

## Toimenpiteiden ja päivystyksen keskittämisen riskit hallintaan

Maantiede ja demografia asettavat hyvinvointialueet erilaisiin asemiin. Keskittämistä perustellaan potilasturvallisuudella, taloudella ja henkilöstön riittävyydellä, mutta välimatkat voivat vaikuttaa potilaan ennusteeseen.

Tuija Ikonen, Morag Tolvi 6.5.2025 12.54



Kuuntele

Hyvinvointialueiden tiukka talouskuri johtaa palveluverkon karsimiseen sekä lisääntyvään erikoissairaanhoidon ja päivystysten keskittämiseen. Välimatkojen kasvaminen ja siirtymät haastavat palvelujen oikea-aikaisuutta ja lisäävät haittoja, kun hoitoon hakeutuminen viivästyy.

Osaamisen keskittyminen erityistasolle voi heikentää hoidon laatua, jos komplikaatiota ei tunnisteta ajoissa. Palvelunjärjestäjien kannattaa arvioida palveluverkon muutosten riskit ja varmistaa rakenteiden ja prosessien turvallisuus viiveiden ja vahinkojen eliminoimiseksi.

### Tapaus 1

Sydämen läppäleikkaus tehtiin yliopistosairaalassa. Teho-osastolla rintaontelon laskuputkista tuli runsaasti vuotoa, joten ensimmäisenä yönä tehtiin uusintaleikkaus.

Punasolusiiirtojen jälkeen yleisvointi koheni. Sydämen kaikututkimuksessa sydän toimi moitteetta. Sydänpussissa nähtiin tilkka nestettä, joka ei painanut lokeroita.

Potilas siirtyi perjantai-iltapäivällä keskussairaalaan. Yli sadan kilometrin matkalla verenpaine ja happisaturaatiot laskivat. Perillä kaikututkimuksessa näkyi sydänpussissa kertymä, jota yritettiin tyhjentää, mutta saalis oli niukka.

Potilas vietiin kiireellä takaisin yliopistosairaalaan. Matkalla tajunnantaso ja verenpaine laskivat. Hätäleikkauksessa tamponaatio purettiin. Sydämen toiminta palautui, mutta tilanteesta seurasivat aivoinfarkti ja munuaisvaurio.

### Tapaus 2

Omaishoitajana toimiva 75-vuotias henkilö hakeutui kiirevastaanotolle alavatsan oikealla puolella tuntuvan kivun ja aristuksen vuoksi. Tulehdusarvot olivat lievästi suurentuneet. Henkilö sai neuvon hakeutua yhteispäivystykseen, jos oireet pahenisivat.

Viikonlopun aikana kipu voimistui, ilmaantui lämpöä, eikä ruokakaan maistunut. Koska puolisoa ei voinut jättää yksin kotiin, matka yli sadan kilometrin päähän yhteispäivystykseen ei tuntunut mahdolliselta.

Maanantaina hoitoapua järjestyi, ja henkilö lähti päivystykseen. Ruuhkan vuoksi odotusaika oli tunteja. Yleistila heikkeni, ja potilaalla todettiin puhjennut umpilisäke, vatsakalvotulehdus ja verenmyrkytys.

Tehohoito kesti kolme päivää, vuodeosastojakso viisi päivää ja kuntoutus terveyskeskuksen vuodeosastolla yli viikon. Lievä munuaisen vajaatoiminta paheni, ja leikkaushaava tulehtui.

Omaishoitajan kuntoutuminen arkeen kesti toista kuukautta. Siihen saakka puoliso oli ympärivuorokautisessa hoivassa toisella paikkakunnalla.

## Pohdinta

Suomessa tiivistetään palveluverkkoa, keskitetään hoitoja, vähennetään päivystystä ja siirrytään digitaalisiin palveluihin. Muutosta perustellaan sillä, että päivystysten ja leikkaustoiminnan keskittäminen turvaa palvelun saatavuutta, laatua, vaikuttavuutta ja potilasturvallisuutta. Tärkeänä motiivina on myös talouden kestävyys.

Toisaalta saavutettavuus heikkenee ja etäisyydet kasvavat osalle väestöä, mikä voi lisätä kuljetusjärjestelyjä ja kustannuksia (1).

Operatiivisen toiminnan turvallisuus on keskeistä vaikuttavan ja kustannusvaikuttavan hoitotuloksen saamiseksi. Olosuhdevaatimuksiltaan ja operaatiotekniikaltaan erityisten toimenpiteiden keskittämistä on perusteltu riittävän infrastruktuurin ja osaamisen varmistamisella. Komplikaatioiden vuoksi ympärivuorokautinen päivystys ja tilaisuus konsultoida useita erikoisalvoja ovat hyvän hoitotuloksen edellytys.

Keskittämisen hyödyistä tai vaikutuksista potilasturvallisuuteen Suomessa ei ole riittävästi tietoa (2).

Sydänleikkauksen tai kardiologisen toimenpiteen jälkeen sydänpussin tamponaatio on aina mahdollinen viikkojenkin kuluttua. Sitä esiintyy 0,1–6 prosentilla leikkauksen jälkeen.

Yli 48 tunnin kuluttua ilmaantuvan myöhäisen tamponaation riskitekijät ja tuntomerkit kannattaa osata. Veren hyytymistä estävä lääkitys lisää riskiä. Läppä- tai aorttaleikkausten, uusintaleikkausten ja ylimääräisten verensiirtojen jälkeen riski on tuntuvasti suurentunut ja kuolleisuus on yli 10 % (3).

Akuutti umpilisäketulehdus voi ilmaantua myös ikääntyneelle. Oirekuva voi olla lievempi kuin nuoremmilla. Kuumetta ei aina havaita matalan ruumiinlämmön vuoksi. Hoitoon hakeutuminen voi viivästyä, jos selkeät oireet puuttuvat, eivätkä diagnostiset pisteytykset toimi yhtä hyvin kuin nuoremmilla.

Komplisoitunut taudinkuva yleistyy iän mukana, ja yli 75-vuotiailla sen osuus on 60 %:n luokkaa (4). Viive oikea-aikaisen hoidon aloittamisessa lisää sairastavuutta, ja kuolleisuus voi olla jopa 6 % (5).

Vakava komplikaatio voi syntyä nopeastikin, kuten ensimmäisessä tapauksessa. Pelkkä yliopistosairaalaan keskittyvä osaaminen ei riitä hyvän hoitotuloksen saavuttamiseksi.

Keskitettävät toimenpiteet ovat vaativia ja edellyttävät hyvän hoitotuloksen saamiseksi moniammatillista osaamista myös jatkohoidossa. Komplikaatioiden havaitseminen oikea-aikaisesti on kriittistä, mutta keskittämisen varjopuolena erityisosaaminen on saattanut heiketä siellä, missä jälkihoitoa annetaan. Riskeinä ovat viive ja virheet.

Etenkin suurten, erityisosaamista vaativien leikkausten jälkeen tarvittaisiin selkeät varautumissuunnitelmat: mitä tehdä, jos komplikaatiot yllättävät jatkohoidossa? Kaikkien hoitoketjuun osallistuvien on tunnettava riskit ja suunnitelmat.

Lisäksi tilanteissa, joissa erityisosaamista ei ole vastaanottavassa paikassa, kannattaa harkita potilassiirron ajankohta huolella. Viikonloppuisin tai päivystysaikana potilasturvallisuus vaarantuu herkemmin kuin normaalityöaikana (6).

Taloudellisen yhteistyön ja kehityksen järjestö OECD:n mukaan väärä tai puutteellinen diagnoosi ja hoitoviive perustasolla tai päivystyksessä ovat merkittäviä syitä potilasturvallisuuden pettämiselle (7). Suomessa 75 % päivystyksen korvatuista potilasvahingoista johtuu diagnoosi- ja hoitoviiveistä (8).

Korvauserusteena on se, olisiko kokenut ammattihenkilö toisin toimien voinut välttää aiheutuneen vahingon.

Olisiko ensimmäisessä tapauksessa kannattanut odottaa siirtoa yliopistosairaalaan viikonlopun yli tai ambulanssihenkilöstön reagoida yleistilan heikkenemiseen ja kääntyä takaisin? Oliko vastaanottavassa sairaalassa riittävä osaaminen toimia komplikaation ilmaantuessa?

Miten toisessa tapauksessa potilas olisi tullut informoida, jotta hoitoon hakeutuminen olisi ollut nopeampaa? Oliko päivystyksessä hoidon tarpeen kiireellisysarvio kohdallaan?

Vaikka arviointiperusteena potilasvakuutuksessa on ammattistandardi ja ammattihenkilöiden valvonnassa osaaminen ja asianmukainen toiminta, monet vahingot ja virheet johtuvat järjestelmän ominaisuuksista tai prosessien heikkouksista, joihin ammattihenkilön ei ole mahdollista vaikuttaa.

Haitoista syntyy kustannuksia organisaatiolle. Siten systeemitekijöitä, jotka altistavat siirtymien tai kommunikaation vaaratapahtumille, kannattaisi korjata. Hoitoketjujen suunnitteluun tulisi kuulua riskien ennakointi ja niihin varautuminen kaikkien osapuolten kannalta.

Ennakointi ulottuu myös sosiaalihuoltoon, kuten toisessa tapauksessa tarvittu toimintamalli omaishoitajan akuutin sairastumisen varalle.

Kaikkea hoitoa ei voi tarjota kaikille ympärivuorokautisesti lähellä kotipaikkaa. Saavutettavuuden heikkenemisen ja palveluverkon supistumisen seurauksia voidaan lieventää tunnistamalla muutoksiin liittyviä riskejä, jotka kohdistuvat haavoittuvassa asemassa oleviin asukkaisiin. Kielteisiä vaikutuksia voidaan ehkäistä luomalla toimintamalleja.

Muutosten riskien arviointiin on olemassa työkalu, jonka avulla voi tarkastella vaikutuksia haavoittuviin ryhmiin ja suunnitella korjaavia toimia (9).

## **Kirjoittajat**

Tuija Ikonen  
LT, erikoislääkäri  
potilasturvallisuuden professori, Turun yliopisto  
johtaja, Pohjanmaan hyvinvointialue, Asiakas- ja potilasturvallisuuskeskus

Morag Tolvi  
LKT, erikoislääkäri, terveydenhuollon laadun ja potilasturvallisuuden erityisnäyttö  
Hus Korva-, nenä- ja kurkkutautien klinikka  
potilasturvallisuuslääkäri, Potilasvakuutuskeskus

---

## **Faktat**

# **Mitä viisas oppii**

- Palvelujen karsimisen tai palveluverkon supistamisen vaikutukset hoidon oikea-aikaisuuteen tai potilaiden hoitoon hakeutumiseen kannattaa ennakoida osana hyvinvointialueiden riskienhallintaa.

- Erikoissairaanhoidon keskittämisen tai päivystystoiminnan karsimisen aiheuttamien riskien ja viiveiden haitallisten vaikutusten ehkäisyyn on luotu toimintamalleja, joilla voidaan parantaa asiakas- ja potilasturvallisuutta.

- Monet vaaratilanteet ja haittavaikutukset riippuvat rakenteiden tai prosessien heikkouksista. Palvelunjärjestäjät voivat lisätä turvallisuutta korjaamalla järjestelmää.

---

## Kirjallisuutta

- 1 Tynkkynen LK, Paatela S, Aalto AM ym., toim. Tilannekuvia hyvinvointialueilta: muutokset palvelujärjestelmässä sote-uudistuksen alkuvuosina. Terveysten ja hyvinvoinnin laitos, THL Raportti 3/2025.
- 2 Valtiontalouden tarkastusvirasto. Terveyspalvelujen keskittäminen – Erikoissairaanhoidon työnjaon ja yhteispäivystyksen toimeenpano. Valtiontalouden tarkastusviraston tarkastuskertomukset 6/2024.
- 3 Leiva EH, Carreño M, Bucheli FR ym. Factors associated with delayed cardiac tamponade after cardiac surgery. *Ann Card Anaesth* 2018;21:158–66. [doi.org/10.4103/aca.ACA\\_147\\_17](https://doi.org/10.4103/aca.ACA_147_17)
- 4 Lapsa S, Ozolins A, Strumfa I, Gardovskis J. Acute appendicitis in the elderly: A literature review on an increasingly frequent surgical problem. *Geriatrics* 2021;6:93. [doi.org/10.3390/geriatrics6030093](https://doi.org/10.3390/geriatrics6030093)
- 5 Weinandt M, Godiris-Petit G, Menegaux F, Chereau N, Lupinacci RM. Appendicitis is a severe disease in elderly patients: A twenty-year audit. *J Soc Laparoendosc Surg* 2020;24:1–8. [doi.org/10.4293/jsls.2020.00046](https://doi.org/10.4293/jsls.2020.00046)
- 6 Tolvi M, Mattila K, Haukka J, Aaltonen LM, Lehtonen L. Analysis of weekend effect on mortality by medical specialty in Helsinki University Hospital over a 14-year period. *Health Policy* 2020;124:1209–16. [doi.org/10.1016/j.healthpol.2020.07.010](https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2020.07.010)
- 7 Slawomirski, L. and N. Klazinga (2022), “The economics of patient safety: From analysis to action”, OECD Health Working Papers, No. 145. Pariisi: OECD Publishing. [doi.org/10.1787/761f2da8-en](https://doi.org/10.1787/761f2da8-en)
- 8 Potilasvakuutuskeskus: Potilasvahinkotietoa 1/2022 Päivystysten potilasturvallisuus. [www.pvk.fi/document/384805/9F5FD2139C162391BAB5023CFCCB988C4CB53AFB8E6CBC7266FCF586E](https://www.pvk.fi/document/384805/9F5FD2139C162391BAB5023CFCCB988C4CB53AFB8E6CBC7266FCF586E)
- 9 Arviointityökalu: suunniteltujen muutosten vaikutukset asiakas- ja potilasturvallisuuteen (päivitetty 5.2.2025). [asiakasjapotilasturvallisuuskeskus.fi/ammattilaisille-ja-opiskelijoille/materiaalipankki/kuvauksia-ja-toimintamalleja/muutosten-vaikutusten-arviointityokalu/](https://asiakasjapotilasturvallisuuskeskus.fi/ammattilaisille-ja-opiskelijoille/materiaalipankki/kuvauksia-ja-toimintamalleja/muutosten-vaikutusten-arviointityokalu/)