



6.5.2020

Valtioneuvoston asetus valmiuslain 86, 88, 93 ja 94 §:ssä säädettyjen toimivaltuuksien käytön jatkamisesta

1. Johdanto

1.1. Valmiuslain käyttöönotto ja valmiuslain 86, 88, 93 ja 94 §:ssä säädettyjen toimivaltuuksien käyttö

Koronaviruspandemiaa, jonka tilannekuvaa tarkastellaan luvussa 1.2. tarkemmin, on hallittu suurelta osin valtiosääntöisten, valmiuslain 4 §:stä ilmenevän normaaliusperiaatteen mukaisesti tartuntatautilain nojalla, valtioneuvoston suositusluontoisilla rajoitustoimenpiteillä sekä muuttamalla lukuisia lakeja. Valmiuslain mukaisin toimivaltuuksiin on kuitenkin ollut välttämätöntä myös turvautua.

Näiden toimenpiteiden tavoitteena on ollut suojata väestöä hyvin laajalle levinneen vaarallisen tartuntataudin seurauksilta sekä turvata perusoikeuksien ja ihmisoikeuksien toteutuminen poikkeusoloissa. Tavoitteena on ollut varmistaa erityisesti sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstön riittävyys ja tehohoidon kapasiteetti kriisitilanteessa.

Valtioneuvosto totesi 16.3.2020 yhteistoiminnassa tasavallan presidentin kanssa, että maassa vallitsevat valmiuslaissa (1552/2011) tarkoitetut poikkeusolot. Perustuslakivaliokunta on lausunut omana käsityksenään, että maassa vallitsevat valmiuslain 3 §:n 5 kohdassa tarkoitetut poikkeusolot (PeVM 2/2020 vp, PeVM 8/2020 vp). Covid-19 tartuntatautipandemiassa (jatkossa myös koronavirus) on kyse vaikutuksiltaan erityisen vakavaa suuronnettomuutta vastaavasta hyvin laajalle levinneestä vaarallisesta tartuntataudista.

Valtioneuvosto antoi 17.3.2020 kaksi asetusta valmiuslaissa säädettyjen toimivaltuuksien käyttöönotosta:

- valtioneuvoston asetus valmiuslain 86, 88, 93-95 ja 109 §:ssä säädettyjen toimivaltuuksien käyttöönotosta (125/2020), muutettu 19.3.2020 valtioneuvoston asetus valmiuslain 86, 88, 93, 94 ja 109 §:ssä säädettyjen toimivaltuuksien käyttöönotosta (130/2020)
- valtioneuvoston asetuksen valmiuslain 87 §:ssä säädettyjen toimivaltuuksien käyttöönotosta välittömästi (124/2020).

Perustuslakivaliokunta antoi 18.3.2020 edellä mainituista asetuksista mietinnöt (PeVM 2/2020 vp - M 1/2020 vp ja PeVM 3/2020 vp - M 2/2020 vp) ja eduskunta päätti niistä mietintöjen mukaisesti. Eduskunnan päätöksen johdosta valtioneuvoston asetus valmiuslain 86, 88, 93-95 ja 109 §:ssä säädettyjen toimivaltuuksien käyttöönotosta muutettiin (uusi nimike: valtioneuvoston asetus valmiuslain 86, 88, 93, 94 ja 109 §:ssä säädettyjen toimivaltuuksien käyttöönotosta) ja kumottiin asetuksen säännös, joka koskee valmiuslain 95 §:n 2 momentissa tarkoitettua terveydenhuollon henkilökunnan työvelvollisuutta koskevaa toimivaltuutta.

Valtioneuvosto antoi 25.3.2020 kaksi uutta asetusta:

- valtioneuvoston asetus valmiuslain 95 §:n 2 momentissa säädetyn toimivaltuuden käyttöönotosta ja 96-103 §:n soveltamisesta (139/2020)
- valtioneuvoston asetus valmiuslain 118 §:ssä säädettyjen toimivaltuuksien käyttöönotosta (145/2020).

Perustuslakivaliokunta antoi 27.3.2020 valtioneuvoston valmiuslain 95 §:n 2 momentissa säädetyn toimivaltuuden käyttöönotosta ja 96-103 §:n soveltamista antamasta asetuksesta mietinnön (PeVM 7/2020 vp – M 7/2020 vp). Eduskunta on 27.3.2020 päättänyt, että mainittu asetus saa jäädä voimaan.

Valtioneuvosto kumosi 27.3.2020 yleisistunnossaan asetuksen valmiuslain 118 §:ssä säädettyjen toimivaltuuksien käyttöönotosta (140/2020) ja antoi asiaa koskevan uuden asetuksen (145/2020).

Perustuslakivaliokunta antoi 27.3.2020 mietinnön (PeVM 8/2020 vp – M 9/2020 vp) ja eduskunta on päättänyt mietinnön mukaisesti, että asetus valmiuslain 118 §:ssä säädettyjen toimivaltuuksien käyttöönotosta (145/2020) saa jäädä voimaan.

Edellä mainittujen valtioneuvoston asetusten voimassaolo päättyi 13.4.2020 lukuun ottamatta valtioneuvoston valmiuslain 118 §:ssä säädettyjen toimivaltuuksien käyttöönotosta annettua asetusta, jonka valtioneuvosto kumosi 15.4.2020.

Valtioneuvosto antoi 31.3.2020 seuraavat valmiuslaissa säädettyjen toimivaltuuksien käyttöönoton jatkamista koskevat asetukset:

- valtioneuvoston asetus valmiuslain 86, 88, 93, 94 ja 109 §:ssä säädettyjen toimivaltuuksien käytön jatkamisesta (174/2020)
- valtioneuvoston asetus valmiuslain 87 §:ssä säädettyjen toimivaltuuksien käytön jatkamisesta (175/2020)
- valtioneuvoston asetus valmiuslain 95 §:n 2 momentissa säädetyn toimivaltuuden käytön ja 96-103 §:n soveltamisen jatkamisesta (177/2020).

Perustuslakivaliokunta antoi 2.4.2020 edellä mainituista asetuksista mietinnön (PeVM 9/2020 vp - M 11/2020 vp - M 12/2020 vp - M 14/2020 vp) ja eduskunta päätti niistä mietinnön mukaisesti.

Lisäksi valtioneuvosto antoi 31.3.2020 asetuksen valmiuslain 87 §:ssä säädettyjen toimivaltuuksien käyttöönotosta (176/2020). Perustuslakivaliokunta antoi asetuksesta 6.4.2020 mietinnön (PeVM 12/2020 vp - M 13/2020 vp) ja eduskunta päätti asiasta mietinnön mukaisesti.

Mainitut valtioneuvoston 31.3.2020 antamat asetukset ovat voimassa 13.5.2020 asti.

Valmiuslain 86, 88, 93, 94 ja 109 §:n mukaisilla toimivaltuuksilla on annettu kolme soveltamisasetusta:

- valtioneuvoston asetus väliaikaisista poikkeuksista sovellettaessa eräitä vuosilomalain, työaikalain ja työsopimuslain säännöksiä (128/2020)

- valtioneuvoston asetus varhaiskasvatuksen sekä opetuksen ja koulutuksen järjestämisvelvollisuutta koskevista väliaikaisista rajoituksista (126/2020, muutos 131/2020)
- valtioneuvoston asetus kunnan oikeudesta poiketa terveydenhuollon kiireettömän hoidon määräaikojen noudattamisesta ja sosiaalihuollon palvelutarpeen arvioinnista (127/2020).

Perustuslakivaliokunta antoi 16.4.2020 edellä mainituista asetuksista mietinnöt (PeVM 13/2020 vp - M 16/2020 vp, PeVM 14/2020 vp - M 17/2020 vp ja PeVM 15/2020 vp - M 18/2020 vp) ja eduskunta päätti niistä mietinnön mukaisesti.

Mainitut soveltamisasetukset olivat voimassa 13.4.2020 asti ja niiden soveltamista on jatkettu 13.5.2020 asti asetuksilla:

- valtioneuvoston asetus varhaiskasvatuksen sekä opetuksen ja koulutuksen järjestämisvelvollisuutta koskevista väliaikaisista rajoituksista (191/2020)
- valtioneuvoston asetus väliaikaisista poikkeuksista sovellettaessa eräitä vuosilomalain, työaikalain ja työsopimuslain säännöksiä (190/2020)
- valtioneuvoston asetus kunnan oikeudesta olla väliaikaisesti noudattamatta terveydenhuollon kiireettömän hoidon ja sosiaalihuollon palvelutarpeen arvioinnin aloittamisen määräaikoja (197/2020).

Valtioneuvosto kumosi 15.4.2020 valtioneuvoston valmiuslain 118 §:n nojalla 27.3.2020 antaman valtioneuvoston asetuksen liikkumisen tilapäisistä rajoituksista väestön suojaamiseksi (146/2020).

1.2. Epidemiologinen ja lääketieteellinen tilannekuva

WHO on 11. maaliskuuta todennut Kiinan Hubein maakunnasta lähtöisin olevan covid-19 epidemian pandemiaksi. Koronavirustartuntoja on todettu maailmalla yhteensä yli 2,9 miljoonaa. Covid-19 tautiin liittyviä kuolemia on raportoitu yli 200 000. Euroopassa on todettu yhteensä yli 1,3 miljoonaa koronavirustapausta ja yli 120 000 tautiin liittyvää kuolemaa.

Covid-19 kaltainen herkästi tarttuva ja keskimäärin lieväoireinen virusinfektio aiheuttaa väestössä, jossa ei ole vastustuskykyä, nopeasti kehittyvän epidemian, jossa päivittäiset uusien tapausten lukumäärät voivat aluksi lisääntyä eksponentiaalisesti. Tämä tapausten lisääntyminen jatkuu, kunnes riittävä osa väestöstä saa tartunnan, jolloin tapausmäärät taas kääntyvät laskuun, koska tartunnalle alttiita ei enää ole tarpeeksi ylläpitämään nopeaa leviämistä.

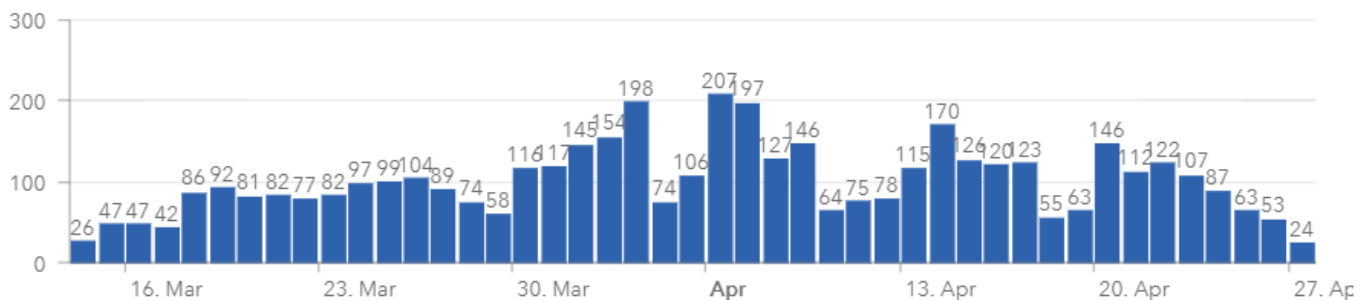
Epidemian leviämisenopeuteen vaikuttavat paitsi taudinaiheuttajan ominaisuudet (tartuttamiskyky) myös muut yhteiskuntarakenteen sekä kulttuurin seikat (kuten yhdyskuntatiheys ja väestön eri ikäryhmien keskinäiset kontaktit ja tapakulttuuri). Tiheästi asutuissa yhteisöissä, joissa vietetään paljon aikaa monen ihmisen ryhmissä ja eri ikäryhmien välillä, nopean leviämisen potentiaali on paljon suurempi kuin harvaan asutuissa, jossa yhteisö rakenne koostuu pienemmistä perheyksiköistä. Korkean iän lisäksi tupakointi, selkeä ylipaino, heikko toimintakyky ja jotkin yleiskuntoa sekä immuunivastetta heikentävät perussairaudet lisäävät merkittävästi vakavan tautimuodon ja kuoleman riskiä. Vakavien tapausten osuus kasvaa erityisen nopeasti yli 60-vuotta täyttäneiden joukossa.

Suomessa ensimmäinen tapaus todettiin jo tammikuun lopulla ulkomaisella turistilla. Varsinaisesti epidemia kuitenkin käynnistyi vasta maaliskuun puolella. Suomessa on 4.5.2020 mennessä toistaiseksi todettu 5 327 varmistettua covid-19 tapausta (kuva 1, tiedot kuvassa 28.4.2020 saakka ja kuva 2) (kumulatiivinen ilmaantuvuus 96/100.000 väestö) ja 240 kuolemantapausta.

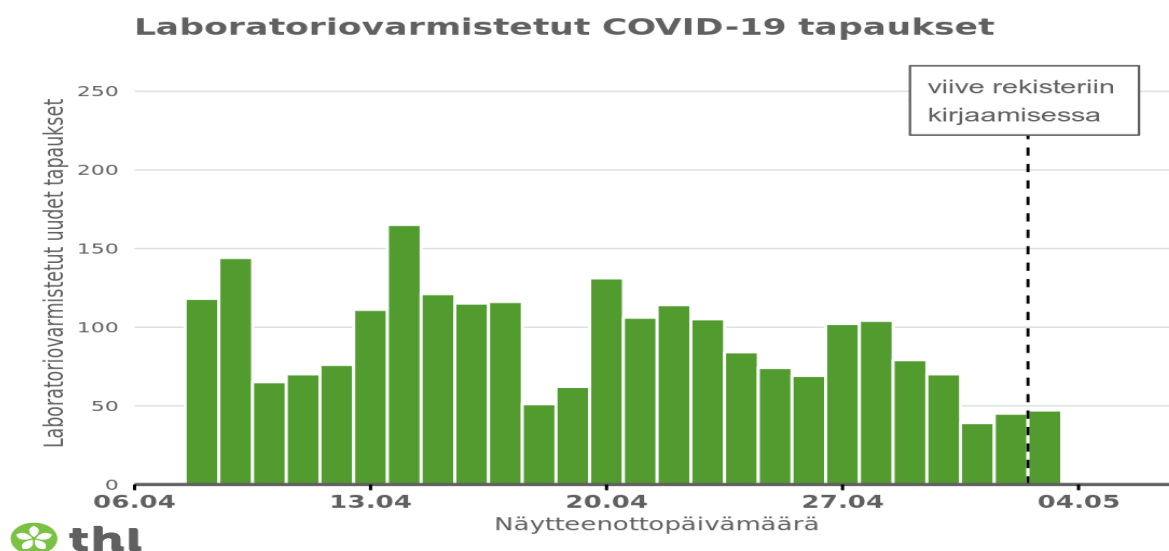
Tartuntojen todellinen määrä Suomessa on todennäköisesti ilmoitettua suurempi, koska kaikkia lieväoireisia tai oireettomia henkilöitä ei ole testattu ja oireettomien tartuntojen määrästä ei ole tietoa. Tavoitteena on jatkossa testata kaikki, joilla epäillään koronavirustartuntaa.

Suurin osa Suomessa todetuista koronavirustartunnoista on ollut lieviä. Sairaalassa olevien tautiin sairastuneiden potilaiden määrää oli 4.5.2020 koko Suomessa 197. Näistä 153 eli noin 78 % oli hoidossa HYKS erityisvastuualueella. Vastaavasti tehohoidossa olevia oli koko Suomessa 49 ja heistä 34 eli noin 69 % oli hoidossa HYKS erityisvastuualueella. Valtaosalla erityisvastuualueista sairaalahoidossa olevien covid-19-potilaiden määrä on lievästi kasvanut. Tehohoidossa olevien määrä on ennallaan.

Päiväkohtaiset tautitapaukset (näytteenottopäivän mukaan)



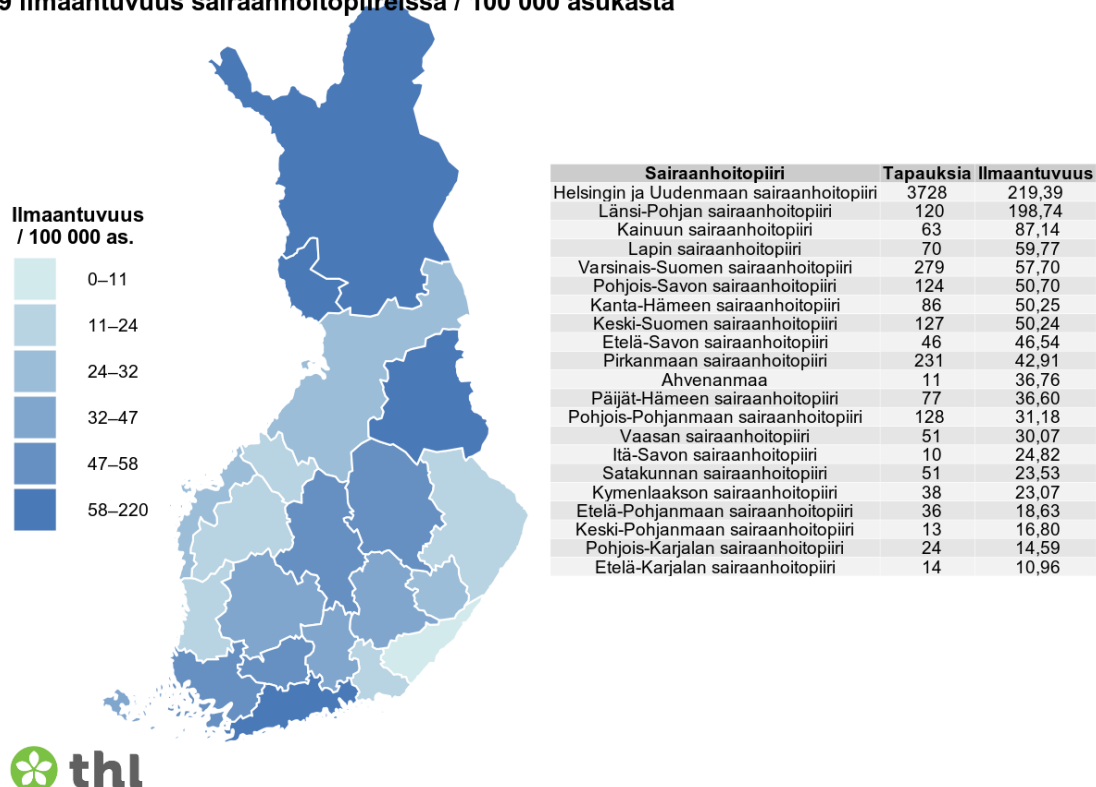
Kuva 1. Suomessa todetut COVID-19 tapaukset



Kuva 2. Päivittäin ilmoitettujen COVID-19 tapausten määrä (THL Tartuntatautirekisteri 4.5.2020).

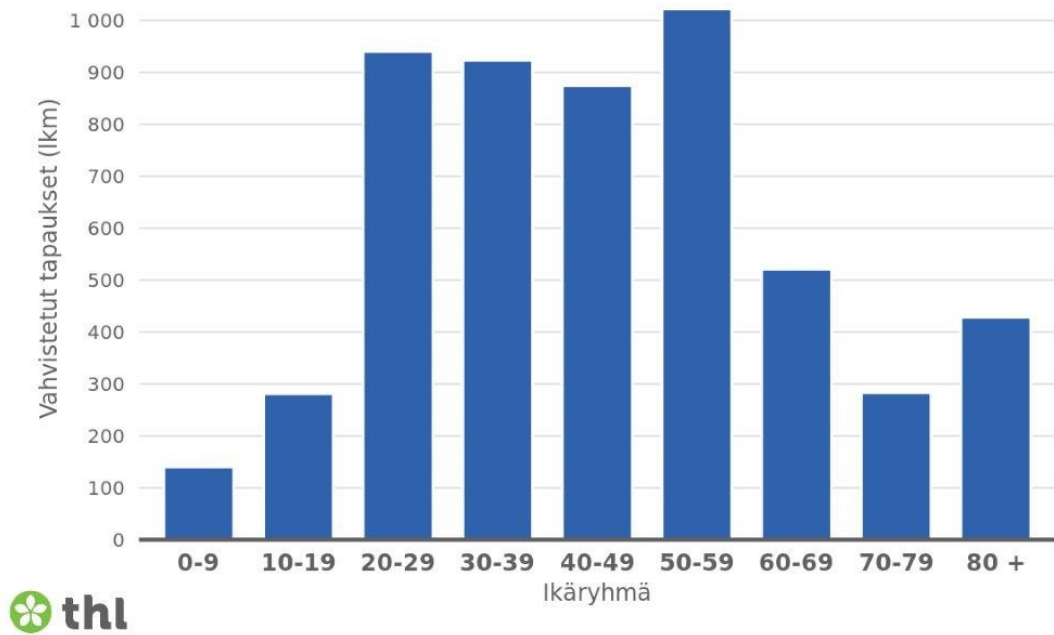
Suuri osa covid-19 tapauksista on todettu väkirikkaan Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin alueella, mutta tapauksia on ollut jokaisessa sairaanhoitopiirissä ja myös Ahvenanmaalla. Useassa maakunnassa kumulatiivien ilmaantuvuus on lähestynyt Uudenmaan tilanetta (kuva 3).

COVID-19 ilmaantuvuus sairaanhoitopiireissä / 100 000 asukasta

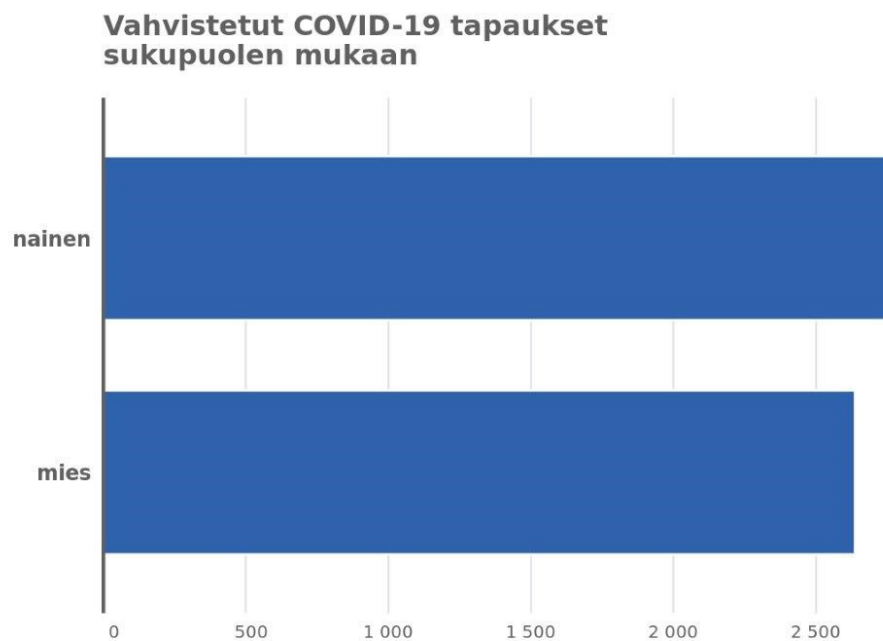


Kuva 3. Alueellinen tilanne 27.4.2020

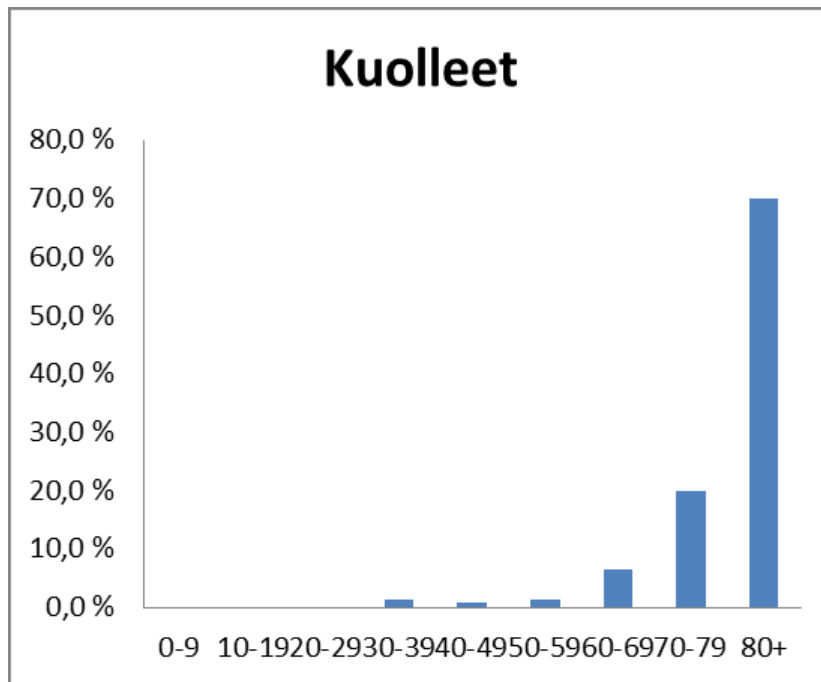
COVID-19 -tapausten jakautuminen ikäryhmittäin



Kuva 4. Ikäjakauma (4.5.2020)



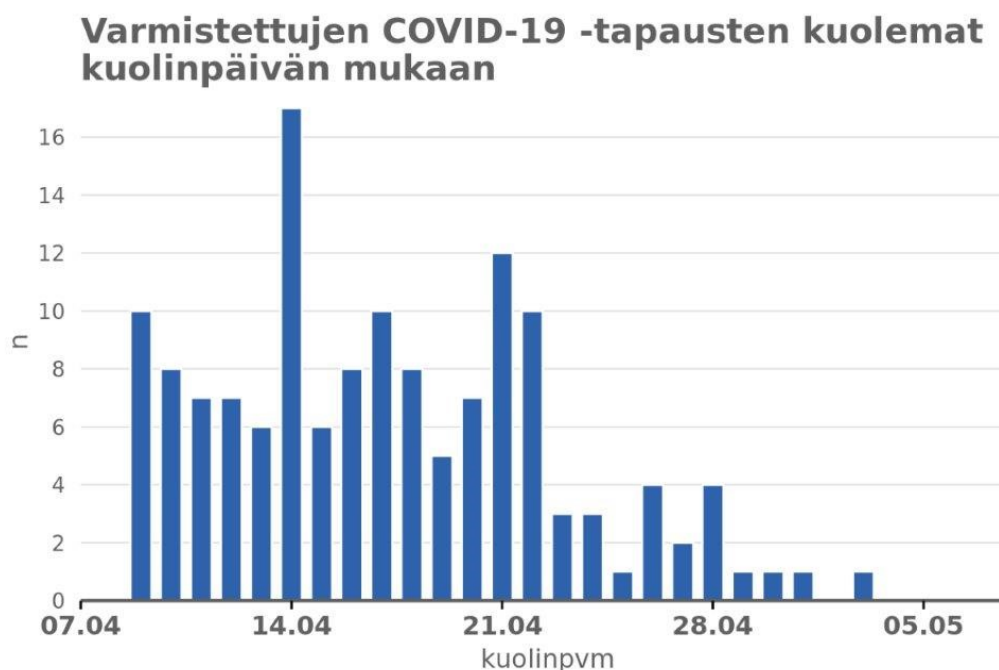
Kuva 5. COVID-19 sukupuolijakauma (4.5.2020 kaikki tapaukset)



Kuva 6. Kuolleiden ikäryhmittäinen osuus (27.4.2020)

Päivittäin todettavien tapausten määrä on pysynyt lähes kuukauden ajan varsin tasaisella ja kohtuullisen matalalla tasolla. Tämä viittaa epidemian huomattavaan hidastumiseen.

Ikäjakaumaltaan tapaukset keskittyvät työikäisiin (kuva 4). Kuolleisuus seuraa hyvin tarkkaan kansainvälistä kokemusta, jossa merkittävä tapauskuolleisuus keskittyy ikääntyneisiin ja erityisesti monisairaisiin (kuva 6; kyseessä ei ole ikäryhmittäinen tapauskuolleisuus vaan kuolemien jakautuminen ikäryhmien välillä). Naisia ja miehiä on tapausten joukossa lähes saman verran (kuva 5), mutta miesten osuus menehtyneistä on suurempi. Lapsilla tautia on vähän, ja se on hyvin lieväoireista. Vaikka arviot lievien tapausten osuudesta ovat tarkentumattomia, on todennäköistä, että lievien tapauksien osuus kaikista covid-19 -infektioista on huomattava. Tällaisessa tilanteessa taudin harvinaisemmat vakavat ilmenemismuodot voivat nopeasti kasaantua lyhyelle ajalle ja johtaa terveydenhuollon ylikuormittumiseen.



Kuva 7. Varmistettujen covid-19-tapausten kuolemat kuolinpäivän mukaan.

THL tuotti yhteistyössä Turun yliopiston kanssa 15.3.2020 sosiaali- ja terveysministeriölle mallinnuksen epidemian mahdollisesta kehittymisestä väestössä, sen aiheuttamasta sairaalahoitoa aiheuttavasta sairastavuudesta ja myös kuolleisuudesta. Mallissa ennustettiin sairaalahoitoa ja tehohoidon tarvetta suomalaisiin hoitokäytäntöihin sekä eri ikäryhmien kontaktimatriisiin perustuen.

Mallinnus osoitti, että on olemassa vaara, että epidemia ylikuormittaa erityisesti tehohoidon kapasiteetin usean viikon ajanjaksolta. Näin oli Italiassa samaan aikaan mitä ilmeisimmin käynyt, ja sama kehitys haluttiin Suomessa välttää. Terveystieteiden ylikuormittuminen taas voisi johtaa sellaiseen ylikuolleisuuteen, joka olisi vältettävissä, mikäli ylikuormittumista ei tapahtuisi. Tästä johtuen hallitus 16.3.2020 päätti väestön henkeä ja terveyttä suojellakseen ottaa käyttöön laajat ihmisten välisten fyysisten kontaktien vähentämiseen tähtäävät yhteiskunnalliset rajoitustoimet.

Näillä pyrittiin hidastamaan epidemian kehittymistä siten, että terveydenhoidon kapasiteetti ei ylikuormittuisi (kuva 8¹). Tavoitteena oli muuttaa epidemian kulkua siten, että kuvan 8 punaiselta käyrältä (hallitsematon epidemian kulku; ylikuormittunut terveydenhuolto) siirryttäisiin vihreälle käyrälle (hidastunut epidemia; terveydenhuollon kapasiteetin riittäminen). Sininen käyrä kuvastaa tilannetta, jossa ihmisten välisten fyysisten kontaktien kontaktit vähenevät niin paljon, että epidemia lähes pysähtyy. Tässä skenaariossa ennuste on kuitenkin epidemian nopea uudelleen käynnistyminen, jos rajoitustoimet puretaan.

¹ Roy Anderson, The Lancet, comment 6.3.2020

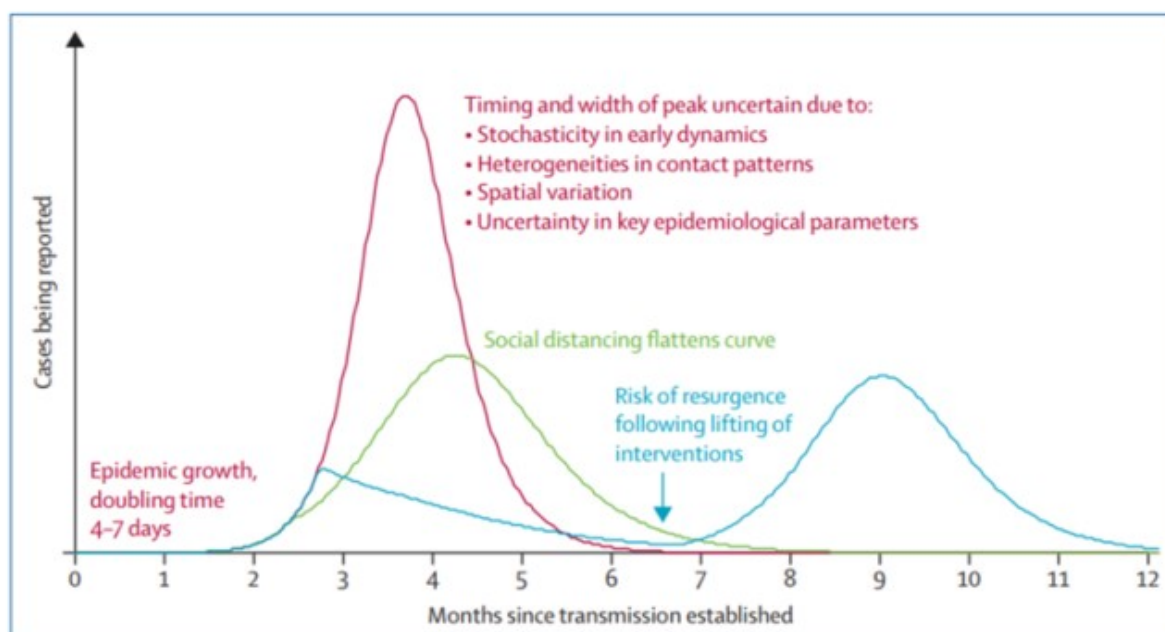
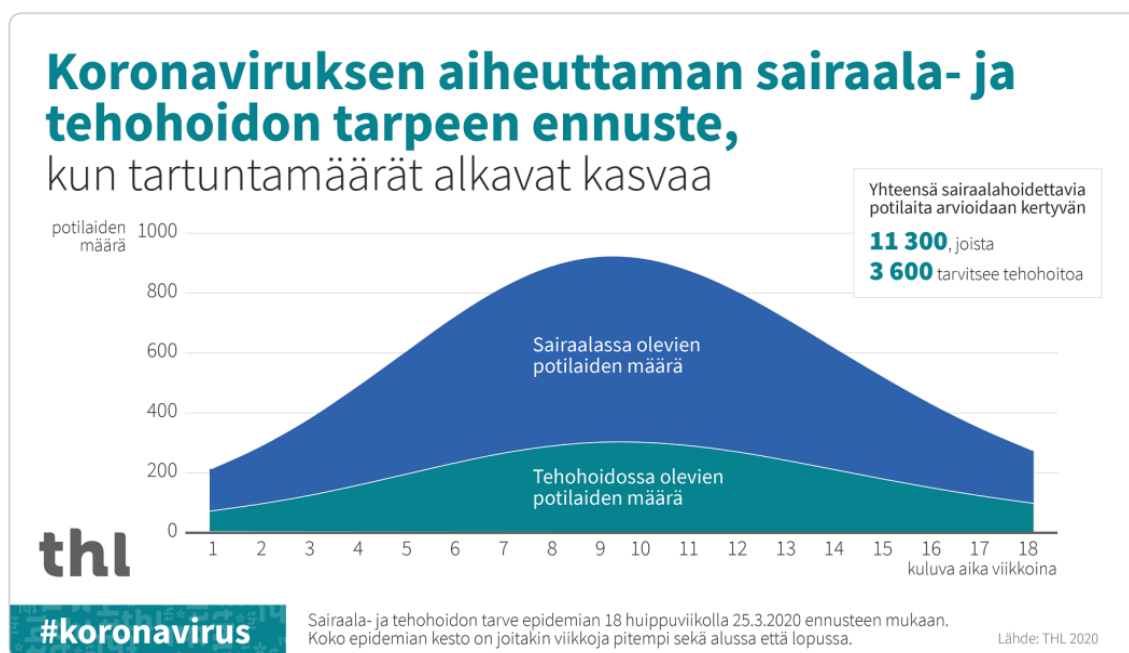


Figure: Illustrative simulations of a transmission model of COVID-19

A baseline simulation with case isolation only (red); a simulation with social distancing in place throughout the epidemic, flattening the curve (green), and a simulation with more effective social distancing in place for a limited period only, typically followed by a resurgent epidemic when social distancing is halted (blue). These are not quantitative predictions but robust qualitative illustrations for a range of model choices.

Kuva 8.

Rajoitustoimien jälkeen 25.3. annetun ja toimet huomioon ottavan THL:n ja Turun yliopiston uuden ennusteen mukaan noin 11 300 ihmistä tulisi tarvitsemaan Suomessa sairaala- hoitoa uuden koronaviruksen vuoksi. Heistä tehohoitoa arvioitiin tarvitsevan 3 600 potilasta. Tehohoitopaikkojen maksimitarpeeksi arvioitiin n. 300 (kuva 7).



Kuva 9. Ennuste 25.3.2020 covid-19 epidemian kulusta – sairaala ja tehohoito kuormitus.

Rajoitustoimia edeltävänä aikana epidemia oli hyvin nopeassa kasvuvaiheessa, jossa tapausmäärät lähes kaksinkertaistuivat päivittäin. Rajoitusten käyttöön ottamisen jälkeen päivittäin todettujen tapauksen määrä tasaantui, eikä ole palannut eksponentiaaliseen kasvuun. Sairaalaan ja tehohoitoon päivittäin otettavien tapauksen määrä on tasoittunut ja on seurannut THL:n ja Turun yliopiston yhteistyönä laatimaa päivitettyä ennustetta siitä, miten epidemia kehittyy rajoitusten voimassa ollessa ja kontaktien vähennyttyä. Epidemian kasvu on sittemmin rajoitus- ja hygieniatoimien johdosta pysähtynyt koko maassa. Tartuttavuusluku on alle yhden.

Haittana epidemian hyvin voimakkaasta hidastumisesta rajoitusten säilyessä on sen huomattava pidentyminen ja myös suuri riski myöhemmästä, esimerkiksi syksyllä alkavasta epidemian merkittävästä laajentumisesta. Rajoituksilla on kuitenkin voitettu paljon aikaa ja mahdollistettu valmistautuminen suurempaan tapausmäärään. Rajoitusten poistaminen pitää tehdä asteittain ja seuraten tarkkaan vaikutuksia epidemiologiisiin mittareihin (tietoon tullut sairastavuus, positiiviset virusosoitustestien tulokset, jatkossa myös vasta-ainetutkimukset), jotta voidaan myös reagoida, mikäli epidemia kiihtyy liikaa.

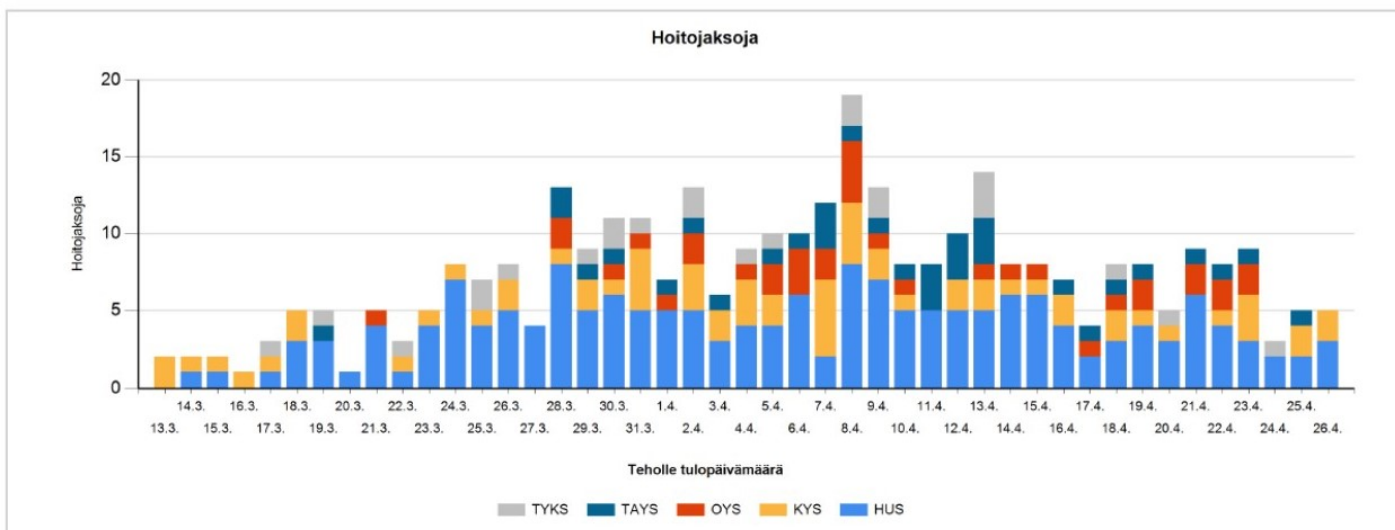
Suomessa koronavirusepidemian kasvu on pysähtynyt rajoitustoimien ja hygieniakäyttämisen selvän parantumisen kautta. Vaikka epidemian eteneminen on tällä hetkellä tasaantumassa, on edelleen olemassa uhka epidemian uudelleen kiihtymisestä sellaiselle tasolle, että se aiheuttaisi terveydenhuollon ylikuormittumisen. Jos terveydenhuollon kapasiteetti ylikuormittuu, osalle väestöstä aiheutuu koronavirustartunnasta sellaista hengen ja terveyden vaaraa, joka ilman ylikuormittumista olisi vältettävissä.

Kun rajoitustoimia vähitellen poistetaan, tapausmäärien kehittymistä ja terveydenhuollon kuormittumista on seurattava ja arvioitava tarkasti. On välttämätöntä säilyttää mahdollisuus ottaa uudelleen käyttöön rajoitustoimia tai päättää uusista toimista. Virusta kiertää yhä sekä Suomessa että laajasti muualla maailmassa, ja Suomen väestöstä valtaosa on yhä altis tartunnalle. Tästä johtuu epidemian uudelleen kiihtymisen uhka.

Tehohoidon tarpeen kehitys

Covid-19-epidemian erityinen haaste terveydenhuollolle on tehohoitoa ja vaativaa tehohoittoa tarvitsevien potilaiden osuus vakavasti sairastuneista. Erityisesti erikoissairaanhoidossa on jouduttu keskittämään resursseja covid-19-potilaiden hoitoon ja muuhun kiireelliseen hoitoon. Tehohoidon osalta tiedot perustuvat Kansallisen tehohoidon koordinoivan toimiston (KYS) sairaaloilta kokoamiin tietoihin sekä suomalaisen tehohoidon vertaisarviointihankkeen, Suomen Tehohoitokonsortion tietoihin (vertaisarvioinnin raportoinnin tuottaa BM-ICU-palvelu, TietoEvry).

Suomalaisilla teho-osastoilla on 26.4.2020 mennessä alkanut yhteensä 331 hoitojaksoa, joissa potilaalla on hoitojakson alkaessa ollut jo varmistettu covid-19-infektio tai sen epäily. Hoitojaksoja on ollut sekä yliopisto- että keskussairaaloiden teho-osastoilla. Kaikista tähänastisista tehohoitotaksoista 53 % on ollut HUS-erva-alueella. Seuraavassa kuvassa 9 hoitojaksot on eritelty alkamisajan mukaan sekä erä-alueittain:



Kuva 10. Niiden potilaiden tehohoitojaksot, joilla on hoitojakson alkaessa ollut jo varmistettu covid-19-infektio tai sen epäily, hoidon alkamisajan ja erä-alueen mukaan.

Eniten uusia hoitojaksoja alkoi viikolla 15 (6.-12.4.), jolloin viikkaimpana päivänä (8.4.) alkoi 19 uutta hoitojaksoa. Sen jälkeen päivittäisten uusien hoitojaksojen trendi on ollut pääosin laskeva.

26.4.2020 mennessä covid-19-infektio on varmistettu yht. 193 tehohoitojakson kohdalla. Näistä 101:ssä (52 %) potilas on ollut alle 60-vuotias, 151:ssä (78 %) alle 70-vuotias. Ikäryhmän 0-16 v potilaita ei ole toistaiseksi ollut tehohoidossa covid-19-infektion vuoksi. Hoitojaksoista 136:ssa (70 %) potilas on ollut mies. Osassa tapauksia sama potilas on joutunut teho-osastolle uudestaan päästyään sieltä jo kertaalleen vuodeosastohoitoon, ja joissakin tapauksissa potilas on siirretty hoitoon teho-osastolta toiselle. Niinpä hoitojaksoja on hieman enemmän kuin yksittäisiä potilaita: 27.4.2020 päivitetyn kirjanpidon perusteella tehohoitoa tarvinneita potilaita, joilla on ollut varmennettu covid-19-infektio, on toistaiseksi ollut 169.

26.4.2020 mennessä on päättynyt 125 tehohoitojaksoa, joissa potilaalla on ollut varmistettu covid-19-infektio. Teho-osastolla on menehtynyt 12 potilasta (10 % hoitojaksoista). Yli 70-vuotiaiden tehohoitojaksoista 29 % on päättynyt potilaan menehtymiseen. Päättäneiden hoitojaksojen keskimääräinen pituus on ollut 8,6 vrk. On syytä muistaa, että osa hyvin pitkistä tehohoitojaksoista on edelleen kesken, joten emme vielä tiedä koko potilasjoukon kuolleisuutta tai keskimääräistä hoitoaikaa.

Tehohoitoa tarvitsevien covid-19-potilaiden määrä alkoi kasvaa voimakkaasti HUS:in sairaaloissa maaliskuun viimeisellä viikolla. Huhtikuun kolmen ensimmäisen viikon aikana HUS:in teho-osastoilla on jatkuvasti ollut yli 40 potilasta samanaikaisesti, mutta samanaikaisten tehohoitopotilaiden määrä ei ole toistaiseksi kasvanut yli 50:n, ja viimeksi kuluneen viikon aikana se on ollut hieman alle 40. Lisätty tehohoitokapasiteetti on riittänyt näiden potilaiden hoitamiseen.

Mualla maassa potilasmäärät ovat olleet maltillisia, eikä tehohoitokapasiteetin riittävyyden suhteen ole ollut ongelmia. Kaiken kaikkiaan voidaan todeta, että epidemian leviämisen rajoittamiseksi tehdyt toimet ovat tehonneet, eikä pelättyä hyvin suurta tehohoidon tarvetta ole toistaiseksi ilmaantunut.

Epidemian etenemisen ennustamisesta

Epidemian kasvu on rajoitus- ja hygieniatoimien johdosta tasaantumassa koko maassa. Niin sanottu tartuttavuusluku (R_0) on pienentynyt epidemian alkuvaiheen arvioista 2.4 tasolle 1.6 ja sittemmin alle yhden. Tartunnan leviäminen on siten väestötasolla hidasta, mutta paikallisten ryppäiden ja sitä kautta epidemian uudelleen leimahtamisen riski on kuitenkin edelleen ja juuri tästä syystä suuri.

Valtaosa väestöstä ei ole saanut virustartuntaa ja on edelleen alttiita taudille ja sen vakaville seurauksille. Epidemiahuippua ei ole vielä saavutettu valtakunnallisesti eikä edes Uudellamaalla, joka on joitakin viikkoja muita maakuntia edellä epidemian ajallisessa kehityksessä. Siten tilanne on epidemian hallinnan ja sairaalahoidon kapasiteetin riittävyyden turvaamisen näkökulmista vielä hyvin riskialtis.

Alueellisia tartuntaketjuja tai laajempaa yhteisössä tapahtuvaa leviämistä on ilmaantunut eri puolilla Suomea. Näiden epidemiapesäkkeiden ilmaantumista ei ole ollut mahdollista etukäteen ennustaa. Tautitapauksia voi jatkossakin tulla lyhyessä ajassa merkittävä määrä lisää missä tahansa Suomen kunnassa. Tällainen paikallinen epidemia voi olla laajuudeltaan kymmeniä tai satoja uusia tapauksia joidenkin päivien kuluessa. Esimerkiksi Lapissa oli 30.3.2020 yhteensä 6 tautitapausta, kun seuraavalla viikolla uusia tapauksia oli 36 ja sitä seuraavalla 55.

Epidemiaa hidastava vaikutus syntyy useiden eri toimenpiteiden yhteisvaikutuksena sekä toisiaan tehostavana vaikutuksena. Epidemian kestoa ei voida tarkasti arvioida. Ennuste on erittäin riippuvainen taudin leviämiskyvyn parametrasta, vähäoireisten potilaiden osuudesta ja rajoitustoimien tehokkuudesta. On myös mahdollista, että rajoitustoimenpiteiden myötä epidemia jakautuu useiksi eri aalloiksi lähivuosien aikana.

Hyvin monessa maassa epidemia myös käynnistyi huomaamatta, koska suurimmalla osalla infektion saaneista oirekuva on niin lievä, ettei tapauksia voida erottaa tavallisesta nuhakuumeesta. Koska pandemia on globaali, epidemian uudelleen kiihtymisen uhka on todellinen. Rokotetta joudutaan odottamaan todennäköisesti vuosia, eikä sen onnistuneesta kehittämisestä ole takeita. Infektiotautien epidemiologisesta tutkimuksesta tiedetään, että tämän tyyppisten infektioiden aiheuttamien epidemioiden torjunta on hyvin vaikeaa, ellei tehokasta ja laajasti saatavissa olevaa rokotetta ole olemassa. Osoitus tästä on covid-19 epidemian leviäminen koko maailmaan alle neljässä kuukaudessa.

Covid-19 epidemian suhteen ei voida tarkkaan ennustaa, kuinka pandemia käyttäytyy kevään, kesän ja alkusyksyn aikana tai sitä seuraavan talvikautena ja tulevana vuosina. Jos epidemia noudattaa muiden koronavirusten tapaan kausivaihtelua, sen leviäminen voi vähentyä kesän ajaksi ja taas lisääntyä jossakin vaiheessa loppusyksyä tai alkutalvea.

Arvio valmiuslain mukaisten toimivaltuuksien käytön jatkamisen kannalta

Epidemian kasvun tasaantuminen mahdollistaa rajoitusten osittaisen ja vähitellen tapahtuvan purkamisen. Epidemian kasvun tasaantumisesta huolimatta edelleen on olemassa uhka

epidemian uudelleen kiihtymisestä sellaiselle tasolle, että se aiheuttaisi terveydenhuollon ylikuormittumisen. Epidemian uudelleen kiihtymisen riski on korkea ja uhka on välitön sekä voi ilmetä nopeasti. Tautiryppäitä, joissa tartuntaketjuja ei voi jäljittää tartuntatautilain mukaisesti, voi ilmetä nopeastikin. Jos terveydenhuollon kapasiteetti ylikuormittuu, osalle väestöstä aiheutuu koronavirustartunnasta sellaista hengen ja terveyden vaaraa, joka ilman ylikuormittumista olisi vältettävissä.

Kun rajoitustoimia vähitellen poistetaan, tapausmäärien kehittymistä ja terveydenhuollon kuormittumista on seurattava ja arvioitava tarkasti. On välttämätöntä säilyttää mahdollisuus rajoitustoimien uudelleen käyttöönottoon tai uusista toimista päättämiseen, jotta voidaan reagoida, jos epidemia jälleen laajenee. Virusta kiertää yhä sekä Suomessa että laajasti muualla maailmassa, ja Suomen väestöstä valtaosa on yhä altis tartunnalle. Tästä johtuu epidemian uudelleen kiihtymisen uhka.

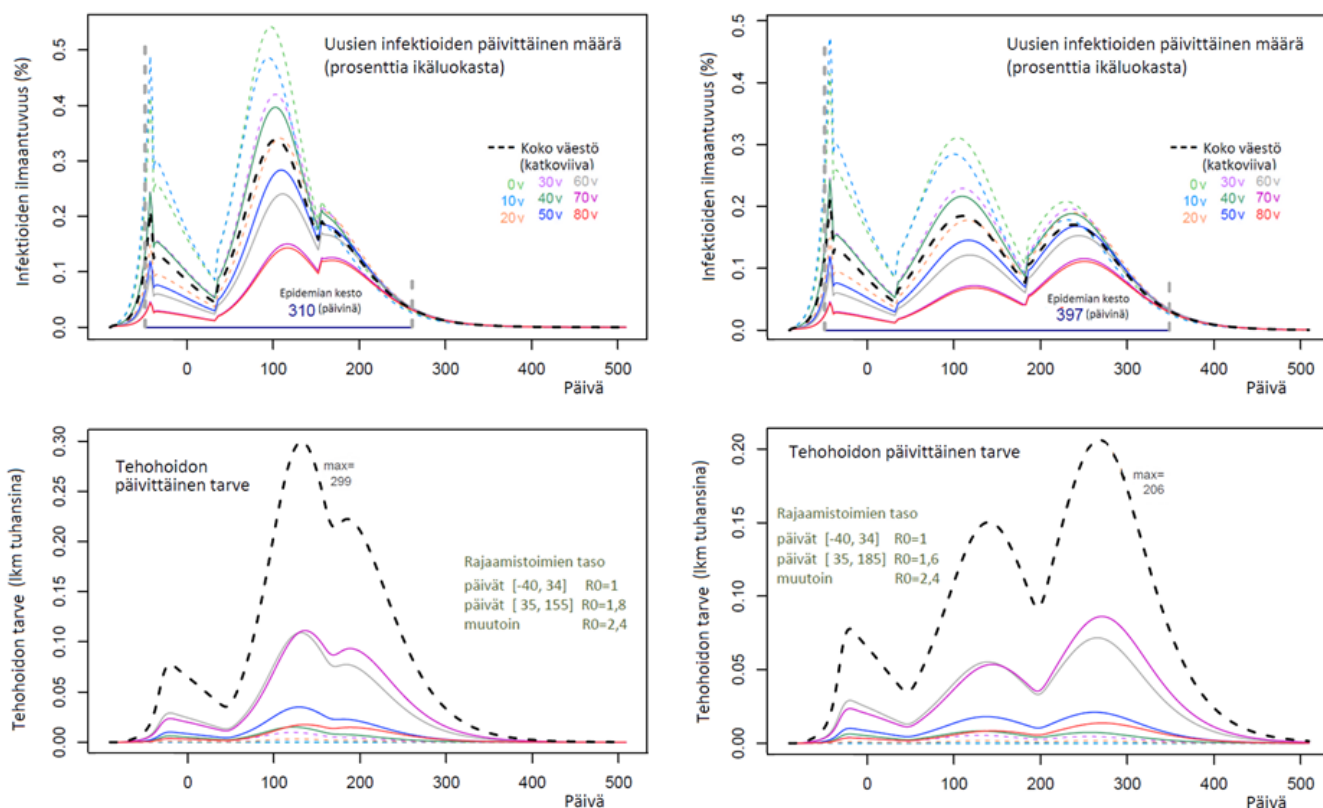
Tällä hetkellä voidaan arvioida, että tapausmäärä ei todennäköisesti saavuta huippuaan nykyisten valmiuslain mukaisten valtuuksien ja rajoitustoimien voimassaoloaikana 13.5.2020 mennessä.

Ennuste epidemian etenemisestä riippuu olennaisesti siitä, miten paljon rajoitustoimenpiteiden asteittainen ja vaihteellinen purkaminen vaikuttaa ihmisten sosiaalisten kontaktien lisääntymiseen. Epidemiologiset skenaariot perustuvat oletuksiin siitä, kuinka paljon rajoitteiden purkamisen voidaan arvioida vaikuttavan viruksen tartuttavuuslukuun verrattuna perustasoon seuraavien 4-5 kuukauden aikana. Seuraavassa esitetään THL:n koronamallinnusryhmän laatimia skenaarioita epidemian kulun erilaisista vaihtoehtoista.

Mikäli kaikki rajoitteet purettaisiin toukokuun puolivälissä tai touko-kesäkuun vaihteessa, voimakas tartuntaepidemia-aalto alkaisi rajoitustoimien päättyä. Ennusteen mukaan tehohoitojaksoja tulisi 5100 ja tehohoidon maksimitarve (957 paikkaa) ylittäisi käytettävissä olevan raskaan tehohoidon kapasiteetin.

Toisaalta, jos nykyisiä rajoitustoimia vähitellen poistetaan sen verran, että tartuttavuusluku olisi hieman yli yhden ($R_0=1,2$), epidemia voisi laantua noin vuoden kuluessa. Tällöin kuitenkin oletetaan, että rajoituksia pidetään voimassa ainakin koko tämän ajan. Jos tartuttavuus nousee ko. tasosta, uusi voimakas tartunta-aalto on hyvin todennäköinen, sillä väestön vastustuskyky ei riitä sitä estämään.

Seuraavan kahden skenaarion (kuva 9) tarkoitus on havainnollistaa epidemian oletettua kulkua, mikäli rajoitteiden purkamisen vaikutukset tartuttavuuslukuun ovat selvästi edellä kuvattua suuremmat toukokuun puolivälistä alkaen. Kuten edelläkin skenaarioissa oletetaan, että tartuttavuusluku ($R_0=1,0$) on ollut 40% perustasostaan ($R_0=2,4$) epidemian ensimmäisen 2,5 kuukauden aikana. Skenaarioissa oletetaan rajoitteiden purkamisen johtavan kerralla joko neljänneksen ($R_0=1,8$) tai kolmanneksen ($R_0=1,6$) perustasoa pienempään tartuttavuuslukuun. Jotta tehohoidon maksimitarve pysyy 25.3.2020 mallinnetun huippuvuon 300 alapuolella, rajaamista on jatkettava 4 kuukautta (kun $R_0=1,8$) tai viisi kuukautta (kun $R_0=1,6$). Epidemia kestää noin vuoden.



Kuva 11. Tartuntojen ilmaantuvuus (yläkuvat) ja tehohoitopaikkojen päiväkohtainen tarve (alakuvat), jos rajaamistoimia lievennettäisiin toukokuun lopussa neljäksi kuukaudeksi tasolle $R_0=1,8$ (vasemmanpuoleiset paneelit) tai viideksi kuukaudeksi tasolle $R_0=1,6$ (oikeanpuoleiset paneelit). Näiden jaksojen jälkeen tartuntaluvun oletetaan palautuvan luonnolliselle tasolle $R_0=2,4$. Tehohoitopaikkojen maksimitarpeet (alakuvan mustan katkoviiva huiput) ovat 299 ($R_0=1,8$) ja 206 ($R_0=1,6$).

Tuloksia tulkittaessa on huomattava, että yksittäisen rajoituksen vaikutusta tartuttavuusluvun muutokseen on vaikeaa määrittää ennalta. Rajoitteiden vähittäisen poistamisen odotettua suuremmat tartuntoja lisäävät vaikutukset tai suositeltujen suojaustoimien noudattamatta jättäminen voivat saada epidemian yllättäen kiihtymään huomattavasti ennakoitua voimakkaammin. Suhteellisen pienikin tartuttavuusluvun ero vaikuttaa merkittävästi epidemian huippujen korkeuteen ja siten palvelujärjestelmän kuormitukseen. Tämä korostaa valtioneuvoston 6.5.2020 päättämien rajoitteiden asteittaisen purkamisen, tartuntaketjujen katkaisun, hygieniatoimien, riskiryhmien suojaamisen ja epidemian hyvin tarkan seurannan suurta merkitystä, jotta palvelujärjestelmän kapasiteettia ei ylitettäisi. Kaikkein haavoittuvaisimpia väestöryhmiä kuten yli 70-vuotiaita on pyrittävä suojelemaan covid-19 infektiolta erityisen huolellisesti.

Pääosa edellä esitetyistä skenaarioista on tehty mallilla, jonka sairastavuutta koskevat parametrit on arvioitu muiden kuin Suomen epidemiatiетоjen perusteella. Jatkossa ennusteiden tekeminen on mahdollista myös ns. oppivalla SEIR-mallilla, jossa esimerkiksi tartuttavuusluvun taso voidaan arvioida kotimaisen seurantatiedon perusteella.

1.3. Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmän kuormituksen tilannekuva

Poikkeusolojen ja tehtyjen toimenpiteiden vaikutukset sosiaali- ja terveydenhuollon toimintakykyyn

Sosiaalihuollon peruspalvelujen tilannekuva

Sosiaali- ja terveysministeriö on kerännyt yhteistyössä aluehallintoviranomaisten kanssa sosiaalihuollon tilannekuvaa neljän viikon ajan. Jatkossa tilannekuvaan saadaan myös perusterveydenhuollon tiedot. Vastauksia saatiin kattavasti kaikkien aluehallintovirastojen alueen kunnilta ja kuntayhtymiltä. Vastausten mukaan kuntien kyky tuottaa peruspalveluja on pääsääntöisesti hyvä. Kiireellisten sosiaalipalvelujen ja toimeentulotukiasioiden käsittelyn tilanne on kunnissa hyvä, samoin pääsääntöisesti laitos- ja asumispalvelujen.

Kuntakyselyn perusteella kotiin vietävien palveluiden sekä erityisesti muiden avopalveluiden tuottamisessa on vaikeuksia, ja niiden tarve on selkeästi kasvanut. 17 prosenttia vastaajista arvioi muiden avopalvelujen tuotannon tilanteen kunnassa välttäväksi. Kasvanutta tarvetta näkyy erityisesti taloudellisessa tuessa, kotihoiossa ja kotipalveluissa, mielenterveys- ja päihdetyössä sekä lastensuojelussa. Muutamilla alueilla raportoitiin kuitenkin myös palvelutarpeen vähentymisestä, mikä voi kertoa myös siitä, että kynnys hakeutua sosiaalipalveluihin voi olla kasvanut. Työntekijät ovat olleet huolissaan omasta tai läheistensä terveydestä, mikä on lisännyt etätöiden tekemistä ja työnkuvan muutoksia.

Poissaolot työstä ovat voineet kasvaa henkilöstön karanteenien tai sairauspoissaolojen vuoksi. Myös käytössä olevien sijaisreservien ja ostopalvelupaikkojen saatavuus on heikentynyt. Siksi haasteet sosiaalihuollon asiakastyön ja palvelutuotannon riittävissä resursoinnissa ovat kasvaneet, vaikka alueella ei välttämättä vielä olisikaan tartuntatautitapauksia merkittävässä määrin. 19 prosenttia vastanneista kunnista toi esiin haasteita sijaisten rekrytoinneissa poissaolojen ja kesälomien ajalle. Vastanneista kunnista 73 prosenttia arvioi väestön yksinäisyyden ja turvattomuuden tunteen kasvaneen, lasten ja nuorten pahoinvoinnin lisääntyneen (49 %), mielenterveysongelmien lisääntyneen (47 %), päihteiden käytön kasvaneen (32 %) ja lähi- ja perhesuhdeväkivallan lisääntyneen (26 %).

Sosiaalihuoltolain 36 §:n 2 momentin mukaisen palvelutarpeen arvioinnin aloittamisen määräajasta luopumisen vaikutukset palvelujärjestelmään.

Valmiuslain 88 §:n mukainen sosiaalihuoltolain (1301/2014) palvelutarpeen arvioinnin aloittamisen määräajoista luopuminen koskee säännöksen nojalla annetun soveltamisasetuksen mukaan yli 75-vuotiaita henkilöitä sekä henkilöitä, jotka saavat vammaisetuksista annetun lain (570/2007) 9 §:n 3 momentin 3 kohdan mukaista ylintä hoitotukea.

Koska sosiaalihuoltolain määräajoista luopuminen on kohdennettu vain näihin kahteen ryhmään, vaikuttaa säännöksen soveltaminen kunnassa pääsääntöisesti vain niihin toimintayksiköihin, jotka järjestävät ikääntyneiden ja vammaisten palveluja. Kiireellinen avun tarve on kaikkien asiakkaiden kohdalla sosiaalihuoltolain 36 §:n 1 momentin mukaisesti kuitenkin aina arvioitava välittömästi. Sen lisäksi on huomattava samoin edelleen kaikkien asiakkaiden kohdalla noudatettava 36 §:n 2 momentin ensimmäinen virke siitä, että avun tarpeen arviointi on aina aloitettava viipymättä sekä saatettava loppuun ilman aiheetonta viivytystä. Palvelutarpeen arvioinnin aloittamisen määräajasta luopumisella ei siten ole juurikaan merkitystä lapsiperheiden palveluihin tai aikuissosiaalityön palvelutarpeen arviointiin. Myös erityistä tukea tarvitsevan lapsen palvelutarpeen arviointi on aloitettava viimeistään

seitsemäntenä arkipäivänä asian vireille tulosta ja valmistuttava viimeistään kolmen kuukauden kuluessa vireille tulosta. Kunnilta saadun tiedon mukaan kiireelliset palvelutarpeen arvioinnit ja palvelut on pystytty järjestämään koko maassa toistaiseksi vielä hyvin. Myös Kelan hyvinä pysyneet käsittelyajat (alle 4 vrk viikolla 17) ovat edesauttaneet kuntien aikuissosiaalityön kykyä vastata kiireellisiin avun tarpeisiin.

Sen sijaan haasteita kunnissa on kasvaneen asiakasmäärän ja tuen tarpeiden osalta erityisesti kiireettömien palvelutarpeen arviointien ja palvelujen järjestämisessä. Kasvaneesta tarpeesta raportoitiin lapsiperhepalveluissa (kasvatus- ja perheneuvonta, kotipalvelut, lastensuojelu), ikääntyneiden palveluissa sekä yleisen ohjauksen ja neuvonnan, ruoka-avun ja tilapäismajoituksen osalta. Ikääntyneiden palveluissa valmiuslaissa säädettyä mahdollisuutta lykätä kiireettömän palvelutarpeen arviointia on hyödynnetty jonkin verran ja sille arvioihin olevan tarvetta myös jatkossa.

Perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon palvelujen käyttö normaalitilanteessa

Kunnallisten perusterveydenhuollon terveyskeskusten palveluja käyttää vuosittain yli 2/3 osaa Suomessa asuvista. Perusterveydenhuollon kiireettömän hoidon saatavuudessa on kuitenkin ollut ongelmia ja alueellista vaihtelua. Suomessa tyydyttymättömistä lääketieteellisen hoidon tarpeista ilmoittaneiden henkilöiden osuus väestöstä (4 prosenttia) on suurempi kuin EU:ssa keskimäärin ja useimmissa muissa Pohjoismaissa. Syyt ovat taloudelliset, maantieteelliset tai johtuvat odotusajoista viimeksi mainitun ollessa ylivoimaisesti yleisin syy. Kiireetöntä hoitoa sairaanhoitopiirien sairaaloihin odotettiin vuonna 2019 keskimäärin noin 1–2 kuukautta, mutta noin 2 800 henkilöä oli odottanut yli puoli vuotta pääsyä kiireettömään erikoissairaanhoidon. Jos covid-19-pandemian aikana kiireetön hoito viivästyy merkittävästi, tämä lisää hoitovelkaa ja jonoja entisestään.

Perusterveydenhuollon palvelujen käyttö ja kuormittuminen poikkeusolojen aikana

Perusterveydenhuollossa sekä kiireettömät vastaanottokäynnit että kiirevastaanottojen määrät ovat vähentyneet pandemian aikana. Monilla alueilla vastaanotto toiminta pyrittiin alkuvaiheessa pitämään normaalina, mutta avosairaanhoidon vastaanottokäynnit alkoivat kuitenkin vähentyä selvästi 9.3.2020 alkaen. Kunnat siirsivät resursseja kiireelliseen hoitoon osin ennakoivasti. Palvelutarjontaa supistettiin, mutta asiakkaat ja potilaat alkoivat myös omatoimisesti välttää vastaanottoille saapumista. Reaaliaikainen etäasiointi alkoi yleistyä samaan aikaan, mutta se ei kuitenkaan korvannut täysin avosairaanhoidon käyntien poistamista. Digitaalisten oirearvioiden (Omaolo) käyttö on samoin lisääntynyt.

Koska havaittiin, että kunnissa toimintoja supistettiin osin liian etupainotteisesti, sosiaali- ja terveysministeriö antoi ohjeen covid-19-pandemian aiheuttaman poikkeustilan huomioimisesta perustason sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen toiminnassa (20.3.2020, päivitetty 16.4.2020). Ohjeessa korostetaan, että perustason kaikista palveluista, mukaan lukien kiireetön hoito, on pidettävä huolta myös pandemian aikana.

Perusterveydenhuollon kiireetön hoito väheni koko maan tilannetta tarkastellen ajanjaksolla 23.3.- 19.4.2020 keskimäärin viidenneksen verran (noin 19 prosenttia). Paikoitellen kiireetön hoito vähentyi terveysasemilla huomattavasti, jopa useita kymmeniä prosentteja. Epäselvyys siitä, mikä olisi oikea hetki rajoittaa normaalia vastaanotto toimintaa saattoi näkyä myös niin sanottuna tyhjäkäyntinä palveluissa. Käyntien rajauksessa tukeuduttiin mahdollisesti annettuihin ohjeisiin fyysisten kontaktien välttämisestä. Terveysasemien odotustiloihin

ei haluttu potilaita tartuntavaaran takia, ja hengitystieoireisia potilaita ohjattiin suoraan sairaalaan tai joihinkin terveyskeskuksiin perustetuille erityisille koronaterveysasemille.

Kaikissa kiireettömän hoidon käyntiluvuissa alueellinen vaihtelu oli suurta. Suurimmat pudotukset olivat Päijät-Hämeen (-62 %), Pohjois-Savon (-58 %) ja Keski-Suomen (-45 %) sairaanhoitopiireissä. Pienimmät käyntien määrien laskut olivat Länsi-Pohjassa (-3 %) ja Ahvenanmaalla (-10 %), jotka kumpikin ovat kokonaiskäyntimäärältään pieniä alueita. Suurista sairaanhoitopiireistä Pirkanmaalla käyntien vähenemä oli 15 prosenttia, Varsinais-Suomessa 31 prosenttia, Etelä-Pohjanmaalla 15 prosenttia ja Pohjois-Pohjanmaalla 26 prosenttia. Maan suurimman sairaanhoitopiirin eli HUS:n alueella kiireettömien käyntien määrä väheni noin 14 prosenttia (ajanjaksolla viikot 14-16).² Ammattiryhmittäin tarkasteltuna koko maassa viikoilla 13-16 eniten vähentyivät lääkäreiden kiireettömien vastaanottojen käynnit (22 prosenttia), sairaan- ja terveydenhoitajilla vastaava luku oli 18 prosenttia samoin kuin terapeuteilla.

Kiireettömän hoidon jonoja ei ole syntynyt, mikä johtunee kysynnän laskusta. On kuitenkin huolestuttavaa, jos potilaat eivät tunnista vakavia oireita tai arvioivat oireidensa vaikeusasteen väärin. Pitkäaikaissairaus, kuten esimerkiksi verenpainetauti, saattaa olla varsin oireeton, vaikka tauti etenee ja aiheuttaa vaurioita elimistössä. Näin ollen seurantakäynnin siirtäminen tarpeettoman pitkälle lisää terveysriskejä. Akuutin sydäninfarktin oireet voivat olla sellaiset, että potilas ei tunnista oireiden alkusyytä, ja myös esimerkiksi aivoverenkiertohäiriöt vaativat pikaista arvioita, jotta hoito olisi optimaalinen. Jos potilaat infektiotaudin pelossa välttävät kaikkea hoitoon hakeutumista, se voi aiheuttaa heille merkittävän terveydellisen haitan ja sairauden hoidon vaikeutumisen.

Osalla pitkäaikaissairaista ja paljon palveluja käyttävistä palvelutarve on seuraavan puolen vuoden aikana siksi mittava. Lasten ja nuorten terveystarkastukset on hoidettava joka tapauksessa tulevaisuudessa, ja ne yhdistettynä kiireettömän sairaanhoidon syntyviin jonoihin syövät resursseja pitkälle tulevaisuuteen. Pitkittyneessä tilanteessa on tärkeää huolehtia kuntoutuksen ja terapioiden, kuten esimerkiksi fysioterapian, saatavuudesta, jotta toimintakyvyn heikkenemiseltä välttyttäisiin. Siksi onkin edelleen tärkeää viestiä väestölle, että terveydenhuollossa hoidetaan jatkuvasti muitakin kuin koronavirusinfektioon liittyviä akuutteja ongelmia.

Erikoissairanhoidon palvelujen käyttö ja kuormittuminen poikkeusolojen aikana

Uudet ja parhaat käytettävissä olevat mallinnukset osoittavat edelleen Suomen oloihin ja hoitokäytäntöihin sovellettuina, että epidemia aiheuttaa ennennäkemättömän kuormituksen erikoissairaanhoitoon, erityisesti raskaaseen tehohoitoon. Covid-19-epidemian erityinen haaste terveydenhuollolle on tehohoitoa ja vaativaa tehohoitoa tarvitsevien potilaiden osuus vakavasti sairastuneista. Tehohoidon tyypillinen kesto vaikeassa covid-19-infektiossa on selkeästi pidempi kuin muilla potilasryhmillä. Noin 80 prosentilla potilaista tehohoitajakson pituus on 10-14 vuorokautta. Erityisesti erikoissairaanhoidossa on jouduttu keskittämään resursseja covid-19-potilaiden hoitoon ja muuhun kiireelliseen hoitoon.

Vaikka tässä vaiheessa sairaalahoidossa ja tehohoidossa olevien covid-19-potilaiden määrä on vielä melko maltillinen, sairaaloissa on ollut välttämätöntä muuttaa toimintaa jo ennakkoivasti, jotta tehohoitopaikkojen määrää pystytään nostamaan nopeasti tarpeen niin vaatiessa. Tämä on edellyttänyt kiireettömän leikkaustoiminnan vähentämistä ja siihen käytet-

² HUS:ssa viikkojen 11-13 tilastointi on puutteellinen järjestelmäsyistä.

tävien tilojen muuttamista tehohoito- ja tehovalvontapaikoiksi, koska covid-19-tehohoitopotilaat tulee hoitaa eri osastolla kuin muut tehohoitopotilaat. Raskas tehohoito si-
too paljon hoitajatyövoimaa ja työ edellyttää erityistä osaamista. Hoitohenkilöstölle on jär-
jestetty sairaaloissa perehdytystä tehohoidossa toimimiseen, mikä on myös vienyt resursse-
ja pois kiireettömästä hoidosta.

Potilaiden hoidon vaativuus ja suojapukeutumisen tarve lisäävät olennaisesti henkilökunta-
tarvetta verrattuna tavanomaiseen raskaaseenkin tehohoitoon – arviolta tarve on ainakin
1,5-kertainen verrattuna tavanomaiseen henkilökuntamäärään. Lisäksi henkilökuntaan kuu-
luvien karanteenit ja eristämiset vähentävät käytettävissä olevan henkilökunnan määrää.
Suurin osa sairaalahoitoa vaativista covid-19-potilaista on Helsingin ja Uudenmaan sairaan-
hoitopiirin alueella, jossa ei ole ollut mahdollista kouluttaa henkilöstöä etukäteen, vaan te-
hohoitoon perehtyminen on tehty työn ohella.

Sosiaali- ja terveysministeriö on pandemian alkuvaiheesta lähtien kerännyt tilannekuvaa
erikoissairaanhoidosta, mukaan lukien tehohoidon kapasiteetti. Sairaaloista kerättyjen tieto-
jen perusteella todettiin 15.4.2020, että HUS:in sairaaloissa on covid-19-potilaita varten
käytettävissä 82 tehohoitopaikkaa ja HUS:in ulkopuolisissa sairaaloissa 170-180 tehohoito-
paikkaa. Sairaalat olivat siis jo vajaassa kuukaudessa lähestulkoon toteuttaneet sosiaali- ja
terveysministeriön ohjeen tehohoitopaikkojen kaksinkertaistamisesta.

Tehohoitokapasiteetin nopea kasvattaminen on edellyttänyt kiireettömän eli elektiivisen
leikkaustoiminnan voimakasta supistamista. Kuva 12 (Konsortion leikkaustoiminnan viikko-
trendi) osoittaa, kuinka elektiivistä leikkaustoimintaa on suomalaisissa sairaaloissa ollut
huhtikuun puolivälissä yhtä vähän kuin sitä tavallisesti on heinäkuun kesälomakaudella
(lähde: Leikkaustoiminnan konsortion vertaisarviointitoiminta, raporttien toimittajana Tie-
toEvry):

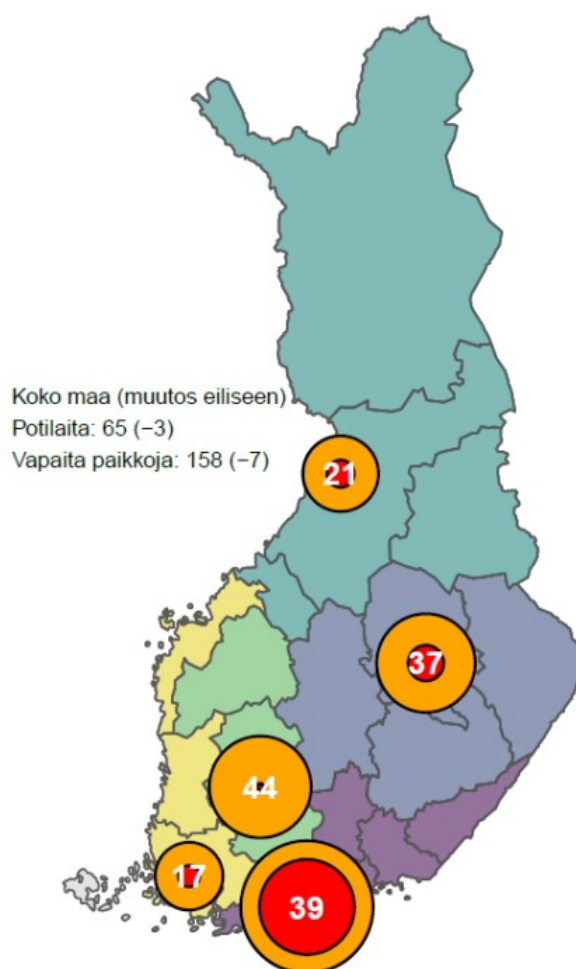


Tehohoitoa tarvitsevien covid-19-potilaiden määrä alkoi kasvaa voimakkaasti HUS:in saira-
aloissa maaliskuun viimeisellä viikolla. Huhtikuun kolmen ensimmäisen viikon aikana HUS:in
teho-osastoilla on jatkuvasti ollut yli 40 potilasta samanaikaisesti, mutta samanaikaisten te-

hoidopotilaiden määrä ei ole toistaiseksi kasvanut yli 50:n, ja viimeksi kuluneen viikon aikana se on ollut hieman alle 40. Lisätty tehohoitokapasiteetti on riittänyt näiden potilaiden hoitamiseen.

Mualla maassa potilasmäärät ovat olleet maltillisia, eikä tehohoitokapasiteetin riittävyyden suhteen ole ollut ongelmia. Kaiken kaikkiaan voidaan todeta, että epidemian leviämisen rajoittamiseksi tehdyt toimet ovat tehonneet, eikä pelättyä hyvin suurta tehohoidon tarvetta ole ilmaantunut.

Koko maan osalta potilasmäärät ovat olleet viime päivinä laskusuuntaisia, ja tällä hetkellä covid-19-potilaiden hoitoon soveltuvia tehohoitopaikkoja on käytettävissä enemmän kuin taudin hoito on vaatinut. Kuva 13 esittää teho-osastojen covid-19-kohorttien kuormituksen (varmistettujen ja epäiltyjen potilaiden määrä) suhteessa käytettävissä olevaan kapasiteettiin ERVA-alueittain 27.4.2020. Mukaan on laskettu sekä yliopisto- että keskussairaaloiden teho-osastojen kapasiteetti ja potilasmäärä. Ympyrän koko kuvaa maksimaalista covid-19-potilaille käytettävissä olevaa tehohoitokapasiteettia, sen sisällä oleva punainen pallo 27.4.2020 hoidossa olevien potilaiden määrää ja valkoinen luku koko ERVA-alueen vapaiden paikkojen määrää.



Kartta-aineisto: Tilastokeskus (<https://www.stat.fi/org/avoindata/paikkatietoaineistot.html>)

Kuva 13. Teho-osastojen covid-19-kohorttien kuormitus.

Kapasiteettia aiotaan pienentää tilannetta tarkoin seuraten ja säilyttäen valmius kapasiteetin nopeaan nostamiseen. Tehohoidon kansallinen covid-19-koordinaatioryhmä lähetti 23.4.2020 teho-osastoille viestin, jossa ohjeistettiin seuraavasti:

”Päivittäin sairaaloista keräämiemme tietojen perusteella on ilmeistä, että tällä hetkellä COVID-19-epidemian eteneminen on hidasta, eikä siihen liittyvässä tehohoidon tarpeessa ole koko maan osalta odotettavissa nopeaa kasvua lähipäivinä. Paikallisia tautiryppäitä voi kyllä ilmaantua.

Rajoitustoimien mahdollisen purkamisen myötä tehohoidon tarve saattaa taas kasvaa, mutta todennäköisesti merkittävimmät vaikutukset tulevat viikkojen viipeellä. Nähdäksemme COVID-19-epidemiaan liittyvä tehohoidon tarpeen äkillinen voimakas kasvu aivan lähiviikkoina ei siis ole todennäköistä, ja niinpä muiden sairaalahoitoa tarvitsevien potilaiden hoidon turvaamiseksi on järkevää jo laskea tehohoidon paikkamääriä siitä, mihin ne on suurimmillaan nostettu. Tilanteen kehittymistä tulee seurata huolellisesti, ja pitää säilyttää valmius ketterään reagointiin ja tehohoitokapasiteetin nostoon tarpeen niin vaatiessa.”

Lisätietoja tehohoidon kapasiteetista, hoitojaksoista sekä ikä- ja sukupuolijakaumasta löytyy tästä linkistä: [Linkki](#) (28.4.2020) (Tehohoidon koordinoiva toimisto).

Sairaanhoitopiirit ovat varautuneet koronapotilaiden hoitoon ja peruneet kiireettömiä leikkauksia, erityisesti sellaisia, joissa leikkauksen jälkeen voidaan tarvita tehostettua hoitoa tai pitkää seurantaa sairaalassa. Konservatiivisilla erikoisaloilla muutos ei ole ollut yhtä suuri kuin leikkaavilla erikoisaloilla. Erikoissairaanhoidossa myös päivystyskäynnit ovat vähentyneet. Myös erikoissairaanhoidossa asiakkaat ja potilaat ovat itse peruneet jonkin verran vastaanottoaikojaan, mikä nähdään huolestuttavana ilmiönä, jos ja kun hoitoon tulon viivästyminen pahentaa olennaisesti sairauden ja sen hoidon ennustetta. Aikojen peruminen kasvattaa myös erikoissairaanhoidossa tulevaisuuden hoitojonoja.

Erikoissairaanhoidon tilanne ja näkymät kiireettömän hoidon tilanteen osalta on saatu viiden yliopistollisen sairaanhoitopiirin johtajaylilääkärin kautta erityisvastuualueittain 24.4.2020. Kaikissa raporteissa todetaan kiireettömän hoidon alasajo pandemian alkuvaiheessa, kun on valmistauduttu kiireellisen hoidon kasvuun ja voimavaroja on ohjattu siihen varautumiseen. Siinä, mitä toimintoja on supistettu, on alueellista vaihtelua. Myös etävastaaotot ovat lisääntyneet, lähinnä polikliinisten vastaanottojen korvaajana. Tällä hetkellä kiireettömiä toimintoja lisätään edellä todetusti tilannetta seuraten.

Kun koko maan erikoissairaanhoidon kiireettömän hoidon tilannetta verrataan vastaavaan kuukauden ajanjaksoon maaliskuussa 2019, kiireettömässä hoidossa olleiden potilaiden määrä väheni 18 prosenttia. Kiireettömän vuodeosastohoidon potilaiden ja hoitojaksojen määrä väheni 37 prosenttia, kun taas avohoidon vastaanottokäyntien (”fyysiset käynnit”) potilaiden määrä väheni 42 prosenttia ja käyntien määrä 47 prosenttia. Kuitenkin kaikkien avohoidon potilaiden määrä väheni 17 prosenttia ja kaikkien käyntien (ml. etäasiointi) määrä väheni 26 prosenttia. Tämä viittaa myös siihen, että avohoidon vastaanottokäyntejä (”fyysisiä käyntejä”) on korvattu osittain etäasioinnilla.

Vuodeosasto- ja avohoidon väheneminen on tapahtunut erityisesti seuraavissa tautiryhmissä: silmä- ja korvasairaudet, verenkiertoelinten sairaudet, ruuansulatuselinten sairaudet, tuki- ja liikuntaelinten sairaudet sekä virtsa- ja sukupuolielinten sairaudet. Erityisesti seuraavien kiireettömien toimenpiteiden määrä on pienentynyt: lonkan ja polven tekonivelleik-

kaukset, tuki- ja liikuntaelinten sekä ruoansulatuselinten tähytykset, virtsa- ja sukupuolielinten leikkaukset, sepelvaltimoiden pallolaajennus, tyräleikkaukset, nielurisojen ja kitari-san poistoleikkaukset, pienemmät ortopediset leikkaukset sekä eräät ruoansulatuselinten leikkaukset.

Henkilöstö

Erityisesti tehohoidon ja anestesiologian alan henkilöstön riittävyys pyritään varmistamaan pandemian aikana. Ala vaatii erikoistumiskoulutusta, joten nopeat henkilöstösiirrot toisista tehtävistä eivät ole juurikaan mahdollisia.

Tällä hetkellä ei ole käytettävissä tilastotietoa siitä, kuinka paljon ja miten henkilöstöä on erikoissairaanhoidossa siirretty kentällä toisiin tehtäviin. Kun kiireetöntä hoitoa on vähennetty, siitä tilapäisesti vapautuvan henkilöstön työpanosta on suunnattu esimerkiksi laboratorionäytteiden kotona ottamiseen (70 vuotta täyttäneet ja muut riskiryhmiin kuuluvat potilaat), tartuntojen jäljitykseen ja laboratoriovastausten potilaille soittamiseen, päivystyspuhelinvastaustoiminnan vahvistamiseen, kotisairaaloiminnan henkilöstömäärän vahvistamiseen sekä sairaalaan tulevien potilaiden ohjaamiseen niin sanotulle puhtaalle alueelle tai infektioalueelle.

Sosiaali- tai perusterveydenhuollon henkilöstön riittävydestä ei toistaiseksi ole numeerista tietoa käytettävissä. Sosiaali- ja terveysministeriö aloittaa perusterveydenhuollon tiedonkeruun ja vastaukset ovat ensi kertaa käytettävissä todennäköisesti 4.5.2020 alkavalla viikolla. Kuntiin ja kuntayhtymiin lähetettävässä perustason kyselyssä tiedustellaan henkilöstövaiteja perusterveydenhuollon avosairaanhoidossa, vuodeosastohoidossa, ennaltaehkäisevässä terveydenhuollossa, mielenterveys- ja päihdepalveluissa sekä suun terveydenhuollossa. Henkilöstön kuormituksesta sekä sairauspoissaoloista tullaan saamaan myös tämän kyselyn kautta tietoa.

Perusterveydenhuollossa toimintoja, joista on siirretty henkilöstöä toisiin tehtäviin ovat esimerkiksi koulu- ja opiskeluterveydenhuolto, suun terveydenhuolto ja kuntoutus. Kun akuuttihoitoa ei ole tarvittu niin paljon kuin pandemian alussa ennustettiin, kiireettömiä toimintoja tehdään enemmän. Sijaistarpeesta ja tarvittavan henkilöstön rekrytoinnin onnistumisesta ei ole kerättyä tietoa. Todennäköisesti siinä on vaihtelua pandemian alueellisen vaikeusasteen ja henkilöstön saatavuuden mukaisesti.

Myös sosiaalihuollossa on jonkin verran tehty henkilöstösiirtoja sosiaalipalvelujen sisällä sekä osin myös muista kunnan palveluista (varhaiskasvatus, kirjastot yms.) sosiaalihuoltoon. Täsmällisiä tietoja siirroista ei ole käytettävissä. Henkilöstön riittävydestä karanteenien ja sairauspoissaolojen sekä kesäloma-aikana kannettiin huolta sosiaalihuollon tilannekuvakyselyssä. Viikolla 18 sijaisten rekrytointiin liittyviä haasteita toi esiin 19 prosenttia vastaajista.

Lasten, nuorten ja perheiden palvelut

Useissa kunnissa henkilöstöä alettiin siirtää lasten ja perheiden ehkäisevistä palveluista välittömästi poikkeusolojen tultua voimaan, huolimatta siitä, että akuutin covid-19-hoidon tarve oli vielä tuolloin vähäinen. Neuvolapalvelut rajattiin vain raskaana oleviin ja imeväisikäisiin. Viikolla 15 äitiysneuvolakäyntejä oli 27 prosenttia ja lastenneuvolakäyntejä 45 prosenttia vähemmän kuin vastaavana ajankohtana edellisvuonna. Samanaikainen toiminnan rajoittaminen synnytyssairaaloissa on kuitenkin kasvattanut vanhemmuuden tuen tarvetta neuvolassa. Lastenneuvolakäyntien väheneminen havaitaan huolestuttavana 1,5-vuotiaiden

rokotuskattavuuden laskuna, kun MPR-rokotteen (tuhkarokko, sikotauti ja vihurirokko) ensimmäisen annoksen rokotekattavuus on laskenut koko maassa 7,8 prosenttia aiempaan vuoteen verrattuna (Uudellamaalla ja Pohjanmaalla yli 10 prosenttia).

Koulu- ja opiskeluterveydenhuollossa käyntimäärät vähenivät, kun oppilaitokset suljettiin. Viikolla 15 kouluterveydenhuollon käyntejä oli vain 21 prosenttia ja opiskeluterveydenhuollon käyntejä 32 prosenttia verrattuna edellisen vuoden käyntimääriin vastaavana ajankohdana. Suurimmassa osassa kuntia koulu- ja opiskeluterveydenhuollon palveluja hoidetaan muutaman terveydenhoitajan voimin keskitettynä palveluna. Opiskeluhoollon kuraattorit ja psykologit palvelevat omien oppilaitostensa oppilaitapääsääntöisesti kattavammin, mutta myös tässä on isoja alueellisia eroja.

Ennaltaehkäisevän toiminnan supistuessa haavoittuvassa asemassa ja erityisen tuen tarpeessa olevat asiakkaat jäävät vaille tarvitsemiaan matalan kynnyksen palveluja ja kodin ulkopuolista apua. Ongelmiin puuttuminen ja niiden hoito sekä tarvittava tuki viivästyvät. Lasten ja nuorten osalta erityistä huolta on mielenterveysongelmista kärsivistä ja kaltoin kohdelluista lapsista ja nuorista. Sosiaalihuollon tilannekuvakyselyssä viikolla 18 lasten ja nuorten kasvaneen pahoinvoinnin nosti esiin 49 prosenttia kuntavastaajista. Kasvanutta palvelutarvetta raportoitiin erityisesti kasvatus- ja perheneuvonnan, lapsiperheiden kotipalvelun ja lastensuojelun osalta.

Lastensuojelun tilanne kunnissa vaihtelee. Viikon 18 sosiaalihuollon tilannekuvan mukaan 23 prosenttia kuntavastaajista ilmoitti lastensuojeluun liittyvän palveluntarpeen merkittävästi kasvaneen. Lastensuojelun tarpeiden kasvu näkyy paikoin myös lisääntyneinä lastensuojeluilmoituksina (mm. etäopetuksen ongelmiin liittyen), toisaalla taas on raportoitu ilmoitusten vähentymisestä. Lastensuojeluilmoitusten vähäisen määrän arvioidaan olevan huono merkki, joka ennakoii kasaantuvia ongelmia, kun lasten oireilu jää ulkopuolisilta huomaamatta. Todennäköisesti lastensuojelun tarve kasvaa tilanteen pitkittyessä, ja myös kiireellisten sijoitusten arvioidaan lisääntyvän.

Lastensairauksien osalta kiireettömään hoitoon pääsy toteutuu pääsääntöisesti edelleen hyvin, vaikka käyntimäärät ovat laskeneet. Fyysisten kontaktien vähentyminen suojaa lapsia myös muilta tarttuvilta taudeilta kuin koronainfektiolta, ja sekä perustason avosairaanhoidon, että erikoissairaanhoidon palvelutarve näiltä osin pienenee. Poikkeus on lasten- ja nuorisopsykiatria, jossa jo ennen poikkeusoloja kiireettömään hoitoon pääsy on ollut vaikeaa. Myöskään lasten suun terveydenhuollossa anestesiaa vaativissa toimenpiteissä ei pystytty noudattamaan kiireettömään hoitoon pääsyn aikarajoja, koska anestesia-lääkäreitä ja hoitajia tarvitaan vaikeasti koronainfektiioon sairastaneiden hoidossa.

Lastenpsykiatrian ja nuorisopsykiatrian jonojen kasvulla voi olla vaikutusta myös lastensuojelun sijaishuollon tarpeen kasvuun. Sijaishuollossa olevien lasten pääsystä lasten- ja nuorisopsykiatrian palveluihin on myös jo nyt ollut haasteita.

Mielenterveys ja päihdepalvelut

Mielenterveyshäiriöiden hoidon saatavuudessa perusterveydenhuollossa ja erikoissairaanhoidossa on jo aikaisemmin ollut ongelmia. THL:n tilastoraporttien mukaan lähetteet psykiatrian eri aloilla ovat lisääntyneet 29-42 prosenttia vuodesta 2015 vuoteen 2018. Hoitoon pääsy heikentyi aikaisemmasta vuoden 2019 aikana, ja hoitoon pääsyn määrääjat ylittyivät, eniten lastenpsykiatrialla (lähes 23 prosenttia). Hoitoon pääsystä oli vaihtelua sairaanhoitopiireittäin.

Kokonaisuutena psykiatrian erikoisalojen toiminta on pysynyt melko ennallaan verrattuna ennen epidemiaa vallinneeseen tilanteeseen. Merkittävimpiä muutoksia on ryhmiin perustuvien toimintamuotojen keskeyttäminen ja niiden korvaaminen yksilötapaamisilla tai etäyhteyksillä. Etäyhteyksin on toteutunut vaihdellen noin 30-80 prosenttia vastaanotoista. Tartuntavarotoimet ovat vähentäneet joitakin tutkimuksia, hoitoja sekä paikoin vuodepaikkamääriä. Vuodeosastoilla on jossain määrin ensisijaistettu kriisihoitoja kiireettömien tutkimus- ja hoitajaksojen edelle. Kuntien tarjoamien kotiin vietävien palvelujen väheneminen ja kolmannen sektorin palveluiden (esimerkiksi tapaamispaikat, ryhmämuotoinen toiminta) väheneminen ovat jonkin verran lisänneet psykiatrian palvelutarvetta.

Päihdehoidon ja -kuntoutuksen palveluja ei ole ajettu alas, vaan niitä on pyritty tarjoamaan edelleen matalalla kynnyksellä, vaikkakin muuttuneilla toimintatavoilla kuten etäyhteyksillä. Toimintatapojen muutokset ovat kuitenkin voineet aiheuttaa potilaiden palveluista putoamia tai niiden käyttö voi olla potilaalle haasteellista. Tartuntavarotoimina tehdyt tilamuutokset (esimerkiksi ympärivuorokautinen kuntoutus, hätämajoitus) ovat voineet vähentää vuodepaikkamääriä, mikä on voinut nostaa kiireettömään päihdekuntoutukseen pääsyn kynnystä. Vakiintuneiden hätämajoituspaikkojen vähentämistä on pyritty korvaamaan lisäämällä uusien hätämajoituspalvelujen hankintaa.

Matalan kynnyksen palveluista huumeiden käyttäjien terveysneuvontatoiminta sekä veriteitse leviävien tartuntojen ehkäisyn kannalta olennainen pistovälineiden vaihto on jatkunut, vaikkakin niiden yhteydessä annettavia muita palveluja on supistettu (kuten hepatiittitestaus- ja rokotus). Selvää heikentymistä on nähtävissä matalan kynnyksen hätäasumis-, päiväkeskus- ja ruoka-apupalveluissa. Tämän seurauksena näitä palveluja käyttävien yleiskunto on heikentynyt, erityisesti pääkaupunkiseudulla. Vaikka esimerkiksi jalkautuvaa ja etsivää työtä on lisätty ja ruoka-apupalveluja toteutetaan hajautetummin, se ei ole riittänyt kompensoimaan matalan kynnyksen palvelujen antamaa tukea. Sosiaalihuollon kuntakyselyssä 29 prosenttia kunnista toi viikolla 18 esiin merkittävää palvelutarpeiden kasvua mielenterveys- ja päihdetyön osalta.

Laajoihin kriiseihin liittyy traumaperäisten häiriöiden, masennuksen, päihdehäiriöiden ja muiden mielenterveyshäiriöiden lisääntyminen koko väestössä, myös sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstön piirissä. Mielenterveys- ja päihdepalvelujen tarve tulee lisääntymään tilanteen jatkuessa ja sen jälkeen. Hoidon tarpeen lisääntymistä on jo alueellisesti havaittu. Jos palvelujärjestelmä ei pysty vastaamaan lisääntyvään tarpeeseen, myöhemmin vuosina vaikutukset näkyvät sairastuneiden henkilöiden opiskelukyvyyn sekä työ- ja toimintakyvyn heikkenemisenä. Nämä edelleen heikentävät yksilön koulutustasoa ja tuottavuutta työelämässä sekä lisäävät riskiä työkyvyttömyyteen sekä perheiden ja läheisten kuormitukseen.

Suun terveydenhuolto

Suun terveydenhuollon hammashoidon yhteydessä tartuntavaara on suurempi ja sen vuoksi kiireettömiä vastaanottoaikoja on peruttu ja siirretty sekä asiakkaiden että palveluntuottajien puolelta. Erityisesti yli 70-vuotiaiden ja muiden vakavan covid-19-taudin riskiryhmiin kuuluvien asiakkaiden kiireettömät ajat on siirretty tartuntojen rajoittamiseksi ja potilaiden ja henkilöstön suojelemiseksi. Syitä tähän ovat olleet tartuntojen suuri määrä alueella, paikallinen huoli suojavarusteiden riittävyydestä ja julkisella sektorilla henkilöstön siirtäminen sosiaali- ja terveydenhuollon kriittisiin tehtäviin, kuten lähihoitajien siirtäminen kotihoitoon. Suun terveydenhuollosta on siirretty henkilöstöä myös muihin tehtäviin.

Perusterveydenhuollon avohoidon hoitoilmoitustietojen mukaan julkisella sektorilla hammashoidon vastaanottokäynnit ovat vähentyneet viikosta 12 alkaen noin kolmannekseen alkuvuoden 2020 normaalitilanteesta. Vähennystä on kaikissa sairaanhoitopiireissä. Käynnit ovat kuitenkin viikosta 17 (20.4. alkava viikko) alkaen lähteneet nousuun viisi viikkoa kestäneen laskun jälkeen; nousua viikosta 16 viikkoon 17 on 25 prosenttia. Yksityisen sektorin käynnit ovat vähentyneet arviolta alle puoleen tavanomaisesta. Hoitojen viivästymisen vuoksi on odotettavissa kiireellisen hoidon tarpeen lisääntymistä. Tilanne ei kuitenkaan ole toistaiseksi heijastunut suun terveydenhuollon kuuden kuukauden hoitotakuun määräaikaan, sillä osa potilaista on itse perunut vastaanottoaikojaan.

Hoitojen viivästymisen vuoksi on odotettavissa kiireellisen hoidon tarpeen lisääntymistä. Taloustilanteen heikentyessä on kuitenkin odotettavissa, että julkisen suun terveydenhuollon palvelujen kysyntä kasvaa suhteessa yksityisiin. Suun infektiosairaudet ovat monin tavoin yhteydessä muihin somaattisiin sairauksiin, minkä vuoksi on riski, että suun hoidon viivästyminen näkyy pidemmällä aikavälillä paitsi sen myös muun terveydenhuollon palvelujen kasvavana tarpeena.

Kuntoutus

Yksilöllisen harkinnan perusteella on huolehdittava asiakkaan välttämättömästä kuntoutuksesta myös poikkeusolojen aikana.

Terveyden- ja hyvinvoinnin laitoksen perusterveydenhuollon kuntoutustilastojen mukaan kuntoutuksen asiakas- ja käyntimäärät ovat pudonneet viikolta 14 viikolle 16 eli kolmen viikon aikana noin 20 prosenttia. Tilanne vaihtelee hyvin paljon alueittain, 10 ja 40 prosentin välillä. Tämä kuvastaa sitä, että osassa alueista toteutetaan edelleen kiireetöntä kuntoutusta, ja rajoitustoimenpiteitä tulkitaan hyvin eri tavalla eri puolilla maata. Asiakkaiden ja heidän omaistensa huolena on ollut kuntoutuksen vähentyessä toimintakyvyn heikkeneminen, kotona asumisen vaarantuminen tai laitoshoidon joutuminen.

Jos kunnan tai Kelan kuntoutus on pitkään tauolla, henkilöiden työ- ja toimintakyky heikenee tai kuntoutuminen hidastuu. Tämä voi johtaa muiden palvelujen tarpeen lisääntymiseen. Etäkuntoutusten määrä on kasvanut merkittävästi ja näitä palveluja lisätään koko ajan. Tämä koskee myös Kelan vastuulla olevaa lääkinnällistä kuntoutusta. Kelan laitoshuoneet tai ryhmäkuntoutukset on siirretty toteutettavaksi myöhemmin. Toisaalta asiakkaat ovat peruneet varattuja apuväline- ja terapiakäyntejään itse.

Kunnissa on siirretty terveydenhuollon kuntoutustyöntekijöitä vähäisessä määrin muihin tehtäviin. Muutamat kunnat ovat lomauttaneet kuntoutustyöntekijöitään.

Kuntoutuksen vähenemisellä on ollut vaikutusta yksityisten palveluntuottajien (eri terapeutit) työhön, osa on sulkenut toimipisteensä, samoin useat kuntoutuslaitokset ovat sulkeutuneet ja lomauttaneet henkilökuntansa.

Sosiaalihuollon osalta suurimmat muutokset palvelujärjestelmässä koskevat kuntouttavaa työtoimintaa, johon liittyviä ryhmätoimintoja on tartuntariskin vuoksi ajettu alas merkittävästi. STM:n ohjeistuksen perusteella toimintoja on osin ryhdytty käynnistämään vaihtoehtoisin toimintamallein, mutta palvelujen saatavuus on edelleen vallitsevien olosuhteiden vuoksi tavanomaista heikompi. Sosiaalihuollon kuntakyselyllä vastaajat ennakoivat yleisesti aikuisväestön sosiaalisten ongelmien vaikeutumista ja palvelujen ruuhkautumista tartuntatautilähteen helpottaessa.

Apuvälinepalveluissa kiireettömiä palveluita on siirretty, ja osa kunnista on sulkenut apuvälineiden vastaanotot kokonaan. Siitä huolimatta kaikissa kunnissa hoidetaan sairaalasta kotiutuvien potilaiden apuvälineet sekä kotona asuvien tarvitsemat välttämättömät apuvälineet. Siirtyneet apuvälinetarpeen arvioinnit tulevat ruuhkauttamaan apuvälinepalvelut ja henkilöt joutuvat odottamaan yksilöllisiä apuvälineitä pidempään. Apuvälinehuollot toimivat supistetusti.

Lääkehuolto

Lääkkeiden saatavuus Suomessa ei covid-19 pandemian takia ole toistaiseksi olennaisesti heikentynyt. Lääkkeiden riittävyden ja yhdenvertaisen kohdentumisen turvaaminen on kuitenkin edellyttänyt sosiaali- ja terveysministeriön ohjaustoimenpiteitä. Pandemiasta johtuen lääkemarkkinat ovat muuttuneet. Eri valmisteiden saatavuushäiriöiden odotetaan lisääntyvän seuraavan vuoden aikana eli lääkkeitä ei ole saatavissa normaalien hankintamenettelyjen kautta. On jo havaittu, että muun muassa tehohoidossa käytettävistä valmisteista on kansainvälisesti pulaa. Huoltovarmuuden turvaamiseksi on ryhdytty tarvittaviin toimenpiteisiin.

Yhteenveto

Riittävä ja asianmukainen hoito, hoiva ja palvelut pyritään takaamaan kaikille Suomessa asuville. Covid-19-pandemia vaatii varautumista, joka vie voimavaroja muusta terveyden- ja sairaanhoidosta sekä sosiaalihuollosta. Toistaiseksi eri terveydenhuollon sektoreilla ei näy kiireettömän hoitoon pääsyn lisääntyntä viivettä, vaikkakin toimintoja on ennakoiden supistettu ja henkilöstöä siirretty kiireettömästä hoidosta toisiin tehtäviin. Kysyntää on laskenut se, että potilaat ovat omatoimisesti peruneet tai siirtäneet aikaansa. Sosiaalihuollossa palvelutarpeen kasvu on jo havaittavissa. Etäyhteyksien avulla on pystytty osin korvaamaan fyysisiä vastaanottoja. Siksi monessa paikoin on jo ryhdytty lisäämään kiireetöntä hoitoa ja potilaita kehoitetaan hakeutumaan hoitoon. Tämänhetkisestä tilanteesta huolimatta pitkittyessään covid-19-pandemiaan varautuminen ja sen hoito saavat aikaan hoito- ja palveluvelkaa, joka tulee ruuhkauttamaan sosiaali- ja terveydenhuollon toimintoja myöhemmin.

1.4. Hallituksen linjaukset ja tavoitteet

Suomi on ottanut käyttöön poikkeuksellisen laajoja ja kovia yhteiskunnallisia rajoitustoimia jo hyvin varhaisessa vaiheessa koronaviruspandemian takia. Rajoitustoimilla on pyritty estämään taudin etenemistä väestön keskuudessa, turvaamaan terveydenhuollon ja erityisesti raskaan tehohoidon kantokyky kaikissa tilanteissa ja suojelemaan erityisesti niiden riskiryhmiin kuuluvien ihmisten henkeä ja terveyttä, joille tauti voi olla hyvin vakava. Rajoituksia asetettaessa on punnittu eri perusoikeuksia suhteessa toisiinsa ja painotettu perusoikeutta terveyteen ja elämään sekä perusoikeutta sosiaali- ja terveystalouteen.

Rajoitustoimien kokonaisuus perustuu suosituksiin, normaaliolojen lainsäädäntöön ja valmiuslainsäädäntöön. Tarkoituksena on turvata perusoikeutta terveyteen ja elämään sekä perusoikeutta sosiaali- ja terveystalouteen. Lisäksi tarkoituksena on rajoittaa toimista johtuvia sosiaalisia, taloudellisia ja yhteiskunnallisia haittoja. Ennen muuta niitä väestöryhmiä, joille tauti on erityisen vaarallinen, on suojeltava virustartunnalta.

Koronavirusepidemian ja siihen liittyvien rajoitustoimien taloudelliset, sosiaaliset ja terveydelliset vaikutukset ovat mittavia ja monelta osin mahdollisesti pitkäkestoisia. Epidemian ja rajoitustoimien haitallisten vaikutusten vähentämiseksi on päätetty useista tukitoimista, joilla autetaan ihmisiä, yhteisöjä ja yrityksiä.

Tautilanne on pysynyt rajoitustoimien ansiosta Suomessa maltillisena, mutta tilanne on yhä vakava. Tauti on arvaamaton ja on vielä paljon sellaista, jota koronaviruksesta ei tiedetä. Päätöksiä on jouduttu tekemään epävarmuuden ja kovan aikapaineen keskellä. Edelleen on olemassa uhka epidemian uudelleen kiihtymisestä sellaiselle tasolle, että se aiheuttaisi terveydenhuollon ylikuormittumisen.

Valtioneuvosto päivitti koronavirusstrategiaa 22.4.2020 kuultuaan asiantuntijoiden arviot tilanteesta. Koska epidemian etenemisen hillitsemisessä on Suomessa onnistuttu toistaiseksi hyvin, on Suomessa mahdollista siirtyä asteittain epidemian hillinnän seuraavaan vaiheeseen. Siinä laajamittaisista rajoitustoimista siirrytään hallitusti aiempaa kohdennetumpiin toimenpiteisiin ja tartuntatautilain, valmiuslain ja mahdollisten muiden säädösten mukaiseen tehostettuun epidemian hallintaan. Tavoitteena on, että hybridistrategian avulla epidemiaa onnistutaan tehokkaasti hillitsemään mahdollisimman vähän ihmisiä, yrityksiä, yhteiskuntaa ja perusoikeuksien toteutumista haittaavasti.

Kansainvälisiä suosituksia sekä epidemiologista seuranta- ja tutkimustietoa globaalin pandemian sekä Suomen epidemian etenemisestä ja eri rajoitustoimien vaikutuksista hyödyntämällä voidaan muodostaa strategia, jonka kriteereitä ja periaatteita noudattamalla asetettuja rajoitustoimia voidaan vähitellen purkaa turvallisesti yhteiskunnan hyvinvointia ja kansalaisten terveyttä turvaten. Lisäksi on hyödynnettävä muiden maiden kokemuksia ja havaintoja.

Epidemian hallinnan hybridistrategia perustuu jatkuvaan seurantaan ja kertyvän tutkimustiedon hyödyntämiseen. Tutkimustietoa koronaviruksesta, epidemian etenemisestä ja rajoitustoimien vaikutuksista kertyy koko ajan lisää. Uuden tiedon myötä tai epidemiatilanteen muuttuessa päätöksiä ja suosituksia tulee päivittää tarvittaessa nopeasti, jotta epidemia saadaan pidetyksi hallinnassa yhteiskunnan kokonaishyvinvoinnin näkökulmasta tehokkaimmilla keinoilla.

Rajoitustoimien purkamisesta päätettäessä on suojeltava haavoittuvaisimpia ryhmiä ja vaiheistettava rajoitustoimien purkaminen siten, että niiden vaikutuksia epidemian etenemiseen on mahdollista seurata. WHO suosittelee koronastrategiassaan, että rajoitustoimien purkamisen välissä olisi vähintään kahden viikon väli. Itämisajan lisäksi on huomioitava tilannekuvan muodostamiseksi tarvittavan tietopohjan koontiin vaadittava aika, minkä vuoksi toimiva seuranta edellyttää todennäköisesti lähemmäs kolmen viikon jaksotusta eri rajoitustoimien purkamisen välillä. Rajoitustoimia purettaessa tulee seurata tarkoin epidemian kehitystä. Tiukempia rajoituksia tulee tehdä tai palauttaa käyttöön, jos tartuntojen määrä kasvaa liikaa.

Epidemian hallinnassa on otettava huomioon käytettyjen rajoitustoimien oikeudelliset puitteet, viranomaisten normaalit toimivaltuudet ja mahdollisuudet säätää tarvittavista uusista toimivaltuuksista tai valtuuksien tarkistuksista sekä tilanteen mukaan valmiuslainsäädännön toimivaltuuksista. Perusoikeuksiin poikkeusoloissa tehtävien tilapäisten poikkeusten tulee perustuslain sekä valmiuslain mukaan olla välttämättömiä, oikeasuhtaisia ja kansainvälisten ihmisoikeusvelvoitteiden mukaisia.

Yksittäisten rajoitustoimien purkamista voidaan tukea mm. suosituksilla ja kohdennetuilla rajoituksilla, joilla estetään epidemian yltäminen rajoituksia purettaessa. Rajoitustoimia purettaessa on huolehdittava myös kansainvälisestä koordinaatiosta etenkin niiden rajoitustoimien osalta, joilla on suoria tai välillisiä vaikutuksia muihin maihin. EU:n yhteisen etenemissuunnitelman mukaan rajaliikenteen rajoitustoimia voidaan purkaa yhteistyössä naapurimaiden kanssa, kun rajanaapureiden tautitilanne on yhteneväinen. Rajaliikenteen rajoitustoimien purkaminen toteutettaisiin vaiheittain ja hallitusti nykyrajoituksista normaalitilaan huomioiden kansanterveydellisten lähtökohtien ohella huoltovarmuus-, elinkeino- ja muut yhteiskuntapoliittiset ulottuvuudet kielteisten taloudellisten ja yhteiskunnallisten vaikutusten minimoimiseksi.

Hybridistrategiassa nojaututaan rajoitustoimien hallinnan ja asteittaisen purkamisen ohella testaa, jäljitä, eristä ja hoida -periaatteen toteuttamiseen. Laajalla testauksella, tartuntaketjujen jäljittämällä, sairastuneiden eristämällä ja altistuneiden karanteenilla voidaan osallttaa, mutta ei yksinomaan, estää taudin etenemistä. Testaa, jäljitä, eristä ja hoida -mallin toimintaa voidaan tehostaa vapaaehtoisuuteen perustuvalla ja tietosuoja kunnioittavalla mobiilisovelluksella. On kuitenkin tärkeää avoimesti viestiä testaukseen liittyvistä epävarmuustekijöistä ja antaa selkeät toimintaohjeet siitä, miten tartuntojen riskiä vähennetään, sairastuneet eristetään ja altistuneet asetetaan karanteeniin.

Valtioneuvosto antoi strategiansa mukaisesti 30.4. 2020 periaatepäätöksen koronaviruspandemian aikaisten rajoitusten hallitusta ja porrastetusta purkamisesta varhaiskasvatuksessa ja perusopetuksessa.

Valtioneuvosto sai sosiaali- ja terveysministeriön ja THL:n laatiman epidemiologisen arvion varhaiskasvatusta ja koulua koskevien rajoitteiden poistamisesta, jonka mukaan alle 16-vuotiaiden varhaiskasvatusta ja opetusta oppilaitoksissa koskevat rajoitukset eivät ole enää siinä määrin ja samalla tavalla toteutettuna välttämättömiä kuin valmiuslain toimivaltuuksien käyttöönoton yhteydessä. Näin ollen valmiuslakiin perustuvien rajoitusten jatkamisella ei ollut enää valtiosäännön edellyttämää välttämätöntä tarvetta.

Epidemian leviämistä yhteiskunnassa rajoitetaan jatkossa varhaiskasvatuksen ja perusopetuksen osalta tartuntatautilain nojalla. Perusopetuslain ja varhaiskasvatuslain mukaiseen opetukseen ja varhaiskasvatukseen palataan 14.5.2020 alkaen hallitusti ja porrastetusti.

Opetus- ja kulttuuriministeriö ja Terveysten ja hyvinvoinnin laitos antavat ohjeet turvallisiin järjestelyihin varhaiskasvatuksessa ja perusopetuksessa. Sosiaali- ja terveysministeriö ja opetus- ja kulttuuriministeriö ovat valmisteet yhdessä ohjauskirjeen aluehallintovirastoille, joka tartuntatautilain nojalla antaa päätökset. Päätöksillä pyritään turvaamaan oppilaiden yhdenvertainen oikeus opetukseen ja samalla turvaamaan oppilaiden sekä koulussa työskentelevien aikuisten terveysturvallisuus.

Valtioneuvosto antoi 6.5.2020 periaatepäätöksen suunnitelmasta koronakriisin hallinnan hybridistrategiaksi. Hallituksen hybridistrategian toimintasuunnitelma perustuu toisiaan tukeviin osiin. Päätöksenteossa on yhteen sovitettu epidemianhallinnan epidemiologiset, oikeudelliset ja muut yhteiskunnalliset näkökohdat mahdollisimman kestäväällä tavalla. Suunnitelman mukaan:

- Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmän toimintakyky varmistetaan käytettävissä olevin keinoin kaikissa olosuhteissa. Valmiuslain nojalla käytettävissä olevina keinoina on erikseen harkitun mukaisesti tässä tarkoituksessa tarpeen ja välttämätöntä

jatkamisasetuksella jatkaa seuraavien sosiaali- ja terveydenhuollon kapasiteetin ja ohjauksen toimivaltuuksien käyttämistä 30.6.2020 saakka:

- a) valmiuslain 86 § (sosiaali- ja terveydenhuollon toimintayksiköiden ohjaaminen)
- b) valmiuslain 87 § (muu terveydenhuollon ohjaaminen)
- c) valmiuslain 88 § (kiireettömän hoidon määräaikojen noudattaminen, sosiaalihuollon palvelutarpeen arviointi)
- d) valmiuslain 93 § (palvelussuhteen ehdoista poikkeaminen)
- e) valmiuslain 94 § (irtisanomisoikeuden rajoittaminen)

1.5. Toimivaltuuden käytön tilannekuva ja sen arviointi

Tilanteen hallinta viranomaisten säännönmukaisin toimivaltuuksin

Kokonaistilanteen perusteella pohjautuen edellä jaksossa 1.2 kuvattuun epidemiologiseen ja jaksossa 1.3. kuvattuun palvelujärjestelmää koskevaan tilannekuvaan, voidaan arvioida, että covid-19-pandemian torjuminen, sairastuneiden hoitaminen sekä väestön, erityisesti riskiryhmien, kuten ikääntyneiden ja monisairaiden sekä tietyistä perussairauksista kärsivien, suojaaminen, eivät ole hallittavissa viranomaisten säännönmukaisin toimivaltuuksin.

Tartuntatautilain ja muun sosiaali- ja terveydenhuollon lainsäädännön mukaiset toimivaltuudet eivät riitä tilanteen hallitsemiseksi siten, että voitaisiin riittävästi varmistaa sosiaali- ja terveydenhuollon toiminta poikkeusolojen aikana. Tartuntatautilaissa ei säädetä sellaisista valtuuksista, joiden nojalla voitaisiin valtakunnallisesti päättää sosiaali- ja terveydenhuollon toimintayksiköiden toiminnasta ja palveluista, poikkeuksista kiireettömän hoidon määräaikoihin tai sosiaalihuollon palvelutarpeen arviointiin tai palvelussuhteen ehtoja koskevista poikkeuksista.

Tartuntatautilaissa säädettyt keinot epidemian rajoittamiseksi

Tartuntatautilain (1227/2016) tarkoituksena on ehkäistä tartuntatauteja ja niiden leviämistä sekä niistä ihmisille ja yhteiskunnalle aiheutuvia haittoja. Uuden koronavirustyyppin aiheuttama vaikea infektio lisättiin 14.2.2020 voimaan tulleella asetuksella yleisvaarallisten tartuntatautien listalle (valtioneuvoston asetus tartuntataudeista annetun valtioneuvoston asetuksen 1 §:n muuttamisesta 69/2020).

Tartuntatautilain nojalla on mahdollista ryhtyä laajasti tartunnan leviämistä rajoittaviin toimenpiteisiin. Tartuntatautilain nojalla voidaan muun muassa päättää tautiin sairastuneen tai sairastuneeksi perustellusti epäillyn henkilön työstä, päivähoitopaikasta tai oppilaitoksesta poissaolosta (57 §). Laissa säädetään myös tietyin edellytyksin mahdollisuuksista päättää tietyllä alueella sosiaali- ja terveydenhuollon toimintayksiköiden, oppilaitosten, päiväkotien, asuntojen ja vastaavien tilojen sulkemisesta sekä yleisten kokousten tai yleisötilaisuuksien kieltämisestä (58 §). Laissa säädetään niin ikään tilojen ja tuotteiden puhdistuksista ja tavaroitten hävittämisestä (59 §) sekä karanteeneista (60-62 ja 68 §) ja eristämisestä (63-67 ja 68 §). Potilaiden oikeutta tavata terveydenhuollon toimintayksikön ulkopuolisia henkilöitä voidaan myös tarvittaessa rajoittaa (69 §).

Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestäminen ja tarjoaminen

Sosiaali- ja terveyspalveluja järjestävät ja tarjoavat kunnat, kuntayhtymät sekä yksityiset toimijat. Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisvastuulliset tahot päättävät palvelujen järjestämistavasta lainsäädännön puitteissa.

Kunta voi järjestää sosiaali- ja terveydenhuollon alaan kuuluvat tehtävät hoitamalla toiminnan itse, sopimuksin yhdessä muun kunnan tai muiden kuntien kanssa, olemalla jäsenenä toimintaa hoitavassa kuntayhtymässä, hankkimalla palveluja valtiolta, toiselta kunnalta, kuntayhtymältä tai muulta julkiselta taikka yksityiseltä palvelujen tuottajalta taikka antamalla palvelunkäyttäjälle palvelusetelin, jolla kunta sitoutuu maksamaan palvelun käyttäjän kunnan hyväksymältä yksityiseltä palvelujen tuottajalta hankkimat palvelut kunnan päätöksellä asetettuun setelin arvoon asti (laki sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelusta ja valtionavustuksesta 733/1992, 4 §).

Yksityiset palveluntarjoajat voivat itse määritellä toimintansa ja asiakasryhmänsä liiketaloudellisin perustein yksityisistä sosiaalipalveluista annetun lain (922/2011) tai yksityisestä terveydenhuollosta annetun lain (152/1990) mukaisen luvan ja lainsäädännön puitteissa.

Jos valtio, kunnat tai kuntayhtymät hankkivat järjestämisvastuulleen kuuluvan toiminnan tuottamiseksi palveluja yksityisiltä palveluntuottajilta, noudatetaan julkisista hankinnoista ja käyttöoikeuksista annettua lakia (1397/2016). Perustuslain 124 §:n mukaan julkinen hallintotehtävä voidaan kuitenkin antaa muulle kuin viranomaiselle vain lailla tai lain nojalla, jos se on tarpeen tehtävän tarkoituksenmukaiseksi hoitamiseksi eikä vaaranna perusoikeuksia, oikeusturvaa tai muita hyvän hallinnon vaatimuksia. Merkittävää julkisen vallan käyttöä sisältäviä tehtäviä voidaan kuitenkin antaa vain viranomaiselle.

Raskasta tehohoitoa, mukaan lukien hengityslaitehoitoa, järjestetään yliopistollisissa sairaaloissa ja keskussairaaloissa. Tehohoitokapasiteettia voidaan nostaa merkittävästi muuttamalla valvontapaikkoja, leikkaussaleja ja heräämöjen hoitopaikkoja tehohoitopaikoiksi. Tehovalvontayksiköissä ja heräämöissä on hengityslaitteita ja muita hengitysvajauspotilaan hoitoon tarvittavia hoitovälineitä, kuten infuusioautomaatteja. Lisäksi leikkaussalien nykyiset modernit anestesiaventilaattorit soveltuvat poikkeustilanteessa käytettäväksi hengityskoneina hengitysvajauspotilaan hoidossa. Tila-, hoitoväline-, lääke- ja muun logistiikan sekä huollon järjestäminen vaativat muutoksia tavanomaiseen toimintaan ja sairaala- ja kiinteistökohtaisia ratkaisuja.

Sosiaali- ja terveydenhuollon ohjaaminen

Sosiaali- ja terveysministeriöllä on hallinnonalansa yleinen ohjaustehtävä. Ministeriön alainen hallinto ja aluehallintovirastot ohjaavat kuntia, kuntayhtymiä ja yksityisiä palveluntuottajia sekä muita toimialan organisaatioita tehtäväalansa ja sitä koskevan erityislainsäädännön mukaisesti.

Palveluntuottajia ei voida normaalioloissa velvoittaa ottamaan vastaan tiettyjä potilasryhmiä tai muuttamaan muutoin toimintaansa. Valtion keinot keskitetysti ohjata sosiaali- ja terveydenhuoltoa ovat lähinnä säädösohjaus ja informaatio-ohjaus. Normaaliolojen lainsäädäntö ei mahdollista sitä, että valtioneuvosto tai sosiaali- ja terveysministeriö velvoittaisi toimintayksikön toimimaan tietyllä tavalla.

Hoitoon pääsyn määräaikojen toteutumisen seuranta ja valvonta

Kiireettömään hoitoon pääsyn määräajoista säädetään terveydenhuoltolaissa (1326/2010). Perusterveydenhuollossa hoidon tarpeen arviointi on tehtävä viimeistään kolmantena arkipäivänä siitä, kun potilas otti yhteyden terveyskeskukseen. Hoidon tarpeen arvioinnin yhteydessä lääketieteellisesti tai hammaslääketieteellisesti tarpeelliseksi todettu hoito on järjestettävä potilaan terveydentila ja sairauden ennakoitavissa oleva kehitys huomioon ottaen kohtuullisessa ajassa, kuitenkin kolmessa kuukaudessa siitä, kun hoidon tarve on arvioitu. Tämä kolmen kuukauden enimmäisaika voidaan ylittää suun terveydenhuollossa ja perusterveydenhuollon yhteydessä toteutettavassa erikoissairaanhoidossa enintään kolmella kuukaudella, jos lääketieteellisistä, hoidollisista tai muista vastaavista perustelluista syistä hoidon antamista voidaan lykätä potilaan terveydentilan vaarantumatta.

Erikoissairaanhoidossa hoidon tarpeen arviointi on aloitettava kolmen viikon kuluessa siitä, kun lähete on saapunut toimintayksikköön. Jos hoidon tarpeen arviointi edellyttää erikoislääkärin arviointia tai erityisiä kuvantamis- tai laboratoriotutkimuksia, on arviointi ja tarvittavat tutkimukset toteutettava kolmen kuukauden kuluessa siitä, kun lähete on saapunut sairaanhoitopiiriin sairaalaan tai muuhun erikoissairaanhoidoa toteuttavaan toimintayksikköön. Hoidon tarpeen arvioinnin perusteella lääketieteellisesti, hammaslääketieteellisesti tai terveystieteellisesti tarpeelliseksi todettu hoito ja neuvonta on järjestettävä ja aloitettava hoidon edellyttämä kiireellisyys huomioon ottaen kohtuullisessa ajassa, kuitenkin kuuden kuukauden kuluessa siitä, kun hoidon tarve on todettu.

Hoitoon pääsyn määräaikojen valvonta on osa aluehallintovirastojen ja Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontaviraston (Valvira) tekemää terveydenhuollon toimintayksiköiden laillisuusvalvontaa. Myös ylimmät laillisuusvalvojat eduskunnan oikeusasiamies ja valtioneuvoston oikeuskansleri osaltaan valvovat määräaikojen noudattamista. Aluehallintovirastot valvovat valvontaohjelman mukaisesti kiireettömään hoitoon pääsyä perusterveydenhuollossa ja perusterveydenhuollon yhteydessä toteutettavassa erikoissairaanhoidossa sekä Ylioppilaiden terveydenhoitosäätiön palveluissa. Valvira valvoo kiireettömään hoitoon pääsyä erikoissairaanhoidossa. Valvira ja aluehallintovirastot valvovat hoitoon pääsyn toteutumista yhdessä laatimansa valvontaohjelman mukaisesti. Valviran ja aluehallintovirastojen sosiaali- ja terveydenhuollon valtakunnallinen valvontaohjelma vuosille 2020–2023 ohjaa valvontaviranomaisten suunnitelmallista sosiaali- ja terveydenhuollon valvontaa: valvonta kohdennetaan palveluihin, joiden saatavuudessa, laadussa tai oikea-aikaisuudessa on suurimpia puutteita. Viranomaisvalvonnan painopiste on toimintayksiköiden omavalvonnan edistämiseksi, tukemisessa ja varmistamisessa. Kunnan tai sairaanhoitopiiriin on julkaistava vähintään neljän kuukauden välein internetissä tiedot kiireettömään hoitoon pääsyn odotusajoista. Valvontaviranomainen voi puuttua havaittuihin epäkohtiin jälkikäteisvalvonnan keinoin antamalla hallinnollista ohjausta, antamalla määräyksiä toiminnan korjaamisesta ja tarvittaessa tehostamalla määräyksiä uhkasakolla taikka kieltämällä tai keskeyttämällä organisaation toiminnan tai osan siitä.

Hoitoon pääsyn määräajat ovat terveydenhuollon toimintayksiköitä sitovaa lainsäädäntöä, eikä niistä ole mahdollista poiketa normaaliolojen lainsäädännön perusteella. Poikkeusoloissa valmiuslain 88 §:n mukaisen toimivaltuuden käyttöönotolla voidaan mahdollistaa väliaikaisesti hoitoon pääsyn määräaikojen noudattamisesta luopuminen edellyttäen, että se on välttämätöntä kiireellisen hoidon järjestämiseksi eikä määräajan ylittäminen vaaranna potilaan terveyttä. Tämä mahdollisuus on käytettävissä vain poikkeusolojen aikana, mutta käytännössä terveydenhuollon resurssien kohdentaminen kiireelliseen hoitoon johtaa siihen, että merkittävimmät muutokset kiireettömän hoidon hoitojonojen kasvussa ja hoitoon pääsyn

aikarajojen ylittymisessä näkyvät vasta useiden kuukausien kuluttua, todennäköisesti vasta poikkeusolojen päättymisen jälkeen. Tällöin tilanne tulee hoitaa normaaliolojen lainsäädännön kautta esimerkiksi siten, että aluehallintovirastot ja Valvira määrittelevät hoitoon pääsyn valvonnassaan yhtenäiset toimintatavat ja määrittelevät esimerkiksi valvonnassaan ajanjakson, jonka aikana palvelujärjestelmän tulee pystyä palautumaan poikkeusoloista ja toteuttamaan hoito hoitoon pääsyn aikarajojen sisällä.

Sosiaalihuollon määräaikojen toteutumisen seuranta ja valvonta

Palvelutarpeen arviointi kuuluu kunnan sosiaalihuollon lakisääteisiin tehtäviin. Sen yhteydessä selvitetään asiakkaan sosiaalipalvelujen tarve hänen elämäntilanteensa edellyttämässä laajuudessa. Palvelutarpeen arvioinnista vastaa palvelutarpeen arvioimisen kannalta tarkoituksenmukainen sosiaalihuollon ammattihenkilöistä annetun lain (817/2015) 3 §:ssä tarkoitettu sosiaalihuollon ammattihenkilö, jollei muualla laissa toisin säädetä. Ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista annetun lain (980/2012, jäljempänä vanhuspalvelulaki) 15 §:n 1 momentin mukaisesti iäkkään henkilön palveluntarpeiden selvittämisen voi vastata myös terveydenhuollon ammattihenkilöistä annetun lain (559/1994) 2 §:ssä tarkoitettu ammattihenkilö, jolla on laaja-alaista asiantuntemusta. Palvelutarpeen arviointi tehdään yhteistyössä asiakkaan ja tarvittaessa hänen omaisensa ja läheisensä sekä muiden toimijoiden kanssa. Palvelutarpeen arvioinnista säädetään sosiaalihuoltolain 36 §:ssä sekä erityislainsäädännössä kuten lastensuojelulaissa (417/2007) ja vammaisuuden perusteella järjestettävistä palveluista ja tukitoimista annetussa laissa (380/1987, jäljempänä vammaispalvelulaki).

Sosiaalihuoltolain 36 §:n 1 momentissa säädetään kiireellisestä palvelutarpeen arvioinnista. Sen mukaan, kun kunnallisen sosiaalihuollon palveluksessa oleva on tehtävässään saanut tietää sosiaalihuollon tarpeesta olevasta henkilöstä, hänen on huolehdittava, että henkilön kiireellisen avun tarve arvioidaan välittömästi. Säännöksen perusteella henkilöllä on lisäksi muussakin kuin kiireellisessä tapauksessa oikeus saada palvelutarpeen arviointi, jollei arvioinnin tekeminen ole ilmeisen tarpeetonta.

Palvelutarpeen arvioinnin määräajoista säädetään sosiaalihuoltolain 36 §:n 2 ja 3 momentissa. Pykälän 2 momentin ensimmäisen virkkeen mukaan palvelutarpeen arviointi on aloitettava viipymättä ja saatettava loppuun ilman aiheutonta viivytystä. Varsinainen määräaikasäännös on 2 momentin toisessa virkkeessä. Sen mukaan arvioinnin tekeminen on aloitettava viimeistään seitsemäntenä arkipäivänä siitä, kun asiakas, asiakkaan omainen tai läheinen tai hänen laillinen edustajansa on ottanut yhteyttä sosiaalipalveluista vastaavaan kunnalliseen viranomaiseen palvelujen saamiseksi. Tämä määräaika koskee säännöksen mukaan yli 75-vuotiaita henkilöitä sekä henkilöitä, jotka saavat vammaisetuksista annetun lain (570/2007) 9 §:n 3 momentin 3 kohdan mukaista ylintä hoitotukea.

Sosiaalihuoltolain 36 §:n 3 momentin mukaan erityistä tukea tarvitsevan lapsen palvelutarpeen arviointi on vastaavasti aloitettava viimeistään seitsemäntenä arkipäivänä asian vireille tulosta ja arvioinnin on valmistuttava viimeistään kolmen kuukauden kuluessa vireille tulosta. Erityistä tukea tarvitsevien lasten ja muiden erityistä tukea tarvitsevien henkilöiden palvelutarpeen arvioinnin tekemisestä vastaa virkasuhteessa oleva sosiaalityöntekijä.

Valvira ja aluehallintovirastot valvovat sosiaalihuollon toimintaa omilla toimialueillaan samoin periaattein kuin edellä on kuvattu terveydenhuollon osalta. Valvonta perustuu Valviran ja aluehallintovirastojen yhdessä laatimaan sosiaali- ja terveydenhuollon valvontaohjelmaan ja sen toimeenpanosuunnitelmiin. Suunnitelmissa valvontaa kohdistetaan myös erityislain-

säädännön, kuten lastensuojelulain tai vammaispalvelulain, valvontaan erikseen määriteltujen painopisteiden mukaisesti.

Valvontaviranomaiset seuraavat sosiaalihuollon palvelutarpeen aloittamisen määräaikoja valvontaohjelmiansa ja lainsäädännön velvoitteiden mukaisesti. Sosiaalihuoltolain mukaisen määräaikojen osalta laissa ei ole säädetty seurantavelvoitteesta, vaan seurantaa tältä osin tehdään osana muuta sosiaalihuollon valvontaa. Sen sijaan lastensuojelulain ja toimeentulotuesta annetun lain (1412/1997) määrääjat perustuvat kyseisissä laeissa oleviin seurantavelvoitteisiin ja niistä seuraavaan tiedonkeruuseen. Vammaispalvelulaissa ei ole vastaavaa säännöstä, mutta valvontaviranomaiset ovat seuranneet myös vammaispalvelulaissa olevia palvelutarpeen selvittämisen aloittamisen ja päätöksenteon määräaikoja.

Kuten hoitoon pääsyn määrääjat myös sosiaalihuoltolain sekä sosiaalihuollon erityislainsäädännön määrääjat ovat sosiaalihuollon toimintayksiköitä sitovaa lainsäädäntöä, eikä niistä ole mahdollista poiketa normaaliolojen lainsäädännön perusteella. Poikkeusoloissa valmiuslain 88 §:n mukaisen toimivaltuuden käyttöönotolla voidaan mahdollistaa väliaikaisesti tarkkaan rajattu sosiaalihuollon palvelutarpeen arvioinnin aloittamisen määrääjasta luopuminen tietyiltä asiakasryhmiltä. Edellytyksenä tälle on, että arvioinnin aloittamisen määrääjasta luopuminen ei vaaranna henkilön välttämätöntä toimeentuloa ja huolenpitoa. Koska sosiaalihuoltolain kyseisessä säännöksessä (36 § 2 mom.) tarkoitettu palvelutarpeen arvioinnin aloittamisen määrääjasta luopuminen kohdentuu haavoittuvassa asemassa oleviin asiakkaisiin, kuten yli 75-vuotiaisiin, on sen soveltamisessa kuitenkin kiinnitettävä erityistä huomiota näiden asiakkaiden riittävän joutuiseen palvelutarpeen arviointiin. Kuten terveydenhuollossakin, mahdollisuus poiketa sosiaalihuoltolain mukaisesta määrääjasta on käytettävissä vain poikkeusolojen aikana. Säännöstä ei sovelleta lastensuojelulain ja vammaispalvelulain määräaikoihin.

Toimivaltaiset viranomaiset

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos toimii tartuntatautien torjunnan kansallisena asiantuntijalaitoksena tukien asiantuntemuksellaan sosiaali- ja terveysministeriötä sekä aluehallintovirastoja (tartuntatautilaki 7 §). Aluehallintovirastot sovittavat yhteen ja valvovat tartuntatautien torjuntaa alueellaan (tartuntatautilaki 8 §). Aluehallintovirastoilla on toimivalta esimerkiksi sulkea laajaa tartunnan vaaraa aiheuttavan yleisvaarallisen tartuntataudin johdosta usean kunnan alueella sosiaali- ja terveydenhuollon toimintayksiköitä, oppilaitoksia, päiväkoteja, asuntoja ja vastaavia tiloja sekä kieltää yleisiä kokouksia ja yleisötilaisuuksia, jos tämä on välttämätöntä tartuntataudin leviämisen estämiseksi.

Sairaanhoitopiirissä päätöksentekovalta rajoitetoimenpiteistä kuuluu tartuntataudeista vastaavalle lääkärille. Kunnissa päätöksentekovaltaa kuuluu tartuntataudeista vastaavan lääkärin ohella tartuntataudeista vastaavalle kunnan toimielimelle. Julkisessa terveydenhuollossa toimiva laillistettu lääkäri voi kiireellisessä tapauksessa päättää henkilön tai tavaran karanteenista, henkilön eristämisestä, päättää välttämättömän sairaanhoidon toteuttamisesta, lääkityksen antamisesta henkilön vastustuksesta huolimatta tai tapaamisen rajoittamisesta enintään kolmeksi päiväksi. Päätös on saatettava niin pian kuin olosuhteet sallivat kunnan tai sairaanhoitopiirin kuntayhtymän virkasuhteisen tartuntataudeista vastaavan lääkärin vahvistettavaksi (tartuntatautilaki 70 §).

Jos pikaiset toimenpiteet ovat tarpeen yleisvaarallisen tartuntataudin leviämisen estämiseksi, sosiaali- ja terveysministeriö sekä aluehallintovirasto ja kunnan tartuntatautien torjunnasta vastaava toimielin toimialueellaan voivat tehdä niitä koskevat välttämättömät karan-

teenia (tartuntatautilaki 60 §), tavarankaranteenia (tartuntatautilaki 61 §) ja eristämistä (tartuntatautilaki 63 §) koskevat päätökset.

Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontaviraston (Valvira) tehtävänä on valvoa sosiaali- ja terveydenhuoltoa, alkoholiasioita sekä ympäristöterveydenhuoltoa. Valvira ohjaa aluehallintovirastoja yhdenmukaisten lupa-, ohjaus- ja valvontakäytäntöjen saavuttamiseksi valtakunnallisesti.

Poikkeustilan aikana annettu ohjeistus ja päätökset

Sosiaali- ja terveysministeriö on sosiaali- ja terveydenhuollon yleiseen ohjaukseen perustuvilla valtuuksillaan antanut lukuisia ohjeita kiireettömien palveluiden järjestämisestä, toimintatapojen yhtenäistämisestä sekä palvelujärjestelmän kapasiteetin nostamisesta, palvelusuhteen ehdoista poikkeamisesta, palveluiden toteuttamisesta ja toimintakyvyn lisäämisestä poikkeusoloissa (<https://stm.fi/stm-ohjeet-koronavirustilanteessa>).

Lisäksi sosiaali- ja terveysministeriö on antanut seuraavat päätökset:

Sosiaali- ja terveysministeriön päätös jatkaa valmiuslain 87 §:n nojalla tehdyn päätöksen voimassa oloa lääkevalmisteiden riittävyyden ja lääkejakeluketjun toimivuuden varmistamiseksi (9.4.2020)

Sosiaali- ja terveysministeriön valmiuslain mukainen päätös salbutamolivalmisteiden myynnin rajoittamisesta (9.4.2020)

Sosiaali- ja terveysministeriön päätös valmiuslain 86 §:n mukaisiin sosiaali- ja terveydenhuollon ohjaustoimiin ryhtymisestä (1.4.2020)

STM:n päätös sosiaali- ja terveydenhuollon varmuusvarastoitujen lääkintämateriaalien ja suojavälineiden käyttöönotosta (23.3.2020)

STM:n päätös lääkevalmisteiden riittävyyden ja lääkejakeluketjun toimivuuden varmistamiseksi (19.3.2020)

Valmiuslaissa tai tartuntatautilaissa mahdollistetut toimet poikkeusoloissa eivät poista kunnan sosiaali- ja terveyspalveluja koskevaa järjestämisvastuuta. Ohjeistuksessa korostetaan, että perustason palvelut tulee pyrkiä järjestämään mahdollisimman normaalisti. Toimivalla perusterveydenhuollolla pyritään estämään erikoissairaanhoidon ruuhkautumista. Järjestäjä ei siis voi lakkauttaa yksittäistäkään sosiaali- tai terveyspalvelua kokonaisuudessaan, vaan palvelut tulisi sopeuttaa käynnissä oleviin yleisvaarallisen tartuntataudin torjuntatoimiin. Tarve palveluun tulee arvioida viime kädessä jokaisen henkilön kohdalta erikseen siten, ettei kenenkään oikeus viimesijaiseen toimeentuloon ja huolenpitoon taikka riittäviin sosiaali- ja terveyspalveluihin vaarannu.

Sosiaali- ja terveysministeriön 19.3.2020 antaman ohjeen mukaisesti sairaalat käynnistivät tehohoitokapasiteetin lisäämiseen tähtääviä toimenpiteitä: kiireetöntä leikkaustoimintaa supistettiin, soveltuvia tiloja muutettiin tehohoitokäyttöön ja henkilöstön täydennyskoulutusta toteutettiin. Hengityskoneiden ja muun tarvittavan hoitovälineistön riittävyys on kartoitettu ja on todettu, että välineistön riittävyys ei rajoita tavoitetta kaksinkertaistaa tehohoitokapasiteettiä.

Myöhemmin 15.4.2020 todettiin sairaaloista kerättyjen tietojen perusteella, että HUS:in sairaaloissa on covid-19-potilaita varten käytettävissä 82 tehohoitopaikkaa ja HUS:in ulkopuolisissa sairaaloissa 170-180 tehohoito-paikkaa. Sairaalat olivat näin ollen vajaassa kuukaudessa lähestulkoon toteuttaneet sosiaali- ja terveysministeriön ohjeen tehohoitopaikkojen kaksinkertaistamisesta. Tehohoitokapasiteetin nopea kasvattaminen on edellyttänyt kiireetömän eli elektiivisen leikkaustoiminnan voimakasta supistamista. Lisätty tehohoitokapasiteetti on riittänyt potilaiden hoitamiseen. Potilasmäärät ovat olleet maltillisia, eikä tehohoitokapasiteetin riittävyyden suhteen ole ollut ongelmia.

Sosiaali- ja terveysministeriö antoi kuntien peruspalveluita koskevan ohjeen 20.3.2020, jota päivitettiin valmiuslakiin liittyvien asetusten sisällön tarkentuessa 16.4.2020. Päivitetyssä ohjeessa tuotiin esiin, että sosiaalihuollon palvelutarpeen arviointiin liittyvä sääntely on muuttunut koskemaan vain palvelutarpeen arvioinnin aloittamisen määräaikaan 2 momentissa mainittujen ryhmien osalta. Ohjeessa todettiin, että kuntien on turvattava asiakkaiden oikeus saada tarvitsemansa sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut yksilöllisiä tarpeita vastaavasti.

Suun terveydenhuollon ja hammashoidon yhteydessä syntyy herkästi sylki- ja veriroiskeita sekä muodostuu ilmaan aerosoleja. Tämän vuoksi covid-19-epidemian aikana alan toimijoita on ohjeistettu laajassa viranomaisyhteistyössä. Sosiaali- ja terveysministeriö julkaisi 13.3.2020 suun terveydenhuollon toimijoille suunnatun ohjeistuksen (täydennetty 24.3.2020), Terveyden ja hyvinvoinnin laitos on julkaissut ohjeita hammashoidon asiakkaille (viimeisin 3.4.2020), ja Työterveyslaitoksen ohjeet suun terveydenhuollon yksiköille COVID-19-epidemian aikana julkaistiin 3.4.2020 (päivitys 22.4.2020).

Lisäksi sosiaali- ja terveysministeriö on ohjeistanut kuntia ja muita palveluntuottajia muun muassa tartuntalain ja valmiuslain vaikutuksista liikkumisvapauteen sosiaalihuollon toimintayksiköissä, toimeentulotukikäsittelyn sujuvoittamisesta epidemiologian aikana, koronavirustartuntoihin varautumisesta ja asiakkaiden tarpeisiin vastaamisesta kotiin annettavissa palveluissa sekä ohjeistanut työntekijöiden, jotka ovat alttiita koronaviruksen aiheuttaman covid-19-taudin vakavammille muodoille, asianmukaista suojaamista. Lisäksi sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstöä on ohjeistettu muun muassa suojainten käytössä asiakastyössä.

Palvelujen järjestämistä koskeviin kategorisiin kieltoihin on pyritty puuttumaan ministeriön kunnille antamalla ohjeistuksilla muun muassa välttämättömien palvelujen turvaamisesta ja suljettavien toimintojen korvaamisesta asianmukaisesti. Sosiaali- ja terveysministeriö järjestää kunnille myös säännöllisin väliajoin verkossa toteuttavia infotilaisuuksia sekä ylläpitää tiivistä yhteistyötä hallinnonalan muiden viranomaistahojen, kuten THL:n, aluehallintovirastojen ja Valviran kanssa.

1.6. Suhde perustuslakiin ja kansainvälisiin velvoitteisiin

1.6.1. Perusoikeudet ja kansainväliset velvoitteet

Perusoikeuksista voidaan perustuslain 23 §:n mukaan säätää lailla tai laissa erityisestä syytä säädetyn ja soveltamisalaltaan täsmällisesti rajatun valtuuden nojalla annettavalla valtioneuvoston asetuksella sellaisia tilapäisiä poikkeuksia, jotka ovat välttämättömiä Suomeen kohdistuvan aseellisen hyökkäyksen samoin kuin muiden kansakuntaa vakavasti uhkaavien,

laissa säädettyjen poikkeusolojen aikana ja jotka ovat Suomen kansainvälisten ihmisoikeusvelvoitteiden mukaisia. Lailla on kuitenkin säädettävä tilapäisten poikkeusten perusteet. Tilapäisiä poikkeuksia koskevat valtioneuvoston asetukset on saatettava viipymättä eduskunnan käsiteltäviksi. Eduskunta voi päättää asetusten voimassaolosta.

Perustuslaissa turvattuihin oikeuksiin puuttuvaa sääntelyä on arvioitava perusoikeuksien yleisten rajoitusedellytysten kannalta, kuten sääntelyn tarkoituksen hyväksyttävyyden ja sääntelyn oikeasuhtaisuuden (suhteellisuusperiaate) kannalta (PeVL 21/2004 vp, 37/2004 vp, 27/2004 vp ja 5/2002 vp). Perustuslakivaliokunta on korostanut, ettei valmiuslain toimivaltuuksia tule ottaa käyttöön kevein perustein tai varmuuden vuoksi ja että valmiuslain toimivaltuudet ovat otettavissa käyttöön nopeastikin (PeVM 9/2020 vp).

Perustuslain 7 §:n 1 momentissa säädetään oikeudesta elämään ja 19 §:n 3 momentissa säädetään, että julkisen vallan on turvattava jokaiselle riittävät sosiaali- ja terveyspalvelut ja edistettävä väestön terveyttä. Lisäksi perustuslain 19 §:n 1 momentin mukaan jokaisella, joka ei kykene hankkimaan ihmisarvoisen elämän edellyttämää turvaa, on oikeus välttämättömään toimeentuloon ja huolenpitoon kaikissa tilanteissa. Perustuslakivaliokunta on arvioinut valmiuslain 2 luvun toimivaltuussäännösten käyttöönoton ja niiden nojalla annettujen asetusten hyväksyttävyyttä lähtökohdasta, jonka mukaan terveydenhuoltojärjestelmän toimintakyvyn säilyttäminen pandemian aikana on perusoikeusjärjestelmän näkökulmasta erittäin painava peruste, jolla on yhteys perustuslain 7 §:n 1 momentin julkisen vallan velvollisuuteen turvata jokaisen oikeus elämään sekä turvata myös pandemian oloissa jokaiselle riittävät terveyspalvelut sekä edistää väestön terveyttä (perustuslain 19 §:n 3 momentti) ja joka oikeuttaa poikkeuksellisen pitkälle meneviä, myös ihmisten perusoikeuksiin puuttuvia viranomaistoimia (ks. PeVM 2/2020 vp, s. 4–5, PeVM 3/2020 vp, s. 3). Valiokunta on korostanut perusoikeuksien yleisiin rajoitusedellytyksiin kiinnittyvien näkökohtien merkitystä myös perustuslain 23 §:n perusoikeuspoikkeuksien soveltamisalalla (ks. PeVM 2/2020 vp, s. 5, PeVM 3/2020 vp, s. 4).

Perustuslain 23 §:n mukaan tilapäisten perusoikeuspoikkeusten tulee olla Suomen kansainvälisten ihmisoikeusvelvoitteiden mukaisia. Valmiuslakia sovellettaessa on valmiuslain 5 §:n mukaan noudatettava Suomea sitovia kansainvälisiä velvoitteita ja kansainvälisen oikeuden yleisesti tunnustettuja sääntöjä.

Suomi on ratifioinut useita kansainvälisiä ihmisoikeussopimuksia, joissa on säädetty oikeudesta elämään ja oikeudesta terveyden suojeluun. Julkisen vallan on turvattava Suomea sitovien ihmisoikeussopimusten toteuttaminen. Muun muassa Euroopan Neuvostossa hyväksytyn Euroopan ihmisoikeussopimuksen 2 artiklassa säädetään oikeudesta elämään ja uudistetun Euroopan sosiaalisen peruskirjan 11 ja 13 (1) artikloissa säädetään oikeudesta terveyden suojeluun ja lääkinnälliseen apuun. Yhdistyneiden Kansakuntien (YK) taloudellisia, sosiaalisia ja sivistyksellisiä oikeuksia koskevan kansainvälisen yleissopimuksen eli TSS-sopimuksen 12 artiklassa tunnustetaan jokaiselle oikeus nauttia korkeimmasta saavutettavissa olevasta ruumiin- ja mielenterveydestä. Säännöksen mukaan sopimusvaltion tulee ryhtyä toimenpiteisiin, jotka ovat välttämättömiä sellaisten olosuhteiden luomiseksi, jotka ovat omiaan turvaamaan jokaiselle lääkärin ja sairaaloiden palvelut sairaustapauksissa.

Lisäksi YK:n lapsen oikeuksia koskevan yleissopimuksen 6 artiklassa on säädetty oikeus elämään, henkiinjäämiseen ja kehittymiseen mahdollisimman täysimääräisesti. Säännöksen tarkoituksena on luoda optimaaliset puitteet lapsen henkiinjäämiselle ja edellytykset hänen harmoniselle kehittymiselleen. YK:n lapsen oikeuksia koskeva yleissopimus velvoittaa sopimusvaltion turvaamaan lapsille oikeuden suojeluun ja huolenpitoon, osuuden yhteiskunnan

voimavaroista sekä oikeuden osallistua itseään koskevaan päätöksentekoon ja yhteiskunta-elämään. Lapsen oikeuksien sopimukseen kirjattujen lasten oikeuksien tulee toteutua koko lapsiväestön ja jokaisen lapsen elämässä. Sopimuksen 3 artiklan mukaan kaikissa julkisen tai yksityisen sosiaalihuollon, tuomioistuinten, hallintoviranomaisten tai lainsäädäntöelimien toimissa, jotka koskevat lapsia, on ensisijaisesti huomioitava lapsen etu. Perustuslakivaliokunta on painottanut, että lapsen etua on harkittava yksittäisen lapsen kannalta tapaus- ja tilannekohtaisesti myös sääntelyn soveltamisessa (ks. myös PeVL 18/2018 vp, s. 3 ja PeVL 17/2018 vp, s. 3). Sopimuksen 24 artiklassa on säädetty oikeudesta terveyden- ja sosiaali-huoltoon.

Myös YK:n vammaisten henkilöiden oikeuksia koskevan yleissopimuksen 10 artiklassa säädetään oikeudesta elämään ja 25 artiklassa oikeudesta terveyteen. Lisäksi työelämää koskevia toimivaltuuksien soveltamisessa tulee ottaa huomioon kansainvälisen työjärjestö ILO:n antamat työelämän yleissopimukset ja suositukset, Euroopan sosiaalisen peruskirjan työelämää koskevat säännökset sekä ihmisoikeussopimuksiin sisältyvät syrjintäkiellot.

1.6.2. Välttämättömyys ja oikeasuhtaisuus

Valmiuslain mukaisia toimivaltuuksia voidaan lain 4 §:n mukaan käyttää vain, jos tilanne ei ole hallittavissa viranomaisten säännönmukaisin toimivaltuuksin. Viranomaiset voidaan lisäksi oikeuttaa poikkeusoloissa käyttämään vain sellaisia toimivaltuuksia, jotka ovat välttämättömiä ja oikeasuhtaisia 1 §:ssä säädetyn tarkoituksen saavuttamiseksi. Valmiuslain tarkoituksena on lain 1 §:n mukaan poikkeusoloissa muun muassa suojata väestöä sekä turvata sen toimeentulo ja maan talouselämä, ylläpitää oikeusjärjestystä, perusoikeuksia ja ihmisoikeuksia.

Perustuslakivaliokunnan mukaan sanotun on katsottava merkitsevän erittäin korkeaa kynnystä valmiuslain mukaisten toimivaltuuksien käyttöönnotolle, eikä niitä tule ottaa käyttöön kevein perustein tai varmuuden vuoksi (PeVM 2/2020 vp, s. 2, PeVM 3/2020 vp, s. 2, PeVM 7/2020 vp, s. 2, PeVM 8/2020 vp, s. 2).

Perustuslakivaliokunta on arvioidessaan valmiuslain perusteella annettuja valtioneuvoston asetuksia painottanut, että valmiuslain toimivaltuuksia voidaan lain 4 §:n mukaan käyttää vain sellaisin tavoin, jotka ovat välttämättömiä lain tarkoituksen saavuttamiseksi ja oikeassa suhteessa toimivaltuuden käyttämisellä tavoiteltavaan päämäärään nähden (ks. esim. PeVM 11/2020 vp). Perustuslakivaliokunta on pitänyt 4 §:n säännöksiä toimivaltuuksien käyttöperiaatteista keskeisinä perusoikeusrajoitusten suhteellisuusvaatimuksen näkökulmasta ja korostanut, että nämä periaatteet rajoittavat sekä toimivaltuuksien käyttöönottoa, että niiden käyttämistä poikkeusoloissa (PeVL 6/2009 vp, s. 4/I). Valiokunta on korostanut yksilökohtaisten rajoitusten ensisijaisuutta suhteessa summaarisiin suuriin joukkoihin kohdistuviin rajoituksiin (PeVM 11/2020 vp). Valiokunnan mukaan on ollut myös selvää, että perusoikeusrajoitus ei voi olla tarkoitukseensa soveltuva ja siten välttämätön, jos sillä ei edes periaatteessa voida saavuttaa sen perusteena olevaa hyväksyttävää tavoitetta (ks. esim. PeVM 11/2020 vp, ks. myös PeVL 40/2017 vp, s. 4, PeVL 55/2016 vp, s. 4—5 ja PeVL 5/2009 vp, s. 3/II).

Perustuslakivaliokunnan mietintöjen perusteella toimenpiteiden välttämättömyyttä, oikeasuhtaisuutta ja yleensä sallittavuutta tulee tarkastella perustuslain 23 §:n valossa. Lisäksi on arvioitava ja perusteltava perusoikeuksien rajoittamisen hyväksyttävyyys ja oikeasuhtaisuus perusoikeuksien rajoittamisen yleisten edellytysten valossa.

Perustuslain 19 §:n 3 momentin mukaan julkisen vallan on turvattava jokaiselle riittävät sosiaali- ja terveyspalvelut, edistettävä väestön terveyttä sekä tuettava perheen ja muiden lapsen huolenpidosta vastaavien mahdollisuuksia turvata lapsen hyvinvointi ja yksilöllinen kasvu. Tämän mukaisesti palvelut olisi myös poikkeusoloissa turvattava voimassa olevan lainsäädännön mukaisesti. Lisäksi perustuslain 19 §:n 1 momentin mukaan jokaisella, joka ei kykene hankkimaan ihmisarvoisen elämän edellyttämää turvaa, on oikeus välttämättömään toimeentuloon ja huolenpitoon kaikissa tilanteissa.

Terveystenhuoltojärjestelmän toimintakyvyn säilyttäminen pandemian aikana on perustuslakivaliokunnan mukaan perusoikeusjärjestelmän näkökulmasta erittäin painava peruste. Sillä on yhteys perustuslain 7 §:n 1 momentin julkisen vallan velvollisuuteen turvata jokaisen oikeus elämään sekä perustuslain 19 §:n 1 momentissa tarkoitettuun oikeuteen välttämättömään toimeentuloon ja huolenpitoon sekä 19 §:n 3 momentissa tarkoitettuihin riittäviin terveyspalveluihin sekä väestön terveyden edistämiseen. Se oikeuttaa poikkeuksellisen pitkälle meneviä, myös ihmisten perusoikeuksiin puuttuvia viranomaistoimia (PeVM 2/2020 vp, s. 4—5, PeVM 3/2020 vp, s. 3, PeVM 7/2020 vp, s. 4).

Hyvin laajalle levinneen yleisvaarallisen tartuntataudin aiheuttamien seurausten torjumiseksi tarvittavien toimenpiteiden tarkoituksena on suojata väestöä sekä turvata perusoikeuksia ja ihmisoikeuksia. Tässä tarkoituksessa toimenpiteiden on oltava riittävän ennakollisia. Toimenpiteet on aina sidottu juuri kyseisissä poikkeusolosuhteissa ilmeneviin tarpeisiin suojata valmiuslain 1 §:ssä tarkoitettuja oikeushyviä. Tartuntatautien kannalta tämä tarkoittaa välttämättömiä keinoja sen leviämisen estämiseksi ja tästä leviämisestä seuraavien uhkien torjumiseksi. Tällöin toimivaltuuksia on välttämätöntä käyttää perustuen parhaaseen käytössä olevaan tietoon tartuntataudin leviämisestä, sen leviämisen tavoista sekä yleisistä malleista, joilla vastaavan kaltaiset tartuntataudit leviävät ja millaista kuormitusta ne levitessään aiheuttavat palvelujärjestelmälle.

Epidemian alkuvaiheessa parhaat käytettävissä olleet mallinnukset osoittivat Suomen oloihin ja hoitokäytäntöihin sovitettuina, että ilman tehokkaita rajoitetoimia epidemia tulisi aiheuttamaan ennennäkemättömän kuormituksen erikoissairaanhoidon, erityisesti raskaaseen tehohoitoon. Koronavirusepidemia, johon ei ole spesifistä hoitoa, kuormittaa epidemian ensi aallon aikana paljon myös perusterveydenhuoltoa, sosiaalipalveluita ja sairaaloiden vuodeosastoja. Hoitohenkilökunta on altis sairastumisriskille ja poissaolot saattavat monista syistä lisääntyä. Nykyisessä epidemian kasvun voimakkaan hidastumisen vaiheessa on ilmeistä, että valtaosa väestöstä on vailla vastustuskykyä ja siksi edelleen altis tartunnalle. Palvelujärjestelmän ylikuormittumisen mahdollisuus on siten edelleen olemassa ja vakava riski, mikäli rajoitetoimien suunnitelmallinen ja asteittainen purku johtaisi kaikista varoitamista huolimatta tartuntojen lisääntymiseen ja siitä väistämättä seuraavaan vakavan sairastumisen vaaraan. Toisaalta myös rajoitetoimien ylläpito poikkeuksellisine toimintamalleineen sitoo sosiaali- ja terveydenhuollon voimavaroja ja aiheuttaa palveluiden tarpeen ja saatavuuden yhteensovittamiselle sekä palvelujärjestelmän ohjaukselle ja johtamiselle normaalioloista olennaisesti poikkeavia haasteita.

Tällä asetuksella ehdotetaan jatkettavaksi mainittujen valmiuslain säännösten käyttöä, jotka valtioneuvosto katsoo edelleen välttämättömiksi tämän hetkisessä tilanteessa ja oikeasuhteisiksi covid-19-pandemian etenemisen hillitsemiseksi, erityisesti henkilöiden, joilla on riski sairastua vakavasti koronavirustartunnan seurauksena, suojaamiseksi sekä tehohoito- ja muun sosiaali- ja terveydenhuollon kapasiteetin sekä henkilöstöresurssien riittävyyden varmistamiseksi. Kuten luvussa 1.2 todetaan, epidemian leviäminen jatkuu, kunnes riittävä osa

väestöstä on altistunut virukselle. Tilanteessa, jossa väestöryhmiin kohdistuvia rajoitustoimenpiteitä puretaan, valmiuslain mukaisten sosiaali- ja terveydenhuollon toimintakyvyn turvaamiseen tähtäävien toimien merkitys korostuu.

Toimivaltuuksien käytön jatkamista voidaan arvioida myös perusoikeuspunninnan näkökulmasta. Toisaalta vallitsevassa tilanteessa on katsottu perustelluksi lieventää joitakin pandemian alkuvaiheessa käyttöön otettuja ihmisten vapauksiin puuttuvia rajoituksia ja suosituksia. Tällöin väestön elämään ja terveyteen sekä sosiaaliin perusoikeuksiin liittyvien sosiaali- ja terveydenhuollon toimintakyvyn turvaamiseen tähtäävien toimivaltuuksien merkitys korostuu.

Jotta rajoituksia voidaan hallitusti ja turvallisesti purkaa, tulee samalla olla käytettävissä tehokkaat, nopeat ja valtakunnalliset keinot mahdollisesti aiempaa suuremman koronavirustautiin sairastuneen potilasmäärän hoitamiseksi. Samaan aikaan koronavirustaudin leviäminen luvussa 1.2 kuvatulla tavalla rypäsmäisesti aiheuttaa ennakoimattomia ja mahdollisesti paikallisesti laajojakin henkilöstön sairaus- ja karanteenipoissaoloja, mikä edellyttää sekä valmiuslain 86 ja 88 §:n mukaisten sosiaali- ja terveydenhuollon ohjaustoimien että 93 ja 94 §:n mukaisten palvelussuhteen ehtoja koskevien toimivaltuuksien käytön jatkamista. Toimivaltuuksien käytön jatkamisessa on lisäksi syytä ottaa huomioon todellinen riski epidemian voimakkaastakin uudelleen käynnistymisestä (luku 1.2 s. 7).

Toimivaltuuksia voidaan käyttää vain sellaisin tavoin, jotka ovat välttämättömiä valmiuslain tarkoituksen saavuttamiseksi ja oikeassa suhteessa toimivaltuuden käyttämisellä tavoiteltavaan päämäärään nähden.

Valmiuslain perusteluista ilmenee yleisempi periaate, jonka mukaan pandemiassa toimenpiteisiin voidaan ryhtyä jo ennakoivasti vaarallisen tartuntataudin uhatessa eli taudilta ei edellytetä jo tapahtunutta leviämistä (ks. HE 3/2008 vp, s.34).

Perustuslain 23 §:n sanamuoto kansakuntaa vakavasti uhkaavista poikkeusoloista myös sallii ennakkoinnin, kunhan sillä on riittävän konkreettinen perusta.

Tällä hetkellä käytettävissä olevan kansainvälisen vertailutiedon valossa tartunnan leviämisen torjuntaan sekä palvelujärjestelmän toimintakyvyn turvaamiseen tähtäävien toimien oikea-aikaisuus ja riittävä ennakkointi ovat osoittautuneet hyvin olennaiseksi toimenpiteiden vaikuttavuuden kannalta. Tämä on olennainen näkökohta arvioitaessa toimenpiteiden välttämättömyyttä ja oikeasuhtaisuutta. Tässä tarkoituksessa toimenpiteiden on kyseisissä poikkeusoloissa oltava riittävän ennakkollisia ja nopeasti käyttöön otettavissa tilanteen muuttuessa hyvin nopeasti.

Ottaen huomioon valmiuslain käyttöönotolle pandemiatilanteessa osoitettavat erittäin painavat tavoitteet turvata terveydenhuoltojärjestelmän toimintakyky ja sitä kautta torjua ihmisten henkeen ja terveyteen kohdistuvia vakavia uhkatekijöitä perustuslakivaliokunta ei ole pitänyt toimivaltuuksia sinänsä oikeasuhtaisuusvaatimuksen vastaisina (PeVM 2/2020 vp, s. 5, PeVM 3/2020 vp, s. 3, PeVM 7/2020 vp, s. 5).

Sääntelyn oikeasuhtaisuuden kannalta merkityksellistä on, ettei valmiuslain mukaisten toimivaltuuksien voimassaoloaikaa ehdoteta jatkettavaksi pidemmäksi kuin noin kuuden viikon ajaksi ja että toimivaltuuksien kokonaiskestokin on edelleen kohtuullisen lyhyt (ks. esim. PeVM 9/2020 vp, s. 4).

Julkisen vallan edellä todettu yleinen velvoite turvata oikeus elämään ja terveyteen sekä riittäviin sosiaali- ja terveyspalveluihin sekä turvata sosiaali- ja terveydenhuollon toimintakapasiteetti ovat jatkuvasti myös poikkeusoloissa voimassa (perustuslain 7 § ja EIS 2 artikla, perustuslain 19 § 1 ja 3 momentti sekä TSS-sopimuksen 12 artikla ja uudistetun Euroopan sosiaalisen peruskirjan 11 artikla; YK:n lapsen oikeuksien yleissopimus ja vammaisten henkilöiden oikeuksia koskeva yleissopimus). Samaten voimassa ovat perustuslain taakaamat muut perusoikeudet ja kansainväliset ihmisoikeudet.

Valtioneuvosto katsoo, että tämän hetkisen tiedon ja tilanteen valossa on välttämätöntä ja tavoiteltaviin päämääriin nähden oikeassa suhteessa jatkaa valmiuslain seuraavia toimivaltuuksia:

Valmiuslain 86 §:ssä säädetty toimivaltuudet sosiaali- ja terveydenhuollon toimintayksiköiden ohjaamiseksi koko valtakunnan alueella;

Valmiuslain 86 §:n mukaan sosiaali- ja terveysministeriö sekä toimialueellaan aluehallintovirasto voi päätöksellään velvoittaa sosiaali- ja terveydenhuollon toimintayksikön laajentamaan tai muuttamaan toimintaansa, siirtämään toimintansa kokonaan tai osaksi oman toimialueensa tai sijaintipaikkansa ulkopuolelle taikka järjestämään toimintaa myös toimialueensa ulkopuolella, sijoittamaan hoidon tai huollon tarpeessa olevia henkilöitä toimintayksikköönsä siitä riippumatta, mitä asiasta on säädetty, määrätty tai sovittu ja luovuttamaan toimintayksikön tai osan siitä valtion viranomaisten käyttöön.

Valmiuslain 86 §:n mukaiset toimivaltuudet ovat tarpeen sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen piirissä olevien ihmisten perustuslain 7 ja 19 §:ssä turvattujen elämää, terveyttä ja huolenpitoa koskevien oikeuksien suojaamiseksi. Osalla näiden palvelujen piirissä olevista ihmisistä on kohonnut riski sairastua vakavasti koronavirustartunnan seurauksena. Sosiaali- ja terveydenhuollossa on erityisesti näiden, mutta myös muiden ihmisten edellä mainittujen perusoikeuksien turvaamiseksi perustuslain 22 §:ssä tarkoitetulla tavalla erityinen velvollisuus toimia.

Sosiaali- ja terveyspalvelujen järjestämistä, tuottamista ja ohjausta on kuvattu edellä jaksossa 1.5. Normaaliolojen lainsäädäntö ei mahdollista sitä, että valtioneuvosto tai sosiaali- ja terveysministeriö velvoittaisi toimintayksikön toimimaan tietyllä tavalla. Sosiaali- ja terveydenhuollon toimintakyvyn turvaamiseksi ja voimavarojen kohdentamiseksi pandemiatilanteessa tarkoituksenmukaisella tavalla, sosiaali- ja terveysministeriöllä tulisi olla toimivalta määrätä kunnallisia sekä yksityisiä sosiaali- ja terveydenhuollon palveluntuottajia muuttamaan toimintaansa. Toimivaltuuksien jatkaminen on välttämätöntä, jotta sosiaali- ja terveysministeriö tai aluehallintovirasto pystyisi tarvittaessa nopeasti antamaan sitovia päätöksiä toimintojen muuttamisesta tilanteesta, jossa ohjeet ja ohjaus eivät riitä edellä mainittujen oikeuksien turvaamiseksi.

Kuten jaksossa 1.2 ja 1.3 olevista tilannekuvista ilmenee, sosiaali- ja terveydenhuollon kuormitus ei ole vielä ylittänyt palvelujärjestelmän kantokykyä. Jos sairaalahoitoa ja tehohoitoa tarvitsevien potilaiden määrä lisääntyy yllättävästi, mikä on viruksen rypäsmäisen leviämisen vuoksi mahdollista, välttämätön tarve hyvin nopeasti muuttaa sairaaloiden toimintaa on olemassa. Tässä on otettava huomioon myös nykyisten tartunnan leviämistä voimakkaasti rajoittavien toimenpiteiden vaiheittainen ja asteittainen purkaminen. Tällainen tilanne voi syntyä esimerkiksi terveydenhuollon kantokyvyn ylittyessä alueellisesti, jolloin tilanteeseen on voitava reagoida tarvittaessa nopeasti sitovilla päätöksillä, jos tilannetta ei pystytä oikea-aikaisesti ja tehokkaasti hallitsemaan ensisijaisilla keinoilla. Näillä muutoksilla

voitaisiin turvata kiireelliset palvelut sekä haavoittuvassa asemassa olevien palvelut turvallisesti.

Edelleen jaksossa 1.2 ja 1.3 käsitellyt tilannekuvat sekä jaksossa 1.5 mainitut sosiaali- ja terveysministeriön ohjaustoimet osoittavat, että tautitilanne on aiheuttanut ja aiheuttaa palveluiden tuotannossa ilmiöitä, joissa palvelujärjestelmä ei oikea-aikaisesti muuta palvelurakennettaan asiakkaan ja potilaan turvallisuuden sekä oikeuksien edellyttämällä tavalla. Tällaisten tilanteiden ratkaiseminen voi edellyttää sitovia ohjaustoimia, ellei asiaa pystytä oikea-aikaisesti ratkaisemaan muutoin. Toisaalta esimerkiksi eräissä sosiaalipalveluissa (erityisesti lasten ja iäkkäiden palvelut) yksityisten palvelun tuottajien määrällinenkin rooli kunnan järjestämisvastuuseen kuuluvien palveluiden tuotannossa on merkittävä. Yksityisen palvelutuotannon nopeita muutosmahdollisuuksia rajoittaa myös palveluiden sidonnaisuus niille normaalitilanteessa myönnettyihin lupiin. Palvelutarpeen edelleen lisääntyessä ja epidemian edetessä syntyy tilanteita, joissa nopeiden, asiakkaiden turvallisuutta sekä riittäviä palveluita varmistavien muutosten mahdollistaminen velvoittavin päätöksin saattaa olla kriittistä. Tilanteet saattavat eskaloitua erittäin nopeasti, jolloin myöskään palveluiden järjestämisestä perimmiltään vastaavien julkisten tahojen käytössä olevat ohjauskeinot eivät välttämättä ole riittäviä ja oikea-aikaisia.

Tilanteessa, jossa epidemia on levinnyt koko maahan, myös osa sosiaalihuollon ja terveydenhuollon ammattihenkilöistä sairastuu. Sosiaalihuollon henkilöstöstä on jo normaalioloissa pulaa ja sairastuminen tai altistuminen saattavat viedä lähes koko henkilöstön esimerkiksi hoivayksikössä karanteeniin. Tässä on otettava huomioon myös kansallisen testausstrategian ja testauskapasiteetin käytön myötä laajentuva testaamisen, tartuntaketjujen jäljityksen ja sen mukaisten karanteeni/eristystoimenpiteiden käyttö. Nämä voivat osaltaan vaikuttaa niin henkilöstön kuormitukseen, riittävyyteen kuin palveluiden sisällölliselle toteuttamiselle asetettaviin vaatimuksiin. Tautitilanne on jo aiheuttanut merkittäviä muutoksia ja henkilöstön kuormitusta erityisesti iäkkäiden palveluiden tuottamisessa. Ilman mahdollisuutta viimekädessä sitovalla ohjauskeinolla turvata näiden palveluiden jatkuvuus asiakkaille, voi syntyä tilanteita joissa asiakasturvallisuus ja asiakkaan oikeus palveluihin vaarantuu merkittävästi.

Tähän mennessä ei ole vielä jouduttu ottamaan käyttöön mittavassa määrin yksityisen sosiaali- tai terveydenhuollon kapasiteettia. Selvitystyö tarvittavasta ja yksityiseltä sektorilta saatavasta kapasiteetista on käynnissä. Yksityisen sektorin kiireettömästä toiminnasta voidaan esimerkiksi siirtää resurssia muihin tehtäviin. Yksityiselle sektorille voidaan ohjata julkiselta sektorilta muita kuin covid-19-infektiota sairastavia potilaita tai muuttaa yksityisen sektorin yksiköitä lievemmin sairastuneiden covid-19-infektiota sairastavien potilaiden hoitoon. Yksityisen sektorin kapasiteetin käyttöönotto nopeasti nyt käsillä olevassa tilanteessa edellyttää valmiuslakiin perustuvaa päätöstä ja valmiuslain 128 §:n mukaista korvausta. Myös näillä muutoksilla voitaisiin osaltaan turvata kiireelliset palvelut sekä haavoittuvassa asemassa olevien palvelut turvallisesti.

Edelleen valtuutta voi olla välttämätöntä käyttää sen varmistamiseksi, että palvelujärjestelmässä noudatetaan valtakunnallisesti ja yhdenmukaisesti tiettyjä menettelytapoja. Julkisen vallan on turvattava asiakkaan hengen ja terveyden suojaaminen kaikin käytettävissä olevin riittävin keinoin ja perustaa päätöksenteko parhaaseen saatavilla olevaan tietoon. Tässä suhteessa ja asiakkaiden yhdenvertaisen kohtelun toteuttamiseksi erityinen merkitys on sillä, että kaikkia asianomaisia palveluja tuottavat noudattavat yhdenmukaisia toimintatapoja. Jos ohjeiden noudattaminen on epäyhdenmukaista, velvoittava valtakunnallinen päätös on ainoa tehokas keino tämän tarkoituksen saavuttamiseksi ilman viivytystä, kun epäyhden-

mukaisuus vakavasti vaarantaisi esimerkiksi asiakkaiden ja potilaiden turvallisuutta. Päätöksen antaminen voi tällöin vallitsevassa tilanteessa olla perusteltua ja välttämätöntä erityisesti asiakkaiden haavoittuvaan asemaan, kohonneeseen sairastumisriskiin ja sen erittäin vakaviin seurauksiin, kuten vakavaan sairastumiseen tai kuolemaan, nähden.

Valmiuslain 86 §:n mukaisen toimivaltuuden soveltaminen

Sosiaali- ja terveysministeriö on 1.4.2020 antanut päätöksen valmiuslain 86 §:n mukaisiin sosiaali- ja terveydenhuollon ohjaustoimiin ryhtymisestä. Päätös koski ulkomailta saapuvan sairaanhoitopiirin henkilöstön ohjaamista karanteenia vastaaviin olosuhteisiin 14 vuorokauden ajaksi sekä covid-19-tutkimukseen aina, jos on pienikin epäily sairastumisesta. Päätös oli voimassa 1.4.-13.4.2020 ja se oli tehtävä, koska sosiaali- ja terveysministeriön saamien tietojen mukaan aiemmin annettuja toimintaohjeita ei oltu noudatettu valtakunnallisesti, mikä vaaransi vakavasti mahdollisuuksia turvata väestön sosiaali- ja terveydenhuolto.

Sosiaali- ja terveysministeriö on parhaillaan antamassa valmiuslain 86 §:n mukaisen päätöksen antamista asianmukaisten suojainten yhdenmukaisesta käytöstä asiakastyössä niiden sosiaalihuollon asiakkaiden, joilla on kohonnut riski sairastua vakavasti koronavirustartunnan seurauksena, suojaamiseksi. Sosiaali- ja terveysministeriön saamien tietojen mukaan suojainten käytössä on ollut merkittäviä eroja valtakunnallisesti eri toimintayksiköissä, kotihoidossa sekä henkilökohtaista apua annettaessa.

Muita valmiuslain 86 §:n mukaisia päätöksiä ei ole toistaiseksi ollut välttämätöntä antaa.

Valmiuslain 86 §:n mukaisesti tehdyt sosiaali- ja terveysministeriön sekä aluehallintoviraston päätökset ovat valituskelpoisia. Näin ollen ne on aina mahdollista saattaa tuomioistuinten käsiteltäviksi perustuslain 21 §:n mukaisesti.

Vaihtoehdot valmiuslain 86 §:n mukaisen valtuuden käytölle

Normaaliolojen lainsäädäntö ei mahdollista sitä, että valtioneuvosto tai ministeriö taikka muu viranomainen velvoittaisi sosiaali- ja terveydenhuollon toimintayksikön muuttamaan toimintaansa. Tällainen sitova ohjaustehtävä edellyttäisi uutta lainsäädäntöä, jonka valmistelussa tulisi arvioida valtuuksien merkitystä perustuslain kannalta, erityisesti suhteessa kunnalliseen itsehallintoon, elinkeinovapauteen ja omaisuuden suojaan.

Valmiuslain 88 §:ssä tarkoitettu kunnan oikeus luopua terveydenhuoltolaissa (1326/2010) säädettyjen kiireettömän hoidon määräaikojen noudattamisesta, sosiaalihuoltolain (1301/2014) 36 §:ssä tarkoitetuista palvelutarpeen arvioinneista ja varhaiskasvatustulain (540/2018) päivähoitojärjestämistä koskevista tehtävistä sekä terveydensuojelulain (763/1994) mukaisista tehtävistä siten kuin valtioneuvoston asetuksella säädetään;

Valmiuslain 88 §:n mukaisen toimivaltuuden käyttöönotto, jonka mukaan terveydenhuoltolain mukaisten kiireettömän hoidon määräaikojen noudattamisesta voidaan väliaikaisesti luopua, on mahdollistanut sen, että terveydenhuollon toimintayksiköt ovat voineet siirtää resurssejaan kiireettömästä hoidosta covid-19-infektioon sairastuneiden hoitoon ja kiireelliseen hoitoon sekä muuhun kiireelliseen hoitoon. Normaaliolojen lainsäädännön mukaan hoitoon pääsyn määräajajoista poikkeaminen ei ole mahdollista, minkä vuoksi valmiuslain mukaisen toimivaltuuden käyttö on tarpeen. Palvelujärjestelmän kuormitusta on lisännyt henkilökunnan sairastuminen ja karanteeniin määrääminen sekä covid-19-infektioon sairas-

tuneiden tai sairastuneeksi epäiltyjen potilaiden hoitaminen eri tiloissa ja henkilöstöllä kuin muiden potilaiden.

Erikoissairaanhoidossa kiireetöntä toimintaa ajettiin alas pandemian alkuvaiheessa, kun sairaanhoitopiirit valmistautuivat kiireellisen hoidon kasvuun ja ohjasivat voimavaroja siihen varautumiseen. Vaikka covid-19-infektiopotilaiden määrät sairaalahoidossa ovat olleet maltillisia, erikoissairaanhoidossa on edelleenkin tarve ylläpitää valmiutta vastaanottaa nopealla aikataululla suuri määrä covid-19-potilaita, jos infektio leviää nopeasti väestössä. Tämän vuoksi erikoissairaanhoidon kiireetöntä toimintaa on välttämätöntä ylläpitää normaalia pienemmällä kapasiteetilla vielä jonkin aikaa, minkä vuoksi kiireettömän hoidon hoitoon pääsyn määräajat kasvavat.

Perusterveydenhuollossa ja suun terveydenhuollossa kiireettömän hoidon lääkärikäynnit ovat vähentyneet johtuen kiireettömän toiminnan vähentämisestä ja samanaikaisesta kysynnän laskusta, joita on kuvattu tarkemmin edellä jaksossa 1.3. Ohjeistuksella pyritään vähitellen tautitilanteen niin salliessa palvelujärjestelmän kyvyn rajoissa lisäämään kiireettömien hoitojen antamista perusterveydenhuollossa, suun terveydenhuollossa ja erikoissairaanhoidossa. Lisäksi valtioneuvosto on päättänyt tartuntoja ehkäisevien rajoitusten asteittaisesta väljentämisestä. Näiden seikkojen johdosta on odotettavissa, että väestö ryhtyy enenevässä määrin haketumaan hoitoon kiireettömissä tilanteissa, mikä saattaa johtaa jonojen muodostumiseen ja hoitoon pääsyn viivästymiseen. Nykyisessä epidemian kasvun voimakkaan hidastumisen vaiheessa on ilmeistä, että valtaosa väestöstä on vailla vastustuskykyä ja siksi edelleen altis tartunnalle. Rajoitetoimien suunnitelmallinen ja asteittainen purku johtanee tartuntojen lisääntymiseen sekä väestössä että myös sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstössä. Palvelujärjestelmän ylikuormittumisen mahdollisuus on siten edelleen olemassa. Toisaalta myös rajoitetoimien ylläpito poikkeuksellisine toimintamalleineen sitoo sosiaali- ja terveydenhuollon voimavaroja ja aiheuttaa palveluiden tarpeen ja saatavuuden yhteensovittamiselle sekä palvelujärjestelmän ohjaukselle ja johtamiselle normaalioloista olennaisesti poikkeavia haasteita.

Valmiuslain 88 §:n mukainen toimivaltuus olla noudattamatta terveydenhuollon kiireettömän hoidon määräaikoja on ollut voimassa noin kaksi kuukautta ja jatkamista esitetään noin puolentoista kuukauden ajaksi, mikä on otettava huomioon arvioitaessa rajoituksen oikeasuhtaisuutta. Toimivaltuuden käytön edellytyksenä on, että sen käyttö on välttämätöntä kiireellisen hoidon turvaamiseksi eikä määräajan ylittäminen saa vaarantaa potilaan terveyttä.

Valmiuslain 88 §:n mukaisen toimivaltuuden käyttöönoton perusteella kunta voi väliaikaisesti luopua myös sosiaalihuoltolain 36 §:ssä tarkoitetuista palvelutarpeen arvioinneista. Toimivaltuutta on 6.4.2020 annetulla soveltamisasetuksella (197/2020) tarkennettu niin, että kunta voi luopua vain mainitun pykälän 2 momentissa tarkoitettua palvelutarpeen arvioinnin aloittamisen seitsemän arkipäivän määräajasta. Säännös on ensimmäistä soveltamisasetusta (127/2020) rajatummassa muodossakin mahdollistanut sen, että arvioinnin lykkäämisellä on voitu saada lisäresurssia covid-19-epidemian takia lisääntyneeseen kiireellisen palvelutarpeen arviointiin sekä voitu varautua jo kasvaneisiin ja epidemian edetessä edelleen kasvaviin palvelutarpeisiin. Samalla on voitu osaltaan korvata epidemian vuoksi syntynyttä henkilöstöresurssia muun muassa kotiin annettavissa palveluissa sekä sosiaalihuollon ohjaus- ja neuvontatehtävissä.

Arvioitaessa säännöksen oikeasuhtaisuutta on otettava huomioon rajoituksen suhteellisen lyhyt kesto, kun säännös on vasta ollut voimassa vajaat kaksi kuukautta ja tulisi nyt ehdo-

tettavan mukaisesti olemaan voimassa vielä noin puolitoista kuukautta. Toimivaltuuksien kokonaiskesto voidaan edelleen pitää kohtuullisen lyhyenä. Toisaalta säännöksen soveltamiseen kohdistuu sen käyttöä kaventavia velvoitteita. Säännöstä sovellettaessa on otettava huomioon se, ettei palvelutarpeen arvioinnin aloittamisen määräajasta luopuminen saa johtaa henkilön välttämättömän toimeentulon ja huolenpidon vaarantumiseen. Kiireellinen avun tarve on säännöksen 1 momentin mukaisesti aina arvioitava välittömästi. Lisäksi edelleen on noudatettava myös säännöksen 2 momentin ensimmäisen virkkeen veloitetta siitä, että palvelutarpeen arviointi on aloitettava viipymättä ja saatettava loppuun ilman aiheutonta viivytystä. Palvelutarpeen arvioinnin aloittamista lykättäessä on aina otettava huomioon myös se, että säännös kohdistuu henkilöihin, joiden asemaa poikkeusoloista johtuvat palvelujen supistukset ja muut toimenpiteet ovat jo voineet heikentää. Lisäksi ehdotettavan sääntelyn osalta on edelleen otettava huomioon perustuslakivaliokunnan aiempia asetuksia käsitellessään korostamien kansainvälisten ihmisoikeusvelvoitteiden merkitys, erityisesti lapsen oikeuksien yleissopimus ja vammaisten henkilöiden oikeuksia koskeva yleissopimus sekä Euroopan sosiaalinen peruskirja. Valiokunta on korostanut myös asetuksen soveltamisessa perustuslakiin ja kansainvälisiin ihmisoikeussopimuksiin sisältyviä syrjintäkieltoja (PeVM 4/2020 vp, PeVM 9/2020 vp ja PeVM 15/2020 vp).

Sosiaalihuollon kuormituksen tilannekuvaa on kuvattu tarkemmin edellä jaksossa 1.3. Nähtävissä on palvelutarpeen kasvua etenkin sosiaalihuollon ohjauksen ja neuvonnan palveluissa, taloudellisessa tuessa, lapsiperheiden palveluissa sekä iäkkäiden ja vammaisten henkilöiden palveluissa. Ohjeistuksella on pyritty ohjaamaan vahvaan peruspalveluista huolehtimiseen etenkin haavoittuvassa asemassa olevien asiakkaiden kohdalla sekä muistutettu kiireellisen palvelutarpeen arvioinnista, joka on kaikkien asiakkaiden kohdalla tehtävä välittömästi. Edellä terveydenhuollon tilanteesta kuvatun mukaisesti hallituksen päättämästä rajoitusten asteittaisesta vähentämisestä voi olla odotettavissa myös sosiaalihuollon palvelutarpeiden kasvua, pulaa henkilöstöstä sekä tarvetta henkilöstön siirroille. Tämä tilanne voi tulla eteen esimerkiksi iäkkäiden henkilöiden palveluissa, jos henkilöstöä sairastuu suuressa määrin.

Valmiuslain 88 §:n mukaisen sosiaalihuollon palvelutarpeen arviointiin kohdistuvan toimivaltuuden käytön edellytyksenä on, että sen käyttö on välttämätöntä sosiaali- ja terveydenhuollon toimintakyvyn turvaamiseksi eikä palvelutarpeen arvioinnin aloittamisen määräajan ylittäminen vaaranna asiakkaan välttämätöntä toimeentuloa tai huolenpitoa. Mahdollisuutta luopua väliaikaisesti sosiaalihuoltolain 36 §:n 2 momentissa tarkoitetusta palvelutarpeen arvioinnin aloittamisen määräajasta on edelleen välttämätöntä jatkaa, jotta on mahdollista turvata sosiaalihuollon toimintakyky ja resurssit välttämättömän huolenpidon ja riittävien sosiaalipalvelujen turvaamiseksi erityisesti iäkkäiden ja vammaisten henkilöiden palveluissa.

93 §:n 2 momentissa tarkoitettu poikkeaminen työaikalain (872/2019) lepoaikoja ja ylityötä koskevista säännöksistä sekä vuosilomalain (162/2005) vuosiloman antamista koskevista säännöksistä terveydenhuollossa ja sosiaalitoimessa, pelastustoimessa, hätäkeskustoiminnassa ja poliisitoimessa mainitun pykälän 3 momentissa säädetyin edellytyksin; sekä

94 §:n 3 ja 4 momentissa tarkoitettu terveydenhuollon, sosiaalitoimen, pelastustoimen ja hätäkeskustoiminnan työntekijän, virkamiehen ja kunnallisen viranhaltijan irtisanomisajan pidentäminen;

Työ- ja elinkeinoministeriön saamien tietojen mukaan käyttöönottoasetuksen valtuuksia koskien palvelussuhteen ehdoista ja irtisanomisajoista poikkeamista on toistaiseksi käytetty maltillisesti ja lähinnä vain sosiaali- ja terveydenhuollossa. Vuosilomista on ilmoitettu lyhy-

emmillä ilmoitusajoilla, jossakin määrin vuosilomia on jouduttu siirtämään ja keskeyttämään. Työaikasääntelyyn liittyvät poikkeukset ovat keskittyneet ylitöiden teettämiseen ilman työntekijän ylityösuostumusta ja joissakin tapauksissa lepoaikoja on jouduttu lyhentämään. Irtisanomisajan pidentämistä on käytetty vain hyvin vähän. Poikkeusvaltuuksia on käytetty vain silloin, kun niihin turvautuminen on työnantajapuolen näkemyksen mukaan ollut välttämätöntä. Muutoin on toimittu normaalilainsäädännön puitteissa. Henkilöstöä on siirretty työehtosopimuksen mahdollistamin tavoin tehtävästä toiseen ja koulutettu sellaisiin tehtäviin, joissa on arvioitu olevan suurin tarve ja joissa vaaditaan erityisosaamista. Tämä on voinut johtaa poikkeuksellisiin vuosilomajärjestelyihin. Terveystyön toimintayksiköt ovat raportoineet myös sellaisista työajajärjestelyistä, jotka ovat olleet toteutettavissa työaikalain säännöksiä noudattaen ilman, että niihin olisi ollut tarpeen käyttää poikkeusvaltuuksia.

Täsmällisiä tietoja siitä, kuinka monessa sosiaali- tai terveydenhuollon toimintayksikössä tai asetuksen mahdollistamassa muussa toimintayksikössä poikkeustoimenpiteitä on käytetty ja miten laajaan työntekijäjoukkoon niitä on kohdistettu, ei ole saatavilla. Valtuuksien käytössä on alueellisia eroja riippuen siitä, missä vaiheessa epidemia on kyseisellä alueella. Jos tautitapauksia on ollut vain vähän, poikkeusvaltuuksia ei ole ollut tarpeen käyttää, kun taas joillakin alueilla toimintaa ei olisi pystytty ylläpitämään ilman asetuksessa säädettyjä poikkeusmahdollisuuksia. Toimivaltuuksia ja niiden käyttömahdollisuuden jatkamista on erityisesti terveydenhuollossa ja vanhuspalveluissa pidetty välttämättömänä, jotta voidaan varautua sairastavuuden kasvusta johtuvaan lisääntyneeseen palvelu- ja henkilöstötarpeeseen, yllättäviin karanteenitilanteisiin ja alkavaan kesälomakauteen.

Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriön saamien tietojen mukaan palvelussuhteen ehtojen joustoja on sosiaali- ja terveydenhuollon sektorilla käytetty jonkin verran. Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriön yhteistyössä aluehallintovirastojen ja THL:n kanssa kunnille tekemän sosiaalihuollon tilannekuvakyselyn perusteella sosiaalihuollon palvelutarpeet ovat laajasti kasvaneet nyt neljän viikon ajan. Palvelutarpeiden kasvua on raportoitu erityisesti taloudellisen tuen, kotipalvelun ja kotihoidon, lastensuojelun ja mielenterveys- ja päihdetyön osalta. Asumispalveluihin liittyvä palveluiden tarve oli viikolla 18 kasvanut hieman, kun taas esimerkiksi kotipalveluun ja kotihoitoon liittyvästä palvelutarpeesta raportoi 23 prosenttia vastaajista kuntatoimijoista. Kunnan kyvyn tuottaa sosiaalihuollon laitos- ja asumispalveluja arvioi välttäväksi 9 prosenttia vastaajista ja 1 prosenttia huonoksi. Muiden avopalveluiden osalta 17 prosenttia vastaajista arvioi tilanteen haastavaksi ja 1 prosenttia huonoksi. Alueen yksityisten palveluntuottajien tilanteen kunnat arvioivat keskimäärin hieman tätä paremmaksi. Kyselyn avovastauksissa nousi vahvasti esille huoli henkilöstön riittävyydestä mahdollisen altistumisen tai sairastumisen johdosta, sijaisten ja kesätyöntekijöiden rekrytointihaasteista sekä omaishoidon ja vammaispalveluiden henkilökohtaisen avun turvaamisen mahdollisuuksista sairaustapauksissa. Myös henkilöstön jaksaminen työmäärän, asiakas- ja potilastapausten ja henkisen kuormituksen kasvaessa huolestutti vastaajia.

Perusterveydenhuollon henkilöstön riittävyydestä ei ole toistaiseksi numeerista tietoa käytettävissä. Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriön perusterveydenhuollon tiedonkeruun vastaukset ovat käytettävissä ensi kertaa 4.5.2020 alkavalla viikolla. Kuntiin ja kuntayhtymiin lähetettävässä kyselyssä kartoitetaan henkilöstövajeita perusterveydenhuollon avosairaanhoidossa, vuodeosastohoidossa, ennaltaehkäisevässä terveydenhuollossa, mielenterveys- ja päihdetyöpalveluissa sekä suun terveydenhuollossa.

Perustuslakivaliokunta on mietinnössään PeVM 13/2020 vp väliaikaisista poikkeuksista sovellettaessa eräitä vuosilomalain, työaikalain ja työehtosopimuslain säännöksiä kiinnittänyt

huomiota soveltamisasetuksen henkilölliseen soveltamisalaan ja todennut, että se jää asetuksessa ainakin terveydenhuollon ja sosiaalitoimen osalta epäselväksi. Sosiaali- ja terveysministeriö on 6.4.2020 antamallaan ohjeella määritellyt asetuksessa tarkoitettua soveltamisalaa tarkemmin. Valmiuslain 93 ja 94 §:n toimivaltuuksia jatkettaessa soveltamisasetuksen perustelumuistiossa tullaan tekemään tarkemmin selkoa asetuksen henkilöllisestä soveltamisalasta.

Sosiaali- ja terveyspalveluiden kokonaisuudessa hoidetaan laajasti väestöryhmiä, joilla on henkensä ja terveytensä turvaamiseksi jatkuva ja elintärkeä palveluiden tarve. Palvelujärjestelmän kuormittuessa sosiaali- ja terveydenhuollon työvoimapulaa voi kasvattaa myös terveydenhuollossa tai sosiaalihuollossa työskentelevän henkilöstön sairastuminen. Henkilökuntaan ja asukkaisiin levinnyt tartunta uhkaa hoidon ja hoivan sekä asiakas- ja potilasturvallisuuden toteutumista kotihoidossa, erilaisissa asumispalveluyksiköissä ja hoitolaitoksissa. Työvoimapula voi merkittäväällä tavalla vaikeuttaa näiden kriittisten palveluiden toimintaa ja siten vaarantaa väestön terveyttä ja asiakas- ja potilasturvallisuutta.

Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmässä tulee olla riittävän laajat ja nopeasti käytettävät mahdollisuudet varmistaa sen toimintakyky, jotta ihmisten oikeus elämään ja terveyteen sekä perustuslain takaamiin riittäviin sosiaali- ja terveyspalveluihin toteutuu ja henkeä ja terveyttä uhkaavaa vaaraa voidaan torjua asianmukaisilla palveluilla. Valmiuslain nojalla käyttöön otettavilla valtuuksilla turvataan osaltaan nimenomaan sosiaali- ja terveyspalveluiden riittävää toimintakykyä kiireellisten palveluiden, haavoittuvassa asemassa olevien väestöryhmien palveluiden sekä muiden ehdottomasti tarvittavien palveluiden oikea-aikaiseksi varmistamiseksi kokonaisuutena.

Virusepidemia voi johtaa henkilöstöpulaan yhteiskunnan kriittisissä toiminnoissa kahta kautta. Ensinnäkin yhteiskunnan kriittisissä toiminnoissa työskentelevä henkilöstö voi sairastua virustautiin tai joutua altistumisen vuoksi karanteeniin. Toiseksi virusepidemian aikana palvelutarve näiden toimintojen osalta voi merkittävästi kasvaa. Molemmat tekijät voivat johtaa siihen, että henkilöstöä on tarpeeseen nähden merkittävästi liian vähän. Kuten edellä jaksossa 1.2 todetaan, THL on arvioinut, että virusepidemian huippua ei ole vielä saavutettu valtakunnallisesti eikä vielä edes Uudellamaalla, joka on joitakin viikkoja muita maakuntia edellä epidemian ajallisessa kehitymisessä.

Pandemiatilanteessa on välttämätöntä varmistaa sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstön riittävyys. Toimivaltuuksien jatkaminen on välttämätöntä erityisesti terveydenhuollon ja sosiaalihuollon henkilöstön osalta.

Yhteenveto ehdotettavien valtuuksien käytön välttämättömyydestä ja oikeasuhtaisuudesta

Edellä mainittujen valtuuksien käytöllä tavoitellaan ja voidaan saavuttaa merkittäviä oikeushyötyjä siten, että asiakkaiden ja potilaiden turvallisuus sekä oikeus palveluihin turvataan. Ajantasaiset tilannekuvat niin epidemian etenemisestä nykyisiä tartuntoja rajoittavia toimenpiteitä vaiheittain ja asteittain purettaessa kuin palvelujärjestelmän kuormituksesta ja siihen kohdistuvista muutoksista osoittavat edelleen vallitsevan konkreettisia riskejä palvelujärjestelmän ylikuormitukselle ja hyvin nopeille ennakoiduilla muutostarpeilla. Valtuuksia voidaan käyttää ja käytetään vain, jos se on kyseisessä tilanteessa välttämätöntä ja oikeasuhtaista. Valtuuden käytöllä ei aseteta asianosaisille sellaisia velvollisuuksia, jotka ylittäisivät sen, mikä mainittujen oikeushyötyjen turvaamiseksi olisi muutoinkin potilaan ja asiakkaan oikeuksia, asemaa sekä palveluja koskevaa lainsäädäntöä sovellettaessa välttämätöntä. Valmiuslain sääntely sisältää oikeuden kohtuulliseen kompensatioon päätösten

johdosta. Näin ollen valtuuden käyttöönotto on myös oikeasuhtaista tarkoitukseensa nähden.

Kuten jaksossa 1.2 epidemiologinen tilannekuva todetaan, tartuntoja on todettu jokaisessa maakunnassa ja myös Ahvenanmaalla. Vaikka valtaosa tapauksista on todettu Uudellamaalla, useassa maakunnassa kumulatiivien ilmaantuvuus on lähestynyt Uudenmaan tilannetta. Covid-19-epidemian ennakoimattoman rypäsmäisen leviämisen vuoksi, on todennäköistä, että tautitapauksia voi ilmetä lyhyessä ajassa merkittävä määrä missä tahansa Suomen kunnassa. Koska epidemiapesäkkeiden ilmaantumista ei ole mahdollista etukäteen ennustaa ja koska THL:n epidemiologisen tilannearvion mukaan epidemian uudelleen leimahtamisen riski on edelleen suuri, toimivaltuuksien jatkamisesta on välttämätöntä säätää koko valtakunnan alueella sekä Ahvenanmaalla.

Epidemian kehityskulusta johtuen ehdotetun sääntelyn tarve on edelleen olemassa varsinkin, jos epidemian ensimmäisen aallon huippu ajoittuu Uudellemaalle ajalle 26.4.-25.5.2020, vuodeosastojen huipun ajalle 6.5.-4.6.2020 ja tehohoidon huipun ajalle 12.5.-10.6.2020. (THL:n alustavan mallinnustyö, STM:n lausunto 14.4.2020). On kuitenkin huomattava, että näihin HUS:in ja THL:n ennusteisiin tehohoidon tarpeesta sisältyy merkittäviä oletuksia ja epävarmuustekijöitä.

Näin ollen ehdotettujen valmiuslain mukaisten toimivaltuuksien jatkamisasetusten voimaansaoloajaksi esitetään 14.5.-30.6.2020.

Poikkeusolojen aikana tehtyjen toimenpiteiden vaikutusten arvioinnista

Covid-19-epidemiassa on kyse vaikutuksiltaan erityisen vakavaa suuronnettomuutta vastaavasta, hyvin laajalle levinneestä vaarallisesta tartuntataudista. Valmiuslain käyttöönottoasetusten mahdollistamien toimivaltuuksien lisäksi valtioneuvosto on käynnistänyt joukon muitakin toimenpiteitä, joiden tavoitteena on vähentää ihmisten välisiä kontakteja epidemian leviämisen hillitsemiseksi sekä varmistaa sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmän toimintakyky, jotta ihmisille voidaan järjestää riittävät sosiaali- ja terveystalvet myös poikkeusolojen aikana.

Osa hallituksen päätöksistä on johtanut lainsäädäntömuutoksiin ja osassa on ollut kyse periaatepäätöksistä tartuntatautilain käyttöönottamiseksi eri toiminnoissa. Lisäksi osa hallituksen periaatepäätöksistä on ollut suosituksia eri toimijoille. Tällä toimenpiteiden kokonaisuudella, jolla tähdätään tartuntataudin hillitsemiseen, on ollut erilaisia vaikutuksia yhteiskunnan eri sektoreille. Näiden heijastusvaikutusten kokonaisarviointi on tarpeen, jotta epidemian eri vaiheissa voidaan arvioida rajoitustoimien yhteiskunnalle aiheuttamia haittoja suhteessa niillä saavutettuun hyötyyn.

Tällä hetkellä koronaepidemian hoidon eri toimenpiteiden vaikutuksia on mahdollista arvioida vain melko yleisellä tasolla. Arvioinnissa on otettava huomioon eri toimenpiteiden yhteis- ja heijastusvaikutukset talouteen, viranomaisien toimintaan ja yhteiskuntaan. Yhteiskunnallisilla vaikutuksilla on yhteys perus- ja ihmisoikeuksien toteutumiseen sekä kansalaisten asemaan, olosuhteisiin ja toimintamahdollisuuksiin.

THL on julkaissut 24.4.2020 ensimmäisen vaikutusarvioinnin covid-19-epidemian vaikutuksista väestön palvelutarpeisiin, palvelujärjestelmään ja kansantalouteen (<https://thl.fi/fi/-/koronaepidemialla-kauaskantoiset-vaikutukset-ihmisten-hyvinvointiin-ja-sosiaali-ja-terveyspalveluihin>). Sen mukaan epidemiologiassa on kauaskantoiset vaikutukset

ihmisten hyvinvointiin ja sosiaali- ja terveyspalveluihin. Mitä pidempään tilanne jatkuu, sitä enemmän palvelutarpeita kasautuu. Raportin mukaan jonojen purkaminen tulee olemaan vaikeaa ja lisää sosiaali- ja terveydenhuollon resurssien tarvetta. Raportin mukaan kunnat ja kuntayhtymät ovat olleet eri asemassa epidemiaan varautumisessa ja reagoimisessa. Isoilla kuntayhtymillä on paremmat edellytykset johtaa henkilöstöä ja jakaa voimavaroja. Raportissa nostetaan myös esille ihmisryhmiä, joiden arjessa pärjäämiseen ja henkiseen jaksamiseen epidemia ja siihen liittyvät rajoitustoimet vaikuttavat erityisesti. Heitä ovat viruksen riskiryhmään kuuluvien lisäksi mielenterveys- ja päihdeongelmista kärsivät ja asunnottomat, joiden arkea ovat kannatelleet monet ryhmämuotoiset ja vuorovaikutukseen perustuvat tukimuodot. Myös monet lapsiperheet ovat kuormittavassa tilanteessa, jota kasvavat toimeentulo-ongelmat heikentävät entisestään. Erityisen haavoittuvassa asemassa ovat perheet, joissa on ollut jo aiemmin ongelmia tai orastavia ongelmia.

Myös poikkeusoloja mahdollisesti seuraavalla taloudellisella kriisillä voi olla merkittäviä vaikutuksia väestön hyvinvointiin ja terveyteen. THL:n arvion mukaan toimeentulon ja tulevaisuuden näkymien heikkeneminen sekä toimeentulo-ongelmien konkretisoituminen saattavat näkyä mielialojen laskuna maaliskuun jälkeen tai viimeistään kesällä. Erilaiset tulkinnot rajoitustoimista ovat jo nyt aiheuttaneet heijastusvaikutuksia, jotka saattavat lisätä väestöryhmien välisiä terveyseroja. Aiempien taloudellisten kriisien jälkeen tehdyissä arvioinneissa on todettu niillä olevan vaikutusta alkoholikuolleisuuteen, itsemurhien kasvuun, vakavalta kuolleisuuden kasvuun, terveystyöskäytymisen heikentymiseen sekä myös muun muassa syövästä ja sydänsairauksista johtuvan kuolleisuuden lisääntymiseen. Lisäksi taloudellisten kriisien on todettu lisäävän terveyserojen kasvua väestöryhmien välillä. Nämä riskit ovat Suomen kannalta merkittäviä, koska EU:n viimeisimmässä maa-arviossa on todettu kuolleisuuden, joka olisi ollut ehkäistävissä kansanterveyden toimilla, olevan Suomessa hieman yleisempää kuin EU:ssa keskimäärin.

Asiakas- ja potilasryhmien ohella on tärkeä muistaa, että epidemialla ja siihen liittyvillä toimilla on erilaisia vaikutuksia eri työntekijäryhmiin. Poikkeustilanne on stressitekijä kaikille työtilanteesta riippumatta. Sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstöllä sekä muilla kriittisissä tehtävissä toimivilla on erityinen ylikuormittumisen riski.

Poikkeusolojen vaikutukset kohdentuvat koko väestön hyvinvointiin ja terveyteen, mutta ne jakautuvat epätasaisesti kohdentuen todennäköisesti enemmän heikommassa asemassa oleviin ihmisiin. Esimerkiksi karanteenia vastaavissa olosuhteissa kotona olevien iäkkäiden henkilöiden toimintakyky voi heikentyä nopeasti vähentyneen liikkumisen, heikoman ravitsemuksen sekä vähentyneiden sosiaalisten kontaktien vuoksi. Myös osa lapsiperheistä tarvitsee tässä haastavassa tilanteessa muita enemmän tukea arjen hallinnassa, koska perheiden henkilökohtainen tukiverkosto ei voi auttaa. Useassa perheessä arjen vastuun kantaa yksi aikuinen. Lisäksi koulun ja varhaiskasvatuksen tarjoama arjen tuki on jäänyt pois. Merkkejä lähisuhde- ja perheväkivallan lisääntymisestä on havaittu. Yhteiskunnallinen epävarmuus ja talouteen ja terveyteen liittyvät uhkakuvat kuormittavat väestöä yleisesti ja lisäävät huolta ja kysymyksiä omasta toimeentulosta ja selviytymisestä. Erityisen haavoittuvia ryhmiä ovat maahanmuuttajat, mielenterveyshäiriöistä tai päihdeongelmasta kärsivät, vammaiset henkilöt, asunnottomat ja tilapäistä asumista tarvitsevat ja vähävaraisimmat ihmiset sekä ihmiset, joilla ei ole riittäviä mahdollisuuksia nettiasiointiin.

Palvelujen supistaminen ja liikkumisrajoitusten käyttöönotto iäkkäiden palveluissa, erityisesti kotona asuvien kohdalla, on aiheuttanut ja tulee lisääntyvästi aiheuttamaan muun muassa iäkkäiden henkilöiden hyvinvoinnin ja toimintakyvyn heikentymistä. Tämä siitä huolimatta, että ministeriö ja valvontaviranomaiset ovat ohjauksessaan vahvasti korostaneet perus-

palvelujen turvaamista myös poikkeusoloissa. Muun muassa päivätoimintaryhmien toiminnan tartuntatautilakiin perustuva lakkauttaminen on vähentänyt huomattavasti vuorovaikutusta ja sosiaalisia kontakteja toisten ihmisten kanssa. Kaikissa kunnissa ei ole järjestetty näille palveluille korvaavia toimintoja, esimerkiksi etäyhteyksin toimivia hyvinvoinnin edistämisen palveluja, tai iäkkäillä henkilöillä ei ole osaamista ja mahdollisuutta niiden hyödyntämiseen. Omaishoitajien jaksamista vaikeuttaa omaishoitajien vapaan aikaisten hoidettavalle tarjolla olevien palveluvaihtoehtojen väheneminen, jonka takia moni jättää vapaansa käyttämättä. Erityinen riski jäädä sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen ja niitä koskevan neuvonnan ja ohjauksen ulkopuolelle, on ainakin osalla niitä iäkkäitä henkilöitä, jotka eivät ole säännöllisten palvelujen piirissä.

Lapsen oikeuksien yleissopimuksen 3 artiklan mukaan kaikissa julkisen tai yksityisen sosiaalihuollon, tuomioistuinten, hallintoviranomaisten tai lainsäädäntöelimien toimissa, jotka koskevat lapsia, on ensisijaisesti otettava huomioon lapsen etu. Lisäksi sopimusvaltiot sitoutuvat takaamaan lapselle hänen hyvinvoinnilleen välttämättömän suojelun ja huolenpidon ottaen huomioon hänen vanhempiensa, laillisten huoltajiensa tai muiden hänestä oikeudellisesti vastuussa olevien henkilöiden oikeudet ja velvollisuudet.

Koronapandemialla voidaan arvioida olevan sekä välittömiä että pitkän aikavälin vaikutuksia lasten hyvinvointiin. Vaikutukset kohdistuvat todennäköisesti eniten lapsiin, jotka ovat olleet heikommassa asemassa ennen koronapandemian käynnistymistä. Taloudelliset vaikeudet tuntuvat vähävaraisten perheiden ohella etenkin niissä kotitalouksissa, joissa tapahtuu äkillisiä muutoksia toimeentulossa. Ennen kriisin alkua köyhissä lapsiperheissä arvioitiin olevan tulonjakotilaston mukaan noin 119 000 lasta. Eri tahot ovat ilmaisseet vahvan huolensa lasten hyvinvoinnista ja avunsaannin mahdollisuuksista perheissä, joissa aikuisten päihteidenkäyttö ja väkivalta lisääntyvät.

Sosiaalihuoltolain 36 §:n 2 momentin mukaisen palvelutarpeen arvioinnin aloittamisen määräajasta luopumisen vaikutukset iäkkäisiin henkilöihin

Iäkkäiden henkilöiden palvelutarpeen arvioinnista on erityissäännös sosiaalihuoltolan 36 §:n 2 momentissa, jonka mukaan yli 75-vuotiaiden palvelutarpeen arviointi on aloitettava viimeistään seitsemän arkipäivän kuluessa siitä, kun asiakas, asiakkaan omainen tai läheinen tai hänen laillinen edustajansa on ottanut yhteyttä sosiaalipalveluista vastaavaan kunnan viranomaiseen palvelujen saamiseksi. Myös vanhuspalvelulain 15 §:n 2 momentissa viitataan iäkkäiden henkilöiden palvelutarpeen selvittämisen osalta sosiaalihuoltolain mainittuun säännökseen.

Koronavirustartuntariskiä koskevan ohjeistuksen mukaan kuitenkin iältään nuoremmatkin eli yli 70-vuotiaat ovat riskiryhmässä. Valmiuslain mukaisesta määräajasta luopumisen toimeenpanosta ei ole saatavissa tarkkaa tilastotietoa. Kunnista saadun yleisen tilannekuvan pohjalta on kuitenkin saatu käsitys, että säännöstä ei ole tarvinnut vielä käyttää merkittävästi, vaan arvioinnit on pääsääntöisesti saatu tehtyä lain edellyttämässä määräajassa tekemällä arviointeja etätyönä puhelimitse tai muilla tavoin. Joissain tilanteissa voidaan kuitenkin arvioida, että iäkkäiden henkilöiden palvelutarpeen arvioinnin seitsemän arkipäivän määräajasta poikkeaminen on saattanut hidastaa asiakkaiden pääsyä palvelujen piiriin ei-kiireellisissä tilanteissa. Iäkkäiden ja monisairaiden henkilöiden terveydentila ja avun tarve voivat muuttua nopeasti, jolloin arvioinnin viivästymisen vuoksi avun saanti on saattanut viivästyä. Myös kohtaamisista luopuminen ja etätyöskentelyyn siirtyminen voi lisätä riskejä tuen tarpeen tunnistamisessa.

Kuntien työntekijöitä on siirretty päivätoimintojen sulkemisen vuoksi ja muun muassa erilaisista kehittämishankkeista esimerkiksi asiakasohjaukseen ja puhelinneuvontaan, jota on laajennettu kunnissa. Puhelinneuvonnan järjestämistä on jaettu eri toimijoiden kesken, esimerkiksi Vantaalla siten, että yli 85-vuotiaiden neuvonnasta vastaa sosiaali- ja terveydenhuolto ja kuntalaispalvelut sekä seurakunta ovat yhteydessä alle 85-vuotiaisiin. Asiakasohjaus on tiivistänyt puhelimitse tapahtuvia yhteydenottoja myös omaishoitoperheisiin, henkilökohtaisen avun asiakkaisiin, kotona asumisen tukipalvelujen asiakkaisiin ja muisti-asiakkaisiin. Huoli-ilmoitusten määrä on jonkin verran kasvanut.

Sosiaalista kantokykyä ja hyvinvointia voi heikentää se, että iäkkäät ihmiset ovat vetäytyneet koteihinsa eivätkä hae apua tai tule vastaanottokäynneille erilaisten ilmaantuvien vaivojen vuoksi. Tämä tulee vaikeuttamaan jatkossa kroonisten sairauksien hoitoa ja rasittamaan palvelujärjestelmää monin tavoin. Etsivän työn menetelmien sekä järjestötoimijoiden tavoittamiskeinojen ja kapasiteetin hyväksikäyttö tuen tarpeessa olevien tavoittamiseksi on merkityksellistä ja tärkeää julkisen palveluverkon toiminnan kannalta. Poikkeuksellisen tilanteen aikaansaamaa kolmannen sektorin ja kunnan toimijoiden välisen yhteistyön lisääntymistä ihmisten avun tarpeen tunnistamisessa voidaankin pitää lähtökohtaisesti positiivisena seurauksena poikkeusoloissa kehittyneille toimintatavoille. Sen riskinä on kuitenkin toimijoiden roolien sekoittuminen ja vastuiden hämärtyminen, jos tuen tarpeessa olevien ohjauksesta sosiaalihuoltoon ei ole riittävän selvästi sovittu.

Poikkeusolojen jälkeen voi tulla kysyntähuippu palvelutarpeen arviointeihin ikääntyneiden palveluissa. Tarve iäkkäitä omaishoitajia ja heidän hoidettaviaan tukeviin palveluihin voi myös kasvaa merkittävästi.

Sosiaalista kantokykyä heikentävänä asiana voi olla muun muassa se, että kotihoidon asiakkaan luona käyvien ihmisten määrää on rajoitettu, kuten myös ympärivuorokautisen hoidon yksiköissä. Työntekijäkontaktien vähentäminen lisää työntekijöiden tarvetta ja muun muassa työntekijöiden määräämistä ylitöihin, mikä lisää palkkakustannuksia ja rasittaa siten kuntien taloutta ja sen vakautta. Sillä voi myös olla vaikutuksia siihen, miten mahdolliset tuen tai hoidon tarpeen muutokset asiakkaan tilanteesta havaitaan.

Arvioitaessa valmiuslain nojalla käyttöön otettujen toimivaltuuksien sekä tartuntatautilain perusteella tehtyjen toimenpiteiden mahdollisia kielteisiä vaikutuksia iäkkäiden henkilöiden palvelutarpeen arviointiin ja palvelujen saantiin sekä niiden toteuttamiseen, on kuitenkin otettava huomioon, että toimivaltuuksien käyttöönotolla on tarkoitus hidastaa koronaviruksen leviämistä ja suojella erityisesti yli 70-vuotiaita iäkkäitä sekä monisairaita ihmisiä tartuntariskiltä. Saatavilla olevan tutkimustiedon perusteella koronavirus näyttää erityisenä riskinä iäkkäille henkilöille, mistä syystä yli 70-vuotiaiden henkilöiden suojeleminen tartunnalta on asetettu erityisen tärkeäksi seikaksi estettäessä tartuntataudin leviämistä. Sosiaalihuollon toimijoilta on kuitenkin tullut vahva viesti siitä, että vaikka palvelutarpeen arviointien aikarajoista ei vielä olekaan jouduttu merkittävästi luopumaan, on huomattava, että epidemian huippu on useimmissa paikoissa vasta tulossa, mikä lisää sosiaalihuollon painetta ja haasteita määräaikojen kanssa. Ikääntyneiden välttämättömien palvelujen turvaamiseksi jouston mahdollisuus määräajoista olisi syytä edelleen säilyttää.

Sosiaalihuoltolain 36 §:n 2 momentin mukaisen palvelutarpeen arvioinnin aloittamisen määräajasta luopumisen vaikutukset vammaisiin henkilöihin

Vammaiset henkilöt saavat usein kunnan järjestämisvastuun alaisia sosiaalihuollon erityispalveluja, jotka turvaavat heidän oikeuttaan välttämättömään huolenpitoon, yhdenvertai-

suuteen ja osallisuuteen. Sosiaalihuoltolain 36 §:n 2 momentin mukaisesta palvelutarpeen arvioinnin määrääjasta luopuminen ei koske vammaispalvelulain 3 a §:n 1 momentin mukaista palvelutarpeen selvittämistä. Näin ollen asetuksella ei ole välittömiä vaikutuksia vammaisten henkilöiden välttämättömien sosiaalihuollon erityispalvelujen toteuttamiseen. Asetuksella on kuitenkin havaittu olleen välillisiä vaikutuksia vammaisten henkilöiden palvelutarpeen arvioinnin käytäntöihin sekä palvelujen myöntämiseen ja toteuttamiseen.

Vammaiset henkilöt voivat tarvita vammaispalvelulain mukaisten palvelujen lisäksi myös sosiaalipalveluja, joissa ehdotetun asetuksen 3 momentin nojalla voitaisiin luopua sosiaalihuoltolain 36 §:n 2 momentin mukaisen palvelutarpeen arvioinnin määrääjasta. Joidenkin palvelujen kohdalla tämä voi viivästyttää myös vammaisen henkilön palvelutarpeen arviointia. Esimerkiksi kuntoutuksen työtoiminnan sekä mielenterveys- ja päihdepalvelujen tarpeen arviointi voi myöhentyä. Ehdotetun sääntelyn osalta tehtävää välttämättömyysarviointia on tehtävä toimenpiteen tarkoituksen ja sen vaikutusten osalta. Arvioinnissa on otettava huomioon asiassa keskeisten perusoikeuksien toteutuminen, kuten perustuslain 7 §:n mukainen oikeus elämään, 19 §:n 1 momentin mukainen oikeus välttämättömään huolenpitoon, 19 §:n 3 momentin mukainen oikeus riittäviin sosiaali- ja terveyspalveluihin sekä 22 §:n mukainen julkisen vallan velvollisuus turvata perus- ja ihmisoikeuksien toteutuminen. Näitä perusoikeuksia on arvioitava suhteessa poikkeusoloissa tarvittavien toimivaltuuksien käyttämiseen, jotta voidaan varmistaa henkilöstön riittävyys ja sen siirtäminen muihin palveluihin esimerkiksi tilanteessa, jossa välttämättömän sosiaalihuollon tehtävissä on poikkeusoloissa lisääntynyttä henkilöstötarvetta. Myös useat vammaiset henkilöt voivat kuulua vammansa tai sairautensa johdosta koronaviruksen riskiryhmään.

Aluehallintovirastojen kunnilta ja kuntayhtymiltä viikoilla 15-18 kokoaman sosiaalihuollon tilannekuvan mukaan vammaisten henkilöiden ja vammaispalvelujen tarpeessa ei ole toistaiseksi tapahtunut merkittäviä muutoksia. Noin yhdeksän kuntaa kymmenestä on katsonut, että vammaispalvelujen tarve on pysynyt ennallaan. Vammaisten henkilöiden osalta on otettava huomioon kuitenkin myös se, että koronavirusinfektion ja sen leviämisen estämiseksi tehtyjen toimenpiteiden seurauksena vammaisten henkilöiden palvelutarve voi jatkossa kasvaa ja tähän tarpeeseen on kyettävä vastaamaan asianmukaisella tavalla. Esimerkiksi sairastumistilanteissa henkilökohtaisten avustajien tai toimintayksikön henkilöstön saatavuus voi olla haasteellista. Palveluista järjestämisvastuussa olevien kuntien ja kuntayhtymien on varauduttava näihin tilanteisiin ennalta, ja niiden tulee ohjeistaa esimerkiksi henkilökohtaisen avun palvelun saajia ja avustajia sekä omaishoitajia ja omaishoidettavia koronavirusinfektion aiheuttamasta tilanteesta ja siinä toimimisesta.

Valmiuslain toimivaltuuksien käyttöönotolla ja tartuntatautilain toimenpiteillä on havaittu olleen vaikutuksia kuntien toimintaan palvelujen ja toimintojen tarkoitettua laajempanakin supistamisena. STM:n ohjeistusten virheellisestä tulkitsemisesta on syntynyt virheellisiä käytäntöjä palvelutarpeen arvioinnissa sekä palvelujen myöntämisessä ja toteuttamisessa. Saadun tiedon mukaan palvelutarpeen arviointeihin on tullut muutoksia, vaikka annetut asetukset eivät sovellu vammaispalveluiden palvelutarpeen arviointeihin. Henkilökohtaisen avun palvelun osalta on jätetty myöntämättä palvelua koronavirusilanteeseen vedoten tai henkilön ei ole ollut mahdollista käyttää myönnettyä henkilökohtaista apua esimerkiksi asumisyksikössä. STM:n ohjeissa ja ohjauksessa on toistuvasti painotettu, että tällaisiin muutoksiin ei ole poikkeusolojen johdosta perusteita. Vammaisten henkilöiden lyhytaikaishoitopaikkoja on suljettu tai kehoitettu välttämään niihin hakeutumista esimerkiksi omaishoitajan vapaan ajaksi. Tämä koettelee vammaisten henkilöiden omaishoitajien jaksamista ja voi lisätä palvelujen tarvetta ja kysyntää pidemmällä aikavälillä.

Päivä- ja työtoiminnan sulkemista ei ole aina pystytty korvaamaan vaihtoehtoisilla toimintamuodoilla ja tämä voi vaikeutua entisestään, jos vammaispalvelujen henkilöstön sairastavuus lisääntyy. Mielekästä tekemistä tarjoavien palvelujen sulkeutuminen voi heikentää vammaisen henkilön hyvinvointia ja lisätä kuntien haasteita yhteydenpidon turvaamiseen vammaisten henkilöiden kanssa. Joissakin tapauksissa omaiset ovat kokeneet ansiotyöstä pois jäämisen ainoaksi keinoksi turvata vammaisen henkilön hoito ja huolenpito palvelujen sulkeuduttua.

Toimintayksiköiden vierailukieltojen osalta on ollut epäselvyyttä, mihin kaikkiin yksiköiden ulkopuolisiin tahoihin kiello ulottuu. Vierailukieltoa on virheellisesti ulotettu koskemaan myös yksikön ulkopuolisiin, jotakin palvelua antaviin tahoihin, kuten henkilökohtaisiin avustajiin tai kuntoutustyöntekijöihin. Tämän ohella on esiintynyt vierailukiellolla perusteltua henkilön liikkumisen rajoittamista toimintayksiköstä ulos ja sisään. Vierailukielto ei kuitenkaan oikeuta vammaisen henkilön liikkumisen rajoittamista toimintayksikön ulkopuolelle, kuten työhön tai kotilomalle. Kentällä on havaittu epätietoisuutta sen suhteen, että henkilön liikkumista voidaan koronavirustilanteen aiheuttamassa poikkeustilassa rajoittaa ainoastaan tartuntatautilain mukaisella karanteenilla ja eristyksellä.

Vammaisten henkilöiden palvelujen järjestämisessä on poikkeusoloissakin otettava huomioon YK:n vammaisten henkilöiden oikeuksien sopimuksen 11 artikla, jonka mukaan sopimusvaltioiden tulee toteuttaa kaikki tarvittavat toimet varmistaakseen vammaisten henkilöiden suojelun ja turvallisuuden vaaratilanteissa.

Sosiaalihuoltolain 36 §:n 2 momentin mukaisen palvelutarpeen arvioinnin aloittamisen määräajasta luopumisen vaikutukset lapsiin ja lasten sosiaalipalveluihin

Kuntatoimijoiden antaman tilannekuvan perusteella kunnista noin 49 prosenttia raportoi lasten ja nuorten pahoinvoinnin kasvua. Myös lastensuojeluun liittyvät tuen tarpeet ovat kasvaneet. Niihin liittyvää kasvua raportoi 23 prosenttia vastanneista kunnista ja kuntayhtymistä. Kasvua oli myös edelliseen viikkoon nähden. Palvelutarpeen arvioinnin määräajasta luopuminen ei suoraan vaikuta lasten tai lapsiperheiden palvelutarpeen arviointiin, ellei lapsella ole vammaisuuksista annetun lain mukaista ylintä hoitotukea. Vammaisen lapsen palvelutarve tulee aina selvittää vammaispalvelulain 3 a §:n 1 momentin mukaisessa seitsemän arkipäivän määräajassa eli vaikutukset soveltamisasetuksen nojalla eivät tältä osin kohdennu myöskään vammaisiin lapsiin. Kuitenkin voi olla tilanteita, joissa lapsi saa vammaisuuksista annetun lain mukaista ylintä hoitotukea, mutta ei jostain syystä ole lainkaan vammaispalvelujen asiakas. Tämä lienee kuitenkin varsin poikkeuksellinen tilanne.

Sosiaalihuoltolain 36 §:n 3 momentin mukaan erityistä tukea tarvitsevan lapsen palvelutarpeen arviointi on aloitettava edelleen viimeistään seitsemäntenä arkipäivänä asian vireille tulosta. Palvelutarpeen arvioinnin määräajasta luopuminen ei myöskään ulotu lastensuojelulain mukaiseen palvelutarpeen arviointiin, mutta sosiaalihuollossa poikkeuksellisen tilanteen vuoksi olevat resurssihaasteet saattavat hidastuttaa lapsen ja perheen tarpeenmukaisen palvelujen saamista, jolloin lapsen etu ja oikeus tarpeenmukaisiin palveluihin saattaa vaarantua. Tavoitteena on, että lapset ja perheet saisivat tarvitsemiensa palveluja ensisijaisesti sosiaalihuoltolain nojalla. Kunnat ovat mukauttaneet eri tavoin palvelujaan poikkeusoloissa, mutta lasten hyvinvoinnin turvaaminen edellyttää toimivia ja helposti saavutettavia perustason sosiaali- ja terveystalouksia.

Lastensuojelun avo-, sijais- ja jälkihuollon palveluissa on noin 73 000 lasta ja nuorta (vuoden 2018 tieto). Yksittäisten kuntakohtaisten tietojen mukaan lastensuojeluilmoitusten

määrä on laskenut poikkeusolojen aikana. Sosiaalisten kontaktien vähentyessä perheiden ongelmat jäävät enenevässä määrin piiloon eikä lasten hyvinvointiin liittyvät havainnot tule ammattilaisten tietoon. Sosiaalinen eristyneisyys saattaa vaikeuttaa suojelutehtävän toteuttamista.

Lasten kiireelliset sijoitukset oletettavasti lisääntyvät poikkeusoloissa. Jo nyt on viitteitä siitä, että jo ennestään jaksamisensa rajoilla olleet vanhemmat ovat uupuneet sosiaalisessa eristyksessä muiden tukitoimien vähentyessä sekä varhaiskasvatuksen ja perusopetuksen kotiopetustilanteessa.

Vaikutukset työllisyyteen ja toimeentuloon

Tartuntataudin hillitsemiseksi tehdyt toimet ovat johtaneet laaja-alaisesti erilaisten palveluiden lakkauttamisiin ja supistuksiin. Tämän johdosta lomautukset ja työttömien määrä ovat lisääntyneet, mikä heijastuu ihmisten toimeentuloon. Tilanne näkyy myös yritysten maksuvaikeuksina ja mahdollisina konkurssina. Etuusmenot tulevat nousemaan Kelan arvion mukaan noin miljardilla eurolla. Kuntien sosiaalihuollon tilannekuvakyselyssä 37 prosenttia vastaajakunnista raportoi taloudelliseen tukeen riittävistä palvelutarpeiden kasvusta.

Vaikutukset turvallisuuteen

Kukin ministeriö vastaa perus- ja ihmisoikeuksien turvaamisesta oman toimialansa lainvalmistelussa ja toimeenpanossa. Viranomaisilla on velvollisuus tarvittaessa ohjeistaa ja valvoa toimintaa, jossa käytetään julkista valtaa. Sosiaali- ja terveysministeriö on antanut useita suosituksia ja ohjeita epidemiatilanteessa noudatettavaksi. Tarvetta ministeriön erityiselle ohjaamiselle on ollut, koska kunnissa on saatettu supistaa toimintaa tavalla, johon ei ole ollut perusteita valmiuslain toimivaltuuksien, tartuntatautilain tai muun lainsäädännön perusteella.

Tartuntavaaran vähentämiseksi osassa kunnissa on merkittäväällä tavalla supistettu tai siirretty palvelutuotantoa etäyhteyksillä toimivaksi. Osassa palvelutehtäviä tämä on ollut palveluun nähden toimiva tapa ja on vastannut myös asiakaskunnan esittämiin toiveisiin ja tarpeisiin. Kaikkiin palveluihin etävastaanotot eivät kuitenkaan ole palvelutehtävän hoitamisen kannalta mahdollisia, jolloin palvelutuotannon saatavuus tai laatu ovat voineet heikentyä. Kaikille asiakkaille ei myöskään etä- tai puhelinneuvonnan vastaanottaminen ole mahdollista, joten näiden henkilöiden osalta perustuslain 19 §:n 1 momentin mukainen oikeus riittävän toimeentulon ja huolenpidon saamiseen on voinut vakavasti vaarantua. Erityisen haasteellisessa tilanteessa ovat olleet esimerkiksi asunnottomat, joiden saatavilla olevat palvelut ovat voineet heikentyä merkittävästi tartuntatautilain nojalla suljettujen toimitilojen myötä.

2. Ehdotus valmiuslain 86, 88, 93 ja 94 §:n mukaisten toimivaltuuksien käytön jatkamiselle

Edellä olevan perusteella esitetään, että valmiuslain 86, 88, 93 ja 94 §:n mukaisia toimivaltuuksia jatketaan ajalle 14.5.-30.6.2020.

3. Säännökohtaiset perustelut ja toimivaltuuksien käytön vaikutukset

1 §. Ehdotetussa pykälässä todetaan, että asetuksessa säädetään valmiuslain (1552/2011) 3 §:n 5 kohdassa tarkoitetuissa poikkeusoloissa käyttöön otettujen toimivaltuuksien jatkamisesta.

2 §. Ehdotetun pykälän mukaan jatketaan valmiuslain 86 §:ssä säädettyjen toimivaltuuksien käyttöä sosiaali- ja terveydenhuollon toimintayksiköiden ohjaamiseksi. Toimivaltuuksia voitaisiin soveltaa koko valtakunnan alueella. Valmiuslain 86 §:n mukaan sosiaali- ja terveysministeriö sekä toimialueellaan aluehallintovirasto voi päätöksellään velvoittaa sosiaali- ja terveydenhuollon toimintayksikön laajentamaan tai muuttamaan toimintaansa, siirtämään toimintansa kokonaan tai osaksi oman toimialueensa tai sijaintipaikkansa ulkopuolelle taikka järjestämään toimintaa myös toimialueensa ulkopuolella, sijoittamaan hoidon tai huollon tarpeessa olevia henkilöitä toimintayksikköönsä siitä riippumatta, mitä asiasta on säädetty, määrätty tai sovittu ja luovuttamaan toimintayksikön tai osan siitä valtion viranomaisten käyttöön.

Tartuntatautilaissa on säännöksiä tartuntatautien torjuntatyössä käytettävissä olevista toimenpiteistä, mutta ne eivät sisällä mahdollisuutta velvoittaa julkisia tai yksityisiä toimintayksiköitä muuttamaan toimintaansa.

Sosiaalihuollossa yksityiset palveluntuottajat tuottavat noin puolet vammaisten ja iäkkäiden henkilöiden palveluista. Sosiaalihuollon lainsäädäntö ei mahdollista esimerkiksi henkilöstön siirtämistä kriittisiin toimintoihin. Pandemiatilanteessa lisäresurssia tulisi kohdentaa erityisesti iäkkäiden ja vaikeasti vammaisten henkilöiden asumispalveluihin sekä kotiin annettaviin palveluihin. Kotihoidon turvaamiseksi henkilöstöresursseja ei ole helposti saatavilla, koska samojen ammattilaisten työpanosta tarvitaan epidemian edetessä entistä enemmän myös asumispalveluissa. Henkilöstöä voidaan siirtää muista supistettavista palveluista tai sellaisista palveluista, joiden tuottamistapaa on muutettu, silloin, kun henkilön koulutus sen mahdollistaa (esimerkiksi päiväkeskustoiminta, päivätoiminnot, kuntouttava työtoiminta, lapsiperheiden kotipalvelu). Nykyisin lupa- ja valvontaviranomaisten käytännön mukaan eri asiakasryhmät ovat eri asumisyksiköissään. Valmiuslain nojalla voitaisiin tarvittaessa sijoittaa asiakkaita tästä poikkeavasti.

Sosiaali- ja terveydenhuollon toimintakyvyn turvaamiseksi ja voimavarojen kohdentamiseksi pandemiatilanteessa tarkoituksenmukaisella tavalla, sosiaali- ja terveysministeriöllä tulisi edelleen olla toimivaltuudet määrätä kunnallisia ja yksityisiä sosiaali- ja terveydenhuollon palveluntuottajia muuttamaan toimintaansa. Säännöksen esitöiden mukaan STM:n toimivalta on tarpeen alueellisten toimenpiteiden yhteensovittamiseksi (HE 3/2008 vp s. 77).

Säännöksen soveltamismahdollisuudet ovat verrattain laajat. Niiden soveltaminen on kuitenkin sidottu välttämättömyyden ja oikeasuhtaisuuden edellytyksiin. Niiden tarkoitus on toteuttaa julkisen vallan yleistä velvoitetta turvata oikeus elämään ja terveyteen sekä riittäviin terveyspalveluihin sekä turvata terveydenhuollon toimintakapasiteetti. Päätökset voivat kohdistua niin palvelutoiminnan ja palvelurakenteen muuttamiseen kuin sisältöön. Valtuutta käyttämällä potilaita ja asiakkaita voidaan myös ohjata eri yksiköihin siten, että heidän oikeutensa turvallisesti toteutettuihin palveluihin varmistetaan. Valtuuden käyttöä on perusteltu laajemmin edellä jaksossa 1.6.2.

3 §. Ehdotetun pykälän mukaan jatketaan valmiuslain 88 §:n tarkoitettua kunnan oikeutta luopua terveydenhuoltolaissa (1326/2010) säädettyjen kiireettömän hoidon määräaikojen

noudattamisesta ja sosiaalihuoltolain (1301/2014) 36 §:ssä tarkoitetuista palvelutarpeen arvioinneista. Säännöstä voidaan soveltaa koko valtakunnan alueella. Valmiuslain 88 §:n mukaan väestön sosiaali- ja terveydenhuollon turvaamiseksi 3 §:n 1, 4 ja 5 kohdassa tarkoitetuissa poikkeusoloissa voidaan valtioneuvoston asetuksella säätää, että kunta voi luopua:

- 1) terveydenhuoltolaissa (1326/2010) säädettyjen määräaikojen noudattamisesta kiireettömän hoidon järjestämisessä, jos se on välttämätöntä kiireellisen hoidon järjestämiseksi ja jos määräajan ylittäminen ei vaaranna potilaan terveyttä;
- 2) sosiaalihuoltolain (1301/2014) 36 §:ssä tarkoitetuista palvelutarpeen arvioinneista;
- 3) lasten päivähoidosta annetun lain (36/1973), (nykyisin varhaiskasvatuslain (540/2018) mukaisen päivähoidon järjestämisvastuusta, jos lapsen vanhemmat tai muut huoltajat voivat järjestää lapsen hoidon muutoin;
- 4) terveydensuojelulain (763/1994) mukaisen ilmoituksenvaraiseen toimintaan liittyvien ilmoitusten käsittelystä ja päätöksenteosta sekä asuntojen terveyshaittojen selvittämiseen liittyvistä tehtävistä.

Valmiuslain 88 §:n mukaiset toimivaltuudet on otettu käyttöön 18.3.2020 alkaen ja niiden käyttöönottoa on jatkettu 13.5.2020 saakka. Valmiuslain 88 §:n mukaisten toimivaltuuksien nojalla on annettu soveltamisasetukset 17.3.2020 ja 6.4.2020. Edellä jaksossa 1.5 kuvataan terveydenhuoltolaissa olevaa sääntelyä kiireettömään hoitoon pääsyn määräajoista sekä niitä koskevaa valvontaa. Asetuksen mukaan kunta on voinut luopua terveydenhuoltolain 51-53 §:ssä säädettyjen kiireettömään hoitoon pääsyn määräaikojen noudattamisesta. Kiireellinen hoito on kuitenkin tullut antaa välittömästi. Myöskin hoidon tarpeen arvio on säännöksen mukaan tullut tehdä määräajassa. Erikoissairaanhoidossa lähete on tullut myöskin arvioida säädettyssä määräajassa. Hoidon tarpeen arvioinnin yhteydessä lääketieteellisesti tai hammaslääketieteellisesti tarpeelliseksi todettu hoito on tullut järjestää potilaan terveydentila ja sairauden ennakoitavissa oleva kehitys huomioon ottaen kohtuullisessa ajassa, eikä määräajoista poikkeaminen ole saanut vaarantaa potilaan terveyttä.

Erikoissairaanhoidossa on edellä kuvatulla tavalla ollut välttämätöntä ryhtyä ennakoivasti toimenpiteisiin tehohoito- ja tehovalvontapaikkojen lisäämiseksi ja vuodeosastopaikkojen lisäämiseksi covid-19-potilaiden käyttöön, mikä on edellyttänyt resurssien uudelleen kohdentamista kiireettömän hoidon kustannuksella. Vaikka covid-19-potilaiden potilasmäärät sairaalahoidossa ovat olleet maltillisia, erikoissairaanhoidossa on edelleenkin tarve ylläpitää valmiutta vastaanottaa nopealla aikataululla suuri määrä covid-19-potilaita, jos infektio leviää nopeasti väestössä. Tämän vuoksi erikoissairaanhoidon kiireetöntä toimintaa on välttämätöntä ylläpitää normaalia pienemmällä kapasiteetilla vielä jonkin aikaa, minkä vuoksi kiireettömän hoidon hoitoon pääsyn määräajat kasvavat.

Perusterveydenhuollossa vastaanottokäynnit ovat vähentyneet pandemian aikana. Kunnat ovat supistaneet palvelutarjontaa ja samanaikaisesti potilaat ovat vähentäneet hoitoon hakeutumista. Digitaalisten palvelujen käyttö on lisääntynyt, mutta se ei kuitenkaan ole korvannut täysin avosairaanhoidon käyntien poisjäämistä. Sosiaali- ja terveysministeriö on ohjeistuksessaan korostanut, että perustason kaikista palveluista, mukaan lukien kiireetön hoito, on pidettävä huolta myös pandemian aikana. Kiireettömän hoidon jonoja ei ole syntynyt, mikä johtunee kysynnän laskusta. On kuitenkin huolestuttavaa, jos potilaat eivät tunnista vakavia oireita tai arvioivat oireidensa vaikeusasteen väärin ja infektiotaudin pelossa välttävät kaikkea hoitoon hakeutumista, mikä voi aiheuttaa heille merkittävän terveydellisen haitan ja sairauden hoidon vaikeutumisen. Siksi onkin edelleen tärkeää viestiä väestölle, et-

tä terveydenhuollossa hoidetaan jatkuvasti muitakin kuin koronavirusinfektioon liittyviä akuutteja ongelmia.

Suun terveydenhuollon hammashoidon yhteydessä tartuntavaara on suurempi ja sen vuoksi kiireettömiä vastaanottoaikoja on peruttu ja siirretty sekä asiakkaiden että palveluntuottajien puolelta. Perusterveydenhuollon avohoidon hoitoilmoitustietojen mukaan julkisella sektorilla hammashoidon vastaanottokäynnit ovat vähentyneet viikosta 12 alkaen noin kolmanneksen alkuvuoden 2020 normaalitilanteesta. Käynnit ovat kuitenkin viikosta 17 (20.4. alkava viikko) alkaen lähteneet nousuun. Hoitojen viivästymisen vuoksi on odotettavissa kiireellisen hoidon tarpeen lisääntymistä. Tilanne ei kuitenkaan ole toistaiseksi heijastunut suun terveydenhuollon kuuden kuukauden hoitotakuun määräaikaan, sillä osa potilaista on itse perunut vastaanottoaikojaan. Taloustilanteen heikentyessä on odotettavissa, että julkisen suun terveydenhuollon palvelujen kysyntä kasvaa suhteessa yksityisiin.

Terveydenhuollon palvelujärjestelmän kuormitustilannetta on kuvattu tarkemmin luvussa 1.3. Ohjeistuksella pyritään vähitellen tautitilanteen niin salliessa palvelujärjestelmän kyvyn rajoissa lisäämään kiireettömien hoitojen antamista perusterveydenhuollossa, suun terveydenhuollossa ja erikoissairaanhoidossa. Lisäksi valtioneuvosto on päättänyt tartuntoja ehkäisevien rajoitusten asteittaisesta väljentämisestä. Näiden seikkojen johdosta on odotettavissa, että väestö ryhtyy enenevässä määrin haketumaan hoitoon kiireettömissä tilanteissa, mikä saattaa johtaa jonojen muodostumiseen ja hoitoon pääsyn viivästymiseen. Nykyisessä epidemian kasvun voimakkaan hidastumisen vaiheessa on ilmeistä, että valtaosa väestöstä on vailla vastustuskykyä ja siksi edelleen altis tartunnalle. Rajoitetoimien suunnitelmallinen ja asteittainen purku johtanee tartuntojen lisääntymiseen sekä väestössä että myös sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstössä. Palvelujärjestelmän ylikuormittumisen mahdollisuus on siten edelleen olemassa. Toisaalta myös rajoitetoimien ylläpito poikkeuksellisine toimintamalleineen sitoo sosiaali- ja terveydenhuollon voimavaroja ja aiheuttaa palveluiden tarpeen ja saatavuuden yhteensovittamiselle sekä palvelujärjestelmän ohjaukselle ja johtamiselle normaalioloista olennaisesti poikkeavia haasteita. Valmiuslain 88 §:n mukainen toimivaltuus olla noudattamatta terveydenhuollon kiireettömän hoidon määräaikoja on ollut voimassa noin kaksi kuukautta, mikä on otettava huomioon arvioitaessa rajoituksen oikeasuhtaisuutta. Sen vuoksi valmiuslain 88 §:n mukaisten toimivaltuuksien jatkaminen on välttämätöntä kiireellisen hoidon turvaamiseksi. Toimivaltuuden käytön edellytyksenä on, että sen käyttö on välttämätöntä kiireellisen hoidon turvaamiseksi eikä määräajan ylittäminen saa vaarantaa potilaan terveyttä.

Sosiaalihuollon osalta on valmiuslain nojalla mahdollista luopua sosiaalihuoltolain 36 §:n 2 momentissa säädetystä palvelutarpeen arvioinnin määräajasta. Tästä on säädetty aikaisempaan asetukseen nähden tarkennettuna voimassa olevassa soveltamisasetuksessa. Säännöksen alussa oleva velvoite aloittaa palvelutarpeen arviointi viipymättä ja saattaa se loppuun ilman aiheutonta viivytystä olisi jatkossakin voimassa ja se olisi otettava huomioon palvelutarpeen arvioinnin toteuttamisessa, vaikka palvelutarpeen arvioinnin aloittamisen määräajasta luovuttaisiinkin. Edellytyksenä palvelutarpeen arvioinnin aloittamisen määräajasta luopumiselle olisi edelleen, ettei henkilön välttämätön toimeentulo ja huolenpito vaarannu. Samoin kiireellistä avun tarpeen arviointia koskevaa sosiaalihuoltolain 36 §:n 1 momenttia olisi edelleen sovellettava ja tällainen avun tarve olisi arvioitava viipymättä.

Henkilön oikeus välttämättömään huolenpitoon ja toimeentuloon turvataan sosiaalihuoltolain 12 §:n perusteella ja oikeus perustuslain 19 §:n 3 momentin mukaisiin riittäviin sosiaali- ja terveystalouteen sosiaalihuoltolain ja muun lainsäädännön mukaisilla palveluilla. Mahdollisuus luopua palvelutarpeen arvioinnin aloittamisen määräajasta ei lakkauta entisiä asi-

akkuuksia ja palvelujen järjestämisvelvoitteen jatkumista niiden osalta. Palvelutarpeen arvioinnin aloittamisen määräajasta luopuminen ei edelleenkään koskisi lastensuojelulaissa ja vammaispalvelulaissa säädettyjä määräaikoja. Kyseisten palvelujen osalta on otettava huomioon perustuslain 23 §:n mukaisesti myös kansainvälisten ihmisoikeussopimusten velvoitteet.

Sosiaalihuollon palvelutoiminnasta kuntatoimijoilta kerätyn tilannekuvan perusteella sosiaalihuoltoon kohdistuva palvelutarve on kasvanut neljättä viikkoa peräkkäin. Viikolla 18 kasvua on sosiaalihuollossa ollut erityisesti taloudelliseen tukeen liittyen, johon liittyvästä kasvusta raportoi 37 prosenttia kyselyyn vastanneista kunnista. Nykyisen sosiaalihuoltolain mukaan palvelutarpeen arvioinnin aloittamisen määräajoista poikkeaminen ei ole mahdollista, minkä vuoksi tarvitaan edelleen valmiuslain mukaisia toimivaltuuksia. Mitä pidempään tilanne jatkuu, sitä enemmän palvelutarpeita kasautuu. Sosiaalihuollon kuormituksen tilannekuvaa on kuvattu tarkemmin edellä jaksossa 1.3 sekä vaikutusarviointia kuvaavassa luvussa. Nähtävissä on palvelutarpeen kasvua etenkin sosiaalihuollon ohjauksen ja neuvonnan palveluissa, taloudellisessa tuessa, lapsiperheiden palveluissa sekä iäkkäiden ja vammaisten henkilöiden palveluissa. Ohjeistuksella on pyritty ohjaamaan vahvaan peruspalveluista huolehtimiseen etenkin haavoittuvassa asemassa olevien asiakkaiden kohdalla sekä muistutettu kiireellisen palvelutarpeen arvioinnista, joka on kaikkien asiakkaiden kohdalla tehtävä välittömästi. Edellä terveydenhuollon osalta kuvatun mukaisesti hallituksen päättämästä rajoitusten asteittaisesta vähentämisestä voi olla odotettavissa myös sosiaalihuollon palvelutarpeiden ja asiakasmäärän kasvua, pulaa henkilöstöstä sekä tarvetta henkilöstön siirroille ja palvelujärjestelmän ylikuormittumista. Tämä tilanne voi tulla eteen esimerkiksi iäkkäiden henkilöiden palveluissa, jos henkilöstöä sairastuu suuressa määrin.

Valmiuslain 88 §:n mukainen toimivaltuus olla noudattamatta sosiaalihuollon palvelutarpeen arvioinnin aloittamisen määräaika on ollut voimassa noin kaksi kuukautta ja jatkamista esitetään noin puolentoista kuukauden ajaksi, mikä on otettava huomioon arvioitaessa rajoituksen oikeasuhtaisuutta. Toimivaltuuden käytön edellytyksenä on, että sen käyttö on välttämätöntä sosiaali- ja terveydenhuollon toimintakyvyn turvaamiseksi eikä palvelutarpeen arvioinnin aloittamisen määräajan ylittäminen saa vaarantaa asiakkaan välttämätöntä toimeentuloa tai huolenpitoa. Mahdollisuus palvelutarpeen arvioinnin aloittamisesta joustamiseen on edelleen välttämätöntä erityisesti iäkkäiden henkilöiden riittävien ja välttämättömien palvelujen turvaamiseksi. Muihin asiakasryhmiin sääntelyllä ei olisi juurikaan vaikutusta. Kuitenkin kunnista saatujen tietojen ja sosiaali- ja terveysministeriöön tulleiden kansalaisyhteydenottojen perusteella voidaan arvioida epidemian jatkuessa lisääntyviä tarpeita myös vammaisten henkilöiden palveluissa. Jotta asetuksen mahdollistamasta joustosta palvelutarpeen aloittamisessa voidaan saada vapautuvaa henkilöstöresurssia esimerkiksi lisääntyvän kiireellisen avun tarpeen arviointiin, on sosiaalihuollon palvelutarpeen arvioinnin aloittamisen määräajasta luopumisen jatkaminen edelleen välttämätöntä.

Toimivaltainen viranomainen on valtioneuvosto ja asiasta on säädetty tarkemmin valtioneuvoston antamalla asetuksella kunnan oikeudesta olla väliaikaisesti noudattamatta terveydenhuollon kiireettömän hoidon ja sosiaalihuollon palvelutarpeen arvioinnin aloittamisen määräaikoja (197/2020). Soveltamisasetus on tarkoitus antaa uudelleen sen jälkeen, kun eduskunta olisi hyväksynyt tämän jatkamisasetuksen. Tarkoituksena on edelleen varmistaa, että kunnissa noudatetaan koko maassa yhtenäistä käytäntöä pykälässä tarkoitetuissa tilanteissa.

4 §. Ehdotetun pykälän mukaan jatketaan valmiuslain 93 §:ssä säädettyjä palvelussuhteen ehdoista poikkeamista koskevien toimivaltuuksien käyttöä terveydenhuollossa ja sosiaali-toimessa. Toimivaltuuksia voidaan soveltaa koko valtakunnan alueella.

Valmiuslain 93 §:n mukaan väestön terveydenhuollon turvaamisen välttämättä edellyttäessä työajan pidentämistä tai työajan poikkeavaa sijoittelua 3 §:n 1 ja 2 kohdassa tarkoite-tuissa poikkeusoloissa saadaan tilapäisesti poiketa työaikalain (872/2019) lepoaikoja ja yli-työtä koskevista säännöksistä ja vuosilomalain (162/2005) vuosiloman antamista koskevista säännöksistä. Pykälän 2 momentin mukaan terveydenhuollossa, sosiaalitoimessa, pelastus-toimessa, hätäkeskustoiminnassa ja poliisitoimessapalvelussuhteen ehdoista voidaan poike-ta 1 momentissa tarkoitettulla tavalla väestön terveydenhuollon, toimeentulon tai turvalli-suuden vuoksi myös 3 §:n 4 ja 5 kohdassa tarkoitetuissa poikkeusoloissa. Pykälän 3 mo-mentin mukaan palvelussuhteen ehdoista poikkeaminen ei saa aiheuttaa vaaraa työturvalli-suudelle tai työntekijän terveydelle. Poikkeamisen rajoista säädetään tarkemmin valtioneu-voston asetuksella.

Tehohoito edellyttää siihen perehtyneen lääkärin ympärivuorokautista läsnäoloa. Sekä teho-osastojen päiväaikaista lääkärimäärää, että päivystysjärjestelyjä joudutaan muuttamaan, jotta saadaan hoidettua sekä covid-19-potilaat että muut tehohoitoa vaativat. Anestesiolo-gian ja tehohoidon alan lääkäreistä suurin osa työskentelee normaalioloissa leikkaussaleis-sa, pienempi osa teho-osastoilla. Leikkaustoiminnan supistamisen myötä anestesia- ja heräämöhoidon resursseja vapautuu tehohoidon käyttöön. Osa anestesia- ja heräämöhoidon lääkäreistä työskentelee jo nykyisin säännöllisesti myös teho-osastolla. Muut anestesia- ja heräämöhoidon lääkärin tarvitsevat tehohoidon kertaus-koulutusta, joka on järjestettävissä. Lääkäriresurssi ei rajoita tässä suunniteltua tehohoidon kapasiteetin väliaikaista lisäämistä, mutta vaatii työaikajärjestelyjä ilta-, yö- ja viikonloppu-ajan vahvistamiseksi.

Tehohoitopotilaiden hoito vaatii erityiskoulutettua henkilökuntaa. Osaavien tehosairaanhoi-tajien ylimääräistä reserviä ei ole olemassa. Tehoavustajien sairaanhoitajat kykene-vät kuitenkin lisäperehdytyksen jälkeen toimimaan tehohoitotyössä, kun kokeneemman te-hosairaanhoitajan antamaa ohjausta on saatavilla. Lisäksi anestesia- ja heräämöhoidajien työssä on paljon elementtejä, jotka kuuluvat myös tehohoitotyöhön. Heidät on mahdollista perehdyttää tehohoitotyöhön. Normaalioloissa ympärivuorokautisesti toimiva tehohoito edellyttää kolmivuorotyötä tekeviä hoitajia pääsääntöisesti noin viisi hoitajaa per potilas-paikka eli noin 40 hoitajaa kahdeksanpaikkaista teho-osastoa varten.

Vuosilomat, sairauspoissaolot ja muut poissaolot edellyttävät sijaisia. Covid-19-potilaiden hoidon erityistarpeet ja infektiosuojapukeutumisen tarve lisäävät kuitenkin hoitajatarvetta suuresti; arviolta 1,5 –2 -kertaiseksi 7,5-10 hoitajaan jokaista käytössä olevaa tehohoito-paikkaa kohden. Hengityslaittehoidon, tehohoitopotilaan lääkehoidon ja muun vaativan te-hohoitotyön hallitsevia hoitajia tarvitaan pääsääntöisesti ainakin viisi hoitajaa jokaista käy-tössä olevaa tehohoitopaikkaa kohden. Osa muista hoitajista voi olla avustavia hoitajia, joil-la ei ole laajaa tehohoitotyön osaamista. Avustavina hoitajina voivat toimia esimerkiksi leik-kaussalihoitajat, jotka saavat perehdytyksen tehtäviinsä.

Työaikalakiin (829/2019) sisältyy työntekijän lepoaikoja koskevia vaatimuksia ja ylityötä (enimmäistyöaikaa) koskevia rajoituksia. Työntekijän lepoajasta säädetään lain 6 luvussa ja vaatimukset koskevat päivittäisiä taukoja, vuorokausilepoa ja viikkolepoa. Ylityöstä sääde-tään lain 5 luvussa. Ylityörajoitukset koskevat muun muassa työajan enimmäismäärää, yli-työltä edellytettävää suostu-musta sekä ylityöstä maksettavaa korvausta.

Lähtökohtana on, että työnantaja mitoittaa henkilöstön määrän sellaiseksi, että toimintaa voidaan harjoittaa lepoaikaa ja ylityötä koskevien vaatimusten mukaisesti normaalioloissa. Tavanomaiset sairauspoissaolot eivät oikeuta työnantajaa poikkeamaan näistä vaatimuksista. Työnantaja saa poikkeuksellisesti teettää kuitenkin hätätyötä, jos ennalta arvaamaton tapahtuma on aiheuttanut keskeytyksen säännöllisessä toiminnassa tai vakavasti uhkaa johtaa sellaiseen keskeytykseen tai hengen, terveyden, omaisuuden tai ympäristön vaarantumiseen. Hätätyön teettäminen edellyttää tapahtuman ennalta arvaamattomuutta. Työn lukeminen hätätyöksi oikeuttaa työnantajaa poikkeamaan yötyön rajoituksesta, ylityösuostumuksesta sekä lepoajoista. Lisäksi hätätyö oikeuttaa tilapäisesti poikkeamaan työajan enimmäismäärästä. Hätätyötä saa teettää enintään kahden viikon ajan.

Jos virusepidemia johtaisi laajasti terveydenhuollossa työskentelevien työntekijöiden ja viranhaltijoiden sairastumisiin, työkykyiseen henkilöstöön kohdistuva työvoimatarve voi kasvaa siinä määrin, että työaikalain lepoaikaa koskevat vaatimukset ja ylityötä koskevat rajoitukset muodostuvat esteeksi työn teettämiselle. Tätä vaikutusta kasvattaisi myös potilasmäärien kasvaminen. Vastaava tarve voi syntyä terveydenhuollon lisäksi sosiaalitoimessa.

Vuosilomalakia (162/2005) sovelletaan työ- ja virkasuhteessa tehtävään työhön, jollei toisin säädetä. Laissa säädetään muun muassa vuosiloman ansainnasta, sen antamisesta sekä työntekijälle maksettavasta lomapalkasta tai –korvauksesta.

Vuosiloman antamisesta säädetään vuosilomalain 5 luvussa. Työnantaja määrää vuosiloman ajankohdasta laissa säädetyin rajoituksin. Työnantajan on annettava neljän viikon kesäloma toukokuun 2. päivän ja syyskuun viimeisen päivän välisenä aikana. Talviloma eli viides lomaviikko on annettava lokakuun alun ja huhtikuun lopun välisenä aikana. Vuosiloman ajankohdasta voidaan laajasti sopia työnantajan ja työntekijän välisellä sopimuksella. Lähtökohtana on, että työnantaja mitoittaa henkilöstön määrän sellaiseksi, että toimintaa voidaan harjoittaa työntekijöille annettavista vuosilomista huolimatta.

Koska kesäloma voidaan työnantajan päätöksellä sijoittaa syyskuun loppuun asti ulottuvalle jaksolle, kesäaikaan voimassa olevassa soveltamisasetuksessa ei enää annettaisi valtuutta poiketa vuosiloman antamisajankohdasta.

Jos virusepidemia johtaisi laajasti sosiaali- tai terveydenhuollossa työskentelevien työntekijöiden ja viranhaltijoiden sairastumisiin, voisi vuosilomien antaminen johtaa työnantajan työvoimapulaan. Tätä vaikutusta kasvattaisi myös asiakas- tai potilasmäärien kasvaminen.

Jos lomat on jo myönnetty, ne lähtökohtaisesti sitovat työnantajaa. Työnantajalla ei ole oikeutta muuttaa hyväksytyn ja ilmoitetun loman ajankohtaa ilman työntekijän suostumusta. Jos työnantaja yksipuolisesti muuttaa ilmoitetun loman ajankohdan, voi siitä syntyä työnantajalle vahingonkorvausvelvollisuus. Valtakunnallisella virkaehtosopimuksella saadaan sopia virkamiehen tai viranhaltijan vuosiloman siirtämisessä ja keskeyttämisessä noudatettavasta ilmoitusajasta ja loman keskeyttämisen perusteista tilanteissa, joissa siirtäminen tai keskeyttäminen on julkisen vallan käyttöön liittyvistä painavista syistä tarpeen taikka välttämättömyyden vuoksi julkisyhteisön laissa säädettyjen terveyden tai turvallisuuden liittyvien tehtävien hoitamiseksi. Tämä ei koske työsuhteisia terveydenhuollon henkilöitä. Pandemiatilanteessa on tärkeää varmistaa osaavan sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstön riittävyys. Toimivaltuudet ovat välttämättömiä erityisesti terveydenhuollon ja sosiaalihuollon henkilöstön osalta.

Säännöksen käytön jatkamisella turvataan mahdollisimman paljon tilanteessa tarvittavia henkilöstöresursseja. Tämä tarkoittaisi esimerkiksi lepoaikojen vähimmäismääristä ja ylityön enimmäismääristä säätämistä.

Ehdotettu poikkeaminen lepoaikoja koskevista vaatimuksista sekä vuosiloman ajankohdasta koskisi myös työaikalain 34 §:ään ja vuosilomalain 30 §:ään perustuvia työ- ja virkaehtosopimusmääräyksiä. Jos työehtosopimuksella on sovittu laissa säädetyllä tavalla laista poiketen, nämä työehtosopimusmääräykset syrjäytyvät samalla tavalla kuin työaikalain ja vuosilomalain vastaavat säännökset. Palvelussuhteen ehdoista poikkeamista koskevan päätöksen tekisi yksittäisen työntekijän ja virkamiehen osalta työnantaja tai nimittävä viranomainen. Poikkeamisen rajoista on säädetty tarkemmin valtioneuvoston väliaikaisista poikkeuksista sovellettaessa eräitä vuosilomalain, työaikalain ja työsopimuslain säännöksiä antamalla asetuksella (128/2020), joka oli voimassa 18.3.-13.4. Soveltamisasetuksen voimassaoloa on jatkettu asetuksella 13.5.2020 saakka (190/2020). Soveltamisasetuksen voimassaoloa on tarkoitus jatkaa, kun eduskunta on hyväksynyt tämän jatkamisasetuksen.

5 §. Ehdotetun pykälän mukaan jatkettaisiin valmiuslain 94 §:n 3 ja 4 momentissa säädettyjä irtisanomisoikeuden rajoittamista koskevien toimivaltuuksien käyttöä. Toimivaltuuksia voitaisiin edelleen soveltaa koko valtakunnan alueella.

Valmiuslain 94 §:n 3 momentin mukaan maanpuolustuksen kannalta tärkeän tuotannon, väestön terveydenhuollon, toimeentulon tai turvallisuuden taikka huoltovarmuuden edellytysten turvaamiseksi 3 §:n 1 ja 2 kohdassa tarkoitetuissa poikkeusoloissa työntekijän, virkamiehen ja kunnallisen viranhaltijan irtisanoessa palvelussuhteensa irtisanomisaika on vähintään kuukauden pidempi kuin se lain taikka työ- tai virkaehtosopimuksen mukaan muutoin olisi, enintään kuitenkin kuusi kuukautta. Valtioneuvoston asetuksella säädetään tarkemmin irtisanomisajan pituudesta eri tehtäväryhmissä. Pykälän 4 momentin mukaan terveydenhuollossa, sosiaalitoimessa, pelastustoimessa ja hätäkeskustoiminnassa irtisanomisoikeutta voidaan rajoittaa 1–3 momentissa tarkoitettulla tavalla väestön välttämättömän terveydenhuollon, vähimmäistoimeentulon tai turvallisuuden vuoksi myös 3 §:n 4 ja 5 kohdassa tarkoitetuissa poikkeusoloissa. Ehdotetussa 5 §:ssä otettaisiin käyttöön valmiuslain 94 §:n 3 ja 4 momentissa säädettyjä toimivaltuuksia nimenomaan terveydenhuollon ja sosiaalitoimen työntekijän, virkamiehen ja kunnallisen viranhaltijan irtisanomisajan pidentämisestä. Työsopimuslaissa säädetään työsuhteen päättämisessä sovellettavista irtisanomisajoista. Työsopimuslain 6 luvun 3 §:n mukaan, jollei muusta ole sovittu, työnantajan noudatettavat irtisanomisajat työsuhteen jatkuttua keskeytyksettä ovat:

- 1) 14 päivää, jos työsuhde on jatkunut enintään yhden vuoden;
- 2) yksi kuukausi, jos työsuhde on jatkunut yli vuoden mutta enintään neljä vuotta;
- 3) kaksi kuukautta, jos työsuhde on jatkunut yli neljä mutta enintään kahdeksan vuotta;
- 4) neljä kuukautta, jos työsuhde on jatkunut yli kahdeksan mutta enintään 12 vuotta;
- 5) kuusi kuukautta, jos työsuhde on jatkunut yli 12 vuotta.

Työntekijän noudatettavat irtisanomisajat, jos muusta ei ole sovittu, ovat 14 päivää, jos työsuhde on jatkunut enintään viisi vuotta ja yksi kuukausi, jos työsuhde on jatkunut yli viisi vuotta. Jotta voidaan varmistua henkilöstön riittävyys kriisitilanteessa, ehdotetaan, että asetuksella voidaan sovellettavia irtisanomisaikoja pidentää. Tämä koskisi sekä lain mukaisia irtisanomisaikoja, että työsopimuslain 13 luvun 7 §:n mukaisella valtakunnallisella työehtosopimuksella sovittuja irtisanomisaikoja.

Valtioneuvosto antoi asetuksen väliaikaisista poikkeuksista sovellettaessa eräitä vuosilomailain, työaikalain ja työsopimuslain säännöksiä (128/2020), jonka 4 §:ssä säädetään irtisanomisajoista. Toimivaltuuden käytön jatkamisella olisi edelleen tarkoitus turvata terveydenhuollon ja sosiaalitoimintakyky pidentämällä irtisanomisaikaa tilanteessa, jossa merkittävä osa henkilöstöstä ei koronapandemiasta tai muista syistä johtuen ole työkykyinen.

Normaaliolojen toimivaltuudet noudattelevat virkamieslaissa (750/1994), työsopimuslaissa (55/2001) ja laissa kunnallisesta viranhaltijasta (304/2003) sekä kunta-alan ja valtion virkaja työehtosopimuksissa määriteltyjä irtisanomisaikoja.

6 §. Asetuksen voimaantuloa ja voimassaoloa koskeva säännös. On välttämätöntä jatkaa asetuksen toimivaltuuksien käyttöä heti nyt voimassa olevan käyttöönottoasetuksen voimassaolon päättyttyä ilman katkoa.

4. Toimivaltuuksien käytön soveltamisedellytysten seuranta ja säännösten kumoaminen

Valmiuslain 11 §:n 1 momentin mukaan poikkeusolojen päättyessä on voimassa oleva käyttöönottoasetus tai jatkamisasetus kumottava. Valmiuslain 11 §:n 2 momentin mukaan jonkin valmiuslain II osan säännöksen soveltamisedellytyksen lakatessa käyttöönotto- tai jatkamisasetusta on vastaavasti muutettava. Valtioneuvosto seuraa tarkkaan valmiuslain ja siinä säädettyjen valtuuksien käytön soveltamisedellytysten täyttymistä sekä soveltamisessa mahdollisesti havaittavia ongelmia.

5. Soveltaminen Ahvenanmaalla

Ahvenanmaan itsehallintolain (1144/1991) 27 §:n 34 kohdan mukaan valtakunnalla on lainsäädäntövalta asioissa, jotka koskevat valmiutta poikkeusolojen varalta. Valmiuslaki ja sen nojalla annetut säädökset ovat siten voimassa myös Ahvenanmaalla, vaikka itsehallintolain tai maakuntalainsäädännön nojalla samoja tehtäviä eivät kaikilta osin hoida vastaavat viranomaiset kuin valtakunnassa eikä maakunnan ao. lainsäädännön sisältö kaikilta osin vastaa valmiuslaissa ja käyttöönottoasetuksessa sekä sen jatkoasetuksissa mainittujen valtakunnan lakien sisältöä.

6. Asetuksen valmistelu

Asetus on valmisteltu valtioneuvoston kansliassa yhteistyössä sosiaali- ja terveysministeriön, työ- ja elinkeinoministeriön, oikeusministeriön sekä sisäministeriön kanssa.

7. Voimaantulo

Asetusta on tarkoitus alkaa soveltaa 14.5.2020. Asetus on voimassa 30.6.2020 asti.