

Regeringens proposition till riksdagen med förslag till lagar om ändring av hälso- och sjukvårdslagen och av socialvårdslagen

PROPOSITIONENS HUVUDSAKLIGA INNEHÅLL

I propositionen föreslås det att hälso- och sjukvårdslagens bestämmelser om centralisering av specialiserad sjukvård, om prehospital akutsjukvård och om brådskande vård ska ändras liksom bestämmelserna i socialvårdslagen om socialjour och tillgången till socialvård och dess tillgänglighet.

Enligt propositionen ska joursystemet ändras så att det i landet finns tolv enheter med jourverksamhet inom olika medicinska specialiteter som ger omfattande jour dygnet runt. Vid de enheter som tillhandahåller omfattande jour ska det finnas beredskap att hantera exceptionella situationer och möjlighet att stödja andra jourenheter. Vid övriga centralsjukhus ska det ordnas samjour dygnet runt för primärvård och specialiserad sjukvård. I jouren ska ingå jour inom de specialiteter som oftast behövs. Också den brådskande mottagningsverksamhet som ordnas som närservice ska stärkas.

För att skapa en obruten servicekedja bör man i samband med såväl brådskande som icke-brådskande vård bedöma ett eventuellt behov av socialvård.

Socialjour bör ordnas såväl vid jourenheter som tillhandahåller omfattande hälso- och sjukvård dygnet runt som i samband med den gemensamma jouren för specialiserad sjukvård. Skyldigheten att ordna psykosocialt stöd i samarbete mellan social- och hälsovården som en del av den brådskande vården ska förtydligas. Alla jourenheter ska ha tillräckliga resurser och tillräcklig kompetens. För att säkerställa kompetensen och på det sättet klientsäkerheten och servicekvaliteten kan man koncentrera den sociala servicen till ett och samma ställe och tillhandahålla den nationellt eller regionalt tillsammans med andra hälsovårdstjänster eller efter behov tillsammans med andra tjänster.

Dessutom föreslås det bestämmelser om arbetsfördelningen inom den specialiserade sjukvården, så att vissa uppgifter koncentreras nationellt till färre än fem universitetssjukhus och regionalt till fem universitetssjukhus eller till ett sjukhus på motsvarande nivå eller till tolv sjukhus som tillhandahåller omfattande jour. Operativ verksamhet som kräver operationssal och anestesi ska centraliseras till de sjukhus som har samjour dygnet runt för primärvården och den specialiserade sjukvården.

De uppgifter som hör till centralen för prehospital akutsjukvård och socialjouren i regionen ska fastställas med avseende på att samordna anvisningar och utarbeta beredskapsplaner.

Propositionen hänför sig till budgetpropositionen för 2017 och avses bli behandlad i samband med den.

Lagarna avses träda i kraft den 1 januari 2017.

INNEHÅLL

PROPOSITIONENS HUVUDSAKLIGA INNEHÅLL	1
INNEHÅLL	2
ALLMÅN MOTIVERING	4
1 INLEDNING.....	4
2 NULÄGE	4
2.1 Lagstiftning och praxis.....	4
Arbetsfördelningen inom den specialiserade sjukvården	4
Brådskaande vård och jourverksamhet	5
Prehospital akutsjukvård	6
Socialjour	7
2.2 Bedömning av nuläget	10
Arbetsfördelningen inom den specialiserade sjukvården	10
Brådskaande vård och jour.....	11
Prehospital akutsjukvård	13
Socialjour	14
Tillsynsmyndigheternas roll	17
3 MÅLSÄTTNING OCH DE VIKTIGASTE FÖRSLAGEN	18
3.1 Målsättning	18
3.2 Alternativ	18
3.3 De viktigaste förslagen.....	22
4 PROPOSITIONENS KONSEKVENSER	24
4.1 Ekonomiska konsekvenser.....	24
Konsekvenser för hushållens ställning	24
Konsekvenser för företag	24
Konsekvenser för den offentliga ekonomin	24
4.2 Konsekvenser för myndigheterna	36
Konsekvenser för relationerna mellan myndigheterna och för myndigheternas uppgifter och tillvägagångssätt.....	36
Konsekvenser för personal och organisation.....	37
4.3 Konsekvenser för miljön.....	38
4.4 Övriga samhälleliga konsekvenser.....	38
Sociala konsekvenser och konsekvenser för hälsan	38
Konsekvenser för de språkliga rättigheterna	40
Könsrelaterade konsekvenser	47
Konsekvenser för barn och unga	47
Konsekvenser för regionutveckling, sysselsättning och arbetsliv	48
Konsekvenser för informationssamhället	48
4.5 Uppföljning av konsekvenserna av reformen	48
5 BEREDNINGEN AV PROPOSITIONEN	49
6 SAMBAND MED ANDRA PROPOSITIONER.....	51
DETALJMOTIVERING	52
1 LAGFÖRSLAG	52
1.1 Hälso- och sjukvårdslagen	52
1.2 Socialvårdslagen	66
2 NÄRMARE BESTÄMMELSER OCH FÖRESKRIFTER	73
3 IKRAFTTRÄDANDE	74
4 FÖRHÅLLANDE TILL GRUNDLAGEN SAMT LAGSTIFTNINGSORDNING	76

RP 224/2016 rd

LAGFÖRSLAG	81
1. Lag om ändring av hälso- och sjukvårdslagen	81
2. Lag om ändring av socialvårdslagen	86
BILAGA	88
PARALLELLTEXT	88
1. Lag om ändring av hälso- och sjukvårdslagen	88
2. Lag om ändring av socialvårdslagen	96

ALLMÄN MOTIVERING

1 Inledning

Beredningen av reformen av social- och hälsovården och regionförvaltningen har inletts. Avsikten är att de nya organisationsstrukturer som bereds inom ramen för reformen ska träda i kraft i början av 2019. Syftet med de ändringar som föreslås i denna proposition är att ändra strukturerna inom hälso- och sjukvården och socialjouren i den riktning som eftersträvas i den så kallade social- och hälsovårdsreformen, stärka integrationen och den helhetsinriktade hjälpen till invånarna samt eliminera kvalitativa skillnader mellan social- och hälsovårdstjänsterna. De ändringar som föreslås här inriktar sig på social- och hälsovårdens nuvarande strukturer och lagstiftning, men bestämmelserna i propositionen kommer senare att samordnas med de bestämmelser som gäller reformen av social- och hälsovården och regionförvaltningen.

Enligt bilaga 6 till regeringsprogrammet för statsminister Juha Sipiläs regering ska kommunerna, för att organiseringen av den specialiserade sjukvården ska bli effektivare, åläggas skyldighet att styra vissa krävande operationer i sjukvårdsdistriktet eller på annat håll till hälso- och sjukvårdsenheter som uppfyller vissa minimikrav som stöder kompetensen. Statsrådets förordning om ordnande och centralisering av den högspecialiserade sjukvården (336/2011), som utfärdats med stöd av 45 § i hälso- och sjukvårdslagen (1326/2010), ska ses över så att det i den föreskrivs närmare om innehållet i den högspecialiserade sjukvård som ska centraliseras och om de enheter som ska stå för vården. En grov uppskattning av det belopp som sparas till följd av centraliseringen är enligt bilagan i begynnelseskedet i storleksklassen 50—100 miljoner euro per år från och med 2016, men effekten av besparingen kan på längre sikt vara betydligt större.

I sina riktlinjer för social- och hälsovårdsreformen av den 7 november 2015 fattade regeringen beslut om att antalet enheter som tillhandahåller omfattande jour dygnet runt ska vara tolv. Övriga befintliga centralsjukhus fortsätter som enheter med begränsad jourverksamhet dygnet runt. Dessa stöds av nätverket av de tolv sjukhusenheter som erbjuder omfattande jour dygnet runt och systemet med prehospital akutsjukvård. De nuvarande fem sjukhusen fortsätter som universitetssjukhus.

En centralisering av den brådskande vården kräver att bestämmelserna om prehospital akutsjukvård ses över. Syftet med ändringarna är att möjliggöra planering av den prehospitala akutsjukvården på ett större område och ett gott samarbete med de enheter som tillhandahåller brådskande vård.

2 Nuläge

2.1 Lagstiftning och praxis

Arbetsfördelningen inom den specialiserade sjukvården

I 45 § i hälso- och sjukvårdslagen finns bestämmelser om centralisering av den specialiserade sjukvården. Enligt dem kan en del av åtgärderna och vården inom den högspecialiserade sjukvården centraliseras nationellt till vissa specialupptagningsområden. I 3 § i hälso- och sjukvårdslagen definieras högspecialiserad sjukvård som sjukvård som på grund av sjukdomarnas sällsynthet, den specialiserade sjukvårdens krävande natur eller de särskilda krav som den specialiserade sjukvården ställer har fastställts som sådan sjukvård genom förordning av statsrådet.

Med stöd av hälso- och sjukvårdslagen har det utfärdats en förordning av statsrådet om ordnande och centralisering av den högspecialiserade sjukvården. Enligt förordningen avses med högspecialiserad sjukvård som centraliseras på riksnivå sådan vård som centraliseras till färre än fem universitetssjukhus eller motsvarande verksamhetsenheter inom hälso- och sjukvården. Med högspecialiserad sjukvård som centraliseras regionalt avses specialiserad sjukvård som centraliseras till specialupptagningsområdets universitetssjukhus eller ett sjukhus på motsvarande nivå.

Den högspecialiserade sjukvård som centraliseras på riksnivå omfattar enligt förordningen sådana funktioner som är sällsynta och kräver högklassigt medicinskt kunnande, högklassiga instrument eller särskilt krävande multiprofessionell vård och medicinsk rehabilitering som är direkt knuten till vården. I 5 § i förordningen anges hur uppgifterna fördelar sig mellan universitetssjukhusen baserat på diagnos.

I förordningen föreskrivs om den högspecialiserade sjukvård som ska centraliseras regionalt. Enligt bestämmelserna ska sjukhusen och sjukvårdsdistrikten inom specialupptagningsområdena komma överens om centraliseringen av vården. Grunden för centralisering ska vara enhetliga grunder för vården, patientsäkerhet, vårdens kvalitet, personella resurser och tillräcklig kompetens. Speciellt ska det beaktas vilka undersökningar och åtgärder och vilken typ av vård som det på grund av vissa sjukdomars sällsynthet, vårdens krävande natur eller de särskilda krav som vården ställer är ändamålsenligt att centralisera regionalt.

I det avtal om ordnande av specialiserad sjukvård som upprättas med stöd av hälso- och sjukvårdslagen ska arbetsfördelningen och samordningen av verksamheten inom sjukvårdsdistrikten i ett specialupptagningsområde fastställas.

Brådskande vård och jourverksamhet

I 50 § i hälso- och sjukvårdslagen finns bestämmelser om brådskande vård. Brådskande sjukvård, inbegripet brådskande mun- och tandvård, mentalvård, missbrukarvård och psykosocialt stöd, ska ges patienten oberoende av var han eller hon är bosatt.

Med brådskande vård avses omedelbar bedömning och behandling som inte kan skjutas upp utan att sjukdomen förvärras eller kroppsskadan försvåras och som gäller akut sjukdom, kroppsskada, försämring av en långvarig sjukdom eller funktionsnedsättning.

För brådskande vård ska kommunen eller samkommunen för ett sjukvårdsdistrikt ordna jour dygnet runt. Jourenheten ska ha tillräckliga resurser och tillräcklig kompetens så att vårdkvaliteten och patientsäkerheten kan tillgodoses. Jourenheterna och deras arbetsfördelning ska fastställas i planen för ordnande av hälso- och sjukvård och, i fråga om specialiserad sjukvård, i avtalet om ordnande av specialiserad sjukvård. I samband med beslut om jourenheter ska hänsyn tas till den prehospitala akutsjukvården i området, avstånden mellan jourenheterna och befolkningens vårdbehov.

En patient som har tagits in för brådskande vård får flyttas för fortsatt vård vid en enhet som bestäms på grundval av hemkommun, förutsatt att patientsäkerheten och den mottagande enhetens möjligheter att ordna nödvändig fortsatt vård har säkerställts.

Genom förordning av social- och hälsovårdsministeriet får det vid behov utfärdas närmare bestämmelser om grunderna för brådskande vård och villkoren för att ordna jour inom olika medicinska specialiteter. Med stöd av bestämmelsen har det utfärdats en förordning av social-

och hälsovårdsministeriet om grunderna för brådskande vård och villkoren för jour inom olika medicinska verksamhetsområden (782/2014).

Enligt förordningen ska kommunen eller samkommunen se till att det finns tillgång till brådskande vård under alla tider på dygnet, antingen i samband med den icke-brådskande vården eller vid en särskild jourenhet. Jour dygnet runt ska ordnas som samjour för primärvården och den specialiserade sjukvården om inte något annat följer av tillgänglighets- och patientsäkerhetssynpunkter.

Social- och hälsovårdsministeriet kan på ansökan bevilja tillstånd att ordna särskild jour dygnet runt för primärvården. Social- och hälsovårdsministeriet har beviljat kommunerna Kolari, Kittilä, Muonio-Enonteki, Kemijärvi och Pello dispens för särskild jour för primärvården till den 31 december 2015 samt Enare kommun, Kuusamo stad, samkommunen Raahen seudun hyvinvointikuntayhtymä, samkommunen Ylä-Savon sote-kuntayhtymä (Idensalmi), Raumo stad och Varkaus stad till den 1 juni 2017.

I förordningen föreskrivs också om jourenhetens personal, ledning och verksamhetsbetingelser samt verksamheten vid jourenheten. Om villkoren för jour inom olika medicinska verksamhetsområden föreskrivs enligt specialitet.

Enligt förordningen ska sjukhus som sköter förlossningar handha åtminstone 1 000 förlossningar per år och dessutom uppfylla de kvalitetskrav som anges i förordningen. Social- och hälsovårdsministeriet kan på ansökan bevilja ett sjukhus tillstånd att frångå det angivna antalet förlossningar, om tjänstens tillgänglighet eller patientsäkerheten kräver det. Social- och hälsovårdsministeriet har beviljat Helsingfors och Nylands sjukvårdsdistrikt dispens för viss tid för skötseln av förlossningar vid Borgå sjukhus till den 31 december 2016, Södra Savolax sjukvårdsdistrikt för förlossningar vid S:t Michels centralsjukhus, samkommunen för social- och hälsovård i Kajanaland för förlossningar vid Kajanalands centralsjukhus och Länsi-Pohja sjukvårdsdistrikt för förlossningar vid Länsi-Pohja centralsjukhus till den 1 juni 2017 samt Egentliga Finlands sjukvårdsdistrikt för förlossningar vid Salo kretssjukhus till den 30 juni 2017.

Prehospital akutsjukvård

Den prehospitala akutsjukvården har utvecklats starkt under de senaste 10 till 15 åren. Innan hälso- och sjukvårdslagen trädde i kraft ansvarade hälsovårdscentralerna och samkommunerna för hälsovårdscentraler, dvs. över 300 aktörer, för ordnandet av prehospital akutsjukvård – som då gick under namnet sjuktransport, en beskrivande benämning på verksamheten. Dessutom var serviceproduktionen mycket splittrad.

Med hälso- och sjukvårdslagen fick tjänsten det officiella namnet prehospital akutsjukvård, som beskriver verksamheten. Dessutom övergick ansvaret för att ordna tjänsterna till 20 sjukvårdsdistrikt, och de gemensamma centralerna för prehospital akutsjukvård i specialupptagningsområdet för fem sjukvårdsdistrikt ålades skyldighet att leda och förenhetliga verksamheten. Sjukvårdsdistrikten bestämmer servicenivån på den prehospitala akutsjukvården och kriterierna för personalens utbildnings- och kompetensnivå. Ett nytt element som i samband med reformen infördes i ledningen av akutsjukvårdssystemet var systemet med fältchefer, vilket innebär att varje sjukvårdsdistrikt ska ha en chef för fältverksamheten dygnet runt. Enligt hälso- och sjukvårdslagen kan sjukvårdsdistrikten själva tillhandahålla prehospital akutsjukvård, ingå avtal om samarbete med regionala räddningsverk eller konkurrensutsätta tjänsterna inom den privata sektorn.

Centralerna för prehospital akutsjukvård inom specialupptagningsområdena ålades uppgiften att ordna läkarjouren för den prehospitala akutsjukvården och medicinskt leda den prehospitala akutsjukvården. Samkommunerna för sjukvårdsdistrikten inom ett specialupptagningsområde ska i ett avtal om ordnande av specialiserad sjukvård komma överens om hur uppgifterna vid centralerna för prehospital akutsjukvård ska organiseras. Centralen för prehospital akutsjukvård ska inom sitt område ansvara för jouren för prehospital akutsjukvård med tjänstgörande läkare, planera och besluta om läkarhelikopterverksamheten inom det egna specialupptagningsområdet, samordna planerade patientförflyttningar mellan vårdinrättningarna i regionen, ansvara för myndighetsradionätets regionala huvudadministratörsfunktioner inom social- och hälsovårdsväsendet och för sin del svara för underhållet av myndigheternas fältlednings-system och samordna hälsovårdsväsendets larmanvisningar till Nödcentralsverket.

I social- och hälsovårdsministeriets förordning om prehospital akutsjukvård (340/2011) föreskrivs närmare om uppgifterna för den prehospitala akutsjukvården, om grunderna för fastställande av servicenivån för den prehospitala akutsjukvården och beslutets form, om grunderna för fastställande av arbetsuppgifterna och utbildningskraven i fråga om den personal som deltar i den prehospitala akutsjukvården, om bestämmande av bas- och vårdnivå inom den prehospitala akutsjukvården, om första insatser och om uppgifterna för centralen för prehospital akutsjukvård i sjukvårdsdistriktet inom ett specialupptagningsområde.

Socialjour

Med socialjour avses nödvändig och brådskande socialservice och andra stödtjänster som ordnas så att den omedelbara trygghet och omsorg som en person behöver kan tillhandahållas i olika sociala nöd- och krissituationer oberoende av tiden på dygnet.

Socialjouren i Finland fick sin nuvarande form i huvudsak i början av 2000-talet, då statsrådets principbeslut från 2003 ålade kommunerna att ordna socialjour före utgången av 2007. Socialjour ordnas i hela landet, men hur den ordnas varierar i olika delar av landet.

Bestämmelser om hur socialjouren ska ordnas finns i 29 § i socialvårdslagen (1301/2014). Bestämmelser om skyldigheten att ordna socialjour dygnet runt ingår också i flera andra gällande lagar. I 12 § i socialvårdslagen föreskrivs om rätten för alla som vistas i en kommun till socialvård i brådskande fall. Enligt bestämmelsen har alla som vistas i en kommun rätt att i brådskande fall få kommunal socialservice som baserar sig på personens individuella behov, så att personens rätt till nödvändig omsorg och försörjning inte äventyras. I andra än brådskande fall är en persons rätt att få tillräckliga socialvårdstjänster, med undantag för utkomststöd, knuten till personens hemkommun. I 13 § föreskrivs om barns och deras familjers rätt att utan dröjsmål få socialservice som är nödvändig med tanke på barnens hälsa eller utveckling. Servicen ska ordnas i tillräcklig omfattning under de tider på dygnet då den behövs. Enligt 36 § i socialvårdslagen ska bedömningen av servicebehovet påbörjas utan dröjsmål. Andra bestämmelser som anför skäl för behovet av socialjour finns i bland annat barnskydds- och handikappservice-lagen, lagen om missbrukarvård och mentalvårdslagen.

Fokus i socialjoursarbetet ligger, jämsides med polisens åtgärder, på barnskyddssituationer i familjerna, krissituationer bland ungdomar och familjevåld. Också ensamma vuxna bildar en särskild klientgrupp. Andra arbetssituationer är till exempel akuta situationer med familjevåld och våld i nära relationer mellan barnlösa parter, äldre i omedelbart behov av omsorg samt handledning och rådgivning i frågor som gäller missbruk och mental hälsa. Den växande öppenvården har medfört att det allt oftare förekommer akuta hjälpbehov i hemmet, t.ex. bland äldre. Omedelbar trygghet och omsorg omfattar också beviljande av akut utkomststöd. Även olyckor och andra risksituationer föranleder behov av social hjälp oberoende av tidpunkt. Ex-

empel på sådana situationer är eldsvådar, trafikolyckor, närståendes plötsliga död, försvinnanden, övergivna barn, att bli utsatt för brott samt omfattande störningar som drabbar stora människogrupper.

Jourarbetet omfattar hänvisning till fortsatt service och att säkerställa tillgången till denna service. När socialjour ordnas är det viktigt att se till att en klient inom socialjouren som är i behov av oundgänglig trygghet och omsorg efter kontakten med socialjouren kan erbjudas den service som han eller hon behöver för att få oundgänglig trygghet och omsorg eller andra stödåtgärder, om han eller hon inte kan få dem på annat håll. I praktiken kan det innebära t.ex. att ordna tillfälligt boende.

Utmärkande för socialjouren och nödvändigt i jourarbetet är att jourhavande har möjlighet att besöka klienten för att där bedöma situationen och stödbehovet och att klienten inte förväntas komma till socialjouren, såsom fallet ofta är inom hälso- och sjukvården. Vid hembesök behövs det ofta också handräckning av polisen. När jourarbetet organiseras är det därför viktigt att beakta jourens fysiska placering och avstånden till gränserna för verksamhetsområdet. Polisens skyldighet att ge handräckning regleras i 40 § polislagen. Det är fråga om handräckning av polisen till exempel när barnskyddsmyndigheten behöver polisens befogenheter utöver sina egna för att exempelvis bryta ett motstånd eller hålla styr på ett våldsamt barn. Begäran om handräckning ska göras skriftligt. I brådska fall kan begäran också göras muntligt, men ska i efterhand styrkas skriftligt. Syftet med bestämmelsen om handräckning är inte att erbjuda bara arbetskraft eller transporthjälp. I socialjourens uppgifter ingår också att upprätta begäran om handräckning utanför tjänstetid, om inte kommunerna har beslutat något annat i sin verksamhetsstadga.

Även om socialjoursarbetet i såväl individuell som samhällelig mening kan betecknas som ett omfattande arbete är socialjourens klientrelationer kortvariga. Det viktiga i socialjourens arbete är att bedöma behovet av brådska vård och ge råd och hjälp samt frågan om vilka brådska åtgärder som behöver vidtas i den aktuella situationen. Till socialjourens uppgifter hör också att bedöma vilka fortsatta tjänster som klienten ska erbjudas och en smidig samordning av dem till exempel inom den allmänna socialservicen, såsom barnskyddet eller utkomststödet. Jourarbete förutsätter en övergripande och snabb analys av situationer, och besluten måste ofta fattas snabbt utifrån relativt knapphändig information. Också rätten att fatta beslut i arbetet är omfattande.

Socialarbetet inom såväl jouren som hälso- och sjukvården innehåller till stor del samma element, men i några avseenden ställer bägge krav på en viss specialkompetens. Utgångspunkt för socialt arbete inom hälso- och sjukvården är en samlad syn på kopplingen mellan sjukdom och sociala faktorer. Det sociala arbetet inom hälso- och sjukvården kräver breda kunskaper om socialservice-, rehabiliterings- och olycksfallsförsäkringssystemet och tillämpningen av de möjligheter som systemen erbjuder på patientens individuella situation. I de centrala arbetsuppgifter som utförs i samarbete mellan patienten och den närmaste kretsen ingår att delta i bedömningen av klientens servicebehov, planera rehabiliteringen, stärka den sociala funktionsförmågan och delaktigheten, ett multiprofessionellt nätverksarbete samt psykosocialt arbete i olika livssituationer och vid kriser och förändringar i livet. Inom hälso- och sjukvården ses socialarbetarnas roll som en fast och nödvändig del av en bra och samlad vård. Inom hälso- och sjukvården arbetar en socialarbetare inom olika medicinska specialiteter vid jourenheter, på polikliniker och på vårdavdelningar. Inom primärvården har antalet socialarbetare minskat under de senaste åren, då de har flyttats exempelvis till servicen för personer med funktionsnedsättning eller äldre människor. För närvarande uppskattas det att det inom hälso- och sjukvården finns 600–650 socialarbetare globalt sett. En betydande del av socialarbetarna är kompetenta. Inom den samlade socialvården ligger fokus i det sociala arbetet inom hälso- och sjukvården huvudsakligen på förebyggande tidigt stöd med social styrning, men

också inom jourarbete och brådskande psykosocialt arbete har det hälsosociala arbetet spelat en särskild roll.

Enligt 29 § 2 mom. i socialvårdslagen ska man, när socialjour tillhandahålls, samarbeta med hälso- och sjukvårdens jour, räddningsväsendet, polisen, nödcentralen och vid behov med andra aktörer. Också 41 § i socialvårdslagen om sektorsövergripande samarbete styr socialvården och andra aktörer att gemensamt tillhandahålla tjänster så att socialvården och vid behov de övriga förvaltningsområdets tjänster bildar en helhet som tillgodoser klientens intressen.

Socialjourens viktigaste samarbetspartner är polisen, nödcentralen samt den kommunala basservicen, särskilt barnskyddet. Till följd av det tilltagande stödbehovet hos äldre har kontakten med hemservicen och särskilt nattpatrullerna blivit en viktig samarbetskanal. Social- och ungdomsarbetare som utför uppsökande arbete samt församlingarnas och andra aktörers serviceorganisationer i anslutning till ungdomsevenemang hör också till samarbetsparterna. Om de konsultationsrutiner som en jourhavande arbetstagare behöver avtalas till exempel med den psykiatriska specialiteten.

Hälsocentralernas och sjukhusens krisgrupper är en central samarbetspartner i synnerhet vid olyckor. Även församlingar och olika frivilligorganisationer har beredskap att bemöta människor i nöd. Krisarbete omedelbart efter olyckor och andra krissituationer kräver att socialjouren har särskild kompetens inom psykosocialt stöd och akut krisarbete, i synnerhet om det inte finns någon separat krisjour. Det mentalvårdsarbete som ingår i socialvården inbegriper enligt 25 § 2 mom. 2 punkten i socialvårdslagen samordning av det psykosociala stödet till individen och samhället i akuta och traumatiska situationer. Innehållet i paragrafen överensstämmer med hälso- och sjukvårdslagens bestämmelser om mentalvård för hälso- och sjukvårdens del. Samordningen av psykosocialt stöd är således en uppgift som ålagts såväl socialvården som hälso- och sjukvården.

I krissituationer och vid störningar innebär psykosocialt stöd att hjälpa människor på bred bas. Utöver psykiskt stöd och uppgifter inom socialarbetet inbegriper stödet praktisk hjälp som säkerställer kontakterna och informationen mellan offren och deras närstående samt omsorg om de grundläggande behoven, såsom logi, matförsörjning och kläder. Psykosocialt stöd och psykosociala tjänster stöder en normal återhämtning. Av avgörande betydelse för att förebygga utdragna psykosociala störningar är tidig identifiering, behandling och rehabilitering av begynnande störningar. Vid sidan av psykisk första hjälp är ett mångsidigt socialt arbete och sociala tjänster en central del av psykosocialt stöd och psykosociala tjänster. Det är av största betydelse att de fysiska och materiella förutsättningarna för liv tryggas utan dröjsmål. Att ordna vården och omsorgen via socialväsendet är ett stöd och kan också ses som psykisk prehospital akutsjukvård. Genom att sätta in rätttidigt stöd i den inledande fasen vill man bland annat förhindra utvecklingen av egentliga psykiska störningar. Enligt undersökningar är stödet till offren från närmiljön i krissituationer ofta det allra viktigaste. Man har lagt märke till att det i krissituationer är svårt för offer och deras närstående att anlita mentalvårdstjänster, då tjänsterna upplevs som stämplande.

Social- och kriscentret i Vanda har 2012 utsetts till en sådan aktör på riksnivå som avses i 38 § i hälso- och sjukvårdslagen. Dess uppgift är att stödja kommunerna att ordna psykosocialt stöd i krissituationer och vid störningar. Inom social- och hälsovården innebär det att vid störningar av de normala förhållandena och vid exceptionella förhållanden upprätthålla nödvändig beredskap för sådana situationer samt för skötseln av anknyttande särskilda situationer och funktioner då det är motiverat att anlita en sådan på riksnivå utsedd aktör som avses i hälso- och sjukvårdslagen. Vanda stads sakkunskap i fråga om psykosocialt stöd står till förfogande för konsultationer och stöd på riksnivå.

Enligt den socialjournsutredning (2016) som social- och hälsovårdsministeriet gjort i samarbete med Valvira erbjuder en del av de största socialjournsenheterna också krishjälp vid sidan av de uppgifter som ingår i socialjouren. I sådana fall är krisarbetet yrkesmässigt och ingår i arbetsbeskrivningen. Majoriteten av socialjourerna erbjuder dock för närvarande inte kristjänster, utan kommunerna har ordnat psykosocialt stöd på annat sätt, till exempel inom ramen för hälso- och sjukvården i kommunen eller som köpta tjänster. Också enligt social- och hälsovårdsministeriets enkät 2014 till sjukvårdsdistrikten och regionförvaltningsverken är samordningen av det psykosociala stödet mycket varierande och det finns tiotals aktörer inom psykosocialt stöd i regionerna.

Det förekommer fortfarande stora variationer i hur socialjouren ordnas. En del av de större städerna (såsom Helsingfors och Vanda) ordnar själva jouren. En vanlig lösning är också att landskapets centralort (till exempel Åbo, Tammerfors) ordnar socialjour för omgivande kommuner, och de mindre kommunerna ingår då ett uppdragsavtal med centralorten om att tillhandahålla socialjour. Det kan också vara samkommunens uppgift att ordna socialjour. Bara några mindre kommuner ordnar servicen själva i form av jour baserad på beredskap. Sättet att ordna jour varierar liksom jourenhetens (om det finns en särskild sådan för verksamheten) fysiska placering. De socialjourer som har egna lokaler är oftast separata enheter eller finns i anslutning till en polisinsrättning. Några socialjourer (Uleåborg, Esbo, Satakunta, Kouvola) är belägna vid sjukhus. I kommunerna har socialjouren koncentrerats också till andra dygnet runt-verksamheter inom socialvården, såsom till barnhem.

Liksom i hur jouren ordnas är skillnaderna stora också i befolkningsunderlaget i jourområdena. Vid de största socialjourerna (Helsingfors, Esbo, Vanda, Tammerfors, Åbo, Uleåborg, Päijänne-Tavastland, Satakunta) är jouren ett aktivt arbete dygnet runt alla dagar om året. Det vanligaste sättet att ordna socialjour är att hålla jour under tjänstetid i samband med det normala huvudsakliga arbetet samt sköta socialjouren utanför tjänstetid som partiellt aktivt arbete kombinerat med beredskapsjour. Med jour baserad på beredskap avses en modell som innebär att jourhavande håller jour hemma. Arbetet blir aktiv jour när jourhavande svarar i telefon och vidtar de åtgärder som situationen kräver. Modellen tillämpas i synnerhet vid regionala socialjourer där centralorten i regionen sköter jouren i ett såväl geografiskt som befolkningsmässigt stort område. Socialjour som helt och hållet ordnas som beredskapsjour utanför tjänstetid är ett tredje och fortfarande vanligt sätt att ordna jour i glesbebyggda områden, framför allt i Sydvästra Finland och Lappland/Norra Finland. Det fjärde sättet är modellen primärjour/bakjour enligt vilken socialhandledaren vid ett mottagningshem eller motsvarande enhet med verksamhet dygnet runt svarar för primärjouren och en socialarbetare för bakjouren.

För närvarande kontaktas de flesta socialjourer via nödcentralen eller någon annan myndighet. Vissa socialjourer har infört direktnummer som privatpersoner kan ringa till och några jourer erbjuder dessutom möjlighet till elektronisk kommunikation. Vid de socialjourer som privatpersoner själva kan kontakta utförs arbetet utan undantag under aktiv arbetstid. I de fall då socialjouren ordnas som beredskapsjour, styrs kontakterna via nödcentralen.

2.2 Bedömning av nuläget

Arbetsfördelningen inom den specialiserade sjukvården

Under de senaste åren har kostnaderna för specialiserad sjukvård stigit snabbt. Enligt Kommunförbundets statistik steg sjukvårdsdistriktens verksamhetskostnader med 7,1 procent 2011, med 5,3 procent 2012, med 4,9 procent 2013, med 3,1 procent 2014 och med totalt 2,7 procent 2015 samtidigt som nationalprodukten har minskat under flera års tid.

För att riktlinjerna i regeringsprogrammet ska kunna genomföras krävs det att sjukhusnätet förtätas så att sjukhusstrukturen samtidigt stöder en centralisering av jouren. Dessutom är det nödvändigt att utveckla universitetssjukhusens arbetsfördelning och när det gäller vissa funktioner reglera sjukhusens arbetsfördelning och centraliseringen av vissa åtgärder, framför allt inom kirurgin, eftersom ett större antal ingrepp och operationer vid en enhet konsekvent leder till bättre vårdkvalitet.

Det är inte enbart fråga om exempelvis ökad kompetens hos den opererande kirurgen, utan att kompetensen och kvaliteten hos hela vårdteamet förbättras. I en stor åtgärdsvolym är det lätt att bygga in en systematisk utveckling av processen, kvalitetsmätning och planering av eftervård och rehabilitering. Detta gäller till exempel protes- och canceroperationer.

I statsrådets förordning om ordnande och centralisering av den högspecialiserade sjukvården föreskrivs i första hand om centralisering på riksnivå, men förordningen styr i praktiken inte centraliseringen av den regionala specialiserade sjukvården.

En centralisering av vården på riksnivå till färre än fem sjukhus har i många avseenden fungerat bra. Centraliseringen av exempelvis organtransplantationer och öppen hjärtkirurgi hos barn till Helsingfors universitetssjukhus har möjliggjort en internationellt hög nivå på verksamheten. Samtidigt har läkarvetenskapen utvecklats snabbt och lagstiftningen är ofta ett alldeles för osmidigt redskap för att den ska kunna definiera det samlade behovet av kompetens i synnerhet när det gäller sällsynta sjukdomar och åtgärder. Sällsynta sjukdomar och skador är ofta komplexa och skiljer sig i hög grad åt i fråga om graden av allvar och uttrycksformer. För närvarande uppskattas antalet olika sällsynta sjukdomar och skador till 6 000—8 000. Antalet olika medicinska åtgärder och behandlingar är ännu fler. Det skulle därför vara ett problem att räkna upp dem i en förordning. Det är mer ändamålsenligt att i lagstiftningen dra upp huvudlinjerna för en centralisering till färre än fem sjukhus. Universitetssjukhusen kan sinsemellan komma överens om detaljerna när det gäller centraliseringen på riksnivå. Enheter med specialkompetens och specialistläkarföreningar har ofta lyckats göra detta utan stöd av författningar exempelvis i fråga om barnsjukdomar.

För att samordna den specialiserade sjukvården ska enligt hälso- och sjukvårdslagen samkommunerna för sjukvårdsdistrikten inom ett specialupptagningsområde ingå avtal om ordnande av specialiserad sjukvård. I avtalet ska parterna komma överens om arbetsfördelningen och samordningen av verksamheten mellan samkommunerna för sjukvårdsdistrikten i specialupptagningsområdet och om principerna för införande av nya metoder. Regionala överenskommelser om arbetsfördelningen har ofta inneburit att man godkänt det aktuella läget, och arbetsfördelningen har inte i alla avseenden främjat hälso- och sjukvårdens kvalitet, patientsäkerhet, utfall, produktivitet och effektivitet. Följden har ofta varit att små sjukhus sällan utfört krävande åtgärder, varvid också de ekonomiska och personella resurserna vid verksamhetsenheten samt kompetensen har kunnat vara bristfälliga. Detta har inte i alla avseenden tryggt bästa möjliga vård oberoende av boningsort. Vid större enheter har det dessutom varit svårt att hålla jour dygnet runt på grund av att verksamheten dagtid och således också personalen varit otillräcklig.

Brådskande vård och jour

I ett internationellt perspektiv har nattjouren inom primärvården i Finland tidigare varit synnerligen omfattande. Utvecklingen av den prehospitala akutsjukvården och akutmedicinen samt inflyttningen till tätorter har minskat behovet av nattjour inom primärvården. Förordningen om brådskande vård som utfärdats med stöd av hälso- och sjukvårdslagen har i sin tur också påverkat centraliseringen av förlossningsverksamheten. För närvarande finns det cirka

40 serviceenheter med jour dygnet runt, medan det enligt Institutet för hälsa och välfärds utredning 2011 fanns över 60 enheter.

Trots de kvalitetskrav som ställs i förordningen om brådskande vård har den elektiva kirurgiska verksamheten och jourverksamheten minskat bara vid några få sjukhus. Tvärtom har beredskapen ofta utökats, vilket innebär merkostnader. I fortsättningen är det nödvändigt att koncentrera också elektiv kirurgisk verksamhet bara till sjukhus som bedriver jour dygnet runt för att trygga patientsäkerheten, stävja kostnaderna och säkerställa tillräckligt med personal. Till exempel protesoperationer av höft görs fortfarande vid 55 sjukhus och krävande kirurgiska revisioner vid så många som 35 sjukhus. Bara vid sjukhus med jour dygnet runt kan man erbjuda högkvalitativ behandling av kirurgiska komplikationer utan att det medför extra kostnader. Om man beaktar såväl behovet av att centralisera vissa kirurgiska åtgärder som kravet på att tillhandahålla omfattande jour dygnet runt, blir följden att samjouren vid en del sjukhus som erbjuder mer begränsad dygnet runt-jour i fortsättningen inte kommer att omfatta kirurgisk jour dygnet runt.

Det finns än så länge ingen bindande definition av kriterierna för sjukhus med omfattande jour dygnet runt. Enligt etablerad uppfattning ska en sådan enhet förutom mjukdelskirurgi samt specialiteterna ortopedi och traumatologi också kunna ta hand om riskfyllda förlossningar och barnsjukdomar. I serviceutbudet vid sådana sjukhus ingår centralt också intensivvårdsavdelning, intensivövervakning/hjärtövervakning samt en avdelning för intensivövervakning av nyfödda. Vid dessa enheter ska jour hållas åtminstone inom följande specialiteter: kirurgi (traumatologi samt gastroenterologisk kirurgi för sig), anesthesiologi och intensivvård, kvinnosjukdomar och förlossningar, barnsjukdomar, internmedicin, neurologi, psykiatri, radiologi samt allmänmedicin eller geriatri och akutmedicin. Dessutom ska villkoren för enskilda medicinska specialiteter uppfyllas liksom andra villkor i förordningen om brådskande vård.

För närvarande är det universitetssjukhusen och de största centralsjukhusen som har omfattande jourberedskap. Det största problemet när det gäller att upprätthålla omfattande jour är tillgången till personal. För att sköta en jourvakans med egen arbetskraft krävs det 10–12 specialistläkartjänster på området vid den enhet som ordnar jour. För tunga aktiva jourer behövs det ännu fler tjänster. Problemen med tillgången till personal visar sig särskilt när man ska ordna jour för barnsjukdomar och neurologi. Vid många små centralsjukhus finns det få specialistläkartjänster inom barnsjukdomar och det har varit svårt att tillsätta dem. Även om akuta neurologiska problem, såsom cerebrovaskulära störningar, är vanliga, räcker för närvarande inte tjänstebaserna ens vid de största centralsjukhusen till för att ordna jour för neurologi. En förtätning av sjukhusnätet gör det möjligt för sjukhusen att få arbetskraft såväl till verksamheten dagtid som till jour av hög kvalitet.

Inom primärvården har man traditionellt tagit om hand olika brådskande och icke-brådskande patientfall under dagtid och fördelat arbetet på lämpligt sätt mellan olika uppgifter. Inom primärvården används också drop in-mottagningar för brådskande besök dit patienten kan söka sig utan tidsbokning. Det ordnas drop in-mottagningar också kvällstid samt dagtid under veckosluten då patienten antingen har bokat tid på förhand eller kommer dit utan tidsbokning. Drop in-mottagningarna är avsedda för behandling och vård av lindrigare sjukdomar.

Centraliseringen av jourenheter förutsätter att det blir lättare för befolkningen att få tillträde till brådskande vård vid mottagningar för icke-brådskande vård på basnivå eller vid drop in-mottagningar. Författningarna bör utvecklas så att de stöder brådskande vård under tjänstetid och dessutom inrättande av kvälls- och veckoslutmottagningar som tillgodoser befolkningens behov. Målet bör också vara att minska behovet av oplanerad brådskande vård, bland annat med hjälp av den gemensamma klientplanen för social- och hälsovården som kommer att föras in i det Nationella hälsoarkivet (Kanta).

Det faktum att det inte har gått att samordna jouren för primärvård och specialiserad sjukvård i alla sjukvårdsdistrikt har gjort det svårare att ordna jour dygnet runt inom munhälsovård i sjukvårdsdistrikten. Det har än så länge inte heller gått att hitta lokallösningar för jouren vid alla samjoursenheter. Vid oberoende små jourenheter för munhälsovård är det inte möjligt att erbjuda nödvändiga omedelbara konsultationer inom olika medicinska specialiteter. Det finns problem också när det gäller tillgången till brådsakande fortsatt vård. Att bygga särskilda jourlokaler för munhälsovård ökar också kostnaderna, som kan minskas om att man utnyttjar gemensamma lokaler och gemensam personal.

Joursystemet inom munhälsovården har behandlats upprepade gånger vid olika myndighetsinstanser. Enligt myndigheternas utredningar om joursystemet är väntetiden till en jourmottagning i vissa regioner för lång och grunderna för att få komma till jouren inte enhetliga. De långa väntetiderna innebär att patientsäkerheten äventyras.

Jourbesöken inom munhälsovården ökar kontinuerligt, vilket visar att det finns ett behov av att utveckla jourverksamheten. Under de senaste åren har till exempel antalet allvarliga tandrelaterade infektioner som ofta kräver långvarig behandling ökat. Sådana situationer kan förebyggas med tidiga åtgärder vid jourenheterna.

Prehospital akutsjukvård

Under de senaste fem åren har mängden uppgifter inom den prehospitala akutsjukvården ökat betydligt, utan att det går att peka på någon enskild faktor som förklarar detta. Till ökningen har bidragit åtminstone nödcentralsreformen och den regionala avvecklingen av vårdplatser vid vårdinrättningarna förknippat med en överföring av patienterna för intensifierad vård och omvårdnad i hemmet, i synnerhet när det gäller äldre och kroniskt sjuka patientgrupper. Detta har också lett till att en allt större del av uppgifterna inom den prehospitala akutsjukvården överförs till inrättningar för vård och omsorg. För dessa patienters del kräver en bedömning av situationen den omfattande utbildning och erfarenhet som yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården har.

Den ökade mängden uppgifter inom den prehospitala akutsjukvården beror i viss mån på dålig samordning av hälso- och sjukvårdens telefonrådgivning på riksnivå och i förhållande till nödcentralsverksamheten och dessutom på bristen på samarbete och planering när det gäller den prehospitala akutsjukvården och andra jourtjänster som ges hemma.

I Finland varierar behoven av resurser för prehospital akutsjukvård regionalt och framför allt tidsmässigt även i samma region. Vid tilldelningen av resurser för prehospital akutsjukvård händer det ofta att man inte beaktar behovsvariationen med avseende på tid och region. I Valviras rapport (2014) konstaterades det stora skillnader mellan sjukhusdistrikten ifråga om jämlik tillgång till prehospital akutsjukvård. Enligt samma rapport fanns det skillnader också i fråga om såväl egenkontroll som samordning av den prehospitala akutsjukvården i sjukvårdsdistrikten i regionen, vilket är en uppgift för centralerna för prehospital akutsjukvård.

I bland annat Institutet för hälsa och välfärds utredning (2015) konstateras det att informationshanteringen inom den prehospitala akutsjukvården är splittrad. Det går inte att få tag på nationellt heltäckande och tillförlitlig information om verksamheten inom den prehospitala akutsjukvården ens för de enklaste nyckeltalens del. Genom införandet av nödcentralernas nya informationssystem (Erica) och myndigheternas gemensamma fältledningssystem (Kejo) samt anknytande nationella elektroniska patientjournal för prehospital akutsjukvård öppnas möjligheten att samla all information som gäller ledning, rapportering, utveckling, tillsyn och planering på området i ett datalager för den prehospitala akutsjukvården.

Socialjour

I Institutet för hälsa och välfärds utredning om jourverksamheten inom social- och hälsovården (2011) konstateras det, förutom att socialjoursarbetet innehållsmässigt är tungt och kräver mycket av den som utför det, att olika metoder och modeller för att ordna socialjour gör att utvecklingen och övervakningen av arbetet på riksnivå blir en utmaning. Avsaknaden av en systematisk utveckling av socialjouren lyftes fram som ett av de största problemen inom socialjoursverksamheten också i den rikstäckande enkät som social- och hälsovårdsministeriet och Valvira genomförde 2016. Små aktörer har inte tillräckliga möjligheter att avsätta resurser för utvecklingen av jourpersonalens arbete, vilket utgör ett hot mot den specialkompetens och den kvalitet som socialjoursarbetet förutsätter liksom mot säkerheten. Detta visar sig till exempel i bristfälliga kunskaper om krisarbete. Bristande kompetens är ett hot i synnerhet i de regionala samarbetsmodeller som innebär att jourarbetet sköts som särskilt uppdrag under eventuellt sällsynta jourskift. I resultaten av Institutet för hälsa och välfärds jourundersökning 2011 och social- och hälsovårdsministeriets och Valviras enkät framträdde tydligt ett stort behov av att utveckla socialjourens verksamhetsmodeller, att anslå tillräckligt med resurser för tjänsterna, att kontinuerligt stärka personalens yrkeskompetens och finslipa rutinerna för det multidisciplinära samarbetet.

I februari–mars 2016 ordnade social- och hälsovårdsministeriet utfrågningar kring beredningen av regeringspropositionen. Också under utfrågningarna kring jourreformen lyfte man fram frågan om resursernas tillräcklighet och de kompetenskrav som socialjoursarbetet ställer. Socialjour som ordnats inom en ekonomisk region har i många fall gjort det möjligt att stärka samarbetet i regionen och beakta de regionala särdragen. Fördelen med beredskapsjour som utförs som särskilt uppdrag är att personalen på grund av sitt egentliga arbete känner väl till de lokala förhållandena och tjänsterna. Också en del av klienterna är tidigare bekanta. Däremot sågs arbetsbelastningen som ett problem liksom att arbetet är ensamt. Också i social- och hälsovårdsministeriets socialjoursenkät uppgav hälften av dem som besvarade enkäten att de inte alltid har möjlighet att arbeta i par. Detta upplevdes som ett stort hot mot professionaliteten och arbetssäkerheten inom socialjouren.

Under de senaste åren har antalet separata socialjoursenheter ökat, vilket har gjort det möjligt för de anställda att specialisera sig, minskat arbetsbelastningen och gett de anställda bättre arbetsledning och kamratstöd. En välfungerande socialjour ökar kommuninvånarnas säkerhet och trygghetskänsla genom att den gett kommuninvånarna tillgång till kompetent och professionell socialservice också utanför tjänstetid. Vid utfrågningarna påpekades det att också erfarenheterna av rekrytering till de centraliserade enheterna har varit positiva och det där har varit lättare att hitta behöriga socialarbetare än till jourarbete som utförs som särskilt uppdrag vid sidan av det egna arbetet.

Enligt socialjoursenkäten var polisen och nödcentralen de viktigaste samarbetsparterna i arbetet. Socialjourspersonalen såg den prehospitla akutsjukvården som den främsta samarbetsinstansen inom hälso- och sjukvården. I enkätsvaren framhövdes polisens roll. Polisens handräckning till socialjouren är en viktig garant för säkerheten i arbetet. Regionala variationer i hur samarbetet genomförs och i möjligheterna att få handräckning lyftes också fram i samband med utfrågningarna. I akuta situationer betonas vikten av ett smidigt och gott samarbete mellan olika myndigheter. Lagstiftningen är förpliktande, handräckning måste ges då den begärs. Bristen på information yttrar sig i misslyckat samarbete. Osäkerhet i fråga om skyldigheten att ge handräckning och å andra sidan en rädsla för att bryta mot lagen kan leda till att handräckning inte ges på begäran eller att den dröjer utan någon orsak som har sin grund i lag. Om samarbetet är fortlöpande och/eller förtrogenheten med lagstiftningen är aktuell löper samarbetet bra. Enligt justitieombudsmannens avgörande dnr 2308/4/03 har polisen i princip

inte rätt att bedöma hur nödvändig en begäran om handräckning är, utan behovet bedöms av en socialvårdsmyndighet. Enligt justitieombudsmannen får polisen vägra ge handräckning bara om det är fråga om en klart lagstridig begäran. Enligt Polisstyrelsens anvisning från 2011 får polisen vägra ge handräckning om begäran är påtagligt bristfällig och den inte kompletteras på begäran eller den som begär handräckning inte är behörig att göra det. Enligt anvisningen kan polisen också flytta fram handräckningen till en mer lämplig och ändamålsenlig tidpunkt, om handräckningen inte är brådskande. I anvisningen konstateras det också att polisen själv alltid ska avgöra arten och omfattningen av eventuellt våld. Vid bedömningen av våldets proportionalitet beaktas den syn på saken som den som begär handräckning har, dock med hänsyn till att den sociala myndigheten inte har fått utbildning i att tillämpa polisens bestämmelser om våld. Dessutom bör man beakta att handräckningsuppgifter också berörs av andra verksamhetsprinciper i polislagen. Det skulle vara möjligt att i hög grad förbättra samarbetet genom utbildning.

Samarbetet med hälso- och sjukvården är enligt enkäten inte så omfattande, men det sågs allmänt som viktigt att utveckla samarbetet. Enligt Institutet för hälsa och välfärds utredning från 2011 saknades socialjournsverksamheten ofta eller var en outnyttjad resurs inom den somatiska jouren. Numera ordnas jourverksamheten i Uleåborg, Esbo, Satakunta och Kouvolaa vid samma verksamhetsenhet som hälso- och sjukvården. Också i Vanda har man erfarenhet av att dela lokaler med hälso- och sjukvården och i bland annat S:t Michel och Hyvinge har man gått in för att utveckla verksamheten. I gensvaret från remissbehandlingen av jourreformen framhölls starkt vikten av ökat samarbete mellan hälso- och sjukvården och socialvården och behovet av utveckling. Samarbetet mellan hälsosocialt arbete och kommunalt socialarbete bör enligt utfrågningarna och utlåtandena utökas och intensifieras. Enligt utlåtandena förutsätter socialarbetet inom både hälso- och sjukvården och socialjournen särskild kompetens och de kan inte ersätta varandra, men för att säkerställa smidiga servicekedjor lämpar de sig bra som komplement till varandra. I arbetet ingår också i någon mån identifierade överlappningar.

Även om också en socialarbetare deltar i verksamheten i alla sjukvårdsdistrikt, har bara några få distrikt erfarenhet av en gemensam social- och hälsovårdsjour. I sjukvårdsdistrikten är det ofta socialarbetarnas uppgift att hjälpa till med vården av såväl somatiskt som psykiskt sjuka patienter. Socialarbetare inom psykiatri har vanligen ett terapeutiskt grepp om arbetet och många har en terapeututbildning. Arbetet inom somatiska specialiteter är mer inriktat på fysiska sjukdomar och bedömning av patientens servicebehov och utifrån det på rådgivning och servicehandledning för att ge patienten förutsättningar att på bästa möjliga sätt leva med sin sjukdom. Också de socialarbetare inom hälso- och sjukvården som arbetar på avdelningarna har splittrade erfarenheter av samarbetet med socialjournen, eftersom samarbetspartnerna inom socialvården främst har varit socialvårdspersonal som erbjuder service under tjänstetid. Närmare 80 procent av företrädarna för det sociala arbetet inom hälso- och sjukvården som besvarat social- och hälsovårdsministeriets enkät om socialarbetet i sjukvårdsdistrikten ansåg att man inom vården i sjukvårdsdistrikten inte i tillräcklig utsträckning utnyttjar resurserna inom socialarbetet. Vidare ansåg de att kompetensområdet för socialt arbete inte är tillräckligt väl känt inom vården, och alla som behöver socialvård hänvisas inte till en socialarbetare för bedömning. I utlåtandena identifierades överlappande arbete i synnerhet vid bedömningen av servicebehovet.

Vid de gemensamma utfrågningarna av social- och hälsovården med anledning av beredningen av regeringspropositionen förde i synnerhet företrädarna för hälso- och sjukvården starkt fram patienternas erkända behov av att i högre grad få tillgång till socialvårdens kompetens och stöd i samband med jouren inom specialiserad sjukvård och annan hälso- och sjukvård. Det bedömdes att klienterna ha särskild nytta av gemensamma serviceställen med multidisciplinära team som erbjuder hjälp i akuta situationer. Det ansågs finnas ett behov av att sänka skiljemuren mellan det sociala arbetet inom hälso- och sjukvården och det kommunala social-

arbetet och att intensifiera samarbetsrutinerna. Samma behov av att intensifiera och utveckla samarbetet framkom i sjukvårdsdistrikten utifrån den enkät om socialt arbete som riktade sig till distrikten (SHM 2016). Smidigt samarbete och samtidig kartläggning av klienternas behov av vård och service ansågs ha stora kostnadseffekter, om det är möjligt att minimera klientens sjukhusvård med hjälp av andra lämpliga och snabba tjänster.

Jourklienternas medvetna behov av en mer genomgripande utredning av den sociala situationen var bakgrund till jouten vid Mellersta Finlands centralsjukhus (projektet Keski-Suomen sote 2020 från 2016), där man i slutet av 2015 ordnade ett tremånaders pilotprojekt vars syfte var att förbättra servicekvaliteten och servicen till jourklienterna och dess inriktning på helheten. Under pilotprojektet tiofaldigades antalet konsultationer. Den främsta orsaken till ökningen ansågs vara att det var lättare att få kontakt med socialarbetarna som utförde ett bättre arbete på plats som medlem i en jourgrupp. Socialarbetarna hade möjlighet att delta i utredningen av klientens situation samtidigt som klienten undersöktes och togs om hand även i övrigt. På basis av erfarenheterna av pilotprojektet har verksamheten fortsatt.

Under utfrågningarna våren 2016 lyfte man också fram problemen med samarbetet mellan social- och hälsovården. Inom hälso- och sjukvården kan man inte alltid identifiera klienternas servicebehov och klienthandledningen fungerar inte alltid på önskat sätt. Socialjourerna påpekade också att ett servicebehov som konstaterats inom hälso- och sjukvården inte alltid är akut eller brådskande, utan att det bör kunna åtgärdas under tjänstetid inom ramen för normala samarbetsmodeller. En brist i samarbetet ansågs vara avsaknaden av en gemensam klientorienterad process. Om det inte görs någon gemensam bedömning av servicebehovet kan såväl arbetstagarna som klienterna hamna i en situation då socialservicen förväntas ersätta en icke fungerande hälso- och sjukvård. Inom hälso- och sjukvården upplever man å andra sidan att man tvingas använda dyra vårdplatser inom den specialiserade sjukvården utan att möjligheten att anlita socialservice har bedömts. Äldre vårdas allt oftare hemma, vilket också har ökat betydelsen av gemensamt jourarbete. Positiva erfarenheter av samarbetet mellan social- och hälsovården lyftes fram inom krisarbetet och i samarbetet inom den akuta missbrukarvården, såsom vid skyddshärbärgen eller inom mentalvårdsarbetet. Som ett positivt exempel sågs också de hembesök och det arbete i par som utfördes inom den specialiserade sjukvården av en mobil arbetsgrupp för intensifierad öppenvård.

För att ordna fungerande tjänster tillsammans med socialjourer, jourpolikliniker, prehospital akutsjukvård och räddningsmyndigheter behöver det finnas klara och tydliga samarbetsförfaranden med tanke på olika situationer, till exempel för hur psykosocialt stöd ska ordnas och tillhandahållas. Nuvarande situation är inte tillräckligt tydlig exempelvis när det gäller beredskapen inför storolyckor. Nämnden för undersökning av olyckor har upprepade gånger anmärkt på social- och hälsovårdsministeriet för brister i samordningen av psykosocialt stöd och för oklarheter i lagstiftningen. Det har konstaterats brister i systemet och social- och hälsovårdsministeriet har fått åtgärdsrekommendationer bland annat i rapporten från undersökningen av tsunamikatastrofen 2005. Bristerna påtalades senast i rapporten från undersökningen av flygolyckan i Jämijärvi 2014. I rapporten upprepade nämnden för undersökning av olyckor som undersökt skolmassakern i Kauhajoki den säkerhetsrekommendation om psykosocialt stöd som den utfärdade 2008.

Kommunernas skyldighet att tydligt och lättillgängligt informera om tillgången till tjänster genomförs inte alltid. Socialjouten ska kunna kontaktas alla tider på dygnet, och brådskande socialservice tillhandahållas enligt bestämmelserna i lag. Om det är svårt att få kontakt med personalen, telefontiderna är begränsade och byråerna har varierande öppettider eller kontaktuppgifterna till den som ansvarar för ett jourfall är otydliga kan det förhindra skötseln av fallet under tjänstetid. Också nödcentralerna har erfarenheter av att det tidvis varit svårt att få kon-

takt. Vid de kommunala enheter som erbjuder jour under tjänstetid vid sidan om det egentliga arbetet har kontakten mellan myndigheterna varit särskilt problematisk.

Utanför tjänstetid, dvs. kvällar, nätter och veckoslut, har socialjouren ofta ordnats som en s.k. service med hög tröskel, vilket innebär att socialjouren kan kontaktas bara via nödcentralen. Om socialjouren ska kontaktas via nödcentralen, leder det till att tröskeln för kontakt blir avsevärt högre än om personen själv kan kontakta socialjouren. Bara omkring en fjärdedel av de nuvarande socialjourerna har ett direktnummer som klienterna själva kan ringa till. När det gäller tillgången till service försätter regionala och funktionella skillnader i servicemodellen klienterna i en mycket ojämlig ställning.

I social- och hälsovårdsministeriets utredning om kommunernas beredskapsplaner för socialväsendet konstateras det att socialväsandets larmsystem är bristfälligt ordnat såväl under som utanför tjänstetid. Skillnaderna mellan små områden med under 20 000 invånare och stora med över 20 000 invånare är statistiskt signifikanta. I stora områden är 34 procent av larmsystemen välplanerade, medan motsvarande siffra för mindre områden är 11 procent. Organiseringen av jour- och larmsystemen är en central del av god beredskap för krissituationer och störningar.

Tillsynsmyndigheternas roll

Tillsynsmyndigheternas verksamhet stöder för sin del utvecklingen av lagstiftningen och korrigeringen av redan konstaterade missförhållanden. Det riksomfattande tillsynsprogrammet för social- och hälsovården för 2016—2019 drar upp riktlinjerna för de strategiska huvudmålen för Valvira och regionförvaltningsverkens tillsyn för regeringsprogramperioden och för tyngdpunktsområdena för tillsynen under 2016. Tillsynsprogrammet utgår från målen i regeringsprogrammet.

Tillsynsmyndigheterna kommer under tillsynsprogramperioden att inrikta den planenliga tillsynen utifrån tre helheter. Dessa är servicestrukturen, tillgången till tjänster samt tjänsternas innehåll och kvalitet. Pågående förändringar i social- och hälsovårdens omvärld kommer märkbart att påverka servicestrukturen inom social- och hälsovården. Det främsta målet är att öka integrationen mellan socialvården och hälsovården. Tillsynsmyndigheterna kommer att stödja målet genom planenlig tillsyn. Tyngdpunkten under tillsynsprogramperioden ligger på en starkare integration mellan social- och hälsovården genom tillsyn av servicestrukturen.

Den planenliga tillsynen inriktas på tillsynsobjekt som årligen väljs ut utgående från en riskbedömning, dvs. på objekt som bedöms medföra störst risk för klient- och patientsäkerheten. Jourverksamheten är ett av tyngdpunktsområdena 2016.

För socialjourens del finns i bakgrunden också tillsynsmyndigheternas observationer om splittringen inom socialjouren och det hittills mycket anspråkslösa samarbetet med hälso- och sjukvårdsjouren. Syftet med tillsynen av jourverksamheten är att säkerställa en integration mellan social- och hälsovården.

Genom styrnings- och bedömningsrutinerna för socialjouren vill man samtidigt uppmärksamma samarbetet med den prehospitla akutsjukvården. Dessutom fästs vikt vid egenkontroll och möjligheterna att ordna socialjour dygnet runt för att tillförsäkra invånarna brådskande och nödvändig hjälp och trygga vårdvägarnas kontinuitet som ett led i jourarbetet.

3 Målsättning och de viktigaste förslagen

3.1 Målsättning

Propositionen har som mål att säkerställa en jämlik tillgång på tjänster, tillräcklig kompetens vid den vårdenhet som tillhandahåller tjänsterna samt klient- och patientsäkerhet. Ett ytterligare mål är att hejda kostnadsutvecklingen.

Genom de föreslagna ändringarna vill man styra reformen av sjukhusnätet och jourenheterna. Med hjälp av strukturella reformer inom den specialiserade sjukvården, centralisering av dygnet runt-jouren och stärkt integration mellan social- och hälsovården är det möjligt att hejda kostnadsutvecklingen inom den specialiserade sjukvården och uppnå besparingar redan innan reformen av social- och hälsovården och regionförvaltningen har genomförts fullt ut. Målet är att förtäta sjukhus- och journätet så att det tillgodoser invånarnas behov på nationellt samordnade och enhetliga grunder. Genom att centralerna för prehospitalet akutsjukvård och socialjourerna i regionen deltar i upprättandet av förberedelse- och beredskapsplaner tillsammans med andra myndigheter och aktörer försöker man förenhetliga och utöka samarbetet mellan olika myndigheter och verksamhetsområden och på så sätt förbättra social- och hälsovårdens beredskapsförmåga vid storolyckor och i andra exceptionella situationer.

Propositionen har dessutom som mål att främja en jämlik tillgång till socialvård vid sidan av hälso- och sjukvården, stärka ett klientorienterat och övergripande synsätt för att bemöta klienternas behov samt trygga tillgången till stöd i människors egen vardagsmiljö. Målet är att stärka och främja ett multidisciplinärt samarbete och på så sätt trygga verksamhetsvillkoren för socialvården när det gäller frågor som hör till dess ansvars- och kompetensområde. Genom att stärka socialvårdsjourens roll som en del av hälso- och sjukvårdsjouren blir det möjligt att tillhandahålla ändamålsenliga tjänster vid rätt tidpunkt. Samtidigt är det viktigt att se till att servicen under tjänstetid fungerar och att också jourarbetet under tjänstetid löper smidigt.

3.2 Alternativ

De föreslagna ändringarna i propositionen har som mål att omforma strukturerna inom jourverksamheten så att de bättre överensstämmer med kommande strukturer i social- och hälsovårds- och landskapsreformen. Regeringen drog i november 2015 upp riktlinjerna för den fortsatta beredningen av social- och hälsovårds- och landskapsreformen. Enligt riktlinjerna ska ansvaret för att ordna social- och hälsovårdstjänster överföras från kommunerna och samkommunerna till 18 självstyrande områden. I det sammanhanget beslutade regeringen att antalet enheter med omfattande jour dygnet runt (centralsjukhus och socialjoursenheter i anslutning till dem) ska uppgå till tolv. Övriga nuvarande centralsjukhus fortsätter som enheter med mer begränsad jourverksamhet dygnet runt med stöd av nätverket av tolv sjukhusenheter med omfattande jour och systemet med prehospitalet akutsjukvård. På detta sätt finns det med beaktande av avstånd och andra regionala särdrag tillgång till jour dygnet runt och annan högspecialiserad vård i alla delar av landet. Helsingforsregionens universitetscentralsjukhus, Tammerfors universitetssjukhus, Åbo universitetscentralsjukhus, Uleåborgs universitetssjukhus och Kuopio universitetssjukhus fortsätter som universitetssjukhus.

I sina riktlinjer fastställde regeringen antalet enheter med omfattande jour dygnet runt till tolv, eftersom man med det antalet kan uppnå optimal patientsäkerhet, genomslagskraft, ekonomi och tillgång till tjänster. En viktig faktor är tillgången till kompetent personal. Patientsäkerhet och tillgång till kompetent personal är också ekonomiska frågor, eftersom konkurrensen om personalen höjer kostnaderna och alltför små sjukhus med omfattande service leder till att dyr apparatinfrastruktur underutnyttjas och möjliggör inte en tillräckligt stor patientström med

tanke på kompetensutvecklingen och patientsäkerheten. Kravet på tillgång, tillgänglighet samt patient- och klientsäkerhet tillgodoses bäst om jourområdena är tillräckligt stora och sinsemellan tillräckligt likartade. Ett större antal än det föreslagna skulle medföra att en del av jourområdena blir för små för att man ska kunna hantera de slumpmässiga variationerna och trygga tillgången till enhetliga tjänster.

För att upprätthålla en omfattande jourenhet krävs det ett tillräckligt brett befolkningsunderlag (uppskattningsvis minst cirka 200 000—250 000 invånare) och en tillräckligt stor egen personal. En omfattande jourenhet är funktionellt integrerad och bidrar på ett avgörande sätt till att basservicen fungerar. Vid planeringen av journätverket har man också beaktat tillgången till service ur befolkningens synvinkel.

När verksamheten planeras har jourenheterna en central ställning, eftersom de fungerar som en knutpunkt för integrerade tjänster och smidiga servicekedjor. Omkring hälften, och inom vissa specialiteter upp till 70—80 procent av dem som tas in på sjukhus kommer via jouren. Jour och prehospita akutvård behöver planeras som en helhet, eftersom den prehospita akutsjukvården utanför sjukhuset erbjuder brådskande vård i patientens hem eller på olycksplatsen och på så sätt kan minska antalet oplanerade besök. Å andra sidan måste jourverksamheten vara nära knuten till andra social- och hälsovårdstjänster, för att patienten vid behov så snabbt som möjligt efter ett jourbesök ska kunna återvända hem och till öppenvården via en rehabiliteringsenhet. Så kan man undvika stora kostnader för onödig och långvarig specialiserad sjukvård.

Det är dyrt att upprätthålla jourberedskap dygnet runt, särskilt vid omfattande jourenheter, eftersom man måste ha beredskap 24/7 för att tillgodose behovet av brådskande vård och annan service och för variationer i den omedelbara fortsatta vården. Jourenheten ska ha en tillräcklig volym för en planerad verksamhet dagtid så att verksamheten kan utformas smidigt och samtidigt effektivt med tanke på användningen (av i synnerhet personalen och stödtjänsterna). På basis av erfarenheter kan man utgå från att den infrastruktur som behövs för omfattande jourenheter kan byggas upp i cirka tolv enheter. Framför allt tillgången på läkararbetskraft för vissa specialiteter begränsar i praktiken antalet hållbara enheter. Med den optimala lösningen med tolv jourområden kan man få tillräckligt med personal och kompetens inom olika specialiteter och krävande socialförvaltning till de omfattande jourenheterna.

Med detta antal kan tillgången till omfattande jourenheter ses som godtagbart också med tanke på klient- och patientsäkerheten. Restiden till närmaste omfattande jourenhet blir då under 30 minuter för 50 procent av befolkningen och under 50 minuter för 80 procent av befolkningen. Med detta antal kan de omfattande jourenheterna nås lika bra som om antalet var några enheter fler. Om det däremot fanns fler omfattande jourenheter, skulle överlappningar i journätverket leda till ineffektivitet och betydande och onödiga merkostnader för den offentliga ekonomin. Om antalet understiger tolv, tar det längre tid att nå jourenheterna. Enligt utredningar krävs det minst tio omfattande jourenheter för att patientsäkerheten ska kunna tillgodoses.

Med tanke på ekonomisk hållbarhet är det av största vikt att den nya servicestrukturen införs med beaktande av behoven på lång sikt. Enligt Statistikcentralens befolkningsprognos kommer närmare en halv miljon människor i slutet av 2030 att ha flyttat till de större städerna där det är motiverat att upprätthålla fullskaliga jourenheter. De 12 jourenheter med omfattande jour dygnet runt som ingår i regeringens riktlinjer hade redan fastställts i beredningsfasen som ett led i beredningen av social- och hälsovårds- samt landskapsreformen innan de egentliga förberedelserna av regeringens proposition inleddes. I beredningsfasen övervägdes således inte andra alternativ i fråga om antalet jourenheter med omfattande jour dygnet runt.

Skyldigheten att ordna omfattande jourer dygnet runt är en viktig uppgift som behöver föreskrivas i lag. I den nu föreslagna bestämmelsen anges kriterier för omfattande jour dygnet runt och kriterierna ska preciseras genom förordning som utfärdas med stöd av hälso- och sjukvårdslagen. Det skulle ändå inte vara möjligt att entydigt fastställa vilka tolv sjukvårdsdistrikt som kan upprätthålla omfattande jourenheter bara genom att ange kriterierna för omfattande jour, utan det skulle dessutom behövas en beslutsmodell av något slag för att fastslå vilka dessa tolv enheter är. För att man genom reformen ska få till stånd de besparingar som behövs för att balansera upp den statliga ekonomin, förutsätter reformen ett snabbt genomförande. För att påskynda genomförandet av jourreformen valde man därför en regleringsmodell som innebär att de sjukvårdsdistrikt som ska svara för enheter med jour dygnet runt anges i lag.

De tolv sjukvårdsdistrikt som enligt propositionen ska ha omfattande jour dygnet runt har fastställts så att verksamhetsenheterna med omfattande jouransvar bildar en på riksnivå fungerande helhet. En samlad bedömning av flera faktorer bidrog till valet av sjukvårdsdistrikt, och avgörandet byggde inte på något enskilt kriterium. Den samlade bedömningen påverkades av bland annat kompetensen och resurserna vid enheten. Enheten ska ha en intensivvårdsavdelning, intensivövervakning/hjärtövervakning samt en avdelning för intensivövervakning av nyfödda. Vid dessa enheter ska jour hållas åtminstone inom följande specialiteter: kirurgi (traumatologi samt gastroenterologisk kirurgi för sig), anesthesiologi och intensivvård, kvinnosjukdomar och förlossningar (också komplicerade förlossningar), barnsjukdomar, internmedicin (inklusive kardiologi), neurologi, psykiatri, radiologi samt allmänmedicin eller geriatri och akutmedicin. Dessutom ska villkoren i förordningen om brådskande vård som gäller enskilda medicinska specialiteter (inklusive munhälsovård) liksom övriga villkor vara uppfyllda. I regionen ska det vidare finnas ett tillräckligt befolkningsunderlag på cirka 200 000 invånare och vid bedömningen ska man ha beaktat enheternas tillgänglighet och befolkningens naturliga rörelseriktningar.

Om man ser till hela befolkningen innebär ett system med tolv sjukhus att resan till mer krävande tjänster blir i genomsnitt 26 kilometer (restid 25 minuter, under 50 minuter för 80 % av befolkningen). Bara för 10 procent av invånarna blir sträckan 110 km eller längre (restid 1 timme 27 minuter). Enligt den föreslagna modellen når nästan hela befolkningen ett sjukhus med samjour 24/7 på mindre än två timmar. Valet av enheter med omfattande jour dygnet runt ska stödja den interna arbetsfördelningen inom specialupptagningsområdet. Avsikten är att man i avtalet om ordnande av specialiserad sjukvård enas om serviceutbudet för de central-sjukhus i specialupptagningsområdet som tillhandahåller samjour dygnet runt med beaktande av befolkningens servicebehov inom ramen för jourförordningen och i vissa fall inom ramen för social- och hälsovårdsministeriets dispens (gäller också jour dygnet runt för primärvården/akutmedicinen). Vid behov kan avtalsbaserat samarbete mellan sjukhus med jour dygnet runt ske också över gränsen för sjukvårdsdistriktet liksom över gränsen för specialupptagningsområdet, om det är ändamålsenligt med avseende på servicebehovet, de språkliga rättigheterna och tillgången till personal.

Journätet ska planeras så att det i landets olika delar finns beredskap för olika grader av störningar och även för undantagsförhållanden. Hotbilderna och behoven av myndighetssamarbete har förändrats och överskrider kommungränserna och gränserna för sjukvårdsdistrikten och landskapen. Jämfört med de övriga enheterna med omfattande jour klarar universitetssjukhusen av att i betydligt större utsträckning sköta svåra jourproblem och vårda stora mängder patienter inom sitt eget ansvarsområde. Avsikten är att det mellan dem ska ingås mer heltäckande avtal än tidigare om arbetsfördelningen också för vården av de mest krävande jourpatienterna och skötseln av övrigt nationellt ansvar. Av dessa orsaker ska nätverket av olika jourmottagningar planeras genom att man balanserar upp befolkningens servicebehov i varje område och den nationella helheten.

Centraliseringen av den specialiserade sjukvården har tidigare reglerats genom statsrådets förordning om ordnande och centralisering av den högspecialiserade sjukvården. Läkarkompetenserna utvecklas snabbt och att i en förordning räkna upp den vård som ska centraliseras är inte det bästa möjliga sättet att styra den specialiserade sjukvården. Den vård och de behandlingar som enligt nuvarande förordning ska centraliseras på riksnivå är sällsynta och kräver hög medicinsk kompetens eller utrustning på hög nivå eller särskilt krävande sektorsövergripande vård och medicinsk rehabilitering i direkt anknytning till vården. Att bara uppdatera listan i nuvarande förordning över vård som ska centraliseras skulle inte ha gett tillräcklig styreffekt. Därför var det nödvändigt att föreskriva närmare också om den specialiserade sjukvård som ska centraliseras regionalt och om behovet av sammanhållen bred kompetens.

Syftet med social- och hälsovårdsministeriets förordning om grunderna för brådskande vård och villkoren för jour inom olika medicinska verksamhetsområden är att styra verksamheten mot större enheter genom att fastställa kvalitetskrav. Trots kvalitetskraven i förordningen har den elektiva kirurgin och jourverksamheten minskat bara vid några få sjukhus. Enbart en definition av de kvalitetskrav som ställs på kirurgi har således inte gett tillräcklig styreffekt. Därför föreslås det bestämmelser om arbetsfördelning mellan sjukhusen och om centralisering av all kirurgi som kräver operationssal och anestesi till sjukhus med åtminstone samjour dygnet runt.

För dem som hördes vid de regionala utfrågningarna föreslogs alternativa modeller för socialjour vid hälso- och sjukvårdsenheterna. Det fördes också fram ett alternativ om att socialjour bör ordnas också vid de hälsocentraler som har jour dygnet runt. Denna modell togs inte med i det utkast som sändes för utlåtande, men kommentarerna i frågan har beaktats.

I det lagförslag som hade sänts för utlåtande angavs inte närmare hur socialjournsarbetet ska ordnas vid gemensam jour. I förslaget ingick dock möjligheten att utfärda närmare bestämmelser genom förordning. Under utfrågningen lyftes det fram olika synpunkter bland annat om huruvida juren helt och hållet eller bara till viss del ska ordnas i samarbete med hälso- och sjukvårdsjuren i gemensamma lokaler eller om det räcker med jour under tjänstetid i samma lokaler. Förslaget utgår från att det inte får äventyra samarbetet med andra aktörer eller finnas risk för att de lagstadgade skyldigheterna inte uppfylls om socialjuren ordnas gemensamt med hälso- och sjukvårdsjuren. Särskild vikt bör fästas vid att hembesök och andra uppgifter av jourkaraktär ska kunna skötas på det sätt som förutsätts i lagen. I regeringspropositionen beskrivs omständigheter som bör beaktas när servicen ordnas. Det är också möjligt att närmare ange hur socialjuren ska ordnas i olika områden. Trots lokala skillnader är det tydligt att socialjour som ordnas i samarbete med flera aktörer är mindre utsatt än en jour med inget eller bara obetydligt samarbete. Det är också möjligt att reglera frågan så att de kommuner som har en fungerande samjour åläggs ansvar för att samordna och organisera den övriga regionala socialjuren på ett ändamålsenligt sätt.

På basis av utlåtandena och utfrågningarna har reformen inletts så att den möjliggör olika sätt att agera i enlighet med särdragen i olika områden, dock så att den tryggar medborgarnas jämlikhet. I förslaget ingår fortfarande möjligheten att precisera bestämmelserna genom förordning av statsrådet. I utlåtandena fördes det också fram ett alternativ enligt vilket man i lag särskilt föreskriver om det socialarbete som ska utföras i samband med hälso- och sjukvårdsjuren och som begreppsmässigt skiljer sig från den i lag föreskrivna socialjuren. Eftersom det är fråga om ett lagstiftningsprojekt som föregår den strukturella reformen av social- och hälsovården är det av största vikt att man i lagstiftningen beaktar de strukturella reformer som kommer att genomföras inom den närmaste framtiden och de möjligheter som dessa medför.

Reformens utgångspunkt är att beakta hela det samlade socialarbetet (socialarbete som utförs inom kommunernas primära arbete, socialarbete som utförs vid socialjournsenheterna och det

primära arbetet inom hälso- och sjukvården) så att det bildar en helhet som motsvarar klienternas behov och är kostnadseffektivt samt kontrollera att det inom systemet inte utförs överlappande arbete. Därför är det inte lämpligt att separat utveckla socialjouren och socialarbetet inom hälso- och sjukvården, utan målet är att man inom reformen ska beakta det hälsosociala arbetet samt den sociala styrningen och tillämpa dessa bättre än tidigare på såväl jourarbete som arbetet inom det kommunala socialväsendet. Detta sätt överensstämmer med målet för social- och hälsovårdsreformen om integrerade social- och hälsovårdstjänster och det blir lättare att inleda verksamheten om man övergår till att följa den kommande social- och hälsovårdslagstiftningen.

3.3 De viktigaste förslagen

Syftet är att centralisera den specialiserade sjukvården till större enheter och sammanföra vissa undersökningar, åtgärder och behandlingar på riksnivå och regionalt. Med specialiserad sjukvård som ska centraliseras avses sådana undersökningar eller åtgärder eller sådan vård som är sällan förekommande eller krävande och därför ska kunna upprepas, eller som kräver specialkompetens inom flera områden för att det ska vara möjligt att förvärva och upprätthålla den kunskap och det kunnande som krävs eller betydande resurser i fråga om anordningar och utrustning för att säkerställa kvaliteten, patientsäkerheten, utfallet, produktiviteten och effektiviteten inom hälso- och sjukvården. Sådan operativ verksamhet som kräver operationssal och anestesi ska samordnas till de sjukhus som har samjour dygnet runt för primärvården och den specialiserade sjukvården.

Enligt propositionen ska joursystemet förnyas och de enheter som tillhandahåller brådskande vård definieras på ett nytt sätt. Den mest krävande specialistjouren koncentreras till tolv enheter med omfattande jour dygnet runt av vilka fem är universitetssjukhus som tillhandahåller den mest krävande vården. Vid enheterna med omfattande jour dygnet runt ska det finnas jour och socialjour inom minst cirka tio olika specialiteter. På detta sätt kan man trygga beredskapen i exceptionella situationer och främja en jämlik tillgång till service.

Övriga nuvarande centralsjukhus fortsätter med samjour dygnet runt för primärvården och den specialiserade sjukvården. Enligt förslaget ska den utökas med socialjour. Dessa centralsjukhus ska också ha kvar kompetensen inom de medicinska specialiteter som oftast behövs. I avtalet om ordnande av specialiserad sjukvård ska den exakta arbetsfördelningen mellan jourenheterna inom sjukvårdsdistrikten i ett specialupptagningsområde fastställas. På några andra sjukhus och vissa andra hälsovårdscentraler är det dessutom nödvändigt att ordna jour för primärvården eller akutmedicinen, om tillgången till tjänsterna och avstånden mellan jourenheterna kräver det. För att trygga tillgången till ändamålsenliga tjänster för befolkningen i regionen behövs det också för socialvårdens del andra regionala lösningar utöver omfattande jour dygnet runt och samjourer för primärvården och den specialiserade sjukvården.

Enligt propositionen ska den brådskande vård som ordnas som närservice vid hälsovårdscentralerna stärkas. Brådskande mottagningsverksamhet ska ordnas vid hälsovårdscentralerna vardagar samt kvällar och veckoslut enligt behovet hos befolkningen.

Om den brådskande verksamheten regleras närmare än vad nu är fallet genom den nya förordningen om brådskande vård, blir styrningen till vård på rätt nivå i allvarliga situationer mer adekvat. Större verksamhetsvolymen förbättrar vårdkvaliteten och gör det möjligt att utveckla fungerande kvalitetssystem. Samtidigt kan processerna förnyas så att effektiviteten i verksamheten förbättras och kostnadsbesparingar uppnås. Invånarna har dock alltid rätt att också på eget initiativ söka sig till närmaste jourenhet, som bedömer personens behov av vård.

I fråga om den prehospitala akutsjukvården ska de uppgifter som hör till centralen för prehospital akutsjukvård fastställas så att centralerna bereder de mål för insatstiderna som ska ingå i beslutet om servicenivå på ett enhetligt sätt inom hela specialupptagningsområdet. Dessutom ska beslutet om servicenivå beredas med beaktande av regionens övriga närservice av jourkaraktär som tillhandahålls i hemmen och alla resurser inom den prehospitala akutsjukvården i specialupptagningsområdet, så att tjänsterna kan tillhandahållas så effektivt och ekonomiskt som möjligt. I anslutning till verksamheten vid centralen för prehospital akutsjukvård ska socialjouren i regionen samordna de larmanvisningar som ges till Nödcentralsverket.

De medicinska vårdanvisningarna för den prehospitala akutsjukvården ska förenhetligas på riksnivå så att de nationella anvisningarna för prehospital akutsjukvård kan integreras i den nationella elektroniska patientjournalen för prehospital akutsjukvård som ingår i systemet Kejo. Med hjälp av anvisningarna kan jourhavande läkare inom den prehospitala akutsjukvården besvara vårdpersonalens begäranden om vårdanvisningar via nätverk från vilket verksamhetsställe eller vilken enhet för prehospital akutsjukvård som helst. Dessutom ska den nationella samordningen av beredskapen inom den prehospitala akutsjukvården utökas genom att centralerna för prehospital akutsjukvård åläggs uppgiften att med tanke på den nationella nivån utarbeta beredskapsplaner för sin region tillsammans med socialjouren i regionen, andra myndigheter och centralerna för prehospital akutsjukvård.

Enligt förslaget ska socialjour ordnas såväl vid enheter inom hälso- och sjukvården med omfattande jour dygnet runt som i anslutning till den mer begränsade samjouren för specialiserad sjukvård och primärvård. Samtidigt förtydligas skyldigheten att som ett led i jourservicen ordna psykosocialt stöd samt psyk- och missbruksjour i samarbete med social- och hälsovården. Vid alla enheter som håller jour bör det finnas tillräckligt med resurser och tillräcklig kompetens. Vid behov är det möjligt att genom förordning precisera hur samarbetet ska ordnas. Reformen förutsätter inte att hela socialjouren samordnas till hälso- och sjukvården. Det är viktigt att skapa fungerande samarbetsrutiner också vid de hälso- och sjukvårdsenheter för vilka det inte föreskrivs särskilt om samarbetsstrukturer. Sådana enheter är till exempel jourhavande enheter inom primärvården. Minimikravet för alla strukturella förändringar är att klienternas rättssäkerhet förbättras genom reformen.

För att säkerställa kompetensen och på det sättet klientsäkerheten och servicekvaliteten kan man koncentrera den sociala servicen till ett och samma ställe och tillhandahålla den nationellt eller regionalt tillsammans med andra hälsovårdstjänster eller efter behov tillsammans med andra tjänster.

För att servicen ska vara smidig såväl vid icke-brådsakande som brådsakande vård bör man bedöma om det finns ett eventuellt behov av socialvård. Målet är att bedömningen av ett eventuellt behov av socialservice ska bli en lagstadgad del av hälso- och sjukvårdsarbetet och att samarbetet mellan social- och hälsovården en del av det dagliga arbetet. Med hjälp av regleringen kan man också förhindra att jouren fylls med hjälpbehov av det slag som kan åtgärdas under tjänstetid.

I propositionen har man utgått från att de drog- och mentalvårdsklienter som är i behov av flera tjänster ska få tillräckligt med hjälp oberoende av vilken organisation de utgår från när de söker hjälp eller hjälpbehovet upptäcks. Enligt förslaget kommer kommunerna att ha tillgång till olika metoder för att utveckla socialjourns arbetet med regionala behov, befintliga goda modeller och kommunalt samarbete som grund i syfte att genomföra de ändringar som lagen förutsätter. Jouren inom mentalvården och drogarbetet bör ordnas i anslutning till såväl socialvårdens som hälso- och sjukvårdens jour.

4 Propositionens konsekvenser

4.1 Ekonomiska konsekvenser

Förslag som ingår i flera reformer hejdar kostnadsökningen eller möjliggör kostnadsbesparingar som medverkar till att bemästra kostnadsutvecklingen. I propositionen ingår också några faktorer som kan leda till en ökning av kostnaderna. De ekonomiska konsekvenserna har uppskattats dels utifrån befintliga uppgifter vid Institutet för hälsa och välfärd och Kommunförbundet, dels med stöd av resultaten från den enkät som genomförts tillsammans med Valvira och genom olika provberäkningar.

Inom ramen för statsrådets gemensamma utrednings- och forskningsverksamhet (SRK TEAS) har NHG (Nordic Healthcare Group) på uppdrag av social- och hälsovårdsministeriet gjort kalkyler över besparingar inom den specialiserade sjukvården. Kalkylerna har upprättats på basis av fastställd god praxis.

Konsekvenser för hushållens ställning

De föreslagna ändringarna har inte några större ekonomiska konsekvenser för hushållens ställning. Propositionen medför inga ändringar i de klientavgifter som tas ut av dem som anlitar social- och hälsovårdstjänster. En centralisering av funktionerna kan leda till att patienterna får längre väg till vårdplatsen. FPA ersätter via sjukförsäkringen resekostnaderna till närmaste offentliga hälso- och sjukvårdsenhet som erbjuder den vård som patienten behöver. Å andra sidan föreslås det en utökning av primärvårdens brådskande mottagningsverksamhet vid hälsovårdscentralerna och vid behov på poliklinikerna inom den specialiserade sjukvården. Vanliga brådskande hälsoproblem kan då tas om hand som närservice vardagskvällar och under dagtid på veckoslut, så att patienten inte behöver söka sig till en samservice som ligger längre bort. Detta underlättar till exempel barnfamiljers vardag, när det blir möjligt att åtgärda barnens vanliga brådskande hälsoproblem efter föräldrarnas arbetsdag vid den egna hälsovårdscentralen.

Konsekvenser för företag

Propositionen gäller den offentliga social- och hälsovården och har således ingen större inverkan på företagsverksamheten.

Konsekvenser för den offentliga ekonomin

Social- och hälsovårdens kostnadsstruktur

Enligt nationell statistik uppgick 2014 års nettokostnader för hälso- och sjukvård, för tjänster för barnfamiljer och äldre och för handikappservice till cirka 16,7 miljarder euro. Av beloppet gäller cirka 8 miljarder euro somatisk hälsovård som utöver somatisk specialiserad sjukvård omfattar öppenvårdstjänster inom primärvården och akut vård inom slutenvården.

Kostnaderna för konservativ vård uppgick till 3,8 miljarder euro. Av dessa kostnader hänför sig cirka 2,2 miljarder euro till den specialiserade sjukvården och 1,5 miljarder till primärvården.

Kostnaderna för operativ vård var cirka 2,5 miljarder euro och kostnaderna för primärvården i samband med den operativa vården (eftervård och medicinsk rehabilitering) var dessutom cirka 0,7 miljarder euro, dvs. totalt 3,2 miljarder euro. Kostnaderna för jourpolikliniker uppgick till 0,3 miljarder euro, för förlossningsverksamhet till 0,3 miljarder euro och för tandvård till 0,4 miljarder euro.

Av volymerna inom den operativa verksamheten sköts 40 procent dagkirurgiskt, 35 procent elektivt med stöd av vård inom slutenvård och 25 procent som jourfall via vårdavdelning.

Av kostnaderna hänför sig cirka 30 procent till dagkirurgi, 40 procent till övrig elektiv kirurgi och 35 procent till jourkirurgi. Av alla kostnader inom den specialiserade sjukvården är andelen personalkostnader cirka 60 procent, materialkostnadernas andel cirka 25 procent och andelen övriga kostnader 15–20 procent. Kirurgi under jourtid är alltid förhållandevis dyrare, och personalkostnaderna utgör helt klart den största delen av alla utgifter inom den specialiserade sjukvården.

Ekonomiska konsekvenser av jourreformen inom hälso- och sjukvården

Inom forskningsprojektet 2016 som genomförs inom ramen för statsrådets gemensamma utrednings- och forskningsverksamhet (SRK TEAS) har utredningarna om stödet för social- och hälsovårdsreformen och utformningen av självstyrelseområden diskuterats enligt delområde med avseende på möjligheterna att dels utveckla social- och hälsovårdstjänsterna så att kostnaderna kan sänkas, dels bevara minst nuvarande nivå på serviceutbudet samt arten av service och serviceeffekten. Utredningen anknyter till den pågående social- och hälsovårdsreformen, men de ekonomiska konsekvenserna av jourreformen inom hälso- och sjukvården och arbetsfördelningen inom den operativa verksamheten har bedömts utifrån de föreslagna ändringarna av hälso- och sjukvårdslagen som träder i kraft 2017. Som grund för utvecklings- och sparanalysen har man huvudsakligen använt möjligheterna att dra nytta av nuvarande bästa praxis samt forsknings- och utredningsmaterial om effekterna av olika interventioner eller mekanismer. Effekterna av den bästa praxisen har bedömts numeriskt. Dessutom har man beskrivit de mekanismer som påverkar uppkomsten av kostnader enligt delområde (Torkki ym. Sosiaali- ja terveyspalveluiden kehittämis- ja säästöpotentiaalin arviointi: Valtioneuvoston tutkimus- ja selvitystoiminta. VNK julkaisu 18.10.2016).

Att ordna krävande jour vid de större sjukhusen medför stora kostnadsbesparingar. Centraliseringen av jouden för den krävande specialiserade sjukvård som förutsätter samarbete mellan flera specialiteter till tolv omfattande joudenheter medför besparingar för den offentliga ekonomin på grund av att behovet av arbetsskift för personalen minskar, de rörliga kostnaderna sjunker och kompetensen och vårdpraxisen vid stora enheter förbättras. Vid större enheter är patientströmmen under jourtid och resursanvändningen jämnare, vilket leder till lägre kostnader per vårdtillfälle. Att slopa jouden för en viss specialitet vid ett mindre sjukhus sänker personalkostnaderna mer än vad kostnaderna ökar vid ett större sjukhus som erbjuder ersättande jour.

En jourpoliklinik är en viktig men med tanke på den samlade vården och kostnaderna bara en begränsad del av vården av jourpatienter. De indirekta kostnaderna för jouden är betydande, då majoriteten av de patienter som tas in på sjukhusens vårdavdelningar kommer via jouden. Mer än 80 procent av den konservativa vården inom slutenvården är akut. Således uppstår merparten av kostnaderna för den brådskande vården efter jouden inom slutenvården. Med tanke på utfallet, kvaliteten och kostnaderna inom vården är det viktigt att följa upp den samlade vården och behandlingen som börjat med ett jourbesök. Genom att fördela arbetet mellan enheter som tillhandahåller omfattande jour och andra samjournenheter med jour dygnet runt är det

möjligt att i viss mån minska de perioder inom slutenvården som inletts med ett jourbesök. Om kvaliteten på jourvården förbättras, minskar komplikationerna och behovet av nya vårdtillfällen och leder på så sätt också till indirekta kostnadsbesparingar. Vid större enheter är det lättare att anlita specialister under jouren, vilket innebär att vårdprocessen blir snabbare.

Kostnaderna för jourpolikliniker inom den specialiserade sjukvården i relation till befolkningen är i snitt 60 euro/invånare. På basis av det uppgår totalkostnaderna för jourpolikliniker inom den specialiserade sjukvården till uppskattningsvis 324 miljoner euro. Enligt utredningar är läkarnas andel av kostnaderna för jouren för den specialiserade sjukvården 22 procent och sjukskötarens 23 procent. Kostnaderna för diagnostik och andra rörliga kostnader, såsom material och förnödenheter, har en andel på 36 procent. Genom att koncentrera vården till större enheter kan man uppskatta att kostnadsminskningen ger en sparpotential på cirka 35 miljoner euro under 2017–2020. Redskap för att uppnå kvalitet och besparingar är bland annat en effektiv användning av personalresurser, vilket inbegriper utnyttjande av den befintliga kompetens hos jourpersonalen som direkt står till buds samt möjligheten att utföra undersökningar vid enheten, modellen för och uppbyggnaden av stora jourenheter samt modellerna för vårdavdelningar som sköter jourpatienter. Det är av största vikt att patienterna hänvisas korrekt till jourtjänsterna för att man ska kunna nå kostnadsbesparingarna och minimera oönskad användning av jouren. Befolkningen ska också erbjudas olika elektroniska tjänster.

Merparten av den konservativa verksamheten på vårdavdelningarna har inletts vid jouren som akuta åtgärder. Därför kan de största besparingarna uppnås genom att man effektiviserar vårdavdelningarna. Utredningar visar att införande av bästa praxis kan leda till att reformen av jouren för den specialiserade sjukvården påverkar kostnaderna inom den offentliga ekonomin 2016–2020 med sammanlagt cirka 35 miljoner euro för de konservativa specialiteternas del. För den brådskande vårdens del är effekten på kostnaderna inom den offentliga ekonomin 2016–2020 i motsvarande mån cirka 100 miljoner euro.

En del av jourreformens spareffekter förstärks när social- och hälsovårdsreformen genomförts 2019 och en del av effekterna realiserar först efter 2020. För att det ska gå att minska vården inom slutenvården efter jourbesök behövs det ett fungerande sammanhållet system, vilket förutsätter standardprocesser för de viktigaste sjukdomarna som behandlas samt effektiv rehabilitering. Dessa mål eftersträvas i den kommande social- och hälsovårdsreformen. För att besparingarna ska kunna genomföras krävs det att hela social- och hälsovårdssystemet, såsom äldre- och barnvården, blir bättre på att ta emot klienter från vårdavdelningarna inom den specialiserade sjukvården. Det är också av största vikt att man förebygger behovet av dyrare tjänster. När social- och hälsovårdsreformen genomförs stärks jourverksamhetens sparpotential framför allt till följd av ökad serviceintegration och digitalisering.

Ekonomiska konsekvenser av brådskande veckosluts- och kvällsmottagningar på basnivå

Enligt förslaget ska den brådskande mottagningsverksamheten under kvällar och veckoslut som ordnas som närservice stärkas vid hälsovårdscentralerna. Detta i sin tur minskar behovet av dyra jourtjänster vid enheter med gemensam jour dygnet runt. Å andra sidan kan det krävas tilläggsresurser för den brådskande mottagningsverksamheten under kvällar och veckoslut. Enligt en enkät som Institutet för hälsa och välfärd genomförde i slutet av 2015 och som kartlägger öppenvården vid hälsovårdscentralerna varierar rutinerna vid mottagningar utanför kontorstid enligt kommun. Finland har 151 kommuner eller samarbetsområden som ordnar hälso- och sjukvårdstjänster. Av dem erbjuder 37 akutmottagning utanför kontorstid alla veckodagar och under tolv vardagskvällar. Tio har avtalat om olika grupp- eller andra ansvarsarrangemang för jouren inom primärvården. Två kommuner erbjuder akutmottagnings-tjänster bara på veckoslut. Åttio kommuner eller samarbetsområden har ingen egen mottag-

ningsverksamhet utanför kontorstid. Däremot erbjöd bara en liten del av hälsovårdscentralerna med över 50 000 men under 100 000 invånare akutmottagning. Dessa hänvisade akutpatienterna till en samjour utanför tjänstetid eller till jouren vid ett närliggande krets- eller centralsjukhus. Av befolkningen på det finländska fastlandet hänvisas 59 procent till samjourer (Parhiala K. ym. Terveyskeskusten avosairaanhoidon järjestelyt – Kyselytutkimuksen tuloksia 2: Kiireellinen hoito. Tutkimuksesta tiiviisti. 2016 016. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Helsinki. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-302-698-8>). En stor del av befolkningen påverkas av jourpraxisen i flera olika städer. I stora och medelstora städer med centralsjukhus är det nödvändigt att utöka de brådskande mottagningarna under kvällar och veckoslut, vilket medför tilläggskostnader. Det behövs inte nödvändigtvis kvälls- och veckoslutmottagningar vid alla hälsostationer eller för varje veckodag. Avgörande för deras placering och tider är behoven i befolkningen.

Å andra sidan minskar användningen av dyra jourtjänster och möjligheterna ökar till bättre mottagningstider för icke-brådskande vård vid hälsovårdscentralerna. Man kan dock förvänta sig att ett större utbud av service under kvällar och veckoslut kan leda till att mottagningarna för brådskande vård anlitas mer. Kostnadsökningen uppskattas som helhet till cirka fem miljoner euro.

Ekonomiska konsekvenser av arbetsfördelningen inom den operativa verksamheten

Flera undersökningar visar att omfattningen av sjukhusets och kirurgens ingrepp inom den operativa verksamheten har betydelse för såväl produktiviteten som utfallet, kvaliteten och kostnaderna. Det finns många undersökningar inom till exempel proteskirurgi, cancerkirurgi och andra kategorier av ingrepp inom den krävande specialiserade sjukvården. Nyttan av stora volymer inom den operativa verksamheten kommer framför allt av arbetsfördelning och specialisering samt ökade färdigheter. När omfattningen av samma kategori av ingrepp växer, kan den personal som är specialiserad på området behöva upprepa ingreppet oftare, standardisera processerna samt utveckla och införa mer framstegsvänlig teknik. I viss mån ökar också upphandlingskraften, exempelvis när det gäller material, när en enhets betydelse som kund växer ur leverantörens synvinkel.

Uppskattningarna av de ekonomiska konsekvenserna grundar sig på ett utredningsprojekt som genomförs under 2016 inom Statsrådets utrednings- och forskningsverksamhet (SRK TEAS). Projektet anknyter till den pågående social- och hälsovårdsreform, men de ekonomiska konsekvenserna av jourreformen inom hälso- och sjukvården och arbetsfördelningen inom den operativa verksamheten har bedömts utifrån de föreslagna ändringarna av hälso- och sjukvårdslagen som träder i kraft 2017 (Torkki ym. Sosiaali- ja terveystalveluiden kehittämisen ja säästöpotentiaalinen arviointi: Valtioneuvoston tutkimus- ja selvitystoiminta. VNK julkaisu 18.10.2016).

Inom den operativa verksamheten gör en stor åtgärdsvolym det möjligt att standardisera tillvägagångssätt och processer. Till exempel inom proteskirurgin har man kunnat konstatera att produktiviteten vid enheter som utför många ingrepp är cirka 20 procent högre än vid enheter som utför färre ingrepp. Med tiden gör ökade färdigheter det möjligt att påskynda processerna liksom också ingreppen, och sambandet mellan antalet ingrepp per kirurg och högre kvalitet och bättre vårdutfall, vilket noterats i flera undersökningar, har att göra med just dessa mekanismer. I praktiken leder detta till kortare vårdtider och högre kvalitet på verksamheten.

Vid bedömningen av vårdbehovet och valet av vård- och behandlingsmetoder har enheter som utför många ingrepp tillgång till större färdigheter än enheter som utför färre ingrepp när det gäller att tillämpa aktuella forskningsrön och komma överens om enhetlig vårdpraxis och följa

upp den. De största relativa avvikelserna till exempel i det relativa antalet elektiva ingrepp förekommer vid enheter som utför få ingrepp. I Finland har antalet operativa ingrepp i förhållande till befolkningen och prevalensen varit högt år efter år vid dessa enheter, och därför är det inte fråga om slumpmässiga variationer orsakade av ett lågt antal.

Den icke-brådskande elektiva kirurgin inom slutenvården kan visa många exempel på att processerna har utvecklats. Till exempel inom proteskirurgin har man utvecklat verksamhetsmodeller som medfört en kortare genomloppstid, lägre kostnader samt bättre kvalitet och vårdutfall. För protesoperationernas del är enligt Institutet för hälsa och välfärd uppgifter stora enheter cirka 16 procent effektivare än mindre enheter. Patienterna blir snabbare utskrivna och exempelvis de kirurgiska revisionerna är färre. Variationerna i längden på vårdperioderna kan huvudsakligen förklaras med skillnader i verksamhetspraxis: hur patienterna kallas till operation och hur standardiserad vårdprocessen är.

Inom jourkirurgin kan den s.k. höftfrutschkanan användas som exempel på god praxis. Modellen har införts vid Hucs och lett till att den totala vårdtiden från ankomst tills patienten återvände hem förkortades till 24 dygn. Enligt Institutet för hälsa och välfärd var medeltalet i Finland 42 dygn år 2013. Höftfrutschkanan ledde till kortare genomloppstider i alla faser: före operationen, på vårdavdelningen inom den specialiserade sjukvården och på rehabiliteringsavdelningen. Höftfrutschkanan krävde i någon mån tilläggsresurser i början av vården, men enligt beräkningar var besparingen cirka 3 miljoner euro per år, vilket för hela landets del innebär cirka 18 miljoner euro. Också inom jourkirurgin finns det exempel på hur man genom att utveckla processerna kan förkorta vårdtiden med 20 procent i förhållande till andra aktörer och sänka de totala kostnaderna i samma mån.

Forskningsrön visar att en ökning av antalet ingrepp bidrar till att vårdpraxisen förenhetligas, verksamhetsprocesserna standardiseras, kvaliteten och utfallet förbättras i flera olika kategorier av ingrepp och vårdperioderna blir kortare. I fråga om kostnaderna är dokumentationen inte lika stark, men den biten har undersökts mindre. Faktorer som påverkar kostnaderna är antalet ingrepp, tiden på vårdavdelning och i fortsatt vård, i vilken utsträckning operationsprocessen kan påskyndas, i vilken grad användningen av operationsteam ökar och antalet besök under förloppet av vården.

Vid bästa praxis kan till exempel inom dagkirurgi den totala genomloppstiden förkortas och de totala kostnaderna minskas med 20 procent, inom elektiv kirurgi kan vårdtiderna förkortas med 15–25 procent och inom jourkirurgi med 40 procent och kostnaderna sänkas med 15 procent. För att uppnå detta krävs det en lokalt stark förändringsledning vid sjukhuset i fråga. En beräkning av sparpotentialen utifrån befintliga uppgifter visar att effekten på kostnaderna inom den offentliga ekonomin 2016–2020 är cirka 185 miljoner euro.

För att man ska kunna uppnå de besparingar som lagändringen förutsätter krävs det att funktioner läggs ner helt och hållet vid mindre enheter, såsom kretssjukhus. Detta gäller såväl icke-brådskande operationer som operativ jourverksamhet. Vid kretssjukhusen varierar kostnaderna för den operativa verksamheten mellan 10 och 30 miljoner euro. Enligt uppgifter från Institutet för hälsa och välfärd och Kommunförbundet kan kostnaderna för den operativa verksamheten vid 16 kretssjukhus uppskattas till totalt cirka 200 miljoner euro. Av kostnaderna utgörs cirka 80–85 procent av personal- och materialkostnader, om man beaktar interna köp från andra specialområden. En besparing på cirka 160 miljoner euro kommer enligt uppskattningar att realiseras direkt genom en överföring av kretssjukhusens operativa verksamhet till central-sjukhusen.

Ekonomiska konsekvenser av reformen av den prehospitala akutsjukvården

Med hjälp av den prehospitala akutsjukvården och andra tjänster som tillhandahålls ute på fältet kan man minska användningen av samjourer och på så sätt påverka antalet som tas in för vård inom slutenvården och de kostnader som detta medför.

Samkommunerna i sjukvårdsdistrikten och FPA svarar i stor utsträckning för kostnaderna för prehospital akutsjukvård och patientförflyttningar med ambulans. För den utredning om prehospital akutsjukvård som Kommunförbundet genomförde 2014 har sjukvårdsdistrikten uppgett att den prehospitala akutsjukvården kostar dem cirka 20—90 euro per invånare och år. Det är svårt att få tillförlitliga uppgifter om kostnaderna, framför att på grund av systemet med flera kanaler för finansiering av den prehospitala akutsjukvården. FPA betalar cirka 100 miljoner euro per år i sådana ersättningar. Sjukvårdsdistriktens och FPA:s totala kostnader för den prehospitala akutsjukvården beräknas vara mer än dubbelt så höga som FPA:s andel. När styrningen av den prehospitala akutsjukvården och samordningen av de patientförflyttningar som ingår i prehospital akutsjukvård överförs på modellen med fem regioner och samarbetet med socialjourerna ökar, uppstår det också ekonomiska besparingar när överlappande funktioner avvecklas. Detta genomförs stegvis när styrstrukturen förändras, och besparingen förväntas ligga i storleksskalan några procent, dvs. cirka 5 miljoner euro.

Ekonomiska konsekvenser av reformen av socialjouren

Med reformen eftersträvas en integrerad klientorienterad samlad helhet av jourtjänster inom socialvården. Reformen bidrar således till att klienter som är i behov av social service i form av jour får bättre service som håller jämnare kvalitet och är regionalt mer jämlik. Den förbättrar också bedömningen av behovet hos de klienter som är i behov av socialarbete och social service. En adekvat behovsbedömning kan på lång sikt bidra till att tjänsterna i hög grad inriktas på ett ändamålsenligt sätt och minska användningen av dyra specialisttjänster liksom kostnaderna för dem.

Enligt social- och hälsovårdsministeriets utredning ordnas socialjour för närvarande vid cirka 40 enheter och kostnaderna för juren uppgår till totalt cirka 18 miljoner euro. Uppgifter om hur socialjourerna ordnas och resurserna för dem har samlats in genom en enkät som skickats till alla socialjourer i Finland. Dessutom genomfördes en enkät som riktades till sjukvårdsdistrikten om deras resurser för socialarbetet.

I tio landskap finns det bara en socialjournsenhet som täcker hela eller i det närmaste hela landskapet. I flera landskap sköts socialjouren av några jourenheter. Till exempel i Södra Savolax finns det jour kring S:t Michel och Nyslott och i Kymmenedalen sköts juren av Södra Kymmenedalens och Kouvola jourer.

Två landskap har på grund av sina särdrag sex jourenheter. I Nyland har de stora städerna Helsingfors, Esbo och Vanda egna jourenheter dygnet runt. I Nylands randområden finns tre regionala enheter som har jour dels som aktivt arbete, dels baserad på beredskap.

I landskapet Lappland finns tre jourenheter vars jour helt och hållet är baserad på beredskap och tre enheter med primärjour som ordnats som egen eller köpt tjänst och med bakjour som sköts av en formellt behörig socialarbetare.

Som regel ordnas socialjour som aktivt arbete dygnet runt i de större städerna, vid totalt åtta enheter som täcker cirka 50 procent av Finlands befolkning. Vid dem är kostnaden cirka 3,5 euro per invånare och enhetskostnaden cirka 135 euro per uppdrag som juren tagit emot. I

medelstora kommuner och regioner ordnas jouren vanligen som en kombination av aktivt arbete och beredskap. Det finns totalt tolv sådana enheter och de täcker cirka 30 procent av befolkningen. Vid dem är kostnaden cirka 2,2 euro per invånare och enhetskostnaden cirka 130 euro per uppdrag som jouren tagit emot. I regioner med liten befolkning och i några enstaka kommuner har jouren ordnats enbart som fri beredskap. I dem är kostnaden cirka 2,2 euro per invånare och enhetskostnaden 471 euro per uppdrag.

Skyldigheten att ordna socialjour så att det går att få kontakt med jouren dygnet runt grundar sig på gällande lagstiftning. Lagstiftningen gäller också alla åldersgrupper. Likaså förutsätter lagstiftningen att socialarbetaren i praktiken svarar för bedömning och för de beslut som enligt lagen ska fattas av en socialarbetare, dvs. jouren ska ha tillgång till en behörig socialarbetare. Fullgörandet av dessa skyldigheter på de områden där de ännu inte har fullgjorts är inte en sådan ny kostnad som berättigar till ökad statsandel.

I propositionen föreslås det att socialjour ska ordnas i anslutning till de omfattande jourerna för hälso- och sjukvården samt samjourerna för den specialiserade sjukvården och primärvården. Redan nu förutsätter lagstiftningen att socialjouren ordnas i samarbete med hälso- och sjukvården och att patienter ska ha samma rätt som andra att få hjälp via socialjouren. Integreringen av socialjouren med hälso- och sjukvårdsjourerna gör det möjligt att genomföra patientens hela serviceprocess, allt från en bedömning av servicebehovet till nödvändiga beslut, på samma ställe.

För att ordna social- och hälsovårdsjour vid en gemensam enhet krävs det en nyordning vid större delen av de socialjourer som omfattas av skyldigheten, eftersom det när utredningen genomfördes bara fanns tre socialjourer som delvis eller i sin helhet fanns i anslutning till ett sjukhus. I takt med beredningen av regeringspropositionen har dock försöksverksamheten på fältet ökat. Propositionen förväntas ge synergieffekter för klienterna/patienterna, då man genom en gemensam jour smidigt kan förena jourarbetet och kompetensen inom såväl socialvården som hälso- och sjukvården till lämpliga helheter. Genom reformen förbereder man sig i viss mån för ett till följd av strukturförändringen inom social- och hälsovården allt mer integrerat servicesystem.

Enligt förslaget ska det finnas enheter med omfattande jour dygnet runt i Helsingfors och Nylands sjukvårdsdistrikt, Egentliga Finlands, Satakuntas, Birkalands, Päijänne-Tavastlands, Södra Karelens, Norra Karelens, Norra Savolax, Mellersta Finlands, Syd-Österbottens, Mellersta Österbottens och Lapplands sjukvårdsdistrikt. I praktiken innebär det att socialjouren i Helsingfors, Åbo, Björneborg, Tammerfors, Lahtis, Villmanstrand, Joensuu, Kuopio, Jyväskylä, Seinäjoki, Uleåborg och Rovaniemi ska samordnas med den omfattande dygnet runt-jouren för hälso- och sjukvården. Av dessa hålls för närvarande jourerna i Björneborg och Uleåborg vid en hälso- och sjukvårdsenhet. Helsingfors, Åbo, Björneborg, Tammerfors, Lahtis och Uleåborg har jour dygnet runt som sköts som aktivt arbete. I de övriga städerna ordnas jouren som en kombination av aktivt arbete och beredskap. Rovaniemi har primärjour vid ett skyddshem och bakjour som beredskap.

Enligt förslaget ska samjouren dygnet runt för den specialiserade sjukvården och primärvården hållas vid Egentliga Tavastlands, Kymmenedalens, Vasa, Södra Savolax, Mellersta Österbottens, Kajanalands, Länsi-Pohjas och Östra Savolax centralsjukhus. Därför ska Tavastehus, Kotka, Vasa, S:t Michel, Karleby, Kajaland, Kemi och Nyslott som ligger i dessa regioner ordna socialjour i anslutning till hälso- och sjukvårdsjourerna.

Med undantag för Helsingfors har alla jourenheter som förslaget gäller ordnats som regionala helheter.

De kommuner på vars område enheterna ligger ska svara för organisering av verksamheten. Eftersom det är fråga om verksamhet som innehåller socialjour, fördelas kostnaderna för de regionalt organiserade socialjourernas del på samma sätt som övriga kostnader för socialjour. Reformen ger således inte anledning att ändra befintliga regionala ordningar, om de anses fungera.

Syftet med förslaget är att tydliggöra hur socialjouren bör ordnas så att social- och hälsovården fungerar så friktionsfritt som möjligt i jourssituationer. För att jourarbetet inte ska belastas på grund av att tjänster inte tillhandahålls smidigt under tjänstetid, ingår det i regeringspropositionen också ett förslag enligt vilket det i hälso- och sjukvårdslagen ska klargöras hur samarbetet ska genomföras även vid icke-brådskande uppdrag. Reformen betonar den redan nu existerande skyldigheten för yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården att hänvisa personer till tjänster inom socialvården, om personen har ett uppenbart behov av service.

Reformens utgångspunkt är att beakta hela det samlade socialarbetet (socialarbete som utförs inom kommunernas primära arbete, socialarbete som utförs vid socialjournsenheterna och det primära arbetet inom hälso- och sjukvården) så att det bildar en helhet som motsvarar klienternas behov och är kostnadseffektivt samt kontrollera att det inom systemet inte utförs överlappande arbete. Därför är det inte lämpligt att separat utveckla socialjouren och socialarbetet inom hälso- och sjukvården, utan målet är att man inom reformen ska beakta det hälsosociala arbetet samt den sociala styrningen och passa in dessa bättre än tidigare inom såväl jourarbete som arbetet inom det kommunala socialväsendet. Detta sätt överensstämmer med målet för social- och hälsovårdsreformen om integrerade social- och hälsovårdstjänster och underlättar övergången till en verksamhet som följer den kommande social- och hälsovårdslagstiftningen. I sjukvårdsdistrikten finns inom hälsovårdens socialarbete cirka 530 lediga socialarbetartjänster och kostnaderna för dessa är totalt cirka 30 miljoner euro. Genom att utveckla arbetet kan man utnyttja denna resurs som stöd för det socialjournsarbete som utförs inom hälso- och sjukvården. Överlappande arbete utförs i nuläget särskilt vid bedömningen av behovet av brådskande vård. Yrkesutbildade personer inom socialvården som arbetar inom hälso- och sjukvården skulle också ha förmåga att i större utsträckning än vad nu är fallet fatta de beslut som jourarbetet kräver. Det vore möjligt att förbättra samarbetet i förhållande till det socialarbete som utförs i kommunerna under tjänstetid genom ändringar som gäller bägge sektorer.

Reformen förutsätter inte att hela socialjouren ordnas i anslutning till hälso- och sjukvårdsjouren, men för att uppfylla skyldigheten krävs det att hälso- och sjukvårdsjouren snabbt och enkelt kan få tillgång till sakkunskapen inom socialvården. I praktiken förutsätter förslaget att socialjouren alltid ska finnas på plats vid de föreslagna jourenheterna inom hälso- och sjukvården, åtminstone under tjänstetid. Socialjourens behov av resurser påverkas i betydande grad också av hur sjukhusen i samband med reformen kan dra nytta av arbetsinsatserna och kompetensen när det gäller yrkesutbildade personer inom socialvården som redan arbetar inom vården på sjukhuset. I förslaget är det således huvudsakligen fråga om en omorganisering av befintliga resurser och bara i liten utsträckning fråga om en reform som kräver nya resurser.

Utgångspunkt för kostnadsberäkningarna är med beaktande av nuläget att en lagenlig socialjour inte kan ordnas enbart genom överföringar av personal från en enhet till en annan, utan för att reformen ska kunna genomföras krävs det antingen en omarbetning av arbetsbeskrivningen för de yrkesutbildade personer inom socialvården som nu arbetar inom hälso- och sjukvården och/eller rekrytering av ny personal till socialjouren.

Samarbetet med hälso- och sjukvården är redan nu en lagstadgad skyldighet för socialjouren. Socialjour ska ordnas så att det är möjligt att med den som utgångspunkt vid behov göra hembesök hos klienten och arbetet vid de gemensamma jourenheterna förutsätter därför i viss

mån nya resurser. För att tillgodose behoven vid de gemensamma jourerna krävs det ytterligare omkring en halv socialarbetartjänst för de jourer som skyldigheten gäller. Kostnaden för ökningen beräknas uppgå till cirka 600 000 euro. Dessutom kan en omorganisering av verksamheten, till exempel i fråga om IKT-upphandling, samt utbildning av personal beräknas medföra kostnader i den inledande fasen. En del av utbildningsbehoven kan tillgodoses med sedvanlig fortbildning, men inom krisarbetet kan det behövas kompletterande utbildning för dem som deltar i jourarbetet. Merkostnaderna för detta beräknas uppgå till cirka 100 000 euro. Åtgärder som garanterar tillträde till klientdatasystemen och andra datasystemlösningar som behövs vid jourenheterna inom hälso- och sjukvården förväntas ge merkostnader på cirka 400 000 euro. Totalt kommer propositionen således att medföra kostnader på cirka 1,1 miljoner euro av vilket 500 000 euro är av engångskaraktär.

Genom att effektivisera och samordna klientprocesserna förbättrar man patienternas och klienternas möjligheter att få sina behov bedömda på ett heltäckande sätt och samtidigt få sina direkta behov av brådskande social- och hälsovård tillgodosedda. Tjänster som sätts in i rätt tid ökar i sin tur genomslagskraften. Att ordna socialjour integrerat i hälso- och sjukvårdsjouren leder till besparingar inom social- och hälsovården, om klienternas behov av socialvård upptäcks i tid. När det gäller servicesystemet uppkommer besparingar särskilt i kostnaderna för den specialiserade sjukvården när man kan undvika vårdperioder inom den specialiserade sjukvården.

De integrerade tjänsterna gynnar särskilt klienter med multiproblem som är i stort behov av såväl socialvårds- som hälso- och sjukvårdstjänster. Genom att tillgodose nödvändiga brådskande behov av psykosocialt stöd vid olyckor eller om en person av en eller annan orsak lämnats åt sitt öde, går det att undvika att personen tas in på avdelning, om det inte är motiverat av medicinska skäl. Genom att också se till att våldsoffer skrivs ut på ett tryggt och säkert sätt kan man med hjälp av socialarbete undvika onödiga vårddygn på sjukhus. Psykosocialt stöd som sätts in i krissituationer kan förhindra en fördjupning av krisen eller allvarligare skador. Genom att parallellt erbjuda socialjour och hälso- och sjukvårdsjour kan man styra socialvårdsarbetet till yrkesutbildade inom det sociala området, vilket innebär att man kan spara in hälso- och sjukvårdsresurser och arbetet ges direkt till den som klarar av det bäst.

I Finland har det inte i någon större utsträckning forskats i hur integrationen påverkar kostnaderna inom social- och hälsovården och det finns inte tillgång till tillförlitliga empiriska resultat om integrationens kostnadseffekter. I England har man undersökt effekterna av integrationen av social- och hälsovårdstjänster genom att uppskatta hur äldre människors boendetjänster påverkar användningen av och kostnaderna för tjänster inom den specialiserade sjukvården. Resultaten visar att en ökning av utbudet av boendetjänster med tio procent minskar utdragna vårdperioder på sjukhus med sex till åtta procent. Det är inte fråga om likadana tjänster som inom jouren, men effekterna av en utökning av verksamheten är av samma slag. Därför kan resultaten användas när effekterna bedöms.

Institutet för hälsa och välfärd har i sina beräkningar som gällde regeringspropositionen med utgångspunkt i resultaten från England gjort bedömningen att om de besparingar inom den specialiserade sjukvården som kan uppnås genom den planerade integrationen inom jourssystemet är högre än 0,37 cent per investerad euro, kommer integrationen inom jourssystemet att ge upphov till besparingar i social- och hälsovårdssystemet. Detta betyder 1220 vård dagar på en avdelning för somatisk specialiserad sjukvård, vilket fördelat på de enheter som reformen gäller innebär cirka 61 vård dagar per år.

I förslaget har särskild vikt fästs vid skyldigheten att ordna missbruks- och psykjour, eftersom, förutom när det gäller behovet av vård som tillhandahålls som brådskande hälso- och sjukvård, det ofta förekommer onödiga dröjsmål i fråga om tillgången till vård och service för per-

soner i denna klientgrupp och/eller klienterna anvisas oändamålsenlig service. Om hänvisningen till vård fördröjs, blir problemen svårare och orsakar högre kostnader än om vårdhänvisningen görs alltid när en person som behöver hjälp söker vård, även om det inte finns förutsättningar för omedelbar tillgång till vård.

I gällande lagstiftning ingår redan nu heltäckande bestämmelser om hänvisning av mentalvårds- och missbrukspatienter till vård och om snabb tillgång till vård. Vid jourbesök blir de som hör till denna klientgrupp trots det ofta utan den hjälp de behöver.

Det finns inga uppgifter som visar de samlade effekterna av jour inom missbrukarvård och mentalvård, men till exempel av verksamheten i Södra Karels social- och hälsovårdsdistrikt framgår det att man genom att förändra rutinerna kan uppnå betydande kostnadsbesparingar.

I Södra Karelsens social- och hälsovårdsdistrikt har man infört missbruks- och mentalvårdsjour vilket innebär en ändring av rutinerna inom hela systemet. Med detta har man sluppit köbildning och åstadkommit snabbare tillgång till service. Bland annat en minskning av slutenvårdsplatser med två tredjedelar har gjort detta möjligt. Kostnadsbesparingar har uppnåtts genom att man kunnat minska på tunga och dyra tjänster på grund av att man inte har behövt upprätthålla dem för säkerhets skull. Jouren inom missbrukar- och mentalvården har också möjliggjort andra förändringar, som inte skulle ha varit möjliga utan en integrerad jourenhet. Kostnaderna för mentalvårds- och missbrukstjänster för 2015 låg 3,7 procent under nivån 2010. Besparingen är cirka en miljon euro. Befolkningsunderlaget i Södra Karelsens social- och hälsovårdsdistrikt är cirka 132 000 invånare. Besparingen per invånare är således cirka 7,6 euro. Relaterat till hela Finlands befolkning är sparpotentialen när det gäller förändringen i verksamhetsstrukturen som är möjlig tack vare missbruks- och mentalvårdsjouren cirka 42 miljoner euro.

Till de uppgifter som vanligen ingår i socialarbete och social handledning (som i brådskande fall utförs av socialjouren) hör att svara för det socialvårdsstöd och de stödtjänster som behövs vid hänvisning av klienter, också klienter som är i behov av missbruks- och mentalvårdstjänster, till fortsatt vård. Syftet med stödet är att stärka och stödja klienternas förmåga att ansöka om service och använda den service som beviljats dem. På detta sätt kan man förhindra att bokade tider inte används, vilket leder till onödiga kostnader.

Konsekvenser av reformen för resekostnaderna

Reformen av hälso- och sjukvårdsjouren kan förväntas öka resekostnaderna i någon mån, eftersom den genomsnittliga längden på sjuktransporterna kommer att öka i regioner där antalet omfattande enheter som tillhandahåller krävande jourvård minskar till tolv. Reformen kan öka hushållens kostnader bland annat på grund av högre kostnader för resor och övernattningsnätter. Å andra sidan minskar överflyttningstransporterna från mindre sjukhus till större, om patienterna kan transporteras direkt till rätt vårdplats vid en sjukhusenhet med omfattande jour. Effektivare prehospitalet akutsjukvård och olika rådgivningstjänster gör att centraliserade jourtjänster anlitas i mindre utsträckning. Tjänster på basnivå som tillhandahålls som närservice under kvällar och dagtid under veckoslut minskar antalet långa resor i motsvarande mån. De centraliserade tjänsterna behövs ytterst sällan, ofta bara en gång i livet. Således är deras betydelse liten med tanke på resekostnaderna. När det gäller icke-brådskande vård görs resorna till vårdplatsen ofta med allmänna trafikmedel, vilket medför att resekostnaderna för patienten och samhället är förhållandevis små. Besparingarna och tilläggskostnaderna beräknas bli lika stora, dvs. de kompenserar varandra.

För patienter som är i behov av socialvård kan resekostnaderna och behovet av att resa antas minska, eftersom nödvändiga brådsjuka tjänster kan fås i samband med sjukhusbesök. Ett ökat samarbete mellan hälso- och sjukvårds- och socialjouren förbättrar informationen i frågor som gäller klienten och kan på så sätt minska klientens behov av att besöka olika servicepunkter för att uträtta sina ärenden och således uppkomsten av resekostnader.

Bedömning av de ekonomiska konsekvenserna som helhet

Realiseringen av besparingarna enligt lagändringen förutsätter att vissa funktioner slopas helt vid mindre enheter, såsom vid kretssjukhus. Detta gäller såväl kirurgi som jourverksamhet. Produktivitetsnyttan kan inte uppnås om inte en betydande del av den operativa verksamheten koncentreras till enheter med stora åtgärdsvolym. Det finns rentav risk för att kostnaderna ökar, om de små enheternas återstående resurser genererar fler tjänster. Med produktivitetsnytta avses i så fall att den samlade vården har ökat, men inte att kostnaderna minskat. Det innebär sällan att befolkningens hälsotillstånd har förbättrats, utan effekten kan vara den motsatta.

Forskningsrön visar att en ökning av antalet ingrepp vid ett sjukhus leder till att vårdpraxisen blir enhetligare och processerna standardiseras, kvaliteten och utfallet förbättras i flera olika kategorier av ingrepp och vårdperioderna blir kortare. Strukturella förändringar kräver beslutsfattande på kommunal nivå och en lokalt stark förändringsledning vid sjukhuset i fråga.

Om man vill uppnå den sparpotential som en centraliserad verksamhet medför är avgörande faktorer enhetligare vårdpraxis, resultatorienterad styrning samt standardiserad praxis och kortare genomloppstider till följd av en större ingreppsvolym. Faktorer som påverkar kostnaderna är antalet ingrepp, tiden på vårdavdelning och i fortsatt vård, i vilken utsträckning operationsprocessen kan påskyndas, i vilken grad användningen av operationsteam ökar och besök under förloppet av vården.

Kostnadsbesparingar uppnås vidare genom att man effektiviserar den nationella styrningen, frångår föråldrade metoder och inför nya metoder på ett kontrollerat sätt. Det är möjligt att förbättra hälso- och sjukvårdens kostnadseffektivitet och produktivitet om man systematiskt frångår föråldrade rutiner som inte baseras på evidens. Till exempel med stöd av finländska forskningsrön utförs i landet upp till 10 000 onödiga knäoperationer varje år, vilket orsakar den offentliga ekonomin årliga kostnader på 20 miljoner euro som skulle kunna undvikas. Att införa och sprida god praxis förutsätter de facto flera samtidiga utvecklingsåtgärder och en stark nationell ledning.

Rekommendationerna om God medicinsk praxis är oberoende nationella behandlingsrekommendationer baserade på forskningsrön. I dem behandlas viktiga frågor som har att göra med finländarnas hälsa, behandling och förebyggande av sjukdomar. Rekommendationerna innehåller, förutom positiva, också negativa rekommendationer om screening, diagnostik, vård och rehabilitering. På grund av rekommendationernas karaktär är det dock svårt att hitta och gestalta de negativa rekommendationerna, vilket försvagar implementeringen av dem i den finländska hälso- och sjukvården. Under 2016 kommer man att utarbeta anvisningar för God medicinsk praxis om åtgärder som inte bör genomföras och publicera de första 2–5 ”do-not-do-rekommendationerna” som grundar sig på God medicinsk praxis. Arbetet utsträcks också till att gälla rekommendationer som meddelas av det nationella Rådet för tjänsteutbud.

Utifrån utredningar och provberäkningar kan det konstateras att införande av bästa praxis leder till att effekterna av jouren för den specialiserade sjukvården på kostnaderna för den offentliga ekonomin 2016–2020 kommer att uppgå till sammanlagt cirka 35 miljoner euro.

Dessutom kommer kostnaderna för den offentliga ekonomin för den brådskande vårdens del att uppgå till cirka 100 miljoner euro under 2016—2020. Beräkningen av sparpotentialen visar med beaktande av bästa praxis för den operativa verksamhetens del att spareffekten på kostnaderna för den offentliga ekonomin 2016—2020 är cirka 185 miljoner euro.

Om man mer systematiskt än för närvarande frångår föråldrade metoder inom alla specialiteter liksom inför ny teknik på ett kontrollerat sätt blir effekten på kostnaderna för den offentliga ekonomin cirka 30 miljoner euro under 2016—2020.

De kostnader som propositionen orsakar för socialvårdens del är totalt cirka 1,1 miljoner euro av vilket 500 000 är av engångskaraktär. Genom att effektivisera och samordna klientprocesserna förbättrar man patienternas och klienternas möjligheter att få sina behov bedömda på ett heltäckande sätt och samtidigt få sina direkta brådskande behov tillgodosedda. Detta leder till minskade kostnader.

Sammanfattning av spareffekterna inom den offentliga ekonomin 2017—2020:

1. Reformen av jourverksamheten inom hälso- och sjukvården –35 miljoner euro
2. Brådskande veckosluts- och kvällsmottagningar på basnivå + 5 miljoner euro
3. Minskad slutenvård inom den specialiserade sjukvården –100 miljoner euro
4. Standardisering av vådrutiner och verksamhetsprocesser samt kortare vårdperioder –185 miljoner euro
5. Reformen av den prehospitala akutsjukvården –5 miljoner euro
6. Reformen av socialjouren 0 euro (besparingar och merkostnader lika stora)
7. Resekostnader 0 euro (besparingar och merkostnader lika stora)
8. Frångående av föråldrade metoder och införande av ny teknik på ett kontrollerat sätt inom social- och hälsovården – 30 miljoner euro.

Nyttan för den offentliga ekonomin totalt –350 miljoner euro

Nyttan för kommunerna –261,69 miljoner euro

Kostnadseffekterna är social- och hälsovårdsministeriets uppskattningar av den sannolika kostnadsutvecklingen. I praktiken kräver inbesparingarna kommunala beslut om det praktiska genomförandet. Enligt social- och hälsovårdsministeriet är de kumulativa spareffekterna för närvarande följande:

	2017	2018	2019	2020
Kommunernas utgifter M€	50,0	175,0	260,0	350,0
Statsandel M€ (25,23 %)	12,62	49,40	65,60	88,31

De förslagna lagarna skall träda i kraft från början av året 2017, men enligt övergångsstadgan det bör de tillämpas senast från början av året 2018. Innehållet av förändringar har varit känd redan från 2016. En del av sjukvårdsdistrikten har redan under 2016 gjort strukturella förändringar, när man har kunnat förrutse hälso- och sjukvårdslagets förändringar och ökningen av kostnader har minskat. Enligt Kommunförbundet preliminära jämförelsestatistik har kostnaderna minskat i en del av distrikten när man jämför kostnader januari - augusti mellan åren

2015 och 2016. I Östra Savolax sjukvårdsdistrikt (Nyslott) kostnader har minskat jämfört med förra året 7,3 %. Kostnadsminskningen har varit i Satakunta sjukvårdsdistrikt 0,6 %, i Vasa sjukvårdsdistrikt 1,0 % och i Syd-Österbottens sjukvårdsdistrikt 1,3 %. Kostnadsökningen har varit i hela landet 2,4 %, som är synnerligen moderat när man jämför tidigare åren. Kostnaderna steg 2,7 % år 2015, 3,1 % år 2014, 4,9 % år 2013 och 5,3 % år 2012.

En del av sjukvårdsdistrikten skall förmå anpassa verksamhet redan under året 2017 mot önskad riktning. Spareffekterna av ändringen på den offentliga ekonomin 2017 är 50 miljoner euro, och därför har det under momentet för statsandel till kommunerna för ordnande av basservicen beaktats en besparing på 12,62 miljoner euro.

4.2 Konsekvenser för myndigheterna

Konsekvenser för relationerna mellan myndigheterna och för myndigheternas uppgifter och tillvägagångssätt

Förslaget ändrar arbetsfördelningen mellan sjukhusen och sjukhusens uppgifter. Förändringarna ställer krav på mer samarbete än för närvarande och förutsätter att sjukvårdsdistrikten avtalar om arbetsfördelning och tillvägagångssätt. Inom sjukvårdsdistrikten grundar sig avtalen på planen för ordnande av hälso- och sjukvård enligt 34 § i hälso- och sjukvårdslagen och inom specialupptagningsområdena på ordnande av specialiserad sjukvård enligt 43 § i hälso- och sjukvårdslagen. Samarbetsstrukturerna förblir oförändrade, men planerna och avtalen ska uppdateras så att de överensstämmer med de nya bestämmelserna om arbetsfördelning. Enligt den föreslagna 45 § i hälso- och sjukvårdslagen ska de samkommuner för sjukvårdsdistrikt där det finns ett universitetssjukhus sinsemellan komma överens om vilka enheter som ska ge den specialiserade sjukvård som centraliseras nationellt. Om den vård som ska centraliseras regionalt avtalar i avtalet om ordnande av specialiserad sjukvård. Ändringarna kräver inte några större förändringar i datasystemen.

Uppgifterna för centralen för prehospital akutsjukvård vid styrningen av den prehospitala akutsjukvården i ett specialupptagningsområde ska fastställas, bland annat när det gäller att utarbeta vårdanvisningar och beredskapsplaner. Dessutom föreslås det att centralen för prehospital akutsjukvård ska bereda de mål för insatstiderna som ska ingå i beslutet om servicenivån. Dessa ändringar bidrar till en enhetligare verksamhet. Dessutom åläggs upptagningsområdets centraler för prehospital akutsjukvård att samarbeta med centraler för prehospital akutsjukvård i andra specialupptagningsområden, vilket förenhetligar verksamheten på riksnivå.

I propositionen ingår nya bestämmelser som stärker samarbetet mellan hälso- och sjukvården och socialjouren. Enligt förslaget ska socialjouren ordnas i anslutning till hälso- och sjukvårdens omfattande jour dygnet runt och samjouren som hålls dygnet runt. Det förutsätts inte att all socialjour ordnas i anslutning till hälso- och sjukvårdsjouren, utan det är möjligt att hålla kvar fungerande samarbetsmodeller med exempelvis polisen. Vid jouren för hälso- och sjukvården bör det finnas sakkunskap inom socialvård som man enkelt och snabbt kan få tillgång till. Ändringen stärker samarbetet mellan socialjouren och hälso- och sjukvårdsjouren, vilket gör det lättare för klienterna att snabbare få den hjälp de behöver. För att kunna stärka socialjourens roll inom hälso- och sjukvårdsjouren krävs det nya arrangemang vid merparten av socialjourer som berörs av skyldigheten. För närvarande finns det bara tre jourer med partiell eller full verksamhet vid sjukhus.

Konsekvenser för personal och organisation

Propositionen har konsekvenser för personal och organisationer inom social- och hälsovården och för deras arbetsuppgifter och procedurer.

Enligt statistik från Kommunförbundet hade sjukvårdsdistrikten 78 690 anställda i slutet av 2015. Merparten av vårdpersonalen är kvinnor, medan bara ungefär en tredjedel av kirurgerna är kvinnor. För en liten del av personalen kommer arbetsplatsen att flyttas till en större enhet och på vissa orter kan behovet av arbetskraft komma att minska. Vid små sjukhus, i synnerhet vid kretssjukhus, kan den totala personalstyrkan minska. Vid dem är det ofta samtidigt brist på såväl läkare som vårdpersonal och vikarier och köpta tjänster används i stor utsträckning. Sysselsättningsläget är gott inom hälso- och sjukvård, och inom hela sektorn ligger arbetslösheten på några procent (1 procent bland läkare, cirka 2 procent bland sjukskötare och ungefär 6 procent bland närvårdare 2013). Totalt sett kommer det faktum att befolkningen åldras och vårdbehovet blir större att öka behovet av personal på lång sikt. Följaktligen har propositionen totalt sett inga större konsekvenser för sysselsättningen bland hälso- och sjukvårdspersonal.

Däremot kommer propositionen att ha konsekvenser för personalbristen på det lokala planet, och i synnerhet för läkarbristen. Pensionsavgångarna bland specialistläkare når sin kulmen i början av 2020-talet. För närvarande är arbetskraftssituationen god på universitetssjukhusen, men en del av centralsjukhusen har rekryteringsproblem. I andra sjukvårdsdistrikt än universitetssjukhusdistrikten är specialistläkarna i snitt äldre och det betyder att pensionsavgångarna i de distrikten sätter in tidigare och har kraftfullare konsekvenser. Dessutom finns det stora skillnader mellan verksamhetsområdena, det vill säga specialiteterna. Det behövs fler specialister inom psykiatriska specialiteter och till följd av den åldrande befolkningen också inom fysiatri, geriatri, onkologi och reumatologi och av allt att döma kommer det att vara förenat med vissa svårigheter att rekrytera fackfolk, i synnerhet till små sjukhus.

Jourenheter måste ha tillräckligt stor volym för den planerade verksamheten dagtid för att de personella resursernas flexibilitet och effektivitet ska kunna planeras in i verksamheten. I dag är en del små centralsjukhus tvungna att hyra in personal (specialister inom vissa områden) för att kunna ha jour. Om kompetensen koncentreras till större enheter som det föreslås i propositionen, kommer läkarbristen sannolikt att underlättas samtidigt som behovet av inhyrd personal minskar. Centraliseringen har också en viss inverkan på personalens kompetens och förutsättningarna för högkvalitativt forskningsarbete.

Lagförslaget har som mål att utveckla och tydliggöra jourprocessen. Samarbetet mellan aktörerna ökar samtidigt som man hjälper fram en samordning av de olika delarna i jourverksamheten till en klientorienterad och smidig helhet. Syftet med bestämmelserna är dels att säkerställa att aktörerna samarbetar för klientens bästa, dels att styra verksamhetsinriktningen så att de tjänster som klienten behöver identifieras som en helhet.

Propositionen stöder en översyn av socialt arbete inom hälso- och sjukvård och medverkar till att socialt arbete kan kopplas ihop med och stärka integrationen av social- och hälsovården. Samtidigt kan uppgiftsbeskrivningen för socialarbetare inom jourarbetet utvecklas och mer inriktas på stöd till klienter och deras anhöriga.

Tjänstekvaliteten förbättras och de regionala variationerna i tillgång och kvalitet beträffande tjänster minskar när arbetsrutinerna förankras regionalt i hela landet utifrån samordnade verksamhetsmodeller. Om socialjouren koncentreras till större arbetsenheter och andelen aktivt arbete ökar, får personalen bättre möjligheter att utvecklas i sitt yrke och specialisera sig. I synnerhet en ökning av arbete i par minskar stressen och förbättrar kvaliteten på arbetet.

Arbete tillsammans undanröjer hinder och förseningar i det multidisciplinära samarbetet och gör servicen ännu mer klientorienterad. Klienterna kan bemötas sammanhållet på ett ställe och fungerande vårdvägar skapas till de tjänster som klienterna behöver i fortsättningen. Genom reformen kommer man också i fråga om psykosocialt stöd att övergå från lokala verksamhetsformer mot rikstäckande, mer enhetliga metoder. Samarbetet mellan centralen för prehospital akutsjukvård och socialjouren och andra aktörer i regionen och det att de regionala beredskapsplanerna upprättas och samordnas gemensamt förbättrar aktionsberedskapen vid storo-lyckor och störningar samt stärker socialvårdens roll som en central trygghetsmyndighet.

4.3 Konsekvenser för miljön

Propositionen har inga direkta konsekvenser för miljön. Indirekt kan det hända att klienter bo-satta i glesbygden måste resa en aning mer. Likaså kommer transportsträckorna inom prehospital akutsjukvård att bli längre, särskilt i glesbygden. Å andra sidan minskar transportererna inom prehospital akutsjukvård och andra patienttransporter mellan sjukhusen i akuta situation-er när patienterna direkt transporteras till rätt vårdenheter. Användningen av elektroniska tjäns-ter och gemensam jour kan minska klienternas behov av resor.

4.4 Övriga samhällseliga konsekvenser

Sociala konsekvenser och konsekvenser för hälsan

Genom att revidera lagstiftningen vill man utveckla servicesystemet så att det tryggar till-gången till tillräckliga och nödvändiga jourtjänster av hög kvalitet i hela landet.

Enligt statistik från Institutet för hälsa och välfärd anlidade totalt 1,78 miljoner patienter soma-tisk specialiserad sjukvård 2013. Under året fick färre än 640 000 patienter slutenvård och nästan 1,7 miljoner patienter besökte öppenvården. Något mer än två femtedelar (44 procent) av vårdtillfällena avsåg slutenvård inom den specialiserade sjukvården. Det finns stora skill-nader mellan olika specialiteter och regioner i de befolkningsrelaterade andelarna för sluten-vård som inlett med ett jourbesök.

Sett i ett medborgarperspektiv hör konsekvenserna för den fysiska hälsan och välbefinnandet till de viktigaste konsekvenserna. Centralisering förbättrar vårdkvaliteten och patientsäkerhet-en, visar ett flertal internationella undersökningar, i synnerhet från de övriga nordiska länder-na. Både sjukhusets och den yrkesutbildade personalens patientvolym spelar en roll. I exem-pelvis Sverige förekommer det uppskattningsvis 500 dödsfall inom vården, som hade kunnat undvikas med mer centraliserad vård. (Träning ger färdighet. Koncentrera vården för patien-tens bästa: Betänkande av Utredningen om högspecialiserad vård, SOU 2015:98 http://www.regeringen.se/contentassets/13c797c47802474db94fabac1b3d81c8/sou-2015_98.pdf).

Det finns rikligt med forskningsmaterial om volymfördelarna när det gäller de kirurgiska spe-cialiteterna. Gemensamt är en mer distinkt uppsättning indikatorer, högre kvalitet, bättre pati-entsäkerhet och förbättrade vårdresultat på grund av stor patientvolym. Institutet för hälsa och välfärds statistik och materialet i Hilmo visar att i många fall är antalet operationer per sjukhus så litet att mängden upprepningar på årsnivå inte räcker till för att bevara de kirurgiska färdig-heterna och kompetensen hos operationsteamet. Detta stöds också av Patientförsäkringscen-tralens statistik (Haapiainen R., Virolainen P. Kirurgia Suomessa 2020-luvulla. Operatiivisten erikoisalojen järjestyminen ja keskittämisen koskevat periaatteet, STM 2016, publiceras xx.10.2016).

Enligt omfattande svenska litteraturoversikter har man med stöd av olika undersökningar kunnat konstatera att kvaliteten och patientsäkerheten förbättras om kompetensen inom den specialiserade sjukvården koncentreras. Sjukhus som utför många åtgärder inom kirurgi, ortopedi och akutmedicin och personal som utför många åtgärder kan uppvisa bättre vårdresultat, lägre dödlighet och färre komplikationer (Brommels M., Vintmyr Y. Bör liten bli stor? Sjukhusstorlekens betydelse för vårdens resultat och kostnadseffektivitet. En sammanställning och analys av vetenskaplig evidens. Ett uppdrag från Utredningen om högspecialiserad vård (S 2014:11) <http://www.sou.gov.se/wp-content/uploads/2015/02/Sjukhusstorlekens-betydelse-f%C3%B6r-v%C3%A5rdens-resultat-och-kostnadseffektivitet.pdf>; Träning ger färdighet se ovan).

Forskningsresultaten på andra medicinska områden är mer knapphändiga. Enligt en ny dansk undersökning förekommer det vid förlossningar färre allvarliga patientskador vid vårdenheter med stora volymer än vid mindre enheter. (Milland M. et al, Severe and fatal obstetric injury claims in relation to labor unit volym. Acta Obstet Gynecol Scand. 2015 May;94(5):534-41. Doi:10.11/aogs.12606. Epub 2015 feb 27). I viss mån finns det dokumenterat att större enheter kan uppvisa bättre vårdresultat vid behandlingen av stroke. Enligt en norsk utvärdering bör transitoriska ischemiska attacker behandlas vid enheter som har specialkompetens på området (Ling D. Relationship of patient volume and stroke outcomes: a rapid review. Toronto, ON: Health Quality Ontario, 2012 www.hqontario.ca/evidence/publications-and-ohtac-recommendations/rapid-reviews. Thürmer H. m.fl., Pasientvolum og kvalitet vid behandling av hjerneslag og intrakraniale aneurismer. Kunnskapssenteret for helsetjenesten. Notat – 2009, uppdaterad 2014).

Propositionen ökar också jämlikheten i vården i kvalitativt hänseende i hela landet, när det kan säkerställas tillräcklig kompetens i olika specialiteter när det gäller krävande jourfall eller brådskande service inom socialvården. Dessutom förbättrar propositionen insatserna i synnerhet inom små sjukdomsgrupper och servicen till personer med funktionsnedsättning, när kompetensen kan koncentreras till större enheter och säkerställas också med tanke på mer sällsynta fall.

Det kan hända att patienterna måste göra längre resor på grund av lagförslaget. Det är främst vården vid ingrepp som görs bara en gång i livet som centraliseras. Redan nu är 80 procent av den kirurgiska behandlingen av den vanligaste cancerformen bland män, nämligen prostatacancer, förlagd till universitetssjukhusen, trots att statistik från Institutet för hälsa och välfärd visar att operationer utförs vid 30 sjukhus. Årligen utförs bröstcanceroperationer vid 35 sjukhus, men vid en del av dem är operationerna få. För närvarande utförs hälften av bröstcanceroperationerna på universitetssjukhus. Kirurgisk behandling som ett led i cancerbehandling spelar den allra viktigaste rollen för patientens prognos. Operationen är inte bara en teknisk prestation, utan den är en del av cancerbehandlingen i sin helhet. I vårdlaget ingår utöver en kirurg också en onkolog, en radiolog och en patolog. På små sjukhus är det svårt att få tillgång till ett vårdlag med all denna kompetens. Canceroperationer görs som regel bara en gång i livet och lång väg till vårdenheten är därför ingen kritisk faktor sett ur ett patientperspektiv. Det är ytterst sällan det krävs specialtransport exempelvis med ambulans och ofta använder patienterna allmänna trafikmedel. Följaktligen är kostnaderna för samhället mycket små.

Om socialjour ordnas i anslutning till en hälso- och sjukvårdsjour är det lättare att ta kontakt med jourcen. En snabb och multidisciplinär bedömning av servicebehovet och tillhandahållande av hjälp vid behov förhindrar att problemen försvåras och att människor marginaliseras, vilket påverkar såväl klienternas fysiska hälsa som sociala välmående.

Socialjour i anslutning till en hälso- och sjukvårdsjour förbättrar tillgången till tjänster för klienter som är i behov av service samt bedömningen av behoven hos klienterna inom socialvården. En framgångsrik behovsbedömning gör det möjligt att klienterna tillhandahålls tjänster

vid rätt tidpunkt, och på så sätt kan man förhindra att problemen förvärras och behoven av specialtjänster ökar. Bland annat klienter inom mentalvården och missbrukarvården skjuter upp beslutet om att söka service och de ställs lätt utanför servicen. Bestämmelsen enligt vilken jouren för mentalvården och missbrukarvården ska ordnas som en del av en social- och hälsovårdsjour tryggar den fortsatta vården.

Att utföra gemensamt jourarbete och att delta i upprättande av regionala föreberedelse- och beredskapsplaner kan antas avsevärt förbättra socialvårdens beredskap för olika störningar. Vid katastrofer och störningar är det viktigt med tydliga uppgifter och roller för att samarbetet ska fungera i ett mångsektoriellt nätverk, till exempel mellan räddningsväsendet, polisen och socialarbetet. Alla parter behöver känna till vad de håller på med och vad som är deras specifika uppgift i den aktuella situationen. Ett utökat samarbete stärker de olika aktörernas situationsmedvetenhet och förbättrar informationsflödet om bakgrundsuppgifter och utsikterna när det gäller utvecklingen av läget. Dessa är till stor nytta när klienten behöver få hjälp. Psykosocialt stöd, krisarbete och sorgarbete kan vara en viktig del av arbetet vid störningar eller i akuta katastrofsituationer. Arbetet kan ha stor betydelse för återhämtningen eller senare behov av hjälp när det gäller personer i kris.

Konsekvenser för de språkliga rättigheterna

Propositionens konsekvenser för de grundläggande fri- och rättigheterna och för rättsskyddet

Regeringspropositionen bör bedömas särskilt med tanke på de grundläggande fri- och rättigheter som föreskrivs i 6, 17 och 19 § i grundlagen. Centrala frågor vid bedömningen är också det allmännas skyldigheter enligt 22 § i grundlagen att se till att de grundläggande fri- och rättigheterna och innehållet i dem tillgodoses och att beakta de grundläggande fri- och rättigheterna när det föreskrivs om områdesindelning enligt 122 § i grundlagen.

Enligt 6 § i grundlagen är alla lika inför lagen. Enligt 2 mom. får ingen utan godtagbart skäl särbehandlas bland annat på grund av språk.

Enligt 17 § i grundlagen är Finlands nationalspråk finska och svenska. I grundlagen föreskrivs dessutom om de språkliga rättigheterna för samer, romer och dem som använder teckenspråk samt dem som på grund av funktionsnedsättning behöver tolknings- och översättningshjälp. Enligt 17 § 2 mom. i grundlagen ska vars och ens rätt att hos domstol och andra myndigheter i egen sak använda sitt eget språk, antingen finska eller svenska, samt att få expeditioner på detta språk tryggas genom lag. I 2 mom. sägs det vidare att det allmänna ska tillgodose landets finskspråkiga och svenskspråkiga befolknings kulturella och samhälleliga behov enligt lika grunder.

Enligt 3 mom. har samerna såsom urfolk samt romerna och andra grupper rätt att bevara och utveckla sitt språk och sin kultur. Bestämmelser om samernas rätt att använda samiska hos myndigheterna utfärdas genom lag. Rättigheterna för dem som använder teckenspråk samt dem som på grund av funktionsnedsättning behöver tolknings- och översättningshjälp ska tryggas genom lag.

I 19 § 1 mom. i grundlagen tryggas rätten till oundgänglig försörjning och omsorg. Med omsorg avses social- och hälsovårdstjänster. Enligt 19 § 3 mom. ska det allmänna tillförsäkra var och en tillräckliga social-, hälsovårds- och sjukvårdstjänster samt främja befolkningens hälsa. Momentet kompletteras av bestämmelserna om kommunernas skyldighet att ordna social- och hälsovårdstjänster i speciallagstiftningen om social- och hälsovård och i flera andra speciallagar.

Enligt 21 § grundlagen har var och en rätt till god förvaltning, vilket närmare anges i lag. Lagens 22 § ålägger det allmänna att se till att de grundläggande fri- och rättigheterna tillgodoses i praktiken. Enligt 122 § ska, när förvaltningen organiseras, en indelning i sinsemellan förenliga områden eftersträvas så att den finsk- och svenskspråkiga befolkningens möjligheter att erhålla tjänster på det egna språket tillgodoses enligt lika grunder. Det allmännas skyldighet enligt 22 § att se till att de grundläggande fri- och rättigheterna och de mänskliga rättigheterna tillgodoses begränsar lagstiftarens utrymme för skönsmässig bedömning vid områdesindelningen. Områdesindelningen ska ge betryggande förutsättningar för jämlikhet och rätt till tillräckliga social- och hälsovårdstjänster. När lagstiftaren överväger frågor som gäller områdesindelningen ska förutsättningarna för de grundläggande fri- och rättigheterna bedömas. Samtidigt ska lagstiftaren lägga tillräcklig vikt vid att de grundläggande fri- och rättigheterna genomförs som en helhet i förhållande till övriga aspekter. Lösningarna när det gäller områdesindelningen ska i sin tur i tillräckligt hög grad trygga rätten till social- och hälsovårdstjänster på ett jämlikt sätt. Lagstiftaren kan dock inte anses vara skyldig att bland olika lösningar välja den lösningsmodell som är bäst med tanke på en enda grundläggande fri- och rättighet, förutsatt att faktorer med anknytning till accepterade aspekter av olika grundläggande fri- och rättigheter och andra fri- och rättighetssystem har vägts mot varandra och det tydligt och klart har angetts konstitutionellt godtagbara skäl till att lagstiftaren väljer en annan lösningsmodell än den som medför minst problem med tanke på de grundläggande fri- och rättigheterna och det allmännas demokratiska beteende (GrUU 67/2014 rd).

I den modell för områdesindelning som anges i propositionen kommer antalet social- och hälsovårdsenheter med omfattande jour att minska, medan kvaliteten på tjänsterna och patientsäkerheten ökar. Det är nödvändigt att i förhållandevis stor utsträckning samordna tjänsterna över gränserna för sjukvårdsdistrikten, varvid också en del av servicekedjorna i vissa fall kommer att överskrida sjukvårdsdistriktens gränser. Detta gäller i första hand jouren för den specialiserade sjukvården samt tjänster som förutsätter en smalare specialkompetens och dyrare åtgärder. Eftersom en del av de områden som bildas vid social- och hälsovårdsreformen inte kommer att ha en tillräckligt stark bärkraft för att kunna ordna service, är en väsentlig fråga när det gäller att säkerställa en jämlik tillgång till tjänster av hög kvalitet enligt modellen i förslaget hur ansvaret för att ordna tjänster ska kunna styras till områden med en så stark bärkraft att de klarar av tjänster som kräver specialkompetens och dyra investeringar. Den samlade bedömningen av nätverket av de tolv sjukhus som kommer att ha omfattande jour har påverkats av kompetensen och resurserna vid sjukhusen, befolkningsunderlaget, hur nationellt heltäckande sjukhusnätet är och joursjukhusens läge med beaktande av befolkningens naturliga rörelseriktningar.

För närvarande är det bara Vasa sjukvårdsdistrikts område som har svenska som majoritetsspråk (51 %). Det är av största vikt att kontrollera om reformen i tillräcklig utsträckning tryggar den svenskspråkiga servicen, dvs. om det finns alternativ som i det närmaste i samma mån tryggar rätten till social- och hälsovårdstjänster och beslut om dem, men som bättre tryggar det språkliga rättigheterna. Syftet med 122 § är dock inte i första hand att skapa enspråkiga enheter eller områden med svenskspråkig majoritet, utan framför allt att trygga tjänster på såväl finska som svenska. Det går således inte att direkt ur grundlagen härleda tolkningen enligt vilken man av språkliga orsaker ska genomföra en viss områdesindelning på språklig grund. Saken bör granskas enligt grundlagsutskottets tolkning ovan och man bör i synnerhet fråga sig om Vasa sjukvårdsdistrikts språkligt baserade jourområde med jour dygnet runt bildar en fungerande helhet med tanke på social- och hälsovårdstjänster. Reformen av servicestrukturen har dock som mål att minska ineffektiva överlappningar och kapprustningar. Utifrån grundlagsutskottets tolkningspraxis gällande de språkliga rättigheterna är det centrala hur man i alla situationer ska kunna trygga jämlika social- och hälsovårdstjänster för svenskspråkiga. De språkliga rättigheterna kan tryggas genom förvaltningsinterna lösningar (bland annat genom samar-

bete mellan landskapen, minoritetsspråkiga organ och verksamhetsindelning) och genom att föreskriva om rätten till service på finska eller svenska på samma grunder.

De föreslagna lagändringarna påverkar inte bestämmelserna om språkliga rättigheter. I 6 § i hälso- och sjukvårdslagen, 8 § i lagen om stödande av den äldre befolkningens funktionsförmåga och om social- och hälsovårdstjänster för äldre (980/2012) och 40 § i socialvårdslagen (710/1982) föreskrivs om kommunernas och sjukvårdsdistriktens skyldighet att ordna service på finska och svenska. I språklagen (423/2003) föreskrivs dessutom om patientens och klientens rätt att använda finska eller svenska, bli hörd och få sina expeditioner på finska eller svenska och om rätten till tolkning vid användningen av dessa språk i kontakten med myndigheter. Enligt språklagen ska myndigheterna i sin verksamhet självant se till att individens språkliga rättigheter tillgodoses i praktiken. En tvåspråkig myndighet ska betjäna allmänheten på finska och svenska. Myndigheten ska både i sin service och i annan verksamhet utåt visa att den använder båda språken. Kommunerna och samkommunerna för sjukvårdsdistriktet ska dessutom se till att nordiska medborgare vid behov kan använda sitt eget språk, finska, isländska, norska, svenska eller danska, när de anlitar hälso- och sjukvårdstjänster. Kommunen och samkommun för ett sjukvårdsdistrikt ska då i mån av möjlighet se till att de nordiska medborgarna får nödvändig tolkning och översättningshjälp. Också bestämmelserna i lagen om patientens ställning och rättigheter (785/1992), nedan patientlagen) och i lagen om klientens ställning och rättigheter inom socialvården (812/2000, nedan klientlagen) preciserar skyldigheten att ordna social- och hälsovårdstjänster.

I skyldigheten att ordna social- och hälsovårdstjänster ingår att trygga social- och hälsovårdstjänster av samma kvalitet för samerna som för majoritetsbefolkningen. Enligt patientlagen och klientlagen ska patientens och klientens kulturella bakgrund och språk beaktas när vård och tjänster tillhandahålls. I hälso- och sjukvårdslagen finns dessutom en hänvisningsbestämmelse om rätten att använda samiska i enlighet med samiska språklagen inom samernas hembygdsområde (6 §). Lagarna tillämpas på både myndigheter och privata som ordnar social- och hälsovård.

Enligt 17 § 3 mom. i grundlagen har samerna såsom urfolk rätt att bevara och utveckla sitt språk och sin kultur. Bestämmelser om samernas rätt att använda samiska i kontakten med myndigheter finns i samiska språklagen (1086/2003). Lagen tillämpas på de kommunala organen i Enare, Enontekiö, Sodankylä och Utsjoki kommuner samt organen i sådana samkommuner till vilka någon av dessa kommuner hör. I sametingslagen (974/1995) föreskrivs om samernas autonomi inom sitt hembygdsområde i ärenden som angår deras språk och kultur. I lagen anges inte social- och hälsovårdstjänsterna särskilt. Enligt 9 § i lagen är myndigheterna skyldiga att förhandla med sametinget om alla vitsyftande och viktiga åtgärder, som på ett direkt och särskilt sätt kan inverka på samernas ställning som ett urfolk och som gäller samernas hembygdsområde. Förhandlingsskyldigheten som nämns i lagen gäller särskilt utvecklingen av social- och hälsovårdstjänster.

Numera har samerna rätt att använda samiska inom social- och hälsovården i kommunerna i hembygdsområdet och i Lapplands sjukvårdsdistrikt. Kommunerna har dock ingen lagstadgad skyldighet att ordna social- och hälsovårdstjänster på samiska. Tolkning till samiska uppfyller kraven i lagen.

Om servicen koncentreras till större enheter kan det bli svårare att tillgodose patienters och klienters språkliga rättigheter i praktiken. I fyra av fem specialupptagningsområdena finns det svensk- eller tvåspråkiga kommuner. Av de sjukvårdsdistrikt som driver enheter med omfattande jour dygnet runt är Helsingfors och Nylands, Egentliga Finlands och Päijänne-Tavastlands sjukvårdsdistrikt tvåspråkiga. I Lapplands sjukvårdsdistrikt kan patienten också använda samiska.

I praktiken säkerställs de språkliga rättigheterna också med stöd av bestämmelserna om samarbete mellan sjukvårdsdistrikten för att tillgodose de språkliga rättigheterna i 44 § i hälso- och sjukvårdslagen och med stöd av bestämmelserna om nämnden för den språkliga minoriteten i 21 § i lagen om specialiserad sjukvård (1062/1989). Sjukvårdsdistrikten kan ytterligare ingå andra samarbetsavtal, bland annat om läkarkonsultationer. De språkliga rättigheterna kan säkerställas genom att skyldigheten att tillgodose dem föreskrivs i lag och i praktiken dessutom genom förvaltningsinterna lösningar och genom att man ser till att personalen har praktiska kunskaper i finska och svenska.

Den största gruppen svenskspråkiga bildas av de 130 000 personer som är bosatta i Nyland. För deras del påverkar inte lagpropositionen i någon högre grad möjligheterna att få service på modersmålet. Inte heller för de närmare 30 000 svenskspråkiga invånarna i Egentliga Finland medför förslaget några väsentliga förändringar.

I praktiken kommer reformen att påverka de språkliga rättigheterna särskilt för de 85 000 svenskspråkiga i Vasa sjukvårdsdistrikt och de cirka 12 000 svenskspråkiga i Mellersta Österbottens sjukvårdsdistrikt. För invånarna i dessa sjukvårdsdistrikt ligger närmsta enhet med omfattande jour dygnet runt i Seinäjoki, som är ett enspråkigt sjukvårdsdistrikt. Mellersta Österbottens sjukvårdsdistrikt använder dock inte Seinäjoki centralsjukhus tjänster vid krävande vård, utan skickar patienterna till det enspråkiga universitetssjukhuset i Uleåborg. Vasa centralsjukhus bedriver en omfattande verksamhet. Krävande jourpatienter skickas till närmsta universitetssjukhus, dvs. till Tammerfors universitetssjukhus, som är enspråkigt, och för icke-brådskande patienter anlitas ofta tjänsterna vid det tvåspråkiga universitetssjukhuset i Åbo. Åbo universitetssjukhus tillhandahåller som tvåspråkigt sjukhus tjänster för den egna svenskspråkiga befolkningen och dessutom vid krävande specialiserad sjukvård för det svenskspråkiga landskapet Åland. För närvarande anlitar Vasa sjukvårdsdistrikt i förhållandevis liten utsträckning tjänster vid Seinäjoki centralsjukhus. En del av invånarna i kranskommunerna använder det dock med stöd av bestämmelsen om fritt val av vårdplats, och för några specialiteter (kardiologi, ortopedi) har parterna kommit överens om samarbete kring jour dygnet runt. De nu föreslagna lagändringarna ger också i fortsättningen invånarna möjlighet till ett liknande samarbete över gränserna för sjukvårdsdistrikten och specialupptagningsområdena. Samarbetet är avtalsbaserat och utgår från befolkningens behov och ett ändamålsenligt nyttjande av resurserna.

En samlad bedömning av enheterna har påverkat uppbyggnaden av nätverket av sjukhus med omfattande jour dygnet runt. Vid bedömningen har man, förutom de språkliga rättigheterna, beaktat enheternas möjlighet att trygga kompetensen och resurserna för verksamheten, ett tillräckligt befolkningsunderlag, tillgången till tjänster och befolkningens naturliga rörelseinriktningar, den interna arbetsfördelningen i samarbetsområdet, servicenätets täckning i landet och möjligheterna till beredskap så att enheten kan tillhandahålla tillräckliga tjänster på jämlika grunder. I andra sjukvårdsdistrikt än de som har skyldighet att upprätthålla omfattande jour, såsom i Vasa sjukvårdsdistrikt, är det dock även framöver möjligt att hålla samjour dygnet runt för primärvården och den specialiserade sjukvården med läkarjour för flera olika specialiteter. Dessa sjukvårdsdistrikt, såsom Vasa och Mellersta Österbottens sjukvårdsdistrikt, kan enligt förslaget, vid beredningen av avtalet om ordnande av specialiserad sjukvård utifrån befolkningens behov av service i regionen, själva bestämma för vilka specialiteter det är nödvändigt att hålla läkarjour dygnet runt inom centralsjukhusets samjour. De föreslagna bestämmelserna begränsar således inte automatiskt omfattningen av samjouren dygnet runt. För närvarande har Vasa sjukvårdsdistrikt elva specialistjourer dygnet runt. Enligt förslaget kan patienterna söka sig till Vasa sjukvårdsdistrikts samjour som hålls dygnet runt och få brådskande vård på finska och svenska vid merparten av sina brådskande hälsoproblem.

Patienter som kommer för vård via den prehospitla akutsjukvården transporteras med ambulans till närmaste sjukhus där patienten enligt en medicinsk bedömning kan få nödvändig vård och behandling i enlighet med de instruktioner om hänvisning till vård som meddelats av läkaren med ansvar för prehospital akutsjukvård. Enligt hälso- och sjukvårdslagen ska patienten få brådskande vård oberoende av var han eller hon är bosatt, om patienten har sökt sig till någon annan jourenhet än jouren i hemkommunen.

De svenskspråkiga patienternas språkliga rättigheter i jour-situationer vid den omfattande jouren dygnet runt i Seinäjoki ska i praktiken tryggas på flera olika sätt, till exempel genom avtal om läkarkonsultationer med Vasa sjukvårdsdistrikt, genom översättning av patientens instruktioner till svenska eller rekrytering av personal som behärskar svenska.

Vid icke-brådskande vård kan patienten utnyttja möjligheten att välja vårdplats. Han eller hon kan då välja önskat centralsjukhus också på språkliga grunder. Om det exempelvis är fråga om en tjänst som Vasa centralsjukhus inte erbjuder, har patienten möjlighet att genom att fritt välja vårdplats få en plats till exempel vid de tvåspråkiga universitetssjukhusen i Helsingfors eller Åbo. Patienter som utnyttjar sin valfrihet får dock ersättning från sjukförsäkringen för resekostnaderna till närmaste sjukhus som tillhandahåller den vård han eller behöver. Sjukvårdsdistrikten har via sin egen statistik möjlighet att följa upp patienterna när det söker vård på eget initiativ, eftersom fakturorna från de kommunala vårdplatserna skickas via sjukvårdsdistrikten i boendekommunen. Reformen av social- och hälsovården, som bereds för närvarande, innehåller i sin tur också allt mer informationsproduktion bland annat med tanke på bedömningen av hur valfriheten används.

Förslagets konsekvenser för jämställdhet och icke-diskriminering

Enligt förslaget är svensk- och finskspråkiga de facto jämställda. När sjukvårdsdistrikten upphandlar tjänster kan de beakta de tjänster som olika sjukhus tillhandahåller på olika språk och i sina upphandlingsavtal utgå från att avtalen uppfylls och övervaka dem. Vid krävande jourvård produceras tjänsterna på ett sätt och en plats som förutsätter bästa kompetens. Krävande patienter som behöver brådskande vård förflyttas från platsen för händelsen som regel med ambulans direkt till en enhet som tillhandahåller krävande specialiserad sjukvård, vanligen till ett universitetssjukhus. Så går man tillväga också för närvarande, och från det svenskspråkiga Österbotten är riktningen Tammerfors universitetssjukhus och för Mellersta Österbottens del är riktningen Uleåborgs universitetssjukhus. Denna praxis kommer inte att påverkas av de föreslagna lagändringarna. Avsikten är att via lagstiftningen precisera planeringen av och anvisningarna för den prehospitla akutsjukvården och på så sätt erbjuda krispatienter bästa möjliga vård och behandling oberoende av patientens språk. Lagändringen påverkar inte personalen inom den prehospitla akutsjukvården, utan samma personal kan fortsätta med sina uppgifter och även framöver tillhandahålla tjänster inom den prehospitla akutsjukvården såväl på finska som på svenska.

Förslagets konsekvenser för myndigheterna

Av specialupptagningsområdena är Helsingfors, Åbo, Uleåborgs och Tammerfors universitetssjukhus områden tvåspråkiga och bara Kuopio universitetssjukhus specialupptagningsområde är enspråkigt. Av sjukvårdsdistrikten med omfattande jourenheter är HUS, Egentliga Finland och Päijänne-Tavastland tvåspråkiga medan Lapplands sjukvårdsdistrikt är finskspråkigt. Där tillhandahålls service dessutom på tre samiska språk. Den svenskspråkiga läkarutbildningen är koncentrerad enbart till Helsingfors universitet och det råder särskild brist på svenskspråkiga läkare i landet. Vårdpersonalen har av tradition fått sin utbildning vid lokala

läroanstalter och på detta sätt har det varit lättare att trygga utbildningen i regionen utifrån språkbehov.

Vid rekrytering av personal ska dock kommuner och samkommuner följa det som bestäms i lagen om språkkunskaper som krävs av offentligt anställda (424/2003). Kommunerna och samkommunerna kan själva bestämma om strängare krav på personalens språkkunskaper än vad som anges i lagen. Genom att ordna utbildning och vidta andra personalpolitiska åtgärder ska myndigheten se till att personalen har tillräckliga språkkunskaper för att kunna sköta myndighetens uppgifter i enlighet med de krav som ställs i språklagen och i annan lagstiftning. Genom bestämmelsen betonas myndighetsledningens ansvar för att verksamheten vid myndigheten uppfyller också de språkliga kvalitetskrav som ställs på verksamheten. När en tjänst tillsätts eller en person förvärvas i annan anställning bör man försäkra sig om att den som anställs har de språkkunskaper som krävs för arbetsuppgifterna. Enligt 18 a § i lagen om yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården (559/1994) ska en yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården ha sådana tillräckliga språkkunskaper som förutsätts i de uppgifter han eller hon sköter. Arbetsgivaren för en yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården ska säkerställa att personens språkkunskaper är på en tillräcklig nivå för de uppgifter han eller hon sköter.

För alla som studerar till medicine licentiat ingår obligatoriska språkstudier i examen (det andra inhemska språket 3 sp). De lär sig bland annat att använda medicinsk terminologi på svenska eller finska. Läkare i vars studier det inte har ingått obligatoriska språkstudier, har avlagt en särskild språkexamen. Som regel har alla läkare vid enspråkiga sjukhus det språkintyg som krävs av en tjänsteman och åtminstone medelmåttiga muntliga och skriftliga kunskaper i svenska och finska. Enligt en uppskattning har 70–80 procent av läkarna enligt språkintyget goda kunskaper i svenska på basis av den utbildning som personen fått i Finland.

I sin verksamhet behöver Seinäjoki centralsjukhus förbereda sig på att antalet svenskspråkiga patienter kan öka i någon mån. Sjukhuset bör genom rekrytering och utbildning av personal och planering av arbetsskift försäkra sig om att personalen kan tillhandahålla service även på svenska under alla tider på dygnet. Också orienteringstavlor, informationsmaterial för patienter och patientombudsmannens tjänster måste finnas även på svenska.

Läkarbristen i Vasa sjukvårdsdistrikt har varit svårast i hela Finland. Enligt uppgifter från läkarförbundet var 18,2 procent av läkartjänsterna i Vasa sjukvårdsdistrikt obesatta hösten 2015, medan läkarbristen i hela landet var 4,4 procent. Det har också varit svårt att rekrytera läkararbetskraft till den specialiserade sjukvården i regionen och en betydande del av tjänsterna har varit obesatta. Läkarbristen har kompensrats med utländsk arbetskraft vars kunskaper i de båda inhemska språken, finska och svenska, ofta har varit bristfälliga.

Lagförslaget påverkar inte sysselsättningen av den finsk- eller svenskspråkiga personalen. Av de anställda vid exempelvis Vasa centralsjukhus hade 54 procent finska som modersmål, 44 procent svenska och två procent något annat språk. Sjukhuset har inte behövt bevilja sin personal dispens från kunskaper i finska och svenska förutom för vissa läkartjänster. Eventuella ändringar i sjukhusets verksamhet kommer att inrikta sig jämnt på båda språkgrupperna och kommer inte att påverka sjukhusets språkförhållanden.

Förslagets konsekvenser för den regionala tillgången till svenskspråkiga tjänster

De städer som har den största svenskspråkiga befolkningen sett till antal är Helsingfors, Esbo och Raseborg. När det gäller de tvåspråkiga regionerna i Södra Finland kommer de föreslagna bestämmelserna inte att påverka befolkningens ställning.

Det geografiska området för Vasa sjukvårdsdistrikt är smalt och närmare 300 kilometer långt. De tvåspråkiga kommunerna ligger längs kusten. Avståndet från distriktets södra del till Satakunta centralsjukhus är kortare än till Vasa centralsjukhus. De föreslagna ändringarna kommer att begränsa operationsverksamheten vid sjukhuset i det tvåspråkiga Jakobstad. Vid sjukhuset har man dock i princip redan utfört lättare kirurgiska ingrepp. Såväl den finskspråkiga som den svenskspråkiga befolkningen har då i den kirurgiska vården möjlighet att anlita tjänsterna vid Vasa centralsjukhus eller vid det närmare belägna Mellersta Österbottens centralsjukhus.

Medan Mellersta Österbottens och Vasa centralsjukhus fortfarande har ett brett utbud av tjänster, är behovet av mer krävande tjänster förhållandevis litet. Om Mellersta Österbottens eller Vasa centralsjukhus inte tillhandahåller den krävande tjänsten i fråga, förutsätter majoriteten av dessa tjänster vård på ett universitetssjukhus, varvid patienten kan skickas till det universitetssjukhus som han eller hon väljer.

De språkliga rättigheterna kan i praktiken tryggas bland annat genom att man kräver att personalen har tillräckliga språkkunskaper och utarbetar orienteringstavlor och informationsmaterial på båda nationalspråken och vid behov på andra språk. De föreslagna ändringarna påverkar inte befolkningens tillgång till tjänster. Enligt propositionen kommer det även framöver att vara möjligt att med stöd av dispens från social- och hälsovårdsministeriet upprätthålla jourdygnet runt inom primärvården och akutmedicinen, om tillgången till tjänsterna och avstånden mellan jourenheterna kräver det och tjänsterna inte i tillräcklig utsträckning kan tryggas med prehospital akutsjukvård.

Informationssamhällets tjänster

Inom projektet för egenvård och mervärdestjänster (ODA), som stöds av social- och hälsovårdsministeriet, utarbetas en ny typ av handlingsmodell för basservicen inom socialvården och hälso- och sjukvården. Modellen ska bli stommen i de elektroniska välfärdstjänster som erbjuds medborgarna. Jämsides med projektet ODA genomförs också andra projekt som berör temat, såsom den nationella möjligheten att spara sina egna välfärdsuppgifter som en del av tjänsten Mina Kanta-sidor som FPA genomfört. Projekten genomförs på bägge nationalspråken och i tillämpliga delar också på andra språk som används i Finland.

Samernas rättigheter

I social- och hälsovårdens skyldighet att ordna tjänster ingår att de samiskspråkiga ska tryggas social- och hälsovårdstjänster av samma kvalitet som majoritetsbefolkningen. Enligt patientlagen och klientlagen ska patientens och klientens kulturella bakgrund och modersmål beaktas när vård och service lämnas. I 6 § i hälso- och sjukvårdslagen ingår dessutom en hänvisning till rätten att använda samiska i enlighet med samiska språklagen inom samernas hembygdsområde. Lagarna tillämpas på både myndigheter och privata som ordnar social- och hälsovård.

Bestämmelser om samernas rätt att använda samiska i kontakten med myndigheter finns i samiska språklagen. Lagen tillämpas på de kommunala organen i Enare, Enontekis, Sodankylä och Utsjoki kommuner samt organen i sådana samkommuner till vilka någon av dessa kommuner hör. I sametingslagen föreskrivs om samernas autonomi inom sitt hembygdsområde i ärenden som angår deras språk och kultur. I lagen anges inte social- och hälsovårdstjänsterna särskilt. Enligt 9 § i lagen är myndigheterna skyldiga att förhandla med sametinget om alla vitsyftande och viktiga åtgärder, som på ett direkt och särskilt sätt kan inverka på samernas ställning som ett urfolk och som gäller samernas hembygdsområde. Förhandlingsskyldigheten som nämns i lagen gäller särskilt utvecklingen av social- och hälsovårdstjänster.

Numera har samerna rätt att använda samiska inom social- och hälsovården i kommunerna i hembygdsområdet och i Lapplands sjukvårdsdistrikt. Kommunerna har dock ingen lagstadgad skyldighet att ordna social- och hälsovårdstjänster på samiska. Tolkning till samiska uppfyller kraven i lagen. Utöver allmänna statsandelar har det i statsbudgeten sedan 2002 beviljats ett särskilt statsunderstöd för ett år i taget för att trygga tillgången till social- och hälsovårdstjänster på samiska inom samernas hembygdsområde. Statsunderstödet inriktas på kostnaderna för alla social- och hälsovårdstjänster som produceras på samiska. År 2016 är statsunderstödet för social- och hälsovårdstjänster på samiska 480 000 euro.

Könsrelaterade konsekvenser

Det finns rikligt med forskningsrön som visar att skillnaderna mellan könen är stora när det gäller användningen av tjänster. Till exempel enligt slutrapporten från arbetsgruppen för mansfrågor inom jämställdhetspolitiken använder män hälsovårdstjänster mer sällan än kvinnor och på befolkningsnivå har män sämre hälsa än kvinnor exempelvis mätt med förväntad livslängd. Å andra sidan lever kvinnor i snitt längre än män och majoriteten av äldre är kvinnor. När det gäller äldre ökar könsskillnaderna ju äldre personen är. Användningen av social- och hälsovårdstjänster ökar med åldern. Ensamstående och äldre kvinnor löper större fattigdomsrisk. Majoriteten av de ensamstående är kvinnor. Totalt sett använder kvinnor mer hälso- och sjukvårdstjänster, men beträffande användningen av specialiserad sjukvård är könsskillnaderna förhållandevis små och orsaken är sannolikt i huvudsak tjänster inom den specialiserade sjukvården som har att göra med reproduktion (tjänster med anknytning till graviditet och förlossning) och längre förväntad livslängd hos kvinnor. I hela landet är 44 procent av dem som anlitar dagkirurgi och vårdperioderna inom somatisk specialiserad sjukvård män. Således drabbas i något högre grad kvinnor än män av de föreslagna ändringarna.

Majoriteten av vårdpersonalen inom social- och hälsovården är kvinnor. Av arbetsföra läkare inom olika sjukhusspecialiteter är 44 procent män och inom de kirurgiska specialiteterna är andelen män 63 procent. Ur den synvinkeln kommer de personella konsekvenserna av reformen i något högre grad att inrikta sig på kvinnor. Reformen förväntas inte öka arbetslösheten inom social- och hälsovården, men en liten del specialistläkare och specialiserade sjukskötare kan bli tvungna att flytta till ett av de tolv sjukhusen med omfattande jour för att hitta en arbetsplats som motsvarar utbildningen.

Konsekvenser för barn och unga

En fastare samordning av jourerna inom social- och hälsovården minskar splittringen av service-systemet och säkerställer att barn och unga får de jourtjänster som de behöver som en samlad helhet, vilket gör att de får snabbare tillgång till behövliga tjänster. Reformen förbättrar också den sammanhållna planeringen av nödvändig fortsatt vård.

För socialvårdens del anknyter förändringen också till regeringens spetsprojekt, såsom till programmet för utveckling av barn- och familjetjänster som avser att öka välmåendet hos barn, unga och familjer och stärka deras resurser. I överensstämmelse med regeringsprogrammet ska det splittrade servicesystemet för barn- och familjetjänster revideras. Alla tjänster för barn, unga och familjer ska länkas samman till en integrerad barn- och familjeorienterad helhet. För detta krävs det bland annat att kompetensen hos den yrkespersonal som arbetar med barn, unga och familjer uppdateras och att arbetsredskapen förnyas så att de stöder förändringen. Beträffande socialjourerna innebär det utvecklingsarbete som ingår i reformprogrammet bland annat att serviceprocessen samordnas bättre mellan aktörerna.

Konsekvenser för regionutveckling, sysselsättning och arbetsliv

Enligt Institutet för hälsa och välfärds statistik för 2014 var totalt 258 567 personer anställda inom kommunal social- och hälsovård, 132 387 personer inom hälsovårdstjänster och 126 180 personer inom socialtjänster. Vidare var 6 143 personer anställda i anknytande gemensam förvaltning. Siffrorna inbegriper inte köp av tjänster från den privata sektorn. Enligt statistik från Kommunförbundet hade sjukvårdsdistrikten 78 690 anställda i slutet av 2015. Social- och hälsovården är således en betydande sysselsättande faktor på det lokala planet.

Genom lagändringen koncentreras brådskan och icke-brådskan specialiserad sjukvård och den högspecialiserade delen till större orter som redan i dag räknas som tillväxtcentra. De lockar till sig unga människor. Å andra sidan minskar arbetsplatserna på orter där det finns ett kretssjukhus. Hälso- och sjukvården lider av personalbrist och sjukhusen har därför i fortsättningen lättare att få utbildad personal. Också socialjourerna kommer sannolikt att ha lättare att rekrytera kompetent personal till jourverksamheten när tjänsten centraliseras. Detta stärker i sin tur servicekvaliteten. Ofta finns utbildningen, exempelvis universitet och yrkeshögskolor, på de orter dit krävande vård förläggs. Lagförslaget kan därför ha indirekta konsekvenser för utvecklingen i regionen, om sjukhuset har varit en betydande arbetsgivare i kommunen och arbetstillfällena på sjukhuset minskar kraftigt. Lagändringen berör i första hand verksamhetsområdet kirurgi, som dock ofta är den dyraste verksamheten på ett litet sjukhus och kräver stora personella resurser på grund av beredskapen dygnet runt. Följaktligen kan konsekvenserna för arbetstillfällena på små sjukhus vara relativt stora, om de anställda inte kan erbjudas nya arbetsuppgifter.

Konsekvenser för informationssamhället

Förslagen har inga direkta konsekvenser för informationssamhället. De framhåller dock vikten av och förutsätter satsningar på att utveckla social- och hälsovård och konsultationer på distans.

4.5 Uppföljning av konsekvenserna av reformen

Avsikten är att reformen av jourstrukturen och den specialiserade sjukvården ska genomföras under 2017–2018. Under den tiden kommer inte nödvändigtvis alla effekter av reformen att visa sig. Reformen har ett nära samband med social- och hälsovårdsreformen och landskapsreformen som ska genomföras i början av 2019. Dessa reformer är mycket omfattande och gäller hela social- och hälsovården. Konsekvenserna är i hög grad beroende av hur social- och hälsovården genomförs i landskapen. Därför är det av stor vikt att följa upp och granska de förväntade och oväntade effekterna av reformerna i landskapen och i hela landet. För detta kommer det att byggas upp ett nationellt uppföljningssystem som möjliggör en bedömning av konsekvenserna. Uppföljningen görs så att den samtidigt möjliggör en jämförelse mellan regionerna. Uppföljningen av konsekvenserna av den nya jourstrukturen och den specialiserade hälsovården görs parallellt med uppföljningen och bedömningen av konsekvenserna av social- och hälsovårds- och landskapsreformen.

Inom mentalvården och missbrukarvården är klienternas servicekedjor och frågan om hur klienterna ska kunna nås för att de ska omfattas av servicen särskilt föremål för utredning som ett led i statsrådets gemensamma utrednings- och forskningsverksamhet (SRK TEAS).

5 Beredningen av propositionen

Propositionen har beretts som tjänsteuppdrag vid social- och hälsovårdsministeriet. Den har beretts med hänsyn till dels reformen av social- och hälsovården och regionalförvaltningen och riktlinjerna för reformen, dels regeringens spetsprojekt och anknytande utredningar.

Konsekvenserna av propositionen har granskats med stöd av internationell och inhemsk litteratur och statistik. Som ett led i beredningen ordnades det i februari–mars 2016 dessutom fem regionala utfrågningar. I dem deltog sammanlagt över 170 aktörer inom social- och hälsovård från sjukvårdsdistrikt, kommuner, landskap, specialistläkarföreningar samt patient- och klientorganisationer. Utfrågningarna hölls i Uleåborg, Helsingfors, Tammerfors, Åbo och Kuopio. De som hördes var regionala aktörer från bland annat kommuner och samkommuner, sjukvårdsdistrikt, landskapsförbund, socialjourer, de största intresseorganisationerna, regionförvaltningsverken och Tillstånds- och tillsynsverket för social- och hälsovården (Valvira). Målen för revideringen av hälso- och sjukvårdslagen och socialvårdslagen samt preliminära utkast till paragrafer presenterades. Vidare fördes det gemensamma diskussioner om målen och andra frågor av relevans utifrån inlägg av de som hördes.

I beredningen av bestämmelserna om socialjour har material från utfrågningarna utnyttjats. Dessutom användes social- och hälsovårdsministeriets enkät från våren 2016 om läget på de regionala socialjourerna som bakgrundsmaterial. Samtidigt undersöktes resurserna och tillståndet för socialt arbete i sjukvårdsdistrikten via en enkätkartläggning. Särskilda utfrågningar om revideringen av socialvårdslagen har ordnats exempelvis för klienter och socialarbetare inom hälso- och sjukvården och bland ledande socialarbetare vid enheterna vid de sjukhus i regionen som enligt förslaget ska ha omfattande jour dygnet runt samt bland ledningen för socialjouren i regionen.

Dessutom har social- och hälsovårdsministeriet ordnat särskilda möten, under vilka aktörer med anknytning till jourverksamhet inom social- och hälsovård har hörts.

Social- och hälsovårdsministeriet gav professor Reijo Haapiainen och sjukhusdirektör Petri Virolainen i uppdrag att stödja centraliseringen av den kirurgiska och operativa verksamheten. I samband med utredningsarbetet, arbetsfördelningen inom den specialiserade sjukvården och beredningen av förordningen om centralisering av vissa uppgifter ordnades i maj–juni 2016 utfrågningar på specialupptagningsområdena för fem universitetssjukhus i syfte att få sjukvårdsdistriktens och andra verksamhetsorganisationers uppfattningar om kommande arbetsfördelning och centralisering. Totalt över 200 företrädare för den specialiserade sjukvården deltog i fem utfrågningar om arbetsfördelningen inom kirurgi och operativ verksamhet. Alla sjukvårdsdistrikt och centralsjukhus var väl representerade på mötena, men inte alla kretssjukhus var systematiskt företrädade.

Utöver dessa utfrågningar har social- och hälsovårdsministeriet under våren och sommaren 2016 ordnat utfrågningar enligt specialupptagningsområde, exempelvis inom specialiteterna psykiatri, barnsjukdomar och rehabilitering. I augusti 2016 ordnades två omfattande utfrågningar av sakkunniga inom operativa och konservativa specialiteter. I mötena deltog sammanlagt cirka 90 sakkunniga inom de konservativa och diagnostiska specialiteterna. I september 2016 efter remissbehandlingen ordnades utfrågning av chefsöverläkare.

Utkastet till regeringsproposition med förslag till lag om ändring av hälso- och sjukvårdslagen och socialvårdslagen samt anknytande utkast till statsrådets förordning om grunderna för brådskande vård och villkoren för jour inom olika medicinska verksamhetsområden var ute på bred remiss från maj till september 2016. Via en Webropol-enkät lämnades det in 302 utlåtanden. Av remissorganen var 184 kommuner, 36 samkommuner eller samarbetsområden för

social- och hälsovården, 20 statliga myndigheter, 48 organisationer och 14 övriga. Dessutom lämnades det in 62 skriftliga fritt formulerade utlåtanden.

Totalt 81,8 procent av remissorganen ansåg de föreslagna ändringarna vara nödvändiga, 15 procent ansåg inte de föreslagna ändringarna vara nödvändiga och tre procent tog inte ställning.

Av remissorganen understödde 56,9 procent ändringarna av den prehospitla akutsjukvården, 31,3 procent gav inte sitt stöd till ändringarna och 11,8 procent tog inte ställning.

Särskilt planeringen av prehospital akutsjukvård i förhållande till de social- och hälsovårdstjänster som tillhandahålls i hemmet understöddes. Eftersom det i utlåtandena framhölls vikten av att de social- och hälsovårdstjänster som tillhandahålls i hemmet bildar en sammanhållen helhet, har samarbetet mellan socialvården, den prehospitla akutsjukvården och centralen för prehospital akutsjukvård preciserats i propositionen.

Förslaget att fastställa uppgifterna för centralen för prehospital akutsjukvård i fråga om anvisningar och beredskapsplanering fick stöd. Det nya förslaget om att centralen för prehospital akutsjukvård ska bereda de mål för insatstiderna som ska ingå i beslutet om servicenivån fick både positiv och negativ respons. En del remissorgan såg det som ett hot att servicenivån i synnerhet i glesbebyggda områden försämrats samtidigt som kostnaderna stiger. Vissa remissorgan ansåg att uppgiften för centralen för prehospital akutsjukvård att upprätta beslut om servicenivån kommer att förbättra servicens jämlikhet och tillgången till service. Remissorganen ville att definitionen av prehospital akutsjukvård och patientförflyttningar preciserades. Remissorganen uppmärksammade vikten av att bevara den prehospitla akutsjukvården som en närtjänst.

Förslaget om arbetsfördelningen inom den specialiserade sjukvården fick stöd av 60,8 procent av remissorganen, 29,4 procent understödde inte förslaget och 9,8 procent tog inte ställning. Föreningarna för specialistläkare har mycket tydligt fört fram behovet av att sammanföra kompetensen till större enheter och volymer för att förbättra kvaliteten och kompetensen. Samtidigt uttrycker de mindre sjukhusen och sjukvårdsdistrikten farhågor för att sjukhusens verksamhet ska tyna bort och tillgången till personal försämrats. En del av remissorganen ifrågasätter de stora enheternas förmåga att ta emot varierande patientströmmar.

Av remissorganen ansåg 66,6 procent bestämmelsen om brådskande vård vara ändamålsenlig, 27,7 procent understödde inte förslaget och 5,7 procent tog inte ställning. Valet av sjukvårdsdistrikt som åläggs att upprätthålla omfattande jour dygnet runt kritiserades av framför allt andra centralsjukhus än de föreslagna sjukhusen. Enligt dessa försvagas tillgången till vård och man tvingas onödigt förflytta patienter längre sträckor. Vid de mindre förlossningssjukhusen ansåg man att centralisering av juren kommer att leda till att de mindre sjukhusen går på tomgång, eftersom det enligt personalens mening inte går att minska jurens omfattning.

I de skriftliga utlåtandena lyfter det vidare fram bland annat följande frågor. Enligt remissorganen får centralsjukhusens verksamhet dagtid inte riskeras. Vid alla sjukhus som sköter förlossningar ska det finnas beredskap för såväl urakuta kejsarsnitt som annan jourkirurgi. Till jourjukhus med ett begränsat utbud av specialiteter bör man koncentrera tillräckligt med stora volymer av sådana återgårdar för vilka sjukhuset håller jour. Med tanke på den verksamheten i operationssalarna bör den effektiva normala arbetstiden utsträckas till kl. 7–8 till 18–20 i stället för som nu till kl. 15–16 för att det ska vara möjligt att effektivt ordna krävande operationer.

Allmänt konstaterades det att jämförelsen mellan sjukhusens vårdresultat, liksom jämförelsen mellan vårdkostnaderna, bör införas som ett regelbundet moment. De nationella kvalitetsregistren bör bli obligatoriska. Social- och hälsovårdsministeriet bör ha möjlighet att bevilja undantagstillstånd för enskilda centraliseringsåtgärder. Dessutom ansågs det att ändringarna kommer att medföra förändringar för personalen när det gäller arbetsplatserna och eventuellt också arbetsuppgifterna eller åtminstone arbetsbeskrivningarna. I praktiken kommer många att arbeta på flera ställen.

Justitieministeriet, Vasa sjukvårdsdistrikt, Svenska Finlands folkting, diskrimineringsombudsmannen, Österbottens förbund – Pohjanmaan liitto samt flera kommuner och städer fäste uppmärksamhet vid bedömningen av de språkliga konsekvenserna och tryggheten av service på klientens språk.

Av remissorganen ansåg 82 procent att bestämmelsen om hälso- och sjukvårdens uppgifter vid bedömningen av behovet av socialvård var ändamålsenlig, sex procent understödde inte förslaget och tio procent tog inte ställning.

Av remissorganen ansåg 75 procent att bestämmelsen om socialjour var ändamålsenlig, tolv procent understödde inte förslaget och elva procent tog inte ställning.

Av remissorganen ansåg 77 procent att bestämmelsen om ordnande av socialservice i samband med andra tjänster var ändamålsenlig, nio procent understödde inte förslaget och tolv procent tog inte ställning.

Regeringens utkast till proposition har behandlats av rådet för bedömning av lagstiftningen. I sitt utlåtande fäste rådet uppmärksamhet vid att konsekvenserna för medborgarnas hälsa och välfärd inte beaktats i någon större utsträckning i bedömningen av konsekvenserna. Dessutom bör grunderna för bedömningarna och de beräkningar som ligger till grund för dem beskrivas närmare. Alternativen i kapitlet om jämförelsen mellan alternativa lösningar är knapphändiga.

Regeringens utkast till proposition har behandlats genom statens och kommunernas samrådsförfarande enligt 11 § i kommunallagen (410/2015) och delegationen för kommunal ekonomi och kommunal förvaltning har behandlat propositionen.

Med anledning av utlåtandena har bedömningen av propositionens konsekvenser, i synnerhet i fråga om konsekvenserna för hälsa och välfärd, de ekonomiska, språkliga och könsrelaterade konsekvenserna samt konsekvenserna för barn och unga, preciserats. Kapitlet om alternativ har preciserats. Dessutom har definitionen av prehospital akutsjukvård och patientförflyttningar preciserats och bestämmelserna om samarbete mellan hälso- och sjukvården och socialjouren har förtydligats.

6 Samband med andra propositioner

Propositionen hänför sig till budgetpropositionen för 2017 och avses bli behandlad i samband med den.

DETALJMOTIVERING

1 Lagförslag

1.1 Hälso- och sjukvårdslagen

3 §. Definitioner. Det föreslås att paragrafens 4 punkt som definierar högspecialiserad sjukvård upphävs. I praktiken har med högspecialiserad sjukvård avsetts sådan vård som anges i statsrådets förordning om ordnande och centralisering av den högspecialiserade sjukvården. Det är meningen att det i hälso- och sjukvårdslagen ska föreskrivas närmare om centraliserad specialiserad sjukvård och att begreppet högspecialiserad sjukvård ska slopas som obehövligt. Avsikten är att utfärda en ny förordning om sjukhusens arbetsfördelning och om centraliseringen av den specialiserade sjukvården och att den ska ersätta statsrådets nuvarande förordning om ordnande och centralisering av den högspecialiserade sjukvården.

39 §. Prehospital akutsjukvård. Det föreslås att paragrafens 1 mom. ändras så att planeringen och genomförandet av den prehospitala akutsjukvården ska genomföras i samarbete med de verksamhetsställen inom hälso- och sjukvården som håller jour så att de och andra social- och hälsovårdstjänster som ges som närservice i hemmet under jourtid tillsammans bildar en regionalt sett funktionell helhet. Till bestämmelsen har fogats att tjänsterna i hemmet ska beaktas vid planeringen av helheten. Behovet av olika tjänster i hemmet ökar då befolkningen blir äldre och då kan behovet av tjänster tillgodoses genom den helhet som bildas av tjänster i hemmet, jour och prehospital akutsjukvård.

Enligt 3 mom. i paragrafen fattar samkommunen för ett sjukvårdsdistrikt beslut om servicenivån för den prehospitala akutsjukvården. I beslutet om servicenivån fastställs hur den prehospitala akutsjukvården ska ordnas, serviceinnehållet, vilken utbildning den personal som deltar i den prehospitala akutsjukvården ska ha, målen för insatstiderna enligt beredningen vid specialupptagningsområdets central för prehospital akutsjukvård och andra omständigheter som är nödvändiga med tanke på ordnandet av den prehospitala akutsjukvården inom området.

Beredningen av beslutet om servicenivån ändras så att specialupptagningsområdets central för prehospital akutsjukvård bereder målen för insatstiderna för befolkningen och patienterna inom hela specialupptagningsområdet enligt enhetliga grunder. Centralen för den prehospitala akutsjukvården ska styra tillgången till prehospital akutsjukvård så att insatskriterierna används på ett enhetligt sätt. Då beslutet om servicenivå fastställs ska de resurser som står till förfogande för den prehospitala akutsjukvården beaktas i vidare bemärkelse än för endast ett sjukvårdsdistrikt. Innehållet i den prehospitala akutsjukvården definieras i beslutet om servicenivå så, att servicen är effektiv och ändamålsenlig och att man beaktar situationer där den prehospitala akutsjukvården är utsatt för hög belastning samt hela specialupptagningsområdets resurser.

40 §. Den prehospitala akutsjukvårdens innehåll. Den prehospitala akutsjukvårdens innehåll, som beskrivs i 1 mom. 1 punkten i paragrafen, har preciserats. Enligt punkten omfattar den prehospitala akutsjukvården bedömning av vårdbehovet för en patient som plötsligt insjuknat eller skadats, brådskande vård primärt utanför en hälso- och sjukvårdsinrättning, med undantag för uppdrag enligt sjöräddningslagen (1145/2001), och vid behov transport av patienten till den enligt medicinsk bedömning mest ändamålsenliga vårdenheten.

I den prehospitala akutsjukvården ska alla sådana uppgifter ingå, som innebär att patienterna behöver brådskande vård på platsen för insjuknandet eller skadan eller under transporten. Det föreslås att bedömning av vårdbehovet för en patient som plötsligt insjuknat eller skadats fo-

gas till punkten, eftersom den mest centrala uppgiften inom den prehospitala akutsjukvården utgörs av en bedömning av patientens vårdbehov. En betydande del av patienterna kan bedömas och vårdas på plats och då är det inte nödvändigt att enheten för prehospital akutsjukvård transporterar patienten till hälso- och sjukvårdens verksamhetsenhet för bedömning och vård. I punkten preciseras dessutom innehåller i den prehospitala akutsjukvården i förhållande till patientförflyttningar som inte ingår i prehospital akutsjukvård. Tolkningen i dessa fall har i praktiken varit oklar och det har förekommit regionala variationer i sjukvårdsdistriktens tolkningspraxis. I prehospital akutsjukvård ingår förflyttningar till fortsatt vård när en patient insjuknar akut eller blir skadad i sådana fall då patienten under transporten behöver krävande och kontinuerlig vård eller medicinskt motiverad uppföljning. Patienttransporter som ingår i prehospital akutsjukvård behandlas i nödcentralssystemet och förmedlas via nödcentralen, liksom andra akuta fall. Genom ändringen varken förändras eller utvidgas innehållet i den prehospitala akutsjukvården. Patientförflyttningar som ska skötas av en verksamhetsenhet i kommunen eller samkommunen när det inte finns behov av prehospital akutsjukvård regleras i 73 § i hälso- och sjukvårdslagen.

41 §. Bemyndigande att utfärda förordning. Bemyndigandet att utfärda förordningar om den prehospitala akutsjukvården ska preciseras så att det till bemyndigandet fogas en bestämmelse om att bestämmelser om ledningssystemet och enheterna för prehospital akutsjukvård utfärdas genom förordning. Redan i den nuvarande förordningen finns det bestämmelser om ledningssystemet och enheterna för den prehospitala akutsjukvården och i fortsättningen behöver de här bestämmelserna preciseras i förordningen om prehospital akutsjukvård.

45 §. Arbetsfördelning och centralisering av vissa uppgifter inom den specialiserade sjukvården. I 1 mom. i paragrafen definieras vad som avses med specialiserad sjukvård som ska centraliseras. Med specialiserad sjukvård som ska centraliseras avses sådana undersökningar eller åtgärder eller sådan vård som är sällan förekommande eller krävande och därför ska kunna upprepas, eller som kräver specialkompetens inom flera områden för att förvärva och upprätthålla den kunskap och det kunnande som krävs eller betydande resurser i fråga om anordningar och utrustning för att säkerställa kvaliteten, patientsäkerheten, genomslaget, produktiviteten och effektiviteten inom hälso- och sjukvården. Stora verksamhetsvolymen möjliggör en bättre kvalitet och patientsäkerhet än åtgärder som utförs enskilt och sällan. Vårdens genomslag har varit bättre och antalet skadliga incidenter färre vid de större enheterna. För att goda resultat ska kunna uppnås vid åtgärderna krävs en inlärningskedja som fokuserar på bekräftelse av det som lärts in och på upprepningar. Inom många åtgärder är inlärningskurvan lång. Inläringen gäller till exempel inte enbart en enskild kirurg, utan ofta hela vårdteamet. Teamens inläring och utvecklingen av processer gör det också möjligt att skapa kostnadseffektiva vårdkedjor för patienterna.

I 2 mom. i paragrafen definieras den specialiserade sjukvård som ska centraliseras nationellt. Med specialiserad sjukvård som ska centraliseras nationellt avses vård som ska samordnas till färre än fem universitetssjukhus. Sådan vård är t.ex. organtransplantationer och öppen hjärtkirurgi på barn, som kräver omfattande specialkompetens och laboratoriediagnostik. På motsvarande sätt kräver t.ex. vården av patienter med ryggmärgsskador i det akuta skedet, den omedelbara rehabiliteringen efter denna vård samt den livslånga multiprofessionella vården och uppföljningen omfattande multidisciplinär specialkompetens inom flera specialområden och därför ska vården av ryggmärgsskador centraliseras till färre än fem universitetssjukhus

Dessutom får de uppgifter som gäller planeringen och samordnandet av den nationella helheten av verksamheten förordnas en eller i vissa fall flera nationella aktörer. Genom förordning av statsrådet får det föreskrivas om vilka tjänster som ska åläggas en eller flera nationella aktörer. En sådan uppgift kan vara till exempel att samordna de fem regionala cancercentrums verksamhet nationellt.

I 3 mom. i paragrafen behandlas sjukhusens arbetsfördelning och den vård som ska centraliseras regionalt. Den specialiserade sjukvård som ska centraliseras regionalt ska samordnas till fem universitetssjukhus eller av särskilda skäl till ett sjukhus på motsvarande nivå. Med sjukhus på motsvarande nivå avses till exempel ett sjukhus som styrs av universitetets sjukvårdsdistrikt och som specialiserat sig på en viss verksamhet, såsom sjukhuset Coxa som hör till koncernen för Birkalands sjukvårdsdistrikt. Det kan också vara ett sådant sjukhus som har samma kompetensnivå som ett universitetssjukhus och forskningsverksamhet som hör till området, såsom vissa verksamheter inom Mellersta Finlands centralsjukhus som hör till specialupptagningsområdet för Kuopio universitetssjukvårdsdistrikt. Dessutom centraliseras den specialiserade sjukvården regionalt till de sjukhus som har enheter med omfattande jour dygnet runt som avses i 50 § 3 mom.

För samordnandet av verksamheten får det utses och bemyndigas regionala aktörer. Inom ett specialupptagningsområde kan en sådan aktör vara en regional aktör som utsetts för behandlingen av en viktig folksjukdom, såsom cancer, och under vars ledning patienternas regionala vårdkedjor och enhetlig vård byggs upp. En sådan regional aktör kan utses om man på så sätt uppnår fördelar med avseende på enhetlig, högkvalitativ och regional vård.

I 4 mom. i paragrafen föreskrivs det om skyldigheten att centralisera sådan operativ verksamhet som kräver operationssal och anestesi till de sjukhus som åtminstone har samjour dygnet runt för primärvården och den specialiserade sjukvården. Med dessa avses inte enbart enheter med omfattande jour, utan också sådana sjukhus som avses i 50 § 4 mom. och som har en enhet för samjour och för lokala behov fastställd kompetens inom de specialområden som behövs för att sköta sedvanliga brådskande hälsoproblem hos befolkningen. Med samjour avses en sådan jourenhet som tillhandahåller både primärvård och läkartjänster inom andra specialiteter under alla tider på dygnet året runt och där tillräckliga möjligheter till undersökningar och vård är tillgängliga.

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

I 5 mom. i paragrafen föreskrivs om de förfaranden som används för att besluta om sjukhusens arbetsfördelning och centralisering av vården. Universitetssjukhusens sjukvårdsdistrikt ska komma överens om vilka enheter som ska ge den specialiserade sjukvård som ska centraliseras nationellt till den del som det inte föreskrivs om dem genom förordning. Det är meningen att genom förordning fastställa de centrala vårdformer och uppgifter som ska centraliseras till färre än fem universitetssjukhus. Om universitetssjukhusens sjukvårdsdistrikt inte kan komma överens om till vilka sjukhus eller enheter verksamheten ska centraliseras eller om avtalet inte uppfyller förutsättningarna för säkerställandet av kvaliteten, patientsäkerheten, genomslaget, produktiviteten och effektiviteten, kan statsrådet bestämma innehållet i avtalet.

Om den regionala arbetsfördelningen vid sjukhusen och samordnandet av kompetensen avtals i det avtal om ordnande av specialiserad sjukvård som avses i 43 § i hälso- och sjukvårdslagen. Avsikten är att genom förordning av statsrådet föreskriva om de uppgifter och den vård som åtminstone ska centraliseras regionalt till de fem universitetssjukhusen eller till de tolv sjukhus som ska upprätthålla omfattande jour dygnet runt.

Genom förordning av statsrådet föreskrivs det om den nationella och regionala arbetsfördelningen vid sjukhusen och om centraliseringen av undersökningar, åtgärder och vård samt om kvantitativa villkor och andra villkor för dem. Genom förordning ska det också vara möjligt att vid behov föreskriva om vårdgivande enheter. För planeringen och samordnandet av verksamheten får det genom förordning utses och bemyndigas nationella och regionala aktörer.

46 §. Central för prehospital akutsjukvård. Till 1 mom. 1 punkten fogas att centralen för prehospital akutsjukvård ska bereda målen för insatstiderna och tillgången till tjänsterna, som ska ingå i beslutet om servicenivån för den prehospitala akutsjukvården, på lika villkor inom hela sitt område. Vid beredningen ska man noggrannare än tidigare beakta andra hälso- och sjukvårdstjänster i hemmen som genomförs som närservice inom området och samordnandet av resurserna för den prehospitala akutsjukvården inom sjukvårdsdistrikten i området. I dag bereder alla sjukvårdsdistrikt sina beslut om servicenivån självständigt, vilket har lett till avsevärda regionala skillnader mellan distrikten i fråga om insatstiderna för patienterna. Den plan som ska utarbetas för specialupptagningsområdena gör det möjligt att använda den prehospitala akutsjukvårdens resurser inom hela specialupptagningsområdet effektivare än för närvarande.

Bestämmelserna i 2, 4 och 5 punkten motsvarar nuvarande 1, 2 och 5 punkten i momentet. Enligt 3 punkten ska centralen för prehospital akutsjukvård samordna de patientförflyttningar som hör till den prehospitala akutsjukvården. Ändringen hänför sig till ändringar vid jourssjukhusen och att det i fortsättningen ska finnas tolv enheter med omfattande jour dygnet runt. Förflyttningar som hör till den prehospitala akutsjukvården är sådana där patienten behöver vård eller enligt medicinsk bedömning kontinuerlig övervakning under transporten. Dessa förflyttningar sker med ambulans.

I 6 punkten föreskrivs att centralen för prehospital akutsjukvård tillsammans med centralerna för prehospital akutsjukvård i de andra specialupptagningsområdena ska bereda och samordna de medicinska vårdanvisningar som gäller verksamheten inom den prehospitala akutsjukvården samt övriga nationella anvisningar i fråga om den prehospitala akutsjukvården. Bestämmelsen har tagits in i lagen från 3 § i förordningen om prehospital akutsjukvård och samtidigt har innehållet preciserats. Genom bestämmelsen vill man stärka centralernas uppgift vid förenhetligandet av verksamheten nationellt och en enhetlig medicinsk ledning av verksamheten. De medicinska vårdanvisningar som gäller den nationella prehospitala akutsjukvården och som centralerna för prehospital akutsjukvård utarbetar tillsammans ska bli en del av den nationella elektroniska patientjournalen för prehospital akutsjukvård.

Uppgiften i 7 punkten motsvarar i huvudsak den gällande lagstiftningen. Ordalydelsen i bestämmelsen preciseras så att den omfattar de nationella kommunikations- och informationssystem för hög beredskap som håller på att byggas upp och som ska tas i bruk 2017—2018. Dessa är myndighetsradionätet (Virve), nödcentralsdatasystemet (ERICA) och fältledningssystemet (KEJO).

Enligt 8 punkten ska centralen för prehospital akutsjukvård medverka i utarbetandet av regionala beredskapsplaner tillsammans med andra myndigheter och specialupptagningsområden. Utarbetandet av beredskapsplaner är för närvarande decentraliserat regionalt och till olika ansvarsområden. Syftet med bestämmelsen är att förenhetliga utarbetandet av beredskapsplaner

inom olika specialupptagningsområden och öka samarbetet mellan olika myndigheter vid beredskapsplaneringen samt att samordna olika myndigheters beredskapsplanering.

Om samarbetet mellan centralen för prehospital akutsjukvård och socialjouren föreskrivs det i den nya 29 a § i socialvårdslagen. Närmare bestämmelser om uppgifterna vid centralen för prehospital akutsjukvård får vid behov utfärdas genom förordning av social- och hälsovårdsministeriet.

50 §. Brådskande vård. Avsikten är att i paragrafen helt omdefiniera joursystemets struktur och de enheter som tillhandahåller brådskande vård.

Med jourenhet avses en separat enhet som planerats för att tillhandahålla jour och som erbjuder jourtjänster dygnet runt och huvudsakligen som samjour för primärvården och den specialiserade sjukvården. I samjouren ingår både tjänster inom primärvård (inklusive mun- och tandvård) och läkartjänster för andra specialiteter. Också ordnandet av jour för mun- och tandvård som en del av samjouren förbättrar tillgången till de här tjänsterna som samarbete. Specialistläkartjänsterna inom samjouren kan t.ex. utgöras av tjänster inom specialiteterna inre medicin och kirurgi, men ofta står kompetens från flera olika specialiteter till förfogande vid vården av jourpatienter.

Med en enhet med omfattande jour dygnet runt avses samjour för primärvården och den specialiserade sjukvården, som kan tillhandahålla omfattande tjänster inom flera medicinska specialiteter omedelbart och dygnet runt och som har resurser för att upprätthålla den beredskap som behövs inom hälso- och sjukvården och för att sköta exceptionella situationer. En mottagning med omfattande jour dygnet runt ska stödja andra jourenheter t.ex. genom att ge konsultationshjälp. Vid placeringen av enheterna måste man utöver sjukhusens resurser och infrastruktur även beakta de geografiska förhållandena och den nationella helheten i fråga om servicenätverket, för att kunna uppnå målet att de jourtjänster som befolkningen behöver ska täcka hela landet.

Vid enheter med omfattande jour dygnet runt ska jour inom minst tio specialiteter samt socialjour finnas representerade. Behövliga specialiteter är t.ex. akutmedicin, anesthesiologi och intensivvård, gastroenterologisk kirurgi, odontologi, kardiologi, barnsjukdomar, kvinnosjukdomar och förlossningar, neurologi, ortopedi och traumatologi, psykiatri, radiologi, inre medicin samt allmän medicin eller geriatri.

Operationer under jourtid centraliseras i huvudsak till enheterna med omfattande jour dygnet runt. På detta sätt finns alltid beredskap för högkvalitativ och säker vård i krävande situationer. Kärnan i sjukhusens omfattande jourservice utgörs av de fem universitetssjukhusen, där i huvudsak 20 olika medicinska specialiteter finns representerade dygnet runt.

Undantagsvis kan jour inom en specialitet skötas via distansmedicin. Detta gäller i synnerhet för neurologi, där det inom vården av hjärninfarkter finns beprövade metoder för att fatta beslut om det är skäl att snabbt påbörja trombolys. Inom distansmedicinen kan man på motsvarande sätt efter bedömningen ta i bruk andra handlingssätt, om patientsäkerheten och kvaliteten på vården kan garanteras.

Brådskande mottagningsverksamhet inom primärvården kan tillhandahållas som en del av primärvårdens sedvanliga mottagningsverksamhet eller i samband med den specialiserade sjukvårdens poliklinikverksamhet eller samjouren i enlighet med vad som är ändamålsenligt när det gäller befolkningens servicebehov. Vid de enheter som ordnar brådskande mottagning ska det finnas tillräckliga förutsättningar för diagnostisering.

Paragrafens 1 mom. motsvarar den nuvarande regleringen. Enligt det ska brådskande sjukvård ges patienten oberoende av var han eller hon är bosatt. Med brådskande vård avses omedelbar bedömning och vård som inte kan skjutas upp utan att sjukdomen förvärras eller kroppsskadan försvåras och som gäller akut sjukdom, kroppsskada, försämring av en långvarig sjukdom eller funktionsnedsättning.

I 2 mom. preciseras kommunens eller samkommunens skyldighet att för brådskande vård ordna mottagningsverksamheten som närservice på vardagar på dagtid samt enligt behov under kvällstid och på veckoslut under dagtid. Syftet med den brådskande mottagningsverksamhet som ska ordnas vid hälsovårdscentralerna är att trygga tillgången till brådskande vård som närservice för sådana sedvanliga hälsoproblem som inte kräver den samlade kompetens som finns vid jourenheterna. Det skulle vara möjligt att vid behov tillhandahålla brådskande mottagningsverksamhet också inom den specialiserade sjukvårdens poliklinikverksamhet under den tid som poliklinikerna är öppna. En enhet som ordnar brådskande mottagningsverksamhet ska ha tillräckliga förutsättningar för diagnostisering och anvisningar om vart patienten vid behov ska remitteras för diagnostisering eller vård om det inte är ändamålsenligt att vårda patienten vid enheten i fråga.

Genom en sådan gradering av vården och förstärkning av den brådskande mottagningsverksamheten förbättrar man hur invånarna upplever servicen samtidigt som man tryggar att verksamheten vid jourenheterna fungerar smidigt och rusning motverkas. Syftet är också att säkerställa att befolkningen har tillgång till hjälp i form av närservice för sedvanliga hälsoproblem som kräver att det snabbt finns tillgång till vård. Detta förutsätter att befolkningen i regionen får anvisningar om för vilka hälsoproblem det är ändamålsenligt att söka sig till den brådskande mottagningen och i vilka situationer man ska söka sig till jourenheten.

I 3 mom. finns en förteckning över de tolv sjukvårdsdistrikt som ska ordna en enhet för omfattande jour dygnet runt. Enligt bestämmelsen ska Helsingfors och Nylands samt Egentliga Finlands sjukvårdsdistrikt, Satakunta sjukvårdsdistrikt, Birkalands sjukvårdsdistrikt, Päijänne-Tavastlands sjukvårdsdistrikt, Södra och Norra Karelens sjukvårdsdistrikt, Norra Savolax sjukvårdsdistrikt samt Mellersta Finlands, Syd-Österbottens, Norra Österbottens och Lapplands sjukvårdsdistrikt i anslutning till det egna centralsjukhuset ordna en enhet för omfattande jour dygnet runt. I 3 mom. fastställs ytterligare vad som krävs av de här enheterna för omfattande jour. Målet är att enheterna för omfattande jour på ett omfattande sätt ska kunna tillgodose behoven inom hälso- och sjukvården och socialjouren när det gäller olika specialfrågor. De minsta av de här enheterna kommer ändå att behöva stöd av universitetscentral-sjukhuset och avtalsbaserat samarbete med de andra sjukhusen som har jour dygnet runt.

Sjukvårdsdistrikt i vilka det finns ett universitetssjukhus kan, om befolkningens servicebehov kräver det, inrätta mer än en samjourenhet med jour dygnet runt vid sina sjukhus. I sjukvårdsdistrikt med universitetssjukhus är befolkningens mängd stor och där finns tillgång till mycket personal och en omfattande kompetens. De har ofta också starka multidisciplinära sjukhus ut- anför centralsjukhusen med en bred medicinsk verksamhet. Universitetssjukhusdistrikten är ofta också stora till ytan och avstånden är betydande. Därför är det lämpligt att dessa sjukvårdsdistrikt har möjligt att själva avgöra om de vill upprätthålla flera enheter som ansvarar för samjour.

Nätet av verksamhetsställen med ansvar för omfattande jour dygnet runt ska planeras som en nationell helhet. Inget enskilt kriterium fastställer statusen för enskilda sjukhus (med undantag av universitetssjukhusen). Vid helhetsbedömningen har följande funktionella kriterier beaktats:

1. *Kompetens och resurser.* Det ska finnas en intensivvårdsavdelning, intensiv övervakning/hjärtövervakning samt en neonatal övervakningsavdelning. Jour ska finnas åtminstone inom specialiteterna kirurgi (kompetens inom traumatologi och gastroenterologisk kirurgi separat), anesthesiologi och intensivvård, kvinnosjukdomar och förlossningar (även sådana som är förknippade med risker), barnsjukdomar, inre medicin (inklusive kardiologi), neurologi, psykiatri, radiologi samt allmän medicin eller geriatri och akutmedicin. Dessutom ska de villkor i förordningen om brådskande vård som ställs för olika medicinska områden (inklusive mun- och tandvård) och övriga villkor vara uppfyllda.

2. *Befolkningsunderlag.* I vårt land kräver den högkvalitativa och kostnadseffektiva verksamhet dygnet runt som beskrivs ovan av erfarenhet ett befolkningsunderlag på cirka 200 000 invånare med tanke på tillgången till kompetent personal och övrig infrastruktur.

3. *Tillgänglighet och naturliga färdriktningar ur befolkningens synvinkel.* Enligt social- och hälsovårdsministeriets utredning (2010:4) är målet vid placeringen av jourjukhusen att det ska ta en timme att ta sig dit, i glesbygden två timmar. Ur hela befolkningens perspektiv kommer resan till mer krävande tjänster i genomsnitt att bli 26 kilometer (restid 25 minuter, under 50 minuter för 80 % av befolkningen) enligt systemet med tolv sjukhus. Bara för 10 procent av invånarna blir sträckan 110 kilometer eller längre (restid 1 timme 27 minuter). Enligt den föreslagna modellen når nästan hela befolkningen ett sjukhus med samjour 24/7 på mindre än två timmar.

4. *Den interna arbetsfördelningen inom specialupptagningsområdet (i framtiden samarbetsområdet).* Det är inte meningen att detaljerat föreskriva om serviceutbudet för de centralsjukhus som tillhandahåller samjour dygnet runt. Avsikten är att parterna enas om det i avtalet om ordnande av specialiserad sjukvård med beaktande av befolkningens servicebehov, inom ramen för jourförordningen och i vissa fall tills vidare inom ramen för social- och hälsovårdsministeriets dispens (gäller också jour dygnet runt för primärvården/akutmedicinen). Vid behov kan avtalsbaserat samarbete mellan sjukhus med jour dygnet runt ske över gränserna för sjukvårdsdistrikten och även för specialupptagningsområdena, om det är ändamålsenligt med avseende på servicebehovet, tillgången till personal och de språkliga rättigheterna.

5. *Sjukhusnätets riksomfattande täckning och upprätthållande av beredskap.* Brådskande vård ska ges patienten oberoende av var han eller hon är bosatt. Journätet ska planeras så att det i landets olika delar finns beredskap för olika grader av störningar och även för undantagsförhållanden. Hotbilderna och behoven i fråga om myndighetssamarbete har ändrats och överskrider kommungränserna och gränserna för sjukvårdsdistrikten/landskapen. Jämfört med de övriga enheterna med omfattande jour klarar universitetssjukhusen tydligt av att mer heltäckande sköta svåra jourproblem och vårda stora mängder patienter inom sitt eget ansvarsområde och avsikten är att det mellan dem ska avtalas mer heltäckande än tidigare om arbetsfördelningen även för vården av de mest krävande jourpatienterna och skötseln av övrigt nationellt ansvar. Av dessa orsaker ska nätverket av olika jourmottagningar planeras så att det råder balans mellan befolkningens servicebehov i varje område och den nationella helheten.

Universitetssjukhusen ska tillhandahålla ett brett utbud av tjänster inom olika medicinska specialiteter dygnet runt. En del av den jour som kräver specialkompetens ska koncentreras till bara en del av universitetssjukhusen. En del av jouren, till exempel beredskap för organtransplantationer och hjärtkirurgi på barn, finns endast vid Helsingfors universitetssjukhus. Av de sjukhus med omfattande jour som inte är universitetssjukhus krävs jour inom cirka tio medicinska specialiteter. Också de här sjukhusen kommer att vara något olika med avseende på jouren beroende på vilka resurser som finns tillgängliga. Målet är dock att deras verksamhetsmöjligheter i stort sett ska vara likadana, för att det ska vara relativt enkelt för befolkningen att nå ett sjukhus med omfattande jour inom hela landet.

Helsingfors universitetssjukhus (i slutet av 2014 var invånarantalet inom sjukvårdsdistriktet 1 599 390) (som omfattar helheten Mejlans, Tölö, Jorv, Pejas och Barnmorskeinstitutet) har närmare hundra olika jourringar med specialister, inklusive nationell jour, såsom organtransplantationer och hjärtkirurgi på barn. Till följd av sin storlek och kompetens och eftersom det är beläget i den största befolkningskoncentrationen i landet kommer det också att få nationellt ansvar för ordnandet av jour inom den särskilt krävande specialiserade sjukvården.

De fyra övriga universitetssjukhusen (Tammerfors (524 447 invånare), Åbo (475 842 invånare), Uleåborg (405 635 invånare), Kuopio (248 407 invånare) har jour inom cirka 30 specialområden. Deras beredskap att ge krävande brådskande vård är likartad, även om det finns skillnader i deras helhetsresurser och specialverksamheter. Verksamhetsområdet för Tammerfors universitetssjukhus har näst flest invånare efter Helsingfors universitetssjukhus. Typiskt för Uleåborgs universitetssjukhus är att avstånden är långa inom dess område. För Uleåborgs del försvårar detta bland annat patientförflyttningar till de stora sjukhusen i söder, vilket innebär att sjukhuset måste ha beredskap att sköta jouden inom ett vidsträckt område.

Förutsättningarna för att tillhandahålla jourtjänster varierar bland de sju övriga centralsjukhusen med omfattande jour, även om det också finns likheter mellan deras resurser. Detta leder till att de sjukhus som är mindre till befolkningsantalet behöver stöd av universitetssjukhuset inom det egna specialupptagningsområdet för att upprätthålla den omfattande jouden. Samtidigt är deras möjligheter att stödja andra joudenheter relativt små. Det behövs snarare avtalsbaserat samarbete med de andra sjukhusen som har jour dygnet runt.

Mellersta Finlands centralsjukhus i Jyväskylä är Finlands största sjukhus som inte är ett universitetssjukhus. Inom sjukvårdsdistriktets område är befolkningen stor (251 178 invånare) och sjukhuset har mycket specialkompetens. Fastän sjukhuset är beläget i den södra delen av sjukvårdsdistriktet är befolkningskoncentrationen stor kring sjukhuset. Det har redan nu omfattande jour inom olika specialiteter.

Satakunta centralsjukhus i Björneborg är det näst största sjukhuset som inte är ett universitetssjukhus (223 983 invånare). Sjukhuset har i hög grad utvecklat samjourverksamheten som också omfattar socialjour. Från centralsjukhuset är avstånden till universitetssjukhusen i Åbo och Tammerfors relativt korta.

Päijänne-Tavastlands centralsjukhus i Lahtis (212 957 invånare) är beläget i mitten av ett stort tätbebyggt område. Detta möjliggör effektiv prehospital akutsjukvård och jourverksamhet. Transportsträckan till Helsingfors eller Tammerfors är relativt kort om det finns behov.

Syd-Österbottens (Seinäjäski) centralsjukhus (198 242 invånare) ligger i mitten av ett stort landskap med goda landsvägsförbindelser. Från hela landskapet har jourverksamhet dygnet runt centraliserats till den nya joudenhet som finns i anslutning till centralsjukhuset. På hälsovårdscentralerna i regionen finns brådskande mottagningar under kvällstid samt på veckoslut under dagtid och på detta sätt har man tryggt närtjänsterna. Även om folkmängden ökar i landskapets huvudstad, så minskar den i landskapet. På sjukhuset finns en omfattande jourverksamhet inom olika specialiteter. Den egna akutverksamheten inom kardiologi har varit knapp och sjukhuset har anlitat Vasa centralsjukhus för invasiva hjärtundersökningar och vård under jourtid, liksom för onkologi. Transportsträckan till Tammerfors universitetssjukhus är relativt kort om det finns behov.

Norra Karelen centralsjukhus i Joensuu (168 896 invånare) är den enda inrättningen med jour dygnet runt i ett landskap som är vidsträckt men glesbefolkat. Sjukhuset är en effektiv serviceproducent och den prehospitalka akutsjukvården har integrerats väl i servicehelheten. Befolkningen är relativt liten för att det ska vara ändamålsenligt att upprätthålla ett sjukhus med

omfattande jour. Däremot gör de långa avstånden och det vidsträckta glesbefolkade området att omfattande jour ordnas vid Norra Karelen centralsjukhus.

Södra Karelen centralsjukhus i Villmanstrand (131 764 invånare) är i fråga om resurserna och befolkningsunderlaget litet för att vara ett sjukhus med omfattande jour. Befolkningen är för liten för att täcka kostnaderna och trygga tillräcklig kompetent personal för omfattande jour. Sjukhuset kommer att behöva starkt stöd av universitetssjukhuset för att kunna fungera som ett sjukhus med omfattande jour. I Sydöstra Finland består utmaningen i att regionen splittras av vattensystemen och att det inte finns någon uppenbar stor huvudort. På grund av avstånden och trafikförhållandena behövs det i Sydöstra Finland dock ett sjukhus med omfattande jour och med stöd har Södra Karelen centralsjukhus förutsättningar för att vara detta.

Lapplands centralsjukhus i Rovaniemi (118 145 invånare) betjänar det geografiskt mest glesbefolkade området i Finland. Befolkningen är liten för ett sjukhus med omfattande service. Sjukhuset har dessutom haft svårt att rekrytera personal. Ser man till resurser, tillräcklig volym och kompetens behöver sjukhuset starkt stöd av universitetssjukhuset och övrigt regionalt samarbete för att kunna fungera som ett sjukhus med omfattande jour. För att omfattande jourtjänster ska kunna tryggas i hela landet behövs ett sjukhus som klarar omfattande service i Lapland.

Jour för mun- och tandvård ska organiseras i anslutning till enheterna för omfattande jour med undantag för nattetid. Enheten ska ha beredskap att identifiera behovet av brådskande munvård och för diagnostisering samt för behövlig brådskande tandläkarvård. Detta gör det möjligt att förena resurserna som samarbete vid ordnandet av jouren för primärvården och den specialiserade sjukvården. Kommunens och samkommunens skyldighet att för brådskande vård ordna mottagningsverksamheten som närtjänster på vardagar på dagtid samt enligt behov under kvällstid och på veckoslut under dagtid stöder jourarrangemangen kring mun- och tandvården vid samjourenheterna. Avsikten med den brådskande mottagningsverksamhet som ska ordnas vid hälsovårdscentralerna är att trygga tillgången till brådskande vård som närservice för sådana sedvanliga mun- eller tandproblem som inte kräver den samlade kompetens som finns vid jourenheterna.

Enligt den förordning som gäller för närvarande ska jour för mun- och tandvård ordnas centralt på sjukvårdsdistriktets område utanför tjänstetid i samband med samjouren med undantag för nattetid. En del av sjukvårdsdistrikten har haft problem med att ordna jour för mun- och tandvård. Enligt de nya bestämmelserna krävs det att jour för mun- och tandvård ordnas bara vid centralsjukhus med omfattande jour. Detta lindrar personalbristen vid de små jourenheterna. Andra enheter än de med omfattande jour kan med beaktande av befolkningens behov ordna jouren för mun- och tandvården i den form de vill i anslutning till samjouren.

Universitetssjukhusens sjukvårdsdistrikt ska ordna nattjouren för mun- och tandvård genom att avtala om samarbete med de övriga sjukvårdsdistrikten. Vid nattjouren sköts jour som hör såväl till primärvården som till den specialiserade sjukvården. Sjukvårdsdistrikten inom specialupptagningsområdet ska tillsammans med sjukvårdsdistrikt i andra specialupptagningsområden avtala om hur konsultation och vård under jourtid ska genomföras.

Enligt paragrafens 4 mom. ska de övriga centralsjukhusen fortsätta med sådan samjour dygnet runt för primärvården och den specialiserade sjukvården som har beredskap att sköta sedvanliga brådskande hälsoproblem hos befolkningen. Samjouren ska ha tillräcklig kompetens inom de specialområden som behövs för att sköta sedvanliga brådskande hälsoproblem hos befolkningen. Dessutom vad som stadgas i 3 mom. om enheten för omfattande jour dygnet runt bör sjukvårdsdistriktets specialupptagningsområde alltid ha rätt att på basen av avtalet om ordnande av specialiserad sjukvård överenskomma, att i enheten för samjour dygnet runt som

verkar i dess område i anknytning till centralsjukhuset kan en så bred och funktionellt mångsidig jourenhet bildas, som tjänsternas tillgänglighet, avstånd mellan jourmottagningen och förverkligandet av befolkningens språkliga rättigheter i sjukvårdsdistriktet förutsätter.

Dessa åtta nuvarande sjukvårdsdistrikt är olika i fråga om befolkning och resurser. Vid en del av dem finns det redan nu kompetens för omfattande jour. I det minsta av dem (Östra Savolax) har förlossningsverksamheten avslutats och därmed har jourresurserna krympt.

Enligt hälso- och sjukvårdslagen ska sjukvårdsdistrikten inom ett specialupptagningsområde tillsammans ordna den specialiserade sjukvården inom sitt område. Sjukvårdsdistrikten inom ett specialupptagningsområde ska tillsammans svara för den styrning och rådgivning som de kommuner och sjukvårdsdistrikt som hör till samma specialupptagningsområde behöver när det gäller att tillhandahålla specialiserad sjukvård och fortbildning för hälso- och sjukvårdspersonalen och att organisera den vetenskapliga forskningen och utvecklingen. Sjukvårdsdistrikten inom ett specialupptagningsområde ska tillsammans planera och samordna tjänsteproduktionen inom den specialiserade sjukvården inom sitt område. För att samordna den specialiserade sjukvården ska samkommuner för sjukvårdsdistrikten inom ett specialupptagningsområde ingå avtal om ordnande av specialiserad sjukvård. Kommunerna och sjukvårdsdistrikten ska tillsammans årligen bedöma hur avtalet har fullgjorts, och vid behov ska ändringar göras i avtalet. I avtalet om ordnande av specialiserad sjukvård ska det överenskommas om arbetsfördelningen och samordningen av verksamheten mellan samkommunerna för sjukvårdsdistrikten inom specialupptagningsområdet och om principerna för införande av nya metoder. Arbetsfördelningen ska främja kvaliteten på hälso- och sjukvården, patientsäkerheten, genomslaget, produktiviteten och effektiviteten. I arbetsfördelningen ska det också säkerställas att det vid den verksamhetsenhet som ger vård enligt avtalet finns tillräckliga ekonomiska och personella resurser och tillräcklig kompetens.

De centralsjukhus som fortsätter med begränsad samjour ska under jourtid klara av att erbjuda vård, förutom inom specialiteterna akutmedicin och allmän medicin/geriatri, ofta också inom inre medicin, allmän kirurgi och anesthesiologi. Om det inom specialupptagningsområdet anses ändamålsenligt och de övriga villkoren i förordningen om jourverksamhet uppfylls tillräckligt väl, finns det också förlossningsverksamhet och därmed också jour för barnsjukdomar och gynekologi samt beredskap för akuta operationer och vid behov även en ännu mer omfattande jourhelhet. I framtiden ska dessa enheter också kunna erbjuda tjänster inom socialjour. Avsikten är att tjänsternas omfattning vid de här sjukhusen ska bestämmas inom ramen för specialupptagningsområdet med beaktande av de övriga villkor om jour inom olika medicinska verksamhetsområden, som ställs i förordningen, såsom befolkningskoncentrationer och avstånd samt språkliga behov. Jourer ska tryggas tillräckliga ekonomiska och personella resurser samt kompetens. Samkommunerna för sjukvårdsdistrikt som hör till olika specialupptagningsområden kan ingå avtal om samarbete i fråga om den specialiserade sjukvården, om detta är nödvändigt för att tillgodose en finsk-, svensk- eller samiskspråkig patients språkliga rättigheter eller för att genomföra arbetsfördelningen i fråga om hälso- och sjukvårdstjänsterna. Till exempel att ordna juren för munhålsvård utifrån befolkningens behov kan i vissa områden, såsom på västkusten, kräva att det ordnas tjänster som överskrider gränserna för specialupptagningsområdena.

Egentliga Tavastlands centralsjukhus i Tavastehus (175 350 invånare) är ett stort sjukhus sett till invånarantalet. Det ligger mitt i den nationella befolkningskoncentration som utgörs av triangeln Helsingfors – Åbo – Tammerfors. Sjukhuset har utvecklat kompetensen inom akutmedicin, håller jour dygnet runt för cirka åtta specialiteter och kan snabbt förflytta patienter som behöver krävande vård till ett universitetssjukhus. Emellertid är sjukvårdsdistriktet geografiskt splittrat, liksom de etablerade rutterna vid uträttandet av ärenden, vilket på lång sikt kan leda till minskad efterfrågan på sjukhusets tjänster.

Kymmenedalens centralsjukhus i Kotka (172 908 invånare) betjänar en stor befolkning, men enligt befolkningsprognosen kommer invånarantalet att minska med 7,0 procent fram till 2040. Centralsjukhuset ligger i den södra delen av landskapet och sett ur hela landskapets perspektiv är tillgängligheten inte den bästa. Delvis av denna orsak har det ordnats samjour för primärvården och den specialiserade sjukvården vid Norra Kymmene sjukhus i Kouvola.

Vasa centralsjukhus (169 652 invånare) är det enda centralsjukhuset som är beläget i ett sjukvårdsdistrikt med svenska som majoritetsspråk. Befolkningen i regionen är förhållandevis ung och nativiteten är hög. Av landskapen förväntas Österbotten växa femte snabbast fram till 2040. Enligt prognosen koncentreras befolkningstillväxten till Vasaregionen och tillväxten under 2014–2040 förväntas vara betydligt snabbare än exempelvis i Seinäjokiregionen. Befolkningen är mycket frisk och den förväntade livslängden lång. I jämförelse med hela landet är utgifterna för hälso- och sjukvården, i synnerhet för den specialiserade sjukvården, dock höga. Det är det centralsjukhus i Finland som ligger längst från något universitetssjukhus. Vid sjukhuset hålls jour dygnet runt inom cirka elva specialiteter och erbjuds invasiv kardiologi enligt modellen 24/7 liksom krävande operativ verksamhet, intensivvård och förlossningsverksamhet. Den ändring av hälso- och sjukvårdslagen som föreslås i propositionen gör i den nu föreslagna formen det möjligt för Vasa centralsjukhus att även i fortsättningen hålla jour i önskad form för den specialiserade sjukvården genom att avtala om saken internt inom specialupptagningsområdet på samma sätt som hittills. Geografiskt sett ligger Vasa centralsjukhus vid kusten, och därför är tillgängligheten inte är den bästa möjliga, framför allt då regionen är lång och smal. Dessutom påverkas den framtida utvecklingen av landskapet av att den operativa verksamheten i Jakobstad upphör till följd av de föreslagna ändringarna. När förlossningsverksamheten upphörde i Jakobstad 2014, vände sig omkring 95 procent av föderskorna i regionen till Mellersta Österbottens centralsjukhus i Karleby och bara omkring fem procent till Vasa. Avståndet från sjukvårdsdistriktets norra del till Karleby centralsjukhus är betydligt kortare än till Vasa. Å andra sidan är avståndet från sjukvårdsdistriktets södra del kortare till Satakunta centralsjukhus än till centralsjukhuset i Vasa.

Vid Södra Savolax (S:t Michels) centralsjukhus (103 873 invånare) är medelåldern bland befolkningen hög och befolkningen minskar mycket snabbt. Enligt Statistikcentralens prognos kommer invånarantalet inom hela Södra Savolax att minska med 11,2 procent fram till 2040. Avstånden är dock relativt långa i alla riktningar och därför behövs förhållandevis heltäckande jour vid sjukhuset med stöd av universitetssjukhuset. År 2015 var antalet förlossningar sammanlagt 887.

Vid Mellersta Österbottens centralsjukhus i Karleby (78 395 invånare) är befolkningen inom det egna sjukvårdsdistriktet relativt liten. Sjukhuset erbjuder tjänster till ett betydligt större område än det egna ansvarsområdet. Utomstående kommuner köper en betydande mängd specialiserad sjukvård. År 2015 uppgick antalet förlossningar till över 1 500 och sjukhuset är bland de tio största förlossningssjukhusen i Finland. Om antalet förlossningssjukhus minskar ytterligare, kommer antalet förlossningar vid Mellersta Österbottens centralsjukhus att uppgå till närmare 2 000. Avstånden till de andra sjukhusen är långa. Till universitetssjukhuset inom det egna specialupptagningsområdet (Uleåborg) är avståndet 200 kilometer. Sjukhuset har integrerat primärvården, den specialiserade sjukvården och socialvården väl.

Inom området för Kajanalands centralsjukhus (76 119 invånare) stiger medelåldern bland befolkningen och befolkningen blir snabbt äldre. Enligt Statistikcentralens prognos kommer befolkningen att minska med 13,7 procent fram till 2040. I området är avstånden långa och befolkningen bor utspädd. Det är tydligt att sjukhuset behöver hjälp av ett universitetssjukhus med tanke på resurser och kompetens för jourverksamheten.

Inom området för Länsi-Pohja centralsjukhus (63 603 invånare) blir befolkningen snabbt äldre. Förbindelserna till Uleåborg är relativt korta och snabba. När det gäller antalet förlossningar är det den minsta enheten i Finland med 566 förlossningar 2015. Man kommer att bli tvungen att bedöma jourverksamhetens omfattning under de kommande åren när social- och hälsovårdsreformen framskrider. Det finns inga realistiska förutsättningar för sjukhuset att som samjour fortsätta tillhandahålla kirurgiska tjänster dygnet runt. Med tanke på förhållandena i Lappland är det också ändamålsenligt att det mellan Länsi-Pohja centralsjukhus, Lapplands centralsjukhus och Uleåborgs universitetscentralsjukhus görs en överenskommelse om detaljerna kring sjukhusens arbetsfördelning före ingången av 2019. Enligt förslaget fortsätter en samjour inom konservativa medicinska områden som är tillräcklig och motsvarar befolkningens behov i regionen samt beredskapen för akuta operationer i Kemi. I landskapet Lappland upprätthålls därmed omfattande samjour för primärvården och den specialiserade sjukvården bara i Rovaniemi.

Befolkningen minskar och blir äldre inom området för Östra Savolax (Nyslott) centralsjukhus (44 051 invånare). Sjukhuset har tidigare tillhandahållit mycket omfattande tjänster och därmed varit ett av de dyraste centralsjukhusen i Finland när det gäller verksamheten. Vid sjukhuset har det under en längre tid pågått strukturförändringar. Då förlossningsverksamheten avslutades överfördes hälften av förlossningspatienterna till S:t Michel, medan den andra hälften i huvudsak överfördes till Kuopio och Joensuu. Förutsättningarna för att upprätthålla jour inom olika specialiteter är mycket begränsade till följd av att befolkningen är så liten. Vid sjukhuset kommer det dock också i fortsättningen att behövas jour dygnet runt inom akutmedicin och allmän medicin/geriatri. Då social- och hälsovårdsreformen framskrider måste man inom specialupptagningsområdet avgöra om det är ändamålsenligt att upprätthålla jour dygnet runt inom någon annan specialitet vid det här sjukhuset.

Enligt 5 mom. i paragrafen kan social- och hälsovårdsministeriet bevilja en kommun eller ett sjukvårdsdistrikt tillstånd att ordna jour dygnet runt inom primärvården eller akutmedicinen, om tillgängligheten till tjänsterna och avstånden mellan jourmottagningarna förutsätter detta och om de tjänster som befolkningen behöver inte tillräckligt väl kan säkerställas genom den prehospitla akutsjukvården.

Tillgängligheten till tjänsterna och avstånden mellan jourmottagningarna kan förutsätta jour dygnet runt för primärvården och akutmedicinen vid nuvarande kretssjukhus eller hälsovårdscentraler vid sidan av de nuvarande centralsjukhusen. Ofta kan de brådskande tjänster som befolkningen behöver skötas via den prehospitla akutsjukvården, men inom vissa områden behövs dock sådana enheter för jour dygnet runt som avses här. Regionerna har den bästa sakkunskapen om befolkningens behov, och därför är det nödvändigt att föreskriva om möjligheten att ansöka om tillstånd att ordna jour dygnet runt för primärvården eller akutmedicinen. Social- och hälsovårdsministeriet tillstånd behövs för att man ska kunna försäkra sig om att det skapas ett fungerande journät och att tjänsterna tillhandahålls på ett jämlikt sätt. I nuvarande förordning av social- och hälsovårdsministeriet om grunderna för brådskande vård och villkoren för jour inom olika medicinska verksamhetsområden föreskrivs på liknande sätt om social- och hälsovårdsministeriets tillstånd att ordna jour för primärvården, men det är nödvändigt att föreskriva om saken i lag med beaktande av 80 § 1 mom. och 121 § i grundlagen.

Vid de här jourenheterna ska det finnas möjlighet till laboratorieundersökningar och röntgen för diagnostisering under alla tider på dygnet och att med hjälp av distansmedicin konsultera en enhet med omfattande jour dygnet runt. Vid de här enheterna ska det inte finnas jour inom andra specialiteter och ingen operativ verksamhet. Jourenheterna ska placeras vid ett verksamhetsställe där det under tjänstetid finns tillgång till tjänster inom andra specialiteter antingen som sedvanlig verksamhet på dagtid, via konsultationer eller med hjälp av distansmedicin.

Enligt 6 mom. ska jourenheterna ha tillräckliga resurser och tillräcklig kompetens för att vårdkvaliteten och patientsäkerheten ska tillgodoses. Om jouren och dess omfattning ska avtalas i planen för ordnande av hälso- och sjukvård och i avtalet om ordnande av specialiserad sjukvård, med beaktande av områdets prehospitla akutsjukvård, avstånden mellan jourmottagningarna samt befolkningens servicebehov.

Genom förordning av statsrådet får det utfärdas närmare bestämmelser om villkoren för att ordna jour inom olika medicinska verksamhetsområden. Genom förordning av statsrådet föreskrivs det om de villkor för omfattningen av förlossningsverksamheten för vilka social- och hälsovårdsministeriet kan bevilja tillstånd att göra avvikelser, om det behövs för tillgängligheten till tjänsten eller för patientsäkerheten. Till sitt innehåll motsvarar bestämmelsen 14 § i social- och hälsovårdsministeriets nuvarande förordning om grunderna för brådsakande vård och villkoren för jour inom olika medicinska verksamhetsområden. Det är dock nödvändigt att föreskriva om ministeriets behörighet att bevilja dispens i lag, och därför har bestämmelsen överförs till lagnivå. Närmare bestämmelser om grunderna för brådsakande vård, om uppgifterna och kvalitetskraven inom brådsakande mottagningsverksamhet, vid enheter för omfattande jour dygnet runt, vid samjouren för jour dygnet runt och vid enheter för jour dygnet runt inom primärvården eller akutmedicinen, om närmare villkor för beviljandet av undantagstillstånd samt om jourenheternas regionala samarbete får utfärdas genom förordning av statsrådet.

50 a §. Samarbetet mellan hälso- och sjukvården och socialjouren. I paragrafen föreskrivs om samarbete mellan hälso- och sjukvård och socialjour i brådsakande fall. Sakinnehållet i 1 och 2 mom. motsvarar bestämmelserna i 35 § i socialvårdslagen om skyldigheterna för yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården. Yrkespersonal inom såväl hälso- och sjukvården som socialvården är skyldiga att agera om de i sitt arbete upptäcker att en person har ett uppenbart behov av socialvård. En yrkesperson inom hälso- och sjukvården gör en bedömning av ett eventuellt behov av social service utifrån sin kompetens. Personer med skyldighet att agera ska dock känna till vilka tjänster det är möjligt att få via socialvården. De servicebehov som den sociala servicen ska tillgodose räknas upp i 11 § i socialvårdslagen. I enlighet med 35 § i socialvårdslagen ska ambitionen i första hand vara att agera så att man med patientens samtycke kontaktar den myndighet som ansvarar för den kommunala socialvården. Myndigheten ska se till att det görs en bedömning av klientens behov av service enligt 36 § i socialvårdslagen.

Bara i sådana fall då personen är uppenbart oförmögen att svara för sin omsorg, hälsa eller säkerhet, eller om ett barns bästa kräver det, ska yrkespersonen göra en anmälan till socialvården, även om personen inte ger sitt samtycke.

I brådsakande fall kontaktas socialjouren. I 3 mom. i paragrafen föreskrivs om ordnande av socialjour i anknytning till hälso- och sjukvårdsenheter för omfattande jour dygnet runt och samjouren dygnet runt för primärvården och den specialiserade sjukvården. Bestämmelsen förutsätter inte att hela socialvårdsverksamheten överförs till en viss enhet, men jouren ska som helhet tillgodose regionens behov av socialjour. Bestämmelsen ska inte heller gälla den jour som ordnas vid hälsostationer. När socialjour ordnas vid en gemensam enhet, förmedlas informationen inom samma enhet. Om socialjour ordnas separat från hälso- och sjukvårdsjouren, är det hälso- och sjukvårdsjouren som kontaktar socialjouren. Också i samband med brådsakande hälso- och sjukvård kan det visa sig finnas ett behov av brådsakande socialjour. Bestämmelser om skyldigheten att agera vid icke-brådsakande vård finns i 53 a § i hälso- och sjukvårdslagen.

I 4 mom. i paragrafen hänvisas till innehållet i socialjoursverksamheten. Innehållet beskrivs i 29 § i socialvårdslagen. Enligt 29 § i socialvårdslagen ska socialjour ordnas dygnet runt för att

trygga brådskande och nödvändig hjälp. Enligt 50 § i hälso- och sjukvårdslagen är psykosocialt stöd en del av den brådskande vården. I momentet konstateras det att i brådskande situationer är socialjouren den instans som vid behov ska delta i tillhandahållandet av psykosocialt stöd, om stödet från socialvården räcker till i situationen i fråga. Kommunerna ska fortfarande kunna ordna psykosocialt stöd på annat sätt, men bestämmelsen förtydligar socialvårdens roll i brådskande situationer.

För att trygga den fortsatta vården ordnas enligt 5 mom. jour för mentalvård och missbrukarvård inom ramen för social- och hälsovårdens gemensamma jour. Hos många mentalvårds- och missbruksklienter har förmågan att söka sig till tjänsterna försvagats. Klienterna har en benägenhet att falla utanför tjänsterna, om tillgången till tjänster förutsätter aktivitet och egna initiativ. Jouren har som uppgift att se till att det görs en bedömning av behovet av vård och hjälp och att personen får den eftervård och det stöd han eller hon behöver också i sådana fall då personens behov av hjälp inte har uppstått akut och personen inte har ett omedelbart behov av specialiserad sjukvård. Utöver en bedömning av vårdbehovet ska jouren också göra en bedömning av behovet av socialservice och ett eventuellt behov av stöd för att trygga eftervården. Denna bedömning görs i samråd med social- och hälsoväsendet. Det är inte fråga om en ny uppgift, utan om att förtydliga genomförandet av uppgifter som föreskrivs i hälso- och sjukvårdslagen (27 och 28 §), socialvårdslagen, lagen om missbrukarvård och mentalvårdslagen. Genom jourarbetet främjas en jämlik tillgång till tjänster för mentalvårds- och missbruksklienter. Den som behöver mentalvårds- och missbrukartjänster dröjer vanligen med att söka sig till tjänsterna. Genom att hålla tröskeln till tjänsterna så låg som möjligt kan man minska fördröjningen. Att erbjuda vård och tjänster innan problemen blir utdragna och förvärras minskar kostnaderna för dem exempelvis till följd av en minskning av den sjukhusvård som börjat med ett jourbesök. Enligt förordningen om grunderna för brådskande vård och villkoren för jour inom olika medicinska verksamhetsområden ska det ordnas jour inom de psykiatriska specialiteterna.

Genom bestämmelsen vill man betona skyldigheten som bygger på 35 § i socialvårdslagen om att yrkesutbildade personer inom socialvården och hälso- och sjukvården ska hänvisa patienter till socialvårdens tjänster samt skyldigheten enligt 36 § i socialvårdslagen att omedelbart bedöma behovet av brådskande hjälp och klientens rätt till tjänster som tryggar en nödvändig omsorg. För att förhindra att en patient insjuknar allvarligt kan det vara nödvändigt att trygga tillgången till fortsatt vård och till framgångsrik vård med hjälp av samarbete mellan socialvård och hälso- och sjukvård. Eftersom patienter och klienter som befinner sig i en sårbar ställning inte nödvändigtvis klarar av att söka service bara via en viss kanal, är det viktigt att tröskeln till vården är så låg som möjligt. Vid alla jourenheter inom social- och hälsovården eller gemensamma enheter bör man agera enligt samma principer.

53 a §. Bedömningen av behovet av socialvård. Genom bestämmelsen vill man betona att yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården är skyldiga att hänvisa personer till socialvårdens tjänster, om behovet av tjänsterna är uppenbart.

Det eventuella behovet av socialvård ska även bedömas i samband med bedömningen av behovet av den icke-brådskande vård som avses i detta kapitel. Bestämmelser om de åtgärder som yrkesutbildade personer inom socialvården och hälso- och sjukvården är skyldiga att vidta när en persons behov av socialvård är uppenbart finns i 35 § i socialvårdslagen. Det föreslås att motsvarande bestämmelser införs också i 50 a §, som handlar om samarbetet mellan hälso- och sjukvården och socialjouren, och att det ska finnas en hänvisning till dem även i den föreslagna paragrafen om icke-brådskande vård. I 36 § i socialvårdslagen föreskrivs det om en persons rätt att få servicebehovet bedömt av en yrkesutbildad person inom socialvården.

Utgångspunkten i lagen är att yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården och inom socialvården ska agera så klientorienterat som möjligt. Det är till patienternas fördel om de, då de söker sig till en tjänst, samtidigt kan hänvisas andra tjänster som behövs. Målet med förslaget är att det i samband med bedömningen av behovet av icke-brådsakande vård också alltid beaktas om det finns ett behov av socialservice. Detta handlingsätt ökar samarbetet mellan socialvården och hälso- och sjukvården i brådsakande situationer och minskar följaktligen behovet av hjälp under jourtid.

En yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården bedömer det eventuella behovet av socialservice på basis av sin egen kompetens. Enligt 35 § i socialvårdslagen ska man i första hand försöka att med patientens samtycke kontakta den myndighet som ansvarar för den kommunala socialvården och som ser till att klientens servicebehov bedöms i enlighet med 36 § i socialvårdslagen. Endast om patienten är uppenbart oförmögen att svara för sin omsorg, hälsa eller säkerhet, eller om ett barns bästa kräver det, ska den yrkesutbildade personen inom hälso- och sjukvården göra en anmälan till socialvården utan patientens samtycke. En yrkesutbildad person inom socialvården bedömer servicebehovet och enligt 32 § 2 mom. i hälso- och sjukvårdslagen ska en yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården delta i bedömningen av servicebehovet på begäran av den arbetstagare inom socialvården som ansvarar för bedömningen.

De föreslagna ändringarna främjar uppkomsten av helt ny multidisciplinär praxis. Syftet är att människor i nödsituationer eller i behov av hjälp eller stöd inte ska behöva reda ut de komplicerade sektorspecifika rutinerna för att söka sig till olika tjänster. I stället ska det finnas en tjänst via vilken det tillhandahålls brådsakande behovsbedömning och ärendet klaras antingen upp i samband med juren eller också hänvisas till en tjänst som tillhandahålls någon annanstans eller under tjänstetid. Som exempel kan nämnas att en metod för multidisciplinär behovsbedömning med låg tröskel har utvecklats i Holland (Social Community Teams) och man har upptäckt att den bland annat minskar användningen av hälso- och sjukvårdstjänster och andra dyrare tjänster.

För att reformen ska lyckas så bra som möjligt krävs det att de anställda inom hälso- och sjukvården sätter sig in i hurdana behov socialservicen tillgodoser. På så sätt undviker man onödigt överflyttande av papper mellan olika yrkesgrupper. Särskild vikt ska fästas vid identifieringen och beaktandet av klienter som befinner sig i en sårbar situation.

1.2 Socialvårdslagen

29 §. Socialjour. Paragrafens 1 mom. motsvarar i huvudsak 29 § 1 mom. i den gällande lagen. Enligt momentet avses med socialjour att ordna nödvändig och akut socialservice och andra stödåtgärder så att den omedelbara trygghet och omsorg som en person behöver kan erbjudas i olika sociala nöd- och krissituationer oberoende av tidpunkt.

Socialjouren fokuserar på barnskyddssituationer inom familjer, hanterande av krissituationer bland unga samt familjevåldssituationer vid sidan av polisens insatser. Också ensamstående vuxna utgör en klientgrupp. Den växande öppenvården har medfört att det allt oftare även förekommer akuta hjälpbehov i hemmet, till exempel bland äldre. För att det av lagen tydligt ska framgå att skyldigheten att ordna socialjour inte kan fullgöras bara via barnskyddsjouren, föreslås det att det till lagen fogas ett omnämnande om att skyldigheten gäller människor i alla åldrar. Omedelbar trygghet och omsorg innebär också att bevilja akut utkomststöd. Även olyckor och risksituationer föranleder behov av social hjälp oberoende av tidpunkt. Exempel på sådana situationer är eldsvådor, trafikolyckor, närståendes plötsliga död, försvinnanden, övergivna barn, att bli utsatt för brott samt omfattande störningssituationer som gäller stora

människogrupper. Även om socialjourens åtgärder definieras som omfattande arbete både individuellt och samhälleligt, är socialjourens klientrelationer kortvariga. Det viktiga i socialjourens arbete är att bedöma behovet av de fortsatta tjänster som klienten ska erbjudas och en smidig samordning av dem t.ex. inom kommunernas allmänna socialservice, såsom barnskyddet eller utkomststødet.

I jourarbetet ingår att hänvisa till fortsatt service och säkerställa tillgången till den. När socialjour ordnas ska man också se till att en klient inom socialjouren som är i behov av nödvändig trygghet och omsorg kan erbjudas den service som han eller hon behöver för att få nödvändig trygghet och omsorg eller andra stödåtgärder efter kontakten, om han eller hon inte kan få dem från annat håll. I praktiken kan det innebära till exempel att ordna tillfälligt boende. Enligt 1 mom. i paragrafen ska jouren ordnas så att brådskande socialservice organiseras enligt bestämmelserna i socialvårdslagen eller någon annan lag. I 13 § i socialvårdslagen krävs det till exempel att socialservice som är nödvändig med tanke på barnets hälsa eller utveckling ska ordnas i tillräcklig omfattning under de tider på dygnet då den behövs. Detta kan i nödfall innebära att hemservice eller någon annan familjetjänst ordnas nattetid. I 13 § 1 mom. i barnskyddslagen krävs det i sin tur att beslut om brådskande placeringar fattas av en socialarbetare i tjänsteförhållande. Också bedömningen i samband med en eventuell brådskande placering är en del av beslutsprocessen, vilket innebär att socialjourns verksamhet inte kan ordnas utan den resurs som en socialarbetare i tjänsteförhållande står för.

Det föreslås att det i socialvårdslagen på motsvarande sätt som i 50 § i hälso- och sjukvårdslagen föreskrivs att enheterna för socialjour ska ha tillräckliga resurser och tillräcklig kompetens för att servicekvaliteten och klientsäkerheten ska tillgodoses. Socialjour handlar om att arbeta med krissituationer, vilket innebär att arbetstagarna utöver en grundläggande yrkeskompetens även måste ha tillräcklig kompetens för krisarbete. Jourarbete förutsätter en övergripande och snabb analys av situationer, och besluten måste ofta fattas snabbt utifrån relativt knapphändig information. Vid bedömningen av vad som är tillräckliga resurser och tillräcklig kompetens vid en viss enhet ska man också beakta de lagstadgade uppgifterna och den helhet som olika jourenheter bildar. Enligt lagen förutsätts det att jourarbetet ordnas så att jouren kan kontaktas dygnet runt. Polisen och nödcentralen är exempel på sådana aktörer som kan förmedla uppgifter om hjälpbehov till socialjouren. Polisen är också en viktig samarbetspartner i det praktiska arbetet och man har rätt att av polisen få den handräckning som behövs för skötseln av socialjournsuppgifterna. Att det är möjligt att få kontakt med polisen och nödcentralen dygnet runt betyder dock inte att kravet i lagen på att socialjouren ska kunna kontaktas är uppfyllt. Under det diskussionsmöte som ordnades i samband med lagberedningen lyfte Nödcentralsverket fram att de ofta har svårigheter med att få fram informationen till rätt aktör inom det kommunala socialväsendet. Problemet kan t.o.m. vara värre under tjänstetid än under kvällar och nätter. Enligt 33 § 4 mom. i socialvårdslagen ska information om hurdan socialservice som kan fås och på vilka grunder samt hur den kan sökas publiceras på ett lättillgängligt och lättförståeligt sätt. När det gäller socialjouren räcker det inte med att enbart Nödcentralsverket har fått den här informationen, utan 33 § förpliktar till att informationen publiceras så att den finns tillgänglig för alla kommuninvånare. Enligt lagen förutsätts därmed att kommuninvånarna enkelt ska kunna få information om till vilket nummer de ska ringa vid vilken tidpunkt för att få kontakt med socialjouren eller vart de under alla tider på dygnet kan vända sig då de behöver hjälp. Kravet gäller alla åldersgrupper. Kommuninvånarna ska inte enbart informeras om vart de ska vända sig i ärenden som gäller brådskande barnskydd, utan också i andra ärenden som gäller brådskande socialjour. När det ska bedömas om det som föreskrivs i lagen om möjligheten att få kontakt med socialjouren dygnet runt uppfylls, måste man beakta om en person verkligen har möjlighet att få kontakt med jouren på ett sätt som innebär att tillgången till brådskande och nödvändig hjälp är möjlig. Om det inte finns någon direktkontakt och nödcentralverkets meddelande inte går fram direkt, har jouren inte ordnats på det sätt som lagen kräver. Ordandet av jour uppfyller inte heller villkoren i lagen, om vetskapen om att social-

jouren har bristfälliga eller för lite resurser i själva verket leder till att jourärenden hellre dirigeras till jouren för hälso- och sjukvården eller att bedömningen av hur brådskande ett ärende är påverkas.

Enligt lagen förutsätts det också att brådskande socialservice organiseras enligt vad som föreskrivs i socialvårdslagen eller någon annan lag. Förutsättningen för att servicen ska kunna organiseras i enlighet med lagen är att socialjouren har tillräckliga resurser och att den ordnas regionalt på ett sätt som gör det möjligt för jourhavanden att vid behov snabbt till exempel kunna utföra ett hembesök för att bedöma situationen. Enligt svaren på en enkät som sänts till de kommunala socialjourerna är den allmänna bedömningen att resan till ett hembesök får ta högst en timme. I alla situationer måste man försöka agera så snabbt som situationen kräver. I glesbebyggda områden kan ordnandet av servicen förutsätta att man använder sig av ett system med s.k. bakjour, vilket innebär att en jourhavande i aktivt arbete vid behov kan kalla in någon som har bakjour och som har möjlighet att hinna till platsen i tid.

I fråga om de uppgifter för vilka det i lagen krävs att en socialarbetare i tjänsteförhållande fattar besluten, ska verksamheten ordnas så att socialarbetaren i praktiken svarar för bedömningen av situationen och beslutsfattandet. Att i efterhand godkänna ett beslut som i verkligheten fattats av en annan anställd och skriva en beslutshandling till exempel under tjänstetid nästa vardag uppfyller inte det villkor för beslutsfattandet som anges i lagen. Däremot kan socialhandledare användas i jourssituationer som inte kräver beslut av en socialarbetare, till exempel vid hemvårdens hembesök under jourtid.

Paragrafens 2 mom. motsvarar i huvudsak innehållet 29 § 2 mom. i gällande lag, i vilket det föreskrivs om samarbete när socialjour tillhandahålls. Utöver med polisen och nödcentralen samarbetar man med hälso- och sjukvården och det övriga socialväsendet. Med anledning av den centrala betydelse som prehospita akutsjukvård har, föreslås det att också den prehospitala akutsjukvården anges i paragrafen som en samarbetsinstans. Med tanke på olika situationer ska det finnas klara och tydliga förfaranden för samarbetet med akutmottagningarna, den prehospitala akutsjukvården och räddningsmyndigheterna, till exempel för att ordna och erbjuda psykosocialt stöd. Hemservicen – i synnerhet nattpatrullerna – stöter på situationer då socialjourens tjänster kan behövas. Social- och ungdomsarbetare som utför uppsökande arbete samt församlingarnas och andra aktörers serviceorganisationer vid ungdomsevenemang hör också till samarbetsparterna. Man bör komma överens om de konsultationsrutiner som en jourhavande arbetstagare behöver, till exempel med den psykiatriska specialiteten. Hälsovårdscentralernas och sjukhusens krisgrupper är en viktig samarbetspartner i synnerhet vid olyckor. Också församlingar och olika frivilligorganisationer har beredskap att bemöta människor i nöd.

29 a §. Samarbetet mellan socialjouren och hälso- och sjukvården. I 1 mom. i paragrafen föreslås en bestämmelse om samarbete mellan socialvården och hälso- och sjukvården när jour ordnas. I paragrafen krävs det inte att socialjoursverksamheten inom hela området flyttas för att den ska kunna genomföras i anslutning till jouren för hälso- och sjukvården, men verksamheten ska ordnas så att en socialarbetare eller socialhandledare bedömer behovet av brådskande hjälp i samband med hälso- och sjukvårdsjouren och att patienten vid behov kan erbjudas brådskande och nödvändig socialservice. Då man överväger på vilket sätt socialjouren i regionen i fortsättningen ska ordnas måste man se till att den kan ordnas för alla klienter på det sätt som förutsätts i lagstiftningen. På grund av jourarbetets karaktär ska varje jourenhet till sitt förfogande ha en socialarbetare i tjänsteförhållande som har omfattande rättigheter att fatta beslut. Jourarbetet ska också organiseras så att det vid behov finns möjlighet att göra hembesök.

Enligt förslaget ska socialjouren ordnas i anslutning både till de enheter för omfattande jour dygnet runt som avses i hälso- och sjukvårdslagen och till samjouren för primärvården och den specialiserade sjukvården. Enligt lagen behöver inte socialjour ordnas vid de hälsovårdscentraler som har jour dygnet runt., men på motsvarande sätt som när det gäller andra tjänster ska man se till att klienterna har en konkret möjlighet att vid behov få brådsökande och nödvändig hjälp. Särskild vikt ska läggas vid att handledningen, rådgivningen och bedömningen av servicebehovet under tjänstetid är tillräcklig för att undvika onödig belastning på jouren på kvällar och nätter.

Reformen kan således genomföras genom att man överför en del av regionens socialjoursverksamhet eller hela verksamheten till ett sjukhus. Alternativt kan integrationen också främjas genom att socialarbetarna och socialhandledarna inom sjukvårdsdistriktet samarbetar närmare än för närvarande med det kommunala socialväsendet genom att bedöma behovet av brådsökande hjälp vid jouren samt genom att delta i bedömningen av servicebehovet under ansvar av en anställd inom socialväsendet. För att reformen ska ha framgång krävs det att socialjouren erbjuds en faktisk roll som en del av teamet och inte bara ett arbetsrum i sjukhusbyggnaden. Om socialarbetarna inom hälso- och sjukvården får i uppgift att svara för en del av socialjoursarbetet, krävs det att också denna yrkesgrupp introduceras i arbetet och en stark introduktion i bland annat barnskyddsarbete. I utlåtandena ansåg en del av remissorganen att socialjour bör hållas dygnet runt i samma lokaler som hälso- och sjukvårdsjouren. I det avseendet önskade en del en så fri reglering som möjligt. Reformen kan anses förutsätta att jourarbetet utförs gemensamt i samma lokaler åtminstone under tjänstetid och att det under andra tider säkerställs att samarbetet med hälso- och sjukvårdsjouren fungerar utan avbrott. Det finns också goda erfarenheter av socialjour dygnet runt i anslutning till hälso- och sjukvårdsjouren, dvs. vid en gemensam jourenhet.

I enlighet med 1 mom. i paragrafen ska de kommuner där de hälso- och sjukvårdsenheter som avses i momentet ligger ordna servicen. När jour ordnas ska bestämmelserna i kommunallagen (410/2015) om kommunernas uppgifter, organiseringsansvar samt produktion av tjänster iakttagas, dvs. kommunerna kan när det gäller den jour som ordnas vid hälso- och sjukvårdsenheter sinsemellan komma överens om ändamålsenliga arrangemang.

Enligt förslaget ska det i 2 mom. i paragrafen föreskrivas om psykosocialt arbete. Bestämmelsen skapar klarhet i befintliga skyldigheter att ordna psykosocialt stöd och säkerställer i sin tur att psykosocialt stöd och tillhandahållandet av tjänster vid behov inleds omedelbart i samarbete med hälso- och sjukvården.

Enligt 25 § 2 mom. i socialvårdslagen hör det till mentalvårdsarbetet att vid behov ordna psykosocialt stöd till individen och familjen och mentalvårdsarbetet omfattar också samordning av det psykosociala stödet till individen och samhället i akuta och traumatiska situationer. Psykosocialt stöd i akuta krissituationer kan organiseras via kris- och socialjouren och i responsen från många kommuner bedömdes att en centralisering av de här tjänsterna kan innebära en fungerande lösning. Enligt förslaget föreskrivs det närmare om koncentringen i 38 § i hälso- och sjukvårdslagen.

I sin vidaste bemärkelse avser psykosocialt arbete sådant arbete inom socialvården och hälso- och sjukvården som utförs bland individer, familjer och grupper och där både sociala och psykiska frågor ingår i arbetet. Det är nödvändigt med ett nära samarbete mellan hälso- och sjukvården och socialväsendet för att stöd och service ska kunna fullgöras på ett ändamålsenligt sätt. I det psykosociala arbetet ska människan betraktas i sitt sammanhang. Detta innebär att man även i akuta situationer måste urskilja den ömsesidiga interaktionen mellan en individs interna och externa omständigheter. Av de externa omständigheterna beaktas de nätverk och system som människan är en del av, såsom bostaden, familjen, arbetet och försörjningen,

livsmiljön och de hot och möjligheter som hör samman med dem, samt möjligheterna att röra på sig och använda tjänster. Av de interna omständigheterna identifieras människans psykiska tillstånd, upplevelse och förståelse av sin egen situation och de faktorer som påverkar detta. De externa omständigheterna kartläggs, eftersom de t.ex. påverkar uppkomsten av en krissituation och hur man återhämtar sig från den. I kris- och jourarbetet är målet med det psykosociala arbetet att återställa balansen i en människas situation (garanti av omedelbar trygghet) och att hitta fortsatta åtgärder tillsammans med klienterna eller deras anhöriga. I det psykosociala arbetet stöder man individens förståelse av sin situation och förmågan att hantera den, man kartlägger de nätverk som ger stöd och dessutom de omständigheter som måste åtgärdas för att fortsatt vård och stöd i krisen ska kunna garanteras. Vid enheterna för socialjour kan en psykosocial och terapeutisk inriktning utgöra en del av det intensifierade multidisciplinära arbetet efter en omedelbar kris.

Enligt 3 mom. i paragrafen ska det ordnas jour inom mentalvårdsarbetet och alkohol- och drogarbetet som en del av hälso- och sjukvårdens jour och socialjouren. Många mentalvårds- och missbruksklienters förmåga att söka sig till tjänster har försvagats. De riskerar att bli utan service om de för att få ta del av den måste visa aktivitet och egna initiativ. Syftet med jouren är att den ska se till att det görs en bedömning av behovet av vård och hjälp och att personen får nödvändig eftervård och stöd också i de fall då personens behov av hjälp inte har uppstått akut och personen inte har ett direkt behov av specialiserad sjukvård. Vid jouren bedöms också behovet av social service och ett eventuellt behov av stöd i form av samarbete mellan social- och hälsovårdsväsendet för att trygga den fortsatta vården. Socialjouren ska bedöma det direkta behovet av stöd och se till att personens egen kontaktperson informeras om ett eventuellt behov av fortsatt stöd. Genom jourarbetet främjas mentalvårds- och missbruksklienternas förutsättningar för jämlikt tillträde till tjänster. Typiskt är att personerna dröjer med att söka sig till mentalvård och missbrukarvård. En så låg tröskel som möjligt till tjänsterna minskar fördröjningen. Genom att erbjuda vård och service innan problemen blir långvariga och förvärras kan man sänka kostnaderna för dem till exempel till följd av att den sjukhusvård som inletts med ett jourbesök minskar. Bestämmelsen ska tillämpas på de enheter med samjour som avses i 1 mom. och där behovet av hjälp ofta visar sig när personen söker hälso- och sjukvårdstjänster. Men enligt bestämmelsen ska också andra socialjourer och hälso- och sjukvårdsjourer agera. För genomförandet av lågtröskeltjänster är det av största vikt att ett hjälpbehov tillgodoses oberoende av vilket serviceställe personen söker sig till.

Det är inte fråga om en ny tjänst för kommunen. Redan gällande social- och hälsovårdslagstiftning ålägger kommunerna att ordna nödvändiga tjänster för mentalvårds- och missbruksklienterna. Genom att föreskriva om tjänsten som en del av jouren kan man dock medverka till ett ännu bättre samarbete mellan socialvården och hälso- och sjukvården och förebygga att sårbara klienter lämnas utan service.

Om uppgifterna för socialjouren i samarbete med centralen för prehospital akutsjukvård föreskrivs i 4 mom. Centralen för prehospital akutsjukvård och socialjouren utgör en viktig del av social- och hälsovårdens journätverk och verksamhet som säkerhetsmyndighet. I framtiden kommer det vid centralerna att finnas nya nationella informationssystem för hög beredskap, ett nödcentralsdatasystem och fältsystem. Tillsammans med myndighetsnätet bildar de ett internt och ömsesidigt kommunikationssystem för säkerhetsmyndigheterna. Liksom andra säkerhetsaktörer står också dessa system till socialjourernas förfogande. När det är fråga om brådskande uppdrag slås larm via nödcentralsdatasystemet. I fältverksamheten används det kommande nationella fältsystemet och myndighetsradionätet för överföring av uppgifter och kommunikation. Tack vare enhetliga anvisningar kan socialjourerna i specialupptagningsområdena delta i det sektorsövergripande ledningssystemet och skapa sig en lägesbild av social- och hälsovården och förmedla denna bild. Nödcentralen förmedlar uppdragen till socialjourerna på basis av en rikstäckande anvisning för riskbedömning. I Nödcentralsverkets regionala

expertgrupper har anvisningarna samordnats. Enligt förslaget ska samordningen lokala och regionala larmanvisningar för socialväsendet i fortsättningen vara en uppgift för socialjouren i regionen i samarbete med centralen för prehospitalet akutsjukvård i specialupptagningsområdet. Syftet är att trygga medborgarnas möjligheter att få enhetliga tjänster och handlingsmodeller.

I enlighet med skyldigheten att vidta förberedelser enligt 12 § i beredskapslagen föreslås det att man i 4 mom. ska ta med ett omnämnande om förberedelser och beredskap. En motsvarande bestämmelse ingår i 46 § 1 mom. i hälso- och sjukvårdslagen som gäller centralen för prehospitalet akutsjukvård.

Enligt 5 mom. får närmare bestämmelser om uppgifterna vid enheterna för socialjour, om olika sätt att ordna socialjour, om samarbetet med andra aktörer och om jourenheternas regionala samarbete utfärdas genom förordning av statsrådet. Det är inte möjligt att genom förordning av statsrådet utfärda närmare bestämmelser om exempelvis hur socialjour ska ordnas i anslutning till hälso- och sjukvårdsenheterna. Till exempel ska socialjouren också där finnas dygnet runt eller räcker det med att under kvällar och nätter ha ett tätare samarbete med en socialjour på annat håll. Enligt utlåtandena är det befogat att införa ett bemyndigande att utfärda förordning i lagen, men innan en förordning utfärdas är det motiverat att följa upp hur tjänsterna utformar sig på fältet. Lagen ger kommunerna ett stort handlingsutrymme när det gäller genomförandet av tjänsterna, men samtidigt är det viktigt att se till att jämlikheten mellan medborgarna tryggas när det gäller tillgången till tjänster.

33 a §. Sammanslagning av socialtjänster i anslutning till andra tjänster. I paragrafen föreslås det i enlighet med 45 § i hälso- och sjukvårdslagen att det föreskrivs om de villkor som ska gälla för en regional sammanslagning av socialtjänster med andra tjänster. Syftet med paragrafen är att stödja en förnyelse av servicestrukturerna med beaktande av den kommande hälso- och sjukvårds- samt landskapsreformen för att skapa nya arbetsmetoder som grundar sig på forskningsrön och välplanerade integrerade modeller. Bestämmelsen ska bidra till utvecklingen av integrerade funktioner som bättre än för närvarande överensstämmer med klienternas särskilda behov. Kommunernas möjlighet att agera begränsas i sista hand av klientens intressen vilka enligt bestämmelserna i gällande socialvårdslag ålägger kommunerna att beakta klientens intressen i valet mellan olika handlingsätt och lösningar.

Med sammanslagning avses i paragrafen såväl fysisk som administrativ sammanslagning av tjänsterna. Genom administrativa åtgärder kan information och ledning förbättras samt kompetensen och specialkunnandet fördelas regionalt på ett jämlikt sätt. Via en centraliserad tjänst är det möjligt att vid behov stödja och styra basservicen till exempel med hjälp av en specialarbetare som utför ett rörligt arbete. Genom fysisk sammanslagning av tjänster tryggas i vissa situationer tjänster av hög kvalitet i situationer då det för att ordna tjänsten krävs en fysiskt enhetlig lokal och sakkunskap på samma ställe.

Enligt 1 mom. i paragrafen kan tjänster slås samman regionalt eller på risknivå i anslutning till andra tjänster, om det är nödvändigt för att säkerställa tjänsternas kvalitet och effekt samt klientsäkerheten. För detta är det centralt att upprätthålla tillräckliga kunskaper och tillräckligt kunnande och att agera inom ramen för den rikstäckande styrningen. Om tjänsten är krävande till sin natur eller den behövs sällan, krävs det tillräcklig upprepbarhet och en bred specialkompetens för att uppnå och upprätthålla tillräckliga kunskaper och tillräckligt kunnande. När det gäller de tjänster som avses i paragrafen blir det nödvändigt med samarbete i synnerhet med hälso- och sjukvården men också med andra sektorer samt rehabiliteringssystemet. I dessa fall är det motiverat med centralisering, medan de tjänster som inte förutsätter sällsynt och sällan behövd specialkompetens eller som används mycket eller ofta i kommunen inte i den mening som avses i paragrafen är sådana som i princip bör sammanföras med andra tjänster. En sammanslagning av de tjänster som avses i paragrafen bör kunna motiveras så att det

kan säkerställas att tjänsterna tillhandahålls enligt klientens behov. Tjänster som ofta används av en stor befolkningsgrupp bör fås som närtjänster. Likaså bör de tjänster som har små användargrupper, men som inte behöver sammanslås regionalt för att man ska kunna trygga specialkompetensen, tillhandahållas som närtjänster. Bestämmelsen ger inte rätt att begränsa en persons rätt att välja sin boningsort i de fall då ett livslångt eller långvarigt stöd kan ordnas som närtjänst. När tjänster sammanslås är det viktigt att ta hänsyn till skillnaderna inom regionen. Dessutom ska man beakta bestämmelserna om språkliga krav som finns i annan lagstiftning och som gäller ordnandet av tjänsterna. I 4 och 5 § i socialvårdslagen föreskrivs om vilka omständigheter det ska fästas uppmärksamhet vid när man bedömer vilka tjänster eller vilket sätt att agera som bäst tillgodoser klientens intressen. En enskild klients intressen ska beaktas redan när man fattar beslut om att ordna en tjänst. Det är i praktiken inte tillåtet att genom strukturella lösningar förhindra ett handlingsätt som överensstämmer med klientens intressen. Den föreslagna bestämmelsen syftar inte till att ändra de tolkningsprinciper som anges i 4 och 5 §. Att få så sakkunnig och kvalitativ hjälp som möjligt innebär å andra sidan också att beakta klientens intressen, och syftet med den föreslagna regleringen är att försäkra sig om att detta mål uppfylls bättre än tidigare.

I 2 mom. i paragrafen föreskrivs om tjänster som kan sammanslås. De tjänster som räknas upp i momentet är sådana som särskilt anses uppfylla förutsättningarna för sammanslagning enligt 1 mom. När tjänsterna genomförs behövs det kunskaper på såväl det sociala området som inom andra förvaltningsområden.

Enligt 2 mom. i paragrafen kan de tjänster som får slås samman på riksnivå och regionalt vara tjänster inom mentalvården och missbrukarvården som är krävande och sällan behövs. Numera finns det få aktörer som erbjuder boendetjänster för specialgrupper. En särskilt utmanande kombination för den som ordnar boendetjänster är psykiatriska klienter med dubbeldiagnos, exempelvis personer som lider av schizofreni och samtidigt missbruk av droger eller fysisk funktionsnedsättning förenat med missbruksproblem eller behov av mentalvårdstjänster.

Genom centralisering är det möjligt att samordna tjänster inom mentalvården och missbrukarvården till sådana tjänster som på grund av sin sällsynthet eller svårighetsgrad förutsätter specialkompetens på en krävande nivå. Det kan också vara fråga om tjänster som är särskilt dyra.

Det är nödvändigt att regionalt slå samman tjänster för personer med funktionsnedsättning i situationer då det finns få personer som behöver tjänsterna och tjänsterna av den anledningen behövs sällan, men det ändå är fråga om tjänster som är förenade med särskilda krav på kompetens inom många områden. Tjänsterna kan vara krävande på det sätt som avses ovan också när tjänsterna och kompetensen och exempelvis frågor som gäller tillämpningen och införande av ny teknik ställer stora krav på utvecklingen. Som exempel på servicehelheter inom social- och hälsovården som ska sammanslås kan nämnas psykiatri för personer med utvecklingsstörning och svåra utvecklingsstörningar hos barn, svår autism och vissa andra frågor som hör till det neuropsykiatriska området. Produktionen av dessa tjänster kräver särskild kompetens. Också tjänster som inriktar sig på att stödja barn och unga med funktionsnedsättning eller långvarig sjukdom och deras familjer kräver ofta multiprofessionell specialkompetens. Det är fråga om krävande tjänster som förutsätter vård, behandling och tjänster på många områden och som behövs mycket sällan. Också i fråga om dessa tjänster bör ambitionen vara att tjänster som har att göra med funktioner i det dagliga livet trots sina särdrag ska tillhandahållas som en del av klientens vardag och närma sig eller utgöra en del av basservicen. Exempel på tjänster som ska centraliseras är också servicehelheter för personer som kontinuerligt behöver respirator eller hjälp av andra personer. För dessa klienter är det bra att ordna centraliserade förebyggande och rehabiliterande tjänster som håller klienten uppe, men så att det egentliga stödet för vardagen och själva stödet ges i personernas eget hem. Med hjälp av centraliserade tjänster kan man vid behov stödja och styra basservicen.

Genom att centralisera sådana krävande tjänster inom barnskyddet som sällan behövs kan de barn, unga och deras familjer som är i behov av tjänster som förutsätter den mest krävande specialkompetensen och specialiseringen tillförsäkras multiprofessionell bedömning och stöd på många områden. Genom att centralisera tjänsterna kan man försäkra sig om att tjänsterna tillgodoser behoven hos barn, unga och deras familjer enligt rikstäckande enhetliga kriterier. Till de barnskyddstjänster som ska centraliseras hör bland annat enheter med en samlad kunskap om barnskyddstjänster och dessutom om barn- och ungdomspsykiatri och om psykiatri för personer med utvecklingsstörning. Också vården av barn med invandrarbakgrund utanför hemmet kan förutsätta den krävande specialkompetens som avses i paragrafen och samordning av olika aktörers arbete.

Tjänster som ska sammanslås kan vara tjänster som uppfyller liknande krav och som är avsedda för personer som fallit offer för övergrepp och sexualbrott s. Det kan gälla misstanke om och utredning av misshandel av barn samt stöd till barnen och hela familjen i sådana situationer.

Det är inte tänkt att listan ska vara uttömmande och i momentet föreskrivs om möjligheten sammanföra också andra tjänster som uppfyller villkoren. Innan det fattas beslut om sammanslagning av tjänster, ska man beakta och bedöma framför allt hur tjänstens kvalitet och effekt påverkas ur klientens synvinkel om tjänsten eventuellt distanserar sig från den så kallade vardagmiljön, dvs. om en centralisering av tjänsten kan vara till klientens fördel. Å andra sidan förhindrar bestämmelsen inte en centralisering, om klienten samtidigt tillförsäkras en tillräcklig basservice eller möjlighet att ofta få tillgång till nödvändiga specialtjänster, till exempel med hjälp av tillräckliga konsultationer när det inte är ändamålsenligt att tillhandahålla tjänsten vid en fysiskt helt centraliserad enhet.

Centraliseringen av tjänster och kompetens bygger på samarbete mellan kommuner och samkommuner. I förfarandet iaktas bestämmelserna i kommunallagen (410/2015) om kommunernas uppgifter, organiseringsansvar samt produktion av tjänster. Enligt 3 mom. i paragrafen får det genom förordning av statsrådet föreskrivas om de åtgärder som ingår i de tjänster som ska centraliseras nationellt och regionalt samt om omfattningen av och villkoren för åtgärderna. För sammanslagning av verksamheten får det genom förordning utses nationella aktörer.

Paragrafens 4 mom. är informativ till sin karaktär.

2 Närmare bestämmelser och föreskrifter

Enligt förslaget ska närmare bestämmelser utfärdas genom förordningar av statsrådet och social- och hälsovårdsministeriet.

Enligt 41 § i hälso- och sjukvårdslagen får närmare bestämmelser om den prehospitla akutsjukvårdens uppgifter, om grunderna för fastställandet av servicenivån för den prehospitla akutsjukvården och beslutets form, om ledningssystemet för den prehospitla akutsjukvården, om grunderna för fastställande av arbetsuppgifterna och utbildningskraven i fråga om den personal som medverkar i den prehospitla akutsjukvården, om enheter inom den prehospitla akutsjukvården, om bestämmande av bas- och vårdnivå inom den prehospitla akutsjukvården och om första insatsen utfärdas genom förordning av social- och hälsovårdsministeriet. Bemyndigandet att utfärda förordning behöver preciseras genom att ett omnämmande om att bestämmelser om ledningssystemet och enheterna för den prehospitla akutsjukvården utfärdas genom förordning fogas till bemyndigandet för att det bättre ska stämma överens med innehållet i förordningen. Enligt 46 § i hälso- och sjukvårdslagen får närmare bestämmelser om uppgifterna vid centralen för prehospital akutsjukvård vid behov utfärdas genom förordning av

social- och hälsovårdsministeriet. Det är meningen att vissa preciseringar ska göras i social- och hälsovårdsministeriets nuvarande förordning om prehospital akutsjukvård.

Enligt 45 § i hälso- och sjukvårdslagen föreskrivs det genom förordning av statsrådet om den nationella och regionala centraliseringen av undersökningar, åtgärder och vård samt vid behov om vårdgivande enheter och om kvantitativa villkor och andra villkor för de undersökningar och åtgärder samt den vård som ska centraliseras. De uppgifter som gäller planeringen och samordnandet av den nationella helheten av verksamheten får genom förordning av statsrådet förordnas en eller flera nationella aktörer. För samordnandet av verksamheten får det genom förordning av statsrådet utses och bemyndigas regionala aktörer. Det är meningen att den tidigare statsrådsförordningen om ordnande och centralisering av den högspecialiserade sjukvården ska omarbetas i sin helhet.

Enligt 50 § i hälso- och sjukvårdslagen får det genom förordning av statsrådet utfärdas närmare bestämmelser om villkoren för att ordna jour inom olika medicinska specialiteter. Social- och hälsovårdsministeriet kan bevilja tillstånd att avvika från villkoren för förlossningsverksamheten som anges i en förordning av statsrådet, om det behövs för tillgängligheten till tjänsten eller för patientsäkerheten. I 50 § 5 mom. i hälso- och sjukvårdslagen föreskrivs det dessutom om kommunens eller sjukvårdsdistriktets möjlighet att ordna jour dygnet runt inom primärvården eller akutmedicinen, förutsatt att social- och hälsovårdsministeriet efter ansökan beviljat tillstånd att ordna jour. En förutsättning för att ordna sådan jour är att tillgängligheten till tjänsterna och avstånden mellan jourmottagningarna förutsätter detta och att de tjänster som befolkningen behöver inte tillräckligt väl kan säkerställas genom den prehospitala akutsjukvården. Med beaktande av 80 § 1 mom. och 121 § i grundlagen måste tillstånd att avvika från ministeriets behörighet föreskrivas i lag.

Om grunderna för brådskande vård samt om uppgifterna inom brådskande mottagningsverksamhet, vid enheter för omfattande jour dygnet runt, vid samjouren för jour dygnet runt och vid enheter för jour dygnet runt inom primärvården eller akutmedicinen och om jourenheter- nas regionala samarbete får närmare bestämmelser utfärdas genom förordning av statsrådet.

Den nuvarande förordningen om brådskande vård och jourverksamhet, som utfärdats med stöd av 50 § i hälso- och sjukvårdslagen, är en förordning av social- och hälsovårdsministeriet. Avsikten är att ändra den till en förordning av statsrådet. I förordningen ska de uppgifter för jour- enheterna som anges i lagen och de krav som jourenheter ska uppfylla beskrivas närmare. Villkoren för juren när det gäller specialområdena behöver preciseras till vissa delar jämfört med nuläget.

Enligt 29 a § i socialvårdslagen får närmare bestämmelser om uppgifterna vid enheterna för socialjour, om olika sätt att ordna socialjour, om samarbetet med andra aktörer samt om jour- enheternas regionala samarbete utfärdas genom förordning av statsrådet. Genom förordning ska det kunna föreskrivas närmare t.ex. om hur socialjouren ska ordnas i anslutning till hälso- och sjukvårdens enheter. Det är fråga om ett nytt bemyndigande att utfärda förordning. Enligt 33 a § i socialvårdslagen får det vid behov föreskrivas om de åtgärder som ingår i de tjänster som ska centraliseras nationellt och regionalt samt om omfattningen av och villkoren för åtgärderna. Genom förordning av statsrådet får det utses nationella aktörer för sammanslagningen.

3 Ikraftträdande

Ändringarna av hälso- och sjukvårdslagen föreslås träda i kraft den 1 januari 2017. Avsikten är att med stöd av dessa bestämmelser utfärda närmare bestämmelser genom förordning. En-

ligt regeringsprogrammet ska inbesparingarna inom den specialiserade sjukvården genomföras redan under 2017, och för att de spareffekter som anges i propositionen ska kunna uppnås krävs det att reformen av sjukhusnätet inleds redan 2017. Ändringarna i sjukhusnätet är dock betydande, och därför behövs det en övergångstid som sträcker sig fram till början av 2018.

Största delen av de nuvarande centralsjukhusen som har ålagts skyldighet att upprätthålla enheter med omfattande jour dygnet runt, uppfyller redan nu de krav som ställs i lagen. Vid några enheter med omfattande jour dygnet runt förutsätts det att resurserna stärks för att förpliktelsen ska kunna uppfyllas, vilket är möjligt genom avtalsbaserat samarbete till exempel via distansmedicin.

Innehållet i jourtjänsterna vid andra centralsjukhus än vid dem med omfattande jour dygnet runt har inte föreskrivits i detalj. Dessa kan själva besluta om den jour som befolkningen behöver och omfattningen av den. Andra samjourer än de som upprätthålls utanför universitets-centralsjukhus i sjukvårdsdistrikten kommer att bli tvungna att söka tillstånd för att få hålla jour dygnet runt för primärvården eller akutmedicinen eller upphöra med samjouren. Hit hör exempelvis Jakobstads och Forssa sjukhus samt Norra Kymmene sjukhus i Kouvola. En stor del av de små sjukhusen utanför centralsjukhusen har redan undantagstillstånd för jour dygnet runt för primärvården.

För nerläggning av operationsverksamhet och jour dygnet runt krävs det en övergångstid. Därför bör verksamheten ha ordnats enligt de föreslagna bestämmelserna senast den 1 januari 2018.

På ansökan om undantagstillstånd som gäller förlossningsverksamhet eller jour inom primärvården och som väckts innan lagen trädde i kraft tillämpas de bestämmelser som gällde när lagen trädde i kraft. De beslut om undantagstillstånd för jour inom primärvården och förlossningsverksamhet som fattats med stöd av bestämmelser som gällde innan denna lag trädde i kraft ska vara i kraft tills den tid som anges i beslutet går ut. Alla undantagstillstånd hittills har beviljats för viss tid.

För införandet i praktiken av bestämmelserna om arbetsfördelningen inom den specialiserade sjukvården krävs det en övergångstid. I 45 § i hälso- och sjukvårdslagen föreskrivs om hur den nationella och regionala centraliseringen är uppbyggd. Det ska genom förordning av statsrådet utfärdas närmare bestämmelser om vilka uppgifter och behandlingar som kommer att centraliseras.

Reformen kräver betydande strukturella och funktionella ändringar för sjukhusens och socialjourernas del och nya anvisningar för befolkningen samt för aktörerna inom hälso- och sjukvården och socialvården. Av den anledningen behövs en övergångsperiod på cirka ett år för genomförandet av bestämmelserna. Därför ska hälso- och sjukvårdslagens 45 och 50 § samt 50 a § 3 mom. som gäller ordnande av socialjour i anslutning till hälso- och sjukvårdens samjour börja tillämpas i sin nya form senast från början av 2018. Till dess att 45 och 50 § börjar tillämpas i sin nya form ska de tillämpas i den form som gällde innan denna lag trädde i kraft.

De föreslagna ändringarna i socialvårdslagen föreslås träda i kraft den 1 januari 2017. Lagens 29 a § 1 mom. som gäller samarbetet mellan socialjour och hälso- och sjukvård ska tillämpas senast från och med den 1 januari 2018.

4 Förhållande till grundlagen samt lagstiftningsordning

Regeringens proposition bör bedömas med särskild hänsyn till hur de grundläggande fri- och rättigheterna samt den kommunala självstyrelsen som bestäms i grundlagen uppfylls.

I 1 § 2 mom. i grundlagen ingår som de grundläggande värden som konstitutionen grundar sig på människovärdets okränkbarhet och den enskilda människans frihet och rättigheter samt främjandet av rättvisa i samhället. Bestämmelsen kan anses utgöra utgångspunkten vid bedömningen av det allmännas skyldigheter. Tryggandet av individens frihet och rättigheter betonar också den viktiga position som de grundläggande fri- och rättigheterna har i konstitutionen. Bestämmelser om de grundläggande fri- och rättigheterna ingår i 2 kap. i grundlagen. Tolkningen av de grundläggande fri- och rättigheterna påverkas också av människorättsorganens beslut och grundlagsutskottets utlåtanden och dessa förändrar och omformar tolkningen och tillämpningen av bestämmelserna i 2 kap. i grundlagen.

Sättet på vilket social- och hälsovården ska ordnas och hur den ska finnas tillgänglig påverkas indirekt av flera grundläggande fri- och rättigheter, främst av jämlikhet och förbudet mot diskriminering (6 §), rätt till liv och till personlig integritet och trygghet (7 §), skydd för privatlivet (10 §), religions- och samvetsfrihet (11 §), upptagningsoffentlighet (12 §), rätt att ta del i beslutsprocesser som gäller en själv (14 § 4 mom.), rätt till eget språk och egen kultur (17 §), rätt till social trygghet (19 §) samt det allmännas skyldighet att se till att de grundläggande fri- och rättigheterna och de mänskliga rättigheterna tillgodoses (22 §). Bestämmelserna om de grundläggande fri- och rättigheterna fastställer för sin del sättet på vilket skyldigheten att trygga social- och hälso-tjänsterna ska uppfyllas. I fråga om social- och hälso-tjänsterna blir klienternas och patienternas jämlikhet bedömd såväl med tanke på tryggandet av tillräckliga tjänster, regionala skillnader i tjänsterna som med tanke på de avgifter som tas ut av dem som använder tjänsterna. Grundlagsutskottet har t.ex. inte ansett att ett geografiskt kriterium i sig är godtagbart som urskiljningsgrund med tanke på 6 § 2 mom. i grundlagen (GrUU 59/2001 rd, 2).

I 19 § 1 mom. i grundlagen tryggas rätten till oundgänglig försörjning och omsorg. Den omsorg som avses i bestämmelsen betyder social- och hälso-tjänster. Enligt 19 § 3 mom. i grundlagen ska det allmänna tillförsäkra var och en tillräckliga social-, hälsovårds- och sjukvårdstjänster samt främja befolkningens hälsa. Bestämmelsen i 19 § 3 mom. i grundlagen kompletteras av bestämmelserna i speciallagstiftningen för social- och hälsovård, som av socialvårdslagen (1301/2014), lagen om service och stöd på grund av handikapp (380/1987), hälso- och sjukvårdslagen (1326/2010), folkhälsolagen (66/1972), lagen om specialiserad sjukvård (1062/1989), lagen om smittsamma sjukdomar (583/1986) och flera andra speciallagar som gäller kommunernas skyldighet att ordna tjänster inom social- och hälsovården. Vid bedömningen av om tjänsterna är tillräckliga är utgångspunkten en sådan nivå för tjänsterna som skapar förutsättningar för varje människa att fungera som en fullvärdig medlem av samhället. Tillräckliga tjänster i den betydelse som avses i 19 § 3 mom. är inte desamma som det skydd som ges i sista hand enligt 19 § 1 mom. i grundlagen. Vid ordnandet av social- och hälsovård får bestämmelsen en viktig roll när man avgör frågan om hur man kan genomföra tillräckliga men också nödvändiga social- och hälso-tjänster i hela landet. Socialvårdstjänsternas kvalitet och tillräcklighet ska granskas med tanke på hela systemet med grundläggande fri- och rättigheter, som t.ex. ur perspektivet för jämlikhet och förbudet mot diskriminering (RP 309/1993 rd).

Den skyldighet som ålagts det allmänna i 19 § 3 mom. i grundlagen att främja befolkningens hälsa avser enligt motiveringen till bestämmelsen å ena sidan social- och hälsovårdens preventiva verksamhet och å andra sidan utvecklandet av förhållandena i samhället inom det allmänna olika verksamhetssektorer i en riktning som allmänt främjar befolkningens hälsa.

Grundlagens 22 § ålägger det allmänna att se till att de grundläggande fri- och rättigheterna tillgodoses i praktiken. Med det allmänna avses här både staten och kommunerna. Genom speciallagstiftningen har bestämmelser införts om kommunernas skyldighet att ordna social- och hälsovård för sina invånare och i vissa fall för personer som vistas i kommunen och för andra personer. Det allmänna ska aktivt skapa faktiska förutsättningar för förverkligande av de grundläggande fri- och rättigheterna. Staten ska genom lagstiftningsåtgärder och genom att bevilja resurser samt genom tillbörlig finansiering av kommunerna och genom ordnande av deras verksamhet se till att tillräckliga social- och hälso- och sjukvårdstjänster blir tryggade. Den finansiering och de resurser som verksamheten kräver fås i huvudsak av de statsandelar som staten beviljar kommunerna och av kommunernas beskattningsrätt.

Enligt 17 § i grundlagen är finska och svenska vårt lands nationalspråk. Enligt 17 § 1 mom. i grundlagen ska vars och ens rätt att hos domstol och andra myndigheter i egen sak använda sitt eget språk, antingen finska eller svenska, samt att få expeditioner på detta språk tryggas genom lag. Enligt 17 § 2 mom. ska det allmänna tillgodose landets finskspråkiga och svenskspråkiga befolknings kulturella och samhälleliga behov enligt lika grunder. Enligt 6 § är alla lika inför lagen. Enligt 2 mom. i paragrafen får ingen utan godtagbart skäl särbehandlas till exempel på grund av språk. Båda bestämmelserna ger uttryck för lagstiftarens strävan efter att säkerställa faktisk jämlikhet mellan nationalspråken. Den viktigaste lagen som gäller användningen av nationalspråken är språklagen. Men bestämmelser om de språkliga rättigheterna finns också i sektorslagen, hälso- och sjukvårdslagen, lagen om patientens ställning och rättigheter samt i lagen om klientens ställning och rättigheter inom socialvården.

Enligt 17 § 3 mom. i grundlagen har samerna såsom urfolk samt romerna och andra grupper rätt att bevara och utveckla sitt språk och sin kultur. Bestämmelser om samernas rätt att använda samiska hos myndigheterna utfärdas genom lag. Rättigheterna för dem som använder teckenspråk samt dem som på grund av handikapp behöver tolknings- och översättningshjälp ska tryggas genom lag. Syftet med samiska språklagen är i sin tur att trygga rätten för samerna att bevara och utveckla sitt språk och sin kultur. Enligt samiska språklagen har samerna på samernas hembygdsområde rätt att efter eget val använda finska eller samiska i kontakten med myndigheterna.

De föreslagna bestämmelserna ändrar inte regleringen av de språkliga rättigheterna. De språkliga rättigheterna handlar också om att säkerställa god förvaltning. Enligt 21 § i grundlagen har var och en rätt till god förvaltning, om vilken det föreskrivs närmare genom lag. Enligt språklagen förutsätts av statliga myndigheter och av myndigheterna i tvåspråkiga kommuner att förvaltningen fungerar och service tillhandahålls såväl på finska som på svenska. I fråga om dessa myndigheter kan man anse att grundlagen kräver att förvaltningen kvalitativt ska vara lika god och i praktiken lika tillgänglig för den finskspråkiga och för den svenskspråkiga befolkningen på lika grunder.

Enligt 122 § i grundlagen ska man när förvaltningen organiseras eftersträva en indelning i sinsemellan förenliga områden så att den finsk- och svenskspråkiga befolkningens möjligheter att erhålla tjänster på det egna språket tillgodoses enligt lika grunder. I sitt betänkande om grundlagspropositionen konstaterade grundlagsutskottet vid bedömningen av 122 § i grundlagen att de språkliga förhållandena också kan innebära sådana särskilda skäl som berättigar till avvikelser från i sig förenliga områdesindelningar (GrUB 10/1998 rd, s. 33). I sin bedömning av lagstiftningen om reformen av regionförvaltningen har grundlagsutskottet ansett att om en administrativt fungerande områdesindelning kan definieras på flera alternativa sätt, förutsätter skyldigheten att tillgodose de grundläggande rättigheterna att man väljer det alternativ som bäst tillgodoser de grundläggande språkliga rättigheterna (GrUU 21/2009 rd, s. 3). Vidare har utskottet i princip sett det som ett problem om den språkliga minoriteten är liten. Enligt utskottet går det inte nödvändigtvis i praktiken att tillgodose den språkliga minoritetens faktiska

möjligheter att få tillgång till tjänster på samma grunder som den språkliga majoriteten genom att inrätta till exempel serviceenheter för den språkliga minoriteten.

I propositionen föreslås det att tolv sjukvårdsdistrikt åläggs skyldighet att ordna omfattande jour dygnet runt. Också vid inrättande av sjukhusnät med omfattande jour dygnet runt måste de språkliga rättigheterna beaktas. Den samlade bedömningen av nätverket av de tolv sjukhus som kommer att ha omfattande jour har påverkats av kompetensen och resurserna vid sjukhusen, befolkningsunderlaget, hur nationellt heltäckande sjukhusnätet är och joursjukhusens läge med beaktande av befolkningens naturliga rörelseriktningar. På dessa grunder har man bedömt en fungerande områdesindelning och förmågan hos de kommande enheterna med omfattande jour att producera tillräckliga och tillgängliga enheter av hög standard med beaktande av de språkliga rättigheterna. Förutom det som ovan anges påverkas klient- och patientsäkerheten också av möjligheten att få service på eget språk. Vid andra centralsjukhus än vid dem som i lag ålagts skyldighet att tillhandahålla omfattande jour dygnet runt är det enligt propositionen möjligt att upprätthålla dygnet runt-jour för primärvården och den specialiserade sjukvården med läkarjour för olika specialiteter enligt sjukvårdsdistriktets prövning.

För närvarande är det bara Vasa sjukvårdsdistrikts område som har svenska som majoritetsspråk (51 %). Det är av största vikt att kontrollera om reformen i tillräcklig utsträckning tryggar den svenskspråkiga servicen, dvs. om det finns alternativ som i det närmaste i samma mån tryggar rätten till social- och hälsovårdstjänster och beslut om dem, men som bättre tryggar de språkliga rättigheterna. Syftet med 122 § är dock inte i första hand att skapa enspråkiga enheter eller områden med svenskspråkig majoritet, utan framför allt att trygga tjänster på såväl finska som svenska. Det går således inte att direkt ur grundlagen härleda tolkningen enligt vilken man av språkliga orsaker ska genomföra en viss områdesindelning på språklig grund. Saken bör granskas enligt grundlagsutskottets tolkning ovan och man bör i synnerhet fråga sig om Vasa sjukvårdsdistrikts språkligt baserade jourområde med jour dygnet runt bildar en fungerande helhet med tanke på social- och hälsovårdstjänster. Reformen av servicestrukturen har dock som mål att minska ineffektiva överlappningar och kapprustningar. Utifrån grundlagsutskottets tolkningspraxis gällande de språkliga rättigheterna är det centralt hur man i alla situationer ska kunna trygga jämlika social- och hälsovårdstjänster för svenskspråkiga.

I 6 § i hälso- och sjukvårdslagen föreskrivs om språket i samband med hälso- och sjukvårdstjänster. Utgångspunkt för bestämmelsen är bestämmelserna i grundlagen och i språklagen (423/2003) om nationalspråken, finska och svenska, om en persons rätt att använda dem och om förvaltningspråken. Begreppet nationalspråk ska förstås som en bestämmelse om finskan och svenskans likvärdighet. Bestämmelsen uttrycker principen om officiell tvåspråkighet i landet (RP 309/1993, s. 69). I 6 § i hälso- och sjukvårdslagen föreskrivs också om de språkliga rättigheterna för nordiska medborgare, samer och personer med funktionsnedsättning. I hälso- och sjukvårdslagen ingår också en hänvisning om rätten att använda samiska i enlighet med samiska språklagen inom samernas hembygdsområde. I 17 § 3 mom. anges vad som ska tryggas genom lag, vilket möjliggör en s.k. positiv särbehandling av de grupper som nämns i bestämmelsen.

Bestämmelserna i lagen om patientens ställning och rättigheter (785/1992) och i lagen om klientens ställning och rättigheter inom socialvården (812/2000) preciserar skyldigheten att ordna social- och hälsovård. I lagarna ovan finns också en bestämmelse om klientens och patientens rätt att använda finska eller svenska. Också klientens och patientens modersmål och kulturella bakgrund ska beaktas när social- och hälsovård ordnas. Rättigheterna för dem som använder teckenspråk samt dem som på grund av funktionsnedsättning behöver tolknings- och översättningshjälp har tryggats genom lag.

De språkliga rättigheterna har i praktiken tryggats genom speciallagstiftningen för social- och hälsovården. De språkliga rättigheterna kan i praktiken tryggas genom lösningar inom förvaltningen och lösningar som gäller ledningen av verksamheten. Den föreslagna reformen möjliggör också i fortsättningen flera regionalt tillämpbara flex- och samarbetsmekanismer. I hälso- och sjukvårdslagen ingår en särskild bestämmelse som tryggar de språkliga rättigheterna i praktiken. Enligt bestämmelsen kan samkommuner för sjukvårdsdistrikt som hör till olika specialupptagningsområden ingå avtal om samarbete i fråga om den specialiserade sjukvården, om detta är nödvändigt för att tillgodose en finsk-, svensk- eller samiskspråkig patients språkliga rättigheter eller för att genomföra arbetsfördelningen i fråga om hälso- och sjukvårdstjänsterna. Vid icke-brådskande vård har patienten enligt hälso- och sjukvårdslagen dessutom möjlighet välja sjukhus i en annan kommun än hemkommunen och brådskande vård ska alltid ges oberoende av patientens hemkommun. Andra förvaltningsinterna lösningar som används för att trygga de språkliga rättigheterna är till exempel nämnder för minoritetsspråket.

Enligt regeringens bedömning tryggar bestämmelserna i regeringens proposition de språkliga rättigheterna enligt grundlagen.

Bestämmelser om grunderna för kommunal självstyrelse finns i 121 § i grundlagen. Enligt 1 mom. ska kommunernas förvaltning grunda sig på självstyrelse för kommunens invånare. Det har således uppställts ett krav på att kommunernas förvaltning ska vara demokratisk. I 2 mom. förutsätts att bestämmelser om de allmänna grunderna för kommunernas förvaltning och om uppgifter som åläggs kommunerna utfärdas genom lag. I enlighet med självstyrelseprinciperna ska demokratin i kommunernas beslutssystem tryggas genom lag. Detta innebär framför allt att kommuninvånarna har rätt att välja förvaltningsorgan samt att beslutanderätten i kommunerna tillkommer de valda organen (regeringens proposition till Riksdagen med förslag till grundlag, RP 1/1998 rd). Kravet om bestämmelser på lagnivå utsträcker sig med stöd av den nämnda bestämmelsen också till uppgifter som ges kommuner. Det är förenligt med principen om kommunernas självstyrelse att kommunen själv ska kunna besluta om uppgifter som den åtagit sig med stöd av självstyrelsen samt att kommunen inte kan tilldelas uppgifter genom författningar på lägre nivå än lag (RP 1/1998 rd, 176). I 121 § 3 mom. i grundlagen fastställs dessutom beskattningsrätt för kommunerna och det förutsätts att bestämmelser om grunderna för skattskyldigheten och för hur skatten bestäms samt om de skattskyldigas rättskydd utfärdas genom lag. Ett centralt särdrag för den kommunala självstyrelsen har ansetts vara att om kommunerna ges nya uppgifter så ska det samtidigt ses till att det finns tillräcklig finansiering (finansieringsprincipen).

Propositionen innehåller bestämmelser om samarbete och arbetsfördelning mellan kommunerna och sjukvårdsdistrikten samt om integration av social- och hälsovården. Inom hälso- och sjukvården ordnas uppgifterna redan nu i stor utsträckning över kommungränserna. Redan nu sköts också många uppgifter inom socialvården över kommungränserna. Den centrala metoden för att trygga de grundläggande rättigheterna i 19 § 3 mom. i grundlagen är att samla social- och hälsovårdens uppgifter i större enheter. På så sätt säkerställer man att de grundläggande fri- och rättigheterna tillgodoses på lika villkor i hela landet på det sätt som förutsätts i 22 § i grundlagen.

I folkhälsolagen, lagen om specialiserad sjukvård och hälso- och sjukvårdslagen föreskrivs om kommunens skyldighet att ordna hälsovårdstjänster. Enligt 50 § i hälso- och sjukvårdslagen är kommunen skyldig att ordna brådskande vård. Enligt den föreslagna ändringen av 50 § i hälso- och sjukvårdslagen åläggs en del sjukvårdsdistrikt skyldighet att ordna enheter för omfattande jour dygnet runt medan andra hälso- och sjukvårdsenheters möjligheter att upprätthålla jourenheter begränsas. Den föreslagna 50 § innehåller bestämmelser om social- och hälsovårdsministeriets behörighet att efter ansökan bevilja undantagstillstånd för jour dygnet runt för primärvården eller akutmedicinen eller för förlossningsverksamhet på de villkor som anges

i lagen. Bestämmelsen begränsar kommunernas möjlighet att upprätthålla jourenheter, och därför är det nödvändigt att överföra bestämmelserna om undantagstillstånd från förordning till lag.

Enligt 80 § 1 mom. i grundlagen kan republikens president, statsrådet och ministerierna utfärda förordningar med stöd av ett bemyndigande i grundlagen eller i någon annan lag. Genom lag ska dock utfärdas bestämmelser om grunderna för individens rättigheter och skyldigheter samt om frågor som enligt grundlagen i övrigt hör till området för lag. Propositionen innehåller flera bemyndiganden att utfärda förordning för statsrådet och för social- och hälsovårdsministeriet. Genom de föreslagna bemyndigandena att utfärda förordning görs det möjligt att med stöd av bestämmelser i lag utfärda närmare bestämmelser i hälso- och sjukvårdslagen om prehospital akutsjukvård och centralen för prehospital akutsjukvård (41 och 46 §), om den nationella och regionala arbetsfördelningen vid sjukhusen och centraliseringen av undersökningar, åtgärder och vård och förutsättningarna för tillhandahållandet av dem samt vid behov om vårdgivande enheter (45 §), om grunderna för brådskanande vård, om jourenheter och brådskanande mottagningsverksamhet samt om deras uppgifter och om villkoren för jour inom olika medicinska verksamhetsområden (50 §). I socialvårdslagen görs det möjligt att genom förordning av statsrådet närmare föreskriva om uppgifterna vid enheterna för socialjour, om olika sätt att ordna socialjour och om samarbete mellan andra aktörer (29 §) samt om jourenheternas regionala samarbete 29 a §. Enligt 33 a § i lagen får det genom förordning av statsrådet vid behov föreskrivas om de åtgärder som ingår i de tjänster som ska centraliseras nationellt och regionalt samt om omfattningen av och villkoren för åtgärderna. Genom förordning av statsrådet får det utses nationella aktörer för samordning av verksamheten.

De föreslagna bemyndigandena att utfärda förordning är exakt avgränsade på det sätt som förutsätts i grundlagen. De föreslagna bemyndigandena kan därför anses uppfylla kraven i grundlagen.

Enligt regeringens uppfattning är förslagen förenliga med grundlagen. På grund av att frågan är av stor betydelse är det dock nödvändigt att begära utlåtande från grundlagsutskottet. Enligt regeringens uppfattning kan de föreslagna lagarna stiftas i vanlig lagstiftningsordning.

Med stöd av vad som anförts ovan föreläggs riksdagen följande lagförslag:

1.

Lag

om ändring av hälso- och sjukvårdslagen

I enlighet med riksdagens beslut
upphävs i hälso- och sjukvårdslagen (1326/2010) 3 § 4 punkten,
ändras 39 § 1 och 3 mom., det inledande stycket och 1 punkten i 40 §, 41, 45, 46 och 50 §,
samt
fogas till lagen en ny 50 a och 53 a §, som följer:

39 §

Prehospital akutsjukvård

Samkommunen för ett sjukvårdsdistrikt ska organisera den prehospitala akutsjukvården inom sitt område. Den prehospitala akutsjukvården ska i samarbete med de verksamhetsställen inom hälso- och sjukvården som håller jour planeras och genomföras så att dessa tillsammans med annan hälso- och sjukvård som ges som närservice i hemmet under jourtid bildar en regionalt sett funktionell helhet.

Samkommunen för ett sjukvårdsdistrikt fattar beslut om servicenivån för den prehospitala akutsjukvården. I beslutet om servicenivån fastställs hur den prehospitala akutsjukvården ska organiseras, serviceinnehållet, vilken utbildning de personer som medverkar i den prehospitala akutsjukvården ska ha, de mål som satts upp av specialupptagningsområdets central för prehospital akutsjukvård i fråga om den tid inom vilken befolkningen ska få vård samt andra omständigheter som är nödvändiga med tanke på vårdens organisering inom samkommunen. Innehållet i den prehospitala akutsjukvården ska i beslutet definieras så att genomförandet av servicen är effektivt och ändamålsenligt och så att situationer där den prehospitala akutsjukvården är utsatt för hög belastning samt specialupptagningsområdets resurser beaktas i servicen.

40 §

Den prehospitala akutsjukvårdens innehåll

Den prehospitala akutsjukvården omfattar

1) sådan bedömning av vårdbehov samt sådan brådskande vård i fråga om patienter som insjuknat eller skadats plötsligt som primärt sker utanför en hälso- och sjukvårdsinrättning, med undantag för de uppdrag som avses i sjöräddningslagen (1145/2001), och vid behov transport av patienter till den enligt medicinsk bedömning mest ändamålsenliga vårdenheten samt förflyttningar i samband med plötsligt insjuknade eller skadade patienters fortsatta vård när patienten behöver krävande och kontinuerlig vård eller övervakning under förflyttningen,

41 §

Bemyndigande att utfärda förordning

Bestämmelser om den prehospitala akutsjukvårdens uppgifter, om grunderna för fastställandet av servicenivån för den prehospitala akutsjukvården och beslutets form, om ledningssystemet för den prehospitala akutsjukvården, om grunderna för fastställande av arbetsuppgifterna och utbildningskraven i fråga om den personal som medverkar i den prehospitala akutsjukvården, om enheterna för prehospital akutsjukvård, om bestämmande av bas- och vårdnivå inom den prehospitala akutsjukvården och om första insatsen utfärdas genom förordning av social- och hälsovårdsministeriet.

45 §

Arbetsfördelning och centralisering av vissa uppgifter inom den specialiserade sjukvården

En del av de undersökningar, åtgärder och behandlingar som är sällan förekommande eller krävande och därför ska kunna upprepas, eller som kräver specialkompetens inom flera områden för att förvärva och upprätthålla den kunskap och det kunnande som krävs eller betydande investeringar i fråga om anordningar och utrustning för att säkerställa kvaliteten, patientsäkerheten, genomslaget, produktiviteten och effektiviteten inom hälso- och sjukvården ska sammanslås till de större enheterna. Den specialiserade sjukvård som centraliseras nationellt ska sammanslås till mindre än fem enheter inom ett universitetssjukhus. Vilka av de uppgifter i fråga om planeringen och samordningen av den nationella helheten som ska förordnas en eller flera nationella aktörer får utfärdas genom förordning av statsrådet.

Den specialiserade sjukvård som centraliseras regionalt ska sammanslås till fem universitetssjukhus eller av särskilda skäl till ett sjukhus på motsvarande nivå. Dessutom sammanslås den specialiserade sjukvården till de enheter med omfattande jour dygnet runt som avses i 50 § 3 mom. Genom förordning av statsrådet får det utses och bemyndigas regionala aktörer för samordnandet av verksamheten.

Sådan operativ verksamhet som kräver operationssal och anestesi ska i sin helhet sammanställas till de sjukhus som har samjour dygnet runt för primärvården och den specialiserade sjukvården.

De samkommuner inom sjukvårdsdistrikten som har ett universitetssjukhus ska komma överens om vilka enheter som ska ge den specialiserade sjukvård som centraliseras nationellt. Om de samkommuner i vilka det finns ett universitetssjukhus inte kan komma överens om till vilka sjukhus eller enheter verksamheten ska sammanslås eller om avtalet inte uppfyller förutsättningarna för säkerställandet av kvaliteten, patientsäkerheten, genomslaget, produktiviteten och effektiviteten, kan statsrådet bestämma innehållet i avtalet. Om den vård som ska centraliseras regionalt och om samordnandet av verksamheten bestäms det i det avtal om ordnande av specialiserad sjukvård som avses i 43 §.

Genom förordning av statsrådet föreskrivs det om den nationella och regionala arbetsfördelningen i fråga om sjukhusen och om centraliseringen av undersökningar, åtgärder och vård samt vid behov om vårdgivande enheter och om kvantitativa villkor och andra villkor för de undersökningar, åtgärder och behandlingar som ska centraliseras.

46 §

Central för prehospital akutsjukvård

Samkommunerna för sjukvårdsdistrikten inom ett specialupptagningsområde ska i ett avtal om ordnande av specialiserad sjukvård komma överens om hur uppgifterna vid centralen för prehospital akutsjukvård ska ordnas. Centralen för prehospital akutsjukvård ska

1) sätta upp de mål som gäller den tid inom vilken befolkningen inom det egna specialupptagningsområdet ska få vård och som ska ingå i beslutet om servicenivån för den prehospitalkakutsjukvården, med beaktande av befolkningens uppskattade servicebehov, jourstrukturen inom social- och hälsovårdsväsendet samt den närservice som tillhandahålls i hemmen under jourtid,

2) inom det egna området ansvara för juren för prehospital akutsjukvård med tjänstgörande läkare,

3) samordna de patientförflyttningar som hör till den prehospitalkakutsjukvården,

4) planera och besluta om läkarhelikopterverksamheten inom det egna specialupptagningsområdet,

5) samordna hälsovårdsväsendets larmanvisningar till Nödcentralsverket,

6) tillsammans med andra specialupptagningsområden bereda och samordna de medicinska vårdanvisningar som gäller verksamheten inom den prehospitalkakutsjukvården samt övriga nationella anvisningar i fråga om den prehospitalkakutsjukvården,

7) ansvara för huvudadministratörsfunktionerna i de nationella kommunikations- och informationssystemen för hög beredskap inom social- och hälsovårdsväsendet samt för en del av underhållet av systemen,

8) medverka i utarbetandet av regionala beredskapsplaner för storolyckor och exceptionella situationer inom hälso- och sjukvården, tillsammans med andra myndigheter, aktörer och specialupptagningsområden så att planerna bildar en nationell helhet.

Om samarbetet mellan centralen för prehospital akutsjukvård och socialjuren föreskrivs det i 29 a § i socialvårdslagen. Närmare bestämmelser om uppgifterna vid centralen för prehospital akutsjukvård får vid behov utfärdas genom förordning av social- och hälsovårdsministeriet.

50 §

Brådskande vård

Brådskande sjukvård, inbegripet brådskande mun- och tandvård, mentalvård, missbrukarvård och psykosocialt stöd, ska ges till den patient som behöver det oberoende av var han eller hon är bosatt. Med brådskande vård avses omedelbar bedömning och vård som inte kan skjutas upp utan att sjukdomen förvärras eller kroppsskadan försvåras och som gäller akut sjukdom, kroppsskada, försämring av en långvarig sjukdom eller funktionsnedsättning.

För brådskande vård ska kommunen eller vid behov samkommunen ordna mottagningsverksamheten nära patientens boningsort så att patienten vid brådskande fall på vardagar under den tid som uppgetts kan få bedömning och vård omedelbart av en yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården, utom då det för att säkerställa patientsäkerheten och kvaliteten på tjänsterna krävs att bedömningen och vården centraliseras till jurenheten. Kommunen eller vid behov samkommunen ska inom hälso- och sjukvården ordna brådskande mottagningsverksamhet för primärvården under kvällstid samt på veckoslut under dagtid när tillgängligheten till tjänsterna förutsätter detta.

Helsingfors och Nylands samt Egentliga Finlands sjukvårdsdistrikt, Satakunta sjukvårdsdistrikt, Birkalands sjukvårdsdistrikt, Päijät-Häme sjukvårdsdistrikt, Södra och Norra Karelen sjukvårdsdistrikt, Norra Savolax sjukvårdsdistrikt samt Mellersta Finlands, Syd-Österbottens, Norra Österbottens och Lapplands sjukvårdsdistrikt ska i anslutning till det egna centralsjukhuset ordna en enhet för omfattande jour dygnet runt. Med en enhet med omfattande jour dygnet runt avses samjour för primärvården och den specialiserade sjukvården, som kan tillhandahålla omfattande tjänster inom flera medicinska specialområden omedelbart och dygnet runt och som har resurser för att upprätthålla den beredskap som behövs inom hälso- och sjukvården och för att sköta exceptionella situationer. Enheten för omfattande jour dygnet runt ska stödja de andra jurenheterna. De sjukvårdsdistrikt i vilka det finns ett universitetssjukhus kan

i anknytning till sina sjukhus bilda flera än en enhet med samjour dygnet runt, om befolkningens servicebehov förutsätter det.

Andra sjukvårdsdistrikt än de som avses i 3 mom. ska för primärvården och den specialiserade sjukvården upprätthålla sådan samjour dygnet runt i anknytning till centralsjukhuset som har beredskap att sköta sedvanliga brådskande hälsoproblem hos befolkningen. Samjouren ska ha tillräcklig kompetens inom de specialområden som behövs för att sköta sedvanliga brådskande hälsoproblem hos befolkningen. Dessutom vad som stadgas i 3 mom. om enheten för omfattande jour dygnet runt bör sjukvårdsdistriktets specialupptagningsområde alltid ha rätt att på basen av avtalet om ordnande av specialiserad sjukvård överenskomma, att i enheten för samjour dygnet runt som verkar i dess område i anknytning till centralsjukhuset kan en så bred och funktionellt mångsidig jourenhet bildas, som tjänsternas tillgänglighet, avstånd mellan jourmottagningen och förverkligandet av befolkningens språkliga rättigheter i sjukvårdsdistriktet förutsätter.

Social- och hälsovårdsministeriet kan bevilja en kommun eller ett sjukvårdsdistrikt tillstånd att ordna jour dygnet runt inom primärvården eller akutmedicinen, om tillgängligheten till tjänsterna och avstånden mellan jourmottagningarna förutsätter detta och de tjänster som befolkningen behöver inte kan säkerställas tillräckligt väl genom den prehospitала akutsjukvården.

Jourenheterna ska ha tillräckliga resurser och tillräcklig kompetens för att vårdkvaliteten och patientsäkerheten ska tillgodoses. Om jouren och dess omfattning ska avtalas i planen för ordnande av hälso- och sjukvård och i avtalet om ordnande av specialiserad sjukvård, med beaktande av områdets prehospitала akutsjukvård, avstånden mellan jourmottagningarna samt befolkningens servicebehov.

Genom förordning av statsrådet får det utfärdas närmare bestämmelser om villkoren för att ordna jour inom olika medicinska verksamhetsområden. Genom förordning av statsrådet föreskrivs det om villkoren för omfattningen av förlossningsverksamheten. Social- och hälsovårdsministeriet kan bevilja tillstånd att avvika från dessa villkor, om det behövs för tillgängligheten till tjänsten eller för patientsäkerheten. Närmare bestämmelser om grunderna för brådskande vård, om uppgifterna och kvalitetskraven inom brådskande mottagningsverksamhet, vid enheter för omfattande jour dygnet runt, vid samjouren för jour dygnet runt och vid enheter för jour dygnet runt inom primärvården och akutmedicinen, om närmare villkor för beviljandet av undantagstillstånd samt om jourenheternas regionala samarbete får utfärdas genom förordning av statsrådet.

50 a §

Samarbetet mellan hälso- och sjukvården och socialjouren

I samband med den bedömning som krävs för brådskande vård ska en yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården i enlighet med 35 § i socialvårdslagen bedöma om patientens behov av socialvård är uppenbart. Om behovet är uppenbart ska han eller hon hänvisa patienten till socialservicen eller om personen samtycker till det kontakta den myndighet som ansvarar för den kommunala socialvården, så att stödbehovet kan bedömas.

Om samtycke inte kan fås och patienten är uppenbart oförmögen att svara för sin omsorg, hälsa eller säkerhet, eller om ett barns bästa absolut kräver det, ska den yrkesutbildade personen inom hälso- och sjukvården utan dröjsmål och trots sekretessbestämmelserna anmäla till den myndighet som ansvarar för socialvården om behovet av barnskydd eller annan socialvård. Anmälan får även göras av en annan person trots sekretessbestämmelserna.

I brådskande situationer ska en yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården kontakta socialjouren. I de enheter för omfattande jour dygnet runt som avses i 50 § 3 mom. samt i den samjour inom primärvård och specialiserad sjukvård som avses i 50 § 4 mom. ska socialjouren ordnas i samband med hälso- och sjukvårdens jour.

Inom socialjouren ska patienten vid behov ges den brådskande och nödvändiga hjälp som avses i 29 § i socialvårdslagen och socialjouren vid behov medverka i psykosocialt stöd som ges i brådskande situationer.

För att trygga den fortsatta vården som en del av hälso- och sjukvårdens jour och socialjouren ska det ordnas en jour för mental- och missbrukarvård.

53 a §

Bedömningen av behovet av socialvård

En yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården ska även i samband med en bedömning av behovet av den icke-brådskande vård som avses i detta kapitel bedöma om patienten har ett uppenbart behov av socialvård. Bestämmelser om hänvisande till vård och om kontaktagande i fråga om socialvården finns i 50 a §. Om personens rätt att få en bedömning av servicebehovet föreskrivs i 36 § i socialvårdslagen.

Denna lag träder i kraft den 20 .

Lagens 45, 50 och 50 a § 3 mom. ska tillämpas senast från den 1 januari 2018.

Före den tidpunkt då 45 och 50 § börjar tillämpas i den lydelse de har i denna lag ska de tillämpas i den lydelse de hade vid ikraftträdandet av denna lag.

I fråga om de ansökningar om undantagstillstånd för förlossningsverksamhet eller jour inom primärvården som var anhängiga vid ikraftträdandet av denna lag ska tillämpas de bestämmelser som gällde när denna lag trädde i kraft. De beslut om undantagstillstånd för jour inom primärvården eller förlossningsverksamhet som är giltiga när denna lag träder i kraft ska gälla den tid som anges i besluten.

2.

Lag

om ändring av socialvårdslagen

I enlighet med riksdagens beslut
ändras i socialvårdslagen (1301/2014) 29 §, samt
fogas till lagen en ny 29 a och 33 a §, som följer:

3 kap.

Socialservice

29 §

Socialjour

Socialjour ska ordnas dygnet runt för att trygga brådskande och nödvändig hjälp för alla åldrar. Jouren ska organiseras så att den kan kontaktas dygnet runt och brådskande socialservice ges enligt vad som föreskrivs i denna eller någon annan lag. Jourenheterna ska ha tillräckliga resurser och tillräcklig kompetens för att servicekvaliteten och klientsäkerheten ska tillgodoses.

Vid genomförandet av socialjouren ska man samarbeta med den prehospitla akutsjukvården, hälso- och sjukvårdens jour, räddningsväsendet, polisen, nödcentralen och vid behov med andra aktörer.

29 a §

Samarbetet mellan socialjouren och hälso- och sjukvården

Socialjour bör ordnas i anslutning till de enheter för omfattande jour dygnet runt som avses i 50 § 3 mom. i hälso- och sjukvårdslagen samt den samjour inom primärvård och specialiserad sjukvård som avses i 4 mom. För anordnandet av socialjouren svarar sjukvårdsdistrikten och de kommuner där de enheter inom hälso- och sjukvård som avses i detta moment finns.

Socialjouren deltar vid behov i psykosocialt stöd som ges i brådskande situationer.

För att trygga den fortsatta vården ska det som en del av hälso- och sjukvårdens jour och socialjouren ordnas jour för mentalvårdsarbete och alkohol- och drogarbete.

Socialjouren i ett område har i samarbete med den central för prehospital akutsjukvård som avses i 46 § i hälso- och sjukvårdslagen till uppgift att

1) samordna de lokala och regionala larmanvisningar för socialväsendet som ges till Nödcentralverket och därvid beakta larmanvisningarna för hälso- och sjukvårdsväsendet,

2) medverka i utarbetandet av regionala beredskapsplaner för storolyckor och exceptionella situationer inom hälso- och sjukvården, tillsammans med andra myndigheter, aktörer och specialupptagningsområden så att planerna bildar en nationell helhet.

Närmare bestämmelser om uppgifterna vid enheterna för socialjour, om olika sätt att ordna socialjour, om samarbetet med andra aktörer samt om jourenheternas regionala samarbete får utfärdas genom förordning av statsrådet.

33 a §

Sammanlagning av socialtjänster i anslutning till andra tjänster

Socialtjänster får sammanslås regionalt när de ordnas i anslutning till andra tjänster, om det behövs för att säkerställa specialkunnandet och därvid klientsäkerheten och den kvalitativa nivån på tjänsterna. Sammanlagning av tjänster behövs om socialtjänsten på grund av att den är krävande och sällan behövs ska möjliggöra upprepning och kräver specialkunnande inom flera områden för att uppnå och upprätthålla tillräckliga kunskaper och tillräckligt kunnande. Vid tillhandahållandet av tjänsterna ska klientens intressen beaktas enligt det som föreskrivs i 4 och 5 §.

När de villkor som avses i 1 mom. uppfylls kan enskilda tjänster inom tjänsterna för mental- och missbrukarvård, tjänsterna för personer med funktionsnedsättning, tjänsterna inom barnskyddet och tjänsterna för offer för misshandel och sexualbrott sammanslås. Även andra tjänster kan sammanslås om tjänsterna kan tillhandahållas med beaktande av klientens intressen.

Genom förordning av statsrådet föreskrivs det vid behov om de åtgärder som ingår i de tjänster som ska centraliseras nationellt och regionalt samt om omfattningen av och villkoren för åtgärderna. Genom förordning av statsrådet får det utses nationella aktörer för den sammanslagning som avses ovan i denna paragraf.

Om arbetsfördelningen och centraliseringen i fråga om den specialiserade sjukvården föreskrivs det i hälso- och sjukvårdslagen.

Denna lag träder i kraft den 20 .

Det som föreskrivs i 29 a § om samarbetet mellan socialjouren och hälso- och sjukvården ska tillämpas senast från den 1 januari 2018.

Helsingfors den 27 oktober 2016

Statsminister

Juha Sipilä

Familje- och omsorgsminister Juha Rehula

1.

Lag

om ändring av hälso- och sjukvårdslagen

I enlighet med riksdagens beslut
upphävs i hälso- och sjukvårdslagen (1326/2010) 3 § 4 punkten,
ändras 39 § 1 och 3 mom., 40 § 1 mom. 1 punkten, 41, 45, 46 och 50 §, samt
fogas till lagen en ny 50 a och 53 a §, som följer:

Gällande lydelse

39 §

Prehospital akutsjukvård

Samkommunen för ett sjukvårdsdistrikt ska organisera den prehospitala akutsjukvården inom sitt område. Vården ska planeras och genomföras i samarbete med de verksamhetsställen inom hälso- och sjukvården som håller jour så att de tillsammans bildar en regionalt sett funktionell helhet.

Samkommunen fattar beslut om servicenivån för den prehospitala akutsjukvården. I beslutet om servicenivån fastställs hur den prehospitala akutsjukvården ska organiseras, serviceinnehållet, vilken utbildning den personal som deltar i vården ska ha, målen för insatstiden och andra omständigheter som är nödvändiga med tanke på vårdens organisering inom samkommunen. Vårdinnehållet ska i beslutet om servicenivån definieras så, att vården är effektiv och ändamålsenlig och att man beaktar situationer där verksamheten är utsatt för hög belastning.

Föreslagen lydelse

39 §

Prehospital akutsjukvård

Samkommunen för ett sjukvårdsdistrikt ska organisera den prehospitala akutsjukvården inom sitt område. *Den prehospitala akutsjukvården ska* i samarbete med de verksamhetsställen inom hälso- och sjukvården som håller jour planeras och genomföras *så att dessa tillsammans med annan hälso- och sjukvård som ges som närservice i hemmet under jourtid bildar en regionalt sett funktionell helhet.*

Samkommunen för ett sjukvårdsdistrikt fattar beslut om servicenivån för den prehospitala akutsjukvården. I beslutet om servicenivån fastställs hur den prehospitala akutsjukvården ska organiseras, serviceinnehållet, vilken utbildning de personer som *medverkar i den prehospitala akutsjukvården ska ha, de mål som satts upp av specialupptagningsområdets central för prehospital akutsjukvård i fråga om den tid inom vilken befolkningen ska få vård samt* andra omständigheter som är nödvändiga med tanke på vårdens organisering inom samkommunen. *Innehållet i den prehospitala akutsjukvården ska i beslutet definieras så att genomförandet av servicen är effektivt och ändamålsenligt och så att situationer där den prehospitala akutsjukvården är utsatt för hög belastning samt specialupptagningsområdets resurser beaktas i servicen.*

Gällande lydelse

40 §

Den prehospitala akutsjukvårdens innehåll

Den prehospitala akutsjukvården omfattar
1) brådskande vård av patienten som plötsligt insjuknat eller skadats, primärt utanför en hälso- och sjukvårdsinrättning, med undantag för uppdrag enligt sjöräddningslagen (1145/2001), och vid behov transport av patienten till den enligt medicinsk bedömning mest ändamålsenliga vårdenheten,

Föreslagen lydelse

40 §

Den prehospitala akutsjukvårdens innehåll

Den prehospitala akutsjukvården omfattar
1) *sådan bedömning av vårdbehov samt sådan brådskande vård i fråga om patienter som insjuknat eller skadats plötsligt som primärt sker utanför en hälso- och sjukvårdsinrättning, med undantag för de uppdrag som avses i sjöräddningslagen (1145/2001), och vid behov transport av patienter till den enligt medicinsk bedömning mest ändamålsenliga vårdenheten samt förflyttningar i samband med plötsligt insjuknade eller skadade patienters fortsatta vård när patienten behöver krävande och kontinuerlig vård eller övervakning under förflyttningen,*

41 §

Bemyndigande att utfärda förordning

Bestämmelser om den prehospitala akutsjukvårdens uppgifter, om grunderna för fastställandet av servicenivån för den prehospitala akutsjukvården och beslutets form, om grunderna för fastställande av arbetsuppgifterna och utbildningskraven i fråga om den personal som medverkar i den prehospitala akutsjukvården, om bestämmande av bas- och vårdnivå inom den prehospitala akutsjukvården och om första insatsen utfärdas genom förordning av social- och hälsovårdsministeriet.

41 §

Bemyndigande att utfärda förordning

Bestämmelser om den prehospitala akutsjukvårdens uppgifter, om grunderna för fastställandet av servicenivån för den prehospitala akutsjukvården och beslutets form, *om ledningssystemet för den prehospitala akutsjukvården*, om grunderna för fastställande av arbetsuppgifterna och utbildningskraven i fråga om den personal som medverkar i den prehospitala akutsjukvården, *om enheterna för prehospital akutsjukvård*, om bestämmande av bas- och vårdnivå inom den prehospitala akutsjukvården och om första insatsen utfärdas genom förordning av social- och hälsovårdsministeriet.

45 §

Centralisering av specialiserad sjukvård

En del av åtgärderna och vården inom den högspecialiserade sjukvården kan centraliseras nationellt till vissa specialupptagnings-

45 §

Arbetsfördelning och centralisering av vissa uppgifter inom den specialiserade sjukvården

En del av de undersökningar, åtgärder och behandlingar som är sällan förekommande eller krävande och därför ska kunna uppre-

Gällande lydelse

områden. Det ska genom förordning av statsrådet utfärdas vilka undersökningar, åtgärder och behandlingar som hör till den högspecialiserade sjukvården. Genom förordning av statsrådet föreskrivs det också om nationell och regional centralisering av högspecialiserad sjukvård och om de verksamhetsenheter inom den kommunala hälso- och sjukvården som ska ansvara för den högspecialiserade sjukvård som centraliseras. Om det är mest praktiskt att skaffa de tjänster inom den högspecialiserade sjukvården som ska centraliseras nationellt från privata serviceproducenter eller från utlandet, får det genom förordning av statsrådet fastställas kvalitetskrav för en serviceproducents verksamhet och övriga krav som ska ställas för att säkerställa lämplig vård.

Föreslagen lydelse

pas, eller som kräver specialkompetens inom flera områden för att förvärva och upprätthålla den kunskap och det kunnande som krävs eller betydande investeringar i fråga om anordningar och utrustning för att säkerställa kvaliteten, patientsäkerheten, genomslaget, produktiviteten och effektiviteten inom hälso- och sjukvården ska sammanslås till de större enheterna. Den specialiserade sjukvård som centraliseras nationellt ska sammanslås till mindre än fem enheter inom ett universitetssjukhus. Vilka av de uppgifter i fråga om planeringen och samordningen av den nationella helheten som ska förordnas en eller flera nationella aktörer får utfärdas genom förordning av statsrådet.

Den specialiserade sjukvård som centraliseras regionalt ska sammanslås till fem universitetssjukhus eller av särskilda skäl till ett sjukhus på motsvarande nivå. Dessutom sammanslås den specialiserade sjukvården till de enheter med omfattande jour dygnet runt som avses i 50 § 3 mom. Genom förordning av statsrådet får det utses och bemyndigas regionala aktörer för samordnandet av verksamheten.

Sådan operativ verksamhet som kräver operationssal och anestesi ska i sin helhet sammanslås till de sjukhus som har samjour dygnet runt för primärvården och den specialiserade sjukvården.

De samkommuner inom sjukvårdsdistrikten som har ett universitetssjukhus ska komma överens om vilka enheter som ska ge den specialiserade sjukvård som centraliseras nationellt. Om de samkommuner i vilka det finns ett universitetssjukhus inte kan komma överens om till vilka sjukhus eller enheter verksamheten ska sammanslås eller om avtalet inte uppfyller förutsättningarna för säkerställandet av kvaliteten, patientsäkerheten, genomslaget, produktiviteten och effektiviteten, kan statsrådet bestämma innehållet i avtalet. Om den vård som ska centraliseras regionalt och om samordnandet av verksamheten bestäms det i det avtal om ordnande av specialiserad sjukvård som avses i 43 §.

Genom förordning av statsrådet föreskrivs det om den nationella och regionala arbetsfördelningen i fråga om sjukhusen och om centraliseringen av undersökningar, åtgärder och vård samt vid behov om vårdgivande enheter och om kvantitativa villkor och

Gällande lydelse

46 §

Central för prehospital akutsjukvård

Samkommunerna för sjukvårdsdistrikten inom ett specialupptagningsområde ska i ett avtal om ordnande av specialiserad sjukvård komma överens om hur uppgifterna vid centraler för prehospital akutsjukvård ska organiseras. Centraler för prehospital akutsjukvård ska

1) inom sitt område ansvara för jouren för prehospital akutsjukvård med tjänstgörande läkare,

2) planera och besluta om läkarhelikopter- verksamheten inom det egna specialupptagningsområdet,

3) samordna planerade patientförflyttningar mellan områdets vårdinrättningar,

4) ansvara för myndighetsradionätets regionala huvudadministratörsfunktioner inom social- och hälsovårdsväsendet och för en del av underhållet av myndigheternas fältledningssystem, och

5) samordna hälsovårdsväsendets larmanvisningar till Nödcentralsverket.

Närmare bestämmelser om uppgifterna vid centralen för prehospital akutsjukvård får vid behov utfärdas genom förordning av social- och hälsovårdsministeriet.

Föreslagen lydelse

andra villkor för de undersökningar, åtgärder och behandlingar som ska centraliseras.

46 §

Central för prehospital akutsjukvård

Samkommunerna för sjukvårdsdistrikten inom ett specialupptagningsområde ska i ett avtal om ordnande av specialiserad sjukvård komma överens om hur uppgifterna vid centralen för prehospital akutsjukvård ska ordnas. *Centralen för prehospital akutsjukvård ska*

1) *sätta upp de mål som gäller den tid inom vilken befolkningen inom det egna specialupptagningsområdet ska få vård och som ska ingå i beslutet om servicenivån för den prehospitala akutsjukvården, med beaktande av befolkningens uppskattade servicebehov, jourstrukturen inom social- och hälsovårdsväsendet samt den närservice som tillhandahålls i hemmen under jourtid,*

2) inom *det egna området* ansvara för jouren för prehospital akutsjukvård med tjänstgörande läkare,

3) *samordna de patientförflyttningar som hör till den prehospitala akutsjukvården,*

4) planera och besluta om läkarhelikopter- verksamheten inom det egna specialupptagningsområdet,

5) samordna hälsovårdsväsendets larmanvisningar till Nödcentralsverket,

6) *tillsammans med andra specialupptagningsområden bereda och samordna de medicinska vårdanvisningar som gäller verksamheten inom den prehospitala akutsjukvården samt övriga nationella anvisningar i fråga om den prehospitala akutsjukvården,*

7) *ansvara för huvudadministratörsfunktionerna i de nationella kommunikations- och informationssystemen för hög beredskap inom social- och hälsovårdsväsendet samt för en del av underhållet av systemen,*

8) *medverka i utarbetandet av regionala beredskapsplaner för storolyckor och exceptionella situationer inom hälso- och sjukvården, tillsammans med andra myndigheter, aktörer och specialupptagningsområden så att planerna bildar en nationell helhet.*

Om samarbetet mellan centralen för prehospital akutsjukvård och socialjouren

Gällande lydelse

Föreslagen lydelse

föreskrivs det i 29 a § i socialvårdslagen. Närmare bestämmelser om uppgifterna vid centralen för prehospital akutsjukvård får vid behov utfärdas genom förordning av social- och hälsovårdsministeriet.

50 §

50 §

Brådskande vård

Brådskande vård

Brådskande sjukvård, inbegripet brådskande mun- och tandvård, mentalvård, missbrukarvård och psykosocialt stöd, ska ges patienten oberoende av var han eller hon är bosatt. Med brådskande vård avses omedelbar bedömning och behandling som inte kan skjutas upp utan att sjukdomen förvärras eller kroppsskadan försvåras och som gäller akut sjukdom, kroppsskada, försämring av en långvarig sjukdom eller funktionsnedsättning.

För brådskande vård ska kommunen eller samkommunen för ett sjukvårdsdistrikt ordna jour dygnet runt. Jourenheten ska ha tillräckliga resurser och tillräcklig kompetens för att vårdkvaliteten och patientsäkerheten ska tillgodoses. Jourenheterna och deras arbetsfördelning ska fastställas i planen för ordnande av hälso- och sjukvård och, i fråga om specialiserad sjukvård, i avtalet om ordnande av specialiserad sjukvård. I samband med beslut om jourenheter ska hänsyn tas till den prehospitala akutsjukvården i området, avstånden mellan jourenheterna och befolkningens vårdbehov.

En patient som har tagits in för brådskande vård får flyttas till fortsatt vård vid en enhet som bestäms på grundval av hemkommunen förutsatt att patientsäkerheten och den mottagande enhetens möjligheter att ordna nödvändig fortsatt vård har säkerställts.

Genom förordning av social- och hälsovårdsministeriet får det vid behov utfärdas närmare bestämmelser om grunderna för brådskande vård och villkoren för att ordna jour inom olika medicinska verksamhetsområden.

Brådskande sjukvård, inbegripet brådskande mun- och tandvård, mentalvård, missbrukarvård och psykosocialt stöd, ska ges till den patient som behöver det oberoende av var han eller hon är bosatt. Med brådskande vård avses omedelbar bedömning och vård som inte kan skjutas upp utan att sjukdomen förvärras eller kroppsskadan försvåras och som gäller akut sjukdom, kroppsskada, försämring av en långvarig sjukdom eller funktionsnedsättning.

För brådskande vård ska kommunen eller vid behov samkommunen ordna mottagningsverksamheten nära patientens boningsort så att patienten vid brådskande fall på vardagar under den tid som uppgetts kan få bedömning och vård omedelbart av en yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården, utom då det för att säkerställa patientsäkerheten och kvaliteten på tjänsterna krävs att bedömningen och vården centraliseras till jourenheten. Kommunen eller vid behov samkommunen ska inom hälso- och sjukvården ordna brådskande mottagningsverksamhet för primärvården under kvällstid samt på veckoslut under dagtid när tillgängligheten till tjänsterna förutsätter detta.

Helsingfors och Nylands samt Egentliga Finlands sjukvårdsdistrikt, Satakunta sjukvårdsdistrikt, Birkalands sjukvårdsdistrikt, Päijät-Häme sjukvårdsdistrikt, Södra och Norra Karelens sjukvårdsdistrikt, Norra Savolax sjukvårdsdistrikt samt Mellersta Finlands, Syd-Österbottens, Norra Österbottens och Lapplands sjukvårdsdistrikt ska i anslutning till det egna centralsjukhuset ordna en enhet för omfattande jour dygnet runt. Med en enhet med omfattande jour dygnet runt avses samjour för primärvården och den specialiserade sjukvården, som kan tillhandahålla omfattande tjänster inom flera medicinska specialområden omedelbart och dyg-

Gällande lydelse

Föreslagen lydelse

net runt och som har resurser för att upprätthålla den beredskap som behövs inom hälso- och sjukvården och för att sköta exceptionella situationer. Enheten för omfattande jour dygnet runt ska stödja de andra jourenheterna. De sjukvårdsdistrikt i vilka det finns ett universitetssjukhus kan i anknytning till sina sjukhus bilda flera än en enhet med samjour dygnet runt, om befolkningens servicebehov förutsätter det.

Andra sjukvårdsdistrikt än de som avses i 3 mom. ska för primärvården och den specialiserade sjukvården upprätthålla sådan samjour dygnet runt i anknytning till centralsjukhuset som har beredskap att sköta sedvanliga brådskande hälsoproblem hos befolkningen. Samjouren ska ha tillräcklig kompetens inom de specialområden som behövs för att sköta sedvanliga brådskande hälsoproblem hos befolkningen. Dessutom vad som stadgas i 3 mom. om enheten för omfattande jour dygnet runt bör sjukvårdsdistriktets specialupptagningsområde alltid ha rätt att på basen av avtalet om ordnande av specialiserad sjukvård överenskomma, att i enheten för samjour dygnet runt som verkar i dess område i anknytning till centralsjukhuset kan en så bred och funktionellt mångsidig jourenhet bildas, som tjänsternas tillgänglighet, avstånd mellan jourmottagningen och förverkligandet av befolkningens språkliga rättigheter i sjukvårdsdistriktet förutsätter.

Social- och hälsovårdsministeriet kan bevilja en kommun eller ett sjukvårdsdistrikt tillstånd att ordna jour dygnet runt inom primärvården eller akutmedicinen, om tillgängligheten till tjänsterna och avstånden mellan jourmottagningarna förutsätter detta och de tjänster som befolkningen behöver inte kan säkerställas tillräckligt väl genom den prehospitalka akutsjukvården.

Jourenheterna ska ha tillräckliga resurser och tillräcklig kompetens för att vårdkvaliteten och patientsäkerheten ska tillgodoses. Om jouren och dess omfattning ska avtalas i planen för ordnande av hälso- och sjukvård och i avtalet om ordnande av specialiserad sjukvård, med beaktande av områdets prehospitalka akutsjukvård, avstånden mellan jourmottagningarna samt befolkningens servicebehov.

Genom förordning av statsrådet får det utfärdas närmare bestämmelser om villkoren

Gällande lydelse

Föreslagen lydelse

för att ordna jour inom olika medicinska verksamhetsområden. Genom förordning av statsrådet föreskrivs det om villkoren för omfattningen av förlossningsverksamheten. Social- och hälsovårdsministeriet kan bevilja tillstånd att avvika från dessa villkor, om det behövs för tillgängligheten till tjänsten eller för patientsäkerheten. Närmare bestämmelser om grunderna för brådskande vård, om uppgifterna och kvalitetskraven inom brådskande mottagningsverksamhet, vid enheter för omfattande jour dygnet runt, vid samjouren för jour dygnet runt och vid enheter för jour dygnet runt inom primärvården och akutmedicinen, om närmare villkor för beviljandet av undantagstillstånd samt om jour-enheternas regionala samarbete får utfärdas genom förordning av statsrådet.

50 a §

Samarbetet mellan hälso- och sjukvården och socialjouren

I samband med den bedömning som krävs för brådskande vård ska en yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården i enlighet med 35 § i socialvårdslagen bedöma om patientens behov av socialvård är uppenbart. Om behovet är uppenbart ska han eller hon hänvisa patienten till socialservicen eller om personen samtycker till det kontakta den myndighet som ansvarar för den kommunala socialvården, så att stödbehovet kan bedömas.

Om samtycke inte kan fås och patienten är uppenbart oförmögen att svara för sin omsorg, hälsa eller säkerhet, eller om ett barns bästa absolut kräver det, ska den yrkesutbildade personen inom hälso- och sjukvården utan dröjsmål och trots sekretessbestämmelserna anmäla till den myndighet som ansvarar för socialvården om behovet av barnskydd eller annan socialvård. Anmälan får även göras av en annan person trots sekretessbestämmelserna.

I brådskande situationer ska en yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården kontakta socialjouren. I de enheter för omfattande jour dygnet runt som avses i 50 § 3 mom. samt i den samjour inom primärvård och specialiserad sjukvård som avses i 50 §

Gällande lydelse

Föreslagen lydelse

4 mom. ska socialjouren ordnas i samband med hälso- och sjukvårdens jour.

Inom socialjouren ska patienten vid behov ges den brådsakande och nödvändiga hjälp som avses i 29 § i socialvårdslagen och socialjouren vid behov medverka i psykosocialt stöd som ges i brådsakande situationer.

För att trygga den fortsatta vården som en del av hälso- och sjukvårdens jour och socialjouren ska det ordnas en jour för mental- och missbrukarvård.

53 a §

Bedömningen av behovet av socialvård

En yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården ska även i samband med en bedömning av behovet av den icke-brådsakande vård som avses i detta kapitel bedöma om patienten har ett uppenbart behov av socialvård. Bestämmelser om hänvisande till vård och om kontakttagande i fråga om socialvården finns i 50 a §. Om personens rätt att få en bedömning av servicebehovet föreskrivs i 36 § i socialvårdslagen.

Denna lag träder i kraft den 20 .

Lagens 45, 50 och 50 a § 3 mom. ska tillämpas senast från den 1 januari 2018.

Före den tidpunkt då 45 och 50 § börjar tillämpas i den lydelse de har i denna lag ska de tillämpas i den lydelse de hade vid ikraftträdandet av denna lag.

I fråga om de ansökningar om undantagstillstånd för förlossningsverksamhet eller jour inom primärvården som var anhängiga vid ikraftträdandet av denna lag ska tillämpas de bestämmelser som gällde när denna lag trädde i kraft. De beslut om undantagstillstånd för jour inom primärvården eller förlossningsverksamhet som är giltiga när denna lag träder i kraft ska gälla den tid som anges i besluten.

2.

Lag

om ändring av socialvårdslagen

I enlighet med riksdagens beslut
ändras i socialvårdslagen (1301/2014) 29 §, och
fogas till lagen en ny 29 a och 33 a §, som följer:

Gällande lydelse

3 kap.
Socialservice
29 §
Socialjour

Socialjour ska ordnas dygnet runt för att trygga brådsökande och nödvändig hjälp. Jouren ska organiseras så att den kan kontaktas dygnet runt och brådsökande socialservice tillhandahållas enligt vad som föreskrivs i denna eller någon annan lag.

När socialjour tillhandahålls ska man samarbeta med hälso- och sjukvårdens jour, räddningstjänsten, polisen, nödcentralen och vid behov med andra aktörer.

Föreslagna lydelse

3 kap.
Socialservice
29 §
Socialjour

Socialjour ska ordnas dygnet runt för att trygga brådsökande och nödvändig hjälp *för alla åldrar*. Jouren ska organiseras så att den kan kontaktas dygnet runt och brådsökande socialservice ges enligt vad som föreskrivs i denna eller någon annan lag. *Jourenheterna ska ha tillräckliga resurser och tillräcklig kompetens för att servicekvaliteten och klinisk säkerheten ska tillgodoses.*

Vid genomförandet av socialjouren ska man samarbeta med den prehospitala akut-sjukvården, hälso- och sjukvårdens jour, räddningstjänsten, polisen, nödcentralen och vid behov med andra aktörer.

29 a §

Samarbetet mellan socialjouren och hälso- och sjukvården

Socialjour bör ordnas i anslutning till de enheter för omfattande jour dygnet runt som avses i 50 § 3 mom. i hälso- och sjukvårdslagen samt den samjour inom primärvård och specialiserad sjukvård som avses i 4 mom. För anordnandet av socialjouren svarar sjukvårdsdistrikten och de kommuner där de enheter inom hälso- och sjukvård som avses i

Gällande lydelse

Föreslagen lydelse

detta moment finns.

Socialjouren deltar vid behov i psykosocialt stöd som ges i brådskande situationer.

För att trygga den fortsatta vården ska det som en del av hälso- och sjukvårdens jour och socialjouren ordnas jour för mentalvårdsarbete och alkohol- och drogarbete.

Socialjouren i ett område har i samarbete med den central för prehospital akutsjukvård som avses i 46 § i hälso- och sjukvårdslagen till uppgift att

1) samordna de lokala och regionala larmanvisningar för socialväsendet som ges till Nödcentralverket och därvid beakta larmanvisningarna för hälso- och sjukvårdsväsendet,

2) medverka i utarbetandet av regionala beredskapsplaner för storolyckor och exceptionella situationer inom hälso- och sjukvården, tillsammans med andra myndigheter, aktörer och specialupptagningsområden så att planerna bildar en nationell helhet.

Närmare bestämmelser om uppgifterna vid enheterna för socialjour, om olika sätt att ordna socialjour, om samarbetet med andra aktörer samt om jourenheternas regionala samarbete får utfärdas genom förordning av statsrådet.

33 a §

Sammanslagning av socialtjänster i anslutning till andra tjänster

Socialtjänster får sammanslås regionalt när de ordnas i anslutning till andra tjänster, om det behövs för att säkerställa specialkunnandet och därvid klientsäkerheten och den kvalitativa nivån på tjänsterna. Sammanslagning av tjänster behövs om socialtjänsten på grund av att den är krävande och sällan behövs ska möjliggöra upprepning och kräver specialkunnande inom flera områden för att uppnå och upprätthålla tillräckliga kunskaper och tillräckligt kunnande. Vid tillhandahållandet av tjänsterna ska klientens intressen beaktas enligt det som föreskrivs i 4 och 5 §.

När de villkor som avses i 1 mom. uppfylls kan enskilda tjänster inom tjänsterna för mental- och missbrukarvård, tjänsterna för personer med funktionsnedsättning, tjänster-

Gällande lydelse

Föreslagen lydelse

na inom barnskyddet och tjänsterna för offer för misshandel och sexualbrott sammanslås. Även andra tjänster kan sammanslås om tjänsterna kan tillhandahållas med beaktande av klientens intressen.

Genom förordning av statsrådet föreskrivs det vid behov om de åtgärder som ingår i de tjänster som ska centraliseras nationellt och regionalt samt om omfattningen av och villkoren för åtgärderna. Genom förordning av statsrådet får det utses nationella aktörer för den sammanslagning som avses ovan i denna paragraf.

Om arbetsfördelningen och centraliseringen i fråga om den specialiserade sjukvården föreskrivs det i hälso- och sjukvårdslagen.

Denna lag träder i kraft den 20 .

Det som föreskrivs i 29 a § om samarbetet mellan socialjouren och hälso- och sjukvården ska tillämpas senast från den 1 januari 2018.
