



Terveydenhuoltolain työnjakoa ja kiireellistä hoitoa koskevien säädösten vaikutus sairaaloiden henkilöstövoimavaroihin ja henkilöstön sairaaloiden toimintaedellytyksistä saamaan kuvaan



Terveystenhoitolaisten työnjakoa ja kiireellistä hoitoa koskevien säädösten vaikutus sairaaloiden henkilöstövoimavaroihin ja henkilöstön sairaaloiden toimintaedellytyksistä saamaan kuvaan

O-P Lehtonen

Sosiaali- ja terveysministeriö

ISBN PDF:978-952-00-4062-8

Helsinki 2019

## Kuvailulehti

<b>Julkaisija</b>	Sosiaali- ja terveysministeriö	25.3.2019
<b>Tekijät</b>	O-P Lehtonen	
<b>Julkaisun nimi</b>	Terveydenhuoltolain työnjakoa ja kiireellistä hoitoa koskevien säädösten vaikutus sairaaloiden henkilöstövoimavaroihin ja henkilöstön sairaaloiden toimintaedellytyksistä saamaan kuvaan	
<b>Julkaisusarjan nimi ja numero</b>	Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2019:31	
<b>ISBN PDF</b>	978-952-00-4062-8	<b>ISSN PDF</b> 2242-0037
<b>URN-osoite</b>	<a href="http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-4062-8">http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-4062-8</a>	
<b>Sivumäärä</b>	58	<b>Kieli</b> suomi
<b>Asiasanat</b>	terveydenhuolto, erikoissairaanhoito, sairaala, rekrytointi, imago	
<b>Tiivistelmä</b>	<p>Raportissa selvitetään, ovatko terveydenhuoltolain ja sen asetusten työnjakoa ja kiireellistä hoitoa koskevat säädösmuutokset vaikuttaneet sairaaloiden lääkäreiden rekrytointiin. Kun erikoislääkäri hakeutuu työpaikkaan, merkittäviä tekijöitä ovat työnantajan lisäksi ammattitovereiden näkemykset ja arvostukset. Selvityksen mukaan yliopistosairaanhoitopiireissä oli virkoja täyttämättä vähän. Muissa laajan päivystyksen sairaaloissa vaje oli noin 10 % ja ei-laajan päivystyksen keskussairaaloissa yli 12 %. Päivystyksessä tarvittavien erikoisalojen rekrytointitilanne näytti huononevan vuosina 2016 - 2017 vuodesta 2015, mutta vuonna 2018 trendi ei enää jatkunut.</p> <p>Haastateltavat arvioivat, että ei-laajan päivystyksen sairaanhoitopiireissä työnantajan imago tuntui heikentyvän säädösvalmistelun ja siihen liittyvän julkisen keskustelun aikana. Sairaanhoitopiirit, jotka joutuivat eniten median huomion kohteeksi, myös kärsivät eniten. Rekrytointi maan harvimmin asutuille alueille ja kaksikielisille alueille oli jo aiemmin koettu haastavaksi. Suurin kysymys erikoislääkäripulassa ei ole valmistuvien erikoislääkärien määrä, vaan heidän sijoittumisensa.</p> <p>Selvityshenkilö esittää, että rajaa yliopistollisen sairaanhoitopiirin ja muiden sairaanhoitopiirien välillä on häivyttävä. Erityisvastuualueen sairaanhoitopiirien tulisi toimia yhtenäisenä henkilöstön rekrytoijana. Yliopistollisen sairaalan ja yliopiston välistä yhteistoimintaa erikoislääkärikouluksessa tulisi tiivistää. Lopputavoitteena tulisi olla, että yliopistollista sairaalaa ylläpitävät sairaanhoitopiirit vastaavat erikoislääkärien saatavuudesta.</p>	
<b>Kustantaja</b>	Sosiaali- ja terveysministeriö	
<b>Julkaisun myynti/jakaja</b>	Sähköinen versio: <a href="http://julkaisut.valtioneuvosto.fi">julkaisut.valtioneuvosto.fi</a> Julkaisumyynti: <a href="http://julkaisutilaukset.valtioneuvosto.fi">julkaisutilaukset.valtioneuvosto.fi</a>	

## Presentationsblad

<b>Utgivare</b>	Social- och hälsovårdsministeriet	25.3.2019	
<b>Författare</b>	O-P Lehtonen		
<b>Publikationens titel</b>	Inverkan av hälso- och sjukvårdslagens bestämmelser om arbetsfördelning och brådskande vård på sjukhusens personalresurser och image		
<b>Publikationsseriens namn och nummer</b>	Social- och hälsovårdsministeriets rapporter och promemorior 2019:31		
<b>ISBN PDF</b>	978-952-00-4062-8	<b>ISSN PDF</b>	2242-0037
<b>URN-adress</b>	<a href="http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-4062-8">http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-4062-8</a>		
<b>Sidantal</b>	58	<b>Språk</b>	finska
<b>Nyckelord</b>	hälso- och sjukvård, specialiserad sjukvård, sjukhus, rekrytering, image		
<b>Referat</b>	<p>I rapporten utreds det om ändringarna av bestämmelserna om arbetsfördelningen och den brådskande vården i hälso- och sjukvårdslagen och de förordningar som utfärdats med stöd av den har inverkat på rekryteringen av läkare till sjukhusen. När en specialistläkare söker jobb är betydande faktorer utöver arbetsgivaren även yrkeskamraternas åsikter och uppskattning. Enligt utredningen fanns det få obesatta tjänster i de sjukvårdsdistrikt där det finns ett universitetssjukhus. Vid övriga sjukhus med omfattande jour var andelen obesatta tjänster cirka 10 procent och vid centralsjukhus som inte har omfattande jour över 12 procent. Rekryteringsläget i fråga om de specialiteter som behövs vid juren verkade försämrats under 2016–2017 jämfört med 2015, men den trenden fortsatte inte längre under 2018.</p> <p>De som intervjuats bedömde att arbetsgivarens image i sjukvårdsdistrikt utan omfattande jour försämrades under författningsberedningen och den offentliga debatt som fördes i samband med den. De sjukvårdsdistrikt som uppmärksammades mest i medierna drabbades också mest. Rekryteringen till de mest glesbebodda områdena i landet och till tvåspråkiga områden hade redan tidigare upplevts utmanande. Den största frågan i bristen på specialistläkare är inte antalet specialistläkare som utexamineras, utan var de placerar sig.</p> <p>Utredaren föreslår att gränsen mellan de sjukvårdsdistrikt som har ett universitetssjukhus och de övriga sjukvårdsdistrikten bör suddas ut. Sjukvårdsdistrikten inom ett specialupptagningsområde bör agera som en enhetlig personalrekryterare. Inom specialistläkarutbildningen bör samarbetet mellan universitetssjukhuset och universitetet intensifieras. Det slutliga målet bör vara att de sjukvårdsdistrikt som driver ett universitetssjukhus svarar för tillgången på specialistläkare.</p>		
<b>Förläggare</b>	Social- och hälsovårdsministeriet		
<b>Beställningar/ distribution</b>	Elektronisk version: <a href="http://julkaisut.valtioneuvosto.fi">julkaisut.valtioneuvosto.fi</a> Beställningar: <a href="http://julkaisutilaukset.valtioneuvosto.fi">julkaisutilaukset.valtioneuvosto.fi</a>		

## Description sheet

<b>Published by</b>	Ministry of Social Affairs and Health		25.3.2019
<b>Authors</b>	O-P Lehtonen		
<b>Title of publication</b>	Impact of regulatory provisions in the Health Care Act concerning the division of responsibilities and urgent medical care on human resources and image		
<b>Series and publication number</b>	Reports and Memorandums of the Ministry of Social Affairs and Health 2019:31		
<b>ISBN PDF</b>	978-952-00-4062-8	<b>ISSN PDF</b>	2242-0037
<b>Website address URN</b>	<a href="http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-4062-8">http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-4062-8</a>		
<b>Pages</b>	58	<b>Language</b>	Finnish
<b>Keywords</b>	health care, specialised medical care, hospital, recruiting, image		
<p><b>Abstract</b></p> <p>The report examines whether changes in the provisions of the Health Care Act concerning the division of responsibilities and urgent medical care have an impact on the recruiting of hospital physicians. When a specialist is seeking a new position, the key factors involved are the views and values held by not only the employer, but also colleagues. According to the report, only a small number of posts remained vacant in university hospital districts. In other hospitals with extensive emergency medical care, the percentage of vacant posts was approximately 10%, while the number of vacant posts in central hospitals without extensive emergency medical care was 12%. The recruitment situation for emergency medical care requiring specialists seemed to be in decline in 2016-2017 from 2015 levels, but this trend plateaued in 2018.</p> <p>Interviewees felt that the employer image in hospital districts without extensive emergency medical care seemed to be compromised during the preparation of legislation and the public discussion related to it. Hospital districts subjected to the most media attention also suffered the most. Recruiting in Finland's more sparsely populated areas and bilingual regions was already considered a challenge prior to this. The biggest issue in the shortage of specialists is not the number of specialists, but rather their placement.</p> <p>The rapporteur proposes that the dividing line between a university hospital district and other hospital districts must be eliminated. Hospital districts in catchment areas for highly specialised medical care should function as a uniform recruiter of personnel. The degree of co-operation between university hospitals and universities should be increased in medical specialist education. Ultimately, the objective should be for hospital districts administering university hospitals to be responsible for ensuring the availability of specialists.</p>			
<b>Publisher</b>	Ministry of Social Affairs and Health		
<b>Publication sales/ Distributed by</b>	Online version: <a href="http://julkaisut.valtioneuvosto.fi">julkaisut.valtioneuvosto.fi</a> Publication sales: <a href="http://julkaisutilaukset.valtioneuvosto.fi">julkaisutilaukset.valtioneuvosto.fi</a>		

# Sisältö

<b>1</b>	<b>Toimeksianto.....</b>	<b>8</b>
<b>2</b>	<b>Erikoissairaanhoidon.....</b>	<b>10</b>
2.1	Erikoissairaanhoidon toiminnan luonne.....	10
2.2	Erikoissalat.....	11
2.2.1	Erikoissalat Suomessa.....	11
2.2.2	Erikoissalälääkärit Suomessa.....	11
2.3	Erikoissalälääkärin koulutus Suomessa.....	12
2.4	Erikoissairaanhoidon päivitys.....	12
2.5	Erikoissairaanhoidon keskittäminen.....	13
2.6	Erikoissairaanhoidon järjestäminen Pohjoismaissa.....	14
<b>3</b>	<b>Säädösmuutokset.....</b>	<b>16</b>
3.1	Säädösten perusteluista.....	16
3.2	Laki terveydenhuoltolain muuttamisesta 1516 / 2016.....	16
3.3	Valtioneuvoston asetus erikoissairaanhoidon työnjaosta ja eräiden tehtävien keskittämisestä 582 / 2017.....	17
3.4	Valtioneuvoston asetus kiireellisen hoidon perusteista ja päivityksen erikoissalakohtaisista edellytyksistä 583 / 2017.....	18
3.5	Säädösten kokonaisuus ja sen vaikutukset.....	18
<b>4</b>	<b>Menetelmät.....</b>	<b>20</b>
4.1	Sairaanhoidopiirien virkojen täyttötilanne.....	20
4.1.1	Tietojen puutteet.....	20
4.1.2	Tietojen mahdolliset virhelähteet.....	21
4.1.3	Herkkyysanalyysi.....	21
4.2	Haastattelut.....	21



<b>5</b>	<b>Vastaukset toimeksiannon kysymyksiin .....</b>	<b>24</b>
5.1	Yhdenvertaisuus palveluiden saatavuudessa ja alueellisessa kattavuudessa .....	24
5.2	Sairaanhoitopiirien lääkärvirkojen täyttöaste 2014–2018 .....	25
5.2.1	Kaikki erikoissalat .....	25
5.2.2	”Operatiivisen päivystyksen” erikoissalat .....	28
5.3	Sairaanhoitopiirien imago työnantajana .....	30
5.4	Sairaaloiden kyky ylläpitää päivystystä .....	32
5.4.1	Haastateltujen näkemyksiä .....	32
5.4.2	Erikoislääkärien määränennuste .....	32
5.4.3	Työaikalainsäädännön vaikutukset .....	33
5.5	Alueelliset erot lääkäritiheydessä .....	33
5.6	Säädösten vaikutus henkilöstön rekrytointiin ja kansalaisten näkemysten osalta .....	34
5.7	Eryitysvastuualueiden mahdollisuudet henkilöstön saatavuuden parantamiseksi .....	35
5.7.1	Mahdollisuudet vaikuttaa nykyorganisaatioilla erikoislääkärivajeisiin nyt .....	36
5.7.2	Mahdollisuudet vaikuttaa nykyorganisaatioilla erikoislääkärivajeeseen tulevaisuudessa .....	37
5.7.3	Mahdollisuudet vaikuttaa uusilla organisaatioilla erikoislääkärivajeeseen .....	39
5.7.3.1	Sairaanhoitopiirien yhteiset toimijat .....	40
5.7.3.2	Parempi yliopistollinen yhteistyö .....	41
5.7.3.3	Suuremmat sairaanhoitopiirit ja parempi yliopistollinen yhteistyö .....	43
5.8	Suosituksia sairaaloiden imagon parantamiseksi rekrytointin näkökulmasta .....	46
<b>6</b>	<b>Johtopäätökset .....</b>	<b>48</b>
6.1	Toimenpide-ehdotukset .....	48
	<b>Liitteet .....</b>	<b>50</b>
	<b>Lähteet .....</b>	<b>54</b>

# 1 Toimeksianto

Sosiaali- ja terveysministeriö tilasi selvityshenkilöltä 27.12.2018 selvityksen terveydenhuollon työnjakoa ja kiireellistä hoitoa koskevien säädösten vaikutuksesta sairaaloiden henkilöstövoimavaroihin ja henkilöstön sairaaloiden toimintaedellytyksistä saamaan kuvaan 15.3.2019 mennessä. Taustana ovat terveydenhuoltolain työnjakoa ja eräiden tehtävien keskittämistä koskevat muutokset terveydenhuoltolaissa (45 §, 50 §)<sup>1</sup> sekä sairaaloiden päivystämistä ja palveluiden keskittämistä koskevat asetukset<sup>2</sup>,<sup>3</sup>. Mainittu säädöstyö on pohjautunut pääministeri Juha Sipilän hallituksen strategiseen ohjelman 29.5.2015<sup>4</sup> menokehyksen kohtaan sosiaali- ja terveyspalveluissa: ”Alueellisen erikoissairaanhoidon järjestämisen tehostaminen”. Muutokset taloudellisia<sup>5</sup> ja laadullisia<sup>6</sup> vaikutuksia on jo selvitelty laajasti.

Vuoden 2018 lopussa säädösten edellyttämät muutokset on suurelta osin pantu toimeen Suomen sairaanhoitopiireissä<sup>7</sup>.

Säädösten voimaantullessa on herännyt huoli muutosten vaikutuksista erityisesti pienempien keskussairaaloiden lääkäreiden rekrytointiin, mikä saattaa vaarantaa toimivan päivystysverkon ylläpitämisen koko maan kattavalla alueella. Osaltaan tämä huoli heräsi jo säädösten valmisteluvaiheessa paikoin voimakkaan julkisen keskustelun johdosta.

Toimeksiannon tehtävänä on:

1. Arvioida miten kansalaisten yhdenvertaisuus on turvattu palveluiden saatavuudessa ja alueellisessa kattavuudessa
2. Analysoida sairaaloiden erikoislääkäreiden ja sairaalalääkäreiden virkojen täyttöastetta ja siinä viimeisen viiden vuoden aikana tapahtunutta muutosta painopisteen ollessa erityisesti operatiivisten alojen sekä päivystyksen ylläpidon kannalta kriittisten erikoisalojen näkökulma
3. Arvioida sairaanhoitopiirien imagoa työnantajina

4. Arvioida eri keskussairaaloiden ja muiden yhteispäivystyssairaaloiden lääkärihenkilöstövoimavarojen näkökulmasta kykyä ylläpitää ympärivuorokautista päivystystä nyt ja tulevien työaikasäännösten valossa
5. Arvioida alueellisia eroja maan sisällä lääkäritiheydessä ja sen vaikutusta kansalaisten erikoissairaanhoidon palveluiden saantiin ja laatuun
6. Arvioida säädösten toimeenpanon ja niistä mediassa käydyn keskustelun vaikutusta sairaaloiden imagoon sairaaloiden imagoon henkilöstön hakeutumisen ja kansalaisten näkemysten osalta
7. Esittää suosituksia ja tapoja, millä erityisalueet yhdessä voisivat parantaa henkilöstön saatavuutta ja yhteistä osaamista sekä erityisesti yliopistosairaaloiden vastuuta tässä
8. Esittää muita suosituksia muun muassa sairaaloiden imagon parantamiseksi erityisesti henkilökunnan rekrytoinnin näkökulmasta

## 2 Erikoissairaanhoito

Toimeksianto suuntautuu sairaaloihin ja lääkärien rekrytointiin, ja siksi selvityksessä on rajoitettu tarkastelemaan erikoissairaanhoidon palveluiden kattavaa turvaamista erikoislääkäreiden rekrytoinnin näkökulmasta.

### 2.1 Erikoissairaanhoidon toiminnan luonne

Erikoissairaanhoidolla tarkoitetaan lääketieteen ja hammaslääketieteen *erikoisalojen* mukaisia sairauksien ehkäisyyn, tutkimiseen, hoitoon, ensihoitoon, päivystykseen ja lääkinälliseen kuntoutukseen kuuluvia terveydenhuollon palveluja<sup>8</sup>. Palveluiden luonteeseen kuuluu siis eriytyminen erikoisalojen mukaisesti. Palvelulle on yleensä edellytyksenä erikoisalan terveydenhuollon ammattihenkilön, yleensä kyseisen erikoisalan erikoislääkärin, läsnäolo. Erikoissairaanhoito tarjoaa apuaan usein vaikeimmissa ja äkillisimmissä sairauksissa, mutta myös suurissa kansataudeissa, jolloin perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon työnjako ja hyvä yhteistyö on ratkaisevan tärkeä<sup>9</sup>.

Erikoissairaanhoidon järjestämisestä vastaavat terveydenhuoltolain mukaisesti kunnat ja sairaanhoitopiirit. Jokaisen manner-Suomen kunnan on kuuluttava johonkin sairaanhoitopiiriin kuntayhtymään<sup>10</sup>.

Terveydenhuollon johtamisen kannalta erikoissairaanhoito on haasteellista johtuen erikoisalojen toimiyksiköiden, ”klinikoiden”, suuresta määrästä sairaanhoitopiirissä. Useat sairaanhoitopiirit ovat kehittäneet hallintorakenteita, joissa erikoisalojen klinikoita on pyritty liittämään yhteen suuremmiksi kokonaisuuksiksi. Tällä on pyritty myös selkeyttämään potilaan palvelua. Ratkaisuna ovat olleet erikoisalojen niputtaminen esim. konservatiivisiksi ja operatiivisiksi ”blokeiksi” tai sitten erikoisalojen pilkkominen sairausryhmäkohtaisiksi ”teemoiksi” esim. sydänsairaudet, liikuntaelinsairaudet.

Perushaasteena on edelleen, että laadukkaiden erikoissairaanhoitopalveluiden tarjoamiseksi on saatavilla oltava kaikkien tarvittavien erikoisalojen henkilökuntaa. Erikoislääkärit eivät lähtökohtaisesti pysty korvaamaan toistensa tehtäviä erikoisalojen välillä. Laadukkaan erikoissairaanhoidon turvaamiseksi erikoislääkäreiden virkojen täytössä ei saisi olla suuria vajeita. Lisäksi erikoisalat ovat riippuvaisia toistaan. Puutteet diagnostisilla aloilla (radiologia, laboratoriotutkimukset) voivat vaarantaa esimerkiksi sisätautierikoisalan palveluiden laadun ja synnyttää jonoja. Mikäli potilas ei pääse nopeasti psykiatrian erikoisalan palveluiden piiriin, voi se näkyä muiden erikoisalojen epätarkoituksenmukaisena käyttönä, eikä potilas kuitenkaan saa nykytiedon mukaista

helpotusta vaivoihinsa. Päivystys muodostaa kokonaan oman haasteensa. Päivystyksessä kaikkien tarvittavien erikoislääkärien palveluita pitää olla saatavasti aukottomasti kaikkina aikoina.

## 2.2 Erikoisalajat

Lääketieteen erikoisalajat ovat suurelta osin yhteneviä eri EU-maissa, mutta edelleen on erikoisaloja, joita ei ole kaikissa maissa. Lisäksi on erikoisaloja, jotka kuuluvat johonkin toiseen erikoisalaan jossakin toisessa maassa<sup>11</sup>.

Työnjako erikoissairaanhoidon ja muun terveydenhuollon välillä, mahdollisesti myös erikoisalojen välillä, vaihtelee maittain, koska eri erikoislääkärien määrät asukasta kohden voivat vaihdella suurestikin. Esimerkiksi Suomessa psykiatria pidetään alana, jossa on merkittävä ja pysyvä puute erikoislääkäreistä. Kuitenkin psykiatrian erikoisalan lääkärien määrä Suomessa vuonna 2015 100 000 asukasta kohti oli 23,6, mikä oli Eurostatin 33 vertailumaasta 5. suurin<sup>12</sup>. Tämä psykiatrian erikoislääkärien määrä vaihteli Turkin 4,3 / 100 000 asukasta ja Sveitsin 50,4 / 100 000 asukasta välillä.

### 2.2.1 Erikoisalajat Suomessa

Suomessa on tällä hetkellä yhteensä 50 erikoisalaa, mikä määrä on suurempi kuin OECD-maissa keskimäärin. Suomen 50 erikoisalaan vertailukelpoisia ”peruserikoisaloja” on Ruotsissa 31, Tanskassa 38, Norjassa 30 ja Islannissa 33. Suomessa ei ole ollut vuodesta 1999 lähtien enää suppeita erikoisaloja, mutta niitä on Ruotsissa 24, Norjassa 14 ja Islannissa 39<sup>13</sup>.

### 2.2.2 Erikoislääkärit Suomessa

Suomessa oli vuonna 2016 yhteensä 12 333 erikoislääkärinä. Erikoislääkäritiheys oli vuonna 2015 Eurostatin vertailussa 2,0 vuonna 100 000 asukasta kohden<sup>12</sup>. Luku on 12. pienin 33 vertailumaasta. Vaihteluväli on 1,2 / 100 000 asukasta (Turkki) – 4,7 / 100 000 asukasta (Kreikka). Suomen lääkäreistä on erikoislääkäreitä 59 %<sup>14</sup>. Vuoden 2015 OECD-maiden välisessä vertailussa Suomessa on pienempi osuus lääkäreistä erikoislääkäreitä kuin OECD-maissa keskimäärin (63 %), vaihteluväli oli 41 % - 75 % (Irlanti - Kreikka)<sup>15</sup>.

Keskimääräinen erikoislääkärin koulutusaika Suomessa on 13 - 14 vuotta, joka on pitempi kuin useissa muissa maissa. Koulutusajan vaihteluväli OECD-maissa on 10 - 15 vuotta. Naislääkäreiden osuus on Suomessa neljänneksi suurin OECD-maista (57,7 %). Vaihteluväli on 20,3 % - 74,4 % (Japani - Latvia).

Vuonna 2008 julkaistun vertailun mukaan erikoislääkäreiden palkkaus Suomessa oli matala vertailumaihin nähden. Erikoislääkärien keskimääräinen palkka Suomessa oli 2,5 -kertainen väestön keskipalkkaan verrattuna, kun se vertailumaissa vaihteli välillä 1,5 – 7,5 (Unkari - Alankomaat)<sup>16</sup>. Toisaalta Suomessa erikoislääkärien tehtyjen työtuntien määrä viikossa, 43,6, oli vertailumaiden pienin, kun vaihteluväli vertailumaissa oli 43,6 - 60 (Suomi – Luxemburg). Erikoislääkärien ansiotasoa keskimäärin muodostui Suomessa tämän OECD-vertailun mukaan 1,4 -kertaiseksi yleislääkärin ansiotasoon verrattuna. OECD-vertailumaiden vaihteluväli oli tässä 0,8 - 2,4 (Tsekki – Alankomaat).

## 2.3 Erikoislääkärikoulutus Suomessa

Erikoislääkärikoulutus on nykyään yliopistotutkinnon jälkeistä ammatillista jatkokoulutusta, jota ohjaa sosiaali- ja terveysministeriö<sup>17</sup>. Yliopiston rooli erikoislääkärikoulutuksessa Suomessa on painotetumpi kuin muissa Pohjoismaissa<sup>12</sup>. Valtakunnallisesti erikoislääkärikoulutuksen koordinaatioelimenä toimii terveydenhuollon ammattihenkilöistä annetun lain (559/1994) 41 §:ssä tarkoitettu neuvottelukunta tai sen jaosto. Lisäksi kunkin yliopiston yhteydessä on alueellista yhteistyötä varten erikoiskoulutuksen alueellinen neuvottelukunta. Neuvottelukunnassa on erityisvastuualueiden sairaanhoitopiirien kuntayhtymien edustus. Varsinainen käytännön erikoistuminen tapahtuu pääasiassa sairaanhoitopiirin kuntayhtymien tai kuntien viroissa.

## 2.4 Erikoissairaanhoidon päivystys

Päivystyshoidolla tarkoitetaan yleisesti alle 24 tunnin kuluessa yhteydenotosta annettavaa hoitoa, jota ei voida siirtää myöhäisemmäksi ilman oireiden pahentumista tai vamman vaikeutumista. Lääketieteen kehittyessä on tullut yhä tärkeämmäksi tämän määrittelyn puitteissa hyväksyä, että päivystystilanteessa potilaan on tarvittaessa päästävä nopeasti myös erikoissairaanhoidon palveluiden piiriin. Tällaisia tilanteita on toki kirurgiassa ja muilla operatiivisilla aloilla, mutta myös toki merkittävästi sisätaudeilla ja psykiatriassa.

Ensihoidon kehittyminen on mahdollistanut, että potilaan tila voidaan usein vakauttaa kriittisen vamman tai sairauden ilmenemispaikalla. Terveyskeskuksen tai pienen sairaalan mahdollisuudet vaikuttaa sen jälkeen kriittisissä tilanteissa ovat nyky lääketieteen valossa varsin rajalliset. Useissa kriittisissä tapauksissa potilas on korkealaatuisen tutkimuksen ja hoidon varmistamiseksi saatava erikoissairaanhoidon päivystävään yksikköön.

Kiireellisessä hoidossa on oleellista niin potilaan ennusteen kannalta kuin myöhemmin syntyvien kustannusten kannalta, että taudin diagnostiikka on mahdollisimman osuvaa mahdollisimman nopeasti. Tämä edellyttää pääsyä päivystäviin kuvantamis- ja laboratoriapalveluihin. Kokonaan toinen asia on sitten, tarvitaanko leikkaustoimenpiteitä päivystysaikoina. Mentula ja Brinck käsittelevät päivystysenaikaisen leikkaustoiminnan lääketieteellistä tarvetta<sup>18</sup>. Satunnaistettuja tutkimuksia päivystysleikkausten kiireellisyydestä ei ole. Joissain sairauksissa näyttö päivystysaikaisen toiminnan hyödyistä on vahva (esim. verenvuotosokki), mutta toisissa vaihteleva (esim. sappirakon poisto akuutissa kolekystiitissä). Selvää kuitenkin on, että leikkauksen odottaminen voi aiheuttaa potilaalle usein tarpeetonta kipua ja kärsimystä. Toisaalta tarpeettomia päivystysten alkavia leikkauksia pidä suosia, ellei siihen ole lääketieteellistä syytä. Päivystysleikkauksia tekevän sairaalan pitää vastata osaavan ja riittävästi levänneen henkilökunnan saatavuudesta, tarpeellisista tutkimusmahdollisuuksista ja riittävästä leikkaussalikapasiteetista. Tämä puoltaa päivystysten keskittämistä riittävien ja laadukkaiden voimavarojen takaamiseksi.

## 2.5 Erikoissairaanhoidon keskittäminen

Lääketieteen kehittyessä on kaikkialla tullut ajankohtaiseksi kerätä suurta osaamista ja kalliita laiteinvestointeja vaativat hoidot erillisiin sairaaloihin. Hoitojen keskittämistä perustellaan yleensä sekä palveluiden parantuneella laadulla, että yksikkökustannusten pienenemisellä. Tutkimustietoa on kertynyt tästä 1990-luvun alusta lähtien. Ruotsissa on julkaistu kattava meta-analyysi, jossa tutkittiin alun perin 1715 työstä tarkemmin 96 julkaisua. Tämän pohjalta näyttää varsin selvältä, että leikkaustoimenpiteen määrä sairaalassa korreloi positiivisesti hoidon laadullisiin tuloksiin<sup>19</sup>. Yhteys suuren volyymin ja alhaisten yksikkökustannusten välillä oli tutkimuksissa vähemmän selkeä.

Tutkimusten joukossa oli kuitenkin yksittäisiä töitä, joissa yhteyttä määrän ja laadun välillä ei voitu osoittaa. Hyviä tuloksia voidaan saada myös pienemmissä toimenpidevolyymeissa, mikäli suuren volyymin mukanaan tuoma laatu voidaan varmistaa jollakin muulla tavalla. Kurlansky ym. vertailivat viittä sairaalaa, jossa tehtiin eri määrä sydämen ohitusleikkauksia<sup>20</sup>. Mitään eroja ei voitu havaita potilashoidon laadullisissa

tuloksissa eri sairaaloiden välillä. Sen sijaan nähtiin merkittävä yhteys huonompiin tuloksiin, mikäli yliopistosairaalan määrittämiä hoidon suuntaviivoja ei oltu noudatettu kaikilta osin. Tutkijat vetävät sen johtopäätöksien, että hyvä hoidon laatu on mahdollista saavuttaa pienissäkin toimenpidevolyyymeissä, mikäli yliopistollisen sairaalan määrittämistä hoidon standardimenettelyistä voidaan pitää tarkasti kiinni. Pelkkä suuri volyyymi ei sinänsä ole laadun tae, mutta riittävä volyyymi usein käytännössä helpottaa määrätyn laatutason saavuttamista.

Euroopassa on varsin laaja yksimielisyys kirurgien keskuudessa harvinaisempien toimenpiteiden keskittämisen tarpeesta. Oleellista on, että keskittäminen tapahtuu suunnitelmallisesti olemassa olevat voimavarat arvioiden, eikä matemaattisesti pelkkien volyyymien perusteella. Keskittämisessä pitää ottaa huomioon kaikki tarvittavat erikoisalat, jolloin yllättäviin komplikaatioihin voidaan varautua erikoisalojen välilläkin. Keskittämisen jälkeen on huolehdittava toimivasta osaamisverkostosta, vertailutiedon keräämisestä ja laatujärjestelmästä<sup>21</sup>. On luonnollista, että keskittäminen aikaansaa keskustelua ammattilaisten kesken, äskettäin esimerkiksi naapurimaassamme Ruotsissa<sup>22</sup>.

## 2.6 Erikoissairaanhoidon järjestäminen Pohjoismaissa

Ruotsissa perusterveydenhuollosta ja erikoissairaanhoidosta vastaa 20 maakäräjää (landsting) ja yksi alue (region, Gotlanti)<sup>23</sup>. Vaativimman erikoissairaanhoidon järjestämiseksi maa on jaettu seitsemän yliopistosairaalan kesken kuuteen alueeseen. Erikoislääkärikoulutuksessa maakäräjien ylläpitämillä sairaaloilla ("vårdgivare") on merkittävä rooli; ne suunnittelevat ja hyväksyvät yksittäisten opiskelijoiden erikoistumis-suunnitelmat<sup>24</sup>. Erikoislääkärikoulutuksen yhteys palvelutuotantoon on selkeästi kiinteämpi kuin Suomessa.

Norjassa erikoissairaanhoito siirrettiin vuonna 2002 valtiolle, joka operoi sairaaloita omistamiensa viiden, vuodesta 2007 lähtien neljän, alueellisen viranomaistoimijan (Regionale Helseforetak) kautta.<sup>25</sup> Nämä neljä omistavat kaikkiaan 21 sairaalaa Norjassa ja kuusi muuta organisaatiota (neljä apteekkipalveluita varten, yksi ensihoitoa varten ja yksi informaatiotekniikkaa varten). Norjan erikoissairaanhoito on siis itse asiassa jaettu neljään valtion omistamaan "sairaalaketjuun".

Tanskassa terveydenhuollon järjestämisvastuu siirtyi vuonna 2007 viidelle alueelle<sup>26</sup>. Samalla sairaalarakennetta keskitettiin voimakkaasti. Muutoksesta on julkaistu äskettäin tutkimus, jonka mukaan vuosina 2007 - 2014 Tanskan sairaaloiden tuottavuus parani 17 %<sup>27</sup>. Lääkärien rekrytointi ei ollut varsinaisesti mukana tutkimuksessa, mutta



samanaikaisesti lääkäreiden työpanoksen määrä nousi sairaaloissa vuosien 2007 ja 2015 välillä 19 %, eli rekrytointi ainakin onnistui. Tanskassa on kuitenkin alkanut vastikään poliittinen keskustelu viiden alueen jakamisesta takaisin 21 maakunnalle<sup>28</sup>. Erikoissairaanhoito olisi kuitenkin jäämässä maassa viiden alueen hallintaan ”supersairaaloiden” ympärille<sup>29</sup>.

Islannissa erikoissairaanhoito on valtiollinen ja sairaalat ovat suoraan ministeriön alaisia. Lääkäreiden rekrytointi ja palkkaus ovat valtion säätelemiä. Reykjavikin yliopistosairaala (Landspítali) käyttää 70 % erikoissairaanhoidon budjetista<sup>30</sup>.

## 3 Säädosmuutokset

### 3.1 Säädösten perusteluista

Hallitusohjelman mukaisesti säädösten tarkoituksena oli muuttaa sosiaali- ja terveydenhuoltoa siten, että keskittämisestä johtuva karkea arvio kustannusten vuosittaisesta säästöstä olisi 50 – 100 miljoonaa euroa alkaen vuodesta 2016. Pidemmällä aikavälillä säästö voisi olla merkittävästi suurempikin. Muutokset oli suunniteltu tulemaan tulevia muutoksia sosiaali- ja terveyspalveluiden tulevissa rakenteissa. Tavoitteena oli integraation vahvistaminen, asukkaiden kokonaisvaltainen auttaminen sekä laadullisten erojen poistaminen sosiaali- ja terveydenhuollon palveluissa.

Säädökset jatkavat kiireellisen hoidon asetuksen (782 / 2014) linjalla, jossa sairaala- ja päivystysverkon tiivistämisellä pyritään vastaamaan väestön tarpeisiin valtakunnallisesti koordinoitusti ja yhtenäisin perustein. Potilaan kannalta on tärkeää, että päivystys- ja leikkaustoiminnassa on määritetty minimiresurssit, jotta poikkeavissa tilanteissa potilasturvallisuus olisi taattu.

### 3.2 Laki terveydenhuoltolain muuttamisesta 1516 / 2016

Laki muutti merkittävästi ensihoitopalveluiden järjestämistä sekä terveydenhuollon ja sosiaalipäivystyksen yhteistyötä. Tämän selvityksen kannalta oleellisia ovat kuitenkin pykälät 45 ja 50.

Pykälässä 45 rajoitetaan anestesiaa vaativaa leikkaustoimintaa. ”Leikkaustoiminta, joka edellyttää leikkaussaliolosuhteita ja anestesiaa, tulee kokonaisuudessaan koota niihin sairaaloihin, joissa on ympärivuorokautinen perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhteispäivystys.”

Pykälä 50 jaottelee sairaanhoitopiirit laajan päivystyksen sairaanhoitopiireihin ja muihin sairaanhoitopiireihin. Laajan päivystyksen sairaanhoitopiirejä ovat yliopistollista sairaalaa ylläpitävät sairaanhoitopiirit: Helsingin ja Uudenmaan, Varsinais-Suomen, Pirkanmaan, Pohjois-Savon ja Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirit sekä: Etelä-Karjalan, Etelä-Pohjanmaan, Keski-Suomen, Lapin, Pohjois-Karjalan, Päijät-Hämeen ja Satakunnan sairaanhoitopiirit. Näiden on järjestettävä ympärivuorokautisen päivystyksen yksikkö keskussairaalsansa yhteyteen. Tämän pitää olla perusterveydenhuollon ja

erikoissairaanhoidon yhteispäivystyksikkö, joka pystyy tarjoamaan laajasti palveluita usealla lääketieteen erikoisalalla ympärivuorokautisesti välittömästi ja jolla on voimavarat terveydenhuollossa tarvittavan valmiuden ylläpitämiseen ja erityistilanteiden hoitamiseen.

Muita sairaanhoitopiirejä (”ei-laajan päivystyksen sairaanhoitopiirejä”) laki velvoittaa ylläpitämään ympärivuorokautista perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhteispäivystystä, jossa on valmius väestön tavanomaisten kiireellisten terveysongelmien hoitoon, keskussairaalan yhteydessä. Näitä sairaanhoitopiirejä ovat: Etelä-Savon, Itä-Savon, Kainuun, Kanta-Hämeen, Kymenlaakson, Länsi-Pohjan ja Vaasan sairaanhoitopiirit.

### **3.3 Valtioneuvoston asetus erikoissairaanhoidon työnjaosta ja eräiden tehtävien keskittämisestä 582 / 2017**

Tämä lain 1516 / 2016 nojalla annettu asetus määrittää valtakunnallisen työnjaon ja sen, mistä tehtävistä, suunnittelusta ja yhteensovittamisesta jokaisen yliopistollisessa sairaanhoitopiirissä on huolehdittava. Pykälässä 5 määrätään vähempään kuin viiteen yliopistolliseen sairaalaan keskittävistä leikkauksista, hoidoista ja toimenpiteistä. Pykälässä 6 määrätään viiteen yliopistolliseen sairaalan tai vastaavaan yksikköön keskittävistä erikoissairaanhoidosta. Pykälä 7 sisältää keskittävillä toimenpiteillä määritellyt minimivolyymit. Ensinnäkin näitä toimenpiteitä voidaan tehdä vain ympärivuorokautista perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhteispäivystystä ylläpitävissä sairaaloissa ja lisäksi kunkin toimenpiteen osalta pitää saavuttaa minimivolyymit. Ne ovat: yhteensä vähintään noin 600 lonkan ja polven tekonivelleikkausta, 40 olkapään tekonivelleikkausta, 100 kiireetöntä tekonivelen uusintaleikkausta, 150 selkäkirurgista leikkausta. Syövän leikkaushoidossa rajat ovat vähintään noin 150 primaaria rintasyöpäleikkausta, 70 paksusuolisyövän, munuaissyövän, papillaarisen ja follikulaarisen kilpirauhassyövän, matalan riskin endometriumsyövän ja radikaalia eturauhassyövän poistoleikkausta kussakin syöpäryhmässä.

### 3.4 Valtioneuvoston asetus kiireellisen hoidon perusteista ja päivystyksen erikoisalakohtaisista edellytyksistä 583 / 2017

Muiden kuin yliopistollisen sairaanhoitopiirien palveluvalikoiman kannalta oleelliset määräykset ovat pykälissä 4, 7, 8 ja 9. Asetuksen toisessa luvussa on lueteltu erikoisalakohtaiset vaatimukset ja määritelty synnytysten minimimääräksi vähintään noin 1000 vuodessa. Laajaa ympärivuorokautista päivystystä ylläpitävällä sairaalalla pitää olla akuuttilääketieteen, anestesiologian ja tehohoidon, gastroenterologisen kirurgian, kardiologian, lastentautien, naistentautien ja synnytysten, neurologian, ortopedian ja traumatologian, psykiatrian, radiologian, sisätautien ja yleislääketieteen erikoisalojen kiireellisen hoidon ja päivystyksen edellytykset ja osaaminen sekä yöpäivystystä lukuun ottamatta hammaslääketieteen päivystys.

Lisäksi käytössä on oltava riittävät kuvantamis- ja laboratoriopalvelut potilaan tutkimusta, hoidon tarpeen arviointia ja hoitoa varten sekä mahdollisuus saada lausunto radiologian erikoislääkäriltä tai radiologiaan perehtyneeltä lääkäriltä. Mikäli sairaalassa on päivystyksellistä leikkaustoimintaa on radiologian erikoislääkärin tai radiologiaan perehtyneen lääkärin oltava nopeasti saatavilla. Synnytyksiä hoitavassa ja leikkauksia tekevässä yksikössä on oltava mahdollisuus välittömään verensiirtoon ja sen tekemisen edellyttämiin tutkimuksiin. Päivystysyksikön on varmistettava lääkehuollon toteuttaminen päivystysaikana sekä päivystyksen erityistilanteissa.

### 3.5 Säästöjen kokonaisuus ja sen vaikutukset

Säädökset voidaan nähdä potilaan kannalta tervetulleena terveydenhuollon laadunvarmistamisena. Laadukkaan toiminnan turvaamiseksi on varattava riittävät ja riittävän nopeasti saatavat resurssit. Muutoksella on myös haettu taloudellisia säästöjä, minkä ei terveydenhuollossa suinkaan aina tarvitse olla vastakkainen laadun parantamiselle. Kokonaan eri asia on, että terveydenhuollossa keskittämisestä aiheutuvat kustannussäästöt realisoituvat vain, jos palveluita luovuttavien yksiköiden kapasiteettia voidaan käyttää tarkoituksenmukaisesti lisääntyvän palvelutarpeen hyväksi tai palveluita luovuttavat yksiköt lopetetaan.

Terveydenhuollon palveluiden laadulle ratkaisevan tärkeä tekijä on osaava ja motivoitunut henkilökunta. Terveydenhuollon monimutkaisessa kentässä työvoiman, erityisesti erikoislääkärien, hakeutuminen työpaikkoihin on monimutkainen ilmiö. Osaa

tästä käyttäytymisestä selittävät julkisuuden mielikuvat. Erikoissairaanhoidon työnantaja on Suomessa monta ja niiden rekrytointi-imagot eivät ole kaikilta osin yhdenvertaisia. Kaikki sairaanhoitopiirit eivät pysty panostamaan rekrytointi-imagoon yhtä voimakkaasti. Yliopisto on tärkeä rekrytointivaltti yliopistollista sairaalaa ylläpitäville sairaanhoitopiireille, ja tuo niille kilpailuetua myös imagossa.

Erikoislääkärin hakeutuessa töihin ovat työnantajasta riippuvien tekijöiden (palkkaus, työolot, joustot) tärkeitä myös ammattitovereiden näkemykset ja arvostukset. Erikoisalayhdistys voi olla erikoislääkärille tärkeämpi identiteetti kuin työnantaja. Vieläpä niin, että erikoisala on käytännössä pysyvä organisaatio, työnantajat voivat lakata olemasta. On mahdollista, että erikoislääkärit eivät halua jatkaa työtään niissä sairaanhoitopiireissä, jotka ovat "leimautuneet" ei-laajan päivystyksen sairaaloiksi. Ammatillinen kehittyminen voidaan nähdä niissä vaarantuneeksi.

Tässä selvityksessä käsitellään tätä ilmiötä: tapahtuiko sitä ja miten se voitaisiin estää. Ellei sitä voida hallita, voi maan erikoissairaanhoidon palveluiden alueellinen tasarvo vakavasti vaarantua. Ellei erikoissairaanhoidon palveluita voida tarjota kattavasti maassa, on vaarana myös, että maan syrjäisemmät osat eivät pystyisi varautumaan poikkeusoloihin niin laajasti kuin se on tarkoituksenmukaista.

## 4 Menetelmät

### 4.1 Sairaanhoidopiirien virkojen täyttötilanne

Sairaanhoidopiirien erikois- ja erikoistuvien lääkärien virkojen täyttötilanteesta ajantasaisin tietolähde tällä hetkellä on KT Kuntatyönantajat järjestämä vuosittainen tiedonkeruu sairaanhoidopiireistä. Tiedot on kerätty kaikkien Suomessa käytössä olevien erikoisalojen osalta liitteen 1 mukaisella lomakkeella kunkin vuoden lokakuun ensimmäisen keskiviikon tilanteen mukaan. Lomakkeen tiedot on tarkastettu KT:n toimesta edellisvuosien tietojen perusteella. Mikäli aineistossa on ollut suuria muutoksia, on niihin pyydetty selvitykset. Tietoja on karhuttu kunkin vuoden loppuun asti.

Tiedot on luovuttanut työmarkkinatutkija Juho Ruskoaho, KT Kuntatyönantajat.

Kaikki sairaanhoidopiirit eivät ole antaneet lupaa tulosten julkistamiseen, joten tiedot on esitetty tässä selvityksessä sairaanhoidopiirien ryhmittelynä 1216 / 2016 § 50 mukaisesti ryhmittäin eikä yksittäisiä sairaanhoidopiirejä ole mainittu nimeltä tulosten esittelyn yhteydessä.

#### 4.1.1 Tietojen puutteet

Tietojen vertailukelpoisuuden osalta saadussa tiedostossa on joitakin haasteita. Yhden sairaanhoidopiirin käytäntö tietojen kirjaamisessa on muista poikkeava, ja lisäksi sen tiedoissa on epäjatkuvuutta. Selvityshenkilö päätyi jättämään tämän sairaanhoidopiirin tiedot kokonaan pois vertailusta. Yhdestä sairaanhoidopiiristä tiedot puuttuvat vuosilta 2017 ja 2018, mutta tiedot aiemmista vuosilta ovat mukana vertailuissa. Yhden sairaanhoidopiirin luvut puuttuivat vuodelta 2014. Vuosien varrella yksittäisissä sairaanhoidopiireissä on tapahtunut joitakin muutoksia toimintojen järjestämisessä sairaanhoidopiirien ja kaupunkien välillä. Näitä muutoksia on tapahtunut mm. vanhustenhoidossa ja mielenterveyspalveluissa. Merkitystä näillä on lähinnä vain siltä osin, että kokonaisvirkamäärät ovat muuttuneet vierekkäisten vuosien välillä.

Ålands Hälso- och sjukvård ei sisälly tietoaaineistoon, eikä kuulukaan selvitystyön kohteeseen, koska terveydenhuoltolaki ei ole voimassa Ahvenanmaalla<sup>31</sup> kuin aivan pieniltä osin.

## 4.1.2 Tietojen mahdolliset virhelähteet

KT:n tiedoista käytettiin sekä erikoislääkärien että erikoistuvien lääkärin yhteenlaskettua määrää suhteessa kokonaisvirkamääriin. Näin siksi, että haluttiin nimenomaan arvioida virkojen täyttöasteen muutoksia päivitystyksen kannalta, missä erikoistuvien lääkärin työpanos on merkittävä. Toisaalta erikoistuvien lääkärin mukaan ottaminen lisää jonkin verran satunnaista vaihtelua, koska tilapäisesti käytössä voi olla useampia erikoistuvien lääkärin virkoja kuin varsinaisia erikoislääkäreitä.

Tietojen tulkinnassa on myös syytä huomata, ettei virkojen määrä sinänsä välttämättä kuvaa alueen palvelutarvetta, eikä virkojen täyttämättömyys siksi varsinaista palveluvajetta. Virkakehitys noudattaa vuodesta toiseen jatkuvaa budjettimenettelyä. Erikoisalat kilvoittelevat vuosittain mahdollisesti jaossa olevista lisäresursseista. Sairaanhoidopiirit eivät yleensä budjetin valmistelussa pysty arvioimaan erikoisalakohontaista virkojen määrää suhteessa väestön palvelutarpeeseen.

Virkojen määrä on myös riippuvainen palveluprosessien rakenteesta. Palvelurakenteen kehittämisellä voi olla mahdollista vähentää tarvittavien erikoislääkärien alueellista määrää. Tämäntyyppiseen virkarakenteen suunnitteluun ei välttämättä ole käypää kannustetta erikoisalojen välisessä resurssikilpailussa.

Virkojen täyttämättömyyteen voi olla myös taktisia syitä. Voidaan ajatella, että rekrytoinnin helpottamiseksi on hyvä olla aina saatavilla sopiva virka, jos sopiva viranhaltija alueelle sattuisi löytymään.

## 4.1.3 Herkkyysanalyysi

Tietoaineisto ei ole kovin soveltuva tilastolliselle käsittelylle, koska se ei vastaa täydellisesti toistettujen mittausten asetelmaa. Kyse on peräkkäisinä vuosina tapahtuneista virkojen täyttöasteiden mittauksista, joissa perusilmiöinä ovat vaihtelevanpituiset viranhoidot. Aineiston varsinaisesta tilastollisesta käsittelystä on siksi pidättäydytty. Sen sijaan tuloksissa esitettyjen muutosten osalta on aineistoa tarkastelu erikseen vuosittain ja sairaanhoidopiireittäin, jotta havaittujen muutoksen yksittäiset syyt tulisivat näkyville.

## 4.2 Haastattelut

Haastattelut suoritettiin tammi-maaliskuussa 2019, pääosin 30-40 minuuttia kestävästä puhelinhaastatteluna, jossa käytiin pääosin läpi toimeksiannon kysymykset.

Haastateltaviksi haettiin ensisijaisesti ei-laajan päivystyksen sairaanhoitopiirien lääketieteellisiä johtajia ja haastateltavia täydennettiin esille nousseiden vastausten ja selvittämistarpeiden mukaisesti, jotta ilmiötä saatiin tarkastelluksi eri puolilta.

Haastatellut:

Hallintoylilääkäri Esa Ahonen, Kainuun SOTE

Johtajaylilääkäri Reijo Autio, Vaasan sairaanhoitopiiri

Överläkare Tora Bäckström, Ålands Hälso- och sjukvård

Johtajaylilääkäri Pirjo Dabnell, Soite (Keski-Pohjanmaa)

Ylijohtaja Marina Erhola, THL

Professori Juha Grönroos, Kirurgia, Turun yliopisto

Ylilääkäri Kyösti Haataja, Kirurgia, Lapin sairaanhoitopiiri

Varatoiminnanjohtaja Hannu Halila, Suomen lääkäriliitto

Johtajaylilääkäri Kari-Matti Hiltunen, Pirkanmaan sairaanhoitopiiri

Dekaani Pentti Huovinen, Turun yliopisto, Lääketieteellinen tiedekunta

Johtajaylilääkäri Jarmo Koski, Essote (Etelä-Savo)

Ylilääkäri Erno Lehtonen-Smeds, ortopedia ja traumatologia, Vaasan sairaanhoitopiiri

Palvelualuejohtaja Sari Kortepohja, Forssan seudun hyvinvointikuntayhtymä

Johtaja (virka-aikana) Riitta Luosujärvi, Länsi-Pohjan sairaanhoitopiiri

Johtajaylilääkäri Jaana Luukkonen, Sosteri (Itä-Savo)

Johtajaylilääkäri Jukka Mattila, Lapin sairaanhoitopiiri

Johtaja Risto Miettunen, Pohjois-Savon sairaanhoitopiiri



Johtajaylilääkäri Markku Mäkijärvi, HUS

Johtava lääkäri Matti Mäntymaa, Raahen hyvinvointikuntayhtymä

Ylilääkäri Marja-Liisa Mäntymaa, Kymsote (Kymeenlaakso)

Johtaja, politiikkatoimiala, Heikki Pärnänen, Suomen lääkäriliitto

Johtajaylilääkäri, johtaja Seppo Ranta, Kanta-Hämeen sairaanhoitopiiri

Työmarkkinatutkija Juho Ruskoaho, KT Kuntatyönantajat

Puheenjohtaja Samuli Saarni, Suomen lääkäriliitto

Kuntayhtymän johtaja Eetu Salunen, Päijät-Hämeen hyvinvointikuntayhtymä

Johtajaylilääkäri Jyri Taskila, Länsi-Pohjan sairaanhoitopiiri

Ylilääkäri Antti Tamminen, kirurgia, Kanta-Hämeen sairaanhoitopiiri

Sairaalajohtaja Petri Virolainen, Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri

Tutkimuspäällikkö Jukka Vänskä, Suomen lääkäriliitto

## 5 Vastaukset toimeksiannon kysymyksiin

### 5.1 Yhdenvertaisuus palveluiden saatavuudessa ja alueellisessa kattavuudessa

Terveydenhuolto on Suomessa laadullisesti korkeatasoista, vaikuttavaa ja kohtuullisen edullista<sup>32</sup>. Haasteena Suomessa on edelleen kansalaisten välinen terveyden epätasa-arvo, joka näkyy paitsi sosiaaliryhmien, myös maan eri alueiden välillä. Vuonna 2016 menetetyt elinvuodet 100 000 asukasta kohden 0 - 80 -vuotiailla poikkeavat maan eri äärimaakuntien merkittävästi: Keski-Pohjanmaa 5061, Kainuu 7600<sup>33</sup>.

Nämä Suomen eri maakuntien väliset terveyserot eivät ole kuitenkaan mitenkään poikkeavan suuria kansainvälisessä vertailussa. Vaihteluväli vastasyntyneen elinajan odotteessa on noin kaksi vuotta Suomen eri osien välillä. Se on toki suurempi kuin Irlannissa, Japanissa, Tanskassa, Sveitsissä, Norjassa, Alankomaissa, Slovakiassa ja Ruotsissa, mutta kuitenkin 10. pienin 35 OECD-vertailumaasta. Tyydyttymättömän lääketieteellisen hoidon määrän alueellinen vaihtelu oli Suomessa kolmanneksi pienin 11 OECD-vertailumaasta<sup>34</sup>.

Arvioitaessa pääsyä erikoissairaanhoidon eri maakunnissa näytti vuoden 2018 loppulla, ettei suuria eroja yliopistosairaanhoidopiirien, laajan päivystyksen sairaanhoidopiirien ja ei-laajan päivystyksen sairaanhoidopiirien välillä ole, ei odotusajan mediaanissa eikä määrääjassa pääsyn osuudessa<sup>35</sup>.

Kokonaan toinen asia on, että palveluita käytetään vaihtelevasti eri alueilla, eikä hoitoon pääsy siis sinänsä kuvaa palvelutarpeen täyttymistä. Erikoissairaanhoidon rekisteritiedoista on helposti näytettävissä, ettei sairastavuus riitä selittämään käytön vaihtelua eri maan osissa<sup>36</sup>. Jollakin yksittäisellä kapealla erikoisalalla, kuten neuropsykiatriassa, aluevaihtelu voi olla hyvin suurta<sup>37</sup>. Tässä ääriesimerkissä aktiivisuus- ja tarkkavaisuushäiriödiagnoosin (ADHD) asettamisessa oli lähes kymmenkertaisia eroja maakuntien välillä, mikä tuskin kuvastaa sairastavuuden vaihtelua maakuntien välillä.

Rekrytointivaikeuksissa olevien sairaanhoidopiirin palvelut eivät pysty vastaamaan suunniteltuun väestön palvelutarpeeseen. Haastateltavat painottivat kuitenkin myös

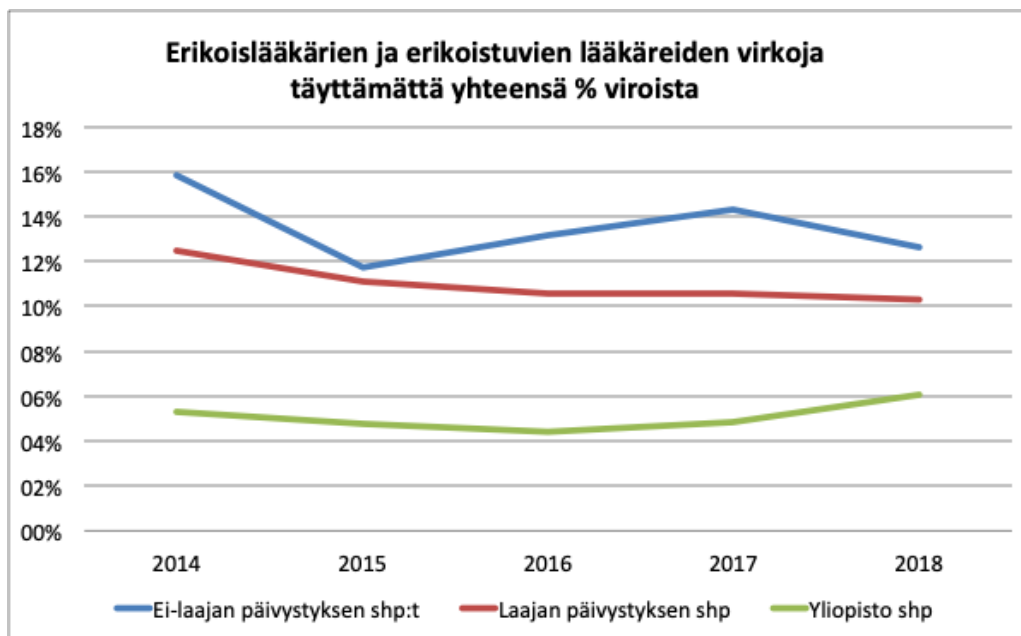
sitä, että mikäli sairaanhoitopiiri elää koko ajan ”kädestä suuhun”, menee kaikki huomio olemassa olevien virkojen täyttämiseen. Sairaanhoitopalveluiden laadulliselle johtamiselle ei jää aikaa. Yksinkertaisimmillaan tämä laadullinen johtaminen on erikoisalojen välistä tasapainottamista. Täyttämätön erikoislääkärin virka voi olla riski väestön terveydelle. Täytetty, mutta väärässä paikassa oleva erikoislääkärin virka ei ole sekään tarkoituksenmukaista voimavarojen käyttöä. Erikoisalojen pirstaleisessa kentässä kliinisestä toiminnasta vastaava johtaja (johtajaylilääkäri, johtava lääkäri) on vaikeassa tilanteessa arvioidessaan erikoisalojen palveluiden riittävyyttä, kun erikoisalojen omat ylilääkärit eivät luonnollisista syistä pysty aina arvioimaan oikeaa virkamäärää neutraalisti. Rekrytointiavun lisäksi tarvittaisiin myös suunnitteluapua: onko virkajohdinten määrä oikea.

## **5.2 Sairaanhoitopiirien lääkärivirkojen täyttöaste 2014–2018**

### **5.2.1 Kaikki erikoisalajat**

Yhteenveto täyttämättöminä olevien virkojen osuuksista kaikista viroista kaikkien erikoisalojen osalta yhteensä eri sairaanhoitopiirilukissa terveydenhuoltolain 50 § mukaisesti (ei-laaja päivystys, laaja päivystys, yliopistosairaalat) on esitetty kuvassa 1. Tiedot perustuvat liitteisiin 2-4.

Kuva 1. Täyttämättömien kaikkien erikoislääkärien ja erikoistuvien lääkäreiden virkojen osuus (%) 2014 - 2018 eri sairaanhoitopiiriryhmissä.



Ei-laajan päivistyksen sairaanhoitopiireissä virkoja yhteensä on ollut koko viiden vuoden aikana täyttämättä 12 ja 16 % välillä. Erityistä kehitystrendiä on kuitenkin vaikea hahmottaa. Laajan päivistyksen sairaanhoitopiireissä virkojen täyttämättömyys näyttää olleen pari prosenttia matalammalla tasolla kuin ei-laajan päivistyksen sairaanhoitopiireissä. Vastaavana aikana yliopistosairaanhoitopiireissä virkoja on ollut täyttämättöminä 4 ja 6 % välillä.

Liitteistä 2-4 ilmenee tarkemmin, että joillakin erikoisaloilla on ollut jatkuvaa vaikeutta saada virkoja täytetyksi. Tätä ilmenee kaikissa sairaanhoitopiiriryhmissä ja kaikkina tarkasteltuina vuosina.

Taulukkoon 1. on kerätty ne 19 erikoisalaa, joilla keskimääräinen vuosien 2014 - 2018 aikana täyttämättä olleiden virkojen määrä on ollut vähintään 15 % viroista ei-laajan päivistyksen sairaanhoitopiireissä. Raja-arvo 15 % on valittu siksi, että kattavaa päivystystä ajateltaessa yhden erikoislääkärin puuttuminen kuudesta on jo merkittävä puute.

**Taulukko 1. Ei-laajan päivityksen sairaanhoitopiireissä erikoisalot, joissa täyttämättömien virkojen osuus keskimäärin vuosien 2014-2018 aikana on ollut vähintään 15%.**

	2014		2015		2016		2017		2018		Täyttämättä keskimäärin
	Virkoja yht.	Täyttämättä	Virkoja yht.	Täyttämättä	Virkoja yht.	Täyttämättä	Virkoja yht.	Täyttämättä	Virkoja yht.	Täyttämättä	
Kl. fysiologia ja isotooppilääketiede	5	58%	5	40%	7	14%	6,8	15%	5	40%	31%
Geriatría	5	66%	4	38%	10,7	17%	12	25%	10	23%	29%
Sydän - ja rintaelinkirurgia	4	0%	3,1	42%	2	50%	0		0		25%
Kl. hematologia	10,2	16%	8,2	23%	9,2	27%	9,8	27%	7,4	35%	25%
Radiologia	78,2	28%	79,6	28%	80,5	24%	79	23%	80	20%	25%
Päivystys	44,5	26%	60,5	28%	55,4	32%	47	23%	45	11%	25%
Lastenpsykiatria	22,2	23%	23,6	30%	20,2	17%	18,25	28%	24,65	21%	24%
Lastenneurologia	9	33%	9,9	20%	11,5	19%	8,5	20%	7,8	26%	23%
Kl. kemia	1	0%	2	0%	4	25%	1	100%	1	0%	22%
Plastiikkirurgia	5	36%	5,6	21%	4,3	23%	2,7	0%	5	12%	20%
Psykiatria	83,9	25%	84,5	17%	89,2	15%	79,7	22%	73,6	20%	20%
Kl. mikrobiologia	4	25%	3	0%	2	50%	1	0%	1	0%	18%
Keuhkosairaudet ja allergologia	28,5	19%	31,5	19%	31,5	22%	28,5	17%	27,8	11%	18%
Nuorisopsykiatria	23	23%	26,9	4%	26,1	18%	21,6	31%	19,7	14%	17%
Fysiatría	16,5	27%	13,3	19%	21,8	13%	14,8	8%	15	19%	17%
Urologia	19,1	23%	19,9	9%	21	6%	20,8	22%	16,5	21%	16%
Silmätaudit	33,3	19%	33,8	7%	39	12%	35,5	17%	30,15	25%	16%
Yleislääketiede	6	17%	8	23%	6	13%	7	14%	2,8	0%	16%
Neurologia	37,2	12%	40,8	13%	45,8	13%	33,2	17%	32,8	19%	15%

Täyttämättömien virkojen osuuksissa on toki suurta vaihtelua vuodesta toiseen, mutta huomiota kiinnittää geriatrian, radiologian, lasten- ja nuorisopsykiatrian, psykiatrian, fysiatrian ja neurologian jatkuva vaje. Myös silmätautien, fysiatrian ja urologian osalta tilanne on ollut ajoittain varsin huono. Erikoisaloja, joissa keskimäärin vuosina 2014 - 2018 virkoja on ollut täyttämättöminä vähintään 10 %, on ei-laajan päivityksen sairaaloissa ollut peräti 32.

Vastaava lista laajan päivityksen sairaanhoitopiireistä sisältää 12 erikoisalaa, joskin siinä on mukana myös sellaisia erikoisaloja (esim. patologia), joita ei ei-laajan päivityksen sairaaloissa ei ole lainkaan.

**Taulukko 2. Laajan päivityksen sairaanhoitopiireissä erikoisalot, joissa täyttämättömien virkojen osuus keskimäärin 2014-2018 on ollut vähintään 15%.**

	2014		2015		2016		2017		2018		Täyttämättä keskimäärin
	Virkoja yht.	Täyttämättä	Virkoja yht.	Täyttämättä	Virkoja yht.	Täyttämättä	Virkoja yht.	Täyttämättä	Virkoja yht.	Täyttämättä	
Kl. kemia	5	40%	6	58%	6	58%	6	25%	5	50%	40%
Kl. fysiologia ja isotooppilääketiede	8,1	37%	16	38%	14,5	34%	16	47%	13,5	30%	30%
Kl. mikrobiologia	5	40%	6	50%	5	40%	5	20%	4	25%	30%
Patologia	31,3	22%	34	32%	32	27%	33	27%	32	23%	20%
Lastenpsykiatria	35,4	31%	32,6	38%	33,5	23%	34,4	18%	44,1	15%	18%
Päivystys	57	14%	72	14%	79,1	10%	98,5	28%	133,35	26%	18%
Geriatría	6	33%	7	14%	18	17%	8	25%	16,8	12%	17%
Keuhkosairaudet ja allergologia	53,5	22%	53,5	27%	56,9	25%	55,3	16%	58,1	17%	16%
Kl. neurofysiologia	9,9	15%	14,5	22%	14,4	7%	13,6	29%	16	25%	16%
Syöpätaudit	27,2	9%	26,7	11%	23,7	25%	39,8	23%	36,1	11%	14%
Infektiosairaudet	17	12%	16	13%	18,8	16%	15	20%	15	20%	14%
Radiologia	126,4	28%	120,2	15%	129,05	14%	131,6	15%	123,1	11%	14%

Laboratoriolääketieteen erikoisalojen lisäksi tässäkin taulukossa esiintyvät lastenpsykiatria, geriatría sekä radiologia. Syöpätautien ja keuhkosairauksien ja allergologian

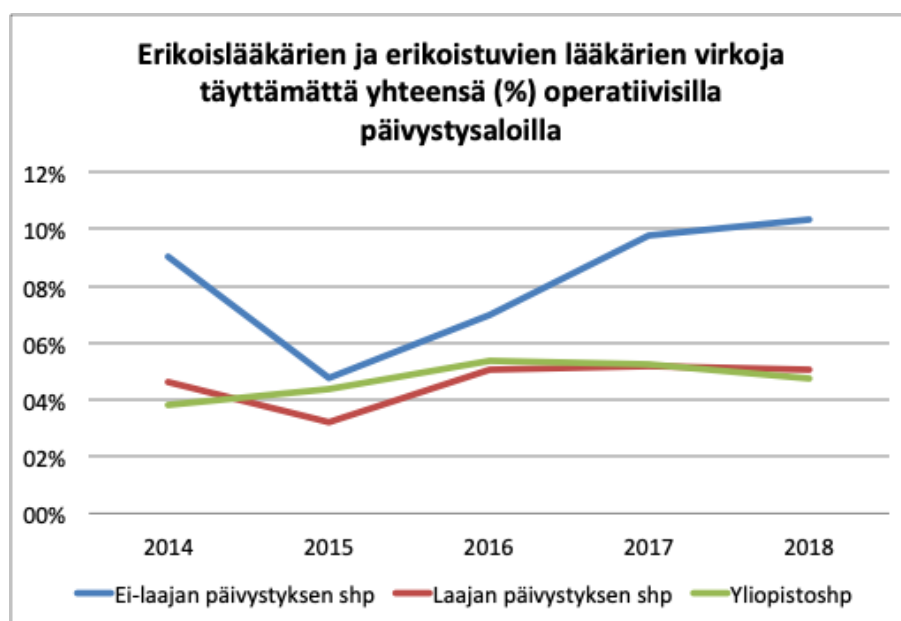
aloilla vajeet ovat olleet joinakin vuosina suuria. Erikoisalaja, joissa keskimäärin vuosina 2014 - 2018 virkoja on ollut täyttämättöminä vähintään 10 %, on laajan päivystyksen sairaanhoitopiireissä ollut 19.

Yliopistosairaanhoitopiirien osalta vastaavaan vertailuun liitteestä 3 tulivat vain geriatrria (19 % täyttämättömiä virkoja keskimäärin vuosina 2014-2018) ja oikeuspsykiatria (vastaavasti 16 %). Erikoisalaja, joissa keskimäärin vuosina 2014-2018 virkoja on ollut täyttämättöminä vähintään 10 %, on yliopistosairaanhoitopiireissä ollut 5, edellisten lisäksi kliininen kemia, nuorisopsykiatria ja lastenpsykiatria.

## 5.2.2 ”Operatiivisen päivystyksen” erikoisalajat

Mikään niistä erikoisalajoista, joita voidaan pitää välttämättömiä päivystysenaikaiselle leikkaustoiminnalle kaikissa sairaaloissa (anestesiologia, gastroenterologinen kirurgia, ortopedia ja traumatologia, synnytys- ja naistentaudit sekä yleiskirurgia) ei ollut niiden erikoisalajien joukossa, joissa vuosien 2014-2018 aikana oli täyttämättömiä virkoja keskimäärin yli 15 %. Tämä oli asianlaita kaikissa sairaanhoitopiiriryhmissä. Kun nyt kyse on lain 1516 / 2016 sekä asetusten 582 / 2017 ja 583 / 2017 mahdollisista vaikutuksista nimenomaan päivystykselle kriittisten virkojen täyttöön, tarkastellaan nyt näitä erikseen vuosi vuodelta. Kuvassa 2 on esitetty täyttämättömien virkojen määrä näillä erikoisalajoilla eri sairaanhoitopiiriryhmissä

Kuva 2. Täyttämättömien anestesiologian, gastroenterologisen kirurgian, ortopedia ja traumatologian, synnytys- ja naistentautien sekä yleiskirurgian erikoislääkärien ja erikoistuvien lääkäreiden virkojen osuus (%) 2014 - 2018 eri sairaanhoitopiiriryhmissä.



Ei-laajan päivystyksen sairaanhoitopiireissä näiden erikoisalojen osalta virkojen täytöaste näyttää olleen keskimäärin huonompi vuosien 2014 - 2018 aikana kuin laajan päivystyksen sairaanhoitopiireissä ja yliopistosairaanhoitopiireissä. Kahdessa viime-mainitussa täyttämättömiä virkoja on ollut keskimäärin 4 - 5 %, eikä selvää muutosta voida nähdä vuosien 2014 - 2018 aikana.

Ei-laajan päivystyksen sairaanhoitopiireissä vuonna 2015 näillä erikoisaloilla oli noin 9 % täyttämättömiä virkoja vuonna 2014. Sitten vuonna 2015 tilanne oli parempi, vaje oli noin 5 %. Sen jälkeen vaje näyttää kasvaneen vuonna 2016 7 %:iin ja vuonna 2017 10 %:iin, millä tasolla se oli vuonna 2018.

Tarkasteltaessa yksityiskohtaisesti tämän muutoksen syytä, nähdään liitteestä 2, että muutos painottuu kolmeen kirurgiseen erikoisalaan. Gastroenterologisen kirurgian osalta vaje oli näissä sairaanhoitopiireissä keskimäärin 5 % vuonna 2015. Siitä se nousi vuonna 2016 14 %:iin ja vuonna 2017 15 %:iin ollen vuonna 2018 10 %. Ortopedian ja traumatologian osalta vuosien 2015, 2016, 2017 ja 2018 luvut ovat vastavasti: 7 %, 4 %, 13 % ja 18 %. Yleiskirurgiassa vastaava kehitys oli 5 %, 9 %, 17 % ja 14 %.

Ilmiön luotettavuuden kannalta on syytä tarkastella muutoksia yksittäisten sairaanhoitopiirien tasolla. Virkamäärien vuosittaiset vaihtelut pienissä virkamäärissä ja yhdenkin viran täyttämättömyydet vaikeuttavat keskiarvoihin perustuvaa vertailua. Kahdeksasta ei-laajan päivystyksen sairaanhoitopiiristä vertailukelpoisia lukuja vuodelta 2018 ei ollut saatavilla kahdesta sairaanhoitopiiristä ja toinen näistä ei myöskään tuottanut lukuja vuodelta 2017. Jäljellä olevan kuuden sairaanhoitopiirin osalta voidaan kuitenkin todeta, että havaittu muutos operatiivisten päivystyksen erikoisalojen osalta painottuu kaikkein suurimmalta osalta ortopediaan ja traumatologiaan. Merkittäviä vajeita esiintyi kolmessa sairaanhoitopiirissä. Yhdessä sairaanhoitopiirissä täyttämättömiä ortopedian virkoja ilmaantui vuonna 2017 2,4 / 10,5 virkaa ja vuonna 2018 3 / 10,5 virkaa, kun vuosina 2014 - 2016 tässä sairaanhoitopiirissä vastaavat virat olivat kaikki täynnä. Samassa sairaanhoitopiirissä oli gastroenterologisessa kirurgiassa täyttämättömiä virkoja vuonna 2016 2 / 8,3, vuonna 2017 2,7 / 7 ja vuonna 2018 3 / 9. Toisessa sairaanhoitopiirissä oli vuonna 2017 2,2 / 10 ortopedian ja traumatologian virasta täyttämättä ja kolmannessa vuonna 2017 3 / 17,5 ortopedian ja traumatologian virasta täyttämättä.

Vaikka rekrytointivajeet olivat tämän tiedoston perusteella paikallisia ja kokonaiskuva muutoksesta varsin maltillinen, tuli haastatteluissa esille rekrytointiin liittyviä laadullisia tekijöitä. Kun kirurgit vaihtoivat työpaikkoja vuosina 2016 – 2017, saatettiin virat kuitenkin saada täytetyiksi mittauspisteiden välillä, jolloin muutos ei näkynyt virantäyttö-tiedoissa. Tapahtunut saattoi olla kuitenkin muuten merkityksellinen; uusi rekrytointi

heikentää aina aluksi tuottavuutta. Kaikissa tapauksissa ei ollut saatavilla yhtä kokeneita kirurgeja. Rekrytointivaje voidaan korjata tilapäisillä konsulteilla, mutta työpanos ei välttämättä vastaa laadullisesti virassa olevaa erikoislääkärinä. Hoidon jatkuvuus ei ole sama eikä vastuu väestön sairastavuudesta ehdi yleensä kehittyä samoin kuin pitkäaikaisen virkasuhteen ollessa kyseessä.

Haastatteluissa tuli esille hankala ilmiö, kun jonkun kirurgin lähdettyä sairaanhoitopiiristä jouduttiin käyttämään ei-virassa olevia konsultteja. Kun korvaukset konsultille tässä tilanteessa pyrkivät nousemaan suuremmiksi kuin virassa oleville, syntyy työpaikalla kiusallista keskustelua. Konsultti tienaa enemmän, mutta virassa olevat joutuvat usein jakamaan raskasta päivystysrasitusta. Se aiheuttaa ongelmia työilmapiirissä. Lopputuloksena voi olla, että virassa olevat lähtevät myös konsulteiksi tai kokonaan pois alueelta, jolloin päivystys vaarantuu entisestään.

### 5.3 Sairaanhoitopiirien imago työnantajana

Monet haastateltavat tunnistivat, että ei-laajan päivystyksen sairaanhoitopiireissä työnantajan imago tuntui heikentyvän säädösvalmistelun ja siihen liittyvän julkisen keskustelun aikana. Keskussairaalan valitessaan nuori haluaa kehittää itseään laajaan ja vastuulliseen palvelutuotantoon, vähemmän tutkimukseen tai hallintoon. Jos tämä laajan palvelutuotannon tulevaisuus jää epävarmaksi, aiheuttaa se epävarmuutta työpaikan valintaan <sup>38</sup>.

Operatiivisilla aloilla työskentely on ”käsiyötä”. Harjaantuminen vie kauan. Erikoislääkärin koulutus operatiivisella erikoisalalla on jokaiselle erikoislääkärille lääkäriä ajallisesti niin pitkäkestoinen investointi, että suuri osa ammatillisesta identiteetistä on riippuvainen niistä toimenpiteistä, joista pystyy suoriutumaan tämän pitkän oppijakson seurauksena. Mikäli mahdollisuuteen suorittaa näitä toimenpiteitä tulee epävarmuutta, heijastuu tämä nopeasti erikoislääkärin työmotivaatioon. Tanskalaisen pienen haastattelututkimuksen tulos oli, että kirurgit motivoituvat erityisesti laajoista mahdollisuuksista parantaa potilaita. Työyksikkö voi olla pienikin, koska silloin kirurgit kokevat voidensa parhaiten saada aikaan tuloksia <sup>39</sup>.

Haastateltavat näkivät epäreiluksi tilanteen, jossa kunnalliset toimivat joutuivat negatiivisen mediahuomion kohteeksi, mutta samalla kunnallisella puolella ei ole totuttu panostamaan mielikuvamarkkinointiin. Haastateltavat näkivät, että yksityiset toimijat korjasivat tässä tilanteessa hyödyn, ja ainakin joitakin rekrytointeja tapahtui myös sinne. Haastatteluista jäi käsitys, että sairaanhoitopiirit, jotka joutuivat eniten median huomion kohteeksi, myös kärsivät eniten. Tämä on yksittäisinä tapauksina todennetta-



vissa myös tutkimusaineistossa. Epäreiluuden tunnetta lisäsi, etteivät sairaanhoitopiirit itse mitenkään olleet syynä syntyneen negatiiviseen mediahuomioon. Kyse ei ollut mitenkään huonosta potilashoidon laadusta.

Joissakin sairaanhoitopiireissä oli jo käsitelty aiemmin muita kriittisiä keskustelunaiheita, mikä saattoi voimistaa mediahuomiota. Viereisten sairaaloiden kanssa oli esimerkiksi kiistelty työnjakokysymyksistä jo aiemmin. Rekrytointi maan harvimmin asutuille alueille ja kaksikielisille alueille oli jo aiemmin koettu haastavammaksi kuin muilla alueilla, ja uusi mediahuomio tuntui siksi tarpeettoman raskaalta.

Toisaalta samaan ajankohtaan osui myös positiiviseksi koettuja tekijöitä osassa sairaanhoitopiireistä. Keski-Pohjanmaalla ja Kymenlaaksossa säädosmuutokset nähtiin osasyyski vapaaehtoisen sote-kuntayhtymän valmisteluun, minkä katsottiin luovan tulevaisuuden uskoa. Niissä kuntayhtymistä, joissa oli jo tehty sote-kuntayhtymä paljon aikaisemmin (Kainuu, Sosteri), oli helppo viestiä, etteivät erikoissairaanhoidon muutokset koko palveluvalikoimassa ole kaikki kaikessa. Jossain määrin tuntui myös siltä, että säädosmuutokset selkeyttivät sairaanhoitopiirin keskussairaalan ja aluesairaaloiden välistä työnjakoa, mikä keskussairaalassa tuntui helpottavalta ja selkeyttävältä. Roolin selkeyttymistä ei aluesairaaloissakaan pidetty huonona.

Säädosmuutoksiin liittyvä imagohaitta tunnistettiin, mutta kaikki sairaanhoitopiirit katsoivat selvinneensä siitä. Kukaan ei nähnyt siitä olleen varmaa pysyvää haittaa rekrytoinnissa. Sen sijaan haastatteluissa nähtiin, että tällä rakenteella keskittämisen jatkaminen tuntuu vaikealta, jos joudutaan vastaaviin rekrytointiongelmiin.

Kokonaan toinen asia on, että erikoislääkärien rekrytointi on ollut muissa kuin yliopistosairaanhoitopiireissä jo aiemmin joillakin erikoisaloille ja joillakin alueilla vaikeaa. Se on ollut joissakin tapauksissa aivan yhtä vaikeaa, tai merkittävästi vaikeampaa, kuin nyt säädosvalmistelun aikana 2016 - 2017.

Sosterissa (Itä-Savo) tehtiin tutkimus sen julkisuuskuvan muutoksista. Tämä vuonna 2017 tehty tutkimus perustui 177 haastatteluun ja mediaseurantaan<sup>40</sup>. Vaikka Sosterin julkisuuskuva näyttäytyi pääosin neutraalina, sai matalimmat arviointipisteet asiakasnäkökulmassa kysymys ”Sosteri on houkutteleva työnantaja”, mutta arviointipisteiden keskiarvo (3,06) oli kuitenkin suurempi kuin vastausasteikon puoliväli (2,50).

## 5.4 Sairaaloiden kyky ylläpitää päivystystä

### 5.4.1 Haastateltujen näkemyksiä

Haastateltavat eivät yleisesti ottaneet nähneet ylittämättömiä uhkia – vallitsevasta rekrytointiongelmasta huolimatta – sen päivystystason ylläpitämiseen, mihin kuntayhtymä oli sitoutunut. Haastatteluista toki tuli ilmi, ettei päivystyksen laajentamiseen paikallisesti ollut mahdollisuuksia – eikä haluakaan. Yliopistosairaalat kokivat keskittämisen yhteydessä lisääntyneet potilasmäärät osin haastaviksi. Toisaalta joissakin nähtiin vaikeutta ylläpitää esim. kaikkien kirurgian erikoisalojen päivystystä.

Haastatteluissa tuli esille tosin se, että vaikka nykytason päivystyksen ylläpitäminen ei näytä mahdottomalta, voi se tulevaisuudessa vaatia entistä suurempia panostuksia, jos rekrytointitilanne pysyy vaikeana. Vielä kriittisempänä nähtiin se, että rekrytointitilanteen vaikeutuessa ei riitä resursseja toiminnan johtamiseen. Sillä saattaa olla merkittäviä vaikutuksia, kun palveluiden tarjonta ei vastaa väestön palvelutarvetta. Tilapäiset rekrytoinnit aiheuttavat lisäksi vaikeuksia, jotka kuvattu edellä kohdassa 5.2.2.

### 5.4.2 Erikoislääkärien määräennuste

Tällä hetkellä Suomessa lääkäreitä valmistuu noin 600 vuodessa, mutta vuodesta 2014 tiedekunnat ovat kasvattaneet opiskelijoiden sisäänottoa noin 750:een. Tämän lisäksi ulkomailla opiskelevien määrä (kaikki lukukaudet yhteensä) vuonna 2016 oli 761. Määrä oli 2012 - 2014 Suomessa 19,9 % kaikista lääkäreistä, mikä on hieman yli OECD-maiden keskiarvon. Lääkäriliiton ennusteiden mukaan Suomessa on vuonna 2030 4 000 lääkäriä enemmän kuin vuonna 2016 (noin 19 % lisäys)<sup>14</sup>. Pelkästään koulutettavien määrän osalta olisi siis mahdollisuus vastata erikoislääkäripuutteeseen. Toisaalta lisääntyvää lääkärimäärää pitäisi lisätä erityisesti perusterveydenhuoltoon, jonka saatavuus on Suomessa vaihteleva.

Ydinkysymys on kuitenkin toisaalta, miten eri erikoisaloille hakeutuu riittävästi opiskelijoita ja miten he pysyvät alueilla, joissa palvelutarvetta on. Ongelma on täysin erilainen kuin pelkkä lääkäripula. Päivystysvelvoite asettaa alueelliset rajoitukset erikoislääkärien sijoittumiselle. Epävarmuustekijä, jonka merkitystä ei vielä täysin ole hahmotettu, on nykyisen terveydenhuoltolain mukainen potilaan laajennettu valinnanvapaus<sup>41</sup>. Se tarkoittaa lisähaastetta erikoislääkärien sijoittelulle ja päivystyksen ylläpitämiselle.

Päivystyksen ylläpitämiseksi rekrytoinnissa ei ole kysymys kuitenkaan pelkästään siitä, että erikoislääkärien virat saadaan täyteen. Yliopistosairaaloiden ulkopuolella pienemmissä työyksiköissä on kaikkien työyksikön jäsenten oltava vielä valmiimpia

vastuunkantamiseen ja saumattomaan yhteistyöhön sekä erikoisalain sisällä että erikoisalain välillä kuin suuremmissa yksiköissä. Erikoisalain suppeutumisen seurauksena nykyinen kirurgian erikoisalain lääkäri (esim. urologi) ei pysty kovin hyvin suoriutumaan vaikkapa traumatologian ja ortopedian tai gastroenterologisen kirurgian päivityksestä.

### 5.4.3 Työaikalainsäädännön vaikutukset

Euroopan unionin työaikalain pohjalta on Euroopan yhteisöjen tuomioistuin langettanut kaksi tuomiota, jotka koskivat lääkäreiden sellaisen päivitysajan kuulumista työaikaan, jolloin työtehtäviä ei suoriteta<sup>42, 43</sup>. Eduskunta hyväksyi täysistunnossaan 13.3.2019 hallituksen esityksen työaikalain<sup>44</sup>. Lain 4 §:n mukaan varallaoloaika on työaika, jos työntekijän on oleskeltava työpaikalla tai sen välittömässä läheisyydessä. Laki tulee voimaan 1.1.2020.

Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri lausui 1.9.2017 lakiesityksestä, että laki tulee vaikuttamaan voimakkaasti lääkäripäivitykseen. Pienissä sairaaloissa, joissa päivitysryhmiin osallistuvien lääkäreiden määrä on pieni, näkee lausunnonantaja lain vaarantavan päivityksen järjestämistä. Kun ylityötunnit täyttyvät, on annettava aktiivivapaita. Se taas lisää erikoislääkäreiden virkojen tarvetta. Asiaa vaikeuttaa edelleen se, että halukkuus työpaikkapäivitykseen on vähentynyt ja tulee edelleen vähentymään.

On vaikea määrittellä tässä vaiheessa, mikä on lain lopullinen vaikutus, koska siihen vaikuttavat monet päivityksen järjestämisen muuttajat. Varmaa on, että muutos ei helpota päivitysten järjestämistä. Pienemmissä sairaaloissa ei riitä aktiiviyttä, mutta on kuitenkin oltava paikalla. Riskierikoisalana on esimerkiksi psykiatria, jossa kliininen tarve päivityksiaikaisille palveluille ei ole kovin suuri, mutta jossa päivitysasetuksen 583 / 2017 19 § määrää: ”Tahdosta riippumattomaan hoitoon ottaminen ja hoito edellyttävät, että yksikössä on saatavilla psykiatrian erikoisalain erikoislääkäri taikka psykiatristen kiiretilanteiden hoitoon perehtynyt lääkäri, jolla on mahdollisuus neuvotella psykiatristen erikoisalain erikoislääkärin kanssa ja tarvittaessa saada hänet hoitoa antavaan yksikköön.”

## 5.5 Alueelliset erot lääkäritiheydessä

Lääkäritiheys vaihtelee Suomessa eri maakuntien välillä merkitsevästi. Vuonna 2016 suurin se oli Pohjois-Savossa (5,1 / 1000 asukasta) ja pienin Kymenlaaksossa (1,9 / 1000 asukasta)<sup>45</sup>.

Lääkäritiheyden vaihtelu maan eri alueiden välillä on globaali ongelma. Suomen lääkäritiheyden vaihtelu on OECD:n vertailun mukaan yhdeksänneksi pienintä 32 vertailumaasta. Pohjoismaista lääkäritiheyden vaihtelu alueiden välillä Norjassa ja Tanskassa suurempi kuin Suomessa, Ruotsissa vaihtelu on samaa luokkaa kuin Suomessa<sup>34</sup>.

Erikoislääkärien maantieteellistä sijoittumista kotikunnan mukaan voidaan tarkastella järjestäytyneiden alle 65-vuotiaiden erikoislääkärien osalta (tutkimuspäällikkö Jukka Vänskä, Suomen lääkäriiliiton tilastot, 2016). Erikoislääkärien järjestäytymisaste Suomessa on noin 90 %. Erikoislääkäreitä on tässä aineistossa Suomessa kaikkiaan noin 2,1 tuhatta asukasta kohden. Maakunnissa, joissa on yliopistollinen sairaala, on erikoislääkäreitä 2,6 tuhatta asukasta kohden ja muissa maakunnissa yhteensä 1,4 tuhatta asukasta kohden. Ainoa erikoisala, jonka kohdalla vastaavaa merkittävää eroa erikoislääkäritiheydessä ei ole, on yleislääketiede. Yli kaksinkertaisia eroja yliopistosairaala- ja ei-yliopistosairaalamaakuntien välillä suurimpien erikoisalojen osalta on työterveyshuollossa, psykiatriassa, lastentaudeilla sekä ortopediassa ja traumatologiassa.

Erikoislääkäritiheyden vaihtelu on haasteellinen tulevaisuuden kannalta, mikäli mieltään ylläpitää kattavia erikoislääkäripalveluita koko maan laajuudella. Yliopistollisten sairaanhoitopiirien antamat vaativimmat hoidot sekä tutkimus- ja opetusfunktiot tuskin voivat selittää kaksinkertaista erikoislääkäritarvetta väestöön nähden. Olisi siis löydettävä keinoja, joilla erikoislääkärit tai ainakin erikoislääkärien tietämys voitaisiin jakaa tasaisemmin maan koko alueelle.

## 5.6 Säädösten vaikutus henkilöstön rekrytoinnin ja kansalaisten näkemysten osalta

Terveydenhuoltolain muutosten ja päivystys- ja keskittämisasiasetusten valmisteluvaiheessa julkisuus oli paikoin vilkastakin keskustelua, johon myös alan ammattilaiset osallistuivat<sup>46, 47, 48</sup>.

Haastateltavat olivat pääosin sitä mieltä, että yksittäisistä rekrytointiongelmista huolimatta keskustelu ei merkittävästi vaikuttanut kansalaisten näkemyksiin ja sairaanhoitopiirin valintoihin. Haastateltavat tunnistivat toki, että muutosten valmistelun yhteydessä käsitteet laajan päivystyksen sairaala ja ei-laajan päivystyksen sairaalat aiheuttivat tarpeettomia sekaannuksia kansalaisten keskuudessa: esim. ”onko sairaalaa enää ollenkaan”. Julkisuus tuntui aiheuttavan epävarmuutta ja huolestumista, mutta

varsinaisen sairaalan toiminnan kannalta haastateltavat eivät pystyneet tunnistamaan selvää muutosta. Toki säädösmuutosten mukaiset muutokset näkyivät ostopalveluiden kasvuna pienissä sairaanhoitopiireissä ja ulkokuntamyynnin kasvuna suurissa sairaanhoitopiireissä. Näytti myös siltä, että keskustelu sairaaloiden roolista tapahtui osaltaan sairaaloiden sijaintipaikkakunnan ja paikallismedian ulkopuolella, jolloin sillä ei ollut samaa vaikutusta. Kaikkien sairaanhoitopiirien osalta säädösmuutos ei päässyt ”poliittiselle agendalle” eikä julkiseen keskusteluun.

Tutkittua tietoa sairaanhoitopiirin imagosta muutoksesta asiakkaiden näkökulmasta on Kanta-Hämeestä, jossa vuonna 2018 toteutettiin seurantatutkimus, ja tuloksia vertailtiin vuosien 2015-2017 aineistoon 721 vastauksen perusteella<sup>49</sup>. Tämän tutkimuksen mukaan sairaanhoitopiirin tunnettuus kantahämäläisten keskuudessa oli jonkin verran parantanut. Toisaalta laatumielikuvassa tutkimuksen johtopäätösosiossa nähtiin kehitettävää, jotta hoitopaikan valinta osuisi enemmän Kanta-Hämeen sairaanhoitopiiriin.

Sosterin mediaseurannassa<sup>40</sup> valtaosa jutuista oli neutraaleja tai positiivisia, mutta negatiivisten joukossa kriittisiksi luokiteltuja, mainittu oli esim. ”Kirurgian työnjaosta ei sopua Savonlinnan ja Mikkelin välillä - Essote teki tarjouksen, joka ei riitä Sosterille” (Itä-Savo 17.4.2018) tai ”Essoten ja Sosterin naimakauppa on riitaisa – Lääkintöneuvos Timo Keistinen ehdottaa harvinaisten leikkausten keskittämistä Kuopioon (Länsi-Savo 14.4.2018).

## 5.7 Erityisvastuualueiden mahdollisuudet henkilöstön saatavuuden parantamiseksi

Vaikka joissakin sairaanhoitopiireissä ja joillakin erikoisaloilla oli havaittavissa erikoislääkäreiden rekrytoinnin vaikeutuminen samaan aikaan kuin säädösmuutokset tulivat julki, on erikoislääkärien rekrytointivaikeus Suomessa pysyvä, monia erikoisaloja ja alueita koskettava selkeä ongelma.

Pohdittaessa strategioita erikoislääkäritilanteen parantamiseksi, ne voidaan jakaa kolmeen osaan Schoensteinin<sup>50</sup> mukaan. Toimenpiteet voivat kohdistua ensiksi nyt saatavilla oleviin erikoislääkäreihin, tai toiseksi koulutettaviin tulevaisuuden erikoislääkäreihin. Erikoislääkäritarpeet voivat olla yksinkertaisesti määrällisiä (”lisää erikoislääkäreitä”), mutta myös laadullisia (”minkälaisia erikoislääkäreitä, mitä alan erikoislääkäriin pitää osata”).

Kolmantena strategiana on tulla toimeen nykyisellä määrällä erikoislääkäreitä esim. kehittämällä työnjakoa eri erikoisalojen ja eri ammattiryhmien välillä. On myös ilmeistä, että organisoimalla palveluja voidaan löytää malleja, joissa erikoislääkäreiden kapasiteetti on mahdollisimman hyvin hyödynnetty. Ongelma voi olla se, että kaikille päivystyksessä tarvittaville erikoislääkäreille ei ole juuri erikoisalaa vastaavaa työtä päiväaikaan. Kukaan ei halua pelkästään päivystää, mutta työnjakoa kehittämällä voidaan virka-aikana kuitenkin käyttää erikoislääkärien osaamista kuitenkin paremmin. Toinen esimerkki kuvaa, että erikoislääkärille kuuluvia potilashoidon ulkopuolisia tehtäviä voidaan siirtää muille ammattiryhmille ja vapauttaa täten erikoislääkärikapasiteettia.

### **5.7.1 Mahdollisuudet vaikuttaa nykyorganisaatioilla erikoislääkärivajeisiin nyt**

Voimassa olevan terveydenhuoltolain 1326 / 2010 42 § säättää erityisvastuualueen (ERVA) sairaanhoitopiireille velvollisuuden huolehtia sekä nykyisten erikoislääkäriresurssien jakautumisesta erityisvastuualueen sairaanhoitopiireissä että tulevaisuuden erikoislääkärien koulutustarpeen täyttymisestä. Sairaanhoitopiirin kuntayhtymän, jonka hallinnassa on yliopistollinen sairaala, on järjestettävä erityistason sairaanhoito vastuualueellaan. Lain 43 §:n mukaan erityisvastuualueeseen kuuluvien sairaanhoitopiirien on sovittava kuntayhtymien työnjaosta ja toiminnan yhteensovittamisesta sekä uusien menetelmien käyttöönoton periaatteista. Työnjaossa on lisäksi varmistettava, että järjestämissopimuksen mukaan hoitoa antavassa toimintayksikössä on riittävät taloudelliset ja henkilöstövoimavarat sekä osaaminen. Tämä tarkoittaa myös erikoislääkärien työpanoksen tarkoituksenmukaista jakamista erityisvastuualueella. Lain 43 §:n mukainen työnjakovelvoite voidaan nähdä myös siten, että yhtenä tavoitteena on organisoida palvelut myös niin, että alueella saatavissa oleva erikoislääkärikapasiteetti riittää väestön tarpeisiin.

Erityisalueen palveluiden yhteensovittamista säätelevä asiakirja on 43 §:n mukainen erityisvastuualueen järjestämissopimus. Siltä varalta, että kuntayhtymät eivät pääse sopimukseen erikoissairaanhoidon järjestämisestä, valtioneuvosto voi määrätä sopimuksen sisällöstä.

Haastateltavat olivat varsin yksimielisiä näkemyksessä, että järjestämissopimus on varsin heikko työkalu riittävän lääkäri työvoiman takaamiseksi koko erityisvastuualueen kattavalle alueelle väestön yhdenvertaisten palveluiden turvaamiseksi. Tuoreesta selvityksestä käy lisäksi ilmi, että järjestämissopimus puuttuu tällä hetkellä kahdelta erityisvastuualueelta<sup>7</sup>. Erillisten sairaanhoitopiirien kuntayhtymien päätöksentekoa on vaikea sovittaa yhteen, niin että koko erityisvastuualueen väestön tarpeet tulisivat ta-

sapuolisesti kohdelluiksi. Johtajaylilääkärit pystyvät vielä näkemään alueella tarkoituksenmukaisen työnjaon potilaan kannalta, mutta erillisten sairaanhoitopiirien taloudenpidon kannalta yhteensovittaminen voi olla vaikeaa. Päätöksenteko on hajanaista, mutta voi olla myös epätasapainoista. Yliopistollista sairaalaa ylläpitävän sairaanhoitopiirin painoarvo muotoutuu päätöksenteossa helposti merkitsevämmäksi, siinäkin tapauksessa, että sen väestövastuu olisi pienempi kuin muissa erityisvastuualueen sairaanhoitopiireissä.

Lain 44 § säättää yleisesti eri erityisvastuualueisiin kuuluvien sairaanhoitopiirien yhteistyöstä. Päätöksenteon ongelmat ovat tässä samanlaisia kuin erityisvastuualueen sisällä. Yliopistosairaanhoitopiirit ovat kyllä tottuneet pitämään yhteyttä keskenään, mutta konkreettisten tulosten saavuttaminen erikoislääkärivajeen helpottamiseksi ei ole juuri onnistunut. Potilaan laajennettu valinnanvapaus ja mahdolliset kilpailuasetelmat eivät ole helpottaneet tilannetta. Haastattelussa on tullut esille myös, että nyt viireillä ollut lainsäädännöllinen valmistelu on pikemminkin lisännyt kilpailuasetelmia kuin vähentänyt niitä. Tästä on voinut olla seurauksena yhä vaikeampia järjestämissopimusneuvotteluita sairaanhoitopiirien välillä.

## 5.7.2 Mahdollisuudet vaikuttaa nykyorganisaatioilla erikoislääkärivajeeseen tulevaisuudessa

Terveydenhuoltolain 42 §:n mukaan erityisvastuualueen sairaanhoitopiirien on sovittava yhteen koulutusviranomaisten ja työhallinnon kanssa terveydenhuollon henkilöstön perus-, jatko- ja täydennyskoulutusta sekä maakuntien liittojen kanssa työvoiman kysyntää ja koulutustarjontaa. Erityisalueen vahvuus on kontakti yliopistojen tiedekuntiin. Jotta erityisvastuualueet voisivat vastata terveydenhuoltolain vaatimuksiin myös tulevaisuudessa, on jokaisella erityisvastuualueella tehty jo pitempään selvitystyötä erikoislääkäriennusteesta, väestöennusteesta ja tulevaisuuden palvelurakenteen asettamista haasteista. Ongelmat on tunnistettu järjestelmällisesti kullakin erityisvastuualueella, mutta toimenpiteitä tai niiden vaikutuksia ei vielä ole voitu systemaattisesti seurata.

Hyks-ERVAn selvityksessä<sup>51</sup> todetaan useissa kohdin, että Eksotessa (Etelä-Karjala) ja Careassa (Kymeenlaakso) on merkittäviä rekrytointiongelmia, jotka pitäisi ratkaista yhteisvoimin. Selvityksessä niin ikään tuetaan vahvaa alueellista ja valtakunnallista koordinaatiota. Oys-ERVAn selvityksessä<sup>52</sup> päädytään toteamukseen: ”Terveyspalvelujärjestelmän arvioima erikoislääkäritarpeen kasvu on niin suuri, että kustannusten ja työvoiman riittävyyden kannalta siihen ei voi vastata vain lisäämällä erikoislääkärikoulutusta. Muitakin keinoja tarvitaan, kuten sairaaloiden suunnitelmallista työnjakoa ja lääkäriyön vaikuttavampaa hyödyntämistä esim. tehtäväsiirtojen ja liikkuvuuden lisäämisen avulla. Tays-ERVA selvityksessä<sup>53</sup> todetaan, että erikoislääkärien riittävyyden

turvaamiseksi tarvitaan tulevaisuudessa uudenlaista yhteistyötä. Kys-ERVA selvitys hahmottaa tilannetta siten, että erityisvastuualueella on haasteita vastata erikoisala-uudistuksen mukanaan tuomiin kapeisiin osaamistarpeisiin erityisvastuualueella.<sup>54</sup> Tyks-ERVA-selvityksessä erityisvastuualueen keskussairaaloiden rekrytointiongel- mista todetaan, ovat ne useilla erikoisaloilla pysyneet samankaltaisia, osassa jopa pa- hentuneet<sup>55</sup>.

Yhteenveto eri erityisvastuualueiden selvityksestä tarkastelee maata kokonaisu- tena<sup>56</sup>. Yleistulos on, että maahan tarvittaisiin useille erikoisaloille lisää lääkäreitä. Suurin määrällinen tarve on psykiatriassa. Tekijät näkevät toki, että pelkkä erikoislää- kärien määrän lisääminen ei riitä, vaan tarvitaan ”vahvaa alueellista ja kansallista koordinaatiota”. Järjestelmällisestä selvitystyöstä huolimatta näyttää siltä, että yksit- täisten erityisvastuualueiden toimin yksittäisten sairaanhoitopiirin rekrytointiongelmia ei voida pitkäkestoisesti ratkaista nykyisellä rakenteella. Haastateltavat kokivat erityis- alueen yhteistyön hitaaksi ja liian byrokraattiseksi myös tulevaisuuden koulutustar- peesta huolehdittaessa.

Suurin kysymys erikoislääkäripulassa ei ole välttämättä valmistuvien erikoislääkärien määrä, vaan heidän sijoittumisensa. On joitakin yksinkertaisia menettelytapoja, joilla erikoislääkärien työhön hakeutumista väestön palvelutarpeen mukaisesti voidaan tu- kea. Edellytyksenä on, että erityisvastuualueen sairaanhoitopiirit ja erikoisalan koulu- tuksesta vastaava professori näkevät asian samalla tavalla. Konkreettisesti tämä tar- koittaa, että yliopiston koulutusvastaava (professori) ja kunkin erityisvastuualueen yli- lääkärit (tai palvelutoiminnasta vastaavat) ovat yhtä mieltä tarvittavista toimenpiteistä ja pystyvät viemään tarvittaessa asiat oman organisaation päätöksentekoon, mikäli tarvetta ilmenee. Periaatteessa koko erityisvastuualueen erikoistuvien virkoja voidaan lakkauttaa tai lisätä tarpeiden mukaisesti, mutta oleellista on silloin tehdä yhtenevät päätökset kaikissa erityisvastuualueen sairaanhoitopiireissä ja siten, että se vastaa yliopiston määrittelemiä erikoisalojen koulutusvaatimuksia. Tämä on haastavaa, koska kullakin osapuolella on omat erilliset päätöksentekoprosessinsa.

Erikoistumispalveluiden vaiheiden suorittamisjärjestystä voidaan pyrkiä suuntaamaan niin, että koulutuksen loppuvaiheet suoritettaisiin yliopistosairaanhoitopiirin ulkopuo- lella. Näin valmistuvalla erikoislääkärillä olisi suurempi todennäköisyys jäädä siihen sairaanhoitopiiriin, jossa koulutus päättyy (johtajaylilääkäri Kari-Matti Hiltunen, henki- lökohtainen tiedonanto). On kuitenkin mahdollista, että yliopisto voi nähdä tässä jär- jestelyssä koulutuksen tai tutkimuksen kannalta haittoja ja yliopistollista sairaalaa yllä- pitävä sairaanhoitopiiri oman työvoimansa heikentymisriskin.

Yhtenä ratkaisuna voisi olla muuttaa terveydenhuoltolain 1326 / 2010 60 § 2. mo- menttia siten, että korvausta maksettaisiin osaltaan myös yliopistollisesta sairaalaa yl-



läpikäytävälle sairaanhoitopiirille asetuksen erikseen määrittämällä summalla, jos koulutusta annetaan yliopistosairaalan ulkopuolella. Muutettu momentti kuuluisi: ”Jos yliopisto käyttää lääkärin tai hammaslääkärin erikoistumiskoulutukseen muuta terveydenhuollon toimintayksikköä kuin yliopistollista sairaalaa, kunnalle, kuntayhtymälle, valtion mielisairaalalle tai muulle sosiaali- ja terveysministeriön asetuksella säädetyille palvelujen tuottajalle *ja erityisvastuualueen yliopistollista sairaalaa ylläpitävälle sairaanhoitopiirille* suoritetaan valtion varoista laskennallisin perustein korvaus yliopiston hyväksymän koulutusohjelman mukaisesta erikoistumiskoulutuksesta aiheutuviin kustannuksiin.” Näin yliopistolliselle sairaanhoitopiirille ja erityisvastuualueen muulle sairaanhoitopiirille syntyisi yhteinen kannuste tukea ei-yliopistokeskussairaaloiden erikoistuvien lääkärin miehitystä. Siltä ajalta, kun erikoistuminen tapahtuu yliopistosairaalan ulkopuolella aiheutuu yliopistosairaalalle toki myös kustannuksia (tai pitäisi aiheutua) erikoislääkäriskoulutuksen tuen ja seurannan osalta.

### 5.7.3 Mahdollisuudet vaikuttaa uusilla organisaatioilla erikoislääkärivajeeseen

On ilmeistä, että erikoislääkärin määrän lisääntymisestä huolimatta erikoislääkärivaje ja sen alueellinen epätasapaino ei tule hellittämään tulevaisuudessa. Suomessa on kohtalaisen paljon erikoisalaja, kohtalaisen pitkä erikoistumiskoulutus, kohtuullisen vähän erikoislääkäreitä ja muihin pohjoismaihin verrattuna pienet työnantajat (sairanhoitopiirit) tekemään päätökset erikoislääkärin sijoittumisesta ja rekrytoinnista.

Lääketieteen kehitys on eriytyvä eikä yhdentyvä. Eriytyminen erikoisalojen sisällä jatkuu eikä tulevaisuudessa enää riitä, että tarjolla on alan erikoislääkäreitä. Pitää löytää sellaiset erikoislääkärit, jotka pystyvät vastaamaan koko erikoisalan eriytyneen tietämyksen haasteista. Esimerkiksi kirurgiassa tämä kehitys on jo pitkällä: entiset suppeat erikoisalajat ovat muuttuneet pääerikoisaloiksi. On joitain viitteitä siitä, että vastaavaa eriytyntä osaamista vaaditaan esim. aikuispsykiatriassa<sup>57</sup>.

Nykyinen erityisvastuualueen päätöksenteko on moninapainen ja koetaan heikoksi. Erikoislääkärin saatavuuden näkökulmasta on selkeä tarve sille, että sairaanhoitopiirit ja yliopistot tai yliopistojen lääketieteelliset tiedekunnat on keskenään organisoitava uudelleen lähitulevaisuudessa. Kehitysvaiheita on kolme, joista ensimmäisestä on jo nähtävissä konkreettisia alkuja maan kaikilla erityisvastuualueilla. Kaksi jälkimmäistä vaihetta vaativat valmistelua, ja ne ovat riippuvaisia toisistaan. Kestävä tulos saavutetaan käymällä läpi kaikki kehitysvaiheet.

### 5.7.3.1 Sairaanhoidopiirien yhteiset toimijat

Jotta erikoissairaanhoidon – ja erikoislääkärien – tarve voidaan tyydyttää alueellisesti kattavasti olemassa olevassa järjestelmässä, on tullut tarpeelliseksi kehittää sairaanhoidopiirien rajat ylittäviä toimijoita. Näiden yhteisten toimijoiden tarkoituksena on liittää paremmin sairaanhoidopiirejä yhteen ja kiinteyttää päätöksentekoa erityisvastuualueen sisällä niin, että tarvittavia päätöksiä voidaan tehdä väestön palvelutarpeen mukaisesti.

Laboratorioala on ollut edelläkävijänä sairaanhoidopiirit ylittävissä toimijoissa (esim. Fimlab, NordLab). Massatuotannon taloudellisten ja laadullisten etujen lisäksi yhtenä syynä on ollut laboratorioalan eri erikoislääkärien huono saatavuus pienissä sairaanhoidopiireissä. Tämä laboratorioerikoisalajien lääkäreiden puute näkyi myös tässä selvityksessä. Laboratorioalalla on tällä hetkellä vireillä vieläkin laajempia, useaa erityisvastuualueetta kattavia toimijoita<sup>58</sup>. Mahdollisuudet tällaisten ”yhteisten erikoislääkäripoolien” käyttöön koko valtakunnassa olisivat vielä suuremmat erikoisaloilla, joissa palveluja voidaan tuottaa etäyhteyksillä, kuten radiologiassa ja psykiatriassa.

Varsinais-Suomen sairaanhoidopiirin hallitus käsitteli 13.6.2017 ”Länsirannikon yliopistollisen sairaalan” selvitystä. Selvitystyön tavoitteena on löytää ratkaisumalli siitä, miten Varsinais-Suomen, Satakunnan ja Pohjanmaan maakunnat pystyisivät tulevaisuudessa yhdessä tuottamaan yliopistosairaalan palveluja tarkoituksenmukaisesti länsirannikon alueella<sup>59</sup>. Hanke ei ole tällä hetkellä aktiivissa vaiheessa.

Vastaavan kaltaista valmistelua on aloitettu Kys-ERVA-alueella<sup>60</sup> (”Järvi-Suomen yliopistollinen sairaala”), mutta konkreettista toimeenpanosuunnitelmaa ei ole.

Oys-ERVA-alueella on suunnitelmat osuuskuntamallisesta erityisvastuualueen kattavasta yliopistosairaalasta. Näissä suunnitelmissa on otettu myös esille mahdollisuudet rekrytoinnin avustamiseen lääkäripoolin avulla. Johtaja Ilkka Luoma<sup>61</sup>: ”Pooliin syntyisi vahva osajaverkosto, joka hyödyttäisi myös pienessä keskussairaalassa toimivaa suppean spesialiteetin osajaa.”

Hyks-ERVAssa toimii erityisvastuualueella yhteinen erikoislääkärivälitys siten, että sairaanhoidopiirin osaksi omistama yhtiö HYKSin Oy mahdollistaa virassa oleville HUSin erikoislääkäreille työskentelyn muissa erityisvastuualueen keskussairaaloissa oman virkatyön ulkopuolella. Näin viranhaltijat eivät solmi erillisiä sopimuksia muiden keskussairaaloiden kanssa (johtajayliääkäri Markku Mäkijärvi, henkilökohtainen tiedonanto).

Pirkanmaan ja Kanta-Hämeen sairaanhoidopiirien ”Kahdeksan tähden sairaala”-hankkeessa on valmisteltu alustayhtiön perustamista sairaanhoidopiirien palvelutuotannon

kehittämiselle. Hankkeen esitöissä (Ernst & Young 29.3.2018 ) nähdään hankkeen etuina myös rekrytoinnin helpottuminen. Kanta-Hämeen sairaanhoitopiirin valtuusto päätti 12.6.2018 §24<sup>62</sup> jatkaa hankkeen valmisteluja. Kanta-Hämeen sairaanhoitopiirin valtuuston päätöksen valmisteluosassa on mm. perusteluina, että kilpailu osavasta henkilökunnasta kiihtyy erityisesti erikoissairaanhoidossa. Erikoissairaanhoidon tuottaminen isommassa yhteisesti johdetussa kokonaisuudessa mahdollistaa erikoissairaanhoidon yhdenvertaisuuden ja läheisyysperiaatteen huomioimisen palveluverkossa. Samoin henkilöstöressurssien yhdistäminen voisi luoda merkittävän kilpailukykyisen kokonaisuuden, joka rakentuu maakuntien kaikkien sairaaloiden muodostamalle palveluverkolle. Mainittu hanke on edennyt mm. Kanta-Hämeen sairaanhoitopiirin hallituksen päätöksellä 11.1.2018 § 156 hankkia alustayhtiön osakkeita.

Sairaanhoitopiirien yhteisissä toimijoissa luodaan sairaanhoitopiirien välille rakenne, joka mahdollistaa erikoislääkärin paremman alueellisen saatavuuden erityisvastuualueella. HYKSin Oy (tässä tarkoituksessa) toimii vain erikoislääkärin välittäjänä muihin sairaanhoitopiireihin. Kahdeksan tähden sairaala –alustayhtiö tavoittelee työvoiman allokoimisen lisäksi myös palvelurakenteen kehittämistä. Silläkin on osuutensa erikoislääkäri työvoiman tarkoituksenmukaisemmassa käytössä, ja se osaltaan vaikuttaa erikoislääkäri vajeen pienentämiseen.

Ongelmana näissä sairaanhoitopiirin yhteisissä toimijoissa on monimutkaiseksi muodostuva hallintorakenne erityisvastuualueen kokonaisnäkökulmasta. Päätöksenteko on aina tavalla tai toisella yhteen sovitettua eri sairaanhoitopiirien näkökulmista. Lisäksi erikoislääkärin saatavuuden hallinnassa nämä sairaanhoitopiirien yhteiset toimijat ovat toimintakykyisiä silloin, kun omistajasairaanhoitopiireihin ei jää merkittävä omaa erikoislääkäri kapasiteettia, joka muodostaisi kilpailevan tekijän yhteisen toimijan kapasiteetille.

### 5.7.3.2 Parempi yliopistollinen yhteistyö

Yliopisto määrittää erikoislääkäritutkinnon sisällön ja laatuvaatimukset. Kun yliopistolla ei ole omia koulutusvirkoja kuin aivan vähäisessä määrin, muodostuu erikoistuvan lääkärin erikoistumispaikkojen kokoamisesta kunkin erikoistuvan osalta yliopiston ja sairaanhoitopiirien välinen vaativahko yhteensovittamistehtävä. Häviöinä tässä yhteensovittamisessa voivat olla pienemmät sairaanhoitopiirit. Osa erikoistumisesta on joka tapauksessa suoritettava tutkinnon sisällön takia yliopistosairaaloissa. Yliopistolla on lähtökohtaisesti harvoin suurta intressiä tukea pienemmissä sairaaloissa tapahtuvaa erikoistumista. Tutkimuksen kehittämisen kannalta kannuste on pikemminkin päinvastainen. Toisaalta ei-yliopistosairaanhoitopiirit voivat perustaa omia erikoistuville tarkoitettuja virkoja, kouluttajien virkoja, jopa professorin nimekkeellä. Tämä ei aina helpota erityisvastuualueen kokonaisuuden hallintaa. Aivan käytännön ongelmana on ollut, että erikoistuvien sijoittuminen palvelujärjestelmään on aiemmin ollut

erikoistuvasta lähtevää ("erikoistuja kerää koulutuksia"). Ongelma on tunnistettu ja järjestelmää pyritään muuttamaan erikoiskoulutusudistuksen yhteydessä tänä vuonna Ruotsissa vallitsevan käytännön suuntaan.

Erikoislääkäri- ja erikoishammaslääkärikoulutuksen sekä yleislääketieteen erityiskoulutuksen koordinaatiojaosto on laatinut toimenpideohjelman<sup>63</sup>. Sen mukaisesti kehitetty valintamenettely, yhteiset valtakunnalliset osaamistavoitteet ja erikoistumisen lo- kikirjamenettely ovat asioita, jotka osaltaan vakauttavat erikoistujien asemaa palvelu- järjestelmässä.

Erikoislääkärituotannon johtaminen on kuitenkin edelleen hajanaista; toimenpiteiden toteuttamisessa tarvitaan "koordinointia". Ongelma pohjautuu yliopiston ja sairaanhoi- topiirien vuorovaikutuksen haasteellisuuteen; tavoitteet saatetaan nähdä myös erilli- sinä. Hallinnollinen kehitys, jossa sairaaloiden palvelutuotannon johtaminen on eriyty- nyt klassisesta yliopistojen oppiainerakenteesta, ei ole ollut omiaan helpottamaan teh- tävää. Oppiaineet ja erikoisalat näkyvät yliopiston hallintorakenteissa, mutta sairaan- hoitopiireissä erikoisalojen moninaisuus on pakottanut yhdistämään niitä hallinnolli- sesti toimialueiksi tai vastaavaksi isommiksi "toimialueiksi". Kirurgian klinikan ylläläkä- riä ei välttämättä löydy enää yliopistollisesta sairaanhoitopiiristä, kirurgian professo- reja toki yliopiston puolella. Nykyisessä yliopiston ja yliopistollista sairaalaa ylläpitävän sairaanhoitopiirin toimintarakenteessa välttämättömät "kaksoisvirat" (viranhaltijalla on sekä yliopiston että sairaanhoitopiirin virka) eivät ole kaikilta osin ongelmattomia ei- vätkä aina edesauta selkeää johtamista.

Rakenteellisiin muutoksiin on siksi pyrittävä paitsi sairaanhoitopiirien välillä ("yhteiset toimijat"), myös yliopiston ja yliopistollista sairaalaa ylläpitävän sairaanhoitopiirin vä- lillä, jotta erikoislääkärituotannon haasteet voidaan ratkaista kestäväällä tavalla. Or- ganisatorista lähentymistä yliopiston ja sairaanhoitopiirin välillä ei pidä arastella. Jo- kainen palveluorganisaatio pyrkii varmistamaan oman alansa osaavan työvoiman saatavuuden mahdollisimman hyvin, joskus jopa "omilla koulutusosastoillaan tai "aka- temioillaan". Voi ajatella niinkin, että kun sairaanhoitopiiri vastaa erikoissairaanhoidon prosesseista, on yliopiston tehtävä vastata prosessista käytettävästä tiedosta. Vaikka erikoissairaanhoidossa suoritetaan vaativia hoitotoimenpiteitä tarkkaan hiottujen pro- sessien pohjalta, on erikoissairaanhoidon tärkein tuotannon tekijä kuitenkin tieto.

Yliopistollista sairaalaa ylläpitävä sairaanhoitopiiri ja yliopisto löytävät useita mahdolli- suuksia, jotta yhteinen päätöksen teko koulutuksen ja palvelutarpeiden välillä helpot- tuu. Tällaisia voivat olla esimerkiksi dekaanin osallistuminen yliopistollisen sairaanhoi- topiirin hallintoon ja päinvastoin johtajaylläläkärin osallistuminen yliopiston hallintoon.

Nykyisissä sairaanhoitopiireissä yliopisto osallistuu luottamusmiesshallintoon. Osaa hallinnollisista tehtävistä ja tukipalveluista voitaisiin hoitaa sairaanhoitopiirin ja yliopiston yhteisessä yksikössä.

Erikoistuvien lääkärin virat voisi eriyttää yliopistollisessa sairaanhoitopiirissä omaan tulosyksikköön, jossa yliopiston koulutusvastaavien esittelyoikeus olisi turvattu. Pohjoismaiden yliopistollisten sairaaloiden organisaatioissa on useasti eriytetty tutkimuksesta ja koulutuksesta vastaavia osastoja. Kokonaan organisatorisesti yhdistetty yliopiston tiedekunta ja yliopistollinen sairaala on Amsterdamissa (Amsterdam UMS, Medische Centra). Riittävän kiinteä yhteys yliopiston ja yliopistollista sairaalaa ylläpitävän sairaalan välillä mahdollistaa yliopistollisen sairaalan organisoitumisen yksinkertaisten toimialueiden pohjalta : hoito, opetus ja tutkimus. Menestymistä pitää ensi tasolla mitata näillä kaikilla kolmella tasolla – myös erityisvastuualueen erikoislääkäritilanteen parantamiseksi.

### 5.7.3.3 Suuremmat sairaanhoitopiirit ja parempi yliopistollinen yhteistyö

Suurin organisatorinen ongelma alueellisen erikoislääkärikapasiteetin säätelyssä ei ole kuitenkaan yliopistollisen sairaanhoitopiirin ja yliopiston välissä, vaan yliopistollista sairaalaa ylläpitävän sairaanhoitopiirin ja muiden erityisvastuualueen sairaanhoitopiirien välissä. Suurimmat rekrytointiongelmat koskevat selkeästi muita kuin yliopistollisia sairaanhoitopiirejä. Yliopisto jää helposti kaukaisemmaksi muille erityisvastuualueen sairaanhoitopiireille, ei pelkästään maantieteellisesti. Siksi kestäviä ratkaisuja erikoislääkärivajeessa ei synny pelkästään tiivistämällä yliopistollisen sairaanhoitopiirin ja yliopiston välistä yhteistyötä. Rajaa yliopistollisen sairaanhoitopiirin ja muiden sairaanhoitopiirien välillä on häivyttävä. Hallinnollisesti yksinkertaisimmillaan se tarkoittaa suurempia sairaanhoitopiirejä. Se ei suinkaan tarkoita nykyisten sairaaloiden tai niiden palveluiden keskittämistä, ellei siihen ole jotain erityistä muuta syytä. Se on selvityshenkilön näkemyksen mukaan järjestely, joka tarvitaan, jotta esimerkiksi nykyistä päivystävää sairaalaverkostoa voidaan ylläpitää kestäväällä tavalla huolehtimalla erikoislääkärin kattavasta saatavuudesta.

Erikoissairaanhoito on Suomessa pirstaleisesti hallittu nykyisten sairaanhoitopiirien toimesta. Pohjoismaisessa vertailussa Suomen poikkeuksellisen suuri työnantajien määrä maassa oleviin erikoislääkäreihin verrattuna näkyy selvästi seuraavassa taulukossa. Siinä on vertailtu erikoislääkärin lukumääriä Pohjoismaissa suhteessa ”työnantajien” määrään. Työnantaja (sairaanhoitopiiri, landsting, helseforetak, region) on se, joka tekee päätökset erikoislääkärin viroista ja rekrytoinnista. Nämä ”työnantajapäätökset” ovat tärkeimpiä, kun tarkoituksena on yhteen sovittaa erikoissairaanhoito palvelut väestön palvelutarpeeseen. Taulukossa on lisäksi vastaavat vertailut ”opera-

tiivisten päivystysalojen erikoislääkäreistä” (anestesiologia ja tehohoito, gastroenterologinen kirurgia, ortopedia ja traumatologia, naistentaudit ja synnytykset, yleiskirurgia).

**Taulukko 3. Erikoislääkärit, operatiivisten päivystysalojen erikoislääkärit ja työnantajien määrät eri Pohjoismaissa**

	Tanska	Suomi	Islanti	Norja	Ruotsi
<b>Yhteensä erikoislääkäreitä</b>	<b>14841</b>	<b>12318</b>	<b>883</b>	<b>13152</b>	<b>26785</b>
<b>Operatiiviset päivystysalat</b>	<b>3078</b>	<b>3092</b>	<b>194</b>	<b>3239</b>	<b>6253</b>
Työnantaja	5	20	1	4	21
Erikoislääkäreitä / työnantaja	2968	616	883	3288	1275
Operatiivisten päivystysalojen erikoislääkäreitä / työnantaja	616	155	194	810	298

Taulukosta käy ilmi, että Suomessa yhden sairaanhoitopiirin käytössä on keskimäärin 616 erikoislääkärinä, kun kaikki sairaanhoitopiirit lasketaan mukaan. Vertailuluku on pienin kaikista Pohjoismaista. Ruotsissa on suurin piirtein sama määrä työnantajia, mutta yli kaksinkertainen määrä erikoislääkäreitä. Jos HUS otetaan pois Suomen vertailusta, aiheuttaa se noin 3000 erikoislääkärin poistuman ja muita sairaanhoitopiirejä kohti jää keskimäärin vain 474 erikoislääkärinä. Toki jäljellekin jäävien sairaanhoitopiirien koot vaihtelevat suuresti. Suomessa on lisäksi vielä kohtuullisen paljon erikoisaloja. Erikoisalojen suuruusjakautuma on myös vino; pienimmillä erikoisaloilla on vaikea löytää edes yhtä viranhaltijaa pientä sairaanhoitopiiriä kohti. Kun yhden ”työnantajan” käytössä on suhteellisen pieni määrä eri alojen erikoislääkäreitä, tulee vaikeaksi hallinnoida optimaalista erikoislääkäriosuamista vastaamaan väestön tarpeisiin. Asiaa vaikeuttaa Suomessa vielä harvaan asuttu maa (asukastiheys 16 asukasta / km<sup>2</sup>, vrt. esim. Tanska 134 asukasta / km<sup>2</sup>).

On toki totta, että sosiaali- ja terveydenhuollon integraation kannalta olisi ihanteellista, jos koko maan palvelujärjestelmä voitaisiin jakaa yhtä suuriin alueellisiin osiin, jotka vastaavat kaikista sosiaali- ja terveydenhuollon alueista. Ellei näin tehdä, tulee integraation raja aina väistämättä johonkin. Merkittävä uhkatekijä on kuitenkin se, että yliopiston tehtävää erikoislääkärikoulutuksessa ei ole helppo hoitaa nykyisessä ”moninapaisessa” sairaanhoitopiirijärjestelmässä, ei myöskään erikoislääkärikapasiteetin tarkoituksenmukaista sijoittelua.

Suomen terveydenhuolto ja suomalaisten terveys on kohtuullisen hyvin kestänyt tähän asti sen, että erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon välissä on ollut raja sairaanhoitopiirien kuntayhtymien ja kuntien välillä. Voi myös ajatella, että erikoissairaanhoidon osalta kriittisintä on saada erikoissairaanhoidon tietotaito kattavasti koko maan alueelle. Perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon integraatio ei onnistu, jos ei ole tekijöitä.

Sosiaalitoimi ja perusterveydenhuolto ankkuroituvat toimintalogiikkansa perusteella lujasti kansalaisen elinympäristöön. Erikoissairaanhoito on irrallisempi, ja osa palveluista voidaan hoitaa myös tukemalla perusterveydenhuoltoa tiedollisesti. Kansalaiset eivät yleensä asu erikoissairaanhoidossa tai käytä päivittäin erikoissairaanhoitoa. Erikoissairaanhoitoa voidaan osaksi antaa myös perusterveydenhuollon prosesseissa tukemalla perusterveydenhuoltoa tiedollisesti.

Osaavan henkilökunnan varmistamisen (siis laajemminkin kuin pelkästään erikoislääkäreiden osalta) ja siten palveluiden yhdenvertaisuuden saatavuuden näkökulmista päätyy selvityshenkilö siis lopputulokseen, että erikoislääkäreiden työnantaja (sairaanhoitopiirejä) tulee olla merkittävästi nykyisiä vähemmän. Yliopiston kanssa yhteistyötä harjoittavia olisi ihannetilanteessa yksi sairaanhoitopiiri kutakin yliopistoa kohden. Näin ollen erikoislääkäreiden rekrytoinnin näkökulmasta - ja laajemmin erikoissairaanhoidon palveluiden tasavertaisen varmistamisen osalta - ihanneratkaus lähestyy maan hallituksen aikoinaan antamaa esitystä HE 324 / 2014 vp.

Tämä hallituksen esitys eduskunnalle laiksi sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä sekä eräksi siihen liittyviksi laeiksi HE 324 / 2014 vp raukesi perustuslakivaliokunnan käsittelyssä (PeVL 67 / 2014 vp) perustuslakivaliokunnan toteamiin ongelmiin. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos arvioi kyseisen esityksen<sup>64</sup> eikä nähnyt siinä ehdottomia toteuttamisen esteitä. Kyse oli alunperin kaksiportaisesta kuntayhtymämallista, jossa järjestämisvastuu oli viidellä sosiaali- ja terveystalouden kuntayhtymällä. Sosiaali- ja terveystalouden palveluiden tuottamisesta olisivat vastanneet sosiaali- ja terveystalouden palveluiden järjestämispäätöksessä määritellyt kuntayhtymät, joita olisi voinut olla yhteensä enintään 19. Sitten hallitus muutti esitystä yksiportaiseksi kuntayhtymämalliksi, missä järjestämis- ja tuottamisvastuu olisi yhdistetty, mihin perustuslakivaliokunta esitti myös muutoksia. Perustuslakivaliokunta ei voinut kuitenkaan lausunnossaan PeVL 75 / 2014 katsoa, että laki olisi voitu käsitellä tavallisen lain säätämisyksityksessä ilman, että valiokunnan valtiosääntöoikeudellisia huomautuksia mallin kansainvälisyydestä, kuntien rahoitusvastuusta ja niiden muodostamasta sääntelykokonaisuudesta olisi otettu asianmukaisesti huomioon.

Perustuslakivaliokunnan mietinnöstä PeVL 67 / 2014 vp koskien HE 324 / 2014 vp varhaisempaa versiota ("Sote viidelle alueelle") voi tehdä joitain johtopäätöksiä siitä, olisiko Suomessa mahdollista harventaa sairaanhoitopiirejä erikoislääkäreiden alueellisen hallinnan parantamiseksi. Nykyisissä sairaanhoitopiireissä on 6-29 jäsenkuntaa. Mikäli suuremmat sairaanhoitopiirit muodostettaisiin nykyisten erityisvastuualueiden pohjalta niihin tulisi 51 – 68 kuntaa, mikä PeVL 67 / 2014 vp mukaan merkitsisi, että etenkin pienten kuntien ääniosuudet yhtymävaltuustoissa jäisivät hyvin pieniksi. Toisaalta mietinnössä viitataan Kainuun hallintokokeiluun, jossa tehtävien siirrossa kuntia suuremmalle kokonaisuudelle vaihtoehtona oli vaara, että peruspalveluja ei voida tuottaa riittävästi. Selvityshenkilön mielipiteen mukaan Suomen kaltaisessa harvaan

asutussa maassa erikoislääkäripalveluiden varmistaminen kattavasti koko maan alueella – ei pelkästään päivystyksen osalta – ei ole kestävällä pohjalla nykyisellä sairaanhoitopiirien määrällä. Kansalaisten yhdenvertaisten palveluiden turvaaminen pitää olla ensisijainen tavoite. Perustuslakivaliokunnan mietintö PeVL 67 / 2014 toteaa myös, ettei valiokunta pidä perustuslain näkökulmasta lähtökohtaisesti mahdottomana siirtää sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämistä valtiolle, mikä tarkoittaisi yhtä järjestämisvastuullista.

## 5.8 Suosituksia sairaaloiden imagon parantamiseksi rekrytoinnin näkökulmasta

Työnantajasta syntyvien mielikuvien vaikutusta rekrytoinnissa ei voi vähätellä. Työnhakija ei voi mitenkään tietää töitä hakiessaan sairaalan kotisivujen tai vuosikertomusten perusteella, millaista arkipäiväinen työ tulee olemaan. Useat sairaanhoitopiirit pyrkivät jo nykyään vaikuttamaan rekrytointi-ilmoituksissa positiiviseen yrityskuvaan. Oleellista on ymmärtää, ettei rekrytointiin voida vaikuttaa pelkästään vaikuttamalla mielikuviin; sairaanhoitopiirien on myös todella oltava sellaisia, kuin miksi mielikuva halutaan luoda.

Yksi viitekehys sille, mikä on tärkeää erikoislääkärin hakeutumisessa työpaikkaansa on maailmanlaajuisen organisaation tutkimustulos siitä, mitä työntekijät pitävät tärkeänä. ”Great Place to Work®”-instituutti on tutkinut 30 vuoden ajan 60 000 organisaatioita 45 maassa ja hakenut niitä tekijöitä, mitkä määrittävät organisaatioiden tuloksellisuutta ja henkilökunnan hyvinvointia sekä pysyvyyttä. Yleisesti tärkeitä tekijöitä hyvälle työpaikalle ovat ylpeys työstä, nautinto työstä sekä johdon ja työntekijöiden keskinäinen luottamus. Äskettäinen Great Place to Work® -raportti terveydenhuollosta<sup>65</sup> 87 770 työntekijän tutkimuksen perusteella listaa kolme päätekijää, jotka tekevät nimenomaan terveydenhuollon organisaatiosta hyvän. Nämä tekijät ovat : 1. muutoksissa tukeminen 2. työntekijöistä välittämisen kulttuurin vahvistaminen 3. ammatillisen edistymiseen ja kasvun tukeminen.

Raportin johtopäätökset lähtevät siitä, että muutoksia tapahtuu joka tapauksessa – myös terveydenhuollossa, mutta oleellista on tuki työntekijöille. Työntekijän houkuttelemiseksi oleellinen sisältö on siis ”huolehdimme sinusta, tapahtuu mitä tahansa”. Se on vaativa johdon viestintätehtävä. Nyt käsiteltyjen säädösmuutosten osalta vaikeus varmaankin oli osaltaan se, että johto toisaalta saattoi joutua paikallisesti vastustamaan muutosta ja toisaalta tukemaan työntekijöitä, kun se sitten toteutui.



Great Place to Work® -raportin kolmas johtopäätös, ammatillisen edistymisen ja kasvun tukeminen, on oleellinen siksi, että siihen voi vaikuttaa helposti näkyvillä toimenpiteillä. Yksi konkreettinen toimenpide on panostaa riittävästi ammatilliseen jatkokoulutukseen. Se ei välttämättä kuitenkaan riitä. Erikoislääkäri ammatillista uraa harkitessaan valitsee puhtaasti kliinisen uran tai sitten opetus- ja tutkimuspainotteisen yliopistouran välillä. Kliinisessä uravalinnassa on kaksi vaihtoehtoa: joko työ keskussairaaloissa nykyisten yliopistollisten sairaanhoitopiirien ulkopuolella tai sitten työ yksityisten palvelutuottajien palveluksessa. Työ yliopistollisten sairaaloiden ulkopuolella on kliinisesti usein haastavaa, erityisesti päivystyksen takia. Tulotaso jää huonommaksi kuin yksityissektorilla, myös siksi, että erikoislääkärien palkkataso Suomessa on kansainvälisesti katsoen matalahko. Vaikka erikoislääkäri yliopistollisen sairaalan ulkopuolella ei ajattelisikaan tutkijanuraa, on hänen työssään viihtymiselleen hyvin tärkeää, että hänellä yliopiston kautta on saatavissa mahdollisuudet ammatilliseen kasvuun ja mahdollisuus päivittää omat hoitokäytäntönsä samanlaiseksi kuin yliopistollisessa sairaanhoitopiirissä. Yksityissektorilla työ on yksitoikkoisempaa, mutta toisaalta ansiotaso parempi. Yliopistollinen yhteys, sen tuomine koulutus- ja kehittämismahdollisuuksineen on tästä yhtälöstä puuttuva *rekryointitekijä*, joka kallistaisi valintaa useammin sairaanhoitopiiriin suuntaan. Rekryointi-ilmoituksessa näkyvä ”kuulumme yliopistosairaalaan” saattaa olla arvokas.

Selvityshenkilön oman näkemyksen mukaan tulevaisuudessa kaikilla erikoissairaanhoidon antavilla toimijoilla pitää olla joku yhteys yliopistoon. Nuoret ovat myös edelleen kiinnostuneita tutkimuksesta nykyisten yliopistosairaaloiden ulkopuolella, kunhan sitä vain riittävästi voidaan tukea. Yliopistollinen yhteys keskussairaalassa mahdollistaa kliinisen tutkimusuran kypsyttelyä. Pitemmän yksityissektorilla työskentelyn jälkeen on vaikeaa aloittaa tutkimusta. Mahdollisuus tutkimukseen on nähtävä edelleen myös rekryointitekijänä.

## 6 Johtopäätökset

Suomessa täyttämättömien erikoislääkärien ja erikoistuvien virkojen osuus vaihteli vuosina 2014 - 2018 keskimäärin sairaanhoitopiireittäin 0-15 % välillä. Yliopistollista sairaalaa ylläpitävissä sairaanhoitopiireissä täyttövajeet ovat pienimpiä. Erikoisalojen välinen vaihtelu täyttämättömien virkojen osuuksissa on suurta. Kaikissa muissa kuin yliopistosairaanhoitopiireissä on useita erikoisaloja, joiden rekrytointi oli koko tarkasteluajan haasteellista (esim. fysiatria, geriatria, radiologia, psykiatriset alat).

Terveystieteiden lain muutoksen 1516 / 2016 § 50 mukaisissa ei-laajan päivystyksen sairaanhoitopiireissä, pysyi virkojen täyttöaste keskimäärin samalla tasolla tarkasteltavina vuosina. Ottamalla tarkasteluun erikseen päivystyksessä aina tarvittavat erikoisalat (anestesiologia, gastroenterologinen kirurgia, naistentaudit ja synnytykset, ortopedia ja traumatologia, yleiskirurgia) näytti rekrytointitilanne huononevan vuosina 2016 - 2017 vuodesta 2015, mutta vuonna 2018 trendi ei enää jatkunut. Haastatteluisissa tuli esille viranhaltijoiden vaihtumisesta aiheutuvia haittoja, vaikka virkoja saatiinkin täytenä.

Erikoislääkäriavajeen nopeaan korjaamiseen ei ole Suomessa kovin suuria mahdollisuuksia. Erikoislääkärien koulutus kestää pitkään pitempään kuin monissa muissa maissa ja erikoisaloja on kohtuullisen paljon. Ennustettavissa olevaa lääkärimäärän lisäystä pitää käyttää myös perusterveydenhuoltoon.

Tarvitaan erikoislääkärien työpanoksen kohdennetumpaa johtamista. Suomessa on liian monia erikoislääkärien työnantajia (sairaanhoitopiirejä). Lisäksi tulevaisuuden erikoislääkärikapasiteetin koulutustarpeiden tyydyttämiseksi on työskenneltävä niin tiiviisti kuin mahdollista yliopistojen kanssa. Nämä tavoitteet yhdistettynä tarkoittaa yliopistollista sairaalaa ylläpitäviä sairaanhoitopiirejä, jotka järjestävät erikoissairaanhoidon kukin useamman maakunnan alueella, jotta erikoislääkärien ja erikoissairaanhoidon tarjonta on kattavasti varmistettu koko maan alueella.

### 6.1 Toimenpide-ehdotukset

Erikoislääkärien saatavuuden ja erikoissairaanhoidon palveluiden kattavuuden takaamiseksi kestäväällä tavalla tarvitaan kehityspolku, jossa on kolme vaihetta:

1. Erityisvastuualueen sairaanhoitopiirien yhteiset toimijat (esim. yhtiöt, osuuskunnat), jotka yhteen sovittavat sairaanhoitopiirien tarpeet ja resurssit koko erityisvastuualueen tai laajemmin valtakunnan tarpeisiin.

2. Yliopistollista sairaalaa ylläpitävän sairaanhoitopiirin ja yliopiston välisen yhteistoiminnan tiivistäminen, myös organisatorisin ratkaisuin (esim. yhteisiä yksiköitä yliopiston ja sairaanhoitopiirin välillä).
3. Erityisvastuualueen kaikkien sairaanhoitopiirien ja yliopiston yhteistoiminnan tiivistäminen, myös yhdistämällä sairaanhoitopiirejä. Lopputa-voitteena on, että yliopistollista sairaalaa ylläpitävät sairaanhoitopiirit vastaavat erikoislääkärin saatavuudesta ja erikoissairaanhoidon palveluiden kattavuudesta alueellaan.



## Liite 2. Erikoislääkärien ja erikoistuvien lääkärin täyttämättömien virkojen osuus (%) erikoisaloittain ei-laajan päivystyksen sairaanhoitopiireissä 2014 - 2018

	2014		2015		2016		2017		2018	
	Virkoja yht.	Täyttämättä	Virkoja yht.	Täyttämättä	Virkoja yht.	Täyttämättä	Virkoja yht.	Täyttämättä	Virkoja yht.	Täyttämättä
Anestesiologia ja tehohoito	83	7%	82,3	2%	90,2	6%	79,75	3%	77,75	6%
Endokrinologia	6	0%	8	0%	6,25	0%	5	0%	8,4	0%
Erikoisalaan sitomaton	22	32%	24,5	4%	18	0%	18,5	0%	9	0%
Foniatria	0,7	0%	0,6	0%	0,6	0%	1	0%	1	0%
Fysiatria	16,5	27%	13,3	19%	21,8	13%	14,8	8%	15	19%
Gastroenterologia	11,9	20%	12,1	10%	10,5	23%	9	2%	18,85	8%
Gastroenterologinen kirurgia	24,7	12%	26,1	5%	28	14%	25,2	15%	38,5	10%
Geriatia	5	66%	4	38%	10,7	17%	12	25%	10	23%
Ihotaudit ja allergologia	18,5	9%	20,5	8%	19,5	7%	19,4	4%	18,5	6%
Infektiosairaudet	8,6	12%	8,4	12%	9,74	21%	7,6	3%	10,8	11%
Kardiologia	31,1	16%	33,7	6%	34,9	16%	27	0%	25,7	0%
Käsikirurgia	3,6	3%	3,5	3%	4	23%	8,1	11%	3,5	23%
Kuuhkosairaudet ja allergologia	28,5	19%	31,5	19%	31,5	22%	28,5	17%	27,8	11%
Kl. farmakologia ja lääkehoito	0		0		0		0		0	
Kl. fysiologia ja isotooppi lääketiede	5	58%	5	40%	7	14%	6,8	15%	5	40%
Kl. hematologia	10,2	16%	8,2	23%	9,2	27%	9,8	27%	7,4	35%
Kl. kemia	1	0%	2	0%	4	25%	1	100%	1	0%
Kl. mikrobiologia	4	25%	3	0%	2	50%	1	0%	1	0%
Kl. neurofysiologia	7	13%	6	0%	5,7	7%	5,8	3%	5	0%
Korva-, nenä- ja kurkkutaudit	32,2	5%	36	10%	36,5	9%	36,6	3%	29,8	3%
Lastenkirurgia	4,5	0%	5,5	0%	6,55	0%	6,5	15%	3,6	0%
Lastenneurologia	9	33%	9,9	20%	11,5	19%	8,5	20%	7,8	26%
Lastenpsykiatria	22,2	23%	23,6	30%	20,2	17%	18,25	28%	24,65	21%
Lastentaudit	62,2	3%	62,6	6%	65,6	5%	58,8	3%	61,9	8%
Liikuntalääketiede	0		0		0		0		0	
Naistentaudit ja synnytykset	61,5	13%	65,2	6%	64,5	5%	62,5	9%	58,4	6%
Nefrologia	10,6	19%	13	15%	10,55	9%	10	10%	10,5	0%
Neurokirurgia	1,7	0%	0,5	0%	0,5	0%	0,5	0%	0	
Neurologia	37,2	12%	40,8	13%	45,8	13%	33,2	17%	32,8	19%
Nuorisopsykiatria	23	23%	26,9	4%	26,1	18%	21,6	31%	19,7	14%
Oikeuslääketiede	0		0		0		0		0	
Oikeuspsykiatria	0		1		0		0		0	
Ortopedia ja traumatologia	47	8%	47,3	7%	54	4%	45,1	13%	53,1	18%
Päivystys	44,5	26%	60,5	28%	55,4	32%	47	23%	45	11%
Patologia	17,2	8%	19,4	5%	21,3	20%	11,6	10%	11	0%
Perinnöllisyyslääketiede	0		0		0		0		0	
Plastiikkakirurgia	5	36%	5,6	21%	4,3	23%	2,7	0%	5	12%
Psykiatria	83,9	25%	84,5	17%	89,2	15%	79,7	22%	73,6	20%
Radiologia	78,2	28%	79,6	28%	80,5	24%	79	23%	80	20%
Reumatologia	11	15%	12	8%	13	12%	10,7	15%	10,7	7%
Silmätaudit	33,3	19%	33,8	7%	39	12%	35,5	17%	30,15	25%
Sisätaudit	65,3	13%	79	5%	95,6	8%	78,6	19%	63,6	13%
Suu - ja leukakirurgia	2	0%	2	0%	4,9	16%	3	27%	2	0%
Sydän - ja rintaelinkirurgia	4	0%	3,1	42%	2	50%	0		0	
Syöpätaudit	23,8	15%	22,9	18%	28,1	11%	21,4	16%	21,9	7%
Terveystieteiden tutkimus	8	0%	0		0		0		0	
Työterveyshuolto	0		0		0		1	0%	0	
Urologia	19,1	23%	19,9	9%	21	6%	20,8	22%	16,5	21%
Verisuonikirurgia	12,2	0%	12	10%	11,5	17%	9	11%	10	30%
Yleiskirurgia	46	5%	60,4	5%	66,1	9%	49,6	17%	54,5	14%
Yleislääketiede	6	17%	8	23%	6	13%	7	14%	2,8	0%

### Liite 3. Erikoislääkärien ja erikoistuvien lääkärin täyttämättömien virkojen osuus (%) erikoisaloittain laajan päivystyksen sairaanhoitopiireissä 2014 - 2018

	2014		2015		2016		2017		2018	
	Virkoja yht.	Täyttämättä	Virkoja yht.	Täyttämättä	Virkoja yht.	Täyttämättä	Virkoja yht.	Täyttämättä	Virkoja yht.	Täyttämättä
Anestesiologia ja tehohoito	127,9	3%	130,3	2%	129,9	5%	130,5	4%	139,5	4%
Endokrinologia	14,8	19%	12,1	18%	21	6%	12,8	8%	11,8	8%
Erikoisalaan sitomaton***	11,5	0%	21,9	5%	16,6	6%	16	0%	19,3	0%
Foniatria	0		0		0		0		0	
Fysiatria	36,1	17%	28,3	16%	37,7	8%	35,98	3%	36,3	14%
Gastroenterologia	20,5	5%	17,8	6%	28,35	4%	36,2	6%	22,2	14%
Gastroenterologinen kirurgia	53,8	0%	52,3	3%	47,1	3%	45,1	4%	60	10%
Geriatría	6	33%	7	14%	18	17%	8	25%	16,8	12%
Ihotaudit ja allergologia	26,4	11%	27,3	0%	25,05	4%	29,5	3%	29,9	4%
Infektiosairaudet	17	12%	16	13%	18,8	16%	15	20%	15	20%
Kardiologia	57,3	14%	55,5	14%	55	5%	62,6	14%	59,4	15%
Käsi­kirurgia	9,7	0%	11,5	0%	12	8%	5	16%	9,4	0%
Kehkosairaudet ja allergologia	53,5	22%	53,5	27%	56,9	25%	55,3	16%	58,1	17%
Kl. farmakologia ja lääkehoito	0		0		2	0%	0		0	
Kl. fysiologia ja isotooppilääketiede	8,1	37%	16	38%	14,5	34%	16	47%	13,5	30%
Kl. hematologia	11,3	0%	11,2	0%	14,4	14%	17,8	6%	15,8	11%
Kl. kemia	5	40%	6	58%	6	58%	6	25%	5	50%
Kl. mikrobiologia	5	40%	6	50%	5	40%	5	20%	4	25%
Kl. neurofysiologia	9,9	15%	14,5	22%	14,4	7%	13,6	29%	16	25%
Korva-, nenä- ja kurkkutaudit	48	4%	47,8	4%	43,8	2%	51,02	2%	47	4%
Lastenkirurgia	10	10%	9,5	5%	9	11%	9,4	0%	10,4	0%
Lastenneurologia	20,1	11%	18,6	11%	17,6	11%	19,4	15%	19	21%
Lastenpsykiatria	35,4	31%	32,6	38%	33,5	23%	34,4	18%	44,1	15%
Lastentaudit	83	12%	90	4%	81,7	4%	91,2	7%	88,4	5%
Liikuntalääketiede	0		0		6,2	0%	0,5	0%	1	0%
Naistentaudit ja synnytykset	89	6%	80,9	3%	82,7	2%	86,3	7%	96	3%
Nefrologia	18	19%	17	8%	20,2	5%	15,4	0%	16,4	0%
Neurokirurgia	1,2	0%	5,2	8%	2,2	0%	2	0%	2	50%
Neurologia	60	12%	54,5	9%	50,9	6%	66,3	3%	61,5	10%
Nuorisopsykiatria	33,1	18%	38,3	15%	35	21%	29,4	3%	38	5%
Oikeuslääketiede	0		0		2	0%	0		0	
Oikeuspsykiatria	0		0		0		0		0	
Ortopedia ja traumatologia	76	5%	81,5	6%	78,5	6%	81,5	10%	79,1	6%
Päivystys	57	14%	72	14%	79,1	10%	98,5	28%	133,4	26%
Patologia	31,3	22%	34	32%	32	27%	33	27%	32	23%
Perinnöllisyyslääketiede	0		0		1	0%	0		0	
Plastiikkakirurgia	15	0%	18,5	11%	13	15%	13,2	0%	15,5	0%
Psykiatria	163,5	19%	159,7	16%	149,9	14%	181,7	12%	178,5	9%
Radiologia	126,4	28%	120,2	15%	129,1	14%	131,6	15%	123,1	11%
Reumatologia	19,5	14%	20,5	9%	25,7	7%	24,9	0%	29,8	13%
Sekalaiset erittelyt yhteensä	31	6%	31	2%	44	0%	30,6	5%	22	0%
Silmätaudit	53,3	2%	56,1	9%	56,35	14%	52,2	6%	55,3	9%
Sisätaudit	87,7	11%	95,1	16%	83,2	16%	95,8	11%	99,7	14%
Suu - ja leukakirurgia	2	0%	1	0%	5	0%	0		0	
Sydän - ja rintaelinkirurgia	1	0%	5	0%	5	20%	1	0%	4	0%
Syöpätaudit	27,2	9%	26,7	11%	23,7	25%	39,8	23%	36,1	11%
Terveydenhuolto	0		0		1,8	0%	0		0	
Työterveyshuolto	4	0%	9,1	0%	6	0%	2	0%	6,8	0%
Urologia	28	0%	29	0%	27,4	7%	28,2	7%	31	3%
Verisuonikirurgia	19	0%	30	3%	18	11%	17,6	0%	21	5%
Yleiskirurgia	62,3	10%	26	4%	35,5	10%	62,5	0%	59	5%
Yleislääketiede	13,7	33%	16,5	18%	29	10%	22,4	22%	27	0%

## Liite 4. Erikoislääkärien ja erikoistuvien lääkärin täyttämättömien virkojen osuus (%) erikoisaloittain yliopistosairaanhoidopiireissä 2014 - 2018

	2014		2015		2016		2017		2018	
	Virkoja yht.	Täyttämättä	Virkoja yht.	Täyttämättä	Virkoja yht.	Täyttämättä	Virkoja yht.	Täyttämättä	Virkoja yht.	Täyttämättä
Anestesiologia ja tehohoito	220,8	5%	244,1	3%	262,7	6%	261,1	7%	270,73	8%
Endokrinologia	12,9	0%	17,1	6%	17,9	3%	22,3	2%	21,8	0%
Erikoisalaan sitomaton***	22,2	0%	40,7	10%	17,4	0%	18,7	5%	13,7	7%
Foniatria	8,2	0%	9	20%	9,8	0%	9	11%	12	8%
Fysiatrია	19,5	0%	24	0%	22,3	0%	22	0%	24,9	4%
Gastroenterologia	27,8	0%	28,3	21%	23,5	0%	28,3	0%	41	0%
Gastroenterologinen kirurgia	70,3	6%	61,5	7%	64,9	6%	74,3	4%	70	0%
Geriatrია	2,5	16%	2	0%	3,3	0%	3,3	0%	36,6	24%
Ihotaudit ja allergologia	45,4	0%	39,8	0%	44,6	0%	44,3	0%	46,9	6%
Infektiosairaudet	19,7	0%	20	0%	23	0%	30,2	2%	36,2	0%
Kardiologia	47,5	2%	60,9	7%	57,1	0%	55,6	0%	63	6%
Käsi-kirurgia	17,7	0%	17,7	0%	18	0%	25,5	12%	28	0%
Kuuhkosairaudet ja allergologia	55,6	2%	62,5	1%	59,7	5%	61,8	2%	63,8	0%
Kl. farmakologia ja lääkehoito	1	0%	1	0%	3	0%	3	0%	3	0%
Kl. fysiologia ja isotooppiilääketiede	28,5	7%	34,5	6%	30,5	3%	32	0%	32,5	0%
Kl. hematologia	26,2	0%	24,9	4%	26	0%	28,7	3%	29,8	3%
Kl. kemia	16,5	24%	15	20%	14	7%	16	6%	16	13%
Kl. mikrobiologia	6,5	0%	0	0%	9	11%	10	0%	7,6	4%
Kl. neurofysiologia	34,2	3%	32,2	0%	32,1	3%	34,8	6%	34,9	1%
Korva-, nenä- ja kurkkutaudit	68,6	0%	65,7	2%	74,4	0%	77,8	5%	84,2	2%
Lastenkirurgia	28	0%	29	0%	29	3%	31	0%	30,5	7%
Lastenneurologia	27	4%	26	0%	22,8	4%	24,7	10%	23,2	9%
Lastenpsykiatria	83	7%	74,5	10%	78,8	7%	90,4	12%	95	13%
Lastentaudit	140	6%	142,1	1%	157,8	0%	149,1	1%	130,7	3%
Liikuntalääketiede	0		0		0		0		0	
Naistentaudit ja synnytykset	136,9	4%	132,1	7%	125,4	2%	135,1	1%	138,3	2%
Nefrologia	17,5	0%	20	0%	26	0%	25	0%	26	0%
Neurokirurgia	45,6	2%	41,2	5%	54,5	4%	45,5	2%	48,6	4%
Neurologia	88,4	11%	99,6	2%	98,3	8%	96,5	7%	108,5	13%
Nuorispsykiatria	56	14%	55	11%	56	5%	58,1	5%	56,5	13%
Oikeuslääketiede	0		0		0		0		0	
Oikeuspsykiatria	3	17%	3	33%	3	0%	2	5%	3	20%
Ortopedia ja traumatologia	150,1	2%	140,2	3%	138,5	5%	128,8	6%	139,1	4%
Päivystys	43	16%	33	9%	66	5%	56	5%	56,4	12%
Patologia	42,1	0%	37,6	1%	39,6	4%	42	2%	36,9	5%
Perinnöllisyyslääketiede	10	34%	7	0%	13,3	8%	6,3	0%	13,2	0%
Plastiikkakirurgia	35,1	6%	28,9	0%	41,8	2%	26,85	0%	27,7	3%
Psykiatria	175,6	10%	175,2	8%	166,2	4%	225,8	10%	198,5	12%
Radiologia	181,6	4%	200,6	5%	217,31	8%	221,2	7%	206,2	7%
Reumatologia	24,5	8%	22,7	4%	26,5	0%	24,3	0%	28,3	0%
Silmätaudit	72,2	4%	77,1	2%	80,4	0%	83,1	1%	85,3	6%
Sisätaudit	137	4%	126,3	7%	130,1	9%	134,3	5%	158,7	6%
Suu - ja leukakirurgia	0		0		0		0,3	0%	0	
Sydän - ja rinta-elinkirurgia	28	4%	16,3	0%	13,1	8%	16	0%	30	10%
Syöpätaudit	99,3	12%	87,9	6%	90,9	2%	97	4%	101,9	4%
Terveydenhuolto	0		0		0		0		0	
Työterveyshuolto	3	0%	0		4	0%	4	0%	4	25%
Urologia	46	11%	36,8	5%	49,5	14%	46,75	9%	43,8	0%
Verisuonikirurgia	28,6	0%	23,3	0%	27,8	4%	26,8	0%	27,8	4%
Yleiskirurgia	25,5	4%	15,8	6%	3,8	26%	3,8	26%	13,8	0%
Yleislääketiede	17,3	0%	21	0%	12	0%	11	0%	20	0%

## Lähteet

---

- <sup>1</sup> Laki terveydenhuoltolain muuttamisesta 1516 / 2016.
- <sup>2</sup> Valtioneuvoston asetus kiireellisen hoidon perusteista ja päivystyksen erikoisalakoh-  
taisista edellytyksistä 583 / 2017.
- <sup>3</sup> Valtioneuvoston asetus erikoissairaanhoidon työnjaosta ja eräiden tehtävien keskittä-  
misestä 582 / 2017.
- <sup>4</sup> Ratkaisujen Suomi. Pääministeri Juha Sipilän hallituksen strateginen ohjelma  
29.5.2015. Hallituksen julkaisusarja 10 / 2015.
- <sup>5</sup> Paulus, T., Leskelä, R-L., Maksimainen, A., Niemelä, P., Koukkula, L., Torvinen, A. ,  
Mulari, M., Välimaa, N., Rimpelä, M. Sosiaali- ja terveyspalveluiden kehittämis- ja  
säästöpotentiaalnin arviointi. Valtioneuvoston selvitys- ja tutkimustoiminnan julkaisusarja  
42 / 2016.
- <sup>6</sup> Haapiainen, R. , Virolainen, P. Kirurgia Suomessa 2020-luvulla. Operatiivisten eri-  
koisalojen järjestämistä ja keskittämistä koskevat periaatteet. Loppuraportti 21.9.2016.  
Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2016:56.
- <sup>7</sup> Haapiainen, R., Kaila, M., Salomaa, E. Erikoissairaanhoidon työnjakoa ja keskittä-  
mistä sekä päivystysjärjestelyjä koskeva loppuraportti. 10.12.2018.
- <sup>8</sup> Terveydenhuoltolaki 1326 / 2010 § 3 p 3.
- <sup>9</sup> Haahtela, T., Tuomisto, L., E., Pietinalho, A., Klaukka, T., Erhola, M., Kaila, M., Nie-  
minen, M.M., Kontula, E., Laitinen, L.A. A 10 year asthma programme in Finland: major  
change for the better. Thorax 2006; 61:663-670.
- <sup>10</sup> Erikoissairaanhoidolaki 3 § 1062 / 1989.
- <sup>11</sup> OECD Health Statistics 2018 Definitions, Sources and Methods. Physicians by cate-  
gories <http://www.oecd.org/health/health-data.htm>
- <sup>12</sup> Physicians by medical speciality. Eurostat. 2019  
[http://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do?dataset=hlth\\_rs\\_spec&lang=en](http://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do?dataset=hlth_rs_spec&lang=en)
- <sup>13</sup> Läkares vidareutbildning i de nordiska länderna. SNAPS Samnordisk Arbetsgrupp  
för Prognos- och Specialistutbildningsfrågor 2010. Laegeforeningen, Den norske lege-  
forening, Icelandic Medical Association, Sveriges läkarförbund, Suomen lääkäriliitto /  
Finlands läkarförbund
- <sup>14</sup> Lääkärit Suomessa. Tilastotietoja lääkäreistä ja terveydenhuollosta 2016. Suomen  
lääkäriliitto.
- <sup>15</sup> Health at a Glance 2017, OECD <http://dx.doi.org/10.1787/888933604647>



- 
- <sup>16</sup> Fujisawa, R, Lafortune, G. The remuneration of general practioners and specialists in 14 OECD countries: what are the factors influencing variations across countries? OECD Health Working Papers no. 41. DELSA/HEA/WD/HWP(2008)5.
- <sup>17</sup> Sosiaali- ja terveysministeriön asetus erikoislääkäri- ja erikoishammaslääkärikoulutuksesta sekä yleislääketieteen erityiskoulutuksesta. 56 / 2015,
- <sup>18</sup> Mentula, P., Brinck, T. Onko päivystysleikkauksella kiire, Duodecim 2019; 135:4-6.
- <sup>19</sup> Brommels, M., Vintmyr, U. Bör liten blir stor? Sjukhusstorlekens betydelse för vårdens resultat och kostnadseffektivitet. En sammanställning och analys av vetenskaplig evidens. Medical Management Centrum, Karolinska Institutet. Ett uppdrag från Utredningen om högspecialiserad vård (S 2014:11) 2015.
- <sup>20</sup> Kurlansky, P.A., Argenziano, M., Dunton, R., Lancey, R., Nast, E. Stewart, A., et al. Quality, not volume, determines outcome of coronary artery bypass surgery in a university-based community hospital network. The Journal of thoracic and cardiovascular surgery. 2012; 143(2)287-93.
- <sup>21</sup> Vonlanthen, R., Lodge, P., Barkun, J., S., Farges, O., Rogiers, X., Soreide, K., ym. Toward a consensus on centralization in surgery. Ann Surg 2018; 268:712-724.
- <sup>22</sup> Svensk kirurgisk förening. Bromsa centraliseringen av högspecialiserad vård. Läkartidningen 2018; 115:E7TL.
- <sup>23</sup> Anell, A., Glengård, A., H., Merkur, S. Health Systems in Transition, Vol 14 No. 5 2012, Sweden, Health system review. European Observatory on Health Systems and Policies.
- <sup>24</sup> Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2015:8) om läkarnas specialiseringstjänstgöring.
- <sup>25</sup> Ringard, Å, Sagan, A., Saunes, I.S., Lindahl, A.,K. Health Systems in Transition, Vol.15 No. 8 2013 Norway Health system review. European Observatory on Health Sytems and Policies.
- <sup>26</sup> Olejaz, M., Juul Nielsen, A., Rudkjøbing, A, Birk, H., O., Krasnik, A. Hernández-Quevedo. Denmark, Health system review. Healths Systems in Transition Vol. 14 No. 2 2012. European Observatory on Health Sytems and Policies.
- <sup>27</sup> Christiansen, T., Vrangbaek, K. Hospital centralization and performance in Denmark – ten years on. Health Policy 122 (2018) 321-328.
- <sup>28</sup> Denmark's regions could be disbanded in major public health reform. Ritzau/The Local [news.denmark@thelocal.com](https://www.thelocal.com) 11.1.2019
- <sup>29</sup> Danmark lægger ner sina regioner. Kommuntorget 17.1.2019. <https://kommuntorget.fi/norden-eu-varlden/danmark-lagger-ner-sina-regioner/>
- <sup>30</sup> Sigurgeirsdóttir, S., Waagfjörð, J., Maresso, A. Iceland, Health system review. Health Systems in Transition, Vol 16 No 6 2014. European Observatory on Health Sytems and Policies.

- 
- <sup>31</sup> Ahvenanmaan itsehallintolaki 1144 / 1991§ 18 kohta 12.
- <sup>32</sup> Finland: Country Health Profile 2017 OECD publishing  
<https://dx.doi.org/10.1787/9789264283367-en>
- <sup>33</sup> Sotkanet THL, indikaattori 3138, [www.sotkanet.fi](http://www.sotkanet.fi)
- <sup>34</sup> OECD Regions at a Glance 2016 [https://read.oecd-ilibrary.org/governance/oecd-regions-at-a-glance-2016\\_reg\\_glance-2016-en](https://read.oecd-ilibrary.org/governance/oecd-regions-at-a-glance-2016_reg_glance-2016-en)
- <sup>35</sup> Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Sote-uudistus, Arvioinnin harjoitus (syksy 2018)  
<https://thl.fi/fi/web/sote-uudistus/tietopohja-ja-arviointi>
- <sup>36</sup> Lehtonen O-P, Vuorma S, Mäntyranta T. Terveyspalvelujen tarpeen ja tarjonnan kohtaaminen – ajankohtainen tutkimushaaste. Kirjassa: Ashorn U, Lehto J (toim.) Tutkijapuheenvuoroja terveydenhuollossa Stakes 2008 ss. 82 - 96.
- <sup>37</sup> Lamsä, R., Santalahti, P., Haravuori, H., Huurre, T., Tuulio-Henriksson, A, Marttunen, M. Valtakunnallisen terveydenhuoltojärjestelmän paikallisuus. Nuorten neuropsykiatrisen hoidon alueellisista eroista. Yhteiskuntapolitiikka 82(2017):3 284-295.
- <sup>38</sup> Keränen T. (toim.) Keskussairaala ei ole työtä pelkäävän työpaikka. Lääkärilehti 6 / 2019 vsk 74 291-293.
- <sup>39</sup> Kähler, L., Kristiansen, M., Rudkjøbing, A., Strandberg-Larsen, M. Surgeons' motivation for choice of workplace. Dan Med J J59/9 1-5, 2012.
- <sup>40</sup> Henttonen, E. Itä-Savon sairaanhoitopiiri Sosterin julkisuuskuva asiakaskentässä. Opinnäytetyö, Yrittäjyys ja liiketoimintaosaaminen (YAMK), marraskuu 2018. Kaakkois-Suomen ammattikorkeakoulu.
- <sup>41</sup> Virolainen, P. Sairaaloiden työnjako voi mennä uusiksi. Mieli-pide, vieraskynä. Helsingin sanomat 30.1.2019.
- <sup>42</sup> Yhteisön tuomioistuimen tuomio C-151/02 9.9.2003 Landeshauptstadt Kiel *vastaan* Norbert Jaeger
- <sup>43</sup> Yhteisön tuomioistuimen tuomio C-303/98 3.10.2000 Sindicato de Médicos Asistencia Pública (Simap) *vastaan* Conselleria de Sanidad y Consumo de la Generalidad Valenciana
- <sup>44</sup> Hallituksen esitys eduskunnalle työaikalainsäädännön muuttamisesta ja eräiksi siihen liittyviksi laeiksi, HE 158 / 2018 vp
- <sup>45</sup> OECD Finland Country Health Profile 2017  
<https://dx.doi.org/10.1787/9789264283367-en>
- <sup>46</sup> Seppänen, A. Keskittäminen sai kirurgit liikkeelle. Suomen Lääkärilehti 50-52 / 2016 vsk. 71, s. 3217.
- <sup>47</sup> Tamminen, A. Syöpäkirurgian liiallinen keskittäminen ei kannata. Suomen Lääkärilehti 18 / 2016 vsk. 71, s. 1330.

- 
- <sup>48</sup> Seppänen, A. Keskitämisasetus säikäytti nuoret gastrokirurgit Rovaniemeltä. Suomen Lääkärilehti 36 / 2018 vsk. 73, s. 1929.
- <sup>49</sup> Listenmaa, J., Aho, H., Kultanen, H. Kanta-Hämeen shp:n valinnanvapaus- ja veto-voimatutkimus 2018, Kanta-Hämeen sairaanhoitopiiri ja Innolink, 2018.
- <sup>50</sup> Schoenstein, M. Health workforce planning and management in OECD countries. Trends, challenges and areas of action. OECD Health Division, Brasilia, 18.9.2014.
- <sup>51</sup> Meretoja, O. 2012, Hyks-erva-erikoislääkärit 2025. Erikoisalakohtainen erikoislääkäritilanne ja koulutuksen tarve Hyksin erityisvastuualueella vuoteen 2025.
- <sup>52</sup> Tertsunen, A. Erikoisalakohtainen lääkäritilanne ja erikoislääkärikoulutuksen tarve vuoteen 2015 OYS-Erva-alueella. Selvityksen loppuraportti 30.12.2012.
- <sup>53</sup> Rellman, J. Erikoisalakohtainen lääkäritilanne ja erikoislääkärikoulutuksen tarve vuoteen 2025 Tampereen yliopistollisen sairaalan Erva-alueella. Tampereen yliopisto, Lääketieteen yksikkö.
- <sup>54</sup> Heikkilä, T. Erikoisalakohtainen erikoislääkäritilanne vuoteen 2020 Kuopion yliopistollisen sairaalan erityisvastuualueella. Pohjois-Savon sairaanhoitopiirin julkaisu No. 71 / 2009.
- <sup>55</sup> Sipilä, J., Backman, T., Ikonen, T. Erikoisalakohtainen lääkäritilanne ja koulutuksen tarve vuoteen 2025 Varsinais-Suomen, Satakunnan ja Vaasan sairaanhoitopiireissä. Loppuraportti 6.2.2012.
- <sup>56</sup> Parmanne, P., Heikkilä, T., Meretoja, O., Backman, T., Ikonen, T., Sipilä, J., Rellman, J., Tertsunen, A., Halila, H. Useille erikoisaloille tarvitaan lisää lääkäreitä. Suomen Lääkärilehti 12 / 2013, vsk. 68 s. 936-7.
- <sup>57</sup> Kessing, L., V., Hansen, H., V., Hvenegaard, A., Christensen, E., M., Dam, H., Gluud, C., Wetterslev, J. and The Early Intervention Affective Disorders (EIA) Trial Group. Treatment in a specialised out-patient mood disorder clinic v. standard out-patient treatment in the early course of bipolar disorder: randomised clinical trail. Brit J Psychiatr (2013) 202, 212-219.
- <sup>58</sup> Saarinen, J. Uusi valtakunnallinen laboratorio perustettu – mukana pirkanmaalainen Fimlab. Aamulehti 11.1.2019.
- <sup>59</sup> Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin hallitus 12.6.2017 § 79.
- <sup>60</sup> Järvi-Suomeen saattaa syntyä neljän maakunnan yhteinen yliopistollinen sairaala – Mikkelin sairaala mukana. Länsi-Savo 16.6.2017.
- <sup>61</sup> Väyrynen, H. (toim.) Osuuskunta turvaisi lääkärit pohjoiseen. Suomen Lääkärilehti 45/2018 vsk 73 2618-2620.
- <sup>62</sup> Kanta-Hämeen sairaanhoitopiirin valtuusto 12.6.2018 § 24.

---

<sup>63</sup>Erikoislääkäri- ja erikoishammaslääkärikoulutuksen sekä yleislääketieteen erityiskoulutuksen koordinaatiojaosto. Erikoislääkäri- ja erikoishammaslääkärikoulutuksen valtakunnallinen toimenpideohjelma 2017-2019. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2016:62.

<sup>64</sup> Sote viidelle alueelle – vaikutusten ennakoarviointi. Päätösten tueksi 1-2014. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.

<sup>65</sup> 3 ways to Build a Better Healthcare Workplace. Great Place to Work.  
[https://www.greatplacetowork.com/images/reports/2017\\_healthcare\\_report\\_FINAL.pdf](https://www.greatplacetowork.com/images/reports/2017_healthcare_report_FINAL.pdf)

