



Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmän varautuminen mahdolliseen seuraavaan epidemia-aaltoon

Selvitysryhmän raportti

Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmän varautuminen mahdolliseen seuraavaan epidemia-aaltoon

Selvitysryhmän raportti

Rauno Ihalainen, Hans Gärdström, Anne Hiiri, Kirsti Ylitalo-
Katajisto, Anne Arvonen ja Pirjo Lillsunde

Julkaisujen jakelu

Distribution av publikationer

**Valtioneuvoston
julkaisuarkisto Valto**

Publikations-
arkivet Valto

julkaisut.valtioneuvosto.fi

Julkaisumyynti

Beställningar av publikationer

**Valtioneuvoston
verkkokirjakauppa**

Statsrådets
nätbokhandel

vnjulkaisumyynti.fi

Sosiaali- ja terveysministeriö
CC BY-NC-ND 4.0

ISBN pdf: 978-952-00-9696-0
ISSN pdf: 2242-0037

Taitto: Valtioneuvoston hallintoyksikkö, Julkaisutuotanto

Kannen kuvat: Tuula Holopainen, Irmeli Huhtala, Kuvatoimisto Rodeo, Shutterstock

Helsinki 2022

Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmän varautuminen mahdolliseen seuraavaan epidemia-aaltoon Selvitysryhmän raportti

Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2022:11

Julkaisija Sosiaali- ja terveysministeriö

Tekijä/t Rauno Ihalainen, Hans Gärdström, Anne Hiiri, Kirsti Ylitalo-Katajisto, Anne Arvonon ja Pirjo Lillsunde

Kieli suomi **Sivumäärä** 116

Tiivistelmä

COVID-19 -pandemian iskiessä Suomeen maaliskuussa 2020 erilaisia rajoitus- ja ohjauspäätöksiä jouduttiin tekemään nopeasti suureen epävarmuuden vallitessa. Pandemian aikana on onnistuttu hyvin suojaamaan kansalaisia vakavalta sairaudelta.

Pandemian seurauksena sosiaali- ja terveystalouteen muodostui hoiva- ja hoitovelkaa. Rajoitustoimet ovat vaikuttaneet erityisen kielteisesti haavoittuvassa asemassa oleviin kansalaisiin. Tilannekuvan muodostamisessa on ollut puutteita. Kokonaiskapasiteetissa on ollut vajetta. Sote-henkilöstöstä on ollut pulaa, ja henkilöstö on ollut kuormittunutta. Testaus, jäljittäminen ja rokottaminen ovat sitoneet voimavaroja. Viranomaisten viestintä ja ohjeet ovat olleet osin ristiriitaisia. Myös varautumisessa on edelleen parannettavaa.

Sosiaali- ja terveysministeriön 16.2.2022 asettama työryhmä on selvittänyt sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmän varautumista mahdolliseen seuraavaan epidemia-aaltoon. Käytännön toimijoiden kuulemisten, heidän lausuntojensa, työryhmän jäsenten asiantuntemuksen sekä aiempien selvitysten ja tutkimusten pohjalta laadittu raportti nostaa esiin lukuisia kehittämiskohteita. Loppuraportti sisältää yhteensä 54 erilaista toimenpide-ehdotusta. Niissä katse on suunnattu erityisesti syksyyn 2022, mutta myös pidemmälle lähitulevaisuuteen.

Asiasanat varautuminen, pandemia, palvelujärjestelmä, tehohoito, valmiuskeskukset, henkilöstö, valmius

ISBN PDF 978-952-00-9696-0 **ISSN PDF** 2242-0037

Julkaisun osoite <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-9696-0>

Beredskapen inom servicesystemet för social -och hälsovården inför en eventuell följande epidemivåg

Utredningsgruppens rapport

Social- och hälsovårdsministeriets rapporter och promemorior 2022:11

Utgivare Social- och hälsovårdsministeriet

Författare Rauno Ihalainen, Hans Gärdström, Anne Hiiri, Kirsti Ylitalo-Katajisto, Anne Arvonen och Pirjo Lillsunde

Språk finska **Sidantal** 116

Referat När COVID-19-pandemin nådde Finland i mars 2020 blev det nödvändigt att snabbt fatta olika restriktions- och styrbeslut i ett mycket osäkert läge. Under pandemin har man lyckats väl i att skydda medborgarna mot allvarlig sjukdom.

På grund av pandemin har vården och servicen blivit eftersatt inom social- och hälsovårdstjänsterna. Särskilt personer som befinner sig i en utsatt situation har påverkats negativt av restriktionerna. Det har funnits brister i utformandet av en lägesbild. Den totala kapaciteten har uppvisat ett underskott. Det har rått brist på social- och hälsovårdspersonal och personalen har varit belastad. Testning, smittspårning och vaccinering har tagit resurser i anspråk. Myndigheternas kommunikation och anvisningar har delvis varit motstridiga. Även beredskapen behöver förbättras ytterligare.

Den 16 februari 2022 tillsatte social- och hälsovårdsministeriet en arbetsgrupp för att utreda social- och hälsovårdssystemets beredskap för en eventuell ny epidemivåg. Rapporten, som utarbetats i samråd med aktörerna på fältet, utifrån deras utlåtanden, sakkunskapen hos arbetsgruppens medlemmar samt tidigare utredningar och undersökningar, lyfter fram ett flertal utvecklingsobjekt. Slutrapporten omfattar sammanlagt 54 olika åtgärdsförslag. I förslagen riktas blicken särskilt mot hösten 2022, men också längre fram i tiden.

Nyckelord föregripande, pandemi, social- och hälsovårdssystem, intensivvård, beredskapscenter, personal, beredskap

ISBN PDF 978-952-00-9696-0

ISSN PDF 2242-0037

URN-adress <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-9696-0>

Preparing the healthcare and social welfare service system for a potential next epidemic wave

Working group report

Reports and Memorandums of the Ministry of Social Affairs and Health 2022:11

Publisher Ministry of Social Affairs and Health

Author(s) Rauno Ihalainen, Hans Gärdström, Anne Hiiri, Kirsti Ylitalo-Katajisto, Anne Arvonon and Pirjo Lillsunde

Language Finnish **Pages** 116

Abstract When the COVID-19 pandemic hit Finland in March 2020, a number of different kinds of decisions on restrictions and guidelines had to be made quickly in a situation of great uncertainty. Finland has succeeded well in protecting its people against a serious disease during the pandemic.

The pandemic created a backlog in treatment and services in the healthcare and social welfare system. Restrictive measures have had a particularly negative impact on vulnerable people. Forming the situational picture has not always been free of errors. Overall capacity in the system has sometimes been insufficient. There have been shortages of personnel in healthcare and social welfare services, and employees have been overburdened. Testing, contact tracing and vaccinating have tied up resources. Official communications and instructions have been partly contradictory. There is room for improvement in preparedness, too.

A working group, appointed by the Ministry of Social Affairs and Health on 16 February 2022, reviewed the preparedness of the healthcare and social welfare service system for a potential next epidemic wave. The report draws on consultations of actors in the field and their statements, expertise in the working group and earlier reports and studies. It highlights a number of areas in need of improvement. The final report gives 54 different proposals for measures. Their focus is on autumn 2022, in particular, but also in the near future.

Keywords preparedness, pandemic, healthcare and social welfare service system, intensive care, preparedness centres, personnel, readiness

ISBN PDF 978-952-00-9696-0 **ISSN PDF** 2242-0037

URN address <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-9696-0>

Sisältö

1	Johdanto	8
1.1	Selvityksen lähtökohdat	10
1.2	Selvityksen tavoitteet ja toimeksianto.....	10
1.3	Selvitysryhmän kokoonpano ja toiminta	11
2	Ehdotukset toimenpiteiksi	13
2.1	Tilannekuva	14
2.2	Viranomaisyhteistyö	15
2.3	Valmiussuunnittelu ja varautuminen.....	15
2.4	Palvelujärjestelmä	15
2.5	Henkilöstön riittävyys	16
2.6	Jäljitys ja testaus	17
2.7	Rokottaminen ja lääkkeet.....	18
2.8	Tehohoito	18
2.9	Materiaalinen valmius	19
2.10	Lainsäädännön kehittäminen	19
3	Hybridistrategia	20
4	Epidemiologinen tilannekuva ja skenaariot	22
4.1	Epidemiatilanne Suomessa.....	22
	Tilanne maaliskuu–huhtikuussa 2022	23
4.2	Epidemian kehittyminen vuonna 2022	26
	Skenaario kevät–kesä 2022	26
	Skenaario kesä–syyskuu 2022.....	27
4.3	Toiminnallinen tilannekuva	29
4.4	Ukrainan sodan vaikutukset	38
	Tautitilanne.....	39
	Rokotukset	40
5	Kapasiteetin riittävyys ja haasteet	42
5.1	Henkilöstö	42
	Henkilöstön määrä	42

Henkilöstön riittävyyden ja saatavuuden valtakunnallinen ohjelma.....	43
Henkilöstön riittävyys ja käyttö toimijoiden näkökulmasta.....	44
Henkilöstöressurssien turvaaminen.....	52
5.2 Palvelujärjestelmä.....	54
Palvelujen saatavuus ja käyttö.....	54
Hoito- ja palveluketjun toimivuus.....	59
Koronaepidemian vaikutus eri väestöryhmien palveluihin.....	61
Hoito- ja palveluvelan purkaminen.....	63
5.3 Tehohoito.....	65
5.4 Testaus ja jäljitys.....	68
Testaus pandemian aikana.....	69
Tartunnanjäljitys.....	71
5.5 Kehittämisehdotuksia ja esimerkkejä toimintatavoista alueilla.....	73
6 Varautuminen ja valmiussuunnittelu.....	81
6.1 Valtakunnan taso.....	81
6.2 Alue- ja paikallinen taso.....	83
7 Materiaalinen valmius.....	87
7.1 Rokotteet ja lääkkeet.....	87
7.2 Muu materiaalinen varautuminen.....	90
8 Viranomaisyhteistyö.....	93
8.1 Valtakunnan taso.....	93
8.2 Alue- ja paikallinen taso.....	95
9 Lainsäädännön kehittämistarpeet.....	100
Lähteet.....	101
Liite 1. Asiantuntijakuulemiset.....	109
Liite 2. Lainsäädännön muutostarpeita.....	111

1 Johdanto

Sosiaali- ja terveysministeriö asetti 16.2.2022 asiantuntijatyöryhmän selvittämään sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmän varautumista mahdolliseen seuraavaan epidemia-aaltoon (asettamispäätös VN/5145/2022)¹. Selvitystyön taustalla oli runsaan kahden vuoden ajan vallinnut maailmanlaajuinen COVID-19 -pandemia, jolla on ollut erittäin laajat ja syvälliset vaikutuksen suomalaiseen yhteiskuntaan, sekä suomalaisten arkeen että turvallisuuteen. Erityisesti pandemia on vaikuttanut sosiaali- ja terveyspalveluiden sisältöön ja palvelujärjestelmän toimintaan. Palvelujärjestelmä on ollut pandemian ehkäisyn, torjunnan ja pandemiasta aiheutuneen hoidon ja hoivan keskiössä päivittäin ja sen toimintakyky sekä sisäinen joustavuus ovat olleet jatkuvasti koetuksella.

Pandemia iski Suomeen maaliskuussa 2020. Tavallinen normaali jäi taakse. Oltiin tuntemattoman edessä ja päätöksiä jouduttiin tekemään epävarman tiedon varassa. Tauti on edennyt Suomessa seuraavin tunnistettavin aaltein: Ensimmäinen vaihe oli alfa-variantin vaihe viikoilla 14–46/2020. Sitä seurasi delta-variantin aalto viikoilla 47/2020–27/2021 tilanteessa, jossa vain pieni määrä väestöstä oli rokotettu. Rokotusten vaikutus alkoi näkyä delta-variantin vielä vallitessa viikoilla 28/2021–2/2022. Viikosta 3/2022 alkaen omikronvirusmuunnos on ollut valtaviruksena yhdistettynä kohtalaisen hyvään rokotuskattavuuteen.²

Kansainvälinen yhteistyö erityisesti Euroopan unionin ja Maailman terveysjärjestö WHO:n kanssa on ollut olennainen osa koronapandemian hoitoa. Suomessa viranhaltijat ja ammattilaiset ovat olleet sitoutuneita pandemiatyöhön sekä pyrkineet löytämään ratkaisuja esiin tulleisiin ongelmiin. Kansalaisille on jaettu ajantasaisia tietoja ja he ovat noudattaneet viranomaisten antamia ohjeita. Kansalaiset ovat toimineet omalta osaltaan vastuullisesti.

Usean julkisuudessa esitetyn asiantuntijanäkemyksen mukaan Suomi on selvinnyt kohtuullisen hyvin tähän asti COVID-19 -pandemiasta. Tällä on tarkoitettu kansalaisten suojelua koronasairaudelta ja hoidon välitöntä järjestämistä sairauden kohdatessa sekä taloudellista selviytymistä. Suomessa on kyetty suojelemaan kohtalaisen hyvin riskiryhmiin kuuluvia ja iäkkäitä ihmisiä vakavalta taudilta. Tämä on tarkoittanut muihin

¹ Sosiaali- ja terveysministeriö (STM). 2022a. Asettamispäätös VN/5145/2022.

² Suomen lääkäriliiton lausunto 15.3.2022 selvitysryhmälle.

maihin verrattuna alhaisempaa kokonaiskuolleisuutta ja vanhusten menehtymistä sairauteen, joskin tässä suhteessa tilanne on kuolemien suhteen heikentynyt kevään 2022 aikana.

Selvitysryhmän näkemys Suomessa tehdystä pandemiatyöstä on myönteinen. Työryhmä yhtyy edellä esitettyyn arvioon sosiaali- ja terveydenhuollon onnistumisesta koronapandemiatyössä. Selvitysryhmän näkemys kattaa sekä valtion että palvelujärjestelmän toiminnan. Edellä todettu ei kuitenkaan tarkoita sitä, etteikö asioita olisi voitu tehdä tai tulisi jatkossa tehdä onnistuneemmin. Kertynyttä kokemusta tuleekin hyödyntää edelleen jatkuvan koronapandemian hoidossa ja varautumisissa mahdollisiin vastaaviin häiriö- ja poikkeustilanteisiin tulevaisuudessa.

Selvitysryhmän raportti kokoaa palvelujärjestelmän eri toimijoiden kokemuksia kahden vuoden koronapandemiatyöstä ja siinä ilmenneistä haasteista. Raportti perustuu sote-palvelujärjestelmän eri toimijoiden kuulemisiin, lausuntoihin sekä työryhmän omaan asiantuntijanäkemykseen. Työryhmä on tehnyt 54 toimenpide-ehdotusta, jotka ovat samalla toimeksiannossa toivottu tarkistuslista toimivaltaisten viranomaisten päätöksenteon tueksi. Selvitysryhmän mielestä kehittämissuhteet osaltaan täydentävät aikaisemmin julkaistuja kolmea valtioneuvoston selvitystä koronapandemian hoidosta Suomessa (OTKES¹, Varanka², VN-TEAS³).

Vuoden 2023 alusta vastuu sosiaali- ja terveydenhuollon ja pelastustoimen järjestämisestä siirtyy kunnilta ja kuntayhtymiltä 21 hyvinvointialueelle sekä Helsingin kaupungille. Yliopistollisten sairaaloiden nykyiset erityisvastualueet (erva) korvautuvat yhteistoiminta-alueilla (YTA). Kunnille jää tehtävää terveyden, hyvinvoinnin ja turvallisuuden edistämistä. Selvityksessä viitatuissa kuulemisissa ja lausunnoissa käytetään pitkälti COVID-19-pandemian aikana vuosina 2020–2022 käytössä olleiden rakenteiden nimiä, kuten sairaanhoitopiirit, kunnat, erva-alueet.

¹ Onnettomuustutkimuskeskus. 2020. Koronaepidemian ensimmäinen vaihe 2020 Suomessa. Onnettomuuskeskuksen tutkimusraportti 2020-P01.

² Varanka ym. COVID-19 -kriisin yhteiskunnalliset vaikutukset Suomessa: Keskipitkän aikavälin arvioita. Valtioneuvoston julkaisuja 2022:14.

³ Stenvall ym. 2022. Koronajohtaminen Suomessa: Arvio covid-19-pandemian johtamisesta ja hallinnosta syksystä 2020 syksyyn 2021. Valtioneuvoston selvitys- ja tutkimustoiminnan julkaisusarja 2022:34.

1.1 Selvityksen lähtökohdat

Alkuvuodesta 2020 alkanut COVID-19-epidemia käynnisti poikkeuksellisen haasteellisen ajanjakson sekä valtionhallinnossa että sosiaali- ja terveydenhuollossa. Loppuvuonna 2021 ilmaantunut omikron-virusmuunnos levisi väestöön ennennäkemättömällä laajuudella ja nopeudella lisäten entisestään sairaalahoidon tarvetta ja epidemian torjuntatoimien aiheuttamaa kuormitusta. Epidemian torjuntatoimet ovat aiheuttaneet hoidon ja palveluiden saatavuuden heikentymistä muissa sosiaali- ja terveyspalveluissa. Koronaepidemiasta on seurannut merkittävä potilaiden ja asiakkaiden hoito- ja palveluvelka kunnille ja sairaanhoitopiireille.

Testaaminen ja jäljittäminen ovat olleet epidemian hallinnassa ja jatkotartuntojen estämisessä eräs tehokkaimmista epidemian hillinnän keinoista. Testauksen ja jäljityksen rooli on kuitenkin muuttunut rokotekattavuuden kasvaessa ja omikronmuunnoksen tultua valtavirukseksi. Testauksen ja jäljityksen osalta on arvioitava, miten vaikuttavaa toiminta on jatkossa.

Epidemia on osoittanut, kuinka laajasti epidemian hoito on edellyttänyt sosiaali- ja terveydenhuollon voimavarojen sopeuttamista, toiminnan uudelleen suuntaamista ja yhteistyötä yli hallinnollisten rajojen. Samaan aikaan sosiaali- ja terveydenhuollon uudistus asettaa vaatimuksia palvelujärjestelmän toimintatapojen uudistamiselle. Epidemia-ajan opit on perusteltua hyödyntää tässä muutoksessa, jotta palvelujärjestelmän valmius ja varautuminen nykyisen koronaepidemian mahdollisiin uusiin vaiheisiin ja vastaaviin muihin epidemioihin olisi mahdollisimman hyvä.

Koronaepidemia ja sen torjuntatoimet ovat kohdistuneet kansalaisiin ja yhteiskuntaan monin eri tavoin. Viestinnällä on ollut tärkeä rooli valtakunnallisessa ja alueellisessa pandemiatyössä. Viestinnän kehittäminen on jatkuvaa ja sitä tehdään eri hallinnonalojen välillä omana työnään. Tämän vuoksi viestinnän kehittäminen ei toimeksiannon mukaisesti ole mukana tässä raportissa. Myös väestön resilienssin tukemiseen liittyvät toimet on rajattu pois selvitysryhmän työstä.¹

1.2 Selvityksen tavoitteet ja toimeksianto

Selvityksen tavoitteena oli koota keskeiset näkökohdat sosiaali- ja terveydenhuollon toiminnallisesta ja voimavarallisesta varautumisesta koronaepidemian hoitoon, kun yhteiskunnan avautuminen vuoden 2022 aikana vakautetaan. Tavoitteena oli tukea

¹ Sosiaali- ja terveysministeriö (STM). 2022a. Asettamispäätös VN/5145/2022.

toimivaltaisia viranomaisia, kun ne varautuvat ja suunnittelevat epidemian torjuntatoimien ja tarvittavien palveluiden kapasiteetin riittävyttä turvaavia toimenpiteitä tietoon perustuen ja oikeasuhtaisesti.¹

Selvitysryhmän tehtävänä oli muodostaa valtakunnallinen tilannekuva sosiaali- ja terveydenhuollon kapasiteetin riittävydestä suhteessa arvioituihin epidemiaskenaarioihin vuoden 2022 aikana sekä tehdä perusteltu ehdotus kiireellisiksi toimenpiteiksi kapasiteetin vahvistamiseksi. Lisäksi tehtävänä oli laatia ehdotus tehohoidon ja -valvonnan valtakunnallisesta eskalaatiosuunnittelusta sekä nostaa esiin erityisiä ongelmatilanteita ja ratkaisuehdotuksia testauskapasiteetin ylläpitämisestä ja jäljityksen sujuvoittamisesta.¹

Selvitysryhmän tuli toimeksiannon mukaisesti tuoda esiin tarpeita ja esimerkkejä koetelluista hyvistä käytännöistä ja toimintatavoista alueellisten koronatoimien tehostamiseksi. Samoin selvitysryhmän tehtävänä oli yhteistyössä Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen (THL) kanssa arvioida laitoksen ja alueellisten viranomaisten yhteistyön tehostamistarpeet, mukaan lukien ajantasaisen epidemian seurantatiedon parantaminen. Lisäksi selvitysryhmä tehtävänä oli laatia ehdotus toimeenpantavien asioiden tarkistuslistasta toimivaltaisten viranomaisten päätöksenteon tueksi. Ehdotuksessa tuli huomioida valmisteilla oleva sosiaali- ja terveydenhuollon valmiuskeskusuudistus. Selvitysryhmä tehtävänä oli myös seurata epidemian kehittymistä ja ottaa huomioon ajantasainen kansainvälinen tieto pandemiatilanteesta.¹

Selvitystyön ohjausryhmänä toimi sosiaali- ja terveysministeriön valmiustoimikunta. Selvitysryhmän tuli antaa ohjausryhmälle väliraportti ja alustavat toimenpide-ehdotukset 4.4.2022 ja loppuraportti huhtikuun 2022 loppuun mennessä.¹

1.3 Selvitysryhmän kokoonpano ja toiminta

Selvitysryhmän puheenjohtajana on toiminut sairaalaneuvos Rauno Ihalainen Tampereelta. Selvitysryhmän jäseninä ovat olleet yksikön päällikkö, aluehallintoylilääkäri Anne Hiiri Etelä-Suomen aluehallintovirastosta ja hyvinvointijohtaja Kirsti Ylitalo-Katajisto Oulun kaupungilta. Asiantuntijasihteereinä ovat toimineet pandemiapäällikkö Hans Gärdström Etelä-Savon sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymästä sekä neu-

¹ Sosiaali- ja terveysministeriö (STM). 2022a. Asettamispäätös VN/5145/2022.

votteleva virkamies Pirjo Lillsunde ja erityisasiantuntija Anne Arvonon sosiaali- ja terveysministeriöstä. Selvitysryhmän yhdyshenkilönä Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksella on toiminut tutkimusprofessori, valmiuspäällikkö Hannu Kiviranta.

Selvitysryhmä järjesti yhteensä 17 kuulemistilaisuutta ajalla 10.3.–22.4.2022. Kuultavana oli 47 henkilöä ja kuulemistilaisuudet kestivät yhdestä kahteen tuntiin. Kuulemiset toteutettiin Teams-yhteydellä. Kuultavina oli asiantuntijoita ja viranhaltijoita kunnista, sairaanhoitopiireistä, yksityisistä palveluntuottajista, sosiaali- ja terveysministeriön alaisista asiantuntijalaitoksista ja muista ministeriöistä sekä ammattijärjestöistä.

Kuultavat valittiin niin, että he edustavat kattavasti koko sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmää ja muita toimialan asiantuntijoita ja viranomaisia. Selvitysryhmä kuuli myös sosiaali- ja terveysministeriön johtavia viranhaltijoita eri osastoilta. Kuultavat toimittivat ennen kuulemistilaisuutta kirjalliset lausuntonsa selvitystehtävään liittyen. Lisäksi selvitysryhmä sai erilliset lausunnot Kainuun sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymältä sekä Suomen sosiaali- ja terveys ry:ltä (SOSTE).

Kuulemistilaisuuksissa käyty keskustelut ja saadut asiantuntijalausunnot ovat olleet tärkeä osa selvitystyötä. Kirjalliset lausunnot ovat olleet kattavia ja avanneet asioita lausunnon antajan näkökulmasta. Samoin kuulemistilaisuuksissa käyty keskustelut ovat olleet avoimia ja ne ovat antaneet tärkeän lisän selvitysryhmän työlle. Tästä selvitysryhmän lämmin ja arvostava kiitos kaikille kuulemistilaisuuksiin osallistuneille ja asiantuntijalausuntoja latineille henkilöille. Selvitysryhmällä on lisäksi ollut käytössä erilaisia koronapandemiaan liittyviä selvityksiä ja tutkimuksia, joihin on viitattu erikseen loppuraportissa.

Kuulemistilaisuuksiin osallistuivat kaikki selvitysryhmän toivomat tahot. Huoltovarmuuskeskus (HVK) ei useista pyynnöistä ja tiedusteluista huolimatta osallistunut kuulemiseen.

Selvityksessä kuultavan olleet tahot ja henkilöt on esitetty tarkemmin liitteessä 1. Selvitysryhmälle toimitetut kirjalliset lausunnot ovat sosiaali- ja terveysministeriön asiantuntijajärjestelmässä.

2 Ehdotukset toimenpiteiksi

Selvitysryhmä on toimeksiantonsa mukaisesti tehnyt ehdotuksia siitä, miten sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmän tulisi varautua mahdolliseen seuraavaan koronaepidemia-aaltoon erityisesti syksyn 2022 aikana. Ehdotukset perustuvat selvitysryhmän toteuttamiin asiantuntijakuulemisiin ja niiden yhteydessä annettuihin tai työryhmälle muutoin toimitettuihin kirjallisiin lausuntoihin sekä työryhmän itsensä kokoomaan muuhun aineistoon.

Toimenpide-ehdotukset ovat kooste niistä keskeisistä asioista, joita parantamalla ja edistämällä Suomi on selvitysryhmän mielestä aiempaa valmiimpi kohtaamaan mahdollinen seuraava koronaepidemia-aalto ensi syksynä tai myöhemmin. Osa ehdotuksista on sellaisia, jotka vahvistavat sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmää yleisemminkin kohtamaan erilaisia poikkeustilanteita olivatpa ne epidemioiden kaltaisia terveysuhkia tai muita kansallisia uhkia.

Työryhmän ehdotukset on ryhmitelty kymmeneen pääkohtaan, jotka eivät ole sisällöllisesti toisiaan tarkkarajaisesti poissulkevia. Jokainen pääkohta muodostaa kuitenkin sellaisenaan oman mielekkään kokonaisuuden. Nämä pääkohdat ovat: tilannekuva, viranomaisyhteistyö, valmiussuunnittelu ja varautuminen, palvelujärjestelmä, henkilöstön riittävyys, jäljitys ja testaus, rokottaminen, tehohoito, materiaallinen valmius sekä lainsäädännön kehittäminen.

Pääkohtien alla olevia työryhmän toimenpide-ehdotuksia on yhteensä 54. Huomattava osa ehdotuksista on konkreetteja sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmän toimivuuteen kohdistuvia. Osa toimenpide-ehdotuksista on enemmän linjaavia kannanottoja siitä, miten kansallista ja alueellista pandemiavarautumista tulisi kehittää. Toimenpide-ehdotuksia ei ole asetettu tärkeysjärjestykseen, eikä niiden taloudellisia vaikutuksia ole selvitykseen käytettävissä olleen ajan puitteissa arvioitu. Toimenpide-ehdotukset on kuitenkin laadittu siten, että niiden valmistelu ja toimeenpano tulisi työryhmän näkemyksen mukaan aloittaa pikaisesti. Eräiden ehdotusten kohdalla on lisäksi todettu, jos sen toteutus edellyttää useamman vuoden erillistä valtion tai järjestämisvastuullisen tahon talousarviorahoitusta tai ohjelmallista sitoutumista. Työryhmä piti arvokkaana, että myös lainsäädännön kehittäminen nousi esille erityisesti palvelujärjestelmän edustajien puheenvuoroissa. Tämän johdosta raportin toimenpide-ehdotuksiin on toimeksiantoon kuulumattomana pääkohtana sisällytetty myös lainsäädännön kehittäminen.

2.1 Tilannekuva

1. Sosiaali- ja terveysministeriö vastaa strategisen kansallisen yhtenäisen tilannekuvan sisällöstä, rakentamisesta ja ylläpitämisestä yhdessä alueiden ja sote-valmiuskeskusten kanssa Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen asiantuntemusta hyödyntäen.
2. Terveyden ja hyvinvoinnin laitokselle määritetään tehtävä toimia sosiaali- ja terveydenhuollon kansallisen tilannekuvan muodostajana ja ylläpitäjänä. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos tukee järjestämislaissa todetun viiden sote-valmiuskeskuksen verkottunutta rakennetta ja sosiaali- ja terveysministeriön kanssa muodostettavaa valtakunnallista tilannekuvaa. Osoitetaan tarkoitusta varten valtion erillisrahoitusta.
3. Lisätään tilannekuva-aineiston tuottamiseen ja ylläpitämiseen tarvittavaa pysyvää asiantuntijaresurssia Terveyden ja hyvinvoinnin laitokselle vuonna 2023. Lisäresurssia tarvitaan valtakunnalliseen tiedon keräämiseen ja analysointiin sekä alueellisten sote-valmiuskeskusten ylläpitämisen tilannekuvan luomiseen ja ylläpitoon. Luodaan rakenteet ja toimintatavat, jotka tukevat tiedon keräämistä sekä jakamista automaattisesti, avoimesti ja vastavuoroisesti.
4. Parannetaan erityisesti peruspalveluihin liittyvän tilannekuvan tuottamista ja raportointia ja palautetiedon tuottamista alueelle (kunnat, sairaanhoitopiiri).
5. Määritellään, mitä erityistä tietoa kansallisella ja alueellisella tasolla tarvitaan pandemian (tai muu vastaava poikkeustilanne) tilannekuvan ylläpitämisessä ja suunnitellaan, miten tämä tieto kootaan ja ylläpidetään.
6. Valtakunnalliseen ja alueelliseen tilannekuvaan tulee sisällyttää säännöllisesti arvio pandemian vaikutuksista haavoittuvassa asemassa oleville väestöryhmille, esimerkiksi lapsiin ja nuoriin.
7. Tuotetaan osana tilannekuvan aineistoa tieto sairaalaan sisään tulevien koronapotilaiden määrästä.
8. Jatketaan kansallista jätevesiseurantaa ja ulotetaan se kattamaan COVID-19:n lisäksi myös muita patogeenejä.

2.2 Viranomaisyhteistyö

9. Varmistetaan, että häiriö- ja poikkeustilanteessa kaikilla keskeisillä valtakunnallisilla ja alueellisilla toimijoilla on käytettävissä yhteisesti muodostettu ydinviesti strategioista, suosituksista ja toimenpiteistä.
10. Parannetaan ennakoivaa vastavuoroista keskustelua valtion ja alueiden välillä ja alueiden sisällä, jolla osaltaan turvataan pandemiatoimenpiteiden onnistunut toimeenpano.
11. Huolehditaan, että häiriö- ja poikkeustilanteissa viranomaisyhteistyö perustuu mahdollisimman pitkälle normaaliajan johtamisjärjestelmiin sekä pandemian aikana muodostuneisiin hyväksi todettuihin rakenteisiin (kuten alueelliset koronaryhmät).

2.3 Valmiussuunnittelu ja varautuminen

12. Sosiaali- ja terveysministeriö antaa valtakunnallisen ohjauskirjeen siitä, että kaikkien sote-valmiuskeskusten tulee olla perustettu ja toimintavalmiudessa viimeistään elokuun loppuun 2022 mennessä.
13. Osoitetaan sote-valmiuskeskusten toiminnan ylläpitämiseen ja kehittämiseen syksystä 2022 alkaen kolmen vuoden ajan valtion erillisrahoitus niin, että rahoitus kohdistuu varautumiseen koko erityisvastuu- /yhteistoiminta-alueella.
14. Otetaan yritysten ja järjestöjen edustus mukaan valmius- ja varautumissuunnitteluun sekä valtakunnallisesti että alueellisesti.
15. Kannustetaan myös järjestöjä tukemaan kansalaisten henkilökohtaista varautumista häiriö- ja poikkeustilanteisiin ja lisäämään kansalaisten kykyä selviytyä erilaisissa tilanteissa.
16. Lisätään selkokielistä viestintää sekä virallisilla kotimaisilla kielillä että muilla kielillä.

2.4 Palvelujärjestelmä

17. Turvataan haavoittuvassa asemassa olevien väestöryhmien palvelut ja huolehditaan palveluntuottajien pandemia-ajan ohjeistuksesta sosiaali- ja terveysministeriön toimesta.
18. Huolehditaan pandemiasuunnitelmien jatkuvasta päivityksestä yhteensovittaen sosiaalipalvelujen, perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon toiminta. Pandemiasuunnittelun tulee kattaa sekä julkiset että yksityiset toimijat, järjestöt mukaan lukien.

19. Huolehditaan, että julkisen ja yksityisen palvelujärjestelmän resursseja hyödynnetään tarkoituksenmukaisella tavalla sekä pandemian että hoito- ja palveluvelan hoitamisessa alueelliset erityispiirteet huomioon ottaen.
20. Osana valtakunnallista tilannekuvaa kootaan päivittyvä tieto alueellisesti käytettävissä olevista perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon osastopaikoista ja niiden täyttöasteesta.
21. Keskitetään koronapotilaiden osastohoitoa aiempaa enemmän sairaanhoitopiireissä ja tulevilla hyvinvointialueilla yhteen tai muutamaan hoitoyksikköön.
22. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos laatii ja päivittää asiantuntijoiden kanssa ohjeet, joilla tuetaan koronapotilaiden tarkoituksenmukaista hoitoa eri tasoilla (koti, ympärivuorokautinen hoito, laitoshoido ja sairaalahoito).
23. Kehitetään kotihoidon ja kotisairaalahoidon osaamista, toimivuutta ja turvallisuutta pandemian hoitamisessa (kotiuttaminen ja resurssit vaativamman hoivan osalta).
24. Tunnistetaan ja minimoidaan jatkohoitokapeikot erikoissairaanhoidosta (akuuttipäivystys ja vuodeosastot) perusterveydenhuoltoon ja vanhuspalveluihin.
25. Varaudutaan syksyn 2022 aikana ylläpitämään perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon osastohoidon kapasiteettia (henkilökunta, tilat, materiaalit) noin 800–1 000 koronapotilaalle tavalla, joka välttää hoito- ja hoivavelan syntymisen.
26. Vahvistetaan palvelujärjestelmään liittyvää pandemian vaikutusten monialaista tutkimusta.

2.5 Henkilöstön riittävyys

27. Poikkeustilanteisiin varautuminen tulee ottaa huomioon yhtenä tekijänä sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstösuunnittelussa kolmen prosentin lisäosuudella. Varautumisesta aiheutuvat henkilöstömenot tulee sisällyttää hyvinvointialueiden talousarvioihin. Tavoitteena on, että mahdolliset epidemiatilanteet eivät jatkossa aiheuta sosiaali- ja terveydenhuollossa merkittävään hoito- ja hoivavelkaa.
28. Toteutetaan ja vakiinnutetaan säännönmukaiseksi valtioneuvoston käynnistämä laaja-alainen sosiaali- ja terveysalan henkilöstön riittävyyden ja saatavuuden ohjelmatyö ja toteutetaan viipymättä ohjelmassa esitettäviä käytännön toimenpiteitä henkilöstön saatavuuden turvaamiseksi.

29. Muodostetaan sairaaloissa työkiertoon perustuvia hoitohenkilökunnan osaajapooleja ja ylläpidetään varahenkilöjärjestelyjä erityisesti kriittisen osaamisen osalta.
30. Tehostetaan sosiaali- ja terveydenhuollon työpaikoilla tapahtuvaa täydennyskoulutusta infektioiden ja tartuntojen ehkäisystä ja sairauksien hoidosta sekä asetetaan tälle osaamiselle työntekijäkohtainen vaatimustaso.
31. Pandemiatilanteissa lainsäädännössä tulisi olla asetuksenantovaltuutus henkilöstömitoituksen väliaikaiseksi joustamiseksi ottaen huomioon asiakas- ja potilasturvallisuus. Samalla tulee määritellä näihin joustoihin liittyvä valtakunnallinen ja alueellinen päätöksenteko.
32. Annetaan valtion toimesta syksyn 2022 pandemiatilanteen niin edellyttäessä ohje hyvinvointialueille koordinoita ja yhteensovittaa yhdessä sote-valmiuskeskusten kanssa oman alueen henkilöstön käyttöä.

2.6 Jäljitys ja testaus

33. Päivitetään kesän 2022 aikana testaus- ja jäljitysstrategia. Strategian tulee perustua tutkittuun tietoon pandemian vaikutuksista yksilöön ja yhteiskuntaan.
34. Kehitetään ja hyödynnetään jo olemassa olevia sähköisiä ohjelmistoja ja koronapotilaiden itse kirjaamia tietoja jäljittämistyössä.
35. PCR-testit kohdennetaan testaus ja jäljitysstrategian mukaisesti erityisesti riskiryhmiin, sairaalapotilaisiin, raskaana oleviin ja sote-henkilöstöön.
36. Testauskokonaisuus pitää edelleen sisällään PCR-testien lisäksi anti-geenitestit (mukaan lukien kotitestit). Samalla selvitetään, onko kotitestien kansallinen tilastointi perusteltua ja mahdollista olemassa olevia sähköisiä järjestelmiä hyödyntämällä (esimerkiksi Omaolo ja Oma-Kanta).
37. Otetaan alueellisilla päätöksillä tarvittaessa yksityissektorin kapasiteetti osaksi testaus- ja jäljitystoimintaa.

2.7 Rokottaminen ja lääkkeet

38. Päivitetään rokotusstrategia kesän 2022 aikana niin, että rokotusten keskeinen tavoite on jatkossa ikäihmisten ja riskiryhmiin kuuluvien kansalaisten suojelu vakavalta koronataudilta. Tähän tavoitteeseen on mahdollista päästä rokotusten avulla niin kauan kuin koronarokote tai sairastettu tauti antaa riittävän suojan nykyiseltä koronaviruksen variantilta vakavaa sairautta vastaan.
39. Mikäli koronavirus muuttuu niin, että nykyinen rokote tai sairastettu tauti ei anna enää suojaa väestölle, tulee harkita uudelleen tarve väestön laajamittaiseen rokottamiseen vaikuttavuuteen perustuen. Uusien, virusmuunnoksiin räätälöityjen ja tehoavien rokotteiden tullessa käyttöön, rokotusstrategiaa ja -laajuutta tulee arvioida uudelleen.
40. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos tuottaa Kansallisen rokotusasiantuntijaryhmä (KRAR) näkemykseen perustuen kevään aikana ennakoivasti syksyn 2022 osalta vaihtoehtoiset mallit rokotettavista ja rokotusaikataulusta alueiden henkilöstöressurssien suunnittelun ja muun valmistelun helpottamiseksi.
41. Ylläpidetään syksyllä 2022 tilanteen mukaista rokotusvalmiutta ja siihen liittyen tietoa rokottamiseen paikallisesti käytettävistä olevasta henkilökunnasta ja käyttöön otettavista tiloista.
42. Jatketaan kansallisesti ja alueellisesti aktiivista tiedottamista rokotusten hyödyllisyydestä.
43. Arvioidaan ja laaditaan tarvittaessa hoitoprotokollat viruslääkkeiden käytön aloittamiseksi matalalla kynnyksellä heti positiivisen testin jälkeen (rokottamattomat ja riskiryhmät) estämään mahdollista vakavaa tautimuotoa.

2.8 Tehohoito

44. Laaditaan marraskuun 2022 loppuun mennessä valtakunnallinen tehohoitostrategia, joka sisältää myös osastovalvonnan ja sen yhteensovittamisen osana tehohoidon kokonaiskapasiteettia.
45. Varaudutaan vaativan tehohoidon kasvattamiseen ja resurssointiin valtion erillisrahoituksella seuraavan kolmen vuoden ajan vuodesta 2023 alkaen.
46. Sovitaan sairaaloissa käytänteet ja menettelyt tehohoidon hoitajaosaamisen lisäämiseksi ja osaamisen ylläpitämiseksi.
47. Käynnistetään tehohoidon kliinisen hoitotyön erikoistumiskoulutus laadittavan valtakunnallisen ohjelman mukaisesti syksyllä 2023.
48. Määritellään teho-osaston ja tehovalvontaosaston hoitokriteerit sekä laaditaan osastoluokitus eurooppalaisen käytännön mukaisesti.

49. Luodaan tietoteknisiin järjestelyin automaattisesti muodostuva ja jatkuvasti päivittyvä tilannekuva teho-osastojen kuormituksesta.

2.9 Materiaalinen valmius

50. Huolehditaan sairaanhoitopiireissä ja kunnissa perusvalmiuden (lääkkeet ja muut tarvikkeet) ylläpitämisestä sekä parannetaan Huoltovarmuuskeskuksen valtakunnallista varmuusvarastointia.
51. Luodaan toimiva hankintayhteistyö materiaalisen valmiuden kansallisen koordinaatioryhmän (LOG5) ja Huoltovarmuuskeskuksen kesken materiaaliseen varautumiseen, jotta materiaalien kierto toimii eivätkä tarvikkeet vanhene. Tarkennetaan varmuusvarastoinnin sisältö ja määritellään tähän liittyvää hankintaprosessin omistajuus LOG5:lle.
52. Turvataan yksityisten toimijoiden perusvalmius suojarusteiden osalta ja huolehditaan tähän liittyvästä korvausmenettelyjen ja -käytäntöjen sujuvuudesta.

2.10 Lainsäädännön kehittäminen

53. Toimeenpannaan Onnettomuustutkintakeskuksen (OTKES) antama suositus, jonka mukaan tulee valmistella lainsäädäntökehikko, jossa valtioneuvosto pystyy laajassa kriisissä ohjaamaan alueita yhdenmukaisesti ja nopeisiin, mutta kuitenkin alueelliset erityispiirteet huomioon ottaviin toimenpiteisiin.
54. Käydään eri ministeriöissä (erikseen ja poikkihallinnollisesti) läpi tämän selvitystyön yhteydessä esiin nousseet ja loppuraportin liitteenä olevat lainsäädännön kehittämistarpeet.

3 Hybridistrategia

Valtioneuvoston periaatepäätösten puoltamana sosiaali- ja terveysministeriö on antanut hybridistrategian toimintasuunnitelman 7.9.2020 (STM julkaisuja 2020:26)¹ ja sen päivitykset 5.1.2021 (STM julkaisuja 2021:1)², 1.6.2021³ ja 23.6.21³. Valtioneuvoston 9.9.2021 tekemän periaatepäätöksen⁴ puoltamana sosiaali- ja terveysministeriö antoi uuden hybridistrategian toimintasuunnitelman 20.9.2021 lukien toistaiseksi voimassa olevana (STM julkaisuja 2021:30)⁵. Toimintasuunnitelmat ovat ohjanneet tartuntatauti-lain toimeenpanosta vastaavia viranomaisia suositusten ja rajoitusten epidemiologisesti tarkoituksenmukaisessa käytössä.

Valtioneuvosto teki 22.12.2021 periaatepäätöksen⁶ toimintasuunnitelman sisältämän hätäjarrumekanismin käyttöönoton perusteiden olemassaolosta. Epidemiatilanteen helpottaessa ja rokotusten edetessä valtioneuvosto kumosi 10.2.2022 periaatepäätök-sen⁷ valtakunnallisen hätäjarrumekanismin käyttöönotosta ja puolsi, että sosiaali- ja terveysministeriö tekee päätöksen COVID-19-epidemian hillinnän hybridistrategian linjauksista vuonna 2022. Uudet toimintalinjat ja toimintamallit on alueellisesti ohjattu toimeenpantaviksi ministeriön erillisillä päätöksillä ja ne ovat voimassa toistaiseksi. Epidemiantorjunta perustuu jatkossa ensisijaisesti ihmisten omaehtoisen terveystur-vallisen toimintatavan tukemiseen, tartuntojen vakavien seurausten ehkäisemiseen rokotuksin ja vain välttämättömiltä ja rajatuilta osin tilapäiseen sääntelyyn COVID-19-epidemian torjunnan erityisvaltuuksilla.

Hybridistrategian tavoite vuonna 2022 on yhteiskunnan vakauttaminen mahdollisim-man avoimeksi, jälkihoidon ja jälleenrakennuksen tukeminen sekä tarkoituksenmukai-nen varautuminen globaalin pandemian jatkumiseen.¹ Pandemian jatkuessa on varau-

¹ Sosiaali- ja terveysministeriö 2020. Toimintasuunnitelma hybridistrategian mukaisten suositusten ja rajoitusten toteuttamiseen COVID-19-epidemian ensimmäisen vaiheen jälkeen. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2020:26.

² Sosiaali- ja terveysministeriö 2021a. Toimintasuunnitelma COVID-19-epidemian hillin-nän hybridistrategian toteuttamiseen tammi–toukokuussa 2021. Sosiaali- ja terveystu-ministeriön julkaisuja 2021:1.

³ Sosiaali- ja terveysministeriö 2021b. Toimintasuunnitelma COVID-19 -epidemian hil-linnän hybridistrategian toteuttamiseen. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2021:24.

⁴ Valtioneuvosto (VN). 2021a. Valtioneuvoston periaatepäätös STM/2021/170.

⁵ Sosiaali- ja terveysministeriö 2021c. Toimintasuunnitelma COVID-19 -epidemian hil-linnän hybridistrategian toteuttamiseksi 2021–22. Sosiaali- ja terveysministeriön julkai-suja 2021:30.

⁶ Valtioneuvosto (VN). 2021ab Valtioneuvoston periaatepäätös STM/2021/278.

⁷ Valtioneuvosto (VN). 2022. Valtioneuvoston periaatepäätös STM/2022/29.

duttava siihen, että syntyy uusi virusmuunnos, joka kykenee väistämään rokotussuojaa ja aiheuttamaan merkittävän epidemian uudelleen pahenemisen myös Suomessa. Tilannekuvan muodostuminen perustuu ajantasaiseen kansalliseen ja kansainväliseen tietopohjaan. Tilanteen niin vaatiessa epidemiatilanteen heikkenemiseen on pysyttävä vastaamaan tarkoituksenmukaisin keinoin.

Mahdollisten uusien suositus- ja rajoitustoimenpiteiden käyttö edellyttää kokonaisvaltaista arviota, jossa päätöksiä punnitaan niiden epidemiologisten, sosiaalisten ja taloudellisten vaikutusten suhteen sekä suhteessa kansalaisten perusoikeuksiin. Päätöksenteossa huomioidaan edelleen lapsen edun ensisijaisuuden periaate siten, että tartuntojen estämiseksi tehtävät toimenpiteet vaikuttaisivat mahdollisimman vähän haitallisesti lapsiin. Ensisijaista on myös varmistaa hoidon ja palveluiden yhdenvertainen saatavuus. Mahdollisten rajoitusten on oltava rajattuja niin kohteeltaan, sisällöltään, kestoaltaan kuin alueeltaan, ja niiden tulisi kohdella eri aloja tartuntojen vaikeasti hallittavan leviämisen ja vakavien seuraamusten riskiin nähden mahdollisimman yhdenvertaisesti.

Varautumisen osalta toiminta tulee suunnitella ja valmistella etukäteen niin, että sosiaali- ja terveydenhuollon kantokyky ja ihmisten oikeudet lakisääteisiin palveluihin kyettään turvaamaan mahdollisimman hyvin myös äkillisesti heikkenevässä epidemiatilanteessa. Tavoitteena on, ettei sosiaali- ja terveydenhuollon kantokyvyn vaarantumisen vuoksi jouduta palaamaan yhteiskunnallista toimeliaisuutta ja ihmisten osallisuutta merkittävästi tai pitkäaikaisesti rajoittaviin toimiin.

Julkisen talouden suunnitelman mukaisesti kaikki koronaan liittyvät välittömät kustannukset, kuten testaukseen ja testauskapasiteetin nostamiseen, jäljittämiseen, karanteeneihin, potilaiden hoitoon, matkustamisen terveysturvallisuuteen sekä rokotteen liittyvät menot katetaan täysimääräisesti kehyksen ulkopuolisina menoina vuosina 2021–2023. Tällaiset koronastrategian mukaiset kustannukset korvataan edelleen täysimääräisesti niin kauan kuin tautitilanne ja koronastrategian toimeenpano sitä edellyttävät.

4 Epidemiologinen tilannekuva ja skenaariot

4.1 Epidemiatilanne Suomessa

Suomi on selvinnyt korona-ajan suhteellisen hyvin. Moniin muihin Euroopan maihin verrattuna meillä on ollut pienemmät tartunta- ja kuolleisuusluvut, vaikka käytössä on ollut verrattain lievät rajoitustoimet.^{1 2 3} Tosin koronatautiin kuolleisuus on noussut keväen 2022 aikana.

Delta-muunnoksen valtakaudella syksyn 2021 aikana rokottamisen vaikuttavuus tartuntaa vastaan oli hyvä. Joulukuun 2021 jälkeen omikron-virusmuunnos levisi laajalti myös rokotetussa väestössä, sillä rokotteiden teho omikron-muunnoksen aiheuttamaa tartuntaa vastaan oli alhaisempi kuin aiempien viruskantojen kohdalla.⁴ Omikronin osoitettu tarttuvan rokotettuihin lähes yhtä hyvin kuin täysin rokottamattomiin. Näin rokottamisella tuotettu jarrutusvaikutus tartuntojen leviämiseen heikkeni oleellisesti omikronin myötä, mikä johti talvella 2021–2022 koronatartuntojen ennen näkemättömän laajamittaiseen nousuun. Myös sairaalakuormitus ja kuolemantapaukset kasvoivat, mutta kasvu oli tapausmääriin suhteutettuna pienempää kuin aikaisemmin⁵. Omikronin aiheuttama tauti on ollut lievempi kuin aiempien virusmuunnosten, joten tartunnan saaneet rokottamattomatkin ovat joutuneet aiempaa harvemmin sairaalaan hoitoon. Rokotusten suoja vakavaa tautimuotoa vastaan on säilynyt hyvänä omikroninkin kohdalla.¹

Kolmansien annosten rokotukset edistyivät alkuvuonna 2022 nopeasti, mutta maaliskuusta 2022 alkaen rokotuskattavuuden kasvu on huomattavasti hidastunut. Rokotuskattavuuden osalta Suomi on kuitenkin kohtalaisen hyvällä tasolla eurooppalaisessa vertailussa. Huhtikuun 2022 lopussa Suomessa 18 vuotta täyttäneistä 87.4 %:a on saanut vähintään kaksi koronarokoteannosta ja 63.8 %:a kolme rokoteannosta. 60

¹ Varanka ym. COVID-19-kriisin yhteiskunnalliset vaikutukset Suomessa: Keskipitkän aikavälin arvioita. Valtioneuvoston julkaisuja 2022:14.

² Onnettomuustutkimuskeskus. 2020. Koronaepidemian ensimmäinen vaihe 2020 Suomessa. Onnettomuuskeskuksen tutkimusraportti 2020-P01.

³ Espoon kaupungin lausunto 8.3.2022 selvitysryhmälle.

⁴ Eales ym. 2022. The new normal? Dynamics and scale of the SARS-CoV-2 variant Omicron epidemic in England. medRxiv (verkkojulkaisu 4.4. 2022).

⁵ Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen (THL) lausunto 7.3.2022 selvitysryhmälle.

vuotta täyttäneistä 85.8 %:a on saanut kolme rokoteannosta. Yli 80-vuotiaista kolme rokoteannosta saaneista 44 %:a on saanut myös neljännen annoksen.¹

Koronaviruksen on todettu tarttuvan ihmisen ACE2-reseptoriin². SARS-CoV-2 ja sitä muistuttavat koronavirukset voivat muunnella tarttumiskykyään nopeasti. Tämä osaltaan selittää monien muunnosten syntyä nykyisen pandemian aikana ja kannustaa vaurautumaan myös jatkossa uusiin variantteihin.³

Tilanne maaliskuu–huhtikuussa 2022

Rajoitusten purkaututtua paluu normaaliin arkeen näytti lisänneen tartuntojen määrää eri puolilla Suomea. Epidemia jatkui edelleen varsin voimakkaana ja kerättyjen jätteenäytteiden perusteella koronaviruksen RNA:n kokonaismäärä Suomen jättevesissä oli korkealla tasolla. Vaikka tartuntoja oli runsaasti, vallalla olevan omikron-tartunnan ja koronarokotussarjan saaneista vain pieni osa sairastui vakavasti. Tästä huolimatta koronapotilaita oli sairaalahoitossa maaliskuu–huhtikuun vaihteessa ennätysmäärä, yli tuhat. Osa potilaista oli hoidossa myös muun syyn kuin koronavirustaudin vuoksi. Huhtikuun loppua kohden koronapotilaiden määrä sairaaloissa näytti hieman laskevan.

Rokotteet eivät estä omikron-variantin aiheuttamaa tautia, mutta vähentävät vakavien tautitapausten osuutta suhteellisen tehokkaasti. Neljättä rokotusta jaettiin immuunipuutteisille ja 80 vuotta täyttäneille ja hoivakodeissa asuville iäkkäille Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen 24.3.2022 antaman suosituksen mukaisesti. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos suositteli⁴ 5.5.2022 kunnille neljännen rokoteannoksen tarjoamista kaikille niille iäkkäille, jotka ovat kotihoidon tai omaishoidon piirissä sekä muillekin iäkkäille, joiden terveys ja toimintakyky ovat heikentyneet. Euroopan tautienehkäisy- ja valvontakeskus (ECDC) ja Euroopan lääkevirasto (EMA) antoivat suosituksensa neljännessä annoksesta huhtikuun alussa. Siinä ei toistaiseksi suositeltu neljättä roko-

¹ Sosiaali- ja terveysministeriö (STM). 2022b. Kolmesti koronarokotetuista 80 vuotta täyttäneistä alle puolet on saanut neljännen annoksen – Sairaalahoitoon tarve painottuu iäkkäämpiin (verkkajulkaisu, STM ja THL tiedote 105/2022).

² Starr ym. 2022. ACE2 binding is an ancestral and evolvable trait of sarbecoviruses. *Nature* 603, 913–918.

³ Sironen ym. 2022. Covid-19 tutkimuskatsaus 2/2022. Valtioneuvoston kanslia 11.3.2022.

⁴ THL:n suositus neljänsistä koronarokotteista laajenee. Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen tiedote 5.5.2022. www.thl.fi/fi/ajankohtaista/tiedotteet-ja-utiset/tiedote.

teannosta alle 80-vuotiaille. ECDC ja EMA kuitenkin totesivat, että tilannetta seurataan ja jos 60-79-vuotiaiden riski sairastua vakavasti kasvaa, voidaan rokotusta tälle ikäryhmälle suositella.¹

COVID-19 on sairastuttanut pahiten vanhuksia ja kroonisesti sairaita. Toimenpiteiden tavoitteena on ollut estää tartuntoja erityisesti vakavalle koronainfektiolle alttiissa väestöryhmissä. Kun tautia on ollut paljon liikkeellä, kuolemantapauksiakin on ollut paljon. Koronatautiin kuolleiden mediaani-ikä on ollut noin 83 vuotta. Sairaala- ja tehohoitokuormitus pysyi maaliskuis- ja huhtikuussa 2022 kohtalaisen tasaisena, mutta korkealla tasolla. Keväällä 2022 koronatestaukset kohdennettiin ensisijaisesti oireisiin ja korkean riskin ryhmiin. Vuoden 2022 ensimmäisen vuosikolmanneksen aikana koronainfektiota Suomessa kuollut poikkeuksellisen paljon henkilöitä, neljässä kuukaudessa lähes 2400, kun vuoden 2021 loppuun mennessä koronaan kuolleita oli yhteensä 1748 henkeä.²

Myös EU korostaa, että pandemia on kaikkea muuta kuin ohi.³ Nyt ollaan vaiheessa, missä voidaan hyödyntää koronapandemian aikana saatuja oppeja valmistautuessa tulevaan. EU kehottaa luomaan integroidun ja kestäväen seurantasysteemin, jonka avulla saadaan luotettava ja nopea arvio väestötason tartunnasta, taudin vakavuudesta ja rokotteen tehosta. Akuuttien hengitystie-infektioiden (COVID-19 ja influenssa) seurannan tulee olla jatkuvaa, ympärivuotista ja tietoa tulee kerätä terveyskeskuksista, sairaaloista, laboratoriosta. Seurantasysteemin pitäisi perustua holistiseen käsitkseen ihmisten ja eläinten terveyden ja ekosysteemin suojelemisesta eli niin kutsuttuun "One Health" -konseptiin⁴, missä patogeeneit, mukaan lukien uudet SARS-CoV-2-variantit, todetaan nopeasti ja niistä tiedotetaan ajoissa. Jätevesiseuranta tulisi ulottaa myös muihin patogeeneihin kuin SARS-CoV:iin.⁵

Valmius- ja vastetoimenpiteinä tulee olla mahdollisuus nostaa tarvittaessa ketterästi testauskapasiteettia ja pystyttää jäljitys, pitää yllä ajantasaisia valmiussuunnitelmia ja

¹ European Medicines agency (EMA). 2022. ECDC and EMA issue advice on fourth doses of mRNA COVID-19 vaccines.

² Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL). N.d. Ajankohtaista koronaviruksesta (verkkosivut).

³ European Commission. Covid-19 - sustaining EU preparedness and response: looking ahead. Communication from the commission to the European Parliament, the Council, the European Economic and Social Committee and the Committee of the Regions. Brussels, 27.4.2022 COM(2022) 190 final.

⁴ Sukura, A. & Hänninen, M-L. 2016. One Health - ihmisten, eläinten ja ympäristön yhteinen terveys. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim, 132, 13:1223-9.

⁵ European Commission. N.d. An EU approach for transitioning towards the next COVID-19 phase and ensuring that Europe remains vigilant and prepared for future outbreaks and new pandemics (discussion paper).

laboratoriokapasiteettia sekventointiin ja viruskarakterisointiin. EU kehottaa myös valmiuteen skaalata terveydenhuoltosysteemin kapasiteettia syksyyn mennessä (sairaala/osasto-hoitokapasiteetti, suojatarvikkeet, rokotteet, lääkkeet), mikäli COVID-19-tapaukset ja/tai kausi-influenssan tapausmäärät lisääntyisivät. Lisäksi tilojen riittävää ilmanvaihtoa tulee edistää.¹

Euroopan komissio² kehottaa myös vahvistamaan COVID-19 rokotekattavuutta erityisesti riskiryhmille, rokottamattomille tai vajaan rokotussarjan saaneille sekä nuoremmille lapsille suunnatuilla rokotuskampanjoinnilla syksyllä koulujen alkaessa. EU kehottaa huomioimaan COVID-19:n ja kausi-influenssan yhteiskierron kansallisessa rokotusohjelmassa. EU priorisoi seuraavan sukupolven rokotekehitykseen, mikä saattaisi tarjota laajemman, paremman ja kestävämmän immuunivasteen infektiota tai tartuntaa vastaan verrattuna nykyisiin rokotteisiin. Myös lääkekehitykseen kannustetaan. Kliiniset kokeet tulevat entistä tärkeämmäksi, ja EU:n uusi Clinical Trials Regulation sallii nopeamman ja voimakkaamman prosessin kliinisten kokeiden hyväksyntään jäsenmaiden monikansallisissa tutkimuksissa.³

EU kannustaa puuttumaan mis- ja disinformaatioon sekä panostamaan yhdenmukaiseen ja selkeään viestintään (esimerkkinä tehosterokotukset). Selkokiehityksen tärkeys tuli esiin myös kuulemisissa. Keskipitkän ja pitkän aikavälin toimenpitein pyritään tiedon lisäämiseen post-COVID-19 /long COVID-tiloista. Huomiota kiinnitetään palvelujärjestelmän resilienssiin (taloudelliset ja henkilöstöresurssit).^{1 4}

Maskisuositus päättyi huhtikuussa 2022, mutta oikein käytettynä maskeista on todettu olevan hyötyä.⁵ Koronavirus on noin 0,1 µm:n kokoinen, mutta se on hengitysilman aerosoleissa kiinnittyneenä yleensä isompiin partikkeleihin, joissa on muun muassa suoloja, vettä ja sylkeä. Kirurginen maski leikkaa partikkelikuormasta noin 20–70 %.

¹ European Commission. Covid-19 - sustaining EU preparedness and response: looking ahead. Communication from the commission to the European Parliament, the Council, the European Economic and Social Committee and the Committee of the Regions. Brussels, 27.4.2022 COM(2022) 190 final.

² European Commission. 2022. COVID-19 – Sustaining EU Preparedness and Response: Looking ahead.

³ European Commission. 2022. COVID-19 – Sustaining EU Preparedness and Response: Looking ahead.

⁴ Starr ym. 2022. ACE2 binding is an ancestral and evolvable trait of sarbecoviruses. Nature 603, 913–918.

⁵ Kim ym. 2022. Comparative effectiveness of N95, surgical or medical, and non-medical facemasks in protection against respiratory virus infection: A systematic review and network meta-analysis. Rev.Med.Virol.2022,e2336,1-13. onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1003/rvm.2338.

Niiden suodatusteho on kiinni istuvuudesta. Hengityssuojainten teho on parempi. Lääkärilehden artikkelin mukaan FFP-2 hengityssuojaimet suodattavat vähintään 94 % hengitysilman partikkeleista ja FFP-3 suojaimet vähintään 99 %.¹

4.2 Epidemian kehittyminen vuonna 2022

Skenaario kevät–kesä 2022

Tartunnan riski ennen kesää on vielä suuri. Epidemiaa torjutaan paikallisin ja alueellisin kohdennetuin toimin. Rajoitusten keventyessä korostuvat ihmisten omaehtoiset toimet tartuntojen leviämisen estämiseksi, kuten kontaktien välttäminen sairaana, koti-testaus ja mahdollisimman korkea rokotuskattavuus. Rokotetun riski sairastua vakavaan tautiin on kuitenkin pieni.²

Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin (HUS)² arvion mukaan erityisesti rokottamaton väestö tulee jatkossakin tarvitsemaan sairaalahoitoa. Tilanteen oletetaan jatkuvan koko kevään suunnilleen maaliskuun tasolla. Mahdollisesti syksyllä 2022 on odotettavissa vielä jonkinlainen kuormituspiikki. Se ei vaatine lisävarautumista, vaan nykyisten toimintamallien mukaista toimintaa. Lisääntynyt kuormitus voi aiheuttaa tiettyjen alojen (esimerkiksi keuhkosairaudet) hoidon saatavuuden heikentymistä ja sairauksien hoidon hidastumista.

Loppukevään mahdollisten epidemia-aaltojen laajuuteen vaikuttavat mm. väestön aiemman sairastavuuden todellinen osuus, kesän lähestymisen tartuntoja hillitsevä kausivaikutus sekä väestön kontaktien määrä rajoitusten purkaannuttua.³

Heinäkuun 2022 alkuun mennessä epidemia on todennäköisesti (ainakin tilapäisesti) laantunut, ja merkittävä osa väestöstä on useamman aallon kautta saanut jo tartunnan. Tartunnan saaneiden ja suositusten mukaisesti rokotettujen henkilöiden suoja vakavaa sairastumista vastaan on todennäköisesti varsin hyvä.³

¹ Seppänen.2022. Mitä maskien hyödyistä oikeasti tiedetään? Lääkärilehti, Terveystieteiden tutkimuskeskus 4.5.2022. [laakarilehti.fi/terveydenhuolto/mita-maskien-hyodyista-oikeasti-tiedetaan](https://www.laakarilehti.fi/terveydenhuolto/mita-maskien-hyodyista-oikeasti-tiedetaan).

² Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin (HUS) lausunto 7.3.2022 selvitysryhmälle.

³ Varanka ym. COVID-19 -kriisin yhteiskunnalliset vaikutukset Suomessa: Keskipitkän aikavälin arvioita. Valtioneuvoston julkaisu 2022:14.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos seuraa epidemiatilanteen kehittymistä, mahdollisten uusien muuntovirusten ilmaantumista ja muuntovirusia vastaan räätälöityjen rokotteiden saatavuutta. Todennäköisesti ensimmäiset virusmuunnoksia vastaan räätälöidyt rokotteet ovat saatavilla vasta alkukesästä. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos jatkaa rokotesuojan mahdollisia ikä- ja riskiryhmäkohtaisten muutosten seurantaan rekisteri- ja immunologisen tutkimuksen avulla sekä kansainvälisten raporttien valossa. Mikäli 4. rokotteita suositellaan nykyistä laajemmille ryhmille ennen influenssarokotuskautta, se voi merkitä huomattavaa rokottajaresurssin lisäystä.^{1 2}

Uusista rokotekandidaateista (Valneva- VLA2001 ja Sanofi/GSK -Vidprevty) odotetaan tuloksia pääsiäisen jälkeen. Lääkkeistä kahden monoklonaalisen vasta-aineen yhdistelmällä on vaikutusta omikronin alavariantti BA2:een ja sen uskotaan tulevan EU:ssa myyntilupakäsittelyyn lähiaikoina.³

Skenaario kesä–syksy 2022

Kesäksi vuodenaikaisvaihtelun odotetaan vaikuttavan tartuntoja hillitsevästi. Eteenpäin katsottaessa on syytä varautua epidemia-aaltoihin myös myöhemmin, vaikka pandemian oletetaan rauhoittuvan tämän vuoden kuluessa. Virusmuunnokset ovat useampaan kertaan muuttaneet epidemiologista tilannetta eikä ole poissuljettua, ettei näin voisi tapahtua myös tulevaisuudessa.^{1 4}

Kesän 2022 lopulla kausivaihtelun tartuntoja hillitsevä vaikutus alkaa hiipua ja syksyn 2022 aikana tartunnat voivat lisääntyä tartunnalle alttiin väestön keskuudessa aiheuttaen uuden epidemia-aallon. Koska osalla väestöä suoja myös vakavaa tautia vastaan on saattanut vähetä, on syytä varautua sairaalahoitoa vaativan sairastavuuden kasvuun ja kohtuullisen korkeaan terveydenhuoltojärjestelmän kuormitukseen. Syksyn epidemian uhkaan ja voimakkuuteen vaikuttavat, mikä on sen väestön osan suuruus, joka kevätkauden aikana ei ole kohdannut tartuntaa sekä rokotteiden antaman suojan heikentyminen, riskiryhmien saama mahdollinen lisäannos omikron-spesifisellä rokotteella, maailman epidemiatilanne ja uusien, myös omikron-tartunnan antamaa lisäsuojaa väistävien virusmuunnosten ilmeneminen.⁵

¹ Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen (THL) lisälausunto THL:n lausuntoon THL/1215/4.00.02/2022 (7.2.2022) 29.3.2022 selvitysryhmälle.

² Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen (THL) kuulemistilaisuus 30.3.2022.

³ European Commission. 2022. Meeting of the EU scientific advice platform on COVID-19. Meeting Report, Wednesday 15/03/2022.

⁴ Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen (THL) lausunto 7.3.2022 selvitysryhmälle.

⁵ Varanka ym. COVID-19 -kriisin yhteiskunnalliset vaikutukset Suomessa: Keskipitkän aikavälin arvioita. Valtioneuvoston julkaisu 2022:14.

Jos uusia vakavia virusmuunnoksia ei ilmene, iso osa väestöstä on jo kevään 2022 aikana sairastanut koronataudin, ja sairastumisten sekä rokotusten tuoma suoja vakavaa sairastumista vastaan väestössä säilyy kohtalaisen hyvänä. Tällöin syys- ja talvikauden 2022–2023 sairaalakuormitus voi jäädä vähäisemmäksi kuin epidemiakautena 2021–2022, ja kesään 2023 mennessä saatettaisiin päästä jopa ilman rajoitustoimia. Kuormituksen lisäykseen on kuitenkin varauduttava hyvissä ajoin. Terveystieteiden tutkimusten mukaan rokotusten varautumista on vahvistettava ainakin syksyn 2021 tasoa vastaavaan tilanteeseen.¹

Juuri julkaistun tutkimuksen² mukaan rokotetutkin henkilöt ovat merkittäviä tartuntojen levittäjiä. Jo kolmessa kuukaudessa rokoteannoksen jälkeen he erittävät yhtä suuria virusmääriä kuin rokottamattomat. Tämä muodostaa haasteen torjuntatoimille, mutta toisaalta tukee päätöstä lyhentää rokotusväliä.

Pahin mahdollinen skenaario olisi useamman kielteisen epävarmuustekijän yhtäaikainen toteutuminen. Tällaisessa tilanteessa väestön rokotuksista ja taudin sairastumisesta syntyvä suoja myös vakavaa taudinkuvaa vastaan heikkenisi nopeasti jo syksyn 2022 mennessä. Samanaikaisesti Suomeen leviäisi nopeasti uusi immuunivastetta väistävä ja omikronia vakavampi tautimuoto. Tällaisessa skenaariossa oltaisiin lähellä vuoden 2020 alkutilannetta, ja uhka väestön terveydelle olisi taas suuri. Skenaario on mahdollinen, mutta ei kovin todennäköinen.¹

Pidemmällä aikajänteellä on varauduttava siihen, että COVID-19-virus on keskuudessamme yksi taudinaiheuttaja muiden joukossa. Tautia esiintyisi vuorotellen epideemisesti pohjoisella ja eteläisellä pallonpuoliskolla syksyn ja talven aikana, mutta aiheuttaisi valtaosalla väestöä vain nuhakuumeen kaltaista tautia. Harvahkot vakavat tapaukset keskittyisivät iäkkäisiin ja korkean riskin ryhmiin. Yksilön immunitetti kasvaisi toistuvien altistumisten kautta erilaisia virusmuunnoksia torjuvaksi. Taudin hoitamiseen ja asianmukaiseen torjuntaan on syytä varautua, mikä edellyttäisi todennäköisesti ainakin riskiryhmien täydennysrokottamista määräväleillä.¹ Todennäköisesti neljänsiin rokotuksiin tullaan menemään myös nuoremmassa ikäryhmissä. Rokotusten ajoituksesta ja kohderyhmistä päätetään tarkan seurantatiedon perusteella.³

Kehityskulkuihin liittyvinä epävarmuustekijöinä¹ mainitaan muun muassa rokotusten ja/tai sairastetun taudin antaman suojan kesto vakavaa tautia vastaan (koronavirus-tartunnoille alttiiden osuus); uusien virusmuunnosten odottamattomat vaikutukset

¹ Varanka ym. COVID-19 -kriisin yhteiskunnalliset vaikutukset Suomessa: Keskipitkän aikavälin arvioita. Valtioneuvoston julkaisuja 2022:14.

² Levine-Tiefenbrun, M. ym. 2022. Waning of SARS-CoV-2 booster viral-load reduction effectiveness. *Nature Communications*, 13, 1237.

³ Terveystieteiden tutkimusten mukaan rokotusten varautumista on vahvistettava ainakin syksyn 2021 tasoa vastaavaan tilanteeseen. 30.3.2022.

(toistaiseksi uusi muunnos on ilmestynyt noin kuuden kuukauden välein); uusien lääkkeiden kehitys; ominaisuuksiltaan parempien rokotteiden kehitys ja saatavuus; mahdollisesti ilmenevät rokotteiden merkittävät haittavaikutukset; mahdollisuudet parantaa terveydenhuollon kykyä toimia poikkeustilanteissa sekä väestön suhtautuminen ja käyttäytyminen.¹

Äskettäin julkaistussa pandemian kulkua käsittelevässä tutkimuskatsauksessa² arvioitiin, että SARS-CoV-2 jää pysyväksi osaksi hengitystieinfektioiden aiheuttajien kirjoa. Tulevia aaltoja on edelleen vaikea ennustaa. Pandemian alkaessa keskityttiin tutkimaan viruksen leviämiskykyyn liittyviä ominaisuuksia. Oireettomien infektioiden määrä sekä tartuttamiskyky ennen oireiden alkamista paljastivat nopeasti viruksen potentiaalinen pandemian aiheuttajana. Tämän jälkeen on tutkittu erilaisten rajoitustoimien tehokkuutta, joista muun muassa testaaminen, kontaktien rajoittaminen ja aerosolileviämisen ehkäisy ovat pandemian edetessä osoittautuneet tehokkaiksi. Virus kuitenkin kehittyi edelleen ihmisestä toiseen paremmin leviäväksi ja immuunivastetta väistäväksi.

Rokotteet ovat osoittautuneet erittäin tehokkaiksi estämään vakavaa tautia ja vähentämään tartuntoja, mutta nykyrokotteilla ei pystytä viruksen kulkua täysin pysäyttämään. SARS-CoV-2:n ennakoidaan muuttuvan ihmiselle endeemiseksi infektioksi, mutta tautikuolleisuuden odotetaan vähenevän immuniteetin lisääntyessä ja ensi-infektioiden ollessa yhä useammin lapsilla. Virus tulee vielä mukautumaan ihmisiin pitkään ja uusien varianttien ilmaantumisesta tulee seurata. Tehosterokotteet tulevat vähentämään tautitaakkaa. Katsaus esittää, että nyt tulee luoda pitkäaikainen COVID-19-strategia.²

4.3 Toiminnallinen tilannekuva

Tähän osioon on koottu kuulemisissa ja lausunnoissa esiin nousseita näkemyksiä ja asioita. Lausunnoissa oli jossain määrin vaihtelevuutta siitä, koskiko tilannekuva vain koronaepidemiaa vaiko kaikkia mahdollisia normaaliaikojen häiriötilanteita ja vakavampia kriisejä.

¹ Varanka ym. COVID-19 -kriisin yhteiskunnalliset vaikutukset Suomessa: Keskipitkän aikavälin arvioita. Valtioneuvoston julkaisuja 2022:14.

² Koelle ym. 2022. The changing epidemiology of SARS-CoV-2. *Science*, 375:6585, 1116-1121.

Oikeaan, riittävään, ajantasaiseen kansalliseen ja kansainväliseen tietopohjaan perustuva tilannekuva on olennainen osa kaikkea johtamista. Yhteisen tilannekuvan luominen, ennakointi ja reagointi on keskeistä pandemian torjunnassa. Yli organisaatio-rajojen ylittävä yhteinen tilannekuva ja etukäteen mahdollisimman hyvin suunnitellut toiminnot auttavat ohjaamaan rajallisia sosiaali- ja terveydenhuollon resursseja järkevästi ja tehokkaasti. Tiedon tulee olla keskitettyä. Nyt tilannekuva on pitkälti pirstaleina eri puolilla. Päivittäisjohtamisen välineenä toimivalle, mahdollisimman pitkälle automatisoituna toteutettavalle tilannekuvajärjestelmälle on ilmeinen tarve. Sille tulee olla varajärjestelmä ja suunnitelma siitä, kuinka tilannekuvaa voidaan kriittisimpien parametrien osalta pitää yllä kaikissa olosuhteissa, esimerkiksi kyberhyökkäysten kohdatessa. Tilannekuvajärjestelmän rakentaminen tulee tapahtua synkronoidusti sote-valmiuskeskuksen valmistelun kanssa.^{1 2 3}

Palvelujärjestelmän kapasiteettitieto tulee olla automaattisesti saatavissa normaalioloissakin. Nyt pandemia-aikana tiedetään, paljonko on sairaalahoidon tarve, mutta ei esimerkiksi tiedetä, mikä on henkilöstön sairastavuus ja tilannekuva henkilöstöstä tältä päivältä. Tilannekuvaa tulee välittää kaksisuuntaisesti sekä tilannekuvan kokoaikajalle että sen antajalle, substanssiasiantuntijat huomioiden. Ajantasaisen sote-valmiuskeskusten tilannekuvan tulee kattaa kaikkien keskeisten sote-toimintojen tilanne (erikoissairaanhoido, perusterveydenhuolto, sosiaalihuolto, yksityinen, julkinen). On tärkeää sopia mitkä ovat tilannekuvan keräämisen kannalta olennaisia tietoja. Johtamisen kanalta tarpeelliset tiedot voivat vaihdella eri epidemia-/uhka- kohtaisesti sekä myös saman epidemian eri vaiheissa. Välttämättä aina ei tarvita tietoa kaikista toiminnoista. Tilannekuvan tulee sisältää resurssitietoja, kuten henkilöstö, tilat, materiaali, lääkkeet, laboratoriot toiminta, suojatarvikkeet ja logistiikka. Tietoja tulee olla saatavilla myös muun muassa tietojärjestelmien toimivuudesta, eristys- ja tehopotilaiden määräästä, vuodeosastojen tilanteesta ja puhelujonoista. Koska kriisitilanteiden johtamisen tulisi mahdollisimman pitkälle perustua normaaliolojen johtamisjärjestelmälle, tulisi näitä järjestelmiä käyttää rutiinimaisesti koko ajan. Automatisoitujen, kerätyn tiedon pohjalta laukeavien herätteiden käyttö olisi hyvä huomioida järjestelmiä kehitettäessä. Palvelujärjestelmän kapasiteetin noston pitää pohjautua suunnitteluun. Julkisen ja yksityisen sektorin yhteistyöhön kaivataan rakenteita, joissa käytäisiin säännöllisesti läpi

¹ Kanta-Hämeen sairaanhoitopiirin kuntayhtymän (KHSHP) lausunto 16.3.2022 selvitysryhmälle.

² Poikkeusolojen sosiaali- ja terveydenhuollon neuvottelukunnan kuulemistilaisuus 24.3.2022.

³ Työ- ja elinkeinoministeriön (TEM) kuulemistilaisuus 24.3.2022.

tilannekuvaa, kokonaisresursseja ja mahdollisuuksia löytää ratkaisuja ajankohtaisiin haasteisiin, myös alueellisella tasolla.^{1 2 3}

Pandemian aikana tilannekuvaa on selvitetty monin eri sovelluksin. Kuulemisissa on toivottu yhteistä alustaa, joka kattaisi tilannekuvan kokoamisen sote-palveluista kattavasti ja mahdollistaisi tilannekuvan yhtenäisen keruun eri puolilla maatamme. Tilannekuvan tulee johtaa ennakoiviin toimenpiteisiin. Pandemian hallintatoimiin tarvitaan näkyvyyttä pidemmälle kuin vain lähiviikkoihin. Tämä koskee erityisesti toimintoja, jotka eivät ole normaalikapasiteetin mukaisia, mutta syövät merkittävästi henkilövoimavaroja, joita pitää suunnitella eteenpäin kuukausien aikajänteellä. Esimerkiksi rajatointi ja massiivisen näytteenottokoneiston ylläpito ovat syöneet voimavaroja muulta terveydenhuollon toiminnalta.⁴ Rajaturvallisuustoimien varautumisvastuita ja vasteratkaisuja tulisi pohtia, esimerkiksi voisiko rajavartiolaitoksen yhteyteen ja toiminnaksi rakentaa ja organisoida kyseisiä asioita.⁵ Materiaalisen valmiuden osalta on menty pandemian aikana huomattavasti eteenpäin – logistiikkakeskusten roolin täsmentäminen ja materiaalisen valmiuden kansallisen koordinaatioryhmän LOG5 koordinoima tilannekuvan muodostaminen on mainittu yhtenä menestystarinoista pandemian ajalta.¹

Sote-yhteistoiminta-alueiden tulee saada järjestelmästä tietoa hoitokapasiteetista ja yleisestä valmiustasosta eri yksiköissä. Lainsäädännön tulee mahdollistaa tiedon siirto hyvinvointialueiden välillä ja yhteistoiminta-alueen sisällä, esimerkiksi potilaan hoidossa tarvittavien tietojen siirto sekä tartunnan kantajuus. Lääketieteellisen tiedon kerääminen on nyt hankalaa ja tilannekuva potilaista on puutteellinen. Ongelmana on sairaskertomusjärjestelmistä ulos saatava tieto johtuen lukuisista erilaisista sairaskertomusjärjestelmistä. Sairaalaan sisääntulevien potilaiden määrää kokonaisuutena tulee kyetä seuraamaan kuten monissa maissa tehdään. Kuolemien seurannassa kotona omatoimisesti asuneiden ja laitoksessa/kotihoidon turvin asuvien kuolemien erottaminen kertoisi tilanteesta paremmin kuin pelkästään kuolleiden kokonaismäärän seuraaminen.^{6 7}

Säädökset ja meneillään oleva viiden alueen valmiuskeskusmallin pystyttäminen ohjaavat yhteistyöhön. Luonteva paikka tilannekuvan luomiselle on viisi alueellista sote-valmiuskeskusta yhteistyössä Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen sekä sosiaali- ja terveysministeriön kanssa. Toiminnon aikaansaaminen vaatii resursseja, myös talou-

¹ Hyvinvointiala HALI ry:n lausunto 8.3.2022 selvitysryhmälle.

² Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin lausunto 7.3.2022 selvitysryhmälle.

³ Pirkanmaan sairaanhoitopiirin lausunto 3.3.2022 selvitysryhmälle.

⁴ Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin lausunto 8.3.2022 selvitysryhmälle.

⁵ THL:n tiedoksi 29.4.2022.

⁶ Sosiaali- ja terveysministeriön kuulemistilaisuus 29.3.2022.

⁷ Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin (HUS) lausunto 7.3.2022 selvitysryhmälle.

dellista panostusta. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos on keskeinen tiedontuottaja. Kokonaiskuvan saaminen on koettu haasteelliseksi, koska tilannekuvaa ei kerätä riittävän laajasti. Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen tiedontuotanto on palvellut valtakunnallista tilannekuvaa, mutta ei ole palvellut yksittäisen sairaanhoitopiirin tai erityisvastuualueen tilannekuvaa. Osa alueista kokee, että he ovat syöttäneet tietoa Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen tietopohjaan, mutta eivät ole saaneet takaisinpäin tietoa käyttöönsä. Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksella on alkanut projektikonaisuus tiedonkeruuseen liittyen.

Kansallinen sähköinen tilannekuva tulisi saada mahdollisimman pian ja sen ”isäntä” pitäisi ratkaista. Sen pohjalta voidaan muodostaa kansallista riskinarviota. Henkilöstö on näyttäytynyt riskialtteinpana kohtana. Henkilökunnan yhteiskäyttö pitäisi jo toteutua vuoden 2023 alusta hyvinvointialueilla. Huolimatta siitä, että Suomessa on perinteisesti ollut hyvät rekisterit, pandemiaan liittyvää tietoa saatiin kerättyä ja raportoitua monia muita maita hitaammin ja huonommin. Sen lisäksi, että tietoa pitää voida kerätä, analysoida ja raportoida automaattisesti, tiedon tulee olla avoimesti saatavilla. Edelleenkin kaikki sellainen tieto ei ole yleisesti saatavilla, mikä ei vaaranna yksilön-suojaa, tai se raportoidaan tavalla, mikä tekee tiedon hyödyntämisestä hankalaa. Mutta yleisesti Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen antama ja verkkosivuille¹ koottu tilannekuva on koettu pandemian aikana pääosin laadukkaaksi ja niin ajantasaiseksi kuin vaikeasti ennakoitavassa tilanteessa on ollut mahdollista.^{2 3 4}

Toimiva yhteistyö sosiaali- ja terveysministeriön valmiusyksikön, Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen, viiden yliopistollisen sairaalan johtajaylilääkäreiden kesken sekä kansallisen tehohoitokonsortion tekemä koordinaatio- ja tilannekuvatyö on koettu tärkeäksi tilannekuvan muodostamisen ja terveydenhuollon kantokyvyn kannalta pandemian aikana. Näitä vakiintuneita ja toimivia rakenteita on halukkuutta pitää yllä ja vahvistaa kaikkien mahdollisten uhkien hoitoa varten. Viranomaisten väliset yhteistyöryhmät ovat tiedonvälityksen ja yhteisen tilannekuvan muodostamisen edellytys. Esimerkiksi alueellinen koronakoordinaatioryhmä on koettu toimivaksi yhteistyöelimeksi ja johtamista helpottava elementiksi.

Keskeisten toimeenpanijoiden huomioiminen on tärkeää tilannekuvan luomisessa. Tautitilanteiden nopean vaihtelun vuoksi valtakunnallisella toiminnanohjauksella ja koordinaatiolla ei ole riittävästi pystytty vastaamaan alueellisiin tarpeisiin. Mahdollisuus tilannekuvan jakamiseen myös kunnista ministeriön ja Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen suuntaan aiemmin olisi saattanut parantaa ja tehostaa pandemian hallintaa.

¹ Terveiden ja hyvinvoinnin laitos (THL). N.d. Infektiotaudit ja rokotukset (verkkosivut).

² Suomen lääkäriliiton lausunto 15.3.2022 selvitysryhmälle.

³ Sosiaali- ja terveysministeriön Valmiusyksikön kuulemistilaisuus 1.3.2022

⁴ Sairaanhoitopiirien johtajien kuulemistilaisuus 17.3. 2022

Kuntiin päin näyttäytyi usein siltä, että kansallisia linjauksia tehdessä ei ollut kuultu ennakkoon palvelujärjestelmää, etenkin perusterveydenhuoltoa. Ajoittain linjaukset johtivat hankaliin tilanteisiin resurssinäkökulmasta. Esimerkiksi hybridistrategiaa ei pystytty riittävän nopeasti muuttamaan alueellista tilannekuvaa vastaavaksi. Siksi eräät kunnat joutuivat tekemään omia ratkaisujaan jäljittämisen ja testaamisen kriteereiden tarkistamisessa rajallisten resurssien suuntaamiseksi tarkoituksenmukaisimmalla tavalla.¹

Kuntien resurssitilanteen ymmärtäminen olisi palvellut kansallisen strategian päivytyksen oikea-aikaisuutta ja tarkoituksenmukaisuutta. Strategiassa olisi voitu täten ennakoida esimerkiksi tammikuun 2022 tilanne, jolloin rokottamiseen kipeästi tarvittavia henkilöresursseja oli kiinni laajamittaisessa tartunnanjäljityksessä huolimatta jäljityksen tuolloin jo ilmeisestä tuloksettomuudesta osalla alueista.² Kunta- ja hyvinvointialueyönantajat KT ehdottavat, että keskeisten toimeenpanijoiden (kunnat, sairaanhoitopiirit, hyvinvointialueet) roolia yhteisen tilannekuvan rakentamisessa sekä vuorovaikutusta sote-työnantajien kanssa parannetaan.³

Tehohoitokonsortion mukaan Suomessa olisi teknisesti mahdollista koota automaattisesti muodostuva ja ajan tasalla oleva tilannekuva teho-osastojen kuormituksesta. Tällainen on monissa maissa toteutettu. Tämä edellyttäisi tietoteknisiä järjestelyjä: tiedon siirtymistä teho-osastojen järjestelmistä keskitettyyn tilannekuvaan. Tehohoitokonsortio pitää tärkeänä, että tilannekuvan muodostaminen perustuu teho-osastojen tietokantoihin ja tehohoitokonsortion dataan, toisin sanoen suoraan teho-osastoilta tulevaan tietoon, eikä sairaalan hallinnosta viiveellä raportoitavaan. Näin tilannekuva olisi ajan tasalla, mikä palvelisi toiminnan ja sairaaloiden välisen yhteistyön suunnittelua. Kaikkien teho- ja tehovalvontaosastojen tulisi olla mukana tehohoitokonsortion laatutietokannassa. Tämä mahdollistaa paitsi vertaisarvioinnin, myös relevantin tilannekuvan muodostamisen ja joustavan yhteistyön tarpeen mukaan.⁴

Lääkehuollon tilannekuvaa varten tarvitaan myös epidemiologisia ennusteita ja lääkerekulutustietoja. Lääkealan turvallisuus- ja kehittämiskeskus Fimea on kehittänyt lääkkeiden varastotietojen tiedonkeruujärjestelmän lääkkeiden saatavuuden ja riittävyyden ajantasaisen tilannekuvan ja ennustemallien luomiseksi. Lääketukku kauppojen, sairaala-apteekkien ja avoapteekkien varastotilannetiedot päivittyvät siihen yli yön.⁵

¹ Kunta- ja hyvinvointialueyönantajat KT:n lausunto 9.3.2022 selvitysryhmälle.

² Espoon kaupungin lausunto 8.3.2022 selvitysryhmälle.

³ Kunta- ja hyvinvointialueyönantajat KT:n lausunto 9.3.2022 selvitysryhmälle.

⁴ Tehohoitokonsortion lausunto 18.3.2022 selvitysryhmälle.

⁵ Lääkealan turvallisuus- ja kehittämiskeskus Fimean kuulemistilaisuus 23.2.2022.

Lääkekulutus- ja saatavuushäiriötiedoilla rikastetun tietopohjan tietojen perusteella järjestelmästä voidaan laskea myös ennusteet valikoitujen lääkkeiden riittävydestä, mutta riittävyyslaskelmiin tarvitaan pohjaksi myös epidemiologiset ennusteet sekä tietoja potilaiskohtaisista lääkekulutusmääristä. Fimealla ei kuitenkaan ole ollut käytettävissä kaikkia ajantasaisia epidemiologisia ennusteita tai päivittyviä tietoja COVID-19 potilaiden lääkekulutuksesta, minkä vuoksi lääkkeiden riittävyden ennustamisessa on ollut haasteita.

Fimea on raportoinut lääkkeiden saatavuuden tilannekuvaa COVID-19-pandemian alusta lähtien sosiaali- ja terveysministeriölle osaksi Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen tuottamaa sote-palvelujärjestelmän kansallista kokonaiskuvaa. Fimea ohjaa, koordinoi ja yhteen sovittaa lääkehuollon kansallista varautumista ja tilannekuvan muodostamista, analysoi keräämänsä lääkehuollon tiedon ja toimittaa lääkehuollon tilannekuvan sekä kansallisesti että EU-tasolla.¹

Fimean näkökulmasta tilannekuvaa päivittävät palaverit toimijoiden kanssa ovat tärkeitä, jotta signaalit mahdollisesti tulossa olevista muutoksista havaittaisiin ajoissa ja tietoa pystyttäisiin jakamaan nopeasti toimijoille. Myös kansalaiset tarvitsevat tietoa ja ohjausta. Sitä on hyvä jakaa myös eri hallinnonalat huomioon ottavana koosteena, jolloin se olisi helposti saatavilla ja ohjaisi tarvittaessa yksityiskohtaisemman tiedon lähteisiin. Fimean riittävien resurssien, tiedonsaanti- ja käyttöoikeuden turvaaminen on tärkeää lääkehuollon tilannekuvan kannalta. Lääkkeiden varastosaldotietojen keräämisestä tulisi luoda lainsäädännön tasolla pysyvä menettely. Fimealla tulee säilyä omistusoikeus, koska varastotiedoissa on sekä liikesalaisuuteen että huoltovarmuuteen liittyviä tietoja.¹

Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä annetun lain (612/2021) 50–51 §:n perusteella yliopistollista sairaalaa ylläpitävällä hyvinvointialueella ja HUS-yhtymässä tulee olla sosiaali- ja terveydenhuollon valmiuskeskus yhteistyöalueen tilannekuvan luomista ja ylläpitämistä varten. Sosiaali- ja terveydenhuollon valmiuskeskuksen tehtävänä on yhteistyöalueellaan muodostaa ja ylläpitää sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmän valmiutta kuvaavaa tilannekuvaa. Tämän tulee sisältää tiedot palvelujärjestelmän toiminnasta ja kuormituksesta, henkilöstö- ja materiaaliresursseista ja tukipalveluiden toiminnasta. Tehtävänä on lisäksi jakaa salassapitosäännösten estämättä muille sosiaali- ja terveydenhuollon valmiuskeskuksille ja sosiaali- ja terveysministeriölle tilannekuvatiedot valtakunnallisen tilannekuvan luomiseksi. Tulevaisuudessa tilannekuva muodostuu viiden yhteistyöalueen kautta.²

¹ Lääkealan turvallisuus- ja kehittämiskeskus Fimean kuulemistilaisuus 23.2.2022.

² Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen kuulemistilaisuus 5.4.2022.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos koostaa valtakunnallista tilannekuvaa eri lähteistä. Varsinaista tilannekuvaa ei ollut aiemmin häiriötilanteiden hallintaan. COVID-19-pandemian alkaessa Terveyden ja hyvinvoinnin laitos ja osa sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmän toimijoista alkoivat rakentaa järjestelmiä kansallisen tilannekuvien muodostamiseksi. Muodostettu kansallinen tilannekuva muodostuu useista tilannekuvista, joista keskeisimpinä nousevat esille: Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen muodostama kansallinen tilannekuva, Kuopion yliopistollisen sairaalan koordinoima teho- hoidon tilannekuva, materiaalisen valmiuden kansallisen koordinaatiryhmän LOG5 muodostama materiaalisen valmiuden tilannekuva ja Lääkealan turvallisuus- ja kehittä- miskeskus Fimean muodostama lääkehuollon tilannekuva.¹

Tilannekuvien muodostamisessa on vaihtelua. Jokainen taho muodostaa tilanneku- vansa omien ja yhteistyökumppaniensa rekisterien sekä muiden tietolähteiden perus- teella. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos on täydentänyt rekisteritietoja erilliskyselyillä. Tilannekuvan muodostamisessa erilliskyselyiden merkitys on ollut tärkeä. Tilanneku- vien tuottaminen on helpointa sektoreilla, jotka ovat valmiiksi säädetyjä, keskitettyjä, tietojärjestelmiltään kypsiä, ja joilla on vahvat olemassa olevat käytänteet tietojen ke- räämiseen ja käsittelyyn. Tästä esimerkkeinä ovat lääkehuolto ja tehohoito.¹

Muodostettu tilannekuva ja yhteistyö toimijoiden välillä toimii kohtalaisen hyvin. Muo- dostetut tilannekuvat tarjoavat pääasiallisesti riittävän tarkan, tosin pelkistetyn yleisku- van mm. tartunta-, rokotus- ja sairaalakuormituksen tilanteesta. Tuotettu tieto on ollut hyödyllistä mm. poliittiselle päätöksenteolle, medialle ja sairaanhoitopiireille. Huomioi- tavaa on, että terveydenhuollon toimijat tarvitsevat operatiivisen työnsä ohjaamiseen kansallisen kuvan lisäksi riittävästi paikallista tilannetietoa.¹

Muodostettujen tilannekuvien tiedot ovat keskittyneet erityisesti sairaiden määrän seu- raamiseen, tartuntatapauksiin, hoidossa ja tehohoidossa oleviin. Puutteita on muun muassa sosiaalihuollon tilannekuvassa sen kuntakohtaisen järjestämisen vuoksi, tie- doissa liittyen henkilöstön kapasiteettiin ja rasitukseen sekä osaltaan kustannusten seurannassa.¹

Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen tuottama tilannekuva on arvokasta ministeriöiden ja politiikkojen ohella myös medialle, kansalaisille ja muille yhteiskunnan organisaatiolle sosiaali- ja terveydenhuollon ulkopuolella. Sosiaali- ja terveysministeriön ja poliit- tisen päätöksenteon näkökulmasta Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen tuottama tilan- netieto ei ole täysin riittävää. Tämän vuoksi sosiaali- ja terveysministeriö on toteutta-

¹ Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen kuulemistilaisuus 5.4.2022.

nut omia, hyvin nopealla aikataululla toteutettavia erilliskyselyitä poliittisten päätöksentekijöiden ja viranhaltijoiden tarpeiden perusteella. Pandemian laajuudesta johtuen näitä erillistietopyyntötarpeita ja -kyselyitä on ollut lukuisia ja niitä on toteutettu alhaisella kynnyksellä liikaakin, mikä on kuormittanut kenttää. Lisäksi kaikki kyselyt eivät ole sisältäneet tietoja, jotka ovat päätöksenteon kannalta keskeisiä. Haasteita on myös siinä, että tietopyynnot eivät ole olleet riittävän selkeitä tai pyytäneet tietoa helposti tulkittavassa muodossa.¹

Eryistilanteen johtamisen ja tilannekuvan muodostamisen tulee perustua normaaliolojen yhteistyömalleihin ja tiedolla johtamiseen eikä erillisiin, rinnakkaisiin, keinotekoisin rakenteisiin. Normaaliolojen tilannekuvan muodostaminen edellyttää tuotannon tiedolla johtamista, mikä taas edellyttää toimintakulttuurien kehittämistä, mittareiden yhtenäistämistä, ja tietojärjestelmien uudistamista.¹

Tietojen yhdistettävyydessä on kehittämistä. Kansallisen tilannekuvan muodostamisen keskeisenä haasteena on, että selkeää yhteistä määritelmää seurattavista muuttujista ei ole, mikä estää tietojen yhdistettävyyden. Jatkossa on tärkeää määritellä ja standardoida muuttujat, joilla palvelujärjestelmän tilannetta seurataan. Tämä tarkoittaa kuvausta palvelujärjestelmän kapasiteetista niin henkilöstön, tilojen kuin materiaalien osalta (tarjonta) suhteessa sairastapauksiin ja niiden luonteeseen (kysyntä).¹

Tilannekuvan muodostaminen liittyy tietojärjestelmien kehitykseen, tiedolla johtamisen kehittämiseen ja sote-uudistukseen. Tätä kehitystyötä tehdään muun muassa sosiaali- ja terveysministeriön Toivo-ohjelmassa ja sitä toteuttavissa Virta- ja Valtava-hankkeissa. Virta-hankkeessa luodaan hyvinvointialueiden johtamiseen yhtenäisiä tietojohdamisen malleja ja kehitetään tietojohdamisen kyvykkyyttä. Valtava-hankkeessa yhtenäistetään kansallista sote-tietoa, tietotuotantoa, ja tietojohdamista. Monien menilään olevien tiedolla johtamisen kehityshankkeiden ja palveluiden välinen yhteistyö on tärkeä varmistaa. Valtava- (Terveiden ja hyvinvoinnin laitos, Kansaneläkelaitos, Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto) ja Virta-hankkeiden lisäksi (Digifinland), näitä ovat muun muassa Tartuntatautirekisterin (TTR) kehitys, hoitoilmoitusrekisteri Hilmon kehitys sekä Kanta-palvelun toisiokäytön kehitys. Tietojärjestelmien ohella tärkeää on keskittyä organisaatioiden muutokseen ja huomioida erityisesti organisaatioiden johtamisen ja toiminnan kehitys osana muutosta.¹

Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin pitkäjänteisesti kehittämä valmiussuunnittelu-työkalu, Valsu-portaali (entinen ervaselain) mahdollistaa sote-toimijoiden valmius-

¹ Lukka, L. & Saarenpää, T. 2021. Esiselvitys sosiaali- ja terveydenhuollon valtakunnallisen tilannekuvan ja valmiussuunnittelun jatkokehittämisestä. Työpaperi 25/2021. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos (THL).

suunnitelmien kirjaamisen kootusti yhteen paikkaan. Työkalu ohjaa valmiussuunnitelua toimintakorttien sisällön kautta. Tosin tällä hetkellä tehty sisältö on ollut heterogeenistä, eivätkä tehdyt valmiussuunnitelmat ole pandemian aikana olleet erityisen hyödyllisiä käytännön työn ohjaamisessa. Alueellisesti valmiussuunnitelmien tekemistä haastavat osaaminen, motivaatio, ja se, että valmiussuunnitelmia ei jaeta avoimesti, jotta niistä voitaisiin oppia alueiden välillä. Valmiussuunnittelutyökalun työkalun arvo voi olla operatiivisen johtamisen sijaan osaltaan organisaation ja osaamisen kehittämisessä. Se auttaa yksikköä ajattelemaan valmiussuunnittelua ennalta, sopimaan alustavia rakenteita, tarkastelemaan asiaa kokonaisvaltaisesti ja luomaan yhteistyömalleja. Valmiussuunnittelutyökalun kehitys jatkuu ja sen kehittämiseksi on nimetty ohjausryhmä, joka koostuu yliopistollisten sairaanhoitopiirien ammattilaisista.¹

On tärkeää muodostaa kokonaissuunnitelma ja – strategia, joissa eri toimijoiden vastualueita kirkastetaan. Sotejärjestelmään tulee luoda joustava valmius reagoida erilaisiin kriiseihin, mitä selkeät roolit, vastuualueet, tietojärjestelmät ja yhteistyösuhteet edistävät. Kriisin kohdatessa normaaliajan rakenteiden merkitys korostuu. Olemassa olevat selkeät roolit, hyvät yhteistyösuhteet, korkeatasoinen osaaminen, selkeät tietomallit ja joustavasti toimivat tietojärjestelmät edistävät kriisinajan toimintaa. Ne nopeuttavat yhteistyötä sekä strategisella että operatiivisella tasolla.¹

Mikäli kansallista ja alueellista kehitystä ei huomioida ja koordinoida nyt, on riskinä, että yhtenäistä tietomallia ei löydetä. Jatkossa on tärkeää varmistaa eri tietolähteiden yhdistettävyyttä sekä kirkastaa eri toimijoiden väliset vastuut tilannekuvan muodostamisessa.¹

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos on luonteva taho muodostamaan kansallista tilannekuvaa. Yhteistyöaluekohtaisen toimijan tehtävänä on seurata tilannetta alueellaan, mutta alueelliset tiedot eivät yksin muodosta kansallista tilannekuvaa. Alueiden tietoja on tärkeää rikastaa muiden viranomaisten (muun muassa Lääkealan turvallisuus- ja kehittämiskeskus, Kansaneläkelaitos, Huoltovarmuuskeskus, Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto) ja hallinnonalojen tiedoilla. Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksella on lakisääteinen tehtävä kerätä ja koota valtakunnallista tilannekuvaa.²

¹ Lukka, L. & Saarenpää, T. 2021. Esiselvitys sosiaali- ja terveydenhuollon valtakunnallisen tilannekuvan ja valmiussuunnittelun jatkokehittämisestä. Työpöytä 25/2021. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL).

² Laki Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksesta. 31.10.2008/668

4.4 Ukrainan sodan vaikutukset

Ukrainasta on paennut helmikuun 2022 lopusta alkaen 23.4. mennessä YK:n pakolaisjärjestö UNHCR:n mukaan 5,2 miljoonaa ihmistä. Heistä valtaosa on Ukrainan naapurimaissa. Tuhansia pakolaisia, pääosin naisia ja lapsia, on tullut myös Suomeen ja määrän arvioidaan kasvavan kuluvan vuoden aikana jopa 80 000 henkilöön. Pakolaisten suuri määrä ja heidän suojautuminen kotimaassaan pommisuojaan, liikkuminen junilla ja yhteisillä bussikuljetuksilla sekä sijoittuminen ulkomailta vastaanottokeskukseen, lisäävät erilaisten tartuntatautien leviämisen mahdollisuutta. Lisäksi tarttuvien tautien riskiä lisäävät mahdollisesti puutteellinen rokotekattavuus sekä puutteet tartuntatautien diagnostiikassa sekä hoidon saatavuudessa.

Suomessa tilapäisen suojelun piiriin hakeneiden henkilöitä oli 21.4.2022 hieman yli 17 000 henkilöä. Kaikki tulijat eivät halua hakea tilapäisen suojelun statusta rekisteröinnin tuomaista eduista huolimatta. Suomeen arvioidaan Ukrainasta tulleen tähän mennessä yhteensä noin 20–25 000 pakolaista, joista yli puolet on lapsia.

Tavoitteena on, että EU:n direktiivin nojalla tilapäisen suojelun piirissä olevat pakolaiset asettuvat Suomessa nopeasti osaksi yhteiskunnan arkea, työelämää ja palveluita. Kunnat ovat tässä työssä keskeisessä roolissa ja vastuussa. Hallitus korvaa pakolaisten palveluista aiheutuvia kustannuksia kunnille tilapäisen suojelun käyttöönotosta lähtien. Tarvittavat palvelut toteutetaan maahanmuuttovirasto Migrin alaisten vastaanottokeskusten järjestämisvastuulla ja tuotetaan kuntien ja vastaanottokeskusten yhteistyönä.

Suomeen on saapunut pakolaisia Ukrainasta eri statuksilla, jotka määrittelevät oikeuden erilaisiin sosiaali- ja terveydenhuollon palveluihin.¹ Turististatuksella maassa olevalla on oikeus kunnan tai sairaanhoitopiirin tuottamiin kiireellisiin terveydenhuollon palveluihin sekä välttämättömiin ja kiireellisiin sosiaalihuollon palveluihin. Työntekijöinä ukrainalaiset ovat oikeutettuja samoihin kunnan ja/tai työterveydenhuollon tuottamiin terveydenhuollon palveluihin kuin kotikuntalaisetkin. Samoin heillä on oikeus välttämättömiin ja kiireellisiin sosiaalihuollon palveluihin. Tilapäistä suojelua hakevilla on oikeus terveyspalveluihin saman laajuisesti kuin niillä, joilla on kotikunta Suomessa. Lisäksi heillä on oikeus välttämättömiin sosiaalihuollon palveluihin. Järjestämisvastuu palveluista on vastaanottokeskuksella. Mahdollisesta lastensuojelusta vastaa oleskelukunta. Turvapaikanhakijoilla on oikeus välttämättömiin sosiaali- ja terveydenhuollon palveluihin, joiden järjestämisestä vastaa vastaanottokeskus. Alaikäisillä

¹ Sosiaali- ja terveysministeriö (STM). 2022c. Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut Ukrainasta tulleeille henkilöille. Kuntainfo VN/7766/2022.

turvapaikanhakijoilla on oikeus samoihin terveyspalveluihin (mukaan lukien neuvolapalvelut) kuin kotikuntalaisilla.¹

Eräissä kunnissa on ollut haasteita järjestää äitiys- ja lastenneuvolapalveluita ukrainalaisille lapsille ja raskaana oleville äideille. Ongelmana on, että koronaepidemian vuoksi kunnissa on jäänyt hoitovelkaa neuvolapalveluissa eikä yksityisillä toimijoillakaan ole merkittävästi tarjolla äitiys- ja lastenneuvolapalveluja. Maahanmuuttovirasto käy neuvotteluja palveluiden asianmukaiseksi järjestämiseksi. Ukrainasta yksin tulevien lasten ja/tai huostaanotettujen lasten pääsemisestä palveluiden piiriin selvitetään myös erikseen. Samoin selvitystyötä tehdään muiden erityisryhmien, kuten vammaisten ja kehitysvammaisten, osalta.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos on tuottanut verkkosivuilleen aineistoa Ukrainan sotaan liittyviin terveys- ja hyvinvointikysymyksiin², samoin sivuilla on tietoa infektiotaudeista ja rokotuksista.³

Tautitilanne

Monilla Ukrainan pakolaisilla on kroonisia sairauksia ja /tai he kärsivät posttraumaattisesta stressistä ja tarvitsevat välitöntä hoitoa. EU kehottaa kiinnittämään erityistä huomiota AIDS:iin, tuberkuloosiin sekä rokotuksin ehkäistäviin lastentauteihin COVID-19:n lisäksi.⁴ Tuhkarokko, vesirokko, virusvälitteiset hengitystieinfektiot ja suolistoinfektiot leviävät helposti väkijoukoissa, jos hygieeniset olot ovat puutteelliset.⁵

Ukrainan rokotekattavuus on alhainen, mikä näkyy tautitilastoissa. Tuhkarokkoa raportoitiin Ukrainassa yli 57 000 tapausta vuonna 2019 (tammikuu–marraskuu), mikä oli yli puolet WHO:n Euroopan alueen tapauksista. Kurkkumätätapauksia on raportoitu

¹ Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL). 2022a. Turvapaikanhakijoiden terveydenhuoltopalvelut (verkkosivut).

² Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL). 2022b. Ukrainan sota, terveys ja hyvinvointi (verkkosivut).

³ Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL). 2022c. Ukrainasta saapuneiden henkilöiden infektio- ja rokotukset (verkkosivut).

⁴ European Commission. 2022. Meeting of the EU scientific advice platform on COVID-19. Meeting Report, Wednesday 15/03/2022.

⁵ Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL). 2022c. Ukrainasta saapuneiden henkilöiden infektio- ja rokotukset (verkkosivut).

viimeksi 2019. Tuhkarokkoa voidaan torjua tehokkaasti MPR-rokotteella. Kurkkumätää torjutaan samoilla rokotteilla, joita käytetään myös jäykkäkouristukselta suojautumiseen.¹

Ukrainassa on havaittu rokoteperäistä poliota (VDPV2) viimeksi tammikuussa 2022. Sotatilauvuoksi Ukrainan poliolaboratorion toiminta ja polioseuranta on käytännössä loppunut eikä polion tämänhetkisestä tilanteesta maassa voida esittää luotettavia arvioita. VDPV2-viruksen aiheuttamaa mahdollista epidemiariskiä Ukrainasta tulevien pakolaisten Suomeen tulon myötä voidaan ehkäistä ylläpitämällä korkeaa poliorokotuskattavuutta. Suomessa käytössä oleva pistettävä poliovirusrokote (IPV), joka ei sisällä eläviä poliovirusia on tehokas ehkäisemään halvausoireista tautia. Suomessa väestön poliorokotuskattavuudesta on tärkeä pitää huolta myös tässä tilanteessa.²

Rokotukset

Ukrainan koronarokotuskattavuus on alhainen. Noin 35 %:a väestöstä on saanut vähintään kaksi koronarokoteannosta ja vain alle 2 %:a on saanut kolmannen annoksen (tilanne 23.2.22). Ukrainan rokotuskattavuudessa on puutteita myös muiden rokotusten osalta. WHO:n arvion mukaan vuonna 2020 tuhkarokkorokotusten kattavuus (kaksi annosta) oli 82 %, poliorokotusten (kolme annosta) 84 %:a ja kurkkumätätä/etanushinkuuskärokotusten kattavuus (kolme annosta) 81 %:a.³

Koronarokotusten tarjoaminen rokottamattomille ja mahdollisen Ukrainassa aloitetun rokotussarjan täydentäminen pakolaisille on tärkeää heti Suomeen saapumisen jälkeen. Tämän väestöryhmän rokottamiseen vaadittavat henkilöstöressurssit riippuvat Suomeen Ukrainasta saapuvien pakolaisten määrästä. Suomen koronarokotteet riittävät hyvin maahan tulevien pakolaisten mahdollisesti laajaankin rokottamiseen. Rokotukset tulisi mahdollisuuksien mukaan toteuttaa keskitetysti ja rokotteita tulisi olla saatavilla myös vapaasti rokotuspisteiltä.

Viranomaisten velvollisuus on tartuntatautilain (1227/2016) 6 §:n mukaisesti ryhtyä välittömiin toimiin saatuaan tiedon torjuntatoimia edellyttävän tartuntataudin esiintymisestä tai sellaisen vaarasta toimialueellaan. Ukrainassa rokotuskattavuus rokotuksilla ehkäistäviä tauteja vastaan on huomattavasti matalampi kuin Suomessa ja Suomesta

¹ Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen (THL) lausunto 7.3.2022 selvitysryhmälle

² European Commission. 2022. Meeting of the EU scientific advice platform on COVID-19. Meeting Report, Wednesday 15/03/2022.

³ Terveiden ja hyvinvoinnin laitos (THL). 2022b. Ukrainan sota, terveys ja hyvinvointi (verkkosivut).

jo hävitettyjen tautien leviäminen on mahdollista. Erityisesti lapsille tulisi järjestää mahdollisuus saada maksutta kansallisen rokotusohjelman mukainen suoja. Sen lisäksi myös aikuisille tulisi järjestää mahdollisuus saada ne rokotukset, joilla ehkäistään mahdollisten epidemioiden syntyä (etenkin tuhkarokko, polio ja kurkkumätä). Terveyden ja hyvinvoinnin laitos on julkaissut suositukset Ukrainasta saapuvien henkilöiden infektio-
torjunnasta ja rokotuksista.¹ Vastaava tietoa Ukrainan pakolaisten palveluista löytyy myös sosiaali- ja terveysministeriön Kuntainfosta.²

¹ Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL). 2022d. THL on julkaissut suosituksen Ukrainasta saapuvien henkilöiden infektio-
tautien ehkäisystä ja rokotuksista (verkkosivut).

² Sosiaali- ja terveysministeriö (STM). 2022c. Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut Ukrainasta tulleille henkilöille. Kuntainfo VN/7766/2022.

5 Kapasiteetin riittävyys ja haasteet

5.1 Henkilöstö

Henkilöstön määrä

Pandemian aikana henkilöstöresurssi on ollut yksi kriittinen tekijä. Lisääntynyt hoidon tarve, mukaan lukien tartunnanjäljitykseen ja rokottamiseen tarvittava henkilöstö, sekä toisaalta henkilöstön sairastumisen aiheuttamat poissaolot, ovat vaikuttaneet merkittävästi palvelujärjestelmään.

Sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstön määrää on seuraavassa tarkasteltu kokonaisuutena sekä jaettuna eri palvelu- ja tehtäväkokonaisuuksiin vuonna 2019. Lisäksi henkilöstöä on ryhmitelty sote-ammattilaisiin (ammattitutkinnon suorittaneisiin) ja muihin ammattilaisiin sekä julkisen ja yksityisen sektorin palveluksessa oleviin.¹

Suomessa oli sosiaali- ja terveydenhuollossa oli vuonna 2019 yhteensä noin 340 000 työntekijää, joista runsaat 300 000 oli sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaista ja noin 40 000 muuta ammattilaisia. Kaikista työntekijöistä noin 178 000 toimi terveydenhuollossa. Koko henkilöstöstä kolme neljästä (77 %) toimi pääsääntöisesti julkisella sektorilla. Vastaavasti sote-ammattilaisista runsaat kaksi kolmesta oli julkisen palveluksessa ja vajaa kolmannes yksityisellä sektorilla. Terveyspalveluissa sote-ammattilaisia oli noin 158 000, joista yksityisellä oli vain noin 35 000. Sosiaalihuollon palveluissa sote-ammattilaisia oli noin 90 000, joista yksityisellä työskenteli enemmistö (noin 47 000). Sosiaalihuollon avopalveluissa sote-ammattilaisia oli yhteensä noin 56 000, joista julkisella sektorilla oli noin 42 000 henkilöä.

Yksinomaan terveydenhuoltoa tarkasteltaessa nähdään, että sairaalapalveluissa oli vuonna 2019 noin 91 000 ammattilaista, jotka valtaosaltaan olivat julkisen sektorin palveluksessa – vain noin 1 500 henkilöä yksityisellä sektorilla. Erilaisissa sosiaali- ja terveydenhuollon vastaanottopalveluissa työskenteli runsaat 74 000 ammattilaista, joista puolestaan noin 31 000 työskenteli yksityisellä sektorilla. Kuntoutuspalveluiden

¹ Hyvinvointiala HALI ry:n lausunto 8.3.2022 selvitysryhmälle. Tiedot perustuvat Hyvinvointiala HALI ry:n 8.3.2022 antamaan kirjalliseen lausuntoon.

8 000 sote-ammattilaisesta valtaosa teki työtä yksityisellä sektorilla (kuntoutuslaitokset ja sairaskodit). Tutkimus- ja sairaankuljetuspalveluiden noin 5 000 sote-työntekijästä suurin osa (noin 3 100) toimii julkisella sektorilla.

Sosiaalihuollon laitospalveluissa toimi vuonna 2019 noin 90 000 sote-ammattilaista, joista suurin osa (noin 47 000) oli yksityisen palveluksessa. Sosiaalihuollon avopalveluiden noin 58 000 työntekijästä puolestaan suurin osa (noin 42 000) oli julkisen palveluksessa. Ikääntyneiden asumispalveluissa teki työtä lähes 60 000 henkilöä – valtaosaltaan sote-ammattilaisia. Ikääntyneiden asumispalvelujen henkilöstöstä hieman yli puolet (52 %) toimi julkisella sektorilla. Vammaisten asumispalveluiden (kehitysvammaisten ja vammaisten hoitolaitokset ja palvelutalot) vajaasta 19 000 työntekijästä lähes kaikki (noin 96 %) olivat sote-ammattilaisia ja kaikista työntekijöistä noin puolet toimii julkisella sektorilla.

Sosiaalihuollon avopalveluissa oli vajaa 25 000 työntekijää, joista 81 % oli sote-ammattilaisia ja 38 % yksityissektorin palveluksessa. Kotihoidon henkilöstöä oli vuonna 2019 runsaat 32 000 henkilöä ja heistä valtaosa (95 %) oli sote-ammattilaisia. Kotihoidon henkilöstöstä noin 22 000 työskenteli julkisella sektorilla.

Henkilöstön riittävyyden ja saatavuuden valtakunnallinen ohjelma

Sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilöstön saatavuus ja osaamisen turvaaminen on ollut keskeinen koronapandemian torjuntaan ja hoitoon vaikuttanut tekijä runsaan kahden vuoden ajan. Henkilöstön saatavuudessa oli haasteita jo ennen pandemiaa, mutta ongelmat ovat korostuneet pandemian aikana. Osaajien puute on vaikeuttanut huomattavasti kansallisen hybridistrategian toteuttamista.

Pääministeri Marinin hallituksen budjettiriihessä syyskuussa 2021 hyväksyttiin kirjaus, jonka mukaan hallitus toteuttaa sosiaali- ja terveysministeriön johdolla poikkihallinnollisen ohjelman sosiaali- ja terveydenhuollon henkilökunnan saatavuuden turvaamiseksi sekä lyhyellä ja pidemmällä aikavälillä. Tähän perustuen sosiaali- ja terveysministeriö käynnisti strategisen ohjelman, jonka tarkoituksena on löytää kestäviä ratkaisuja palveluiden saatavuuden edellyttämän osaavan työvoimatarpeen kattamiseen lyhyellä, keskipitkällä ja pitkällä aikavälillä alueiden erot huomioon ottaen.

Sosiaali- ja terveysalan henkilöstön riittävyyden ja saatavuuden ohjelmalle on määriteltä seitsemän strategista painopistealuetta. Ne ovat: tilannekuva- ja ennustetyö, osaamisen johtaminen, kansainvälinen rekrytointi ja työperäinen maahanmuutto, palvelujärjestelmän uudistuvat osaamistarpeet koulutusjärjestelmässä, tehtävärakenteet,

työnjaon muutokset ja osaamisen joustava käyttö sekä pätevyysvaatimukset, että palveluiden ja palvelurakenteen vaikuttavuus ja digitalisaation osaamisen käyttö. Ohjelmatyötä ohjaa sote-ministeriryhmä, jonka tukena on asiantuntijatyöryhmä ja sen alatyöryhmät sekä asiantuntijaverkosto. Asiantuntijatyössä ovat mukana sote-alan ammattiliitot ja järjestöt sekä tutkimuksen edustus. Ohjelmatyön kestää nykyisen eduskunnan vaalikauden loppuun kevääseen 2023. Ohjelman ja siinä määriteltyjen käytännön toimenpiteiden toteuttaminen tulevat olemaan keskeinen osa vuoden 2023 alusta käynnistyvien hyvinvointialueiden toimintaa. Ohjelman strateginen tiekartta sote-henkilöstön riittävyyden ja saatavuuden turvaamiseksi tulisi olla valmiina jo tämän vuoden loppuun mennessä.¹

Maan hallituksen ja sosiaali- ja terveysministeriön käynnistämä selvitystyö ja ohjelma sote-alan henkilöstön riittävyyden ja saatavuuden turvaamiseksi on laaja hanke, jonka käytännön tuloksia voidaan odottaa vaiheittain useamman vuoden aikana. Hanke antaa hyvän perustan henkilöstötilanteen suunnitelmalliselle korjaamiselle sosiaali- ja terveyspalveluissa. Selvitysryhmän järjestämissä kuulemistilaisuuksissa pidettiin kansallista valmistelua hyvänä ja toivottavana. Poikkeuksetta kaikilla keskusteluihin osallistuneilla oli vakava huoli, miten henkilöstön riittävyys saadaan turvattua sekä nyt että erityisesti lähitulevaisuudessa.

Henkilöstön riittävyys ja käyttö toimijoiden näkökulmasta

Seuraavassa on kootusti esitetty annetuista lausunnoista kannanottoja, joissa on käsitelty henkilöstön riittävyyttä ja käyttöä. Kannanotot keskittyvät kolmeen osa-alueeseen eli henkilöstön riittävään määrään – erityisesti hoitohenkilöstön osalta – ja osaamisen turvaamiseen, henkilöstövoimavarojen tarkoituksenmukaiseen ja oikeaan kohdentamiseen sekä henkilöstömitoituksen joustoihin. Annetuissa lausunnoissa nämä osa-alueet painottuivat sen mukaan edustiko lausunnon antaja palvelun järjestäjää/-tuottajaa vai työntekijöitä. Kannanotot on esitetty toimijoittain ja niitä muokkaamatta, jotta ne raportoivat mahdollisimman oikein lausunnonantajan tarkoittamalla tavalla.

Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiriin (HUS) mukaan pandemia-aikana merkittävän resurssipula on henkilökunnasta, joten nopean kapasiteetin vahvistamisen toimenpiteet eivät ole mahdollisia. Pidemmällä aikavälillä tulisi tunnistaa sekä erikoissairaanhoidon että perusterveydenhuollon vuodeosastoilla eritystarpeisten potilaiden hoitomahdollisuuksien lisääminen ja hengitystukihoidon antamisen mahdollisuudet niissä. Valtakunnallisesti tulisi aktiivisesti pohtia hoitoalan henkilöstön pätevyysvaatimuksia ja

¹ Sosiaali- ja terveysministeriön kuulemistilaisuus 29.3.2022.

pyrkii hyödyntämään hoitotyössä esim. toisen asteen koulutuksen saanutta henkilöstöä. Tällä hetkellä yleinen henkilöstön saatavuus on kriittinen terveydenhuollon kantokyvyn kannalta.¹

Varautumisen haasteena on HUSin mukaan osaavan hoitohenkilöstön saatavuus. Varautumisen epäonnistuminen johtaa hyvin nopeasti kiireettömän leikkaustoiminnan viivästymiseen. Nykyisessä leikkausvelassa häiriöt HUSin leikkaustoimintaan on perusteltua pitää mahdollisimman pienenä. Merkittäväksi vetovoimatekijäksi henkilöstön saatavuudessa HUS arvioi kokoneiden teho- ja anestesiahoitajien rekrytoinnin laajempaan tehtävänkuvaan kuten erilaisilla kouluttajanimikkeillä, jotka vastaisivat osaltaan koko sairaalaan tai tulevaisuuden yhteistoiminta-alueita koskevista esim. valmiuskoulutuksista ja tuottaisivat paremman joustovaran ja lisäresurssin myös päivittäistoimintaan ja sitä uhkaavaan kriiseihin. Tämä edellyttäisi lisäresurssia. Varautuminen nähdään lisäapuna, mutta merkittävässä kuormitustilanteissa, kuten keväällä 2020, ei muun kiireettömän sairaanhoidon lykkäämiseltä voida välttyä kokonaan.²

Pirkanmaan sairaanhoitopiiri (PSHP) korosti, että sosiaali- ja terveydenhuollon kokonaiskapasiteetin kannalta keskeistä on alan yleinen vetovoimaisuus henkilöstön riittävyyden turvaamiseksi. Toisaalta varsinaisen toiminnan osalta keskeisessä roolissa on vuodeosastohoidon (sekä erikoissairaanhoidon että perusterveydenhuollon), palveluasumisen ja kotiin vietävien palveluiden tasapainoinen ja toimiva kokonaisuus. Tämän turvaamiseksi pitäisi olla mietittynä mahdollisuus poiketa tiukoista mitoituksista yhdessä ketjun osassa. Niillä voi olla vakavat seuraukset koko muulle ketjulle kuten tämän pandemian aikana on paikoin näkynyt. Samoin on tärkeää jo ennakkoon miettiä mahdollisuudet poiketa lakisäätöistä hoitoon pääsyn ajoista, jos kapasiteetti on ohjattava päivystyksellisen ja kiireisen hoidon sekä palveluiden turvaamiseen. Lähinnä kiireettömän hoidon turvaamiseksi yhteistyö yksityisten palveluntuottajien kanssa tulee neuvotella valmiiksi sopimuksissa.³

PSHP toteaa henkilöstön riittävyyden ja käytön osalta että, nykyisessä sosiaali- ja terveydenhuollon palveluiden järjestämismallissa (sairaanhoitopiirit, kuntien järjestämät sote-palvelut) ei ole ohjausvälineitä, eikä muitakaan hallinnollisia keinoja henkilöstöresurssien koordinointiin ja kohdentamiseen tavalla, joka ottaa huomioon alueellisesti epidemiatilanteen vaatimat resurssit. Tähän nähden hyvinvointialueen aloitus vuonna 2023 on ensiarvoisen tärkeää. Ennen vuotta 2023 seuraavassa epidemiavaiheessa voitaisiin hyödyntää hyvinvointialueen valmisteluun kerättyjä henkilöstötietoja hoidon koordinointiin ja resurssien allokointiin alueellisesti. Hyvinvointialueen valmisteluun on

¹ Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin (HUS) lausunto 7.3.2022 selvitysryhmälle.

² Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin (HUS) lausunto 7.3.2022 selvitysryhmälle.

³ Pirkanmaan sairaanhoitopiirin (PSHP) lausunto 3.3.2022 selvitysryhmälle.

henkilöstötiedot jo kerätty sote-voimaanpanolain perusteella. Pirkanmaalla tietojen keräyksessä on käytetty niin sanottua Aura-luokitusta, jonka avulla kukin tehtävä on nimetty toimintoluokkiin.¹

PSHP:n näkemyksen mukaan keskeistä henkilöstöressurssien koordinoinnissa on, että ne allokoidaan sairaanhoitopiirin alueella (jatkossa hyvinvointialueen) yhdenmukaisesti niin, ettei epidemian vuoksi synny erityisiä esteitä ja pullonkauloja hoidon järjestämisessä. Tehohoidon lisäksi erityisen vaikeaa on järjestää riittävää vuodeosastohoidon henkilöstöressurssia. Henkilöstöressursseihin liittyvänä asiana sairaanhoitopiiri esittää, että jatkuva osaamisen ylläpito infektioiden ja tartuntojen ehkäisemisessä voitaisiin asettaa samalle vaatimustasolle kuin lääkehoito-osaaminen. Vaatimukset esitetäisiin tehtäviin, jotka kohdentuvat lähikontakteihin potilaiden ja asiakkaiden kanssa. Erityistä epidemian hallinnan osaamista tarvitaan laajasti eri tehtävissä ja yksiköissä, ei ainoastaan tartunnan saaneiden potilaiden hoitoyksiköissä. Muita erityisiä osaamisalueita, joihin PSHP:n mukaan tarvitaan nopeita koulutusohjelmia ja tehokkaita koulutusmetodeja, ovat päivystyspotilaiden hoito, tehohoito, tehovalvonta tai muu osasto- valvonta, epidemiapotilaiden vuodeosastohoito, kuntoutus ja näyttöön otto.¹

Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri (VSSHP) toteaa, että tuotantokapasiteettiin liittyy olennaisesti osaava henkilöstö. Työvoiman osaamisen ja saatavuuden hallinnan näkökulmasta kriittisten toimintojen osalta tulisi lähtökohtaisesti lisätä työvoiman määrää jo normaaliolosuhteissakin, mutta tämän lisäksi esimerkiksi lisäämällä työkiertoa yksiköiden välillä.²

VSSHP:n mukaan tavoitteena tulee olla tilanne, jossa kapasiteetin kasvattamisen tullessa ajankohtaiseksi esimerkiksi infektiopotilaita hoitaville osastoille tai teho-osastoille siirtyvät työntekijät olisivat paremmin perehtyneitä tehtäviin, joihin he siirtyisivät. Useimmille uhkakuville yhteistä on se, että kriisitilanteissa tehohoitoa tarvitsevien potilaiden määrä kasvaa. Raskaita tehohoitopaikkoja (joissa on mahdollisuus hengityskonehoitoon ja muihin vaativiin tukihoitoihin esimerkiksi dialyysit) on Suomessa tällä hetkellä noin 250–270. Määrä on tilapäisjärjestelyin melko nopeasti nostettavissa noin kolmeensataan. On tärkeää huomioida, että rajoittavana tekijänä on osaavan henkilökunnan (tehohoitolääkärit ja –hoitajat) määrä, eivät hoitolaitteet ja –välineet. Suomessa on lisäksi muutamia satoja valvontatason paikkoja, joita voidaan muuttaa tilapäisesti tehohoitoon sopiviksi. Tämä edellyttää kuitenkin näiden yksiköiden henkilökunnan koulutusta myös tehohoidon tehtäviin.²

¹ Pirkanmaan sairaanhoitopiirin (PSHP) lausunto 8.3.2022 selvitysryhmälle.

² Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin (VSSHP) lausunto 8.3.2022 selvitysryhmälle.

Kanta-Hämeen sairaanhoitopiiri (KHSHP) puolestaan nostaa lausunnossaan esille, että pitkäkestoisessa poikkeustilanteessa henkilöstön jaksaminen ja kriisinkestävyys on haasteellista. Pitkittänyt tilanne johtaa helposti väsymiseen, motivaation laskuun ja hakeutumiseen pois terveydenhuollon tehtävistä. Avoin ja usein toistuva, selkeä, monikanavainen viestintä on oleellista sekä oman henkilöstön kriisinkestokyvyn että väestön kannalta.¹

KHSHP toteaa lisäksi, että ylimääräistä resurssia palvelujärjestelmässä ei varsinaisesti ole, vaan tämä COVID-potilaiden hoitoon käytettävä resurssi on pois muusta palvelutuotannosta. Käytännössä tämä näkyy hoitoa odottavien määrän kasvuna ja toisaalta viivästyvien diagnoosien myötä piiloon jäävänä hoidon tarpeena, joka todennäköisesti aiheuttaa myöhemmin vaikeampia taudinkuvia. Kapasiteettitilannetta vaikeuttaa väestörakenteen muutoksen myötä jatkuvasti paheneva pula erityisesti hoitohenkilöstöstä. Tätä tulisi ratkaista hoitohenkilökunnan pitovoimaa varmistavilla valtakunnallisilla kompensatoratoimilla, aktiivisella kansainvälisellä rekrytoinnilla ja ennen kaikkea kehittämällä ja automatisoimalla prosesseja siten, että vähenevän hoitohenkilöstön työ pystytään kohdentamaan järkevämmiin. Kehitystyö vaatii tältäkin osin investointeja.¹

Etelä-Savon sosiaali- ja terveystalouden kuntayhtymä (Essote) toteaa lausunnossaan että, hybridistrategian jatkototeutuksen yhtenä peruspilarina on tärkeä huomioida sellaiset toiminnot ja toimenpiteet, jotka vapauttavat erityisesti julkisten organisaatioiden sosiaali- ja terveystalouden henkilökuntaa palvelemaan asiakkaita ja potilaita niissä hoito-, palvelu- ja hyvinvointitarpeissa, jotka ovat koronaepidemian yhteydessä jääneet riittämättömällä tavalla toteutumatta. Tämä tarkoittaa sitä, että koronataustassa keskityttäisiin sellaiseen diagnostiikkaan, jolla olisi hoidollista merkitystä ja tukisi riskiryhmien suojausten toteutumista.²

Essote toteaa lisäksi, että rokotusten toteutus nenään annosteltavilla valmisteilla keventäisi olennaisella tavalla palvelujärjestelmän resurssien sitoutumista tähän toimintaan. Siltä osin, kun rokotustoimintaa toteutetaan vielä perinteisellä tavalla, on tärkeä mobilisoida yksityisen palvelusektorin toimijat (työterveyshuollot sote-henkilöstön rokotuksissa) osallistumaan tarkoituksenmukaisella laajuudella mukaan toimintaan. Tällöin julkisen palvelujärjestelmän hoitotyöntekijät voivat keskittyä paremmin perustehtäviinsä, neuvola-, koulu- ja opiskeluterveydenhuollon tehtäviin, terveydenedistämiseen, terveysneuvontaan sekä sairauksien hoitoon.²

¹ Kanta-Hämeen sairaanhoitopiirin kuntayhtymän (KHSHP) lausunto 16.3.2022 selvitysryhmälle.

² Etelä-Savon sairaanhoitopiirin (ESSOTE) lausunto 8.3.2022 selvitysryhmälle.

Suomen tehohoitokonsortion lausunnossa keskityttiin riittävän tehohoidon turvaamiseen. Tehohoidon henkilöstöstä konsortio totesi, että osa teho-osastojen henkilökunnasta voi toimia kouluttajina perehdyttäen muuta henkilökuntaa akuuttitilanteiden hoitoon ja myös tehohoitoon. Lisäksi teho-osastojen henkilökunnan tulee itse osallistua säännöllisesti elvytyskoulutukseen ja muiden hätätilanteiden simulaatiokoulutuksiin.¹

Henkilökunnan riittävydestä tehohoitokonsortio toteaa, että hoitohenkilökuntaa mitoitettaessa tulee ottaa huomioon poikkeusoloihin varautumisen tarpeet. Tätä varten henkilökuntaa pitää olla enemmän kuin tavanomaisen potilashoidon edellyttämä minimimäärä. Lisähenkilökunnan sijoittaminen tehtäviin tulee tehdä siten, että tämän henkilökunnan turvin voidaan toteuttaa säännöllistä henkilökunnan jatko- ja täydennyskouluttautumista akuuttitilanteiden hoitoon. Tämä koulutustarve ei koske vain tehohoitohenkilöstöä, vaan sairaaloiden koko henkilökuntaa. Aito varautuminen edellyttäisi konsortion mielestä ylimääräistä henkilökuntaa, joka harjoittelee hätätilanteita ja poikkeusoloja varten – ja on sitten käytettävissä tositoimiin poikkeusolojen tullessa. Tehohoitokonsortio esittää lisäksi, että työnantaja varmistaa henkilöstörotaation, jonka turvin voidaan taata riittävän osaamisen ylläpitäminen. Tämä tarkoittaa käytännössä esim. sitä, että tietty osa henkilökunnasta tulee perehdyttää niin, että heillä on taito toimia muussakin yksikössä kuin omassa vakituisessa toimintayksikössä, ja tämän osaamisen säilymisestä tulee huolehtia säännöllisellä rotaatiolla.¹

Jyväskylän kaupunki toteaa lausunnossaan, että omikronin kohdalla henkilökunnan saatavuus on ollut ajoittain erittäin vaikeaa sairauspoissaolojen johdosta ja tästä syystä toimintoja on jouduttu ajoittain supistamaan. Kaikkea perusturvaan kuuluvia palveluita on voitu tuottaa, mutta eteenkin kotiin vietävissä sosiaalipalveluissa on ollut ajoittain erittäin suuria haasteita henkilökuntavajeesta johtuen. Keskeinen ongelma on ollut terveydenhuollon henkilöstövoimavarojen liiallinen haaskaaminen epätehokkaiseen toimintaan, jolla ei ole ollut vaikutusta epidemian hallinnassa. Jyväskylän kaupungin mukaan tämä on tarkoittanut tartunnanjäljityksen ja eristämistoimenpiteiden jatkamista, vaikka oli selvästi nähtävissä, ettei sillä ollut enää vaikutusta tautiepidemian hallinnassa. Tästä johtuen jatkossa on huolehdittava asianmukaisesta päätöksenteon prosessista, jossa päätetään keskittyä vain tehokkaiisiin ja vaikuttaviin toimenpiteisiin tilanteessa, jossa voimavarojen hajauttaminen johtaa edelleen hoitovelan kasvuun tai perusturvan palveluiden tason tai määrän heikentymiseen.²

Kunnallinen Työmarkkinalaitos (KT) esittää lausunnossaan, että jatkossa henkilöstön mitoitus- ja kelpoisuusvaatimuksia voitaisiin kriisitilanteissa arvioida joustavammin ja

¹ Tehohoitokonsortion lausunto 18.3.2022 selvitysryhmälle.

² Jyväskylän kaupungin lausunto 8.3.2022 selvitysryhmälle.

mahdollistaa poikkeustilanteessa kuntien ja tulevien hyvinvointialueiden työnantajien tilapäisesti poiketa henkilöstön kelpoisuus- ja/tai mitoitusvaatimuksista asiakas- ja potilasturvallisuutta vaarantamatta. Myös tilapäinen hoitotakuusta poikkeaminen pitäisi mahdollistaa akuuteissa poikkeustilanteissa. KT esittää lisäksi työläinsäädännön arviointia kriisitilanteita varten ja sen pohjalta mahdollisten poikkeusmääräysten valmistelua. Samassa yhteydessä voitaisiin arvioida, onko myös mahdollista joustavoittaa loma- tai työaikamääräyksistä poikkeamista alueellisessa akuutissa kriisitilanteessa, ilman että valmiuslain käyttöönotto olisi ainoa vaihtoehto. Kriisitilanteissa sosiaali- ja terveydenhuoltojärjestelmän ylikuormittuessa tulisi lain nojalla olla joustavuutta siirtää henkilöstöä muihin tehtäviin, tarvittava osaaminen ja kelpoisuudet huomioiden. Samassa yhteydessä olisi KT:n näkemyksen mukaan hyvä arvioida keskeiset epidemian hoitoon liittyvät tehtävät ja mallintaa niiden suunnitelmallinen perehdyttäminen organisaatioissa uusiin kriisitilanteisiin varautumiseksi. Näin voitaisiin parantaa sosiaali- ja terveydenhuollon toimintayksiköiden ja ammattihenkilöiden resilienssiä sopeutua nopeasti poikkeustilanteen edellyttämiin toimenpiteisiin.¹

Suomen Lääkäriliiton lausunnossa todetaan, että terveydenhuoltoon tulee kohdentaa merkittävästi lisää resursseja, jotta nykyiseen ja tuleviin pandemioihin sekä muihin terveydenhuollon kriisitilanteisiin kyetään varautumaan nykyistä paremmin. Ylimääräisen kapasiteetin suurin haaste on henkilöstö, koska sitä on jo nyt riittämättömästi – nykyisin toimintatavoin myös lääkäreitä. Parempi varautuminen edellyttää lisähenkilöstön kouluttamista, mutta myös työtapojen ennakkoluulotonta kehittämistä, kriisitilanteessa hyvinkin nopeasti. Lisäksi lausunnossa esitetään, että tehohoitoa tulisi opettaa leikkausosastojen sairaanhoitaja- ja lääkärihenkilökunnalle ja mahdollistaa säännöllinen työnkierto.²

Tehy ry:n lausunnossa todetaan, että sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilöiden riittävä määrä on turvattava kaikissa sosiaali- ja terveydenhuollon palveluissa ja, että Tehy on erittäin huolissaan hoitohenkilöstön riittävydestä ja työssä jaksamisesta. Tehy kommentoi lausunnossaan myös tehohoitoa toteamalla, että tehohoidossa ei lopu tehohoitolaitteet vaan koulutettu hoitohenkilöstö, jotka tarvitaan tehohoitopotilaiden hoitamiseen. Viittäkymmentä tehohoidon lisäpaikkaa varten pitäisi olla 250 tehohoitajaa, joiden koulutus kestää useita vuosia. Normaalioloissa tehohoitopaikat saadaan juuri ja juuri nykyisillä hoitohenkilökunnan määrillä ylläpidettyä. Osassa tehohoidon yksiköistä on jo pandemian ja henkilöstöpulan vuoksi jouduttu väliaikaisesti vähentämään tehopaikkoja, koska osaavaa hoitohenkilökuntaa ei löydy. Tehohoitotyön vaatavuus on huomioitava palkassa. Alan pito- ja vetovoima edellyttää korkeatasoista tutkintoon johtavaa koulutusta, erikoistumiskoulutusta ja jatkuvan ammatillisen kehitty-

¹ Kunta- ja hyvinvointialuetyönantajat KT:n lausunto 9.3.2022 selvitysryhmälle.

² Suomen lääkäriiliiton lausunto 15.3.2022 selvitysryhmälle.

misen tukea työssä (ammattiuramallit). Tehyn näkemyksen mukaan koulutetun hoitohenkilökunnan lisäksi erikoissairaanhoidon on rekrytoitava lisää lähityönjohtajia ja hoitotyön klinisiä asiantuntijoita sekä varmistettava riittävät tukipalvelut, joissa ei vaadita sote-henkilöstön osaamista (esimerkiksi tarviketilaukset, toimistotehtävät). Tehyn näkemyksen mukaan hoitotyön koulutustasoa ei voi laskea, päinvastoin.¹

Suomen lähi- ja perushoitajaliitto SuPerin lausunnossa tuotiin esiin, että epätarkoituksenmukaisilla koulutetun hoitohenkilöstön osaamisen käyttöä rajoittavilla ratkaisuilla pahennetaan vielä entisestään nyt jo sote-alan vakavaa työvoimapulaa. SuPerin mukaan oleellinen osa varautumista ja resurssien riittävyttä on hoitohenkilökunnan riittävydestä ja osaamisesta huolehtiminen myös muualla kuin tehohoidossa. Tarvitaan toimivia käytäntöjä henkilöstön siirtelyyn, niin että osaaminen varmistetaan. Laadukas peruselintoimintoja tukeva hoito perusterveydenhuollossa ja tehostetussa palveluasumisessa ovat ensiarvoisen tärkeitä. SuPer toteaa, että väestön ikärakenteen muutos sekä palvelutarpeen kasvu edellyttävät myös koulutetun hoitohenkilöstön lisäystä. Eriytyisen haastava henkilöstön riittävyden kohdalla tilanne on COVID-19-epidemian aikana ollut kotihoidossa sekä tehostetun palvelu asumisen yksiköissä. Henkilöstötilannetta ovat vaikeuttaneet entisestään henkilöstön sairastumiset ja altistumisista aiheutuvat poissaolot sekä aika, joka kuluu suojaamistoimenpiteisiin. Tämä on aiheuttanut sitten merkittävää lisäystä ylitöiden tekemisessä sekä henkilöstön kuormittumisessa. Omavalvontasuunnitelmien laadinnan kohdalla SuPer on usein tehnyt sen havainnon, että suunnitelman tekoon ei ole otettu mukaan henkilöstöä, ja kaikissa toimintayksiköissä henkilöstö ei ole edes tietoinen tällaisten suunnitelmien olemassaolosta.²

Julkisten ja hyvinvointialojen liitto (JHL) toteaa lausunnossa, että Suomen sosiaali- ja terveydenhuoltojärjestelmä on ollut aliresursoitu jo pitkään. Normaali tilanteessakin sote-ala on kärsinyt työvoimapulasta ja edellyttänyt henkilökunnalta jatkuvaa joustamista. Henkilöstö on tehnyt runsaasti ylitöitä, työvuoroja on vaihdettu tai tehty tuplavuoroja lyhyelläkin varoitusajalla, jopa samana päivänä. Henkilöstön jaksaminen on koetuksella, työhyvinvointi on heikkoa ja liian moni päätyy työn kuormittavuuden vuoksi pois alalta. JHL:n käsityksen mukaan sote-alan henkilöstöstä on krooninen pula. Se koskee yhtä lailla lääkäreitä, sairaanhoitajia, lähihoitajia kuin sosiaalityöntekijöitä ja sosionomejakin. Koronapandemia osoitti sen, että sote-alan jousto- tai venymisvara on jo syöty. Henkilöstöpulan ratkaiseminen on avainkysymys tulevista pandemoista tai muista kriisitilanteista selviytymiseen.³

JHL:n mukaan on kuitenkin muistettava perusasia eli, että sote-alalle on varattava riittävä rahoitus mahdollistamaan lisähenkilöstö sote-alan työtehtäviin ja jotta saadaan

¹ Tehy ry:n lausunto 15.3.2022 selvitysryhmälle.

² Suomen perus- ja lähihoitajaliitto Superin lausunto 15.3.2022 selvitysryhmälle.

³ Julkisten ja hyvinvointialojen liiton (JHL) lausunto 15.3.2022 selvitysryhmälle.

nykyiset pysymään alalla. Tämän lisäksi henkilöstörakennetta on syytä tarkastella uudestaan siten, että lisätään myös avustavan ja hallinnollisen henkilöstön määrää kuten perinteisiä osastosihteereitä sairaaloihin, laitoshuoltajia, hoiva-avustajia ja muuta henkilöstöä, mikä mahdollistaa sote-ammattilaisten keskittymisen omaan osaamisalaansa. Häiriötilanteisiin varautuminen tulee huomioida henkilöstösuunnitelmissa ja perehdytysohjelmissa. Sairaaloissa on muitakin henkilöstöryhmiä kuin lääkäri- ja hoitohenkilökunta. Esimerkiksi laitoshuoltajat tekivät myös työtään lisääntyneen kuormituksen ja sairastumispelon alla.¹

Hyvinvointiala HALI ry toteaa lausunnossaan henkilöstön osalta että, henkilöstöpula on vaikeuttanut toimintaympäristöä erityisesti hoivapalveluissa. Tilanteeseen ovat akuutisti vaikuttaneet koronan aiheuttamat sairauspoissaolot epidemian eri vaiheissa sekä kiristynyt henkilöstömitoitus. HALI ry:n mukaan rekrytointi on kuitenkin erittäin vaikeaa, sillä lainsäädännön ja valvojen vaatimuksia täyttävää lisähenkilöstöä ei ole saatavilla riittävästi. Mikäli lainsäädäntö ja toimintatavat pysyvät entisellään, arvio tarvittavasta uudesta työvoimasta seuraavan noin kymmenen vuoden sisällä on eläköitymisen ja hoivan tarpeen lisääntymisen vuoksi 200 000 uutta sote-ammattilaista. Tällaisia määriä ei ole saatavilla mistään, joten ala tarvitsee välttämättä nopeita ja käytännönläheisiä ratkaisuja. Nämä realiteetit on otettava huomioon erityisesti, jos joudumme kohtaamaan uusia epidemia-aaltoja ja käytössä kerrallaan olevat resurssit vähenevät entisestään. HALI ry:n hoivapalveluja tuottavat jäsenyhteisöt ovat kertoneet, että on alueellisia tilanteita, joissa kesäksi käynnistettyihin sijaisten rekrytointeihin ei ole toistaiseksi saatu ainoatakaan hakijaa vanhusten tehostetussa hoivassa. Kotihoiton osalta tilanne on vieläkin vaikeampi. Onkin varauduttava siihen, että jo tulevana kesänä tilanne saattaa henkilöstön saatavuuden ja palveluiden tuottamisen osalta kriisiytyä ilman uutta epidemia-aaltoakin. Tämän estämiseksi tarvitaan nopeita toimenpiteitä.²

HALI ry:n lausunto sisältää ehdotuksia henkilöstöpulan helpottamiseksi. Ne koskevat sosiaalipalveluiden koulutusvaatimuksia erityisesti sijaistyövoiman osalta, lähihoitajaoppisopimusopiskelijoiden laskemista hoitajamitoitukseen, soveltuvien tutkintojen omaavien käyttöä sote-koulutettujen työparina, hoiva-avustajien laskennallisen osuuden nostoa ikääntyneiden ympärivuorokautisessa palveluasumisessa, opiskelijoiden käyttöä ja muiden soveltuvien tutkintojen hyödyntämistä hoitajamitoitukseen laskettava työvoimana pandemia-aikana, EU:n ulkopuolisten kansainvälisten sairaanhoitajatutkintojen tunnustamista sekä hoitotyön kirjaamisen vaatimuksia ja digitaalisten työvälinen käyttöä kirjaamisessa ja kommunikaatiossa.¹

¹ Julkisten ja hyvinvointialojen liiton (JHL) lausunto 15.3.2022 selvitysryhmälle.

² Hyvinvointiala HALI ry:n lausunto 8.3.2022 selvitysryhmälle.

SOSTE Suomen sosiaali ja terveys ry:n antamassa kirjallisessa lausunnossa todetaan, että kun tarvitaan vapaaehtoisia mukaan muun muassa joukkotarkastusten opastus/neuvontatehtäviin, niin järjestöjen kautta on mahdollista löytää vapaaehtoisresurssia – ja näin keventää sote-henkilöstön painetta. Samoin erilaisiin tukitehtäviin on myös mahdollista löytää tätä kautta henkilöitä. Lisäksi SOSTE toteaa, että psykososiaalisessa jälkihoidossa järjestöjen tuki kansalaisille on hyödyllistä, kun julkinen sektori on työllistetty hoitovelan korjaamisessa.¹

Henkilöstöresurssien turvaaminen

Sairaaloitten osalta voi yhteenvetona todeta, että koronapotilaiden hoidon turvaamiseksi niissä on jouduttu erityisesti hoitohenkilöstöä siirtämään normaaliajan tehtävistä koronapotilaiden tehohoitoon, osastohoitoon ja jäljitykseen. Jossain määrin sama koskee myös muita henkilöstöryhmiä, kuten lääkäreitä. Lisäksi nopealla aikataululla on järjestetty merkittävä määrä henkilöstön osaamista täydentävää työpaikkakoulutusta sekä perehdytystä. Vastaavalla tavalla perusterveydenhuollon vastaanotto- ja osastopalveluista sekä sosiaalihuollon hoiva- hoito- ja vastaanottopalveluista on henkilöstöä jouduttu siirtämään perustehtävistä koronapotilaiden testaukseen, jäljitykseen ja vuodeosastohoitoon sekä väestön rokotuksiin. Käytettävissä olleeseen henkilöstön määrään on palvelujärjestelmän kaikilla tasoilla vaikuttanut myös vuoden 2021 lopulta alkaen lisääntynyt työntekijöiden sairastuminen koronataudin omikronvarianttiin.

Koronapandemia on pääosin tarkoittanut henkilöstöresurssien sisäistä uudelleenkohdentamista epidemian torjuntatyöhön ja koronapotilaiden hoitoon julkisen sektorin sairaaloissa, terveyskeskuksissa ja hoitolaitoksissa. Koronapotilaiden akuuttihoiton ensisijaistaminen on samalla tarkoittanut muiden ei kiireellisten potilasryhmien hoidon viivästymistä ja merkittävän hoito- ja hoivavelan syntymistä palvelujärjestelmään. Epidemian aikana ei erikoissairaanhoidossa ole kyetty järjestämään kiireetöntä hoitoa normaalitilannetta vastaavasti. Sama koskee myös perusterveydenhuoltoa ja sosiaalipalveluja. Sosiaaliala osaamista ei ole myöskään osattu laajemmin hyödyntää korona-aikana. Samoin infektiosairauksien hoitoon liittyvä yleisen osaamisen parantaminen sekä vaikuttavuuteen perustuva voimavarojen kohdentaminen nousivat kuulemistilaisuuksissa esille kehitettävänä asioina.

Kun koronapandemian aikana uutta henkilöstöä on ollut vaikea rekrytoida, on tämä tarkoittanut julkisella sektorilla olemassa olevan henkilöstön merkittävää uudelleen si-

¹ SOSTE Suomen sosiaali ja terveys ry:n lausunto 11.4.2022 selvitysryhmälle.

joittamista ja lukuisia tehtäväjärjestelyjä. Työryhmän karkean arvion mukaan sairaaloissa, terveyskeskuksissa sekä kunnallisissa hoiva- ja hoitolaitoksissa siirrettiin pandemian aikana sote-ammattilaisia koronapotilaiden hoitoon vuosittain keskimäärin vajaa 3 %:a. Henkilöstösiirrot muusta toiminnasta koronatyöhön koski valtaosaltaan erilaisia hoitajatehtäviä. Koko maan tasolla tämä tarkoittaa arviolta noin 6 200 sote-ammattilaisen vuosittaista työpanosta. Arvio perustuu siihen, että tilinpäätöstietojen mukaan vuonna 2021 koronapotilaiden hoitoon kohdistui Oulun kaupungin hyvinvointipalveluiden työpanoksesta 3,4 %. Porin yhteistoiminta-alueella (Pori, Ulvila ja Merikarvia) vastaava osuus oli 2,5 % ja Etelä-Savon sosiaali- ja terveystalvelujen kuntayhtymässä 3,3 %. Pirkanmaan sairaanhoitopiirissä koronan hoitoon kohdennetut henkilöstökulut kaikista henkilöstökuluista olivat 2,2 % (tähän osuuteen eivät sisälly osakeyhtiönä toimivan Fimlabin koronatestauksen ja -analysoinnin henkilöstökustannukset).¹ Osuudet ja niiden pohjalta selvitysryhmän tekemä karkea laskelma kertoo suuruusluokan olettaen, että samaan aikaan henkilökuntaa ei ole pystytty juurikaan rekrytoimaan ulkopuolelta.¹

Yksityisen sektorin sisällä henkilöstön uudelleen kohdentamista koronan vuoksi ei ole välttämättä tarvinnut tehdä samassa määrin kuin julkisella sektorilla. Yksityisen toimia voi säädellä henkilöstön vajauksesta johtuvaa palvelutuotannon määrää helpommin kuin julkinen toimija. Kuntien ja sairaanhoitopiirien tulee – myös poikkeustilanteissa – huolehtia palvelujen järjestäjänä lainsäädännön edellyttämästä hoitoon ja hoivaan pääsystä. Yksityistä palveluntuottajaa sitoo ensisijaisesti tehdyt palvelusopimukset. Yksityinen palveluntuottaja voi esimerkiksi työvoiman saatavuuteen viitaten pyrkiä muuttamaan tehtyä sopimusta tai irtisanoa sopimus tai ääritilanteessa jopa ilmoittaa palvelutuotannon kokonaan lopettamisesta.

Selvitysryhmän kuulemisten perusteella merkille pantavaa oli, että huoli sote-ammattilaisten riittävydestä oli yhteinen niin julkisen kuin yksityisen sektorin edustajilla. Niin ikään huoli oli valtakunnallinen. Työvoimavajeessa ei nähty enää olevan sellaisia alueellisia eroja kuin, mitä muutama vuosi sitten oli eteläisen Suomen ja muun maan sekä suurten kaupunkien ja pienten kuntien välillä.

Annetuissa lausunnoissa ja kuulemistilaisuuksissa nousi vahvasti esille yhtenä harkittavana asiana henkilöstön määrä ja koulutusvaatimukset. Palvelujen tuottajien (kunnat, sairaanhoitopiirit ja Hyvinvointiala HALI ry) sekä kuntatyönantajan (KT) toive oli joustojen mahdollistaminen henkilöstön käyttöä sääteleviin mitoituksiin ja tähän liitty-

¹ Tiedonannot: Alatalo Heidi, Oulun kaupunki, 11.4.2022, Sanna Mustajoki, Porin kaupunki, 28.4.2022, Hans Gärdström, Etelä-Savon sosiaali- ja terveystalvelujen kuntayhtymä 12.4.2022, Pasi Virtanen, Pirkanmaan sairaanhoitopiiri 13.4.2022.

vään valvontaan ja sanktiointiin pandemiatilanteessa. Työntekijöitä edustavien järjestöjen lausunnoissa asiaan suhtauduttiin varauksellisemmin ja korostettiin enemmänkin osaavan henkilöstö riittävää määrää myös poikkeustilanteissa.

Sosiaali- ja terveydenhuollon työvoimaan määrään vaikuttaa lähivuosina keskeisesti väestön ikääntymisestä aiheutuva hoidon ja hoivan tarpeen lisääntyminen. Koulutetun työvoiman tarvetta lisää myös se, että alalta eläköityy enenevässä määrin osaajia. Kolmantena työvoimatilanteeseen vaikuttavana tekijänä ja huolena kuulemisissa nähtiin toimialan kiinnostavuuden heikkeneminen työmarkkinoilla. Tämän todettiin kohdistuvan erityisesti hoitajatehtäviin ja halukkuuteen kouluttautua niihin.

Henkilöstöllä on ollut erittäin keskeinen merkitys koronan hoidossa ja terveysturvallisuuden ylläpidossa. Henkilöstön saatavuus, riittävyys ja osaaminen ovat olleet palvelutuotannon kriittinen tekijä ja haaste pandemian aikana. Toisaalta henkilöstön riittävyyden turvaaminen – ainakin lyhyellä aikavälillä – on vaikeasti ratkaistava asia. Tämän vuoksi sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstön riittävyyttä ja osaamista parantavien kehittämistoimenpiteiden tulisikin jatkossa olla monipuolisia, johdonmukaisia ja pitkäjänteisiä sekä alan ammattilaisuutta tukevia.

5.2 Palvelujärjestelmä

Palvelujen saatavuus ja käyttö

Koronaepidemiolla on ollut merkittäviä vaikutuksia sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmään ja sitä kautta palvelujen piirissä oleviin henkilöihin. Erityisesti pandemian alkuvaiheessa muiden kuin koronan hoitoon liittyvien terveydenhuoltopalvelujen käyttö väheni merkittävästi.¹ Neuvolan, kouluterveydenhuollon ja opiskeluterveydenhuollon palveluista on tehty runsaasti epidemian aikana henkilöstösiirtoja, mikä on heikentänyt lasten ja nuorten palvelujen toimintaedellytyksiä.² Osa käyntikertojen vähenemisestä johtui asiakkaiden itsensä tartuntavaaran vuoksi perumista ajoista. Eniten käynnit ovat vähenneet suun terveydenhuollossa, fysioterapiassa sekä koulu- ja opiskeluterveydenhuollossa. Esimerkiksi lasten ja nuorten mielenterveyspalvelujen

¹ Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL). 2022e. Koronaepidemian vaikutukset hyvinvointiin, palveluihin ja talouteen.

² Hakulinen ym. 2020. "Pahin syksy ikinä": Lasten, nuorten ja perheiden peruspalvelut koronasyksynä 2020. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL), työpapereita 37/2020.

käyttö väheni 28 %:lla, kiireelliset päivystyskäynnit 40 %:lla.¹ Suun terveydenhuollon osalta hoitovelkaa on kahden ensimmäisen koronavuoden aikana ehtinyt kertyä arviolta noin 1.4 miljoonan käynnin verran. Vaikka avosairaanhoidon käynnit ovatkin kokonaisuutena jopa kasvaneet sekä etäasiointi lisääntyi etenkin sairaanhoitajien ja terveydenhoitajien vastaanotoilla, hoitovelkaa on syntynyt perusterveydenhuoltoon merkittävästi erityisesti pitkäaikaissairauksien hoidossa ja seurannassa.² Palveluvelka näkyy muun muassa pitkäaikaissairauksien diagnoosien merkittävänä vähenemisenä aiempaan verrattuna.

Kuntien välillä on kuitenkin suuria eroja. Osassa kuntia vastaavia resurssisiirtoja ei ole tehty eikä palveluvelkaa ole syntynyt. Esimerkiksi keväällä 2020 Oulun kaupungin terveyspalveluiden kiireettömät vastaanotot toimivat normaalisti sekä hyvinvointikeskuksissa että neuvoloissa ja erikoispoliklinikoilla. Toisaalta kiireettömään hammashoittoon ei annettu koronapandemian alussa uusia tarkastusaikoja, vaan asiakkaat siirrettiin jonoon. Perhevalmennukset peruttiin ja muutettiin etävalmennukseksi, mutta kouluterveydenhuollon terveystarkastuksia ja muita sovittuja käyntejä jatkettiin toistaiseksi kouluterveydenhuollon tiloissa etäopetuksen tai koulujen sulkemisen aikana. Yli 70-vuotiaiden oululaisten kiireettömiä terveyspalveluita, kuten ryhmätoimintaa ja kiireettömiä aikoja, muutettiin etäpalveluiksi tai peruttiin asiakkaiden suojelemiseksi. Suunniteltu seniorineuvolapilotin toteutus siirtyi myöhempään ajankohtaan koronavirustilanteen vuoksi. Hyvinvointikeskusten vastaanotoilla ja terapiapalveluissa otettiin käyttöön videovälitteinen vastaanottotoiminta korvaamaan paikan päällä tapahtuvia vastaanottoja. Vuoden 2021 syksyn suuri vastaanottojen kysyntä sekä valtavirukseksi noussut omikronmuunnos moninkertaistivat päivittäisten tartuntojen määrän ja ruuhkauttivat koronavirustestauksen, tartunnanjäljityksen ja perusterveydenhuollon palvelut. Hoitoon pääsyn ajat pidentyivät. Koko vuoden osalta hoitoon pääsy oli lääkäriaikojen suhteen keskimäärin 28 päivää ja hoitaja-ajoissa 26 päivää. Lisätyöstä ja kiireettömään hoitoon panostuksesta huolimatta kuuden kuukauden suun terveydenhuollon hoitotakuu ei toteutunut vuosien 2020–2021 aikana.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen rekisterien mukaan³ myös erikoissairaanhoidossa on jouduttu vähentämään palvelujen tarjontaa kiireellisen toiminnan turvaamiseksi. Yli kuusi kuukautta hoitoa odottaneiden osuus oli ennen epidemiaa noin 2.5 %, mutta

¹ Yunus ym. 2022. Registered psychiatric service use, self-harm and suicides of children and young people aged 0-24 before and during the COVID-19 pandemic: a systematic review. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 16, 15.

² Diagnostoituja tautitapauksia oli 15–30 % vähemmän tammi–lokakuussa 2020 verrattuna vuoden 2019 vastaavaan aikaan. Ks. esim. IMPRPO. 2021. Pitkäaikaissairauksien diagnosointi on vähentynyt koronaviruspandemian aikana perusterveydenhuollossa. Järjestelmän vaikuttavuus, blogikirjoitukset.

³ Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL). 2022e. Koronaepidemian vaikutukset hyvinvointiin, palveluihin ja talouteen.

marraskuussa 2021 jo 6.3 %.¹ Sairaanhoidopiirien ja erikoisalojen välillä on kuitenkin vaihtelua. Vertailutietona Pohjois-Pohjanmaalla erikoissairaanhoidoa yli kuusi kuukautta odottaneiden määrä oli vuoden 2020 lopussa 0.9 % ja vuoden 2021 2 %. Erityisesti psykiatrian erikoisaloilla jonot ovat kasvaneet merkittävästi. Yli puoli vuotta hoitoa odottaneiden osuus kasvoi alle 3 %:sta vuoden 2019 lopussa lähes 16 %:iin vuoden 2021 lopussa. Samaan aikaan psykiatrisen erikoissairaanhoidon avohoitokäyntien määrä on pienentynyt. Vakavien mielenterveyden häiriöiden osalta hoitoketjuja on katkennut, annettua hoitoa on saatettu vähentää ja toiminnallisen kuntoutuksen palveluja on ollut tavanomaista vähemmän saatavilla.¹ Esimerkiksi Oulun kaupungissa aikuisten, lasten ja nuorten mielenterveyspalvelujen hoitotakuun ylitykset poistuivat keväällä 2021 aikana ja jono kääntyi laskuun. Syksyllä jonotilanne vaikeutui uudelleen henkilöstövajeiden vuoksi. Lasten- ja nuorisopsykiatrisessa työryhmässä ylityksiä purettiin myös ostopalveluna.²

Myös uusia syöpiä diagnosoitiin noin 1400 tapausta vähemmän kuin olisi odotettu ilman pandemiaa. Rintasyöpien toteaminen väheni 8 % ja ihomelanoomien peräti viidenneksen.³ Diagnostiiviveet voivat hankaloittaa hoitoa ja johtaa komplikaatioihin ja pitkäaikaisiin terveysongelmiin, jopa kuolleisuuden lisääntymiseen.⁴ Diagnostimatta jääneet tapaukset voivat myös myöhemmin aiheuttaa terveydenhuollon kuormittumista. Koronapandemia johti uusien raportoitujen syöpätapausten määrän väheneemiseen samankaltaisesti kaikissa Pohjoismaissa, mutta eniten laskua tapahtui Ruotsissa ja Suomessa.⁵

HUSn⁶ mukaan pandemian vaatimien henkilöstösiirtojen, leikkaussalihenkilöstön lisääntyneiden sairauspoissaolojen, pandemian vaatiman vuodeosastohoidon aiheuttaman leikkauspotilaiden vuodeosastohoidon kapasiteettivajauksen, terveydenhuollon henkilöstön huonon saatavuuden ja teho-osastopaikkapulan vuoksi vuosina 2020–2021 HUSssa tehtiin yhteensä noin 15 000 leikkausta vähemmän vuoden 2019 HUSin

¹ Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL). 2022f. Hoitoonpääsy erikoissairaanhoidossa 31.12.2021. Hoitovelka kiireettömään erikoissairaanhoidoon kasvanut. Tilastoraportti 04/2022.

² Kokemustieto Oulun kaupungilta (Kirsti Ylitalo-Katajisto).

³ Syöpäjärjestöt. 2021. Koronapandemia vähensi rintasyöpien ja ihomelanoomien toteamista.

⁴ Diagnostoituja tautitapauksia oli 15–30 % vähemmän tammi–lokakuussa 2020 verrattuna vuoden 2019 vastaavaan aikaan. Ks. esim. IMPRPO. 2021. Pitkäaikaissairauksien diagnostiikka on vähentynyt koronaviruspandemian aikana perusterveydenhuollossa. Järjestelmän vaikuttavuus, blogikirjoitukset 7.4.2021.

⁵ Johansson ym. 2022. The impact of the COVID-19 pandemic on cancer diagnosis based on pathology notifications: A comparison across the Nordic countries during 2020. *International Journal of Cancer* (verkojulkaisu).

⁶ Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoidopiirin (HUS) lausunto 7.3.2022 selvitysryhmälle.

leikkausten määrään verrattuna. Myös Kanta-Häme¹ toteaa lausunnossaan, että pandemian jatkuminen muodostaa jatkuvasti tilanteen, jossa osa hoitojärjestelmän resursseista niin perus- kuin erityistasolla joudutaan suuntaama covid-potilaiden hoitoon. Ylimääräistä resurssia palvelujärjestelmässä ei varsinaisesti ole, vaan tämä COVID-19 potilaiden hoitoon käytettävä resurssi on pois muusta palvelutuotannosta. Käytännössä tämä näkyy hoitoa odottavien määrän kasvuna ja toisaalta viivästyvien diagnoosien myötä piiloon jäävänä hoidon tarpeena. Lääkäriliitto² pitää lausunnossaan tärkeänä, ettei resursseja ohjattaisi muiden sairauksien hoidosta, koska merkittävästi suurempi kansanterveydellinen vahinko syntyisi diagnosoimatta, hoitamatta jääneiden tapausten tai viivästyneiden hoitojen kautta, kuin itse pandemian kautta.

Kuulemisissa nousi huoli myös kuntien tehtävien lisäämisestä pandemian aikana.³ Tällainen uusi tehtävä oli muun muassa koronatodistusten tekeminen EU:n ulkopuolelta annetuista rokotuksista, joka sitoo terveydenhuollon resursseja, eikä ole selvää, kuinka kauan sitä tulee kunnissa jatkaa. Tehtävä olisi tarkoituksenmukaisinta hoitaa joko kansallisella, keskitetyllä ratkaisulla tai alueilla keskitetysti kuten osassa Suomea on tehtykin.

Yksityisen toiminnan rooli nousee kuulemisessa^{4 5} ja myös muissa selvityksissä⁶ esille koronapandemian hoitamisessa. Kuulemisten perusteella yksityinen sektori on osallistunut pandemian torjuntaan melko vähäisesti ja vaihtelevasti vaikkakin koronatestauksissa yksityisillä palveluntuottajilla on osalla alueista nykyisellään merkittävä rooli. Esimerkiksi Oulun kaupungissa yksityisiä palvelujen tuottajia hyödynnettiin muun muassa näytteenotossa ja rokottamisessa.⁷ Jäljittämisessä yritysten ja järjestöjen resursseja olisi ollut mahdollista hyödyntää huomattavasti laajemmin. Työterveyshuollon laajamittaisempi hyödyntäminen rokottamisessa tapahtui kolmannen rokotuskierroksen yhteydessä joulukuussa 2021. Myös Oulun kaupungissa yksityiset palvelujen tuottajat aloittivat tuolloin koronarokotukset työterveysasiakkailleen⁴. Hyvinvointiala HALI ry:n mukaan⁸ yksityisillä palveluntuottajilla on osoittaa nopeastikin kapasiteettia eri toimintoihin. Kokonaisuuden näkökulmasta optimaalista kuitenkin olisi, että

¹ Kanta-Hämeen sairaanhoitopiirin kuntayhtymän (KHSHP) lausunto 16.3.2022 selvitysryhmälle.

² Suomen lääkäriliiton lausunto 15.3.2022 selvitysryhmälle.

³ Espoon kaupungin lausunto 8.3.2022 selvitysryhmälle.

⁴ Espoon kaupungin lausunto, kuulemistilaisuus 10.3.2022.

⁵ Hyvinvointiala HALI ry:n lausunto, kuulemistilaisuus: sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmän varautuminen 10.3.2022.

⁶ Stenvall ym. 2022. Koronajohtaminen Suomessa: Arvio covid-19-pandemian johtamisesta ja hallinnosta syksystä 2020 syksyyn 2021. Valtioneuvoston selvitys- ja tutkimustoiminnan julkaisusarja 2022: 34.

⁷ Kokemustieto Oulun kaupungilta (Kirsti Ylitalo-Katajisto).

⁸ Hyvinvointiala HALI ry:n lausunto 8.3.2022 selvitysryhmälle.

tarpeita kyettäisiin ennakoimaan edes viikkojen tai kuukausien aikataululla. Näin kyettäisiin myös tarvittaessa jakamaan tehtäviä, mikäli alueilla tähän nähdään tarvetta: esimerkiksi niin, että yksityinen hoitaa testausta, julkinen pitää resursseillaan perusterveydenhuollon pyörimässä.¹

Koronapandemialla on ollut vaikutusta myös sosiaalipalvelujen saatavuuteen ja käyttöön. Sosiaalipalveluissa palveluvajeista ja ongelmista kertovat signaalit ovat näkyneet voimakkaasti erityisesti ikääntyneiden palveluissa. Henkilöstöpula vaikeuttaa jo ennestään kuormittunutta tilannetta.² Koronapandemian alussa keväällä 2020 huomio keskittyi yli 70 vuotiaiden ikäryhmän, pitkäaikaissairaiden ja erityisryhmien suojelemiseen. Sosiaali- ja terveyspalveluissa suljettiin ikäihmisten ja erityisryhmien päivä- ja kerhotoimintoja. Esimerkiksi Oulun kaupungissa ikäihmisille suunnattu vuorohoito suljettiin. Vuorohoitoa tarvitsevat asiakkaat saivat tarvitsemansa välttämättömät palvelut kotiinsa. Vuorohoito ja ikäihmisten päivätoiminta käynnistyivät syksyllä uudelleen koronatilanteen parannuttua. Loppuvuonna 2020 pahentunut koronatilanne aiheutti jälleen palvelujen sulkemisen tilanteen, muun muassa ikäihmisten kuntouttava päivätoiminta keskeytyi uudelleen. Tehostetun asumispalvelun asiakkaat osallistuivat asumisyksikön järjestämään viriketoimintaan, ulkoiluun tai etäohjattuun toimintaan huomioiden turvallisuus ja tartuntariskin minimointi. Vammaisille henkilöille järjestettiin etäohjattua päivätoimintaa ja omaishoidon tuen lyhytaikaishoitoa korvattiin kotiin annettavalla avustajapalvelulla. Monissa palveluissa tehtiin digiloikka ja palvelun järjestämisen tavat pyrittiin hoitamaan vaihtoehtoisilla tavoilla.² Oulun kaupungissa pyrittiin järjestämään omaishoidon vapaat³, mutta Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen lausunnon⁴ mukaan kolmannes kunnista ilmoitti, että lakisääteisiä vapaita ei ollut kyetty järjestämään suunnitellusti ja epidemia on vaikuttanut heikentävästi omaishoitajien vapaiden järjestämiseen.

Koronapandemian alussa Oulun kaupungissa nähtiin tarpeelliseksi ohjeistaa sosiaalihuollon palveluissa olevien asiakkaiden palveluiden lakisääteisyyttä. Poikkeuslainsäädännön voimassa olon aikana palveluita ei voinut lakkauttaa vaan palveluita oli järjestettävä eri tavalla esim. etäyhteyksin.³ Ohjeistuksen tarve ja rajoitustoimenpiteiden lainmukaisuus ja kohtuullinen käyttö nousi huolenaiheena esille myös Terveyden ja

¹ Stenvall ym. 2022. Koronajohtaminen Suomessa: Arvio covid-19-pandemian johtamisesta ja hallinnosta syksystä 2020 syksyyn 2021. Valtioneuvoston selvitys- ja tutkimustoiminnan julkaisusarja 2022: 34.

² Kestilä ym. (toim.). 2022. Covid-19-epidemian vaikutukset hyvinvointiin, palvelujärjestelmään ja kansantalouteen Asiantuntija-arvio, kevät 2022. Raportti 4/2022. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL).

³ Kokemustieto Oulun kaupungilta (Kirsti Ylitalo-Katajisto).

⁴ Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen (THL) lisälausunto 20.4.2022 selvitysryhmälle.

hyvinvoinnin laitoksen lausunnossa.¹ Myös Oulun kaupungissa ohjeiden yhteensovittaminen ja tulkinta oli alussa työlästä, kunnes tilanne selkeytyi. Sosiaalipalveluissa ohjeistettiin välittömästi oman toiminnan palvelut sekä ostopalveluiden palveluntuottajat. Palveluntuottajien varautumissuunnitelmat kartoitettiin ja pyydettiin saattamaan ajan tasalle. Varautumissuunnitelmissa korostuivat suojainten tarve sekä henkilöstön saatavuuden ja osaamisen turvaaminen. Yhteensovittaminen ja tulkinta oli alussa työlästä, kunnes tilanne selkeytyi. Sosiaalipalveluissa ohjeistettiin välittömästi oman toiminnan palvelut sekä ostopalveluiden palveluntuottajat. Palveluntuottajien varautumissuunnitelmat kartoitettiin ja pyydettiin saattamaan ajan tasalle. Varautumissuunnitelmissa korostuivat suojainten tarve sekä henkilöstön saatavuuden ja osaamisen turvaaminen. Yksityisille palveluntuottajille, henkilökohtaisille avustajille sekä kuljetuspalvelun sopimusautoilijoille jaettiin suojainvarusteet ja ohjeistettiin suojainten käyttämisestä. Osalle palveluntuottajista sovittiin kustannusten maksaminen, jos he hankkivat suojaimet itse.²

Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen lausunnon¹ mukaan vanhuspalvelujen yksiköt ovat hoitaneet merkittävän määrän koronapotilaita ympärivuorokautisen hoidon yksiköissä ja kotihoidossa, mikä on merkittävästi keventänyt sairaalahoidon tarvetta. Osassa vanhuspalveluyksiköissä on ollut kuitenkin puutteellisesti saatavilla terveydenhuollon tukea koronaan sairastuneiden hoitamiseen. Pandemian alussa kohdentui paljon neuvontaa ja ohjausta asiakkaiden, omaisten ja yksityisten palveluntuottajien kyselyihin.³ Kuulemisessa tuli esille vaadittujen eristämisen- ja rajoitustoimenpiteiden paikoin mahdoton toteuttaminen sosiaalipalvelujen yksiköissä. Eristämisen- ja rajoitustoimet ovat paikoin johtaneet myös vammaispalvelujen asiakkaan oikeuksien kannalta kohtuuttomiin tilanteisiin. Esimerkiksi Oulussa erillisiä ohjeistuksia laadittiin kuljetuspalveluihin ja henkilökohtaiseen apuun. Vammaisten osalta kuljetuspalveluiden ja henkilökohtaisen avustamispalvelun osuus väheni, koska eivät päässeet kotoa sulkujen takia harrastuksiin.²

Hoito- ja palveluketjun toimivuus

Koronapandemialla on ollut vaikutuksia avovastaanottojen ja sairaalahoidon lisäksi myös muuhun sosiaali- ja terveydenhuollon järjestelmään ja hoito- ja palveluketjujen sujuvuuteen.⁴ Vahvuutena epidemian hoitamisessa on nähty hyvä pandemiasuunnitelma, joka ottaa kantaa pandemian hoidon sosiaali- ja terveyspalvelujen kapasiteetin

¹ Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen (THL) lisälausunto 20.4.2022 selvitysryhmälle.

² Kokemustieto Oulun kaupungilta (Kirsti Ylitalo-Katajisto).

³ Etelä-Savon sairaanhoitopiirin (ESSOTE) lausunto 8.3.2022 selvitysryhmälle.

⁴ Yliopistosairaaloiden johtajaylilääkäreiden kuulemistilaisuus 10.3.2022.

kokonaisuutena.¹ Esimerkiksi Kainuu² toteaa omassa lausunnossaan, että on tärkeä tarkastella koko osastohoidon ketjua erikoisairaanhoidosta, perusterveydenhuollosta, sosiaalihuollon ympärivuorokautisesta hoidosta sekä kotiin annettaviin palveluihin, kuten kotisairaalaan ja kotihoitoon. Kokemusten mukaan pandemian aikana perusterveydenhuollon toimintakyky ja jatkohoitoon pääsy ovat vaikuttaneet sairaalahoitopaikkojen epätarkoituksenmukaiseen käyttöön³. Tämä on johtunut pääosin henkilöstöpulasta, mutta myös koko ajan vähenevistä perusterveydenhuollon laitoshoidon paikoista. Henkilöstöpulan vaikutuksesta esimerkiksi Oulun kaupunginsairaalassa on pitkään ollut noin 70 paikan vähennys, mikä on vaikeuttanut potilaiden jatkohoitoon pääsyä. Tieto vapaana olevien osastohoitopaikkojen määrästä nähtiin ongelmallisena.¹ Myös Terveyden ja hyvinvoinnin laitos toteaa lausunnossaan⁴, että kotisairaaloiminta on nykyisellään riittämätön kattamaan epidemiatilanteen tukea. Kotisairaalan ja kotisairaanhoidon kyvykkyys ja tieto niistä hidastivat sujuvaa kapasiteetin käyttöä. Kansallisella tasolla keskityttiin sairaalapaikkojen riittävyyteen ja niiden koordinointiin, mutta vastaavanlainen peruspalvelujen tilannekuvan kokoaminen ja vuoropuhelu käynnistyivät sosiaali- ja terveysministeriön johdolla alkuvuodesta 2022. Tämä koettiin liian myöhäisenä.

Etenkin kotiin vietävissä sosiaalipalveluissa on ollut ajoittain erittäin suuria haasteita henkilökuntavajeesta johtuen.⁵ Työntekijäpula ja heidän sairastumisensa koronaan aiheuttivat suuria haasteita henkilöstön riittävyyteen erityisesti kotihoidossa ja kaupunginsairaalassa. Sosiaalipalveluista ja ikäihmisten palveluista määritettiin ne kriittiset toiminnot, jotka pyritään pitämään toiminnassa, mikäli koronatilanne pahenee. Lisäksi tehtiin suunnitelmaa koronatyöhön siirrettävissä olevasta henkilöstöressurssista. Henkilöstöä jouduttiin siirtämään sekä käyttämään rokottamatonta henkilöstöä.⁶

Kokonaisuutena integroitu toimintamalli on vaikuttanut selvästi olevan tehokkain tapa hoitaa epidemiaa, esimerkkinä koronan vuoksi osastohoitoa tarvitsevien hoito yhdellä vuodeosastolla.⁷ Keskitetyillä toimintamalleilla on tunnistettu hyötyä ja tulevaisuudessa osastohoidon paikkojen kokonaisuoptimointi toteutunee hyvinvointialueella paremmin. Keskiössä on selkeän mallin luominen eri tasoille (valtakunnallinen, yhteistointialue, hyvinvointialue, kunta) jatkohoitopaikkojen käytöstä perustuen päivitty-

¹ Etelä-Savon sairaanhoitopiirin (ESSOTE) lausunto 8.3.2022 selvitysryhmälle.

² Kainuun sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymän lausunto 16.3.2022 selvitysryhmälle.

³ Lapin sairaanhoitopiirin lausunto 16.3.2022 selvitysryhmälle.

⁴ Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen (THL) lisälausunto 20.4.2022 selvitysryhmälle.

⁵ Jyväskylän kaupungin lausunto 8.3.2022 selvitysryhmälle.

⁶ Jyväskylän kaupungin lausunto 8.3.2022 selvitysryhmälle.

⁷ Päijät-Hämeen hyvinvointiyhtymän (PHHYKY) lausunto 15.3.2022 selvitysryhmälle.

vään tilannekuvaan ja keskitettyyn, nopeaan päätöksentekoon. Keskeistä henkilöstö-resurssien koordinoinnissa on se, että resurssit allokoidaan sairaanhoitopiirin alueella jatkossa hyvinvointialueella niin, ettei epidemian vuoksi synny erityisiä esteitä ja pulonkauloja hoidon järjestämisessä. Huoli sairaalapakasiteetin riittävydestä ja tarvittava varallaolo nousi kuulemisissa vahvasti esille. Ukrainan sodan vuoksi infektioturvallisuuden ja pandemiavalmiuden ylläpitäminen eivät ole ainoita syitä ylläpitää sairaalahoidossa varallaolopakasiteettia.¹

Koronaepidemian vaikutus eri väestöryhmien palveluihin

Palvelujärjestelmään epidemian aikana kohdistuneet muutokset ovat vaikeuttaneet erityisesti vaikeassa sosiaalisessa tilanteessa olevien, kuten mielenterveys- ja päihdekuntoutujien, asunnottomien ja toimintakyvyn vuoksi erityistä tukea tarvitsevien henkilöiden, palvelujen saamista ja asiointia.² Kestilän ja muiden³ mukaan tukea tarvitsevien perheiden määrä kasvoi äitiys- ja lastenneuvolassa, opiskelu- ja kouluterveydenhuollossa sekä sosiaalipalveluissa ja lastensuojelussa. Esimerkiksi joissakin kunnissa kotipalvelu ja perhetyö olivat tauolla, vaikka niiden tarve oli suuri. Myös Sosiaalibarometrin⁴ tulosten mukaan palvelujärjestelmä ei ole onnistunut auttamaan riittävästi kaikkia ihmisryhmiä koronan aikana. Koronapandemia vaikutti heti alkuun niiden ihmisten elämään, jotka olivat jo lähtökohtaisesti riippuvaisia monista eri sosiaali- ja terveyspalveluista. Lisäksi tilannetta hankaloitti se, että autettavien määrä kasvoi samalla, kun avun antaminen vaikeutui. Tarvittavia palveluja ei ollut saatavilla, vaikka avun tarve lisääntyi. Ehkäiseviä peruspalveluja supistettiin pandemian alkuajana voimakkaasti. Myös palveluiden toteuttamisen tavat ovat muuttuneet pandemian aikana.⁵ Tämä johti siihen, että erityisesti lapset, nuoret ja perheet jäivät yksin tiedon, tuen ja avun tarpeineen ja myös ammattilaiset ovat huolissaan lasten, nuorten ja perheiden hyvinvoinnista.⁶

¹ Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen (THL) lausunto 7.3.2022 selvitysryhmälle

² Varanka ym. COVID-19 -kriisin yhteiskunnalliset vaikutukset Suomessa: Keskipitkän aikavälin arvioita. Valtioneuvoston julkaisuja 2022:14.

³ Kestilä ym. (toim.). 2022. Covid-19-epidemian vaikutukset hyvinvointiin, palvelujärjestelmään ja kansantalouteen Asiantuntija-arvio, kevät 2022. Raportti 4/2022. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL).

⁴ Eronen ym. 2020. Sosiaalibarometri 2020. Koronakriisi ja palvelujärjestelmän joustavuus. SOSTE Suomen sosiaali ja terveys ry.

⁵ Harrikari ym. 2021. Sosiaaliala ja koronaviruspandemia: Sosiaalialan ammattilaisille 2021 ja 2020 esitettyjen kyselyjen tuloksia. Pohjois-Suomen sosiaalialan osaamiskeskuksen julkaisusarja Nro 46.

⁶ SOSTE Suomen sosiaali ja terveys ry:n lausunto 11.4.2022 selvitysryhmälle.

Kuulemisissa huolta on herättänyt iäkkäiden ympärivuorokautisten asumispalveluiden ja kotiin vietävien palveluiden turvaaminen.¹ Henkilöstön riittävyden lisäksi rajoitettu, virikkeetön arki on laskenut ikäihmisten toimintakykyä ja nopeuttanut muistisairauksien etenemistä.² Siksi olisi tärkeää, että iäkkäiden ryhmäpalvelut eivät jatkossa keskeydy kokonaan. Lisäksi tarvitaan palautussuunnitelma, miten palvelut saadaan täysimääräisesti käynnistyttyä. Useissa kaupungeissa ja myös Oulussa käynnistettiin yhdessä eri toimijoiden kanssa Oulu-apu, joka kartoitti ikääntyvien oululaisten arjessa pärjäämistä ja järjesti muun muassa kauppapalveluja. Koronaepidemia alkoi näkyä myös kuntalaisten ahdistuksena tai taloudellisia huolina, tai kärjistäen jo aiempia elämän ongelmia. Kuntalaisille, joilla oli huolta esimerkiksi taloudesta, jaksamisesta, lasten kasvatuksesta tai mielenterveys- tai päihdeongelmista, kehoitettiin olemaan yhteydessä oman hyvinvointikeskuksen sosiaalityöntekijään. Kaupungin verkkosivuilta löytyi kootusti psykososiaalisen tuen yhteystiedot sekä kaupungin omat palvelut että järjestöjen ja seurakuntien tarjoamat palvelut. Myös Kestilän ja muiden³ mukaan koronaepidemian aikana yleistyneet työttömyys ja lomautukset ovat aiheuttaneet väestössä talousongelmia ja huolta toimeentulon riittävydestä etenkin naisvaltaisilla aloilla.

Varankan ja muiden mukaan erityisesti mielenterveyden osalta on syntynyt merkittävää jonoutumista ja hoitosuhteita on katkennut. Päihdepalvelussa suurimmat palveluvajeet ovat asunnottomilla tai epävarmoissa olosuhteissa olevilla matalan kynnyksen palveluja tarvitsevilla sekä nuorilla päihteiden käyttäjillä⁴. Nuorten päihteiden käyttäjien kuolemat ovat lisääntyneet. Etä- tai digipalvelut eivät useinkaan ole riittäviä. Myös koronaan sairastuneilla on huomattavia mielenterveysongelmia suhteessa kausi-influenssan sairastaneisiin verrokkeihin.⁵ Opiskelijoiden korona-ajan vaikutuksista ja kokemuksista mielenterveyteen on jo tutkittua tietoa⁶ ja selvityksiä⁷ olemassa. Myös

¹ Hyvinvointiala HALI ry:n lausunto 8.3.2022 selvitysryhmälle.

Jyväskylän kaupungin lausunto 8.3.2022 selvitysryhmälle.

Yliopistosairaaloiden johtajaylilääkäreiden kuuleminen 10.3.2022.

² Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen (THL) lisälausunto 20.4.2022 selvitysryhmälle.

³ Kestilä ym. (toim.). 2022. Covid-19-epidemian vaikutukset hyvinvointiin, palvelujärjestelmään ja kansantalouteen Asiantuntija-arvio, kevät 2022. Raportti 4/2022. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos (THL).

⁴ Varanka ym. COVID-19 -kriisin yhteiskunnalliset vaikutukset Suomessa: Keskipitkän aikavälin arvioita. Valtioneuvoston julkaisuja 2022:14.

⁵ Xie ym. 2022. Risks of mental health outcomes in people with covid-19: Co-hort study. *BMJ*, 376.

⁶ Sarasjärvi ym. 2022. Subjective mental well-being among higher education students in Finland during the first wave of COVID-19. *Scandinavian Journal of Public Health*, 1–7.

⁷ Kestilä ym. (toim.). 2022. Covid-19-epidemian vaikutukset hyvinvointiin, palvelujärjestelmään ja kansantalouteen Asiantuntija-arvio, kevät 2022. Raportti 4/2022. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos (THL).

kouluterveyskyselyn tulosten valossa voidaan todeta suomalaisnuorten mielenterveysoireilun lisääntyneen ja psyykkisen hyvinvoinnin heikentyneen COVID-19-epidemian aikana.¹ Kevään 2021 oululaisten kouluterveyskyselyssä nuoret raportoivat lisääntyneitä mieliala- ja ahdistusoireilua, yksinäisyyttä ja heikentyneitä positiivista mielenterveyttä. Erityisesti tyttöjen oireilu on lisääntynyt.² Kouluterveyskyselyssä opiskelijat raportoivat mielenterveysoireilua, mutta oireilu on todennäköisesti ohimenevää ja helpottunee epidemiatilanteen rauhoittuessa.

Varanka ja muut³ toteavat, että koronakriisin sosiaalisia vaikutuksia voi tarkastella yhtäältä palvelujärjestelmän, toisaalta väestön ja sen eri osien näkökulmasta. Näkökulmat kytkeytyvät kuitenkin toisiinsa. Vaikutukset palvelujärjestelmään voivat heijastua välittömästi tai viiveellä ihmisten hyvinvointiin, ja ihmisten hyvinvoinnin kuormitus puolestaan haastaa palvelujärjestelmää. Perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon hoitojen viivästyminen ja hoitovelan purkaminen kestää vuosia. Mahdollinen ali-diagnosointi saattaa myöhemmin lisätä kuormitusta. Sosiaalihuollon palveluissa tukea tarvitsevien tilanteet ovat monen kohdalla vaikeutuneet, ja tukea tarvitsevien piiriin on tullut uusia ihmisiä. Piilossa olevasta palveluvelasta ei ole kuitenkaan tarkkaa tietoa. Palvelujärjestelmällä on sosiaalisia vaikutuksia koskeva tietopohja vaillinainen, joten ilmiön mittaluokka ja kehitysnäkymä akuutin kriisin hellitettyä on vaikea arvioida ja se tapahtunee viiveellä. Lapsista, nuorista ja perheistä osa tarvitsee aiempaa enemmän tukea sekä se tulee vaihtelevaan yksilöittäin sekä eriarvoisuuteen kytkeytyen. Ikääntyneiden osalta suurella osalla on koronan vuoksi elinpiiri supistunut, mutta suurin osa heistä selviytyy ja pärjää hyvin.

Hoito- ja palveluvelan purkaminen

Koronan aiheuttama hoito- ja palveluvelka nousi vahvasti esille kuulemisissa, koska resursseja on jouduttu käyttämään koronakriisin hoitamiseen. Helsingin kaupunki⁴ toteaa lausunnossaan, että COVID-19-pandemian aiheuttama hoitovelka on massiivinen ja sitä on päästävä purkamaan mahdollisimman nopeasti. Myös Varankan ja muiden⁵ mukaan sosiaali- ja terveydenhuollon palveluvelan purkaminen kestää vuosia. Mikään palvelujärjestelmän osa ei saisi jatkossa koronan takia halvaantua. Tavoite olisi hoitaa seuraavien epidemiahuippujen sosiaali- ja terveydenhuollon kuormitukset

¹ Aalto-Setälä ym. 2021. Pandemia ja nuorten mielenterveys - Kouluterveyskysely 2021. Tutkimuksesta tiiviisti 55/2021. Terveys- ja hyvinvoinnin laitos (THL).

² Oulun kaupunki. 2022. Laaja hyvinvointikertomus 2022.

³ Varanka ym. COVID-19-kriisin yhteiskunnalliset vaikutukset Suomessa: Keskipitkän aikavälin arvioita. Valtioneuvoston julkaisuja 2022:14.

⁴ Helsingin kaupungin sosiaali- ja terveystoimialan toimialajohtajan lausunto 9.3.2022 selvitysryhmälle.

ilman muun toiminnan supistamista. Muista lakisääteisistä tehtävistä joustamisen tulee olla tilapäisesti mahdollista myös muulloin kuin poikkeusoloissa ja pandemiatilanteissa ja uusia kunnille tai hyvinvointialueille määrättäviä tehtäviä on harkittava tarpeen.¹

Essoten² lausunnon mukaan hybridistrategian jatkototeutuksessa on tärkeä huomioida sellaiset toiminnot ja toimenpiteet, jotka vapauttavat erityisesti julkisten organisaatioiden sosiaali- ja terveystalouden henkilökuntaa palvelemaan asiakkaita ja potilaita niissä hoito-, palvelu- ja hyvinvointitarpeissa, jotka ovat koronaepidemian yhteydessä jääneet riittämättömällä tavalla toteutumatta. Hyvinvointiala HALI ry³ näkee, että niin perusterveydenhuollon vastaanotto toiminnassa, rokottamisessa, testaamisessa kuin sairaaloissa on sellaisia toimintoja, joita poikkeustilanteissa kannattaisi antaa yksityisille palveluntuottajille, jotta julkinen sektori voisi keskittyä välttämättömiin toimintoihin.⁵ Myös digitaalisia palveluja kannattaisi hyödyntää enemmän. Hoito- ja palveluvelan purkamisessa tulisi nopeasti reagoiden ottaa koko julkisen, yksityisen ja kolmannen sektorin kapasiteetti käyttöön julkisrahoitteisesti. Myös Varankan ja muiden² mukaan palveluvelkaan on reagoitava nopeasti, mikäli eriarvoisuuden kasvua halutaan hillitä, koska ihmisten palvelutarpeet ovat patoutuneet koronan pitkittymisen seurauksena. Siksi on tärkeää, että toimia ja resursseja kohdistetaan niihin väestöryhmiin, joilla avun tarve on suurin. Myös järjestösektorin voimavarojen hyödyntäminen on järkevää ja välttämätöntä ottaa tehokkaammin käyttöön esimerkiksi pitkittyvien sosiaalisten ja mielenterveyden ongelmien ehkäisemiseksi ja helpottamiseksi.⁴

Hoito- ja palveluvelan hallitussa purkamisessa yksityisillä palveluntuottajilla on paljon annettavaa. Hyvinvointiala HALI ry:n lausunnon mukaan⁵ yksityisten toimijoiden vastaanotokapasiteettia on mahdollista käyttää tehokkaasti tukemaan julkisen sektorin kiireettömän, mutta välttämättömän hoidon saatavuuden turvaamiseen keskeisten perusterveydenhuollon avovastaanottojen lisäksi erikoissairaanhoidon erikoisalojen osalta. Myös ne yksityiset palveluntuottajat, joilla on sairaalatoimintaa, voivat helpottaa julkisten sairaaloiden paineita. Sairaanhoidopiirien johdon ja ohjauksen alaisena ne voivat tarvittaessa suorittaa sairaanhoidopiirien akuutteja ja välttämättömiä ei-kii-reellisiä toimenpiteitä.⁵

Hyvinvointiala HALI ry:n antamassa lausunnossa¹ otetaan myös kantaa mekanismeihin, miten yksityisen sairaanhoidon tutkimus- ja hoitokorvaukset eli niin sanotut Kela-

¹ Espoon kaupungin lausunto 8.3.2022 selvitysryhmälle.

² Etelä-Savon sairaanhoidopiirin (ESSOTE) lausunto 8.3.2022 selvitysryhmälle.

³ Hyvinvointiala HALI ry:n lausunto 8.3.2022 selvitysryhmälle.

⁴ Aalto-Setälä ym. 2021. Pandemia ja nuorten mielenterveys - Kouluterveyskysely 2021. Tutkimuksesta tiiviisti 55/2021. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos (THL).

⁵ Hyvinvointiala HALI ry:n lausunto 8.3.2022 selvitysryhmälle.

korvaukset voitaisiin erittäin joustavasti ja kohdennetusti käyttää hoitovelan purussa. Suun terveydenhuollon käytännöllisiä välineitä ovat palvelusetelit ja Kela-korvauksen tilapäinen korottaminen. Kuntoutuksen osalta akuutissa epidemiatilanteessa on mahdollista neuvotella kuntoutuskeskusten hyödyntämisestä sairaalatasoisina paikkoina. Kuntoutuksen kohdalla on tärkeää, että koronaepidemian aikana luotujen etäkuntoutusmallien hyödyntämistä ja rahoitusta jatketaan esimerkiksi Kelan järjestämässä kuntoutuksessa.

5.3 Tehohoito

Koronaepidemia on heijastunut merkittävästi sairaaloiden teho-osastojen toimintaan. Vaikeasti sairaiden potilaiden tehohoitoon on jouduttu kohdentamaa lisää niin henkilöstöä ja tehohoitopaikkoja sekä myös tiloja ja laitteita.

Sairaaloissa oli 25.1.2022 mennessä hoidettu teho-osastoilla yhteensä 1 593 COVID-19-positiiviseksi varmistettua potilasta, joilla oli yhteensä 1 868 tehohoitopaksoa. Tehohoidon keskimääräinen kesto oli 11 vuorokautta. Hoidettavien keski-ikä oli 57 vuotta ja iän mediaani 59 vuotta. Potilaista miehiä oli 66 %. Koronan vuoksi tehohoidossa olleista potilaista 19 % menehtyi kyseisen sairaalahoitopaketin aikana. Muiden tehohoitopotilaiden osalta vastaava luku oli 11 %.¹ Päivitetyt tiedot sairaaloissa oli 11.4.2022 mennessä toteutunut yhteensä 2 156 koronapotilaan tehohoitopaksoa koko korona-aikana. Potilaiden keskimääräinen hoitoaika oli 8,6 vuorokautta. Potilaiden keski-ikä oli 56,7 vuotta ja iän mediaani 59 vuotta.²

Suomessa on yliopisto- ja keskussairaaloissa käytössä tällä hetkellä yhteensä 250–270 varsinaista tehohoitopaikkaa. Lisäksi sairaaloissa on erilaisia teho/osastovalvontapaikkoja, joiden lukumäärästä ei ole tarkka valtakunnallista kokonaiskuvaa.³

Selvitysryhmä kuuli tehohoidon järjestämisestä Suomen Tehohoitokonsortiota ja Tehohoidon kansallista COVID-19-koordinaatioryhmää. Tehohoitokonsortiossa ovat edustettuna kaikki yliopistolliset sairaalat ja sitä johtaa Kuopion yliopistollinen sairaala.

¹ Kuopion yliopistollinen sairaala (KYS). 2022. Tehohoidon tilannekuva: COVID-19 teho-osastoilla. Tilannekuvaraportti 2.2.2022. Kansallinen tehohoidon koordinoiva toimisto Kuopion yliopistollinen sairaala.

² Tehohoitokonsortion lausunto 18.3.2022 selvitysryhmälle.

³ Tehohoitokonsortion kuulemistilaisuus 22.3.2022.

Tehohoitokonsortion keskeinen esitys on, että Suomessa tulisi laatia valtakunnallinen tehohoitostrategia, jossa käsitellään erityisesti tehohoitoa poikkeus- ja kriisitilanteissa. Vastaavanlainen kehittämistarve ja tehohoidon kansallinen vahvistaminen tuli esille myös muiden terveydenhuollon edustajien kuulemistilaisuuksissa.^{1 2 3}

Valtakunnallisen tehohoitokonsortion ehdotuksen mukaan kansalliseen tehohoitostategian tulisi sisältää seuraavat asiakokonaisuudet ja/tai linjaukset:¹

1. Teho-osastojen resurssisuunnittelun tulee olla poikkeustilanteita varten valtakunnallisesti johdettua ja erityisvastuualueittain/yhteistyöalueittain sote-valmiuskeskuksen johdolla toteutettua. Näin voidaan varmistaa resurssien oikea kohdentaminen.

Valtakunnallisesti tulisi päättää, millaisiin poikkeusoloihin teho-osastojen tulee pystyä reagoimaan.

- Pitkäaikaisesti (yli kuukausi) siten, että sairaaloiden muu toiminta ei häiriinny. Esimerkiksi pitää pystyä hoitamaan 20 % tavallista enemmän tehohoitopotilaita.
 - Millainen potilasmäärä pitää kyetä hoitamaan siten, että samanaikaisesti voidaan silti hoitaa kriittinen ja kiireellinen leikkaustoiminta.
2. Tulee laatia suunnitelma tehohoidon toteuttamisesta äärimmäisen kriisin oloissa. Tässä yhteydessä tulee olla valmius toimia myös väistötiloissa.
 3. Tulee inventoida tehohoidon kannalta oleellinen laitteisto, tilat ja lääkkeet sekä tehohoitoon koulutetun henkilökunnan (lääkärit ja hoitajat) määrä valtakunnalliseen rekisteriin.
 4. Suomessa ei ole määritelty teho-osaston/tehovalvontaosaston kriteerejä. Määrittely olisi tärkeä, jotta tiedetään käytettävissä oleva resurssi teho- ja/tai tehovalvontahoitoon. Suomessa ei ole valtakunnallista kokonaiskuvaa etenkin tehovalvontahoitopaikoista.
 - Tulee tehdä teho-osastojen ja tehovalvontaosastojen akkreditointi-tyyppinen määrittely, jossa osastot luokitellaan esimerkiksi kolmeen kategoriaan sen mukaisesti, mitä hoitoa osastoilla vähintäänkin voidaan antaa.
 - Samassa yhteydessä tulee määritellä myös henkilöstöresurssitarpeet ja johtaminen sekä tilat ja laitteet

¹ Tehohoitokonsortion lausunto 18.3.2022 selvitysryhmälle.

² Sairaanhoidopiirien johtajaylilääkäreiden kuulemistilaisuus 17.3.2022.

³ Kunta- ja hyvinvointialuetyönantajien KT lausunto 9.3.2022 selvitysryhmälle.

5. Kaiken aikaa, myös normaaliloissa toimivan, ajantasaisen tehohoidon tilannekuvajärjestelmän luominen. Suomessa on teknisesti mahdollista koota automaattisesti muodostuva ja ajan tasalla oleva tilannekuva teho-osastojen kuorimituksesta. Tällainen on monissa maissa toteutettu. Tilannekuvajärjestelmä edellyttää tietoteknisiä järjestelyjä, joilla mahdollistetaan tiedon siirtyminen teho-osastojen järjestelmistä keskitettyyn tilannekuvaan.

Lähes kaikki aikuisten teho-osastot ovat Tehohoitokonsortion laaturekisterin ja siten automaattisen tiedonkeruun piirissä. COVID-19 -epidemian aikana tämä on mahdollistanut laaja-alaisen tiedonkeruun teho-osastoilla hoidettavista koronpotilaista. Aiemmin käytäntönä on ollut, että tiedot hoitajaksoista kootaan vasta niiden päätyttyä. Tämän vuoksi tieto teho-osastojen kulloisestakin kuorimituksesta ei kerry automaattisesti, vaan tarvitaan manuaalista tiedonkeruuta. Pandemian aikana tiedon keruuta on toteutettu joka arkiamu teho-osastoille lähetettävällä kyselyllä. Tehohoitokonsortio tulee jatkossa olemaan Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen kumppanuuslaaturekisteri, mikä mahdollistaa tietojen yhdistämisen muihin valtakunnallisesti relevantteihin tietokantoihin.

Tehohoitokonsortion ja rekisterikäsittelijän tulisi muuttaa nykyistä automaattista tiedonkeruuta tietoteknisesti siten, että tehohoitokonsortion tiedot ovat potilaan tehohoitoon saapuessa heti sote-valmiuskeskusten käytettävissä, joka mahdollistuisi sosiaali- ja terveysministeriön (tai muun toimivaltaisen viranomaisen) ohjauksella ja erillisellä rahoituksella. On ensiarvoisen tärkeää, että tilannekuvan muodostaminen perustuu teho-osastojen tietokantoihin ja Tehohoitokonsortion dataan, eli suoraan teho-osastoilta tulevaan tietoon.

Kaikkien teho- ja tehovalvontaosastojen tulisi Suomessa olla mukana Tehohoitokonsortion laatutietokannassa. Tämä mahdollistaa paitsi vertaisarvioinnin, mutta myös relevantin tilannekuvan muodostamisen ja joustavan yhteistyön.

6. Teho-osastolla toimiville sairaanhoitajille tulee perustaa tutkinto, joka johtaa erityispätevöitymiseen tehohoidossa. Suomi on Euroopassa harvinainen poikkeus siinä, että maassa ei ole tutkintoon johtavaa tehohoitosairaanhoitajan koulutusta, vaan käytännössä teho-osastot kouluttavat itse sairaanhoitajista erikoisosajansa.
7. Hoitohenkilökunnan mitoitettaessa tulee ottaa huomioon poikkeusoloihin varautumisen tarpeet. Tätä varten henkilökuntaa pitää olla enemmän kuin tavanomaisen potilashoidon edellyttämä minimimäärä. Lisähenkilökunnan sijoittaminen tehtäviin tulee tehdä siten, että tämän henkilökunnan turvin voidaan toteuttaa säännöllistä henkilökunnan jatko- ja täydennyskoulutusta akuuttitilanteiden hoitoon. Koulutustarve ei koske vain tehohoitohenkilöstöä, vaan sairaaloiden koko henkilökuntaa.

- Osa teho-osastojen henkilökunnasta voi toimia kouluttajina perehdyttäen muuta henkilökuntaa akuuttitilanteiden hoitoon ja myös tehohoitoon.
- Teho-osastojen henkilökunnan tulee itse osallistua säännöllisesti elvytyskoulutukseen ja muiden hätätilanteiden simulaatiokoulutuksiin.

Tähän saakka sairaaloilta on edellytetty kustannustehokkuuden maksimointia siten, että henkilökuntaa on potilashoitoon vaadittava määrä, mutta mahdollisimman vähän ylimääräistä. Aito varautuminen edellyttää ylimääräistä henkilökuntaa, joka harjoittelee hätätilanteita ja poikkeusoloja varten ja on sitten käytettävissä tositoimiin poikkeustilanteissa.

8. Työnantajan tulee toteuttaa henkilöstörotaatio, jonka turvin voidaan taata riittävän osaamisen ylläpitäminen. Tämä tarkoittaa käytännössä sitä, että tietty osa henkilökunnasta tulee perehdyttää niin, että heillä on taito toimia muussakin yksikössä kuin omassa vakituudessa toimintayksikössä. Osaamisen säilymisestä tulee huolehtia säännöllisellä rotaatiolla.

Koronapandemian alkuvaiheessa sairaaloissa tarvittavien tehohoitolaitteiden, kuten ventilaattorien ja monitorien saatavuus heikkeni maailmanlaajuisesti. Tällä hetkellä Suomessa on tehohoitolaitteita käytössä riittävästi ja niitä on tarvittaessa saatavissa myös tehohoitokapasiteetin nostamiseen. Sen sijaan osaavaa tehohoidon henkilöstöä ei ole riittävästi. Sairaanhoidopiirien johtajaylilääkäreiden näkemyksen mukaan tehohoidon kapasiteetin (tehohoitopaikat, henkilöstö, laitteet ja materiaalit) nostamiseen tulee varautua valtakunnallisesti, koska kapasiteetti on nyt rakennettu vain normaalioloja varten. Toisaalta kapasiteettia ei tule myöskään yliresurssoida.¹

5.4 Testaus ja jäljitys

Sosiaali- ja terveysministeriö antoi ensimmäisen kansallisen COVID-19-testausstrategian 9.4.2020. Strategiaa on päivitetty sen jälkeen ja viimeisin päivitys on tehty 10.2.2022.² Testaaminen ja jäljittäminen ovat olleet epidemian hallinnan ja jatkotartuntojen estämisen osalta yksi tehokkaimmista epidemian hillinnän keinoista. Niiden rooli ja merkitys on kuitenkin muuttunut rokotekattavuuden kasvaessa ja omikronmuunnoksen tultua valtavirukseksi. Jatkossa testauksen ja jäljityksen osalta on arvioitava, missä määrin toteutettavat toimet ovat vaikuttavia ja tehokkaita.

¹ Sairaanhoidopiirien johtajaylilääkäreiden kuulemistilaisuus 17.3.2022.

² Sosiaali- ja terveysministeriö (STM). 2022d. Kansallinen COVID-19-testaus- ja jäljitysstrategia.

Testaamisen ja jäljittämisen merkitys on vaihdellut epidemiatilanteen eri vaiheissa. Laajassa epidemiassa terveydenhuollon testauksen ja tartunnanjäljityksen panos-tuotossuhde heikkenee ja viimeistään herkästi leviävän omikronvariantin ilmaantumisen jälkeen viruksen leviämistä on ollut aiempaa vaikeampaa estää testauksen ja tartunnanjäljityksen keinoin. Tautitilanteiden nopean vaihtelun vuoksi valtakunnallisella hybridistrategiaa ei ole riittävästi pystytty muuttamaan alueellista tilannekuvaa vastavaksi. Lausunnoissa ja kuulemisissa todettiin, että valtakunnallisten testaus- ja jäljitysstrategioiden tulee pohjautua asiantuntijatietoon, mutta vain yhteinen valmistelu ja ennakointi paikallisten kuntien ja sairaanhoitopiirien kanssa mahdollistaa tehokkaimmin rajallisten henkilöresurssien hyödyntämisen.^{1 2} Edellä mainitusta syystä esimerkiksi pääkaupunkiseudun kunnat joutuivat tekemään omia ratkaisujaan jäljittämisen ja testaamisen kriteereiden tarkistamisessa rajallisten resurssien suuntaamiseksi tarkoituksenmukaisimmalla tavalla.³ Henkilökuntavaje huomioiden henkilöstöresurssin kohdentuminen tarkoituksenmukaisesti ja vaikuttavasti on kriittisen tärkeää epidemian hillitsemiseksi.³

Testaus pandemian aikana

Vuoden 2021 lopulla koronaepidemian kiihdyttyä ja muutettua luonnettaan nopeammin tarttuvan omikronmuunnoksen myötä vähentyi koronavirustestaamisen merkitys huomattavasti. Oireettomien ja lieväoireisten henkilöiden testaaminen ei ollut enää lääketieteellisesti perusteltua⁴ ja ennen testausindikaatioiden kaventamista testiin pääseminen ruuhkautui paikoin kestäättömästi. Niiden, joiden oli lääketieteellisin indikaation ehdottomasti päästävä testiin, oli vaikeaa tai mahdotonta saada testiä riittävän nopeasti. Testiin hakeutuvat ruuhkauttivat myös perusterveydenhuollon kaikki palvelukanavat niin, että yhteyden saaminen terveydenhuoltoon mistä tahansa syystä vaikeutui huomattavasti.⁵ Mikäli testaamisessa ja jäljityksessä palataan ilman selkeää uutta syytä takaisin aiempiin raskaisiin käytäntöihin, ruuhkautuvat näytteenotto, perusterveydenhuollon tavoitettavuus ja hoidon saaminen muista kuin koronasta johtuvista syistä uudelleen.

Kansallinen analyysikapasiteetti koronaviruksen diagnosoimiseksi terveydenhuollon piirissä on tällä hetkellä noin 40 000 testiä/vuorokausi.⁶ Tämä sisältää sekä nuklei-

¹ Kunta- ja hyvinvointialuetyöntäjien KT lausunto 9.3.2022 selvitysryhmälle.

² Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin (PPSHP) lausunto 7.3.2022 selvitysryhmälle.

³ Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin lausunto 8.3.2022 selvitysryhmälle.

⁴ Helsingin kaupungin lausunto 9.3.2022 selvitysryhmälle.

⁵ Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin (HUS) lausunto 8.3.2022 selvitysryhmälle.

⁶ Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen (THL) lausunto 12.4.2022 selvitysryhmälle.

nihapon osoitusmenetelmät (PCR) että antigeeniosoitustestit. Tämän lisäksi Kansallisessa testaus- ja jäljitysstrategiassa (STM 10.2.2022) hyödynnetään kotitestien käyttöä.

Terveydenhuollossa tehtävä testaus kattaa sekä julkiset että yksityiset toimiluvalliset kliinisen mikrobiologian laboratoriot. Mainittua testauskapasiteettia ei voida merkittävästi kasvattaa ilman erillisresursointia. Maksimaalisen testauskapasiteetin ylläpito sitoo runsaasti terveydenhuollon kapasiteettia, eikä sitä ole mahdollista ylläpitää ilman, että sidotut voimavarat ovat poissa muusta terveydenhuollosta. Myöskään uusia menetelmiä, jotka merkittävästi helpottaisivat tai nopeuttaisivat testaamista ei ole lähiaikoina tulossa. Tapoja nykykapasiteetin vaikuttavaan käyttöön voidaan löytää ja määrittellä kansallisessa testausstrategiassa.¹

HUSin lausunnon mukaan testauskapasiteetin noston tarvetta ei ole vuoden 2022 aikana odotettavissa, sillä avoterveydenhuollossa testaamalla ei saada terveydenhuololle merkittävää hyötyä aikaan. Testauskapasiteetin nostoon varautuminen on myös vastoin sosiaali- ja terveysministeriön testausstrategiaa, jossa testaaminen kohdennetaan lääketieteellisesti vaikuttavimpaan toimintaan. Jatkossa omikron-epidemia-aallon laannuttua, tulee testaaminen kohdentaa ensisijassa sairaalahoitoon otettaviin potilaisiin ja lääketieteellisiin riskiryhmiin. Uusien spesifisten SARS-CoV2-viruslääkkeiden saaminen käyttöön korostaa riskiryhmien nopean testauksen ja kontaktin tärkeyttä. Tämä on vastakkainen tavoite laajojen ryhmien testaamisen kanssa ja siten strategista tavoitetta tulee kirkastaa.¹

Toisaalta HUS toi lausunnossaan¹ esille, että jatkuva testaaminen sairaalaan tulevilta potilailta johtaa alati kasvavaan vanhojen tartuntojen toteamiseen, koska PCR-näytteen positiivisuus kestää pitkään, jolloin tartuntariskiä ei ole. Nämä potilaat vääristävät sairaalahoidon COVID-19-tilastoja ja vievät resursseja sairaalahoidosta eristystarpeen vuoksi.

PCR-testit on todettu erilaisista koronatestausmenetelmistä tarkimmiksi ja herkkimmiksi, mutta niiden heikkoutena laajan epidemian aikana on tulosten hidas saatavuus. PCR-testien lisäksi on olemassa antigeenitestejä, jotka esimerkiksi pitkien välimatkojen Lapin olosuhteissa on todettu nopeaksi ja toimivaksi testausmenetelmäksi.¹ Sen avulla tartunnan saaneiden eristämiseen, ohjeistamiseen ja altistuneiden jäljittämiseen päästiin viiveettä. Alkavat tautiryypät saatiin nopeasti kiinni ja sammutettua kerta toisen jälkeen eri puolilla Lappia. Antigeenitestausta on lähes yhtä tarkka kuin PCR-testikin, mutta herkkyys on hiukan alhaisempi.

¹ Lapin sairaanhoitopiirin lausunto 16.3.2022 selvitysryhmälle.

Koronatestaus on painottunut epidemian ensimmäisten aaltojen aikana pääosin PCR-testeihin ja antigeenitestit ovat jääneet tähän mennessä hieman taka-alalle. On arveltu, että valtion isolla taloudellisella panostuksella PCR-testeihin ja niiden analysointilaitteisiin on ollut jossain määrin vaikutusta testimenetelmien valintaan. Jatkossa testausstrategioiden kustannusvaikutuksista tulisikin tehdä tutkimus, jotta kokonaistaloudellisuus ja vaikuttavuus saataisiin avattua tulevia tarpeita varten.

Talven 2021–22 aikana koronaviruksen kotitestit ovat tulleet laajemmin kuluttajien saataville ja niiden käytöstä on saatavilla kansallista ohjausta. Testien helppo saatavuus ja käytön matala kynnyksen edesauttavat oireisten koronavirustartuntojen nopeaa havaitsemista.¹ Kotitestit ja riittävä ohjaus kotitestiposiitiivisille ja heidän lähikontakteilleen auttavat tukemaan omaehtoista terveysturvallista toimintaa. Mikäli omikronin kaltaisten herkästi leviävien virusmuunnosten aiheuttamia, laajoja epidemia-aaltoja jatkossa ilmaantuu, kansallisten ohjeiden tulee olla sellaisia, että epidemian hallinta perustuu kansalaisten omaan terveysturvalliseen toimintaan ja kotitestaukseen. Tämän vuoksi onkin kansallisesti varmistettava, että luotettavia ja edullisia kotitestejä on kansalaisten saatavilla. Kotitestin positiivinen tulos tulisi olla mahdollista syöttää esim. Omaoloon ja OmaKanta-järjestelmään niitä kehittämällä. Vaikka tieto kotitestien positiivisista tuloksista ei olisikaan täydellistä, se voisi toimia suuntaa antavana lisätietona koronaepidemian tilannekuvassa.

Tartunnanjäljitys

Tartunnanjäljityksellä oli merkittävä rooli COVID-19-epidemian leviämisen ehkäisemisessä ensimmäisen puolentoista vuoden aikana, kun aika tartunnan syntymisestä oireisiin ja uuteen tartuttavuuteen oli pidempi. Syksyn 2021 aikana tartunnanjäljityksen merkitys menetettiin merkittävimmillä epidemia-alueilla ja viimeistään omikronvariantin ilmaantumisen jälkeen viruksen leviämistä on ollut erittäin hankala estää tartunnanjäljityksen keinoin.^{2 3 4} Myös kansallisen pandemiasuunnitelman (STM 2012) mukaan altistuneiden jäljittämisestä olisi tullut luopua laajan väestöleviämisen myötä (WHO:n aikaisemman luokituksen mukainen pandemiavaihe 6). Laajamittaisen tartunnanjäljityksen vaikuttavuutta tulisikin arvioida kriittisesti mahdollisten uusien epidemia-aaltojen käynnistyessä.⁵

¹ Kunta- ja hyvinvointialuetyöntäjien KT lausunto 9.3.2022 selvitysryhmälle.

² Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin (HUS) lausunto 8.3.2022 selvitysryhmälle.

³ Kunta- ja hyvinvointialuetyöntäjien KT lausunto 9.3.2022 selvitysryhmälle.

⁴ Jyväskylän kaupungin lausunto 8.3.2022 selvitysryhmälle.

⁵ Espoon kaupungin lausunto 8.3.2022 selvitysryhmälle.

Tartunnanjäljitystyö on ollut tähän mennessä pitkälti henkilötyötä, mutta tartunnanjäljitykseen ei ole saatu varsinkaan omikronmuunnoksen myötä riittävästi henkilökuntaa. Epidemia-aaltojen noustessa ja laskiessa nopeasti jäljitysresurssin oikea mitoitus on ollut haastavaa. Esimerkiksi Espoon kaupungin tartunnanjäljityksessä työskenteli vuoden 2022 alussa noin 150 henkeä, mikä osoittautui täysin riittämättömäksi omikronmuunnoksen aiheuttaman epidemia-aallon edessä.¹

Sairastuneiden yksityiskohtainen haastattelu sekä heidän lähikontaktiansa kartoitus, yhteystietojen selvittäminen ja ohjeistaminen vaatii edelleen runsaasti ammattilaisen puhelintyötä, vaikka koronaviruspandemian aikana onkin otettu käyttöön työtä nopeuttavia teknisiä apuvälineitä.² Jäljitykseen kytkeytyy erottamattomasti koronaviruspotilaan tai altistuneen henkilön oireiden, diagnostiikan ja hoidon tarpeen arvio. Tämän vuoksi jäljitystoimintaa ei voida perustaa kokonaan niin sanottujen maallikkojäljittäjien varaan, vaan se vaatii terveydenhuollon ammattilaisten työpanosta, millä on vaihtoehtoiskustannus muualla terveydenhuollossa. Työn huolellisuuden ja yksilöllisyyden merkitys korostuu, mikäli tartunnanjäljitys johtaa tartuntatautilain mukaisten yksilön tai ryhmien oikeuksia rajoittavien toimenpiteiden käyttöön. Jäljitystoiminnasta ja muista torjuntatoimenpiteistä (esimerkiksi maskisuositus) tulisi tuottaa kansallisesti laadukasta tutkimustietoa päätöksenteon tueksi jatkossa.²

Lisäksi mahdollisissa tulevilla epidemiatilanteissa olisi hyvä arvioida tartunnanjäljitykseen käytettävän henkilöstön kelpoisuusvaatimuksia väljästi, jotta terveydenhuollon ammattihenkilöiden työpanos voidaan kohdistaa mahdollisimman tehokkaalla tavalla mm. testaamiseen, rokottamiseen ja hoitamiseen. Jäljittäjien pikakoulutusta tulee kehittää edelleen.³ Lisäksi jäljitystyössä tulee käyttää yksityistä ja kolmatta sektoria, jos julkisen sektorin kapasiteetti alkaa loppua.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos toteutti Itä-Suomen yliopiston ja Tampereen yliopiston kanssa maksuttoman ja kaikille avoimen Koronavirustartuntojen jäljitys -verkko-kurssin 1.6.2020–31.5.2021. Kurssi on edelleen suoritettavissa avoimen yliopiston kurssina. Kurssin suoritti 31.5.2021 mennessä 7 207 henkilöä, joista noin 40 % osallistui kurssille työnantajansa ohjaamana.

Lisäksi Terveyden ja hyvinvoinnin laitos kokosi 1.6.2020–31.5.2021 yhteystietolistaa jäljitystyöstä kiinnostuneista henkilöistä julkisen sektorin ulkopuolelta (yksityisellä toimivat, opiskelijat, työttömät). Alueelliset listat toimitettiin sairaanhoitopiirien yhteyshenkilöille säännöllisesti. Myös kunnat saivat alueensa yhteystietolistat pyydettyään.

¹ Espoon kaupungin lausunto 8.3.2022 selvitysryhmälle.

² Kunta- ja hyvinvointialueyönantajien KT lausunto 9.3.2022 selvitysryhmälle

³ Suomen lääkäriliiton lausunto 15.3.2022 selvitysryhmälle.

Yhteystietolistalle ilmoittautui noin 1 100 sote-taustaista henkilöä julkisen sektorin ulkopuolelta, 310 julkisen sektorin työntekijää sekä 1 000 muun kuin sote-koulutuksen suorittanutta henkilöä.¹

Myös alueet kouluttivat tartunnanjäljittämiseen tarvittavaa henkilöstöä. Esimerkiksi Lapin sairaanhoitopiirissä ammattioppilaitos koulutti sairaanhoitopiirin pyynnöstä 100 opiskelijaa viikon sisällä.²

Jäljittämistoimintaan tulisi jatkossa kehittää enemmän jo olemassa olevia sähköisiä järjestelmiä kuten Omaoloa tai OmaKantaa. Potilaan itse syöttämällä kontakti- ja muilla koronan leviämisen estämisen kannalta tärkeillä tiedoilla voidaan osaltaan vähentää henkilöstöressurssin tarvetta.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen kehittämä Koronavilkku ei ollut tarkoitettu varsinaiseksi jäljittämistyökaluksi, vaikka sen avulla mahdollisesti altistuneita henkilöitä saatiin tavoitettua. Koronavilkun varsinainen tarkoitus ei toteutunut täysin: Tietoa ei saatu nopeasti sellaisille henkilöille, joita sairastunut ei tuntenut, mutta joiden kanssa hän oli ollut tekemisissä. Esimerkiksi Ranskassa vastaavaa sovellusta käytettiin paitsi tiedon jakamiseen myös rokotusajan varaamiseen, koronapassin esittämiseen ja väestön motivointiin. Joissakin maissa myös itse tehtyjen testien tulokset on voinut välittää Koronavilkun kaltaisen sovelluksen kautta.³ Koronavilkku koskeva lainsäädäntö on voimassa 30.6.2022 asti ja sosiaali- ja terveysministeriön mukaan sitä ei tulla jatkamaan, joten sen käyttö loppuu kesäkuun lopussa.

5.5 Kehittämisehdotuksia ja esimerkkejä toimintatavoista alueilla

Koronaepidemian aikana sosiaali- ja terveyspalveluissa on jouduttu lähes päivittäin miettimään ja toteuttamaan totutusta poikkeavia menettelyjä palvelutoiminnan ylläpitämiseksi. Samoin epidemian hallintaan liittyvä varautuminen ja suunnittelu sekä yhteistyö eri toimijoiden kesken on edellyttänyt uudenlaisia ratkaisuja. Seuraavassa on koottu yhteen kuulemisissa esiin tulleita esimerkkejä näistä toimenpiteistä. Esimerkit on raportoitu annetuista kirjallisista lausunnoista tai kuulemistilaisuuksien keskusteluista. Koska kuulemistilaisuuksiin osallistui vain osa käytännön pandemiatyötä tehneitä sosiaali- ja terveydenhuollon toimijoita tai heidän edustajia, esimerkit eivät ole

¹ Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen tiedoksianto 27.4.2022

² Lapin sairaanhoitopiirin lausunto 9.3.2022 selvitysryhmälle.

³ Suomen lääkäriliiton lausunto 15.3.2022 selvitysryhmälle.

valtakunnallisesti kattava kooste. Esimerkit ovat kuitenkin edustava näyte palvelujärjestelmässä tehdyistä toimenpiteistä ja ratkaisuista sekä niihin liittyvistä erilaisista valtakunnallisista ja alueellisista parannus- ja kehittämissuunnitelmista.

Epidemia-ajan oppien myötä kehittyvät toimintamallit tulisi olla sovellettavissa muihinkin mahdollisiin poikkeustilanteisiin.¹ Pandemian opetuksiin kuuluu tarve määrittellä selkeämmin valtuudet ja vastuut erilaisten rajoitustoimien käyttöönoton suhteen sekä siirtä koordinoitumpaan, parhaimmillaan jopa yksittäisen tahon valtuuksiin perustuvaan ketterään päätöksentekoon. Lainsäädännön tulisi tukea tätä. Toimivaltuuksien suhteet syntymässä olevien hyvinvointialueiden, kuntien ja valtion tasolla tulee myös selkeyttää.² Tulevaisuutta varten tulee olla mahdollisimman pitkälti keskitettyjä valtakunnallisia ohjeistuksia.³

Nykyisten sote-palvelujärjestelmän henkilöstö-, tarvike- ja tilaresurssit on suunniteltu normaalioloihin tai vain lyhytaikaisiin poikkeustilanteisiin, mutta on varauduttava myös pitempiaikaisiin poikkeusoloihin, suuronnettomuuksiin ja kasvaneisiin palvelutarpeisiin esimerkiksi hiljattain eläkkeelle siirtyneiden sote-työntekijöiden vapaaehtoisuuteen pohjautuvalla osallistumisella.⁴

Varautuminen edellyttää kapasiteettia, mikä on joko ”ylimääräistä” tai voidaan kohdentaa aiemmasta poikkeavalla tavalla. Hyvä varautuminen edellyttää näitä molempia. Sen lisäksi tulee olla valmiit valmiussuunnitelmat todennäköisimpien kriisitilanteiden hallintaan. Valmiussuunnittelun tulee kattaa sekä julkiset että yksityiset toimijat. Näitä tulee kouluttaa ja niiden tulee harjoitella yhdessä. Parempi varautuminen edellyttää lisähenkilöstön kouluttamista, mutta myös työtapojen ennakkoluulotonta kehittämistä.⁵

Henkilöstön jaksamiseen ja psykososiaaliseen kuormittuneisuuteen on kiinnitettävä huomiota ja järjestettävä tukimuotoja.^{6 7 8} Kanta-Hämeen sairaanhoitopiirissä henkilöstön jaksamiseen pyrittiin vastaamaan juoma- ja välipalatarjoiluin kuormittuneissa yksiköissä, johdon jalkautumisin yksiköihin, henkisen tuen ryhmän toiminnalla yksiköissä ja ylimääräisin kompensatioin esimerkiksi sovittujen lomien peruuntuessa. Kanta-Hämeen sairaanhoitopiirin johtajaylilääkärien viikoittaiset tiedotustilaisuudet ja

¹ Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin (PPSHP) lausunto 7.3.2022 selvitysryhmälle.

² Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin (VSSHP) lausunto 8.3.2022 selvitysryhmälle.

³ Hyvinvointiala HALI ry:n lausunto 8.3.2022 selvitysryhmälle.

⁴ Etelä-Savon sairaanhoitopiirin (ESSOTE) lausunto 8.3.2022 selvitysryhmälle.

⁵ Suomen lääkäriliiton lausunto 15.3.2022 selvitysryhmälle.

⁶ Julkisten ja hyvinvointialojen liiton (JHL) lausunto 15.3.2022 selvitysryhmälle.

⁷ Tehy ry:n lausunto 15.3.2022 selvitysryhmälle.

⁸ Suomen lähi- ja perushoitajaliitto SuPer:n lausunto 15.3.2022 selvitysryhmälle.

useiden some-kanavien kautta tapahtunut jatkuva ja avoin viestintä loivat suhteellisen hyvän luottamuksen alueen väestölle myös pandemian vaikeiden vaiheiden (esimerkiksi toukokuun 2021 sairaalaepidemia) aikana.¹

Olellaisena oppina koronaepidemiasta on se, että alueellinen (erityisvastuualuetaso) ja valtakunnallinen yhteistyö on keskeisen tärkeää. Kuopion yliopistollisen sairaalaan erityisvastuualueella keskitettiin organisaatioiden yhteiseen in-house yhtiöön poikkeusolojen hankintayhteistyö, tarvikkeiden varastointi ja jakelu hoitoon tarvittavien tarvikkeiden osalta.¹ Materiaalisen valmiuden osalta logistiikkakeskusten roolin täsmenäinen ja materiaalisen valmiuden kansallisen koordinaatioryhmän LOG5 koordinoima tilannekuvan muodostaminen on mainittu yhtenä menetystarinoista pandemian ajalta.² Kaikissa kriittisissä tarvike- ja hoitoväline- (mukaan lukien nesteet ja lääkkeet) hankinnassa tulisi huomioida riittävän laaja-alainen tuotanto, ideaalitulanteessa myös kotimaassa. Yritysten verkostoja ja hankinta-osaamista tulee hyödyntää paremmin kuin koronapandemian aikana on tapahtunut.³

Hyviä käytäntöjä ovat olleet koronarokotusten toteuttaminen ostoskeskusten yhteydessä, rokotusten tarjoaminen ilta-aikaan ja myös viikonloppuisin, järjestöyhteistyön tekeminen (SPR-toimijat rokotustukena), nopeat reagoinnit esimerkiksi koronatestauksen lisäämiseen ja osittainen yksityisten palveluntuottajien käyttö.⁴ Ajanvaraukselliset massarokotustilaisuudet, walk-in-rokotuspisteet, rokotusbussit väestön keskuuteen, drive-in-mallit sekä työpaikkojen tarjoamat rokotukset työterveyshuollossa oli todettu toimiviksi. Palveluohjaukseen, kirjaukseen, järjestelyihin ja hallinointiin liittyvissä tehtävissä voidaan hyödyntää muitakin kuin terveydenhuollon ammattilaisia.⁵ Monissa toiminnoissa tietotekniikkaa voidaan hyödyntää paremmin – ei tekemään asiat (helpommin) siten, kuten ne on aiemmin tehty vaan joko kokonaan uudella tavalla tai tarpeettomana lopettamaan.⁶

Terveydenhuollon henkilöstön ja yksityissektorin resurssien tarkoituksenmukaista käyttämistä on helpotettava.⁷ Laajassa terveyttä uhkaavassa kriisissä ei ehkä pystytä toimimaan puhtaasti virkavetoisella valmistautumisella. Yksityissektorin käytössä on

¹ Kanta-Hämeen sairaanhoitopiirin kuntayhtymän (KHSHP) lausunto 16.3.2022 selvitysryhmälle.

² Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin lausunto (VSSHP) 8.3.2022 selvitysryhmälle.

³ Kanta-Hämeen sairaanhoitopiirin kuntayhtymän (KHSHP) lausunto 16.3.2022 selvitysryhmälle.

⁴ Kainuun sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymän lausunto 16.3.2022 selvitysryhmälle.

⁵ Pirkanmaan sairaanhoitopiirin (PSHP) lausunto 8.3.2022 selvitysryhmälle.

⁶ Suomen lääkäriliiton lausunto 15.3.2022 selvitysryhmälle.

⁷ Espoon kaupungin lausunto 8.3.2022 selvitysryhmälle.

ollut suuria alueellisia eroja. Esimerkiksi HUS¹ otti yksityiset palveluntuottajat mukaan heti koronakriisin alussa. Valtakunnan tasolla asiassa kesti kauan. Pandemia ei koske vain terveydenhuoltoa. Se on myös sosiaalihuoltoa ja laajasti ihmisten hyvinvointia koskettava kriisi, joissa paitsi yksityisillä palveluntuottajilla, myös järjestösektorilla on merkittävä rooli. Mikäli sosiaalihuollon yksikössä on tarve toteuttaa asukkaiden mas-
satestausta, myös henkilökunnan testaus olisi hyvä toteuttaa samalla kuten osalla alu-
eista on tehtykin. Työntekijät asuvat usein eri kunnissa, joten aiemmissa korona-aal-
loissa heillä on ollut vaikeuksia ja/tai viivästyksiä päästä altistuneina testeihin omassa
kotikunnassaan. Työterveyshuollon mukaanottoa olisi harkittava jatkossa pandemia-
ja epidemiatilanteissa järjestelmällisesti heti alusta alkaen ja ohjata toimintaa alueelli-
sen tason lisäksi valtakunnallisin ohjein.²

Järjestöiltä on mahdollista löytää vapaaehtoisresurssia muun muassa joukkorokotus-
ten opastus- ja neuvontatehtäviin sekä erilaisiin tukitehtäviin. Näin voidaan keventää
sote-henkilöstön painetta. Myös viranomaisviestinnän levittämisessä ja tukemisessa
järjestöjen omat kanavat voivat olla hyödyksi. Järjestöjen informatiiviset verkkosivut
tarjoavat myös hyvän lisäreitin oikean tiedon jakamiseen väestölle. Kriisipuhelinpalve-
lut, digitaaliset chatit yms. palvelut ovat tukena henkilöille, joiden jaksaminen ja mie-
lenterveys saattaa olla koetuksella epidemian, sulkujen, rajoitusten vuoksi. Psykososi-
aalisisessa jälkihoidossa järjestöjen tuki kansalaisille on hyödyllistä, kun julkinen palve-
lusektori on täystyöllistetty hoitovelan korjaamisessa.³

Koulutetun hoitohenkilökunnan lisäksi on tarve lähityönjohtajille ja hoitotyön kliinisille
asiantuntijoille. Riittävät tukipalvelut mahdollistavat sote-ammattilaisten keskittymisen
omaan osaamisalaansa, joten avustavan ja hallinnollisen henkilöstön määrää tulisi li-
sätä, esimerkiksi sosiaalisia yhteistyökumppaneita, laitoshuoltajia, hoiva-avustajia. Kaikkien sosiaali-
ja terveydenhuollon ammattilaisten täysimääräinen osaaminen on otettava käyttöön ja
raja-aitoja on purettava. Palveluketjujen saumattoman toiminnan ja ohjauksen tulee
koskea niin yksityistä kuin julkista sektoria.^{4 5 6}

Tehohoitoa tulisi opettaa leikkausosastojen sairaanhoitaja- ja lääkärihenkilökunnalle
ja mahdollistaa säännöllinen työkierto. Kriittisten kapasiteettitietojen tulee olla auto-

¹ Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin (HUS) lausunto 8.3.2022 selvitysryhmälle.

² Hyvinvointiala HALI ry:n lausunto 8.3.2022 selvitysryhmälle.

³ Suomen sosiaali- ja terveys ry SOSTEn lausunto 11.4.2022 selvitysryhmälle.

⁴ Julkisten ja hyvinvointialojen liitto (JHL) ry:n lausunto 15.3.2022 selvitysryhmälle.

⁵ Tehy ry:n lausunto 15.3.2022 selvitysryhmälle.

⁶ Suomen lähi- ja perushoitajaliitto SuPer:n lausunto 15.3.2022 selvitysryhmälle.

maattisesti välitettävissä ja saatavissa viikonpäivästä riippumatta (myös viikonloppuisin ja arkipyhinä).¹ Jotta tulevaisuuden pandemioissa ei jouduttaisi sulkemaan yhteiskuntaa tehohoidon turvaamiseksi, tehohoitokapasiteettia on ehdotettu nostettavan 5–10 %:lla. Täydennyskoulutuksia tulee jatkaa sekä rakentaa osaajapooloja tehohoidon, leikkausyksiköiden ja valvontayksiköiden välille.²

Lapin sairaanhoitopiiri mainitsi onnistuneeksi käytännöksi viikoittaisen yhteistyön kuntien epidemiatyöntekijöiden kanssa infektioyksikön kyselytunnin puitteissa. Osallistujien määrä pysyi noin sadassa läpi epidemian ja kyselytunnilla jaettiin kunnittaiset ja yksikkökohtaiset tilanteenhallinnan kysymykset ja ratkottiin niitä yhdessä hyödynnettäväksi verkostojohtamisen parhain periaattein. Aktiivisessa tiedottamisessa ei maalattu uhkakuvia vaan kerrottiin todellisesta tilanteesta. Samalla säilytettiin väestön luottamus, jonka vuoksi mm. suojauskäyttäytyminen säilyi koko epidemian ajan kattavana. Matkailun merkitystä epidemian leviämiseen ei myöskään ylikorostettu vaan riskin hallintaan suhtauduttiin realistisesti ja luotiin suojakäytäntöjä yhdessä matkailuyritysten, lentoliikenteen toimijoiden ja rajavartioston kanssa. Lisäksi testausmenetelmäksi valittiin antigeenitesti, jossa tartunnan saaneiden eristämiseen, ohjeistamiseen ja altistuneiden jäljittämiseen päästiin viiveettä. Alkavat ryppäät saatiin nopeasti kiinni ja sammutettua kerta toisen jälkeen eri puolilla Lappia.³

Annetuissa lausunnoissa tuli esille, että sote-ammattilaisten rokotukset priorisoidaan rokotettavien kärkeen. Jatkossa on huolehdittava, että varmuusvarastoissa olevia lääkintämateriaaleja ja suojarusteita on riittävästi ja ne ovat käyttökelpoisia. Keväällä 2020 henkilökohtaisia suojaimia (maskit) ei ollut riittävästi sote-alan henkilöstölle, vaikka paperilla vastuut muun muassa suojavälineiden hankinnasta ja riittävydestä ovat selvät. Suojavarusteiden puute erityisesti tehostetun palveluasumisen yksiköissä sekä kotihoidossa oli huomattava.^{4 5 6}

Sosiaalihuollon asiakkailta on oikeus saada hyvinvoinnin kannalta asianmukaista palvelua ja huolenpitoa kaikissa tilanteissa. Sosiaalihuollon toimintayksikköjen omavaltavontasuunnitelmissa on vielä puutteita ja varautumissuunnitelmien osalta tilanne todennäköisesti on vielä tätäkin heikompi.⁶

¹ Suomen lääkäriliiton lausunto 15.3.2022 selvitysryhmälle.

² Pirkanmaan sairaanhoitopiirin (PSHP) lausunto 3.3.2022 selvitysryhmälle.

³ Lapin sairaanhoitopiirin lausunto 16.3.2022 selvitysryhmälle.

⁴ Julkisten ja hyvinvointialojen liitto JHL ry:n lausunto 15.3.2022 selvitysryhmälle.

⁵ Tehy ry:n lausunto 15.3.2022 selvitysryhmälle.

⁶ Suomen lähi- ja perushoitajaliitto SuPer:n lausunto 15.3.2022 selvitysryhmälle.

Rajoitustoimien ja muiden epidemian kannalta keskeisten toimenpiteiden edellyttämän päätöksenteon ja toimeenpanon suhteen on ollut ongelmia. Parantaminen vaatii lisäresurssointia. Hyvinvointialueiden syntyminen antanee paremmat valmiudet yhdenmukaisiin käytänteisiin rahoitusvastuun siirtyessä kunnilta pääasiallisesti valtiolle.^{1 2}

Kunnille annettiin koronatodistusten tekeminen EU:n ulkopuolelta annetuista rokotuksista. Tehtävä olisi tarkoituksenmukaisinta hoitaa joko kansallisella tai alueellisella keskitetyllä ratkaisulla. Kyseessä on kymmenillä eri kielillä tehtyjen ulkomaalaisten rokotustodistusten tulkinta ja oikeaksi todistaminen, mikä on sitonut terveydenhuollon resursseja.³

Espoon kaupungin lausunnossa todettiin, että henkilöstösiirtojen tekeminen on osoittautunut hankalaksi jopa saman organisaation sisällä nykyisellä lainsäädännöllä ja Suomessa käytössä olevilla työ- ja virkaehtosopimuksilla. Yksityissektorin katsottiin käyttäneen tilannetta jossain määrin hyväkseen, mikä näkyy esimerkiksi vuokrahenkilöstöä välittävien yritysten markkinalla. Kunnat eivät ole voineet rajoittaa työntekijöidensä työskentelyä näissä yrityksissä, ja tasapainoilu oman henkilöstön riittävyyden ja vuokratyöryhtymien välillä on ollut vaikeaa. Yksityissektorin arvioitiin osallistuneen pandemian torjuntaan melko vähäisesti ja valikoivasti.⁴

Erilaisen vapaaehtoisavun hyödyntämistä akuutissa vaikeutuvassa tilanteessa tulee kehittää. Sosiaali- ja terveysalan ammattilaisia, kuten esimerkiksi eläkeläisiä, on pysytty hyödyntämään esimerkiksi rokotusoperaatioissa alusta lähtien. Muusta vapaaehtoisavusta on paljonkin hyötyä, mutta se lopulta vaikuttaa vain vähän sosiaali- ja terveysalan ammattilaisten tarpeeseen.⁵

On varmistettava, että luotettavia ja edullisia kotitestejä on kansalaisten saatavilla.⁶ Tulevan epidemianhallinnan ja väestön kokonaishyvinvoinnin näkökulmasta on olennaista, että laajamittaiseen testaamiseen ja jäljittämiseen palattaisiin vain hyvin rajatuissa tilanteissa.⁷

Kaikissa sairaanhoitopiireissä/hyvinvointialueilla, tai ainakin niissä, joissa on yliopistollinen sairaala, tulisi olla tiloja, jotka voidaan ottaa nopeasti hoitokäyttöön tilanteen niin

¹ Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin (VSSHP) lausunto 8.3.2022 selvitysryhmälle.

² Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin (PPSHP) lausunto 7.3.2022 selvitysryhmälle.

³ Espoon kaupungin lausunto 8.3.2022 selvitysryhmälle.

⁴ Espoon kaupungin lausunto 8.3.2022 selvitysryhmälle.

⁵ Helsingin kaupungin lausunto 8.3.2022 selvitysryhmälle.

⁶ Espoon kaupungin lausunto 8.3.2022 selvitysryhmälle.

⁷ Helsingin kaupungin lausunto 9.3.2022 selvitysryhmälle.

vaatiessa.¹ Tulevaisuuden tilasuunnittelussa ja mahdollisissa tilasaneerauksissa on tärkeä huomioida yhden hengen potilashuoneiden riittävyys myös pandemiatilanteiden tarpeisiin. Samassa yhteydessä myös potilashuoneiden ilmanvaihto tulisi päivittää nykyajan vaatimusten tasolle.²

Kun pandemian alussa nähtiin ulkomaisia esimerkkejä terveydenhuoltojärjestelmän ajautumisesta kohti kestokyvyn ääri rajoja, Helsingin ja Uudenmaan alueella aloitettiin sähköisen palvelun kehittäminen varmistamaan terveydenhuollon toimintakykyä. Ensivaiheessa luotiin koronavirustestauksen tarvetta arvioiva botti, mikä mahdollisti testausresurssien kohdentamisen yhdenmukaisesti. Kansalaisia ja ammattilaisia varten luotiin omat palvelut: kansalaisten käyttöön Koronabotti eli kansalaisille ajanvarausjärjestelmä näytteenottoon ja ammattilaisten käyttöön HAAVI ammattilaisen näytteenotobotti. Samanaikaisesti alettiin suunnitella positiivisen testituloksen saaneiden henkilöiden tartunnan jäljitykseen soveltuvaa ohjelmistoa (HAAVI-tartunnan jäljitys).³

HAAVI on laajassa tartunnan jäljityskäytössä maaliskuussa 2022 Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin, Kymenlaakson sosiaali- ja terveystalusten kuntayhtymän, Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymän ja Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin alueilla. FINENTRY seurantakäytössä sama ohjelmistoperusta on käytössä kaikissa muissa sairaanhoitopiireissä paitsi Vaasan, Länsi-Pohjan ja Lapin sairaanhoitopiireissä. HUSn tekemän laskelman mukaan järjestelmä tuotti merkittävät kustannussäästöt, joista suurin osa säästöistä tuli testien itsepalveluajanvarauksesta (noin 1,3 miljoonaa euroa/kuukausi), mutta huomattavia säästöjä syntyi myös itse jäljitystyön helpottumisesta.¹

HAAVI:n tuoma etu on se, että suurin osa näistä tiedoista syntyy automaattisesti itsepalveluna ja näin ollen jäljityksen aloittamiseen ei tule tarpeetonta viivettä. Tämä on myös jäljityksen vaikuttavuuteen suuresti vaikuttava tekijä. Epäsuoria säästöjä, joita on saavutettu sillä, että pandemia on pysynyt paremmin hallinnassa, on mahdotonta arvioida, mutta epäilemättä välilliset hyödyt ovat merkittävästi suuremmat kuin välittömät hyödyt.³

HAAVI-tartunnan jäljitysovellusta jatkokehitetään kattamaan kaikki tartuntataudit. HAAVIN keskeisin hyöty tulee siitä, että se ei ole kunta- eikä sairaanhoitopiiri kohtai-

¹ Suomen Lääkäriliiton lausunto 15.3.2022 selvitysryhmälle.

² Etelä-Savon sairaanhoitopiirin (ESSOTE) lausunto 8.3.2022 selvitysryhmälle.

³ Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin (HUS) lausunto 7.3.2022 selvitysryhmälle.

nen sovellus, jolloin sen avulla pystytään helposti välittämään tiedot vastuuviranomaisten välillä ja aloittamaan tartunnan jäljitys niin pian kuin ylipäänsä on mahdollista.¹

Testaukseen ja tartuntatautiviranomaisten läsnäoloon rajanylityspaikoilla perustuvasta mallista tulee luopua. Sosiaali- ja terveydenhuollon niukkaa resurssia ei tule käyttää toimiin, jotka voidaan hoitaa tehokkaasti muilla tavoin. EU-alueella ja muutoinkin kansainvälisesti on erittäin laajalti käytössä matkustajan sähköinen ennakkorekisteröintivelvollisuus. Tarkastuksia maahan tullessa eivät tee tartuntataudeista vastaavat viranomaiset eikä testauspalveluita ole tarjolla. Maahantulon edellytyksenä on ajantasainen koronatodistus, eikä sitä voi ohittaa hakeutumalla testiin vasta rajanylityspaikalla kuten Suomessa.²

FINENTRYn myötä maahantulon seuranta koko Suomessa on ollut mahdollista. Mutta velvoittavan lainsäädännön puuttuminen on heikentänyt vaikuttavuutta, koska matkailijoilta ei ole voitu edellyttää FINENTRYn käyttöä. Vertailu maihin, joissa nimetyn sovelluksen käyttäminen on ollut pakollista, osoittaa, että maahantulo pandemiankin oloissa olisi voinut olla sangen hallittua.³

¹ Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin (HUS) lausunto 7.3.2022 selvitysryhmälle

² Helsingin kaupungin lausunto 8.3.2022 selvitysryhmälle.

³ Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin (HUS) lausunto 7.3.2022 selvitysryhmälle

6 Varautuminen ja valmiussuunnittelu

6.1 Valtakunnan taso

Sosiaali- ja terveysministeriö johtaa, valvoo ja yhteen sovittaa sosiaali- ja terveydenhuollon toimialan varautumista häiriötilanteisiin ja poikkeusoloihin. Yhteiskunnan turvallisuusstrategia¹ yhtenäistää varautumisen kansallisia periaatteita ja ohjaa hallinnonalojen varautumista. Sosiaali- ja terveydenhuollon tehtävänä on turvata väestölle kaikissa olosuhteissa terveyden ja toimintakyvyn kannalta keskeiset sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut, terveellinen elinympäristö ja toimeentulo. Sosiaali- ja terveysministeriössä valmiusasioista vastaa turvallisuus- ja terveystieteiden valmiusyksikkö.

Valmiuslain (1552/2011) mukaan valtion viranomaisten ja laitosten sekä kuntien on varmistettava tehtäviensä mahdollisimman häiriötön hoitaminen myös poikkeusoloissa. Valmius varmistetaan muun muassa valmiussuunnitelmin ja poikkeusoloissa tapahtuvan toiminnan etukäteisvalmisteluin. Valtioneuvosto voi sosiaali- ja terveysministeriön esityksestä asettaa enintään viideksi vuodeksi kerrallaan poikkeusolojen sosiaali- ja terveydenhuollon neuvottelukunnan suunnittelemaan ja valmistelemaan sosiaali- ja terveydenhuollon hoitamista poikkeusoloissa sekä niitä normaaliolojen valmiuteen liittyviä asioita ja tukitoimia, joiden järjestäminen normaalioloissa muodostaa perustan poikkeusoloihin varautumiselle.

Vuonna 2021 voimaan tulleet sosiaali- ja terveydenhuoltolain muutokset sosiaali- ja terveydenhuollon valmiuden ja varautumisen osalta loivat samalla rakenteen viiden yhteistyöalueen yhteistyöhön ja valtakunnallisesti yhtenäisten tilannekuvien kokoamiseen.²

Koronaepidemian aikana yhteistyö alueellisten toimijoiden, viranomaisten ja sosiaali- ja terveysministeriön kesken lisääntyi. Erityisen keskeisessä roolissa tilannekuvan muodostamisen ja terveydenhuollon kantokyvyn kannalta on ollut toimiva yhteistyö sosiaali- ja terveysministeriön valmiusyksikön, Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen, viiden yliopistollisen sairaalan johtajaylilääkäreiden kesken ja kansallisen tehohoito-

¹ Turvallisuuskomitea. <https://turvallisuuskomitea.fi/yhteiskunnan-turvallisuusstrategia>

² Sosiaali- ja terveysministeriön valmiusyksikön kuulemistilaisuus 1.3.2022.

konsortion tekemä koordinaatio- ja tilannekuvatyö. Näitä vakiintuneita ja toimivia rakenteita on tarpeen pitää yllä ja vahvistaa, ei vain mahdollisia uusia epidemia-aaltoja vaan myös muiden uhkien hoitoa varten. Tähän liittyen tulee edistää viiden yliopistolli- sen sairaalan sote-valmiuskeskusten perustamista huomioiden myös niiden tarvitse- mat taloudelliset resurssit.¹

Tällä hetkellä valtakunnallisesta valmiussuunnittelusta puuttuu yhtenäinen pohja ja samalla puuttuu yhtenäinen tapa säädellä valmiutta. Ei ole esimerkiksi yhtenäistä toi- mintatapaa, missä tilanteessa aloitetaan nostamaan valmiutta. Koronaepidemian ai- kana on opittu, että varautuminen ja kapasiteetin nostaminen ei ole vain alueellinen toiminto vaan valtakunnallinen. Tästä esimerkkinä on potilaiden siirto erva-alueiden välillä. Valtakunnallisesti yhtenäinen valmiussuunnittelu 6–7 kansallisen riskinarvion mukaisesta uhkasta voisi olla pohjana myös alueelliselle valmiussuunnittelulle.² Tällä hetkellä tilannekuvat ovat eri järjestelmissä, mutta valtakunnallinen valmiussuunnitel- maportaali voisi yhtenäistää valmiussuunnittelua. Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen näkemyksen mukaan sen rooli valtakunnallisen tilannekuvan kokoamisessa vaatii sel- kiyttämistä ja riittäviä budjettivaroja.³

Kriisitilanteissa johtamisen ja viestinnän merkitys korostuu. Koronapandemian alku- vaiheessa johtamisjärjestelmän toiminta ei ollut riittävän selkeää. Toimivaltaisten vi- ranomaisten tulisikin olla suoraan yhteydessä keskenään, jotta nopea tiedonkulku ja johtovastuiden mukainen välitön toiminta tiukassa aikataulussa onnistuu. Hybridistra- tegian jatkototeutukselle pidetään olennaisena sitä, että sosiaali- ja terveysministeriö ja Terveiden ja hyvinvoinnin laitos toteuttavat strategian ohjausta yhdenmukaisesti ja yhteisesti sovittujen linjausten mukaisesti. Tämä toteuttaa parhaalla tavalla toimenpi- teiden toteutumista sekä tukee niiden hyväksyttävyyttä.^{4 5} On kuitenkin muistettava, että Terveiden ja hyvinvoinnin laitos on asiantuntijalaitos, jolla on lakisääteinen vel- voite antaa paras ja tietoon perustuva arvionsa tilanteesta ja toimista.

Valtakunnallisella tasolla yhtenäisen ydinviestin määrittely ja jakaminen johtamisjär- jestelmän kautta on tärkeää. Ydinviestiä voi paikallisella tasolla sopivasti täydentää. Koronavuodet ovat osoittaneet sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmän suu-

¹ Pirkanmaan sairaanhoitopiirin (PSHP) lausunto 15.3.2022 selvitysryhmälle.

² Sosiaali- ja terveysministeriön valmiusyksikön kuulemistilaisuus 1.3.2022.

³ Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen tiedoksianto 28.4.2022.

⁴ Kanta-Hämeen sairaanhoitopiirin kuntayhtymän lausunto 16.3.2022 selvitysryhmälle.

⁵ Suomen lähi- ja perushoitajaliitto SuPerin lausunto 15.3.2022 selvitysryhmälle.

reksi heikkoudeksi sen pirstaloituneisuuden. Epäyhtenäiset ja epäselvät viranomaisohjeet aiheuttivat sen, että sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatiot toimivat kukin parhaaksi katsomallaan tavalla.^{1 2}

Terveydenhuollossa on varauduttu hyvin tavanomaisiin uhkiin, kuten suuronnettomuudet. Pitkäkestoiisiin häiriötilanteisiin varautuminen on ollut heikompaa. Jatkossa varautumisen suunnittelussa tulisi kiinnittää huomiota pitkäkestoiisiin häiriötilanteisiin ja poikkihallinnollisiin riskeihin.³

6.2 Alue- ja paikallinen taso

Sosiaali- ja terveydenhuollon varautumisen tavoitteena on turvata väestölle terveyden ja toimintakyvyn kannalta keskeiset sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut, terveellinen elinympäristö sekä toimeentulo häiriötilanteissa ja poikkeusoloissa. Sekä sosiaali- ja terveystalvelujen järjestäjien että palvelujen tuottajien tulee huolehtia siitä, että ihmiset saavat toimintakyvyn ja hyvinvoinnin kannalta asianmukaiset palvelut kaikissa tilanteissa.⁴

Sosiaali- ja terveydenhuollon varautumisvelvoite perustuu valmiuslakiin, pelastuslakiin ja toimialan omaan lainsäädäntöön. Sosiaali- ja terveydenhuoltolain 1.3.2021 voimaan tulleissa säännöksissä^{5 6} määritellään kunnan, sairaanhoitopiirin ja erityisvastuualueellaan yliopistosairaalan tehtävät sosiaali- ja terveydenhuollon tilannekuvien keräämisen ja valmiussuunnittelun osalta. 1.1.2023 alkaen vastaavat säännökset on kuvattu järjestämislain 7 luvussa koskien hyvinvointialueita ja yhteistoiminta-alueita.⁷ Järjestämislain mukaisina alueellisen toiminnan keskeisinä toimijoina tulevat olemaan yhteistoiminta-alueiden valmiuskeskukset.

¹ Sosiaali- ja terveysministeriön valmiusyksikön kuulemistilaisuus 1.3.2022.

² Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen tiedoksiänto 28.4.2022.

³ Hanhinen, S. & Rintala, T. 2021. Tarkastusmuistio, Terveydenhuollon huoltovarmuus (19.6.2021). Liittyy tarkastukseen: 10/2021 Huoltovarmuus ja sen turvaaminen covid-19-pandemian aikana. Valtiontalouden tarkastusvirasto.

⁴ Vuorinen, S. (toim.). Valmius- ja jatkuvuudenhallintasuunnitelma. Ohje sosiaali- ja terveydenhuollon toimijoille. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisu 2019:10.

⁵ Laki sosiaalihuoltolain muuttamisesta (136/2021).

⁶ Laki terveydenhuoltolain muuttamisesta (135/2021).

⁷ Laki sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä (612/2021).

Tavoitteena on, että järjestämislaissa kuvatut viisi valmiuskeskusta valmistellaan jo nykyisiin rakenteisiin, jotta niiden toiminta on yhtenäistä ja käynnissä viimeistään vuoden 2023 alusta. Valmisteluun tulee ottaa mukaan erikoissairaanhoidon, perusterveydenhuollon, sosiaalihuollon ja pelastustoimen asiantuntemus tulevilta hyvinvointialueilta. Myös ympäristöterveydenhuollon kokonaisuus on hyvä huomioida jo nyt toimintamallissa.¹

Jotta järjestämislaissa kuvattu valmiuskeskustoiminta olisi valmis jo vuoden 2023 alussa, jo nykyrakenteessa yliopistollista sairaalaa ylläpitävien sairaanhoitopiirien tulee viidellä alueella ohjata ja varmistaa, että valmiussuunnittelu tapahtuu valtakunnallisesti yhtenäisin periaattein, sopien tulevaan hyvinvointialuerakenteeseen ja käyttää hyväksi olemassa olevaa valtakunnallista valmiussuunnitteluportaalia siten, että suunnittelu muodostaa kansallisen kokonaisuuden. Lisäksi tulee sopia tilannekuvan muodostamisesta ja jakamisesta sekä johtamisrakenteesta häiriötilanteita varten osana valmiussuunnittelua, paikallisten, alueellisten ja valtakunnallisten kyvykkyyksien käytöstä, työnjaosta ja valmiuden säätelyyn liittyvästä porrastuksesta (perus-, tehostettu ja täysvalmius) osana valmiussuunnittelua. Alueiden materiaallinen valmius toteutetaan erityisesti yliopistollista sairaalaa ylläpitävien sairaanhoitopiirien hankintayksiköiden ja Huoltovarmuuskeskuksen kesken valtakunnallisena mallina.²

Viiden valmiuskeskuksen valmistelut ovat keväällä eri vaiheissa erityisvastuu-/yhteistoiminta-alueilla ja tällä hetkellä pisimmällä on HUSin valmiuskeskuksen toimeenpano.^{3 4} Jotta kaikki viisi valmiuskeskusta olisivat vuoden 2023 alussa toimintavalmiudessa, tarvitaan niiden valmistelutyön toimeenpanoon ohjausta, rahoitusta ja resurssointia. Tämän lisäksi tarvitaan lisäresurssointia valmiuskeskusten ohjaamiselle ja valtakunnallisen tilannekuvan muodostamiselle. Tämä tehtävä kuuluu luontevasti Terveyden ja hyvinvoinnin laitokselle, joka tuottaa valtakunnallista tietoa sosiaali- ja terveysministeriön ja valtioneuvoston päätöksenteon pohjaksi. Ilman ohjausta ja standardeihin sitouttamista on olemassa merkittävä riski, että eri valmiuskeskusten keräämä tieto ei ole yhteismitallista ja saman muotoista, jolloin valtakunnallisen tilannekuvan

¹ Sosiaali- ja terveysministeriö. 2021. Sosiaali- ja terveysministeriön ohjauskirje sosiaali- ja terveydenhuollon valmiuden ja varautumisen kehittämisestä ja turvaamisesta siirryttäessä hyvinvointialuerakenteeseen (VN/26357/2021, VN/26357/2021-STM-1) 19.10.2021.

² Sosiaali- ja terveysministeriö. 2021. Sosiaali- ja terveysministeriön ohjauskirje sosiaali- ja terveydenhuollon valmiuden ja varautumisen kehittämisestä ja turvaamisesta siirryttäessä hyvinvointialuerakenteeseen (VN/26357/2021, VN/26357/2021-STM-1) 19.10.2021.

³ Sosiaali- ja terveysministeriön valmiusyksikön kuulemistilaisuus 1.3.2022.

⁴ Poikkeusolojen neuvottelukunnan kuulemistilaisuus 24.3.2022.

luominen muuttuu vaikeaksi. Siksi Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen ohjaus- ja analytiikkatoimintaan olisi ohjattava voimavaroja.¹

Koronapandemian alkaessa tilannekuvan kokoamiseen ja välittämisen liittyvät puutteet olivat jo tiedossa. Tarve luoda normaalioloissakin rutiinomaisena päivittäisjohtamisenkin välineenä toimivalle, mahdollisimman pitkälle automatisoituna toteutettavalle järjestelmälle oli ilmeinen. Huomioiden kuitenkin erilaisiin kriiseihin liittyvät uhat, tulee myös pandemiatilanteita varten olla varajärjestelmät ja suunnitelmat siitä, kuinka tilannekuvaa voidaan kriittisimpien parametrien osalta pitää yllä kaikissa olosuhteissa.²

Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin lausunnon mukaan tilannekuvan tulee olla ajantasainen ja kattaa kaikkein keskeisten sote- toimintojen tilanne, erityisesti palveluiden osalta. Koska ylipäätään kriisitilanteiden johtamisen tulisi mahdollisimman pitkälle perustua normaaliolojen johtamisjärjestelmälle, tulisi näitä järjestelmiä käyttää rutiinimaisesti koko ajan. Mahdollisten automatisoitujen, kerätyn tiedon pohjalta laukeavien herätteiden mahdollisuus olisi hyvä huomioida järjestelmiä kehitettäessä. Luonteva paikka tälle toiminnolle olisivat hyvinvointialueiden ja yhteistoiminta-alueiden sote-valmiuskeskukset.²

Tulevissa valmiuskeskuksissa kerättäviä ajantasaisia ja laajasti palvelut kattavaa tilannekuvaa ylläpitäviä tietoja tulisi olla ainakin muun muassa henkilöstöressurssin poikkeamista, tietojärjestelmien toimivuudesta, eristys- ja tehopotilaiden määrästä vuodeosastojen tilanteeseen ja puhelujonoista, vain muutamia mainitaksemme. Tiedon tulee olla keskitettyä- nyt tilannekuva on pitkälti pirstaleina eri puolilla. Pandemian aikana tilannekuvaa on selvitetty monin eri tavoin sovelluksin. Yhteinen alusta, joka kattaisi tilannekuvan kokoamisen sote-palveluista kattavasti ja älykkäästi mahdollistaisi tilannekuvan yhtenäisen keruun eri puolilla maata.²

Tilannekuvan ja edellä mainittujen herätteiden tulisi johtaa ennakoiviin toimenpiteisiin. Pandemian hallintatoimiin tarvitaan näkyvyyttä pidemmälle kuin vain lähiviikkoihin. Tämä koskee erityisesti toimintoja, jotka eivät ole normaalikapasiteetin mukaisia, mutta syövät merkittävästi henkilövoimavaroja ja joita pitää suunnitella eteenpäin ainakin kuukausien aikajänteellä. Esimerkkinä tästä ovat esimerkiksi rajatoiminta ja massiivisen näytteenottokoneiston ylläpito. Nämä kaikki syövät voimavaroja muulta terveydenhuollon toiminnalta.

¹ Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen tiedoksianto 28.4.2022.

² Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin (VSSHP) lausunto 8.3.2022 selvitysryhmälle.

Tiedon keräämisen lisäksi on tärkeää, että kerätty ja analysoitu tieto on niiden viranomaistahojen saatavilla, jotka sitä tarvitsevat toimintansa suunnitteluun ja seuraamiseen. Tiedon tulee myös siirtyä molempiin suuntiin ja olla käytettävissä valtakunnallisilla, kunnallisilla ja alueellisilla toimijoilla.¹

Häiriötilanteen ja poikkeusolojen johtamisen tulee perustua normaaliolojen johtamisjärjestelmään. Lisäksi valmiusorganisaatioissa on selkeä tarve lisätä nimenomaisesti varautumisesta ja valmiuden ylläpitämisestä vastaavaa kokoaikaista henkilöstöä. Nämä kysymykset jäävät muutoin helposti muiden päälle kaatuvien ongelmien jalkoihin.² Turvallisuusjohtamisen on oltava strategisena painopisteenä ja kiinteä osa organisaatioiden varautumissuunnitelmia.³

¹ Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin (VSSHP) lausunto 8.3.2022 selvitysryhmälle.

² Suomen lääkäriliitto ry:n lausunto 15.3.2022 selvitysryhmälle.

³ Julkisten ja hyvinvointialojen liitto JHL ry:n lausunto 15.3.2022 selvitysryhmälle.

7 Materiaalinen valmius

Ennen kevättä 2020 Suomessa ei ollut riittävää kansallista tilannekuvaa siitä, mitä sosiaali- ja terveydenhuollon tarvikkeita maassa on. Materiaalisen valmiuden tilannekuvaa alettiin kerätä sosiaali- ja terveysministeriön valmiusyksikön johdolla heti pandemian alettua. Vastuu tiedon keräämisestä annettiin viidelle yliopistolliselle sairaanhoitopiirille.

Sosiaali- ja terveydenhuollon materiaalisen varautumisen tilannekuvan muodostamisen haasteena on ollut kentän pirstaleisuus, sosiaalihuollon tietojen puute sekä vaikeudet saada tietoa yksityisten palveluntuottajien varautumisesta. Valtiontalouden tarkastusviraston mukaan viranomaisten tulisi yhteistyössä määritellä selkeästi materiaallisen varautumisen taso ja seurata sen toteutumista.¹

Huoltovarmuuskeskuksen (HVK) roolina on tukea sosiaali- ja terveysministeriön sekä terveydenhuollon toimijoiden varautumista. Pandemian alkuvaiheessa sairaanhoitopiirien ja Huoltovarmuuskeskuksen välinen työnjako terveydenhuollon materiaalien hankinnassa oli epäselvä ja ne jopa kilpailivat markkinoilla samoista tarvikkeista. Työnjako tarvikkeiden hankinnassa ja varastoinnissa on osin selkiytynyt, mutta siihen tulee jatkossa kiinnittää erityistä huomiota.¹

Yksityisillä sosiaali- ja terveydenhuollon toimijoilla ei ole varautumisveloitetta. Kun julkinen sektori on tehnyt sopimuksia yksityissektorin kanssa palvelujen tuottamisesta, sopimuksissa ei ole riittävällä tavalla otettu huomioon varautumisesta aiheutuvia velvoitteita. Huoltovarmuuden kehittäminen on kuitenkin vauhdittunut koronapandemian aikana, vaikka pandemiaan alussa se oli heikko erityisesti suojarusteiden osalta.²

7.1 Rokotteet ja lääkkeet

Valtioneuvosto teki 10.12.2020 periaatepäätöksen Suomen COVID-19-rokotestrategiasta.³ Tavoitteena oli koko väestön (yli 16-vuotiaat) suojaaminen. Rokotestrategia val-

¹ Hanhinen, S. & Rintala, T. 2021. Tarkastusmuistio, Terveydenhuollon huoltovarmuus (19.6.2021). Liittyy tarkastukseen: 10/2021 Huoltovarmuus ja sen turvaaminen covid-19-pandemian aikana. Valtiontalouden tarkastusvirasto.

² Kihlström ym. 2022. "Kenenkä vastuulla tää nyt sitten on? Ei ehkä ainakaan meidän": COVID-19-pandemian hallinta ja johtaminen Suomessa. Tutkimuksesta tiiviisti 27/2022. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL).

³ Valtioneuvosto (VN). 2020. Valtioneuvoston periaatepäätös VNK/2020/142.

misteltiin sosiaali- ja terveysministeriössä lääketieteellisin perustein, kansallisia asiantuntijoita kuullen ja näyttöön perustuen. Strategiassa linjattiin pääperiaatteet, joiden mukaan rokotusjärjestyksestä päätetään. Asetuksen (1105/2020) mukaiset rokotukset aloitettiin Suomessa 27.12.2020.

Rokotusasetukseen tehtiin vuoden 2021 aikana säädösmuutoksia, joilla muun muassa täsmennettiin rokotusjärjestystä, laajennettiin rokottajien joukkoa sekä mahdollistettiin keväällä väliaikaisesti rokotusten kohdentaminen alueellisesti yhdenmukaisin ja avoimesti määritellyin epidemiologisin perustein. Elokuussa 2021 tehdyllä asetusmuutoksella rokotukset laajennettiin koskemaan kaikkia 12–15-vuotiaita. Joulukuun 2021 asetusmuutoksella poistettiin rokottamisjärjestys ja todettiin, että rokotuksia tarjotaan 5 vuotta täyttäneille ja sitä vanhemmille henkilöille.

Valtioneuvosto teki 25.11.2021 periaatepäätöksen kansallisen rokotestrategian päivittämisestä ottaen huomioon syksyn 2021 epidemiatilanteen mukainen tarve tehostaa väestön rokotussuojaa.¹ Rokotusstrategia on määräaikainen ja on voimassa 30.6.2022 saakka. Strategiaa on tarkoitus päivittää kevään 2022 aikana, kun saatavilla on uutta seurantatietoa epidemiatilanteesta, rokotuskattavuudesta ja rokotusten vaikutuksista.

Kansallinen koronarokotusstrategia on perustunut vakavien tautimuotojen, kuoleman ja menetettyjen elinvuosien ehkäisyyn. Sen vuoksi alusta lähtien on painotettu erityisesti vakavalle taudille alttiiden iäkkäiden henkilöiden korkean rokotussuojan saavuttamista.²

Suomessa on koronarokotteita tällä hetkellä noin 1.8 miljoonaa annosta. Rokotteita on tulossa maahan viikoittain (esimerkiksi maaliskuussa yhteensä noin 800 000 annosta). Huhti- ja toukokuun rokoteannokset pyritään lahjoittamaan matala- ja keskitulotason maihin. Kesä- ja syyskuun aikana on mahdollista saada maahan vielä noin 3.4 miljoonaa rokoteannosta.³

Syksyn 2022 epidemiatilannetta ajatellen erityisvastuualueilla on valmius nostaa rokotuskapasiteetti hyvinkin suureksi. Iäkkäät ja lääketieteellisiin riskiryhmiin kuuluvat tarvitsevat 4. annoksen ja mahdollisesti myös 5. annoksen.⁴ Terveiden ja hyvinvoinnin laitos varautuu laajempaan neljänteen rokotekierrokseen viimeistään syksyllä.² Jos

¹ Valtioneuvosto (VN). 2021c. Valtioneuvoston periaatepäätös VNK/2021/240.

² Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen (THL) lisälausunto 29.3.2022 selvitysryhmälle.

³ Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen (THL) lausunto 7.3.2022 ja lisälausunto 29.3.2022 selvitysryhmälle.

⁴ Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen (THL) kuulemistilaisuus 30.3.2022.

rokotukset tulisivat koskemaan kaikkia yli 65-vuotiaita, niin rokotettavien määrä olisi tuolloin noin kaksi miljoonaa.¹

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos seuraa jatkuvasti epidemiatilanteen kehittymistä, rokotesuojan mahdollisia ikä- ja riskiryhmäkohtaisia muutoksia, mahdollisten uusien muuntovirusten ilmaantumista ja muuntoviruksia vastaan räätälöityjen rokotteiden saatavuutta. Ensimmäisiä varianttiräätälöityjä rokotteita olisi mahdollisesti saatavilla alkukesästä.

Lääkealan turvallisuus- ja kehittämiskeskus Fimea ylläpitää lääkehuollon tilannetietoa ja seuraa jatkuvasti lääkkeiden varastotilannetta, muun muassa velvoitevarastoitavien lääkkeiden varastomääriä. COVID-19-pandemian alkaessa lääkkeiden yleiselle saatavuudelle aiheutui merkittäviä ongelmia lääkkeiden ylimääräisestä hamstraamisesta.²

Pandemian aikana Fimea on tehostanut omaa toimintaansa lääkkeiden riittävyyteen liittyvän tilannekuvan seurannassa. Suomessa lääkkeiden saatavuus on pysynyt COVID-19-pandemian aikana pääosin hyvänä ja tällä hetkellä saatavuustilanne on melko normaali. Kansallinen lääkkeiden velvoitevarastointi on ollut keskeinen tekijä lääkkeiden saatavuuden ja lääkehoitojen jatkuvuuden kannalta. Pandemia-aika osoitti, että varautuminen ja ylimääräinen varastointi on tarpeellista. Varautuminen pitäisi Fimean mukaan suunnitella ja toimeenpanna normaaliolojen aikana siten, että ylimääräinen varastointi on osa normaalia kysyntää ja kulutusta globaalin lääkevalmistuskapasiteetin riittävyyden varmistamiseksi. Lääkkeiden varmuusvarastointiin liittyviä menettelyjä pitää kehittää edelleen. Pandemiatilanteen ja myös Ukrainan sodan vuoksi Fimea seuraa tiiviisti lääkkeiden saatavuutta.²

Hyvinvointiala HALI ry:n kuulemisessa tuli esille se, että lääkehoidosta keskustellaan liian vähän. Lääkehoidon hinta ei saa olla esteenä, jos lääkehoidolla voidaan estää sairaalahoitoon joutuminen tai jopa kuolema. Lääkkeet pitäisinkin saada nopeasti käyttöön erityisesti riskiryhmäläisille (nopea lääkärille pääsy, nopea testaus ja nopea lääkehoito).³

Rokotusten järjestämisvastuu on kunnilla ja rokottaminen tapahtuu pääasiassa julkisen terveydenhuollon toimesta. Kunnissa on henkilöstöä siirretty muun muassa ennaltaehkäisevästä terveydenhuollosta rokottamisiin. Yksityisten palveluntuottajien mu-

¹ Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen (THL) kuulemistilaisuus 30.3.2022.

² Lääkealan turvallisuus- ja kehittämiskeskus Fimean lausunto 23.3.2022 selvitysryhmälle.

³ Hyvinvointiala HALI ry:n kuulemistilaisuus 10.3.2022.

kaan ottaminen rokottamisiin tapahtui pandemian aikana varsin myöhään. Jos yksityistä sektoria olisi käytetty aiemmin rokotuttamisiin, esimerkiksi kouluterveydenhuolto- ja neuvolatoimintoja ei olisi tarvinnut ajaa niin alas kuin mitä tapahtui. Työterveyshuollon laajamittaisempi mukaantulo tapahtui kolmansien rokoteannosten antamisen yhteydessä joulukuussa 2021.¹

Hyvinvointiala HALI ry:n mukaan yksityissektori voisi auttaa siinä, että lääkkeet saataisiin käyttöön riskiryhmäläisille nopeasti (nopea lääkäriin pääsy, testaus ja lääkitys). Yksityinen lääkäri voisi määrätä spesifisiä koronälääkkeitä. Kustannus olisi suhteessa pieni, jos sillä voi estää joutumisen sairaalahoitoon tai kuoleman. Hali pitää nykyistä linjausta, minkä mukaan lääkkeenjako tapahtuu HUSin kautta, logistisesti ongelmallisena. Lääkkeiden korvattavuus tulisi saada myös kuntoon eli sairastuvuuskorvaus tulisi saada heti (indikaatio). Nykyisellään suun kautta korvattavat lääkkeet korvataan vasta puolen vuoden kuluttua. Pandemian alussa oli viikko, että yksityinen lääkäri ei saanut kirjoittaa lähetettä edes koronatestiin, ennen kuin sai luvan kunnan/sairaanhoidopiiriin infektio- ja lääketieteeltä. Varautumisessa on Hyvinvointiala HALI ry:n mukaan jatkossa tärkeä huomioida ennakoitusti yksityiset palveluntuottajat, joilla on kyvykkyyttä skaalata nopeastikin kapasiteettia eri toimintoihin (koronassa erityisesti testaukseen ja rokotuksiin).²

7.2 Muu materiaallinen varautuminen

Sosiaali- ja terveydenhuollon huoltovarmuuteen liittyvien kriittisten suojarusteiden, tarvikkeiden ja muun materiaallisen valmiuden kansallinen ja alueellinen tarvearvio sekä tarvikkeiden jakaminen kriisitilanteissa edellyttävät luotettavaa ja yhtenäistä valtakunnallista rakennetta ja päivittyvää tilannekuvaa.

Sosiaali- ja terveysministeriö asetti (VN/8074/2020) ajalle 9.4.2020–31.12.2020 materiaallisen valmiuden kansallisen koordinaatioryhmän LOG5. Sen toimikautta jatkettiin 30.12.2020 tehdyllä päätöksellä (VN/28888/2020) vuoden 2021 loppuun saakka. Ryhmään kuuluivat viiden yliopistollisen sairaanhoidopiiriin logistiikkakeskusten ja Huoltovarmuuskeskuksen edustajat. Ryhmän työtä ohjasi sosiaali- ja terveysministeriön valmiusyksikkö.

¹ Hyvinvointiala HALI ry:n lausunto 8.3.2022 selvitysryhmälle.

² Hyvinvointiala HALI ry:n kuulemistilaisuus 10.3.2022.

Materiaalisen valmiuden kansallisen koordinaatioryhmän LOG5 tehtävänä oli muodostaa tilannekuva eri toimijoiden varastoissa olevasta, koronavirusepidemian hoitoon liittyvästä kriittisestä huoltovarmuusmateriaalista ja tuottaa jatkuvaa arviota materiaalin riittävydestä. Ryhmä teki tarvearvioon perustuvat esitykset sosiaali- ja terveysministeriön valmiusyksikölle valtakunnallisesti keskitetyistä kriittisen materiaalin hankinnoista.^{1 2}

Pandemian alkuvaihe osoitti selkeitä puutteita materiaalisen valmiuden ylläpitämisessä huolimatta voimassa olevasta lainsäädännöstä.³ Erityisesti esiin nousi henkilökohtaiset suojaamien puutteellisuus (maskit).⁴ Suojainkustannusten korvaamisessa yksityisille sosiaali- ja terveydenhuollon palveluntuottajille on myös ollut merkittävää vaihtelua kunnittain.⁵

Materiaalisen valmiuden osalta on pandemian aikana menty huomattavasti eteenpäin. Suurin riski valmiuden kannalta on, että hankintakanavat menevät ”tukkoon” (markkinoiden ylikuumeneminen, tuotanto pienissä käsissä yms.). Edelleen tarvitaan myös valtakunnallisen hankintajärjestelmän selkeyttämistä (palvelujärjestelmä ja Huoltovarmuuskeskus).⁶ Logistiikkakeskusten roolin täsmentäminen ja materiaalisen valmiuden kansallisen koordinaatioryhmän LOG5 koordinoima tilannekuvan muodostaminen on kuitenkin ollut yksi menetystarinoista pandemian ajalta.³

Lääkealan turvallisuus- ja kehittämiskeskus Fimea toimii CE-merkittyjen lääkinnällisten laitteiden kansallisena toimivaltaisena viranomaisena. CE-merkityt lääkinnälliset laitteet ovat osa materiaalista varautumista. Fimean näkemyksen mukaan sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä annetun lain (612/2021) mukainen malli tukee hyvin lääkinnällisiin laitteisiin liittyvää varautumista ja saatavuuden hallintaa pohjautuen materiaalisen valmiuden kansallisen koordinaatioryhmän LOG5 toimintaan.⁷

¹ Eduskunta. 2020. Hallituksen esitys eduskunnalle riskirahoitusta alkuvaiheen pääomarahastoihin sijoittavasta valtion kokonaan omistamasta osakeyhtiöstä annetun lain muuttamisesta (HE 239/2020 vp, s.13).

² Asettamispäätös STM 9.4.2020 ja 30.12.2020

³ Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin (VSSHP) lausunto 8.3.2022 selvitysryhmälle.

⁴ Julkisten ja hyvinvointialojen liitto JHL ry:n lausunto 15.3.2022 selvitysryhmälle.

⁵ Hyvinvointiala HALI ry:n lausunto 8.3.2022 selvitysryhmälle.

⁶ Sosiaali- ja terveysministeriön valmiusyksikön kuulemistilaisuus 1.3.2022.

⁷ Lääkealan turvallisuus- ja kehittämiskeskus Fimean lausunto 23.3.2022 selvitysryhmälle.

Kaikissa kriittisissä tarvike- ja hoitovälinehankinnoissa tulisi huomioida riittävän laaja-alainen tuotanto. Yritysten verkostoja ja hankintaosaamista tulee hyödyntää paremmin, kuin koronapandemian aikana on tapahtunut.¹ Valmiusvarastointi tulee ottaa keskeiseksi tekijäksi päivittäisessä materiaalien hankinnassa siten, että varastoissa oleva materiaali säilyy käyttökelpoisena kierrättämällä. Tämä edellyttää lainsäädännöllisiä muutoksia, muun muassa hankintaa koskevan lainsäädännön osalta.² Kotimaisen suojarustetuotannon avulla saatiin osaltaan turvattua terveydenhuollon kriittisten materiaalien saatavuus. Tämän tuotannon jatkuvuuden turvaaminen on nähty erittäin tärkeäksi Suomen huoltovarmuuden näkökulmasta.³ Myös kuljetusten sujuminen (esimerkiksi Itämeren tilanne) on kriittistä. Lisäksi pohjoismaista yhteistyötä varautumisessa on syytä lisätä.²

¹ Suomen lääkäriliitto ry:n lausunto 15.3.2022 selvitysryhmälle.

² Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin lausunto 8.3.2022 selvitysryhmälle.

³ Sosiaali- ja terveysministeriö (STM). 2020. STM:n ohjauskirje (VN/20160/2020) 10.9.2020 (kumottu). Alueelliset tartuntatautien torjunnan toimenpiteet ja palvelujärjestelmän varautuminen.

8 Viranomaisyhteistyö

8.1 Valtakunnan taso

Koronapandemian aikana viranomaisyhteistyö tiivistyi valtakunnan, alueellisen ja kuntatason välillä. Myös eri viranomaisten välinen yhteistyö koettiin tärkeäksi epidemian eri vaiheissa. Tämän selvitysryhmän yhtenä tavoitteena asettamispäätöksen mukaisesti on tukea toimivaltaisia viranomaisia, kun ne varautuvat ja suunnittelevat epidemian torjuntatoimien ja tarvittavien palveluiden kapasiteetin riittävyttä turvaavia toimenpiteitä tietoon perustuen ja oikeasuhteisesti.

Onnettomuustutkimuskeskus OTKES on julkaissut 30.6.2021 tutkimusraportin koronaepidemian ensimmäisestä vaiheesta 2020 Suomessa. Raportissa nostettiin useita suosituksia valtioneuvoston kanslian toimintaan. Suositukset koskivat tietojenvaihtoa, kommunikointia ja varautumistyön tukemista ja auditointia sekä viranomaisyhteistyön verkottumista. Lisäksi valtiovarainministeriötä suositeltiin huolehtimaan, että valtionhallintoa ja kuntia varten valmistellaan käytännöt, joilla sekä valtionhallinnossa että kuntien hallinnossa voidaan tehdä henkilöstösiirtoja suunnitellusti ja sujuvasti jo poikkeusoloja pienemmissä kriisi- tai häiriötilanteissa.¹

OTKES:n raportissa suositeltiin, että Terveiden ja hyvinvoinnin laitos vahvistaa toimintonsa, joka seuraa vaarallisten tautien leviämistä päivittäin tilannekeskusluonteisesti, tuottaa analyysyjä sekä viestii aktiivisesti ja systemaattisesti ainakin valtioneuvoston tilannekeskuksen, sosiaali- ja terveysministeriön sekä maa- ja metsätalousministeriön hallinnonalan, kansainvälisten toimijoiden ja tiedeyhteisön kanssa. Lisäksi tarvitaan yhteisesti ymmärretty luokittelu, jonka avulla tarvittavat ja ennakkoon suunnitellut toimenpiteet saadaan empimättä käyntiin.¹ Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen mukaan se tekee jo nyt tätä lakisääteisesti edellä mainittujen viranomaisten kanssa.²

Eri ministeriöiden toimintaan OTKES:n raportissa suositeltiin useita toimenpiteitä niiden toimintavaltuuksien mukaisesti. Sisäministeriötä suositeltiin huolehtimaan, että rajanylityspaikkojen toimintaan ja rajaliikenteen hallittuun rajoittamiseen sekä terveystarkastuksiin ja kontrollointiin kriisitilanteessa laaditaan kattava eri näkökulmat huomioon ottava poikkihallinnollinen suunnitelma. Työ- ja elinkeinoministeriö kehittää menettelyt ja yhteistyösuhteet keskeisiin kaupan toimijoihin siten, että suuret äkilliset hankinnat

¹ Onnettomuustutkimuskeskus. 2020. Koronaepidemian ensimmäinen vaihe 2020 Suomessa. Onnettomuuskeskuksen tutkimusraportti 2020-P01. s 6–23.

² Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen (THL) tiedoksianto 28.4.2022.

tekevät organisaatiot, joilla on ulkomaankaupan verkostot ja osaaminen. Hankintavalmiuksia harjoituttaa se, että huoltovarmuuden vuoksi varastoitavat materiaalit hankitaan samoja monipuolisia kanavia hyödyntäen ja mahdollisuuksien mukaan kotimaasta. Valtiovarainministeriö huolehtii, että Suomeen saadaan kansalliset valmiudet nopeasti käynnistettäviin digitaalitekniikan hankkeisiin ja siihen, että käytettävissä on kriisitilanteiden vaatimuksiin vastaava sovelluskehitys-, tietosuoja- ja tietoturvaosaaminen.¹

Sosiaali- ja terveysministeriölle OTKES:n raportti suositteli, että ministeriö selvittää mahdollisuudet parantaa ruumiinavausmahdollisuuksia nopeasti kehittyvässä kriisitilanteessa. Tarkoituksena on kerätä tietoa vahinkojen lieventämiseksi. Lisäksi suositeltiin, että sosiaali- ja terveysministeriö huolehtii, että sosiaali- ja terveydenhuolto kykenee tunnistamaan suurten ihmisjoukkojen avun tarpeen erilaisissa laajoissa kriiseissä ja vastaamaan tähän tarpeeseen koordinoitusti ihmisen asuin- tai hoitopaikasta riippumatta.¹

Selvitysryhmän saamista lausunnoissa ja kuulemisissa tuotiin esille tarve nykyistä tiiviimmälle vuorovaikutukselle sekä horisontaalisesti yli toimialojen ja sektorien että vertikaalisesti eri hallinnon tasojen välillä. Myös kaikkien hallinnon tasojen yhtenäisen viestinnän tärkeys tuotiin monissa puheenvuoroissa esille. Valtakunnan sekä alueellisen ja kuntatason yhteistyöstä mainittiin, että sosiaali- ja terveysministeriö alkoi tammikuussa 2022 järjestää perustason toimintojen tilannekuvakokouksia, jossa on ollut edustajia suurimmista kaupungeista, Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksesta, aluehallintovirastoista sekä Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirastosta. Nämä tilannekuvakokoukset olisi tullut kuultujen tahojen mukaan aloittaa aikaisemmin.

Arvioiden mukaan Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen antama tilannekuva on pääosin ollut laadukasta ja niin ajantasaista kuin vaikeasti ennakoitavassa tilanteessa on ollut mahdollista. Mahdollisuus tilannekuvan jakamiseen myös kunnista ministeriön ja Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen suuntaan aiemmin olisi saattanut parantaa ja tehostaa pandemian hallintaa. Kuntiin päin näyttäytyi usein siltä, että kansallisia linjauksia tehdessä ei ollut kuultu ennakkoon palvelujärjestelmää, etenkin perusterveydenhuoltoa. Ajoittain linjaukset johtivat hankaliin tilanteisiin resurssinäkökulmasta. Tällainen tilanne oli muun muassa koronavirusrokotusten annosvälin äkillinen muutos joulukuussa 2021. Kuntien resurssitilanteen ymmärtäminen olisi palvellut myös kansallisen strategian päivitysten oikea-aikaisuutta ja tarkoituksenmukaisuutta. Strategiassa olisi

¹ Onnettomuustutkintakeskus. 2020. Koronaepidemian ensimmäinen vaihe 2020 Suomessa. Onnettomuuskeskuksen tutkimusraportti 2020-P01. s 24–27.

voitu täten ennakoida esimerkiksi tammikuun 2022 tilanne, jolloin rokottamiseen kipeästi tarvittavia henkilöresursseja oli kiinni laajamittaisessa tartunnanjäljityksessä huolimatta jäljityksen tuolloin jo ilmeisestä tuloksettomuudesta.

8.2 Alue- ja paikallinen taso

Sosiaali- ja terveysministeriö antoi 10.9.2020 ohjaukirjeen ”Alueelliset tartuntatautien torjunnan toimenpiteet ja palvelujärjestelmän varautuminen ” kunnille ja kuntayhtymille, sairaanhoitopiireille, aluehallintovirastoille ja Terveyden ja hyvinvoinnin laitokselle. Ohjaukirjeessä kehoitettiin alueellisia viranomaisia yhdessä organisoitumaan ja valmistelemaan alueellista koronapandemian hoitoa. Sosiaali- ja terveysministeriö ohjasi tartuntatautilaissa säädettyihin vastuisiin viitaten sairaanhoitopiirejä viipymättä käynnistämään toimenpiteet tämän viranomaistyön organisoimiseksi alueellaan sekä varautumaan sen edellyttämiin toimenpiteisiin. Sosiaali- ja terveysministeriö kehotti aluehallintovirastoja valvovana viranomaisena huolehtimaan, että sen alueella tähän alueelliseen valmisteluun, harkintaan ja päätöksentekoon on varauduttu ja organisoituttu. Lisäksi virastoja kehoitetaan osallistumaan toimenpiteisiin lakisääteisten vastuidensa mukaisesti. Edelleen ministeriö kehotti Terveyden ja hyvinvoinnin laitosta osallistumaan alueelliseen organisoitumiseen omien vastuidensa mukaisesti ja kuntia ja kuntayhtymiä osallistumaan alueelliseen organisoitumiseen omien vastuidensa mukaisesti.¹ Sittemmin ohjaukirje on kumottu.

Sairaanhoitopiirit toimeenpanivat syksyn 2020 aikana sosiaali- ja terveysministeriön ohjauksen mukaisesti alueelliset koronaryhmät. Ryhmissä olivat mukana sairaanhoitopiirien lisäksi Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, aluehallintovirasto, Elinkeino-, liikenne ja ympäristökeskus sekä kuntien edustus. Ryhmien kokoonpanot vaihtelivat alueilla osin niiden tarpeista johtuen. Esimerkiksi rajakunnissa mukana olivat rajaviranomaiset, lentokentän toimijoita tai satamatoimijoita. Kuntien osallistuminen koronaryhmien toimintaan vaihteli, osassa eri kuntatoimijoiden edustus oli laajaa (esimerkiksi sosiaalihuollon, perusterveydenhuollon, varhaiskasvatuksen ja opetustoimen sekä elinkeinotyöstä vastaavia), jolloin saatiin laaja tilannekuva paikallisten rajoitusten tai suositusten vaikutuksista yhteiskuntaan. Jotkut koronaryhmät olivat vahvasti erikoissairaanhoitopainotteisia. Alueelliset koronaryhmät olivat yksi koronapandemian hoidon onnistumisista, sillä paikallinen viranomaisyhteistyö vahvistui. Tätä toimintamallia tulisi jatkaa myös muiden häiriötilanteiden tai poikkeusolojen aikana jatkossakin. Kehittämis-

¹ Sosiaali- ja terveysministeriö (STM). 2020. STM:n ohjaukirje (VN/20160/2020) 10.9.2020 (kumottu). Alueelliset tartuntatautien torjunnan toimenpiteet ja palvelujärjestelmän varautuminen.

kohteeksi alueellisten koronaryhmien toimintaan voisi tuoda selkeämmän valtakunnallisen ohjauksen sekä omaa aluetta laajemman tilannekuvan tuomisen alueellisen päätöksenteon tueksi.

Jyväskylän lausunnon jatkokehittämisehdotuksena esitetään, että tautiepidemiologiset skenaariot tuodaan myös perustasolle päätöksenteon pohjaksi ja käyttöön. Jyväskylän kokemuksen mukaan tätä ei ole tapahtunut. Kuitenkin isoissa kaupungeissa joudutaan tekemään kuntalaisia koskevia rajoittavia päätöksiä ja päätöksen tekoa ei helppota skenaariotiedon puuttuminen. Tautiskenaarioihin perustuva tieto on saatu lähinnä julkisista tiedotusvälineistä.¹ Alueella on nojaututtu ennen kaikkea infektiolääkäreiden asiantuntemukseen epidemian kulusta ja kulloinkin tarpeellisista ja tartuntatautilain mahdollistamista keinoista. Tämän lisäksi on arvioitu rajoitustoimien vaikutuksia muuhun yhteiskuntaan ja ihmisten hyvinvointiin.²

Terveysten ja hyvinvoinnin laitokselta saadun tiedon mukaan se on esiteltyt jokaista tautiskenaariota viikoittaisissa saraanhoitopiirien toimivaltaisten viranomaisten etäkoukoksissa, johon suurimpien kuntien tartuntataudeista vastaavat viranomaiset ovat myös osallistuneet. Näiden tahojen lakisääteinen tehtävä onkin jakaa ja tulkita skenaariota omalla alueellaan ja Terveysten ja hyvinvoinnin laitoksen tietojen mukaan näin on myös pääosin tapahtunut.³

Haasteellista myös ollut se, että kaikki koronatoimet eivät ole olleet yksissä käsissä ja kaikkein tehokkaimpia toimia on vakavassa epidemiatilanteessa valtiovallan toimesta jätetty käyttämättä. Näin toimien on samalla aiheutettu voimakas eriarvoisuuden tunne esimerkiksi kulttuuri- ja tapahtuma-alalla.⁴

Myös annettujen lausuntojen mukaan koronaepidemian aikana alue- ja kuntatasolla eri toimijoiden välinen yhteistyö on kehittynyt.³ Tätä on hyvä analysoida ja kehittää edelleen. Esimerkkinä hyvin toimineesta yhteistyöstä ovat olleet alueelliset koro- nakoordinaatioryhmät. Ne ovat olleet hyvin toimivia ja tuoneet eri toimijoita yhteen. Tämä on ollut epidemiasta johtuvan häiriötilanteen johtamista ja päätöksentekoa helpottava elementti.⁵

¹ Jyväskylän kaupungin lausunto 8.3.2022 selvitysryhmälle.

² Helsingin kaupungin lausunto 9.3.2022 selvitysryhmälle.

³ Terveysten ja hyvinvoinninlaitoksen tiedoksianto 28.4.2022.

⁴ Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin (PPSHP) lausunto 7.3.2022 selvitysryhmälle.

⁵ Espoon kaupungin lausunto 8.3.2022 selvitysryhmälle.

Muita esimerkkejä hyvistä alueellisesta viranomaisyhteistyöstä on Lapista ja Kanta-Hämeestä. Lapin sairaanhoitopiirissä tiivis viikoittainen yhteistyö kuntien epidemiatyöntekijöiden kanssa infektioyksikön kyselytunnin puitteissa. Osallistujien määrä pysyi noin sadassa läpi epidemian ja kyselytunnilla jaettiin kunnittaiset ja yksikkökohtaiset tilanteenhallinnan kysymykset ja ratkottiin niitä yhdessä hyödynnettäviksi verkostojohtamisen parhain periaattein.¹

Kanta-Hämeen kuntatasolla organisoitiin pandemian alkuvaiheessa erittäin vahva omaehtoinen yhteistoiminta ja tiedonvaihto. Maakunnan kuntajohtajien toivomuksesta Hämeen liitto ryhtyi normaalin pikaviestiryhmän lisäksi koordinoimaan kuntajohdon tilannekuvapalavereita ja materiaalipankkia. Tilannekuvapalavereissa kytkettiin maakunnan kuntajohto, sairaanhoitopiirin johto, Hämeen poliisijohto ja oleellimmat muut viranomaistahot. Sairaanhoitopiirillä, Hämeen poliisijohdolla, pelastusjohdolla, aluehallintovirastolla ja Panssariprikaatin johdolla oli lisäksi viikoittaiset tilannepalaverit. Lisäksi muodostettiin alueen elinkeinoelämän tilannekuvaryhmä. Huolena oli terveydenhuollon kapasiteetin riittävyyden ohella maakunnan pk-yrityskentän selviäminen. Tämä yhteistyö poiki myös paikallisia suojarusteinnovaatioita yhdessä yrityskentän kanssa tilanteessa, jossa normaalien hankintakanavien kautta suojarusteita ei ollut saatavissa. Vapaamuotoinen yhteistyö maakunnan sisällä on ollut hedelmällistä, mutta tuottaa lähinnä parempaa sivusuuntaista tietoisuutta, ja sitä kautta henkistä tukea kuntien johdolle. Alueellista johtamista ei voi olla toimivaltaisen organisaation puuttuessa.²

Yksityisten palveluntuottajien rooli epidemian aikana on jäänyt lausuntojen mukaan vähäiseksi ja siihen kaivataan selkeämpiä pelisääntöjä.³ Yksityisillä palveluntuottajilla on merkittävä rooli julkisten palvelujen tuottajana erityisesti hoivapalveluissa. Kunnat ostavat palveluntuottajilta esimerkiksi tehostettua palveluasumista, lastensuojelua ja päihdepalveluja. Valtio on pandemian aikana osoittanut kunnille merkittävät määrärahat koronasta aiheutuvien kustannusten korvaamiseen. Näistä yksi osa ovat sosiaali- ja terveydenhuollossa tarvittavien suojainten käytön lisääntymisestä aiheutuvat kustannukset.

Koronaepidemia osoitti, että maastamme on puuttunut selkeä ohjeistus siitä, että julkiselle järjestämävastuulle kuuluvien poikkeuksellisten (ostopalvelusopimusten ja palvelusetelin sääntökirjojen ulkopuolisten) kulujen korvaaminen kuuluu valtiolle ja kunnille valmiuslain, tartuntatautilain ja terveydenhuoltolain mukaan. Koronaepidemian osalta asia huomioitiin lainsäädännön tasolla ensimmäisen kerran vasta lokakuussa

¹ Lapin sairaanhoitopiirin lausunto 16.3.2022 selvitysryhmälle.

² Kanta-Hämeen sairaanhoitopiirin (KHSHP) lausunto 16.3.2022 selvitysryhmälle.

³ Hyvinvointiala HALI ry:n lausunto 8.3.2022 selvitysryhmälle.

2021 säädetyn koronakustannusten korvausten valtiosuutta koskevan asetuksen perusteluissa. Hyvinvointiala HALI ry toteaa lausunnossaan¹, että yksityisten palveluntuottajien koronaepidemian aikaisia kustannuksia on korvattu vaihtelevasti eri kunnissa ja vain osittain. Vastaavat sudenkuopat pitää välttää hyvinvointialueiden tullessa palvelujen järjestäjiksi. Vuoropuheluun yksityisten palveluntuottajien kanssa sekä julkisen järjestäjien vastuisiin tulee kiinnittää huomiota ja antaa informaatio-ohjausta muun muassa sosiaali- ja terveysministeriön sekä valvovien viranomaisten taholta. Häiriötilanteita ja poikkeusoloja varten tulisikin luoda paremmat mallit sille, että myös julkista palvelutehtävää toteuttavat yksityiset tuottajat saavat joko suoraan korvausta tehtävästä tai osuuden siitä korvausta, mitä valtio korvaa kunnille.

Pandemioissa tulee tiivistää yhteistyötä yksityisen sosiaalihuollon palveluntuottajan ja julkisen terveydenhuollon ja vaativan sairaanhoidon välillä. Olennaista on luoda hyviä, toimivia malleja yksityisen sosiaalihuollon palveluntuottajan ja julkisen terveydenhuollon välillä, jotta esimerkiksi hoivakotien turvallisuudesta voidaan huolehtia parhaalla mahdollisella tavalla vakavissa epidemiatilanteissa tai muissa poikkeusoloissa.

Julkisen ja yksityisen sektorin yhteistyö vaatisikin kunnollisia rakenteita julkisten ja yksityisten toimijoiden välille, joissa käytäisiin säännöllisesti läpi tilannekuvaa, kokonaisresursseja ja mahdollisuuksia löytää ratkaisuja ajankohtaisiin haasteisiin. Samoin alueellisella tasolla on tärkeää, että yksityiset palveluntuottajat otetaan mukaan suunnittelemaan ja luomaan toimintamalleja pandemia/epidemiatilanteiden varalle. Paikallisesti tällaisia yhteyksiä onkin syntynyt, ja keskustelu on usein ollut konkreettista ja ratkaisuhakuista.¹

Vaikka viestintävalmiuksien kehittäminen on rajattu asetetun selvitysryhmän tehtäväalueen ulkopuolelle, sen keskeinen merkitys on huomioitava varautumisen tukemisessa.² Selkokielistä viestintää tulee lisätä, myös muilla kielillä. Tulevissa poikkeustilanteissa tarvitaan selkeämpää tehtävä- ja vastuunjakoa valtioneuvoston, sosiaali- ja terveysministeriön, Terveyden ja hyvinvointilaitoksen ja aluehallintovirastojen rooleissa. Lisäksi ottamalla mahdollisuuksien mukaan valmisteluun kuntien, sairaanhoitopiirien ja työnantajien edustajat voitaisiin parantaa alueellista ennakkointia ja henkilöstövoimavarojen käyttöä. Myös Työterveyslaitoksen roolia työpaikkojen terveysturvallisuuden ohjeistajana tulee vahvistaa. Viestinnällisesti on kiinnitettävä huomiota kansalaisille ja ammattilaisille suunnattujen suositusten ja rajoitusten tarkentamiseen ja selkeyteen sekä arvioitava ennakoiden yleisten suositusten mahdolliset vaikutukset työpaikkojen toimintaan.

¹ Hyvinvointiala HALI ry:n lausunto 8.3.2022 selvitysryhmälle.

² Kunta- ja hyvinvointialuetyönantajien KT lausunto 9.3.2022 selvitysryhmälle.

Hämmennystä ovat aiheuttaneet tilanteet, joissa on toimittu hyvinkin täsmällisesti ministeriön ohjauksen mukaisesti, mutta toimintaa on julkisuudessa pidetty joko ministerin tai ministeriön taholta vääränä. Tällaisia tilanteita on jatkossa syytä välttää, jotta viestintä kansalaisten suuntaan pysyy selkeänä.¹

Toimiva yhteistyö viranomaisten ja työmarkkinaosapuolien kesken on tärkeää, jotta kriisioloissa tarvittavat mahdolliset poikkeustoimet saadaan toteutettua yhteisymmärryksessä mahdollisimman joustavasti.²

¹ Helsingin kaupungin lausunto 9.3.2022 selvitysryhmälle.

² Julkisten ja hyvinvointialojen liitto JHL ry:n lausunto 15.3.2022 selvitysryhmälle.

9 Lainsäädännön kehittämistarpeet

Selvitysryhmän toimeksiantoon ei sisältynyt koronaepidemian hoitoon liittyvän lainsäädännön arviointi tai ehdotusten tekeminen lainsäädännön kehittämiseksi. Työryhmän järjestämissä kuulemistilaisuuksissa ja annetuissa kirjallisissa lausunnoissa tuli kuitenkin esille merkittävä määrä ehdotuksia lainsäädäntöä koskien. Ehdotukset koskivat lainsäädännön puutteita, lakien tulkintaan liittyviä epäselvyyksiä ja yhteensovittamista koronaepidemiassa. Selvitysryhmä on päätenyt raportoinnissaan siihen, että se saattaa kuulemistilaisuuksissa esiin nousseet lainsäädännön muutostarpeet tiedoksi mahdollista erillistä jatkovalmistelua varten. Nämä kehittämis- ja muutosehdotukset on koottu raportin liitteeseen 2. Työryhmä ei ole käsitellyt tehtyjä ehdotuksia, vaan on kirjannut ne sellaisenaan liitteeseen.

Kuulemisissa tuli esille, että tehokkaiden terveysturvallisuutta edistävien toimien toteuttaminen nykyisessä lainsäädännöllisessä kehikossa on koettu hankalaksi. Lausunnon antajien mielestä ollaan toistuvasti oltu tilanteissa, missä voimassa oleva lainsäädäntö ei ole mahdollistanut parhaalla tavalla pandemian tehokasta hallintaa ja resurssien käyttöä. Esimerkiksi tartuntatautilakia pidettiin sirpaleisena ja osin ristiriitaisena sekä tulkintaerimielisyyksiä mahdollistavana. Sirpaleisuuden arveltiin osaltaan johtuneen lain useista muutoksista ja sen yksityiskohtaisuudesta.

Lainsäädännön kokonaisuudessa on usein jouduttu miettimään myös perustuslaillisia tulkintoja tilanteessa, jotka ovat liittyneet vaikkapa pandemian hoidossa tarvittavien välttämättömien tuotteiden saatavuuden turvaamiseen. Koronepidemian aikana jouduttiin tekemään myös intressipunnintaa tilanteessa, jossa kaksi perustuslain suojaamaa asiaa, kuten kansalaisten terveyden suojele ja elinkeinovapauden suojele, ovat kilpailleet keskenään. Esille tuli myös näkemyksiä, että julkinen ja osin kovakin kritiikki lainvalmistelun tasoon on saattanut jopa hidastaa valmistelua ja tehdä lainvalmistelijoihin tarpeettomankin varovaisia työssään. Yhdeksi käytännön konkreetiksi esimerkiksi lainsäädännön tulkinnasta nousi esille sisärajalta tapahtuva rokotustodistusten tarkastaminen. Sitä on tehty terveydenhuollon ammattilaisten toimesta, koska esimerkiksi lentoemäntä tai liikenteenharjoittaja eivät ole lainsäädännön tarkoittamia viranomaisia ja näin ollen he eivät perustuslain mukaan voi tarkistaa kansalaisten terveystietoina pidettyjä rokotustodistuksia. Asia liittyy myös rajaturvallisuustoimien varautumisvastuiden ja vasteratkaisuiden pohdintaan.

Laajempaan lainsäädäntöön liittyvänä näkemyksenä kuulemisessa esitettiin, että lainsäädännön tulisi jatkossa mahdollistaa kriisitilanteessa nykyistä joustavampi menettely, jossa asetuksilla voidaan ottaa nopeasti käyttöön erilaisia pandemian hallinnan toimenpiteitä. Kommentteissa pohdittiin myös sitä, että nykyisessä lainsäädännön viitekehityksessä oikeuksia on vain yksilöllä, ei yhteisellä terveyshyödyllä.

Lähteet

Aalto-Setälä, T., Suvisaari, J., Appelqvist-Schmidlechner, K. & Kiviruusu, O. 2021. Pandemia ja nuorten mielenterveys - Kouluterveyskysely 2021. Tutkimuksesta tiiviisti 55/2021. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL). <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-738-8>

Eales, O., Martins, L. de O., Page, A.J., Wang, H., Bodinier, B., Tang, D., Haw, D., Jonnerby, J., Atchison, C., Ashby, D., Barclay, W., Taylor, G., Cooke, G., Ward, H., Darzi, A., Riley, S., Elliott, P., Donnelly, C.A. & Chadeau-Hyam, M. 2022. The new normal? Dynamics and scale of the SARS-CoV-2 variant Omicron epidemic in England. medRxiv (verkkójulkaisu 4.4. 2022). <https://doi.org/10.1101/2022.03.29.22273042>

Eduskunta. 2020. Hallituksen esitys eduskunnalle riskirahoitusta alkuvaiheen pääomarahastoihin sijoittavasta valtion kokonaan omistamasta osakeyhtiöstä annetun lain muuttamisesta (HE 239/2020 vp, s, 13). https://www.eduskunta.fi/FI/vaski/HallituksenEsitys/Documents/HE_239+2020.pdf

Eronen, A., Hiilamo, H., Ilmarinen, K., Jokela, M., Karjalainen, P., Karvonen, S., Kivipelto, M., Koponen, E., Leemann, L., Londén, P. & Saikku, P. 2020. Sosiaalibarometri 2020. SOSTE Suomen sosiaali ja terveys ry. <https://www.soste.fi/wp-content/uploads/2020/07/SOSTE-Sosiaalibarometri-2020.pdf>

Eronen, A., Hiilamo, H., Ilmarinen, K., Jokela, M., Karjalainen, P., Karvonen, S., Kivipelto, M., Knop, J. & Londén, P. 2021. Sosiaalibarometri 2021. Koronakriisi ja palvelujärjestelmän joustavuus. SOSTE Suomen sosiaali ja terveys ry. <https://www.soste.fi/wp-content/uploads/2021/03/2021-3-23-SOSTE-julkaisu-Sosiaalibaometri-2021-osa-2-koronakriisi-ja-palvelujarjestelman-joustavuus.pdf>

Espoon kaupungin lausunto 8.3.2022 selvitysryhmälle.

Espoon kaupungin lausunto, kuulemistilaisuus 10.3.2022.

Etelä-Savon sairaanhoitopiirin lausunto 8.3.2022 selvitysryhmälle. Etelä-Savon sosiaali- ja terveyspalvelujen kuntayhtymän lausunto sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmän varautumista selvittäväille selvitysryhmälle koskien Covid-19 epidemian hybridistrategian tavoitetta vuonna 2022 yhteiskunnan vakauttamiseksi mahdollisimman avoimeksi, jälkihoidon ja jälleenrakennuksen tukemiseksi sekä tarkoituksenmukaiseksi varautumiseksi globaalin pandemian jatkumiseksi.

European Commission. N.d. An EU approach for transitioning towards the next covid-19 phase and ensuring that Europe remains vigilant and prepared for future outbreaks and new pandemics (discussion paper). EU terveystoimikunnan covid –ryhmän laatima muistio, joka välitetty S-postitse selvitysryhmän tiedoksi.

European Commission. 2022. Meeting of the EU scientific advice platform on COVID-19. Meeting Report, Wednesday 15/03/2022. https://ec.europa.eu/health/system/files/2022-04/ev_20220315_mi_en.pdf

European Commission. Covid-19 - sustaining EU Preparedness and response: looking ahead. Communication from the Commission to the European Parliament, the Council, the European Economic and Social Committee and the Committee of the Regions. Brussels, 27.4.2022 COM(2022) 190 final. https://ec.europa.eu/health/publications/covid-19-sustaining-eu-preparedness-and-response_en

European Commission. COVID-19 – Sustaining EU Preparedness and Response: Looking ahead. 27 April 2022

European Medicines agency (EMA). 2022. ECDC and EMA issue advice on fourth doses of mRNA COVID-19 vaccines. Verkkojulkaisu 6.4.2022. <https://www.ema.europa.eu/en/news/ecdc-ema-issue-advice-fourth-doses-mrna-covid-19-vaccines>

Hakulinen, T., Hietanen-Peltola, M., Hastrup A., Vaara, S., Jahnukainen, J. & Varonen, P. 2020. "Pahin syksy ikinä": Lasten, nuorten ja perheiden peruspalvelut koronasyksynä 2020. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL), työpäperi 37/2020. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-579-7>

Hanhinen, S. & Rintala, T. 2021. Tarkastusmuistio, Terveydenhuollon huoltovarmuus (19.6.2021). Liittyy tarkastukseen: 10/2021 Huoltovarmuus ja sen turvaaminen covid-19-pandemian aikana. Valtiontalouden tarkastusvirasto. <https://www.vtv.fi/app/uploads/2021/06/VTV-Tarkastusmuistio-10-2021-Terveysdenhuollon-huoltovarmuus.pdf>

Harrikari, T., Romakkaniemi, M., Fiorentino, V., Saraniemi, S., Tiitinen, L. & Leppiaho, T. 2021. Sosiaaliala ja koronaviruspandemia: Sosiaalialan ammattilaisille 2021 ja 2020 esitettyjen kyselyjen tuloksia. Pohjois-Suomen sosiaalialan osaamiskeskus. Pohjois-Suomen sosiaalialan osaamiskeskuksen julkaisusarja Nro 46. https://lacris.ulapland.fi/ws/portalfiles/portal/21962140/Sosiaaliala_ja_koronapandemia_julkaisu46_3_.pdf

Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiriin (HUS) lausunto 7.3.2022 selvitysryhmälle. Lausunto liittyen sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmän varautumiseen mahdollisiin uusiin epidemia-aaltoihin vuonna 2022 ja yhteiskunnan hybridistrategiasuunnittelua varten.

Helsingin kaupungin lausunto 9.3.2022 selvitysryhmälle. Lausunto sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmän varautumisenselvitysryhmälle.

Helsingin kaupungin sosiaali- ja terveystoimialan toimialajohtajan lausunto 9.3.2022 selvitysryhmälle. Lausunto sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmän varautumisenselvitysryhmälle.

Hyvinvointiala HALI ry:n lausunto selvitysryhmälle 8.3.2022. Yksityisten palveluntuottajien rooli palvelujärjestelmän varautumisessa.

Hyvinvointiala HALI ry:n lausunto, kuulemistilaisuus: sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmän varautuminen 10.3.2022.

IMPRPO. 2021. Pitkäaikaissairauksien diagnosointi on vähentynyt koronaviruspandemian aikana perusterveydenhuollossa. Järjestelmän vaikuttavuus, blogikirjoitukset 7.4.2021. Viitattu 22.4.2022. <https://stnimpro.fi/kategoria-jarjestelman-vaikuttavuus/pitkaaikaissairauksien-diagnosointi-on-vahentynyt-koronaviruspandemian-aikana-perusterveydenhuollossa/>

Johansson, A., Larønningen, S., Wessel Skovlund, C., Kristiansen, M., Steinrud Mørch, L. Friis, S., Johannesen, T., Myklebust, T., Skog, A., Pettersson, D., Birgisson, H., Virtanen, A., Malila, N., Pitkäniemi, J., Tanskanen, T., Tryggvadóttir, L., Ursin, G. & Lambe, M. 2022. The impact of the COVID-19 pandemic on cancer diagnosis based on pathology notifications: A comparison across the Nordic countries during 2020. International Journal of Cancer. <https://doi.org/10.1002/ijc.34029>

Julkisten ja hyvinvointialojen liiton (JHL) lausunto 15.3.2022 selvitysryhmälle. Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmän varautuminen.

Jyväskylän kaupungin lausunto 8.3.2022 selvitysryhmälle. Jyväskylän kaupungin lausunto: Sosiaali- ja terveydenhuollon varautuminen; selvitystyöryhmän asettamis päätös.

Kainuun sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymän lausunto 16.3.2022 selvitysryhmälle. Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmän varautuminen.

Kanta-Hämeen sairaanhoitopiirin kuntayhtymän (KHSHP) lausunto 16.3.2022 selvitysryhmälle. Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmän varautuminen.

Kestilä, L., Kapiainen, S., Merita Mesiäislehto, M. & Rissanen, P. (toim.) 2022. Covid-19-epidemian vaikutukset hyvinvointiin, palvelujärjestelmään ja kansantalouteen Asian-tuntija-arvio, kevät 2022. Raportti 4/2022. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL). <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-865-1>

Kihlström, L., Huhtakangas, M., Karreinen, S., Keskimäki, I. & Tynkkynen, L-K. 2022. ”Kenenkä vastuulla tää nyt sitten on? Ei ehkä ainakaan meidän”: COVID-19-pandemian hallinta ja johtaminen Suomessa. Tutkimuksesta tiiviisti 27/2022. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL). <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-872-9>

Kim M.S., Seong D., Li H., Chung S.K., Park Y., Lee M., Lee S.W., Yon D.K., Kim J.H., Lee K.H., Solmi M., Dragioti E., Koyanagi A., Jacob L., Kalthoum T., Cargnin S., Terrazzino S., Hong S.h., Chayda R.A., Radua J., Oh H., Kostev K., Ogino S., Lee I-M., Giovannucci E., Barnett Y., Butler L., McDermott D., Ilie P-C, Shin JI, Smith L. 2022. Comparative effectiveness of N95, surgical or medical, and non-medical facemasks in protection against respiratory virus infection: A systematic review and network meta-analysis. Rev.Med.Virol.2022,e2336,1-13. online-library.wiley.com/doi/epdf/10.1003/rvm.2338.

Koelle, K., Martin, M.A., Antia, R., Lopman, B. & Dean, N.E. 2022. The changing epidemiology of SARS-CoV-2. Science, 375:6585, 1116-1121. <https://www.science.org/doi/10.1126/science.abm4915>

Kokemustieto Oulun kaupungilta (Kirsti Ylitalo-Katajisto).

Kunta- ja hyvinvointialuetyönantajat KT:n lausunto 9.3.2022 selvitysryhmälle. Kunta- ja hyvinvointialuetyönantajat KT:n lausunto Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmän varautumisesta.

Kuopion yliopistollinen sairaala (KYS). 2022. Tehohoidon tilannekuva: COVID-19 tehosastoilla. Tilannekuvaraportti 2.2.2022. Kansallinen tehohoidon koordinoiva toimisto Kuopion yliopistollinen sairaala. https://www.psshp.fi/documents/7796350/7841067/Tehohoidon+tilannekuva+Koordinoivan+toimiston+raportti+2022_02_02.pdf/37c66b79-dae8-43c9-8d9c-cb7ace2ad076

Laki sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä (612/2021). <https://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2021/20210612>

Laki sosiaalihuoltolain muuttamisesta (136/2021). <https://finlex.fi/fi/laki/alkup/2021/20210136>

Laki terveydenhuoltolain muuttamisesta (135/2021). <https://finlex.fi/fi/laki/alkup/2021/20210135>

Lapin sairaanhoitopiirin lausunto 16.3.2022 selvitysryhmälle. Lapin sairaanhoitopiirin lausunto kuulemistilaisuuteen asiassa VN/5145/2022.

Levine-Tiefenbrun, M., Yelin, I., Alapi, H., Herzel, E., Kuint, J., Chodick, G., Gazit, S., Patalon, T. & Kishony, R. 2022. Waning of SARS-CoV-2 booster viral-load reduction effectiveness. *Nature Communications*, 13, 1237. <https://doi.org/10.1038/s41467-022-28936-y>

Lukka, L. & Saarenpää, T., 2021. Esiselvitys sosiaali- ja terveydenhuollon valtakunnallisen tilannekuvan ja valmiussuunnittelun jatkokehittämisestä. Työpaperi 25/2021. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL). <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-752-4>

Lääkealan turvallisuus- ja kehittämiskeskus Fimean lausunto 23.3.2022 selvitysryhmälle.

Onnettomuustutkintakeskus. 2020. Koronaepidemian ensimmäinen vaihe 2020 Suomessa. Onnettomuuskeskuksen tutkimusraportti 2020-P01. https://turvallisuustutkinta.fi/material/collections/20210630071110/7RRUvNDBZ/P2020-01_Korona.pdf

Oulun kaupunki. 2022. Laaja hyvinvointikertomus 2022. <https://www.ouka.fi/documents/52058/1408043/Hyvinvointikertomus+2017-2021/d64746a4-2ce5-4ae0-a9ef-2e73c89cde7e>

Pirkanmaan sairaanhoitopiirin lausunto 3.3.2022 selvitysryhmälle. Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmän varautuminen.

Pirkanmaan sairaanhoitopiirin lausunto 8.3.2022 selvitysryhmälle. Lausunto sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmän varautumisesta mahdolliseen seuraavaan epidemia-aaltoon.

Poikkeusolojen sosiaali- ja terveydenhuollon neuvottelukunnan kuulemistilaisuus 24.3.2022. Kuulemistilaisuus: sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmän varautuminen.

Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin lausunto 7.3.2022 selvitysryhmälle. Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmän varautumista selvittävän selvitysryhmän tehtävät.

Päijät-Hämeen hyvinvointiyhtymän lausunto 15.3.2022 selvitysryhmälle. Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmän varautuminen mahdolliseen seuraavaan pandemia-aaltoon.

Sairaanhoitopiirien johtajien kuulemistilaisuus 17.3. 2022.

Sarasjärvi, K.K., Vuolanto, P.H., Solin, P.C.M., Appelqvist-Schmidlechner, K.L., Tamminen, N.M., Elovainio, M. & Therman, S. 2022. Subjective mental well-being among higher education students in Finland during the first wave of COVID-19. *Scandinavian Journal of Public Health*, 1–7. <https://doi.org/10.1177/14034948221075433>

Seppänen A. 2022. Mitä maskien hyödyistä oikeasti tiedetään? *Lääkärilehti, Terveydenhuolto* 4.5.2022. laakarilehti.fi/terveydenhuolto/mita-maskien-hyodyista-oikeasti-tiedetaan

Sironen, T., Pimenoff, V., Auranen, K., Leino, T., Karvonen, S., Toivanen, O., Ylöstalo, H., Vainikainen, M-P., Mäkinen, S., Arponen, A., Heinikoski, S., Laaksonen, S-M. & Salo, A. 2022. Covid-19 tutkimuskatsaus 2/2022. Valtioneuvoston kanslia 11.3.2022. <http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe2022031123237>

Sisäministeriön rajavartio-osaston lausunto 22.3.2022 selvitysryhmälle.

Sosiaali- ja terveysministeriö 2020. Toimintasuunnitelma hybridistrategian mukaisten suositusten ja rajoitusten toteuttamiseen covid-19-epidemian ensimmäisen vaiheen jälkeen. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2020:26. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-7176-9>

Sosiaali- ja terveysministeriö (STM). 2020. STM:n ohjauskirje (VN/20160/2020) 10.9.2020 (kumottu). Alueelliset tartuntatautien torjunnan toimenpiteet ja palvelujärjestelmän varautuminen. https://stm.fi/documents/1271139/21429433/STM+ohjauskirje_alueelliset+tartuntatautien+torjunnan+toimenpiteet_10092020.pdf/0a031b18-662a-7792-9d74-d8a8b59a0507/STM+ohjauskirje_alueelliset+tartuntatautien+torjunnan+toimenpiteet_10092020.pdf?t=1600086597294

Sosiaali- ja terveysministeriö 2021. Sosiaali- ja terveysministeriön ohjauskirje sosiaali- ja terveydenhuollon valmiuden ja varautumisen kehittämistä ja turvaamisesta siirryttäessä hyvinvointialuerakenteeseen (VN/26357/2021, VN/26357/2021-STM-1) 19.10.2021. <https://stm.fi/documents/1271139/48496181/Ohjauskirje+sosiaali-+ja+terveydenhuollon+valmiuden+ja+varautumisen+kehitt%C3%A4misest%C3%A4+ja+turvaamisesta+siirrytt%C3%A4ess%C3%A4+hyvinv2.pdf/f970debe-c805-dace-f939-802206e4a0ea/Ohjauskirje+sosiaali-+ja+terveydenhuollon+valmiuden+ja+varautumisen+kehitt%C3%A4misest%C3%A4+ja+turvaamisesta+siirrytt%C3%A4ess%C3%A4+hyvinv2.pdf?t=1634723983091>

Sosiaali- ja terveysministeriö 2021a. Toimintasuunnitelma covid-19-epidemian hillinnän hybridistrategian toteuttamiseen tammi–toukokuussa 2021. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2021:1. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-5414-4>

Sosiaali- ja terveysministeriö 2021b. Toimintasuunnitelma covid-19 -epidemian hillinnän hybridistrategian toteuttamiseen. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2021:24. <http://www.urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-5446-5>

Sosiaali- ja terveysministeriö 2021c. Toimintasuunnitelma COVID-19 -epidemian hillinnän hybridistrategian toteuttamiseksi 2021–22. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2021:30. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-7161-5>

Sosiaali- ja terveysministeriön valmiusyksikön kuulemistilaisuus 1.3.2022. Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmän varautuminen; selvitysryhmä.

Sosiaali- ja terveysministeriön kuulemistilaisuus 29.3.2022.

Sosiaali- ja terveysministeriö (STM). 2022a. Asettamispäätös VN/5145/2022. Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmän varautuminen; selvitysryhmän asettamispäätös. <https://valtioneuvosto.fi/documents/1271139/21429433/Selvitysryhm%C3%A4n+asettamisp%C3%A4%C3%A4t%C3%B6s.pdf/be471b92-6af6-ad16-f32c-8dd8add59032/Selvitysryhm%C3%A4n+asettamisp%C3%A4%C3%A4t%C3%B6s.pdf?t=1645104386322>

Sosiaali- ja terveysministeriö (STM). 2022b. Kolmesti koronarokotetuista 80 vuotta täyttäneistä alle puolet on saanut neljännen annoksen – Sairaalahoidon tarve painottuu iäkkäämpiin (verkkajulkaisu, STM ja THL tiedote 105/2022). <https://stm.fi/-/kolmesti-koronarokotetuista-80-vuotta-tayttaneista-alle-puolet-on-saanut-neljannen-annoksen-sairaalahoidon-tarve-painottuu-iakkaampiin>

Sosiaali- ja terveysministeriö (STM). 2022c. Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut Ukrainasta tulleeille henkilöille. Kuntainfo 11.3.2022, VN/7766/2022. https://stm.fi/documents/1271139/107190314/Kuntainfo_1_2022_Ukraina_oiikeus+palveluihin+09032022.pdf/f4c3b3fc-02c9-670d-f5dc-d04fdcd4d4f0?t=1647253716338

Sosiaali- ja terveysministeriö (STM). 2022d. Kansallinen COVID-19 –testaus- ja jäljitysstrategia. <https://stm.fi/documents/1271139/63723956/Kansallisen+testausstrategian+p%C3%A4ivitys+100222.pdf/092a3c51-cc10-b9a8-0aa9-d3e8acc2b559/Kansallisen+testausstrategian+p%C3%A4ivitys+100222.pdf?t=1644491478509>

SOSTE Suomen sosiaali ja terveys ry:n lausunto 11.4.2022. lausunto SOTE palvelujärjestelmän varautuminen.

Starr, T.N., Zepeda, S. K., Walls, A.C., Greaney, A.J., Alkhovsky, S., Veessler, D. & Bloom, J.D. 2022. ACE2 binding is an ancestral and evolvable trait of sarbecoviruses. *Nature*, 603, 913–918. <https://doi.org/10.1038/s41586-022-04464-z>

Stenvall, J., Leskelä, R-L., Rannisto, P-H., Tolkki, H., Cansel, A., Leponiemi, U., Johanson, J-E., Pekkola, E. & Tupala, T. 2022. Koronajohtaminen Suomessa: Arvio covid-19-pandemian johtamisesta ja hallinnosta syksystä 2020 syksyyn 2021. Valtioneuvoston selvitys- ja tutkimustoiminnan julkaisusarja 2022: 34. e <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-383-003-5>

Sukura, A. & Hänninen, M-L. 2016. One Health - ihmisten, eläinten ja ympäristön yhteinen terveys. *Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim*, 132, 13:1223-9. <https://www.duodecimlehti.fi/duo13214>

Suomen lääkäriliiton lausunto 15.3.2022. Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmän varautuminen; lausunto selvitysryhmälle.

Suomen perus- ja lähihoitajaliitto Superin lausunto 15.3.2022 selvitysryhmälle. Suomen lähi- ja perushoitajaliitto SuPerin lausunto Sosiaali- ja terveysministeriön pyyntöön ehdotuksista työryhmälle sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmän varautumista mahdolliseen seuraavaan COVID-19-epidemia-aaltoon.

Syöpäjärjestöt. 2021. Koronapandemia vähensi rintasyöpien ja ihomelanoomien toteamista. Tiedote 22.10.2021 (verkkajulkaisu). <https://www.syopajarjestot.fi/ajankoh-taista/tiedotteet/koronapandemia-vahensi-rintasyopien-ja-ihomelanoomien-toteamista/>

Tartuntatautilaki (1227/2016). <https://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2016/20161227>

Tehohoitokonsortion lausunto 18.3.2022 selvitysryhmälle.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL). N.d. Infektiotaudit ja rokotukset (verkkosivut). Viitattu 21.4.2022. <https://thl.fi/fi/web/infektiotaudit-ja-rokotukset>

Tehy ry:n lausunto 15.3.2022 selvitysryhmälle. Asiantuntijalausunto sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmän varautumista selvittäväälle selvitystyöryhmälle varautumisesta tuleviin pandemioihin.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen (THL) kuulemistilaisuus 30.3.2022.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen kuulemistilaisuus 5.4.2022. Sote-uudistus – Toivo-ohjelma.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen (THL) lausunto 7.3.2022 selvitysryhmälle (Lausunto THL/1215/4.00.02/2022).

Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen (THL) lisälausunto THL: lausuntoon THL/1215/4.00.02/2022 (7.2.2022) 29.3.2022 selvitysryhmälle.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen (THL) lisälausunto THL: lausuntoon THL/1215/4.00.02/2022 (29.3. 2022) 20.4.2022 selvitysryhmälle. Lausunto vanhuspalvelujen näkökulmasta.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL). 2022a. Turvapaikanhakijoiden terveydenhuoltopalvelut. (verkkosivut). Viitattu 22.4.2022. <https://thl.fi/fi/web/maahanmuutto-ja-kulttuurinen-moninaisuus/maahanmuutto-ja-hyvinvointi/turvapaikanhakijat/turvapaikanhakijoiden-terveydenhuoltopalvelut>

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL). 2022b. Ukrainan sota, terveys ja hyvinvointi (verkkosivut). Viitattu 22.4.2022. <https://thl.fi/fi/web/maahanmuutto-ja-kulttuurinen-moninaisuus/ajankohtaista/ukrainan-sota-terveys-ja-hyvinvointi>

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL). 2022c. Ukrainasta saapuneiden henkilöiden infektioautien ehkäisy ja rokotukset (verkkosivut). Viitattu 22.4.2022. <https://thl.fi/fi/web/infektiaudit-ja-rokotukset/ajankohtaista/ukrainasta-saapuneiden-henkiloiden-infektiautien-ehkaisy-ja-rokotukset>

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL). 2022d. THL on julkaissut suosituksen Ukrainasta saapuvien henkilöiden infektiautien ehkäisystä ja rokotuksista (verkkosivut). <https://thl.fi/fi/web/infektiaudit-ja-rokotukset/-thl-on-julkaissut-suosituksen-ukrainasta-saapuvien-henkiloiden-infektiautien-ehkaisy-ja-rokotuksista>

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL). 2022e. Koronaepidemian vaikutukset hyvinvointiin, palveluihin ja talouteen (verkkosivut). Viitattu 22.4.2022. <https://thl.fi/fi/web/hyvinvoinnin-ja-terveyden-edistamisen-johdaminen/ajankohtaista/koronan-vaikutukset-yhteiskuntaan-ja-palveluihin>

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL). 2022f. Hoitopaasy erikoissairaanhoidossa 31.12.2021. Hoitovelka kiireettömään erikoissairaanhoidoon kasvanut. Tilastoraportti 04/2022. https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/143947/TR4_2022_ESH_hoitopaasy.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL). 2022g. Rokotukset Ukrainasta saapuneille (14.4.2022, verkkosivut). Viitattu 22.4.2022. [https://thl.fi/fi/web/infektiaudit-ja-rokotukset/ajankohtaista/ukrainasta-saapuneiden-henkiloiden-infektiautien-ehkaisy-ja-rokokukset/rokokukset-ukrainasta-saapuneille](https://thl.fi/fi/web/infektiaudit-ja-rokotukset/ajankohtaista/ukrainasta-saapuneiden-henkiloiden-infektiautien-ehkaisy-ja-rokotukset/rokokukset-ukrainasta-saapuneille)

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL). N.d. Ajankohtaista koronaviruksesta (verkkosivut). Viitattu 20.4.2022. <https://thl.fi/fi/web/infektiaudit-ja-rokotukset/ajankohdista/ajankohtaista-koronaviruksesta-covid-19>

THL:n suositus neljänsistä koronarokotteista laajenee. Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen tiedote 5.5.2022. www.thl.fi/fi/ajankohtaista/tiedotteet-ja-uutiset/tiedote.

Turvallisuuskomitea. Viitattu 29.4.2022. <https://turvallisuuskomitea.fi/yhteiskunnan-turvallisuusstrategia>

Työ- ja elinkeinoministeriön lausunto 22.3.2022 selvitysryhmälle.

Työ- ja elinkeinoministeriön (TEM) kuulemistilaisuus 24.3. 2022. Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmän varautuminen.

Valtioneuvosto (VN). 2020. Valtioneuvoston periaatepäätös VNK/2020/142. Valtioneuvoston periaatepäätös Suomen COVID-19 –rokostrategiasta (Valtioneuvoston kanslia). <https://valtioneuvosto.fi/paatokset/paatos?decisionId=0900908f806f5df6>

Valtioneuvosto (VN). 2021a. Valtioneuvoston periaatepäätös STM/2021/170. Valtioneuvoston periaatepäätös COVID-19 -epidemian hillinnän hybridistrategian toteuttamisesta annettavasta toimintasuunnitelmasta (Sosiaali- ja terveysministeriö). <https://valtioneuvosto.fi/paatokset/paatos?decisionId=0900908f80754d69>

Valtioneuvosto (VN). 2021b. Valtioneuvoston periaatepäätös STM/2021/278. Valtioneuvoston periaatepäätös sosiaali- ja terveysministeriön toimintasuunnitelmassa COVID-19 -epidemian hillinnän hybridistrategian toteuttamiseksi 2021–22 tarkoitetun hätjarrumekanismiin käyttöönotosta (Sosiaali- ja terveysministeriö). <https://valtioneuvosto.fi/paatokset/paatos?decisionId=0900908f80783d04>

Valtioneuvosto (VN). 2021c. Valtioneuvoston periaatepäätös VNK/2021/240. Valtioneuvoston periaatepäätös Suomen COVID-19 –rokotusstrategian päivittämisestä (Sosiaali- ja terveysministeriö). <https://valtioneuvosto.fi/paatokset/paatos?decisionId=0900908f80774f94>

Valtioneuvosto (VN). 2022. Valtioneuvoston periaatepäätös STM/2022/29. Valtioneuvoston periaatepäätös COVID-19 -epidemian hillinnän hybridistrategian linjauksista vuonna 2022 tehtävästä päätöksestä (Sosiaali- ja terveysministeriö). <https://valtioneuvosto.fi/paatokset/paatos?decisionId=0900908f80797383>

Varanka, J., Packalen, P., Voipio-Pulkki, L-M., Määttä, S., Pohjola, P., Salminen, M., Railavo, J., Berghäll, J., Rikama, S., Nederström, H. & Hiitola, J. COVID-19 -kriisin yhteiskunnalliset vaikutukset Suomessa: Keskipitkän aikavälin arvioita. Valtioneuvoston julkaisuja 2022:14. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-383-708-9>

Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin lausunto 8.3.2022 selvitysryhmälle. Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmän varautuminen. Lausunto tehohoidon ja tehovalvontahoidon varautumissuunnittelusta.

Vuorinen, S. (toim.). Valmius- ja jatkuvuudenhallintasuunnitelma. Ohje sosiaali- ja terveydenhuollon toimijoille. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2019:10. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-4046-8>

Xie, Y., Xu, E., Al-Aly, Z. 2022. Risks of mental health outcomes in people with covid-19: Cohort study. BMJ, 376. <https://doi.org/10.1136/bmj-2021-068993>

Yliopistosairaaloiden johtajaylilääkäreiden kuuleminen 10.3.2022.

Yunus, W.M.A.W.M., Kauhanen, L., Sourander, A., Brown, J.S.L., Peltonen, K., Mishina, K., Lempinen, L., Bastola, K., Gilbert, S. & Gyllenberg, D. 2022. Registered psychiatric service use, self-harm and suicides of children and young people aged 0-24 before and during the COVID-19 pandemic: a systematic review. Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health, 16, 15. <https://doi.org/10.1186/s13034-022-00452-3>

Liite 1. Asiantuntijakuulemiset

1.3.2022	erityisasiantuntija Lasse Ilkka, sosiaali- ja terveysministeriö
8.3.2022	ylilääkäri Paula Tiittala, sosiaali- ja terveysministeriö
9.3.2022	ylilääkäri Otto Helve, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos tutkimusprofessori Hannu Kiviranta, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos
10.3.2022	infektiotililääkäri Markku Broas, Lapin sairaanhoitopiiri apulaisylilääkäri Eeva Ruotsalainen Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri ylilääkäri Topi Turunen, Espoon kaupunki infektiotililääkäri Sakari Vuorinen, Etelä-Savon sosiaali- ja terveyspalvelujen kuntayhtymä
10.3.2022	sairaanhoitopiirin johtajaylilääkäri Terhi Nevala, Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri sairaanhoitopiirin johtajaylilääkäri Mikko Pietilä, Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri sairaanhoitopiirin johtajaylilääkäri Juhani Sand, Pirkanmaan sairaanhoitopiiri hallinnollinen ylilääkäri Veli-Matti Ulander, Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri terveyspalvelujen johtaja Jarmo J Koski, Etelä-Savon sosiaali- ja terveyspalvelujen kuntayhtymä
10.3.2022	johtava ylilääkäri Petri Bono, Terveystalo Oyj myynnistä ja viranomaisyhteistyöstä vastaava johtaja Pertti Karjalainen, Attendo Oy terveyspalveluiden johtaja Hanna-Maija Kause, Hyvinvointiala HALI ry yhteiskuntasuhteista vastaava johtaja Marina Lampinen, Mehiläinen Oy liiketoimintajohtaja Leila Rutanen, Diakonissalaitoksen Hoiva
11.3.2022	neuvottelupäällikkö Anna Kukka, Kunta- ja hyvinvointialuetyöntajat KT palvelupäällikkö, vastaava lääkäri Ilkka Käsmä, Jyväskylän kaupunki yhteyspäällikkö Hanna Laine, Helsingin kaupunki terveyspalvelujen johtaja Markus Paananen, Espoon kaupunki HR-johtaja Raija Ruoranen, Pirkanmaan sairaanhoitopiiri
16.3.2022	toiminnajohtaja Janne Aaltonen, Suomen Lääkäriliitto erityisasiantuntija Sari Backlund, Julkisten ja hyvinvointialojen liitto JHL kehittämispäällikkö Petra Marjamaa, Tehy johtava lakimies Matias Nyman, Tehy kehittämisjohtaja Jussi Salo, Suomen lähi- ja perushoitajaliitto Super
17.3.2022	johtajaylilääkäri Jukka Mattila, Lapin sairaanhoitopiiri

- johtajaylilääkäri, toimialajohtaja Tuomo Nieminen, Päijät-Hämeen hyvinvointikuntayhtymä
- sairaanhoitopiirin johtaja Seppo Ranta, Kanta-Hämeen sairaanhoitopiiri
- 22.3.2022 anesthesiologian ja tehohoidon dosentti, Tehohoidon palvelulinjan johtaja, KYS Tehohoidon kansallisen vertaisarviointihankeen, Suomen Tehohoitokonsortion puheenjohtaja Stephani Bendel, Kuopion yliopistollinen sairaala
- anesthesiologian ja tehohoidon professori, Itä-Suomen yliopisto ja KYS, Tehohoidon kansallisen Covid-19-koordinaatioryhmän puheenjohtaja Matti Reinikainen, Kuopion yliopistollinen sairaala
- 23.3.2022 johtaja Johanna Nystedt, Fimea
- hallintojohtaja Jussi Luomajärvi, Valvira
- 24.3.2022 rajaturvallisuusasiantuntija Tomi Kivenjuuri, sisäasianministeriön rajavartio-osasto
- hallitusneuvos Elise Pekkala, työ- ja elinkeinoministeriö
- 24.3.2022 työvaliokunnan puheenjohtaja Ilkka Luoma, poikkeusolojen neuvottelukunta
- 29.3.2022 erityisasiantuntija Laura Järvelä, sosiaali- ja terveysministeriö
- neuvotteleva virkamies Päivi Nygren, sosiaali- ja terveysministeriö
- 30.3.2022 ylilääkäri Hanna Nohynek, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos
- johtava asiantuntija Mia Kontio, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos
- 5.4.2022 tiedonhallintajohtaja Aleksi Yrttiaho, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos
- 22.4.2022 johtava asiantuntija Sari Kehusmaa, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos
- erityisasiantuntija Niina Ikonen, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos
- johtava asiantuntija Päivi Nurmi-Koikkalainen, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos
- tutkimusprofessori Ilmo Keskimäki, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos
- ylilääkäri Heli Mattila, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos
- tutkimusprofessori Hannu Kiviranta, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos

Liite 2. Lainsäädännön muutostarpeita

Kuulemisissa esiin nostettuja muutostarpeita huoltovarmuuteen ja varautumiseen liittyen

Velvoitevarastointilaissa nähtiin muutostarpeita liittyen muun muassa velvoitteen määrätymiseen sekä lain yhteensovittamiseen hankintalainsäädännön kanssa. Päivitystarpeita on myös lain piiriin kuuluvissa lääkeryhmissä tai -valmisteissa.

Lääkelain 62 §:n 1 momentin 4 kohtaa tulisi muuttaa vastaamaan laajemmin kansallisten ja kansainvälisten siviili- ja sotilaskriisinhallinnan tarpeita. Myös lääkehamstrauksen estoon tarvitaan tehokkaammat keinot (19 a §). Lääkkeiden varastosaldotietojen keräämiseen tulisi luoda lainsäädännön tasolla pysyvä menettely, missä Fimealle määritettäisiin tiedonsaantioikeudet, mitä tietoja saa kerätä, mihin tietoja voidaan käyttää, tietojen säilytysajat sekä toimijoiden velvoitteet toimittaa tietoja. Myös Laki lääkelaan turvallisuus- ja kehittämiskeskuksesta 2 §:n 16 kaipaa päivitystä Fimean tehtävien täsmentämisen osalta.¹

Materiaalinen varautuminen tulisi nostaa toiminnanharjoittajia velvoittavaan lainsäädäntöön ja sen tavoitetaso olisi määriteltävä. Materiaalisen varautumisen tasoa on valvottava ja päätettävä valvontaviranomainen. Esimerkiksi hankinnoissa ei ole mahdollisuuksia tavaran toimittajien rikostaustan selvittämiseen. Tarvikkeiden ja laitteiden osalta olisi tarkasteltava myös velvoitevarastoinnin lainsäädännön aikaansaaminen lääkkeiden velvoitevarastoinnin rinnalle. Nyt lääkkeissä on velvoitteet, muttei esimerkiksi niiden antolaitteista. Velvoitevarastointi on siis tarpeen koko prosessin osalta. Valmiuslain kohdalla tulisi miettiä, mitkä ovat askeleet ennen valmiuslain käynnistämistä sekä määritellä toimivaltuudet, jotta tarvittaessa pystytään toimimaan nopeasti.²

Velvoitevarastointia ja varmuusvarastointia on kehitettävä. Valmiusvarastointi tulisi ottaa keskeiseksi tekijäksi päivittäisessä materiaalien hankinnassa siten, että varastoissa oleva materiaali säilyy kierrättämällä hankintoja käyttökelpoisena, missä voitaisiin hyödyntää Huoltovarmuuskeskuksen ja materiaalisen valmiuden kansallisen koordinaatioryhmän LOG 5:n muodostamaa kahden hankintakanavan mallia.^{3 4} Yksityi-

¹ Lääkealan turvallisuus- ja kehittämiskeskus Fimean lausunto 23.3.2022 selvitysryhmälle.

² Työ- ja elinkeinoministeriön (TEM) lausunto 22.3.2022 selvitysryhmälle.

³ Poikkeusolojen neuvottelukunnan kuulemistilaisuus 24.3.2022.

⁴ Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin (VSSHP) lausunto 8.3.2022 selvitysryhmälle.

sen sektorin varautumisen parantamiseksi tarvittaisiin säädöspohjaa. Ympärivuorokautinen palveluasuminen on sosiaalipalvelu, jota tuottavaa yksityistä palveluntuottajaa velvoitevarastointilaki ei koske. Kuitenkin palveluasumisen piirissä hoidetaan potilaita, joiden hoidossa lääkehoidolla on keskeinen rooli. Suomesta puuttuu myös kokonaan lääkinnällisten laitteiden varastointia koskeva lainsäädäntö. Hävikin vähentämiseksi tulisi pohtia sitä, onko tarvetta kirjoittaa velvoitevarastointilakiin säännöksiä lääkkeiden kierrätyksestä.¹

Rahoituslaissa tulisi huomioida sote-järjestämislailla perustettujen valmiuskeskusten resurssointi.²

Kuulemisissa esiin nostettuja muutostarpeita tartuntatautilakiin liittyen

Tartuntatautilaki 16 §:n mukaisen pakollisen terveystarkastuksen ja lain 60 §:n mukaisen karanteenin edellytykset ovat korkeat ja tartuntatautilaki ei tarjoa työvälinettä tilanteeseen, jossa henkilön terveydentilaa ei ole mahdollista juuri kyseisellä hetkellä selvittää resurssien vajavaisuuden tai taudin ominaispiirteiden takia. Monessa maassa on ollut käytössä pakollinen karanteeni maahan saapuville, Suomessa lainsäädäntö ei mahdollista tätä. Karanteenin olisi syytä olla ainakin joissakin tilanteissa seuraamus tilanteessa, jossa henkilö ei osallistu pakolliseen terveystarkastukseen. Nyt karanteeni edellyttää aina todettua tautia tai perusteltua epäilyä altistumisesta ja erillistä päätöstä.³

Tartuntatautilain toimivaltuussäätely on puutteellista. Karanteeni ja terveystarkastukset on nykyisessä sääntelyssä ajateltu yksittäistapauksiksi. Toimivaltuuksia tai resursseja täytäntöönpanoon ei ole. Terveystarkastusviranomaisilla ei ole pysyvästi voimassa olevan sääntelyn perusteella toimivaltuutta esimerkiksi estää paikalta poistumista tai ohjata liikkumista taikka liikennettä. Tartuntatautilain mukaisten vastuuviranomaisten resurssit eivät tositilanteessa riitä tarvittavien toimenpiteiden suorittamiseen. Pitäisikö tehtävien delegointi toiselle viranomaiselle tai yksityiselle taholle mahdollistaa nykyistä selkeämmin ja laajemmin? Virka-apua koskevat toimivaltuudet ovat sekaisin pysyvästi voimassa olevassa 89 §:ssä ja määräajan voimassa olevassa 89 a §:ssä. Ei liene mitään perustella sille, että poliisi-, tull- ja raja- eli PTR-viranomaisten tehtävät ja toimivaltuudet eroaisivat virka-aputehtävien osalta toisistaan.³

¹ Hanhinen, S. & Rintala, T. 2021. Tarkastusmuistio, Terveystarkastuksen huoltovarmuus (19.6.2021). Liittyy tarkastukseen: 10/2021 Huoltovarmuus ja sen turvaaminen covid-19-pandemian aikana. Valtiontalouden tarkastusvirasto.

² Poikkeusolojen neuvottelukunnan kuulemistilaisuus 24.3.2022.

³ Sisäministeriön rajavartiolaitos-osaston lausunto 22.3.2022 selvitysrhmälle.

Henkilötietojen käsittelyä koskevat säännökset ovat jossakin määrin vanhanaikaiset yleisen tietosuojasetuksen voimaantulon jälkeen. Yleinen tietosuojasetus ei enää lähde rekisteriperusteisesta sääntelystä. Nykyinen tartuntatautilain sääntely on jossakin määrin rajoittavaa, kun esimerkiksi kunnille ei ole säädetty oikeutta perustaa omia rekistereitä. Lain 32 §:ssä viitataan kumottuun henkilötietolakiin. Tartuntatautilain mukaiset vastuut ovat jakautuneet todella monelle toimijalle ja koronapandemian aikana viranomaisten välinen yhteistoiminta ei ole aina onnistunut parhaalla mahdollisella tavalla. Laki on uuden pandemiatilanteen näkökulmasta kasuistinen, minkä lisäksi sitä tulkittiin tarpeettoman suppeasti.¹

Sääntely pandemian varalta tulisi olla yleisempää, niin että tietyn taudinaiheuttajan ilmaantuessa kaikkia pykälä ei tarvitsisi säätää uudelleen juuri siihen tilanteeseen. Nyt jo olemassa olevan sääntelyn lisäksi piti nimenomaan COVID-19 koskien säätää samoja asioita (esimerkiksi hoitajien velvollisuus rokotuksiin tai lain 16 § soveltaminen, joka oli jo laissa, mutta sitä ei ruvettu soveltamaan, ennen kuin asia oli käsitelty eduskunnassa). Digitaalisten menetelmien hyödyntämistä tulisi kehittää (esimerkiksi maahantuloilmoitus, yhtenäinen valtakunnallinen (tai EU:n) järjestelmä), jotta saataisiin rajojen terveysturvallisuusmalli, joka kykenee reagoimaan nopeasti, mutta on resursseiltaan nyt toteutettua kevyempi.¹

On arvioitava, mitä rajojen terveysturvallisuudella voidaan saavuttaa ja voidaanko pandemiaa torjua yksilöllisin arvioinnein vai voidaanko rajoitustoimet kohdistaa altistuneiksi arvioitujen joukkoon (esimerkiksi maantieteellisellä alueella oleskelun perusteella). Liikenteenharjoittajien tarkastusvelvollisuus ja matkustajatietolomakkeiden käyttö esimerkiksi osana FINENTRY:ä voisi mahdollistaa toteutusmallin, jossa terveysalan ammattilaiset toimisivat valtaosin vakituisissa toimipaikoissaan. Tämä mahdollistaisi työvoiman joustavamman ja tehokkaamman käytön. Tarvitaan valtakunnallisen tahtotilan ja laintulkinnan vahvempi ote jättäen alueelliselle toiminnalle alueellisen tilanteen edellyttämä liikkumavara.¹

FINENTRY mahdollistaa maahantulon seurannan, mutta velvoittavan lainsäädännön puuttuminen on heikentänyt vaikuttavuutta. Maahantulo pandemiankin oloissa olisi voinut olla sangen hallittua.² Toivottiin myös korona-/infektiodistuksen käyttöä ja vapaaehtoisen käytön mahdollistamista, viranomaisille ja/tai toiminnanharjoittajille mahdollisuutta edellyttää kasvomaskin käyttöä asiakastiloissa, mahdollisuutta (valtioneuvostolle) ravintolarajoitusten ohella määrätä esimerkiksi pinta-alaan perustuvia asiakasmäärärajoituksia vähittäiskauppaan kansainvälisten esimerkkien mukaisesti ilman tarvetta poikkeusolojen julistamiselle ja poikkeusolojen lainsäädännölle sekä tilojen

¹ Sisäministeriön rajavartio-osaston lausunto 22.3.2022 selvitysryhmälle.

² Helsingin yliopistollisen sairaalan (HUS) lausunto 7.3.2022 selvitysryhmälle.

sulkemismahdollisuutta vakavissa epidemiatilanteissa. Tartuntatautilain 58 g §:n tilaluetteloa katsottiin tarpeelliseksi arvioida ja mahdollisesti myös porrastaa riskipotentiaalin perusteella. Toivottiin COVID-19-infektiodistuksen ja ennakoilmoituksen sääntämistä maahantulon edellytykseksi ilman mahdollisuutta vasta Suomessa tapahtuvaan testaukseen. Lisäksi tartuntatautilaissa katsottiin olevan muitakin yksittäisiä kohtia, joiden muuttaminen on ajankohtaista tartuntatautilakia uudistettaessa.¹

Lainsäädäntöä ja pandemian aikaista toimintaa ehdotetaan kehitettäväksi niin, että yksi taho vastaa rajoitusten määrittämisestä. Lainsäädännön puutteet ja tulkinnanvaraisuudet vaikeuttavat pandemian tehokasta ja nopeaa torjuntaa. Tartuntatautilain 48 a §, koronapassi ja koululaisten kotitestausta näyttävät nykyisessä tartuntatautilanteessa väärin ajoitetuina tai jopa turhina. Lainsäädännössä on syytä selkiyttää esimerkiksi yksityisten työterveystoimijoiden rooli rokotusohjelman toteuttamisessa, tartuntatautiin torjunnasta vastaavan tahon mahdollisuus olla suoraan yhteydessä kuntalaisiin sekä viranomaisten välisen sujuvan yhteistyön ja virka-apun antamisen edellytyksiä (esimerkiksi Puolustusvoimat eivät voineet kaupungin pyytäessä antaa virka-apua kuin erittäin rajatusti).²

Selkeämpää valtuuksien ja vastuiden määrittelyä toivottiin erilaisten rajoitustoimien käyttöönoton suhteen sekä koordinoitumpaa, jopa yksittäisen tahon valtuuksiin perustuva päätöksentekoa. Toimivaltuuksien määrittely on tarpeen (kunnat, hyvinvointialueet, valtio). Esimerkiksi tartuntatautilain § 58 f ei otettu laajalti käyttöön edes tilanteen ollessa muutoin hyvin vaikea. Toteutetut toimenpiteiden olivat epäsuhtaisia. Toiveena on lainsäädännön ennakoiva kehittäminen ketterämpään suuntaan, jotta toimenpiteet saadaan tehtyä nopeasti alueellisen päätöksenteon pohjalta.³

Tartuntatautilaissa tulisi huomioida sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstön rokotussuoja suhteessa hoidettavien asiakkaiden ja potilaiden riskiin saada tarttuva tauti hoito- ja hoivatoimenpiteiden yhteydessä. Nykyisellään rajoitteita on kohdistettu myös oireettomiin tartunnan saaneisiin, vaikka Tartuntatautiasetuksen mukaan koronavirus on yleisvaarallinen tartuntatauti sen aiheuttaman vaikean infektion osalta.⁴

¹ Helsingin kaupungin lausunto 9.3.2022 selvitysryhmälle.

² Espoon kaupungin lausunto 9.3.2022 selvitysryhmälle.

³ Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiriin (VSSHP) lausunto 8.3.2022 selvitysryhmälle.

⁴ Etelä-Savon sairaanhoitopiiriin (ESSOTE) lausunto 8.3.2022 selvitysryhmälle.

Muita kuulemisissa esiin tulleita lainsäädännön muutostarpeita

Poikkeusmääräysten valmistelussa kriisitilanteita varten pidettiin tarpeellisena arvioida työlainsäädäntöä ja mahdollistaa joustavoittaminen, esimerkiksi henkilöstön siirto muihin tehtäviin sekä loma- ja työaikamääräykset ilman valmiuslain käyttöönottoa. Valmiuslaki on hidas, jos esim. yksityispuolen resursseja pitäisi ottaa käyttöön.

Lakeihin tulisi saada esimerkiksi asetuksella käyttöön otettavaksi, ettei tarvitsisi mennä valmiuslain kautta (muun muassa koronapassi, maskit, maahantulosaännökset).¹

Toisaalta oli huolta siitä, että valmiuslakiakin otetaan käyttöön perusteettomasti työntekijöiden oikeussuojan näkökulmasta. Siitä voi seurata lomien perumisia ja pidennetyjä irtisanomisaikoja eikä työnantajille tule sanktioita. Kritiikkiä on esitetty myös, että viimeaikaiset hallituksen esitykset, kuten perusterveydenhuollon hoitotakuun tiukentaminen ja asiakastietolaki eivät tue välitöntä hoitoon pääsyä vaan epätarkoituksenmukaisilla koulutetun hoitohenkilöstön osaamisen käyttöä rajoittavilla ratkaisuilla pahennetaan vakavaa työvoimapulaa.²

Jotta kansainvälisiin rekisteripohjaisiin hankkeisiin sekä tieteellisiin tutkimuksiin osallistuminen voisi tapahtua riittävän nopeasti Laki sosiaali- ja terveystietojen toissijaisesta käytöstä (552/2019) eli "toisiolakia" tulisi päivittää.³

Lainsäädännön tulisi mahdollistaa tiedon siirron hyvinvointialueiden välillä ja yhteistoiminta-alueen sisällä sekä hoitokapasiteetin ja potilaan hoidossa tarvittavien tietojen kuten tartunnan kantajuuden.⁴

Mahdolliset lainsäädäntömuutoksia koronavilkun käytön tehostamiseksi on esitetty, jolloin teknisesti tapahtuisi yhdistäminen puhelinnumeroon, jonka henkilö antaa laboratoriolle testiin mennessään; numeron antaessaan hän antaa julkiselle vallalle oikeuden kontaktoida henkilöitä, joiden kanssa hän on ollut tekemisissä. Sairastunut syöttää Koronavilkkuun niiden henkilöiden puhelinnumerot ja aikavälit, joiden kanssa hän on ollut tekemisissä viimeisen 48 tunnin aikana. Jos laboratoriotulos on positiivinen, tieto kontaktissa olleille lähtee välittömästi; tekstiviestinä niille, joiden puhelinnumerot sairastunut on itse syöttänyt; viestissä mainitaan altistumisaika. Viestissä annetaan

¹ Kunta- ja hyvinvointialuetyönantajat KT:n lausunto 9.3.2022 selvitysryhmälle.

² Suomen lähi- ja perushoitajaliitto SuPerin lausunto 15.3.2022 selvitysryhmälle.

³ Tehohoitokonsortion lausunto 18.3.2022 selvitysryhmälle.

⁴ Helsingin yliopistollisen sairaalan (HUS) lausunto 7.3.2022 selvitysryhmälle.

ohjeet ja kerrotaan, mistä/miten lisätietoa saa. Altistuneisiin ei olla yhteydessä fyysisesti, ellei erityistä tarvetta ole.¹

Sosiaali-palveluiden koulutusvaatimusten arviointi, erityisesti sijaistyövoiman pätevyysvaatimusten osalta on ehdotettu tarvittavan lakimuutoksia, koska lainsäädännön ja valvojen vaatimuksia täyttävää lisähenkilöstöä ei ole saatavilla riittävästi.

Julkiselle järjestämisvastuulle kuuluvien poikkeuksellisten (ostopalvelusopimusten ja palvelusetelin sääntökirjojen ulkopuolisten) kulujen korvaaminen ei ole toteutunut käytännössä laeista huolimatta (valmiuslainsäädäntö, tartuntatautilaki ja terveydenhuoltolaki ja koronakustannusten korvausten valtiosuutta koskeva asetus).²

Kaiken kaikkiaan parannettavaa on raportoitu johtuen mm. lainsäädännön sisäisistä ristiriitaisuuksista, tietosuojatulkinoista, muutosten hitaudesta, kankeudesta ja vaikeudesta. Niillä voidaan vesittää hyvät public health -toimenpiteisiin liittyvät aiheet. On ehdotettu toisenlaisen viitekehyksen miettimistä (nyt oikeuksia vain yksilöllä, ei yhteisellä terveyshyödyllä).³

¹ Suomen lääkäriliitto ry:n lausunto 15.3.2022 selvitysryhmälle.

² Hyvinvointiala HALI ry:n lausunto 8.3.2022 selvitysryhmälle.

³ THL:n tiedonanto 30.4.2022

