

## UTKAST

### **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.

I propositionen föreslås det att lagstiftningen om jour och operativ verksamhet inom hälso- och sjukvården ändras.

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. I fråga om jour inom primärvården och akutmedicin slopas enligt förslaget bestämmelserna enligt vilka social- och hälsovårdsministeriet kan bevilja undantagstillstånd för upprätthållande av sådan jour. Det föreslås att i lagen föreskrivs i stället med namn om på vilka orter det är möjligt att upprätthålla sådan jour.

Kravet på att sådan operativ verksamhet som kräver operationssal och anestesi ska sammanslås i sin helhet till sjukhus med jour dygnet runt inom flera specialområden lindras. En del av sådan dagkirurgi och operativ verksamhet inom olika specialområden som kräver endast kortvarig eftervård, vilka kräver operationssal och anestesi, kan utföras vid de sjukhus som anges i lagen. Dessutom kan vissa åtgärder som kräver lätt 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 av andra 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 har ett integrerat funktionellt samband med sjukhuset i fråga. Annan operativ verksamhet och andra åtgärder kan skaffas också av andra tjänsteproducenter.

Bestämmelserna om bedömning av behovet av brådskande vård och om brådskande mottagning inom primärvården som ordnas på kvällar och dagtid på veckoslut preciseras. Dessutom preciseras bestämmelserna om annan jour och operativ verksamhet till vissa delar.

Lagarna föreslås träda i kraft den 1 januari 2026. Det föreslås att lagen om temporär ändring av 45 och 50 § i hälso- och sjukvårdslagen ska gälla under tiden den 1 mars–31 december 2025 innan den ersätts med de bestämmelser som gäller tills vidare från och med den 1 januari 2026.

---

## INNEHÅLL

PROPOSITIONENS HUVUDSAKLIGA INNEHÅLL.....	1
MOTIVERING .....	5
1 Bakgrund och beredning .....	5
1.1 Bakgrund.....	5
1.2 Beredning.....	5
2 Nuläge och bedömning av nuläget.....	7
2.1 Nuläge .....	7
2.1.1 Ordning av social- och hälsovård .....	7
2.1.2 Sjukhusens, jourens och den specialiserade sjukvårdens arbetsfördelning.....	12
2.1.3 Brådskande vård och jour.....	19
2.1.4 Förlossningar i Finland .....	23
2.1.5 Prehospital akutsjukvård och läkarhelikopterverksamhet.....	28
2.1.6 Vårdsområdenas finansiering och ersättningar mellan vårdsområdena.....	35
2.1.7 Styrning av servicesystemet.....	38
2.1.8 Befolkningsutveckling .....	39
2.1.9 Personalsituation .....	44
2.2 Bedömning av nuläget.....	49
2.2.1 Allmänt om verksamhetsmiljön .....	49
2.2.2 Bedömning av personalsituationen .....	52
2.2.3 Utredningar om jour samt arbetsfördelningen inom den specialiserade sjukvården .....	53
2.2.3.1 Förslag från arbetsgruppen för servicenivåerna, arbetsfördelningen och samarbetet vid sjukhus och jourer inom den specialiserade sjukvården .....	53
2.2.3.2 Utredning av arbetsgruppen för nationell arbetsfördelning för somatisk specialiserad sjukvård inom barnsjukdomar .....	56
2.2.3.3 Statens revisionsverks revisionsberättelse om centralisering av hälso- och sjukvårdstjänsterna.....	57
2.2.4 Utvecklingsprojekt och program som gäller servicesystemet.....	57
2.2.5 Bedömning av verksamhetsmiljön, regleringen och praxis i fråga om sjukhusen och juren dygnet runt .....	61
2.2.6 Förlossningar.....	71
2.2.7 Samjour dygnet runt som förutsättning för operativ verksamhet.....	72
2.2.8 Prehospital akutsjukvård .....	76
2.2.9 Beredskap och förberedelser inom servicesystemet.....	78
2.3 Granskning av vissa sjukhus och jourheter i enskilda vårdsområden och samarbetsområden.....	80
2.3.1 Allmänt.....	80
2.3.2 Bedömning av vissa sjukhus som har samjour och operativ verksamhet dygnet runt .....	82
2.3.2.1 Andra sjukhus som upprätthålls av vårdsområden som är huvudmän för ett universitetssjukhus .....	82
2.3.2.2 Lapplands och Södra Savolax vårdsområden .....	85
2.3.2.3 Bedömning .....	87

2.3.3 Enheter inom primärvården och akutmedicinen som verkar dygnet runt med undantagstillstånd av social- och hälsovårdsministeriet .....	90
3 Målsättning .....	94
4 Förslagen och deras konsekvenser .....	95
4.1 De viktigaste förslagen .....	95
4.2 De huvudsakliga konsekvenserna .....	96
4.2.1 Ekonomiska konsekvenser .....	96
4.2.1.1 Konsekvenser för statsfinanserna .....	97
4.2.1.2 Konsekvenser för välfärdsområdenas ekonomi .....	106
4.2.1.3 Konsekvenser för företagen .....	111
4.2.1.4 Konsekvenser för hushållen .....	114
4.2.1.5 Konsekvenser för regionalekonomin .....	115
4.2.2 Konsekvenser för verksamheten i välfärdsområdena .....	117
4.2.2.1 Konsekvenser för sådan jour dygnet runt inom primärvården och akutmedicinen samt den specialiserade sjukvården som är tillgänglig för befolkningen .....	117
4.2.2.2 Konsekvenser för den operativa verksamheten och vissa åtgärder .....	119
4.2.2.3 Konsekvenser för skötseln av förlossningar .....	119
4.2.2.4 Konsekvenser för den prehospitaled akutsjukvården .....	120
4.2.2.5 Konsekvenser för välfärdsområdenas lokaler, utrustning och investeringar .....	121
4.2.2.6 Konsekvenser för servicesystemets beredskap och hanteringen av störningar .....	123
4.2.3 Konsekvenser för andra myndigheter .....	123
4.2.4 Konsekvenser för människor och samhälle .....	126
4.2.4.1 Allmänt om konsekvenserna för befolkning, patienter och kunder .....	126
4.2.4.2 Äldre personer .....	130
4.2.4.3 Personer med funktionsnedsättning .....	131
4.2.4.4 Barn, unga och familjer .....	132
4.2.4.5 Konsekvenser för könen .....	132
4.2.4.6 Personer som använder mentalvårdstjänster och service inom alkohol- och drogarbete .....	133
4.2.4.7 Språkliga rättigheter .....	135
4.2.4.8 Patientsäkerhet .....	137
4.2.4.9 Konsekvenser för personalen och sysselsättningen .....	140
4.2.4.10 Konsekvenser för utbildningen .....	143
4.2.5 Konsekvenser för den regionala självstyrelsen .....	146
4.2.6 Miljökonsekvenser .....	147
5 Alternativa handlingsvägar .....	147
6 Remissvar .....	149
7 Specialmotivering .....	149
8 Bestämmelser på lägre nivå än lag .....	164
9 Ikraftträdande .....	165
10 Verkställighet och uppföljning .....	165
11 Förhållande till andra propositioner .....	166
11.1 Samband med andra propositioner .....	166
11.2 Förhållande till budgetpropositionen .....	166
12 Förhållande till grundlagen samt lagstiftningsordning .....	166
LAGFÖRSLAG .....	174

om ändring av hälso- och sjukvårdslagen .....	174
om temporär ändring av 45 och 50 § i hälso- och sjukvårdslagen .....	178
om ändring av 29 a § i socialvårdslagen .....	180
om ändring av upphävande av 59 § i lagen om genomförande av reformen av social- och hälsovården och räddningsväsendet och om införande av den lagstiftning som gäller reformen .....	181
<b>BILAGOR</b> .....	182
<b>PARALLELTEXT</b> .....	182
om ändring av hälso- och sjukvårdslagen .....	182
om temporär ändring av 45 och 50 § i hälso- och sjukvårdslagen.....	189
om ändring av 29 a § i socialvårdslagen .....	193

UTKAST

## 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 yrkeskunlig 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 sjukhusjournen och arbetsfördelningen inom den specialiserade sjukvården ändrades var genom de lag- och förordningsändringar som genomfördes 2016–2018.

Enligt regeringsprogrammet för statsminister 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. Det görs möjligt att med undantagstillstånd upprätthålla jour dygnet runt inom primärvården vid de nuvarande jourheterna 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 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 samsamarbetsområdena 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 anknäpning 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.”)<sup>1</sup> 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 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.

---

<sup>1</sup> <https://stm.fi/documents/1271139/203149650/Lastentautien+somaattisen+erikoissairaanhoidon+kansallinen+ty%C3%B6njako+%E2%80%93+ty%C3%B6ryhm%C3%A4n+loppuraportti+15.2.2024.pdf/4243805c-1115-395a-6279-e9f1b4250c6b?t=1708497596806>

Utkastet till regeringsproposition var ute på remiss xx xxx–xx xxx 2024. Remissvaren behandlas i avsnitt 6.

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 ordnas 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 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 samsamarbetsområden 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. Vårdsområdet 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 vårdsområdet 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 vårdsområdet ha en tillräcklig egen tjänsteproduktion för att kunna uppfylla sitt organiseringsansvar.

Enligt 10 § i lagen om ordnande av social- och hälsovård ansvarar vårdsområdet för att de social- och hälsovårdstjänster som tillhandahålls kunderna samordnas till helheter. Vårdsområdena 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 vårdsområdets 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 vårdsområdena. Vilka vårdsområden som hör till vart och ett av samarbetsområdena fastställs genom förordning av statsrådet så att de vårdsområden 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 vårdsområden 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 vårdsområden som ingår i samarbetsområdet till den del detta behövs för skötseln av vårdsområdenas lagstadgade uppgifter och för tryggheten av kostnadsnyttoeffektiviteten i social- och hälsovården. I samarbetsavtalet bestäms, med beaktande av vad som föreskrivs, arbetsfördelningen, samarbetet och samordningen mellan vårdsområdena 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 vårdsområden (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 vårdsområden får ett vårdsområde, om inte något annat föreskrivs genom lag, 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 om användningen av servicesedlar anges i lagen om servicesedlar inom social- och hälsovården (569/2009). Vårdsområdena 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 vårdsområdet i princip inte från en privat tjänsteproducent skaffa



bland annat tjänster som är förenade med utövande av offentlig makt, socialjour, tjänster inom brådskande vård och jourtjänster med undantag för den brådskande mottagningsverksamhet inom primärvården under dagtid eller kvällstid och prehospitat akutsjukvård – detta dock med vissa undantag, dvs. man får för enheterna för prehospitat akutsjukvård, alltså centralt, skaffa ambulanstjänster, förflyttningar samt ordnande av kontakt till psykosocial stödverksamhet och vissa uppgifter i anslutning till beredskap för prehospitat 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 tjänster 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, prehospitat akutsjukvård, 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 maximala tider för tillgång till vård, dvs. den s.k. vårdgarantin. Lagen har också bestämmelser om val av vårdplats. En patient har rätt att en gång per år välja hälsovårdscentral eller hälsostation samt i samförstånd med den remitterande läkaren för varje remiss 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. Tjåns-

terna kan sammanföras i större helheter inom välfärdsområdets område när tillgången till tjänster och säkerställandet av deras kvalitet kräver specialkunnande 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 en 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.

Kunden har 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 §. 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 om klientavgifter inom social- och hälsovården (734/1992).

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), fängeslagen (767/2005) och häktningslagen (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 flyktinglussar. 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 fängelse-sjukhuset 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 och producerar sjukhus som sköter förlossningar eller intensivvård.

I lagen om tillsynen över social- och hälsovården föreskrivs det om egenkontroll och tillsyn i fråga om såväl välfärdsområdena som andra tjänsteansordnare och tjänsteproducenter. Tjänsteansordnare, 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 tjänsteansordnaren ta hänsyn till att tjänster för klienter inom socialvården och för patienter tillhandahålls jämnt. Tjänsteansordnaren ska också följa upp personalens tillräcklighet för tjänster inom social- och hälsovård, lokalernas och utrustningens säkerhet samt lämplighet vid tillhandahållandet av tjänster. Tjänsteansordnaren ska också styra och övervaka den tjänsteproduktion som omfattas av dess organiseringsansvar. Tjänsteansordnaren 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 Sjukhusens, jourens och den specialiserade sjukvårdens arbetsfördelning

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 ordnande 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 diagnostikenheter 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 central-

sjukhuset 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 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 jourcen 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 Karelen centralsjukhus, Villmanstrand), Norra Karelen (Norra Karelen 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 producerar dessutom Mehiläinen Länsi-Pohja Oy jour dygnet runt vid Länsi-Pohja centralsjukhus i Kemi).

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. Samjourcen 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 jourcen 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).

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, Birkalands välfärdsområde i Valkeakoski och Egentliga Finlands välfärdsområde i Salo.

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 328/2029 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 ändrades avtalet 2024 så att ansvaret för jourtjänsterna och beslutsfattandet i anslutning till intagning för vård på sjukhuset överfördes på Lapplands välfärdsområde.

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 anknäpning till välfärdsområdets centralsjukhus kan en så bred och funktionellt mångsidig jounhet 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 olika 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 sammanställas 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 annat 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 ledprotesoperationer 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 tjänstproducenter. Enligt lagstiftningen kan bolagens sjukhus verka när villkoren är uppfyllda, bland annat ska det 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 prehospitala 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.

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, våren 2024. På bilden specificeras inte Helsingfors universitetssjukhus sjukhus och sjukhusbyggnader med jour dygnet runt.

## Sjukhus och hälsovårdscentraler med jour, våren 2024

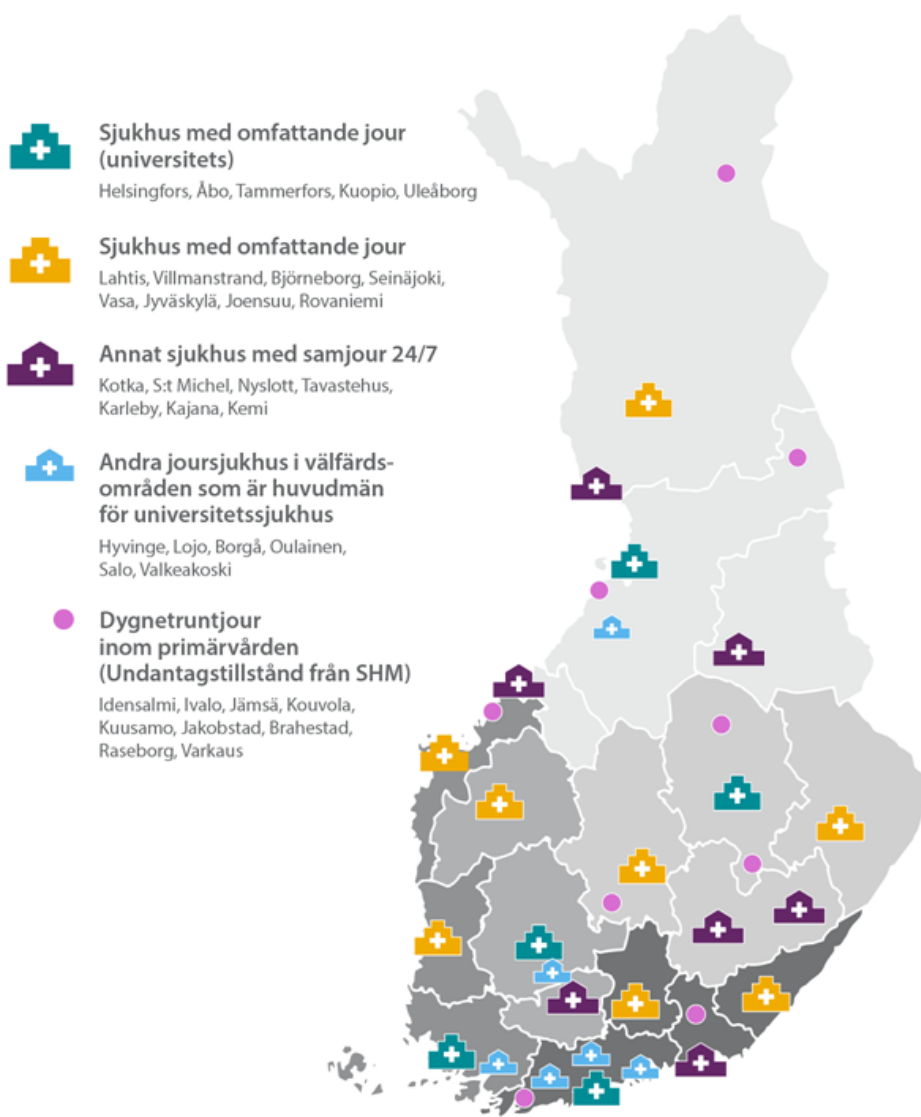
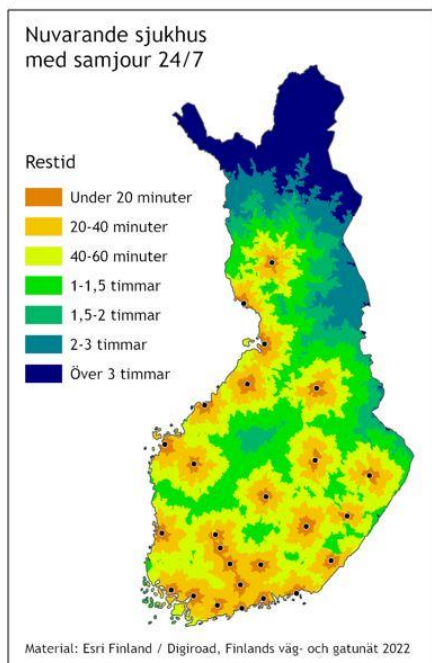


Bild 2. Nuvarande tillgänglighet till sjukhus med samjour 24/7



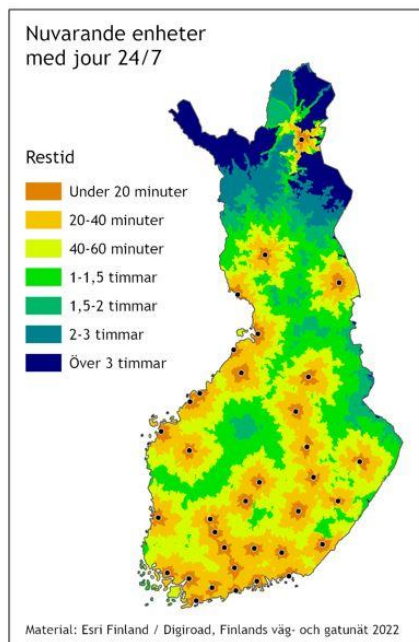
Nuvarande tillgänglighet till sjukhus med samjour 24/7

Enheter 24/7 inom primärvården ingår inte

Restid	Kumulativ folkmängd	Kumulativ befolkningsandel (%)
0 - 20 min	3171422	58,0
20 - 40 min	4662912	85,3
40 - 60 min	5200545	95,2
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 befolkningen 31.12.2022

Bild 3. Nuvarande tillgänglighet till alla jourenheter 24/7



Nuvarande tillgänglighet till alla jourenheter 24/7

Samjourer dygnet runt och enheter 24/7 inom primärvården ingår

Restid	Kumulativ folkmängd	Kumulativ befolkningsandel (%)
0 - 20 min	3384529	61,9
20 - 40 min	4864852	89,0
40 - 60 min	5277457	96,6
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 befolkningen 31.12.2022

### 2.1.3 Brådskande vård och jour

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 vid en verksamhetsenhet i 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 mänskiorättskonventioner 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)<sup>2</sup>, nationella enhetliga grunder för brådskande vård för vuxna (Aikuisten valtakunnalliset kiireellisen hoidon perusteet, Social- och hälsovårdsministeriets publikationer 2020:19)<sup>3</sup> samt nationella enhetliga grunder för brådskande vård för barn (Lasten valtakunnalliset yhtenäiset kiireellisen hoidon perusteet, Social- och hälsovårdsministeriets publikationer 2020:18)<sup>4</sup>. Grunderna 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. I avtalet ska behoven hos befolkningen i området, tjänsternas tillgänglighet, avståndet mellan jourenheterna och befolkningens språkliga behov beaktas.

---

<sup>2</sup> <https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/handle/10024/161809>

<sup>3</sup> <https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/handle/10024/162340>

<sup>4</sup> <https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/handle/10024/162339>

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 jouren. 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) och 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 1987<sup>5</sup>. Den senaste statistiken är från 2022.

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%, 2022. Föderskornas medelålder har så småningom

---

<sup>5</sup> <https://thl.fi/sv/statistik-och-data/statistik-efter-amne/sexuell-och-reproduktiv-halsa/foderskor-forlossningar-och-nyfodda>

stigit. År 2022 var medelåldern för alla som födde barn 31,7 år och medelåldern för förstfödern 30,1 år.

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 kvinna 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 % 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.

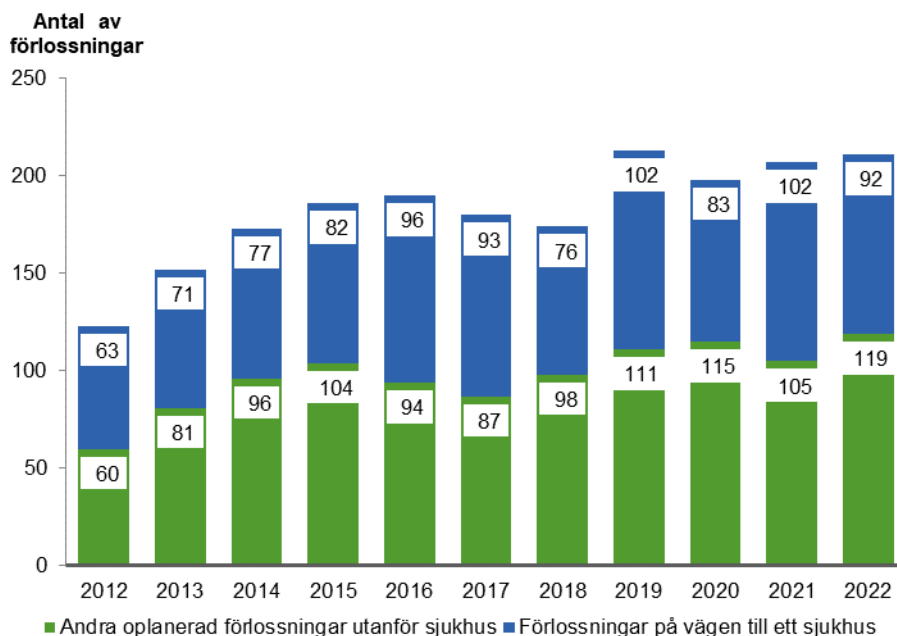
Flest förlossningar utanför det egna områdets sjukhus förekom 2022 i fråga om Vasa sjukvårdsdistrikt (30,4% av förlossningarna), Norra Österbotten (18,2%), Egentliga Tavastland (10,5%) och Södra Savolax (10,0 %). På motsvarande sätt förekom flest förlossningar från andra områden 2022 på sjukhusen i Mellersta Österbotten (totalt 844 förlossningar, dvs. 55,8% av förlossningarna på sjukhuset), Kajanaland (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 Kajanaland till 410 och i Kymmenedalen till 840, alltså utan föderskor från andra områden.

99,2 % 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 3.). 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 2022<sup>6</sup>



Enligt publikationen Nordisk perinatalstatistik 2020<sup>7</sup> 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 sjukhu-

<sup>6</sup> <https://www.julkari.fi/handle/10024/147689>

<sup>7</sup> <https://www.julkari.fi/handle/10024/144264>

set eller snabbt kan fås dit. På så vis kan man säkerställa tillräcklig uppföljning av 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, anestesiologi, pediatrik och kirurgi samt barnmorskor, anestesiskötare, kirurgiska/instrumentskötare och laboratorieskötare. 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 personresurs 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.

År fanns det 23 förlossningssjukhus i Finland 2022. På förlossningssjukhusen skötes i medeltal 1 934 förlossningar (variationsbredd 246–8208). 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 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.



Tabell 1. Förlossningar enligt sjukhus 2012–2022. Källa THL Perinatalstatistik 2022

Bilagetabell 3. Förlossningar efter sjukhus 2012–2022

Sjukhus	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
HUCS, totalt	14 604	14 358	14 295	13 979	13 597	13 514	13 049	12 743	12 850	13 790	12 450
Barnmorskeinstitutets sjukhus*	5 606	7 155	8 026	7 501	7 270	4 146	-	-	-	-	-
Kvinnokliniken	5 600	3 310	2 426	2 576	2 624	5 921	8 969	8 542	8 555	9 222	8 208
Jorvs sjukhus, Esbo	3 398	3 893	3 843	3 902	3 703	3 447	4 080	4 201	4 295	4 568	4 242
Abo universitetssjukhus	4 098	4 044	4 143	4 039	4 214	4 060	3 849	3 707	3 811	4 164	3 816
Kuopio universitetssjukhus	2 486	2 417	2 382	2 418	2 279	2 141	2 085	1 906	1 897	1 985	1 816
Uleåborg universitetssjukhus	4 437	4 280	4 100	3 914	3 614	3 445	3 248	3 309	3 440	3 418	3 140
Tammerfors universitetssjukhus	5 468	5 213	5 337	5 271	4 995	4 708	4 427	4 305	4 281	4 673	4 247
Södra Karelen centralsjukhus, Villmanstrand	1 094	1 085	1 097	1 091	1 005	967	862	808	788	772	767
Mellersta Finlands centralsjukhus, Jyväskylä	2 995	2 868	2 831	2 662	2 514	2 274	2 149	2 043	2 059	2 149	1 965
Norra Karelen centralsjukhus, Joensuu	1 578	1 548	1 567	1 504	1 463	1 305	1 236	1 093	1 137	1 149	1 028
Vasa centralsjukhus	1 418	1 377	1 446	1 374	1 381	1 254	1 175	1 145	1 133	1 186	1 053
Ålands centralsjukhus	286	278	255	269	279	271	261	253	243	281	246
Egentliga Tavastlands centralsjukhus, Tavastehus	1 602	1 652	1 622	1 442	1 389	1 349	1 236	1 167	1 177	1 221	1 144
Länsi-Pohja centralsjukhus, Kemi	645	628	591	554	547	518	507	422	445	395	389
Lapplands centralsjukhus, Rovaniemi	1 159	1 191	1 100	1 054	1 035	961	859	928	911	996	903
S:t Michels centralsjukhus	782	829	788	888	866	822	732	648	653	694	643
Satakunta centralsjukhus, Björneborg	2 034	2 063	2 017	1 929	1 855	1 762	1 568	1 485	1 476	1 577	1 419
Kymmenedalens centralsjukhus, Kotka	1 550	1 473	1 409	1 389	1 353	1 429	1 360	1 233	1 244	1 303	1 147
Mellersta Österbottens centralsjukhus, Karleby	1 286	1 342	1 502	1 507	1 519	1 477	1 397	1 652	1 740	1 643	1 530
Kajanalands centralsjukhus, Kajana	701	714	702	601	637	560	508	567	664	817	762
Södra Österbottens centralsjukhus, Seinäjoki	2 247	2 057	2 058	2 032	1 939	1 806	1 607	1 578	1 476	1 602	1 421
Päijänne-Tavastlands centralsjukhus, Lahtis	2 049	1 907	1 880	1 835	1 749	1 677	1 591	1 441	1 530	1 591	1 445
Lojo sjukhus	983	999	972	960	1 107	1 099	1 022	1 042	1 159	1 419	1 188
Hyvinge sjukhus	1 684	1 815	1 842	1 844	1 829	1 852	1 802	1 783	1 875	2 166	1 962
<b>Totalt <sup>2)</sup></b>	<b>59 039</b>	<b>57 728</b>	<b>57 019</b>	<b>55 007</b>	<b>52 870</b>	<b>50 151</b>	<b>47 272</b>	<b>45 279</b>	<b>46 034</b>	<b>49 069</b>	<b>44 589</b>

– Värdet noll

\* Förlossningsverksamheten nedlagd

1) Sjukhus specifika uppgifter inkluderar även förlossningar utanför sjukhus som rapporterats av sjukhus.

2) Omfattar alla förlossningar (föderskor som har fött utanför sjukhuset och som inte anmälts av sjukhuset, okänd födelseplats och sjukhus med fem eller färre förlossningar).

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 Karelen (Villmanstrand t.o.m. 31.12.2027), Södra Savolax (S:t Michel t.o.m. 1.12.2027) och Kajanalands (Kajana t.o.m. 31.12.2027) välfärdsområden.

### 2.1.5 Prehospital akutsjukvård och läkarhelikopterverksamhet

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.

Med stöd av 36 § i lagen om ordnande av social- och hälsovård, 46 § i hälso- och sjukvårdslagen och förordningen om prehospital akutsjukvård ska välfärdsområdena och HUS-sammanslutningen upprätthålla en central för prehospital akutsjukvård så att det finns en central per samarbetsområde. Centralen för prehospital akutsjukvård sköter uppgifter som hänför sig till planering, samordning och styrning av funktionerna. I förordningen om prehospital 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 prehospital 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 nödmed-

delanden till nödnumret (112), bedömer hjälpbehovet och larmar behövliga myndigheter, inklusive prehospita akutsjukvård. Nödcentralverket förmedlar över 800 000 uppdrag till den prehospita 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 prehospita akutsjukvården (ambulans, fältledningsenhet, läkarhelikopter eller första insatsenhet). Antalet uppdrag för den prehospita 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 prehospita 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 Nödcentralverket förmedlat till myndigheterna sedan 2015. Ett uppdrag kan inkludera en eller flera larmenheter, t.ex. ambulanser. Källa: Nödcentralverket.

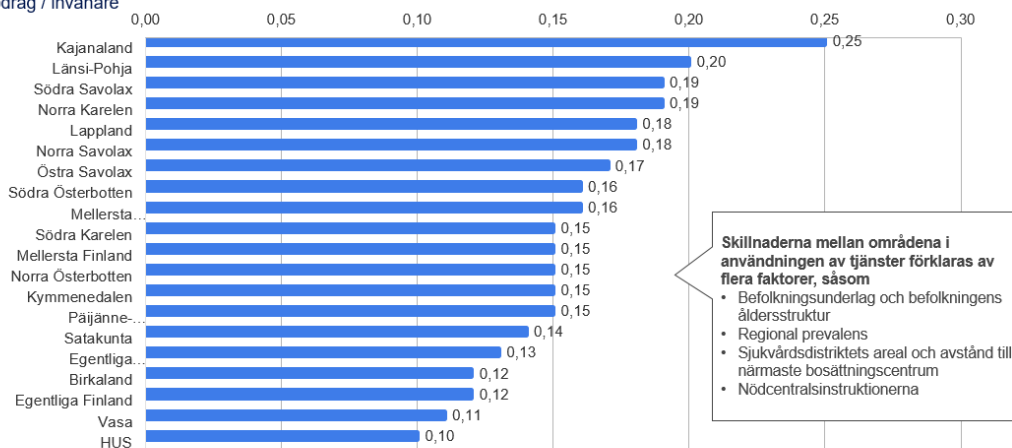
	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
<b>Den prehospita akutsjukvården</b>	756 939	776 341	792 982	802 974	800 525	779 646	828 969	861 123	823 288
<b>Polisen</b>	526 506	509 918	518 862	513 236	515 615	527 740	513 328	498 066	504 177
<b>Räddningsväsendet</b>	71 363	73 864	72 964	79 098	85 597	85 253	85 373	82 195	84 416
<b>Socialvården</b>	23 063	28 216	39 282	45 494	52 646	53 388	61 125	66 771	89 209
<b>Sammanlagt</b>	<b>1 377 871</b>	<b>1 388 339</b>	<b>1 424 090</b>	<b>1 440 802</b>	<b>1 454 383</b>	<b>1 446 027</b>	<b>1 488 795</b>	<b>1 508 155</b>	<b>1 501 090</b>

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, expertåskär  
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 fortlöpande 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 fortbildning 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 sjukhusens jourläkare. Patienter vårdas i allt högre grad redan på plats utan att de behöver transporteras separat till sjukhuset eller jourenheten, 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, räddningstjänsten och Gränsbevakningsväsendet i uppdrag som berör flera myndigheter. Gränsbevakningsväsendet producerar stöd tjänster 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, beredskapsplanering, 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 ersättningstaxa för kostnader för sjuktransport (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 tilläggsavgift 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 flerkanalsfinansiering. 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 jourssystemet. 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 akut-sjukvård 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. landenhet, dvs. akutläkaren tas till patienten med bil,



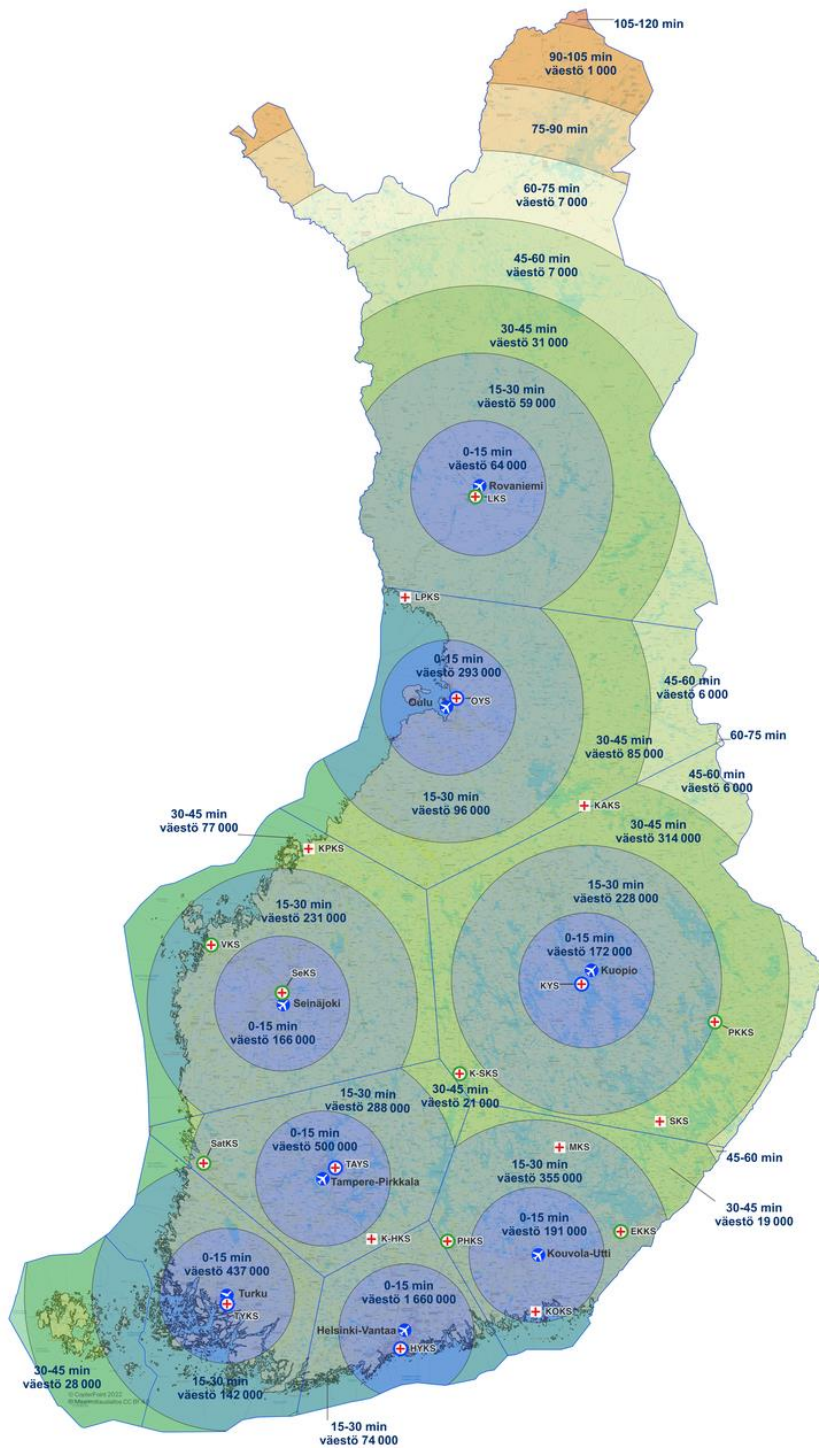
om det går snabbare än med helikopter eller helikopter inte kan användas t.ex. på grund av väderhinder.

Flygtjänsten för den prehospitla 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 läkarhelikoptertranas baser ska finnas. För närvarande tillhandahåller FinnHEMS Oy flygtjänst för den prehospitla akutsjukvården från sju baser (Vanda, Åbo, Birkala, Seinäjoki, Kuopio, Uleåborg och Rovaniemi). En åttonde bas är under beredning i Kouvola, men en ovannämnd landenhet fungerar redan nu i Kouvola.

Bild 5. 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.<sup>8</sup>

---

<sup>8</sup> <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 prehospitat 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.

Det har nyligen gjorts en utredning om läkarhelikopterverksamhetens effekt och kostnadseffektivitet<sup>9</sup>. För att utarbeta en nationell strategi för läkarhelikopterverksamheten har det utsetts en arbetsgrupp som sitter till maj 2024.

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

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

---

<sup>9</sup> <https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/handle/10024/164373>

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.

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.

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 de budgetuppgifter som välfärdsområdena rapporterat förefaller underskottet även 2024 bli nästan 900 miljoner euro. 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 1,46 miljarder euro. Med denna och andra ändringar i finansieringen ökar välfärdsområdenas finansiering enligt finansministeriets uppskattning våren 2024 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, t.ex. för tjänster för personer som integreras eller frontveteraner och ersättningar enligt 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. Försvarmakten betalar ersättningar till välfärdsområdena för de tjänster som de producerar för Försvarmakten. Bestämmelser om saken finns i 71 och 72 § i hälso- och sjukvårdslagen. Välfärdsområdena kan också betalas statsunderstöd för projekt- och utvecklingsverksamhet.

I 59 § i införandelagen 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 eller i planen för de offentliga finanserna för 2024-2027.

#### *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 organiseringsuppdrag 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 behandlar som bäst regeringens proposition (RP 2/2024 rd) med förslag till lag om ändring av lagen om välfärdsområden och till lagar som har samband med den, så att bestämmelserna om delegationer och förhandlingar mellan välfärdsområdena och staten samt om de riksomfattande strategiska mål som fastställs av statsrådet förenhetligas och dessa bestämmelser flyttas från



lagen om ordnande av social- och hälsovård och lagen om ordnande av räddningsväsendet till lagen om välfärdsområden. Till lagen om välfärdsområden ska det fogas preciserade bestämmelser om finansministeriets uppgifter vid styrningen av välfärdsområdena. Genom de föreslagna lagarna ska den statliga styrningen av välfärdsområdena förenhetligas, finansministeriets roll vid styrningen förtydligas och det att styrningen av välfärdsområdena är förenlig med statsrådets mål för den ekonomiska politiken och finanspolitiken säkerställas. 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 verkningfullhet, 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, verkningfullhet 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.<sup>10</sup>

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 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 höras till eller uteslutas ur tjänsteutbudet. Med statsunderstöd finansieras bl.a. läkarförbundet Duodecims rekommendationer God medicinsk praxis samt Stiftelsen för vårdforskningens rekommendationer. Genom de metoder som beskrivs ovan försöker man säkerställa kvaliteten, verkningfullheten 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

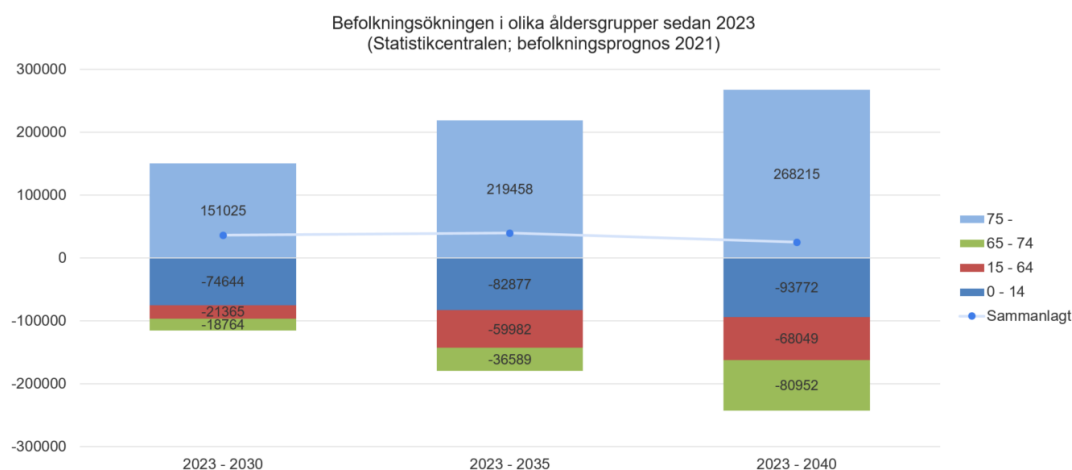
Enligt befolkningsprognosen förändras befolkningsstrukturen snabbt. Figur 3 visar hur folkmängden förändras i olika åldersgruppen enligt Statistikcentralens befolkningsprognos 2021. Då befolkningen ökar med cirka 25 000 personer fram till 2040, minskar befolkningen i arbetsför ålder från drygt 3,4 miljoner 2023 med 68 000 fram till 2040. Samtidigt ökar antalet som

---

<sup>10</sup> <https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/handle/10024/165367>

fyllt 75 år med nästan 270 000. Deras andel av hela befolkningen ökar från 10 % 2020 till över 16 % 2040.

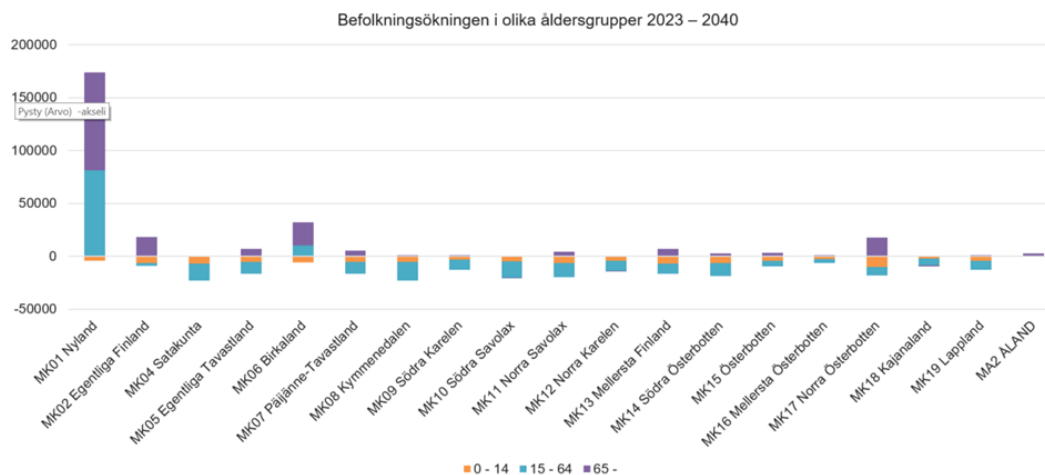
Figur 3. Befolkningsökningen i olika åldersgrupper 2023 – 2040. Källa: Statistikcentralen.



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. Källa: XXXX



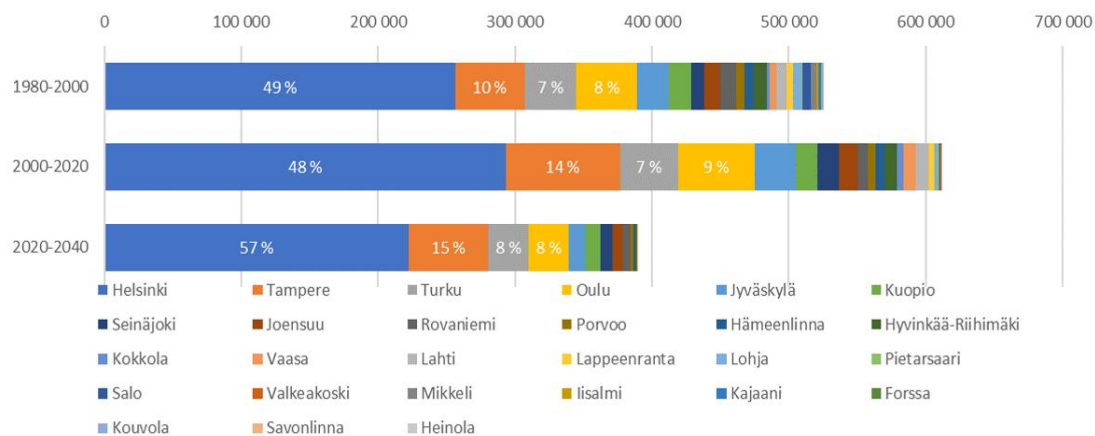
Befolkningsutvecklingen i Fastlandsfinland 1990-2022 har varierat mycket även vid en analys av de olika välfärdsområdenas befolkningsunderlag. Invånarantalet har minskat särskilt i östra och sydöstra Finland (cirka 11–21 %) och å andra sidan även i Lappland (13 %) och Kajana (24 %) samt Satakunta (12 %). 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. Vårldomsrådenas folkmängd 1990, 2022 och 2040 (prognos). Källa: FM utifrån Statistikcentralens statistik över befolkningsstrukturen och befolkningsprognos (2021). Som grund för kalkylen har använts områdesindelningen 2024.

Vårldomsråde	Folk- mängd 1990	Folk- mängd 2022	Befolk- nings- prognos 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 %
Kymmenedalen	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 vårldomsrådena koncentreras befolkningen till de stora städerna och stadsregionerna. Enligt en prognos som bygger på Statistikcentralens kommunvisa befolkningsprognos och Finlands miljöcentralens uppföljningsuppgifter om bebyggelsestrukturen ökar folkmängden 2020-2040 i praktiken bara i de största stadsregionerna.

Figur 5. Befolkningsökningens placering i olika stadsregioner 1980-2020 och trendprognos 2021-2040. Källa: Statistikcentralen och Finlands miljöcentral.



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 data.

	Väestö 31.12. (TK väestöennuste 2021)					Muutos työikäisten määrässä		Työikäisten osuus koko väestöstä			
	Väestö 2024	2030	2040	2024	2030	2040/2024/2030	2024/2040	2024	2030	2040	
<b>KOKO MAA</b>	5569645	5598821	5588011	4084617	4053082	3944210	-1%	-3%	73%	72%	71%
Itä-Uudenmaan hyvinvointialue	99706	101592	104072	72359	72750	72373	1%	0%	73%	72%	70%
Keski-Uudenmaan hyvinvointialue	204413	210932	219729	150386	152869	154463	2%	3%	74%	72%	70%
Länsi-Uudenmaan hyvinvointialue	491375	511700	535363	361954	375018	385387	4%	6%	74%	73%	72%
Vantaan ja Keravan hyvinvointialue	290351	309052	330131	219148	232166	245634	6%	12%	75%	75%	74%
Varsinais-Suomen hyvinvointialue	486055	491637	494333	356926	356257	350138	0%	-2%	73%	72%	71%
Satakunnan hyvinvointialue	209704	201574	189132	149833	141219	128673	-6%	-14%	71%	70%	68%
Kanta-Hämeen hyvinvointialue	167997	164397	159251	121800	116787	108646	-4%	-11%	73%	71%	68%
Pirkanmaan hyvinvointialue	534089	546805	557883	394268	400638	400111	2%	1%	74%	73%	72%
Päijät-Hämeen hyvinvointialue	203560	199927	193194	146397	140374	131588	-4%	-10%	72%	70%	68%
Kymenlaakson hyvinvointialue	156461	148033	136233	112909	104219	91752	-8%	-19%	72%	70%	67%
Etelä-Karjalan hyvinvointialue	123835	119591	113074	90124	85198	77442	-5%	-14%	73%	71%	68%
Etelä-Savon hyvinvointialue	126273	118190	107041	89888	81061	69370	-10%	-23%	71%	69%	65%
Pohjois-Savon hyvinvointialue	244837	239850	230413	178526	170609	157169	-4%	-12%	73%	71%	68%
Pohjois-Karjalan hyvinvointialue	160107	155368	147328	117026	110380	100298	-6%	-14%	73%	71%	68%
Keski-Suomen hyvinvointialue	271713	269281	262332	198637	194541	183444	-2%	-8%	73%	72%	70%
Etelä-Pohjanmaan hyvinvointialue	188439	182921	173749	133390	126819	116192	-5%	-13%	71%	69%	67%
Pohjanmaan hyvinvointialue	175246	173694	169533	124332	121935	116994	-2%	-6%	71%	70%	69%
Keski-Pohjanmaan hyvinvointialue	67052	65348	62104	46641	44829	41527	-4%	-11%	70%	69%	67%
Pohjois-Pohjanmaan hyvinvointialue	416845	418307	416214	301181	299362	287610	-1%	-5%	72%	72%	69%
Kainuun hyvinvointialue	69046	65494	60312	49771	45495	39660	-9%	-20%	72%	69%	66%
Lapin hyvinvointialue	173527	169391	162937	126453	120446	110933	-5%	-12%	73%	71%	68%
Helsingin kaupunki	677923	703540	730098	520362	537419	551609	3%	6%	77%	76%	76%

## 2.1.9 Personalsituation

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 2023<sup>11</sup>. 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		554

<sup>11</sup> Ruskoaho J. Pahin pula on lääkäreistä ja sosiaalityöntekijöistä (ung. Störst brist på läkare och socialarbetare). KT-lehti 2/2024

	865	
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.

Enligt det nätverk som utrett välfärdsområdenas anlitande av hyrd arbetskraft<sup>12</sup> 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 heldygnssomsorg 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 huvudsyssla vid ett sjukhus och 25 % vid en hälsocentral. Av läkarna arbetar 16 % vid en privat läkarcentral eller läkarmottagning och 11 % vid något annat verksamhetsställe.<sup>13</sup> 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.

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

Specialområde	Specialis-underskott %	Specialiserande 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

<sup>12</sup> SHM (2024). [Hyvinvointialueiden vuokratyövoiman käyttöä selvittävän verkoston raportti](#) (Rapport om utredningen av välfärdsområdenas anlitande av hyrd arbetskraft, på finska, med presentationsblad på svenska)

<sup>13</sup> SHM 2022, s.18

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
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 750 studerande sina studier. Andelen utexaminerade har traditionellt varit hög, cirka 95 %. Det ökade antalet antagna börjar synas i antalet utexaminerade på 2020-talet, då ungefär 700 nya läkare utexamineras varje år.<sup>14</sup>

Utöver vid universiteten i hemlandet studerade över 1100 finländare medicin vid utländska universitet och av dem planerade cirka 60 % att återvända till Finland.<sup>15</sup> Läkarförbundet började följa medicinstuderande i utlandet läsåret 2011–12, då antalet var cirka 300. Det populäraste studielandet har varit Sverige (ca 300 studerande de senaste åren). I Lettland studerar nästan lika många, i Rumänien cirka 170 och i Estland cirka 100 finländare.

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.<sup>16</sup> Behovet av specialister ökar när befolkningen blir äldre och det blir vanligare med deltidsarbete bland läkarna.<sup>17</sup> 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.<sup>18</sup>

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 pensionsvången bryts.<sup>19</sup> Antalet specialister i arbetsför ålder utvecklas ojämnt inom olika specialområden. Det totala antalet specialister har ökat 2015–2021 men inom jourspecialområdena har antalet

<sup>14</sup> [SHM 2022](#), s. 17.

<sup>15</sup> [SHM 2023](#), s. 8.

<sup>16</sup> [SHM 2022](#), s. 20.

<sup>17</sup> [SHM 2023](#), s. 8.

<sup>18</sup> [SHM 2022](#), 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.

<sup>19</sup> [SHM 2022](#), s. 20–21

specialister minskat inom barnneurologi, barnpsykiatri, psykiatri, invärtes sjukdomar och allmän kirurgi. Särskilt oroväckande är situationen inom psykiatrin.<sup>20</sup> 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

	Specialistunderskott %	Specialiserande läkare, underskott %	Underskott totalt %	Underskott 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

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 %.<sup>21</sup>

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 hälsocentralläkare har upprepade gånger observerats större belastning till följd av fortlöpande stress, ohanterbar arbetsmängd och resursbrist än hos andra.<sup>22</sup>

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.<sup>23</sup>

Av specialisterna uppnår 52 % pensionsåldern (65-år) före 2035.<sup>24</sup> Flest specialister går i pension åren 2022–2028, då cirka 500 specialister pensioneras varje år. Inom många specialområden

<sup>20</sup> SHM 2022, s. 19.

<sup>21</sup> Läkarförbundet 2022.

<sup>22</sup> Läkarförbundet 2022.

<sup>23</sup> SHM 2022, s. 40.

<sup>24</sup> SHM 2023, s. 8.



kommer antalet nya specialister inte att räckta till för att ersätta antalet pensionerade på 2020-talet.

#### *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.<sup>25</sup>

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 närvårdaruppgifter obesatta.

De senaste åren har arbetskraftsbristen i fråga om vårdpersonal förvärrats inom såväl den offentliga som den privata tjänsteproduktionen.<sup>26</sup>

#### *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.<sup>27</sup> Det råder knappt något arbetskraftsunderskott på barnmorskor, akutvårdare inom den prehospitala akut-sjukvården eller hälsovårdare, utan det största underskottet är koncentrerat till sjukskötare.<sup>28</sup>

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.<sup>29</sup>

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.<sup>30</sup> Inom den kommunala sektorn pensioneras under åren 2022–2031 24,6 % av sjukskötarna, 31,2 % av hälsovårdarna och 45 % av avdelningsskötarna.<sup>31</sup>

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

---

<sup>25</sup> [THL statistikrapport](#)

<sup>26</sup> [SHM 2023](#)

<sup>27</sup> [Sjukskötarförbundet](#)

<sup>28</sup> [SHM 2023](#)

<sup>29</sup> [Sjukskötarförbundet](#)

<sup>30</sup> [SHM 2023](#)

<sup>31</sup> [Sjukskötarförbundet](#)



söker till sjukskötartutbildning har minskat i jämn takt under 2016–2020. Antalet samtliga sökande ökade något 2020 samtidigt som antalet som tog emot en nybörjarplats ökade.<sup>32</sup> 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 % av närvårdarna inom socialservice och 27 % inom hälso- och sjukvårdstjänster. Dessutom arbetade 15 % någon annanstans än inom social- och hälsovården. En anmärkningsvärt stor del av närvårdarna fortsätter att studera till sjukskötare.<sup>33</sup>

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 legitimeringar med yrkesbeteckningen närvårdare har varit på nedgång några år, men 2023 började antalet öka.

Största delen av närvårdarna, dvs. 58 % arbetar inom tjänster för äldre. Näst mest närvårdare (34 %) arbetar inom småbarnspedagogiken. Av närvårdarna arbetar 4 % inom primärvården, 2 % inom den specialiserade sjukvården 2 % och 2 % 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.<sup>34</sup>

På grund av vårdardimensioneringen har det angetts att utbildningsplatserna ska utökas med 5000 fram till 2025. Antalet nya studerande förutspås öka ytterligare och ligga på en hög nivå 2023. Behovet av att utöka de permanenta utbildningsplatserna kan utvärderas tidigast 2024, när man ser effekterna av de utbildningsökningar som gjorts.<sup>35</sup>

## **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.

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 sek-

---

<sup>32</sup> [Sjukskötarförbundet](#)

<sup>33</sup> [SHM 2023](#)

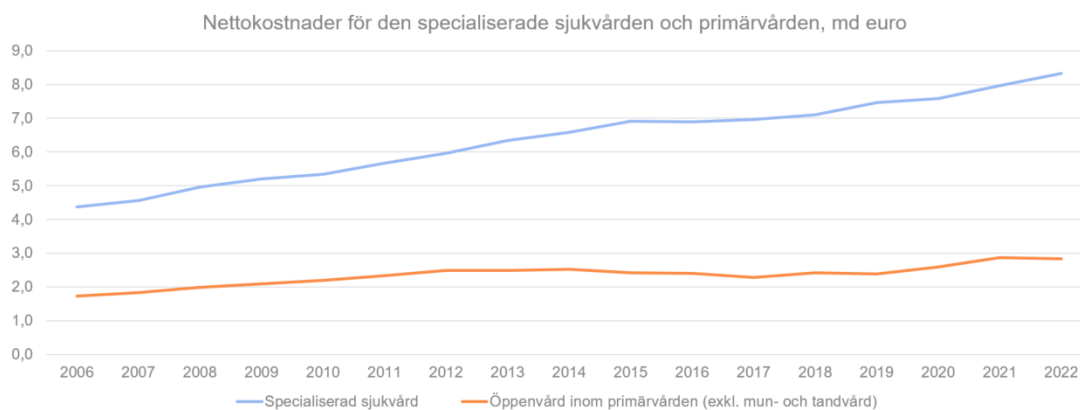
<sup>34</sup> Vertikal utredning

<sup>35</sup> [SHM 2023](#)

torer. Tillgången på kompetent arbetskraft är begränsad på lång sikt. 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. 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 6). Det går alltså åt nästan 3,5 gånger mer pengar för den specialiserade sjukvården än för öppenvården inom primärvården.

Figur 6. Kostnaderna för den specialiserade sjukvården och primärvården 2006-2022. Källa: Sotkanet<sup>36</sup>



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

<sup>36</sup> [https://sotkanet.fi/sotkanet/sv/kaavio?indicator=s\\_a3tbZIBAA=&region=s07MBAA=&year=sy5zsc7S0zUEAA==&gender=t&t=line](https://sotkanet.fi/sotkanet/sv/kaavio?indicator=s_a3tbZIBAA=&region=s07MBAA=&year=sy5zsc7S0zUEAA==&gender=t&t=line)

Social- och hälsovårdsministeriet utarbetar årligen en redogörelse<sup>37</sup> 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 serviceproduktionsätten.

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

---

<sup>37</sup> [https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bit-stream/handle/10024/165367/STM\\_2024\\_1\\_rap.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bit-stream/handle/10024/165367/STM_2024_1_rap.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

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. 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. Antalsmässigt är bristen 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. Kvinnosjukdomar och förlossningar hör till de stora specialområdena, där bristen är tämligen stor. Köpta tjänster används dock i endast liten utsträckning.

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 under kommande år 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, ambulerande 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 baservice 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 serviceutbud.

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 överenskommit och stå klart för olika aktörer tydligt var olika patientgrupper behandlas.

Enligt arbetsgruppen borde det i fortsättningen skapas samarbetsmodeller över välfärdsområdes- och samarbetsområdesgränserna. Ändringarna 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 minskas 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 lättare 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 halsjukdomar 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. Profiler 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, verkningsfullhet 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 anestesiology, 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 rörlighet 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

*(kompletteras när revisionsberättelsen publiceras)*

#### 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.

#### *Projektet framtidens social- och hälsocentral*

I programmet Framtidens social- och hälsocentral<sup>38</sup> 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 verkningsfullhet, samt att säkerställa mångsidiga och samspelade tjänster. På så sätt kan man bl.a. minska användningen av sjukhus- och jourtjänster. Programmet genomfördes i projekthelhet i enlighet med

---

<sup>38</sup> [Framtidens social- och hälsocentral 2020–2023 : Program och projekthandbok](#)

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.<sup>39</sup> Ibruktagandet 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. Slututvärderingen pågår och blir klar i augusti 2024.

#### *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)<sup>40</sup>. 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 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 projektportföljsrapportering 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,

---

<sup>39</sup> [Tulevaisuuden sosiaali- ja terveystyökeskus -ohjelman hyötytavoitteiden toteutumisen kansallinen seuranta ja arviointi: Våren 2023. THL – Työpaperi 29/2023](#)

<sup>40</sup> [Finlands program för hållbar tillväxt: Planen för återhämtning och resiliens](#)

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 närmat sig de mål som satts fram till utgången av 2024 eller 2025.<sup>41</sup> 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 finska<sup>42</sup>.) Målet var att bedöma och beskriva hur man skulle kunna kombinera en husläkarmodell med vårdgarantin 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 uppnås, inklusive färre jourbesök och vård dagar på sjukhus. Med det fjärde statsunderstödet inom programmet för hållbar tillväxt<sup>43</sup> 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 vården<sup>44</sup> med statsunderstöd inom samtliga fem samarbetsområden. Statsunderstöd har riktats till genomförandet av åtgärder enligt social- och hälsovårdsministeriets rekommendation (2021:7)<sup>45</sup> 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 hemvårds-

<sup>41</sup> <https://innokyla.fi/fi/kokonaisuus/kansallinen-suomen-kestavan-kasvun-ohjelma>

<sup>42</sup> <https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/handle/10024/164291>

<sup>43</sup> <https://stm.fi/sv/fjarde-ansokningsomgangen>

<sup>44</sup> <https://innokyla.fi/fi/kokonaisuus/palliativisen-hoidon-palvelujen-tuottaminen-ja-laadun-parantaminen-ohjelma>

<sup>45</sup> <https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/handle/10024/163761>

personalens kunnande 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 i år.

#### *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)<sup>46</sup>, 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 "siukhus 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 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) Stödande 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

---

<sup>46</sup> <https://www oulu.fi/fi/projektit/kotisairaaloiminnan-nykytila-vaikuttavuus-ja-mittaaminen>

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 anlitage av hyrd arbetskraft*

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

I den rapport som publicerades i februari 2023<sup>47</sup> framförde nätverket att anlita 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 anlita 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 förlorningar och barn, vilket förändrar servicebehovet. Den 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

---

<sup>47</sup> <https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/handle/10024/165442>

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 jouren 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 jour sjukhus 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 jouren 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 räcka 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 räcka 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 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, juren 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 juren 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 jourjukhus 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 (Länsi-Pohja, Oulainen, Salo, Nyslott och Valkeakoski) 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 sjukhusssystem 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. Välfärdsområdena måste kunna säkerställa integration med bl.a. socialvårdstjänster samt utveckla regionala vård- och servicestigar.

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 prehospitala sjukvården och akutmedicinen samt befolkningens flyttningsrörelse till bosättningscentrum, som har minskat behovet av nattjour inom primärvården. För närvarande har primärvårdstjänster dygnet runt tillhandahållits i samband med samjourerna vid universitetssjukhusen och centralsjukhusen (n=18), områdenas andra sjukhus (n=8) samt i separata jurenheter med social- och hälsovårdsministeriets undantagstillstånd (n=9). Antalet är fortfarande tämligen stort och har inte minskat de senaste åren.

#### *Jourernas verksamhet, personalens tillräcklighet och andra social- och hälsovårdstjänster*

De senaste åren har jourernas verksamhet varit förknippad med flera problem och oändamålsenliga utvecklingstrender. Under juren borde man vårda endast patienter som kräver jourvård. Problem till följd av läkarbristen och senaste också sjukskötarunderskottet 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 finns en stor andel patienter 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 välfärdsområdet 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 jourenheterna. Genom gradering av vården och förstärkning av den brådskande mottagningsverksamheten förbättrar man hur invånarna upplever servicen samtidigt som man tryggar att verksamheten vid jourenheterna 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.

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

<b>Norra Finlands samarbetsområde</b>	
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 rotande skift, tiderna är inte kända
Norra Österbottens välfärdsområde	Ingen brådskande mottagning under kvällstid eller på veckoslut

<b>Ostra Finlands samarbetsområde</b>	
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
<b>Södra Finlands samarbetsområde</b>	
Södra Karelen välfärdsområde	Imatra på vardagar kl. 16-21, på veckoslut kl. 8-21
Helsingfors stad	Ingen brådslande mottagning under kvällstid eller på veckoslut
Östra Nylands välfärdsområde	Ingen brådslande mottagning under kvällstid eller på veckoslut
Mellersta Nylands välfärdsområde	Träskända på vardagar kl. 16-20, på veckoslut kl. 8-20
Kymmenedalens välfärdsområde	Ingen brådslande 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
<b>Västra Finlands samarbetsområde</b>	
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
<b>Inre Finlands samarbetsområde</b>	
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-brådskande vård, planmässighet och kontinuitet förebygger behov av att anlita brådskande 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 brådskande 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 försämrad 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 brådskande 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 jourdygnet runt inom primärvården som upprätthålls med undantagstillstånd samt brådskande 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 prehospitalkonsultation och patienten har inte behövt transporteras till en jourdygnet 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 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 hälsonytta i förhållande till de resurser som den binder (läkare, vårdpersonal, stöd-tjänster). 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.

Ovan anges varför det är skäl att minska både antalet samjourer dygnet runt och antalet enheter inom primärvården och akutmedicinen 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 jurer dygnet runt inom 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). Velfärdsområdet svarar för socialjourerna 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 efterfrågas 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 tjänsteutval, som inte sköter förlossningar (se avsnitt 5, alternativa handlingsvägar). Regeringens linje är dock att inte gå vidare med detta steg två. 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, anestesilogi, 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 2022 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 44 589 förlossningar per år 2022 (minskningen -25 %).

Eftersom de flera överlappande läkar- och sjukskötarlag 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 förfaranden för att säkerställa att ett tillräckligt servicenät av förlossnings-sjukhus tryggas i hela landet, men å andra sidan också om metoder att ingripa i situationen om antalet förlossningar per sjukhus i fortsättningen minskar avsevärt, vilket medför risker för patientsäkerheten, personalens tillräcklighet eller kostnadseffektiviteten. Om beslutanderätten enbart överläts åt de enskilda välfärdsområdena skulle det under kommande år kunna leda till sådana beslut att antingen blir förlossningssjukhusen alltför få eller så upprätthålls alltför små enheter, vilket innebär att personalen och kompetensen inte räcker till eller onödiga tilläggs-kostnader. 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 följden 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 anestesiologi på grund av de anestesimetoder som används och som därmed kräver att en anestesilog 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 anestesilog. 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. En-



ligt 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 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. 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 iakttä 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 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 prehospitala 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 låta upp en del av regleringen i 45 § 3 mom. i hälso- och sjukvårdslagen utan att äventyra patientsäkerheten. Kriteriet som gäller jour dygnet runt inom flera specialområden är 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, 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 anesthesi.

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.

Arbetsgruppen såg det som en risk att omfattande anskaffning av operationer eller andra åtgärder från den privata sektorn eller ett stort antal offentliga sjukhus som utför kirurgi som kräver operationssalsberedskap dygnet runt skulle kunna äventyra personalens tillräcklighet för universitetssjukhusens och centralsjukhusens icke-brådskande verksamhet 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.

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 journalsjukhus och personalens tillräcklighet.

Däremot vore det ändamålsenligt att på ett kontrollerat sätt möjliggöra även sådan lättare dagkirurgi inom olika specialområden och sådan operativ verksamhet med 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. Detsamma skulle gälla ovannämnda åtgärder som kräver lätt anesthesi. Detta måste dock göras så att det föreskrivs separat om åtgärderna för att minimera de risker som arbetsgruppen anser att kan uppstå. Om den tunga kirurgin centraliseras till färre offentliga sjukhus än nu, finns det risk för att deras operationssals-, uppvakningsrums- och vårdavdelningskapacitet överbelastas. Av denna orsak vore det ändamålsenligt att på ett kontrollerat sätt möjliggöra sådan dagkirurgi och kirurgi med 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. Detsamma gäller ovannämnda åtgärder som kräver lätt anesthesi. Att göra det möjligt att skaffa dagkirurgi och kirurgisk verksamhet med kortvarig eftervård samt åtgärder som kräver endast lätt anesthesi av privata tjänsteproducenter skulle dessutom lätta upp anhopningen vid de offentliga sjukhus som sköter tung kirurgi och bidra till att förkorta vårdköerna.

Birkalands, Päijänne-Tavastlands, Egentliga Tavastlands, Södra Österbottens och Österbottens välfärdsområden äger Tekonivelsairaala Coxa Oy, som specialiserat sig på ledprotesoperationer, 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 utredning<sup>48</sup> 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 det 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 källa<sup>49</sup>. 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 försäk-

---

<sup>48</sup> 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>

<sup>49</sup> 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)

ringsbolag 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 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.

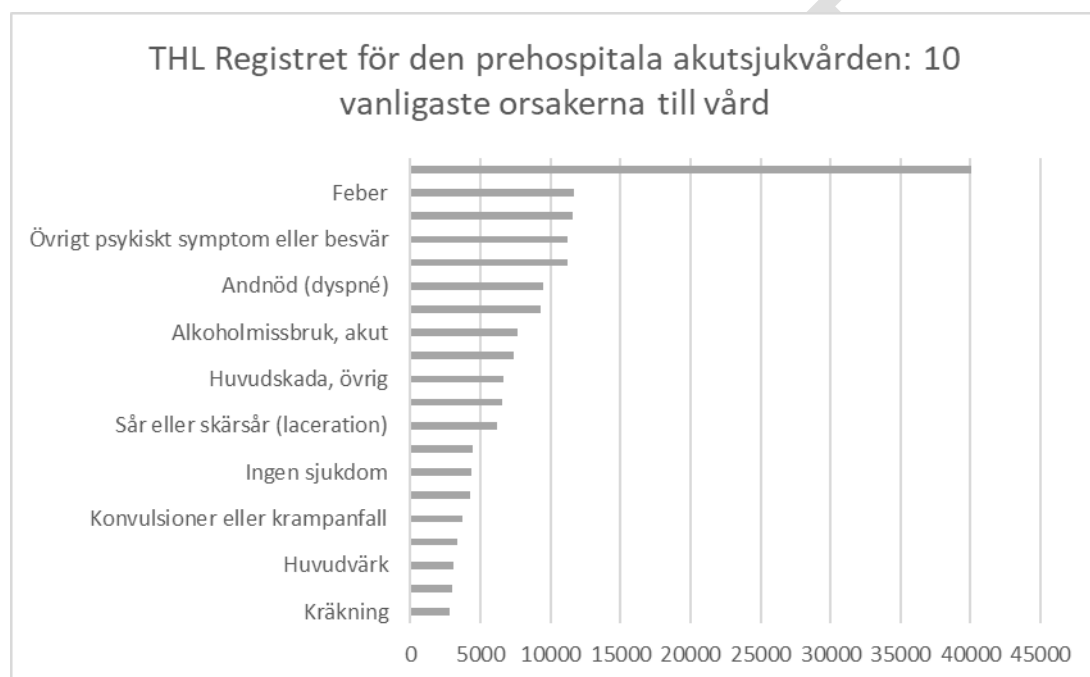
## 2.2.8 Prehospital akutsjukvård

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.

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 9. 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 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.<sup>50</sup> Denna handlingsmodell minskar antalet icke-brådskande uppdrag för den prehospitla akutsjukvården med upp till 40 %. Vissa områden har också integrerat Jourhjälp 116 117 i verksamheten. Kommunikation i samarbete med Nödcentralsverket och hänvisning av befolkningen till rätt kontaktkanal möjliggörs när Jourhjälp 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. 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-

---

<sup>50</sup> <https://oulurepo.oulu.fi/bitstream/handle/10024/37321/isbn978-952-62-3265-2.pdf>

och hälsovårdsministeriet ta över ansvaret för ledningen och samordningen av social- och hälsovården.

Välfärdsområdenas, Helsingfors stads och HUS-sammanslutningens iourer 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. iour och specialiserad sjukvård, stödier 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 (ifr. ”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 ministerna 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.

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 jourenheter 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 joursjukhus 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 jourenheter 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 Karelens 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 upprätthålls dessutom jour dygnet runt inom primärvården med social- och hälsovårdsministeriets undantagstillstånd. 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 Karelens, Päijänne-Tavastlands och Kymmenedalens (Kotka) centralsjukhus. Operativ verksamhet och förlossningar sköts vid alla centralsjukhus. I Ratamokeskus i Kouvola upprätthålls jour dygnet runt inom primärvården och akutmedicinen med social- och hälsovårdsministeriets undantagstillstånd. Vid Södra Karelens 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 Karelens välfärdsområde.

I Östra Finlands samarbetsområde ordnas samjour vid Kuopio universitetssjukhus samt Södra Savolax (S:t Michel) och Norra Karelens (Joensuu) centralsjukhus, Mellersta Finlands centralsjukhus, dvs. sjukhuset Nova, (Jyväskylä) samt Nysslotts sjukhus. Med social- och hälsovårdsministeriets undantagstillstånd verkar jourer dygnet runt inom primärvården i Idensalmi, Varkaus och Jämsä. Operativ verksamhet utförs och förlossningar sköts vid Kuopio universitetssjukhus och områdets alla centralsjukhus, varav vid S:t Michels centralsjukhus 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. Dessutom ordnas samjour vid Valkeakoski sjukhus. Den nattiour 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, Kaianalands (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. 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 välfärdsråden 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 primäriouren dygnet runt. De är inte uppdelade enligt specialområde och de sköter även jour inom allmän medicin. För kirurgi, anestesi och inre medicin finns dessutom s.k. bakjour. Antalet besök på juren är i medeltal 47 per dygn, varav 27 kvällstid och 7 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 allmänmedicin. 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 är i medeltal 24 per dygn, varav 5 kvällstid och 6 natttid. Tillgången på personal har varit tämligen god när det gäller läkare och sjukskötare och man har knappt alls skaffat någon nyd 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. Antalet intensivvårdsavdelnings- eller intensivövervakningsplatser är 2.

Vid sjukhuset sköts jouren dygnet runt av en akutläkare samt en allmänläkare och anestesiläkare på deltid samt under tjänstetid av en läkare inom konservativa specialområden. Inom flera specialområden finns dessutom s.k. bakjour. Antalet besök på jouren är i medeltal 65 per dygn, varav 23 kvällstid och 14 natttid. Läkararbetskraft särskilt för primärjouren har skaffats för 1,9 miljoner euro 2023.

Vid Valkeakoski sjukhus gjordes inga operationer enligt förordningen om centralisering av den specialiserade sjukvården 2023. Det har inte uppgetts att sjukhuset skulle ha någon operationsberedskap kvälls- eller natttid.

#### *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 1–2 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 153 per dygn, varav 50 kvällstid och 23 natttid. Tillgången på läkare och sjukskötare har varit tämligen god.

Vid Hyvinge sjukhus utfördes 2023 758 höft- eller knäprotesoperationer, 77 ryggkirurgiska operationer, 282 primära bröstcanceroperationer, 63 tjocktarmsoperationer, 42 njurcanceroperationer och 47 operationer i fråga om radikal prostatektomi vid prostatacancer. Det antal operat-

ioner som förutsätts i förordningen om centralisering av den specialiserade sjukvården överskrider inom protes- och bröstcancerkirurgi, men underskrider i övrigt. Utförandet av operationer vid Hivvinge 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 akutmakare, 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 79 per dygn, varav 30 kvällstid och 13 nattetid. Tillgången på läkare och sjukskötare har varit tillräckligt 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 akutmakare, 1 läkare inom konservativa specialområden och 1 inom kirurgi, 1 anestesilog och 1 psykiater, dessutom har 1–3 allmänläkare och akutmakare jour på deltid. Inom kirurgi och inre medicin finns dessutom s.k. bakjour. Antalet besök på jouren är i medeltal 66 per dygn, varav 26 kvällstid och 10 nattetid. Hyrd arbetskraft har anlåtts i första hand i fråga om allmän- och akutmakare. 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 ryggsjukdomsoperationer, men ingen annan operativ verksamhet enligt förordningen om centralisering av den specialiserade sjukvården. Antalen överskrider de antal operationer per sjukhus som förutsätts i förordningen. Vid sjukhuset finns ett operationssalsteam 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

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. Jouren 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 jouren är i medeltal 114 per dygn, varav 37 kvällstid och 17 nattetid.

Vid Lapplands centralsjukhus utfördes 2023 513 höft- och knäprotesoperationer, 179 ryggkirurgiska operationer och 719 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 centralssjukhus har genom en total externalisering lagts ut till Mehiläinen Länsi-Pohja Oy. Tjänstproducenten 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.

Jouren 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 jouren sköts av hälsostationerna. Inom flera specialområden förekommer dessutom s.k. bakjour. Antalet besök på jouren är i medeltal 49 per dygn, varav 23 på kvällstid och 9 nattetid.

Vid Länsi-Pohja sjukhus utfördes 2023 354 höft- eller knäprotesoperationer, 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 primärläkare inom konservativa specialområden och 1 inom kirurgi samt av 1–2 allmänläkare kl. 8–21 på vardagar och kl. 9–22 under veckoslut. Inom kirurgi, anestesi och konservativa områden förekommer dessutom s.k. bakjour. Antalet besök på jouren är i medeltal 77 per dygn, varav 26 kvällstid och 4 nattetid. Läkararbetsinsatsen inom allmänmedicin (100 %) och primärljour (80 %) skaffas i form av hyrd arbetskraft. Det har uppgetts förekomma rekryteringssvårigheter i fråga om läkare inom alla specialområden.

Vid Nyslotts sjukhus utfördes 2023 479 höft- eller knäprotesoperationer, 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 samarbetsrådets 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 14.

Jouren dygnet runt vid sjukhuset sköts av 1–3 allmänläkare, 1 primärläkare 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 primärljour på deltid inom ögonsjukdomar och hudsjukdomar på vardagar under tjänstetid. Inom flera specialområden förekommer dessutom s.k. bakjour. Antalet besök på jouren är i medeltal 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 höft- och knäprotesoperationer, 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 går 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.

Tillgången på personal särskilt för jour dygnet runt har förutsatt åtgärder i dessa sjukhus och man har också varit tvungen att hyra in arbetskraft. Universitetssjukhusen i de områden som upprätthåller dessa sjukhus och HUS-sammanslutningen har dessutom fått eller kommer under de närmaste åren att få betydande tilläggskapacitet i form av nybyggnader och ombyggnader.

Med hänvisning till det som sägs ovan är det således motiverat att det i fortsättningen inte är möjligt att ordna jour dygnet runt inom flera specialområden i Oulainen, Salo och Valkeakoski, och att den mest krävande operativa verksamheten flyttas till områdets universitetssjukhus. Birkalands välfärdsområde har redan beslutat att jouden dygnet runt vid Tammerfors universitetssjukhus sjukhus i Valkeakoski upphör från och med den 1 juni 2024.

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 jounheter 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 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. Jouren 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. Deras befolkningsunderlag förutsätter inte att det upprätthålla två jourer dygnet runt inom flera specialområden. I områdena finns många turister och säsongboende, men inte heller detta bedöms förutsätta dylik jour. 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 välfärdsområdes fullmäktige har i sitt beslut den 22 april 2024 linjerat att viss jour inom den specialiserade sjukvården, viss operativ verksamhet och skötseln av förlossningar överförs till Lapplands centralsjukhus redan vid ingången av 2025.

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 införelagets 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). 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 319/2023 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 328/2023 rd, s. 4, 14)

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 införandelagen 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 placeringsstädernas/stadsregionernas 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 blir utnyttjade.

Sådan ortopedisk operativ verksamhet som föreskrivs i 7 § i förordningen om centralisering av den specialiserade sjukvården utförs vad gäller ledproteskirurgi i samtliga dessa sjukhus, med undantag för Salo och Valkeakoski, liksom ryggkirurgi. Ryggkirurgi har utförts vid Länsi-Pohja samt i Hyvinge och Borgå. Om volymerna har underskridit de sjukhusspecifika antal som föreskrivs i förordningen, borde man ha avtalat 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 ledproteskirurgi 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 för att få kapaciteten att räcka till.

### 2.3.3 Enheter inom primärvården och akutmedicinen som verkar dygnet runt med undantags-tillstånd 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 undantags-tillstånd 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.

#### 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 patienter 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 85 per dygn, varav 26 på kvällen och 5 på natten. 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 jouren 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 45 per dygn, varav 17 på kvällen och 4 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 jouren 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 52 per dygn, varav 18 på kvällen och 6 på natten. I enheten finns 26 vårdavdelningsplatser inom allmänmedicin, 30 inom kirurgi, 30 inom inremedicin 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 jouren 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 var antalet besökare i medeltal 46 per dygn. 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 jouren 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 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 jouren 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 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.

## Raseborg

Vid jouren i Raseborg finns 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 36 per dygn, varav 9 kvällstid och 4 på natten. Poliklinikverksamhet förekommer inom flera specialområden. I enheten finns 25 vårdavdelningsplatser inom allmänmedicin och 8 inom psykiatri. År 2023 hyrdes ingen läkararbetskraft för jouren. Avståndet från Raseborg till Lojo är 50 km och restiden 46 min.

## Jakobstad

Vid jouren 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 85 per dygn, varav 20 på kvällen och 8 på natten. 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 10. Uppgifter om verksamheten vid enheter inom primärvården och akutmedicinen som verkar dygnet runt med undantagstillstånd. Källa: SHM:s förfrågan till välfärdsområdena våren 2024.

Tabell Enheter inom primärvården

Enheter inom primärvården	Per år	Jourbesök			Veckoslut och helger kl. 07-16 (dygn), medeltal	Personal			Avstånd
		Per dygn, median	Kvällstid kl. 16-22 (dygn), medeltal	Natttid kl. 22-07 (dygn), medeltal		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, %	
<b>Norra Finlands samarbetsområde</b>									
Kuusamo (Norra Österbotten)	31064	85	24	8,5	40,5	1	2	0 %	216 km (Uleåborg)
Brahestad (Norra Österbotten)	16443	45	15	6	22,5	1	2	13 %	60 km (Uleåborg)
Ivalo (Lapland)	9036	Ingen uppgift				1	1	Ingen uppgift	289 km (Rovaniemi)
<b>Östra Finlands samarbetsområde</b>									
Idensalmi (Norra Savolax)	18986	52	18,5	6,5	25	1	2	0 %	88 km (Kuopio), 88 km (Kajana)
Varkaus (Norra Savolax)	16744	Ingen uppgift				1	2	2 %	77 km (Kuopio), 91 km (S:t Michel)
Jämsä (Mellersta Finland)	12764	35	10	7	18	1	2	100 %	58 km (Jyväskylä)
<b>Södra Finlands samarbetsområde</b>									
Kouvola (Kymmenedalen)	44837	124	37	13,5	58	2	5	68 %	58 km (Kotka), 62 km (Lahtis)
Raseborg (HUS, Västra Nyland)	13133	36	10	4	20	1	Ingen uppgift	0 %	50 km (Lojo), 84 km (Jorv)
<b>Västra Finlands samarbetsområde</b>									
Jakobstad (Österbotten)	31040	Ei tietoa	20	8	40	1	2	25 %	98 km (Vasa), 36 km (Karleby)

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 behövligt antal sjukskötare i dessa enheter. Under en stor del av journalskiftet 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 2.2.4 diskuteras hur upprätthållandet av separat jourberedskap natttid som förutsätter fysisk närvaro för hälsoproblem på primärvårdsnivå inte medför någon betydande hälsonyttan 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 journalnätet 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 jourerna dygnet runt inom primärvården och akutmedicinen 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.

För Ivalos och Kuusamos del kan synnerligen långa avstånd betraktas som grund för att upprätthålla dylik jour. 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 välfärdsområdens 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.

I Kemi och Nyslott talar de långa avståndet och en helhetsbedömning av de nuvarande sjukhusens historia och service för möjlighet att upprätthålla dylik jour. 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. Dessa omständigheter talar för att göra det möjligt att upprätthålla jour dygnet runt inom primärvården och akutmedicinen vid dessa sjukhus, trots att juren inom olika specialområden i övrigt flyttas till Rovaniemi och S:t Michel.

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 eller akutmedicinen 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 jourer 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 och akutmedicinen 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 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. Samtidigt är målet att säkerställa att den offentliga och den privata hälso- och sjukvårdskapaciteten utnyttjas på ett ändamålsenligt sätt i området.

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 sakligheterna 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 i fortsättningen inte kan ordnas vid sjukhusen i Kemi, Nyslott, Oulainen, Salo och Valkeakoski, dvs. ändringen berör Lapplands, Södra Savolax, Norra Österbottens, Egentliga Finlands och Birkalands välfärdsområden.

I propositionen föreslås också att i fråga om jour dygnet runt inom primärvården och akutmedicinen slopas bestämmelserna enligt vilka social- och hälsovårdsministeriet kan bevilja undantagstillstånd för upprätthållande av sådan jour. I stället föreskrivs i lagen med namn om på vilka orter det är möjligt att upprätthålla sådan jour, om man kommer överens om saken i samarbetsområdets samarbetsavtal och de övriga lagstadgade förutsättningarna, t.ex. tillräcklig personal och ekonomisk bärkraft, uppfylls. Sådan jour får i fortsättningen upprätthållas i Ivalo, Kemi, Kuusamo, Nyslott, Jakobstad och Raseborg, där det för närvarande finns motsvarande jour med undantagstillstånd. Orter där sådan jour för närvarande upprätthålls med ministeriets undantagstillstånd men inte kan upprätthållas i fortsättningen är Idensalmi, Jämsä, Kouvola, Brahestad och Varkaus, dvs. ändringen berör Norra Savolax, Mellersta Finlands, Kymmenedalens och Norra Österbottens välfärdsområden.

Vid alla sjukhus och andra verksamhetsenheter inom hälso- och sjukvården får man emellertid fortfarande upprätthålla sådan jour 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 följderna av de ändringar som föreslås i jourbestämmelserna är dock att Länsi-Pohja sjukhus i Kemi inte längre kan sköta förlossningar.

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 luckras upp. En del av sådan dagkirurgi och operativ verksamhet inom olika specialområden som kräver endast kortvarig 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. Förutsättningen 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 åtgärder som kräver lätt narkos eller lokalbedövning och som förutsätter anesthesiologisk kompetens och som kan utföras patientsäkert i sedvanliga hälso- och sjukvårdslokaler utan specialutrustning och som kräver endast kortvarig eftervård av patienten. Närmare bestämmelser om sådana dagkirurgiska operationer och operationer som kräver kortvarig eftervård samt åtgärder som kräver lätt anestesi utfärdas genom förordning av statsrådet.

I lagen förtydligas bestämmelserna om under vilka förutsättningar operationer och andra ovan avsedda åtgärder kan skaffas av andra 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. Ovan avsedd dagkirurgi samt operativ verksamhet inom olika specialområden som kräver kortvarig eftervård och åtgärder som kräver lätt anestesi kan skaffas även av andra tjänsteproducenter, t.ex. när kraven på patientsäkerhet och kvalitet uppfylls.

I samarbetsrådets samarbetsavtal bör man komma överens om de upphandlingsprinciper i enlighet med vilka ett välfärdsområde eller HUS-sammanslutningen kan skaffa dagkirurgi och operativ verksamhet inom olika specialområden som kräver kortvarig eftervård av privata tjänsteproducenter. 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 om jour 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**

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 akut-sjukvården 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



journingar 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 vintern 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 välfärds (THL) (i) Hilmo = Vårdenmätningssystemet (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 ambulans transporter. 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

I lagen om välfärdsområdenas finansiering 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 central-sjukhus 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 och akutmedicinen.

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 prehospitla 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 prehospitla 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 prehospitla sjukvården, och därför har ökningen av kostnaderna för den prehospitla sjukvården liten inverkan på finansieringen enligt finansieringslagen.

#### *Jourer inom primärvården och akutmedicinen*

De föreslagna lagändringarna gäller nattjouren inom primärvården, nio timmar per dygn under tidsperioden kl. 22-07. Lagändringen berör fem verksamhetsenheter inom primärvården och akutmedicinen: I Idensalmi, Jämsä, Kouvola, Brahestad och Varkaus.

Uppskattningar av kostnaderna för och antalet användare av jourerna inom primärvården och akutmedicinen har sammanställts nedan i tabell 11. 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 Vårdanmälningsystemet (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 11. Uppskattning av kostnaderna för och besöken vid jouten inom primärvården och akutmedicinen i Idensalmi, Jämsä, Brahestad, Varkaus och Kouvola.

Placering	Nuvarande kostnad inom jouten dygnet runt, mn euro	Kostnad för verksamheten natttid inom jouten dygnet runt, mn euro	Brådskande besök inom den öppna sjukvården 22-07 år 2023	Andel av brådskande besök
<b>Idensalmi</b>	3,8	2,1	2 419	12,1 %
<b>Jämsä</b>	2,4	1,3	871	8,4 %
<b>Brahestad</b>	4,5	2,5	1 152	9,1 %
<b>Varkaus</b>	3,9	2,2	2 722	10,8 %
<b>Kouvola</b>	19,5	10,7	7 164	11,9 %

Beträffande konsekvenserna av att verksamheten natttid upphör har man antagit att 50 procent av besöken natttid ersätts av besök som sker direkt samma natt vid närmaste jourhavande samjour dygnet runt. Motsvarande effekt har också uppskattats som förlängning av den prehospitala akutsjukvårdens transportresor och transporttider. Vidare har man antagit att 40 procent av de jourbesök som nu sker natttid sker följande dag som jourbesök dagtid. Vart tionde besök antogs bli inställt när verksamhetsenheterna inte längre är öppna natttid<sup>51</sup>. Dessa sistnämnda besök utgör en kalkylmässig sparpotential. När de besök som gjorts natttid sätts i relation till öppettiden på natten, kan man uppskatta att kapacitetsutnyttjandet varit cirka 15 - 23 procent i förhållande till dagtid. Utifrån kapacitetsutnyttjandet och den antagna dubbla timkostnaden kan ett jourbesök natttid anses kosta upp till tio gånger mer än ett besök dagtid. Under tabell 12 beskrivs nyckeltal enligt vilka kostnadsöverföringen har uppskattats innebära en sparpotential på cirka 45 - 47 procent när enbart vårdkostnaderna beaktas.

<sup>51</sup> 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 (Stävjandet 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%A4.pdf](https://valtioneuvosto.fi/documents/10616/622950/J0407_Terveidenhuollon_menojen_hillint%C3%A4.pdf)>

Tabell 12. Uppskattning av sparpotentialen inom jouren inom primärvården och akutmedicinen i Idensalmi, Jämsä, Brahestad, Varkaus och Kouvola.

Placering	Kapacitetsutnyttjande i förhållande till dagtid	Kostnad för en prestation nattetid i förhållande till dagtid	Sparpotential om verksamheten nattetid upphör	Kostnadsbesparing, mn euro
<b>Idensalmi</b>	23,0 %	871 %	45,41 %	0,9
<b>Jämsä</b>	15,2 %	1316 %	46,96 %	0,6
<b>Brahestad</b>	16,7 %	1196 %	46,65 %	1,1
<b>Varkaus</b>	20,2 %	992 %	45,97 %	1,0
<b>Kouvola</b>	22,5 %	890 %	45,51 %	4,8
<b>Totalt</b>				<b>8,5</b>

Ovanstående sparpotential inom primärvården och akutmedicinen förhöjd till 2025 års nivå är cirka 9,4 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. Lapplands välfärdsområde har dock i fråga om sjukhuset i Kemi och Birkalands välfärdsområde 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 och Lapplands välfärdsområde våren 2024. Därmed skulle de föreslagna lagändringarna i praktiken påverka endast sjukhusen i Nyslott, Oulainen och Salo.

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. I tabellen 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 sjukhuset i Salo innehåller de uppgifter som anmälts till Vårdanmälnings-systemet 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 13 och dessutom Länsi-Pohja och Valkeako-ski sjukhus.

Tabell 13. Uppskattning av kostnaderna, kostnadsöverföringarna och sparpotentialen vid sjukhusen i Nyslott, Oulaskangas och Salo.

Sjukhus	Sjukhusets totalkostnad, mn euro	Kostnadsöverföring, mn euro	Andel som överförs	Sparpotential 30 % av kostnadsöverföringen, mn euro	Sparpotential enligt nivån 2025, mn euro
Nyslott	59,3	21,3	35,9 %	6,4	7,0
Oulaskangas	45,5	25,3	55,6 %	7,6	8,3
Salo	40	15,3	38,3 %	4,6	5,0
<b>Totalt</b>	<b>144,8</b>	<b>61,9</b>	<b>42,8 %</b>	<b>18,6</b>	<b>20,4</b>

Ovannämnda sparpotential för den specialiserade sjukvårdens del minskar av att Nyslott och Kemi fortfarande får möjlighet att ordna jour nattetid inom primärvården och akutmedicinen. Den tilläggskostnad som detta orsakar har utifrån ovanstående uppskattningar av sparpotentialen inom primärvården och akutmedicinen antagits vara 1,1 miljoner euro per sjukhus. Sålunda skulle sparpotentialen för den specialiserade sjukvårdens del vara totalt 18,2 miljoner euro enligt nivån 2025.

### *Prehospital akutsjukvård*

För den prehospitala 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 prehospitala akutsjukvården har använts årskostnaden för upprätthållande av en prehospital akutsjukvårdsenhet. Kostnaden för upprätthållande av en prehospital akutsjukvårdsenhet har uppskattats så att en dygnsenhet har antagits bestå av en ambulans samt två akuvårdare. Personalbehovet för att upprätthålla fortlöpande beredskap 24/7 under ett år med en enhet har uppskattats till 12 akuvårdare, och kostnaden för en enskild akuvårdares 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 prehospital 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 prehospital 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 kl. 22-07 samt som ökning antalet besök under en timme på kvällen, vilket motsvarar antalet besök kl. 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 prehospitala akutsjukvården med ambulans till den mottagande enheter och i fråga om ökningen den sista kvällstimmen att 30 procent av patienterna transporteras av den prehospitala 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 prehospitala akutsjukvårdens kostnadsökning har uppskattats i form av antalet patienter som transporteras och tidsökningen för den prehospitala 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.

Samma antagna avståndsökning har också använts i fråga om de ambulanstransporter som FPA ersätter. Eftersom avståndsökningen är den s.k. maximiökningen 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 14 har sammanställts uppskattningar av antalet patienter som överförs och av kostnaderna för att transportererna räcker längre.

Tabell 14. Konsekvenser för den prehospitala akutsjukvården av att nattjourer inom primärvården stängs.

<b>Nattjour som läggs ned</b>	Bra- hestad	Varkaus	Iden- salmi	Jämsä	Kouvola
Mottagande enhet	OYS	KYS	KYS	Jyvä- skylä	Kotka
Avståndsförändring	77	76	85	57	55
Antal kunder som överförs kl. 21-22	1095	1000	1010	608	2233
Varav med ambulans 30 %	329	300	303	182	670
Antal kunder som överförs kl. 22-07	1716	2145	2372	2555	4672
Varav med ambulans 50 %	858	1073	1186	1277	2336
Kunder som överförs totalt	1187	1373	1489	1460	3006
<b>Tilläggskostnad för den prehospitala akutsjukvården, euro</b>	<b>454 571</b>	<b>519 112</b>	<b>629 952</b>	<b>414 155</b>	<b>822 724</b>
<b>Sjukförsäkringens reseersättningar, euro</b>	<b>414 320</b>	<b>473 146</b>	<b>574 171</b>	<b>377 482</b>	<b>749 874</b>

Kostnaderna för den prehospitala akutsjukvården av de ändringar som förskrivs i jouten och den operativa verksamheten inom den specialiserade sjukvården och den sparpotential som hänförs 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 15 ingår på motsvarande sätt uppskattningar av antalet patienter som överförs och av kostnaderna för att transporterna räcker längre.

Tabell 15. Konsekvenser för den prehospitala akutsjukvården av ändringarna inom den specialiserade sjukvården.

	Nyslott	Oulainen	Salo
Mottagande enhet	S:t Michel	KYS	ÅUCS
Avståndsförändring	102	102	54
Antal kunder som överförs kl. 21-22	1521	1582	304
Varav med ambulans 30 %	456	475	91
Antal kunder som överförs kl. 22-07	1825	5636	2081
Varav med ambulans 50 %	913	2818	1041
Antal kunder som överförs till dagtid	5972	4637	1143
Varav med ambulans 10 %, 30 %	1701	1142	343
Kunder som överförs totalt	3070	4435	1475
<b>Den prehospitala akutsjukvårdens tilläggskostnad, euro</b>	<b>1 311 717</b>	<b>1 844 775</b>	<b>369 953</b>
<b>Sjukförsäkringens reseersättningar, euro</b>	<b>1 420 089</b>	<b>1 832 219</b>	<b>361 170</b>

Kostnadsökningen för den prehospitala akutsjukvården har uppskattats till totalt cirka 6,4 mn euro och sjukförsäkringens ersättningar för sjuktransport till 6,2 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 ersättningar betalas till tjänsteproducenten. Eftersom välfärdsområdet ansvarar för att ordna prehospital akutsjukvård, minskar FPA:s ersättningar välfärdsområdets kostnader för att ordna prehospital akutsjukvård. Således är inverkan på välfärdsområdets ekonomi skillnaden mellan tilläggskostnaden för att ordna prehospital akutsjukvård och sjukförsäkringens ersättningar. Nettoeffekten av ändringen är att kostnaderna ökar en aning, cirka 160 000 euro.

Den årliga kostnaden för att upprätthålla en prehospital akutvårdsenhet uppskattas till en miljon euro, och de välfärdsområden som berörs av ändringen bedöms på landsomfattande nivå behöva totalt cirka 6,5 nya enheter. Om priset för en utrustad ambulans är cirka 300 000 euro, är investeringsbehovet högst knappt två miljoner. I praktiken är dock antalet transporter nattetid betydligt färre i förhållande till transporterna dagtid, eftersom dagtid utförs även andra än brådsakande 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 4,2 mn euro och de försäkrades finansieringsandel med 2 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.

I regeringsprogrammet för statsminister Orpos regering har man dessutom beslutat att finansieringsansvaret för transporter i anslutning till den prehospitala akutsjukvården 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. Ökningen av kostnaderna och finansieringsansvaret på grund av denna proposition har inte beaktats i planen för de offentliga finanserna.

#### *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 de senaste 12 månaderna, dvs. 04/2023–03/2024.

De taxiresor som ersätts från sjukförsäkringen uppskattas öka i 72 % av fallen och minska i 17 % av fallen. För 11 % 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. Kanaliseringlösningen inverkar också på hur dessa finansieringsandelar förändras.

#### *Sammanfattning av konsekvenserna för statsfinanserna*

Till följd av de lagändringar som föreslås i propositionen skulle sparpotentialen för verksamhetsenheterna inom hälso- och sjukvården vara totalt 9,4 mn euro för jourerna inom primärvården och akutmedicinen och 18,2 mn euro för den specialiserade sjukvården. Inverkan för välfärdsområdena skulle vara en nettobesparing i verksamhetsutgifterna på totalt 27,6 mn euro.

Statens kostnader för den prehospitala akutsjukvården skulle öka med cirka 160 000 euro i fråga om välfärdsområdenas nettoökning (moment 28.89.31), med 4 200 000 euro i fråga om sjukförsäkringens reseersättningar för sjuktransporter samt med 160 000 euro i fråga om taxiresor. De försäkrades finansieringsdel av sjukvårdsförsäkringen ökar med 2 080 000 euro. Uppskatningarna har gjorts i enlighet med den gällande lagstiftningen och kanaliseringslösningen kommer att påverka andelarna när den genomförs.

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 27,4 mn euro (med beaktande av influtna kundavgifter med 27,3 mn) enligt 2025 års nivå.

#### 4.2.1.2 Konsekvenser för välfärdsområdenas ekonomi

Välfärdsområdena bereder kontinuerligt beslut som gäller servicenätet inom social- och hälsovården. Besluten går delvis, såsom de beslut som Birkalands välfärdsområde fattade hösten 2023 och Lapplands välfärdsområde 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.

När man använder samma antaganden om andelen patienter som överförs till andra enheter som i de tidigare kalkylerna (50 % - 40 % - 10 %) blir den totala inverkan av ändringen i intäkterna av kundavgifter 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 medan effekten av ändringarna i nattjourerna inom den specialiserade sjukvården är att intäkterna minskar. Totalt uppskattas intäkterna av kundavgifterna minska med cirka 100 000 euro.

#### *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 16 beskrivs de sparpotentialer till följd av ändringarna i sjukhustjänsterna som använts i konsekvensbedömningen enligt välfärdsområde. Sparpotentialen är på riksomfattande nivå totalt 27,4 mn euro. För primärvårdens del är sparpotentialen totalt 9,1 mn euro och för den specialiserade sjukvårdens del är sparpotentialen totalt 18,3 mn euro. I sparpotentialen har beaktats nettoeffekterna av ändringarna i den prehospitala akutsjukvården. I sparpotentialen har inte beaktats ändringarnas inverkan på välfärdsområdenas kundavgiftsinkomster.

Tabell 16. 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		6,0	6,0
Mellersta Finland	0,6		0,6
Kymmenedalen	5,3		5,3
Lappland		-1,1	-1,1
Norra Österbotten	1,2	8,3	9,6
Norra Savolax	2,0		2,0
Egentliga Finland		5,0	5,0
<b>Totalt</b>	<b>9,1</b>	<b>18,3</b>	<b>27,4</b>

Nedan bedöms konsekvenserna av ändringarna i sjukhustjänsterna för finansieringen genom att en minskning på 27,4 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 % av den kalkylerade finansieringen för social- och hälsovården fördelas utifrån kriterier som beskriver servicebehovet i välfärdsområdena. Cirka 47,7 % fördelas enligt kriteriet för servicebehovet inom hälso- och sjukvården (cirka 11,3 miljarder euro 2024), cirka 16,5 % enligt kriteriet för servicebehovet inom äldreomsorgen (cirka 3,8 miljarder euro 2024) och cirka 17,4 % 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 anlitandet 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 anlitandet av tjänsterna och de kostnader som anlitandet av tjänsterna medför.

I tabell 17 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 17. Inverkan av de föreslagna ändringarna i servicesystemet på den kalkylerade statliga finansieringen för välfärdsområdena.

Välfärdsområde	Ändring i den kalkylerade finansieringen, mn euro	Ändring i den kalkylerade finansieringen, euro/invånare
Helsingfors	-3,0	-4
Vanda och Kervo	-1,3	-5
Västra Nyland	-2,1	-4
Östra Nyland	-0,5	-5
Mellersta Nyland	-0,9	-5
Egentliga Finland	-2,4	-5
Satakunta	-1,1	-5
Egentliga Tavastland	-0,9	-5
Birkaland	-2,7	-5
Päijänne-Tavastland	-1,1	-5
Kymmenedalen	-0,9	-6
Södra Karelen	-0,6	-5
Södra Savolax	-0,7	-6
Norra Savolax	-1,4	-5
Norra Karelen	-0,9	-6
Mellersta Finland	-1,3	-5
Södra Österbotten	-1,0	-5

Välfärdsområde	Ändring i den kalkylerade finansieringen, mn euro	Ändring i den kalkylerade finansieringen, euro/invånare
Österbotten	-0,8	-5
Mellersta Österbotten	-0,4	-5
Norra Österbotten	-2,0	-5
Kajanaland	-0,4	-5
Lappland	-1,0	-6
<b>Totalt</b>	<b>-27,4</b>	<b>-5</b>

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 27,4 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 17 skulle den kalkylerade finansieringen för Kymmenedalens, Södra Savolax, Norra Karelen och Lapplands välfärdsområden minska med 6 euro per invånare. Den kalkylerade finansieringen för Helsingfors och Västra Nylands välfärdsområden skulle minska med 4 euro per invånare. Den andra välfärdsområdenas kalkylerade finansiering skulle minska med 5 euro per invånare. Ändringen minskar dock alla välfärdsområdenas 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 Karelen 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 18. Skillnaden mellan sparpotentialen hos de ändringar som föreslås i servicesystemet och ändringen i den kalkylerade finansieringen.

Välfärdsområde	Sparpotential totalt, mn euro	Ändring i den kalkylerade finansieringen totalt, mn. euro	Skillnad mellan ändringen i finansieringen och sparpo- tentialen, mn euro
Helsingfors	0	-3,0	-3,0
Vanda och Kervo	0	-1,3	-1,3
Västra Nyland	0	-2,1	-2,1
Östra Nyland	0	-0,5	-0,5
Mellersta Nyland	0	-0,9	-0,9
Egentliga Finland	5,0	-2,4	2,6
Satakunta	0	-1,1	-1,1
Egentliga Tavastland	0	-0,9	-0,9
Birkaland	0	-2,7	-2,7
Päijänne-Tavastland	0	-1,1	-1,1
Kymmenedalen	5,3	-0,9	4,4
Södra Karelen	0	-0,6	-0,6
Södra Savolax	6,0	-0,7	5,3
Norra Savolax	2,0	-1,4	0,6
Norra Karelen	0	-0,9	-0,9
Mellersta Finland	0,6	-1,3	-0,7
Södra Österbotten	0	-1,0	-1,0
Österbotten	0	-0,8	-0,8
Mellersta Österbotten	0	-0,4	-0,4
Norra Österbotten	9,6	-2,0	7,5
Kajanaland	0	-0,4	-0,4
Lappland	-1,1	-1,0	-2,1
<b>Hela landet</b>	<b>27,4</b>	<b>-27,4</b>	<b>0</b>

I tabell 18 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, 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 9,6 miljoner euro och finansieringen minska med cirka 2,0 miljoner euro. Sålunda skulle nyttan för området vara cirka 7,5 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. Genom de föreslagna lagändringarna undanröjs välfärdsområdenas skyldigheter att producera resursintensiva och dyra sjukvårdstjänster, och de får handlingsutrymme att reformera servicestrukturen. Lagändringarna gör det dessutom 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 finansiering 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 mikroföretag<sup>52</sup>. Genom sina beslut skapar

---

<sup>52</sup> 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](https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/165580/TEM_2024_2_T.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

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 prehospitaled sjukvården och annan transport- och resekapacitet. Detta kan öka efterfrågan på företagets tjänster.

Tabell 19. Omsättningen inom näringsgrenen vård och omsorg och sociala tjänster enligt undernäringsgrenen och företagets storleksklass 2022<sup>53</sup>.

	Omsättning, juridiska enheter (1000 euro)			
	<b>Q Vård och omsorg; sociala tjänster (86-88)</b>	<b>86 Hälso- och sjukvård</b>	<b>87 Institutionsvård inom socialvården</b>	<b>88 Öppna sociala insatser</b>
<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
100 - 249 personer	945 866	497 238	329 123	119 505

<sup>53</sup> Statistikcentralen, struktur- och bolagsstatistik över företag



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. 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 åtgärder som utförs under lätt 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 anestesi-kompetens 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 Sydän-sairaala, 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.

Centraliseringen av funktionerna inom de välfärdsområden som berörs av lagändringarna förlänger en del patienters resa till vårdplatsen, om de 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 kundavgiftsbörda, 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 propositionen 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. Det har ännu inte fastställts vilka avgifter som ska höjas.

Lagändringen bedöms innebära att behovet av prehospital akutsjukvård ökar något i de välfärdsområden som berörs av ändringarna, och därmed i någon öka antalet ambulanstransporterna inom den prehospitala sjukhusvården i dessa områden liksom den preshospitala 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 sjukhuset i Kemi kan det leda till ökat behov av att anlita patienthotellet i Rovaniemi. 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 regionekonomiska 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)<sup>54</sup>. 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 av konsekvenserna för efterfrågan på arbetskraft inom hela regionekonomin, inte bara hälso- och sjukvården, och ändringarna avspeglas även i grannlandskapen.

Konsekvenser för regionekonomin uppstår genom att den offentliga efterfrågan omdirigeras. Det är mest naturligt att börja beskriva konsekvenserna genom att granska hur posterna i slutförfrågan inom regionekonomin förändras. Penningmässigt berör de största ändringar i den offentliga efterfrågan Södra Savolax, Egentliga Finland och Kymmenedalen, som berörs av besparingar. Å andra sidan gör ökad offentlig efterfrågan att Mellersta Finlands, Norra Savolax och Päijänne-Tavastlands regionekonomi växer när patienter hänvisas dit från Södra Savolax.

Förändringar i den offentliga efterfrågan avspeglas även i andra ekonomiska sektorer. Inskränt offentlig efterfrågan minskar den inhemska efterfrågan, och t.ex. i Södra Savolax skulle detta avspeglas även i införseln till regionen, som skulle minska – vilket skulle innebära att regionekonomin växer. På motsvarande sätt skulle den offentliga efterfrågan öka i Norra Savolax, Päijänne-Tavastland och Mellersta Finland och förbättra hushållens köpkraft och därmed den privata konsumtionen och införseln. Nationalprodukten inom hela samhällsekonomin ökar dock

---

<sup>54</sup> 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](https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/161655/VNTEAS_2019_41_Aluellisten_taloustilastojen_tietokanta.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

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 0,01–0,18 procent i de landskap som berörs av sparpotentialer. I de landskap dit verksamheter överförs skulle inverkan vara positiv, och placera sig i intervallet 0,02–0,09 procent. Det handlar inte om särskilt stora konsekvenser, eftersom ekonomin i samtliga landskap växer. I regionekonomin skulle de förlagna lagändringarna orsaka ändringar i alla näringsgrenar, inte bara hälso- och sjukvården. För hälso- och sjukvårdens del skulle besparingarna ha störst konsekvenser i Södra Savolax och Norra Österbotten, medan 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 med säkerhet också personer 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 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 %<sup>55</sup>. Pendlingen kan påverkas av möjligheterna att använda trafikmedel och dessutom av hur säker arbetsresan är och hur länge den räcker, t.ex. vägnars 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 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 ha 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. När sjukhusens verksamhet nattetid upphör 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 städers eller regioners förmåga att återhämta sig från ekonomiska chocker eller störningar. I resiliensdiskussionen har mindre uppmärksamhet ägnats åt de ekonomiska, sociala och

---

<sup>55</sup> Statistikcentralen 1.11.2019

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 och akutmedicinen samt den specialiserade sjukvården som är tillgänglig för befolkningen

Den praktiska följderna av bestämmelserna om sådan jour inom primärvården och akutmedicinen som är tillgänglig för befolkningen är att sådan jour inte längre får ordnas i Idensalmi, Jämsä, Kouvola, Brahestad och Varkaus, där det för närvarande har funnits sådan med social- och hälsovårdsministeriets undantagstillstånd. Från dessa enheter borde patienterna hänvisas till en jour dygnet runt inom flera specialområden vid ett universitetssjukhus eller centralsjukhus, om inte servicebehovet kan uppfyllas av prehospital 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) och från Kouvola till Kymmenedalens (Kotka) centralsjukhus samt från Brahestad till Uleåborgs universitetssjukhus. Via regionala lösningar kunde en del patienter i enlighet med vårdbehovet hänvisas till andra jurer dygnet runt i välfärdsområdena. Exempelvis från Kouvola skulle patienter också kunna hänvisas till Päijänne-Tavastlands centralsjukhus i Lahtis.

Möjlighet att ordna jour dygnet runt inom primärvården och akutmedicinen blir kvar i Ivalo, Kemi, Kuusamo, Jakobstad, Raseborg och Nyslott, där sådan finns även för närvarande. 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 prehospital akutsjukvård, samt de tillgängliga personresurserna och kostnaderna för dem. Att upprätthålla sådan jour ska vara, liksom i nuläget, en möjlighet och inte en skyldighet.

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. Den praktiska konsekvensen är att brådskande vårdtjänster för nya patienter nattetid inte kan utföras inom den specialiserade sjukvården i Kemi, Oulainen, Salo, Nyslott och Valkeakoski och i Oulainen, Salo och Valkeakoski inte heller inom primärvården eller akutmedicinen, utan patienterna bör hänvisas till jour dygnet runt inom flera specialområden vid ett universitetssjukhus eller centralsjukhus, och inte servicebehovet kan uppfyllas med hjälp av prehospital akutsjukvård, distanstjänster och digitala tjänster och andra social- och hälsovårdsvårdstjänster och om bedömningen av behovet inte kan vänta till morgonen. I praktiken skulle patienterna hänvisas till Lapplands centralsjukhus (Rovaniemi) och Södra Savolax centralsjukhus (S:t Michel) samt till universitetssjukhusen i Uleåborg, Åbo och Tammerfors.

Klockan 07-22 kan alla välfärdsområden, 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, akutmedicinen och den specialiserade sjukvården. Alla sjukhus kan dessutom ha sådan jour som krävs för en patientsäker vård av de patienter som redan finns på sjukhusets vårdavdelning. Denna (läkar-) sjukhusjour kan enligt behov genomföras i form av fysisk närvaro, beredskap eller distansjour.

När det gäller tidsberoende nödsituationer (hjärninfarkter, hjärtincidenter) måste så snabbt tillträde till vård som möjligt säkerställas i olika områden och till denna del måste det finnas ett tillräckligt servicenät samt konsultpraxis. Vården kan delvis inledas och utföras även med stöd av distanskonsultationer. Vid alla livshotande situationer är det viktigaste att snabbt få snabb och kunnig prehospital akutsjukvård – vid behov stödd av läkarhelikopterverksamhet – samt transport till ett sjukhus med heltäckande serviceurval. För befolkningen, servicesystemet och t.ex. den prehospitala akutsjukvården är det viktigt att det är avtalat och klart var vilka patientgrupper vårdas. I Kymmenedalen förbättras servicenivån inom den prehospitala akutsjukvården när Finnhems bas i Kouvola inleder sin verksamhet 2025.

Enligt den förfrågan som riktades till välfärdsområdena 2024 har antalet patienter nattetid (kl. 22-07) vid jourerna under 2023 varit i medeltal 9/natt i Kemi, 8/natt i Oulainen, 7/natt i Salo, 5/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 patienttalen inte förutsätta någon betydande ytterligare personalrekrytering till de mottagande sjukhusens jourer.

Däremot kan kapaciteten inom den prehospitala akutsjukvården behövas utökas, vilket förklaras mer ingående i avsnitt 4.2.2.4. Det finns behov av att kraftigare integrera områdets jourtjänster som helhet, stärka den prehospitala akutvården och ordna tillräckliga och högklassiga möjligheter till distanstjänster för befolkningen för att minimera antalet uppgifter under jourtiden. Dessutom måste den prehospitala akutsjukvårdens 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 välfärdsområden 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 grannvälfärdsområden. 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 kirurgin är det lättare att säkerställa att ett sjukhus med jour dygnet runt får kompetent personal utan oändamålsenliga arrangemang eller kostnader, 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 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.

Genom att skaffa dagkirurgi även från andra tjänsteproducenter kan man dessutom underlätta tillräcklig operationssalskapacitet. 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.

För patientströmmarnas del bör sjukhusens samarbete och arbetsfördelning 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 till utgången 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 utföra vissa åtgärder under lätt anestesi 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 värdköerna redan före det egentliga ikraftträdandet i början av 2026. Genom propositionen underlättas välfärdsområdena möjligheter att hålla fast vid 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 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), Kajaland (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 i Kemi i fortsättningen utföra operationer inom dagkirurgi eller kirurgi som kräver endast kortvarig eftervård inom kvinnosjukdomar.

#### 4.2.2.4 Konsekvenser för den prehospitala akutsjukvården

Det kan behövas ändringar i den prehospitala akutsjukvårdens kapacitetsbehov och å andra sidan i anvisningarna för den prehospitala akutsjukvården i de områden där det föreslås ändringar i jouren dygnet runt.

De ändringar som föreslås i propositionen gäller tidsintervallet kl. 22-07 för jour inom primvården och akutmedicinen. Man bör beakta att välfärdsområdena har möjlighet att fortsätta jouren inom primvården och akutmedicinen i nuvarande form kl. 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 prehospitala akutsjukvården kl. 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 prehospitala akutsjukvården. I uppskattningen har beaktats transportererna redan efter kl. 21. När nattjouren upphör transporteras dessa patienter direkt till en enhet med jour dygnet runt inom flera specialområden. Den modell som uppskattningen bygger på beskrivs mer ingående i avsnittet om bedömning av de ekonomiska konsekvenserna.

Den prehospitala akutsjukvården beskrivs mer ingående i avsnitt 2.1.5. På grund av de föreslagna ändringarna uppskattas den prehospitala akutsjukvården 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 prehospitala akutsjukvården 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. I Kymmenedalen förbättras servicenivån inom den prehospitala akutsjukvården när basen i Kouvola för Finnhems läkarhelikopter inleder sin verksamhet 2025.



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 patienten<sup>56</sup>. 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 joutren och den prehospitla akutsjukvården. Oberoende av att uppgiftsprofilen ändras är det den prehospitla 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. Jourhjälp 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 prehospitla sjukvården 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 eller utvidgade öppettider till mottagningar, polikliniker eller mottagningar för brådskande vård, beträffande vilka välfärdsområdena även i fortsättningen själva beslutar om verksamhetsmodell och specialområden. Ändringen av den prehospitla akutsjukvårdens verksamhet i riktning mot bedömning av vårdbehovet och tillhandahållande av vård redan på objektet samt den mer omfattande integrationen av joutjänsterna dygnet runt beskrivs ovan.

Genom att i allt högre grad integrera läkarhelikopterverksamheten som en del av den prehospitla 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 central-sjukhusen. 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.

---

<sup>56</sup> <https://www.utupub.fi/bitstream/handle/10024/154673/AnnalesD1656Paulin.pdf>

I enlighet med propositionen överförs den tunga kirurgin från vissa sjukhus till universitetssjukhusen och centralsjukhusen. 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.

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. 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.

De föreslagna lagändringarna berör totalt 9 fastigheter, för jourerna inom primärvården Jämsä, Kouvola, Brahestad, Varkaus och Idensalmi samt för jourerna inom den specialiserade sjukvården Nyslott, Kemi, Oulainen och Salo.

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 sjukhus i Kemi, Oulainen, Salo, Nyslott och Valkeakoski, så inte heller operationssalslokalerna blir onödiga. Ändringar i lokalbehoven kan i första hand ses i fråga om enskilda förlossningsrum när förlossningsverksamheten i Kemi 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, 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. 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 effektivare användning, om det behövs ytterligare kapacitet.

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

##### *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 frivillig militärtjänst för kvinnor (194/1995) 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.

Ändringarna enligt propositionen påverkar i första hand Karelska brigaden, som finns i Vekarajärvi i Kouvola, och Uittis jägarregemente. De andra garnisonernas närmaste enhet med jour dygnet runt ändras inte. 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. I Karelska brigaden inleder cirka 2000 rekryter sin militärtjänstgöring två gånger per år. Av propositionen följer att sträckan till jour nattetid inom hälso- och sjukvården förlängs med cirka 60 km. Man kan dock anta att behovet av bedömning och vård nattetid är litet inom Försvarsmaktens hälso- och sjukvård. Förutom den prehospitala akutsjukvården finns en läkarambulans i Kouvola. I Utti förbereds också en läkarhelikopterbas. 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. Vid Jägarbrigaden inleder varje år cirka 1000 rekryter sin tjänstgöring på gånger per år. Ändringarna till följd av propositionen bedöms inte orsaka några betydande tilläggskostnader för Försvarsmakten.

#### *Enheten för hälso- och sjukvård för fångar och Brottspåföljdsmyndigheten*

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 (767/2005) och i 6 kap. i häktninglagen (768/2005). 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 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 2023<sup>57</sup> 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 psykosjukdom 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 transporterats även i nuläget i regel till universitetssjukhusen och centralsjukhusens 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 ovan nämnda 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.<sup>58</sup>

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 fängelserna. Detta kan kräva personarrangemang och beredskap för längre restider och väntetider för de ledsagare som fångarna behöver, dvs. för Brottspåföljdsmyndigheten.

#### *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.

#### *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:

---

<sup>57</sup> [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

<sup>58</sup> idib. s. 62.

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 kund kan behöva bedömning av vårdbehovet inom hälso- och sjukvården eller att en berusad behöver undersökas närmare. Kunden ska då bedömas och transporteras av den prehospitaled akutsjukvården till en ändamålsenlig verksamhetsenhet inom hälso- och sjukvården. Å andra sidan kan polisen begära att en verksamhetsenhet inom hälso- och sjukvården ska ge handräckning t.ex. för att med hjälp av vårdpersonal beledsaga aggressiva mental- och drogpatienter till rätt plats för bedömning av vårdbehovet och för vård.

De föreslagna ändringarna förlänger avståndet från vissa polisinrättningar och polisens andra verksamhetsställen till jour dygnet runt på natten. Antalet uppdrag för den prehospitaled 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. Propositionen bedöms ändå inte orsaka några betydande tilläggskostnader för polisen. Saken preciseras under den fortsatta beredningen.

#### *Tillsynsmyndigheter*

Social- och hälsovården övervakas av Valvira och regionförvaltningsverken. De föreslagna ändringarna bedöms inte öka tillsynsmyndigheternas arbete, utan de övervakar även i fortsättningen den hälso- och sjukvård som ordnas av välfärdsområdena. I 45 § i hälso- och sjukvårdslagen föreslås ändringar som innebär att viss operativ verksamhet som kräver operationssal och anes-tesi, 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 uttömmande 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 kontaktvita 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. Centraliseringen av jourer och operativ verksamhet dygnet runt tryggas tillgången på tjänster och deras kvalitet och genomslag samt patientsäkerheten, när personal och mångsidig kompetens har säkerställts och vården är likvärdig. Å andra sidan försämras 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.

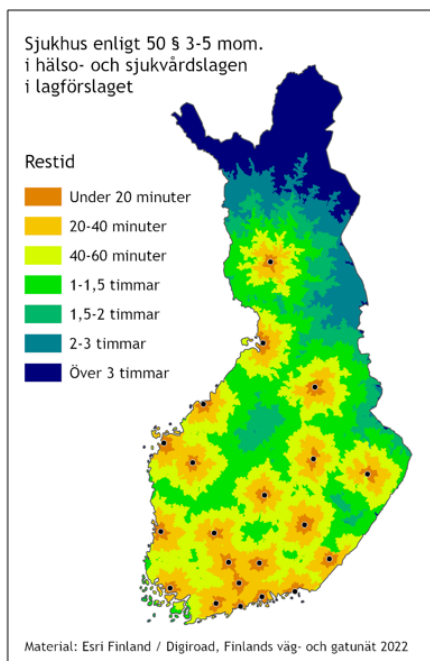
Propositionen syfte är genom att centralisera enheterna med jour dygnet runt och den tunga operativa verksamheten garantera en högklassig och patientsäker jourvård och operativ vård för hela befolkningen som bygger på omfattande kompetens samt tryggade och tillräckliga resurser. I de centraliserade och 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 försämras. 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 servicestigarna 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 jurenhet eller ett sjukhus med operativ verksamhet har i nuläget varierat på olika håll i landet beroende på personens bostadsort. Propositionen kommer inte att korrigera dessa skillnader. Avståndet till nattjourer inom primärvården förlängs i Idensalmi, Jämsä, Kouvola, Brahestad och Varkaus jämte närliggande områden och till jour dygnet runt inom flera specialområden i Kemi, Oulainen, Salo, Nvslott och Valkeakoski 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 jurenheters tjänster på de angivna orterna, utan det finns skillnader i resvägens längd.

Följande bilder beskriver jourtjänsternas tillgänglighet i form av restid till följd av lagförslagen. I avsnitt 2.1.2 beskrivs de nuvarande jurenheternas tillgänglighet.

Bild 6. Orter där iour dygnet runt inom flera specialområden kan upprätthållas med stöd av 50 § 3-5 mom. i hälso- och sjukvårdslagen.

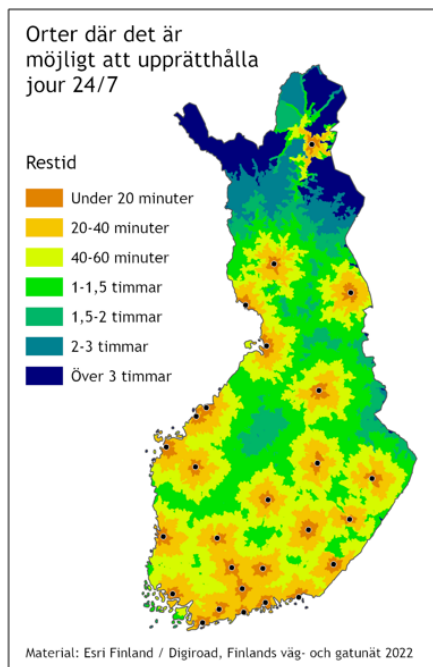


Restid	Kumulativ folkmängd	Kumulativ befolkningsandel (%)
0 - 20 min	3017566	55,2
20 - 40 min	4488347	82,1
40 - 60 min	5049804	92,4
1 - 1,5 h	5386847	98,6
1,5 - 2 h	5432386	99,4
2 - 3 h	5455533	99,8
över 3 h	5464848	100,0

Material: Statistikcentralen, Rutdata över befolkningen 31.12.2022



Bild 7. Alla orter där jour dygnet runt får upprätthållas med stöd av 50 § i hälso- och sjukvårdslagen.



Restid	Kumulativ folkmängd	Kumulativ befolkningsandel (%)
0 - 20 min	3152349	57,7
20 - 40 min	4620277	84,5
40 - 60 min	5177342	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 befolkningen 31.12.2022

För dem som söker sig till icke-brådskande operativ vård medför den längre restiden inte någon risk för patientsäkerheten, eftersom restiden inte kan antas medföra att väntetiden från operationsbeslutet till operationstidpunkten ökar väsentligt. Restiden, transportarrangemangen och resekostnaderna kan öka i dessa situationer, men ökningen bedöms inte bli oskälig. Inom fem sjukhus (Länsi-Pohja, Oulaskangas, Salo, Nysslott och Valkeakoski) områden medför propositionen att resvägen förlängs med cirka 50 – 100 kilometer till ett sjukhus som upprätthåller tyngre operativ verksamhet. Även dessa siffror baserar sig på avståndet från den ort där juren dygnet runt upphör till närmaste enhet som även i fortsättningen har jour dygnet runt. När det blir friare att anskaffa dagkirurgiska operationer och utföra vissa åtgärder kan tjänsterna å andra sidan 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 kilometer. Propositionens konsekvenser för förlossningar behandlas separat 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 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.

Hälso- 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.<sup>59</sup> 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 social fördelning 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 jourcen 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. Välfärdsområdena har möjlighet att ordna bl.a. patienthotellinkvartering vid behov. 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 välfärdsområdets beslut.

#### 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

<sup>59</sup> Aalto, Ilmarinen, Muuri, Ikonen: Sosiaali- ja terveystalveluiden saatavuus ja asiakaskokemukset. Kirjassa Karvonen, Kestilä, Saikkonen (toim.) Suomalaisten hyvinvointi 2022. <https://um.fi/URN:ISBN:978-952-343-996-2>

vardagssysslorna av dem som fyllt 75 år 34,7 %, och av dem som hade fyllt 65 år hade 44,2 % funktionsbegränsningar på grund av hälsoproblem (källa: [www.sotkanet.fi](http://www.sotkanet.fi)). 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 sjukskötare-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 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 joutid.

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 hinderlösa transportmedel kan försämrats. Ungefär 85 000 personer med funktionsnedsättning har beviljats rätt att använda taxiresor enligt lagen om service och stöd på grund

av handikapp (sotkanet.fi). 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 prehospitala akutsjukvården.

Distansmottagningar och mobila specialtjänster kan bidra till att minska ändringens negativa konsekvenser för tillgängligheten. 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. 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. Enligt Finnsiala 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 % tagit en sjukkostnadsförsäkring för sig själv eller sina barn.

I mer krävande jour-situationer 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 det har gallrats bland förlossningssjukhusen. 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 välfärd 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 människors 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 jouren 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 nattjouren 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 % av sjuksköterna är kvinnor. Männens andel har varit på uppåtgående de allra senaste åren. Av läkarna är cirka 60 % kvinnor. Av läkarna i arbetsför ålder inom sjukhusspecialområdena är 44 % män, men inom de kirurgiska specialområdena är männen över 63 %. 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 drogärenden

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 jouren 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 behovenlig 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.

Propositionen medför ingen ändring i erhållandet av jourhjälp inom specialområdet psykiatri för upptagningsområdets befolkning för Länsi-Pohja, Oulaskangas, Salo, Nyslott eller Valkeakoski sjukhus, eftersom dessa sjukhus inte har haft jour dygnet runt inom psykiatriska specialområden. En del har poliklinikverksamhet dagtid och avdelningsverksamhet dygnet runt. Propositionen har ingen inverkan på jouren 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 jouden dygnet runt inom primärvården 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, Jämsä och Kouvola. Med undantag av Kemi och Nyslott 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 % av besöken på Oulaskangas samjour gjorts av orsaker som har göra med den mentala hälsan. Eftersom medeltalet besök under natten enligt sjukhusets eget meddelande har varit 8 (median 7), kan man anta att antalet besök nattetid av mentala orsaker är i medeltal ett eller två per vecka. Av besöken på samjouren vid Nyslotts sjukhus har enligt uppgifterna i vårdanmälningsregistret cirka 3% gjorts av mentala orsaker. Medianen för alla jourbesök i Nyslott kl. 22 – 07 är 4. Då kan man anta att besök nattetid av mentala orsaker sannolikt förekommer mera sällan än varje vecka i området. Vid joudenheten inom primärvården i Idensalmi, där nattjouren 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 prehospitalla 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.

Kuusankoski psykiatriska sjukhus ligger 8 kilometer från jouden dygnet runt inom primärvården i Kouvola, och sjukhuset har tagit emot patienter även nattetid med remiss från jouden. Primärvården har vid behov kunnat konsultera avdelningsjourhavanden vid Kuusankoski psykiatriska sjukhus, och kan göra det även i fortsättningen. Eftersom jour dygnet runt i Kymmenedalen i fortsättningen kommer att finnas endast i Kotka, ökar avståndet från jouden för en eventuell transport nattetid till det psykiatriska sjukhuset till cirka 65 kilometer. Även jouden vid Päijänne-Tavastlands sjukhus 60 kilometer från Kouvola kan anlitas. Enligt vårdanmälningsuppgifterna har antalet besök på grund av psykisk sjukdom vid jouden dygnet runt i Kouvola 2022 varit sammanlagt 281 besök kl. 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 brådskande mottagningar skulle efterfrågan kunna minska, men för en del ökar ändringen resebehovet och även ambulansernas utnyttjandegrad, om den prehospitalla akutsjukvården behövs för att transportera patienten.

När det gäller de psykiatriska sjukhusavdelningarnas jour 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. 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 joudenheter som berörs av propositionen, kan den ändå inte anses ha någon betydande inverkan på fördelningen av psykiatrirсурserna.

#### 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 avsnitt 13 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 2.2.1. 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. Propositionen begränsar inte heller 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. På de orter där det blir ändringar i den jour som nu upprätthålls är endast en liten del av invånarna svenskspråkiga.

Tabell 20. Den svenskspråkiga befolkningens andel i de kommuner där den jour dygnet som är tillgänglig för befolkningen upphör eller ändras enligt propositionen. Källa: Statistikcentralen, uppgifter från 2022.

Kommun	Andelen svenskspråkiga av befolkningen
Oulainen	0,1 %
Salo	1,2 %
Valkeakoski	0,2 %
Kouvola	0,4 %
Jämsä	0,1 %
Idensalmi	0,0 %
Varkaus	0,2 %
Kemi	0,2 %
Nyslott	0,1 %

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 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.

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 sydvästra Lapplands serviceområde, där Länsi-Pohja sjukhus finns, bor enligt Statistikcentralens statistik endast få som talar samiska som modersmål. 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 del av de som talar samiska sköter också sina ärenden på andra sidan riksgränsen i Norge.

Tabell 21. Antalet som talar samiska som modersmål inom Lapplands välfärdsområdes fyra serviceområden. I hela landet finns det cirka 20 000-30 000 personer som talar samiska: Statistikcentralen 2022, Lapplands välfärdsområde, justitieministeriet

Lapplands välfärdsområdes serviceområde	Invånarantal	Antal som talar samiska som modersmål
Norra Lapplands serviceområde (Enontekis, Enare, Kittilä, Kolari. Muonio, Pello, Utsjoki)	26217	1198
Östra Lapplands serviceområde (Kemijärvi, Pelkosenniemi, Salla, Savukoski, Sodankylä)	20401	140
Nordöstra Lapplands serviceområde (Posio, Ranua, Rovaniemi)	71152	198
Sydvästra Lapplands serviceområde (Kemi, Keminmaa, Simo, Tervola, Torneå, Övertorneå)	58025	22



#### 4.2.4.8 Patientsäkerhet

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. tillgänglighet<sup>60</sup>, 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.<sup>61</sup>

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 2014<sup>62</sup>. 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 effektiviseras 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 undervisningssjukhus<sup>63</sup>. 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 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 enheterna<sup>64</sup>.

---

<sup>60</sup> Guagliardo MF: Spatial accessibility of primary care: concepts, methods and challenges. *International Journal of Health Geographics* 2004, 3:3

<sup>61</sup> <https://klientochpatientsakerhetscentret.fi/for-expert-och-studerande/materialbanken/beskrivningar-och-handlingsmodeller/introduktion-i-klient-och-patientsakerhet/>

<sup>62</sup> 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

<sup>63</sup> Bühn et al. *BMC Public Health* (2020) 20:253  
<https://doi.org/10.1186/s12889-020-8333-5>

<sup>64</sup> Harris P, et al. *BMJ Open* 2015;5:e006820. doi:10.1136/bmjopen-2014-006820

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 enhet<sup>65</sup>. Befolkningens egenskaper (ålder, utbildningsnivå, svsselsättning) påverkade inte dessa åsikter i undersökningarna, men könen har haft olika preferenser när 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 översikten, som systematiskt behandlar 44 vetenskapliga publikationer på temat, konstateras att det inte finns några tecken på att längre restid eller avstånd skulle ha påverkat dödligheten när granskningen omfattar alla som anlitat jourtjänster<sup>66</sup>. 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 kranskärlssjukdomar, hjärninfarkter, aortaaneurysm och stora trauman, men den gynnsamma trenden i total dödlighet inom 30 dagar i fråga om alla incidenter avtog. I fråga om multitraumapatienter har tjänster längre bort i en större enhet lett till bättre resultat<sup>67</sup>. Man har tänkt att bakgrunden till detta är att personalens erfarenhet ökar när patientvolymen är större.

Vid enheter med jour dygnet runt sköts ett brett spektrum av olika sjukdomar, skador, berusningstillstånd och sociala problem, och centraliseringsprinciperna är inte likadana i samtliga dessa situationer<sup>68</sup>. 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 enheter<sup>69</sup>. Det finns också bevis på att om patientens första kontakt vid t.ex. akut hjärtinfarkt är med en vårdenheter som inte har tillräcklig beredskap att ge vård, är detta skadligare för återhämtningen än transport med prehospital akutsjukvård till en specialiserad enhet<sup>70</sup>. Dessutom har de nya distansservice-rutinerna 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 vård<sup>71</sup>. Då koncentreras vårdpersonalens uppmärksamhet inte bara

<sup>65</sup> 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

<sup>66</sup> Chambers et al. *BMC Medicine* (2020) 18:117

<https://doi.org/10.1186/s12916-020-01580-3>

<sup>67</sup> 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.

<sup>68</sup> Postma & Zuiderent-Jerak. Beyond Volume Indicators and Centralization. *Annals of Emergency Medicine*, 69 (6), 2017.

<sup>69</sup> Vaughan L, Browne J. *BMJ Qual Saf* 2023;32:185–188.

<sup>70</sup> 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

<sup>71</sup> 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.

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-bråds-kande mottagningar på dagtid inom primärvården<sup>72</sup>.

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 sjukvårdskostnaderna<sup>73</sup>, men numera verkar en betydande del av jourerna med hyrd arbetskraft eller köpta tjänster och kostnaderna är inte under kontroll. Fungerande telefontjänster 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 primärvårdsjouren 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.

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 2020<sup>74</sup> 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 iakttaga avvikelser från patientsäkerhetsstandarderna, t.ex. farliga situationer. Utöver dessa har verksamhetsenheterna använt systemet för rapportering av oönskade händelser och farliga situationer, dvs. HaiPro, där iakttaga 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 rapporteringsverktyg<sup>75</sup>, avsedda för ledningen, de yrkesutbildade personerna, klienterna och patienterna eller för hela befolkningen. De

---

<sup>72</sup> Reissell E, Tiirinki H, Nuorteva L. Sairaalapäivystysten nykytila – keskeiset haasteet toiminnassa ja arvioinnissa. Tutkimuksesta tiiviisti 50/2021, THL

<sup>73</sup> Saarelma O, Kunnamo I. Avohoidon päivystys on terveydenhuollon näyteikkuna. Duodecim 1996;112(6):451.

<sup>74</sup> de Bienassis K m.fl. Culture As a Cure: Assessments of Patient Safety Culture in OECD Countries. OECD Health Working Paper No. 119, 2020.

<sup>75</sup> <https://klientochpatientsakerhetscentret.fi/for-expert-och-studerande/materialbanken/verktyg/>

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 2024<sup>76</sup>, och vars användning förutsätter enhetsspecifika uppgifter om prestationer och ekonomi.

#### 4.2.4.9 Konsekvenser för personalen och sysselsättningen

Social- och hälsovårdstjänsterna är den största arbetsgivaren i Finland vid en granskning enligt bransch<sup>77</sup>. 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 sektorn<sup>78</sup>. 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 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 om

<sup>76</sup> <https://klientochpatientsakerhetscentret.fi/for-expert-och-studerande/materialbanken/beskrivningar-och-handlingsmodeller/verktyg-for-bedomning-av-forandringars-inverkan/>

<sup>77</sup> Tevameri, Terhi (2024) Sote-palveluala. 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](https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/165580/TEM_2024_2_T.pdf?sequence=1&isAllowed=y)>

<sup>78</sup> Statistikcentralen, arbetskraftsundersökningen.

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 glesbygden<sup>79</sup>. 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 rekryteringstrumpf 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.

Länsi-Pohja sjukhus kan inte sköta förlossningar i fortsättningen. Detta kan säkerställa personaltillgången vid Lapplands centralsjukhus och Uleåborgs universitetssjukhus, som övertar

---

<sup>79</sup> 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/art-of-desertification-in-Europe-and-ways-to-mitigate-desertification.pdf) (oasesproject.eu)

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 jourenheter 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 läkare<sup>80</sup>. 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.

Länsi-Pohja sjukhus kan inte 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 prehospitla 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 jourssituationer kan kräva kompetensutveckling och fortbildning.

---

<sup>80</sup> 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](https://health.ec.europa.eu/system/files/2024-01/2023_chp_fi_finnish.pdf)>



#### 4.2.4.10 Konsekvenser för utbildningen

##### *Läkare*

I Finland utbildas läkare vid fem medicinska 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 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. Utbildningen räcker cirka 5-6 år beroende på specialområde. Hittills har cirka 80 % av läkarna specialiserat sig under sin karriär, och enligt en färsk enkät tänker över 90 % 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 hälsocentralperiod. Det närmare innehållet i utbildningen inom respektive specialområde inkl. erforderliga tjänstgöringsperioder anges i universitetens gemensamma studiehandbok.<sup>81</sup>

Det totala antalet specialister har ökat med cirka 9 % åren 2017-2023. Utvecklingen har dock varit ojämn: antalet specialister inom fysiatri, klinisk farmakologi, klinisk kemi, klinisk mikrobiologi, barnneurologi, barnpsykiatri, rättspsykiatri, psykiatri, inremedicin och allmän kirurgi har minskat med 5-15 %. Däremot har tillväxten varit kraftig (över 25 %) inom 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 utbildning (referens: <https://www.laaketieteelliset.fi/ammattillinen-jatkokoulutus/el-koulutus/>). 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

---

<sup>81</sup> [https://www.laaketieteelliset.fi/site/files/ammattillinen-jatkokoulutus-dokumentit/Opinto-op-paat/Valtakunnalliset%20opinto-oppaat/OPS%202023-/EL\\_Opinto-opas%20p%C3%A4ivitykset%2026.3.2024.pdf](https://www.laaketieteelliset.fi/site/files/ammattillinen-jatkokoulutus-dokumentit/Opinto-op-paat/Valtakunnalliset%20opinto-oppaat/OPS%202023-/EL_Opinto-opas%20p%C3%A4ivitykset%2026.3.2024.pdf)

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 juren dygnet runt finns i en annan enhet än det egentliga arbetet dagtid. Specialiseringsutbildning i olika sjukhus kan också stödjas genom att utveckla digitaliseringsstöd 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. 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.

### Vårdpersonal

#### *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 välfärdsområden.

Tabell 22. Antalet mottagna studieplatser som leder till YH-examen inom hälso- och sjukvården 2023

Yrkeshögskola	Placering	Sjukskötare (ss)	Hälsovårdare (hv)	Akutvårdare (av)	Barnmorska (b)
<b>Södra Finlands samarbetsområde</b>					
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)	294	108	153	
<b>Inre Finlands samarbetsområde</b>					
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		
<b>Norra Finlands samarbetsområde</b>					
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)		
<b>Östra Finlands samarbetsområde</b>					
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
<b>Västra Finlands samarbetsområde</b>					
Turun AMK	Åbo (ss, hv, av, b), Salo (ss)	306	39	57	45
YH Novia	Åbo (ss), Vaasa (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). 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 ammatikorkeakouluille terveystieteiden tutkimuksen johtavan koulutuksen järjestämisestä (Undervisnings- och kulturministeriets anvisning till yrkeshögskolorna om ordnande av examensinriktad examen inom hälso- och sjukvården), VN/2861/2020).

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 genomförs 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 2021<sup>82</sup> och utifrån dem utreddes 2023 behovet av klinisk specialiserade sjukskötare i välfärdsområdena fram till 2028<sup>83</sup>. 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).

Föregripande planering och bedömning i samarbete mellan välfärdsområdena och yrkeshögskolorna i de enskilda samarbetsområdena gör det möjligt att genomföra ändringarna på ett kontrollerat sätt. Propositionen bedöms inte medföra några betydande svårigheter för ordnandet av praktik eller arbetslivsperioder. Med stöd av lagen om ordnande av social- och hälsovård ansvarar välfärdsområdet 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 samarbetsrådets samarbetsavtal 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 välfärdsområde 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 samarbetet inom hälsoområdet säkerställs och fortlöpande samordnas.

#### 4.2.5 Konsekvenser för den regionala självstyrelsen

Välfärdsområdenas självstyrande ställning behandlas i avsnitt 12 i propositionen, Förhållande till grundlagen samt lagstiftningsordning.

---

<sup>82</sup> 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>

<sup>83</sup> 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>

Även den gällande lagen innehåller relativt detaljerade bestämmelser om jour samt arbetsfördelningen inom den specialiserade sjukvården och begränsar således delvis välfärdsområdenas egna beslutsfattande.

De föreslagna bestämmelser som gäller samjour dygnet runt inom flera specialområden minskar i någon mån välfärdsområdenas 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 välfärdsområden som anges separat i lagen kan ha flera sådana iourenheter än en. I de välfärdsområden 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 välfärdsområde. 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 välfärdsområdes eget beslut, utan det ska avtalas om saken i samarbetsområdets samarbetsavtal (tidigare avtal om ordnande av specialiserad sjukvård). Även ingående av ett samarbetsavtal är emellertid regional självstyrelse, eftersom respektive välfärdsområdes välfärdsområdesfullmäktige godkänner avtalet.

När det gäller upprätthållande av jour dygnet runt inom primärvården eller akutmedicinen 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 prehospitäl 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 fråntar andra välfärdsområden än de som nämns i lagen möjlighet att upprätthålla jour dygnet runt inom primärvården eller akutmedicinen. I sig har det alltså redan nu behövts social- och hälsovårdsministeriets tillstånd för saken, som också har haft behörighet att förvägra tillstånd, så saken har inte heller hittills kunnat beslutas bara av välfärdsområdet eller avtalas enbart i samarbetsavtalet.

#### 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 prehospitäl 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

Genom social- och hälsovårdsreformen överfördes ansvaret för att ordna social- och hälsovård på välfärdsområdena. 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 iouren 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 iour dygnet runt och utförandet av den operativa verksamhet som förutsätter sådan iour 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 iourenheter 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 iour 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 sjukhusiouren, och t.ex. överlåta även ordnandet av iour dygnet runt inom primärmedicinen och akutmedicinen helt och hållet åt regionala beslut. Det finns flera alternativ. Dylig 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 iourenas servicenät. I områdena har man velat hålla fast vid den specialiserade sjukvården, iouren 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 iourtjänster, 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 iournätverk 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 ioursjukhusens placering och serviceurval har inte nödvändigtvis till alla delar fölit ändringarna i invånarantal, invånartäthet och servicebehov. Samtidigt är det ändå inte i praktiken möjligt att starta planeringen av iourenerna från "rent bord" och skapa något slags optimalt nätverk med tanke på avstånd och kostnadseffektivitet, eftersom utformningen av det nuvarande nätverket har påverkats av flera faktorer, och å andra sidan ligger ändå de nuvarande universitetssjukhusen och centralsjukhusen i praktiken i betydande bosättningskoncentrationer i områdena. En mer omfattande granskning av sjukhusnätet och iourenheterna som en nationell helhet än vad som föreslås i denna proposition skulle i praktiken betyda att de nuvarande sjukhusens arbetsfördelning och serviceurval utvecklas så att utgångspunkten att varje välfärdsområde ska ha kvar ett universitetssjukhus eller centralsjukhus med iour 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 iour- och centraliseringsbestämmelserna framfördes det att om man beaktar såväl behovet av att centralisera vissa kirurgiska åtgärder som kravet på att tillhandahålla omfattande iour dygnet runt, blir följden att samjouren vid en

del sjukhus som erbjuder mer begränsad dygnet runt-iour 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.

## **6 Remissvar**

*(Kompletteras efter remissbehandlingen)*

## **7 Specialmotivering**

### **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 sammanställas till de större enheterna, dvs. i praktiken vissa sjukhus, och att den specialiserade sjukvård som centraliseras nationellt ska sammanställas till färre än fem universitetssjukhus. Dessutom innehåller momentet ett bemyndigande enligt 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 sammanställs 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.

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 anestesi 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 och vid HUS-sammanslutningens sjukhus.

Med dagkirurgi och operativ verksamhet som kräver 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 förtrogna 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 (bråck, åderbråck), 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 centraliseringsförordningen, bl.a. ledoperationer, ryggkirurgi och cancerkirurgi, kan inte utföras vid dessa sjukhus.

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. 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 samarbetsområdets 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 uppbyggnad 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 åtgärder som kräver lätt narkos eller lokalbedövning och som förutsätter anesthesiologisk kompetens och som kan genomföras patientsäkert i sedvanliga hälso- och sjukvårdslokaler utan specialutrustning och som 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 som utför åtgärden.

I 6 mom. föreskrivs det om de förutsättningar som ska vara uppfyllda för att operativ verksamhet och åtgärder enligt 3–5 mom. ska få skaffas av 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. I lagen om ordnande av hälso- och sjukvård behandlas de 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 45 § 3 mom.

I momentet föreslås att välfärdsområdet och HUS-sammanslutningen ska få skaffa s.k. tung kirurgi enligt 45 § 3 mom. 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.

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 det egentliga universitetssjukhusets eller centralsjukhusets lokaler, i anslutning till det eller på 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 momentet föreskrivs det dessutom om förutsättningarna att skaffa operationer och åtgärder enligt 4 och 5 mom. av en privat tjänsteproducent. Välfärdsområdet, Helsingfors stad och HUS-sammanslutningen får skaffa operationer och åtgärder enligt 4 och 5 mom. av en privat tjänsteproducent om de för verksamheten föreskrivna förutsättningarna uppfylls. Med de för verksamheten föreskrivna förutsättningarna avses i momentet för det första de förutsättningar som det föreskrivs om i 4 och 5 mom., dvs. välfärdsområdet, Helsingfors stad och HUS-sammanslutningen ska säkerställa kompetensen, kvaliteten och patientsäkerheten. Dessutom ska man iakttä bestämmelserna om upphandling av tjänster i lagen om ordnande av social- och hälsovård och bestämmelserna om egenkontroll i lagen om tillsynen över social- och hälsovården, samt andra krav som ställs på tjänsteproduktionen. 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. Som ett led i upphandlingen ansvarar välfärdsområdet och HUS-sammanslutningen dock för att som en del av patientsäkerheten säkerställa t.ex. ändamålsenliga rutiner för förflyttning av patienten till fortsatt vård.

Enligt momentet ska välfärdsområdena och HUS-sammanslutningen komma överens om de principer i enlighet med vilka välfärdsområdet eller HUS-sammanslutningen kan skaffa operativ verksamhet och andra åtgärder som avses i 3 och 4 mom. av 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.

Den gällande paragrafens 4 mom. blir nytt 7 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 8 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 förskrivas 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 och 5 mom. Eftersom det i fråga om en enskild åtgärd kan vara oklart huruvida det är fråga om en åtgärd enligt 4 eller 5 mom., 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 mom. genom förordning av statsrådet. Detta kan vara nödvändigt åtminstone när man ska skilja mellan operationer och åtgärder enligt 3 och 4 mom. Genom förordning av statsrådet ska det föreskrivas en uttömmande förteckning över operationer och åtgärder enligt 4 och 5 mom. Däremot är det svårt att föreskriva uttömmande om operationer enligt 3 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 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. 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 jourdygnet 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 dem 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. 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 eller akutmedicinen 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 rusningen till 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 iakttas 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 jourer 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 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, varmed med beaktande av bestämmelserna i 3 och 4 mom. avses i sak alltså 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 bråds-kande 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 jurens 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 juren ska ha tillräcklig kompetens inom de specialområden som behövs och beredskap att sköta sedvanliga bråds-kande 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 kommas 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 eftersträvar 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 juren 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 juren 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 akutmedicinen 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 juren dygnet runt inom flera specialområden ska centraliseras till vissa sjukhus inte kringgås 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 Valkeakoski, Oulainen och Salo. Motiveringen till förslaget behandlas i avsnitten 2.2.5 och 2.3.2.3

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 juren 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 akutmedicinen. Upprätthållande av sådan jour 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 i 6 mom. om

de välfärdsområden och orter där det ska vara möjligt att upprätthålla jour dygnet runt inom primärvården eller akutmedicinen, om välfärdsområdet beslutar det och man kommer överens om det i samarbetsavtalet.

Sådan jour som avses i momentet får upprätthållas av Lapplands välfärdsområde i Ivalo och Kemi, av Norra Österbottens välfärdsområde i Kuusamo 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 joutheter.

I momentet föreskrivs det dessutom att jour dygnet runt inom primärvården eller akutmedicinen 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. Enligt HUS-sammanslutningens styrelses mötesprotokoll den 12 februari 2024 övergår huvudansvaret för verksamheten på Raseborgs sjukhus campusområde under 2024 gradvis och för varje enskild funktion från HUS till Västra Nylands välfärdsområde. Avsikten är att HUS efter de föreslagna förändringarna från början av 2025 på campusområdet producerar polikliniska tjänster inom den specialiserade sjukvården och de diagnostiska tjänster som behövs för campusområdets verksamhet. Avsikten är att behandla de gradvisa förändringarna och överlåtelsen av rörelse i sammanslutningens styrelse i juni 2024.

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. HUS-sammanslutningen kan med stöd av de föreslagna bestämmelserna 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 akutmedicinen får ordnas. Den praktiska konsekvensen av bestämmelserna är att jour under nattetid inom primärvården eller akutmedicinen inte får fortsätta i Kouvola, Brahestad, Idensalmi, Varkaus och 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. 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 jourer, 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, akutmedicinen och andra 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 förlossningar får skötas endast vid de sjukhus som avses i 3–5 mom. Den praktiska konsekvensen av dessa bestämmelser är att förlossningar inte får skötas 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.

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 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. Valfärdsområdena, 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. Valfärdsområdet, 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.

Patienter från öppenvården ska också kunna tas in dygnet runt på sådana sjukhus och verksamhetsenheter inom hälso- och sjukvården då det finns endast sådan intern jour som vårdavdelningsverksamheten förutsätter, och trots att sjukhuset inte har jour som är tillgänglig för befolkningen, förutsatt att patienten har en färdig vårdplan och riktlinjer för vården har angetts, om det är fråga om att en sjukdom eller symtom som undersökts tidigare har förvärrats och nya diagnostik inte behövs. Det kan t.ex. vara fråga om patienter som får vård i livets slutskede eller om situationer där en kronisk sjukdom upprepade gånger förvärras.

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 ändamålsenliga 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 upprepnin eller specialkompetens inom flera områden eller betydande investeringar.

I 8 mom. föreslås att när det avtalas om jour ska i samarbetsavtalet beaktas befolkningens servicebehov, avstånden mellan jourmottagningarna, den prehospitalla 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 prehospitalla 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, om välfärdsområdets ekonomiska situation inte tillåter det. 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 en ny bestämmelse i momentet betonas dessutom möjligheten att samarbeta med också andra välfärdsområden än de som hör till samma samarbetsområde, med Helsingfors stad och med HUS-sammanslutningen. 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 jouringar, 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 och akutmedicinen. Med stöd av bemyndigandet ska bestämmelser fortfarande få utfärdas i fråga om alla sjukhus och enheter som avses i 3–6 mom. I bemyndigandets ordalydelse beaktas också att social- och hälsovårdsministeriet inte i fortsättningen får bevilja undantagstillstånd för att upprätthålla en enhet för jour dygnet runt inom primärvården och akutmedicinen.

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 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, 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 det inte längre föreskrivs i termer av enheter för omfattande jour dygnet runt och samjour för primärvården och den specialiserade sjukvården. I 3 mom. föreskrivs det nu i stället om de jourenheter som avses i 50 § 3 och 4 mom.

### **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 mars 2025, medan lagförslagen i övrigt föreslås träda i kraft vid ingången av 2026. Av lagtekniska orsaker förutsätts att 45 § i hälso- och sjukvårdslagen ändras temporärt mellan den 1 mars och den 31 december 2025 för att dessa ändringar ska kunna träda i kraft redan den 1 mars 2025.

I denna temporära lag föreslås att hela 45 § ändras med tanke på den lagtekniska tydligheten.

Inga ändringar föreslås i 1–3 mom. i den gällande lagen. Härmed träder alltså de ändringar som i lagförslag nr 1 föreslås i 45 § 1–3 mom. i hälso- och sjukvårdslagen i kraft först den 1 januari 2026.

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 januari 2026. I detta temporära 45 § 4 mom. beaktas en situation där juren 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 januari 2026. 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 juren 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 januari 2026. 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 januari 2026.

I momentet föreskrivs det 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. 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 välfärdsområdenas samarbetsavtal godkännas första gången senast före utgången av 2025. Denna lag om temporär ändring av 45 § i hälso- och sjukvårdslagen ska också gälla till utgången av 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 åtgärder som kräver lätt narkos eller lokalbedövning och som förutsätter anestesilogisk kompetens får vidtas också vid en annan verksamhetsenhet inom hälso- och sjukvården än de som avses i 3 och 4 mom.

I 6 mom. föreslås bestämmelser som motsvarar 45 § 6 mom. i lagförslag nr 1 om villkoren för tjänster som anskaffas från en privat tjänsteproducent. I momentet ingår dock inga bestämmelser om avtalande i samarbetsavtalet av den orsak som förklaras i samband med motiveringen till 4 mom.

Paragrafens 7 mom. motsvarar 4 mom. i den gällande lagen. Därmed träder alltså den ändring som i lagförslag nr 1 föreslås i detta moment (7 mom. även i lagförslag nr 1) i kraft först den 1 januari 2026.

Den gällande paragrafens 5 mom., där det föreskrivs om bemyndigande att utfärda förordning, föreslås bli 8 mom. De ändringar som föreslås i bemyndigandet att utfärda förordning i lagförslag nr 1 (8 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 och 5 mom. samt utfärdas bestämmelser om de operationer som avses i 3 mom. redan fr.o.m. den 1 mars 2025.

**50 §. Brådskande vård.** I 7 mom. föreslås ett bemyndigande att utfärda bestämmelser om vissa saker genom förordning av statsrådet. I lagen om temporär ändring av hälso- och sjukvårdslagen föreslås en ändring som ingår i momentet om bemyndigande av att utfärda förordning i lagförslag nr 1 (9 mom. i lagförslag nr 1), dvs. en ändring enligt vilken bestämmelser om samarbetet mellan jourenheterna får 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 mars 2025 får föreskrivs även om riksomfattande samarbete eller samarbete över välfärdsområdes- eller samarbetsområdesgränserna genom förordning av statsrådet.

## **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 om avses i 50 § 3 och 4 mom. i hälso- och sjukvårdslagen.

## **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, 8 mom. i lagförslag nr 1 och nr 2) att utfärda bestämmelser genom förordning av statsrådet ändras. Genom förordning av statsrådet ska det föreskrivas en uttömmande förteckning över sådan dagkirurgi och operativ verksamhet som kräver endast kortvarig eftervård, vilka kräver operationssal och anestesi, samt om sådana åtgärder som kräver lätt 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 förskrivas 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 hän- för 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 i anslutning till utvecklingen av arbetsfördelningen att man 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 eller akutmedicinen, 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**

Lagarna föreslås träda i kraft den 1 januari 2026. Lagen om temporär ändring av 45 och 50 § i hälso- och sjukvårdslagen föreslås var i kraft från den 1 mars till den 31 december 2025 innan den ersätts av bestämmelser som gäller tills vidare fr.o.m. den 1 januari 2026.

## **10 Verkställighet och uppföljning**

*(kompletteras)*

## 11 Förhållande till andra propositioner

### 11.1 Samband med andra propositioner

Propositionen har inte något samband med andra regeringspropositioner som överlämnas till riksdagen hösten 2024.

### 11.2 Förhållande till budgetpropositionen

(kompletteras)

## 12 Förhållande till grundlagen samt lagstiftningsordning

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-tjänsterna 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 beståndsdel, 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 brådskande förlossningstjänster. Artikel 12.2 c inbegriper skyldighet att skapa ett system för brådskande 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.

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.

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 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 värdfärdsinstitutioner, domstolar, administrativa myndigheter eller lagstiftande organ. 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 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 servicestrukturreformen 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). I utvärderingen av det valfritetssystem som föreslogs under statsminister Sipiläs period fäste utskottet särskild uppmärksamhet vid att tjänsterna ska tillhandahållas på lika villkor (GrUU 26/2017 rd, s. 33–41). Enligt utskottet är det viktigaste med tanke på likabehandlingen i den föreslagna reformen 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 19 § 1 mom. (då 15 a § 1 mom.) i grundlagen 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). Med hänvisning till förarbetena till grundlagen har grundlagsutskottet 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).

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 lagbestämmelser 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). 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 eller utföra vissa typer av specialiserad sjukvård, är således inte som sådant en jämlikhetsfråga. Däremot bör man granska som befolkningen 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.

Grundlagsutskottet bedömde det lagförslag som ledde till att det nuvarande systemet med samjour dygnet runt enligt 50 § 3 och 4 mom. skapades. Till följd av denna reform har en del av sjukvårdsdistrikten, senare välfärdsområdena, lagstadgad skyldighet att ordna mer omfattande jour dygnet runt än andra. Grundlagsutskottet hänvisade 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, är enligt grundlagsutskottet av betydelse med avseende på 19 § 3 mom. i grundlagen. Utskottet konstaterade att if propositionen behandlas tämligen ingående de fördelar som en centralisering i synnerhet av krävande vård kan medföra. Av utredningen kan man sluta sig till att med större hälso- och sjukvårdsenheter finns det bättre förutsättningar än utifrån den nuvarande strukturen att trygga en tillräckligt hög kompetensnivå, förbättra patientsäkerheten och garantera faktisk tillgång till behandling av sällsynta sjukdomar. Att förändringen innebär att tjänster centraliseras till färre och större enheter utgör 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 i praktiken möjligheten att upprätthålla jour dygnet runt inom flera specialområden (enligt den gällande lagen alltså samjour dygnet runt för primärvården och den specialiserade sjukvården) på fem 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. Grundlagsutskottet uttalade sig inte om saken i sitt utlåtande om social- och hälsovårdsreformen (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 samjourenheter 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 jourcen 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 och akutmedicinen 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 ändras i och med lagstiftningen, är det inte heller för närvarande en skyldighet att ordna jour, utan en möjlighet. För Länsi-Pohja sjukhus (Kemi) och sjukhusen i Nyslott, Oulainen, Salo och Valkeakoski föreskrivs det i lagen om möjlighet att upprätthålla samjour dygnet runt, och för jourcen dygnet runt inom primärvården och akutmedicinen möjliggörs verksamheten av social- och hälsovårdsministeriets undantagstillstånd, som ministeriet alltså redan nu har behörighet att förvägra. 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 området huvudsjukhus. Länsi-Pohja och Nyslotts sjukhus behåller också möjlighet att upprätthålla jour dygnet runt inom primärvården och akutmedicinen.

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 eller akutmedicinen i Raseborg. I praktiken motsvarar situationen nuläget, även om inte

heller HUS-sammanslutningen har möjlighet att upprätthålla primärvården eller akutmedicinen på andra orter än i Raseborg.

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 de andra välfärdsområdena när den definierar sitt servicenät.

Propositionens centrala syfte är att stärka det nationella servicenätet av sjukhus och jourer dygnet runt inom den specialiserade sjukvården. Syftet med propositionen är i synnerhet att säkerställa att personalen och specialkompetensen räcker till vid olika sjukhus och till andra tjänster genom att koncentrera den mest krävande verksamhet som förutsätter mest resurser och beredskap till universitetssjukhusen och centralsjukhusen. 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 regleringen 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 upptäcker problem i servicesystemets funktionsduglighet av personalrelaterade orsaker.

Enligt regeringens uppfattning tillhandahålls 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 personalens tillräcklighet och säkerställande av servicesystemets funktionsduglighet för att jourservicenätet också kan inskränkas och tjänsterna centraliseras till större enheter. För vissa patienter blir det längre till en tillgänglig enhet med jour dygnet runt. Det bör dock påpekas att tillgänglighet är endast en beståndsdel i rätten till hälsa enligt kommittén för ekonomiska, sociala och kulturella rättigheter, och genom kontrollerade ändringar i servicesystemet kan tillgången på vård och vårdens kvalitet stödjas. Enligt regeringens uppfattning är propositionens konsekvenser (se kapitel 4) som helhet måttliga för såväl verksamhetens som finansieringens del.

Grundlagsutskottet konstaterade i samband med bedömningen av föregående jourreform 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, 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 samhällsliga 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 samhällsliga 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/D).

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/D). 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 eller akutmedicinen) 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 och akutmedicinen. I Ivalo, som ligger inom samernas hembygdsområde, finns fortfarande möjlighet att upprätthålla jour dygnet runt inom primärvården eller akutmedicinen.

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 trygghandet 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).

Enligt regeringens uppfattning är förslagen förenliga med grundlagen. Regeringen anser att de föreslagna lagarna kan stiftas i vanlig lagstiftningsordning.

*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 sammanlösas till de större enheterna. Den specialiserade sjukvård som centraliseras nationellt ska sammanlösas 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 utföras genom förordning av statsrådet.

Den specialiserade sjukvård som centraliseras regionalt ska sammanlösas till fem universitetssjukhus eller av särskilda skäl till ett annat sjukhus på motsvarande nivå. Dessutom sammanlösas, för en ändamålsenlig arbetsfördelning mellan sjukhusen, den specialiserade sjukvården till de jourheter 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 de sjukhus som avses i 50 § 3–5 mom. och som har jour dygnet runt inom flera specialområden.

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 som finns i Kemi, Oulainen, Salo, Nyslott och Valkeakoski och vid HUS-sammanslutningens sjukhus, om välfärdsområdet och HUS-sammanslutningen säkerställer kompetensen, kvaliteten och patientsäkerheten, och om det har kommit överens 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 i övrigt hur de fullgör sitt organiseringsansvar.

Sådana åtgärder som kräver lätt narkos eller lokalbedövning och som förutsätter anesthesiologisk kompetens och som kan genomföras patientsäkert i sedvanliga hälso- och sjukvårdslokaler utan specialutrustning 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 kompetensen, kvaliteten och patientsäkerheten.

Välfärdsområdet och HUS-sammanslutningen får skaffa operativ verksamhet som avses i 3 mom. 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. Vårdsområdet, Helsingfors stad och HUS-sammanslutningen får dessutom skaffa operationer och åtgärder som avses i 4 och 5 mom. också av andra tjänsteproducenter, om de för verksamheten föreskrivna förutsättningarna uppfylls. Vårdsområdena och HUS-sammanslutningen ska i samarbetsavtalet komma överens om de principer i enlighet med vilka vårdsområdet eller HUS-sammanslutningen kan skaffa operativ verksamhet och andra åtgärder som avses i 3 och 4 mom. av privata tjänsteproducenter.

De vårdsområden som har ett universitetssjukhus samt HUS-sammanslutningen ska komma överens om vilka enheter som ska ge den specialiserade sjukvård som centraliseras nationellt. Om vårdsområdena 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 föreskrivs det om den nationella och regionala arbetsfördelningen i fråga om vårdsområdena och HUS-sammanslutningen och deras sjukhus, om de undersökningar, åtgärder och behandlingar som ska centraliseras, om de operationer och åtgärder som avses i 4 och 5 mom. samt vid behov om vårdgivande enheter, om den operativa verksamhet som avses i 3 mom. och om de kvantitativa villkor och andra villkor för 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 ett omedelbart behov av avgiftning till följd av användning av berusningsmedel. Vårdsområdet samt i Nyland vårdsområdena, 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.

Vårdsområdet samt i Nyland vårdsområdena 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, när 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 vårdsområde ska i Tammerfors, Norra Österbottens vårdsområde ska i Uleåborg, Norra Savolax vårdsområde ska i Kuopio och Egentliga Finlands vårdsområde ska i Åbo vid sitt universitetssjukhus, Södra Karelens vårdsområde ska i Villmanstrand, Södra Österbottens vårdsområde ska i Seinäjoki, Mellersta Finlands vårdsområde ska i Jyväskylä, Lapplands vårdsområde ska i Rovaniemi, Norra Karelens vårdsområde ska i Joensuu, Österbottens vårdsområde ska i Vasa, Päijänne-Tavastlands vårdsområde ska i Lahtis och Satakunta vårdsområde ska i Björneborg vid sitt centralsjukhus 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. En sådan enhet med jour dygnet runt ska stödja de andra jourenheterna.

Södra Savolax vårdsområde ska i S:t Michel, Kajanalands vårdsområde ska i Kajana, Egentliga Tavastlands vårdsområde ska i Tavastehus, Mellersta Österbottens vårdsområde

ska i Karleby och Kymmenedalens välfärdsområde ska i Kotka ordna jour dygnet runt vid sitt centralsjukhus och jourcen ska ha 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 kommas 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.

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 eller akutmedicinen får upprätthållas av Lapplands välfärdsområde i Ivalo och Kemi, av Norra Österbottens välfärdsområde i Kuusamo 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 journemouther samt av Österbottens välfärdsområde i Jakobstad och av HUS-sammanslutningen i Raseborg, 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. Även vid andra sjukhus och verksamhetsenheter inom hälso- och sjukvården får det dock 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. Förlossningar får skötas endast vid de sjukhus som avses i 3–5 mom., förutsatt att de övriga föreskrivna förutsättningarna för vård av förlossningar uppfylls.

Journemoutherna ska ha tillräckliga resurser och tillräcklig kompetens för att vårdkvaliteten, vårdens genomslag och patientsäkerheten ska tillgodoses. När det avtalas om jour ska i samarbetsavtalet beaktas befolkningens servicebehov, avstånden mellan jourmottagningarna, den prehospitala akutsjukvården, personalens tillräcklighet och välfärdsområdenas ekonomiska bärkraft och i övrigt hur välfärdsområdena, Helsingfors stad och HUS-sammanslutningen 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.

Genom förordning av statsrådet 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 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 journemoutherna får utfärdas genom förordning av statsrådet.

## 50 a §

### *Samarbetet mellan hälso- och sjukvården och socialjourcen*

---

I brådskande situationer ska en yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården kontakta socialjourcen. Vid de journemouther som avses i 50 § 3 och 4 mom. ska socialjourcen ordnas i samband med jourcen inom hälso- och sjukvården.

---



Denna lag träder i kraft den 20 . \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

UTKAST

## 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 i sin helhet 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 och operativ verksamhet inom olika specialområden som kräver endast kortvarig eftervård, vilka kräver operationssal och anestesi, utföras också vid välfärdsområdenas sjukhus som finns i Kemi, Oulainen, Salo, Nyslott och Valkeakoski och vid HUS-sammanslutningens sjukhus, även om samjour dygnet runt för primärvården och den specialiserade sjukvården inte upprätthålls vid dessa sjukhus, om välfärdsområdet och HUS-sammanslutningen säkerställer kompetensen, kvaliteten och patientsäkerheten. Att operativ verksamhet upprätthålls vid dessa sjukhus får inte äventyra personalens tillräcklighet vid universitetssjukhusen eller centralsjukhusen eller välfärdsområdets eller HUS-sammanslutningens ekonomiska bärkraft eller i övrigt hur de fullgör sitt organiseringsansvar.

Sådana åtgärder som kräver lätt narkos eller lokalbedövning och som förutsätter anesthesiologisk kompetens och som kan genomföras patientsäkert i sedvanliga hälso- och sjukvårdslokaler utan specialutrustning 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 kompetensen, kvaliteten och patientsäkerheten.

Välfärdsområdet och HUS-sammanslutningen får skaffa operativ verksamhet som avses i 3 mom. endast av en sådan tjänsteproducent vars sjukhus finns i den omedelbara närheten av ett offentligt universitetssjukhus eller centralsjukhus och har ett integrerat funktionellt samband

med sjukhuset i fråga. Vårdsområdet, Helsingfors stad och HUS-sammanslutningen får dessutom skaffa operationer och åtgärder som avses i 4 och 5 mom. också av andra tjänsteproducenter, om de för verksamheten föreskrivna förutsättningarna uppfylls.

De vårdsområden som har ett universitetssjukhus samt HUS-sammanslutningen ska komma överens om vilka enheter som ska ge den specialiserade sjukvård som centraliseras nationellt. Om vårdsområdena 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 föreskrivs det om den nationella och regionala arbetsfördelningen i fråga om vårdsområdena och HUS-sammanslutningen och deras sjukhus, om de undersökningar, åtgärder och behandlingar som ska centraliseras, om de operationer och åtgärder som avses i 4 och 5 mom. samt vid behov om vårdgivande enheter, om den operativa verksamhet som avses i 3 mom. och om de kvantitativa villkor och andra villkor för undersökningar, åtgärder och behandlingar som ska uppfyllas vid arbetsfördelningen och centraliseringen.

#### 50 §

#### *Brådskande vård*

---

Genom förordning av statsrådet 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 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 .

### 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 en jourenhet 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 ändring av 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.

Denna lag träder i kraft den 20 .

Helsingfors den 20xx

Statsminister

Förnamn Efternamn

..minister Förnamn Efternamn

## 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 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 *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

### *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*

det utses och bemyndigas regionala aktörer för att samordna verksamheten.

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.*

*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 som finns i Kemi, Oulainen, Salo, Nyslott och Valkeakoski och vid HUS-sammanslutningens sjukhus, om välfärdsområdet och HUS-sammanslutningen säkerställer kompetensen, kvaliteten och patientsäkerheten, och om det har kommit överens 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 i övrigt hur de fullgör sitt organisationsansvar.*

*Sådana åtgärder som kräver lätt narkos eller lokalbedövning och som förutsätter anestesilogisk kompetens och som kan genomföras patientsäkert i sedvanliga hälso- och sjukvårdslokaler utan specialutrustning 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 kompetensen, kvaliteten och patientsäkerheten.*

*Välfärdsområdet och HUS-sammanslutningen får skaffa operativ verksamhet som avses i 3 mom. 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. Välfärdsområdet, Helsingfors stad och HUS-sammanslutningen får dessutom skaffa operationer och åtgärder som avses i 4 och 5 mom. också av andra tjänsteproducenter, om de för verksamheten*

### *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 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 bråds-kande 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

### *Föreslagen lydelse*

*föreskrivna förutsättningarna uppfylls. Välfärdsområdena och HUS-sammanslutningen ska i samarbetsavtalet komma överens om de principer i enlighet med vilka välfärdsområdet eller HUS-sammanslutningen kan skaffa operativ verksamhet och andra åtgärder som avses i 3 och 4 mom. av privata tjänsteproducenter.*

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.

Genom förordning av statsrådet 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, om de operationer och åtgärder som avses i 4 och 5 mom. samt vid behov om vårdgivande enheter, om den operativa verksamhet som avses i 3 mom. och om de kvantitativa villkor och andra villkor för undersökningar, åtgärder och behandlingar som ska uppfyllas vid arbetsfördelningen och centraliseringen.

### 50 §

#### *Brådskande vård*

Brådskande sjukvård, inbegripet bråds-kande 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



### *Gällande lydelse*

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.

*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 central-sjukhuset 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

### *Föreslagen lydelse*

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. *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.*

*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, när 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 jour dygnet runt som kan tillhandahålla omfattande tjänster inom flera medicinska specialområden dygnet runt och omedelbart och som har resurser för att

### *Gällande lydelse*

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.*

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 prehospitala akutsjukvården.

### *Föreslagen lydelse*

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.*

*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 Kymmendalens välfärdsområde ska i Kotka ordna jour dygnet runt vid sitt centralsjukhus och jouren ska ha 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 kommas 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.*

*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 eller akutmedicinen får upprätthållas av Lapplands välfärdsområde i Ivalo och Kemi, av Norra Österbottens välfärdsområde i Kuusamo 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 samt av Österbottens välfärdsområde i Jakobstad och av HUS-sammanslutningen i Raseborg, 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*

### Gällande lydelse

Jourenheterna ska ha tillräckliga resurser och tillräcklig kompetens för att vårdkvaliteten och patientsäkerheten ska tillgodoses. Det ska avtalas om juren 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 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 samjuren för jour dygnet runt och vid enheter för jour dygnet runt inom primärvården och akutmedicinen, om närmare villkor för beviljandet av undantagstillstånd samt om jurenheternas regionala samarbete får utfärdas genom förordning av statsrådet.

### Föreslagen lydelse

*verksamhetsenheter inom hälso- och sjukvården som finns på de orter som avses i 3–6 mom. Även vid andra sjukhus och verksamhetsenheter inom hälso- och sjukvården får det dock 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. Förlossningar får skötas endast vid de sjukhus som avses i 3–5 mom., förutsatt att de övriga föreskrivna förutsättningarna för vård av förlossningar uppfylls.*

Jourenheterna ska ha tillräckliga resurser och tillräcklig kompetens för att vårdkvaliteten, *vårdens genomslag* och patientsäkerheten ska tillgodoses. *När det avtalas om jour ska i samarbetsavtalet beaktas befolkningens servicebehov, avstånden mellan jourmottagningarna, den prehospitala akutsjukvården, personalens tillräcklighet och välfärdsområdenas ekonomiska bärkraft och i övrigt hur välfärdsområdena, Helsingfors stad och HUS-sammanslutningen 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.*

Genom förordning av statsrådet 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 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 jurenheterna* får utfärdas genom förordning av statsrådet.

*Gällande lydelse*

*Föreslagen lydelse*

50 §

50 a §

*Samarbetet mellan hälso- och sjukvården och socialjouren*

*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.

I brådskande situationer ska en yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården kontakta socialjouren. *Vid de jourheter som avses i 50 § 3 och 4 mom. ska socialjouren ordnas i samband med juren inom hälso- och sjukvården.*

*Denna lag träder i kraft den 20 .*

## 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 i sin helhet 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 och operativ verksamhet inom olika specialområden som kräver endast kortvarig eftervård, vilka kräver operationssal och anestesi, utföras också vid välfärdsområdenas sjukhus som finns i Kemi, Oulainen, Salo, Nyslott och Valkeakoski och vid HUS-sammanslutningens sjukhus, även om samjour dygnet runt för primärvården och den specialiserade sjukvården inte upprätthålls vid dessa sjukhus, om välfärdsområdet och HUS-sammanslutningen säkerställer kompetensen, kvaliteten och patientsäkerheten. Att operativ verksamhet upprätthålls vid dessa sjukhus får inte äventyra personalens tillräcklighet vid universitetssjukhusen eller centralsjukhusen eller välfärdsområdets eller HUS-sammanslutningens ekonomiska bärkraft eller i övrigt hur de fullgör sitt organiseringsansvar.*

*Sådana åtgärder som kräver lätt narkos eller lokalbedövning och som förutsätter anesthesiologisk kompetens och som kan genomföras patientsäkert i sedvanliga hälso- och sjukvårdslokaler utan specialutrustning 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 kompetensen, kvaliteten och patientsäkerheten.*

*Välfärdsområdet och HUS-sammanslutningen får skaffa operativ verksamhet som avses i 3 mom. endast av en sådan tjänsteproducent vars sjukhus finns i den omedelbara närheten av ett offentligt universitetssjukhus eller centralsjukhus och 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 av andra tjänsteproducenter, om de för verksamheten föreskrivna förutsättningarna uppfylls.*

### *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 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

### *Föreslagen 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.

Genom förordning av statsrådet 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, om de operationer och åtgärder som avses i 4 och 5 mom. samt vid behov om vårdgivande enheter, om den operativa verksamhet som avses i 3 mom. och om de kvantitativa villkor och andra villkor för undersökningar, åtgärder och behandlingar som ska uppfyllas vid arbetsfördelningen och centraliseringen.

50 §

*Brådskande vård*

---

Genom förordning av statsrådet 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 och vid enheter för omfattande jour dygnet runt, vid samjouren för jour dygnet runt och vid enheter för jour dygnet

*Gällande lydelse*

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*

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 1 mars 2025 och gäller till och med den 31 december 2025.*

---

UTKAST



### 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*

29 a §

*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.

*Föreslagen lydelse*

29 a §

*Samarbetet mellan socialjouren och hälso- och sjukvården*

Socialjour ska ordnas i anslutning till *en jounhet 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 .