer relativt sällsyntare och framför allt lyckas man bättre med att behandla dem. Kvaliteten på verksamheten har varierat mer i mindre enheter, eftersom även enheter som utför högklassigt arbete har varit med. Revisionsintervjuerna visar att när nationellt enhetlig patientsäkerhetsdata saknas har det varit mycket svårt att bedöma konsekvenserna. I och med centraliseringen hade tillgången till vård försämrats, vilket upplevdes ha bidragit till dröjsmål med patienternas vård och bristfälliga kontroller, som i sin tur avspeglar sig direkt i patientsäkerheten. De största anhopningsproblemen har berört särskilt de centraliserade

⁸⁹ Postma & Zuiderent-Jerak. Beyond Volume Indicators and Centralization. *Annals of Emergency Medicine*, 69 (6), 2017.

⁹⁰ Vaughan L, Browne J. Reconfiguring emergency and acute services: time to pause and reflect. *BMJ Qual Saf* 2023;32:185–188.

⁹¹ Kim M-S, Choi SH, Bae J-W, Lee J, Kim H, Lee WK (2021) Did inter-hospital transfer reduce mortality in patients with acute myocardial infarction in the real world? A nationwide patient cohort study. *PLoS ONE* 16(8): e0255839

⁹² Avdic D (2016). Improving efficiency or impairing access? Health care consolidation and quality of care: Evidence from emergency hospital closures in Sweden. *Journal of Health Economics*, 48: 44-60.

⁹³ Price C, McCarthy S, Bate A, et al. Impact of emergency care centralisation on mortality and efficiency: a retrospective service evaluation. *Emerg Med J* 2020;37:180–186.

⁹⁴ Reissell E, Tiirinki H, Nuorteva L. Sairaalapäivystysten nykytila – keskeiset haasteet toiminnassa ja arvioinnissa. *Tutkimuksesta tiiviisti* 50/2021 , THL

samjourerna. Enligt iakttagelserna under revisionen ökar risken för att allvarliga fall inte upptäcks och att dröjsmålen med diagnoser ökar vid de mest överhopade jourerna. Genom centraliseringen kan patientsäkerheten också försämrats så att kompetensunderlaget krymper och det blir svårare att t.ex. behandla komplikationer i ett sjukhus som avstår från funktioner. Enligt Patientförsäkringscentralens utredning har anhopningen vid jourerna ökat dröjsmålen med diagnoser och på så sätt äventyrat patientsäkerheten. Vid en jämförelse mellan de patientskador som ersätts mellan åren 2006–2007 och 2016–2017 har man märkt att dröjsmålen med diagnoser och vård har ökat klart, rentav över 20 procent. Enligt Patientförsäkringscentralen beror anhopningarna vid jourerna, som leder till dröjsmål med diagnoserna, i första hand på problem i andra delar av vårdkedjan, såsom brist på sjukskötare och läkare vid vårdhemmen.⁹⁵

Enligt färskta finländska forskningsrön kan dödligheten bland akutpatienter öka, om jourerna blir mycket överhopade. Anhopning kan vara förenad med att dödligheten under 10 dygn beroende på mätmetod ökar med 38 eller 40 procent. Jourerna kan bli överhopade om antalet journalsjukhus minskar och antalet patienter inte kan kontrolleras.⁹⁶

Statens revisionsverks och vetenskapliga observationer talar för att jourerna borde vårda uttryckligen patienter som behöver akut vård, medan oändamålsenlig hänvisning till juren borde undvikas, och å andra sidan borde tillgången till fortsatt vård göras smidigare på flera sätt. Dessa mål förutsätter att primärvården och t.ex. hemvården fungerar och å andra sidan att det finns tillräcklig kapacitet inom bl.a. olika former av boendeservice och stöd för att klara sig hemma, så att de som inte behöver jourvård kan skrivas ut. Samjourer eller intagning på sjukhus får inte fungera som överlopp eller enda lösning om andra tjänster inte erbjuds. God praxis och de utvecklingsåtgärder som pågår i områdena beskrivs på andra ställen i denna propositionen.

Även vid primärvårdsjourerna kan man få vård i brådskande situationer, och vid en del i nuläget även nattetid. Besöken vid dessa enheter är få i förhållande till de allokerade resurserna och alla enheter har möjlighet att konsultera sjukhuset i området eller en specialiserad enhet vid behov. Nödvändigheten av vård nattetid är svår att bedöma i ljuset av internationell litteratur, eftersom sätter att ordna primärvårdstjänster ofta är annorlunda än i Finland. År 1996 betraktades fortfarande en fungerande allmänläkarjour som ett sätt att hantera de växande hälso- och sjukvårdskostnaderna⁹⁷, men numera verkar en betydande del av jourerna med hyrd arbetskraft eller köpta tjänster och kostnaderna är inte under kontroll. Fungerande telefonjänster som bedömer vårdbehovet och andra rådgivningskanaler såsom digitala distanstjänster hänvisar patienterna till rätt vårdplats och nattliga besök behövs inte längre för patientgrupper som tidigare var vanliga. Att äldre människor söker sig till hälsocentralsbesök nattetid särskilt från vårdinstitutioner kan förebyggas med fungerande konsultationskanaler. Besök på primärvårdsjuren kan vara skadliga för patientsäkerheter, om det dröjer innan en kritiskt sjuk person söker sig till en specialiserad vårdplats. Äldre personers situation förbättras sällan av vård nattetid på en primärvårdsjour, så hänvisning dit bör alltid övervägas noggrant.

⁹⁵ Centralisering av hälso- och sjukvårdstjänsterna. Genomförande av arbetsfördelning inom den specialiserade sjukvården och samjour. Statens revisionsverks revisionsberättelse 6/2024, s. 57–58

⁹⁶ Eidstø A. m.fl. Emergency department crowding increases 10-day mortality for non-critical patients: a retrospective observational study. *Intern Emerg Med.* 2023;19:175-181. doi: 10.1007/s11739-023-03392-8

⁹⁷ Saarelma O, Kunnamo I. Avohoidon päivystys on terveydenhuollon näyteikkuna (ung. Juren inom den öppna vården är hälso- och sjukvårdens skyltfönster). *Duodecim* 1996;112(6):451.

Forskningsrön som gäller patientsäkerheten stödjer sig på patientkategorier eller analyser på befolkningsnivå. När det gäller enskilda patienter kan avståndet från jour dygnet runt försämrade hälsotillståndets eller påverka prognosen som en del av helheten. Det är dock ofta svårt att påvisa vilken andel jourens tillgänglighet har stått för i utvecklingen av patientens tillstånd och därmed det direkta orsakssambandet i fråga om en enskild individ. Å andra sidan kan risken för en enskild patient vara att han eller hon förs till vård vid en sådan enhet där serviceurvalet eller kompetensen inte räcker till för att hantera situationen, utan patienten måste med dröjsmål transporteras till ett annat sjukhus för att få den behövliga vården.

Vid stora förändringar på systemnivå, såsom stängningar eller flyttningar av jourhavande enheter, är det väsentligt att ändringarnas konsekvenser för patientsäkerheten inom tjänsterna för befolkningen följs. Ända till de senaste åren har det förekommit brister i uppföljningen av patient- och klientsäkerheten på nationell nivå, eftersom det inte funnits något fungerande uppföljnings- och rapporteringssystem tidigare. OECD:s rapport från 2020⁹⁸ beskriver att i Finland används den nordiska uppföljningsblanketten för patientsäkerhet och att uppföljningen görs på sjukhusnivå och klinisk enhetsnivå (t.ex. avdelningar, sektor). Sjukhusen ska också rapportera eventuella iakttagna avvikelser från patientsäkerhetsstandarderna, t.ex. farliga situationer. Utöver dessa har verksamhetsenheterna använt systemet för rapportering av ogynnsamma händelser och farliga situationer, dvs. HaiPro, där iakttagna händelser som äventyrat patient- och klientsäkerheten rapporteras på frivillig och konfidentiell grund. Detta rapporteringsverktyg erbjuder yrkesutbildade personer inom området möjlighet att lära sig av farliga situationer för att förebygga sådana. De nationella patientsäkerhetsstrategierna från 2009-2014, 2017-2021 och 2022-2026 rekommenderade användningen av verktyg som utvecklats för patientsäkerheten.

Enligt 3 § 1 mom. 7 punkten i förordningen om centralisering av den specialiserade sjukvården föreskrivs för planeringen och samordningen av den nationella helheten för Österbottens välfärdsområde uppgifter som gäller den nationella samordningen av utvecklingen och planeringen av klient- och patientsäkerheten. Österbottens välfärdsområde upprätthåller klient- och patientsäkerhetscentret, vars verksamhet har finansierats av social- och hälsovårdsministeriet sedan 2020. Klient- och patientsäkerhetscentret publicerar rapporteringsverktyg⁹⁹, avsedda för ledningen, de yrkesutbildade personerna, klienterna och patienterna eller för hela befolkningen. De mått på klient- och patientsäkerheten som används i dem har planerats tillsammans med yrkesutbildade personer inom social- och hälsovården från alla välfärdsområden. Med hjälp av verktygen kan man bedöma patientsäkerheten ur olika synvinklar samt bl.a. konsekvenserna av planerade ändringar, och för detta kan välfärdsområdena utnyttja t.ex. det verktyg som publicerades i februari 2024¹⁰⁰, och vars användning förutsätter enhetspecifika uppgifter om prestationer och ekonomi.

4.2.4.9 Konsekvenser för personalen och sysselsättningen

Allmänt

⁹⁸ de Bienassis K m.fl. Culture As a Cure: Assessments of Patient Safety Culture in OECD Countries. OECD Health Working Paper No. 119, 2020.

⁹⁹ <https://klientochpatientsakerhetscentret.fi/for-expert-och-studerande/materialbanken/verktyg/>

¹⁰⁰ <https://klientochpatientsakerhetscentret.fi/for-expert-och-studerande/materialbanken/beskrivningar-och-handlingsmodeller/verktyg-for-bedomning-av-forandringars-inverkan/>

Social- och hälsovårdstjänsterna är den största arbetsgivaren i Finland vid en granskning enligt bransch¹⁰¹. År 2022 sysselsatte branschen sammanlagt cirka 430 000 personer vilket är klart fler än den näst största branschen efter industrin. Branschen sysselsätter också andra experter än de som fått social- och hälsovårdsutbildning. I nuläget råder det personalbrist inom nästan alla hälso- och sjukvårdsyrken. I branschen förekommer också konkurrens om arbetskraften mellan den offentliga och den privata sektorn. Antalet löntagare har ökat uttryckligen inom den privata sektorn, däremot har de minskat inom den offentliga sektorn¹⁰². Social- och hälsovårdsbranschens betydelse är att producera hälsa, välmående, arbetsförmåga och sjukvård även för dem som är sysselsatta i andra branscher och för dem som står utanför arbetskraften. Sålunda kan ändringar i sjukhusnätet och nattjourer avspeglas i samhället och sysselsättningen, även på ett branschoberoende sätt.

Propositionen har konsekvenser för den nuvarande personalen i olika sjukhus och andra verksamhetsenheter. En del av konsekvenserna kan vara negativa. Den nuvarande personalen hos de verksamhetsenheter som berörs av ändringarna är sannolikt inte till alla delar villig att övergå till nya uppgifter eller flytta till en annan ort på grund av arbetet. Detta bedöms gälla särskilt yrkesutbildade med specialkompetens, i praktiken specialister och sjukskötare med specialkompetens. Å andra sidan kan välfärdsområdets andra verksamheter erbjuda meningsfulla arbetsuppgifter för många yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården. Efter lagändringarna är det möjligt att personal övergår till den privata sektorn i sådana områden där verksamheten upphör eller minskar. Det kan också ske en övergång till andra branscher och yrken, om det är möjligt i området och för personen. Dessutom kan en övergång till arbetslöshet vara möjlig, om det t.ex. i praktiken inte är möjligt för en yrkesutbildad person att börja arbeta på en annan ort (t.ex. avsaknad av bil och samtidigt ringa kollektivtrafik, familjeskäl). En del av den nuvarande jourpersonalens inkomstbildning består i betydande grad av jourersättningar, som försvinner i de enheter där det inte längre ordnas jour dygnet runt. Sålunda kan inkomsterna för enskilda arbetstagare sjunka, om de inte börjar joura i andra enheter. I större enheter finns det å andra sidan ofta goda möjligheter att systematiskt utveckla kompetensen och förbättra yrkesfärdigheterna samt gå vidare i karriären, vilket kan vara av betydelse för en del av den nuvarande personalen och främja flyttning på grund av uppgifterna.

I intervjuerna för Statens revisionsverks revision 6/2024 framfördes att bara en liten del av de små sjukhusens operations- och anestesiskötare har flyttat med de uppgifter som centraliserats till centralsjukhusen och universitetssjukhusen. Enligt revisionen finns det inte för närvarande exakt information om hur mycket personal som flyttar med uppgifter som centraliseras från ett sjukhus till ett annat eller till ett annat välfärdsområde.¹⁰³

I regeringens proposition är det inte möjligt att bedöma konsekvenserna för det nuvarande antalet anställda eller de nuvarande uppgifterna eller ändringar i dem vid ett enskilt sjukhus, ett enskilt specialområde eller en annan verksamhetsenhet eller funktion inom social- och hälsovården. Varje välfärdsområde har tillräckligt kunskapsunderlag och tillräcklig kännedom

¹⁰¹ Tevameri, Terhi (2024) Sote-palvelualue. Työelämän sekä yksityisen sektorin viimeaikaiset kehityssuunnat. TEM toimialaraportit 2024:2.

<https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/165580/TEM_2024_2_T.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

¹⁰² Statistikcentralen, arbetskraftsundersökningen.

¹⁰³ Centralisering av sjukvårdstjänsterna. Genomförande av arbetsfördelning inom den specialiserade sjukvården och samjour. Statens revisionsverks revisionsberättelser 6/2024, s. 31–33

om det egna områdets verksamhet, utveckling av lägesbilden samt den nuvarande personalens kompetensprofil.

På längre sikt hänför sig propositionens konsekvenser till allokering av den tillgängliga personalen till olika social- och hälsovårdstjänster och dess fördelning mellan olika regioner. Väsentligt med avseende på välfärdsområdenas organiseringsansvar är möjligheten att sådan ny personal som utbildar sig som bäst placerar sig på ett med tanke på helheten ändamålsenligt sätt i förhållande till alla olika verksamheter som välfärdsområdena har organiseringsansvaret för.

Som effekt av propositionen kan man bättre trygga tillräckligt med personal och kompetens för universitetssjukhusens och centralsjukhusens jour dygnet runt och tunga operativa verksamhet och andra verksamheter i anslutning därtill. När beredskapen minskar kan personalresursen å andra sidan också allokeras till basservice och välfärdsområdenas andra tjänster. Personresursen kan inriktas på ett sätt som gör social- och hälsovårdens övriga serviceutbud mångsidigare eller ökar det, såsom tjänster som tillhandahålls inte bara under tjänstetid utan också under kvällar och på veckoslut, s.k. mobila tjänster samt distanstjänster och digitala tjänster. Genom lagändringarna kan man sannolikt minska behovet av att anlita hyrd arbetskraft och andra köpta tjänster vid jourerna.

För att de eftersträlvade positiva konsekvenserna ska uppnås behövs det flera åtgärder för att lösa personalsituationen och göra arbetet lockande i olika enheter. I programmet för gott arbete (beskrivs i avsnitt 2.2.4) presenteras åtgärder i anslutning till bl.a. utbildningsvolym, utveckling av yrkesutbildade personers arbetsuppgifter och arbetsfördelning, utvidgning av rekryteringen samt branschens dragningskraft och förmåga att hålla kvar människor, som det är skäl att fortsätta i alla välfärdsområden. Genomförande av propositionen förutsätter gott samarbete mellan arbetsgivaren och arbetstagarna i välfärdsområdena, så att de mest ändamålsenliga lösningarna i fråga om arbete, uppgifter och verksamheter möjliggörs i fråga om varje enskilt område och verksamhetsenhet och varje individ.

Läkare

I en omfattande europeisk undersökning utreddes orsakerna till läkarbristen i glesbygden¹⁰⁴. Enligt undersökningen värdesätter läkarna i sitt arbete professionellt stöd från kollegor och möjligheter att utvecklas i yrket.

Det är sannolikt att läkare flyttar till de sjukhus där det finns bäst utbildnings-, arbets- och karriärmöjligheter samt de professionellt meningsfulla utmaningar som följer med ett brett serviceurval. Detta kan i någon mån försvåra rekryteringen vid andra sjukhus, särskilt de som inte kan utföra tung kirurgi. Å andra sidan kan ringa eller ingen skyldighet att ha jour dygnet runt, arbetstid med tyngdpunkten på arbete dagtid samt stor volym dagkirurgiska åtgärder vara en rekryteringstrumf för en del läkare. För läkare som specialiserar sig kan dessa sjukhus vara delvis lockande specialiseringsenheter, om det skapas planerade utbildningshelheter. För dem som är intresserade av jour dygnet runt finns möjlighet att fortsätta joura vid universitetssjukhus och centralsjukhus, trots att det inte längre finns jour vid vissa enheter. Omfattande övergång till den privata sektorn förefaller inte vara en sannolik följd av ändringarna i jourverksamheten.

Genom propositionen görs det möjligt att skaffa vissa kirurgiska åtgärder från den privata sektorn i större utsträckning än den gällande lagstiftningen. Dagkirurgiska åtgärder inom olika

¹⁰⁴ OASES. Promoting evidence-based reforms on medical deserts. 2023 [D5.3.-Report-of-the-state-of-art-of-desertification-in-Europe-and-ways-to-mitigate-desertification.pdf](https://oasesproject.eu/D5.3-Report-of-the-state-of-art-of-desertification-in-Europe-and-ways-to-mitigate-desertification.pdf) (oasesproject.eu)

operativa områden samt primära protesoperationer i knä och höft är s.k. volymåtgärder. Omfattande anskaffning kan medföra att läkare övergår från offentliga sjukhus till den privata sektorn. Ur en enskild läkares synvinkel kan det vara yrkesmässigt tillräckligt utmanande att utföra dagkirurgi eller ovan nämnda proteskirurgi och andra sidan kan anställningsvillkoren (bl.a. ingen jourskyldighet) samt inkomstnivån i en privat tjänsteproducents verksamhet vara attraktiva, varför det individuella intresset att övergå från den offentliga sektorn kan vara stort. Om detta realiserar i stor utsträckning är risken att detta kompetenskapital och denna erfarenhet krymper vid de offentliga central- och universitetssjukhusen, att det blir svårare att genomföra mer krävande situationer och operationer, att förmågan att upprätthålla jour dygnet runt försämras eller att arbetskraftskostnaderna för juren stiger avsevärt samt att bl.a. specialistutbildningen äventyras. Risken kan delvis hanteras i upphandlingsavtalet, om man t.ex. för arbetskraftens del kan avtala med den privata tjänsteproducenten om deltagande i juren.

Länsi-Pohja sjukhus ska inte kunna sköta förlossningar i fortsättningen. Detta kan säkerställa personaltillgången vid Lapplands centralsjukhus och Uleåborgs universitetssjukhus, som övertar skötseln av förlossningar i området. Till följd av propositionen blir man vid Länsi-Pohja sjukhus tvungen att ändra uppgifterna för specialister på bl.a. kvinnosjukdomar och förlossningar samt barnsjukdomar, om inte personalen flyttar till andra sjukhus eller enheter. Denna konsekvens är inte en direkt följd av denna proposition, eftersom Lapplands välfärdsområde genom sitt eget beslut redan har beslutat att flytta skötseln av förlossningar från Länsi-Pohja sjukhus från ingången av 2025.

När antalet separata jurenheter inom primärvården minskar kan det göra arbete inom primärvården mer lockande och därigenom förbättra tillgången på läkare inom välfärdsområdena. En del av läkarnas inkomstbildning består av jourersättningar, som uteblir i de enheter som inte längre ha jour dygnet runt inom primärvården. Å andra sidan kan möjlighet till jour förverkligas i de enheter där jour dygnet runt upprätthålls. I dem har intresserade möjlighet att joura dygnet runt, trots att de egna enheterna inte längre har jour.

Yrkesutbildad vårdpersonal: Sjukskötare, hälsovårdare, barnmorskor, akutvårdare, närvårdare

Sjukskötarna i Finland är välutbildade och utför till vissa delar uppgifter som i vissa andra länder utförs av läkare. Jämfört med andra EU-länder har Finland mycket vårdpersonal i förhållande till antalet läkare¹⁰⁵. I flera sjukhus har antalet närvårdare utökats på grund av brist på sjukskötare. Vårdyrkena är vanligtvis mycket kvinnodominerade och sämre avlönade än t.ex. läkararbetskraft. Längre arbetsresor, frågor om hur man ska förena arbete och övrigt liv i vardagen eller de faktiska möjligheterna att flytta kan vara kritiska när de anställda funderar på sin arbetsplats. Det är sannolikt att vårdpersonal flyttar mer sällan än läkare till andra orter på grund av arbetet. Universitetssjukhusen och centralsjukhusen är lockande arbetsplatser även för vårdpersonal med sina mångsidiga utbildnings-, arbets- och karriärmöjligheter. Ringa eller ingen skyldighet att ha jour dygnet runt, arbetstid med tyngdpunkten på arbete dagtid samt stor volym dagkirurgiska åtgärder vara en rekryteringstrumf även när det gäller en del av vårdpersonalen.

¹⁰⁵ OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (2023) Suomi: Maan terveystilanne 2023, State of Health in the EU, OECD Publishing, Paris/European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels. <https://health.ec.europa.eu/system/files/2024-01/2023_chp_fi_finnish.pdf>

Länsi-Pohja sjukhus ska inte kunna sköta förlossningar i fortsättningen. Detta kan säkerställa vårdpersonalens tillräcklighet för sjukhusets andra verksamheter och t.ex. tillräckligt med barnmorskor vid Lapplands centralsjukhus och Uleåborgs universitetssjukhus. För vårdpersonal med specialkompetens kan det gå att hitta nya uppgiftsbeskrivningar även i Länsi-Pohja sjukhus område, t.ex. inom poliklinikverksamhet eller dagkirurgisk verksamhet.

Färre enheter med jour dygnet runt ökar i vissa välfärdsområden kapacitetsbehovet inom den prehospitaleda akutsjukvården och därmed personalbehovet. Av personalen förutsätts ytterligare kompetens särskilt inom bedömning av vårdbehovet samt prognostisering av situationer även inom andra funktioner när avstånden till jour dygnet runt blir längre och antalet jourenheter minskar. På så vis kan personalen reagera mer planmässigt redan dagtid t.ex. om en boende i en boendeenhet börjar må sämre. Införande av nya verksamhetsformer, digitalisering och distanskonsultation kräver att personalen ändrar sättet att arbeta och stärker sin kompetens. Även skötseln av akuta jour-situationer kan kräva kompetensutveckling och fortbildning.

4.2.4.10 Konsekvenser för utbildningen

Läkare

I Finland utbildas läkare vid fem medicinska / hälsovetenskapliga fakulteter (Helsingfors, Åbo, Tammerfors, Östra Finland och Uleåborg). Grundutbildningen för läkare har utökats med några tiotals platser de senaste åren, och dessutom studerar cirka 1100–1200 finländare medicin utomland. Enligt förfrågningar ämnar cirka 90 procent av dem mycket säkert eller ganska säkert återvända till Finland efter att de blivit färdiga. Fakulteterna har i någon mån decentraliserat utbildningen för grundexamen utanför universitetssjukhusen till både sjukhus och primärvården.

Man kan söka sig till specialistutbildning genast efter medicine licentiatexamen eller utländsk läkarexamen samt legitimering i Finland. Utbildningen räcker cirka 5-6 år beroende på specialområde. Hittills har cirka 80 procent av läkarna specialiserat sig under sin karriär, och enligt en färsk enkät tänker över 90 procent de unga läkarna specialisera sig (Undersökningen Läkare 2023).

Specialiseringsrätt söks hos ett visst universitet och inom ett viss specialområde i ett årligt ansökningsförfarande. Strävan med ansökningsförfarandet är att bidra till att styra dem som vill specialisera sig jämnt till olika specialområden. I utbildningen inom samtliga 50 specialområden ingår arbete som läkare samt teoretiska studier. I alla specialiseringsutbildningar ingår också en nio månader lång hälsocentralsperiod. Det närmare innehållet i utbildningen inom respektive specialområde inkl. erforderliga tjänstgöringsperioder anges i universitetens gemensamma studiehandbok.¹⁰⁶

Det totala antalet specialister har ökat med cirka 9 procent åren 2017–2023. Utvecklingen har dock varit ojämn: antalet specialister inom fysiatri, klinisk farmakologi, klinisk kemi, klinisk mikrobiologi, barnneurologi, barnpsykiatri, rättspsykiatri, psykiatri, inre medicin och allmän kirurgi har minskat med 5–15 procent. Däremot har tillväxten varit kraftig (över 25 %) inom

¹⁰⁶ https://www.laaketieteelliset.fi/site/files/ammatillinen-jatkokoulutus-dokumentit/Opinto-oppaat/Valtakunnalliset%20opinto-oppaat/OPS%202023-/EL_Opinto-opas%20p%C3%A4ivitykset%2026.3.2024.pdf

specialområdena akutmedicin, geriatri, handkirurgi, neurokirurgi, rättsmedicin, genetisk medicin och hälsovård.

Avlagd specialiseringsutbildning inom allmänmedicin är en förutsättning för att verka inom ramen för socialförsäkringen i andra länder i Europeiska unionen än Finland. Den kan i praktiken avläggas samtidigt som specialiseringsutbildningen. Specialiseringsutbildning inom allmänmedicin är inte obligatorisk om man arbetar bara i Finland.

Den fem universiteten ingår vart och ett inom det egna samarbetsområdet utbildningsplatsavtal om specialist- och specialtandläkarutbildning samt specialiseringsutbildning inom allmänmedicin med utbildningsplatser (centralsjukhus, utbildningshälsocentraler, andra verksamhetsställen) utanför universitetssjukhuset. Universiteten beslutar också vilka tjänster, befattningar eller uppgifter som är lämpliga för utbildning¹⁰⁷. Universiteten avgör alltså vid vilka enheter tjänstgöringen ska ha ägt rum för att kunna godkännas för specialiseringsutbildning inom vilket specialområde och vilket innehåll utbildningen ska ha. Ändringar i sjukhusens och verksamhetsenheternas verksamhetsprofil kan medföra behov av ändringar i detta. Specialistutbildning finns vid alla universitetssjukhus samt centralsjukhus.

Till följd av propositionen kan tillgången på specialiserande läkare försvåras inom vissa specialområden i de sjukhus där det blir ändringar i jouren dygnet runt inom flera specialområden eller den tunga operativa verksamheten och serviceurvalet krymper. En del av specialiseringsutbildning kan sannolikt även i fortsättningen utföras i dessa sjukhus, inklusive en del av de sjukhustjänster som hör till utbildningen för dem som specialiserar sig på allmänmedicin samt av specialiseringsutbildningen inom allmänmedicin. Ändringen av sjukhusens serviceurval kan inverka på tillgången på arbetskraft även på lång sikt, eftersom många får en bindning till sjukhuset under specialiseringsperioden och kan bosätta sig permanent på orten.

För att specialiseringsutbildningen ska vara mångsidig i alla sjukhus, borde utbildningsinnehållet uppdateras till följd av de föreslagna ändringarna t.ex. så att de specialiserande läkarna deltar tillräcklig i jourverksamhet också när jouren dygnet runt finns i en annan enhet än det egentliga arbetet dagtid. Ordnanandet av specialiseringsutbildning påverkas i framtiden också av den kommande ökningen av antalet nybörjarplatser till medicine licentiat. Specialiseringsutbildning i olika sjukhus kan också stödjas genom att utveckla digitaliseringsstött inläring, vilket minskar platsbundenheten.

Som helhet minskar dock inte specialiseringsutbildningens volym inom olika specialområden på nationell nivå till följd av ändringarna, utan den bara flyttas delvis till andra sjukhus. I dessa sjukhus utvidgas dock verksamheten och ökar patientvolymen, varför man kan anta att antalet platser inom specialiseringsutbildningen ökar. Att utbildningsverksamheten centraliseras kan förbättra utbildningens kvalitet, när de bästa experterna arbetar och undervisar i centraliserade enheter. Universiteten och välfärdsområdena måste i samarbete se till att de läkare som genomför och ansvarar för utbildningen har möjlighet att satsa på utbildningsarbetet och således att detta tilldelas tillräckligt med resurser. Ett tillräckligt antal erfarna specialister som är motiverade att ge utbildning är väsentligt för att genomföra en högklassig utbildning, vilket tillsammans med annan handledning och annat stöd är en väsentlig faktor med tanke på rekryteringen av läkare samt verksamhetsställets dragningskraft och förmåga att hålla kvar människor.

¹⁰⁷ <https://www.laaketieteelliset.fi/ammattillinen-jatkokoulutus/el-koulutus/>

En högklassig specialistutbildning förutsätter att de specialister som utbildas har tillräcklig bred kompetens och lång erfarenhet av att sköta även mer krävande situationer där komplikationer tillstöter. Om specialister med sådan kompetens i stor utsträckning övergår från utbildningsenheterna till andra verksamhetsenheter eller till den privata sektorn på grund av den anskaffning av operation och andra åtgärder som möjliggörs i propositionen, kan genomförandet av specialistutbildningen försvåras. Valfärdsområdena måste fästa särskild uppmärksamhet vid att utbildarläkarna är motiverade och utbildningsenheterna attraktiva.

Sjukskötare, hälsovårdare, akutvårdare, barnmorskor, närvårdare

I Finland ordnar utbildning som leder till sjukskötarexamen (YH) i 20 yrkeshögskolor, som finns i alla samarbetsområden. Examens omfattning är för sjukskötare (YH) 210 studiepoäng (sp), hälsovårdare (YH) och akutvårdare (YH) 240 sp och barnmorska (YH) 270 sp. Sjukskötarexamen ingår i hälsovårdar-, akutvårdar- och barnmorskeexamen (s.k. dubbelexamen). År 2023 ordnades utbildning som leder till sjukskötare-, hälsovårdar-, akutvårdar- och barnmorskeexamen i alla valfärdsområden.

Tabell 21. Antalet mottagna studieplatser som leder till YH-examen inom hälso- och sjukvården 2023

Yrkeshögskola	Placering	Sjukskötare (ss)	Hälsovårdare (hv)	Akutvårdare (av)	Barnmorska (b)
Södra Finlands samarbetsområde					
Arcada YH	Helsingfors (ss, hv, av, b)	72	18	12	18
Metropolia AMK	Helsingfors (ss, hv, av, b)	477	87	63	69
Diakonia AMK	Helsingfors (ss, hv)	360	66		
Laurea AMK	Esbo (ss, hv), Borgå (ss), Dickursby (ss, hv), Lojo (ss), Hyvinge (ss)	417	162		
XAMK	Kotka (ss, av), Kouvola (hv), Nyslott (ss), S:t Michel (ss, hv)	312	102	93	
LAB AMK	Lahtis (ss, hv, av), Villmanstrand (ss, hv, av)	294	108	153	
Inre Finlands samarbetsområde					
Tampereen AMK	Tammerfors (ss, hv, av, b)	429	42	42	36
Hämeen AMK	Nyslott (ss, hv), Forssa (ss), Valkeakoski (ss)	219	51		
Seinäjoen AMK	Seinäjoki (ss, hv)	189	33		
Norra Finlands samarbetsområde					
Oulun AMK	Uleåborg (ss, hv, av, b), Oulainen (ss)	186	66	36	42
Lapin AMK	Rovaniemi (ss), Kemi (ss, hv)	309	30		

Kajaanin AMK	Kajana (ss, hv)	60	24		
Centria AMK	Karleby (ss, hv examensinriktad fortbildning))	102	(21)		
Östra Finlands samarbetsområde					
Savonia AMK	Kuopio (ss, hv, av, b), Idensalmi (ss)	207	72	45	33
Karelia AMK	Joensuu (ss, hv)	168	63		
Jyväskylän AMK	Jyväskylä (ss, b)	195			27
Västra Finlands samarbetsområde					
Turun AMK	Åbo (ss, hv, av, b), Salo (ss)	306	39	57	45
YH Novia	Åbo (ss), Vasa (ss, b)	183			18
Vaasan AMK	Vasa (ss, hv)	96	27		
Satakunnan AMK	Björneborg (ss)	267			

År 2022 var det 4218 som avlade sjukskötarexamen (inkl. hälsovårdare, akutvårdare och barnmorskor. Under en tioårig granskningsperiod utexamineras cirka 80 % av dem som börjat studera till sjukskötare. Åren 2020-2022 utökades sjukskötarutbildningen med mer än 1000 nya nybörjarplatser och åren 2024-2025 är ökningen cirka 1000 nybörjarplatser.

Den andel praktik för främjande av yrkesfärdighet som ingår i de studier som leder till yrkeshögskoleexamen omfattar minst 30 sp (Statsrådets förordning om yrkeshögskolor 1129/2014, 3 §). I YH-examina inom social- och hälsoområdet är praktikens andel mer omfattande, och den varierar i enlighet med den studieplan som högskolan beslutat om så att den är 45-120 studiepoäng. Praktiken inom utbildningen i vårdarbete inom hälso- och sjukvården regleras av direktivet om yrkeskvalifikationer och dess ändringsdirektiv (2013/55/EG). Regleringen i direktivet är dock inte särskilt detaljerad. Yrkeshögskolorna sätter noggrannare mål för praktiken med beaktande av direktivets minimimål och de nationella kompetensbehoven. Undervisnings- och kulturministeriet har gett yrkeshögskolorna anvisningar om hur de ska tolka direktivet. Simulering kan komplettera klinisk undervisning, men den kan inte ersätta klinisk undervisning med riktiga patienter. Till exempel den praktik som ingår i sjukskötarstudierna ska ske i autentiska lärmiljöer och omfatta åtminstone hälften av studierna (Opetus- ja kulttuuriministeriön ohje ammattikorkeakoululle terveystieteiden tutkimuksen johtavan koulutuksen järjestämisestä (Undervisnings- och kulturministeriets anvisning till yrkeshögskolorna om ordnande av examensinriktad examen inom hälso- och sjukvården), VN/2861/2020).

Praktikplatser ska organiseras i samarbete mellan högskolorna och servicesystemet, så att den examensinriktade utbildningen kan genomföras smidigt. Det är väsentligt att den kompetens som förutsätts ökar under praktiken, men t.ex. en viss organisationsform är inte något egentligt krav för att praktiken ska kunna genomföras. Exempelvis praktik inom dagkirurgi kan i sig uppfylla direktivets minimikrav på innehållet för kirurgins del och därmed göra det möjligt att avlägga sjukskötarexamen. Om praktiken under studietiden inte har innehållit praktik inom krävande kirurgi, framhävs i arbetslivet naturligtvis introduktionens och

arbetsplatsutbildningens roll, om sjukskötaren söker sig till arbete vid en enhet som ger dylik vård.

Ett avtal om den praktik för främjande av yrkesfärdighet som ingår i yrkeshögskoleexamen inom social- och hälsoområdet och om handledning av praktiken ingås mellan yrkeshögskolan och verksamhetsenheten inom social- och hälsovården och för handledd praktik som genomförts i enlighet med avtalet kan verksamhetsenheten betalas statlig utbildningsersättning med stöd av hälso- och sjukvårdslagen och socialvårdslagen. Av sjukvårdarutbildningen på 3,5 år omfattar den handledda praktiken i arbetslivet cirka 50 veckor.

Den specialiseringsutbildning som yrkeshögskolorna ordnar omfattar 30 sp (yrkeshögskolelagen 932/2014, 11 a §). Den utbildning som medför specialistkompetens för begränsad förskrivningsrätt omfattar 45 studiepoäng (statsrådets förordning om utbildning som krävs för rätt att förskriva läkemedel 1089/2010). Nationella definitioner och utvecklingsförslag som gäller specialområden inom klinisk vårdarbete efter sjukskötarexamen utarbetades 2021¹⁰⁸ och utifrån dem utreddes 2023 behovet av klinisk specialiserade sjukskötare i välfärdsområdena fram till 2028¹⁰⁹. Av de definierade specialområdena inom kliniskt vårdarbete (17) ingår ungefär hälften i yrkeshögskolornas utbud av specialiseringsutbildning. Välfärdsområdenas mål är att andelen med specialiseringsutbildning ska vara cirka 40 % av sjuksköterna och tilläggsbehovet är cirka 8 000 kliniskt specialiserade sjukskötare och 460 sjukskötare med utbildning som medför specialistkompetens för begränsad förskrivningsrätt före 2028. Utbildningarnas handledda arbetslivsperioder säkerställer att den krävande sakkunnighet som behövs inom respektive specialområde utvecklas.

Utifrån propositionen kan poliklinikverksamheten fortsätta vid alla sjukhus, varvid en del sjukskötar-, barnmorske-, akutvårdar- och särskilt hälsovårdarutbildningen samt av utbildningen inom vissa specialområden inom kliniskt vårdarbete och av utbildningen för sjukskötare som medför specialistkompetens för begränsad förskrivningsrätt fortfarande kan avläggas vid dessa. I de sjukhus där det fortsättningen inte finns jour dygnet runt, tung operativ verksamhet och verksamheter i anslutning därtill eller förlossningar, kan praktikmöjligheterna upphöra eller krympa särskilt i fråga om den praktik som ingår i grundexamen för sjukskötare och barnmorskor samt i fråga om arbetslivsperioderna i vissa specialiseringsutbildningar som gäller specialområden inom kliniskt vårdarbete (kvinnosjukdomar och förlossningar, kirurgiska specialområden, anesthesiologi, öron-, näs- och halssjukdomar). En del av yrkeshögskolornas studerande inom social- och hälsoområdet har redan i nuläget svårt att hitta praktikplatser. För en del studerande påverkar detta studieframgången. Resorna från studieorten till praktikorten kan också vara en utmaning. Enligt Rådet för yrkeshögskolornas rektorer Arene rf är bristen på praktikplatser särskilt stor bland internationella studerande och mer specifikt vårdstuderande, såsom akutvårdare och röntgenskötare. Det kan bli ännu svårare att hitta praktikplatser om antalet nybörjarplatser utökas avsevärt de närmaste åren.

¹⁰⁸ Kliinisen hoitotyön erikoisalat: Ehdotukset kliinisesti erikoistuneen sairaanhoitajan osaamisen kehittämiseksi (Specialiteter inom det kliniska vårdarbetet. Förslag till kompetensutveckling för sjukskötare med klinisk specialisering, på finska, med presentationsblad på svenska). Social- och hälsovårdsministeriets rapporter och promemorior 2021:36.

<https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/handle/10024/163719>

¹⁰⁹ Kliinisesti erikoistuneiden sairaanhoitajien ennakoitu tarve vuosille 2024–2028: Selvitystyö (Uppskattat behov av sjukskötare med klinisk specialisering åren 2024–2028: Utredning, på finska, med presentationsblad på svenska). Social- och hälsovårdsministeriets publikationer 2024:9.

<https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/handle/10024/165470>

Förslagen i denna regeringsproposition bidrar sannolikt till att försvåra tillgången på praktikplatser i de områden som berörs av ändringarna, om man inte lyckas utöka praktikplatserna i de sjukhus som tar emot funktioner. Färre praktikplatser kan också påverka hur intressant det upplevs att studera på en viss ort, vilket i sin tur kan påverka tillgången på arbetskraft på längre sikt. För att man ska lyckas med att ordna praktik förutsätts nära, engagerat samarbete mellan servicesystemet (vårdsområdena) och läroanstalterna. Föregripande planering och bedömning i samarbete mellan vårdsområdena och yrkeshögskolorna i de enskilda samsamarbetsområdena är central för att genomföra ändringarna på ett kontrollerat sätt. Med stöd av lagen om ordnande av social- och hälsovård ansvarar vårdsområdet i sitt område för utbildnings-, utvecklings- och forskningsverksamhet inom sitt uppgiftsområde samt för bedömning av behovet av kompetens och arbetskraft och för utveckling av yrkeskompetensen. Dessutom ska man som en del av samsamarbetsområdets samsamarbetsavtal avtala om den strategiska planen för utbildnings-, forsknings-, utvecklings- och innovationsverksamheten och genomförandet av planen samt samordnings-, styrnings- och rådgivningsuppgifterna rörande dessa funktioner hos det vårdsområde som är huvudman för ett universitetssjukhus. Planerings- och bedömningsprocessen för de utbildningar som leder till sjukskötar-, barnmorske-, akutvårdar- och hälsovårdarexamina samt specialiseringsutbildningarna inom kliniskt vårdarbete förutsätter att strukturerna och verksamhetsmodellerna för samsamarbetet inom hälsoområdet säkerställs och fortlöpande samordnas.

4.2.5 Konsekvenser för den regionala självstyrelsen

Vårdsområdenas självstyrande ställning behandlas i avsnitt 12 i propositionen, Förhållande till grundlagen samt lagstiftningsordning.

Även den gällande lagen innehåller relativt detaljerade bestämmelser om jour samt arbetsfördelningen inom den specialiserade sjukvården och begränsar således delvis vårdsområdenas egna beslutsfattande.

De föreslagna bestämmelser som gäller samjour dygnet runt inom flera specialområden minskar i någon mån vårdsområdenas möjligheter att fatta beslut om nätverket av jour dygnet runt. Även i den gällande lagen föreskrivs det tämligen detaljerat om ordnandet av sådan jour. Endast vissa vårdsområden som anges separat i lagen kan ha flera sådana jourenheter än en. I de vårdsområden där det finns ett universitetssjukhus kan inte längre upprätthållas eller inrättas flera enheter med jour dygnet runt än en, liksom inte heller i Lapplands eller Södra Savolax vårdsområde. HUS-sammanslutningen ska fortfarande få upprätthålla ett nätverk av jour dygnet runt inom flera specialområden enligt sitt eget beslut.

Det bör dock påpekas att även enligt den gällande lagen är upprätthållandet av en sådan enhet inte bara ett visst vårdsområdes eget beslut, utan det ska avtalas om saken i samsamarbetsområdets samsamarbetsavtal (tidigare avtal om ordnande av specialiserad sjukvård). Även ingående av ett samsamarbetsavtal är emellertid regional självstyrelse, eftersom respektive vårdsområdes vårdsområdesfullmäktige godkänner avtalet. I propositionen har det förts fram att den styrande inverkan av de avtal om ordnande av specialiserad sjukvård som föregick samsamarbetsavtalen har kunnat vara svag. Med tanke på verkställandet av propositionen finns det en risk för att samsamarbetsavtalet som instrument inte styr fattandet av beslut enligt propositionens målsättningar tillräckligt.

När det gäller upprätthållande av jour dygnet runt inom primärvården och för Kemis och Nyslotts del alternativt begränsad jour dygnet runt inom den specialiserade sjukvården ökar propositionen i någon mån den regionala självstyrelsen i den mening att social- och hälsovårdsministeriets tillstånd inte längre behövs för att ordna sådan jour, utan man kan avtala

om saken i samarbetsavtalet genom regionalt beslutsfattande. I det regionala beslutsfattandet bör man överväga behovet av att upprätthålla enheten t.ex. med avseende på befolkningens servicebehov, personalresurserna och utnyttjandet av prehospitalet akutsjukvård. Detta gäller dock endast de välfärdsområden där det enligt propositionen i princip skulle vara möjligt att upprätthålla sådan jour, och det ska också föreskrivas om orterna genom lag. Propositionen fräntar andra välfärdsområden än de som nämns i lagen möjlighet att upprätthålla jour dygnet runt inom primärvården. För upprätthållandet av dylik jour dygnet runt inom primärvården behövs även för närvarande social- och hälsovårdsministeriets tillstånd, som social- och hälsovårdsministeriet inom ramen för sina befogenheter också kan förvägra. Välfärdsområdena har alltså inte heller hittills haft möjlighet att självständigt besluta eller i samarbetsavtalet komma överens om att upprätthålla jour dygnet runt inom primärvården eller akutmedicinen.

4.2.6 Miljökonsekvenser

Miljörelaterade ofördelaktiga konsekvenser bedöms uppstå i första hand genom att avstånden växer. Avståndet till enheter som har jour dygnet runt eller sköter förlossningar ökar i vissa delar av Finland. I praktiken ökar avstånden maximalt med cirka 100 kilometer. Dessutom kan styrningen av olika patientgrupper till olika sjukhus ändras. Detta kan i någon mån bidra till att antalet uppdrag som gäller överflyttningar inom den prehospitalet akutsjukvården eller mellan sjukhus och andra enheter ökar och till att resorna blir längre. Å andra sidan kan det följa positiva miljökonsekvenser av att man kan öka utnyttjandegraden hos sjukhusens fasta lokalkapacitet och utrustning i anslutning därtill.

5 Alternativa handlingsvägar

5.1 Handlingsalternativen och deras konsekvenser

Genom social- och hälsovårdsreformen överfördes ansvaret för att ordna social- och hälsovård på välfärdsområdena den 1 januari 2023. I Nyland är organiseringsansvaret fördelat mellan välfärdsområdena i Nyland, Helsingfors stad och HUS-sammanslutningen. HUS-sammanslutningen ansvarar för att ordna jour dygnet runt samt krävande specialiserad sjukvård. Systemet med sjukhus samt enheter med jour dygnet runt i Finland har utformats under årtionden. Till följd av de ändringar som föreslås i denna proposition har varje välfärdsområde ett sjukhus med jour dygnet runt inom flera specialområden, antingen ett universitetssjukhus eller ett centralsjukhus. I Nyland ska HUS-sammanslutningen fortfarande ha beslutanderätt i fråga om sådana jourjukhus. Vid bedömningen av alternativa sätt att utveckla arbetsfördelningen mellan sjukhusen och juren dygnet runt kan två alternativa huvudlinjer urskiljas. Det första sättet att närma sig saken är att utöka den regionala beslutanderätten och därmed åtminstone delvis avstå från den nuvarande starka styrningen genom lagstiftning. Den andra huvudlinjen är en total översyn av hela sjukhusnätet så att den centrala bestämmande faktorn inte skulle vara t.ex. välfärdsområdenas gränser, utan placeringen av jour dygnet runt och utförandet av den operativa verksamhet som förutsätter sådan jour skulle bestämmas av i synnerhet invånarantalet och befolkningsutvecklingen, tillgången på personal och de tjänstevolymer som utnyttjas för närvarande.

Det skulle vara möjligt att utöka den regionala beslutanderätten på flera olika sätt. Man skulle t.ex. kunna föreskriva att ett välfärdsområde ska upprätthålla ett tillräckligt antal sjukhus och jurenheter på det sätt som befolkningens servicebehov förutsätter, samt om de kvalitetskrav som förutsätts i verksamheten. Man skulle också t.ex. kunna föreskriva så att en viss nivå på jour och krävande operativ verksamhet ska tryggas på samarbetsområdesnivå, och att det avtalas noggrannare om saken genom samarbetsavtalet. I ett alternativ som ändrar de nuvarande bestämmelserna mindre skulle man t.ex. kunna avstå från skillnaden i 50 § 3 och 4 mom. mellan

olika nivåer på sjukhusjouren, och t.ex. överlåta även ordnandet av jour dygnet runt inom primärmedicinen helt och hållet åt regionala beslut. Det finns flera alternativ. Dylik reglering skulle stödja den regionala självstyrelsen.

En central utmaning när det gäller sättet att närma sig saken är dock, vilket också förts fram i avsnitt 2.2.5, att regionalt kan det vara svårt att få till stånd beslut om sjukhusens och jourernas servicenät. I områdena har man velat hålla fast vid den specialiserade sjukvården, jouren och den operativa verksamheten, även på bekostnad av personalresurser och ekonomiska resurser för välfärdsområdets övriga tjänster. När besluten fattas kan det hända att man knyter områdets allmänna livskraft till upprätthållandet av sjukhus- och jourtjänster, och detta kan förhindra beslut som är ändamålsenliga med avseende på social- och hälsovårdstjänsterna som helhet och kostnaderna för dem. Om lösningarna som gäller servicenätet överlämnas åt regionala beslut kan man dessutom inte vara säker på att det bildas ett sjukhus- och journätverk som tryggar tillräcklig vård på olika nivåer nationellt som en bestående helhet eller att det kan anpassas till störningssituationer och undantagsförhållanden. Utöver samarbete mellan samarbetsområdena behövs det nationellt samarbete, något som samarbetsavtalen ensamma inte erbjuder tillräckliga instrument för.

De nuvarande joursjukhusens placering och serviceurval har inte nödvändigtvis till alla delar följt ändringarna i invånarantal, invånartäthet och servicebehov. De nuvarande universitetssjukhusen och centralsjukhusen ligger i praktiken i betydande bosättningskoncentrationer i områdena. Utformningen av det nuvarande journätverket har med tiden påverkats av flera omständigheter, och vid planeringen av jourerna är det därför i praktiken omöjligt att skapa ett helt optimalt system med avseende på t.ex. avstånd och kostnadseffektivitet, utan man måste beakta t.ex. den befintliga sjukhusinfrastruktur som byggts upp. En mer omfattande granskning av sjukhusnätet och jourenheterna som en nationell helhet än vad som föreslås i denna proposition skulle i praktiken betyda att de nuvarande sjukhusens arbetsfördelning och serviceurval utvecklas från utgångspunkten att varje välfärdsområde ska ha kvar ett universitetssjukhus eller centralsjukhus med jour dygnet runt inom flera specialiteter tas upp till förnyad granskning. Tidsspannet för en sådan granskning är längre än de närmaste åren.

Redan i samband med den föregående reformen av jour- och centraliseringsbestämmelserna framfördes det att om man beaktar såväl behovet av att centralisera vissa kirurgiska åtgärder som kravet på att tillhandahålla omfattande jour dygnet runt, blir följden att samjouren vid en del sjukhus som erbjuder mer begränsad dygnet runt-jour i fortsättningen inte kommer att omfatta kirurgisk jour dygnet runt (RP 224/2016 rd, s. 12). Detta har inte skett i praktiken. Den arbetsgrupp som utredde sjukhusen föreslog att utöver de fem universitetssjukhusen skulle fem–åtta centralsjukhus ha betjänat hela befolkningen. Urvalskriterierna för centralsjukhusen skulle ha fastställts så att man beaktar befolkningens servicebehov och utbredning, tillgången på arbetskraft och arbetskraftens tillräcklighet och utbredning, sjukhusens nuvarande infrastruktur, kvalitet, verkningsfullhet samt klient- och patientsäkerhet, avstånd och tillgodoseendet av språkliga rättigheter samt aspekter som gäller beredskap och förberedelser. En del av de nuvarande centralsjukhusen skulle före utgången av 2028 eller senast före utgången av 2030 ha ändrats till s.k. akutsjukhus, där man inte skulle ha kunnat utföra operativ verksamhet som kräver operationssalsberedskap dygnet runt eller krävande intensivvård eller sköta förlossningar. De skulle dock fortfarande ha haft akutologisk jour dygnet runt i de nödvändiga specialområdena med betoning på de konservativa specialområdena (se närmare avsnitt 2.2.3.1). En sådan ändring skulle ha inneburit en kraftig förändring av det nuvarande sjukhus- och journätet genom en enda proposition, även om ändringen skulle ha innefattat övergångstider. Statsminister Orpos regering linjerade dock i samband med ramförhandlingarna i april 2024 att detta förslag av arbetsgruppen inte kommer att främjas.

Sjukhusens arbetsfördelning kan vidareutvecklas även utifrån det nuvarande sjukhussystemet och det system och den lagstiftning som föreslås här. Regeringen inleder en granskning av arbetsfördelningen inom den specialiserade sjukvården utifrån regeringsprogrammet och de beslut som fattades under ramförhandlingarna våren 2024. I denna granskning kommer man att bedöma åtminstone innehållet i förordningen om centralisering av den specialiserade sjukvården och jourförordningen samt arbetsfördelningen inte bara på samarbetsområdesnivå utan även nationell nivå. Härigenom eftersträvas en årlig minskning på 25 miljoner euro i välfärdsområdenas finansiering från och med 2026.

5.2 Lagstiftning och andra handlingsmodeller i utlandet

5.2.1 Allmänt

När det gäller den offentliga hälso- och sjukvården har den senaste tidens utvecklingstrend i de nordiska länderna varit att den allra mest specialiserade vården centraliseras. Genom centraliseringen har man eftersträvat bättre vårdkvalitet och patientsäkerhet samt en förnuftigare användning av resurserna. Till följd av centraliseringen har antalet sjukhus och journalsjukhus minst, allra kraftigast i Danmark. Å andra sidan finns det skillnader jämfört med Finland, särskilt i sätten att ordna primärvården. Trots att ansvaret för att ordna offentlig hälso- och sjukvård vilar på regionala myndigheter, styr staten ordnandet av högspecialiserade vården.

5.2.2 Sverige

I Sverige är ansvaret för ordnandet av hälso- och sjukvården fördelat på tre olika nivåer: nationell, regional och kommunal nivå. I Sverige vilar huvudansvaret för ordnandet, genomförandet och finansieringen av den offentliga hälso- och sjukvården på 21 regioner, som också har beskattningsrätt. Bestämmelser om ansvarsfördelningen ingår i hälso- och sjukvårdslagen (HSL 2017:30). Regionerna upprätthåller bl.a. vårdcentraler, akutmottagningar samt ombesörjer mödra- och barnhälsovården. Hälso- och sjukvårdstjänsterna ordnas och genomförs på olika sätt i olika regioner. Trots att ordnandet av tjänster varierar i regionerna, är särskilt de specialiserade sjukvårdstjänsterna centraliserade på såväl regional som nationell nivå i Sverige.¹¹⁰

De strukturella reformerna av den specialiserade sjukvården har de senaste årtiondena fokuserat på att bl.a. stärka den öppna vården och vården dagtid, centralisera den högspecialiserade vården samt differentiera akutvården och den elektiva vården. 1990-talets utvecklingstrend i Sverige innebar en övergång till dagkirurgi, som ledde till att ett ökat antal små sjukhus specialiserade och sig, och centralisering till akutsjukhus som var öppna dygnet runt i slutet av årtiondet.¹¹¹ Därefter har Sverige stegvis centraliserat tjänsterna regionalt särskilt på 2010-talet och senare även på nationell nivå. Exempelvis när det gäller centralisering av den specialiserade sjukvården trädde 2018 bestämmelser om nationell högspecialiserad vård (NHV) i kraft. Enligt bestämmelserna centraliseras behandlingen av vissa särskilt sällsynta eller svårbehandlade sjukdomar till högst fem verksamhetsenheter inom hälso- och sjukvården. Syftet med centraliseringen är att säkerställa bästa möjliga tillgängliga vårdkvalitet i sällsynta fall eller fall

¹¹⁰ <https://www.socialstyrelsen.se/kunskapsstod-och-regler/regler-och-riktlinjer/vem-far-gora-vad/styrning-och-arbetsfordelning/regioner-och-kommuner/>

<https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/meddelandeblad/2020-12-7130.pdf> Meddelandeblad - Kommunal hälso- och sjukvård Nr 9/2020.

¹¹¹ Sweden: Health System Review 2023 - Health Systems in Transition Vol. 25 No. 4, s. 115-116.

som kräver specialkompetens eller specialutrustning.¹¹² Genom centraliseringen eftersträvas bättre kompetens, kvalitet och patientsäkerhet inom hälso- och sjukvården.

Den statliga myndigheten Socialstyrelsen beslutar om definitionen av nationell högspecialiserad vård och antalet enheter som får bedriva nationell högspecialiserad nivå. En region behöver tillstånd för att tillhandahålla bedriva nationell högspecialiserad vård. Nämnden för nationell högspecialiserad vård beslutar vilken region eller vilka regioner som ges tillstånd att bedriva nationell högspecialiserad nivå. Nämnden beslutar också om de villkor som regionen ska uppfylla för att få tillstånd. Utgångspunkten för bedömningen är patientens bästa. Utöver nämnden villkor ska regionen uppfylla de generella villkor som framgår av Socialstyrelsens föreskrifter om nationell högspecialiserad vård.¹¹³

Vid sidan av centraliseringen av nationell högspecialiserad vård är utvecklingstrenden i Sverige även mer allmänt att utöka den statliga styrningen av hälso- och sjukvården. Regeringen har tillsatt en parlamentarisk kommitté som har i uppgift att analysera samt komma med förslag till på hur lång sikt hälso- och sjukvården skulle kunna börja upprätthållas delvis eller helt av staten. Avsikten är att presentera utredningen i juni 2025.¹¹⁴ Vid sidan av den statliga styrningen har regionerna tagit mer ansvar för den nationella samordningen och styrningen genom att utveckla ett nationellt system för kunskapsstyrning.

I Sverige är akutvården till vissa delar fördelad på olika nivåer. Joursjukhusen skiljer sig från varandra såväl till omfattning och uppgifter som med avseende på de tjänster som de tillhandahåller och hur stor befolkning de betjänar. År 2022 hade Sverige 66 joursjukhus som var öppna dygnet runt. Å andra sidan tillämpas i Sverige inte något enhetligt begrepp för joursjukhus eller akutmottagning, så det exakta antalet akutsjukhus är beroende av definitionen. Antalet beror t.ex. på om de stora sjukhusen, som har separata enheter i olika städer, räknas som ett eller flera sjukhus. Antalet akutsjukhus har minskat avsevärt över tiden (1970 ca 115 joursjukhus och 1994 drygt 90 joursjukhus).

Sjukhusen i Sverige kan indelas i tre olika typer, som är regionsjukhus, länsjukhus och länsdelssjukhus. Akutmottagningar ordnas i samtliga typer av sjukhus. Det finns dock inga exakta uppgiftsbeskrivningar för sjukhustyperna. Länsdelssjukhusen har 12 eller 13 medicinska specialområden, medan regionsjukhusen ombesörjer nationell högspecialiserad vård, som nationellt är centraliserad till högst fem enheter.¹¹⁵

5.2.3 Danmark

I Danmark är hälso- och sjukvårdssystemet organiserat på tre olika nivåer: staten, regioner och kommuner. Bestämmelser om de olika aktörernas ansvar och uppgifter ingår i huvudsak i Sundhedsloven (Lov nr. 546 af 24. juni 2005). Staten svarar för den övergripande regleringen av och tillsynen över hälso- och sjukvården samt för skattemässiga funktioner och t.ex. för hur den specialiserade sjukvården fördelas mellan olika sjukhus. Det finns fem regioner i Danmark och deras huvudsakliga ansvar är den specialiserade sjukvården och ordnandet av den.

¹¹² se Prop. 2017/18:40, SOU 2019:29 och SOU 2021:71

¹¹³ Lag om ändring i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30).

<https://svenskkforfattningssamling.se/sites/default/files/sfs/2019-11/SFS2019-973.pdf>

och <https://www.socialstyrelsen.se/kunskapsstod-och-regler/regler-och-riktlinjer/nationell-hogspecialiserad-varld/>

¹¹⁴ <https://www.vardanalys.se/digital-publikation/analysplan-2024/>

¹¹⁵ En akut bild av Sverige (Vårdanalys 2018).

Kommunerna i sin tur ansvarar för bl.a. hemvården, tandvården för barn, skolhälsovården och tillhandahållandet av förebyggande tjänster. De av regionerna finansierade allmänläkarna spelar en stor roll som patienternas första kontakt, och upp till 90 procent av alla patientkontakter sköts på basnivå. Allmänläkarna arbetar enligt egenläkarmodellen, och patienterna får välja sin allmänläkare fritt. Allmänläkarna remitterar/hänvisar patienterna till specialisläkare, fysioterapeuter, psykologer och andra yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården.¹¹⁶

I Danmark har de administrativa strukturerna reviderats avsevärt sedan 2007. I 2007 års hälsoreform (Strukturreformen 2007) sammanslogs 13 amtskommuner sammanslogs till fem nya regioner och antalet kommuner reducerades från 271 till 98. Genom reformen ville man förbättra jourtjänsterna, kvaliteten i vården samt effektiviteten. Antalet joursjukhus minskades ordentligt (40 joursjukhus 2006 och 21 joursjukhus 2022), och den specialiserade sjukvården centraliserades till färre sjukhus. Bakom reformen låg särskilt oron för att antalet kirurgiska patienter i små enheter är lågt, varvid kirurgernas yrkesskicklighet förblir begränsad och man kan inte erbjuda högklassig kirurgi. Större sjukhusenheter ansågs kunna erbjuda högklassigare och mer specialiserad vård. Dessutom ansågs större kommunala enheter göra det möjligt att decentralisera uppgifter från staten eller regionerna till kommunerna. Större enheter sågs som en förutsättning för bättre prioriteringar, samordning av funktioner samt ökad effektivitet inom den offentliga sektorn.¹¹⁷

Genom reformen stärktes också ställningen för Danmarks högsta hälsovårdsmyndighet Sundhedsstyrelsen, och dessutom koncentrerades den ekonomiska makten till nationell nivå. Sundhedsstyrelsen meddelar riktlinjer för planeringen av den specialiserade sjukvården. Sundhedsstyrelsen bestämmer t.ex. vilka specialiserade sjukvårdstjänster som ska tillhandahållas på regional nivå och vilka specialiserade sjukvårdsfunktioner som borde koncentreras till färre hälso- och sjukvårdsenheter som betjänar patienter över regiongränserna. Verkställandet av de allmänna anvisningarna överläts dock åt demokratiskt valda regionala beslutsfattarens ansvar i reformen. Regionernas finansiering för reform av sjukhusen var bunden till iakttagandet av Sundhedsstyrelsens anvisningar, vilket fungerade som incitament för regionerna att genomföra ändringar i sjukhusnätet.¹¹⁸

I Danmark är vården på specialiserad sjukvårdsnivå centraliserad så att den mest specialiserade vården tillhandahålls på bara några sjukhus, i vissa fall bara ett sjukhus. I varje region finns ett eller flera universitetssjukhus som tillhandahåller högspecialiserad (tertiary) vård samt regionala allmänna sjukhus. Av sjukhusen är 21 joursjukhus som regionerna har hand om. I Danmark var en central tanke med hälsoreformen att avstå från fristående enheter för brådskande vård och jour. I stället ville man centralisera de brådskande vården till färre enheter så att det skulle finnas tillgång till ett brett urval utrustning och kompetens inom olika specialområden. Genom att centralisera jourvården har man eftersträvat bl.a. bättre samordning och kvalitet i vården, och man har tänkt att detta ska spara resurser. I enlighet med den danska Sundhedsstyrelsens riktlinjer ska ett sådant joursjukhus täcka in 200 000–400 000 invånare.¹¹⁹ I nuläget har danskarna i medeltal 19,6 km till närmaste joursjukhus och 25 procent av danskarna har över 30 km till närmaste joursjukhus. Man har bedömt att centraliseringen av

¹¹⁶ Denmark: Health System Review 2024 - Health Systems in Transition Vol. 26 No. 1, s. 85.

¹¹⁷ Christiansen T. Ten years of structural reforms in Danish healthcare. Health Policy 2012;106:114–9, <http://dx.doi.org/10.1016/j.healthpol.2012.03.019>

¹¹⁸ *ibid.*

¹¹⁹ se t.ex. https://www.sst.dk/-/media/Udgivelser/2020/Akut-anbefalinger/Akut-anbefalinger/Bilag_Anbefalinger_Akut_Sundhedsindsats.ashx?sc_lang=da&hash=4C8DDF3CD5DCB E62B60644276D164259, s. 60.

joursjukhusen inte utgör något stort hinder för tillgången på tjänster, eftersom trafikinfrastrukturen är bra och det också finns tillgång till sjukvårdshelikoptrar.

I Danmark pågår för närvarande en reform som minskar antalet sjukhus ytterligare. De sjukhus som skapas genom reformen är s.k. supersjukhus, som kan tillhandahålla mycket specialiserad vård. Supersjukhusen skapas genom att sammanfoga de befintliga sjukhusen till färre enheter. Syftet med reformen är att förbättra kvaliteten i vården och öka kostnadseffektiviteten genom att koncentrera resurserna.¹²⁰

Den som söker sig till joursjukhus i brådskande men inte livshotande situationer måste ringa på förhand. I praktiken kan en patient i brådskande situationer utanför den egna läkarens mottagningstider ta kontakt med den jourhavande läkaren, lægevagten, som arbetar utanför tjänstetid (lægevagten är alltså på sätt och vis vikarie för den egna läkaren). Läkaren bedömer vilken slags vård patienten behöver och kan vid behov hänvisa patienten vidare till en brådskande mottagning eller ett joursjukhus. På en del av de brådskande mottagningarna behandlas mindre skador, medan en del har beredskap att ta emot alla slags skador och sjukdomar för behandling. De brådskande mottagningarna skiljer sig från varande även vad öppettiderna beträffar, en del är öppna dygnet runt, en del på kvällar och under veckoslut, men inte nattetid.¹²¹

5.2.4 Norge

I Norge ordnas hälso- och sjukvård på tre olika nivåer: statlig, regional och kommunal. Hälso- och omsorgsministeriet (helse- og omsorgsdepartementet) svarar för regleringen av och tillsynen över hälso- och sjukvårdssystemet. År 2002 överfördes ansvaret att ordna specialiserad sjukvård och innehavet av sjukhusen till staten. Statens innehav av den specialiserade sjukvården är fördelat på fyra regionala hälsomyndigheter/företag (et regionalt helseforetak), som är Helse Nord, Helse Midt-Norge, Helse Vest och Helse Sør-Øst, och som administreras av det norska hälso- och omsorgsministeriet. Dessa fyra regionala hälsoföretag ansvarar för den specialiserade sjukvården och för att den tillhandahålls befolkningen i regionen. Under dessa regionala hälsoföretag finns sjukhus och andra specialiserade sjukvårdstjänster, som är organiserade i separata ”dotterbolag”/företag. Bestämmelser om verksamheten vid de regionala hälsoföretagen (regionale helseforetak) och hälsoföretag som lyder under dem (helseforetak) finns i lagen om hälsoföretag (Lov om helseforetak m.m. (helseforetaksloven)). Kommunerna svarar för ordnandet av bl.a. primärvård och socialservice. Primärvården produceras ofta av självständiga yrkesutövare, som fungerar som egen läkare.

Patientens första kontakt med hälso- och sjukvården är patientens egen läkare, och i brådskande fall får man oftast tid till mottagningen samma dag. I brådskande fall utanför den egna läkarens tjänstetid kan patienten ta kontakt med jourhavande hälso- och sjukvård (legevakt) genom att ringa till det nationella telefonnumret 116 117, som är öppet dygnet runt. De jourhavande hälso- och sjukvårdstjänsterna är ordnade på olika sätt. Det ska finnas minst en jourhavande läkare i varje kommun.¹²²

¹²⁰ white-paper-new-hospital-construction-pdf-uk.pdf (healthcaredenmark.dk) och The danish super hospital programme 2021 (ism.dk)

¹²¹ <https://www.oresunddirekt.se/se/jag-vill-flytta-till-danmark/sjukvaard-i-danmark/om-du-blir-akut-sjuk-i-danmark>

¹²² <https://www.helsenorge.no/hjelpetilbud-i-kommunene/legevakt/>

Enligt den norska lagen om specialiserad sjukvård (Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. (spesialisthelsetjenesteloven)) har staten det högsta/övergripande (overordnede) ansvaret för att befolkningen ges behövliga/nödvändiga (nødvendig) specialiserade sjukvårdstjänster. De regionala hälsoföretagen ska i sin tur se till att invånarna erbjuds bl.a. sjukhusstjänster. För att inrätta sjukhus krävs godkännande av det norska hälso- och omsorgsministeriet. I lagen föreskrivs också om samarbete mellan de regionala hälsoföretagen. Dessutom måste man få ministeriets godkännande för att använda benämningen universitetssjukhus.

Ett exempel centraliseringen av den specialiserade sjukvården i Norge är de nationella specialiserade sjukvårdstjänsterna, som har inrättats för att stödja den övergripande prioriteringen och en förnuftig resursanvändning samt erhållandet av likvärdig och högklassig högspecialiserad vård. De nationella tjänsterna består av högspecialiserad vård och/eller kompetens, som bör koncentreras till en eller två institutioner i hela landet för att säkerställa tjänster och kompetens av hög klass. De regionala hälsoföretagen svarar för inrättandet och finansieringen av nationella tjänster samt för verksamheten och ser till att tjänsterna utför de uppgifter som krävs. De regionala hälsoföretagen ansvarar gemensamt för att bedöma om det behövs nya nationella tjänster samt för att ansöka om ministeriet om inrättande och nedläggning av nationella tjänster. Beslut om inrättande, ändring och nedläggning av nationella tjänster fattas av hälso- och omsorgsministeriet på ansökan av regionala hälsoföretag.¹²³

6 Remissvar

Remissbehandlingen

Det finskspråkiga utkastet till proposition var ute på remiss 21 maj–1 juli 2024 och det svenskspråkiga 18 juni–11 augusti 2024. Utlåtande begärdes av sammanlagt 150 aktörer, och dessutom hade även andra aktörer möjlighet att yttra sig om utkastet till proposition. Till dem som ombads ge utlåtande hörde bl.a. välfärdsområdena, Helsingfors stad, HUS-sammanslutningen, relevanta kommuner och städer, finansministeriets och vissa andra ministerier och statliga myndigheter, laglighetsövervakarna, fackorganisationer och specialområdesföreningar inom social- och hälsovården, aktörer inom den privata sektorn, organisationer som företräder patienterna samt universitet och yrkeshögskolor.

Utlåtande lämnades av 126 aktörer. Utlåtande lämnades av finansministeriet, justitieministeriet, inrikesministeriet, försvarsministeriet, Försvarsmaktens huvudstab, Tillstånds- och tillsynsverket för social- och hälsovården, regionförvaltningsverken (gemensamt utlåtande), Institutet för hälsa och välfärd, äldreombudsmannen, Polisstyrelsen, Statens ekonomiska forskningsanstalt, Statens revisionsverk, Södra Karelens välfärdsområde, Södra Österbottens välfärdsområde, Södra Savolax välfärdsområde, Helsingfors stad, HUS-sammanslutningen, Kajanalands välfärdsområde, Egentliga Tavastlands välfärdsområde, Mellersta Österbottens välfärdsområde, Mellersta Finlands välfärdsområde, Kymmenedalens välfärdsområde (som bilagor stödutlåtanden från Karelska brigaden, Sydöstra Finlands yrkeshögskola Xamk, Kouvola Ammattiopisto Oy:s dotterbolag EduKo), Lapplands välfärdsområde, Västra Nylands välfärdsområde, Birkalands välfärdsområde, Österbottens välfärdsområde, Norra Karelens välfärdsområde, Norra Österbottens välfärdsområde, Norra Savolax välfärdsområde, Satakunta välfärdsområde, Egentliga Finlands välfärdsområde, Idensalmi stad, Enare kommun, Ingå kommun, Joroinens kommun, Kem stad, Keminmaa kommun, Kotka stad, Kouvola stad, Nivala stad, Oulainens stad, Pyttis kommun, Brahestads stad, Raseborgs stad, Salo stad, Nyslotts stad,

¹²³ se t.ex. <https://www.helsedirektoratet.no/tema/nasjonale-tjenester-i-spesialisthelsetjenesten> och <https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/sykehus/nasjonale-tenester/id614574/>

Simo kommun, Tervola kommun, Torneå stad, Varkaus stad, Klient- och patientsäkerhetscentret, Hyvil Ab, Södra Karelens förbund, Södra Savolax landskapsförbund, Norra Savolax förbund, Kymmenedalens förbund, Kymmenedalens handelskammare, Kaakkois-Suomen vihreät, Kouvolan päivystyksen hoitajat (grupp), Kouvolan Ratamokeskuksessa päivystävät ja päivystäneet erikoislääkärit (grupp), medborgarrörelsen Kouvolan asukkaita (grupp), Facebook-gruppen Savonlinna tarvitsee keskussairaalan, kirurgiaan erikoistuvia lääkäreitä Savonlinnan keskussairaala (grupp), Savonlinnan keskussairaalan kirurgian etupäivystäjät (grupp), Sametinget, Svenska Finlands folkting, det riksomfattande direktörsnätverket för folkhälsoarbetet, Akava ry, Förbundet för den offentliga sektorn och välfärdsområdena JHL rf, Kommun- och välfärdsområdesarbetsgivarna KT, STTK rf, Finlands Fackförbunds Centralorganisation SAK rf, Finlands närvårdar- och primärskötarförbund SuPer rf, Talentia rf, Tehy rf, 567 Tehyn Varkauden ammattiosasto ry, Hälsosocialarbetare rf, Yngre Läkares Förening rf, Suomen Akuuttilääketieteen yhdistys ry, Suomen Anestesiologiyhdistys ry, Finlands Specialistläkarförening rf, Finlands Gynekologförening rf, Finlands Tandläkarförbund rf, Suomen Kardiologinen Seura ry, Suomen Kätilöliitto - Finlands Barnmorskeförbund ry, Suomen Lääkäriliitto - Finlands Läkarförbund ry, Finlands Läkarförbund underavdelning för akutmedicin, Finlands Hälsovårdarförbund FHVF rf, Suomen Yleislääkärit – Allmänläkare i Finland GPF ry, Tehohoitokonsortio, Eläkeläisliittojen etujärjestö EETU ry – Pensionärsförbundens intresseorganisation PIO rf, Invalidförbundet rf, Kuluttajaliitto ry - Konsumentförbundet rf, Synskadades förbund rf, SOSTE Finlands social och hälsa rf, Suomen sosiaalioikeudellinen seura ry, Finlands Hjärtförbund rf, Handikappforum rf, Rådet för yrkeshögskolornas rektorer Arene rf, HAMK Hämeen ammattikorkeakoulu, Helsingfors universitet, Uleåborgs universitet, Kaakkois-Suomen ammattikorkeakoulu, Lab-ammattikorkeakoulu, Lapin ammattikorkeakoulu, Laurea-ammattikorkeakoulu Oy, Turun ammattikorkeakoulu, Finlands näringsliv EK, Hyvinvointiala HALI ry, Läkarföretagen rf, Mehiläinen Oy, Mehiläinen Länsi-Pohja Oy, Pihlajalinna Abp, Suomen Laatupäivystys Oy, Företagarna i Finland rf, TAYS Sydänkeskus Oy och dessutom några utlåtanden på privatpersoner.

Dessutom meddelande riksdagens biträdande justitieombudsman, undervisnings- och kulturministeriet, arbets- och näringsministeriet, Konkurrens- och konsumentverket samt Ålands landskapsregering att de inte ge utlåtande eller att de inte har något att yttra.

Förslagen som gäller jour och brådskande mottagning

I den proposition som var ute på remiss föreslogs det att jour dygnet runt inom flera specialområden och därmed operativ verksamhet som förutsätter jour dygnet runt i fortsättningen inte skulle kunna ordnas vid sjukhusen i Kemi, Nyslott, Oulainen, Salo och Valkeakoski (när propositionen sändes på remiss fanns det fortfarande jour dygnet runt i Valkeakoski). Det föreslogs att jour dygnet runt inom primärvården eller akutmedicinen skulle få fortsäta i Ivalo, Kemi, Kuusamo, Nyslott, Jakobstad och Raseborg. Enligt remissversionen skulle därmed sådan jour i fortsättningen inte kunna upprätthållas i Idensalmi, Jämsä, Kouvola, Brahestad och Varkaus, som för närvarande har ministeriets undantagstillstånd. Enligt remissversionen skulle alltså juren dygnet runt inom primärvården ha upphört i Kouvola. I den version som var ute på remiss föreslogs det att jour inom primärvården eller akutmedicinen skulle ha få upprätthållas i Kemi och Nyslott i fortsättningen, trots att juren dygnet runt inom flera specialområden upphör.

Lapplands, Södra Savolax och Egentliga Finlands välfärdsområden motsatte sig ändringsförslaget om nedläggning av juren inom flera specialområden för de egna sjukhusens

del, och de ansåg att det borde vara möjligt att fortsätta med jour som liknar den nuvarande i Kemi, Nyslott och Salo.

I utlåtandet från Lapplands välfärdsområde ansåg man att propositionen ökar ojämlikheten. Man ansåg att befolkningens tillgång till tjänster i Lapplands välfärdsområde skulle försämrats väsentligt utan att någon eftersträvd tilläggsnytta uppnås. Man hänvisade till att en betydande del av de människor för vilka avståndet till jour skulle öka bor i Lappland, där tillgängligheten till samjour dygnet runt redan från tidigare är sämre än i resten av landet. Enligt utlåtandet bor 30 procent av all den befolkning i Finland som propositionen påverkar inom Lapplands välfärdsområde. Ändringen skulle beröra cirka 52 000 invånare, vars restid i regel skulle öka från 0–20 minuter till över en timme. Man ansåg att propositionen har negativa konsekvenser för patientsäkerheten, tillgången på personal och utbildningen för hälso- och sjukvårdsstuderande. Området betonade Länsi-Pohja sjukhus betydelse med beaktande av beredskapssynpunkter och industrin i området. Man ansåg att den kalkylerade sparpotentialen enligt propositionen är mycket liten och hänvisade bl.a. till de tilläggsinvesteringar som krävs vid Rovaniemi sjukhus och kostnaderna för den prehospitalla akutsjukvården. Man ansåg det vara bra att Kemi och Ivalo nämns i lagen som orter som får upprätthålla jour, men betonade också den regionala beslutanderätten beträffande på vilka alla orter service upprätthålls.

Södra Savolax välfärdsområde ansåg att propositionen för dess område innebär en betydande risk för kostnadsstegringar t.ex. genom att kostnaderna för den prehospitalla akutsjukvården stiger och när det gäller investeringar i S:t Michels centralsjukhus. Samtidigt ansåg man att områdets behov av särskild finansiering enligt införandelagen fortfarande är uppenbart. I utlåtandet hänvisades till den omfattande fritidsbosättningen i Södra Savolax, de långa avstånden och Saimens geografiska särdrag, områdets livskraftsfrågor, samt behovet av att trygga utbildnings- och praktikmöjligheter i området. Området är nöjt med lagförslaget till den del det gäller S:t Michels centralsjukhus.

I utlåtandet från Egentliga Finlands välfärdsområde ansågs att Salo sjukhus är den del av ÅUCS och fungerar kostnadseffektivt som en del av det i enlighet med den överenskomna arbetsfördelningen. I utbildningen betonades sjukhusets betydelse för utbildningen och jourens betydelse för poliklinikverksamheten. Man framförde emellertid också att risken för allvarliga olägenheter för hälsan är liten när juren koncentreras till Åbo universitetscentralsjukhus på det sätt som avses i lagutkastet, eftersom största delen av dessa patienter transporteras redan nu direkt till Åbo av den prehospitalla akutsjukvården.

Norra Österbottens välfärdsområde ansåg att det borde finnas möjlighet till jour dygnet runt inom primärvården vid Oulaskangas, trots att juren inom flera specialområden upphör. HUS-sammanslutningen konstaterade att man anser det bra och motiverat att HUS behåller möjlighet att upprätthålla jurer dygnet runt inom flera specialområden vid flera sjukhus än ett. I utlåtandet från Birkalands välfärdsområde understöddes överlag förslagen i regeringens proposition.

Kymmenedalens och Norra Savolax välfärdsområden motsatte sig nedläggning av juren dygnet runt inom primärvården eller akutmedicinen för de egna sjukhusens del, dvs. enligt välfärdsområdet borde möjlighet att upprätthålla sådan jour finnas kvar i Kouvola, Idensalmi och Varkaus. Kymmenedalens välfärdsområde påpekade i sitt utlåtande att Kouvolas invånarantal är stort jämfört med de andra jourerna inom primärvården eller akutmedicinen som hotas av nedläggning, de fritidsboendes servicebehov, den regionala arbetsfördelningen mellan Kymmenedalens centralsjukhus och Ratamokeskus i Kouvola, patientsäkerheten samt den betydelse som juren i Kouvola har för andra aktörer inom välfärdsområdet, såsom garnisonen och utbildningsinstitutionerna i området. I utlåtandet från Kymmenedalens välfärdsområde ansåg man att nedläggning av juren i Kouvola skulle orsaka betydande kostnader i stället för

besparingar. Norra Savolax välfärdsområde ansåg att nedläggning av jour borde omfattas av självstyrelsen, och att det inte bör beslutas genom lag om enskilda jourorter. I utlåtandet från Norra Savolax bedömde man att besparingarna blir mindre än vad som framförts i propositionen.

Lapplands och Södra Savolax välfärdsområden motsatte sig att jouden vid sjukhusen i Kemi och Nyslott ändras till jour dygnet runt inom primärvården eller akutmedicinen. Norra Österbottens välfärdsområde konstaterade att i välfärdsområdets håller att fatta beslut om en plan som innebär att brådskande mottagningsverksamhet ordnas i Brahestad dag- och kvällstid till klockan 22 varje dag på året. Mellersta Finlands välfärdsområde och HUS-sammanslutningen understödde propositionen. HUS-sammanslutningen konstaterade att för de jourer som ges möjlighet att upprätthålla jour borde regleringen absolut vara tillåtande och inte tvingande. Ur Österbottens välfärdsområdes synvinkel kan ändringen understödhas med undantag av finansieringsmodellen.

Av de andra välfärdsområdena understödde Södra Karelen, Södra Österbottens, Kajanalands och Satakunta välfärdsområdena jourförslagen. Norra Karelen välfärdsområde ansåg att paragrafändringarna i huvudsak går i rätt riktning. Mellersta Österbottens välfärdsområde ansåg att jour inom primärvården eller akutmedicinen borde omfattas av välfärdsområdets självstyrelse trots att den föreslagna lösningarna i sig är motiverade. I Egentliga Tavastlands och Västra Nylands välfärdsområden och Helsingfors stads utlåtanden togs inte direkt ställning till vilka enheter med nattjour som läggs ner eller fortsätter, men man tog upp konsekvenserna av förslaget. I Birkalands välfärdsområdens utlåtande understöddes förslagen överlag förslagen i regeringens proposition.

I flera utlåtanden från sådana kommuner och städer som har en jour inom sitt område eller i närområdet föreslogs ändringar, motsatte man sig ändringarna samt hänvisades till motsvarande omständigheter som i välfärdsområdenas utlåtanden. Dessutom motsvarande sig olika regionala aktörer, medborgargrupper och företrädare för personalen vid områdets sjukhus, särskilt från Savolax och Nyslott samt Kymmenedalen och Kouvola förslagen till ändringar vid områdets sjukhus. Finlands Barnmorskeförbund konstaterade att man inte understöder att ett enda förlossningssjukhus försvinner. Även STTK och SuPer rf ställde sig kritiskt till att förlossningsverksamheten upphör i Kemi. Institutet för hälsa och välfärd understödde att jouden inom flera specialområden centraliseras. Regionförvaltningsverken ansåg att även andra än de föreslagna välfärdsområdena borde ges möjlighet att upprätthålla jour dygnet runt inom primärvården, och ansåg att sådan möjlighet borde finnas i Kouvola.

Statens revisionsverk SRV ansåg att man i utkastet fäst uppmärksamhet vid viktiga omständigheter som kan stödja resultatgivande åtgärder i syfte att centralisera den specialiserade sjukvården. Problemet är emellertid att man i utkastet försöker reglera flera saker genom att skriva in allmänna mål i lagstiftningen som man antas att kommer att uppnås i samband med det praktiska verkställandet. Man fäste uppmärksamhet vid verkställandet av propositionen och vikten av att det följs.

I många utlåtanden uppskattade man konsekvenserna av ändringsförslagen eller kommenterade detaljer i stället för att direkt ta ställning till huruvida aktören understöder förslagen som gäller jour eller inte. I utlåtandena framkom särskilt konsekvenser för jämlikheten, tillgängligheten, utbildningssystemet, personalen och regionekonomi samt att den regionala självstyrelsen borde betonas i stället för noggrann lagreglering. Det framfördes också att de återstående jourheterna kan bli överbelastade. Propositionens målsättningar understöddes emellertid också.

I utlåtandena uttrycktes oro för att de föreslagna ändringarna och längre avstånden försämrar tillgången till vård och därmed äventyrar patientsäkerheten och patienternas jämlikhet. Klient- och patientsäkerhetscentret ansåg att bestämmelserna om jourheter främjar medborgarnas jämlikhet. Centret påpekade dock att i ljuset av den bristfälliga informationen går det inte att påvisa att alla ändringar har en positiv effekt på klient- och patientsäkerheten, eller så kvarstår misstanke om att ändringen rentav har en negativ effekt. Den föreslagna ändringens negativa konsekvenser för klient- och patientsäkerheten kan vara betydande om utsatta invånares tillgång till tjänster försämras eller om de tilläggsbesparingar som riktas till verksamheten försämrar den faktiska tillgången till tjänster. I sitt utlåtande betonade centret viktiga av regional utvärdering och att ändringarna bör regleras och styras i samförstånd med de tjänsteansordnare som berörs av ändringarna. Enligt Klient- och patientsäkerhetscentrets uppföljning har välfärdsområdena en stark vilja att främja patientsäkerheten. Finlands Hjärtförbund rf och Suomen Kardiologinen Seura lyfte fram oro för att patientsäkerheten ska äventyras för hjärtpatienternas del och hänvisade till att många hjärtsjukdomar kräver omedelbar vård, och att det måste säkerställas att det finns tillräckliga möjligheter till läkar diagnos. I vissa utlåtanden påpekades också att hjärnfarktpatienter behöver brådskande vård. Suomen Yleislääkärit – Allmänläkare i Finland GPF ry var av helt samma åsikt att nattetid behövs inte allmänläkares tjänster, men det behövs inte heller nödvändigtvis dyra brådskande mottagningar kvällstid. Särskilt äldre patienter är det förnuftigt, mest effektivt och tryggast att sköta på en jour där det finns behövliga undersökningsmöjligheter samt akutläkare och andra läkare som är förtrogna med jourärenden och multiprofessionell personal. Enligt justitieministeriet förblir det oklart hur ändringarna tryggar en jämlik, faktisk tillgång till tjänster och man fäste uppmärksamhet vid den regionala jämlikheten. I patientorganisationernas utlåtanden framkom oro för propositionens konsekvenser för olika grupper av människor.

I flera utlåtanden från företrädare för utbildningssystemet och i en del utlåtanden från de områden som berörs av ändringarna framkom oro för såväl huruvida praktikplatserna för social- och hälsovårdsstuderande ska räcka till som huruvida praktiken ska behålla sin kvalitet och mångsidighet till följd av de föreslagna ändringarna. I utlåtandena framfördes att de föreslagna centraliseringarna ökar trycket på att utöka antalet praktikplatser vid universitets- och centralsjukhusen. Vid sidan av de föreslagna ändringarna gör bidrar ökningarna av antalet studieplatsen till oron för huruvida praktikplatserna ska räcka till. Även behoven av att ändra ordnandet av specialiseringsutbildningar för läkare uppmärksammades. I flera utlåtanden uttrycktes oro för att de föreslagna ändringarna inte nödvändigtvis förbättrar tillgången på social- och hälsovårdspersonal eller säkerställer tillräcklig kompetens.

Justitieministeriet ansåg att bestämmelserna om språkliga rättigheter är ändamålsenliga. Svenska Finlands Folkting ansåg att är problematiska med avseende på jouten i Raseborg och Jakobstad att beslut som påverkar tillgodoseendet av de språkliga rättigheterna på ett så här betydande sätt överläts till beslutsfattande på lägre nivå. Särskilt när det gäller Raseborgs sjukhus borde det säkerställas att jouten där fortsätter dygnet runt. Även för Lojo sjukhus borde man överväga en sär lösning. Justitieministeriet och Folktinget föreslog att bedömningen av konsekvenserna för de språkliga rättigheterna skulle preciseras. Sametinget konstaterade att det är viktigt att fortsatt jourverksamhet dygnet runt i Ivalo tryggas. Man ansåg också att det är viktigt att invånarna inom samernas hembygdsområde även i fortsättningen kan sköta ärenden och anlita de tjänster de behöver vid Lapplands centralsjukhus i Rovaniemi, som ligger närmare samernas hembygdsområde än Kemi. Redan nu orsakar det långa avståndet till hembygdsområdet ofta specialarrangemang t.ex. i fråga om resorna, och man ansåg att avstånden till social- och hälsovårdstjänster inte får förlängas ytterligare eller att t.ex. någon annan funktion till följd av ändringarna i stället flyttas längre bort till Kemi.

En del av välfärdsområdena, kommunerna och städerna, Helsingfors universitet och flera yrkesutbildade personer och medborgaråsikter påpekade att vissa sjukhus som berörs av ändringarna är viktiga för Försvarsmaktens hälso- och sjukvård, försvarsförmågan, medlemskapet i Nato och DCA-avtalet, och man ansåg att propositionen har negativa konsekvenser för beredskapen. Enligt huvudstabens utlåtande utgör ändringarna i regeringens proposition inget väsentligt hot mot Försvarsmaktens verksamhet under vare sig normala eller undantagsförhållanden. Ändringarna i sjukhusnätet påverkar Försvarsmakten i första hand så att det sjukhusnät man kan stödja sig på under undantagsförhållanden krymper. För att stödja verksamheten under undantagsförhållanden är det viktigt att dagkirurgisk verksamhet fortsätter särskilt i Kemi, Nyslott och Valkeakoski så att det finns sådan lokalberedskap som behövs för kirurgisk behandling. Att nattjouren i Kouvola upphör påverkar inte kännbart hälso- och sjukvården vid garnisonen i Kouvola i en normal sjukdomssituation, men under en epidemi kan tillgängligheten ha betydelse. I utlåtandet betonades att verkställandet av ändringarna bör beredas i samarbete mellan välfärdsområdena och Försvarsmakten. Försvarsmakten understödde propositionen.

Flera remissinstanser (åtminstone HUS-samman slutningen, Birkalands välfärdsområde, Egentliga Tavastlands välfärdsområde, Suomen akuuttilääkietieteen yhdistys ry och Underavdelningen för akutmedicin / Läkarförbundet konstaterade att det inte heller för närvarande egentligen finns någon sådan separat jour inom akutmedicinen som det föreskrivs om i lagen. Specialister inom akutmedicin har jour tillsammans med företrädare för andra specialområden vid alla jurer. I utlåtandena föreslogs det att det separata begreppet jour inom akutmedicinen som föreskrivs i lagen i anslutning till jour inom primärvården ska strykas.

De flesta som yttrade sig om saken ansåg att de föreslagna ändringarna och preciseringarna i ordnandet av brådskande mottagningsverksamhet inom primärvården kvällstid och under veckoslut kunde understödjas. I en del utlåtanden frågade man hur förpliktande bestämmelserna om brådskande mottagningar är och bad att saken skulle preciseras. Enligt regionförvaltningsverkens gemensamma utlåtande borde lagen för att underlätta tillsynen innehålla minimikrav för ordnandet av tjänster. I vissa utlåtanden förhöll man sig kritiskt till omfattande användning av distanstjänster för att bedöma vårdbehovet.

Särskilt de områden som berördes av ändringarna enligt propositionen kritiserade i sina utlåtande starkt bedömningen av konsekvenserna för verksamheten och ekonomin. De presenterade alternativa bedömningen och i en del utlåtanden ansåg man att de lagändringar som gäller jour höjer kostnaderna i stället för att åstadkomma besparingar, eller att sparpotentialen är mindre än vad som uppskattats i propositionen. Ur områdenas synvinkel förfogar de själva över noggrannare kunskapsunderlag för att bedöma konsekvenserna. Enligt utlåtandena har det inte påvisats tillräckliga ekonomiska eller verksamhetsmässiga grunder för de lagändringar som begränsar välfärdsområdenas verksamhet. I flera utlåtanden ansåg man att behoven av att utöka den prehospitla akutsjukvårdens kapacitet har underskattats. Å andra sidan ansågs det också i vissa utlåtanden att konsekvenserna har behandlats på ett mångsidigt sätt i propositionen. Finansministeriet understödde propositionen.

Operativ verksamhet

Det fanns ett brett understöd för att tungkirurgi som kräver operationssalsförhållanden ska centraliseras även i fortsättningen. Flera välfärdsområden understödde också möjligheten till bolagiserad verksamhet i offentlig ägo som finns i den omedelbara närheten av ett sjukhus och som har ett integrerat funktionellt samband med sjukhuset i fråga. Å andra sidan tog t.ex. Norra Österbottens välfärdsområde upp risken med att personal övergår till privata tjänsteproducenter.

Kravet att avtala om upphandlingsprinciperna i samarbetsrådets samarbetsavtal ansågs motiverat. Statens ekonomiska forskningsanstalt VATT och Statens revisionsverk SRV konstaterar att kravet på att tjänsteproducenten ska finnas i omedelbar närhet ställer en del av företagen som tillhandahåller privata hälso- och sjukvårdstjänsterna utanför potentiella upphandlingar. Utökad användning av köpta tjänster och servicesedlar ansågs i flera utlåtanden vara bra metoder att förbättra tillgången till vård.

I utlåtandena understödde man allmän möjligheten att fortsätta med dagkirurgi de angivna offentliga sjukhusen. Åsikterna i utlåtandena varierande beträffande hur olika åtgärder och dagkirurgiska operationer borde definieras och på vilken nivå det borde föreskrivas om dem eller de borde definieras. Flera välfärdsområden ansåg möjligheten att skaffa vissa mindre åtgärder och dagkirurgisk operativ verksamhet från privata tjänsteproducenter motiverat med vissa förbehåll. Producenterna av privata hälso- och sjukvårdstjänster och deras intresseorganisationer samt HUS-sammanslutningen ansåg att villkoren för att anskaffa operativ verksamhet från privata tjänsteproducenter skulle kunna luckas upp mera än vad som föreslagits. Särskilt önskan att möjliggöra anskaffningar av protesoperationer lyftes fram. I flera utlåtanden ansågs det viktigt att utveckla kvalitetskriterierna och att utvidga kunskapsunderlaget till stöd för beslutsfattandet. Dessutom önskades styrning på högre nivå t.ex. för att skapa incitament.

Den fortsatta beredningen av propositionen

Under den fortsatta beredningen av propositionen ändrades den proposition som varit ute på remiss så att det föreslås att den gällande lagens begrepp ”jour dygnet runt inom akutvården” slopas och i stället föreslås att det i 50 § 6 mom. i hälso- och sjukvårdslagen föreskrivs om möjlighet att upprätthålla jour dygnet runt inom primärvården. Jämfört med den version som var ute på remiss föreslås det dessutom att man i Kouvola får upprätthålla jour dygnet runt inom primärvården. I fråga om juren vid sjukhusen i Kemi och Nyslott föreslås att välfärdsområdet alternativt får upprätthålla jour dygnet runt inom primärvården eller sådan begränsad jour inom den specialiserade sjukvården som stödjer verksamheten vid sjukhuset och dessa vårdavdelningar inom den specialiserade sjukvården och vårdkedjorna i området, men som ändå inte är jour dygnet runt inom flera specialområden; i remissversionen föreslogs inte någon sådan begränsad jour inom den specialiserade sjukvården.

På grund av responsen i remissvaren ändrades propositionen så att det ska vara möjligt att skaffa primära protesoperationer i knä och höft som utförs som dagkirurgi från privata tjänsteproducenter samt att det ska vara möjligt att utföra dem temporärt under en övergångsperiod vid sjukhusen i Kemi, Oulainen, Salo, Nyslott och Valkeakoski samt även vid de av HUS-sammanslutningens sjukhus som inte har jour dygnet runt inom flera specialområden. Enligt remissversionen skulle det inte ha varit möjligt att fortsätta med någon proteskirurgi vid de nämnda sjukhusen eller skaffa sådan från privata tjänsteproducenter.

Propositionens konsekvensbedömningar, utformningen av de förslagna bestämmelserna samt motiveringen kompletterades på grund av responsen i remissvaren. När det gäller bedömningen av de ekonomiska konsekvenserna ändrades propositionen så att sparpotentialen till följd av ändringarna i verksamheten vid Länsi-Pohja sjukhus beräknades, då den inte hade beräknats i remissversionen. Utgångspunkten i propositionen var att i sparpotentialen inräknas inte sådana ändringar i verksamheten som i sig är förenliga med föreslagen i propositionen men som området själv inte har fattat beslut om. Bland annat Lapplands välfärdsområde anförde att dess beslut inte är förenliga med propositionen, utan enligt välfärdsrådets egna beslut skulle sådana funktioner bli kvar vid Länsi-Pohja sjukhus som det inte kan fortsätta med på grund av

denna proposition. I och med det beslut om Norra Österbottens välfärdsområdesfullmäktige fattade sommaren 2024 upphör jouten nattetid i Brahestad vid ingången av 2025, och enligt Mellersta Finlands kompletterade ansökan sommaren 2024 ansöker man om undantagstillstånd för jouten dygnet runt i Jämsä till utgången av augusti 2025. Därmed ströks sparpotentialen till följd av att verksamheten nattetid vid dessa joutenheter upphör i bedömningen av de ekonomiska konsekvenserna.

Även andra konsekvensbedömningar, såsom konsekvenserna för människor (bl.a. patientsäkerhet och språkliga konsekvenser) kompletterade på grund av remissvaren. De ändringar som gjorts i de föreslagna bestämmelserna och specialmotiveringen (utöver ovannämnda ändringar i innehållet) är i huvudsak sådana som förtydligar regleringen och dess syfte.

I den version som var ute på remiss föreslogs att de föreslagna lagarna i huvudsak skulle träda i kraft vid ingången av 2026, och lagförslag 2 skulle vara i kraft från den 1 mars 2025 till utgången av 2025. Under den fortsatta beredningen av propositionen beslöt man att föreslå att propositionen i huvudsak träder i kraft redan den 1 oktober 2025. Lagförslag 2 om temporär operativ verksamhet föreslås därmed vara i kraft 1 januari–30 september 2025.

Utlåtande av rådet för bedömning av lagstiftningen

Rådet för bedömning av lagstiftningen gav utlåtande om propositionen den 23 september 2024. Rådet ansåg att utkastet till regeringens proposition uppfyller kraven i anvisningarna om konsekvensbedömning vid lagberedning på ett berömvärd sätt. Rådet föreslog endast några mindre tillägg till utkastet till regeringens proposition. Rådet ansåg att utkastet till proposition ger en tydlig helhetsbild av nuläget, de viktigaste förslagen och konsekvenserna. Konsekvenserna har bedömts på ett bra sätt och ur olika synvinklar. Utvecklingsobjekt som rådet tog upp var att man i propositionen borde bedöma vilka risker en inskränkning av journätverket kan medföra för den prehospitala akutsjukvården och nödcentralsjouten samt beskriva huruvida den föreslagna ändringen inverkar på beredskapen för olika olyckor och krissituationer. I utkastet till proposition bör det preciseras hur mycket hushållens transport- och resekostnader kan öka för de hushåll som ordnar resan helt och hållet på egen bekostnad eller som är tvungna att anlita transporttjänster. Rådet rekommenderade att de osäkerheter som hänför sig till kalkylerna skulle föras fram bättre i den bedömning som berör välfärdsområdena. Rådet rekommenderade också att det skulle vara bra att presentera en sammanställning av de väsentliga konsekvenserna t.ex. i tabellform.

På grund av rådets utlåtande preciserades konsekvenserna för den prehospitala akutsjukvården, nödcentralerna, olyckssituationer samt resekostnaderna och förtydligades den osäkerhet som är förknippad med sparpotentialen.

7 Specialmotivering

7.1 Hälso- och sjukvårdslagen

45 §. Arbetsfördelning och centralisering av vissa uppgifter inom den specialiserade sjukvården. I 1 mom. föreskrivs det att en del undersökningar, åtgärder och behandlingar ska sammanslås till de större enheterna, dvs. i praktiken vissa sjukhus, och att den specialiserade sjukvård som centraliseras nationellt ska sammanslås till färre än fem universitetssjukhus. Dessutom innehåller momentet ett bemyndigande enligt vilket bestämmelser om vilka av de uppgifter i fråga om planeringen och samordningen av den nationella helheten som ska

förordnas en eller flera nationella aktörer får utfärdas genom förordning av statsrådet. Det föreslås att ordalydelsen i denna mening ändras så att det i stället för ”nationell aktör” föreskrivs att det får utfärdas bestämmelser om att vissa uppgifter ska förordnas ett välfärdsområde eller HUS-sammanslutningen eller flera välfärdsområden och HUS-sammanslutningen. Tillämpningen av hälso- och sjukvårdslagen täcker ordnandet av den specialiserade sjukvård som välfärdsområdena och HUS-sammanslutningen ansvarar för, så ändringen förtydligar bestämmelsens syfte.

I 2 mom. föreskrivs det om den regionala arbetsfördelningen. Momentet innehåller en bestämmelse enligt vilken för en ändamålsenligt arbetsfördelning mellan sjukhusen sammanslås den specialiserade sjukvården till de enheter med omfattande jour dygnet runt som avses i 50 § 3 mom. i hälso- och sjukvårdslagen. I denna proposition föreslås att begreppet ”omfattande (sam)jour dygnet runt” slopas av den orsak som förklaras i specialmotiveringen till 50 §. Därmed hänvisas det i 45 § 2 mom. i fortsättningen till ”de jourenheter som avses i 50 § 3 mom.”. I momentet föreslås inga andra ändringar än denna formulering. Utgångspunkten för regleringen är alltså att den specialiserade sjukvården sammanslås till universitetssjukhusen och de jourenheter som avses i 50 § 3 mom., varvid de kan tillhandahålla ett bredare serviceurval än i enheter enligt 50 § 4 mom. eller förslaget till 50 § 5 mom. eller i andra sjukhus. Bestämmelsen hindrar ändå inte en ändamålsenlig arbetsfördelning mellan områden och sjukhus t.ex. så att någon viss åtgärd ordnas även i något annat sjukhus men inte i eller i en enhet enligt 50 § 3 mom. Med stöd av bemyndigande i 7 mom. föreskrivs det om den nationella och regionala arbetsfördelningen i fråga om välfärdsområdena och HUS-sammanslutningen och deras sjukhus och om de undersökningar, åtgärder och behandlingar som ska centraliseras.

Enligt det gällande 3 mom. ska sådan operativ verksamhet som kräver operationssal och anestesi i sin helhet sammanslås till de sjukhus som har samjour dygnet runt för primärvården och den specialiserade sjukvården. I de nya 4 och 5 mom. föreslås en ändring i bestämmelserna om förutsättningarna för operativ verksamhet, dvs. i fortsättningen kan vissa operationer och åtgärder utföras även vid andra sjukhus och verksamhetsenheter inom hälso- och sjukvården. I 3 mom. föreslås att bestämmelserna ändras så att det inte i fortsättningen föreskrivs att sådan operativ verksamhet ska ”i sin helhet” sammanslås till vissa sjukhus. I denna proposition föreslås det att begreppet ”samjour dygnet runt” slopas av den orsak som förklaras i specialmotiveringen till 50 §. I detta moment föreskrivs i fortsättningen att sådan operativ verksamhet som kräver operationssal och anestesi ska centraliseras till de sjukhus som avses i 50 § 3–5 mom. och som har jour dygnet runt inom flera specialområden.

Med operativ verksamhet enligt momentet avses operationer och åtgärder som för att de ska kunna utföras högklassigt och patientsäkert kräver operationssal och team med kompetens inom anestesi och operativ verksamhet som är förtrogna med verksamheten. Typen av operation och anestesi och föremålet för operationen är av sådan art att patientsäkerheter förutsätter uppföljning efteråt på sjukhus, bl.a. för att anestesin och bedövningen ska upphöra, patienten återhämta sig och eftervården kunna planeras eller omedelbara komplikationer efter operationen kunna upptäckas. Åtgärden kan också vara av sådan art att det sjukhus som utför den förutsätts ha operationssalsberedskap dygnet runt för att hantera komplikationer efter operationen, t.ex. en omfattande blödning, trots att patienten skrivs ut. Åtgärden kan också förutsätta särskilda lokaler eller särskild utrustning.

I 4 mom. föreslås en ny bestämmelse om ett undantag från huvudregeln om centralisering av operationer i 3 mom. I denna proposition föreslås det att sjukhusen i Kemi, Oulainen, Salo, Nyslott och Valkeakoski inte i fortsättningen kan upprätthålla jour dygnet runt inom flera specialområden, så vid dem kan i princip inte heller den operativa verksamhet som avses i 45 § 3 mom. fortsätta på grund av bestämmelsen i det momentet. I 4 mom. föreskrivs dock att trots

bestämmelserna i 3 mom. kan en del av sådan dagkirurgi och operativ verksamhet inom olika specialområden som kräver endast kortvarig eftervård, vilka kräver operationssal och anestesi, utföras också vid välfärdsområdenas sjukhus i Kemi, Oulainen, Salo, Nyslott och Valkeakoski. I propositionen föreslås att HUS-sammanslutningen får rätt omfattande beslutanderätt i fråga om vilka tjänster och jourer den upprätthåller i sina sjukhus. Utvald dagkirurgi och operativ verksamhet inom olika specialområden som kräver endast kortvarig eftervård ska kunna utföras även vid de av HUS-sammanslutningens sjukhus där det inte upprätthålls jour dygnet runt inom flera specialområden.

Med dagkirurgi och operativ verksamhet som kräver endast kortvarig eftervård avses i momentet sådan operativ verksamhet som förutsätter särskilda förhållanden i operationssalen eller åtgärdsrummet samt team med kompetens inom anestesi och operativ verksamhet som är förtrodda med verksamheten. Typen av operation och föremålet för operationen är dock sådana att ett patientsäkert utförande av åtgärden endast förutsätter några timmars uppföljning efteråt på sjukhuset bl.a. för att anestesi och bedövningen ska försvinna samt för att upptäcka omedelbara komplikationer efter operationen. Åtgärden förutsätter alltså inte uppföljning och observation dygnet runt och återhämtning på vårdavdelning och inte heller operationssalsberedskap dygnet runt vid det sjukhus som utfört åtgärden för att hantera komplikationer efter operationen, t.ex. omfattande blödning. Åtgärderna förutsätter inte heller dyra investeringar i specialutrustning. Det ska föreskrivas om operationer och åtgärder enligt 4 mom. genom förordning, för att det ska vara klart vilka åtgärder som avses. Sådana åtgärder kan vara t.ex. vissa allmänkirurgiska volymåtgärder, vissa urologiska åtgärder, vissa frakturer, där patienten kan vänta på operation hemma, och starrkirurgi. Formen av anestesi är inte ensam avgörande och inte heller det att för en del av patienterna kan vissa operationer utföras patientsäkert som dagkirurgi. Exempelvis kirurgi inom den specialiserade sjukvården som centraliserats genom förordningen om centralisering av den specialiserade sjukvården, bl.a. ryggkirurgi och cancerkirurgi, kan inte utföras vid dessa sjukhus.

Välfärdsområdenas sjukhus i Kemi, Oulainen, Salo, Nyslott och Valkeakoski och de av HUS-yhtymän sjukhus där det inte upprätthålls jour dygnet runt inom flera specialområden ska inte heller få utföra proteskirurgi. Med avvikelse från denna huvudregel ska med stöd av lagens övergångsbestämmelser primära protesoperationer i knä och höft som utförs som dagkirurgiska åtgärder få utföras som temporär verksamhet vid dessa sjukhus, om det finns risk för att den längsta väntetid för att få vård som anges i 52 § överskrids i välfärdsområdet eller HUS-sammanslutningens område och välfärdsområdet eller HUS-sammanslutningen inte kan skaffa dessa operationer i tillräcklig utsträckning från andra välfärdsområden. Den längsta väntetid för att få vård som anges i 52 § i hälso- och sjukvårdslagen, dvs. den s.k. vårdgarantin, är sex månader inom den specialiserade sjukvården. Välfärdsområdet och HUS-sammanslutningen ska vara skyldiga att först kartlägga möjligheterna att utföra dessa operationer särskilt i andra välfärdsområden inom det egna samarbetsområde och i andra välfärdsområde i närområdet innan man inleder temporär operativ verksamhet i ett sjukhus. Sådan kartläggning ska också göras kontinuerligt när man bedömer om den operativa verksamheten ska fortsätta.

Enligt den föreslagna övergångsbestämmelsen ska operationer få utföras ”temporärt”. Härmed avses att i sjukhusen i fråga får den proteskirurgi som avses ovan inte ordnas som regelbunden och fortlöpande verksamhet, utan vid sjukhusen får operativ verksamhet upprätthållas endast temporärt för att klara av anhopade vårdköer tills vårdgarantin uppfylls igen. Övergångsregleringen föreslås gälla till den 30 juni 2028. Även till dess ska möjligheten alltså vara endast temporär, och bestämmelsens syfte är inte att göra det möjligt att utföra primära protesoperationer i knä och höft som utförs som dagkirurgiska åtgärder i form av fortlöpande och regelbunden verksamhet till den 30 juni 2028, och alltså inte heller att binda proteskirurgiska specialkompetensresurser till dessa sjukhus. På grund av THL:s statistik vet

man att det finns ett betydande antal patienter som väntat på proteskirurgi över sex månader. Med stöd av övergångsbestämmelsen skulle man kunna utnyttja den kompetens som finns särskilt vid sjukhusen i Oulainen, Nyslott och Kemi innan operationerna helt och hållet upphör vid dessa sjukhus när lagändringarna verkställs. I dessa sjukhus utförs protesoperationer för närvarande. Lagändringen gör det också möjligt för välfärdsområdet att under övergångstiden utnyttja operationssalskapaciteten vid de sjukhus som avses i momentet t.ex. så att ett operationsteam från välfärdsområdets universitetssjukhus eller centralsjukhus tillfälligt kommer till sjukhuset för att klara av vårdköerna, eller så hyr man tillfällig in personal som utför operationerna.

Om dagkirurgisk verksamhet som avser primära protesoperationer i knä och höft upprätthålls vid ett sjukhus med stöd av bestämmelsen, ska verksamhetens främsta syfte vara att klara av det egna välfärdsområdets vårdköer med hjälp av temporär operativ verksamhet. Om förutsättningarna för att temporärt upprätthålla operativ verksamhet i övrigt uppfylls, ska det dock vara möjligt att vid sjukhuset operera även patienter särskilt från andra välfärdsområden inom det egna samarbetsområdet. Enligt 47 § 3 mom. i hälso- och sjukvårdslagen får en person välja vårdgivande verksamhetsenhet inom ett välfärdsområdes specialiserade sjukvård, oavsett inom vilket välfärdsområdes område verksamhetsenheten finns. Vårdenheten ska väljas i samförstånd med den remitterande läkaren eller tandläkaren. I en enhet som upprätthåller operativ verksamhet ska det i princip vara möjligt att operera även en patient som väljer enheten med stöd av bestämmelserna om valfrihet. Patienten ska dock inte ha rätt att välja sjukhuset i fråga, om det inte just då utförs operativ verksamhet där. Det ska i vilket fall som helst strida mot lagstiftningen att planera operativ verksamhet utgående från att man inom samarbetsområdet eller välfärdsområdet kommer att hänvisa patienter till detta sjukhus för att den operativa verksamheten ska kunna fortsätta vid sjukhuset, eller t.ex. att marknadsföra sjukhuset till patienter med rätt att välja vårdgivande enhet för att operationsvolymerna ska förbli stora.

HUS-sammanslutningen har med stöd av 50 § 3 mom. skyldighet att upprätthålla ett universitetssjukhus i Helsingfors. Enligt 50 § 5 mom. kan HUS-sammanslutningen dessutom ordna jour dygnet runt inom flera specialområden vid sina sjukhus även på andra orter inom HUS-sammanslutningens område. Vid dessa sjukhus får operativ verksamhet utföras med stöd av 45 § 3 mom. Dessutom får HUS-sammanslutningen utföra operativa verksamhet enligt 4 mom. även vid sina andra sjukhus, trots att där inte upprätthålls jour dygnet runt inom flera specialområden. I momentet nämns även HUS-sammanslutningen, eftersom HUS-sammanslutningens sjukhusverksamhet är fördelad på tio olika fastigheter, som utgör en funktionell helhet. HUS-sammanslutningens befolkningsunderlag är nästan 1,7 miljoner. Med stöd av momentet ges HUS-sammanslutningen befogenhet att besluta om respektive sjukhus närmare roll och sjukhusens arbetsfördelning när verksamhetsmiljön förändras, bara de lagstadgade förutsättningarna för sjukhusets verksamhet i övrigt uppfylls.

Sådan operativ verksamhet som avses i 4 mom. får utföras endast vid välfärdsområdenas i 4 mom. angivna sjukhus, samt naturligtvis även vid de sjukhus med jour dygnet runt inom flera specialområden som avses i 50 § 3–5 mom. Sådan operativ verksamhet får alltså inte inledas i ett nytt sjukhus eller på nytt i ett annat sjukhus där den tidigare har upphört på grund av det gällande 45 § 3 mom.

I 4 mom. föreskrivs det om ytterligare förutsättningar för den operativa verksamhet som avses i momentet vid de angivna sjukhusen. En förutsättning är att välfärdsområdet och HUS-sammanslutningen säkerställer kompetensen, kvaliteten och patientsäkerheten, och att det har överenskommit om saken i det samarbetsavtal som avses i 36 § i lagen om ordnande av social- och hälsovård. Att operativ verksamhet upprätthålls vid dessa sjukhus får inte heller äventyra

personalens tillräcklighet vid universitetssjukhusen eller centralsjukhusen eller välfärdsområdets eller HUS-sammanslutningens ekonomiska bärkraft eller i övrigt hur de fullgör sitt organiseringsansvar. När välfärdsområdena, Helsingfors stad och HUS-sammanslutningen tillsammans planerar hur den operativa verksamheten ska ordnas i samband med att de ingår samarbetsavtalet, måste de alltså bedöma vilka konsekvenser det har för verksamhetens kvalitet samt personalens tillräcklighet att den operativa verksamheten upprätthålls. Personalens tillräcklighet måste bedömas i större utsträckning än endast ett välfärdsområdes verksamhetsenheter, dvs. man måste också beakta situationen vid universitetssjukhuset och centralsjukhusen i samarbetsområdet andra välfärdsområden. Bestämmelserna om vad som ska överenskommas i samarbetsavtalet kompletterar bestämmelserna i 36 § 3 mom. i lagen om ordnande av social- och hälsovård, för enligt det ska i samarbetsavtalet bestämmas arbetsfördelningen, samarbetet och samordningen mellan välfärdsområdena vid ordnande och produktion av sådana social- och hälsovårdstjänster som på grund av att de behövs sällan eller är särskilt krävande förutsätter upprepning eller specialkompetens inom flera områden för att tillräcklig kompetens och skicklighet ska kunna uppnås och upprätthållas eller betydande investeringar i anordningar, utrustning eller lokaler samt vid säkerställandet av personalen och kompetensen i den specialiserade sjukvården inom olika specialområden för att trygga en ändamålsenlig tillgång och tillgänglighet i fråga om tjänsterna.

I 5 mom. föreskrivs att sådana mindre åtgärder som kräver narkos eller lokalbedövning och som förutsätter anesthesiologisk kompetens, och som kan genomföras patientsäkert även i andra lokaler än en operationssal och kräver endast kortvarig eftervård av patienten, kan dessutom vidtas också vid en annan verksamhetsenhet inom hälso- och sjukvården. Sådana åtgärder kan vara bl.a. planerad konvertering av hjärtrytmen, psykiatrisk elbehandling och tandvård under anestesi. Förutsättningen är att välfärdsområdet, Helsingfors stad eller HUS-sammanslutningen säkerställer kompetensen, kvaliteten och patientsäkerheten. En del av dessa åtgärder kan alltså också utföras vid enheter inom primärvården. För Nylands del innebär detta att en del av dessa åtgärder kan också utföras av välfärdsområdena i Nyland och av Helsingfors stad i sina verksamhetsenheter.

De operativa åtgärder som avses i 3–5 mom. inbegriper inte åtgärder som utförs under lokal- eller ledningsbedövning, där anesthesiologi inte behövs. Även dessa åtgärder kan utföras vid andra verksamhetsenheter. Det föreskrivs inte särskilt om saken i 45 §. Bestämmelserna om organiseringsansvar, patientsäkerhet och kvalitet förutsätter att välfärdsområdena, Helsingfors stad och HUS-sammanslutningen säkerställer kvaliteten och patientsäkerheten även vid dessa åtgärder. Vid sådana åtgärder kan vid behov också användas mild sedation med avslappnande läkemedel och ges smärtlindring under uppsikt av den läkare eller tandläkare som utför åtgärden.

I 6 mom. föreskrivs det om de förutsättningar som ska vara uppfyllda för att s.k. tung operativ verksamhet ska få skaffas från privata tjänsteproducenter. Den gällande bestämmelsen i 45 § 3 mom., som förutsätter att sådan operativ verksamhet som förutsätter operationssal och anestesi ska utföras i sjukhus som har samjour dygnet runt för primärvården och den specialiserade sjukvården, har i praktiken tolkats så att den hindrar välfärdsområdena från att köpa sådana operationer av privata tjänsteproducenter eftersom de inte har samjour dygnet runt för primärvården och den specialiserade sjukvården (se avsnitt 2.2.7).

Man har också insett att det är motiverat att förtydliga ställningen för Tekonivelsairaala Coxa Oy och Tays Sydänkeskus Oy:n (Sydänsairaala), som ägs av välfärdsområden, i lagstiftningen. Vid dem utförs sådan operativ verksamhet som avses i 3 mom. I lagen om ordnande av hälso- och sjukvård behandlas dessa sjukhus som privata tjänsteproducenter (se avsnitten 2.1.2 och

2.2.7). Coxa ägs av Birkalands, Egentliga Tavastlands, Mellersta Finlands, Södra Österbottens och Österbottens välfärdsområden och Sydänsairaala av Birkalands, Egentliga Tavastlands och Mellersta Finlands välfärdsområden, dvs. sjukhusen har vad ägandeförhållanden beträffar ett fast samband med välfärdsområdena. Sydänsairaala och Coxa finns i Tammerfors, i praktiken på universitetssjukhusets campusområde. Sydänsairaala verkar dessutom vid Egentliga Tavastlands centralsjukhus i Tavastehus och Mellersta Finlands centralsjukhus Nova i Jyväskylä. Sydänsairaala har dessutom verksamhet på vissa andra orter, där man dock inte bedriver operativ verksamhet enligt 3 mom.

I momentet föreslås att välfärdsområdet och HUS-sammanslutningen ska få skaffa s.k. tung kirurgi enligt 45 § 3 mom. endast från en sådan privat tjänsteproducent vars sjukhus finns i den omedelbara närheten av ett offentligt i 50 § 3 eller 4 mom. avsett universitetssjukhus eller centralsjukhus och har ett integrerat funktionellt samband med sjukhuset i fråga. Regleringen är naturligtvis inte begränsad till att gälla endast de företag som nämns vid namn ovan, utan även andra privata tjänsteproducenter kan inleda verksamhet som uppfyller förutsättningarna enligt momentet.

Med integrerat funktionellt samband avses att ett privat sjukhus med avseende på t.ex. servicekedjorna, patienthänvisningen, de medicinska stödtjänsterna eller jourarrangemangen fungerar som en fast funktionell del av universitets- eller centralsjukhuset. Kravet på omedelbar närhet betyder i praktiken i samma byggnad som det egentliga universitetssjukhuset eller centralsjukhuset, i anslutning till eller bredvid sjukhuset eller på samma campusområdet. Eftersom det med centralsjukhus i momentet avses ett i 50 § 3 eller 4 mom. avsett centralsjukhus, avses i detta moment alltså inte Läns-Pohja sjukhus eller sjukhuset i Nyslott, som för närvarande kallas centralsjukhus, oberoende av vad de kallas.

Statsminister Sipiläs regeringen föreslog 2018 att 45 § 3 mom. skulle ändras så att det skulle ha varit möjligt att köpa sådan operativ verksamhet av en tjänsteproducent, om man hade kommit överens om möjlighet att snabbt förflytta patienten för fortsatt behandling till ett sådant sjukhus där det dygnet runt finns beredskap att utföra jouroperationer, en intensivvårdsavdelning och tillräckligt omfattande jour dygnet runt inom olika specialområden. Detta skulle ha inneburit att patienten kan förflyttas för fortsatt vård med en enhet inom den prehospitala akutsjukvården inom 30 minuter (RP 312/2018 rd, s. 10). Propositionen förföll senare i riksdagen. I denna proposition föreslås det alltså inte att en sådan 30 minuters förflyttningstid ska vara tillräcklig, utan det förutsätts alltså att verksamheten bedrivs åtminstone på samma campusområde.

Regleringen innebär också att operativ verksamhet enligt 45 § 3 mom. inte kan fortsätta som offentlig verksamhet eller som privat tjänsteproduktion som ett välfärdsområde eller HUS-sammanslutningen skaffar vid ett sjukhus på orten, där det enligt denna proposition inte längre kan ordnas jour dygnet runt inom flera specialområden, trots att sjukhuset ändras till exempelvis ett samföretag för välfärdsområdet och en privat tjänsteproducent.

I 7 mom. föreskrivs det om möjlighet för välfärdsområdet, Helsingfors stad och HUS-sammanslutningen får skaffa operationer och åtgärder enligt 4 och 5 mom. från en privat tjänsteproducent. Dessa operationer och åtgärder ska få skaffas också från en annan privat tjänsteproducent än en privat tjänsteproducent som avses i 6 mom. När tjänster anskaffas ska man iakta bestämmelserna om upphandling av tjänster i lagen om välfärdsområden och lagen om ordnande av social- och hälsovård, bestämmelserna om tjänsteproducent och egenkontroll i lagen om tillsynen över social- och hälsovården, samt andra krav som ställs på tjänsteproduktionen i dessa eller andra författningar.

I momentet föreskrivs det dessutom om möjlighet att skaffa primära protesoperationer i knä och höft som utförs som utförs som dagkirurgiska åtgärder. Med primära, dvs. första, operationer avses sådana operationer varmed avsikten är att första gången förse patienten med en ledprotes i stället för den egna leden. Möjligheten att skaffa operationer med stöd av detta moment ska inte gälla revisionsoperationer, där avsikten är att ersätta en befintlig ledprotes med en ny ledprotes eller att avsevärt korrigera ledprotesen på något annat sätt. Vårdsområdet och HUS-sammanslutningen ska få skaffa endast sådana protesoperationer i knä och höft som patientspecifikt är lämpliga att utföras och som planeras utföras som dagkirurgiska åtgärder. I praktiken betyder detta att vårdsområdet eller HUS-sammanslutningen ska bedöma om en protesoperation är lämplig att utföras som en dagkirurgisk åtgärd på en viss patient. Även en privat tjänsteproducent kan utarbeta en närmare vårdplanen och fatta de vårdbeslut som i övrigt hänför sig till operationen. Enligt 12 § 4 mom. i lagen om ordnande av social- och hälsovård ska vårdsområdet ansvara för bedömningen av servicebehovet och vårdbehovet när det skaffar tjänster från en privat tjänsteproducent. Ett vårdsområde kan efter att på det sätt som avses i 52 § 1 mom. i hälso- och sjukvårdslagen ha bedömt en kunds vårdbehov och efter att ha tagit in en kund för sjukvård på ett sjukhus eller en annan verksamhetsenhet som tillhandahåller specialiserad sjukvård samt efter att ha utarbetat en preliminär vårdplan för varje medicinskt och odontologiskt verksamhetsområde ge en privat tjänsteproducent i uppdrag att närmare bedöma kundens vårdbehov, fatta vårdbeslut och utarbeta en närmare vårdplan för ett visst verksamhetsområde.

För närvarande utförs största delen av protesoperationerna i knä och höft så att patienten stannar kvar på vårdavdelningen på fortsatt vård, och de kan således inte räknas som dagkirurgiska åtgärder. Erfarenheterna av patientsäkert utförda dagkirurgiska operationer håller på att öka liksom kunskapen om för vilka slags patienter proteskirurgi är lämplig att utföras som en dagkirurgisk åtgärd. Det är möjligt att andelen protesoperationer som utförs som dagkirurgiska åtgärder ökar i framtiden.

En förutsättning för att anskaffa primära protesoperationer i knä och höft är också att det finns risk för att vårdgarantin på sex månader för specialiserad sjukvård inte uppfylls i vårdsområdet eller HUS-sammanslutningens område. Avsikten är att dessa operationer ska kunna skaffas bara när patienter väntar på vård och vårdgarantin inte uppfylls eller hotar att inte uppfyllas, och man genom att skaffa operationer kan klara av vårdköerna och säkerställa att patienterna får tillgång till vård inom skäligen tid. Det som konstateras ovan hindrar ändå inte vårdsområdena och HUS-sammanslutningen från att ingå ramavtal om upphandling även för längre tid med en privat tjänsteproducent om att vårdsområdet eller HUS-sammanslutningen köper tjänster från den privata tjänsteproducenten vid problem med den egna kapaciteten.

Bestämmelsen avviker i någon mån från bestämmelserna om produktion i 9 § 1 mom. i lagen om vårdsområden. I den bestämmelsen sägs att om inte något annat föreskrivs genom lag, får vårdsområdet producera de tjänster som omfattas av dess organiseringsansvar självt eller i samarbete med andra vårdsområden eller enligt avtal skaffa dem av andra tjänsteproducenter. Särskilda bestämmelser gäller för användningen av servicesedlar. I den föreslagna bestämmelsen anges alltså som ytterligare villkor för anskaffning av köpta tjänster eller beviljande av servicesedel att det finns risk för att vårdgarantin inte uppfylls. Bestämmelsens målsättning går alltså i samma riktning som 54 § 1 mom. i hälso- och sjukvårdslagen, där det sägs att om ett vårdsområde inte självt kan producera undersökningar, vård eller rehabilitering inom de längsta väntetider som föreskrivs, ska vårdsområdet ordna dem på det sätt som avses i 9 § 1 mom. i lagen om vårdsområden eller genom att producera dem i samarbete med andra vårdsområden eller enligt avtal skaffa dem av andra tjänsteproducenter. Det är också möjligt att ge en servicesedel. I 54 § 2 mom. i hälso- och sjukvårdslagen föreskrivs också att i samband med en bedömning av behovet av specialiserad sjukvård ska det bedömas

huruvida välfärdsområdet klarar av att producera undersökningarna, vården och rehabiliteringen inom de längsta väntetider som anges i lagen.

I 8 mom. föreskrivs det om närmare förutsättningar för anskaffning av operationer och andra åtgärder. Välfärdsområdet och HUS-sammanslutningen ska tillsammans med tjänsteproducenten säkerställa kompetensen, kvaliteten och patientsäkerheten i verksamheten samt praxis av förflyttning av en patient till ett universitetssjukhus eller centralsjukhus, om en operation eller en annan åtgärd kräver fortsatt vård på ett sjukhus. Själva operationen är bara en del av vårdprocessen. Välfärdsområdet och HUS-sammanslutningen ska tillsammans med tjänsteproducenten planera och avtala om hur hela vårdprocessen ska genomföras, eftervård och eventuell rehabilitering av patienten liksom åtgärder om komplikationer tillstöter. Förslaget utgör kompletterande reglering i förhållande till bestämmelserna om produktion i lagen om välfärdsområden och lagen om ordnande av social- och hälsovård. Enligt 10 § i lagen om välfärdsområden ska välfärdsområdet säkerställa att andra tjänsteproducenter som producerar tjänster som omfattas av välfärdsområdets organiseringsansvar har tillräckliga professionella, verksamhetsmässiga och ekonomiska förutsättningar för att sörja för produktionen av tjänsterna. Dessutom föreskrivs det i 18 § i lagen om ordnande av social- och hälsovård t.ex. att privata tjänsteproducenter och deras underleverantörer ska när de producerar tjänster åt ett välfärdsområde iakttä de lagstadgade krav på innehåll och kvalitet som gäller för offentliga social- och hälsovårdstjänster samt beakta de av välfärdsområdet fastställda tjänstehelheterna och servicekedjorna och ingå i ett sådant samarbete med välfärdsområdet och andra tjänsteproducenter som genomförandet av integrationen kräver.

Enligt momentet ska välfärdsområdena och i samarbetsavtalet komma överens om de principer i enlighet med vilka välfärdsområdet eller HUS-sammanslutningen kan skaffa operativ verksamhet från privata tjänsteproducenter. Strävan med denna bestämmelse är att säkerställa att den offentliga och privata kapacitet som står till förfogande för samarbetsområdenas operativa verksamhet utnyttjas på ett ändamålsenligt sätt. Skyldigheten att komma överens i samarbetsavtalet gäller inte sådana mindre åtgärder enligt 5 mom. som kräver narkos eller lokalbedövning och som förutsätter anestesilogisk kompetens, och som kan genomföras patientsäkert även i andra lokaler än en operationssal och som kräver endast kortvarig eftervård av patienten. Det anses inte nödvändigt att ålägga sådan skyldighet, eftersom dessa åtgärder inte förutsätter särskilda lokaler eller särskild utrustning eller sådan personal med specialkompetens eller i beredskap att det skulle vara nödvändigt att säkerställa att kapacitetsutnyttjandet inom den offentliga hälso- och sjukvården är effektivt och att kapaciteten utnyttjas kostnadseffektivt mellan områdena.

Eftersom jour dygnet runt inom flera specialområden inte förutsätts i fråga om operationer och åtgärder enligt 4 och 5 mom. när välfärdsområdet producerar servicen själv, ska det inte heller i lag förutsättas att en privat tjänsteproducent upprätthåller sådan jour när denna producerar tjänster enligt 4 och 5 mom. för välfärdsområdet. Sådan jour förutsätts inte heller i fråga om primära protesoperationer i knä och höft som utförs som dagkirurgiska åtgärder.

Propositionens bestämmelser om möjligheten att skaffa privata tjänster gäller också möjligheten att ge servicesedel.

Den gällande paragrafens 4 mom. blir nytt 9 mom. Momentets sista mening som innehåller en informativ hänvisning till 36 § i lagen om ordnande av social- och hälsovård föreslås bli upphävt som onödigt. I momentet föreslås inga andra ändringar.

Den gällande paragrafens 5 mom. blir nytt 10 mom., där det föreskrivs om bemyndigande att utfärda förordning. I bemyndigandet föreslås vissa ändringar. Enligt den gällande bestämmelsen

föreskrivs det genom förordning av statsrådet om den nationella och regionala arbetsfördelningen i fråga om sjukhusen och om centraliseringen av undersökningar, åtgärder och vård. Det föreslås att detta bemyndigande preciseras så att det genom förordning föreskrivs om den nationella och regionala arbetsfördelningen i fråga om välfärdsområdena och HUS-sammanslutningen och deras sjukhus, och om de undersökningar, åtgärder och behandlingar som ska centraliseras". I den gällande förordningen om centralisering av den specialiserade sjukvården föreskrivs det om arbetsfördelningen dels mellan välfärdsområdena och HUS-sammanslutningen, dels med hänvisning till exempelvis universitetssjukhusen. Det föreslås att bemyndigandet preciseras även så att det genom förordning kan föreskrivas om de kvantitativa villkor och andra villkor för undersökningar, åtgärder och behandlingar som ska uppfyllas vid arbetsfördelningen och centraliseringen; i den gällande bestämmelsen nämns inte "arbetsfördelningen". Syftet med den föreslagna ändringen är att förtydliga att det genom förordning kan föreskrivas om välfärdsområdenas och sjukhusens arbetsfördelning även i vidare bemärkelse än enbart genom centralisering.

Det föreslås att momentets bemyndigande att utfärda förordning utökas med ett bemyndigande enligt vilket det genom förordning av statsrådet föreskrivs om de operationer och åtgärder som avses i 4, 5 och 7 mom. Eftersom det i fråga om en enskild operation eller åtgärd kan vara oklart huruvida det är fråga om en åtgärd eller operation enligt dessa moment, ska det föreskrivas om dem genom förordning. Bestämmelser om operationerna och åtgärderna i en förordning innebär också att den operativa verksamheten inte börjar utvidgas i strid med lagens syfte till sådana operationer och åtgärder eller sjukhus som inte avsetts i lagen. Det ska dessutom kunna föreskrivas om operationer enligt 3 och 6 mom. genom förordning av statsrådet. Detta kan vara nödvändigt åtminstone när man ska skilja mellan operationer och åtgärder enligt 3 (och 6) mom. och 4 (och 7) mom. Genom förordning av statsrådet ska det föreskrivas en förteckning över operationer och åtgärder enligt 4 och 5 (och 7) mom. Däremot är det svårt att föreskriva uttömmande om operationer enligt 3 (och 6) mom., eftersom denna kategori omfattar en antalsmässigt mycket omfattande operativ verksamhet, och medicinen utvecklas också hela tiden. Bemyndigandet att utfärda förordning gör det dock möjligt att vid behov föreskriva även om operationer enligt 3 (och 6) mom.

50 §. Brådskande vård. I 1 mom. föreskrivs det att brådskande sjukvård ska ges till den patient som behöver det oberoende av var patienten är bosatt. I paragrafen föreskrivs det också om vad som avses med brådskande vård. Till denna del föreslås inga ändringar i bestämmelserna med undantag för en teknisk ordalydelsprecision. I momentet föreslås det dock att de gällande bestämmelserna om välfärdsområdenas, Helsingfors stads och HUS-sammanslutningens skyldighet att ordna brådskande bedömning av vårdbehovet och brådskande vård, som nu ingår i 2 mom., ska förtydligas.

Enligt den första meningen i det gällande 2 mom. ska för brådskande vård ett välfärdsområde ordna mottagningsverksamheten nära patientens boningsort så att patienten vid brådskande fall på vardagar under den tid som uppgetts kan få bedömning och vård omedelbart av en yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården, utom då det för att säkerställa patientsäkerheten och kvaliteten på tjänsterna krävs att bedömningen och vården centraliseras till jourenheten. I 2 mom. föreskrivs det dessutom om skyldighet att inom hälso- och sjukvården ordna brådskande mottagningsverksamhet för primärvården under kvällstid samt på veckoslut under dagtid när tillgängligheten till tjänsterna förutsätter detta. I 3–5 mom. föreskrivs det om ordnande av jour dygnet runt inom flera specialområden.

Den första meningen i det gällande 2 mom. kan ge bilden av att välfärdsområdet är skyldigt att ordna särskilt brådskande vårdbedömning endast på vardagar under den uppgivna tiden. Avsikten med regleringshelheten i 50 § är att dock att föreskriva att välfärdsområdet ska ordna

verksamheten så att patienten kan få brådskande vårdbedömning och brådskande vård dygnet runt. Den första meningen i 2 mom. är från den tid då det föreskrevs att en del av den brådskande vården var kommunernas och en del sjukvårdsdistriktens uppgift. I samband med social- och hälsovårdsreformen gjordes endast nödvändiga ändringar i hälso- och sjukvårdslagen, och i bestämmelsen gjordes inga större ändringar än att termerna ändrades (kommun och samkommun ändrades till välfärdsområde; lag om ändring av hälso- och sjukvårdslagen 581/2022, RP 56/2021 rd). Eftersom välfärdsområdena numera ordnar både primärvård och specialiserad sjukvård samt som en del av den brådskande vård och eftersom organiseringsansvaret i Nyland är fördelat mellan välfärdsområdena, Helsingfors stad och HUS-sammanslutningen, är det motiverat att förtydliga bestämmelserna. I 1 mom. föreslås en bestämmelse enligt vilken välfärdsområdet samt i Nyland välfärdsområdena, Helsingfors stad och HUS-sammanslutningen ska ordna verksamheten så att en patient i brådskande fall omedelbart får bedömning och vård av en yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården under alla tider på dygnet. Sådan bedömning kan ordnas på olika sätt, dvs. det kan beroende på välfärdsområde och tid på dygnet vara fråga om välfärdsområdets servicenummer, det riksomfattande servicenumret (116 117) eller möjlighet att söka sig till vård för att få bedömning av vårdbehovet och vård vid en jourenhet eller en brådskande mottagning, någon annan tjänst, eller en kombination av dessa. Det föreslås att den första meningen i 2 mom. upphävs.

I 1 mom. preciseras anordnarnas ansvar i Nyland. I hälso- och sjukvårdslagen har man i och med reformen av ordnandet av social- och hälsovården omfattat en lösning där det i bestämmelserna i huvudsak hänvisas endast till välfärdsområdena, och på grund av bestämmelserna i lagen om ordnande av social- och hälsovård och Nylandslagen gäller bestämmelserna om välfärdsområden också Helsingfors stad och HUS-sammanslutningen, om inte något annat följer särskilt av Nylandslagens bestämmelser. I vissa bestämmelser i hälso- och sjukvårdslagen hänvisas det dock särskilt till Helsingfors stad och HUS-sammanslutningen, när man har velat förtydliga på vilken anordnare i Nyland bestämmelserna ska tillämpas. Eftersom välfärdsområdena i Nyland och Helsingfors stad svarar för den brådskande mottagningsverksamheten inom primärvården, gäller skyldigheten att ge brådskande vårdbedömning och brådskande vård inom primärvården annat än nattetid även dem. I bestämmelsen nämns alltså utöver välfärdsområdena även Helsingfors stad samt HUS-sammanslutningen, som i Nyland svarar för brådskande vård inom den specialiserade sjukvården samt för brådskande vård inom primärvården nattetid.

I 2 mom. föreskrivs det om skyldighet för välfärdsområdet att inom hälso- och sjukvården ordna brådskande mottagningsverksamhet inom primärvården under kvällstid samt på veckoslut under dagtid när tjänsternas tillgänglighet förutsätter detta.

I momentet preciseras de gällande bestämmelserna så att i momentet avsedd brådskande mottagningsverksamhet ska ordnas vid en verksamhetsenhet inom hälso- och sjukvården inte bara när tjänsternas tillgänglighet förutsätter detta, utan också när befolkningens servicebehov förutsätter detta. Härmed avses ordnande av brådskande mottagning klockan 07–22. Regleringen förutsätter inte att mottagningsverksamhet ordnas under hela denna tid, utan utgående från tillgängligheten och servicebehovet kan tiderna också vara kortare.

Klockan 22–07 är ordnandet av mottagningsverksamhet och jour en del av den jour dygnet runt som det föreskrivs om i 3–6 mom.

Vid sjukhusens jour dygnet runt inom flera specialområden och jour nattetid inom primärvården bör vårdas endast patienter som kräver jourvård. Det är dock känt att till dessa jourer kommer patienter som inte får eller som upplever att de inte får tillräcklig icke-brådskande eller icke-brådskande service under tjänstetid eller för att det i området inte har ordnats tillräcklig

brådskande mottagningsverksamhet inom primärvården under kvällstid eller på veckoslut under dagtid eller andra social- och hälsovårdstjänster i förhållande till befolkningens behov. En del patienter kan också komma till jourenheten eftersom vård under kvällstid passar deras tidtabell bättre, eller så upplever de att sjukhusjour erbjuder mer heltäckande service. Genom den ändring som föreslås i 2 mom. vill man framhäva att eventuella problem med tillgången till service under tjänstetid och bristen på andra tillgängliga tjänster måste beaktas när man bedömer behovet av att ordna brådskande mottagningsverksamhet. Genom tillräcklig service under kvällstid och på veckoslut under dagtid kan man minska anhopningen vid de egentliga jourenheterna.

För att patienterna ska hänvisas till rätt enhet och inom medicinskt sett nödvändig tid är det av central betydelse att i verksamheten iaktas social- och hälsovårdsministeriets grunder för brådskande vård för vuxna och för barn från 2020. Man borde svara på merparten av servicebehovet inom t.ex. allmänmedicin, geriatrik och beroendemedicin på andra tider än vid nattjourer och det vore ändamålsenligt att utnyttja de tillgängliga expertresurserna för dessa ersättande tjänster.

I 2 mom. föreslås dessutom en bestämmelse enligt vilken brådskande mottagningsverksamhet ska ordnas så att den tillsammans med de andra tjänsterna bildar en funktionell helhet. Detta betyder skyldighet att samordna den brådskande mottagningsverksamheten med områdets jourer dygnet runt, socialservice, inklusive socialjourer, tjänster som tillhandahålls i hemmet och mobila tjänster, digitala tjänster och distanstjänster, prehospitala akutsjukvård samt vid behov andra tjänster. En funktionell helhet förutsätter t.ex. handledning och rådgivning för människor så att de kan söka sig till så rätt tjänst som möjligt i rätt tid och på rätt servicenivå, samt att man i olika tjänster kan beakta också andra tjänster t.ex. för att planera patienternas tjänstehelhet.

I 2 mom. preciseras också hur bestämmelserna ska inriktas i Nyland. Skyldigheten enligt momentet att inom hälso- och sjukvården under kvällstid samt på veckoslut under dagtid ordna brådskande mottagningsverksamhet inom primärvården, när befolkningens servicebehov och tjänsternas tillgänglighet förutsätter detta, tillkommer välfärdsområdena i Nyland och Helsingfors stad, för enligt 5 § i Nylandslagen ansvarar HUS-sammanslutningen för brådskande vård enligt 50 § i hälso- och sjukvårdslagen, med undantag av brådskande mottagningsverksamhet inom primärvården. Helheten ska ordnas så att den samordnas med HUS-sammanslutningen. I 9 § i Nylandslagen föreskrivs det om avtalet mellan välfärdsområdena i Nyland, Helsingfors stad samt HUS-sammanslutningen, dvs. organiseringsavtalet för HUS, där man avtalar om den inbördes arbetsfördelningen, samarbete och samordning av verksamheten när det gäller ordnandet av hälso- och sjukvårdstjänster. I avtalet ska man bl.a. avtala om gemensamma åtgärder för att samordna parternas tjänster till helheter samt gemensamt definiera servicekedjor och tjänstehelheter inom social- och hälsovården.

I 3 mom. föreskrivs det om skyldighet för HUS-sammanslutningen och tolv välfärdsområden att vid sitt centralsjukhus ordna omfattande samjour inom primärvården och den specialiserade sjukvården, där man kan tillhandahålla omfattande tjänster inom flera medicinska specialområden dygnet runt och omedelbart och som har resurser för att upprätthålla den beredskap som behövs inom hälso- och sjukvården och för att sköta exceptionella situationer. I 4 mom. föreskrivs om skyldighet för de fem andra välfärdsområdena att vid sitt centralsjukhus ordna samjour dygnet runt inom primärvården och den specialiserade sjukvården, där man har beredskap att sköta sedvanliga brådskande hälsoproblem hos befolkningen.

Det föreslås inga ändringar i grunderna för bestämmelserna i 3 och 4 till den del det är fråga om HUS-sammanslutningens och välfärdsområdenas skyldighet att ordna jour enligt 3 eller 4 mom. Inget välfärdsområde överförs alltså från att omfattas av bestämmelserna om jour i 3 mom. till att omfattas av 4 mom. eller tvärtom. I den regeringsproposition där den nuvarande indelningen i jurer enligt 3 och 4 mom. skapades behandlades grunderna för bestämmelserna ingående (RP 224/2016 rd). Syftet med denna proposition är inte att ändra de nuvarande grunderna för välfärdsområdenas och HUS-sammanslutningens skyldigheter att ordna jour dygnet runt. I jourförordningen kan det även i fortsättningen föreskrivas närmare om jourheternas uppgifter och kvalitetskrav med stöd av bemyndigandet att utfärda förordning i 9 mom.

I 3 och 4 mom. föreslås emellertid också ändringar. För det första föreslås att begreppet ”samjour för primärvården och den specialiserade sjukvården” slopas. Det föreslås att i 3 och 4 mom. används i fortsättningen termen jour dygnet runt inom flera specialområden. Termen samjour härstammar från den tid då kommunerna svarade för primärvården och socialservicen och sjukvårdsdistrikten för den specialiserade sjukvården. Med samjour har avsetts en jourmottagning där man sköter jourpatienter inom både primärvården och olika områden inom den specialiserade sjukvården. Genom att föreskriva om samjour har man velat säkerställa att det vid sjukhusen dygnet runt finns att tillgå inte bara specialiserad sjukvård utan också kompetens i fråga om primärvården, andra tjänster och helheterna av servicekedjor i området, bl.a. för äldres samt missbrukar- och mentalpatienters behov. De senaste åren har samjourerna blivit överbelastade, när de har använts för att kompensera problem med tillgången till primärvård under tjänstetid. Dessa problem och lösningsmodeller för problemen beskrivs mer ingående i avsnitt 2.2.5. I 2 mom. föreslås också att välfärdsområdenas och Helsingfors stads skyldighet att ordna brådskande mottagning under kvällstid och på veckoslut under dagtid preciseras.

Momentets bestämmer om vilken jour som bör ordnas vid HUS-sammanslutningens och de tolv välfärdsområdenas centralsjukhus som anges i 3 mom. ändras dock inte. Sådan jour ska fortfarande finns i HUS-sammanslutningen och de fyra välfärdsområden där det finns ett universitetssjukhus. Sådan jour som avses i 3 mom. ska dessutom fortfarande finns vid centralsjukhusen i åtta andra angivna välfärdsområden. I fortsättningen indelas välfärdsområdena i momentet för tydlighetens skull i sådana som har ett universitetssjukhus och sådana där juren finns i anslutning till centralsjukhuset. I 50 § 3 mom. i hälso- och sjukvårdslagen har denna indelning ingen direkt inverkan på bestämmelserna om jourens omfattning, men sjukhusens profiler skiljer sig åt genom bestämmelserna om universitetssjukhus i lagen om ordnande av social- och hälsovård (34 a §), 45 § i hälso- och sjukvårdslagen, förordningen om centralisering av den specialiserade sjukvården och jourförordningen samt den arbetsfördelning som avtalats i samarbetsavtalet.

I momentet föreskrivs det att skyldighet att ordna jour dygnet runt som kan tillhandahålla omfattande tjänster inom flera medicinska specialområden dygnet runt och omedelbart och som har resurser för att upprätthålla den beredskap som behövs inom hälso- och sjukvården och för att sköta exceptionella situationer vid sitt universitetssjukhus har HUS-sammanslutningen i Helsingfors, Birkalands välfärdsområde i Tammerfors, Norra Österbottens välfärdsområde i Uleåborg, Norra Savolax välfärdsområde i Kuopio och Egentliga Finlands välfärdsområde i Åbo samt vid sitt centralsjukhus Södra Karelen välfärdsområde i Villmanstrand, Södra Österbottens välfärdsområde i Seinäjoki, Mellersta Finlands välfärdsområde i Jyväskylä, Lapplands välfärdsområde i Rovaniemi, Norra Karelen välfärdsområde i Joensuu, Österbottens välfärdsområde i Vasa, Päijänne-Tavastlands välfärdsområde i Lahtis och Satakunta välfärdsområde i Björneborg.

I 4 mom. nämns inte för närvarande de välfärdsområden som ska ordna jour dygnet runt och där jousen ska ha tillräcklig kompetens inom de specialområden som behövs och beredskap att sköta sedvanliga brådskande hälsoproblem hos befolkningen, utan det föreskrivs om ”andra välfärdsområden än de som avses i 3 mom.”. I fortsättningen ska det föreskrivas med namn om välfärdsområdena och orterna i momentet, så att sådan jour ska ordnas av Södra Savolax välfärdsområde i S:t Michel, av Kajanalands välfärdsområde i Kajana, av Egentliga Tavastlands välfärdsområde i Tavastehus, av Mellersta Österbottens välfärdsområde i Karleby och av Kymmenedalens välfärdsområde i Kotka. I momentet ska dessutom ingå en bestämmelse som i sak motsvarar den gällande regleringen, enligt vilken det i samarbetsavtalet kan komma överens också om jour vid dessa sjukhus inom andra specialområden som är behövliga med tanke på befolkningens servicebehov, tjänsternas tillgänglighet och tillgodoseendet av befolkningens språkliga rättigheter. Det föreslås att bestämmelsens ordalydelse förtydligas.

I 3 mom. föreslås att begreppet ”omfattande” (sam)jour dygnet runt slopas. I de gällande bestämmelserna grundar sig termen på en helhet där man eftersträvande en national optimal helhet av jourhavande sjukhus med avseende på patientsäkerhet, tillgänglighet och kostnadseffektivitet (RP 224/2016 rd). Termen ”sjukhus med omfattande tjänster” har också kritiserats, eftersom den kan i onödan framhäva skillnaderna mellan olika centralsjukhus och medföra onödigt stelhet för ändamålsenliga överenskommelser mellan sjukhusen. Även vid sjukhus som avses i 4 mom. kan på det sätt som överenskommit i samarbetsavtalet finnas mer omfattande jour inom olika specialområden än den föreskrivna nivån. I propositionen föreslås ändå inte att indelningen av de jourhavande sjukhusen enligt 3 och 4 mom. ska slopas. Vid sjukhusen enligt 3 mom. tryggas genom lag att den mest krävande jousen dygnet runt ordnas i hela landet.

I 3 och 4 mom. nämns förutom HUS-sammanslutningen och välfärdsområdena i fortsättningen även de orter vid namn där HUS-sammanslutningen och välfärdsområdena ska ordna sådan jour dygnet runt som avses i momentet. För närvarande har Lapplands välfärdsområde och Södra Savolax välfärdsområde vardera två sjukhus där det är möjligt att ordna samjour dygnet runt med stöd av 59 § i införandelagen (se avsnitten 2.1.2 och 2.3.2.3), i Lappland i praktiken i Rovaniemi och Kemi samt i Södra Savolax i praktiken i S:t Michel och Nyslott. Syftet med lagstiftningen är att i fortsättningen ska även dessa välfärdsområden kunna ha bara ett sjukhus, Lapplands välfärdsområde i Rovaniemi och Södra Savolax i S:t Michel, där det ordnas jour dygnet runt inom flera specialområden. I denna proposition föreslås också att 59 § i införandelagen upphävs. Orsakerna till varför jousen kan fortsätta i Rovaniemi och S:t Michel behandlas i avsnitt 2.3.2.3. I Kemi och Nyslott ska det emellertid vara möjligt att i fortsättningen ordna jour dygnet runt inom primärvården eller begränsad jour dygnet runt inom den specialiserade sjukvården med stöd av 6 mom.

Eftersom det i bestämmelsen föreskrivs om de orter där det föreligger skyldighet att ordna jour, och eftersom det i 7 mom. föreskrivs att sådan jour dygnet runt inom hälso- och sjukvården som är tillgänglig för befolkningen får ordnas endast vid verksamhetsenheter som finns på de orter som nämns särskilt i paragrafen, kan bestämmelserna om att jousen dygnet runt inom flera specialområden ska centraliseras till vissa sjukhus inte kringgåås t.ex. så att något välfärdsområdet administrativt tolkar eller benämner något av sina sjukhus som en del av sitt universitetssjukhus eller centralsjukhus, som delvis verkar även på en annan ort och där ordnar jour dygnet runt inom flera specialområden.

I det gällande 3 mom. ingår en bestämmelse enligt vilken de välfärdsområden i vilka det finns ett universitetssjukhus samt HUS-sammanslutningen kan i anslutning till sina sjukhus bilda flera än en enhet med samjour dygnet runt, om befolkningens servicebehov förutsätter det. Det föreslås att bestämmelsen upphävs, och i stället föreskrivs det i 5 mom. om möjlighet för endast

HUS-sammanslutningen att ordna jour dygnet runt inom flera specialområden även på andra orter än Helsingfors. När bestämmelsen upphävs får Birkalands, Norra Österbottens, Norra Savolax och Egentliga Finlands välfärdsområden inte längre upprätthålla jour dygnet runt inom flera specialområden på andra orter än vid sina universitetssjukhus i Tammerfors, Uleåborg, Kuopio och Åbo. Den praktiska konsekvensen är att i fortsättningen får sådan jour inte upprätthållas i Oulainen eller Salo. Inte heller Birkalands välfärdsområde får på nytt inleda den jour dygnet runt i Valkeakoski som lades ner den 1 juni 2024. Motiveringen till förslaget behandlas i avsnitten 2.2.5, 2.3.2.3 och 2.3.3.

Enligt 5 mom. kan alltså HUS-sammanslutningen på basis av sitt beslut ordna jour dygnet runt inom flera specialområden vid sina sjukhus även på andra orter inom HUS-sammanslutningens område än Helsingfors, där den är skyldig att ordna jour med stöd av 3 mom. HUS-sammanslutningens befolkningsunderlag är nästan 1,7 miljoner. Det är inte funktionellt förnuftigt att centralisera jouren dygnet runt för ett såhär stor befolkningsunderlag enbart till Helsingfors. Ur beredskapssynvinkel är det dessutom motiverat att den kompetens och utrustning samt de lokaler som behövs för att genomföra jour dygnet runt är decentraliserade i Nyland på ett kontrollerat sätt. Med stöd av momentet kvarstår möjlighet för HUS-sammanslutningen att besluta om den närmare rollen för respektive sjukhus och om sjukhusens arbetsfördelning när verksamhetsmiljön förändras, bara de lagstadgade förutsättningarna för sjukhusets verksamhet i övrigt uppfylls.

I 6 mom. föreskrivs det om ordnande av jour dygnet runt inom primärvården eller begränsad jour dygnet runt inom den specialiserade sjukvården. Upprätthållande av jour dygnet runt inom primärvården eller akutmedicinen förutsätter enligt det gällande 50 § 5 mom. undantagstillstånd av social- och hälsovårdsministeriet. Ministeriet kan bevilja tillstånd, om tillgängligheten till tjänsterna och avstånden mellan jourmottagningarna förutsätter detta och de tjänster som befolkningen behöver inte kan säkerställas tillräckligt väl genom den prehospitala akutsjukvården. Det föreslås att i hälso- och sjukvårdslagen slopas möjligheten för social- och hälsovårdsministeriet att bevilja tillstånd att upprätthålla sådan jour, och i stället föreskrivs här i 6 mom. om de välfärdsområden och orter där det ska vara möjligt att upprätthålla jour dygnet runt inom primärvården akutmedicinen, om välfärdsområdet beslutar det och man kommer överens om det i samarbetsavtalet. Bestämmelsen i momentet om möjlighet att upprätthålla jour dygnet runt inom akutmedicinen upphävs av de orsaker som förklaras i avsnitt 2.2.5.

Sådan jour som avses i momentet får upprätthållas av Lapplands välfärdsområde i Ivalo och Kemi, av Norra Österbottens välfärdsområde i Kuusamo, av Kymmenedalens välfärdsområde i Kouvola och av Södra Savolax välfärdsområde i Nyslott, om tjänsternas tillgänglighet förutsätter det och de tjänster inom brådskande vård som befolkningen behöver inte kan säkerställas tillräckligt väl genom den prehospitala akutsjukvården och andra jourenheter.

I Kemi och Nyslott ska man få upprätthålla jour dygnet runt inom primärvården eller alternativt sådan begränsad jour dygnet runt inom den specialiserade sjukvården som stödjer verksamheten vid sjukhuset och dess vårdavdelningar inom den specialiserade sjukvården och vårdkedjorna i området, men dock inte är jour dygnet runt inom flera specialområden. Bakgrunden beskrivs mer ingående i avsnitt 2.3.3. Vid dessa två sjukhus kan man med stöd av välfärdsområdets beslut upprätthålla antingen läkarjour dygnet runt inom primärvården, som därmed är på allmänläkarnivå, som är tillgänglig för befolkningen eller alternativt läkarjour inom ett lämpligt, i praktiken mer konservativt betonat, specialområde (t.ex. akutmedicin, inremedicin) som är utrustad med kompetens på specialiserad sjukvårdsnivå och kännedom om jourssystemet. Det väsentliga är att den jourhavande läkare kan bedöma servicebehovet hos den befolkning som söker sig till och hänvisas till jouren, när patienten ska hänvisas till undersökningar och vård vid ett sjukhus med jour dygnet runt inom flera specialområden och utarbeta en undersöknings-

och vårdplan för vård av patienten hemma eller på vårdavdelningen i det aktuella sjukhuset. Bestämmelsen ska inte göra det möjligt att vid dessa sjukhus ordna och tilldela resurser till jour dygnet runt om inom både primärvården och den specialiserade sjukvården som är tillgänglig för befolkningen, utan välfärdsområdet ska välja mellan dessa i enlighet med befolkningens servicebehov. Vid sjukhuset får inte heller upprätthållas operationssalsberedskap dygnet runt. Tidigare har man vid vissa jounheter gått till väga t.ex. så att den som har framjour vid sjukhusets jour inom den specialiserade sjukvården nattetid tar emot även patienter inom primärvården. I praktiken är avsikten alltså att i Kemi och Nyslott ska det i princip finnas en läkare och behövliga vårdpersonal och stödtjänster vid den jour som är tillgänglig för befolkningen nattetid.

I momentet föreskrivs det dessutom att jour dygnet runt inom primärvården får upprätthållas av Österbottens välfärdsområde i Jakobstad och av HUS-sammanslutningen i Raseborg, om upprätthållandet stödjer tillgodoseendet av de språkliga rättigheterna. Motiveringen till förslaget behandlas i avsnitt 2.3.3.

Sjukhuset i Raseborg är HUS-sammanslutningens sjukhus, som geografiskt ligger i Västra Nylands välfärdsområde. HUS-sammanslutningens avsikt är att huvudansvaret för verksamheten på Raseborgs sjukhus campusområde under 2024 gradvis och för varje enskild funktion från HUS-sammanslutningen till Västra Nylands välfärdsområde. Med stöd av områdenas beslut har juren dygnet runt vid Raseborg upphört den 2 september 2024 och vid sjukhuset ordnas i stället brådskande mottagning kvällstid. Med stöd av 5 § i Nylandslagen ansvarar HUS-sammanslutningen för ordnandet av brådskande vård enligt 50 § i hälso- och sjukvårdslagen, med undantag av brådskande mottagningsverksamhet inom primärvården. Därmed är det HUS-sammanslutningen som beslutar om det ska upprätthållas jour under nattetid vid sjukhuset i Raseborg och Västra Nylands välfärdsområde beslutar om ordnande av brådskande mottagningsverksamhet kvällstid och under veckoslut. HUS-sammanslutningen kan med stöd av de föreslagna bestämmelserna och sina beslut även i fortsättningen ordna jour dygnet runt vid sjukhuset i Raseborg, om det stödjer tillgodoseendet av de språkliga rättigheterna.

I 6 mom. föreskrivs det enligt ort om de enheter där jour dygnet runt inom primärvården eller begränsad jour dygnet runt inom den specialiserade sjukvården får ordnas. Den praktiska konsekvensen av bestämmelserna är att jour under nattetid inom primärvården inte får fortsätta i Brahestad, Idensalmi, Varkaus eller Jämsä, där sådan jour för närvarande upprätthålls med stöd av social- och hälsovårdsministeriets undantagstillstånd.

Enligt 7 mom. får sådan jour dygnet runt inom hälso- och sjukvården som är tillgänglig för befolkningen ordnas endast vid de sjukhus eller verksamhetsenheter inom hälso- och sjukvården som finns på de orter som avses i 3–6 mom. Med jour dygnet runt som är tillgänglig för befolkningen avses en jounhet dit befolkningen kan söka sig dygnet runt på eget initiativ eller dit personer hänvisas för bedömning av vårdbehovet och vård vid olika hälsoproblem. Vid en sådan jour har man reserverat tillräckligt med personal samt behövliga diagnostiska tjänster, lokaler och utrustning dygnet runt för bedömning av vårdbehovet hos och utarbetande av en vårdplan för den befolkning som söker sig till enheten. Syftet med bestämmelsen är att förtydliga den gällande lagstiftningens syfte att det ska föreskrivas uteslutande om ordnandet av jour dygnet runt i 50 §, och välfärdsområdena ska inte genom egna beslut kunna upprätthålla jour dygnet runt på andra orter eller vid andra sjukhus eller utvidga den form av jour dygnet runt som ordnas jämfört den lagstadgade.

Strävan med bestämmelserna i 3–6 mom. är att trygga ett nationella servicenätverk av jurer, som är kapabelt att svara på befolkningens behov av brådskande vård. Genom att andra inte ges

möjlighet att upprätthålla jour dygnet runt säkerställs särskilt att personalen räcker till i hela landet. Bestämmelserna hindrar inte att ett välfärdsområde, Helsingfors stad eller HUS-sammanslutningen fortfarande kan ordna sådana tjänster för brådskande vård inom primärvården eller specialområden som är tillgängliga för befolkningen enligt befolkningens behov även vid andra enheter och på andra orter klockan 07–22.

I 7 mom. föreskrivs det också att förlossningsverksamhet får ordnas endast vid de sjukhus som avses i 3–5 mom. Den praktiska konsekvensen av dessa bestämmelser är att förlossningar inte får skötas planmässigt vid Länsi-Pohja sjukhus i Kemi, där det i fortsättningen inte får finnas jour dygnet runt inom flera specialområden enligt 3–5 mom., vilket är en förutsättning för att få sköta förlossningar. En förutsättning för att fortfarande få sköta förlossningar vid de sjukhus som avses i 3–5 mom. ska vara att de övriga föreskrivna förutsättningarna för att sköta förlossningar uppfylls. Härmed hänvisas särskilt till 18 § i jourförordningen. Enligt den paragrafen ska ett sjukhus som sköter förlossningar sköta åtminstone cirka 1 000 förlossningar per år, om inte social- och hälsovårdsministeriet beviljar undantagstillstånd för ordnandet av förlossningar. I förordningens 18 § föreskrivs det dessutom om förutsättningar i anslutning till verksamheten och personalen vid sjukhus som sköter förlossningar. Trots att planmässig skötsel av förlossningar ska vara tillåten endast vid vissa sjukhus, gäller förbudet naturligtvis inte skötseln av förlossningar som inträffar överraskande t.ex. inom den prehospitla akutsjukvården eller vid verksamhetsenheter inom hälso- och sjukvården.

I 7 mom. klarläggs för tydlighetens skull skillnaden mellan jour som är tillgänglig för befolkningen och å andra sidan sådan jour dygnet runt som behövs med tanke på patientsäkerheten för patienter som redan är intagna på vårdavdelningarna vid vissa sjukhus och verksamhetsenheter inom hälso- och sjukvården.

I 3–6 mom. avses med jour både jour som är tillgänglig för befolkningen och jour inom dessa sjukhus, som tillsammans gör det möjligt att ordna tjänstehelheten för patienter som behöver jourvård. I 7 mom. förtydligas att även vid andra dvs. alla sjukhus och verksamhetsenheter inom hälso- och sjukvården får det upprätthållas sådan jour dygnet runt som behövs med tanke på patientsäkerheten för patienter som redan är intagna på vårdavdelningarna vid sjukhuset eller verksamhetsenheten i fråga. Välfärdsområdena, Helsingfors stad och HUS-sammanslutningen har också andra sjukhus och verksamhetsenheter inom hälso- och sjukvården än de som det föreskrivs om i 3–6 mom. Det är fråga om bl.a. allmänmedicinska och geriatriska sjukhus och vårdavdelningar samt en del av de psykiatriska sjukhusen och rehabiliteringssjukhusen. För patienter som redan är intagna på en vårdavdelning har vårdbehovet bedömts och en vårdplan utarbetats och patienten är på sjukhuset för att vården ska kunna genomföras. De patienter som vårdas på dessa sjukhus och behovet av diagnostik- och läkarjourberedskap dygnet runt med tanke på patientsäkerheten varierar mycket. Välfärdsområdet, Helsingfors stad och HUS-sammanslutningen svarar för kvaliteten och patientsäkerheten för de patienter som är intagna på deras sjukhus och verksamhetsenheter inom hälso- och sjukvården i enlighet med lagstiftningen. Beroende på de patientgrupper som vårdas på sjukhusen kan den läkarjour dygnet runt som behövs på dessa sjukhus skötas som jour på plats, beredskapsjour eller distansjour som stödjer sig på de jourer som avses i 3–6 mom.

Det ska alltså vara möjligt att ordna dylik jour som patienterna på sjukhuset behöver i enlighet med patienternas behov på alla sjukhus. Sjukhuset kan dock inte ha personal eller behövliga diagnostiska tjänster särskilt reserverade för att ta emot nya patienter, bedöma vårdbehovet utarbeta vårdplan eller ge vård. Sjukhuset ska dock även på natten kunna ta in en sådan patient som förs dit av t.ex. den prehospitla akutsjukvården och för vilken en vårdplan utarbetats efter konsultation med juren dygnet runt vid ett central- och/eller universitetssjukhus, eller för vilken en sådan vårdplan tidigare utarbetats inom primärvården eller den specialiserade

sjukvården enligt vilken en patientsäker vård kan genomföras på sjukhusets vårdavdelning. Det kan t.ex. vara fråga om patienter som får vård i livets slutskede eller patienter som på grund av kroniska sjukdomar behöver upprepade sjukhusperioder, men som inte behöver noggrannare bedömning av vårdbehovet eller undersökning på natten.

I 8 mom. föreslås nu en bestämmelse som i huvudsak motsvarar 6 mom. och enligt vilken jourheterna ska ha tillräckliga resurser och tillräcklig kompetens för att vårdkvaliteten, vårdens genomslag och patientsäkerheten ska tillgodoses. I bestämmelsen föreslås en precisering så att det i bestämmelsen hänvisas även till genomslag. Genom den föreslagna ändringen vill man betona att de jourhavande enheterna måste säkerställa att tjänstehelheterna och servicekedjorna för patienterna genomförs, att de är planmässiga, att andra tillgängliga tjänster utnyttjas samt att oändamålsenliga och alltför kraftiga diagnostiska åtgärder eller vårdåtgärder inte vidtas och att patienter t.ex. inte tas in på sjukhus eller i enheter med jour dygnet runt i situationer där utskrivning skulle vara den rätta lösningen.

I momentet föreskrivs det dessutom att det ska avtalas om juren och dess omfattning i samarbetsavtalet. Det föreslås att bestämmelsen om samarbetsavtal preciseras. Bestämmelsen kompletterar 36 § 3 mom. i lagen om ordnande av social- och hälsovård, för enligt den ska det i samarbetsavtalet avtalas om arbetsfördelningen, samarbetet och samordningen mellan välfärdsområdena vid bl.a. socialjour och jour inom hälso- och sjukvården, samt vid t.ex. säkerställandet av personalen och kompetensen i den specialiserade sjukvården samt vid ordnande och produktion av sådana tjänster som på grund av att de behövs sällan eller är särskilt krävande förutsätter upprepning eller specialkompetens inom flera områden eller betydande investeringar.

I 8 mom. föreslås att när det i välfärdsområdena fattas beslut om och i samarbetsavtalet avtalas om jour ska man beakta befolkningens servicebehov, avstånden mellan jourmottagningarna, den prehospitalka akutsjukvården, personalens tillräcklighet och välfärdsområdenas ekonomiska bärkraft och i övrigt hur välfärdsområdena, Helsingfors stad och HUS-sammanslutningens fullgör sitt organiseringsansvar. När det avtalas om jour ska möjligheten för välfärdsområdet, Helsingfors stad och HUS-sammanslutningen att samarbeta med också andra välfärdsområden än de som hör till samma samarbetsområde, med Helsingfors stad och med HUS-sammanslutningen beaktas. Skyldigheten att beakta dessa omständigheter gäller vid planeringen av den brådskande mottagning och jour dygnet runt som avses i denna paragraf, när beslut om dem fattas och när juren ordnas.

På samma sätt som enligt de gällande bestämmelserna ska befolkningens servicebehov, avstånden mellan jourmottagningarna och den prehospitalka sjukvården beaktas när det avtalas om jour. Dessutom ska man beakta personalens tillräcklighet och välfärdsområdenas ekonomiska bärkraft och i övrigt hur välfärdsområdena, Helsingfors stad och HUS-sammanslutningen fullgör sitt organiseringsansvar. Syftet med bestämmelsen är att säkerställa att det ses till att det finns tillräckligt med kompetenta personer sett till hela samarbetsområdet. Det kan råda brist på särskilt personer med specialkompetens i hela samarbetsområdet och det måste säkerställas att personalen räcker till för ändamålsenliga jourmottagningar. När jourmottagningar upprätthålls måste man dessutom se till att det valda genomförandesättet inte äventyrar samarbetsområdets välfärdsområdets, Helsingfors stads eller HUS-sammanslutningens ekonomiska bärkraft eller i övrigt hur organiseringsansvaret fullgörs. När man planerar jourtjänster eller en ändamålsenlig arbetsfördelning och ett ändamålsenligt servicenät måste man se till att kostnaderna för att upprätthålla jour dygnet runt inte blir orimligt höga. Juren får inte heller binda personal eller ekonomiska resurser så att fullgörandet av organiseringsansvaret i övrigt blir lidande. Dessa omständigheter bedöms vid välfärdsområdets och samarbetsområdet och ministeriernas förhandlingar enligt lagen om ordnande av social- och

hälsovård samt vid bedömningen av välfärdsområdets ekonomiska situation som ett led i bl.a. täckningen av eventuella underskott eller förutsättningarna för tilläggsfinansiering.

I 8 mom. föreslås dessutom en ny bestämmelse där möjligheten att samarbeta med också andra välfärdsområden än de som hör till samma samarbetsområde, med Helsingfors stad och med HUS-sammanslutningen betonas. Samarbetsområdenas gränser bör inte ses som något hinder, om det t.ex. med avseende på tillgängligheten för befolkningen eller personalens tillräcklighet går att hitta ändamålsenliga lösningar över samarbetsområdesgränserna. Ett exempel på detta är Österbottens välfärdsområdes sjukhus i Vasa, Södra Österbottens välfärdsområdes sjukhus i Seinäjoki och Mellersta Österbottens välfärdsområdes sjukhus i Karleby, där det kunde löna sig att genomföra arbetsfördelningen och samarbetet inom vissa jourringar, trots att de alla hör till olika samarbetsområden.

I 9 mom. föreskrivs det om bemyndigande att föreskriva om vissa saker genom förordning av statsrådet. Bemyndigandet att utfärda förordning motsvarar i huvudsak den gällande bestämmelsen. Paragrafens ordalydelse förenklas så att det i momentet föreskrivs allmänt om bemyndigande att föreskriva om uppgifterna och kvalitetskraven vid enheter med jour dygnet runt, medan bestämmelser enligt det gällande bemyndigandet får utfärdas om uppgifterna och kvalitetskraven vid enheter för omfattande jour dygnet runt, vid samjouren för jour dygnet runt och vid enheter för jour dygnet runt inom primärvården. Med stöd av bemyndigandet ska bestämmelser fortfarande få utfärdas i fråga om alla sjukhus och enheter som avses i 3–6 mom. I bemyndigandets ändrade ordalydelse beaktas också att social- och hälsovårdsministeriet inte i fortsättningen får bevilja undantagstillstånd för att upprätthålla en enhet för jour dygnet runt inom primärvården.

Det föreslås också att momentets ordalydelse preciseras så att det föreskrivs om möjlighet att utfärda bestämmelser om ”grunderna för givande av brådskande vård” och inte om ”grunderna för brådskande vård”. Den gällande ordalydelsen kan förväxlas med social- och hälsovårdsministeriets grunder för brådskande vård, som alltså är vägledande rekommendationer och inte normer som baserar sig på förordning.

Dessutom föreslås det att bemyndigandet att utfärda förordning ändras så att det genom förordning av statsrådet får utfärdas närmare bestämmelser om samarbetet mellan jourenheter, då det med stöd av det gällande bemyndigandet får utfärdas bestämmelser om det regionala samarbetet. Genom förordning får det alltså utfärdas bestämmelser om även annat samarbete än sådant som upplevs som regionalt, dvs. inom ett välfärdsområde eller på samarbetsområdesnivå. Genom förordning får det alltså utfärdas bestämmelser om riksomfattande samarbete, eller om samarbete som annars överskrider samarbetsområdenas gränser.

50 a §. Samarbetet mellan hälso- och sjukvården och socialjouren. I 3 mom. föreslås en ändring som motsvarar de ändringar som föreslås i 50 §, och som innebär att termerna omfattande jour dygnet runt och samjour för primärvården och den specialiserade sjukvården inte längre används. I 3 mom. föreskrivs det nu i stället om de jourenheter som avses i 50 § 3 och 4 mom.

7.2 Lagen om temporär ändring av 45 och 50 § i hälso- och sjukvårdslagen

45 §. Arbetsfördelning och centralisering av vissa uppgifter inom den specialiserade sjukvården. I propositionen föreslås det att en del av bestämmelserna om operationer och vissa andra åtgärder i 45 § ska träda i kraft redan den 1 januari 2025, medan lagförslagen i övrigt föreslås träda i kraft den 1 oktober 2025. Av lagtekniska orsaker förutsätts att 45 § i hälso- och

sjukvårdslagen ändras temporärt mellan den 1 januari och den 30 september 2025 för att dessa ändringar ska kunna träda i kraft redan den 1 januari 2025.

I denna temporära lag föreslås att hela 45 § ändras med tanke på den lagtekniska tydligheten.

Inga ändringar föreslås i 1 och 2 mom. i den gällande lagen. I 3 mom. föreslås samma ändring som i lagförslag nr 1, dvs. det föreslås att den ordalydelse enligt vilken sådan operativ verksamhet som kräver operationssal och anestesi ska ”i sin helhet” sammanslås till vissa sjukhus stryks, eftersom det i följande moment föreskrivs om undantag från denna huvudregel.

I paragrafens nya temporära 4 mom. föreskrivs det på samma sätt som i 45 § 4 mom. i lagförslag nr 1 att en del av sådan dagkirurgi och operativ verksamhet inom olika specialområden som kräver endast kortvarig eftervård, vilka kräver operationssal och anestesi, kan utföras också på andra ställen än vid de sjukhus som avses i 3 mom. Enligt det gällande 3 mom. ska sådan operativ verksamhet som kräver operationssal och anestesi i sin helhet sammanslås till de sjukhus som har samjour dygnet runt för primärvården och den specialiserade sjukvården. Enligt de föreslagna bestämmelserna ska sådan operativ verksamhet kunna utföras vid välfärdsområdenas sjukhus i Kemi, Oulainen, Salo, Nyslott och Valkeakoski och vid HUS-sammanslutningens sjukhus, trots att samjour dygnet runt inom primärvården och den specialiserade sjukvården inte upprätthålls vid dem.

Bakgrunden till förslaget är att det i lagförslag nr 1 föreslås att jour dygnet runt inom flera specialområden inte längre får ordnas vid sjukhusen på ovannämnda orter fr.o.m. den 1 oktober 2025. I detta temporära 45 § 4 mom. beaktas en situation där jourcen dygnet runt inom flera specialområden (samjour inom primärvården och den specialiserade sjukvården) genom välfärdsområdets beslut upphör vid dessa sjukhus eller något av dem redan före den 1 oktober 2025. Om dessa temporära bestämmelser inte skulle finnas, skulle det leda till att sjukhuset på grund av det gällande 45 § 3 mom. inte skulle kunna ha någon operativ verksamhet som kräver operationssal och anestesi, om jourcen dygnet runt inom flera specialområden upphör, men enligt 45 § 4 mom. skulle operativa verksamhet på nytt få utföras även vid dessa sjukhus fr.o.m. den 1 oktober 2025. Även för HUS-sammanslutningens del är det motiverat att föreskriva om möjlighet att utföra operativ verksamhet som avses i detta 4 mom. redan före den 1 oktober 2025.

I 4 mom. föreskrivs det dessutom möjlighet att temporärt utföra primära protesoperationer i knä och höft som utförs som dagkirurgiska åtgärder vid sjukhusen i Kemi, Oulainen, Salo, Nyslott och Valkeakoski och HUS-sammanslutningens sjukhus, även om samjour dygnet runt för primärvården och den specialiserade sjukvården inte upprätthålls vid dessa sjukhus. Motiveringen till denna möjlighet som gäller under övergångstiden presenteras i detaljmotiveringen till 45 § 4 mom. i lagförslag nr 1.

I momentet föreskrivs dessutom på samma sätt som i 45 § 4 mom. i lagförslag nr 1 att förutsättningarna för att få utföra operativ verksamhet som avses i 4 mom. vid de angivna sjukhusen och HUS-sammanslutningens sjukhus är att välfärdsområdet och HUS-sammanslutningen säkerställer kompetensen, kvaliteten och patientsäkerheten. Upprätthållandet av operativ verksamhet får inte heller äventyra personalens tillräcklighet vid universitetssjukhusen eller centralsjukhusen eller välfärdsområdets eller HUS-sammanslutningens ekonomiska bärkraft eller fullgörandet av organiseringsansvaret i övrigt.

Däremot föreskrivs det inte i 4 mom. eller i övrigt i den temporära 45 § på samma sätt som i lagförslag nr 1 om avtalande av vissa saker i samarbetsavtalet enligt 36 § i lagen om ordnande av social- och hälsovård. Orsaken till detta är att enligt 1 § 3 mom. i införandelagen ska

välfrädsområdenas samarbetsavtal godkännas första gången senast före utgången av 2025. Denna lag om temporär ändring av 45 § i hälso- och sjukvårdslagen ska också gälla till den 30 september 2025. Eftersom det inte föreligger någon skyldighet att ingå samarbetsavtal innan den temporära lagen upphör att gälla, anges inga skyldigheter rörande samarbetsavtal i den temporära lagen. I 5 mom. föreslås en bestämmelse som motsvarar 45 § 5 mom. i lagförslag nr 1 om att vissa mindre åtgärder som kräver narkos eller lokalbedövning och som förutsätter anesthesiologisk kompetens får vidtas också vid en annan verksamhetsenhet inom hälso- och sjukvården än de som avses i 3 och 4 mom.

I 6–8 mom. föreslås bestämmelser som motsvarar 45 § 6–8 mom. i lagförslag nr 1 om villkoren för tjänster som anskaffas från en privat tjänsteproducent. I 8 mom. ingår dock inga bestämmelser om avtalande i samarbetsavtalet av den orsak som förklaras i samband med motiveringen till 45 § 4 mom. i detta lagförslag.

Paragrafens 9 mom. motsvarar 9 mom. i lagförslag nr 1.

Den gällande paragrafens 5 mom., där det föreskrivs om bemyndigande att utfärda förordning, föreslås bli 10 mom. De ändringar som föreslås i bemyndigandet att utfärda förordning i lagförslag nr 1 (10 mom. även i lagförslag nr 1) föreslås ingå redan i denna temporära lag. Med stöd bemyndigandet att utfärda förordning kan det sålunda utfärdas bestämmelser om de operationer och åtgärder som avses i 4, 5 och 7 mom. samt utfärdas bestämmelser om de operationer som avses i 3 och 6 mom. redan fr.o.m. den 1 januari 2025.

50 §. Brådsökande vård. I 7 mom. föreslås ett bemyndigande att utfärda bestämmelser om vissa saker genom förordning av statsrådet. I denna temporära lag föreslås en ändring som även föreslås i fråga om bemyndigandet att utfärda förordning i lagförslag nr 1 (9 mom. i lagförslag nr 1). Enligt den föreslagna ändringen får bestämmelser om samarbetet mellan jourenheterna utfärdas genom förordning av statsrådet, medan det i den gällande lagens bemyndigande föreskrivs om möjlighet att utfärda bestämmelser om det regionala samarbetet mellan jourenheterna. Härmed är det rättsligt tydligare att det redan fr.o.m. den 1 januari 2025 får föreskrivs genom förordning av statsrådet även om riksomfattande samarbete eller samarbete över välfärdsområdes- eller samarbetsområdesgränserna.

7.3 Socialvårdslagen

29 a §. Samarbetet mellan socialjouren och hälso- och sjukvården. I 1 mom. föreslås det ändring som motsvarar de ändringar som föreslås i 50 § och 50 a § 3 mom. i hälso- och sjukvårdslagen, och som innebär att det inte längre föreskrivs i termer av enheter för omfattande jour dygnet runt och samjour inom primärvården och den specialiserade sjukvården. I 1 mom. i denna paragraf föreskrivs däremot om jourenheter som avses i 50 § 3 och 4 mom. i hälso- och sjukvårdslagen.

7.4 Lagen om genomförande av reformen av social- och hälsovården och räddningsväsendet och om införande av den lagstiftning som gäller reformen

59 §. Samjour dygnet runt i Lapplands och Södra Savolax välfärdsområden. I paragrafen föreskrivs det om möjlighet för Lapplands och Södra Savolax välfärdsområden att upprätthålla två samjournenheter med jour dygnet runt vid sina sjukhus, samt om särskild ersättning för sådana extra kostnader som upprätthållandet av två samjournenheter med jour dygnet runt orsakar välfärdsområdet. I avsnitten 2.2.5 och 2.3.2 i propositionen motiveras varför dessa välfärdsområden i fortsättningen inte får upprätthålla jour dygnet runt inom flera specialområden vid två sjukhus. Det föreslås att paragrafen upphävs.

8 Bestämmelser på lägre nivå än lag

I propositionen föreslås det att bemyndigandena att utfärda förordning i 45 och 50 § i hälso- och sjukvårdslagen ändras.

Det föreslås att bemyndigandena i det sista momentet i 45 § i hälso- och sjukvårdslagen (5 mom. i den gällande lagen, 10 mom. i lagförslag nr 1 och nr 2) att utfärda bestämmelser genom förordning av statsrådet ändras. Genom förordning av statsrådet ska det föreskrivas en förteckning över sådan dagkirurgi och operativ verksamhet som kräver endast kortvarig eftervård, vilka kräver operationssal och anestesi, samt om sådana mindre åtgärder som kräver narkos eller lokalbedövning och som förutsätter anesthesiologisk kompetens och som kan utföras även vid sådana sjukhus och verksamhetsenheter inom hälso- och sjukvården som inte har jour dygnet runt inom flera specialområden. Genom förordning av statsrådet får det också föreskrivas om sådan operativ verksamhet som kräver operationssal och anestesi.

Jämfört med den gällande bestämmelsen preciseras bemyndigandet även så att genom förordning får det föreskrivas om de kvantitativa villkor och andra villkor för undersökningar, åtgärder och behandlingar som ska uppfyllas vid arbetsfördelningen och centraliseringen; i den gällande bestämmelsen nämns inte ”arbetsfördelningen”. Syftet med den föreslagna ändringen är att förtydliga att genom förordning får det föreskrivas om välfärdsområdenas och sjukhusens arbetsfördelning även i vidare bemärkelse än enbart genom centralisering. Förslaget till ändring hänför sig till regeringsprogrammet för statsminister Orpos regering, enligt vilket bestämmelserna om arbetsfördelningen inom den specialiserade sjukvården revideras, vilket också ligger bakom denna regeringsproposition. Under ramförhandlingarna våren 2024 angav regeringen som riktlinje att åtgärderna i anslutning till utvecklingen av arbetsfördelningen minskar välfärdsområdenas finansiering med 25 miljoner euro fr.o.m. 2026. Det preciserade bemyndigandet att utfärda förordning förtydligar att bemyndigandet innebär att det får föreskrivas om arbetsfördelningen även på annat sätt än endast genom begreppet centralisering. I bemyndigandena att utfärda förordning i 45 § i hälso- och sjukvårdslagen föreslås även vissa andra preciseringar (se paragrafens specialmotivering).

Det föreslås att även bemyndigandet att utfärda förordning i 50 § i hälso- och sjukvårdslagen preciseras. Genom förordning av statsrådet får det utfärdas närmare bestämmelser om samarbetet mellan jourenheterna, då det med stöd av det gällande bemyndigandet får utfärdas bestämmelser om det regionala samarbetet. Genom förordning får det alltså utfärdas bestämmelser om även annat samarbete än sådant som upplevs som regionalt, alltså om t.ex. riksomfattande samarbete. I bemyndigandet görs också en ändring som har att göra med att i fortsättningen får social- och hälsovårdsministeriet inte bevilja undantagstillstånd att upprätthålla jour dygnet runt inom primärvården, samt vissa språkliga ändringar (se paragrafens specialmotivering).

Med stöd av bemyndigandena kommer förordningen om centralisering av den specialiserade sjukvården (582/2017) samt jourförordning (583/2017) att ändras eller så utfärdas nya förordningar.

Bestämmelserna kommer att utfärdas genom förordning av statsrådet, som bedöms vara lämplig författningsnivå, eftersom det är fråga om omständigheter som på ett betydande sätt hänför sig till det praktiska genomförandet av hälsovårdstjänster. För det andra är de omständigheter som föreskrivs genom förordning till sin natur bestämmelser som även i detalj styr den praktiska verksamheten med hälsovårdstjänster, varför det inte är ändamålsenligt att föreskriva om de föreslagna omständigheterna på lagnivå. De föreslagna ändringarna avviker inte till sin natur från de bemyndiganden att utfärda förordning som redan finns i 45 och 50 § i hälso- och

sjukvårdslagen. Dessa bemyndiganden har föreskrivits med grundlagsutskottets medverkan (GrUU 63/2016 rd).

I propositionen föreslås det att 59 § i införandelagen upphävs. Paragrafen innehåller ett bemyndigande att utfärda närmare bestämmelser om den ersättning som betalas till Lapplands och Södra Savolax välfärdsområden genom förordning. När 59 § upphävs, upphävs också statsrådets förordning om ersättning för extra kostnader för samjour dygnet runt i Lapplands och Södra Savolax välfärdsområden (638/2023).

9 Ikraftträdande

Det föreslås att lagförslagen nr 1, 3 och 4 träder i kraft den 1 oktober 2025. Det föreslås att lagförslag nr 2, dvs. lagen om temporär ändring av 45 och 50 § i hälso- och sjukvårdslagen ska vara i kraft från den 1 januari till den 30 september 2025 innan den ersätts av bestämmelser som gäller tills vidare fr.o.m. den 1 oktober 2025.

Förslaget som gäller ikraftträdandet av lagförslagen nr 1, 3 och 4, i propositionen baserar sig på att en ikraftträdandetidpunkt på hösten sannolikt är mer ändamålsenlig när det gäller att genomföra betydande ändringar i verksamheten som berör jouren än årsskiftet då semesterperioden pågår. Välfärdsområdena och HUS-sammanslutningen får ungefär ett år på sig att genomföra de ändringar som berör jouren. Dessutom uppnås en besparing på 6,2 miljoner i statsfinanserna redan 2025.

Det temporära lagförslaget nr 2, som gäller särskilt operativ verksamhet föreslås vara i kraft 1 januari–30 september 2025. Om det görs möjligt att skaffa dessa operationer och vissa andra åtgärder så tidigt som möjligt, kan man börja klara av vårdköerna när de ändringar som lagstiftningen innebär för den operativa verksamheten lindras. För välfärdsområdenas sjukhus innebär lagändringen också att välfärdsområdena kan om de så vill börja genomföra ändringar enligt de lagändringar som träder i kraft den 1 oktober 2025 enligt en snabbare tidtabell i fråga om sjukhusen i Kemi, Nyslott, Oulainen, Salo och Valkeakoski, dvs. om de så vill lägga ner jour dygnet runt inom den specialiserade sjukvården, men fortsätta med dagkirurgi och operativ verksamhet som kräver endast kortvarig eftervård. Även mindre åtgärder som kräver narkos eller lokalbedövning och som förutsätter anestesilogisk kompetens kan börja utföras redan vid årsskiftet.

I lagförslag nr 1 föreslås en övergångsbestämmelse enligt vilken vid välfärdsområdenas sjukhus i Kemi, Oulainen, Salo, Nyslott och Valkeakoski samt vid de av HUS-sammanslutningens sjukhus där det inte upprätthålls samjour dygnet runt inom primärvården och den specialiserade sjukvården får det temporärt utföras primära protesoperationer i knä eller höft som dagkirurgi, om det finns risk för att den längsta väntetid för att få vård som anges i 52 § överskrids i välfärdsområdet eller HUS-sammanslutningens område och välfärdsområdet eller HUS-sammanslutningen inte kan skaffa dessa operationer i tillräcklig utsträckning från andra välfärdsområden. En förutsättning är dessutom att förutsättningarna för operativ verksamhet enligt förslaget till 45 § 4 mom. uppfylls. Dessa operationer får dock utföras temporärt vid de nämnda sjukhusen endast till och med den 30 juni 2028. Möjligheten att utföra dessa operationer ingår också i det temporära lagförslaget nr 2, eftersom det upphör att gälla före den föreslagna övergångsperioden går ut, dvs. tidigare än den 30 juni 2028. Motiveringen till saken och bestämmelsens syfte behandlas i specialmotiveringen till 45 § i lagförslag nr 1.

Med stöd av övergångsbestämmelsen får Norra Savolax välfärdsområde upprätthålla jour dygnet runt inom primärvården i Idensalmi och Varkaus till utgången av 2025. Förslaget

grundar sig på att social- och hälsovårdsministeriet har beviljat undantagstillstånd som gäller till utgången av 2025 att upprätthålla dessa jourer.

Social- och hälsovårdsministeriet har också beviljat undantagstillstånd att ordna förlossningar vid Länsi-Pohja sjukhus i Kemi till utgången av 2025. Trots detta föreslås den lagändring som innebär att förlossningar inte i fortsättningen får ordnas vid detta sjukhus träda i kraft den 1 oktober 2025, då även nämnda tillstånd upphör att gälla med stöd av lagen. Lapplands välfärdsområde har fattat beslut om att avbryta förlossningsverksamheten vid Länsi-Pohja sjukhus under tiden 1 januari 2025–31 december 2025. Förvaltningsdomstolen har den 11 juli 2024 förbjudit verkställigheten av välfärdsområdets tidigare beslut om att permanent överföra förlossningsverksamheten till Lapplands centralsjukhus medan de besvär som anförts över beslutet avgörs. I vilket fall som helst är regeringens bedömning att det inte är motiverat att möjliggöra förlossningar vid Länsi-Pohja sjukhus till utgången av 2025, eftersom det skulle förutsätta att nedläggningen av jouren dygnet runt inom flera specialområden framskjuts till slutet av 2025.

10 Verkställighet och uppföljning

Uppföljning av sjukhusens och jourernas arbetsfördelning utgör ett väsentligt element i uppföljningen av välfärdsområdenas verksamhet som genomförs på flera olika nivåer. Institutet för hälsa och välfärd gör årligen en utvärdering av välfärdsområdenas verksamhet enligt välfärdsområde och samarbetsområde. Social- och hälsovårdsministeriet för tillsammans med finansministeriet och inrikesministeriet årliga förhandlingar med välfärdsområdena enligt välfärdsområde och samarbetsområde varvid man utnyttjar både Institutet för hälsa och välfärd och tillsynsmyndigheternas utredningar. Under förhandlingarna är strävan att följa och styra områdena att bära sitt organiseringsansvar samt nå de mål som satts för social- och hälsovården när det gäller verksamheten och ekonomin.

Arbetsfördelningen och servicenätet inom den specialiserade sjukvården spelar en särskild roll uttryckligen vid granskningen enligt samarbetsområde. Bestämmelserna om välfärdsområdenas samarbetsavtal (36 § i lagen om ordnande av social- och hälsovård, statsrådets förordning om innehållet i och beredningen av samarbetsavtal mellan välfärdsområden) styr samarbetet mellan områdena.

Den riksomfattande arbetsfördelningen mellan universitetssjukhusen och även i övrigt mellan välfärdsområdena och samarbetsområdena utvecklas när författningsunderlaget för arbetsfördelningen inom den specialiserade sjukvården samt förordningen om centralisering av den specialiserade sjukvården och jourförordningen revideras senare under denna regeringsperiod.

11 Förhållande till andra propositioner

11.1 Samband med andra propositioner

Regeringen har till riksdagen överlämnat regeringens proposition till riksdagen med förslag till lagstiftning om styrning av socialskyddsfondernas besparingar till stärkande av statens och kommunernas ekonomi och om ändring av sjukdagpenningen (RP 123/2024 rd), vars syfte är att kanalisera de besparingar som gäller socialskyddsfonderna till att bryta skuldsättningsutvecklingen, dvs. till statens och kommunernas ekonomi. I propositionen föreslås ändringar i sjukförsäkringens finansieringsandelar som påverkar finansieringen av den prehospitla akutsjukvården.

11.2 Förhållande till budgetpropositionen

Propositionen hänför sig till den kompletterande budgetpropositionen för 2025 och avses bli behandlad i samband med den.

Till följd av de lagändringar som föreslås i propositionen riktas år 2026 en besparing på sammanlagt 30,6 miljoner euro på 2025 års nivå till välfärdsområdenas verksamhetsmoment 28.89.31. År 2025 riktas en besparing på 7,2 miljoner euro till momentet.

Utgifterna för sjukförsäkringen på moment 33.30.60 ökar år 2026 med 7,7 miljoner euro, varav statens andel är 4,1 miljoner euro. År 2025 riktas en ökning på 2 miljoner euro till momentet, varav statens andel är 1 miljon euro.

I sin helhet stärker propositionen statsfinanserna med 6,2 miljoner euro 2025 och 26,5 miljoner euro från och med 2026.

12 Förhållande till grundlagen samt lagstiftningsordning

Brådskande vård och tillräckliga hälso- och sjukvårdstjänster

Propositionen medför ändringar i jouten dygnet runt när jouten dygnet runt inom hälso- och sjukvården upphör. I praktiken betyder detta att patienterna inte längre kan söka sig till sjukhusen i Brahestad, Jämsä, Idensalmi och Varkaus nattetid (kl. 22–07) ens i brådskande primärvårdsfall. Vid sjukhusen i Kemi, Nyslott, Oulainen och Salo (samt Valkeakoski) får dessutom i fortsättningen inte upprätthållas jour dygnet runt inom flera specialområden eller operativ verksamhet som förutsätter sådan jour. I Kemi och Nyslott får man emellertid upprätthålla jour dygnet runt inom primärvården eller alternativt begränsad jour dygnet runt inom den specialiserade sjukvården. I praktiken hänvisas en del av patienternas till andra sjukhus även vid andra tider på dygnet än natten, vid behov så att de transporteras av den prehospitala akutsjukvården.

Lagstiftningens förutsättningar för operativ verksamhet luckras upp så att en del av den operativa verksamheten får utföras vid sjukhus som inte har jour dygnet runt inom flera specialområden, dvs. vid sjukhusen i Kemi, Nyslott, Oulainen, Salo och Valkeakoski samt HUS-sammanslutningens sjukhus, och vissa mindre åtgärder som förutsätter narkos eller lokalbedövning även vid andra verksamhetsställen. Samtidigt blir det möjligt att skaffa vissa operationer och andra åtgärder från privata tjänsteproducenter.

Enligt 19 § 1 mom. i grundlagen har alla som inte förmår skaffa sig den trygghet som behövs för ett människovärdigt liv rätt till oundgänglig försörjning och omsorg. Enligt 19 § 3 mom. i grundlagen ska det allmänna, enligt vad som närmare föreskrivs genom lag, tillförsäkra var och en tillräckliga social-, hälsovårds- och sjukvårdstjänster samt främja befolkningens hälsa.

Sättet att ordna social- och hälsovård och tillgången till tjänster påverkas indirekt av flera grundläggande fri- och rättigheter, främst jämlikhet och förbud mot diskriminering (6 §), rätt till liv, personlig integritet och trygghet (7 §), rätt till eget språk och egen kultur (17 §), rätt till social trygghet (19 §) samt det allmännas skyldighet att se till att de grundläggande fri- och rättigheterna och de mänskliga rättigheterna tillgodoses (22 §). Bestämmelserna anger för sin del på vilket sätt skyldigheten att trygga social- och hälso- och sjukvårdstjänsterna ska fullgöras.

I artikel 12 1 punkten i FN:s internationella konvention om ekonomiska, sociala och kulturella rättigheter (FördrS 6/1976, *ESK-konventionen*) föreskrivs det att konventionsstaterna erkänner

rätten för var och en att åtnjuta högsta möjliga fysiska och psykiska hälsa. De åtgärder som konventionsstaterna ska vidta för att till fullo tillgodose denna rätt ska innefatta sådana åtgärder som är nödvändiga för att a) minska foster- och spädbarnsdödligheten och främja barnets sunda utveckling, b) förbättra alla aspekter av samhällets hälsovård och den industriella hälsovården, c) förebygga, behandla och bekämpa alla epidemiska och endemiska sjukdomar, yrkessjukdomar och andra sjukdomar, samt d) skapa förutsättningar som tillförsäkrar alla läkarvård och sjukhusvård i händelse av sjukdom. Vid tolkningen av avtalsbestämmelserna ska hänsyn tas till de förpliktelser enligt artikel 2.1 enligt vilken varje konventionsstat åtar sig att genom egna åtgärder och internationellt bistånd och samarbete, framför allt på det ekonomiska och det tekniska området, till fullo utnyttja sina tillgängliga resurser för att trygga att rättigheterna i denna konvention gradvis förverkligas i sin helhet med alla lämpliga medel, i synnerhet genom lagstiftning.

Kommittén för ekonomiska, sociala och kulturella rättigheter ger i sin allmänna kommentar nr 14 General Comment No. 14: The Right to the Highest Attainable Standard of Health (Art. 12), 11.8.2000 sin tolkning av rätten för var och en att åtnjuta bästa möjliga fysiska och psykiska hälsa som främjar ett människovärdigt liv. Kommittén slår fast att tillgång (availability), tillgänglighet (accessibility), godtagbarhet (acceptability) och kvalitet (quality) är väsentliga beståndsdelar i rätten till hälsa. Tillgång syftar på att den offentliga hälso- och sjukvården måste ha tillräckligt med fungerande lokaler, förnödenheter, tjänster och program – inklusive sjukhus, hälsocentraler och andra hälso- och sjukvårdslokaler och en utbildad personal med konkurrenskraftig lön. Tillgänglighet består av olika beståndsdelar, dvs. icke-diskriminering, fysisk tillgänglighet, ekonomisk tillgänglighet (skäliga priser) och tillgänglig information. Fysisk tillgänglighet har att göra med att hälsorelaterade lokaler, förnödenheter och tjänster ska finnas inom tryggt avstånd för alla delar av befolkningen. I kvaliteten ingår att tjänsterna är medicinskt behöriga och högklassiga, inklusive en skicklig hälso- och sjukvårdspersonal. Det beror på de rådande förhållandena i konventionsstaten hur dessa tillämpas och vilket innehåll varje beståndsdel får.

I kommittén för ekonomiska, sociala och kulturella rättigheters specificering ingår i artikel 12.2 a en skyldighet att förbättra tjänsterna för barn samt tjänsterna i anslutning till och efter graviditet och förlossning och tillträdet till dem, inklusive brådsökande förlossningstjänster. Artikel 12.2 c inbegriper skyldighet att skapa ett system för brådsökande vård i händelse av bl.a. olyckor. Med stöd av artikel 12.2 d måste man trygga likvärdigt tillträde i rätt tid till förebyggande, vårdgivande och rehabiliterande tjänster och till undervisning i hälsokunskap, inklusive behörig behandling av vanliga sjukdomar samt skador, gärna på lokal nivå, samt till mentalvårdstjänster. I den allmänna kommentaren lyfts också särskilt fram omständigheter i anslutning till kön, barn och unga, äldre, personer med funktionsnedsättning och ursprungsfolk.

Enligt kommittén innebär rätten till hälsa, liksom alla mänskliga rättigheter, också tre allmänna skyldigheter för konventionsstaterna: skyldighet att skydda, respektera och tillgodose rätten till hälsa. När det gäller tillgodoseende av rätten till hälsa ska hälso- och sjukvårdens infrastruktur omfatta ett tillräckligt antal sjukhus, kliniker och andra verksamhetsställen inom hälso- och sjukvården, så att en rättvis fördelning inom landet säkerställs. Detta är enligt kommittén också en av artikelns kärnförpliktelser.

Kommittén konstaterar att varje konventionsstat har ett visst utrymme att själva bestämma vilka åtgärder som bäst tillgodoser rätten till hälsa under de särskilda förhållandena i den staten. Konventionen kräver dock tydligt att varje stat vidtar alla nödvändiga åtgärder för att se till att alla har tillgång till vårdenheter, hälsovårdsprodukter och hälso- och sjukvårdstjänster, så att varje människa så snart som möjligt kan åtnjuta bästa möjliga fysiska och psykiska hälsa. Enligt kommittén innebär det gradvisa förverkligandet av rätten till hälsa att konventionsstaterna har

en särskild och kontinuerlig skyldighet att så snabbt och effektivt som möjligt gå i riktning mot att artikel 12 genomförs fullt ut.

Bestämmelser om hälsa ingår också i flera andra konventioner om de mänskliga rättigheterna. Enligt artikel 11 strecksats 1 i den reviderade Europeiska sociala stadgan (FördrS 78-80/2002) åtar sig parterna för att trygga den enskildes rätt att skydda sin hälsa, antingen direkt eller i samarbete med offentliga eller privata organisationer, att vidta de åtgärder som är nödvändiga bland annat för att så långt som möjligt undanröja orsakerna till ohälsa. Enligt kommittén för sociala rättigheter innebär denna punkt bl.a. att konventionsstaterna ska garantera alla individer tillgång till hälso- och sjukvård och att hälso- och sjukvårdssystemet ska vara tillgängligt för hela befolkningen. Enligt artikel 13 strecksats 1 åtar sig parterna för att trygga den enskildes rätt till social och medicinsk hjälp att se till att personer som saknar och som inte genom egna ansträngningar eller på annat sätt kan skaffa sig tillräckliga medel för sin försörjning och som inte heller kan få sådana medel från ett socialförsäkringssystem, får nödvändig hjälp samt, vid sjukdom, den vård deras tillstånd kräver.

I artikel 25 i FN:s konvention om rättigheter för personer med funktionsnedsättning (FördrS 26 - 27/2016) ingår bestämmelser om hälsa. Enligt artikel 25 i konventionen erkänner konventionsstaterna att personer med funktionsnedsättning har rätt att åtnjuta bästa möjliga hälsa utan diskriminering på grund av funktionsnedsättning. Konventionsstaterna ska vidta alla ändamålsenliga åtgärder för att säkerställa tillgång till hälso- och sjukvårdstjänster för personer med funktionsnedsättning med beaktande av jämställdhetsperspektivet, däribland hälsorelaterad rehabilitering. Enligt artikeln ska konventionsstaterna vidare erbjuda personer med funktionsnedsättning samma utbud, kvalitet och standard avseende kostnadsfri eller subventionerad hälso- och sjukvård och behandlingsprogram som erbjuds andra personer, erbjuda sådana hälso- och sjukvårdstjänster som personer med funktionsnedsättning behöver särskilt på grund av sin funktionsnedsättning samt erbjuda dessa hälso- och sjukvårdstjänster så nära personernas egna hemorter som möjligt, även på landsbygden. Enligt artikel 20 i konventionen ska konventionsstaterna vidta effektiva åtgärder för att säkerställa personlig rörlighet med största möjliga oberoende för personer med funktionsnedsättning. I artikel 9 i konventionen sägs att för att göra det möjligt för personer med funktionsnedsättning att leva oberoende och att fullt ut delta på alla livets områden, ska konventionsstaterna vidta ändamålsenliga åtgärder för att säkerställa att personer med funktionsnedsättning får tillgång på samma villkor som andra till den fysiska miljön, till transporter, till information och kommunikation, innefattande informations- och kommunikationsteknik (IT) och -system samt till andra anläggningar och tjänster som är tillgängliga för eller erbjuds allmänheten både i städerna och på landsbygden. Dessa åtgärder, som ska innefatta identifiering och undanröjande av hinder och barriärer mot tillgänglighet, ska bl.a. gälla bl.a. vårdinrättningar.

Enligt artikel 24.1 i FN:s konvention om barnets rättigheter (FördrS 60/1991) erkänner konventionsstaterna barnets rätt till bästa möjliga hälsa och tillgång till hälso- och sjukvård och rehabilitering. Konventionsstaterna ska sträva efter att säkerställa att inget barn berövas sin rätt att ha tillgång till sådan hälso- och sjukvård. I artikel 24.2 anges de åtgärder som särskilt ska vidtas. Konventionsstaterna ska vidta lämpliga åtgärder för att minska spädbarns- och barnadödligheten, säkerställa att alla barn tillhandahålls nödvändig hälso- och sjukvård med tonvikt på utveckling av primärvården och säkerställa tillfredsställande hälso- och sjukvård för mödrar före och efter förlossningen. Enligt artikel 3 i konventionen ska barnets bästa komma i främsta rummet vid alla åtgärder som rör barn, vare sig de vidtas av offentliga eller privata värdheidsinstitutioner, domstolar, administrativa myndigheter eller lagstiftande organ. FN:s kommitté för barnets rättigheter har i sina rekommendationer utifrån Finlands kombinerade femte och sjätte rapport uppmanat Finland att bl.a. med hjälp av utbildning för yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården stärka åtgärderna för att trygga barns tillgång till

högklassiga hälso- och sjukvårdstjänster snabbt och effektivt i hela landet, med särskild fokus på marginaliserade barn (CRC/C/FIN/CO/5–6).

I artikel 12 i FN:s konvention om avskaffande av all slags diskriminering av kvinnor (FördrS 68/1986) anges att konventionsstaterna ska garantera kvinnor lämplig vård vid graviditet, förlossning och amning.

Det centrala vid bedömningen av propositionen är enligt regeringens uppfattning om de föreslagna bestämmelserna tillförsäkrar var och en tillräckliga social-, hälsovårds- och sjukvårdstjänster i enlighet med 19 § 1 och 3 mom. i grundlagen och att även övriga grundläggande fri- och rättigheter och de mänskliga rättigheterna tillgodoses.

Bestämmelsen i 19 § 3 mom. i grundlagen syftar framför allt på tryggad tillgång till tjänster. Det har för rätten till tillräckliga social-, hälsovårds- och sjukvårdstjänster som nämns i 19 § 3 mom. i grundlagen etablerats ett bestämt juridiskt innehåll och bestämda bedömningsgrunder. Enligt dem kan en bedömning av om tjänsterna är tillräckliga eller inte utgå från en nivå som "ger alla människor förutsättningar att fungera som fullvärdiga medlemmar i samhället" (se RP 309/1993 rd, s. 75–76). Hänvisningen till att var och en har rätt till hälso- och sjukvårdstjänster förutsätter "i sista hand en individuell bedömning av om tjänsterna är tillräckliga eller inte" (se GrUU 30/2013 rd, s. 3/1). Rätten till tillräckliga hälsovårdstjänster tryggas i de allvarligaste situationerna ytterst av rätten till liv enligt 7 § i grundlagen (se GrUU 17/2021 rd, stycke 71 och GrUU 65/2014 rd, s. 4/II).

Grundlagsutskottet har betonat att även om den första meningen i 19 § 3 mom. i grundlagen inte tryggar något specifikt sätt att erbjuda tjänster, utgår grundlagen till denna del från att tjänsterna ska vara tillräckliga (se GrUU 17/2021 rd, stycke 72, GrUU 26/2017 rd, s. 33 och 37–42, GrUU 12/2015 rd, s. 3, och GrUU 11/1995 rd, s. 2). Utskottet har uttryckligen betonat att bestämmelsen förpliktar det allmänna att trygga tillgången till tjänster (se GrUU 26/2017 rd, särskilt s. 45–46, och GrUU 54/2014 rd, s. 1/II–2/I). Bestämmelsen innebär således ett krav på ett tillräckligt utbud av tjänster i hela landet (se GrUU 17/2021 rd, stycke 72, GrUU 26/2017 rd, s. 33/I, GrUB 25/1994 rd, s. 33/I).

Grundlagsutskottet har tidigare vid bedömningen av kommun- och servicestrukturen och totalrevideringen av social- och hälsovårdstjänsterna också ansett det viktigt att reformen verkställs med seriös hänsyn till att invånare i kommuner i olika delar av landet bemöts jämlikt och till deras faktiska möjligheter att få tjänster som är nödvändiga för deras grundläggande fri- och rättigheter (se GrUU 67/2014 rd och GrUU 37/2006 rd, s. 2–3). Enligt utskottet är det viktigaste med tanke på likabehandlingen i reformen av ordnande av social- och hälsovård att var och en ska tillförsäkras lika rätt till tillräckliga social- och hälsovårdstjänster på det sätt som förutsätts i 19 § 3 mom. i grundlagen. (GrUU 17/2021 rd, stycke 114).

Enligt förarbetena till grundlagens 19 § 1 mom. (ursprungligen 15 a § 1 mom. i den gamla regeringsformen i reformen av de grundläggande fri- och rättigheterna) tryggas rätten till akut sjukvård i stödsystemen som en av de grundläggande förutsättningarna för ett människovärdigt liv (RP 309/1993 rd, s. 74/I). Grundlagsutskottet har konstaterat att den rätt som avses i det momentet är en subjektiv rättighet för alla (GrUB 25/1994 rd, s. 10/II, se även GrUU 31/1997 rd, s. 2/I, GrUU 18/2001 rd, s. 4/I). Syftet med bestämmelsen är att trygga miniminivån på förutsättningarna för ett människovärdigt liv, dvs. ett s.k. existensminimum. Bestämmelsen hör nära samman med rätten till liv i 7 § (RP 309/1993 rd, s. 20/II). Grundlagsutskottet har ansett att till denna lägsta nivå hör t.ex. nödvändig akut sjukvård för att bibehålla hälsan och livsförmågan (GrUU 73/2024 rd, s. 2/II). Med hänvisning till förarbetena till grundlagen har grundlagsutskottet också påpekat att brådskande vård till stora delar är den typ av oundgänglig

omsorg som 19 § i grundlagen avser (GrUU 41/2010 rd, s. 5/II, GrUU 20/2004 rd, s. 2/II). Bestämmelserna i 50 § 1 mom. i hälso- och sjukvårdslagen konkretiserar bestämmelserna i 19 § 1 mom., eftersom enligt det ska brådskande sjukvård, inbegripet brådskande mun- och tandvård, mentalvård, missbrukarvård och psykosocialt stöd, ges till den patient som behöver det oberoende av var han eller hon är bosatt.

Grundlagsutskottet har karakteriserat förhållandet mellan 19 § 1 och 3 mom. så att 1 mom. reglerar individens minimitrygghet i alla livssituationer, medan det i 3 mom. stadgas om det allmännas mera omfattande förpliktelser visavi den sociala tryggheten (GrUB 25/1994 rd, s. 10/II). Grundlagsutskottet har konstaterat att den administrativa indelningen i fråga om omfattande jour dygnet runt vård anknyter till den rätt till oundgänglig omsorg som skyddas i 19 § 1 mom. i grundlagen och till det allmännas skyldighet enligt 19 § 3 mom. i grundlagen att, enligt vad som närmare bestäms genom lag, tillförsäkra var och en tillräckliga social-, hälsovårds- och sjukvårdstjänster (GrUU 63/2016 rd, s. 5).

Enligt grundlagsutskottet kan det i lagstiftningen om ordnandet av social- och hälsovården uppstå ett konstitutionellt problem i förhållande till 19 § 3 mom. i grundlagen om den föreslagna lagstiftningen inkluderar strukturella problem som med stor sannolikhet leder till att genomförandet av rättigheterna faktiskt äventyras (GrUU 17/2021 rd, stycke 74, GrUU 26/2017 rd, s. 38). Utskottet har vid behandlingen av omstruktureringen inom ordnandet av social- och hälsovården betonat att statsrådet noggrant måste följa hur reformen påverkar tillgodoseendet av rättigheterna enligt 19 § 3 mom. i grundlagen och utan dröjsmål ingripa i eventuella missförhållanden. Vid genomförandet av reformen är det dessutom av skäl som följer av 6 § och 19 § 3 mom. i grundlagen nödvändigt att se till att tillgången till tjänster är tillräcklig och jämlik både på riksomfattande nivå och inom olika välfärdsområden. (GrUU 17/2021 rd, stycke 74).

Det allmänna ska enligt 22 § i grundlagen se till att de grundläggande fri- och rättigheterna och de mänskliga rättigheterna tillgodoses. Denna lagbestämmelse förpliktar det allmänna att uttryckligen se till att de grundläggande fri- och rättigheterna, såsom tillräckliga hälso- och sjukvårdstjänster, tillgodoses i praktiken. Enligt grundlagens förarbeten hör till de centralaste metoderna att stifta lagar som tryggar och preciserar utövningen av en grundläggande fri- och rättighet och att inrikta de ekonomiska resurserna. Bestämmelsen utsträcker den offentliga maktens förpliktelse inte bara till de grundläggande fri- och rättigheterna utan också till de mänskliga rättigheter som tryggas i de för Finland bindande internationella konventionerna om mänskliga rättigheter. (RP 309/1993 rd, s. 80).

Enligt 6 § 1 mom. i grundlagen är alla lika inför lagen. Enligt 2 mom. får ingen utan godtagbart skäl särbehandlas på grund av kön, ålder, ursprung, språk, religion, övertygelse, åsikt, hälsotillstånd eller handikapp eller av någon annan orsak som gäller hans eller hennes person. Enligt förarbetena till grundlagen är det förbjudet att särbehandla någon utan godtagbart skäl också på grund av boningsort (RP 309/1993 rd, s. 47/II). Grundlagsutskottet har inte ansett att enbart ett geografiskt kriterium är godtagbart som urskiljningsgrund med tanke på 6 § 2 mom. i grundlagen (GrUU 59/2001 rd, s. 2). Jämlikhetsbestämmelsen riktar sig också till lagstiftaren. Människor eller grupper av människor kan inte godtyckligt genom lag särbehandlas vare sig positivt eller negativt. Jämlikhetsbestämmelsen kräver ändå inte att alla människor i alla avseenden ska behandlas lika, om inte förhållandena är likadana. (RP 309/1993 rd, s. 44). Grundlagsutskottet brukar också i sin praxis understryka att inga skarpa gränser för lagstiftarens prövning kan härledas ur jämlikhetsprincipen då reglering i överensstämmelse med den rådande samhällsutvecklingen eftersträvas (se t.ex. GrUU 2/2011 rd, s. 2/II, GrUU 64/2010 rd, s. 2).

Jämlikhetsbestämmelserna i grundlagen gäller människor, inte exempelvis kommuner (se GrUU 9/2015 rd, s. 2). Det faktum att det finns jourtjänster med olika omfattning på olika orter eller sjukhus som tillhandahåller andra tjänster, eller att ett sjukhus på någon ort förlorar möjlighet att upprätthålla jour dygnet runt eller utföra vissa typer av specialiserad sjukvård, är således inte som sådant en jämlikhetsfråga. Däremot bör man granska som befolkningen runt om i Finland tillhandahålls tillräckligt med tjänster. I det regleringssammanhang som gäller jour bör det påpekas att de sjukhus som tillhandahåller jour ger alla brådskande vård oberoende av bostadsort. En patient som behöver brådskande vård kan alltså söka sig till vård vid vilket sjukhus som helst.

Av principen enligt 22 § i grundlagen om att det allmänna ska se till att de grundläggande fri- och rättigheterna och de mänskliga rättigheterna tillgodoses kan man härleda en begränsning som gäller inskränkning av de grundläggande fri- och rättigheterna. Principen om främjande av rättigheterna inom området för sociala rättigheter ingår också i artikel 2.1 i ESK-konventionen (skyldighet att vidta åtgärder för att gradvis förverkliga rättigheterna i sin helhet). I en allmän kommentar till artikel 12 i ESK-konventionen konstaterar kommittén att det, liksom i fråga om andra rättigheter enligt avtalet, finns ett starkt antagande om att åtgärder som försämrar hälsan inte är godtagbara. Staten har bevisbördan för att sådana införs först efter att man noggrant övervägt alla alternativ och att åtgärderna är godtagbara i förhållande till de rättigheter som avtalet ger som helhet inom ramen för statens totala tillgängliga resurser.

Det kan i någon mån anses vara beroende av tolkning i vilken utsträckning den centralisering av jourerna som föreslås i denna proposition sammansmälter med inskränkning av de grundläggande fri- och rättigheterna, på det sätt som inskränkningar av de grundläggande fri- och rättigheterna har behandlats i grundlagsutskottets praxis visavi sociala och hälsomässiga rättigheterna. I de lagförslag som det behandlat är det vanligtvis fråga om en inskränkning som i princip berör alla eller en viss grupp av människor och deras rättigheter, såsom nedskärningar i sociala förmåner. Ändringarna berör vanligtvis alla människor eller vissa grupper av människor på samma sätt eller enligt vissa fastställda kriteriet (även om förslagets praktiska konsekvenser kan påverka olika människor på olika sätt).

I denna proposition föreslås inga ändringar i människors rätt till brådskande vård eller t.ex. icke-brådskande sjukvård som kräver operation. Till följd av propositionen kan en del av befolkningen få längre väg till en enhet som är öppen dygnet runt, en del avsevärt längre. Vid brådskande vård kan detta ha negativa konsekvenser för patienterna och för även för vissa patienters vårdprognoser (se avsnitt 4.2.4). Dock tryggas det inte heller gör närvarande i Finland genom lagstiftning att alla får tillgång till tjänster dygnet runt t.ex. inom en viss tid. Regleringen i 50 § i hälso- och sjukvårdslagen är uppbyggd så att det finns jourenheter med olika servicenivå på olika håll i landet. Den mest omfattande krävande specialiserade sjukvården, inklusive brådskande sjukvård, fås endast på universitetssjukhusen. I enlighet med vad som anförts i avsnitten 2.1.2 och 4.2.4.1 har en del av befolkningen redan nu t.ex. t.ex. över 40 minuters eller över en timmes färd från sin bostadsort till en enhet som tillhandahåller vård dygnet runt. Till följd av propositionen ökar denna befolkningsandel sett till hela befolkningen något, men så att den geografiska tyngdpunkten ligger i norra och östra Finland. De praktiska konsekvenserna av propositionen berör särskilt dem som bor och vistas i dessa områden, men inte bara dem. Människorna rör sig och reser runtom i Finland, så de längre avstånden gäller alltså inte bara dem som bor i de områden som berörs av ändringarna.

Det bör också påpekas att strävan med de ändringar som gäller jouren är att trygga personalens tillräcklighet och vårdkvaliteten. Enligt kommittén för ekonomiska, sociala och kulturella rättigheters specificering är förutom tillgänglighet även kvalitet och tillgång väsentliga beståndsdelar i rätten till hälsa, och här ingår också en tillräcklig och skicklig hälso- och

sjukvårdspersonal. Denna propositions konsekvenser för tillgodoseende av rätten till hälsa går alltså i olika riktningar.

Om grundlagsutskottets praxis när det gäller inskränkning av de grundläggande fri- och rättigheterna dock anses hänföra sig allmänt till att försämringar i en viss uppnådd servicenivå ska behandlas i enlighet med grundlagsutskottets praxis avseende inskränkningar i de grundläggande fri- och rättigheterna kan även denna proposition bedömas i ljuset av denna praxis. Grundlagsutskottet har å andra sidan inte behandlat den föregående reformen som gällde centralisering av jourvården och den specialiserade sjukvården (RP 224/2016 rd – GrUU 63/2016 rd) som en inskränkning av 19 §, men behandlade den med avseende på försämrat tillgodoseende av den språkliga rättigheterna när det gällde ändringarna för ett sjukvårdsdistrikt.

En försämring är ur individens synvinkel till sina verkningar rätt likadan som en inskränkning, vilket innebär att frågan om huruvida en försämring är tillåten kan bedömas utifrån de allmänna krav som ska uppfyllas för att de grundläggande fri- och rättigheterna ska kunna inskränkas och som grundlagsutskottet har härlett ur hela komplexet av grundläggande fri- och rättigheter och ur rättigheternas karaktär av grundlagsfästa rättigheter. Till dessa hör kraven på att bestämmelser utfärdas genom lag, att lagen är exakt och noga avgränsad, att inskränkningarna är acceptabla och proportionella, att kärnan i en grundläggande fri- eller rättighet inte inskränks, att rättsskyddet är adekvat och att de förpliktelser som gäller de mänskliga rättigheterna iakttas. (GrUB 25/1994 rd, s. 5.) Enligt grundlagsutskottet är det också klart att en försämring inte får ointetgöra kärnan i skyldigheterna i fråga om de grundläggande fri- och rättigheterna och de mänskliga rättigheterna (t.ex. GrUU 14/2015 rd, s. 3).

Syftet med propositionen är att stärka det nationella servicenätet av sjukhus för specialiserad sjukvård och jurer dygnet runt i Finland så att det på ett högklassigt, patientsäkert och hållbart sätt kan svara på befolkningens behov av service nu och i framtiden. Strävan med propositionen är särskilt att trygga tillräcklig personal och specialkompetens vid olika sjukhus och inom andra tjänster genom att centralisera den mest krävande verksamheten som är beroende av personresurser och förutsätter beredskap till universitetssjukhusen och centralsjukhusen. Målet är att på så vis förbättra jämlikheten inom vården samt vårdens kvalitet och genomslag liksom klient- och patientsäkerheten när personalens kompetens har säkerställts och verksamheten är av jämn kvalitet. Tidsspannet är längre än de närmaste åren och genom ändringsförslagen försöker man också reagera på demografiska förändringar (se avsnitt 2.1.8), så att servicesystemet kan utvecklas på ett kontrollerat sätt. Dessutom eftersträvas ekonomisk hållbarhet i upprätthållandet av det nationella sjukhus- och servicenätet.

Grundlagsutskottet har i sin praxis av hävd ansett att det vid dimensioneringen av sociala rättigheter är förenligt med karaktären hos lagstiftarens handlingsskyldighet att den sociala tryggheten planeras och utvecklas i enlighet med samhällets ekonomiska resurser, och att läget inom samhällsekonomin och de offentliga finanserna kan beaktas vid dimensioneringen av sådana förmåner som direkt finansieras av det allmänna (se t.ex. GrUU 34/1996 rd, s. 2, GrUU 6/2009 rd, s. 7–8, GrUU 6/2015 rd, s. 2) och att sparmålen kan utgöra en godtagbar grund för att i viss mån ingripa också i nivån på de rättigheter som tryggas i grundlagen (se GrUB 25/1994 rd och t.ex. GrUU 25/2012 rd och GrUU 44/2014 53 rd).

Propositionen ingår i en helhet som regeringen valt för att stärka de offentliga finanserna. Enligt finansministeriet är underskottet i de offentliga finanserna stort och ökar skuldsättningen i Finland, och därför krävs det snabba och betydande åtgärder under de följande åren för att stabilisera skuldkvoten i de offentliga finanserna. Regeringens mål att balansera de offentliga finanserna förutsätter också direkta sparåtgärder. Med ekonomisk hållbarhet i de offentliga finanserna strävar regeringen efter att det allmänna i fortsättningen bättre ska kunna svara för

sina förpliktelser, inklusive tillgodoseendet av de grundläggande fri- och rättigheterna. De sparåtgärder som är nödvändiga för att vända skuldsättningsutvecklingen och som genomförs under regeringsperioden är omfattande och berör i stor utsträckning olika samhällssektorer. Eftersom hälso- och sjukvården står för en så betydande del av statens totala utgifter, är det enligt regeringens uppfattning inte möjligt att helt och hållet lämna den utanför sparåtgärderna med beaktande av omfattningen av de sparåtgärder som behövs.

Enligt regeringens uppfattning är också personalresurserna en omständighet som måste beaktas när social- och hälsovårdstjänsterna planeras och utvecklas. Grundlagsutskottet har ansett att tryggheten av verksamhetsbetingelserna för anordnarna av hälso- och sjukvården, avsättandet av adekvata resurser för att främja hälsa och välfärd och säkerställa hälso- och sjukvårdstjänster genom att bland annat se till att det finns tillräckligt med personal inom hälso- och sjukvården, adekvat sakkunskap och ändamålsenliga lokaler och ändamålsenlig utrustning spelar en väsentlig roll när skyldigheterna enligt 19 § 3 mom. och 22 § för det allmänna preciseras och fullföljs (GrUU 41/2010 rd, s. 2/II). Grundlagsutskottet har också gett utlåtanden om regeringspropositioner som innehållit bestämmelser som innebär utmaningar att genomföra regeringen på grund av de knappa personalresurserna (se GrUU 38/2022 rd, GrUU 45/2021 rd, GrUU 15/2020 rd). Utskottet har ansett det vara viktigt att andra tjänster inte försämras därför att personal flyttas till uppgifter som omfattas av den nya skyldigheten (personaldimensionering, vårdgaranti). I sådana sammanhang har grundlagsutskottet betonat uppföljningens betydelse och uppmanat statsrådet att vid behov vidta korrigerande åtgärder (GrUU 45/2021 rd, stycke 18 och 19; GrUU 38/2022 rd stycke 8). Även med stöd av 22 § i grundlagen ska statsrådet vidta åtgärder om man t.ex. upptäcker problem i servicesystemets funktionsduglighet av personalrelaterade orsaker eller om t.ex. upprätthållandet av vissa specialiserade sjukvårdstjänster enligt regeringens bedömning styr resurser bort från andra tjänster på ett oändamålsenligt sätt.

Det nuvarande systemet med samjour dygnet runt enligt 50 § 3 och 4 mom. och systemet som centraliserar den specialiserade sjukvården i övrigt skapades med grundlagsutskottets medverkan. Till följd av denna reform har en del av sjukvårdsdistrikten, senare välfärdsområdena, lagstadgad skyldighet att ordna mer omfattande jour dygnet runt än andra. När grundlagsutskottet bedömde propositionen hänvisade man till att de förändringsfaktorer som påverkar finansieringsbasen för de offentliga finanserna, såsom den pågående förändringen av befolkningsstrukturen, förutsätter effektiva åtgärder för att i framtiden trygga bl.a. rätten till social trygghet enligt 19 § i grundlagen (se GrUU 20/2013 rd, s. 3/II). De här aspekterna, liksom tryggheten av en tillräcklig kompetens och klient- och patientsäkerheten, var enligt grundlagsutskottet av betydelse med avseende på 19 § 3 mom. i grundlagen. Utskottet konstaterade att i propositionen behandlas tämligen ingående de fördelar som en centralisering i synnerhet av krävande vård kan medföra. Av utredningen kunde man sluta sig till att med större hälso- och sjukvårdsenheter finns det bättre förutsättningar än utifrån den nuvarande (läs den tidigare) strukturen att trygga en tillräckligt hög kompetensnivå, förbättra patientsäkerheten och garantera faktisk tillgång till behandling av sällsynta sjukdomar. Att förändringen innebar att tjänster centraliserades till färre och större enheter utgjorde enligt grundlagsutskottet inget konstitutionellt problem. (GrUU 63/2016 rd, s. 3, 5). Jourbestämmelserna har senare setts över genom en ändring som grundlagsutskottet ansåg vara den bästa lösningen för att tillgodose de språkliga rättigheterna i samband med behandlingen av den propositionen (se GrUU 63/2016 rd, s. 5–6 om Vasa sjukvårdsdistrikts rätt att upprätthålla en enhet för omfattande jour; denna rätt tillgodosågs genom en lag om ändring av hälso- och sjukvårdslagen (1214/2019, RP 38/2019 rd)).

Genom propositionen upphör möjligheten att upprätthålla jour dygnet runt inom flera specialområden som är tillgänglig för befolkningen (enligt den gällande lagen samjour dygnet

runt för primärvården och den specialiserade sjukvården) där sådan nu finns på fyra orter. I Lapplands och Södra Savolax välfärdsområden upphör sådan jour vid Länsi-Pohja sjukhus (Kemi) och sjukhuset i Nyslott, men områdena ska fortfarande ha sådan jour vid sjukhusen i Rovaniemi och S:t Michel. Bakgrunden till dessa välfärdsområdens möjlighet att upprätthålla två sådana enheter är reformen av ordnandet av social- och hälsovård. Den praktiska följden av välfärdsområdesindelningen och hälso- och sjukvårdslagens bestämmelser var att i Södra Savolax och Lappland skulle man inte ha kunnat upprätthålla två samjourer dygnet runt. I införandelagen infördes en 59 § där dessa välfärdsområden gavs möjlighet att upprätthålla mer än en sådan jour till utgången av 2032, dvs. i 10 år (se 2.3.2.3). Grundlagsutskottet uttalade sig inte om saken i sitt utlåtande om reformen av ordnande av social- och hälsovård (GrUU 17/2021 rd), men framförde alltså inte heller några konstitutionella anmärkningar mot förslaget. När det under föregående regeringsperiod överlämnades ett lagförslag genom vilket det föreskrevs att denna möjlighet att upprätthålla två samjourer gäller tills vidare, och föreskrevs om separat ersättning som beviljas områdena behandlade grundlagsutskottet saken för den separata ersättningens del och som en jämlikhetsfråga med avseende på finansieringen. Utskottet uttalade sig inte separat om hur omfattande servicenätet för jour dygnet runt i dessa välfärdsområden bör vara (GrUU 105/2022 rd).

I och med propositionen kan Birkalands, Norra Österbottens, Norra Savolax och Egentliga Finlands välfärdsområden, som upprätthåller universitetssjukhus, i fortsättningen inte upprätthålla jour dygnet runt inom flera specialområden i sina andra sjukhus än universitetssjukhuset. Ordnandet av jour dygnet runt inom primärvården begränsas så att det är möjligt att upprätthålla sådan jour endast på de lagstadgade orterna.

När regleringen bedöms är det av betydelse att på de orter där det ordnas jour nu, men där jour inte kan ordnas eller jourens omfattning inskränks i och med lagändringen, är det inte heller för närvarande en skyldighet att ordna jour, utan en möjlighet. För Länsi-Pohja sjukhus (Kemi) och sjukhusen i Nyslott, Oulainen och Salo föreskrivs det i lagen om möjlighet att upprätthålla samjour dygnet runt, och för jouren dygnet runt inom primärvården möjliggörs verksamheten av social- och hälsovårdsministeriets undantagstillstånd, och ministeriet har alltså redan nu har behörighet att förvägra tillstånd. I lagen föreskrivs det inte för närvarande på vilka orter jour ska ordnas, utan det föreskrivs om välfärdsområdenas skyldighet att upprätthålla jour vid sina centralsjukhus. I praktiken är det dock allmänt känt vilka sjukhus som avses med centralsjukhus i paragraferna, och det förklaras t.ex. i lagens förarbeten (RP 224/2016 rd). För Lapplands och Södra Savolax del ska Lapplands centralsjukhus och S:t Michels centralsjukhus betraktas som det egna välfärdsområdets centralsjukhus (se avsnitt 2.3.2.3). Konsekvenserna av de föreslagna ändringarna riktar sig inte i praktiken till de sjukhus som för närvarande är skyldiga att upprätthålla jour dygnet runt/redan nu är områdets huvudsjukhus. Länsi-Pohja och Nyslotts sjukhus behåller också möjlighet att upprätthålla jour dygnet runt inom primärvården eller begränsad jour dygnet runt inom den specialiserade sjukvården. Det är också av betydelse att på grund av synnerligen långa avstånd ska jour dygnet runt inom primärvården också kunna upprätthållas i Ivalo och Kuusamo.

Sjukhusen i Oulainen, Salo och Valkeakoski samt i Kemi och Nyslott kan fortfarande, om välfärdsområdet beslutar det, ha poliklinikverksamhet inom olika specialområden samt jourtjänster klockan 7–22 på såväl primärvårds- som specialiserad sjukvårdsnivå som är tillgängliga för befolkningen och som tilldelats resurser för att ta emot nya patienter. Dessutom kan dessa sjukhus enligt välfärdsområdets beslut ha vårdavdelningar på både primärvårds- och specialiserad sjukvårdsnivå, för t.ex. inremedicin, men inte kirurgiska vårdavdelningar. Även t.ex. en övervakningsavdelning är möjligt, om välfärdsområdet har säkerställt kompetensen och patientsäkerheten. Dock ska även dagtid sådana patienter i fortsättningen hänvisas till central- och universitetssjukhusen beträffande vilka en patientsäker vård förutsätter jour nattetid inom

flera specialområden eller operationssalsberedskap dygnet runt. Klockan 07–22 kan alla välfärdsområden, alltså även andra de som upprätthåller de sjukhus som anges här, besluta som sådan brådskande vård som är tillgänglig för befolkningen och som deras sjukhus och verksamhetsenheter ordnar inom primärvården och den specialiserade sjukvården.

Vid alla sjukhus och andra verksamhetsenheter inom hälso- och sjukvården ska man fortfarande få upprätthålla sådan läkarjour dygnet runt inom sjukhuset som behövs med tanke på en patientsäker vård av de patienter som redan finns på sjukhusets eller verksamhetsenhetens vårdavdelningar.

HUS-sammanslutningen har även i fortsättningen rätt att upprätthålla flera enheter än en med jour dygnet runt inom flera specialområden utan att antalet jourenheter begränsas i lagstiftningen. Dessutom kan HUS-sammanslutningen upprätthålla jour dygnet runt inom primärvården i Raseborg. I praktiken motsvarar situationen nuläget, även om inte heller HUS-sammanslutningen i fortsättningen har möjlighet att upprätthålla jour dygnet runt inom primärvården på andra orter än i Raseborg. I Raseborg upprätthålls dock för närvarande inte jour nattetid på grund av områdenas beslut.

Grundlagsutskottet bedömde särlösningen som gäller Nylands organiseringsansvar i sitt utlåtande om ordnande av social- och hälsovård. Grundlagsutskottet hänvisade till att i regeringens proposition motiverades särlösningen för Nyland med att utgångspunkterna för verksamheten i Nyland avviker från det övriga landet. Att organiseringsansvaret i Nyland kan delas upp på flera aktörer beror enligt motiveringen på att området har ett större befolkningsunderlag än det övriga landet och en bred resursbas för personalens kompetens. I propositionens motiverades saken bl.a. med målet att garantera även HUS verksamhet. HUS har såväl i Nyland som inom samarbetsområdet på regional nivå och på riksnivå uppgifter inom den specialiserade sjukvården som bör tryggas vid genomförandet av reformen. Grundlagsutskottet anser att det lagts fram godtagbara argument för särlösningen. (GrUU 17/2021 rd, stycke 115 och 116) De grunder som godkändes i grundlagsutskottets utlåtande GrUU 17/2021 rd bedöms tala för även de bestämmelser om HUS-sammanslutningen som föreslås i denna proposition, och som innebär att HUS-sammanslutningen har större beslutanderätt än välfärdsområdena när den definierar sitt servicenät.

Genom propositionen uppluckras den gällande lagens förutsättning att sådan operativ verksamhet som kräver operationssal och anestesi ska i sin helhet sammanslås till de sjukhus som har samjour dygnet runt för primärvården och den specialiserade sjukvården (samjour dygnet runt). En del av sådan dagkirurgi och operativ verksamhet inom olika specialområden som kräver endast kortvarig eftervård ska kunna utföras också i sådana angivna sjukhus där det inte finns jour dygnet runt inom flera specialområden. Vissa andra åtgärder ska kunna utföras även vid andra verksamhetsenheter. I lagen förtydligas bestämmelserna om under vilka förutsättningar operationer och visa andra åtgärder ska kunna skaffas från privata tjänsteproducenter. Patientsäkerheten säkerställs bl.a. genom att föreskriva om förutsättningarna för att utföra operativ verksamhet och genom att det föreskrivs närmare om operationer och åtgärder genom förordning. Syftet med förslaget är att förbättra tillgången till behandlingar. Den mer omfattande möjligheten att skaffa privat tjänsteproduktion står i förbindelse med näringsfriheten och rätten till arbete som skyddas i 18 § i grundlagen. I propositionen föreslås inga ändringar i bestämmelserna om anskaffning av tjänster i lagen om ordnande av social- och hälsovård som stiftats med grundlagsutskottets medverkan (GrUU 17/2021 rd).

Enligt regeringens uppfattning tillhandahålls hela befolkningen även i fortsättningen tillräcklig brådskande vård och tillräckliga social- och hälsovårdstjänster inom den specialiserade

sjukvården på det sätt som 19 § 1 och 3 mom. i grundlagen. Enligt regeringens uppfattning talar omständigheter i anslutning till tryggande av personalens tillräcklighet och säkerställande av servicesystemets funktionsduglighet för att jour servicenätet också kan inskränkas och tjänsterna centraliseras till större enheter. Enligt regeringens uppfattning ingriper inte de föreslagna ändringarna i kärnan i 19 § eller i rättigheter som tryggats i konventioner om de mänskliga rättigheterna i strid med bestämmelserna, och propositionen strider inte heller mot 6 § i grundlagen.

Språkliga rättigheter

Grundlagsutskottet konstaterade i samband med bedömningen av föregående jour- och centraliseringsreform att det är skäl att granska sättet att genomföra den föreslagna reformen i ljuset av även andra bestämmelser i grundlagen än de grundläggande sociala rättigheterna, och hänvisade till exempelvis de språkliga rättigheterna som skyddas i 17 § i grundlagen (GrUU 63/2016 rd, s. 3, se också GrUU 67/2014 rd, s. 4).

Enligt 17 § 2 mom. i grundlagen ska vars och ens rätt att hos domstol och andra myndigheter i egen sak använda sitt eget språk, antingen finska eller svenska, samt att få expeditioner på detta språk tryggas genom lag. Det allmänna ska tillgodose landets finskspråkiga och svenskspråkiga befolknings kulturella och samhälleliga behov enligt lika grunder. Bestämmelsen förutsätter vid sidan av denna formellt jämställda behandling av språken också att den faktiska jämlikheten mellan den finsk- och svenskspråkiga befolkningen tryggas. Bestämmelsen har betydelse t.ex. för ordnandet av samhällsservice (RP 309/1993 rd, s. 69). Grundlagsutskottet har funnit det klart att ordnandet av jour och bestämmelserna om specialiserad sjukvård är sådana samhälleliga behov som avses i 17 § 2 mom. i grundlagen. Utskottet har också erinrat om att språket och patientens behov av att bli förstörd är viktigt för patientsäkerheten. (GrUU 63/2016 rd, 4–5)

Till de språkliga rättigheterna hänvisas också i 122 § 1 mom. i grundlagen, där det sägs att när förvaltning organiseras ska dessutom enligt 122 § 1 mom. i grundlagen en indelning i sinsemellan förenliga områden eftersträvas så att den finsk- och svenskspråkiga befolkningens möjligheter att få tjänster på det egna språket tillgodoses enligt lika grunder. Enligt motiveringen till bestämmelsen är det viktigt att förvaltningen organiseras med beaktande av de grundläggande språkliga rättigheterna samt att den tryggar den svensk- och finskspråkiga befolkningens möjligheter att bli betjänad på sitt eget språk. I bestämmelsen betonas kravet på språklig jämställdhet genom att det förutsätts att dessa möjligheter ska tillgodoses enligt lika grunder (RP 1/1998 rd, s. 177/I).

Enligt 17 § 3 mom. i grundlagen har samerna som urfolk rätt att bevara och utveckla sitt språk och sin kultur. En grundlagsbestämmelse som gäller samiska förutsätter att man genom lag tryggar samernas individuella rättighet att hos myndigheter använda sitt modersmål, samiskan, i den utsträckning som närmare regleras i lag (RP 309/1993 rd, s. 70/I). Enligt 121 § 4 mom. i grundlagen har samerna inom sitt hembygdsområde språklig och kulturell autonomi enligt vad som bestäms i lag. I sametingslagen föreskrivs det om språklig och kulturell autonomi för samerna inom samernas hembygdsområde enligt 17 § 3 mom. i grundlagen.

Denna proposition bedöms inte ha några betydande konsekvenser för den svenskspråkiga eller den samiskspråkiga befolkningens ställning. Genom propositionen inskränks inte välfärdsområdenas antingen skyldighet (jour dygnet runt inom flera specialområden) eller möjlighet (jour dygnet runt inom primärvården) att upprätthålla jour i områden där en majoritet av befolkningen är svenskspråkig. För att trygga tillgodoseendet av de språkliga rättigheterna föreskrivs det i lagen om möjlighet att i Jakobstad och Raseborg upprätthålla jour dygnet runt

inom primärvården med stöd av välfärdsområdets beslut. I Ivalo, som ligger inom samernas hembygdsområde, finns fortfarande möjlighet att upprätthålla jour dygnet runt inom primärvården. I Lapplands välfärdsområde ligger sjukhuset i Kemi längre från samernas hembygdsområde än sjukhuset i Rovaniemi. Oberoende av vilka ändringar som görs i servicenätet till följd av antingen lagstiftning eller områdenas beslut, ändrar propositionen inte bestämmelserna om servicespråk i 5 § i lagen om ordnande av social- och hälsovård, som stiftats med grundlagsutskottets medverkan.

Regional självstyrelse

Enligt 121 § 1 mom. i grundlagen är Finland indelat i kommuner, vilkas förvaltning ska grunda sig på självstyrelse för kommunens invånare. Enligt 121 § 4 mom. i grundlagen utfärdas bestämmelser om självstyrelse på större förvaltningsområden än kommuner genom lag. Grundlagsutskottet har betonat att de nödvändiga baselementen för självstyrelse i områden större än kommuner är att självstyrelsen har en demokratisk grund, att besluten fattas demokratiskt och att det finns en laglig grund för landskapets uppgifter och förvaltning. Som en garanti för självstyrelse ska således vissa bestämmelser finnas på lagnivå, vilket är relevant i förhållande till anordnandet av välfärdsområdenas förvaltning och deras finansiering (GrUU 17/2021 rd, stycke 34). (GrUU 17/2021 rd, stycke 9, 17, 34, GrUU 26/2017 rd, s. 18-30).

I propositionen föreslås att det ska styras kraftigt genom lagstiftning vilka sjukhus som kan ha jour. Grundlagsstiftaren kan enligt grundlagsutskottet inte anses ha avsett att självstyrelsen i områden som är större än kommuner ska vara likadan som självstyrelsen för kommunens invånare. (GrUU 17/2021 rd, stycke 15, GrUU 26/2017 rd, s. 21) Utskottet påpekade att välfärdsområdenas självstyrelse förblir rätt ytlig på grund av statens styrning, begränsningarna i sättet att ordna uppgifter och den föreslagna finansieringsmodellen. Utskottets uppfattning är dock att tryggheten av sociala grundläggande rättigheter särskilt i samband med en administrativ omställning förutsätter en sådan statlig styrning och övervakning som ses som konstitutionellt aningen problematisk i den övergripande bedömningen av hur självstyrelsen enligt 121 § 4 mom. i grundlagen blir genomförd (GrUU 17/2021 rd, stycke 27, GrUU 26/2017 rd, s. 21).

När propositionen bedöms med avseende på regional självstyrelse bör man lägga märke till att i 50 § i hälso- och sjukvårdslagen, som stiftats med grundlagsutskottets medverkan, och i 45 § om centralisering av den specialiserade sjukvården samt i förordningen om centralisering av den specialiserade sjukvården styrs redan nu kraftigt genom normer vilken slags verksamhet som kan finnas i vilket sjukhus. I denna proposition begränsas dock ytterligare möjligheten att upprätthålla flera än en enhet med jour dygnet runt inom flera specialområden för de välfärdsområden för vilka det är tillåtet enligt den gällande lagen. Merparten av välfärdsområdena har inte heller för närvarande denna möjlighet. Beträffande juren dygnet runt inom primärvården går konsekvenserna för den regionala självstyrelsen i två riktningar, eftersom beslutet att upprätthålla sådan jour baserar sig på välfärdsområdets beslut och i fortsättningen behövs inte undantagstillstånd av social- och hälsovårdsministeriet. Å andra sidan kan sådana jurenheter upprätthållas endast på de orter som anges i lagen.

Genom jour- och sjukhussystemet tryggas på ett centralt sätt tillgodoseendet av de grundläggande rättigheterna enligt 19 § 1 och 3 mom. i grundlagen, vilket talar för möjligheten att styra verksamheten även kraftigt genom lagstiftning. De föreslagna ändringarna avviker inte på något betydande sätt till sin karaktär från nivån på normstyrningen i den gällande lagen. Enligt regeringens uppfattning utgör propositionen inte något problem med avseende på den regionala självstyrelsen.

Enligt regeringens uppfattning är förslagen förenliga med grundlagen. Regeringen anser att de förslagna lagarna kan stiftas i vanlig lagstiftningsordning. Regeringen anser det dock vara önskvärt att grundlagsutskottet ger ett utlåtande i ärendet, eftersom propositionen har konsekvenser särskilt med avseende på genomförande av 19 § i grundlagen.

Kläm

Med stöd av vad som anförts ovan föreläggs riksdagen följande lagförslag:

1.

Lag

om ändring av hälso- och sjukvårdslagen

I enlighet med riksdagens beslut
ändras i hälso- och sjukvårdslagen (1326/2010) 45 och 50 § samt 50 a § 3 mom., sådana de lyder, 45 § i lagarna 1516/2016 och 581/2022, 50 § i lagarna 1516/2016, 581/2022 och 1281/2022 samt 50 a § 3 mom. i lag 1516/2016, som följer:

45 §

Arbetsfördelning och centralisering av vissa uppgifter inom den specialiserade sjukvården

En del av de undersökningar, åtgärder och behandlingar som är sällan förekommande eller krävande och därför ska kunna upprepas, eller som kräver specialkompetens inom flera områden för att förvärva och upprätthålla den kunskap och kompetens som krävs eller betydande investeringar i fråga om anordningar och utrustning för att säkerställa kvaliteten, patientsäkerheten, genomslaget, produktiviteten och effektiviteten inom hälso- och sjukvården ska sammanslås till de större enheterna. Den specialiserade sjukvård som centraliseras nationellt ska sammanslås till färre än fem universitetssjukhus. Bestämmelser om vilka av de uppgifter i fråga om planeringen och samordningen av den nationella helheten som ska förordnas ett välfärdsområde eller HUS-sammanslutningen, eller flera välfärdsområden och HUS-sammanslutningen får utfärdas genom förordning av statsrådet.

Den specialiserade sjukvård som centraliseras regionalt ska sammanslås till fem universitetssjukhus eller av särskilda skäl till ett annat sjukhus på motsvarande nivå. Dessutom sammanslås, för en ändamålsenlig arbetsfördelning mellan sjukhusen, den specialiserade sjukvården till de jourenheter som avses i 50 § 3 mom. Genom förordning av statsrådet får det utses och bemyndigas regionala aktörer för att samordna verksamheten.

Sådan operativ verksamhet som kräver operationssal och anestesi ska centraliseras till sådana i 50 § 3–5 mom. avsedda sjukhus som har jour dygnet runt inom flera specialområden.

Trots bestämmelserna i 3 mom. kan en del av sådan dagkirurgi samt sådan operativ verksamhet inom olika specialområden som förutsätter endast kortvarig eftervård, vilka kräver operationssal och anestesi, utföras också vid välfärdsområdenas sjukhus som finns i Kemi, Oulainen, Salo, Nyslott eller Valkeakoski, eller vid HUS-sammanslutningens sjukhus, om det har avtalats om saken i det samarbetsavtal som avses i 36 § i lagen om ordnande av social- och hälsovård. Att operativ verksamhet upprätthålls vid dessa sjukhus får inte äventyra personalens tillräcklighet vid universitetssjukhusen eller centralsjukhusen, eller välfärdsområdets eller HUS-sammanslutningens ekonomiska bärkraft eller fullgörandet av organiseringsansvaret i övrigt. Välfärdsområdet och HUS-sammanslutningen ska också säkerställa kompetensen, kvaliteten och patientsäkerheten.

Sådana mindre åtgärder som kräver narkos eller lokalbedövning och förutsätter anesthesiologisk kompetens, som kan genomföras patientsäkert även i andra lokaler än en operationssal och som kräver endast kortvarig eftervård av patienten, kan dessutom vidtas också vid en annan verksamhetsenhet inom hälso- och sjukvården, om välfärdsområdet, Helsingfors stad eller HUS-sammanslutningen säkerställer att kompetensen, kvaliteten och patientsäkerheten tillgodoses.

VälårsdsomrÅdet och HUS-sammanslutningen fÅr skaffa sÅdan operativ verksamhet som avses i 3 mom. endast frÅn en sÅdan privat tÅnsteproducent vars sjukhus finns i den omedelbara nÅrheten av ett offentligt i 50 § 3 eller 4 mom. avsett universitetssjukhus eller centralsjukhus och som har ett integrerat funktionellt samband med sjukhuset i frÅga.

VÅlfÅrdsomrÅdet, Helsingfors stad och HUS-sammanslutningen fÅr dessutom skaffa operationer och ÅtgÅrder som avses i 4 och 5 mom. ocksÅ frÅn en annan privat tÅnsteproducent Ån en tÅnsteproducent som avses i 6 mom. FrÅn privata tÅnsteproducenter fÅr det skaffas sÅdana primÅra protesoperationer i hÅft eller knÅ som patientspecifikt År lÅmpliga att utfÅras som och planeras utfÅras som dagkirurgiska ÅtgÅrder. En fÅrutsÅttni ng fÅr anskaffning av primÅra protesoperationer i hÅft eller knÅ År dessutom att den lÅngsta vÅntetid fÅr att fÅ vÅrd som anges i 52 § riskerar att Åverskridas i vÅlfÅrdsomrÅdet eller HUS-sammanslutningens omrÅde.

En fÅrutsÅttni ng fÅr anskaffning av operationer och andra ÅtgÅrder År att vÅlfÅrdsomrÅdet eller HUS-sammanslutningen tillsammans med tÅnsteproducenten sÅkerstÅller kompetensen, kvaliteten och patientsÅkerheten i verksamheten samt praxis fÅr fÅrflyttning av en patient till ett universitetssjukhus eller centralsjukhus, om en operation eller en annan ÅtgÅrd krÅver fortsatt vÅrd pÅ ett sjukhus. VÅlfÅrdsomrÅdena och HUS-sammanslutningen ska i samarbetsavtalet komma Åverens om de principer i enlighet med vilka vÅlfÅrdsomrÅdet eller HUS-sammanslutningen kan skaffa operativ verksamhet frÅn privata tÅnsteproducenter.

SÅdana vÅlfÅrdsomrÅden i vilka det finns ett universitetssjukhus och HUS-sammanslutningen ska tillsammans komma Åverens om vilka enheter som ska ge den specialiserade sjukvÅrd som centraliseras nationellt. Om vÅlfÅrdsomrÅdena och HUS-sammanslutningen inte kan komma Åverens om till vilka sjukhus eller enheter verksamheten ska sammanslås eller om avtalet inte uppfyller fÅrutsÅttni ngarna fÅr sÅkerstÅllandet av kvaliteten, patientsÅkerheten, genomslaget, produktiviteten och effektiviteten, kan statsrÅdet bestÅmma innehÅllet i avtalet.

Genom fÅrordning av statsrÅdet

1) fÅreskrivs det om den nationella och regionala arbetsfÅrdelningen i frÅga om vÅlfÅrdsomrÅdena och HUS-sammanslutningen och deras sjukhus, om de undersÅkningar, ÅtgÅrder och behandlingar som ska centraliseras och om de operationer och ÅtgÅrder som avses i 4, 5 och 7 mom.,

2) kan det fÅreskrivas om vÅrdgivande enheter, om den operativa verksamhet som avses i 3 och 6 mom. och om de kvantitativa krav och andra krav pÅ undersÅkningar, ÅtgÅrder och behandlingar som ska uppfyllas vid arbetsfÅrdelningen och centraliseringen.

50 §

BrÅdskande vÅrd

BrÅdskande sjukvÅrd, inbegri pet brÅdskande mun- och tandvÅrd, mentalvÅrd, missbrukarvÅrd och psykosocialt stÅd, ska ges till den patient som behÅver det oberoende av var patienten År bosatt. Med brÅdskande vÅrd avses omedelbar bedÅmning och vÅrd som inte kan skjutas upp utan att sjukdomen fÅrvÅrras eller kroppsskadan fÅrsvÅras och som gÅller akut sjukdom, kroppsskada, fÅrsÅmring av en lÅngvarig sjukdom eller funktionsnedsÅttni ng. Med brÅdskande vÅrd avses ocksÅ vÅrd med anledning av ett omedelbart behov av avgiftning till fÅlj d av anvÅndning av berusningsmedel. VÅlfÅrdsomrÅdet samt i Nyland vÅlfÅrdsomrÅdena, Helsingfors stad och HUS-sammanslutningen ska ordna verksamheten sÅ att en patient i brÅdskande fall omedelbart fÅr bedÅmning och vÅrd av en yrkesutbildad person inom hÅlso- och sjukvÅrden under alla tider pÅ dygnet.

VÅlfÅrdsomrÅdet samt i Nyland vÅlfÅrdsomrÅdena och Helsingfors stad ska inom hÅlso- och sjukvÅrden under kvÅllstid samt pÅ veckoslut under dagtid ordna brÅdskande mottagningsverksamhet inom primÅrvÅrden vid en verksamhetsenhet inom hÅlso- och sjukvÅrden, om befolkningens servicebehov och tÅnjesternas tillgÅnglighet fÅrutsÅtter detta.

Sådan brådskande mottagningsverksamhet ska ordnas så att den tillsammans med de andra tjänsterna bildar en funktionell helhet.

HUS-sammanslutningen ska i Helsingfors, Birkalands välfärdsområde ska i Tammerfors, Norra Österbottens välfärdsområde ska i Uleåborg, Norra Savolax välfärdsområde ska i Kuopio och Egentliga Finlands välfärdsområde ska i Åbo vid sitt universitetssjukhus, Södra Karelen välfärdsområdes ska i Villmanstrand, Södra Österbottens välfärdsområde ska i Seinäjoki, Mellersta Finlands välfärdsområde ska i Jyväskylä, Lapplands välfärdsområde ska i Rovaniemi, Norra Karelen välfärdsområde ska i Joensuu, Österbottens välfärdsområde ska i Vasa, Päijänne-Tavastlands välfärdsområde ska i Lahtis och Satakunta välfärdsområde ska i Björneborg vid sitt centralsjukhus ordna sådan jour dygnet runt inom flera specialområden som kan tillhandahålla omfattande tjänster inom flera medicinska specialområden dygnet runt och omedelbart och som har resurser för att upprätthålla den beredskap som behövs inom hälso- och sjukvården och för att sköta exceptionella situationer. En sådan enhet med jour dygnet runt ska stödja de andra jounheterna.

Södra Savolax välfärdsområde ska i S:t Michel, Kajanalands välfärdsområde ska i Kajana, Egentliga Tavastlands välfärdsområde ska i Tavastehus, Mellersta Österbottens välfärdsområde ska i Karleby och Kymmenedalens välfärdsområde ska i Kotka ordna sådan jour dygnet runt inom flera specialområden vid sitt centralsjukhus som har tillräcklig kompetens inom de specialområden som behövs och beredskap att sköta sedvanliga brådskande hälsoproblem hos befolkningen. I det samarbetsavtal som avses i 36 § i lagen om ordnande av social- och hälsovård kan det dessutom avtalas om jour vid dessa sjukhus inom andra specialområden som är behövliga med tanke på befolkningens servicebehov, tjänsternas tillgänglighet och tillgodoseendet av befolkningens språkliga rättigheter.

HUS-sammanslutningen kan på basis av sitt beslut ordna jour dygnet runt inom flera specialområden vid sina sjukhus även på andra orter inom HUS-sammanslutningens område.

Jour dygnet runt inom primärvården får upprätthållas av Lapplands välfärdsområde i Ivalo, av Norra Österbottens välfärdsområde i Kuusamo och av Kymmenedalens välfärdsområde i Kouvola. Lapplands välfärdsområde får i Kemi och Södra Savolax välfärdsområde får i Nyslott upprätthålla jour dygnet runt inom primärvården eller alternativt sådan begränsad jour dygnet runt inom den specialiserade sjukvården som stöder verksamheten vid sjukhuset och dess vårdavdelningar inom den specialiserade sjukvården och vårdkedjorna i området, men som dock inte är jour dygnet runt inom flera specialområden. En förutsättning för upprätthållandet av jour dygnet runt på de ovannämnda orterna är att tjänsternas tillgänglighet förutsätter att sådan jour upprätthålls och de att tjänster inom brådskande vård som befolkningen behöver inte kan säkerställas tillräckligt väl genom den prehospitla akutsjukvården och andra jounheter. Dessutom får Österbottens välfärdsområde i Jakobstad och HUS-sammanslutningen i Raseborg upprätthålla jour dygnet runt inom primärvården, om upprätthållandet stöder tillgodoseendet av de språkliga rättigheterna.

Sådan jour dygnet runt inom hälso- och sjukvården som är tillgänglig för befolkningen får ordnas endast vid de sjukhus eller verksamhetsenheter inom hälso- och sjukvården som finns på de orter som avses i 3–6 mom. Vid alla sjukhus och verksamhetsenheter inom hälso- och sjukvården får det dock upprätthållas sådan jour dygnet runt som behövs med tanke på patientsäkerheten för de patienter som redan är intagna på vårdavdelningarna vid sjukhuset eller verksamhetsenheten i fråga. Förlossningsverksamhet får ordnas vid de sjukhus som avses i 3–5 mom., om de övriga förutsättningarna för skötsel av förlossningar uppfylls.

Jounheterna ska ha de tillräckliga resurser och den tillräckliga kompetens som vårdkvaliteten, vårdens genomslag och patientsäkerheten förutsätter. När det fattas beslut om jour dygnet runt och när det i samarbetsavtalet avtalas om den ska befolkningens servicebehov, avstånden mellan jourmottagningarna, den prehospitla akutsjukvården, personalens tillräcklighet och välfärdsområdenas ekonomiska bärkraft samt hur välfärdsområdena, Helsingfors stad och HUS-sammanslutningen fullgör organiseringsansvaret beaktas. När det fattas beslut och avtalas om jour ska möjligheten för välfärdsområdet, Helsingfors stad och

HUS-sammanslutningen att samarbeta med också andra välfärdsområden än de som hör till samma samarbetsområde, med Helsingfors stad och med HUS-sammanslutningen beaktas.

Närmare bestämmelser om villkoren för att ordna jour inom olika medicinska verksamhetsområden utfärdas genom förordning av statsrådet. Genom förordning av statsrådet föreskrivs det om villkoren för omfattningen av förlossningsverksamheten. Social- och hälsovårdsministeriet kan bevilja tillstånd att avvika från de villkor som gäller omfattningen av förlossningsverksamheten, om det behövs för tjänsternas tillgänglighet eller för patientsäkerheten. Närmare bestämmelser om grunderna för givande av brådskande vård samt om uppgifterna och kvalitetskraven inom brådskande mottagningsverksamhet och vid enheter med jour dygnet runt, om närmare villkor för beviljandet av undantagstillstånd för förlossning samt om samarbetet mellan jourenheterna får utfärdas genom förordning av statsrådet.

50 a §

Samarbetet mellan hälso- och sjukvården och socialjouren

I brådskande situationer ska en yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården kontakta socialjouren. Vid de jourenheter som avses i 50 § 3 och 4 mom. ska socialjouren ordnas i samband med jouren inom hälso- och sjukvården.

Denna lag träder i kraft den 20 .

Vid de sjukhus som finns i Kemi i Lapplands välfärdsområde, i Oulainen i Norra Österbottens välfärdsområde, i Salo i Egentliga Finlands välfärdsområde, i Nyslott i Södra Savolax välfärdsområde och i Valkeakoski i Birkalands välfärdsområde samt vid de av HUS-sammanslutningens sjukhus där det inte upprätthålls samjour dygnet runt inom primärvården och den specialiserade sjukvården får det temporärt utföras primära protesoperationer i knä eller höft som dagkirurgi, om det finns risk för att den längsta väntetid för att få vård som anges i 52 § i den lag som ändras genom denna lag överskrids i välfärdsområdet eller HUS-sammanslutningens område och välfärdsområdet eller HUS-sammanslutningen inte kan skaffa dessa operationer i tillräcklig utsträckning från andra välfärdsområden. En förutsättning är dessutom att förutsättningarna för operativ verksamhet enligt 45 § 4 mom. i denna lag uppfylls. Dessa operationer får dock utföras vid de nämnda sjukhusen endast till och med den 30 juni 2028.

I Idensalmi och Varkaus i Norra Savolax välfärdsområde får jour dygnet runt inom primärvården eller akutmedicinen upprätthållas till och med den 31 december 2025 i enlighet med det tillstånd beviljat av social- och hälsovårdsministeriet som gällde vid ikraftträdandet av denna lag.

2.

Lag

om temporär ändring av 45 och 50 § i hälso- och sjukvårdslagen

I enlighet med riksdagens beslut
ändras temporärt i hälso- och sjukvårdslagen (1326/2010) 45 § och 50 § 7 mom., sådana de lyder, 45 § i lagarna 1516/2016 och 581/2022 samt 50 § 7 mom. i lag 1516/2016, som följer:

45 §

Arbetsfördelning och centralisering av vissa uppgifter inom den specialiserade sjukvården

En del av de undersökningar, åtgärder och behandlingar som är sällan förekommande eller krävande och därför ska kunna upprepas, eller som kräver specialkompetens inom flera områden för att förvärva och upprätthålla den kunskap och kompetens som krävs eller betydande investeringar i fråga om anordningar och utrustning för att säkerställa kvaliteten, patientsäkerheten, genomslaget, produktiviteten och effektiviteten inom hälso- och sjukvården ska sammanslås till de större enheterna. Den specialiserade sjukvård som centraliseras nationellt ska sammanslås till färre än fem universitetssjukhus. Bestämmelser om vilka av de uppgifter i fråga om planeringen och samordningen av den nationella helheten som ska förordnas en eller flera nationella aktörer får utfärdas genom förordning av statsrådet.

Den specialiserade sjukvård som centraliseras regionalt ska sammanslås till fem universitetssjukhus eller av särskilda skäl till ett annat sjukhus på motsvarande nivå. Dessutom sammanslås, för en ändamålsenlig arbetsfördelning mellan sjukhusen, den specialiserade sjukvården till de enheter med omfattande jour dygnet runt som avses i 50 § 3 mom. Genom förordning av statsrådet får det utses och bemyndigas regionala aktörer för att samordna verksamheten.

Sådan operativ verksamhet som kräver operationssal och anestesi ska sammanslås till de sjukhus som har samjour dygnet runt för primärvården och den specialiserade sjukvården.

Trots bestämmelserna i 3 mom. kan en del av sådan dagkirurgi samt sådan operativ verksamhet inom olika specialområden som förutsätter endast kortvarig eftervård, vilka kräver operationssal och anestesi, utföras också vid välfärdsområdenas sjukhus som finns i Kemi, Oulainen, Salo, Nyslott eller Valkeakoski, eller vid HUS-sammanslutningens sjukhus, även om samjour dygnet runt för primärvården och den specialiserade sjukvården inte upprätthålls vid dessa sjukhus. Primära protesoperationer i knä eller höft som dagkirurgi får temporärt utföras vid dessa sjukhus, om det finns risk för att den längsta väntetid för att få vård som anges i 52 § överskrids i välfärdsområdet eller HUS-sammanslutningens område och välfärdsområdet eller HUS-sammanslutningen inte kan skaffa dessa operationer i tillräcklig utsträckning från andra välfärdsområden. Att operativ verksamhet upprätthålls vid dessa sjukhus får inte äventyra personalens tillräcklighet vid universitetssjukhusen eller centralsjukhusen, eller välfärdsområdets eller HUS-sammanslutningens ekonomiska bärkraft eller fullgörandet av organiseringsansvaret i övrigt. Välfärdsområdet och HUS-sammanslutningen ska också säkerställa kompetensen, kvaliteten och patientsäkerheten.

Sådana mindre åtgärder som kräver narkos eller lokalbedövning och förutsätter anestesilogisk kompetens, som kan genomföras patientsäkert även i andra lokaler än en operationssal och som kräver endast kortvarig eftervård av patienten, kan dessutom vidtas också vid en annan verksamhetsenhet inom hälso- och sjukvården, om välfärdsområdet, Helsingfors

stad eller HUS-sammanslutningen säkerställer att kompetensen, kvaliteten och patientsäkerheten tillgodoses.

Välårsområdet och HUS-sammanslutningen får skaffa sådan operativ verksamhet som avses i 3 mom. endast från en sådan privat tjänsteproducent vars sjukhus finns i den omedelbara närheten av ett offentligt universitetssjukhus eller centralsjukhus och som har ett integrerat funktionellt samband med sjukhuset i fråga.

Välårsområdet, Helsingfors stad och HUS-sammanslutningen får dessutom skaffa operationer och åtgärder som avses i 4 och 5 mom. också från en annan privat tjänsteproducent än en tjänsteproducent som avses i 6 mom. Från privata tjänsteproducenter får det skaffas sådana primära protesoperationer i höft eller knä som patientspecifikt är lämpliga att utföras som och planeras utföras som dagkirurgiska åtgärder. En förutsättning för anskaffning av primära protesoperationer i höft eller knä är dessutom att den längsta väntetid för att få vård som anges i 52 § riskerar att överskridas.

En förutsättning för anskaffning av operationer och andra åtgärder är att välårsområdet eller HUS-sammanslutningen tillsammans med tjänsteproducenten säkerställer kompetensen, kvaliteten och patientsäkerheten i verksamheten samt praxis för förflyttning av en patient till ett universitetssjukhus eller centralsjukhus, om en operation eller en annan åtgärd kräver fortsatt vård på ett sjukhus.

Sådana välårsområden i vilka det finns ett universitetssjukhus och HUS-sammanslutningen ska tillsammans komma överens om vilka enheter som ska ge den specialiserade sjukvård som centraliseras nationellt. Om välårsområdena och HUS-sammanslutningen inte kan komma överens om till vilka sjukhus eller enheter verksamheten ska sammanslås eller om avtalet inte uppfyller förutsättningarna för säkerställandet av kvaliteten, patientsäkerheten, genomslaget, produktiviteten och effektiviteten, kan statsrådet bestämma innehållet i avtalet.

Genom förordning av statsrådet

1) föreskrivs det om den nationella och regionala arbetsfördelningen i fråga om välårsområdena och HUS-sammanslutningen och deras sjukhus, om de undersökningar, åtgärder och behandlingar som ska centraliseras och om de operationer och åtgärder som avses i 4, 5 och 7 mom.,

2) kan det föreskrivas om vårdgivande enheter, om den operativa verksamhet som avses i 3 och 6 mom. och om de kvantitativa krav och andra krav på undersökningar, åtgärder och behandlingar som ska uppfyllas vid arbetsfördelningen och centraliseringen.

50 §

Brådskande vård

Närmare bestämmelser om villkoren för att ordna jour inom olika medicinska verksamhetsområden utfärdas genom förordning av statsrådet. Genom förordning av statsrådet föreskrivs det om villkoren för omfattningen av förlossningsverksamheten. Social- och hälsovårdsministeriet kan bevilja tillstånd att avvika från dessa villkor, om det behövs för tjänsternas tillgänglighet eller för patientsäkerheten. Närmare bestämmelser om grunderna för brådskande vård, om uppgifterna och kvalitetskraven inom brådskande mottagningsverksamhet och vid enheter för omfattande jour dygnet runt, vid samjouren för jour dygnet runt och vid enheter för jour dygnet runt inom primärvården och akutmedicinen, om närmare villkor för beviljandet av undantagstillstånd samt om samarbetet mellan jourenheterna får utfärdas genom förordning av statsrådet.

Denna lag träder i kraft den 20 och gäller till och med den 30 september 2025.

3.

Lag

om ändring av 29 a § i socialvårdslagen

I enlighet med riksdagens beslut
ändras i socialvårdslagen (1301/2014) 29 a § 1 mom., sådant det lyder i lag 589/2022, som
följer:

29 a §

Samarbetet mellan socialjouren och hälso- och sjukvården

Socialjour ska ordnas i anslutning till de jourenheter som avses i 50 § 3 och 4 mom. i hälso- och sjukvårdslagen. För ordnandet av socialjouren svarar de välfärdsområden inom vilka de verksamhetsenheter inom hälso- och sjukvården som avses i detta moment finns.

Denna lag träder i kraft den 20 . _____

4.

Lag

om upphävande av 59 § i lagen om genomförande av reformen av social- och hälsovården och räddningsväsendet och om införande av den lagstiftning som gäller reformen

I enlighet med riksdagens beslut föreskrivs:

1 §

Genom denna lag upphävs i lagen om genomförande av reformen av social- och hälsovården och räddningsväsendet och om införande av den lagstiftning som gäller reformen (616/2021) 59 §, sådan den lyder i lag 429/2023.

2 §

Denna lag träder i kraft den 20 . _____

Helsingfors den 3 oktober 2024

Statsminister

Petteri Orpo

Social- och hälsovårdsminister Kaisa Juuso

1.

Lag

om ändring av hälso- och sjukvårdslagen

I enlighet med riksdagens beslut
ändras i hälso- och sjukvårdslagen (1326/2010) 45 och 50 § samt 50 a § 3 mom., sådana de lyder, 45 § i lagarna 1516/2016 och 581/2022, 50 § i lagarna 1516/2016, 581/2022 och 1281/2022 samt 50 a § 3 mom. i lag 1516/2016, som följer:

Gällande lydelse

45 §

Arbetsfördelning och centralisering av vissa uppgifter inom den specialiserade sjukvården

En del av de undersökningar, åtgärder och behandlingar som är sällan förekommande eller krävande och därför ska kunna upprepas, eller som kräver specialkompetens inom flera områden för att förvärva och upprätthålla den kunskap och kompetens som krävs eller betydande investeringar i fråga om anordningar och utrustning för att säkerställa kvaliteten, patientsäkerheten, genomslaget, produktiviteten och effektiviteten inom hälso- och sjukvården ska sammanslås till de större enheterna. Den specialiserade sjukvård som centraliseras nationellt ska sammanslås till mindre än fem enheter inom ett universitetssjukhus. Vilka av de uppgifter i fråga om planeringen och samordningen av den nationella helheten som ska förordnas en eller flera nationella aktörer får utfärdas genom förordning av statsrådet.

Den specialiserade sjukvård som centraliseras regionalt ska sammanslås till fem universitetssjukhus eller av särskilda skäl till ett sjukhus på motsvarande nivå. Dessutom sammanslås den specialiserade sjukvården till de enheter med omfattande

Föreslagen lydelse

45 §

Arbetsfördelning och centralisering av vissa uppgifter inom den specialiserade sjukvården

En del av de undersökningar, åtgärder och behandlingar som är sällan förekommande eller krävande och därför ska kunna upprepas, eller som kräver specialkompetens inom flera områden för att förvärva och upprätthålla den kunskap och kompetens som krävs eller betydande investeringar i fråga om anordningar och utrustning för att säkerställa kvaliteten, patientsäkerheten, genomslaget, produktiviteten och effektiviteten inom hälso- och sjukvården ska sammanslås till de större enheterna. Den specialiserade sjukvård som centraliseras nationellt ska sammanslås till färre än fem universitetssjukhus. *Bestämmelser om vilka av de uppgifter i fråga om planeringen och samordningen av den nationella helheten som ska förordnas ett välfärdsområde eller HUS-sammanslutningen, eller flera välfärdsområden och HUS-sammanslutningen* får utfärdas genom förordning av statsrådet.

Den specialiserade sjukvård som centraliseras regionalt ska sammanslås till fem universitetssjukhus eller av särskilda skäl till ett annat sjukhus på motsvarande nivå. Dessutom sammanslås, *för en ändamålsenlig arbetsfördelning mellan sjukhusen*, den

Gällande lydelse

jour dygnet runt som avses i 50 § 3 mom. Genom förordning av statsrådet får det utses och bemyndigas regionala aktörer för att samordna verksamheten.

Sådan operativ verksamhet som kräver operationssal och anestesi ska i sin helhet sammanslås till de sjukhus som har samjour dygnet runt för primärvården och den specialiserade sjukvården.

Föreslagen lydelse

specialiserade sjukvården till de *jourenheter som avses i 50 § 3 mom.* Genom förordning av statsrådet får det utses och bemyndigas regionala aktörer för att samordna verksamheten.

Sådan operativ verksamhet som kräver operationssal och anestesi ska *centraliseras till sådana i 50 § 3–5 mom. avsedda sjukhus som har jour dygnet runt inom flera specialområden.*

Trots bestämmelserna i 3 mom. kan en del av sådan dagkirurgi samt sådan operativ verksamhet inom olika specialområden som förutsätter endast kortvarig eftervård, vilka kräver operationssal och anestesi, utföras också vid välfärdsområdenas sjukhus som finns i Kemi, Oulainen, Salo, Nyslott eller Valkeakoski, eller vid HUS-sammanslutningens sjukhus, om det har avtalats om saken i det samarbetsavtal som avses i 36 § i lagen om ordnande av social- och hälsovård. Att operativ verksamhet upprätthålls vid dessa sjukhus får inte äventyra personalens tillräcklighet vid universitetssjukhusen eller centralsjukhusen, eller välfärdsområdets eller HUS-sammanslutningens ekonomiska bärkraft eller fullgörandet av organiseringsansvaret i övrigt. Välfärdsområdet och HUS-sammanslutningen ska också säkerställa kompetensen, kvaliteten och patientsäkerheten.

Sådana mindre åtgärder som kräver narkos eller lokalbedövning och förutsätter anesthesiologisk kompetens, som kan genomföras patientsäkert även i andra lokaler än en operationssal och som kräver endast kortvarig eftervård av patienten, kan dessutom vidtas också vid en annan verksamhetsenhet inom hälso- och sjukvården, om välfärdsområdet, Helsingfors stad eller HUS-sammanslutningen säkerställer att kompetensen, kvaliteten och patientsäkerheten tillgodoses.

Välfärdsområdet och HUS-sammanslutningen får skaffa sådan operativ verksamhet som avses i 3 mom. endast från en sådan privat tjänsteproducent vars sjukhus finns i den omedelbara närheten av ett

Gällande lydelse

De välfärdsområden som har ett universitetssjukhus samt HUS-sammanslutningen ska komma överens om vilka enheter som ska ge den specialiserade sjukvård som centraliseras nationellt. Om välfärdsområdena och HUS-sammanslutningen inte kan komma överens om till vilka sjukhus eller enheter verksamheten ska sammanslås eller om avtalet inte uppfyller förutsättningarna för säkerställandet av kvaliteten, patientsäkerheten, genomslaget, produktiviteten och effektiviteten, kan

Föreslagen lydelse

offentligt i 50 § 3 eller 4 mom. avsett universitetssjukhus eller centralsjukhus och som har ett integrerat funktionellt samband med sjukhuset i fråga.

Välfärdsområdet, Helsingfors stad och HUS-sammanslutningen får dessutom skaffa operationer och åtgärder som avses i 4 och 5 mom. också från en annan privat tjänsteproducent än en tjänsteproducent som avses i 6 mom. Från privata tjänsteproducenter får det skaffas sådana primära protesoperationer i höft eller knä som patientspecifikt är lämpliga att utföras som och planeras utföras som dagkirurgiska åtgärder. En förutsättning för anskaffning av primära protesoperationer i höft eller knä är dessutom att den längsta väntetid för att få vård som anges i 52 § riskerar att överskridas i välfärdsområdet eller HUS-sammanslutningens område.

En förutsättning för anskaffning av operationer och andra åtgärder är att välfärdsområdet eller HUS-sammanslutningen tillsammans med tjänsteproducenten säkerställer kompetensen, kvaliteten och patientsäkerheten i verksamheten samt praxis för förflyttning av en patient till ett universitetssjukhus eller centralsjukhus, om en operation eller en annan åtgärd kräver fortsatt vård på ett sjukhus. Välfärdsområdena och HUS-sammanslutningen ska i samarbetsavtalet komma överens om de principer i enlighet med vilka välfärdsområdet eller HUS-sammanslutningen kan skaffa operativ verksamhet från privata tjänsteproducenter.

Sådana välfärdsområden i vilka det finns ett universitetssjukhus och HUS-sammanslutningen ska tillsammans komma överens om vilka enheter som ska ge den specialiserade sjukvård som centraliseras nationellt. Om välfärdsområdena och HUS-sammanslutningen inte kan komma överens om till vilka sjukhus eller enheter verksamheten ska sammanslås eller om avtalet inte uppfyller förutsättningarna för säkerställandet av kvaliteten, patientsäkerheten, genomslaget,

Gällande lydelse

statsrådet bestämma innehållet i avtalet. *I fråga om den vård som ska centraliseras regionalt och om samordnandet av verksamheten bestäms i det samarbetsavtal som avses i 36 § i lagen om ordnande av social- och hälsovård.*

Genom förordning av statsrådet föreskrivs det om den nationella och regionala arbetsfördelningen i fråga om sjukhusen och om centraliseringen av undersökningar, åtgärder och vård samt vid behov om vårdgivande enheter och om kvantitativa villkor och andra villkor för de undersökningar, åtgärder och behandlingar som ska centraliseras, vilka ska uppfyllas vid centraliseringen.

50 §

Brådskande vård

Brådskande sjukvård, inbegripet brådskande mun- och tandvård, mentalvård, missbrukarvård och psykosocialt stöd, ska ges till den patient som behöver det oberoende av var han eller hon är bosatt. Med brådskande vård avses omedelbar bedömning och vård som inte kan skjutas upp utan att sjukdomen förvärras eller kroppsskadan försvåras och som gäller akut sjukdom, kroppsskada, försämring av en långvarig sjukdom eller funktionsnedsättning. Med brådskande vård avses också ett omedelbart behov av avgiftning till följd av användning av berusningsmedel.

Föreslagen lydelse

produktiviteten och effektiviteten, kan statsrådet bestämma innehållet i avtalet.

Genom förordning av statsrådet

1) föreskrivs det om den nationella och regionala arbetsfördelningen i fråga om välfärdsområdena och HUS-sammanslutningen och deras sjukhus, om de undersökningar, åtgärder och behandlingar som ska centraliseras och om de operationer och åtgärder som avses i 4, 5 och 7 mom.,

2) kan det föreskrivas om vårdgivande enheter, om den operativa verksamhet som avses i 3 och 6 mom. och om de kvantitativa krav och andra krav på undersökningar, åtgärder och behandlingar som ska uppfyllas vid arbetsfördelningen och centraliseringen.

50 §

Brådskande vård

Brådskande sjukvård, inbegripet brådskande mun- och tandvård, mentalvård, missbrukarvård och psykosocialt stöd, ska ges till den patient som behöver det oberoende av var patienten är bosatt. Med brådskande vård avses omedelbar bedömning och vård som inte kan skjutas upp utan att sjukdomen förvärras eller kroppsskadan försvåras och som gäller akut sjukdom, kroppsskada, försämring av en långvarig sjukdom eller funktionsnedsättning. Med brådskande vård avses också vård med anledning av ett omedelbart behov av avgiftning till följd av användning av berusningsmedel. *Välfärdsområdet samt i Nyland välfärdsområdena, Helsingfors stad och HUS-sammanslutningen ska ordna verksamheten så att en patient i brådskande fall omedelbart får bedömning och vård av en yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården under alla tider på dygnet.*

Gällande lydelse

För brådskande vård ska ett välfärdsområde ordna mottagningsverksamheten nära patientens boningsort så att patienten vid brådskande fall på vardagar under den tid som uppgetts kan få bedömning och vård omedelbart av en yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården, utom då det för att säkerställa patientsäkerheten och kvaliteten på tjänsterna krävs att bedömningen och vården centraliseras till jourenheten. Ett välfärdsområde ska inom hälso- och sjukvården ordna brådskande mottagningsverksamhet för primärvården under kvällstid samt på veckoslut under dagtid när tillgängligheten till tjänsterna förutsätter detta.

HUS-sammanslutningen samt Egentliga Finlands välfärdsområde, Satakunta välfärdsområde, Birkalands välfärdsområde, Päijänne-Tavastlands välfärdsområde, Södra Karelen välfärdsområde, Norra Karelen välfärdsområde, Norra Savolax välfärdsområde, Mellersta Finlands välfärdsområde, Österbottens välfärdsområde samt Södra Österbottens, Norra Österbottens och Lapplands välfärdsområden ska i anslutning till det egna centralsjukhuset ordna en enhet för omfattande jour dygnet runt. Med en enhet med omfattande jour dygnet runt avses samjour för primärvården och den specialiserade sjukvården, som kan tillhandahålla omfattande tjänster inom flera medicinska specialområden omedelbart och dygnet runt och som har resurser för att upprätthålla den beredskap som behövs inom hälso- och sjukvården och för att sköta exceptionella situationer. Enheten med omfattande jour dygnet runt ska stödja de andra jourenheterna. De välfärdsområden i vilka det finns ett universitetssjukhus samt HUS-sammanslutningen kan i anslutning till sina sjukhus bilda flera än en enhet med samjour dygnet runt, om befolkningens servicebehov förutsätter det.

Föreslagen lydelse

Välfärdsområdet samt i Nyland välfärdsområdena och Helsingfors stad ska inom hälso- och sjukvården under kvällstid samt på veckoslut under dagtid ordna brådskande mottagningsverksamhet inom primärvården vid en verksamhetsenhet inom hälso- och sjukvården, om befolkningens servicebehov och tjänsternas tillgänglighet förutsätter detta. Sådan brådskande mottagningsverksamhet ska ordnas så att den tillsammans med de andra tjänsterna bildar en funktionell helhet.

HUS-sammanslutningen ska i Helsingfors, Birkalands välfärdsområde ska i Tammerfors, Norra Österbottens välfärdsområde ska i Uleåborg, Norra Savolax välfärdsområde ska i Kuopio och Egentliga Finlands välfärdsområde ska i Åbo vid sitt universitetssjukhus, Södra Karelen välfärdsområdes ska i Villmanstrand, Södra Österbottens välfärdsområde ska i Seinäjoki, Mellersta Finlands välfärdsområde ska i Jyväskylä, Lapplands välfärdsområde ska i Rovaniemi, Norra Karelen välfärdsområde ska i Joensuu, Österbottens välfärdsområde ska i Vasa, Päijänne-Tavastlands välfärdsområde ska i Lahtis och Satakunta välfärdsområde ska i Björneborg vid sitt centralsjukhus ordna sådan jour dygnet runt inom flera specialområden som kan tillhandahålla omfattande tjänster inom flera medicinska specialområden dygnet runt och omedelbart och som har resurser för att upprätthålla den beredskap som behövs inom hälso- och sjukvården och för att sköta exceptionella situationer. En sådan enhet med jour dygnet runt ska stödja de andra jourenheterna.

Gällande lydelse

Andra välfärdsområden än de som avses i 3 mom. ska för primärvården och den specialiserade sjukvården upprätthålla sådan samjour dygnet runt i anknytning till centralsjukhuset som har beredskap att sköta sedvanliga brådskande hälsoproblem hos befolkningen. Samjouren ska ha tillräcklig kompetens inom de specialområden som behövs för att sköta sedvanliga brådskande hälsoproblem hos befolkningen. Utöver det som i 3 mom. föreskrivs om enheten med omfattande jour dygnet runt ska samarbetsområdet alltid ha rätt att utifrån samarbetsavtalet överenskomma att i enheten för samjour dygnet runt som verkar i dess område i anknytning till välfärdsområdets centralsjukhus kan en så bred och funktionellt mångsidig jourenhet bildas, som tjänsternas tillgänglighet, avstånd mellan jourmottagningen och förverkligandet av befolkningens språkliga rättigheter förutsätter.

Social- och hälsovårdsministeriet kan bevilja ett välfärdsområde tillstånd att ordna jour dygnet runt inom primärvården eller akutmedicinen, om tillgängligheten till tjänsterna och avstånden mellan jourmottagningarna förutsätter detta och de tjänster som befolkningen behöver inte kan säkerställas tillräckligt väl genom den prehospitla akutsjukvården.

Föreslagen lydelse

Södra Savolax välfärdsområde ska i S:t Michel, Kajanalands välfärdsområde ska i Kajana, Egentliga Tavastlands välfärdsområde ska i Tavastehus, Mellersta Österbottens välfärdsområde ska i Karleby och Kymmenedalens välfärdsområde ska i Kotka ordna sådan jour dygnet runt inom flera specialområden vid sitt centralsjukhus som har tillräcklig kompetens inom de specialområden som behövs och beredskap att sköta sedvanliga brådskande hälsoproblem hos befolkningen. I det samarbetsavtal som avses i 36 § i lagen om ordnande av social- och hälsovård kan det dessutom avtalas om jour vid dessa sjukhus inom andra specialområden som är behövliga med tanke på befolkningens servicebehov, tjänsternas tillgänglighet och tillgodoseendet av befolkningens språkliga rättigheter.

HUS-sammanslutningen kan på basis av sitt beslut ordna jour dygnet runt inom flera specialområden vid sina sjukhus även på andra orter inom HUS-sammanslutningens område.

Jour dygnet runt inom primärvården får upprätthållas av Lapplands välfärdsområde i Ivalo, av Norra Österbottens välfärdsområde i Kuusamo och av Kymmenedalens välfärdsområde i Kouvola. Lapplands välfärdsområde får i Kemi och Södra Savolax välfärdsområde får i Nyslott upprätthålla jour dygnet runt inom primärvården eller alternativt sådan begränsad jour dygnet runt inom den specialiserade sjukvården som stöder verksamheten vid sjukhuset och dess vårdavdelningar inom den specialiserade sjukvården och vårdkedjorna i området, men som dock inte är jour dygnet runt inom flera specialområden. En förutsättning för upprätthållandet av jour dygnet runt på de ovannämnda orterna är att tjänsternas tillgänglighet förutsätter att sådan jour upprätthålls och de att tjänster inom brådskande vård som befolkningen behöver inte kan säkerställas tillräckligt väl genom den prehospitla akutsjukvården och andra

Gällande lydelse

Jourenheterna ska ha tillräckliga resurser och tillräcklig kompetens för att vårdkvaliteten och patientsäkerheten ska tillgodoses. Det ska avtalas om jouren och dess omfattning i det samarbetsavtal som avses i 36 § i lagen om ordnande av social- och hälsovård, med beaktande av områdets prehospitala akutsjukvård, avstånden mellan jourmottagningarna samt befolkningens servicebehov.

Genom förordning av statsrådet får det utfärdas närmare bestämmelser om villkoren för att ordna jour inom olika medicinska verksamhetsområden. Genom förordning av statsrådet föreskrivs det om villkoren för omfattningen av förlossningsverksamheten. Social- och hälsovårdsministeriet kan bevilja

Föreslagen lydelse

jourenheter. Dessutom får Österbottens välfärdsområde i Jakobstad och HUS-sammanslutningen i Raseborg upprätthålla jour dygnet runt inom primärvården, om upprätthållandet stöder tillgodoseendet av de språkliga rättigheterna.

Sådan jour dygnet runt inom hälso- och sjukvården som är tillgänglig för befolkningen får ordnas endast vid de sjukhus eller verksamhetsenheter inom hälso- och sjukvården som finns på de orter som avses i 3–6 mom. Vid alla sjukhus och verksamhetsenheter inom hälso- och sjukvården får det dock upprätthållas sådan jour dygnet runt som behövs med tanke på patientsäkerheten för de patienter som redan är intagna på vårdavdelningarna vid sjukhuset eller verksamhetsenheten i fråga. Förlossningsverksamhet får ordnas vid de sjukhus som avses i 3–5 mom., om de övriga förutsättningarna för skötsel av förlossningar uppfylls.

Jourenheterna ska ha de tillräckliga resurser och den tillräckliga kompetens som vårdkvaliteten, vårdens genomslag och patientsäkerheten förutsätter. När det fattas beslut om jour dygnet runt och när det i samarbetsavtalet avtalas om den ska befolkningens servicebehov, avstånden mellan jourmottagningarna, den prehospitala akutsjukvården, personalens tillräcklighet och välfärdsområdenas ekonomiska bärkraft samt hur välfärdsområdena, Helsingfors stad och HUS-sammanslutningen fullgör organiseringsansvaret beaktas. När det fattas beslut och avtalas om jour ska möjligheten för välfärdsområdet, Helsingfors stad och HUS-sammanslutningen att samarbeta med också andra välfärdsområden än de som hör till samma samarbetsområde, med Helsingfors stad och med HUS-sammanslutningen beaktas.

Närmare bestämmelser om villkoren för att ordna jour inom olika medicinska verksamhetsområden utfärdas genom förordning av statsrådet. Genom förordning av statsrådet föreskrivs det om villkoren för omfattningen av förlossningsverksamheten. Social- och hälsovårdsministeriet kan bevilja

Gällande lydelse

tillstånd att avvika från dessa villkor, om det behövs för tillgängligheten till tjänsten eller för patientsäkerheten. Närmare bestämmelser om grunderna för brådskande vård, om uppgifterna och kvalitetskraven inom brådskande mottagningsverksamhet, vid enheter för omfattande jour dygnet runt, vid samjouren för jour dygnet runt och vid enheter för jour dygnet runt inom primärvården och akutmedicinen, om närmare villkor för beviljandet av undantagstillstånd samt om jourenheternas regionala samarbete får utfärdas genom förordning av statsrådet.

50 §

Samarbetet mellan hälso- och sjukvården och socialjouren

I brådskande situationer ska en yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården kontakta socialjouren. I de enheter för omfattande jour dygnet runt som avses i 50 § 3 mom. samt i den samjour inom primärvård och specialiserad sjukvård som avses i 50 § 4 mom. ska socialjouren ordnas i samband med hälso- och sjukvårdens jour.

Föreslagen lydelse

tillstånd att avvika från *de villkor som gäller omfattningen av förlossningsverksamheten*, om det behövs för *tjänsternas tillgänglighet* eller för patientsäkerheten. Närmare bestämmelser om grunderna för *givande av brådskande vård samt* om uppgifterna och kvalitetskraven inom brådskande mottagningsverksamhet *och vid enheter med jour dygnet runt*, om närmare villkor för beviljandet av undantagstillstånd *för förlossning* samt om *samarbetet mellan jourenheterna* får utfärdas genom förordning av statsrådet.

50 a §

Samarbetet mellan hälso- och sjukvården och socialjouren

I brådskande situationer ska en yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården kontakta socialjouren. *Vid de jourenheter som avses i 50 § 3 och 4 mom.* ska socialjouren ordnas i samband med jouren inom hälso- och sjukvården.

Denna lag träder i kraft den 20 .
Vid de sjukhus som finns i Kemi i Lapplands välfärdsområde, i Oulainen i Norra Österbottens välfärdsområde, i Salo i Egentliga Finlands välfärdsområde, i Nyslott i Södra Savolax välfärdsområde och i Valkeakoski i Birkalands välfärdsområde samt vid de av HUS-sammanslutningens sjukhus där det inte upprätthålls samjour dygnet runt inom primärvården och den specialiserade sjukvården får det temporärt utföras primära protesoperationer i knä eller höft som dagkirurgi, om det finns risk för att den längsta väntetid för att få vård som anges i 52 § i den lag som ändras genom denna lag överskrids i välfärdsområdet eller HUS-sammanslutningens område och

Gällande lydelse

Föreslagen lydelse

väl­färds­om­rå­det eller HUS-sammanslutningen inte kan skaffa dessa operationer i tillräcklig utsträckning från andra väl­färds­om­rå­den. En förutsättning är dessutom att förutsättningarna för operativ verksamhet enligt 45 § 4 mom. i denna lag uppfylls. Dessa operationer får dock utföras vid de nämnda sjukhusen endast till och med den 30 juni 2028.

I Idensalmi och Varkaus i Norra Savolax väl­färds­om­råde får jour dygnet runt inom primärvården eller akutmedicinen upprätthållas till och med den 31 december 2025 i enlighet med det tillstånd beviljat av social- och hälsovårdsministeriet som gällde vid ikraftträdandet av denna lag.

2.

Lag

om temporär ändring av 45 och 50 § i hälso- och sjukvårdslagen

I enlighet med riksdagens beslut
ändras temporärt i hälso- och sjukvårdslagen (1326/2010) 45 § och 50 § 7 mom., sådana de lyder, 45 § i lagarna 1516/2016 och 581/2022 samt 50 § 7 mom. i lag 1516/2016, som följer:

Gällande lydelse

45 §

Arbetsfördelning och centralisering av vissa uppgifter inom den specialiserade sjukvården

En del av de undersökningar, åtgärder och behandlingar som är sällan förekommande eller krävande och därför ska kunna upprepas, eller som kräver specialkompetens inom flera områden för att förvärva och upprätthålla den kunskap och kompetens som krävs eller betydande investeringar i fråga om anordningar och utrustning för att säkerställa kvaliteten, patientsäkerheten, genomslaget, produktiviteten och effektiviteten inom hälso- och sjukvården ska sammanslås till de större enheterna. Den specialiserade sjukvård som centraliseras nationellt ska sammanslås till mindre än fem enheter inom ett universitetssjukhus. Vilka av de uppgifter i fråga om planeringen och samordningen av den nationella helheten som ska förordnas en eller flera nationella aktörer får utfärdas genom förordning av statsrådet.

Den specialiserade sjukvård som centraliseras regionalt ska sammanslås till fem universitetssjukhus eller av särskilda skäl till ett sjukhus på motsvarande nivå. Dessutom sammanslås den specialiserade sjukvården till de enheter med omfattande jour dygnet runt som avses i 50 § 3 mom. Genom förordning av statsrådet får det utses och bemyndigas regionala aktörer för att samordna verksamheten.

Föreslagen lydelse

45 §

Arbetsfördelning och centralisering av vissa uppgifter inom den specialiserade sjukvården

En del av de undersökningar, åtgärder och behandlingar som är sällan förekommande eller krävande och därför ska kunna upprepas, eller som kräver specialkompetens inom flera områden för att förvärva och upprätthålla den kunskap och kompetens som krävs eller betydande investeringar i fråga om anordningar och utrustning för att säkerställa kvaliteten, patientsäkerheten, genomslaget, produktiviteten och effektiviteten inom hälso- och sjukvården ska sammanslås till de större enheterna. Den specialiserade sjukvård som centraliseras nationellt ska sammanslås till färre än fem universitetssjukhus. Bestämmelser om vilka av de uppgifter i fråga om planeringen och samordningen av den nationella helheten som ska förordnas en eller flera nationella aktörer får utfärdas genom förordning av statsrådet.

Den specialiserade sjukvård som centraliseras regionalt ska sammanslås till fem universitetssjukhus eller av särskilda skäl till ett annat sjukhus på motsvarande nivå. Dessutom sammanslås, för en ändamålsenlig arbetsfördelning mellan sjukhusen, den specialiserade sjukvården till de enheter med omfattande jour dygnet runt som avses i 50 § 3 mom. Genom förordning av statsrådet får det utses och bemyndigas regionala aktörer för att samordna verksamheten.

Gällande lydelse

Sådan operativ verksamhet som kräver operationssal och anestesi ska *i sin helhet* sammanlösas till de sjukhus som har samjour dygnet runt för primärvården och den specialiserade sjukvården.

Föreslagen lydelse

Sådan operativ verksamhet som kräver operationssal och anestesi ska sammanlösas till de sjukhus som har samjour dygnet runt för primärvården och den specialiserade sjukvården.

Trots bestämmelserna i 3 mom. kan en del av sådan dagkirurgi samt sådan operativ verksamhet inom olika specialområden som förutsätter endast kortvarig eftervård, vilka kräver operationssal och anestesi, utföras också vid välfärdsområdenas sjukhus som finns i Kemi, Oulainen, Salo, Nyslott eller Valkeakoski, eller vid HUS-sammanslutningens sjukhus, även om samjour dygnet runt för primärvården och den specialiserade sjukvården inte upprätthålls vid dessa sjukhus. Primära protesoperationer i knä eller höft som dagkirurgi får temporärt utföras vid dessa sjukhus, om det finns risk för att den längsta väntetid för att få vård som anges i 52 § överskrids i välfärdsområdet eller HUS-sammanslutningens område och välfärdsområdet eller HUS-sammanslutningen inte kan skaffa dessa operationer i tillräcklig utsträckning från andra välfärdsområden. Att operativ verksamhet upprätthålls vid dessa sjukhus får inte äventyra personalens tillräcklighet vid universitetssjukhusen eller centralsjukhusen, eller välfärdsområdets eller HUS-sammanslutningens ekonomiska bärkraft eller fullgörandet av organiseringsansvaret i övrigt. Välfärdsområdet och HUS-sammanslutningen ska också säkerställa kompetensen, kvaliteten och patientsäkerheten.

Sådana mindre åtgärder som kräver narkos eller lokalbedövning och förutsätter anesthesiologisk kompetens, som kan genomföras patientsäkert även i andra lokaler än en operationssal och som kräver endast kortvarig eftervård av patienten, kan dessutom vidtas också vid en annan verksamhetsenhet inom hälso- och sjukvården, om välfärdsområdet, Helsingfors stad eller HUS-sammanslutningen säkerställer att kompetensen, kvaliteten och patientsäkerheten tillgodoses.

Gällande lydelse

De välfärdsområden som har ett universitetssjukhus samt HUS-sammanslutningen ska komma överens om vilka enheter som ska ge den specialiserade sjukvård som centraliseras nationellt. Om välfärdsområdena och HUS-sammanslutningen inte kan komma överens om till vilka sjukhus eller enheter verksamheten ska sammanslås eller om avtalet inte uppfyller förutsättningarna för säkerställandet av kvaliteten, patientsäkerheten, genomslaget, produktiviteten och effektiviteten, kan statsrådet bestämma innehållet i avtalet. *I fråga om den vård som ska centraliseras regionalt och om samordnandet av*

Föreslagen lydelse

Välfärdsområdet och HUS-sammanslutningen får skaffa sådan operativ verksamhet som avses i 3 mom. endast från en sådan privat tjänsteproducent vars sjukhus finns i den omedelbara närheten av ett offentligt universitetssjukhus eller centralsjukhus och som har ett integrerat funktionellt samband med sjukhuset i fråga.

Välfärdsområdet, Helsingfors stad och HUS-sammanslutningen får dessutom skaffa operationer och åtgärder som avses i 4 och 5 mom. också från en annan privat tjänsteproducent än en tjänsteproducent som avses i 6 mom. Från privata tjänsteproducenter får det skaffas sådana primära protesoperationer i höft eller knä som patientspecifikt är lämpliga att utföras som och planeras utföras som dagkirurgiska åtgärder. En förutsättning för anskaffning av primära protesoperationer i höft eller knä är dessutom att den längsta väntetid för att få vård som anges i 52 § riskerar att överskridas.

En förutsättning för anskaffning av operationer och andra åtgärder är att välfärdsområdet eller HUS-sammanslutningen tillsammans med tjänsteproducenten säkerställer kompetensen, kvaliteten och patientsäkerheten i verksamheten samt praxis för förflyttning av en patient till ett universitetssjukhus eller centralsjukhus, om en operation eller en annan åtgärd kräver fortsatt vård på ett sjukhus.

Sådana välfärdsområden i vilka det finns ett universitetssjukhus och HUS-sammanslutningen ska tillsammans komma överens om vilka enheter som ska ge den specialiserade sjukvård som centraliseras nationellt. Om välfärdsområdena och HUS-sammanslutningen inte kan komma överens om till vilka sjukhus eller enheter verksamheten ska sammanslås eller om avtalet inte uppfyller förutsättningarna för säkerställandet av kvaliteten, patientsäkerheten, genomslaget, produktiviteten och effektiviteten, kan statsrådet bestämma innehållet i avtalet.

Gällande lydelse

verksamheten bestäms i det samarbetsavtal som avses i 36 § i lagen om ordnande av social- och hälsovård.

Genom förordning av statsrådet föreskrivs det om den nationella och regionala arbetsfördelningen i fråga om sjukhusen och om centraliseringen av undersökningar, åtgärder och vård samt vid behov om vårdgivande enheter och om kvantitativa villkor och andra villkor för de undersökningar, åtgärder och behandlingar som ska centraliseras, vilka ska uppfyllas vid centraliseringen.

50 §

Brådskande vård

Genom förordning av statsrådet får det utfärdas närmare bestämmelser om villkoren för att ordna jour inom olika medicinska verksamhetsområden. Genom förordning av statsrådet föreskrivs det om villkoren för omfattningen av förlossningsverksamheten. Social- och hälsovårdsministeriet kan bevilja tillstånd att avvika från dessa villkor, om det behövs för tillgängligheten till tjänsten eller för patientsäkerheten. Närmare bestämmelser om grunderna för brådskande vård, om uppgifterna och kvalitetskraven inom brådskande mottagningsverksamhet, vid enheter för omfattande jour dygnet runt, vid samjouren för jour dygnet runt och vid enheter för jour dygnet runt inom primärvården och akutmedicinen, om närmare villkor för beviljandet av undantagstillstånd samt om jourenheternas regionala samarbete får utfärdas genom förordning av statsrådet.

Föreslagen lydelse

Genom förordning av statsrådet

- 1) föreskrivs det om den nationella och regionala arbetsfördelningen i fråga om *välfrädsområdena och HUS-sammanslutningen och deras sjukhus, om de undersökningar, åtgärder och behandlingar som ska centraliseras och om de operationer och åtgärder som avses i 4, 5 och 7 mom.,*
- 2) *kan det föreskrivas om vårdgivande enheter, om den operativa verksamhet som avses i 3 och 6 mom. och om de kvantitativa krav och andra krav på undersökningar, åtgärder och behandlingar som ska uppfyllas vid arbetsfördelningen och centraliseringen.*

50 §

Brådskande vård

Närmare bestämmelser om villkoren för att ordna jour inom olika medicinska verksamhetsområden utfärdas genom förordning av statsrådet. Genom förordning av statsrådet föreskrivs det om villkoren för omfattningen av förlossningsverksamheten. Social- och hälsovårdsministeriet kan bevilja tillstånd att avvika från dessa villkor, om det behövs för tjänsternas tillgänglighet eller för patientsäkerheten. Närmare bestämmelser om grunderna för brådskande vård, om uppgifterna och kvalitetskraven inom brådskande mottagningsverksamhet och vid enheter för omfattande jour dygnet runt, vid samjouren för jour dygnet runt och vid enheter för jour dygnet runt inom primärvården och akutmedicinen, om närmare villkor för beviljandet av undantagstillstånd samt om *samarbetet mellan jourenheterna* får utfärdas genom förordning av statsrådet.

Denna lag träder i kraft den 20 och gäller till och med den 30 september 2025.

Gällande lydelse

Föreslagen lydelse

3.

Lag

om ändring av 29 a § i socialvårdslagen

I enlighet med riksdagens beslut
ändras i socialvårdslagen (1301/2014) 29 a § 1 mom., sådant det lyder i lag 589/2022, som
följer:

Gällande lydelse

Föreslagen lydelse

29 a §

29 a §

*Samarbetet mellan socialjouren och hälso-
och sjukvården*

*Samarbetet mellan socialjouren och hälso-
och sjukvården*

Socialjour ska ordnas i anslutning till de enheter för omfattande jour dygnet runt som avses i 50 § 3 mom. i hälso- och sjukvårdslagen samt den samjour inom primärvård och specialiserad sjukvård som avses i 4 mom. i den paragrafen. För anordnandet av socialjouren svarar de välfärdsområden inom vilka de enheter inom hälso- och sjukvård som avses i detta moment finns.

Socialjour ska ordnas i anslutning till de *jourenheter som avses i 50 § 3 och 4 mom. i hälso- och sjukvårdslagen*. För ordnandet av socialjouren svarar de välfärdsområden inom vilka de verksamhetsenheter inom hälso- och sjukvården som avses i detta moment finns.

Denna lag träder i kraft den 20 .
