



Onnistumisia
hyvinvointialueilla
ja *reseptejä*
sote-palvelujen
kehittämiseen

Mats Brommels
Kari-Matti Hiltunen
Merja Hirvonen
Anna-Kaisa Ikonen
Juha Isosuo
Leena Kostiainen
Eero Laesterä
Helena Lehtonen
Lasse Lehtonen
Susanna Majasuo

Markus Paananen
Ismo Partanen
Marko Rauhala
Paula Risikko
Pirkko Valtola
Anne-Mari Virolainen

Onnistumisia hyvinvointialueilla
ja reseptejä sote-palvelujen
kehittämiseen



Julkaisija ja tekijänoikeuden haltija:
Kansallinen kulttuurisäätiö s.r. / Ajatuspaja Toivo

Toimitus: Sini Ruohonen
Taitto: Luova toimisto Muka
Paino: Picaset Oy, Helsinki 2025

ISBN 978-952-7402-45-0 (nid.)
ISBN 978-952-7402-44-3 (pdf)

SINI RUOHONEN	
Saatteeksi	5
ANNA-KAISA IKONEN	
Rohkeasti uudistumalla turvataan hyvinvointipalveluita tulevaisuuteen	17
MARKUS PAANANEN	
Omalääkärimallin hyödyt ovat kiistattomat	21
PAULA RISIKKO	
Henkilöstön omistama osuuskuntamuotoinen sote-keskus	26
PIRKKO VALTOLA	
Case: Rekrytointi onnistui Etelä-Savossa määrätietoisella työllä	30
EERO LAESTERÄ	
Alueilla pitää sopeutuksen vielä jatkua	35
ANNE-MARI VIROLAINEN, LÄÄKETEOLLISUUS RY	
Tulevaisuudenkestävää hyvinvointialuetta rakentamassa	40
SUSANNA MAJASUO	
Case: Yrityksen ja hyvinvointialueen kumppanuus	45
MARKO RAUHALA	
Tekoälyn mahdollisuudet hyvinvointialueilla: tehokkuutta ja vaikuttavuutta	51
LEENA KOSTIAINEN JA KARI-MATTI HILTUNEN	
Case: Pirkanmaan hyvinvointialue digitaalisten palvelujen edelläkävijänä	56
HELENA LEHKONEN JA JUHA ISOSUO	
Case: GerBiili vanhusten ja vammaisten apuna Kanta-Hämeessä	61
ISMO PARTANEN, LÄÄKÄRIPALVELUYRITYKSET RY	
Sydänkaista-etäpalvelu ehkäisee uusintainfarkteja	65
MERJA HIRVONEN, APTEEKKARILIITTO	
Apteekki – terveydenhuollon lähipalvelua ja kasvollista yrittäjyyttä	71
LASSE LEHTONEN	
Valtio-ohjatun soten haasteet	75
MATS BROMMELS	
”Kärsivällisyyttä ja karskiutta”: Vinkkejä hyvinvointialuevaltuutetuille	80
Reseptit tiivistetysti	88



SAATTEEKSI

Hyvinvointialueet aloittivat toimintansa vuoden 2023 alussa. Sote-uudistukselle asetettiin tavoitteeksi, että sosiaali- ja terveysmenojen kasvua saataisiin hillittyä ja palvelujen yhdenvertaisuutta parannettua.

Aluevaltuustot ovat työskennelleet soten ja pelastuspalvelujen parissa kolme vuotta. Päätöksiä on tehty palvelustrategiasta, palveluverkoista, it-järjestelmistä, uusista palvelumuodoista – mutta myös sopeutuksista. Kohta alkaa uusi kausi ja uudet valtuustot pääsevät jatkamaan tärkeää työtä ihmisten hyvinvoinnin edistämiseksi.

Kokosimme tähän Ajatuspaja Toivon julkaisuun ajatuksia sote-palveluista katsoen, mitä hyvää hyvinvointialueilla on tällä valtuustokaudella saatu aikaan ja millaisia tavoitteita tulee asettaa jatkoon.

Kirjoituksissa suomalaiset sote-alan rautaiset asiantuntijat esittävät mittaluokiltaan ja vaikutuksiltaan erilaisia ratkaisuja palvelujen saatavuuden parantamiseen ja hoitoon pääsyn nopeuttamiseen.

Kirjoituksissa tuodaan esiin omalääkärimallin hyödyt ja ideoidaan uusia toteutustapoja. Aluevaltuutettujen case-teksteissä tuodaan esiin konkreettisia toimintamalleja, kuten Kanta-Hämeen GerBiili-kokeilu eli ikäihmisille suunniteltu liikkuvan palvelun konsepti.

Asiantuntijat kertovat myös hallinnollisen järjestelmän kehittämisestä sekä tarpeesta muuttaa ajattelutapojamme – miten yritykset tulisi nähdä kumppaneina, apteekit osana palveluntuotantoa, tekoälyn mahdollisuuksia ja digitaalisten palvelujen noususta osaksi hoitoa.

Kiitos kaikille kirjoittajille panoksesta yhteiskunnallisesti erittäin merkittävään aiheeseen. On tärkeää koota ajatuksia yksiin kansiin. On tärkeää avata keskustelua. On myös tärkeää nähdä sote-keskustelussa valonpilkahduksia tuoden esiin onnistumisia, joita toivottavasti voidaan monistaa julkaisun avulla hyvinvointialueilta toisille.

Kiitos Apteekkariliitolle, Lääketeollisuudelle ja Lääkäripalveluyhdistykselle yhteistyöstä ja julkaisuprojektin mahdollistamisesta resurssien osalta. Kiitos Tapani Mäkiselle yhteistyöstä projektin läpiviennissä.

Tervetuloa ajattelemaan uudesti sotesta,

Helsingissä 21.2.2025

Sini Ruohonen

Toiminnanjohtaja, Ajatuspaja Toivo



Anna-Kaisa Ikonen

Yhteiskuntatieteiden tohtori **Anna-Kaisa Ikonen** on Orpon hallituksen kunta- ja alueministeri. Kansanedustajana hän on toiminut 2019–2021 ja uudelleen vuodesta 2023 lähtien. Ikonen on myös kokoomuksen varapuheenjohtaja. Aiemmin Ikonen on toiminut Tampereen pormestarina vuosina 2021–2023 ja 2013–2017.





Markus Paananen

Markus Paananen on lääketieteen tohtori, dosentti ja terveydenhuollon erikoislääkäri. Hän on työskennellyt muun muassa Espoon terveystalouden johtajana, ja tällä hetkellä hän johtaa Länsi-Uudenmaan hyvinvointialueen yhteisiä sosiaali- ja terveystalouksia.



Paula Risikko

Paula Risikko on kansanedustaja ja eduskunnan 1. varapuhemies. Hän on toiminut eduskunnan puhe- miehenä ja varapuhemiesinä sekä neljässä eri ministeritehtävässä. Vuosina 2007–2011 hän toimi perus- palveluministerinä, Jyrki Kataisen hallituksessa sosiaali- ja terveys- ministerinä, Alexander Stubbin hallituksessa liikenne- ja kunta- ministerinä ja Sipilän hallituksessa sisäministerinä. Risikko on myös Etelä-Pohjanmaan hyvinvointi- alueen valtuuston puheenjohtaja. Koulutukseltaan Risikko on terveys- tieteiden tohtori, terveydenhuollon opettaja ja sairaanhoitaja.



Pirkko Valtola

Pirkko Valtola on yleislääketieteen erikoislääkäri, joka tehnyt uransa yleislääkärinä, ja omalääkärinä. Lääninlääkärinä ja sosiaalineuvokseksi Itä-Suomen lääninhallituksessa 2002–2006. Työterveyslääkärinä ja toimitusjohtajana Etelä-Savon työterveydessä vuosina 2006–2020. Valtola on Etelä-Savon hyvinvointialueen valtuutettu ja aluehallituksen 2. varapuheenjohtaja.



Eero Laesterä

Eero Laesterä on kuntien finanssiriskeistä väitellyt hallintotieteiden tohtori, joka tekee töitä kuntien ja hyvinvointialueiden talouden hyväksi FCG Oy:lle. Eero on tehnyt töitä eri ministeriöille – viimeksi valtiovarainministeriössä selvitysmiehenä - kirkkohallitukselle ja lähes kaikille Manner-Suomen kunnille.



Anne-Mari Virolainen

Anne-Mari Virolainen on Lääketeollisuus ry:n toimitusjohtaja, jolle tärkeitä ovat talous, turvallisuus, terveys ja tutkimus. Lääketeollisuus ry on Suomessa toimivan tutkivan lääketieteellisuuden edunvalvonta- ja vaikuttajajärjestö. Yhdessä jäsenyritysten kanssa yhdistys tuottaa arvoa potilaalle ja suomalaiselle yhteiskunnalle sekä rakentaa terveysalasta talouskasvua maallemme. Toimialajärjestö edistää terveyttä ja hyvinvointia sekä vauhdittaa kasvua innovaatioilla, tutkimuksella ja uusilla terveydenhuollon ratkaisuilla. Lisätietoja: www.laaketeollisuus.fi



Susanna Majasuo

Susanna Majasuo on Suomen Ihotalo Oy:n toimitusjohtaja ja perustajajäsen sekä lääkärikeskus Ihotalon vastaava lääkäri. Ihotalo on laaja-alaisesti ihon ja ihosairauksien hoitoon keskittyvä, paikallisten ihotautilääkäreiden omistama lääkärikeskus Turussa. Susanna Majasuo toimii myös Varsinais-Suomen hyvinvointialueella aluevaltuutettuna sekä Kaarinassa kaupunginvaltuutettuna.



Marko Rauhala

Marko Rauhala on Managing Director Accenturella, toimialueenaan terveydenhuolto, Europe, Middle-East, Africa.



Leena Kostiainen

Leena Kostiainen on rehtori ja koulutukseltaan kasvatustieteen maisteri. Kostiainen on toiminut mm. lasten ja nuorten palveluista vastaavana apulaispormestarina Tampereella ja Pirkanmaan sairaanhoitopiirin hallituksen puheenjohtajana. Tällä kaudella Kostiainen on ollut aluevaltuustoryhmän puheenjohtaja ja aluehallituksen jäsen.



Kari-Matti Hiltunen

Kari-Matti Hiltunen on lääketieteen tohtori, dosentti ja lääkintöneuvos. Hiltunen on nyt eläkkeellä, mutta toiminut Pirkanmaan sairaanhoitopiirin johtajalääkärinä 2011–2020. Hiltunen on Pirkanmaan hyvinvointialueen valtuutettu ja aluehallituksen puheenjohtaja.



Helena Lehtonen

Helena Lehtonen on Kanta-Hämeen hyvinvointialueen hallituksen jäsen ja kokoomuksen aluevaltuustoryhmän puheenjohtaja. Hän on ollut mukana kuntapolitiikassa useita kausia. Lehtonen on kasvatustieteen tohtori ja pitkäaikainen yrittäjä.



Juha Isosuo

Juha Isosuo on Kanta-Hämeen hyvinvointialueen aluevaltuuston puheenjohtaja. Ennen eläköitymistään hän toimii pitkään Hämeenlinnan kaupungin eri tehtävissä; viimeiset 22 vuotta apulaiskaupunginjohtajana. Hänellä on vahva kokemus erilaisten yhteisöjen ja yritysten hallitustehtävistä ja toiminnanohjauksesta.



Ismo Partanen

Ismo Partanen on Lääkäripalveluyritykset ry:n toiminnanjohtaja. Partanen on tutkinut ja ollut kehittämässä sote-toimialoja yli 25 vuoden ajan. Lääkäripalveluyritykset ry edustaa yksityisiä lääkäripalveluita tuottavia yrityksiä. Sen missiona on terveyspalveluyritysten toimintaedellytysten kehittäminen, jotta saamme paremmat terveyspalvelut jokaiselle. Yhdistys on sitoutunut sote-uudistuksen keskeisten tavoitteiden saavuttamiseen. Sen mielestä soten tavoitteita ei voida saavuttaa ilman koko toimialan tuottavuuden merkittävää parantamista. Lue lisää www.lpy.fi.



Merja Hirvonen

Merja Hirvonen on Suomen Apteekkariliiton toimitusjohtaja ja intohimoinen lähipalveluiden puolustaja. Suomen Apteekkariliitto edustaa yksityisiä, yrittäjävetoisia apteekkeja kautta maan. Liiton keskeisenä tavoitteena on kehittää apteekkeja terveydenhuollon tueksi. Apteekkariliitto on nimennyt kullekin hyvinvointialueelle soteapteekkareita, jotka edustavat oman hyvinvointialueensa apteekkeja palveluiden kehittämisessä sote-organisaatioiden kanssa ja osallistuvat alueensa lääkehuollon suunnitteluun. Voit olla heihin yhteydessä koskien lääkehuoltoon liittyvää yhteistyötä apteekkien ja sote-organisaatioiden välillä. Sote-apteekkareiden yhteystiedot löydät liiton internet-sivuilta osoitteesta www.apteekkariliitto.fi



Lasse Lehtonen

Lasse Lehtonen toimii HUS-yhtymässä diagnostiikkajohtajana vastaten sekä perusterveydenhuollon että erikoissairaanhoidon laboratorio- ja kuvantamispalveluista Etelä-Suomessa. Lisäksi hän toimii osa-aikaisena terveysoikeuden professorina Helsingin yliopistossa. Hän on toiminut monissa terveydenhuollon asiantuntijatehtävissä niin Suomessa kuin EU:ssakin ja osallistuu aktiivisesti terveydenhuoltojärjestelmän kehittämistä koskevaan julkiseen keskusteluun.



Mats Brommels

LKT **Mats Brommels** on Karolinska Institutetin emeritusprofessori ja sen vuonna 2002 käynnistyneen Medical Management Centre-yksikön perustaja. Aiemmin hän toimi terveyden- ja sairaanhoidon hallinnon professorina Helsingin yliopistossa ja Pohjoismaisessa terveydenhuoltokorkeakoulussa (Göteborg.). 2000-luvun alusta Mats Brommels on eri valtakunnallisissa rooleissa osallistunut Suomen sosiaali- ja terveydenhuoltojärjestelmän uudistamiseen.



Rohkeasti uudistumalla turvataan hyvinvointipalveluita tulevaisuuteen

Anna-Kaisa Ikonen

Kunta- ja alueministeri



Sosiaali- ja terveyspalvelut ovat ihmisten tärkeimpiä palveluja. Julkisessa keskustelussa keskitymme usein ongelmiin, mutta on tärkeää muistaa, että Suomessa on hyvät sosiaali- ja terveyspalvelut. Sosiaali- ja terveysalan ammattilaisten osaaminen on meillä maailman kärkiluokkaa. Hoito on laadukasta, ja yhteiskuntamme kantaa silloin kun apua tarvitsee. Tästä meidän on huolehdittava myös tulevaisuudessa.

Hyvinvointialueilla käynnistyy nyt kolmas toimintavuosi. Sosiaali- ja terveyspalveluiden järjestämisvastuun kokoaminen vahvemmille harteille on tuonut aikaisempaa parempia mahdollisuuksia ajatella palveluita uudella tavalla.

Pääministeri Petteri Orpon hallitusohjelmassa ihmisten palveluiden uudistaminen onkin keskiössä. Palvelulainsäädäntöä uudistetaan, hyvinvointialueiden ohjausta vahvistetaan ja rahoitusmallia kehitetään kannustavampaan suuntaan.

Myös hyvinvointialueilla on parhaillaan käynnissä paljon hyvää kehittämistyötä palveluiden uudistamiseksi. Vuosien ja vuosien hallinnon uudistamisen jälkeen on palveluiden uudistamisen vuoro. Siitähän soteuudistuksessa koko ajan oli kyse, että luodaan hartiat uudistumiselle!

Uudenlaisten ratkaisujen hakeminen on myös välttämätöntä, jotta yhteiset rahat voidaan käyttää mahdollisimman fiksusti hyödyksi. Hyvinvointialueiden rahoitus on kuluvana vuonna 26,2 miljardia, eli jo lähes kolmasosa valtion budjetista. Hyvinvointialueiden rahoitus kasvaa vuosittain, mutta rahat ja henkilöstö eivät riitä, jos uusia tekemisen tapoja ei saada käyttöön. Kasvava palvelutarve, heikkenevä huoltosuhde ja velkaantunut valtion talous haastavat meitä nyt, mutta myös tulevaisuudessa.

Sosiaali- ja terveystalouden uudistamisessa riittää haasteita, mutta Suomi on myös täynnä osaamista ja kekseliäisyyttä. Eri puolilta Suomea on jo olemassa mainioita esimerkkejä siitä, miten palveluita on lähdetty suunnittelemaan täysin uudella tavalla – asiakaslähtöisesti, vaikuttavasti ja digitalisaatiota hyödyntäen.

Esimerkiksi digitaaliset ja liikkuvat palvelut lisäävät palveluiden saavutettavuutta ja helpottavat henkilöstön riittävyyttä. Tekoälyn avustuksella voidaan kohdentaa ammattilaisten aikaa yhä paremmin asiakkaan kanssa kohtaamiseen. Henkilöstön saatavuuteen on löydetty ratkaisuja esimerkiksi erilaisten sovellusten avulla.

On tärkeää, että näitä parhaita käytäntöjä jaetaan, jotta saamme mahdollisimman hyviä palveluja kaikkialle Suomeen. Se on järkevää sekä ammattilaisten että asiakkaiden kannalta.

Uudistuminen vaatii meiltä rohkeutta kokeilla ja tahtoa tehdä! On otettava käyttöön uusia toimintatapoja, uudistettava palvelura-

kenteita toimivana kokonaisuutena, vahvistettava peruspalveluita ja hyödynnettävä teknologian tuomat mahdollisuudet niissä palveluissa, joissa se järkevää on.

Nyt on aika uudistaa rohkeasti ja etsiä parhaat tavat tehdä. Varmistaa, että hyödynnämme kaiken osaamisen ja teknologian tuomat mahdollisuudet ja rakennamme palvelut, jotka kantavat myös tulevaisuudessa.



Omalääkärin hyödyt ovat kiistattomat

Markus Paananen

Dosentti, erikoislääkäri

Palvelualuejohtaja, Länsi-Uudenmaan hyvinvointialue



Monia suomalaisia huolettaa, miten käy Suomen perusterveydenhuollon. Ikävä kyllä, monet mittarit osoittavat alaspäin. Terveysasemilla työntekijät vaihtuvat tiheään. Lääkäreitä ja hoitajia turhauttavat kiire, riittämättömät vaikutusmahdollisuudet omaan työhön ja kirjausten sekä byrokratian suuri määrä.

Pahin ongelma on tietenkin se, että hoitoon pääsy takkuu. On ymmärrettävää, että moni suomalainen pitää tilannetta kestäättömänä. Emmehän hyväksyisi sitäkään, että vain puolet lapsista pääsee aamuisin kouluun. Miksi toimiva perusterveydenhuolto ei voisi olla samanlainen itsestänselvyyys kuin peruskoulu?

Mikä mättää? Nähdäkseni meillä on ratkaistavana kolme ongelmaa:

1) terveystasemille ei saada riittävästi kokeneita yleislääkäreitä, 2) lääkäripulaa on alettu paikata kalliilla vuokratyöllä, 3) potilaan näkökulmasta hoito on pirstaloitunut. Liian usein vastassa on uusi lääkäri tai hoitaja, joka ei tunne potilasta.

Tilannetta on turha jäädä voivottelemaan. Olemme Länsi-Uudellamaalla huomanneet, että ongelmiin on käytännöllisiä ratkaisuja. On ilahduttavaa, että Petteri Orpon hallitus on alkanut määrätietoisesti edistää omalääkärimallia. Parhaimmillaan se voi ratkaista kaikki edellä mainitut ongelmat yhdellä iskulla.

Ratkaisee lääkäripulan ja lisää hoidon vaikuttavuutta

Monissa maissa omalääkäri on itsestäänselvyys. Esimerkiksi Norjassa on käytetty pitkään siihen perustuvaa mallia. Se rakennettiin noin 20 vuotta sitten ja sen seurauksena lääkärivaje alkoi korjaantua nopeasti. Norjalaiset pitävät omalääkärijärjestelmää terveydenhuoltonsa tärkeimpänä asiana.

Omalääkärimalli on potilaan näkökulmasta ylivertainen. Hänellä on lääkäri, jonka hän tuntee nimeltä, ja tuttu lääkäri muistaa potilaan ja hänen elämänsä yksityiskohdat. Ei tarvitse joka kerta alkaa selittää vaivojaan alusta. Omalääkäri parantaa ihmisten luottamusta terveydenhuoltoon.

Omalääkärimalli tuo tehokkuutta. Vastaanotolla voidaan keskittyä itse asiaan, kun aikaa ei kulu potilaan historiaan tutustumiseen ja tietojen dokumentointiin seuraavalle lääkärille.

Tutkimusnäyttöä hoidon jatkuvuuden hyödyistä on kertynyt runsaasti. Se parantaa merkittävästi hoitotuloksia ja alentaa jopa kuolleisuutta. Jos omalääkärimalli olisi lääke, sen käyttöönottoa ei mietittäisi hetkeäkään.

Toteutukseen eri vaihtoehtoja

Omalääkärimalli voidaan toteuttaa eri tavoin. Länsi-Uudellamaalla on saatu lupaavia tuloksia ammatinharjoittajamallista. Siinä lääkärit ovat pienyrittäjiä, jotka saavat hoitaakseen sovitun määrän asukkaita. Yhden lääkärin vastuulle voi tulla esimerkiksi 1500 ihmistä. Oma tuttu lääkäri ja hänen työparinaan toimiva hoitaja ovat potilaalle ensimmäinen portti koko terveydenhuollon järjestelmään.

Miksi tällainen malli? Miksi omalääkärit eivät voisi olla perinteisessä virkasuhteessa? Tarvitsemme varmasti monia erilaisia malleja, mutta ammatinharjoittajamallilla on omat kiistattomat etunsa. Se voi olla ratkaisu myös terveysasemien lääkäripulaan.

Ammatinharjoittajamalli on lääkärin näkökulmasta houkutteleva. Se antaa hänelle vapautta ja vastuuta. Se antaa lääkärille merkittävän roolin siinä, että hoidon jatkuvuus toteutuu. Hyvinvointialue voi asettaa yrittäjälääkärille fiksua kannustimia helpommin kuin virkajärjestelmässä on mahdollista.

Ammatinharjoittajamalli on erinomainen tapa tuoda yksityinen yritteliäisyys monimutkaiseen terveydenhuollon maailmaan. Se kannustaa yksilölliseen vastuunottoon, mikä ei ole julkisella sektorilla aina selviö. Samalla sillä torjutaan se, että yritykset voivat käyttää hyväkseen julkisen järjestelmän valuvikoja.

Länsi-Uudellamaalla on toistaiseksi kokemuksia yhden ammatinharjoittajalääkärin työstä. Hoidon saatavuus on ollut erinomaista ja hoidon jatkuvuus erittäin korkea. Uusia yrittäjiä on aloittamassa alkuvuonna 2025. Ammatinharjoittajamallin rinnalla kokeillaan virkalääkäreiden omalääkärimallia.

Myönteiset kokemukset puhuvat omalääkärin puolesta

Näin kokemustaan kuvaa ensimmäisessä kokeilussa mukana oleva yrittäjälääkäri: ”Homma toimii, pientä osien rasvausta ja hiomista vielä. Tässä yhdistyy terveyskeskustyön ja privaatin parhaat puolet, kombinoituna hoidon jatkuvuuden tuomiin massiivisiin etuihin sekä lääkärille että potilaalle.”

Samansuuntainen on kokemus myös hoitajalla: ”Olen tehnyt urallani monipuolisesti erilaisia töitä, mutta koskaan aiemmin minulla ei ole ollut tällaista mahdollisuutta kehittää omaa työtäni. Ja kun potilas on aiemmasta tuttu, työni on paljon helpompaa ja mielekästä. Potilaat huokaisevat helpotuksesta, kun sama henkilö jatkaa heidän hoitoaan.”

Henkilöstön omistama osuus- kuntamuotoinen sote-keskus

Paula Risikko

Terveystieteiden tohtori, sairaanhoitaja

Eduskunnan varapuhemies, kansanedustaja



Sote-uudistus tehtiin muun muassa siksi, että hoidon ja muiden palvelujen saatavuus saataisiin paremmalle tolalle. Esimerkiksi perusterveydenhuollon vastaanottopalveluihin pääsyssä on pitkään ilmennyt ongelmia eri puolilla maatamme. Kuitenkin perustason palveluiden saatavuus, sujuvuus ja laatu vähentävät erikoistason palvelujen tarvetta.

Jonoissa ei kukaan parane, vaan pahimmassa tapauksessa sairaus tai muu ongelma pahenee, hoito vaikeutuu ja kustannukset lisääntyvät. Jokaisen on voitava luottaa siihen, että hän saa tarvitsemansa hoidon ja hoivan sekä muun palvelun oikea-aikaisesti ja sujuvasti, ilman turhia viiveitä.

Perustason palveluiden saatavuuden parantamiseen on monia keinoja, yksi niistä on lisätä julkisten ja yksityisten palveluntuottajien yhteistyötä. Maassamme onkin jo kokemusta yksityisten palveluntuottajien tuottamasta perusterveydenhuollon vastaanottotoiminnasta osana julkisen sektorin järjestämää sosiaali- ja terveydenhuoltoa.

Tarvitaan kuitenkin myös uusia palvelujen organisoinnin muotoja. Uudet vaihtoehdot olisivat hyvä henkilöstön kannalta, mutta myös siksi, että palvelujen tarjoajien erilaisuus luo uudenlaista kilpailua ja auttaa kehittämään uusia, kustannusvaikuttavia toimintatapoja.

Mitä jos perusterveydenhuollon vastaanottotoiminta tai jopa koko sote-keskus olisi henkilöstön omistama ja organisoitu osuuskuntamallilla? Tämä toisi sosiaali- ja terveystalouden markkinoille kaivattuja uusia toimijoita.

Osaavan henkilöstön saatavuus ja työhyvinvointi ovat toimivien sote-palvelujen perusta. Uskon, että työntekijän sitoutumiseen ja motivaatioon on merkittävä vaikutus sillä, että hän on omistajana palvelun tuottavassa yrityksessä. Vaikuttamismahdollisuus omaan työhön on silloin erilaista kuin työntekijänä julkisessa organisaatiossa tai pörssiyhtiössä.

Osuuskunta on lähtökohtaisesti yhteiskunnallinen yritys. Osuuskuntalain mukaan osuuskunnan tarkoitus on harjoittaa liiketoimintaa jäsentensä taloudenpidon tai elinkeinon tukemiseksi, ei voiton tuottaminen omistajille. Tarkoitus ei ole myöskään tuottaa voittoa millekään muulle taholle, esimerkiksi sijoittajille.

Osuuskunta päättää itse, ketä ottaa jäsenekseen ja ketä ei. Osuuskunta on demokraattisesti johdettu, peruseriaatteen mukaisesti jokaisella jäsenellä on yksi ääni riippumatta esimerkiksi hänen yritykseen sijoittamastaan rahamäärästä. Kenelläkään ei ole enempää valtaa kuin toisella.

Vaikka tarkoitus ei ole tuottaa voittoa, osuuskunta voi tuottaa ylijäämää, ja säännöissä voidaan sallia sen jakaminen jäsenille. Jakoperiaatteet ovat vapaasti päätettävissä.

Osuuskuntamuoto on esimerkiksi osakeyhtiöön verrattuna yllä kuvatuilla tavoilla joustavampi ja demokraattisempi.

Osuuskuntamuotoisesti tuotetuista terveystalvaeluista on koke-
musta muissa maissa – miksi emme käynnistäisi sellaisia myös
Suomessa, jossa peräänkuulutamme parempaa palveluihin pääsyä
ja niiden jatkuvuutta sekä parempaa henkilöstön veto- ja pitovoi-
maa. Myös paljon kiinnostusta saaneet omalääkäri- ja omatiimi-
malli voivat hyötyä osuuskuntamallista.

Kaikki mahdolliset keinot, jotka edistävät palvelujen saata-
vuutta, sujuvuutta, jatkuvuutta ja kustannusvaikuttavuutta sekä
henkilöstön saatavuutta ja pysyvyyttä, on nyt otettava ennakkoluu-
lottomasti käyttöön.

Case: Rekrytointi onnistui Etelä- Savossa määrä- tietoisella työllä

Pirkko Valtola

Etelä-Savon hyvinvointialueen hallituksen 2 vpj.

Yleislääketieteen erikoislääkäri

PIRKKO VALTOLA



Hyvinvointialueiden aloittaessa vuonna 2023 oli henkilöstöpula yksi suurimmista haasteista. Ilmeisesti ainakin osa hyvinvointialueella siirtyneistä organisaatioista oli lopettanut rekrytoinnin jo syksyllä ja monet määräaikaiset työsopimukset päättyivät vuoden 2022 loppuun. Jotain oli tehtävä ja nopeasti. Kansalaiset odottivat palveluiden pelaavan ja suhtautuminen uuteen organisaatioon oli sängen epäileväinen ja skeptinen. Etelä-Savon hyvinvointialueella oli kuitenkin halu onnistua.

Hyvinvointialueen aloittaessa henkilöstötilanne oli epätasainen ja hyvinkin erilainen eripuolella Etelä-Savoa. Tavoitteena kuitenkin oli palveluiden yhtenäistäminen ja tasaisen laadun takaaminen. Odotukset työnantajaa kohtaan olivat suuret. Eri toimintakulttuurit kisasivat keskenään. Onko osaamista riittävästi joka paikassa? Kuka ottaa asian hanskaan?

Eloisan henkilöstöhallintoa rakennettaessa nähtiin esimiesten tukeminen ja yhtenäisten käytäntöjen luominen tärkeänä. Jokaiselle toimialalle rakennettiin oma HR-tiimi, joka oli tietoinen oman toimialansa erikoisuuksista.

Osaamisen varmistaminen niin perustyöntekijöiden kuin esimiesten joukossa nähtiin tärkeänä. Esimieskoulutus aloitettiin ja koulutuksen toteutumista valvottiin. Esimiehille lisättiin vastuuta ja valtaa siirrettiin alaspäin. Prosessit pyrittiin aukikirjoittamaan ja ottamaan käyttöön jokaiselle organisaation tasolle. Haluttiin positiivinen johtamisen ote, jonka toivottiin lisäävän veto- ja pito-voimaa. Rekrytointi haluttiin osaajien käsiin ja näin jäi esimiehille enemmän aikaa johtamiseen.

Palkkojen harmonisaatio aloitettiin työnvaativuuden arvioinnin kautta riittävän nopeasti eikä keskustelu harmonisaatiosta ehtinyt vaurioittaa työyhteisöjä. Kaksinkertainen palkkojen harmonisaatio ensin Essoten aikana ja sitten hyvinvointialueella johti myös palkkojen nousuun niin, että olemme Eloisassa palkkajohtajia monella ammattialalla.

Henkilöstöedut valmisteltiin nopeassa tahdissa päätöksentekoon. Luottamushenkilöinä saimme eksaktia tietoa henkilöstötilanteesta ja näkymistä täällä Itä-Suomessa. Uhkaamassa oli pahentuva pula lääkäreistä, sairaanhoitajista, lähihoitajista, sosiaalityöntekijöistä ja psykologeista. Henkilöstöeduista päätettiin yksimielisesti. Ne olivat selvästi aiempaa paremmat ja toimivat hyvänä rekrytointin apuna. Psykologeille esimerkiksi luotiin oma rekrytointiohjelmansa.

”Paras ja joustavin työnantaja – Eloisa”

Palkka ei pelkästään toimi rekrytoinnin edistäjänä, vaan tarvitaan myös hyvän työnantajan brändi. Eloisa jatkoi jo Essoten aikana aloitettua ”orkesteriteemaa” rekrytointimarkkinoinnissa. Brändin luonnissa on onnistuttu erinomaisesti, mutta toki se on tarkoittanut, että siellä on oikeaa sisältöä, sillä pelkkä mainostempu ei kannu. Syksyn Luottamus & Maine-tutkimuksessa Eloisa oli välttävällä arvosanallaan hyvinvointialueiden paras ja osa-alueiden osalta parhaat tulokset olivat palveluissa sekä työnantajakuvassa.

Tavoitteenahan on ollut koko ajan saada vuokratyövoiman käyttöä pienemmäksi ja työvoiman osto on onnistuttu lähes kokonaan lopettamaan paitsi lääkäreiden osalta. Palkat tosin ovat keskimääräistä suuremmat ja henkilöstöedut maan ykkösluokkaa, mutta siitä huolimatta se on kannattanut.

Neljäs tärkeä elementti rekrytoinnissa on ollut **joustavuus**. Viikkotyöaikaa on muokattu. Mentorointi ja opastaminen on mahdollistettu, samoin kuin kouluttautuminen. On haluttu myös luoda uraputkiajattelua, jolla saadaan työntekijä sitoutumaan työhönsä pidempään ja kehittämään itseään ja kotiutumaan alueellemme.

Viidentenä tärkeänä elementtinä on ollut **digipalveluiden kehittäminen ja etätöyön mahdollistaminen**. Hyvänä esimerkkinä voidaan todeta koulupsykologitilanteemme ratkeaminen viime kesänä. Etätöy tarjoaa paljon mahdollisuuksia ja toisaalta kyllä asettaa suuria vaatimuksia työnjohdolle ja edellyttää paljon toiminnan muutoksia. Potilaiden ja asiakkaiden näkökulmasta tällä suunnalla ei ole pelkästään positiivisia vaikutuksia. Potilas-kontaktit jäävät etäisiksi ja helposti myös hoidonjatkuvuus kärsii. Mutta toisaalta osalle ihmisistä saamme palveluita nopeasti ja helposti. Mitalilla on siis kaksi puolta.

Tulevaisuuden näkymänä olisivat työjärjestelyt niin, että työntekijämme tekevät sekä etätöitä että lähivastaanottoa. Näin lääkäreillä, psykologeilla ja hoitajilla säilyisi kontaktit työyhteisöön ja potilaisiin ja asiakkaisiin. Pelkkä etätö on riski ammattitaidon kehittymiselle ja säilymiselle. Etätöitä tehdessä ei myöskään osallistu samalla tavalla oman työn kehittämiseen ja työyhteisön toimintaan kuin työskennellessä työpaikalla.

Positiivisen muutoksen ilmapiiri

Tässä ei pidä unohtaa myöskään johdon ja hyvinvointialueen johtajan roolia positiivisen mainekuvan luomisessa. Haasteet taloudessa, yt-neuvottelut ja muutokset tulee kääntää positiiviseksi uudistuksen pyörteeksi, jota hyvinvointialueen johtaja johtaa. Tässä on Etelä-Savon hyvinvointialueen johtaja Santeri Seppälä onnistunut hyvin. Orkesteri soittaa soraäänistä huolimatta hyvin yhteen.

Eloisa haluaa olla paras ja joustavin työnantajan. Sitä me tällä hetkellä olemmekin. Toivottavasti veto- ja pitovoimamme on saavuttanut sellaisen tason, että tulevaisuudessa pystymme myös aloittamaan keskustelun tuottavuuden lisäämisestä ja tehokkuudesta. Sitä varten tarvitsemme edelleen tutkittua tietoa vaikuttavuudesta ja työntekijöiden itseohjautuvuudesta ja siihen vaikuttavista tekijöistä. Esimiehistämme on tullut työn teon mahdollistajia ja työntekijöiden sparraajia. Osa työntekoa haittaavista tekijöistä on osattu poistaa, mutta työtä on vielä jäljellä.



Alueilla pitää sopeutuksen vielä jatkoa

Eero Laesterä

Hallintotieteiden tohtori



Sote-uudistuksella tavoiteltiin ratkaisua kahteen isoon ongelmaan: väestön ikääntymiseen ja muuttoliikkeeseen pohjoisesta etelään, maalta taajamiin ja keskustaajunkiin. Ikääntyneiden palvelutarpeen kasvu edellyttää palveluiden tehokkaampaa kohdentamista ja kapasiteetin tasaamista eri alueilla.

Uskottiin, että kuntia suuremmille alueille voitaisiin rakentaa toimivampi palvelurakenne, mitä on tavoiteltu jo kuntainliitoista ja yhteistoiminta-alueista alkaen. Todellisuudessa päädyttiin epätarpeelliseen jäsenkuntien etujen vaalimiseen. Ja näin kävi uudessa sotessakin. Kunnista valitut luottamushenkilöt ovat edelleen kuntiensä edunvalvoja tukena kuntajohtajat.

Alueiden riittävä rahoitus riittää vain, jos **alueet** pystyvät sopeuttamaan menonsa rahoitusmallin mukaisesti. Jos alue ei sopeuta ja muut sopeuttavat, joutuu alue hyväksymään rahoitukseensa vielä suuremman aleneman kuin silloin, jos kukaan ei sopeuta. Palvelut on sopeutettava tarpeeseen ja rahoitukseen eikä kyläpolitiikkaan.

Alueiden alijäämät kasvoivat odotusten vastaisesti kuntien tavoin lähes 1,5 mrd. euroon. Valtion suuren lisärahoituksenkin jälkeenkin alijäämä näyttää olevan noin 1,2–1,3 mrd. euroa vuonna 2024. Tottakai liikkeelle lähdön aikaan tapahtui kansantaloudessa paljon sellaista, mihin alueilla ei voinut vaikuttaa.

Tärkeitä asioita on jo tekeilläkin

Osa alueista on jo sopeuttanut. Osalla on päällä sopeutumista estävä nelirajajarrutus. Jotkin ovat sopeuttavinaan ja etenevät ilman keinoja, jotka näkyvät kansalaisille. **Sopeuttaminen ei onnistu ilman rakenteellisia keinoja, seiiniin puuttumista.**

Palvelutuotannossa mietitään asiakkaan palvelutarve ja etsitään ratkaisut ”oikean lainsäädännön” alta (sosiaalihuoltolaki vs. terveydenhuolto). Asiakasmaksuja ja asiakkailta perittäviä maksuja korotetaan ja otetaan käyttöön mm. pysäköintimaksut.

Perusterveyden kivijalkoja ja asumispalveluyksiköitä on suljettu tai toimintaa supistettu. Operatiivisessa erikoissairaanhoidossa siirrytään raskaasta kirurgiasta päiväkirurgiaan ja polikliinisiin toimenpiteisiin. Osastolla vietetään operaatioiden jälkeen vain vähän aikaa - kontrollikäyntien määrää vähennetään ja automaatiikka lisätään mm. ajanvaraukseen, hoidontarpeen arviointiin ja asiakasohjaukseen. Hoitotarvikejakelua automatisoidaan ja hyvinvointialueen sisäinen logistiikka (ihmiset, tavarat, ateriat, näytteet jne.) on jatkuvan tarkkailun alla.

Lääkehoitoa tarkastellaan kriittisesti ja pyritään huomioimaan kustannukset (esim. millaista antibioottia annetaan - jotta voidaan hoitaa kotisairaalassa)

Henkilöstömitoituksia kiristetään lain mahdollistamalle tasolle ja sairaaloihin tehdään erilaisia perusmiehitysselvityksiä. Sijaisten käyttöä, rekrytointia ja varahenkilöstöjärjestelmiä keskitetään ja automatisoidaan.

Tukipalvelut, kuten laboratorio- ja röntgenpalvelut, on keskitetty. Osastopaikkoja on vähennetty perus- ja erikoissairaanhoidossa, jotta lääkäritarjonta kohdistuisi tehokkaasti. Tämä on herättänyt vastustusta syrjäseuduilla, missä palveluiden keskittäminen nähdään uhkana alueelliselle tasa-arvolle.

Tilankäytössä on tehty merkittäviä muutoksia. Vuonna 2026 päättyvät kuntien kiinteistöistä solmitut vuokrasopimukset mahdollistavat tilatehokkuuden kasvattamisen ja säästöjen saavuttamisen. Monet hyvinvointialueet maksavat tällä hetkellä vuokraa tyhjiä tiloista, mikä rasittaa niiden taloutta.

Kotipalveluiden, kotihoidon ja etäpalveluiden merkitys on kasvanut. Ikääntyneiden hoivassa on siirrytty yhteisölliseen asumiseen, jossa kotiin tuotavien palveluiden avulla pyritään tukemaan itsenäistä asumista. Ostopalvelujen osuutta on pyritty vähentämään ja joidenkin palveluiden tuottaminen on siirretty omaksi toiminnaksi, mikä on vaikuttanut esimerkiksi lääkäripalvelujen tarjontaan.

Palveluiden tarjontaan vaikuttaa ostopalvelujen vähentäminen ja joidenkin palveluiden siirtäminen omaksi toiminnaksi - tai palvelun vähentäminen. Tämä koskee esimerkiksi ostopalvelulääkäreitä tai vastaanottoaikoja. Digilääkäritoiminta on lisääntynyt myös asiakaspalveluissa.

Digitalisaatio ja automaatio ovat keventäneet hallintoa ja tehostaneet prosesseja. Esimerkiksi puheentunnistuksen hyödyntäminen, ostolaskujen käsittelyn automatisointi sekä työvuorosuunnittelun ja palkanlaskennan digitalisointi ovat pienentäneet

kustannuksia. Modulaariset rakentamisratkaisut ovat mahdollistaneet joustavan palveluverkon kehittämisen ilman raskaita kiinteistöinvestointeja.

Tätä kirjoittaessa osa alueista näyttää nousevan ylijäämäisiksi, osa vaikuttaa pysyvästi alijäämäisiltä – ainakin mitä päätöksenteon haluun tulee. Alueiden operatiivinen johto esittää keinoja, mutta joillakin alueilla heitä on palkittu korkeintaan irtisanomisilla. Vastustavilla alueilla odotetaan myös pelisääntöjen muuttamista ja sitä, että joidenkin ylijäämäisten alueiden ylijäämät auttaisivat ”sopeutumattomia” – ja nämä pääsisivät ”karkuun” muiden kustannuksella tekemättä omia vaikeita päätöksiä.

Uhka arviointimenettelystä vaatisi tilannetta aidosti muuttaakseen arvioinnin käynnistymistä jollakin alueella. Uhkana on hyvinvointialueen toiminnan fuusioitumisen vuoksi maakunnan lakkaaminen. Jos valtion keinot eivät oikaise tilannetta, vastaan marssii väijäämättä sotien valtiollistaminen tai – verotusoikeus. Jos syntyvä alijäämä kerättäisiin kunnilta, niiden olisi nostettava veroprosenttiaan yhdellä.



Tulevaisuuden- kestävää hyvin- vointialuetta rakentamassa

Anne-Mari Virolainen

Lääketeollisuus ry:n toimitusjohtaja



Hyvinvointialueiden tilannetta lähestytään usein niukkuuden jakamisen näkökulmasta. Katsantokanta kannattaisi siirtää tästä hetkestä huomiseen. Rakentaa huomisen tulevaisuudenkestävä hyvinvointialue.

Askel 1: vahvistetaan TKI-toiminnan edellytyksiä hyvinvointialueilla

Tutkimus, tuotekehitys sekä innovaatiot tarkoittavat oman toiminnan jatkuvaa kehittämistä ja yhteistyötä innovatiivisten yritysten kanssa sekä parempaa hoitoa yhä useammalle potilaille ja ammattilaisten osaamisen päivittämistä.

Kliiniset lääketutkimukset luovat arvoa niihin osallistuville potilaille (lisäterveys) sekä hyvinvointialueelle (suorat kustannussäästöt). Yksi kliininen lääketutkimus tuo potilaalle 1,2 miljoonan euron hyödyn ja terveydenhuoltojärjestelmälle yli 10 miljoonan euron hyödyn.

Meidän on parannettava hyvinvointialueiden olosuhteita (esimerkiksi henkilöstö ja infra) entistä useampien kliinisten lääketutkimusten tekemistä varten. On huolehdittava, että hyvinvointialueilla on edellytykset rahoittaa ja kehittää tutkimustoimintaa. On nostettava alueilla tehtävä TKI-toiminta kansallisen TKI-politiikan keskiöön ja käynnistettävä kansallinen kliinisten lääketutkimusten koordinaatio Trial Nation -mallin mukaisesti.

Askel 2: kehitetään hyvinvointialueiden ja yritysten vaikuttavaa yhteistyötä

Yhteiskunnan on investoitava riittävästi terveydenhuoltoon ja lääkehoitoihin. Suomi käyttää tällä hetkellä muita Pohjoismaita vähemmän rahaa terveydenhuoltoon asukasta kohden. Hyvinvointialueiden yhä vaikeampi taloustilanne vaatii terveydenhuoltoon käytettyjen resurssien kohdentamista vaikuttavasti niin, että käytetyillä resursseilla tuotetaan mahdollisimman paljon terveyttä ja hyvinvointia.

Sekä kansallisesti että alueilla tulee panostaa tietopohjaan, jotta alueet voivat tietoon nojaten tehdä viisaita päätöksiä. Panostamalla vaikuttavuustietoon yhteiskunnan varat voidaan kohdentaa hoitoihin, joilla saadaan hyviä hoitotuloksia. Oikea-aikainen ja oikein kohdennettu sairauksien ennaltaehkäisy ja lääkehoito mahdollistavat samanaikaisen kustannusten vähentämisen ja paremmat hoitotulokset.

Lääkkeistä ei pidä säästää lyhytnäköisesti, vaan turvata terveydenhuoltoon riittävät resurssit ja jokaiselle potilaalle heidän tarpeidensa mukainen ennaltaehkäisy ja hoito. On pyrittävä hallitsemaan hyvinvointialueiden sosiaali- ja terveystalveluiden kokonaiskustannuksia ottamalla vaikuttavat rokotteet ja lääkehoidot hallitusti käyttöön riskinjakosopimuksia hyödyntäen. Digitalisaatiota ja rekisteritietoa on hyödynnettävä enemmän terveydenhuollon vaikuttavuusperusteisessa terveydenhuollossa ja sujuvien hoitopolkujen rakentamisessa.

Askel 3: otetaan uudet lääkehoidot sujuvasti käyttöön osana toimivaa terveydenhuoltoa

Hyvinvointialueiden kannattaa investoida tehokkaaseen lääkehoitoon. Innovatiiviset, oikea-aikaiset ja vaikuttavat lääkehoidot eivät ole kustannuserä. Ne auttavat hallitsemaan sosiaali- ja terveystalvelujen kokonaiskustannuksia ja ovat potilaan etu. Uusien hoitojen sujuva ja hallittu käyttöönotto vahvistaa kansalaisten luottamusta julkisiin sosiaali- ja terveystalveluihin. Tämä luottamus on tutkittu heikentynyt viime vuosina.

Laadukkaan lääkehoidon tulee jatkossakin olla terveydenhuollon ytimessä: potilas ansaitsee tehokkaan, turvallisen ja oikea-aikaisen lääkehoidon katsomatta varallisuutta tai asuinpaikkaa. Lääkkeet ja rokotteet vahvistavat kansalaisten yhdenvertaisuutta.

Suomessa ja hyvinvointialueilla on kehitettävä modernia ja korkeatasoista sosiaali- ja terveystalvelujärjestelmää innovaatio- ja tutkimusperusteisellä toimintakulttuurilla, jossa hyödynnetään tehokkaasti uusia menetelmiä ja teknologioita. On huomioitava uusien lääkehoidojen hyödyt laajasti, mukaan lukien työ- ja toimintakyvyn paraneminen ja siitä johtuva raskaamman hoidon ja hoivan tarpeen

vähentäminen. Vahvistamme suomalaisten potilaiden yhdenvertaisuutta ottamalla ripeästi eri puolilla Suomea käyttöön uusimmat innovatiiviset rokotteet ja lääkehoidot.

Investoinneista, tutkimuksesta ja uudesta hoidosta syntyy hyvän kierre

Lääkkeiden ja rokotteiden tarkoituksenmukainen käyttö on tulevaisuuden kestävä palvelujärjestelmän edellytys. Kansalaisten yhdenvertaisuuden varmistamiseksi on tärkeää, että modernit rokotteet ja muut ennaltaehkäisykeinot sekä laadukas lääkehoito on saatavilla kaikille kansalaisille muun muassa tulotasosta tai asuinpaikasta riippumatta.

Uusien hoitojen kehittäminen Suomessa edellyttää, että hoidot on myös otettu käyttöön. Hyvinvointialueen kannalta uusi hoito voi säästää palveluresursseja. Soten vaikuttavuuden ja kestävyyslisääminen vaatii uusia menetelmiä ja käytössä olevien menetelmien tarkastelua.

Uusien lääkehoitojen edellyttämät TKI-panokset voivat käynnistää hyvän kierteen: ne lisäävät TKI-työpaikkoja ja osaamista, tuottavat parempaa sote-ammattilaisten vetoa sekä synnyttävät enemmän terveyttä ja hyvinvointia.

Hyvän kehässä koko ekosysteemi vahvistuu lisäten samalla alueiden tarvitsemää elinvoimaisuutta. Tulevaisuudenkestävää hyvinvointialuetta johdetaan parhaaseen vaikuttavuuteen pyrkien, innovaatioiden kehittäjät ja palveluiden tuottajat kumppaneina.

Case: Yrityksen ja hyvinvointialueen kumppanuus

Susanna Majasuo

Toimitusjohtaja ja vastaava lääkäri, Ihotalo



Puheenvuoro valinnanvapauden ja monituottajamallin puolesta

Suomen nykyinen sosiaali- ja terveydenhuoltojärjestelmä on vuosikymmenien saatossa muovautunut omanlaisekseen, ja eroaa monessa mielessä muiden Pohjoismaiden ja Euroopan maiden järjestelmistä. Järjestelmän rakenteiden ongelmat ja muutostarve sekä väestön ikääntymisen vaikutukset siihen ovat olleet tiedossa jo pitkään. Uutta järjestelmää odotellessa elettiin liian kauan pysähtyneisyyden tilassa ja hyvinvointialueuudistukseen kohdistuvat odotukset ovatkin valtavia.

Suomen sote-järjestelmän toiminnallisia ongelmakohtia ovat mm. palvelutarjonnan epätasa-arvoisuus, hoitoon pääsyn viiveet ja hoidon jatkuvuus, ja näihin on kiinnitetty huomiota myös kansainvälisesti.

On syytä kehittää valinnanvapautta

Ratkaisuista keskustellessa esiin on noussut käsitteet valinnanvapaus ja monituottajamalli. Nämä eivät suinkaan ole uusia ilmiöitä, ja terveydenhuoltoalalla yksilön vapaus valita oma hoitopaikkansa on ollut voimassa jo vuodesta 2014. Henkilökohtaisen budjetin käyttö sellaisilla asiakkailta, jotka tarvitsevat säännöllisesti useita sosiaali- ja terveystalvueluita, mahdollistaa palveluiden hankkimisen sieltä mistä asiakas itse haluaa. Tyypillisimmin henkilökohtaista budjettia on käytetty vammaispalveluiden, perhepalveluiden ja hoivapalveluiden hankkimiseen. Näiden kyseisten palveluiden kohdalla julkisia palveluita täydennetään merkittävässä määrin yksityisiltä palveluntarjoajilta hankituilla ostopalveluilla myös muuten, eikä ilman yksityisiä palveluntarjoajia tarvittavaa hoivaa olisi mitenkään mahdollista edes järjestää.

Tästä huolimatta sekä valinnanvapauden että monituottajamallin käytön tarjoamia mahdollisuuksia on mahdollista ja ennen kaikkea myös järkevää kehittää ja hyödyntää huomattavasti nykyistä enemmän. Palveluntarjoajayrityksillä on tarjota resursseja, joista julkisella sektorilla on pulaa, ja terve kilpailu johtaa useimmiten tehokkuuden lisääntymiseen ja suurella todennäköisyydellä samalla poikii uusia hienoja innovaatioita.

Valinnanvapaus tarkoittaa yksilön oikeutta valita oma hoitopaikkansa. Tällöin on mahdollista huomioida henkilön omat ja myös omaisten toiveet ja tarpeet. Valinnanvapauden mahdollistamisella

voidaan parantaa palveluiden saatavuutta ja laatua, kun asiakkaat saavat valita itselleen sopivimman palveluntarjoajan. Terveydenhuoltopalveluissa voidaan huomioida toivottu asioimissuunta ja esim. paikkakunnalta tai kaupunginosasta toiseen muuton jälkeen mahdollistaa hoidon jatkuvuus tutussa hoitopaikassa. Hoivapalveluissa ja laitoshoidossa taas on mahdollista valita kullekin henkilölle sopivin hoitoympäristö, tai valita sijainti siten, että lähiomaisten on helppo vieraila asiakkaan luona.

Haasteet tunnistettava ja ratkottava

Valinnanvapauden toteuttamisessa on toki omat haasteensa. Haja-asutusalueella palveluntarjoajia on vähemmän eikä valinnan varaa välttämättä ole. Kustannusten hallitsemiseksi palveluhintaneuvottelut ovat tärkeässä roolissa, mutta julkisen palveluntuotannon todellisten kustannusten laskeminen ja avoin kilpailu palveluntarjoajien kesken hidastavat kustannusten nousua. Hyvinvointiala HALI ry:n 2021 tekemässä selvityksessä todettiin, että kuntien hoivapalvelu maksoi kunnille keskimäärin kolmanneksen ja pahimmillaan jopa 50 % enemmän kuin yritysten ja järjestöjen tuottama hoiva.

Monituottajamalli, eli palveluiden tuottaminen sekä julkisen järjestelmän että yksityisten palveluntarjoajien toimesta, on etenkin terveydenhuollon puolella kiistanalainen aihe. Perhe- ja hoivapalveluiden puolella tilanne on onneksi eri. Suomen terveydenhuoltojärjestelmä on kovin julkispainotteinen. Muitakin malleja on lähitöllä ja esim. Tanskassa järjestetään toimiva perusterveydenhuolto ammatinharjoittajälääkäreiden toimesta julkisella rahoituksella.

Hyvällä monituottajamallilla voidaan nopeuttaa hoitoon pääsyä, kun käytössä on julkisten palveluiden lisäksi myös yksityisten palveluntarjoajien resurssit. Mallin tarjoama kilpailu kirittää myös kustan-

nustehokkuutta. Monituottajamallilla on jopa mahdollista parantaa hoidon jatkuvuutta, kun asiakas saa itse valita haluamansa palveluntarjoajan. Esimerkiksi palveluseleitä hyödyntämällä on mahdollista ostaa yksityiseltä toimijalta erikoissairaanhoidon palveluita nopeasti ja halvemmalla kuin mitä vastaava palvelu kustantaisi julkisessa sairaalassa.

Monituottajamallin haasteet ovat yhteneväisiä valinnanvapauden toteuttamisen haasteiden kanssa. Kustannusten hallitsemiseksi monituottajamalli edellyttää rajoituksia siihen mitä palveluita asiakkaalle on luvallista tarjota julkisella rahoituksella. Samalla mallille asetetut rajoitukset voivat myös rajoittaa sen toimivuutta. Jos esimerkiksi lääkärin tai fysioterapeutin kädet sidotaan, ei hän pysty antamaan saman tasoista hoitoa kuin mikä on mahdollista terveysasemalla ilman rajoituksia. Liian tiukasti asetetut rajoitukset estävät hoidon jatkuvuuden toteutumista, edellyttävät tarkkaa potilasvalintaa ja mahdollistavat asioinnin vain yksinkertaisissa asioissa.

Julkisuudessa toistuu puhe ahneista yksityisistä terveyspalveluyrityksistä, joista rahat valuvat veroparatiiseihin. Näin yksityispuolella toimivana lääkärinä puhe ahneista yksityislääkäreistä on jopa hieman loukkaavaa. Sote-alalle hakeutuvat ihmiset ovat ainakin osittain kutsumusammattissaan, ja heitä yhdistää halu toimia asiakkaan parhaaksi. Ammattilaiset myös ymmärtävät hyvin julkisen talouden ahdingon ja sen, että se tulee huomioida päätöksissä, jotta apua voidaan tarjota mahdollisimman monelle.

Yritys hyvinvointialueen vastuullisena kumppanina

Ihotalo on voittoa tavoitteleva ihosairauksien ja ihon hoitoon keskittyvä lääkärikeskus Turussa. Silti yhteiskuntavastuu on suuressa roolissa yrityksemme toiminnassa. Olemme valmiit osallistumaan talkoisiin, jotta mahdollisimman moni pääsisi ihotautilääkärin vastaanotolle silloin kun sitä tarvitsee. Pystymme tarjoamaan hyvinvointialueelle aitoa kumppanuutta - kustannustehokkaasti. Uskon, että suurin osa sote-alan yksityisistä palveluntarjoajista jakaa kanssamme samoja ajatuksia. Ja samalla työllistää arviolta 100 000 alan ammattilaista.

On siis selvää, että valinnanvapaus ja monituottajamalli tarjoavat Suomelle mahdollisuuksia, joita ei missään nimessä kannata jättää käyttämättä.



Tekoälyn mahdollisuudet hyvinvointialueilla: tehokkuutta ja vaikuttavuutta

Marko Rauhala

Accenture. Managing Director, Terveystieteiden ja hyvinvoinnin palvelut, Euroopa, Lähi-itä, Afriikka.

MARKO RAUHALA



Anna on kokenut sairaanhoitaja, jolla on yli 20 vuoden työkokemus terveydenhuollosta. Hänen työpäivänsä ovat kiireisiä ja täynnä potilaskohtauksia – mutta myös loputonta kirjaamista. Jokaisen vuoron päätteeksi hän istuu vielä ylimääräisen tunnin päivittäisessä potilastietoja järjestelmään. ”Tämä ei ole sitä hoitotyötä, johon aikanaan ryhdyin”, hän miettii uupuneena.

Samaan aikaan lastensuojelussa työskentelevä Kaisa yrittää pysyä perässä lastensuojeluilmoitusten kasvavassa määrässä. Jokainen palvelutarpeen arviointi vie päiviä, jopa viikkoja, ja resurssit ovat rajalliset. Hän tietää, että jokainen viivästynyt päätös voi tarkoittaa lasta, joka joutuu elämään turvattomassa ympäristössä liian pitkään.

Edellä mainitut esimerkit ovat tekoälyhankkeiden lähtökohtia. Juuri rutiinitehtäviä voidaan nyt automatisoida ja vapauttaa ammattihenkilöstön aikaa siihen työhön, mihin heidät on koulutettu. Accenturen Suomessa tekemän tutkimuksen mukaan tekoäly voisi vapauttaa jopa 20–35 % terveydenhuollon kliinisestä ja hallinnollisesta työstä. Se voisi automatisoida potilastietojen kirjaimisen, tukea hoitohenkilökunnan päätöksentekoa ja vähentää byrokratiaa. Lastensuojelussa generatiivinen tekoäly voisi nopeuttaa palvelutarpeen arviointia jopa 50 %, jolloin Kaisan tiimi voisi kaksinkertaistaa vaikuttavuutensa ilman lisääntyviä ylitöitä.

Miksi tekoälyratkaisuja ei ole laajassa käytössä?

Tekoälyn mahdollisuudet ovat kiistattomat, mutta sen käyttöönottoa hidastavat useat tekijät. Onko kyse rohkeuden puutteesta, resurssien väärästä kohdentamisesta vai siitä, ettei hyvinvointialueiden rakenteet vastaa nykypäivän tarpeisiin? Kun teknologia tarjoaa ratkaisun, mutta rakenteet jarruttavat kehitystä, kärsijöinä eivät ole tekoälyratkaisut, vaan potilaat, lapset ja kuormittunut henkilöstö.

Tekoälyn mahdollisuudet hyvinvointialueilla

1. Automaattinen potilastietojärjestelmäkirjaaminen

Terveydenhuollon ammattilaiset käyttävät suuren osan työajastaan potilastietojen kirjaamiseen. Tekoäly voi automatisoida tätä prosessia puheentunnistuksen ja luonnollisen kielen käsittelyn avulla. Lääkärin tai hoitajan sanelu voidaan muuntaa rakenteiseksi tekstiksi, joka siirtyy suoraan potilastietojärjestelmään, vähentäen manuaalista työtä ja virheiden määrää.

2. AI-agentit tukemassa henkilöstöä ja kansalaisia

Tekoälypohjaiset agentit voivat auttaa terveydenhuollon ammattilaisia esimerkiksi tiedonhausta, lääkitysohjeiden tarkistamisesta ja diagnoosien tukemisesta. Kansalaisille AI-agentit voivat tarjota terveystietoa, palveluohjausta ja apua oikean hoitopaikan valintaan.

3. Tekoälyavusteinen asiakaspalvelu

Hyvinvointialueiden asiakaspalvelu on laaja-alaista ja kriittistä. Tekoälyavusteiset chatbotit ja puheohjatut palvelut voivat vastata yleisiin kysymyksiin, ohjata asiakkaita oikeisiin palveluihin ja helpottaa ajanvarausta. Tämä vapauttaa asiakaspalvelijoiden aikaa vaativampiin tehtäviin ja parantaa palvelun saatavuutta.

4. Kielellinen työskentely tukemassa hallintoa ja asiantuntijoita

Tekoäly voi auttaa raporttien, lausuntojen ja kokousmuistioiden laadinnassa sekä käännoistyössä. Se voi myös analysoida suuria tekstimassoja ja poimia niistä oleellista tietoa, mikä helpottaa päätöksentekoa.

5. Potilaskommunikaatio vieraskielisille

Hyvinvointialueilla palvellaan monikielistä väestöä, ja kielimuurit voivat vaikeuttaa hoitoa. Tekoälypohjaiset käännostratkaisut voivat auttaa lääkäreitä ja hoitajia kommunikoimaan potilaiden kanssa heidän omalla kielellään, parantaen ymmärrystä ja hoidon laatua.

Johtopäätös

Tekoäly tarjoaa hyvinvointialueille mahdollisuuden tehostaa toimintaa, parantaa palveluiden saavutettavuutta ja helpottaa sekä henkilöstön että asiakkaiden arkea. Sen avulla voidaan vähentää rutiinityötä, sujuvoittaa potilastyötä ja tukea monikielistä viestintää. Oikein hyödynnettynä tekoäly voi tuoda merkittävää lisäarvoa julkiselle terveydenhuollolle ja sosiaalipalveluille. Mutta olemmeko valmiita tarttumaan tähän mahdollisuuteen?

Case: Pirkanmaan hyvinvointialue digitaalisten palvelujen edelläkävijänä

Leena Kostiainen

Kokoomuksen aluevaltuustoryhmän puheenjohtaja, Pirkanmaan hyvinvointialue

Kari-Matti Hiltunen

Aluehallituksen puheenjohtaja (Kok), Pirkanmaan hyvinvointialue

LEENA KOSTIAINEN



KARI-MATTI HILTUNEN



Digitalisaatio ei ole vain tekniikkaa ja laitteita, se on ajattelutavan muutos. Digitaaliset palvelut mahdollistavat asiakkaiden yksilöllisten tarpeiden ja toiveiden huomioimisen. Pirkanmaan hyvinvointialueella digitaalisten palvelujen kehittämistä on tehty yhdessä palveluiden käyttäjien kanssa, mikä on lisännyt niiden käytettävyyttä ja tehokkuutta. Digitalisaation ja teknologian hyödyntäminen palvelutuotannon kehittämisessä on Pirhan strategian läpileikkaava tavoite. Esittelemme tässä lyhyesti muutaman esimerkin.

Digiklinikka

Digiklinikka käynnistyi toukokuussa 2024. Se on palkittu mm. vuoden vaikuttavimmasta digiteosta hyvinvointialueilla ja myös julkisen sektorin Amazon Web Services palkinnolla myönteisten vaikutustensa vuoksi. Palveluun rekisteröityneitä käyttäjiä on jo yli 120 000.

Digiklinikalla käydään päivittäin yli 500 hoitokeskustelua. Yhteyden saamisen kesto on keskimäärin 10 minuuttia. Arviolta yli 60 % saa avun digiklinikalta, mutta osa ohjataan vastaanotolle esim. omalle sote-asemalle. Digiklinikan kautta on mahdollista saada tarvittaessa videoyhteys lääkäriin. Palvelu on avoinna joka päivä, myös viikonloppuisin klo 8–22 välisen ajan.

Digiklinikan asiakasmaksut ovat samat kuin sote-asemilla. Sairaanhoitajan tekemä hoidontarpeen arviointi on ilmainen, mutta lääkärin etävastaanotto on maksullinen. Palvelun edellytyksenä on kirjautuminen OmaPirhaan tai lataamalla OmaPirha Digiklinikka -sovellus. Digiklinikalla on mahdollisuus saada nopea apu äkillisissä sairastumisissa kuten flunssan, kuumeen, ripulin, virtsaoireiden, silmätulehduksen iskiessä. Apua saa myös esim. iho-oireisiin ja mielenterveyden ongelmissa.

Ikäihmisten etähoiva

Ikääntyneiden kotihoito voi olla myös etähoivaa, jolloin osa hoitajan käynneistä toteutetaan etäkäynteinä. Lääkeautomaatit auttavat asiakasta ottamaan lääkkeensä itsenäisesti, turvallisesti ja oikea-aikaisesti. Etähoivaa tarjotaan sellaisille asiakkaille, joille se soveltuu.

Etäkäyntilaitte tuo ikääntyneelle turvaa, tarjoaa aktiviteetteja ja mahdollistaa videopuhelut läheisten kanssa. Ikääntyneet pitävät etäkäyntilaitetta helppokäyttöisenä ja suosittelevat sitä myös ikätovereilleen. Etäkäynnit tarjoavat monenlaista ohjelmaa, kuten tuolijumppaa ja tietovisoja. Etähoiva tuo virikkeitä päivään ja ylläpitää ikäihmisten liikkuvuutta ja omatoimisuutta.

Kotihoidon etäkäynnit tuovat säästöjä ja tehostavat resursien käyttöä erityisesti niiden asiakkaiden kohdalla, jotka asuvat haja-asutusalueella. Kotihoidossa on tällä hetkellä käytössä 588 laitetta ja etäkäyntejä on keskimäärin 444 päivässä. Tällä hetkellä kotihoidon käynneistä etänä toteutetaan 12,8 %. Etäkäynnin kesto on keskimäärin 26 minuuttia. Läheisten soittamia videopuheluita on keskimäärin 19 kuukaudessa.

Digitaalisia hoitopolkuja

Tampereen yliopistollisen keskussairaalan unipoliklinikalla kehitetty etäseurantadatan hyödyntäminen ja digitaalinen hoitopolku mullistivat uniapnean hoidon. Nykyään hoitoon pääsee jo parissa viikossa, kun ennen aikaa sai odottaa jopa useita kuukausia. Rahaa ja aikaa säästyy, ja hoitohenkilökunta ja potilaat ovat entistä tyytyväisempiä.

TaysPolku-sovelluksen käyttöönoton myötä pirkanmaalaiset tulehduksellista suolisairautta sairastavat (IBD) potilaat saavat mahdollisuuden kuljettaa omaa hoitopolkuaan aina taskussa mukana. Tulehduksellisia suolisairauksia ovat esim. haavainen paksusuolitulehdus ja Crohnin tauti. Nykyaikainen hoito mahdollistaa aiempaa harvemmat vastaanottokäynnit. IBD-potilaista suurin osa on 15–35-vuotiaita, eli ikäryhmää, jolle digitaaliset ratkaisut ovat arkipäivää. Sovellus mahdollistaa ajantasaisen, luotettavan

ja omassa toimipisteessä koostetun tiedon kuljettamisen mukana vastaanottojen välillä sekä kätevän yhteydenpidon puolin ja toisin. Yhteydenoton helppous madaltaa kysymisen kynnystä.

Chatit, videovastaanotot ja lomakkeet

Digiperhe on Pirhan verkkosivuilta löytyvä sivusto, mistä löytyy tietoa ja tukea nuorille ja perheille silloin, kun sitä tarvitaan. Digiperheeseen on koottu lähi- ja digipalveluita, keskusteluapua, vertaistukea, hyvinvointiohjelmiä sekä tapahtumia.

Neuvolapalveluissa on käytössä asiointia sujuvoittavat digitaaliset esitietolomakkeet sekä mahdollisuus asioida myös etävastaanottojen kautta. Etävastaanotto mahdollistaa toisen vanhemman osallistumisen neuvolakäynnille, jos hän ei pääse paikalle esimerkiksi etäisyyden takia. Etävastaanotto sopii myös ohjaukseen ja neuvontaan silloin, kun ei tarvitse tehdä tutkimuksia tai mittauksia. Tällaisia aiheita voivat olla esimerkiksi raskauden aikainen raskausdiabeteksen omahoito, lapsen uniasiat tai lapsen ruokailuun liittyvät asiat. Myös vanhemmuuden tukeminen onnistuu etävastaanoton kautta.

Digipalveluja kehittämällä on mahdollisuus parantaa hoidon saatavuutta, sujuvoittaa ammattilaisten työtä ja saada kustannussäästöjä. Pirha on mukana hankkeessa, missä tutkitaan digipalveluiden vaikutuksia eri asiakasryhmiin. Näin palveluita voidaan kohdentaa paremmin. Palveluiden on vastattava asiakkaiden tarpeita, ja vaikuttavuutta syntyy, kun asiakas saa juuri hänelle sopivan palvelun. Digitaaliset palvelut tarjoavat nopean ja turvallisen yhteyden sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisiin kaikille, joilla on edellytykset digipalveluiden käyttöön. Opastusta digipalveluiden käyttöön saa esimerkiksi lähitireiltoja ympäri Pirkanmaan.

Case: GerBiili vanhusten ja vammaisten apuna Kanta-Hämeessä

Helena Lehkonen

*Kanta-Hämeen hyvinvointialueen hallituksen jäsen,
aluevaltuustoryhmän pj. (kok.)*

Juha Isosuo

Kanta-Hämeen hyvinvointialueen aluevaltuuston pj. (kok.)

HELENA LEHKONEN



JUHA ISOSUO



Olisipa niin, ettei vanhuksen aina tarvitse lähteä yksin tai saattajan kanssa päivystykseen jokaisesta vaivastaan. Olisipa niin, ettei ambulanssi aina ole ainoa vaihtoehto vanhuksen tai vammaisen akuuttiin vaivaan. Ja olisipa niin, ettei päivystys kuormittuisi potilaista, joita voidaan auttaa omassa kodissaan, heille tutussa ympäristössä.

Kanta-Hämeen hyvinvointialueella mainittuihin toiveisiin on jo nyt ollut mahdollista vastata. Ei aina, mutta usein. Oma Hämeen kotisairaalan ja ensihoidon yhteinen liikkuva yksikkö GerBiili aloitti

toimintansa maaliskuussa 2024. GerBiili tukee kotihoidon ja palveluasumisen ammattilaisia heidän vaativissa tehtävissään tarjoamalla sairaanhoidollista osaamista heidän käyttöönsä. GerBiili myös tuottaa yöaikaista palvelua kotisairaalan palliatiivisille ja akuuteille potilaille.

Gerbiilin tavoitteena on hoitaa asiakasta tutussa ympäristössä ja estää asiakkaiden tarpeetonta ajautumista päivystykseen ja osastoille – ja näin ollen vähentää päivystyksen kuormitusta. Hämeenlinnan seudulla yli 75-vuotiaiden päivystyskäynnit vähenivät puolessa vuodessa viime vuonna 10 prosenttia, kun verrataan samaan aikajaksoon edellisenä vuonna. Sama kehitys on tapahtunut myös Riihimäen ja Forssan seuduilla, joissa uusi GerBiili on otettu käyttöön myöhemmin.

Viime vuoden aikana Gerbiiliksi nimetyllä kotisairaalan ja ensihoidon yhteisellä yksiköllä on ollut maalis-elokuun aikana 1580 asiakasta ja lähes 4000 puhelua tai käyntiä koko Kanta-Hämeen hyvinvointialueella. Se on kotihoidossa ja hoivakodeissa työskentelevien ammattilaisten tuki. Se neuvoo, auttaa ja tekee tarvittaessa kotikäynnin, jolloin voidaan välttää asiakkaan ajautuminen tarpeettomasti päivystykseen.

Asiakas tai hänen omaisensa ei siis voi ”tilata” GerBiiliä, vaan toiminta perustuu ammattilaisten tukeen ja heidän yhteydenottoonsa. Yhteydenoton perusteella ratkaistaan, lähteekö GerBiili asiakkaan luokse. GerBiilin työntekijät voivat tarvittaessa konsultoida lääkärin kanssa, mutta muutoin he tekevät itsenäisiä päätöksiä.

Toiminnan onnistumisen kannalta on ollut aivan keskeistä, että mukaan lähti pelastuksen toimiala. Hämeenlinnan seudulla Gerbiilin käytössä on toimintaan muutettu ambulanssi, jossa on kahden hengen miehistö; ensihoitaja ja sairaanhoitaja. Liikkuvan yksikön tarpeisiin muokattu ambulanssi on paremmin varusteltu kuin tavalinen ambulanssi. Sen avulla voidaan hoitaa myös kiireellisiä tehtä-

viä koko Kanta-Hämeen alueella. Riihimäen ja Forssan seudulla tehtävään käytetään henkilöautoa. Liikkuvan yksikön autossa on paljon teknologiaa, jolla potilasta voidaan tutkia ja hoito voidaan aloittaa tutussa ympäristössä.

Nimenomaan uuden hyvinvointialueen muodostaminen mahdollisti toimialat ylittävän yhteistyön. Uusi toimintamalli on saanut hyvää palautetta. Asiakastytyväisyyskyselyn perusteella toimintaa kehitetään kaiken aikaa.



Sydänkaista- etäpalvelu ehkäisee uusintainfarkteja

Ismo Partanen

Toiminnanjohtaja, Lääkäripalveluyritykset ry (LPY)

ISMO PARTANEN



Terveydenhuollon palvelujärjestelmässä on huomattavia aukkoja, joihin yksityinen sektori voi tarjota ratkaisuja. Tuore esimerkki yksityisten toimijoiden kyvystä tuottaa palveluinnovaatioita on Pihlajalinnan kehittämä uusi Sydänkaista-palvelu, joka ylsi Lääkäriliiton vuoden 2024 laatupalkintokilpailussa kolmen finalistin joukkoon. Sydänkaista on etäpalvelu, joka keskittyy sydän- ja aivoinfarktien uusiutumisen ehkäisyyn.

Yksityinen terveydenhuolto on tärkeä kumppani julkiselle sektorille. Sen rooli ei rajoitu pelkästään palveluiden tuottamiseen, vaan yksityiset toimijat myös innovoivat ja kehittävät uusia toimintamalleja, jotka voivat parantaa koko järjestelmän tehokkuutta ja vaikuttavuutta.

Esimerkki tällaisesta toiminnasta on etäpalveluiden kehittäminen. Etäpalvelut ovat syntyneet yksityisen sektorin pitkäjänteisen kehitystyön tuloksena. Etäpalveluiden hyödyntäminen ei julkisessa terveydenhuollossa olisi mahdollista ilman yksityisen sektorin näyttöjä niiden toimivuudesta, laadusta ja kustannustehokkuudesta.

Etähoitoa yksilöllisesti ja oikeaan aikaan

Pihlajalinna Sydänkaista -palvelu on kehitetty paikkaamaan merkittävää hoitovajetta sepelvaltimotautipotilaiden hoidossa. Sydänkaistan vastaava lääkäri Robert Bergholm muistuttaa, että oikea-aikainen ja yksilöllinen hoito parantaa merkittävästi potilaiden ennustetta ja elämänlaatua sekä vähentää terveydenhuollon kustannuksia.

Sydänkaistan toimivuutta testattiin Varsinais-Suomen hyvinvointialueella yhteistyössä Turun yliopistollisen keskussairaalan kanssa. Pilottiin osallistui 101 potilasta, joilla oli todettu sepelvaltimotauti ja joista osa oli sairastanut sydän- tai aivoinfarktin. Seurantajakso kesti 12 kuukautta vuosina 2023–2024.

Tulokset osoittivat selkeitä hyötyjä: uusintainfarktin todennäköisyys pieneni jopa 40 prosenttia.

Ennaltaehkäisy tuo merkittäviä säästöjä

Suomessa yli 30 000 ihmistä saa vuosittain sydän- tai aivoinfarktin. Tilastojen mukaan yli 40 prosenttia heistä saa uusintainfarktin tai menehtyy viiden vuoden sisällä ensimmäisestä kohtauksesta.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen (THL) mukaan 35 prosenttia sydäninfarktin saaneista potilaista jää ilman seurantaa, vaikka uusiutumisen riski on heillä huomattavan korkea. Tämä kertoo järjestelmässä vallitsevasta hoitovajeesta.

Ennaltaehkäisyllä voidaan saavuttaa merkittäviä kustannussäästöjä. Yhden sydäninfarktin akuuttivaiheen hoito maksaa noin 20 000 euroa per potilas. Pihlajalinna Sydänkaistan seurantajakson perusteella voidaan arvioida, että sadan potilaan kohdalla hoitokustannuksista voitaisiin säästää viidessä vuodessa jopa yli 300 000 euroa. Tämä ei sisällä työkyvyttömyydestä tai sairauspoissaoloista syntyviä lisäkustannuksia.

Hyvät käytännöt laajempaan käyttöön

Sydänkaista-palvelu on konkreettinen esimerkki yksityisen sektorin kyvystä innovoida ja tuottaa ratkaisuja terveydenhuollon haasteisiin. Tämänkaltaisten ratkaisujen hyödyntäminen ja levittäminen on olennaista, jotta terveydenhuollon resurssit kohdistuvat tehokkaasti ja vaikuttavasti.

Pihlajalinna Etäklinikan vaikuttavuusperusteisten palveluiden ylilääkäri Erik Mandelin korostaa, että Sydänkaista on esimerkki vaikuttavasta hoidosta, joka täyttää hoidolliset tavoitteet, vähentää terveydenhuollon kustannuksia ja parantaa potilaiden elämänlaatua.

THL:n mukaan sydän- ja verisuonitaudit ovat merkittävä kansanterveydellinen ongelma ja aiheuttavat noin puolet työikäisten kuolemista Suomessa. Lisäksi ne lisäävät työkyvyttömyyseläkkeiden määrää. Uusintainfarktien ehkäisyyn panostamalla voidaan merkittävästi parantaa kansanterveyttä ja pienentää terveydenhuollon kustannuksia.

Sydänkaistan tapaisia hyviä käytäntöjä pitäisi ehdottomasti levittää aktiivisesti laajempaan käyttöön.

Terveyspalveluihin tarvitaan lisää kilpailua

Suomalaisen terveyspalvelujärjestelmän haasteena on se, että vaikuttavat ja kustannustehokkaat käytännöt ja uudet innovaatiot eivät leviä riittävän tehokkaasti.

Useampi hallitus on nojannut terveydenhuollon laadun ja saatavuuden parantamisessa siihen, että hyvät käytännöt leviäisivät itsestään. Näin ei ole kuitenkaan laajassa mittakaavassa tapahtunut.

Palveluntuottajien välinen kilpailu tunnetusti kannustaa niitä laadun, saatavuuden sekä tuottavuuden parantamiseen. Suomalaiseen palvelujärjestelmään kaivataan lisää tuottajien välistä reilua kilpailua.

LÄHTEET:

Pihlajalinna Oyj – yksi Suomen suurimmista terveyspalvelualan yrityksistä. Konserni tuottaa lääkärikeskus- ja sairaalapalveluita sekä työterveys- ja vakuutusyhteistyöpalveluita. Lisäksi Pihlajalinna tarjoaa sosiaali- ja terveydenhuollon palvelutuotantomalleja hyvinvointialueille.
www.pihlajalinna.fi

Lääkäripalveluyritykset ry (LPY) – yksityisten lääkäripalveluita tuottavien yritysten edunvalvoja sekä yhteistoiminnan ja verkottumisen edistäjä.
www.lpy.fi



Apteekki – terveydenhuollon lähipalvelua ja kasvollista yrittäjyyttä

Merja Hirvonen

Toimitusjohtaja, Apteekkariliitto



Suomen yli 800 yrittäjävetoista apteekkia varmistavat koko maan kattavasti lääkkeiden saatavuuden, turvallisen lääkehoidon neuvonnan ja lääkehuollon huoltovarmuuden. Apteekissa jokainen suomalainen voi aikaa varaamatta keskustella terveydentilastaan terveydenhuollon ammattilaisen kanssa. Yli puolelle suomalaisista apteekki on myös lähin terveystalvi.

Eurooppalainen kehityskulku on kasvattanut apteekkien roolia osana terveydenhuoltoa. Pandemian aikana apteekkien rooli korostui, ja nyt yli puolet Euroopan maista on sellaisia, joissa apteekit rokottavat säännöllisesti.

Apteekkeja kannattaa hyödyntää Suomessakin entistä enemmän muun terveydenhuollon tukena – erityisesti nyt, kun hyvin-

vointialueet supistavat palveluverkkojaan ja kamppailevat hoito-
henkilöstön saatavuuden kanssa.

Hoitopolku jatkuu kotiin asti

Apteekkien tekemä työ vähentää terveydenhuollon kuormitusta ja parantaa hoidon laatua. Tuoreen tutkimuksen mukaan apteekkien työ säästää hyvinvointialueilta jo nyt 855 miljoonaa euroa vuodessa. Suuri osa tästä hyödystä syntyy itsehoidon neuvonnasta – jolla pystytään sekä ehkäisemään turhia lääkärikäyntejä että varmistamaan itsehoitolääkkeiden oikeaa käyttöä.

Potentiaalia riittäisi vielä suurempiin säästöihin. Esimerkiksi neljännes ikääntyneiden erikoissairaanhoidon päivystyskäynneistä johtuu lääkityksen ongelmista. Apteekkien tarjoamat palvelut, kuten lääkityksen arvioinnit ja lääkkeiden koneellinen annosjakelu, voivat merkittävästi parantaa hyvinvointialueiden resurssien käyttöä. Kun hyvinvointialueilla suunnitellaan asiakkaiden hoitopolkuja, on kriittisen tärkeää muistaa, että hoitopolku ei pääty hyvinvointialueen hallinnolliselle rajalle, vaan jatkuu kotiin asti – apteekin kautta.

Apteekkien palveluilla vaikuttavuutta ja säästöjä hyvinvointialueille

Hyvinvointialuepäättäjien kannattaa myös pohtia, voisiko apteekkien palveluvalikoiman laajempi hyödyntäminen säästää hoitajien aikaa ja parantaa palveluiden oikea-aikaista saatavuutta. 80 % suomalaisista haluaisi apteekeista nykyistä laajemmin terveyspalveluita. Tällä hallituskaudella apteekkien farmaseuteille ja proviiso-

reille on myönnetty rokotusoikeus, mutta apteekkeja ei vielä juuri-
kaan hyödynnetä rokotuksissa.

Hyvinvointialueiden kannattaisi hyödyntää apteekkeja esimerkiksi riskiryhmien kausi-influenssarokotuksissa. Myös muita matalan kynnyksen palveluita voitaisiin tuottaa apteekkeissa, mikä vahvistaisi ihmisten lähipalveluita ja lisäisi terveydenhuollon kustannustehokkuutta.

Hyvinvointialueiden ja apteekkien yhteistyö voi tuoda merkittäviä säästöjä, parantaa palveluiden saatavuutta ja keventää terveydenhuollon kuormitusta. Nyt on aika tunnistaa apteekkien potentiaali ja tehdä niistä kiinteämpi osa hyvinvointialueiden terveydenhuoltoa. Tämä ei ole vain järkevää terveystaloutta, vaan myös fiksua talouspolitiikkaa ja yrittäjyystävällistä päätöksentekoa.

Hyödynnetään apteekkiverkostoa

Terveysasemaverkoston supistuessa monella alueella joudutaan miettimään, kuinka perustuslainkin takaamat riittävät sosiaali- ja terveyspalvelut turvataan. Apteekkien ja hyvinvointialueen yhteistyötä kannattaa tiivistää myös lähipalveluiden takaamiseksi. Parhaassa tapauksessa apteekin tiloja hyödyntämällä voidaan paitsi tarjota terveyspalveluita lähellä ihmisiä, myös varmistaa apteekkipalveluiden jatkuvuus alueella.

Apteekkien osaamisen täysimääräinen valjastaminen ihmisten hoidon parantamiseksi on investointi, joka maksaa itsensä moninkertaisesti takaisin ja on kustannustehokas panostus juuri oikeaan kohtaan – ennaltaehkäisyyn. Siksi kannattaa tunnistaa apteekkien mahdollisuudet ja tehdä apteekkeista kiinteä osa hyvinvointialueiden palvelustrategioita.

Valtio-ohjatus soten haasteet

Lasse Lehtonen

Professori, diagnostiikkajohtaja

LASSE LEHTONEN



Sanna Marinin hallituksen sote-uudistus on ollut voimassa kohta ensimmäisen aluevaltuustokauden verran. Huhtikuun 2025 aluevaaleissa äänestäjät voivat osaltaan arvioida sitä, miten sote-uudistus on – tai ei ole - onnistunut tavoitteissaan yhdenvertaisten palvelujen saatavuuden varmistamisessa, lähipalveluiden turvaamisessa taikka kustannusten kasvun hillinnässä. Käytämme tänään paljon rahaa terveyspalveluihin, mutta emme saa vastineeksi samantasoista palvelua, mitä muissa Euroopan maissa vastaavalla panostuksella saadaan.

Kustannukset kasvaneet, palvelun laatu ei

Sote-uudistus siirsi sosiaali- ja terveyspalvelujen rahoituksen valtion vastuulle ja lisäsi merkittävästi valtionohjausta. Sote-uudistuksen valmistelumateriaalin mukaan valtion vastattavaksi siirtyvän toiminnan (ml. pelastustoimen) kustannus oli v. 2020 n. 19,8 mrd euroa. Vuonna 2025 nuo kustannukset ovat julkisen talouden suunnitelmassa jo n. 26,2 mrd. euroa. Vaikka Terveyden- ja hyvinvoinnin laitos (THL) arvioi omissa lausunnoissaan, että sote-kustannukset nousisivat 2020-luvulla n. 1,2 % vuodessa, on todellinen nousu 5 viime vuoden ajanjaksolla ollut yli 30 %. Sote-kustannusten suuri kasvu on aiheuttanut valtiovarainministeriössä epätoivoa ja pahasti sotkenut Petteri Orpon hallituksen suunnitelmia julkisen talouden tasapainottamiseksi.

Vaikka sote-kustannusten kasvu on ollut paljon ennakoitua suurempaa, eivät palvelujen saatavuus taikka lähipalvelut suinkaan ole parantuneet. Erikoissairaanhoidon hoitojonot olivat THL:n tilastojen mukaan vuoden 2024 lopulla ennätyspitkät. Alijäämiensä kanssa painiskelevat hyvinvointialueet ovat lisäksi karsineet kovalla kädellä terveysasemia ja muita haja-asutusalueiden lähipalveluja tasapainottaakseen talouttaan. Myös ostopalvelujen käyttöä on yritetty vähentää, vaikka juuri ne ovat monin paikoin turvanneet riittävien palvelujen saatavuuden. Väestön arkipäivän kokemus on, että sote-palvelut ovat heikenneet ja samalla väestön luottamus esim. julkisiin terveyspalveluihin on laskenut ennätysalhaiselle tasolle.

Vaikka monet sote-päätöksentekoeilimissä mukana olevat mielellään siirtäisivät arviota sote-uudistuksen onnistumisesta pitkälle tulevaisuuteen, antavat äänestäjät aina neljän vuoden välein arvionsa aluevaltuutettujen omasta onnistumisesta. Valtion keskusohjauksessa olevassa järjestelmässä äänestäjien vaikutus-

mahdollisuudet palvelujen tasoon tai sijoittumiseen voivat kuitenkin jäädä vähäiseksi, mikä osaltaan voi näkyä aluevaalien alhaisena äänestysprosenttina. Jotain siis ehdokkaiden tarvitsisi esittää tilanteen korjaamiseksi, mikäli aluevaalien uskottavuus osallistumisfoorumina halutaan säilyttää.

Nykyinen rahoitusmalli ei kannusta tuottavuuden parantamiseen

Sote-uudistuksen keskeisenä ongelmana on, ettei sen rahoitusmalli kannusta tuottavuuden parantamiseen julkisissa sosiaali- ja terveyspalveluissa. Kaikki terveystaloustieteen asiantuntijat pitivät tätä lakipaketin valiokuntakuulemisissa niin suurena ongelmana, ettei oikein kukaan uskonut uudistuksen tavoitteiden toteutumiseen. Kulunut aluevaalikausi on osoittanut, että asiantuntijat olivat ennakoarviossaan oikeassa. Kun työn tuottavuuden heikko kasvu on viimeiset 15 vuotta ollut koko kansantaloutemme ongelmana, heikensi sote-uudistus osaltaan merkittävästi vielä julkisten sote-palveluiden tuottavuuskehitystä. Sote-rahoituksen perustana olevaa ns. kapitaatorahoitusta, jossa hyvinvointialueille maksetaan asukasluvun ja tarvetekijöiden mukaan, tulisikin pikaisesti muuttaa malliksi, jossa niin palvelutuotannon määrä kuin sen laatu vaikuttavat rahoitukseen.

Sanna Marinin hallitus halusi pitkälti ideologisin perustein rajoittaa julkisen rahoituksen käyttöä yksityissektorin tuottamien palvelujen hankintaan. Suomen terveydenhuollon julkisen sektorin ja yksityissektorin yhteistoiminta on lapsenkengissä verrattuna muihin Pohjoismaihin. Niin Norjassa, Ruotsissa kuin Tanskassa perusterveydenhuollon palvelut tuottavat pääosin yksityislääkärit, jotka saavat julkisista varoista korvauksen tuottamistaan palve-

luista. Näissä maissa potilailla on omalääkäri ja lääkärille pääsee helposti. Vaikka Suomi haluaa olla pohjoismainen hyvinvointivaltio, emme kuitenkaan ole halunneet terveystalouden osalta ottaa mallia muiden Pohjoismaiden onnistumisesta. Seuraavat muutokset ovat siksi tarpeellisia:

1. Jotta nyt isoja ongelmia kansantaloudelle ja potilaille tuova sote-järjestelmä saataisiin toimimaan, tulisi meidän muuttaa soten rahoitusmallia niin, ettei rahoitus olisi kokonaan kiinni väestömäärästä ja väestön sairastavuudesta, vaan myös palvelutuotannon määrällä olisi vaikutusta. Näin rahoitus kannustaisi parantamaan toimintojen tuottavuutta.
2. Palvelutuotannon määrän ohella kannustavaksi rahoituselementiksi pitäisi ottaa palvelun laatu ja asiakastyytyväisyys, kuten useissa muissa maissa on tehty. Palvelutuotannon määrän kasvu ei saa johtaa palvelujen laadun ja vaikuttavuuden heikkenemiseen.
3. Nykyinen keskusohjattu investointien rahoitusmalli haittaa innovointia sote-sektorilla. Sote-lainsäädännön mukainen investointien nelivuotissuunnitelma ja muut suunnitelmatalouden toimintamallit tulisi rajata vain suuriin (esim. yli 20 milj. euron) investointeihin.
4. On selvää, että julkisen sektorin tuotantokapasiteetti ei riitä riittävien perustason lääkäripalveluiden taikka vanhustalouden tuottamiseen. Siksi yksityinen palvelutuotanto tulee integroida osaksi sote-palvelujärjestelmää, eikä nähdä sitä pelkkänä kulueränä, josta halutaan päästä julkisessa rahoituksessa eroon.
5. Hoidon jatkuvuuden varmistamiseksi meilläkin pitäisi mahdollisimman nopeasti saada käyttöön muualla Euroopassa hyvin toimiva järjestelmä, jossa ammatinharjoittajat toimivat omalääkäreinä julkisella rahoituksella.



”Kärsivällisyyttä ja karskiutta”: Vinkkejä hyvinvointialue- valtuutetuille

Mats Brommels

Medical Management Centre, Karolinska Institutet

MATS BROMMELS



Jaan kanssasi tässä kirjoituksessa ajatuksiani hyvinvointialuevaltuutettujen kolmesta keskeisimmästä tehtävästä: edunvalvonta valtion suuntaan, väestön edustajana toiminen, ja paikallisen kehittämis- ja sopeuttamistyön tukeminen. Näissä tehtävissä on osoitettava kärsivällisyyttä, mutta myös rohkeutta, ennen kaikkea edunvalvonnassa.

Edunvalvonta

Sote-uudistuksen kaksi merkittävintä elementtiä olivat siirtyminen valtion rahoitukseen ja sen siivittämänä vahva keskitetty valtion ohjaus. Kuten ensimmäinen valtuustokausi osoittaa, valtion budjetituri on kova, ja lainsäädäntötoimin pakotetaan hyvinvointialueet tekemään ”rakenteellisia uudistuksia”, käytännössä palvelujärjestelmän karsimista.

Valtion ohjauksesta vastaavat valtiovarainministeriön ja sosi-aali- ja terveystieteiden ministeriön ohjausosastot, kuitenkin siten, että VM on ”koordinoiva” taho. Se korostaa taloudellisen ohjauksen ensisijaisuutta. Kuitenkin lainsäädäntö korostaa, että varsinkin toimintaa koskevan ohjauksen tulisi perustua neuvotteluihin. STM:n virka-henkilöt ilmaisevatkin selvästi halunsa ylläpitää vuoropuhelua hyvinvointialueiden kanssa.

Yksittäinen hyvinvointialue on alakynnessä asioidessaan VM:n ja STM:n edustajien kanssa. Hyvinvointialueiden tulisi siksi terävöittää yhteistä edunvalvontaa. Hyvinvointialueiden ja HUS:n omis-taman Hyvil Oy:n palkkaamat asiantuntijat tarjoavat ensisijaisesti palveluja hyvinvointialueille. Lainsäädäntötyöhön asiantuntijat osallistuvat työryhmien jäseninä ja laatimalla lausuntoja. Toiminta voisi olla räväkämpää.

Ruotsissa kuntia ja alueita (entiset maakäräjät) edustava Sveri-ges kommuner och regioner (SKR) on edunvalvontajärjestö, joka saanut erittäin vahvan aseman Ruotsin terveydenhuollossa – jopa niin vahvan että eräät valtio-oppineet ovat pitäneet sitä perustus-laillisena ongelmana. Yhtä kaikki, SKR neuvottelee valtion kanssa kaikkien alueiden puolesta mm. valtakunnallisista terveydenhuol-lon kehittämistoimista ja -ohjelmista sekä niiden rahoituksesta. SKR myös päättää näiden valtionavustusten jakamisesta alueille.

Hyvinvointialueen väestön edustaminen

Hyvinvointialueiden valtuustot ovat edustuksellisen demokratian ilmentymä. Vaaleissa saamansa valtakirjan perusteella valtuutettu edustaa valitsijoitaan ja väestöä kokonaisuutena. Käytännössä valtuutettu osallistuu valtuuston päätöksentekoon äänestämällä hallituksen viranhaltijaesittelyn pohjalta tekemistä esityksistä. Kantaa saadaan ottaa ”valmiiksi pureskeltuihin” asioihin. Lisäksi valtuutettu voi toki tehdä aloitteita.

Kansalaisten osallistumista yhteiskunnalliseen päätöksentekoon toivotaan tapahtuvan entistä enemmän. Puhutaan myös *osallistamisesta* eli kansalaisten houkuttelemisesta vaikuttamaan. Spontaania kansalaisliikehdintää syntyykin, varsinkin kun paikalliset palvelut ovat uhattuina.

Rakentavaa kansalaisten osallistumista voi tapahtua kahdella tasolla. Yksilö, eli sosiaali- ja terveydenhuollon asiakas voi sosiaalisen verkostonsa tukemana ottaa aktiivista vastuuta omasta terveydestään ja terveysongelmiensa hoidosta. Kansalaisjärjestö voi olla julkisen sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistyökumppani vastaten toimeksiannoista tai järjestämällä täydentävää palvelutoimintaa.

Potilaan omaehtoisuus ja aktiivisuus sekä omaisten asiantunteva tuki parantavat elämänlaadun lisäksi usein myös hoitotuloksia vakavissakin sairauksissa. Esimerkiksi keuhkosityöpöpotilaiden aktiivinen oireiden seuraaminen ja raportointi hoitoyksikölle pidensi jäljellä olevaa elinaikaa (1). Aivosyöpöpotilaan terveydentilaan vaikuttaa myönteisesti omaisen sairauksia koskeva osaaminen (2). Sosiaali- ja terveydenhuolto tulisi siksi organisoida siten, että potilaat ja omaiset nähdään yhteistyökumppaneina ja että heille annetaan koulutusta ja ammatillista tukea suorittamaan hoitotoimenpiteitä ja antamaan hoivaa. Nykyinen omaishoitajajärjestelmä tarjoaa pelkästään lyhyttä ”vapaa-aikaa” potilaan ollessa

intervallihoidossa sekä mitätöntä rahallista korvausta. Organisoitu laaja-alainen yhteistyö yllä esitetyn mukaisesti sen sijaan tarjoaa yhteisön ja palkitsevaa yhteistyötä.

Omaisten panoksen järjestelmällisellä hyödyntämisellä on myös merkittävä taloudellinen ulottuvuus. Ruotsalainen tutkimus arvioi, että tämä ns. epävirallisen hoidon ja hoivan arvo on n. 3 % BKT:sta, ja että sen korvaaminen maksaisi sosiaali- ja terveydenhuollolle 20 mrd euroa (3).

Kolmas sektori on perinteisesti ollut tärkeä sosiaali- ja terveyspalvelujen tarjoaja. Juuret ovat potilasjärjestöissä (kuten Sydäntautiliitto ja Invalidiliitto), jotka olivat edelläkävijöitä kehittäen uusia palvelu- ja tukimuotoja ja tilkitsivät julkisen järjestelmän aukkoja. Tällä hetkellä järjestöt kilpailutetaan yhdessä yksityisten yritysten kanssa eikä niiden erityisluonnetta hyödynnetä täysimääräisesti. Niiden kehittämistoimintaa on aiemmin tuettu valtion rahapelien tuotoista. Ne on kuitenkin korvattu valtion talousarviovaroista maksettavilla avustuksilla, joita nyt karsitaan radikaalisti.

Hyvinvointialueiden tulisi tehdä yhteistyötä sosiaali- ja terveysjärjestöjen kanssa kumppanuusperusteisesti. Pitkäaikainen kumppanuussopimus mahdollistaisi sekä yhteiset kehittämishankkeet, järkevän työnjaon ja mahdollisuuden hyödyntää vapaaehtoistoimintaa julkisessa palvelutuotannossa.

Parhaimmillaan järjestöt ovat tärkeä osa kansalaisyhteiskuntaa nimenomaan paikallisyhteisössä. Niiden esimerkillä ja niiden organisoimana toimintaan osallistuu naapurusto sekä muut järjestöt kuten urheiluseurat ja seurakunnat, vain muutamia mainitakseni. Toimintaa leimaa aito auttamishalu ja välittäminen – näistä paikallisyhteisöistä käytetäänkin anglosaksisissa maissa ilmaisua ”compassionate communities” (4).

Vastuu ja valta toimintayksiköille ja ammattihenkilöille

Hyvinvointialueiden ensimmäisellä valtuustokaudella on luonnollisista syistä keskitytty järjestelmän ja hallinnon rakentamiseen. Valtion ohjaus ja tiukan taloudenpidon vaatimukset ovat johtaneet keskusjohtoisuuteen ja managerialistiseen johtamiskulttuuriin. Räikeä esimerkki tästä ovat johtohenkilöiden bonusjärjestelmät.

Ainoa kestävä – ja myös eettisesti oikea – toimintaperiaate on palvelujen kustannusvaikuttavuuden varmistaminen. Se on mahdollista toteuttaa vain käytännön toiminnan tasolla, siten että tehdään ammatillisesti oikeita ratkaisuja – toimitaan tieteelliseen näyttöön perustuen. Valitaan se hoito, joka tieteellisen tiedon perusteella johtaa parhaaseen mahdolliseen hoitotulokseen sekä toteutetaan hoito käyttäen vain niitä toimintoja, jotka myötävaikuttavat tähän tulokseen. Tämä kuvaus on ylimalkainen, mutta näiden periaatteiden mukaisesti toimien varmistetaan kustannusvaikuttava toiminta.

Kustannusvaikuttava toiminta sosiaali- ja terveydenhuollossa perustuu siis ammatilliseen arvioon ja päätöksentekoon ammattihenkilöiden toimesta. Tämä on mahdollista vain, mikäli toimintayksiköillä ja niiden johtajilla on riittävästi liikkumavaraa ja päätösvaltaa. Tukholman alueen julkinen perusterveydenhuollon ja avopalvelujen organisaatio (Stockholms läns sjukvårdsområde) on luonut haja-keskitetyn organisaation, jossa toimintayksiyöiden johtajien päätösvalta ja tulosvastuu sekä yhtymän antamat tuki ja konsernipalvelut muodostavat tasapainoisen kokonaisuuden (5). Pandemian aikana havaittiin, että tehokkuuden lisäksi organisaatio myös mahdollisti joustavuutensa ansioista nopean reagoinnin ulkoisen ympäristön muutoksiin (6).

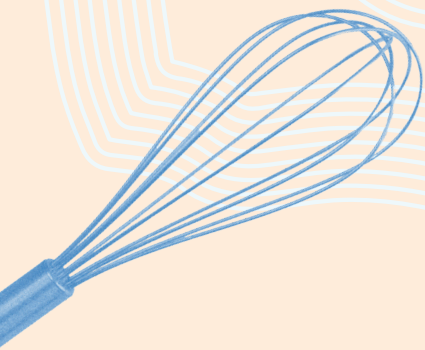
Ammatillisessa yhteisössä tapahtuu luonnostaan myös itseorganisoitumista. Tunnettu esimerkki sellaisen organisaation eduista on hollantilainen kotisairaanhoidon ja hoivayrityksen Buurtzorg.

Vuonna 2006 perustettu voittoa tavoittamaton yritys organisoii korkeintaan 12 sairaanhoitajan muodostamia itseohjautuvia ryhmiä, jotka ottavat hoitaakseen kotona annettavaa sairaanhoitoa, hoivaa ja sosiaalista tukea. Ryhmä päättää asiakkaiden ottamisesta, työvuoroista ja toiminnan järjestämisestä. Se saa hallintopalveluja ja tietoteknisen infrastruktuurin yritykseltä. Ainoa vaatimus on, että vähintään 60 % työajasta käytetään (laskutettaviin) hoitopalveluihin. Hollannin Buurtzorg-yrityksessä työskentelee tällä hetkellä 10 000 sairaanhoitajaa.

Hyvinvointialueilla tulisi alkavan valtuustokauden aikana siirtyä keskusjohtoisuudesta hajakeskitettyihin organisaatioihin, joissa toimintayksikkötasolla on valtuuksia järjestää toiminta ammatillisin perustein. Varsinkin silloin, kun voimavarat ovat rajalliset ja kun kriittisistä voimavaroista on pulaa, tulee päätöksentekojohdantaa ammatillisiin perusteiseen siten kustannusvaikuttavuutta varmistaa.

KIRJALLISUUS

1. Denis F, Lethrosne C, Pourel N, Molinier O, Pointreau Y, Domont J, et al. Randomized Trial Comparing a Web-Mediated Follow-up With Routine Surveillance in Lung Cancer Patients. *J Natl Cancer Inst.* 2017;109(9).
2. Boele FW, Given CW, Given BA, Donovan HS, Schulz R, Weimer JM, et al. Family caregivers' level of mastery predicts survival of patients with glioblastoma: A preliminary report. *Cancer.* 2017;123(5):832-40.
3. Ekman B, McKee K, Vicente J, Magnusson L, Hanson E. Cost analysis of informal care: estimates from a national cross-sectional survey in Sweden. *BMC Health Services Research.* 2021;21(1):1236.
4. Mills J, Abel J, Kellehear A, Noonan K, Bollig G, Grindod A, et al. The role and contribution of compassionate communities. *Lancet* 2023.
[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(23\)02269-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(23)02269-9)
5. Ohrling M, Tolf S, Solberg Carlsson K, Brommels M. Managers do it their way: How managers act in a decentralised healthcare services provider organisation – a mixed methods study. *Health Services Management Research* 2021;0(0):1–14. DOI: 10.1177/09514848211065467
6. Ohrling M, Solberg Carlsson K, Brommels M. No man is an island: management of the emergency response to the SARS-CoV-2 (COVID-19) outbreak in a large public decentralised service delivery organisation. *BMC Health Services Research* 2022;22:371
<https://doi.org/10.1186/s12913-022-07716-w>



Reseptit

TIIVISTETTYSTI

- Yksityisen ja julkisen puolen yhteistyön lisääminen on tärkeä keino palvelujen laadun kehittämiseksi. Yritykset nähtävä kumppaneina ja julkisen palvelutuotannon kirittäjinä.
- Myös kolmas sektori tulisi nähdä enemmän kumppanina kuin yritysten kanssa kilpailevana palvelujen tuottajana. Järjestöillä on myös merkittävä rooli vertaistuen antamisessa ja tiedon jakamisessa.
- Monituottajamalli ja valinnanvapaus parantaisivat tehokkuutta ja lisääisivät uusien innovaatioiden käyttöönottoa. Palvelusetelien avulla voidaan yksityisen puolen resurssit saada julkisen puolen käyttöön erikoissairaanhoidossa.
- Omalääkärimallia kannattaa toteuttaa myös ammatinharjoittajamallilla. Länsi-Uudellamaalla tätä on kokeiltu ja tulokset ovat rohkaisseet mallin laajentamiseen. Hoidon saatavuus on ollut erinomaista, samoin sen jatkuvuus.
- Paula Risikko pohtii henkilöstön osuuskuntien perustamista hoitamaan jopa kokonaisia sote-keskuksia. Tällaiset osuuskunnat toisivat markkinoille uudenlaista tarjontaa ja kilpailua, mikä edesauttaisi myös uusien innovaatioiden kehittämistä ja käyttöönottoa. Osuuskunnat todennäköisesti myös parantaisivat henkilöstön hyvinvointia.
- Eloisan esimerkit kertovat, että rekrytoinneissa voidaan saada hyviä tuloksia kehittämällä johtamista ja henkilöstöhallintoa sekä kiinnittämällä huomiota brändiin. Brändäys ei ole katteetonta mainontaa, vaan sanoille täytyy löytyä katetta.

- Brommels nostaa kirjoituksessaan esiin tärkeän pointin siitä, miten omaiset pitäisi nähdä nykyistä tärkeämpänä yhteistyökumppanina. Heille pitäisi antaa koulutusta ja ammatillista tukea hoitotoimenpiteitä ja hoivan antamista varten. Ruotsissa tämä epävirallinen hoito on todettu taloudellisesti hyvin merkittäväksi.
- Tekoäly tarjoaa hyvinvointialueille mahdollisuuden tehostaa toimintaa, parantaa palveluiden saavutettavuutta ja helpottaa sekä henkilöstön että asiakkaiden arkea.
- Digitaalisissa palveluissa Pirkanmaan hyvinvointialue on ollut edelläkävijä ja sieltä kannattaa ottaa vauhtia muilla alueilla. Pirhan digiklinikalla käydään päivittäin yli 500 hoitokeskustelua. Yhteyden saamisen kesto on keskimäärin 10 minuuttia.
- Kanta-Hämeessä on onnistuttu pilotoimaan liikkuvia vanhuspalveluja. Oma Hämeen kotisairaalan ja ensihoidon yhteinen liikkuva yksikkö GerBiili tukee ammattilaisten hoitotyötä ja tuottaa myös yöaikaista palvelua kotisairaalan palliatiivisille ja akuuteille potilaille.

Hyvinvointialueet aloittivat sote-palvelujen järjestämisen vuoden 2023 alussa. On aika ensimmäiselle pitstopille.

*Missä on onnistuttu? Mitä pitäisi tehdä paremmin?
Miten järjestelmämme tuottavuutta parannetaan?
Osataanko tekoälyä ja digitalisaatiota hyödyntää riittävästi? Entä mitä ovat omalääkärin hyödyt?*

Julkaisemme tässä teoksessa kootusti sotesta 14 kirjoitusta, joissa asiantuntijat kertovat näkemyksensä onnistumisista, haasteista ja mahdollisuuksista. Julkaisu tukee päätöksentekoa, joka tavoittelee tuottavampia ja vaikuttavampia palveluja.



Yhteistyössä:



Lääketeollisuus
PHARMA INDUSTRY FINLAND

KANSIO 