

JULKAISU

Esa Ahonen, Maire Ahopelto, Matti
Heikkinen, Marjo Huovinen-Tervo, Terho
Pekkala & Tolonen Eija (toim.)

**SOTE-SOPAN KEITTOKIRJA
– SOTE-UUDISTUKSEN TAUSTATEKIJÄT
JA KÄÄNNEKOHDAT**

**SOTE-SOPAN KEITTOKIRJA
– SOTE-UUDISTUKSEN
TAUSTATEKIJÄT JA KÄÄNNEKOHDAT**

Esa Ahonen, Maire Ahopelto, Matti
Heikkinen, Marjo Huovinen-Tervo, Terho
Pekkala & Eija Tolonen (toim.)

**SOTE-SOPAN KEITTOKIRJA
– SOTE-UUDISTUKSEN
TAUSTATEKIJÄT JA KÄÄNNEKOHDAT**

KAKS – Kunnallisan
kehittämissäätiö

Kunnallisan kehittämissäätiön Julkaisu 45
2021

ISBN 978-952-349-074-1
ISSN 2489-9631

Sisällys

1	Johdanto.....	1
2	Sosiaali- ja terveydenhuollon uudistusten historia	2
2.1	Kainuun hallintokokeilu.....	2
2.2	Kunta- ja palvelurakennemuutos.....	3
2.3	Aluekuntamalli.....	4
2.4	Yhteistoiminta-alueet.....	5
2.5	PARAS-hankkeen arviointia	6
2.6	Soten palvelurakennemuutos ja ns. viiden erva malli.....	9
2.7	Vuoden 2014 sote-uudistuksen arviointia	11
2.8	Vastuukuntamalli.....	11
2.9	Maakuntamalli	12
2.10	Maakunta- ja sote-uudistushanke	14
3	Mitä Kainuun mallista opittiin?	20
3.1	Kainuu alueellisen demokratian testilaboratoriona	20
3.2	Tavoitteena laaja integraatio	21
3.3	Kainuun mallista saadut kokemukset.....	22
3.4	Kokemusta maakunnalliseen yhteistyöhön	22
3.5	Kainuun hallintokokeilun arviointia	23
3.6	Uudet kuntayhtymät 2013 alkaen.....	25
4	Sote-uudistus 2021.....	26
4.1	Sosiaali- ja terveydenhuollon ja pelastustoimen tehtävät 22 järjestäjän vastuulle.....	27
4.2	Järjestäjän rooli, vastuu ja velvoitteet	27
4.3	Ostopalvelut ja vuokratyövoiman käyttö	28
4.4	Valtion ohjaus.....	29
4.5	Hyvinvointialueiden ja kuntien rahoitus.....	29
4.6	Pelastustoimen järjestäminen	31
4.7	Henkilöstösiirrot.....	31
4.8	Omaisuus- ja velkaerien siirrot	32
4.9	Lakiesityksessä mukana laaja vaikutusten arviointi	32
4.10	Eduskunnan hyväksymässä lakipaketissa yhteensä 52 lakimuutosta	33
4.11	Sote-paketti eduskuntaan 2021	35
4.12	Aikataulu – osa laeista voimaan kesällä 2021	35
4.13	Vuoden 2021 sote-uudistuksen tavoitteiden arviointia.....	35

4.13.1	Hyvinvointi- ja terveyserojen kaventaminen	36
4.13.2	Yhdenvertaisten ja laadukkaiden sosiaali- ja terveys- sekä pelastustoimen palvelujen turvaaminen.....	37
4.13.3	Palvelujen saatavuuden ja saavutettavuuden parantaminen.....	39
4.13.4	Ammattitaitoisen työvoiman saannin turvaaminen.....	39
4.13.5	Yhteiskunnallisten muutosten haasteisiin vastaaminen.....	40
4.13.6	Kustannusten kasvun hillitseminen.....	40
4.13.7	Turvallisuuden parantaminen.....	41
5	Sosiaalinen media etsii totuuksia	42
5.1	Valeutisia vai eri mielikuvia?	43
5.2	Salaliittoteoriat kypsyvät.....	46
5.3	Mitä tehdä, jos ei tiedä, ettei tiedä.....	46
6	Alueiden väliset erot.....	48
6.1	Sosiaali- ja terveydenhuollon nettomenot ja tarvekertoimet	51
6.2	Palvelujen monikanavarahoitus ja kokonaiskustannukset.....	54
6.3	Kuntien järjestämisvastuulla olevan toiminnan rahoitus.....	55
7	Paljon palveluja käyttävät sote-asiakkaat	57
7.1	Paljon palveluja käyttävät asiakkaat ilmiönä ja haasteena	57
7.2	Kustannusten kasvu voi johtua myös järjestelmän häiriöistä	59
8	Déjà-vu – oliko tämä tapahtunut jo aiemmin?	60
8.1	Vuosikello ohjaa toimintoja	60
8.2	Mihin sote-rahoituksen muutos voi vaikuttaa?	61
8.3	Mitä raamineuvottelun tilalle	62
9	Integraation monet näkökulmat	64
9.1	Horisontaalinen ja vertikaalinen integraatio täydentävät toisiaan	64
9.2	Palveluintegraatio	65
9.3	Taloudellinen integraatio	66
9.4	Tietojärjestelmien ja tiedon integraatio	66
9.5	Sote-uudistus ja hallinnon integraatiohaasteet	67
9.6	Toimitilojen integraatio	68
9.7	Työn sisältöjen integraatiomahdollisuudet ja -rajoitteet	68
10	Sosiaali- ja terveyspalvelujen yhteinen taival.....	70
10.1	Lainsäädäntöön perustuva asiakkaiden palvelutarpeen selvittäminen ja yhteistyövelvoite	70
10.2	Sote-ammattilaisten yhteinen osaaminen.....	73
10.3	Monitieteiset opintokokonaisuudet.....	74
10.4	Organisaatioiden integraatio.....	74
10.5	Yhteiset tietojärjestelmät.....	75

11 Sote-sopan hämmennyksen vaiheita.....	77
11.1 Sote-soppa käsitteenä	77
11.2 Sote-uudistuksen vastuukuntamalli 2013	78
11.3 Sote-uudistuksen viiden ertain malli 2015	79
11.4 Asiakkaan valinnanvapautta koskeva loppuraportti.....	80
11.5 Sipilän hallituksen sote-uudistuksen maakuntamalli eduskuntaan vuonna 2017	83
11.6 Sote-uudistusta jatketaan sote-maakuntien pohjalta 2019	86
12 Palvelujen keskittäminen ja hajauttaminen	93
12.1 Sairaalahoidon keskittämisen ja hajauttamisen lyhyt historia.....	93
12.2 Sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistyötä kaivataan	93
12.3 Keskittämisasetus.....	94
12.4 Keskittämisasetus muuttuu 2021.....	94
12.5 Ammattitaidon ylläpitäminen ja kehittäminen haasteena	96
13 Omistajaohjaus, palveluverkon uudistaminen ja Rawls	97
13.1 Havaintoja kipupisteistä.....	98
13.2 Kuntayhtymän perussopimus omistajaohjauksen välineenä.....	98
13.3 Tietämättömyyden verho avuksi?	99
14 Erityisvastuualueiden yhteistyö.....	101
14.1 Virtuaalisairaala-hankkeesta Terveyskylä-palvelukokonaisuuteen.....	102
14.2 Länsirannikon yliopistosairaala.....	102
14.3 Pirkanmaan ja Kanta-Hämeen Kahdeksan tähden sairaala -hanke	103
14.4 OYS-erityisvastuualueen yhteinen osuuskuntahanke	105
14.5 Peruspalvelut hakevat paikkaansa.....	107
15 Sote-uudistuksen haasteet	108
15.1 Asiakassuunnitelma.....	108
15.2 Notifointi.....	109
15.3 Valinnanvapaus	109
15.4 Rahoitus	110
15.5 Uudenmaan erilliskratkaisu	112
15.6 Suurten ulkoistusten irtisanominen.....	113
15.7 Hyvinvointialueet vai maakunnat?	113
15.8 Kulut ovat herättäneet huolta	113
15.9 Yksityisten palveluntuottajien asema uudistuksessa	115
16 Mitä ratkaisuja on jo tehty – tai jätetty tekemättä	118
16.1 Kainuun sote 2005.....	118
16.2 Päijät-Hämeen hyvinvointiyhtymä 2007.....	119

16.3	Etelä-Karjala / Eksote 2010	119
16.4	Etelä-Savo / Essote 2017	119
16.5	Keski-Pohjanmaa / Soite 2017	119
16.6	Pohjois-Karjala / Siun sote 2017	119
16.7	Kymenlaakso / Kymsote 2019.....	120
16.8	Päivystysasetus muuttaa työnjakoa	120
16.9	Keskittämisasetus.....	121
16.10	Keskittämisasetuksen muutos 2021	122
16.11	Sote-maakuntien perustamista valmistellaan	123
16.12	Asiakasmaksulain uudistus 2021	126
17	Soten rakennusinvestoinnit.....	128
17.1	Sote-investointien ja -ulkoistuksien rajoituslaki.....	128
17.2	Sote-kiinteistöinvestointien arviointikriteerit ja -menetelmät	128
18	Valinnanvapaus hakee muotoaan	134
18.1	Palvelujen laaja valinnanvapaus - tavoite vai illuusio	134
18.2	Vapaavalinta.....	134
18.3	Palvelunjärjestäjillä ja -tuottajillakin valinnanvapautta.....	135
18.4	Terveystieteiden laajentaa kansalaisen valinnanvapautta	135
18.5	Yksityiset palvelut vaihtoehtona ja julkisten palvelujen täydentäjänä	136
18.6	Potilasdirektiivi ohjaa rajat ylittävää terveydenhuoltoa EU:ssa	136
18.7	Suomalaisen terveydenhuollon palveluvalikoima	137
19	Tietojärjestelmät sote-sopan mausteena.....	138
19.1	Kanta-palvelut sähköisessä asiointissa	138
19.2	Nopeita yhteyksiä, uusia ohjelmia ja raudan uusimista tarvitaan	140
20	Lainsäädäntö ohjaa muutoksia	143
20.1	Palvelujen yleinen järjestäminen.....	143
20.2	Sosiaalipalvelut.....	143
20.3	Sote-uudistuksen lainsäädäntö 2021	144
20.4	Terveyspalvelut	144
20.5	Tietosuojat ja tietojen käsittely.....	145
20.6	Vanhuspalvelut	145
20.7	Ympäristöterveydenhuolto	146
21	Sote-sopan lopputuloksen maistelu	147
21.1	Sote-uudistuksen arviointia eri mittareilla.....	148
21.2	Kansalaisnäkökulma	149
	Lähteet	151

Liitteet.....	156
Liite 1. Kainuun soten asiakas- ja palveluohjaus	156
Liite 2. Sosiaali- ja terveydenhuollon jatkuvaluonteisen tiedon hyödyntämisen valtakunnallinen malli.....	157

1 Johdanto

Kesäkuussa 2021 eduskunta hyväksyi pitkään valmistellun ja kauas tulevaisuuteen tähtäävän laajan sote-uudistuksen, jonka muotoja on haettu aiemmin useiden hallitusohjelmien yhteydessä. Pilottihankkeena toteutettiin Kainuussa vuosina 2005–2012 maakunnallinen hallintokokeilu, joka perustui eduskunnan säätämään kokeilulakiin (Laki Kainuun hallintokokeilusta 343/2003). Tämän jälkeen useissa muissakin maakunnissa on toteutettu samankaltainen alueellinen uudistus laajaan integraatioon pohjautuvan sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymän kautta.

Sote-uudistusta on eri muodoissa valmisteltu jo noin 15 vuoden ajan, jolloin monien eri tahojen intressien ja eturistiriitojen kohdatessa uudistushankkeesta ehti jo tulla jännitteinen ja paikoin sekava. Uudistukselle kansankielessä ja osin päättäjien puheissa annettu kutsumanimi ”sote-soppa” kuvastaa uudistuksen monitahoisuutta, jossa lähes kaikki on vaikuttanut kaikkeen.

Eduskunnan valiokunnat, ja viime kädessä perustuslakivaliokunta, ovat arvioineet moneen kertaan uudistuksen vaihtoehtoja ja niiden vaikutuksia. Sote-uudistusta pyrittiin aiemmin viemään eteenpäin kunta- ja palvelurakennemuutoksen yhteydessä. Sitten aluekuntamalli ja viiden erityisvastuualueen pohjalte esitetyt mallit eivät kaikilta osin täyttäneet perustuslaillisia vaatimuksia. Myöhemmin maakunta- ja sote-uudistuksen nimellä esitetty laaja uudistus kaatui 2019 monimutkaisuutensa ja perustuslaillisten kysymysten takia.

Viimeisimmässä Marinin hallituksen 8.12.2020 esittämässä ja eduskunnan 23.6.2021 hyväksymässä uudistuksessa sote-palvelujen järjestämisvastuu ja rahoitus on tarkoitus siirtää 2023 alkaen kunnilta laajemmille hyvinvointialueille, mikä muuttaa merkittävästi kuntien, maakunnallisten hyvinvointialueiden ja valtion välisiä toimivaltasuhteita. Hyvinvointialueiden rahoitus määritetään yhdenmukaisesti lasketuilla tarvekertoimilla ja rahoitus katetaan kunnallisverosta perittävällä kiinteällä rahoitusosuudella kunnilta valtiolle.

Tässä katsauksessa on koottu yhteen sote-uudistuksen vaiheita ruohonjuuritasolta 2000-luvun alusta tähän päivään. Virallisten suunnitelmien ja päätösten ohella asioiden kulkuun ovat vaikuttaneet monet sidosryhmät, asiakas- ja kansalaisnäkökulmat, sosiaalinen media, muut lainsäädännön ja toimintaympäristön muutokset, joilla on osionsa tässä yhteenvedossa. Sote-uudistuksen hyväksymisen jälkeenkin asiassa riittää seurattavaa, koska nyt hyväksytyn rakenteellisen uudistuksen jälkeen seurannee monia sisällöllisiä uudistuksia.

Kesäisessä Kainuussa 2021

Toimituskunta

2 Sosiaali- ja terveydenhuollon uudistusten historia

Sosiaali- ja terveydenhuollon uudistuksilla on pitkä historia, joka on yhteydessä yleisiin yhteiskunnallisiin muutoksiin. Palvelujen saatavuus perustui pitkälle 1900-luvulla ihmisen ja hevosen kulkemaan päivämatkaan. Tämä lienee ollut olosuhteista riippuen noin 30–50 kilometriä, mikä on nykyisinkin monien kuntakeskusten välimatka. Osa palveluista on pysynyt edelleenkin kuntakeskeisinä lähipalveluina. Kun kuntia on ollut paljon, osalle palveluista löytyi ratkaisuksi kuntayhtymämalli, joka pystyi hoitamaan kuntien yhteisiä velvoitteita yhteisen hallinnon alaisena. Tämä on ollut Suomessa pitkään toiminut hallintomalli, kunnes sitäkin on tullut aika uudistaa.

Kuntakeskusten välimatkat ovat menettäneet merkitystään palvelujen järjestämisessä, koska suuri osa palveluista on siirtynyt kuntakohtaisista palveluista laajempien organisaatioiden osaksi. Samalla on lähtenyt liikkeelle laaja palvelujen uudelleenjärjestely, integraatio ja digitalisaatio.

Suomeen suunnitellaan laajaa hyvinvointialueisiin perustuvaa mallia, jollaisen edelläkävijänä Kainuun sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymällä on nyt meillä 17. toimintavuosi vuodesta 2005 alkaen. Kainuussa ja myöhemmin useissa muissa maakunnissa on toteutettu uudenlaisia integroituja kokonaisuuksia. Näitä kokemuksia on nyt mahdollista soveltaa myös valtakunnallisesti.

Sosiaali- ja terveydenhuollon uudistusta (sote-uudistusta) on valmisteltu ja arvioitu Suomessa noin 15 vuoden ajan eri hallitusohjelmien ja niihin liittyneiden hankkeiden yhteydessä **(1,2)**.

- Vanhasen I hallitus	24.6.2003 – 19.4.2007
- Vanhasen II hallitus	19.4.2007 – 22.6.2010
- Kiviniemen hallitus	22.6.2010 – 22.6.2011
- Kataisen hallitus	22.6.2011 – 24.6.2014
- Stubbien hallitus	24.6.2014 – 29.5.2015
- Sipilän hallitus	29.5.2015 – 6.6.2019
- Rinteen hallitus	6.6.2019 – 10.12.2019
- Marinin hallitus	10.12.2019 –

2.1 Kainuun hallintokokeilu

Lipposen II hallituksen aikana (1999–2003) aloitettiin Kainuun ”sinisten ajatusten” pohjalta Kainuun hallintokokeilun suunnittelu, josta sittemmin Jäätteenmäen hallituksen toimikaudella säädettiin laki Kainuun hallintokokeilusta (9.5.2003). Kainuussa kokeiltiin tähän perustuen uudenlaista lähidemokratian ja alueellisen hallinnon mallia, jossa maakunnan asukkaat valitsivat vaaleilla maakuntavaltuuston. Maakunnallinen hallinto otti hoidettavaksi osan aiemmin kunnille ja valtiolle

kuuluneita tehtäviä. Kokeilun tavoitteena oli edistää alueen kehitystä ja parantaa tulevaisuudennäkymiä.

Kainuun hallintokokeilua valmisteltiin vuosina 2002–2004. Kokeilu alkoi vuoden 2005 alussa ja päättyi määräaikaisena vuoden 2012 lopussa. Sen etenemisestä raportoitiin valtionhallinnon, Tampereen yliopiston tutkijoiden ja hallintokokeilun seurantaryhmän toimesta. Hallintokokeilulla oli tuolloin, ja on edelleen, huomattava vaikutus maakunnan toimintaan ja talouteen, koska useat toimintojen uudistukset ovat jääneet pysyviksi.

Kokeilulla oli aluetason lisäksi valtakunnallista merkitystä, koska siitä saaduilla kokemuksilla on ollut vaikutuksia sote-uudistuksen valmisteluun sen eri vaiheissa.

2.2 Kunta- ja palvelurakennemuutos

Historiallisesti Suomen kuntarakenne perustuu suurelta osin vuoden 1865 kunnallisasetukseen, jolla kunnat maallisena hallintoyksikkönä erotettiin Suomen evankelisluterilaisen kirkon seurakunnista. Kunta muodostui tuolloin kirkkoherran johtamasta seurakunnasta, yleensä kappeliseurakuntien esityksestä. Kaupunkien erillisuus seurakunnista juontaa juurensa kauempaa, mahdollisesti keskiajalta.

Vanhasen I hallituksen (2003–2007) aikana käynnistettiin kunta- ja palvelurakennemuutos (PARAS-hanke), jonka tarkoituksena oli eheän kuntarakenteen muodostaminen, kuntapalvelujen tuottaminen taloudellisesti sekä kuntien vastuulla olevien palvelujen tuottaminen riittävän vahvoina yksiköinä.

Valtioneuvostossa hanketta johti peruspalveluohjelmaa valmisteleva ministerityöryhmä. Käytännön toteutusta valmisti ja ohjasi kunta- ja palvelurakenneryhmä, jonka puheenjohtajana toimi alue- ja kuntaministeri Hannes Manninen. Mannista avusti määräaikainen poliittinen sihteeri Antti Mykkänen.

Vuonna 2007 säädettiin määräaikainen laki kunta- ja palvelurakennemuutuksesta (169/2007), joka oli voimassa aina vuoden 2012 loppuun. Samassa yhteydessä tehtiin muutoksia myös vuonna 1997 säädettyyn kuntajakolakiin. Lain perusteella yhdistymisavustukset olivat suurimmillaan 2008–2009, eikä vuoden 2013 jälkeen avustuksia enää maksettu.

Kunta- ja palvelurakennemuutuksessa tavoiteltiin kuntaliitoksia ja ns. vahvoja peruskuntia. Peruskunnat muodostuisivat työssäkäynti- tai asiointialueista tai muista toiminnallisista kokonaisuuksista, joiden asukasmäärä olisi riittävä peruspalvelujen turvaamiseksi. Kuntaliitto katsoi, että kuntien tavoitekeko tulisi olla vähintään 20 000 asukasta. Tämä tavoite ei läheskään toteutunut, mutta sen sijaan muodostui kuntien yhteisiä yli 20 000 asukkaan yhteistoiminta-alueita. Kunta- ja palvelurakennemuutos lisäsi myös kuntaliitosten määrää, koska kunnat pyrkivät ennakoimaan tulevan kuntauudistuksen ja pitämään aloitteen siinä itsellään.

Kunta- ja palvelurakennemuutostusta johtava ryhmä esitti 28.9.2005 kolme alustavaa mallia keskustelun pohjaksi. Nämä mallit olivat peruskuntamalli, piirimalli ja aluekuntamalli.

Peruskuntamallilla haettiin vähintään 20 000–30 000 asukkaan kuntaa, joka toimisi paikallisen demokratian toteuttajana. Peruskunnilla olisi nykyisten kuntien tapaan palveluiden järjestämisen ja rahoitusvastuu. Laajempaa väestöpohjaa vaativia palveluja järjestettäisiin esimerkiksi sairaanhoitopiireissä. Vaikka peruskuntamallin muutokset aiempaan verrattuna olivat kolmesta mallista pienimmät, epäiltiin silti kuntaliitosten vapaaehtoista toteutumista.

Yksi esitetty peruste kuntamuutokseksi olivat **työssäkäyntialueet**. Käytännössä malli tarkoitti sitä, että ympäröivät maalaiskunnat vain liitettäisiin niiden keskellä oleviin kaupunkeihin tai suurempiin maalaiskuntien kuntakeskuksiin.

Työssäkäyntialueiden etuna pidettiin sitä, että niissä yhteistyö elinkeinoelämän ohjaamisessa sekä maankäytön ja liikennejärjestelyjen suunnittelussa toteutuisi luontaisesti. Erityisesti peruskunnat, mutta myös peruspalvelupiirit voisivat perustua työssäkäyntialueisiin. Myös peruskuntien muodostaminen seutukunnista oli esillä.

Palvelupiirimallissa sosiaali- ja terveysterveystoimet tuotettaisiin samoissa, vähintään noin 150 000 asukkaan palvelupiireissä. Palvelupiirit voisivat ottaa vastuulleen myös koulutuksen. Erityisen vaativa terveydenhuolto olisi kuitenkin keskitetty muutamaaan valtakunnalliseen yksikköön ns. miljoonapiireissä. Piirit olisi lisäksi jaettu palvelualueisiin, joiden väestömäärän tulisi olla vähintään 20 000 asukasta ja joiden sisällä tarjotaan lähipalveluita. Palvelupiirit eivät korvaisi kuntia, vaan sairaanhoitopiirien kuntayhtymiä.

Piirimallin ongelmana pidettiin sitä, että se katkaisisi sosiaali- ja terveysterveystoimien toiminnallisia yhteyksiä muihin palveluihin ja piirien järjestämät palvelut olisivat vain välillisen demokratian varassa.

2.3 Aluekuntamalli

Aluekuntamallia on ehdotettu palvelujen järjestämisen vaihtoehtona useissa yhteyksissä vuosina 2005–2018 sote-uudistuksen eri vaiheissa. Aluekuntamallissa Suomi olisi jaettu 20–25 aluekuntaan ja olemassa olevat kunnat muodostaisivat lähikuntia. Aluekunnat olisivat vastuussa palveluiden järjestämisestä ja myös rahoittamisesta, joten verotusoikeus ja valtionosuudet siirrettäisiin aluekunnille. Aluekuntien ja lähikuntien valtuutetut valittaisiin suoralla kansanvaalilla. Mallin käyttöönoton yhteydessä rinnakkaisia organisaatioita, kuten maakuntaliitot ja osa kuntayhtymistä, olisi voitu lakkauttaa.

Aluekuntamallin katsottiin vähentävän välillistä demokratiaa ja siten kansalaisilla olisi mahdollisuus suoraan valita maakuntien hallinnon edustajat. Ongelmallista mallissa olisi aluekunnan ja lähikunnan välinen työnjako. Puolueilla oli kunta- ja palvelurakennemuutokseen luonnollisesti paljon erilaisia näkemyksiä.

Perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhdistämistä samaan organisaatioon pidettiin perusteltuna, vaikka monissa sairaanhoitopiireissä aluksi epäiltiin mallin toimivuutta. Kainuun hallintokokeilussa aloitettua maakunnallista mallia käytettiin jo vuonna 2005 yhtenä tulevien järjestelyjen vaihtoehtona **(3)**.

”Jos aluekuntamalli otettaisiin käyttöön, harppaus olisi iso kaikille muille paitsi Kainuulle, jossa maakunta selviäisi rahoitusmuutoksilla. – Erona on, että Kainuussa verot kerää peruskunta, jolla on ikään kuin veto-oikeus päätöksiin. Aluekuntamallissa verotulot ja rahoitus menisivät suoraan aluekunnalle.” Tuolloin myös arvioitiin, että aluekuntamalli vastaisi suunnilleen silloisia sairaanhoitopiirejä.

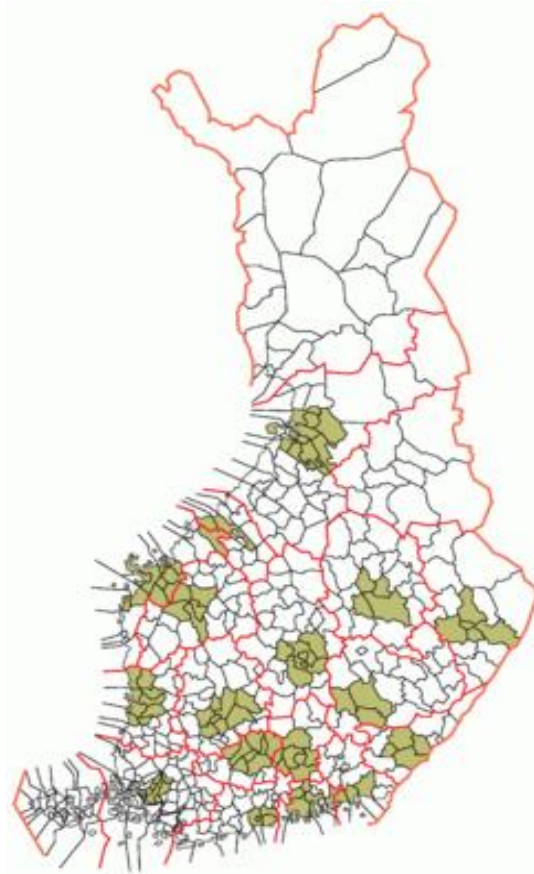
Aluekuntamallia esitettiin myöhemmin uudistusten vaihtoehtona sillä perusteella, että siihen ei tarvittaisi uutta maakuntalain kaltaista lainsäädäntöä, vaan olemassa oleva kuntalaki riittäisi. Perusterveydenhuollon siirtämistä sairaanhoitopiireihin myös esitettiin **(4)**.

Aluekuntamallia esitettiin opposition vaihtoehtona aina vuoteen 2018 saakka, vaikka sen ero tuolloin käsittelyssä olleeseen maakuntamalliin oli epäselvä. Puolueiden kannanotoissa hyväksyttiin lopulta lähtökohdaksi 18 maakunnallista toimijaa siten, että määrää voitaisiin tarkastella myöhemmin. Tämä mahdollisuus sisältyi myös Sipilän hallituksen sote-uudistuksen esitykseen 2.3.2017 (HE 15/2017).

2.4 Yhteistoiminta-alueet

Kunta- ja palvelurakenneuudistuksesta annetussa laissa (169/2007) määriteltiin kaupunkiseudut, joille asetettiin palvelujen suunnitteluvelvollisuus. Tavoitteena tällä lienee ollut myös kuntaliitosten valmistelu, joka on joillakin alueilla myös toteutunut.

Myöhemmin yhteistoiminta-alue (YTA) on käsitteenä palannut keskusteluun uudessa merkityksessä, kun Marinin hallituksen sote-uudistusesityksessä 8.12.2020 yhteistoiminta-alue on aiempaa erityisvastuualuetta vastaava alueellinen kokonaisuus.



Kuva 1. Kunta- ja palvelurakennemuutoksesta annetun lain (169/2007) perusteella määritetyt kaupunkiseudut, joilla asetettiin suunnitteluvelvollisuus.

2.5 PARAS-hankkeen arviointia

PARAS-hankkeen tuloksia arvioitiin tutkimusohjelmassa, josta saatiin tietoa hankkeen aikaisista muutosprosesseista ja muutoksen vaikutuksista erityyppisten kuntien sekä eri toimijoiden näkökulmista. Tutkimusohjelman mukaan yhteistoiminta-alueiden määrä lisääntyi voimakkaasti PARAS-kaudella. Yhteistoiminta-alueiden heikkoutena tutkijat mainitsivat tiedonkulun puutteet. Joissain tapauksissa kunta-laisten tarpeet tai tieto palveluiden toimivuudesta eivät välittyneet peruskuntaan ja sen strategiseen suunnitteluun. Tutkijoiden mukaan Paras-hankkeessa on uudistettu ja kehitetty sosiaali- ja terveydenhuollon toiminnan rakenteita.

PARAS-hanke päättyi vuoden 2012 lopussa. Suomessa oli vuonna 2011 vielä puolen sataa kuntaa, jotka eivät täyttäneet Paras-hankkeen vaatimuksia. Tämän kuntajoukon oli määrä vastata viimeistään kesällä 2011 miten ne järjestäisivät palvelunsa puitelain mukaisesti. Vuoden 2011 eduskuntavaalien jälkeen hanke kuitenkin pysäytettiin. Hallitusohjelmassa todettiin, että painopiste siirretään varsinaisiin kuntaliitoksiin. PARAS-hankkeen mukaisen löyhemmän rakenneremontin sijaan hallitus tähtäsi kuntamäärän selvään vähentämiseen. Kokoomuksen tavoitteena oli noin sata kuntaa, SDP:n tavoitteena noin 160 kuntaa, jotka perustuisivat ”luonnollisiin työssäkäyntialueisiin”. Tavoitetta nimitettiin kunta- ja sote-uudistukseksi.

Kokonaisuutena kuntien määrä vähentyi siten, että kun 2004 ennen PARAS-hankkeen alkamista Suomessa oli 444 kuntaa, vuonna 2012 hankkeen päättyessä kuntien määrä oli vähentynyt yli sadalla 336 kuntaan.

Vanhasen II hallituksen (2007–2010) hallitusohjelmassa todetaan mm, että sosiaali- ja terveystalouden tavoitteena on edistää terveyttä, toimintakykyä ja oma-toimisuutta sekä kaventaa eri väestöryhmien välisiä terveyseroja. Tämän lisäksi on huolehdittava kohtuullisesta toimeentuloturvasta ja työkyvyn ylläpidosta sekä varmistettava toimivat peruspalvelut kansalaisten saataville asuinpaikasta ja varallisuudesta riippumatta. Hallituksen tavoitteena oli turvata sosiaali- ja terveydenhuollon vakaa rahoitus ja palvelujen saatavuus.

Hallitusohjelman mukaan *”varmistetaan kunta- ja palvelurakennemuutoksen tavoitteiden toteutuminen ja valmistellaan tarvittavat lainsäädäntömuutokset. Perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon raja-aitojen madaltamiseksi ja yhteistyön lisäämiseksi kansanterveyslaki ja erikoissairaanhoidonlaki yhdistetään laiksi terveydenhuollosta. Perusterveydenhuollon asemaa vahvistetaan.*

Palvelurakennemuutoksen toteuttamiseksi kehitetään erityisesti perusterveydenhuoltoa ja sosiaalityötä, ensihoitoa sekä mielenterveys- ja päihdetyötä. Erityishuomiota kiinnitetään lasten, nuorten, työikäisten ja vanhusväestön mielenterveysongelmien tunnistamiseen, palveluiden saatavuuteen sekä mielenterveyshuollon osallistamiseen. Arvioidaan terveydenhuollon hoitotakuun toimivuus ja tehdään tarpeelliset muutokset aikarajoihin ja toimintamalleihin. Käynnistetään terveyden edistämisen politiikkaohjelma.”

Hallitusohjelmassa todetaan myös, että palvelujen järjestämisvastuu tulee säilyttää kunnilla ja rahoituksen tulee pääosin perustua valtionosuuteen ja kuntien omiin verotuloihin.

Hallitusohjelmassa oli useita tavoitteita ja muutoksia, jotka ovat myöhemmin ohjanneet palvelujen järjestämistä:

- Avo- ja laitoshoidon rajanveto poistetaan asteittain sosiaalivakuutuksista.
- Kunnallisen palvelusetelin käyttöalaa laajennetaan tarkoituksenmukaisella tavalla sosiaali- ja terveydenhuoltoon. Palveluseteli ulotetaan kotisairaanhoidon vuodelle 2008 alusta.
- Mahdollistetaan julkisten toimitilojen tehokkaampi käyttö terveydenhuollossa sen vaikuttamatta asiakkaan saamaan sairaanhoitovakuutuskorvaukseen.
- Vanhustenhuollon palveluja uudistetaan tavoitteena erityisesti kotihoidon vahvistaminen ja sitä tukevien palveluiden kehittäminen. Vanhustenhuollossa ja vanhusten palveluiden kehittämisessä keskeistä on ikääntyneiden toimintakyvyn, omatoimisuuden ja itsenäisen suoriutumisen vahvistaminen. Vahvistetaan kuntouttavaa työtä.
- Luodaan kattava ikääntyneiden neuvonta- ja palveluverkosto koko maahan ja lisätään ennalta ehkäiseviä kotikäyntejä.
- Jatketaan vammais- ja erityishuoltolain yhdistämistä. Kehitetään vammaisten henkilökohtaista avustajajärjestelmää vaiheittain.

- Hallituksen tavoitteena on esteetön yhteiskunta, jossa kaikilla on yhtäläiset mahdollisuudet. Erityistä huomiota on kiinnitettävä esteettömyyteen tietoyhteiskunnassa, mm. hyödyntämällä uusia mahdollisuuksia turvata palveluja vammaisille.
- Toteutetaan sosiaali- ja terveydenhuollon palveluinnovaatiohanke, joka kohdistuu mm. kansalaisten omatoimisuuden, osallistumisen ja toimintaedellytysten parantamiseen, työnjaon kehittämiseen, toiminnan ja palvelujen vaikuttavuuden ja kustannustehokkuuden parantamiseen sekä palvelujen monipuolisuuden lisäämiseen.
- Kootaan lapsiperheiden palveluja perhekeskuksiksi.

Kiviniemen hallitus (2010–2011) jatkoi Matti Vanhasen II hallituksen hallitusohjelman ja vaalikauden puolivälin ns. politiikkariihen päätösten toteuttamista.

Hallituksen politiikkariihessä helmikuussa 2009 huomiota oli kiinnitetty erityisesti palvelurakenteiden uudistamiseen. Kunta- ja palvelurakennemuutoksissa toteutetut rakennemuutokset olivat luoneet pohjaa ja kehittämispotentiaalia palveluiden uudistamiselle. Väestörakenteen muutokset tulisivat aiheuttamaan tulevana vuosina suuria ongelmia ennen kaikkea väestöä luovuttaneilla alueilla, mutta myös kasvukeskuksissa. Palvelurakenteita kehitettäisiin siten, että kaikille maassa asuville voidaan järjestää riittävät palvelut. Rakenteiden uudistaminen ja palveluiden kehittäminen nähtiin kumpikin välttämättöminä edellytyksinä PARAS-uudistuksen tavoitteiden toteuttamiseksi.

Suuri kuntakoko, kuntaliitos tai yhteistoiminta-alueen perustaminen eivät ilman palveluiden järjestämis- ja tuottamistapojen uudistamista parantaisi palvelujen saatavuutta, laatua tai tehokkuutta. PARAS-hankkeen toteuttamista pyrittiin vauhdittamaan palvelurakenteiden uudistamista korostaen kustannuskehityksen hillitsemistä ja tuottavuuden parantamista:

- Valtio osaltaan turvaa palveluiden taloudelliset edellytykset kuntien vastassa todennettavasti palveluidensa uudistamisesta ja tuottavuuden parantamisesta.
- PARAS-hankkeessa toiminnan painopistettä siirretään palveluiden kehittämiseen samalla kun hallinnollisten rakenteiden uudistamista jatketaan. Jatkossa kuntien tulee panostaa palveluiden kehittämiseen uusissa ja uusiutuvissa rakenteissa. Niiden mukaan tuoma kehittämispotentiaali tulee täysimääräisesti hyödyntää.
- Uudistusta jatketaan mm. ottamalla käyttöön parhaita palvelukäytäntöjä, kehittämällä palveluprosesseja, uudistamalla työnjakoja, hyödyntämällä tietoteknologiaa, ottamalla käyttöön tilaaja-tuottaja-malleja sekä hyödyntämällä yksityisen ja kolmannen sektorin tuottamia palveluita. Näiden toimenpiteiden tarve on erityinen niissä kunnissa, jotka täyttävät väestöpohjavaatimukset eivätkä sen vuoksi ole tehneet rakenteellisia uudistuksia sekä kunnissa, joilla on puitelain mukaiset perusteet poiketa asetetuista väestöpohjavaatimuksista.
- STM ja VM toteuttavat yhdessä eri toimijoiden kanssa koulutus- ja kehittämishankkeen, jolla tuetaan sosiaali- ja terveydenhuollon toiminnallista uudistamista ja muutosjohtamista.

Kataisen hallituksen (2011–2014) hallitusohjelmassa todetaan mm., että sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakenteen uudistuksen toteutus selvitetään osana kunta- ja palvelurakenneselvitystä. Hallitusohjelman mukaan sosiaali- ja terveyspalveluja ohjattiin mm. seuraavilla muutoksilla, joista monet ovat vaikuttaneet näihin päiviin saakka:

- Laaditaan aikataulu hallituskaudella toteutettaville lainsäädäntöuudistuksille. Sosiaali- ja terveyspalveluiden uudistamisessa otetaan huomioon alueiden erilaisuus, kuten kasvukeskusten erityispiirteet, harva asutus, pitkät etäisyydet, saaristoisuus ja kielelliset olosuhteet.
- Jatketaan sosiaalihuollon lainsäädännön kokonaisuudistusta.
- Sosiaali- ja terveydenhuollon tietojärjestelmät saatetaan yhteensopiviksi ja mahdollistetaan tietojen vaihto.
- Terveystoimintatolain toimeenpanoa jatketaan varmistaen muun muassa perusterveydenhuollon vahvistaminen, valinnanvapauden toteutuminen sekä kunnissa tehtävä terveyden edistämistoiminta.
- Saattohoitopalveluiden riittävyyttä ja laatua parannetaan hoitopaikoista riippumatta.
- Arvioidaan mahdollisuudet käynnistää kansallinen syöpäkeskus.
- Säädetään biopankkilaki. Lainsäädännön tavoitteena on ihmisperäisten näytteiden tutkimuskäytön edistäminen ja tutkimustoiminnan tehostaminen.
- Terveystoimintatolain ja sosiaalihuollon tutkimusta sekä EVO-tutkimus- ja -koulutusrahoitusta uudistetaan osana palvelujärjestelmän uudistamista.
- Menetelmien hallittu käyttöönotto -ohjelman (HALO) käyttöönottoa jatketaan.
- Turvataan lailla (vanhuspalvelulaki) iäkkäiden henkilöiden oikeus laadukkaaseen ja tarpeenmukaiseen hoivaan. Jokaiseen kuntaan asetetaan vanhusneuvosto, joka seuraa päätöksentekoa ja vaikuttaa siihen kunnan eri toimialoilla ikäihmisiä koskeissa asioissa.
- Lapsiperheiden kotipalveluja ja matalan kynnyksen palveluja kehitetään ja lisätään.

2.6 Soten palvelurakennemuutos ja ns. viiden ervan malli

Kataisen hallituksen aikana valmisteltiin sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakennemuutosta ja ns. viiden ervan mallia. Mallissa palvelujen järjestämisvastuu olisi määritelty viiden alueellisesti laajan kuntayhtymän ("miljoonapiirin") ja niiden alueilla toimivien kuntien perusteella. Alueet olisivat määräytyneet pääosin erityisvastuualueiden perusteella.

Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakennemuutoksella tavoiteltiin vuonna 2013 aikaisempien selvitysten **(5,6)** perusteella väestön terveyden, hyvinvoinnin ja sosiaalisen turvallisuuden edistämistä, yhdenvertaisten sote-palvelujen turvaamista kaikille, väestöpohjan laajentamista palvelujen järjestämisessä sekä palvelurakenteen ja toimintatapojen uudistamista **(7)**.

Sosiaali- ja terveysministeriössä toimi pääministeri Kataisen hallitusohjelman mukaisesti Sote 2013 -valmisteluryhmä, jonka tehtävänä oli valmistella hallituksen esitys sote-järjestämislaiksi. Vastuukuntamallin määrittely ja kuntien keskinäiset rahoitusjärjestelyt oli tarkoitus koota yhdessä valtiovarainministeriön kanssa väliraporttiin 30.6.2013 mennessä **(8)**. Samalla oli tarkoitus laatia selvitys ervan tehtävistä ja vaihtoehtoista sekä yliopistosairaaloiden omistuksen ja hallinnon järjestämisestä.

Sosiaali- ja terveydenhuollon rahoitus- ja järjestämisvastuu olisi samalla organisaatiolla (kunta tai sotealue). Kunnat ja sosiaali- ja terveydenhuoltoalueet vastaisivat sosiaali- ja terveydenhuollon peruspalveluista sekä osasta erikoissairaanhoidon tehtäviä (esimerkiksi nk. peruserikoissairaanhoidon) sekä vastaavasti sosiaalihuollon tehtävistä tavoitteena mahdollisimman laajan palvelukokonaisuuden muodostuminen. Tarkoituksenmukaisen työnjaon perusteella määriteltävistä erikoissairaanhoidon ja sosiaalihuollon tehtävistä kunnat ja sote-alueet vastaisivat yhdessä.

Sairaanhoitopiirien ja erityishuoltopiirien palvelutuotantoa käytettäisiin täydentämään kuntien ja sote-alueiden palveluja. Kuntien ja sote-alueiden yhteisiä tehtäviä varten toimisi viisi erityisvastuualuetta (Erva). Erva-alueen tehtäviin kuuluisivat muun muassa vaativat keskitettävät terveyden- ja sosiaalihuollon palvelut sekä alueen tutkimukseen, kehittämiseen ja koulutukseen liittyviä tehtäviä. Ympäri vuorokautinen perustason sosiaali- ja terveydenhuollon päivystys kuuluu puolestaan kunnan tai sotealueen tehtäviin. Päivystys toteutetaan tässä mallissa yhteistyössä erva-alueen kanssa. Erva-alueen tehtävänä on järjestää vastuualueensa kuntien ja sote-alueiden päivystyksiä täydentävä erikoissairaanhoidon ympärivuorokautinen päivystys sekä vastaavasti sosiaalihuollon päivystys.

Tavoitteena oli kaksitasoinen järjestämisvastuu siten, että perustason tehtävänä olisi järjestää sosiaali- ja terveydenhuolto lukuun ottamatta tehtäviä, jotka erikseen säädetään erityistason tehtäviksi. Sosiaali- ja terveydenhuollon erityisvastuualueen tehtävänä olisi sosiaali- ja terveydenhuollon vahva alueellinen koordinaatio ja ohjaus, jonka avulla oli tarkoitus välttää palveluverkon päällekkäisyyksiä sekä järjestää yliopistosairaaloissa vaativin hoito ja osaaminen. Järjestämisvastuun oli näin tarkoitus jakautua erikokoisille ja kantokykyisille toimijoille.

Tarkoituksena oli järjestää väestölle yhdenvertaiset palvelut sote-alueen yhtenäisillä perusteilla palvelujen järjestämisessä ja siten tasata alueellisia eroja. Viidellä erva-alueella olisi vahva koordinaatio ja ohjaus, jolla vältettäisiin osaoptimointia, palvelujen päällekkäisyyttä ja palvelukatveja sekä turvattaisiin samalla lähipalvelujen saatavuus.

Uudistuksen jatkovalmistelua varten palvelujen järjestäminen ja tuottaminen määriteltiin kuntakoon perusteella:

- Alle 20.000 asukkaan kunnalla olisi rahoitusvastuu asukkaidensa sote-palveluista, mutta ei itsenäistä sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisvastuuta. Kunnan tulisi kuulua pääsääntöisesti vastuukuntamallilla hallintotuun sote-alueeseen, joka pystyy järjestämään laajan perustason palvelut.

- Vähintään noin 20.000–50.000 asukkaan kunnille tultaisiin säätämään sote-järjestämislaissa oikeus järjestää perustason sosiaali- ja terveydenhuollon palveluita. Muiden sote-palveluiden saatavuuden turvaamiseksi kunnan tulisi kuulua toiminnalliseen kokonaisuuteen, pääsääntöisesti vastuukuntamallilla hallinnoitavaan sote-alueeseen. Laajan perustason sote-palvelut, kuten erikoissairaanhoidon ja vaativat sosiaalipalvelut (tai osa palveluista) järjestettäisiin sote-integraatio varmistuen. Ns. peruserikoissairaanhoidon palveluja tulisi järjestää siten, kun se on kunnan perustason sosiaali- ja terveydenhuollon ja koon kannalta tarkoituksenmukaista. Nykyisiä aluesairaaloihin tulisi hyödyntää palvelutuotannossa.
- Vähintään noin 50 000 asukkaan kunnat voivat järjestää laajan perustason palvelut. Laajan perustason sosiaali- ja terveyspalvelut järjestettäisiin pääsääntöisesti vastuukuntamallilla. Vastuukuntina voivat toimia maakuntien keskuskaupungit ja luontaisiin työssäkäyntialueisiin perustuvat vahvat kunnat, joilla on riittävä kantokyky. Vastuukuntamallin perusteista säädettäisiin kuntalaissa.
- Metropolialueen sote-palveluiden järjestäminen tultaisiin ratkaisemaan erikseen. Muista alueellisista poikkeuksista oli tarkoitus päättää osana järjestämislakia.

2.7 Vuoden 2014 sote-uudistuksen arviointia

Vuonna 2014 valmistellulla sote-uudistuksella oli vahva yhteys samalla valmisteltuun kuntauudistukseen. Metropolialueen sote-palvelujen järjestäminen oli jo tuolloin erityiskysymys, jollaisena se on sittemmin periytynyt myöhempiin uudistushankkeisiin Helsingin ja Uudenmaan alueen erillISRatkaisuna.

Huomattavan suurena hallinnollisena muutoksena esitettiin sairaanhoitopiirien purkamista hallinnollisina organisaatioina vuoteen 2017 mennessä. Tosin esityksen mukaan sairaanhoitopiireillä olisi jäsenkuntien halutessa ollut mahdollisuus jatkaa nykyisen kaltaisina kuntayhtyminä. Sairaanhoitopiirien toiminnan jatkuminen olisi saattanut osaltaan helpottaa uudistuksen etenemistä, mutta samalla lisännyt sen vaikeuskerrointa.

Uudistuksen toteutuminen olisi tarkoittanut yliopistosairaaloiden ja niiden sijaintikaupunkien hallinnollisen aseman vahvistumista. Vastaavasti pienten kuntien asema olisi vastuukuntamallin voimaan tullessa heikentynyt. Kuntauudistukseen liittyvien kuntaliitosten edistämisen kannalta tämä saattoi olla jossakin määrin tavoitekin. Hallituksen tavoitteena oli, että kuntien yhdistymiset tapahtuisivat vuoden 2017 alkuun mennessä, mikä sittemmin jäi pääosin haaveeksi.

2.8 Vastuukuntamalli

Uudistusten aallokossa vaihtoehtona tuli esille myös aiemmista poikennut vastuukuntamalli. Vastuukuntamallissa tai ns. isäntäkuntamallissa sote-palvelujen järjestämisvastuu tulisi maakunnan tai useista kunnista koostuvan alueen keskuskau-

pungille. Hallinto voisi näin helpottaa, toisaalta vastuukunnalle tulisi alueen muita kuntia vahvempi asema ja kuntien eriarvoisuus korostuisi. Samalla, kun vastuu ja valta keskittyisivät palvelujen järjestämisvastuussa olevalle kunnalle, myös tähän liittyvät velvoitteet sekä toiminnalliset ja taloudelliset riskit seurasivat mukana. Näistä syistä vastuukuntamalli koettiin monilla alueilla ongelmalliseksi.

Vastuukuntamallia arvioitiin myös palvelujen tuottamisvastuun näkökulmasta. Turku, Pori, Vaasa, Salo, Rauma ja Pietarsaari jättivät vuonna 2014 yhteisen lausunnon, jossa esitettiin sote-lakiesitykseen tarkennuksia kuntien roolien vahvistamiseksi (9). Lausunnossa todettiin, että ”Lainsäädännössä on mahdollistettava vastuukuntamalliin perustuvien tuotantoalueiden perustaminen, jotta mahdollistetaan laajan hyvinvointivastuun toteuttaminen. -- Voimaannpanolaissa tulisi mahdollistaa vastuukuntamalliin pohjautuvien tuotantoalueiden muodostaminen ”pakkokuntayhtymien” vaihtoehtoksi.”

Samalla kunnat vaativat, että esitettyä äänileikkuria ei tule säätää tuottamisvastuullisiin kuntayhtymiin ja että rahoitusta koskevat säännöt on täsmennettävä lainsäädännössä.

Vastuukuntamallin käyttöönottoa arvioitiin vuonna 2015 myös Etelä-Karjalassa (10), jossa järjestely olisi vastannut maakunnassa yhden kunnan mallia, koska Lappeenranta saisi muita kuntia vahvemman aseman järjestäessään sote-palveluita koko maakuntaan. Omaisuusjärjestelyjen kannalta paras vaihtoehto olisi ollut yhden kunnan malli, mikä olisi edellyttänyt useita kuntaliitoksia. Jos taas kuntaliitoksia ei tulisi, kuntayhtymämalli oli jo valmiina ja Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymä (Eksote) jatkaisi toimintaansa.

Stubbin hallituksen (2014–2015) ohjelma perustui pääministeri Kataisen hallituksen ohjelmaan, rakennepoliittiseen ohjelmaan sekä sen toimeenpanoa ja julkisen talouden sopeuttamista koskeviin linjauksiin. Kataisen hallituksen ohjelma vaalikaudelle 2011–2015 ja sen tavoitteet olivat edelleen voimassa. Hallituksen painopistealueita olivat köyhyyden, eriarvoisuuden ja syrjäytymisen vähentäminen, julkisen talouden vakauttaminen ja kestävä talouskasvu, työllisyyden ja kilpailukykyyn vahvistaminen. Hallituksen oli määrä saattaa loppuun hallitusohjelmassa ja myöhemmin vaalikaudella asetetut tavoitteet ja tehdyt päätökset. Hallitus sitoutui pääministeri Kataisen hallituksen yhdessä oppositiopuolueiden kanssa tekemään linjaukseen, jonka mukaisesti suomalaisten keskeiset hyvinvointipalvelut turvataan toteuttamalla perusteellinen sosiaali- ja terveystalouden uudistus.

Stubbin hallitus jätti esityksen sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakennemuutoksesta (11) eduskunnalle 4.12.2014 (HE 324/2014 vp). Valiokuntakäsittelyn ja kunnilta saatujen lausuntojen jälkeen esitys kuitenkin raukesi keväällä 2015.

2.9 Maakuntamalli

Sipilän hallituksen (2015–2019) tavoitteena oli toteuttaa pitkällä tähtäimellä vaikuttavia toimia, jotka vahvistavat julkista taloutta vuositasona noin 4 miljardilla eurolla. Tässä keskeisiä toimia olivat sosiaali- ja terveystalouden uudistus sekä

kuntien tehtävien ja velvoitteiden vähentäminen. Hallituksella oli kymmenen vuoden tavoitteina mm. sosiaali- ja terveydenhuollossa painopisteenä ennaltaehkäisy, hoitoketjujen sujuvuus, henkilöstön hyvinvointi ja tietojärjestelmien toimivuus. Uudistuksen myötä yhteisillä varoilla tavoiteltiin saatavaksi enemmän terveyttä ja hyvinvointia.

Hallituskauden tavoitteina oli:

- Terveyden edistäminen ja varhainen tuki ovat vahvistuneet poikkihallinnollisesti päätöksenteossa, palveluissa ja työelämässä lainsäädäntömuutoksilla sekä paremmalla toimeenpanolla. Terveys- ja hyvinvointierot ovat kaventuneet.
- Eri-ikäisten ihmisten vastuuta omasta terveydentilasta sekä elämäntavoista on tuettu. Julkinen palvelulupaus on määritelty yhteiskunnan taloudellisen kantokyvyn puitteissa. Ihmisten erilaisissa elämäntilanteisissa toimivia valintoja on mahdollistettu enemmän.
- Lasten ja perheiden hyvinvointi ja omat voimavarat ovat vahvistuneet.
- Ikääntyneiden ihmisten kotiin saatavia palveluja on painotettu. Omaishoitoa on vahvistettu.
- Sosiaali- ja terveydenhuollon uudistus on parantanut peruspalveluja ja tietojärjestelmiä.
- Sosiaaliturvaa on uudistettu osallistavaksi ja työhön kannustavaksi.
- Järjestötyö ja vapaaehtoistoiminta ovat helpottuneet ja yhteisöllisyys lisääntynyt normeja purkamalla. Hallitus asettaa alkusyksyyn mennessä yksityiskohtaiset mittarit, joilla arvioidaan asetettujen tavoitteiden toteutumista.

Hallituskauden kärkihankkeet olivat:

- Palvelut asiakaslähtöisiksi: Painotetaan varhaista tukea, ennaltaehkäisevää työtä ja vaikuttavia asiakaslähtöisiä palveluketjuja yli hallinnonrajojen. Vahvistetaan kokemusasiantuntemuksen käyttöä ja ihmisten osallisuutta. Muutoksen perustana on kumppanuus valtion, kuntien, järjestöjen, yksityisen sektorin, seurakuntien sekä työelämän toimijoiden kesken. Käynnistetään kuntien/kuntayhtymien kanssa yhteistyössä palvelusetelijärjestelmän laajentamiseen tähtäävä kokeilu.
- Edistetään terveyttä ja hyvinvointia sekä vähennetään eriarvoisuutta. Edistetään kansanterveyttä, kansalaisten liikkumista, terveellisiä elämäntapoja ja ravintotottumuksia sekä vastuunottoa omasta elämästä.
- Toteutetaan lapsi- ja perhepalvelujen muutosohjelma. Uudistuksen lähtökohta on perheiden monimuotoisuus ja lapsen edun edistäminen. Vahvistetaan vanhemmuutta ja matalan kynnyksen palveluita. Palvelut järjestetään lapsi- ja perhelähtöisesti hallintorajat ylittäen.
- Kehitetään ikäihmisten kotihoitoa ja vahvistetaan kaiken ikäisten omaishoitoa. Varmistetaan vanhuspalvelulain toteutuminen kotihoitoa lisäten. Kehi-

tetään eri asumismuotoja. Omaishoitajan jaksamista tuetaan. Lisätään yhteisöllisyyttä ja sukupolvien välistä yhteyttä.

- Osatyökykyisille väyliä työhön: Selkeytetään sosiaaliturvajärjestelmää osatyökykyisten työllistymistä kannustavaksi ja edistäväksi. Edistetään vammaisten ja osatyökykyisten henkilöiden työllistymismahdollisuuksia avoimille työmarkkinoille. Alentuneen työkyvyn omaavien vaikeasti työllistyvien työttömien aktivoinnissa huomioidaan erilaiset osallistavat toimet.

2.10 Maakunta- ja sote-uudistushanke

Vuoden 2015 lopulla hallitus teki esityksen, jonka mukaan Suomeen olisi tullut 18 maakunnallista itsehallintoaluetta, 15 sote-aluetta, 12 päivystävää sairaalaa ja viisi erityisvastuualuetta. Tämä todettiin hankalaksi yhtälöksi **(12)**.

Aikaisempaan verrattuna järjestämisvastuun siirtäminen kunnilta 15 sote-alueelle olisi ollut suuri muutos. Toisaalta maakuntien tehtävien erilaisuuden vuoksi uudistuksesta olisi seurannut vaikeasti hallittava kokonaisuus, joka olisi vaatinut vahvaa valtakunnallista koordinaatiota.

Samaan aikaan käytiin keskustelua ja laadittiin laskelmia tarvittavasta päivystävien keskussairaaloiden lukumäärästä. Vaihtoehtoina oli esillä 12, 15, 18 ja 20 päivystävää sairaalaa. Päätymisen 15 päivystävään sairaalaan olisi tarkoittanut Pohjois- ja Itä-Suomen alueilla päivystävän sairaalan saavutettavuuden heikkenemistä, koska kaikkiin maakuntiin ei olisi jäänyt päivystysvalmiutta. Myöhemmin päädyttiin käytännön syistä maakunnallisten päivystävien sairaaloiden malliin, jossa sairaaloiden tehtäviä edelleen arvioitiin keskittämisasiasetukseen liittyneiden selvitysten kautta.

Päivystysasetuksessa (583/2017) määriteltiin kiireellisen hoidon perusteet ja erikoisalakohdalliset edellytykset siten, että suuren väestöpohjan alueilla toimisi 12 laajan päivystyksen sairaalaa ja muiden maakuntien keskussairaaloissa tavanomainen, hieman suppeampi ympärivuorokautinen päivystys.

Maakunnallisessa sote-mallissa merkittävä muutos oli perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhdistyminen saman järjestäjän vastuulle. Yhteiskunnallisesti merkittävää olisi myös kunnan aseman muuttuminen, koska noin puolet sen kustannusvastuista tulisi siirtymään maakunnalliselle palvelujen järjestäjälle.

Sipilän hallituksen aikana valmisteltu maakunta- ja sote -uudistus kaatui lopulta keväällä 2019 pitkällisestä valmistelusta huolimatta perustuslaillisiin ongelmiin ja tulkintoihin. Uudistuksen valmisteluvaiheessa koottiin palvelu- ja asiakastietojärjestelmien integraation vaikutuksista sosiaali- ja terveystieteissä laaja katsaus **(13)**.

Tässä Valtioneuvoston kanslian vuonna 2017 pyytämässä selvityksessä seulottiin 1258 artikkelin abstraktin perusteella 55 artikkelia, joista lopulliseen analyysiin

valittiin 18 artikkelia. Tuloksista koottiin 10 johtopäätöstä, jotka tiivistetysti olivat:

1. Sosiaali- ja terveydenhuollon palveluintegraatio edellyttää sekä systeemi-, työntekijä- että asiakaslähtöistä muutosta
2. Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen järjestämisen ja tuottamisen systematisoinen toiminnanohjaustieto on kytkettävä johtamiseen siten, että kumuloituva tieto ohjaa toimintaa
3. Suomessa (2017) suunniteltu vertikaalisen ja horisontaalisen integraation mukainen sote-uudistus oli tuolloin maailman mittakaavassa melko uniikki toimenpide huomioiden uudistuksen laajuus ja aikataulu
4. Uudistuksen kokonaisvaltaisuus tai nopea aikataulu ei ole välttämättä ongelma, jos palveluintegraation toteuttamisen tapaan kiinnitetään erityistä huomiota. Tällöin merkityksellistä on positiivisen ja osallistavan ilmapiirin luominen, kokeilujen salliminen ja asiantuntijatiedon hyödyntäminen uudistamista koskevassa päätöksenteossa.
5. Keskeinen kysymys integroinnin kannalta on valtion ja maakuntien välinen suhde. Käytännössä integroinnin haasteena on valtakunnallisen yhtenäisyyden ja maakuntien erilaisuuden samanaikainen huomioonottaminen.
6. Mikäli sosiaali- ja terveydenhuollon integraatio ei etene, järjestämisen ja tuottamisen ohjauksessa tulisi harkita otettavaksi käyttöön erilaisia metaohjauksen keinoja, kuten terveyshyötymallin nostamista kansalaisen terveyskäyttäytymistä ohjaavaksi toimintaperiaatteeksi.
7. Horisontaalinen integraatio edellyttää palveluorganisaation ja palveluekosysteemin johtamiskäytäntöjen sisäistä yhtenäisyyttä. Palvelukokonaisuuksia tulee uudistaa asiakas- ja potilastarpeista liikkeelle lähtien, ei tietojärjestelmien ehdoilla.
8. Kokonaiskehittämisen kannalta keskeneräinen lainsäädäntö ei edistä palvelu- ja tietointegraation kehittämistä. Lainsäädännön keskeneräisyyden vuoksi kehittämisessä joudutaan varautumaan erilaisiin potentiaalsiin tilanteisiin ja niiden variaatioihin. Tämä tulisi realisoitumaan kehittämisen sirpaleisuutena.
9. Palveluintegraation onnistuminen edellyttää sosiaali- ja terveydenhuollon asiakkaita koskevaa tietoa, jolla on yhteinen semanttinen ja toiminnallinen merkityssisältö.
10. Tietojärjestelmäintegraation painopisteenä tulee olla kokonaissuunnittelu siten, että yhdistävänä elementtinä on asiakaslähtöisyys. Kysymyksenä tulisi olla, keitä varten ohjelmisto on luotu.

Sipilän hallituksen aikana valmistellun maakunta- ja sote-uudistuksen kaaduttua keväällä 2019 sote-uudistuksen valmistelua jatkettiin suppeammassa muodossa Rinteen hallituksen ja Marinin hallituksen toimesta edelleen sosiaali- ja terveyspalvelujen sekä pelastustoimen järjestämistä koskevana uudistuksena.

Rinteen hallituksen (2019) hallitusohjelma oli edellisiä hallitusohjelmia yksityiskohtaisempi ja asiasisällöltään laaja.

Hallitusohjelmassa todetaan, että hallitus käynnistää sote-uudistuksen valmistelun. Valmistelussa otetaan huomioon edellisten vaalikausien valmistelu ja perus-

tuslailliset reunaehdot. Uudistus tehdään hallitusti ja vaiheistaen. Sosiaali- ja terveydenhuollon toiminnan painopistettä siirretään perustason palveluihin ja ennaltaehkäisevään toimintaan. Palvelut ovat yhteensovitettuja, hoitoketjut ovat sujuvia ja ihmiset saavat tarpeenmukaiset ja vaikuttavat palvelut oikea-aikaisesti.

Sosiaali- ja terveydenhuollon uudistuksessa kootaan sosiaali- ja terveystalouden järjestäminen kuntaa suuremmille itsehallinnollisille alueille. Myös pelastustoimen järjestäminen siirretään maakuntien tehtäväksi.

Itsehallinnollisia maakuntia tulisi olemaan 18. Maakuntien toiminnasta, taloudesta ja hallinnosta säädetään erillisellä lailla. Alueiden päätöksenteosta vastaavat suorilla vaaleilla valitut valtuutetut. Asukkaiden osallisuutta ja käyttäjädemokratiaa vahvistetaan. Mahdollisuus käyttää palveluita yli maakuntarajojen säilytetään. Maakunnat tekevät yhteistyötä keskenään. Erityistason palveluiden turvaamiseksi muodostetaan viisi yhteistoiminta-aluetta. Alueet pohjautuvat voimassa oleviin erityisvastuualueisiin (Erva).

Maakunnat tuottavat palvelut pääosin julkisina palveluina. Yksityinen ja kolmas sektori toimivat täydentävinä palveluiden tuottajina. Kuntien osalta tämä ratkaistaan erillisen selvityksen pohjalta vuoden 2019 loppuun mennessä. Järjestöjen roolia hyvinvoinnin ja terveyden edistämisessä vahvistetaan ja järjestöjen mahdollisuus tuottaa palveluita turvataan.

Hallitusohjelmassa kiinnitettiin huomiota myös seuraaviin muutoksiin:

- Valmistellaan palvelusetelilain uudistus ja tehdään linjaukset henkilökoh-taisen budjetin käyttöönotosta sote-uudistuksessa.
- Alueelliset erityispiirteet otetaan huomioon mahdollisuuksien mukaan so-siaali- ja terveydenhuollon uudistuksessa ja palveluiden järjestämisessä. Hallitus selvittää Uudenmaan, pääkaupunkiseudun tai Helsingin alueen eril-lisratkaisun yhteistyössä alueen kaupunkien ja kuntien kanssa 2019 lop-puun mennessä.
- Pelastustoimen ja ensihoidon tiiviin yhteyden tuoma synergiaetu turvataan sote-uudistuksessa.
- Itsehallinnolliset alueet mahdollistavat vaiheittaisen siirtymisen monialai-siin maakuntiin. Tämä valmistellaan parlamentaarisesti vuoden 2020 lop-puun mennessä. Työssä selvitetään, mitä tehtäviä kunnilta, kuntayhtymiltä ja valtiolta siirretään maakunnille. Parlamentaarisen työn valmistuttua hal-litus valmistelee lainsäädännön.

Sosiaaliturvan uudistaminen määriteltiin ohjelmassa tulevaisuusinvestoinniksi, jossa keskeistä on sosiaalinen oikeudenmukaisuus ja toimeentulon turvaaminen sosiaalisten riskien kohdatessa. Olennaista on parantaa järjestelmän luotettavuutta, kattavuutta ja ymmärrettävyyttä. Tarve sosiaaliturvan uudistamiselle johtuu useasta syystä:

- Työn murros haastaa sosiaaliturvassa käytetyt määritelmät ja järjestelmän toimivuuden.

- Palveluita ja etuuksia on kehitetty eri tahtisesti ja erillään. Niiden yhteen toimivuutta on parannettava vastaamaan ihmisten tarpeita.
- Nykyisessä järjestelmässä tukea tarvitsevaa ihmistä ei aina kohdata oikea-aikaisesti eikä hän välttämättä pääse tarvitsemansa palvelun tai etuuden piiriin. Pahimmillaan hän jää kokonaan vaille tukea.
- Perusturvan matala taso ja järjestelmän monimutkaisuus ovat kasvattaneet toimeentulotuen roolia. Alkujaan viimesijaiseksi ja lyhytkestoiseksi tarkoitettu toimeentulotuki on muodostunut pitkäkestoiseksi ensisijaisen tuen täydentäjäksi.
- Sosiaaliturvajärjestelmä on monimutkainen ja vaikeaselkoinen. Pirstaleisuus ja ennakoimattomuus korostuvat elämäntilanteiden vaihtelun ja moninaisuuden vuoksi sekä sektorirajoja ylitettäessä.
- Hyvinvointivaltion kestävyys edellyttää korkeaa työllisyyttä.

Hallitus käynnistää sosiaaliturvauudistuksen, jossa hyödynnetään TOIMI-hankkeessa tehtyä työtä. Uudistus valmistellaan tutkimusperusteisesti parlamentaarisessa komiteassa. Valmistelu tehdään poikkihallinnollisesti ja laaja-alaisesti eri alojen asiantuntemusta hyödyntäen.

Komiteassa käsitellään perusturvaa, ansioturvaa, toimeentulotukea sekä niiden välistä yhteyttä ja rahoitusta, ja lisäksi palveluiden nykyistä parempaa yhteensovittamista etuuksiin. Työssä on otettava huomioon erityisryhmät, jotka nykyjärjestelmässä jäävät väliinpuotoajiksi. Komitea ei käsittele vanhuuseläkettä. Komitean työ tähtää sosiaaliturvan rakenteelliseen ja toiminnalliseen kehittämiseen pitkällä aikavälillä.

Marinin hallitus (10.12.2019 alkaen) otti ohjelmakseen pääministeri Rinteen edellisen hallituksen ohjelman "Osallistava ja osaava Suomi – sosiaalisesti, taloudellisesti ja ekologisesti kestävä yhteiskunta", jossa sote -uudistuksen valmistelu jatkui pääosin samoilla tavoitteilla ja reunaehdoilla.

Hallituksen 15.6.2020 eduskunnan valiokuntien käsittelyyn antama 1201-sivuinen lakipaketti sisältää Suomen palvelujärjestelmiin useita muutoksia, joista merkittävinkin rakenteellinen uudistus olisi sosiaali- ja terveydenhuollon palveluvelvoitteen siirtyminen kunnilta ja kaupungeilta 21 maakunnalle, joiden lisäksi Helsinki muodostaisi oman sosiaali- ja terveydenhuollon alueensa.

Maakuntien velvollisuuksiksi on esitetty perustason sosiaali- ja terveydenhuolto, mukaan lukien suun terveydenhoito, kotihoito, mielenterveys- ja päihdekuntoutuspalvelut, avokuntoutuspalvelut, ehkäisevät palvelut ja neuvolapalvelut - sekä pelastustoiminnan järjestäminen. Maakuntien ohella perustetaan 5 yhteistoiminta -aluetta (YTA) erityistason terveyspalveluiden toteuttamiseksi.

Sote-uudistuksen aiheuttamien muutosten ei ole tarkoitus kiristää verotusta. Uudistuksen yhteydessä kunnallisveroa madalletaan 13,26 %, ja samanaikaisesti valtion vero-osuutta korotetaan saman summan keräämiseksi. Vuoden 2020 loppuun mennessä parlamentaariselta sosiaali- ja terveystoimikomitealta odotetaan valmista ehdotusta maakuntien verotusoikeuden toteutuksesta, jonka mukaisesti valtion

vero-osuutta madalletaan jälleen ja vastaava verotus toteutetaan maakuntien ja Helsingin toimesta.

Rinteen hallituksen ja myöhemmin Marinin esittämässä hallitusohjelmassa esitettiin sosiaali- ja terveyspalveluiden rakenneuudistuksen osalta seuraavat tavoitteet:

- Sosiaali- ja terveyspalveluiden uudistus (koko hallituskausi)
- Maakuntien verotusoikeus
- Monikanavarahoituksen purkaminen
- Selvitetään Uudenmaan, pääkaupunkiseudun tai Helsingin alueen erillisratkaisu
- Valviran ja aluehallintovirastojen sosiaali- ja terveyspalvelujen valvonta, lupa- ja ohjaustehtävät sekä muiden valtion aluehallinnon tehtävien uudelleenjärjestelyt selvitetään parlamentaarisen selvitystyön yhteydessä
- Kuntien rooli palveluiden tuottajana selvitetään
- Valmistelu mahdollisesta vaiheittaisesta siirtymisestä monialaisiin maakuntiin parlamentaarisesti vuoden 2020 loppuun mennessä
- Selvitetään ympäristöterveydenhuollon järjestäminen osana sosiaali- ja terveydenhuollon uudistusta

Hallituksen sosiaali- ja terveysuudistuksen valiokuntalausuntokierros päättyi syyskuussa 2020 ja lakipaketti jätettiin 8.12.2020 eduskunnan käsiteltäväksi **(14)**. Eduskunta päätti uusien hyvinvointialueiden ja uudistukseen liittyvien lakien hyväksymisestä 23.6.2021.

Mikäli uudistus etenee suunnitellusti, vuoden 2022 keväällä olisi mahdollista järjestää vaalit aluevaltuustojen valitsemiseksi ja vuoden 2023 alusta sosiaali- ja terveydenhuollosta ja pelastustoiminnasta vastaavat maakunnat aloittaisivat toimintansa.

Maakuntaveron selvittänyt parlamentaarinen komitea totesi 11.3.2021 jätetyssä komiteamietinnössä, että maakuntaveron käyttöönotto ei ole tässä vaiheessa ajankohtainen. Komitea katsoi, että pelkästään sosiaali- ja terveydenhuollon sekä pelastustoimen tehtävien siirtäminen hyvinvointialueille ei vielä luo perustetta maakuntaverolle. Veron käyttöönoton tarpeellisuutta tulisi arvioida uudelleen siinä vaiheessa, kun valtionrahoitukseen perustuvan rahoitusmallin toimivuudesta on saatu riittävästi kokemusta ja jos maakuntien tehtäväkenttää mahdollisesti olennaisesti laajennetaan.

Maakuntaveron käyttöönotossa ratkaistavana ongelmana on jatkossa suurimpien kustannusten keskittyminen samoille alueille, joilla verokertymät olisivat pienimmät. Kansalaisten ja alueiden yhdenvertaisuuden varmistamiseksi tähän ei liene vielä 2021 ratkaisua, jota kuitenkin haetaan hallitusohjelman mukaisesti 2026 mennessä.

Viitteet:

1. Suomen valtioneuvoston kanslia. Suomen hallitukset 2003–2021
2. www.wikipedia.org/wiki/Suomen_valtioneuvosto#Suomen_hallitukset
3. 9.9.2005 MediUutiset

4. 4.7.2018 Kuntalehti
5. STM:n työryhmä - ehdotus sote-rakenteen perusteiksi. STM raportteja ja muistioita 30:2012.
6. STM selvityshenkilöryhmä - ehdotus alueelliseksi sote-rakenteeksi sekä sitä tukevaksi lainsäädännöksi. STM raportteja ja muistioita 7:2013.
7. Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakennemuutos. STM:n tiedote 6.5.2013.
8. Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämislain valmisteluryhmän väliraportti. STM raportteja ja muistioita 15:2013.
9. 24.10.2014 Kuntalehti
10. 18.2.2015 Yle Uutiset / Tommi Parkkinen
11. Hallituksen esitys eduskunnalle laiksi sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä sekä eräiksi siihen liittyviksi laeiksi, HE 324/2014.
12. Pälve H, Rajaniemi T. Maakunta-sote. Pääkirjoitus 13.11.2015. Suomen Lääkärilehti 46, 3081, 2015.
13. Virtanen P, Smedberg J, Nykänen P, Stenvall J. Palvelu- ja asiakastietojärjestelmien integraation vaikutukset sosiaali- ja terveystieteissä. Valtioneuvoston selvitys- ja tutkimustoiminnan julkaisusarja 2/2017. Valtioneuvoston kanslia 2017.
14. Hallituksen esitys eduskunnalle hyvinvointialueiden perustamista ja sosiaali- ja terveydenhuollon sekä pelastustoimen järjestämisen uudistusta koskevaksi lainsäädännöksi sekä Euroopan paikallisen itsehallinnon peruskirjan 12 ja 13 artiklan mukaisen ilmoituksen antamiseksi 8.12.2020, HE 241/2020.

3 Mitä Kainuun mallista opittiin?

Kainuussa hallintokokeilusta saatiin vuosina 2005–2012 kokemuksia uudenlaisesta lähidemokratian ja alueellisen hallinnon mallista, kun maakunnan asukkaat valitsivat vaaleilla maakuntavaltuuston. Toimintatapa poikkesi vallitsevasta käytännöstä, jossa alueen kunnanvaltuustot nimeävät maakuntavaltuuston. Maakunnallinen hallinto otti hoidettavaksi osan aiemmin kunnille ja valtiolle kuuluneita tehtäviä. Kokeilun tavoitteena oli edistää alueen kehitystä ja parantaa tulevaisuuden näkymiä.

Hallintokokeilu toteutettiin Kainuun maakunta -kuntayhtymän kautta, jonka valmistelussa olivat mukana maakuntaliitto, kuntien sosiaali- ja terveydenhuolto, kuntien toisen asteen koulutus, sairaanhoito- ja erityishuoltopiiri, pelastuslaitos ja ELY-keskus. Myös TE-keskus ja ympäristökeskus osallistuivat selvitykseen, joskin keskushallinnon linjajohto rajoitti kokeilun käynnistämisvaiheessa näiden siirtämistä osaksi maakuntahallintoa.

3.1 Kainuu alueellisen demokratian testilaboratoriona

Kokeilun tarkoituksena oli saada kokemusta maakunnallisen itsehallinnon vahvistamisesta, sen vaikutuksista maakunnan kehittämiseen, peruspalveluiden järjestämiseen, kansalaisten osallistumiseen, maakunnan ja valtion keskushallinnon suhteeseen sekä kuntien ja valtion aluehallinnon toimintaan.

Kokeilun tavoitteena oli edistää Kainuun alueen kehitystä ja vahvistaa sen tulevaisuutta lisäämällä maakunnallista itsehallintoa ja kuntien välistä yhteistyötä. Maakunnallinen päätöksenteko koottiin yhteen hallinnolliseen organisaatioon, jolloin oli mahdollista vaikuttaa paremmin Kainuun sosiaalisiin ja yhteiskunnallisiin haasteisiin. Kunnallisia peruspalveluja koskevan päätöksenteon ja rahoituksen kokoamisella maakuntavaltuustolle pyrittiin turvaamaan palvelujen laatu ja saatavuus koko maakunnan alueella.

Hallintokokeilulain mukaan maakunta huolehti pääosin ennen kuntien vastuulla olleista sosiaali- ja terveydenhuollon tehtävistä sekä toisen asteen koulutuksesta (ammattillinen koulutus ja lukiot). Maakunta vastasi myös yleisestä elinkeinopoliitikasta sekä alueen suunnittelusta ja kehittämisestä. Kokeilun tarkoitus oli turvata eri kunnissa asuvien kansalaisten yhdenvertaiset mahdollisuudet saada julkisia peruspalveluja. Tavoitteena oli pysäyttää Kainuun alueen taantuva kehitys. Siksi maakuntavaltuustolle siirrettiin myös valtionhallinnon toimintoja.

Hallintokokeilussa kuntien verotuloista ohjattiin maakuntavaltuustolle lähes 60 prosenttia. Kokeilun alussa vuonna 2005 maakunnallisen kuntayhtymän talousarvio oli noin 350 miljoonaa euroa ja työntekijöitä noin kolme ja puoli tuhatta. Varsinkin pienemmissä Kainuun kunnissa pelättiin, että päätäntävalta siirtyisi kokeilun myötä kauemmas kansalaisista. Hallintokokeilun kannattajat näkivät maakuntahallinnon uutena mahdollisuutena elvyttää Kainuun maakunnan toimintoja ja

palveluja. Maakuntajohtaja Hannu Leskinen totesikin maakunnan ongelmana olevan kuntien pienuuden ja vanheneva väestön **(1)**.

3.2 Tavoitteena laaja integraatio

Hallintokokeilu kattoi vuodesta 2005 alkaen lähes kaikki julkisen sosiaali- ja terveydenhuollon tehtävät ja toiminnot, vaikka ennen kokeilun käynnistymistä muutoksia paikoin epäiltiin hallintohimmeliä, jolla ei olisi vaikutusta käytännön työhön. Aiemmista kunnallisista järjestelyistä siirryttiin maakunnalliseen malliin, jolle oli tunnusomaista keskitetty johtaminen ja kuntien alueelle hajautettu toiminta – siinä määrin kuin se oli mahdollista.

Yleisenä tavoitteena oli toimintojen integraatio, jota sovellettiin mm. seuraavissa maakunnallisissa muutoksissa:

- Sosiaali- ja terveyspalvelujen organisaatorakenne uudistettiin.
- Talous- ja henkilöstöhallinto muuttui kuntakohtaisesta maakunnalliseksi
- Korkeimpana päättävänä toimielimenä oli maakuntavaltuusto, ja sen alaisuudessa erilliset sosiaali- ja terveyslautakunta sekä koulutuslautakunta.
- Virkamiesjohtoon kuuluivat sosiaali- ja terveysjohtaja ja maakunnallisten tulosaluiden ja niiden vastuualuiden esimiehet. Kokeilun alussa sovellettiin osin seutukunnallista mallia, josta siirryttiin maakunnalliseen johtamisjärjestelmään.
- Kaikille työntekijöille turvattiin lähiesimies, vaikka ns. hallinto saattoi siirtyä oman kunnan ulkopuolelle
- Esimiesten määrä oli ollut ennen hallintokokeilua 160, maakunnalliseen malliin siirtymisen jälkeen noin 80, mikä ilahdutti erityisesti luottamushenkilöitä
- Uudistuksen alkuvaiheessa alueen lähes jokaisella kunnalla oli oma potilas- ja/tai asiakastietojärjestelmä, jotka eivät olleet keskenään yhteensopivia. Asteittain siirryttiin yhteiseen aluetietokantaan ja myöhemmin yhteisen koko maakunnan kattavaan potilas- ja asiakastietojärjestelmään
- Sosiaalipalveluissa toteutettiin laaja maakunnallinen integraatio, jossa kuntakohtaisista palveluista siirryttiin maakunnallisiin palvelukokonaisuuksiin
- Keskussairaalan, akuuttipalveluja tuottavien terveysasemien ja hoivapalveluja tuottavien yksiköiden työnjaosta sovittiin
- Maakunnalliset yksiköt, kuten vaativa kuntoutus ja sairaanhoitajan ympärivuorokautinen puhelinneuvonta käynnistettiin
- Ensihoitopalveluun kehitettiin koko maakunnan kattava yhtenäinen järjestelmä
- Kaikilla alueen terveysasemilla oli yhteinen johto ja toimintojen koordinaatio
- Ympäristöterveydenhuollon tulosalue vastasi kuntien palvelutarpeista, ja pääsi myöhemmin arvioimaan mm. Talvivaaraan liittyneitä kysymyksiä
- Tukipalveluihin perustettiin maakunnallisia yksiköitä, joilla oli keskitetty johto ja hajautettu palvelu eri kuntien alueelle, kuten kuvantamisen, laboratorion, lääkehuollon ja välinehuollon palveluissa

- Osaamisen kehittämiseen luotiin sote-palvelujen maakunnallinen toimintamalli organisaation sisäisen osaamisen kehittämiseksi
- Hallintokokeilun aikana sote-palveluihin saatiin maakunnan kattavat puhelin- ja tietoverkkopalvelut, jotka helpottivat alueellista yhteistyötä
- Ennen kaikkea organisaatioiden raja-aidat ylittyivät ja opittiin tekemään uudenlaista yhteistyötä

3.3 Kainuun mallista saadut kokemukset

Kainuun hallintokokeilu alkoi vuoden 2005 alussa ja päättyi määräaikaisena vuoden 2012 lopussa. Ennen hallintokokeilun päättymistä asiaa selvittänyt maakunnallinen sote-työvaliokunta esitti, että sote-palvelut toteutettaisiin vuoden 2012 jälkeen pääpiirteittäin vastaavalla toimintatavalla. Lähtökohtana oli samankaltainen organisaatio, jossa esiin nousseet epäkohdat korjataan. Jatkon kannalta oli erityisen tärkeää, ettei pyritä staattisiin rakenteisiin ja työtapoihin vaan säilytetään valmius jatkuvaan muutokseen. Tavoitteena oli uusiutumiskykyinen organisaatio, joka pystyisi nopeasti reagoimaan väestön muuttuviin tarpeisiin.

Hallintokokeilulla oli sen päättymisen jälkeen edelleen huomattava vaikutus maakunnan toimintaan ja talouteen, koska useat toimintojen uudistukset ovat jääneet pysyviksi. Kokeilulla oli myös valtakunnallista merkitystä, koska siitä saaduilla kokemuksilla on ollut vaikutuksia sote-uudistuksen valmisteluun sen eri vaiheissa.

Kuntayhtymässä jatkettiin useita hallintokokeilun aikana hyväksi todettuja käytäntöjä. Rahoituksessa sovellettiin toimivaksi osoittautunutta tulopohjaista rahoitusmallia. Organisaatorakenteena jatkui ns. elämäнкаarimalli, jossa toiminnat oli järjestetty laajan horisontaalisen ja vertikaalisen integraation avulla. Toimintojen integraatio oli todettu hallintokokeilun aikana toimivaksi, ja sen kehittämistä jatkettiin edelleen vuodesta 2013 alkaen. Integraation avulla pyritään järjestämään ja tuottamaan kuntien vastuulla olevat perusterveydenhuollon, erikoissairaanhoidon ja sosiaalihuollon palvelut asiakaslähtöisesti ja kustannustehokkaasti toiminnallisena kokonaisuutena.

3.4 Kokemusta maakunnalliseen yhteistyöhön

Kainuun hallintokokeilu oli aikanaan Suomessa ainoa laatuaan. Valtiovalle kokeilulla oli merkitystä, koska siitä saatuja kokemuksia oli mahdollista hyödyntää tekeillä olevassa sote-uudistuksessa. Valtiovarainministeriön finanssineuvos Teemu Eriksson seurasi useiden vuosien ajan kokeilun etenemistä, ja arvioi vuoden 2012 lopulla (2), että tuloksissa ”isoin asia on se, että sellaista täyttä sosiaali- ja terveydenhuollon integraatiota ei ole muualla toteutettu, ja tuskinpa se olisi tavoitteena tänään, jos siitä ei jotain kokemuksia olisi saatu Kainuusta”.

Kielteisenä koettiin havainto, että juhlapuheista huolimatta taistelu rahasta näytti usein käytännön elämässä ylittävän kaikki muut arvot. Sote-rahoituksen riittävyys oli huolena myös uuden kuntayhtymän toiminnan käynnistyessä. Maakuntaval-

tuuston puheenjohtaja Timo Säkkinen arvioi, että vuonna 2012 päättyneestä kokeilusta olisi opittu ainakin yhteistyön tekemisen tärkeys koko maakunnalle.

3.5 Kainuun hallintokokeilun arviointia

Kainuun hallintokokeilusta on sen valmisteluvaiheessa, kokeilun aikana ja sen jälkeen tehty suhteellisen paljon eri tieteenalojen tutkimusta ja opinnäytetöitä. Hallintokokeilu on ollut tutkimusasetelmana mielenkiintoinen, koska kokeilussa kunnan, maakunnan ja valtion väliset toimivaltasuhteet muuttuivat, ja niihin liittyi uudenlaisia odotuksia ja jännitteitä.

Kansalaisviestintä oli varsinkin kokeilun alkuvaiheessa suurempi haaste kuin osattiin odottaa. Maakunnan alueella jaettiin kotitalouksiin tiedotteita ja palveluoppaita, ja kuntayhtymän viestintäsuunnitelmissa korostettiin muutosviestinnän tärkeyttä. Kainuun suorilla vaaleilla 2005 valitun maakuntavaltuuston puheenjohtaja arvioi kokeilun alkuvaiheessa, että ”tiedotuksessa on ehkä liiaksi rakennettu hallintoa, kokeilua ja byrokratiaa. Liian vähän on tehty tulevaisuutta, luotu mahdollisuuksia ja turvattu palveluja” **(3)**.

Tampereen yliopiston vuonna 2010 kokoamassa seurantaraportissa todetaan, että palvelujen käyttäjien arviot maakuntakuntayhtymän toiminnasta olivat selvästi parempia kuin niiden arviot, jotka eivät olleet käyttäneet palveluja **(4)**. Kuntayhtymän palveluista koottiin useita laajoja asiakastytyväisyyskyselyjä, joiden tulokset olivat vähintäänkin hyviä tai tyydyttäviä. Usein kuitenkin ”naapurilta kuultuihin” yksittäisiin mielipahan aiheisiin kiinnitettiin huomiota enemmän kuin laajoihin kyselyaineistoihin.

Kainuun maakuntakokeilun sosiaali- ja terveydenhuollon suunnitteluvaihetta vuosina 2003–2004 arvioitiin Marjo Suhosen laatimana tapaustutkimuksena 2007 **(5)**. Marisanna Jarvan tutkimuksessa 2008 **(6)** selvitettiin, miten Kainuun poliittiset päättäjät arvioivat Kainuun maakuntahallintokokeilun edenneen suhteessa odotuksiin ja miten he arvioivat vaikuttamiskokemuksiaan hallintokokeilussa. Tutkimuksen tärkeimpiä havaintoja oli, että päättäjät olivat asettaneet hallintokokeilulle liian suuria odotuksia. Vaikuttamiskokemusten parantamiseksi oli kehitettävä tiedotusta ja maakuntavaltuuston työskentelyä, jossa valtuuston koon edelleen kasvassa valtuutetuille mahdollistetaan riittävät vaikutusmahdollisuudet.

Valtionhallinnon ja maakunnan välisiä suhteita Kainuun hallintokokeilussa tarkasteltiin 2008 Pyykkösen tutkimuksessa **(7)**, joka liittyi laajaan Tampereen yliopiston tutkijaryhmän tekemään selvitykseen. Kunnan, muutoksen ja kuntamuutoksen etenemistä arvioitiin edelleen Jäntin tutkimuksessa **(8)** vuonna 2016. Hallinnon uudistuksen myötä kuntiin kohdistunut muutos oli avannut mahdollisuuden tehdä näkyväksi kunnan olemuksen eri ulottuvuuksia ja kuntana olemisen monia tapoja. Kuntien erilaisuus ja kiihtyvä erilaistuminen todettiin haastavan vuosikymmeniä kuntia koskevaa lainsäädäntöä ohjanneen käsityksen kunnista geneerisenä, homogeenisena joukkona. Tämä ajattelutavan muutos vaikuttaa niin paikallistasolla, valtion kuntapolitiikkaan kuin kuntatutkimukseen. Tuloksena todettiin, että kunta

pakenee yhteen muottiin pakottavaa yhtenäiskunta-ajattelua, ja esiin tulevat monet rinnakkaiset kuntatodellisuudet.

Valtiontalouden tarkastusvirasto arvioi vuonna 2009, että kokeilulla oli tuolloin ollut vain vähäinen vaikutus maakunnan kehitykseen. Tavoite maakunnan roolin lisäämisestä alueen kehittämisessä ei aluksi toteutunut täysimääräisenä, koska valtion keskus- ja aluehallintoviranomaisille oli jäänyt päätösvaltaa, joka hallituksen esityksen mukaan kuuluisi maakuntavaltuuston käytettäväksi **(9)**. Tosin kokeilusta oli vuonna 2009 saatu vasta yhden valtuustokauden kokemuksia.

Kokeilun alkuvaiheessa maakuntavaltuuston koko ei vastannut vastaavan kokoisten kuntien valtuustoja. Vuoden 2008 maakuntavaaleissa kasvatettiin maakuntavaltuutettujen määrää 20 valtuutetulla. Edustuksellisen demokratian lisäämisen odotettiin lisäävän myös kansalaisten osallistumista. Maakuntavaaleissa äänestysaktiivisuus 2004 ja 2008 jäi kuitenkin matalahkoksi, eikä siten odotetulla tavalla tukenut hallintokokeilua. Kainuun kehittämisrahan vaikuttavuutta alueen kehittämiseen heikensi se, että se ei ollut vapaasti kohdennettavissa, koska suurin osa määrärahasta oli sidottu lakisääteisten tehtävien hoitamiseen.

Kokeilun merkittävänä tuloksena oli, että Kainuun maakunnassa on toteutettu ennakoon Paras-hankkeen palvelurakennetavoitteita. Myös tavoiteltujen uusien organisaatorakenteiden toimintaa pidettiin tärkeänä tuloksena. Palvelurakenteen muutoksella oli saatu hillittyä myös kustannusten kasvua.

Sosiaali- ja terveydenhuollon asiakaspalvelukyselyjen mukaan palvelujen saavuus ja laatu koettiin pääosin hyväksi. Arvioinnissa todettiin, että kokeilun vaihtelevista tuloksista huolimatta paluuta aikaisempaan ei ole nähtävissä. Kokeilulla saattaisi olla myös vaikutuksia, jotka näkyvät vasta kokeilun päättymisen jälkeen. Kokeiluun osallistuneiden tahojen kokemuksista 2003–2017 koottiin Kunnallisan alan kehittämissäätiön julkaisema katsaus 2017 **(10)**.

Viestintää, kuten monta muutakin palveluihin liittyvää osatekijää kehitettiin ensimmäisellä valtuustokaudella 2005–2008 sillä tuloksella, että toimintaympäristössä oli yleisellä tasolla havaittavissa monia myönteisiä muutoksia toisella valtuustokaudella 2009–2012. Tutkimusten ja selvitysten perusteella oli pääteltävissä, että Kainuussa aloitettua toimintamallia oli perusteltua jossakin muodossa jatkaa hallintokokeilun päättymisen jälkeenkin.

Hallinto- ja kuntaministeri Tapani Tölli esitti 2010, että Kainuun hallintomallikokeilu olisi kypsä vakinaistettavaksi **(11)**. Töllin mukaan ”eri osa-alueet oli kokeiltu ja edellytykset järjestelmän vakinaistamiseksi olivat olemassa.” Ministeri arvioi, että myös muut maakunnat, joissa edellytykset täyttyvät, voisivat seurata esimerkkiä.

Kokeilun vakinaistaminen Kainuussa ei kuitenkaan sellaisenaan toteutunut kokeilulain ”perälautapykälän” vuoksi, joka edellytti asiassa kuntien yksimielisyyttä. Tämän vuoksi toiminta jatkui uusissa kuntayhtymissä.

3.6 Uudet kuntayhtymät 2013 alkaen

Kainuun maakunta -kuntayhtymän toiminnan päättyessä vuoden 2012 lopussa Kainuun kunnat allekirjoittivat kahden uuden kuntayhtymän perussopimukset. Vuoden 2013 alusta toimintansa aloittivat Kainuun sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymä (Kainuun sote) ja alueen kehittämistä vastaava Kainuun liitto. Kainuun sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymässä jatkoivat samat jäsenkunnat kuin aiemmin muutoin, paitsi Puolangan kunta osajäsenenä erikoissairaanhoidon, kehitysvammahuollon sekä ympäristöterveydenhuollon osalta.

Viitteet:

1. 17.9.2013 Yle Elävä arkisto / Juhana Säilynoja
2. 17.12.2012 Yle Uutiset / Kalle Heikkinen
3. Airaksinen J, Jäntti A, Haveri A. Siniset ajatukset – sanoista tekoihin. Kainuun hallintokokeilun arviointi. Ensimmäinen väliraportti. Sisäasianministeriön julkaisuja 37/2005.
4. Jäntti A, Airaksinen J, Haveri A. Siniset ajatukset – vapaasta pudotuksesta hallittuun sopeuttamiseen. Kainuun hallintokokeilun vaikutukset. Valtiovarainministeriön julkaisuja 20/2010.
5. Suhonen M. Osallistujaohjaus ristipaineiden keskellä. Tapaustutkimus Kainuun maakuntakokeilun sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämishankkeen suunnitteluvaiheesta vuosina 2003–2004. Väitöskirja. Acta Universitatis Ouluensis D Medica 924, 2007.
6. Jarva M. Kainuun maakuntahallintokokeilu paikallisten poliittisten päättäjien näkökulmasta. Pro gradu tutkimus. Vaasan yliopisto, Tritonia, 2008.
7. Pyykkönen H. Valtionhallinnon ja maakunnan väliset suhteet Kainuun hallintokokeilussa. Pro gradu -tutkimus, Tampere 2008.
8. Jäntti A. Kunta, muutos ja kuntamuutos. Väitöskirja (monografia), Tampere University Press, 2016.
9. Kainuun hallintokokeilun tila. Valtiontalouden tarkastusviraston tuloksellisuustarkastuskertomus 201/2009.
10. Ahonen E, Ahopelto M, Heikkinen M, Huovinen-Tervo M, Mäntymäki E. Näin tehdään saumaton sote – Kainuun hiljainen tieto 2003–2017. Kunnallisalan kehittämissäätiön julkaisu 11, 2017.
11. 29.08.2010 Kaleva / Mirja Niemitalo

4 Sote-uudistus 2021

Pääministeri Marinin hallitus antoi 15.6.2020 eduskunnan valiokuntien käsittelyyn 1201-sivuisen sote-uudistuksen lakipaketin. Esitykseen sisältyi Suomen palvelujärjestelmiin tehtäviä useita muutoksia, joista merkittävin rakenteellinen uudistus oli sosiaali- ja terveydenhuollon palveluvelvoitteen siirtyminen kunnilta ja kaupungeilta 21 maakunnalle, joiden lisäksi Helsinki muodostaisi oman terveydenhuollon yksikkönsä.

Maakuntien tehtäviksi esitettiin perustason sosiaali- ja terveydenhuolto, mukaan lukien suun terveydenhoito, kotihoito, mielenterveys- ja päihdekuntoutus- palvelut, avokuntoutuspalvelut, ehkäisevät palvelut ja neuvolapalvelut sekä pelastustoiminnan järjestäminen. Maakuntien ohella esitettiin perustettavaksi nykyisiä erityisvastuualueita vastaavat viisi yhteistoiminta-aluetta erityistason palveluiden toteuttamiseksi.

Sote-uudistuksen aiheuttamien muutosten ei ole tarkoitus kiristää verotusta. Uudistuksen yhteydessä kunnallisveroa madalletaan, ja samanaikaisesti valtion vero-osuutta korotetaan saman summan keräämiseksi. Parlamentaariselta komitealta pyydettiin ehdotus maakuntien verotusoikeuden toteutuksesta, jolloin valtion vero-osuutta olisi mahdollista alentaa ja vastaava verotus toteuttaa maakuntien ja Helsingin toimesta.

Hallituksen sosiaali- ja terveystuudistuksen valiokuntalausuntokierros päättyi syyskuussa 2020 ja lakipaketti jätettiin 8.12.2020 eduskunnan käsiteltäväksi. Mikäli uudistus etenisi suunnitellusti, vuoden 2022 keväällä olisi mahdollista järjestää vaalit aluevaltuustojen valitsemiseksi ja vuoden 2023 alusta sosiaali- ja terveydenhuollosta ja pelastustoiminnasta vastaavat hyvinvointialueet aloittaisivat toimintansa.

Hallituksen esitys sote-uudistukseksi ja uudistusta koskeva lainsäädäntö jätettiin 8.12.2020 eduskunnan käsiteltäväksi (1).

Hallitus esitti hyvinvointialueiden perustamista sekä sosiaali- ja terveydenhuollon ja pelastustoimen järjestämisen uudistamista. Ehdotuksen mukaiset hyvinvointialueet perustettaisiin mahdollisimman pian lakien hyväksymisen ja vahvistamisen jälkeen. Lait tulisivat voimaan porrastetusti, osa 1. heinäkuuta 2021 ja viimeiset 1. tammikuuta 2023. Kokonaisuuden voimaantulo vaatii eduskunnan hyväksynnän.

Sosiaali- ja terveydenhuollon ja pelastustoimen uudistamisen tavoitteena on ka-
ventaa hyvinvointi- ja terveyseroja, turvata yhdenvertaiset ja laadukkaat sosiaali- ja terveys- sekä pelastustoimen palvelut, parantaa palvelujen saatavuutta ja saavutettavuutta, turvata ammattitaitoisen työvoiman saanti, vastata yhteiskunnallisten muutosten mukanaan tuomiin haasteisiin ja hillitä kustannusten kasvua sekä parantaa turvallisuutta.

4.1 Sosiaali- ja terveydenhuollon ja pelastustoimen tehtävät 22 järjestäjän vastuulle

Esityksen mukaan Suomeen muodostettaisiin 21 hyvinvointialuetta, joille siirretäisiin kuntien ja kuntayhtymien vastuulla nykyisin olevat sosiaali- ja terveydenhuollon sekä pelastustoimen tehtävät. Uudenmaan erillISRatkaisun perusteella Uudellamaalla olisi neljä hyvinvointialuetta. Helsingin kaupungille jäisi edelleen sosiaali- ja terveydenhuollon ja pelastustoimen järjestämisvastuu. Lisäksi Uudellamaalla erikoissairaanhoidon järjestämisestä vastaisi HUS-yhtymä. Terveydenhuollon järjestämisvastuu jakautuisi laissa ja järjestämissopimuksessa erikseen määriteltävällä tavalla alueen hyvinvointialueiden, Helsingin kaupungin ja HUS-yhtymän välillä.

Pelastustoimi olisi hyvinvointialueilla erillinen, sosiaali- ja terveydenhuollon kanssa rinnakkainen toimiala. Pelastustoimessa hyvinvointialueen palvelutason tulisi vastata kansallisia, alueellisia ja paikallisia tarpeita ja sen tulee varautua onnettomuus- ja uhkatilanteisiin alueellaan.

Sairaanhoitopiirien ja erityishuoltopiirien toiminta siirtyisi uudistuksessa hyvinvointialueille. Samoin opiskeluhoollon kuraattori- ja psykologipalvelut siirtyisivät hyvinvointialueiden järjestämisvastuulle. Hyvinvoinnin ja terveyden edistämisestä vastaisivat sekä hyvinvointialueet että kunnat. Ympäristöterveydenhuollon järjestäminen jäisi kunnille kokonaisuudessaan.

Hyvinvointialueen ylin päättävä toimielin on suorilla vaaleilla valittava aluevaltuusto. Alueen toimintaa johdettaisiin aluevaltuuston hyväksymän hyvinvointialuestrategian mukaisesti ja aluevaltuusto päättää myös hyvinvointialueen organisaatorakenteesta.

Sote-järjestämislaissa säädettäisiin sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisvastuusta, hyvinvoinnin ja terveyden edistämisestä, lähipalvelujen ja kielellisten oikeuksien turvaamisesta, hyvinvointialueiden yhteistoiminnasta sekä ohjauksesta ja valvonnasta. Pelastustoimen järjestämislaissa säädettäisiin pelastustoimen järjestämisvastuusta, kehittämisestä, ohjauksesta ja valvonnasta.

4.2 Järjestäjän rooli, vastuu ja velvoitteet

Esityksessä määriteltäisiin nykyistä tarkemmin hyvinvointialueiden järjestämisvastuuta. Hyvinvointialueella olisi oltava riittävä osaaminen, toimintakyky ja valmius vastata sosiaali- ja terveydenhuollon ja pelastustoimen järjestämistehtäväänsä kaikissa tilanteissa mukaan lukien häiriö- ja poikkeustilanteet.

Hyvinvointialueella olisi oltava palveluksessaan toiminnan edellyttämä ammattihenkilöstö ja muu henkilöstö sekä hallinnassaan asianmukaiset toimitilat, toimintavälineet ja muut tarvittavat toimintaedellytykset. Hyvinvointialueilla olisi oltava

myös riittävä oma sosiaali- ja terveydenhuollon palvelutuotanto, jonka osalta ei kuitenkaan edellytettäisi ylikapasiteetin ylläpitoa.

Järjestämisvastuuseen sisältyy vastuu lakisääteisistä tehtävistä, päätöksenteko, tuottamisen valvonta, palvelujen yhteensovittaminen ja viranomaiselle kuuluvan toimivallan käyttö. Hyvinvointialue vastaisi myös muun muassa ennaltaehkäisevästä sosiaali- ja terveydenhuollosta, koulutus- ja tutkimustoiminnasta, poikkeusoloihin ja häiriötilanteisiin varautumisesta sekä huoltovarmuudesta.

Hyvinvointialueet olisivat julkisoikeudellisia yhteisöjä, joilla olisi alueellaan itsehallinto. Uudet hyvinvointialueet olisivat Manner-Suomessa alueeltaan nykyisiä maakuntia vastaavia, mutta Uudenmaan maakunta jaettaisiin Uudenmaan erillisratkaisun perusteella. Hyvinvointialueiden ylin päättävä toimielin olisi vaaleilla valittava aluevaltuusto. Sosiaali- ja terveydenhuollon alueellista yhteensovittamista, kehittämistä ja yhteistyötä varten muodostettaisiin viisi yhteistyöaluetta (YTA). Yhteistyöalueeseen kuuluvat hyvinvointialueet laatisivat nelivuositain yhteistyösopimuksen.

4.3 Ostopalvelut ja vuokratyövoiman käyttö

Sosiaali- ja terveystalvelujen monituottajuus olisi edelleen mahdollista lainsäädännön reunaehdot huomioiden. Yksityisiltä palveluntuottajilta voitaisiin hankkia kaikkia palveluja, joiden hankkimista ei ole erikseen laissa kielletty. Palvelujen hankkimisessa voidaan käyttää jatkossakin palveluseteliä.

Hyvinvointialue voisi hankkia asiakkaalle annettavia sosiaali- ja terveystalveluja yksityiseltä palveluntuottajalta sopimukseen perustuen, jos palvelujen hankkiminen olisi tarpeen tehtävien tarkoituksenmukaiseksi hoitamiseksi. Ostopalveluna hankittavien palvelujen olisi oltava sisällöltään, laajuudeltaan ja määrälliseltä osuudeltaan sellaisia, että hyvinvointialue pystyisi huolehtimaan kaikissa tilanteissa järjestämisvastuunsa toteuttamisesta.

Hyvinvointialue ei voi hankkia yksityiseltä palveluntuottajalta muun muassa järjestämisvastuuseen tai julkisen hallintotehtävän hoitoon liittyviä tehtäviä, sosiaalityötä, sosiaalipäivystystä tai terveydenhuollon ympärivuorokautista päivystystä. Hyvinvointialue voi kuitenkin hankkia työvoimaa ja vuokratyövoimaa ympärivuorokautiseen päivystykseen omaa henkilöstöä täydentämään. Yksityisen palveluntuottajan olisi täytettävä yksityisestä terveydenhuollosta annetussa laissa ja yksityisistä sosiaalipalveluista annetussa laissa säädetty edellytykset.

Voimaannpanolakesityksessä säädetään sosiaali- ja terveydenhuollon ostopalvelua koskevien sopimusten mitättömyydestä tietyissä tilanteissa ja hyvinvointialueiden mahdollisuudesta irtisanoa sopimus sekä yksityisen mahdollisuudesta saada korvausta.

4.4 Valtion ohjaus

Hyvinvointialueita on tarkoitus ohjata jatkuvaluonteisen ja vuorovaikutteisen ohjausprosessin puitteissa. Hyvinvointialueiden ohjaus olisi strategista ja kohdistuisi tehtävien järjestämisen ja rahoituksen riittävyyden turvaamisen kannalta keskeisiin asioihin.

Valtioneuvoston on määrä vahvistaa joka neljäs vuosi strategiset tavoitteet sosiaali- ja terveydenhuollolle ja pelastustoimelle. Hyvinvointialueiden tulisi ottaa tavoitteet huomioon omassa toiminnassaan ja myös sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistyöalueen yhteistyösopimuksen valmistelussa.

Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriön yhteyteen perustetaan sosiaali- ja terveydenhuollon neuvottelukunta, jonka valtioneuvosto asettaa nelivuotiskaudeksi. Sen tehtävänä on sosiaali- ja terveydenhuollon toteutumisen seuranta ja arviointi sekä sosiaali- ja terveydenhuollon valtakunnallisen ohjauksen tukeminen.

Vastaavasti sisäministeriön yhteyteen perustetaan pelastustoimen neuvottelukunta, jonka valtioneuvosto asettaa nelivuotiskaudeksi. Sen tehtävänä on pelastustoimen toteutumisen seuranta ja arviointi sekä pelastustoimen valtakunnallisen ohjauksen tukeminen.

Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö, sisäministeriö ja valtiovarainministeriö käyvät vuosittain kunkin hyvinvointialueen kanssa neuvottelut, joissa seurataan, arvioidaan ja ohjataan strategisella tasolla hyvinvointialueen sosiaali- ja terveydenhuollon ja pelastustoimen järjestämistä.

Hyvinvointialueiden ohjauksen yhteinen tietopohja muodostuu hyvinvointialueen väestöstä, taloutta sekä sosiaali- ja terveydenhuollon ja pelastustoimen järjestämistä koskevista tiedoista ja tunnusluvuista.

Hyvinvointialueen on laadittava vuosittain investointisuunnitelma, jonka hyväksymisestä päättävät sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö ja sisäministeriö. Hyväksytty investointisuunnitelma olisi edellytyksenä hyvinvointialueen uusille investoinneille ja omaisuuden luovutuksille.

4.5 Hyvinvointialueiden ja kuntien rahoitus

Sote-uudistuksen yhtenä tavoitteena on julkistalouden kustannusten kasvun hillitseminen, jota ehdotettu rahoitusmalli pyrkii turvaamaan. Isoihin uudistuksiin sisältyy kuitenkin aina myös merkittäviä muutuskustannuksia. Kun kaikki muutuskustannukset huomioidaan, heikentää uudistus julkisen talouden tasapainoa 2020-luvulla, jonka jälkeen kustannukset kääntyvät laskuun.

Hyvinvointialueiden toiminta on tarkoitus rahoittaa pääosin valtion rahoituksella ja osaksi palvelujen käyttäjiltä perittävillä asiakasmaksuilla. Rahoituksesta säädetään lailla hyvinvointialueen rahoituksesta.

Hyvinvointialueiden rahoitus on yleiskatteista. Se jaetaan alueille asukkaiden laskennallisten sosiaali- ja terveydenhuollon ja pelastustoimen tehtävien palvelutarvetta ja olosuhdetekijöitä kuvaavien tekijöiden perusteella. Lisäksi osa rahoituksesta määräytyy asukasmäärän mukaisesti sekä hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen kriteerin perusteella. Pelastustoimen rahoitukseen vaikuttaa lisäksi alueellinen riskikerroin.

Sosiaali- ja terveydenhuollon laskennallinen rahoitus perustuu palvelutarvetta kuvaaviin terveyden-, vanhusten- ja sosiaalihuollon palvelutarvekertoimiin. Näiden kertoimien laskennassa hyödynnetään tietoja mm. väestön ikä- ja sukupuoli-rakenteesta, sairastavuudesta ja sosioekonomisista tekijöistä sekä palvelujen käytöstä ja palvelujen käytön aiheuttamista kustannuksista.

Kullekin hyvinvointialueelle muodostuu vuosittain hyvinvointialuekohtaiset terveyden-, vanhusten- ja sosiaalihuollon palvelutarvekertoimet, jotka kuvaavat hyvinvointialueen asukkaiden palvelutarpeita muihin hyvinvointialueisiin verrattuna.

Sosiaali- ja terveydenhuollon kustannuksia aiheuttavien tarvetekijöiden ja niiden painokertoimien määrittely toteutetaan siten, että kullekin tekijälle määritetään erilliset painokertoimet niiden yleisyyden ja kustannusten perusteella. Esimerkiksi terveydenhuollon tarvetekijöiksi otetaan yhteensä noin 50 kustannuksiltaan merkittävää sairautta. Uusina tarvetekijöinä huomioidaan nykyistä peruspalvelujen valtionosuusjärjestelmää laajemmin myös sosioekonomisia tekijöitä, jotka kuvaavat tuloja, koulutusta, yhden aikuisen perhettä, siviilisäätystä, yksinasumista ja pääasiallista toimintaa.

Tarvetekijät ja painokertoimet perustuvat THL:n huhtikuussa 2020 julkaistuun tutkimukseen. Tarvetekijöitä ja painokertoimia on tarkoitus arvioida lain voimaantulon jälkeen säännöllisin määräajoin ja ne päivitetään rahoituksen määräytymisperusteina.

Kun rahoitusvastuu siirtyy kunnilta valtiolle, on valtion tuloja lisättävä ja kuntien tuloja vastaavasti vähennettävä niiltä pois siirtyvän rahoitusvastuun verran. Jotta kokonaisveroaste ei kasvaisi, velvoitetaan kunnat alentamaan kunnallisveroa. Kunnallisveron vähennys olisi 12,39 prosenttiyksikköä kaikissa kunnissa. Myös kuntien osuutta yhteisöveron tuotosta alennetaan ja valtion osuutta vastaavasti kasvatetaan. Verotusta koskevat muutokset on tarkoitus toteuttaa verovelvollisten kannalta mahdollisimman neutraalisti. Verorakenteen muutokset eivät voimaan astuessaan aiheuta verotuksen kiristymistä.

Hyvinvointialueella ei olisi lähtökohtaisesti oikeutta ottaa pitkäaikaista lainaa. Lainan voisi kuitenkin ottaa valtioneuvoston myöntämän lainanottovaltuuden puitteissa investointien rahoittamiseksi. Lisäksi säädettäisiin kiireellisen ja välttämättömän investoinnin lisälainoitusmahdollisuudesta.

4.6 Pelastustoimen järjestäminen

Lakimuutosten perusteella pelastustoimen järjestävät jatkossa hyvinvointialueet ja Helsingin kaupunki, jotka vastaavat myös sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä alueellaan. Pelastuslaitokset voisivat edelleen tuottaa ensihoitopalveluita terveydenhuollolle. Tällä hetkellä pelastuslaitokset hoitavat vuosittain noin 500 000 kiireellistä ensihoitotehtävää. Pelastustoimi olisi kuitenkin jatkossakin erillinen, sosiaali- ja terveystoimen kanssa rinnakkainen toimiala.

Uudistuksen myötä valtion ohjaus pelastustoimessa vahvistuu. Vahvempi valtakunnallinen ohjaus parantaa entistä yhdenmukaisempien ja siten yhdenvertaisempien pelastustoimen palveluiden tuottamista koko maassa. Tavoitteena on myös kehittää pelastustoimen toimintaa valtakunnallisena järjestelmänä. Sisäministeriö antaa oman erillisen pelastustoimen järjestämistä koskevan tiedotteen.

4.7 Henkilöstösiirrot

Uudistus merkitsee suuria organisatorisia ja palvelujen järjestämistapaa koskevia muutoksia, jotka olennaisesti vaikuttavat henkilöstön tehtäviin ja sijoittumiseen. Hyvinvointialueiden työntekijöiksi vuonna 2023 tulisi siirtymään liikkeenluovutuksilla noin 172 900 henkilöä 332 kunnasta tai kuntayhtymästä. Vuoden 2018 tilastotietojen perusteella uudistuksen piirissä olevan henkilöstön työvoimakustannusten arvioidaan olevan noin 10,7 miljardia euroa vuodessa eli noin 52 % kaikista kuntien ja kuntayhtymien työvoimakustannuksista.

Kuntien ja kuntayhtymien sosiaali- ja terveydenhuollon ja pelastustoimen henkilöstö siirtyisi tehtäviensä mukana kokonaisuudessaan hyvinvointialueiden palvelukseen. Lisäksi kuntien opetustoimesta hyvinvointialueen palvelukseen siirtyisivät opiskeluhuollon kuraattorit ja psykologit. Kuntien yhteisten tukipalvelujen työntekijä siirtyisi hyvinvointialueen palvelukseen, jos henkilön nykytehtävistä vähintään puolet kohdistuu kunnan sosiaali- tai terveydenhuollon tai pelastustoimen palveluihin.

Henkilöstö siirtyisi liikkeenluovutuksen periaatteen mukaisesti pääosin ns. vanhoina työntekijöinä ja säilyttäisi siirtymähetkellä voimassa olevat työ- tai virkasuhteeseen liittyvät oikeudet ja velvollisuudet.

Uudistuksen edellyttämät järjestelyt valmistellaan vuosina 2021 ja 2022 yhteistoiminnassa hyvinvointialueiden, kuntien ja kuntien henkilöstön edustajien kanssa. Työnantajan ja henkilöstön välisestä yhteistoiminnasta kunnassa annettua lakia laajennetaan koskemaan myös hyvinvointialuetta. Myös muun kunnallisen palvelussuhdelainsäädännön soveltamisalaa laajennettaisiin koskemaan hyvinvointialueen henkilöstöä, eikä henkilöstön asema tältä osin muuttuisi.

4.8 Omaisuus- ja velkaerien siirrot

Sairaanhoitopiirien ja erityishuoltopiirien kuntayhtymät siirtyvät hyvinvointialueille varoineen ja velkoineen. Kuntien ja muiden kuntayhtymien sosiaali- ja terveydenhuollon sekä pelastustoimen käytössä oleva irtain omaisuus, sopimukset ja siirtyvän henkilöstön lomapalkkavelka siirtyisivät hyvinvointialueille ilman korvausta.

Hyvinvointialue vuokraa kunnilta niiden omistukseen jäävät sosiaali- ja terveydenhuollon sekä pelastustoimen toimitilat kolmen vuoden siirtymäajaksi, jota hyvinvointialue voisi pidentää lisävuodella. Sairaanhoitopiireiltä ja erityishuoltopiireiltä hyvinvointialueille siirtyville veloille myönnettäisiin valtioneuvoston takaus, jolla turvattaisiin velkojien asema ja säilytettäisiin lainat nollariskiluokassa. Siirrot toteutettaisiin kuntien ja kuntayhtymien laatimien selvitysten pohjalta.

Omaisuusjärjestelyistä voi aiheutua kunnille kustannuksia, joihin kunnat eivät voi itse vaikuttaa. Tämän vuoksi esitykseen sisältyy perustuslakivaliokunnan edellyttämä kompensaatiosääntely. Tämän perusteella kunnalla olisi oikeus saada korvausta kunnan omaisuuteen kohdistuvien järjestelyjen perusteella kunnalle aiheutuvista kustannuksista niiden ylittäessä laissa säädetyt korvausraajat.

4.9 Lakiesityksessä mukana laaja vaikutusten arviointi

Vaikutusten arvioinnissa on säädösehdotusten vaikutusten arvioinnin ohjeistuksen ja hallituksen esitysten laatimisohjeen mukaisesti kuvattu uudistuksen pääasialliset vaikutukset. Taloudellisia vaikutuksia on arvioitu erityisesti kuntatalouden, valtiontalouden, hyvinvointialueiden talouden sekä verojärjestelmän ja omaisuusjärjestelyjen kannalta. Lisäksi on arvioitu uudistuksen vaikutuksia eläkkeiden rahoitukseen ja ICT-palveluihin sekä kokonaisvaikutuksia julkiseen talouteen. Uudistuksen vaikutuksia aluejakoon ja ICT-palveluihin käsiteltiin lausuntovaiheessa laajasti erillisissä taustamuistioissa. Arviointia on lisäksi tehty uudistuksen muutokustannuksista.

Viranomaisvaikutusten arvioinnissa tuotiin esiin vaikutuksia kuntien ja hyvinvointialueiden organisaatioille, sopimushallinnan tehtäviin, valvontaviranomaisille ja tuomioistuimille. Ahvenanmaata koskevia vaikutuksia arvioitiin erikseen. Lisäksi arvioitiin asiakasmaksujen harmonisointia, tietosuojavaikutuksia ja viranomaisten resurssitarpeita.

Yhteiskunnallisia vaikutuksia arvioitiin sekä järjestelmätasoisesti että ihmisiin kohdistuvien vaikutusten osalta. Erityistä huomiota arvioinnissa kohdennettiin uudistuksen vaikutuksista eri väestöryhmiin ja kansalaisvaikuttamiseen. Vaikutuksia henkilöstöön, valmiuteen ja varautumiseen sekä järjestöihin arvioitiin. Lisäksi arvioitiin vaikutukset kielellisiin oikeuksiin sekä perus- ja ihmisoikeuksiin. Uudistuksen vaikutuksia palvelujen tuotantoon arvioitiin asiakkaiden palveluostojen sekä vuokratun ja muutoin hankitun henkilöstön osalta. Lisäksi arvioitiin uudistuksesta aiheutuvia erityisvaikutuksia.

4.10 Eduskunnan hyväksymässä lakipaketissa yhteensä 52 lakimuutosta

Eduskunnan 23.6.2021 hyväksymä uudistus sisältää hyvinvointialueiden perustamisen, tehtäväsiirtojen ja toiminnan edellyttämät keskeiset säännökset eli aluejako, tehtäviä, hallinnon ja talouden hoitoa ja tarkastusta, rahoitusta ja valtionosuusmuutoksia, verotusta sekä yleishallintolakien soveltamista koskevat säännökset. Alkuperäinen esitys sisälsi 50 lakimuutosta, joiden lisäksi sosiaali- ja terveysvaliokunnan esityksestä hyväksyttiin 2 lakimuutosta.

Esitykseen liittyvien lakien voimaantulo on tarkoitus porrastaa siten, että osan on tarkoitus tulla voimaan 1.7.2021 ja osa 1.3.2022 kun uudet aluevaltuustot aloittavat toimintansa. Viimeiset lait tulisivat voimaan 1.1.2023. Uudistuksen voimaantulon tarkoitus tulla voimaan 1.7.2021. Lisäksi hyvinvointialueista annettavaa lakia sovellettaisiin osittain jo heti hyvinvointialueiden toimintaan.

Perustamisen, tehtäväsiirtojen ja toiminnan kannalta keskeisiä säädettäviä lakeja ovat:

- Laki hyvinvointialueesta
- Laki sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä
- Laki pelastustoimen järjestämisestä
- Hyvinvointi- ja maakuntajakolaki
- Laki sosiaali- ja terveydenhuollon ja pelastustoimen järjestämisestä Uudellamaalla
- Laki sosiaali- ja terveydenhuolto- ja pelastustoimeen koskevan uudistuksen toimeenpanosta sekä sitä koskevan lainsäädännön voimaan panosta
- Laki hyvinvointialueiden rahoituksesta

Lisäksi hallitus esittää kuntien valtionosuutta koskevan lainsäädännön, verolainsäädännön, hyvinvointialueiden henkilöstöä koskevan lainsäädännön sekä eräiden yleishallintoa koskevien lakien muuttamista:

- Laki kunnan peruspalvelujen valtionosuudesta
- Laki tuloverolain muuttamisesta
- Laki vuoden 2023 tuloveroasteikosta
- Laki verotilityslain muuttamisesta
- Laki verohallinnosta annetun lain 30 §:n muuttamisesta
- Laki arvonnäköverolain muuttamisesta
- Laki verotusmenettelystä annetun lain muuttamisesta ja väliaikaisesta muuttamisesta
- Laki yleisradioverosta annetun lain 3 §:n muuttamisesta
- Laki tulotietojärjestelmästä annetun lain 6 §:n muuttamisesta
- Laki kunnallista viranhaltijoista annetun lain muuttamisesta
- Laki kunnallisesta työehtosopimuksesta annetun lain muuttamisesta
- Laki kunnallisesta virkaehtosopimuksesta annetun lain muuttamisesta
- Laki kuntien ja hyvinvointialueiden työnantajan edunvalvonnan järjestämisestä

- Laki työnantajan ja henkilöstön välisestä yhteistoiminnasta kunnissa annetun lain muuttamisesta
- Laki Kevasta annetun lain muuttamisesta
- Laki oppilas- ja opiskelijahuoltolain muuttamisesta
- Laki terveydenhuoltolain muuttamisesta
- Laki sosiaalihuoltolain muuttamisesta
- Laki kuntien takauskeskuksesta annetun lain muuttamisesta
- Laki hallintolain muuttamisesta
- Laki viranomaisten toiminnan julkisuudesta annetun lain muuttamisesta
- Laki oikeudenkäynnistä hallintoasioista annetun lain muuttamisesta
- Laki konkurssilain 1 luvun 3 §:n muuttamisesta
- Laki rikoslain muuttamisesta
- Laki oikeudenkäyntikaaren 10 luvun 2 §:n ja 11 luvun 13 §:n muuttamisesta
- Laki yhdenvertaisuuslain 4 §:n muuttamisesta
- Laki kielilain muuttamisesta
- Laki julkisyhteisöjen henkilöstöltä vaadittavasta kielitaidosta annetun lain 1 ja 5 §:n muuttamisesta
- Laki viittomakielilain 3 §:n muuttamisesta
- Laki saamen kielilain muuttamisesta
- Laki oikeudenkäynnin viivästymisen hyvittämisestä annetun lain 2 ja 12 §:n muuttamisesta
- Laki vaalilain muuttamisesta
- Laki puoluelain muuttamisesta
- Laki ehdokkaan vaalirahoituksesta annetun lain muuttamisesta
- Laki neuvoa-antavassa kunnallisessa kansanäänestyksessä noudatettavasta menettelystä annetun lain muuttamisesta
- Laki julkisen hallinnon tiedonhallinnasta annetun lain muuttamisesta
- Laki digitaalisten palvelujen tarjoamisesta annetun lain 2 §:n muuttamisesta
- Laki kirjanpitolain 8 luvun 2 §:n muuttamisesta
- Laki julkisten hankinnoista ja käyttöoikeussopimuksista annetun lain 5 ja 163 §:n muuttamisesta
- Laki naisten ja miesten välisestä tasa-arvosta annetun lain 3 ja 4 §:n muuttamisesta
- Laki arkistolain 1 §:n muuttamisesta
- Laki kilpailulain muuttamisesta
- Laki valtiontalouden tarkastusvirastosta annetun lain 2 §:n muuttamisesta
- Laki oikeudenkäynnistä markkinaoikeudessa annetun lain 1 luvun 3 §:n muuttamisesta (*)
- Laki tuomioistuinnmaksulain 2 §:n muuttamisesta (*)

(*) Sosiaali- ja terveysvaliokunnan uusi lakiehdotus

Huhtikuussa 2021 Marinin hallitus esitti aikaisempien lakimuutosten lisäksi teknisiä muutoksia useiden eri ministeriöiden alaisiin lakeihin. Uudistuksen yhteydessä esitetty ”Sote100” -lakipaketti sisältää lakien täsmennyksiä ja päivittämistä.

Yhteensä hallituksen esitys sisältää muutoksia 109 lakiin **(2)**. Samalla tällöin tehtäisiin Uudenmaan erillisratkaisuun liittyvä tietojohdantamista koskeva sisällöllinen

täydennys. Näillä muutoksilla on tarkoitus päivittää eri hallinnonalojen lainsäädäntö vastaamaan uutta rakenteellista toimintakenttää ja järjestämisvastuuta.

4.11 Sote-paketti eduskuntaan 2021

Sote-pakettiin liittyy Suomen historian suurin liikkeenluovutus uudelle työnantajalle **(3)**. Suuriin valtakunnallisiin organisaatiomuutoksiin on syytä varata aikaa useita vuosia siinäkin tapauksessa, että muutokset etenevät suunnitellusti. Suurimmat haasteet uusien organisaatioiden toiminnan käynnistyessä liittyvät sopimuksiin, kustannuksiin ja henkilöstöön. Nämä kaikki ovat uudistuksen onnistumisen kannalta keskeisen tärkeitä. Rahan jakamisen apuna on käytetty 50 kustannuksiltaan merkittävää sairautta. Muutoksen yhteydessä 173 000 työntekijää tulisi siirtymän uusille hyvinvointialueille

Sote-uudistuksen vaikutuksista on ennestään saatu Suomessa kokemuksia niistä maakunnista, jotka ovat jo aiemmin toteuttaneet alueellaan integraation sosiaali- ja terveydenhuollon palveluissa, ja osin myös pelastustoimen kanssa. Maakunnallista integraatio-osaamista Suomessa on ennestään ollut jo yli 30 %:lla maakunnista (mm. Kainuu, Etelä-Karjala, Etelä-Savo, Keski-Pohjanmaa, Kymenlaakso, Pohjois-Karjala, Päijät-Häme) vuoteen 2021 mennessä.

4.12 Aikataulu – osa laeista voimaan kesällä 2021

Hallituksen esityksen mukaiset hyvinvointialueet perustettaisiin mahdollisimman pian voimaantulolain tultua voimaan. Hallitus oli esittänyt lain voimaantuloajaksi 1.7.2021. HUS-yhtymä perustettaisiin perussopimuksen hyväksymisellä. Ensimmäiset aluevaalit toimitettaisiin alkuvuodesta 2022. Aluevaalit eivät koskisi Helsingin kaupungin asukkaita.

Ensi vaiheessa hyvinvointialueiden väliaikaishallinto ja aluevaalien jälkeen valittujen aluevaltuustojen toiminnan käynnistymisen jälkeen hyvinvointialueet valmistelisivat toiminnan organisoinnin sekä henkilöstö- ja omaisuussirrot yhdessä kuntien ja kuntayhtymien kanssa. Sosiaali- ja terveydenhuollon, pelastustoimen sekä muiden erikseen säädettävien palvelujen ja tehtävien järjestämisvastuu siirtyisi hyvinvointialueille vuoden 2023 alusta lähtien.

4.13 Vuoden 2021 sote-uudistuksen tavoitteiden arviointia

Eduskunnan 2021 hyväksymässä uudistuksessa on arvioitu mahdollisesti edelleen olevan valuvikoja **(3)**, joiden perusteella kansalaisille olisi luvattu parannuksia liikaakin. Toisaalta on huomioitava, että kaikki sote-uudistuksessa esitetyt tavoitteet eivät sellaisenaan ole lupauksia.

4.13.1 Hyvinvointi- ja terveyserojen kaventaminen

Hyvinvointi- ja terveyserojen kaventamiseen liittyvää työtä on tehty Suomessa jo usean vuosikymmenen ajan laajoissa hankkeissa ja kansallisessa terveyserojen kaventamisen toimintaohjelmassa. Terveysvaikutusten arvioinnin historiaa, kehittymistä ja nykykäytäntöjä on kuvattu Stakesin yhteenvedossa (Rotko ym 2008). Näkökulmana on ollut terveyden epätasaisen jakautumisen vähentäminen. Toiminnoissa on haettu ja kehitetty toimintatapoja hyvinvointi- ja terveyserojen kaventamiseen alueellisten toimintaohjelmien ja hankkeiden avulla.

Terveyserojen kaventamisen kansallisessa toimintaohjelmassa (2008–2011) on määritelty sosioekonomisten terveyserojen vähentämiselle toimintalinjat, joita noudatetaan monin paikoin edelleen. Erillinen toimintaohjelma katsottiin tarpeelliseksi, koska terveyserot ovat osoittautuneet vaikeaksi terveys- ja yhteiskuntapolitiittiseksi ongelmaksi. Terveyserojen vähentymisen tavoitteita ei ole saavutettu, vaan erot ovat osittain jopa kasvaneet. Terveyserojen kaventamisen toimintaohjelma on toteuttanut osaltaan myös terveystaloutta pitkällä aikavälillä linjanneen Terveys 2015 -kansanterveysohjelman tavoitetta, jonka mukaan ammatti- ja koulutusryhmien välisten kuolleisuuserojen pienentymistä tavoiteltiin viidenneksellä vuoteen 2015 mennessä.

Toimintaohjelman valmistelu aloitettiin syksyllä 2006 pääministeri Vanhasen I hallituksen sosiaalipoliittisen ministerityöryhmän toimeksiannosta kansanterveyden neuvottelukunnassa. Valmistelussa kuultiin laajaa joukkoa asiantuntijoita eri hallinnonaloilta, tutkimuslaitoksista, yliopistoista, kunnista, terveystaloutjärjestelmästä sekä kansalais- ja ammattijärjestöistä. Ohjelmassa terveyserojen vähentymistavoitteeseen on pyritty seuraavien päälinjojen kautta:

- Vaikuttamalla yhteiskuntapolitiittisilla toimilla köyhyyteen, koulutukseen, työllisyyteen ja asumiseen
- Tukemalla terveellisiä elintapoja koko väestössä ja erityisesti niissä väestöryhmissä, joissa epäterveelliset elintavat ovat yleisiä
- Parantamalla sosiaali- ja terveystaloutjen tasa-arvoista ja tarpeenmukaista saatavuutta ja käyttöä
- Kehittämällä tietopohjaa ja tehokasta tiedonvälitystä, joita varten kehitetään terveyserojen seurantaohjelmia
- Vahvistamalla tietopohjaa
- Kehittämällä koulutusta ja viestintää koskien terveyseroja ja niiden kaventamista

Toimintaohjelmassa esitettiin 15 toimenpidettä, joista monilla oli tavoitteena ulottua hallituskausien yli. Tavoite on toteutunut siltä osin, että terveyserojen kaventaminen on edelleen sote-uudistuksen ykköstarvoitteena vuonna 2021.

Hyvinvointi- ja terveyserojen voidaan ajatella johtuvan palvelujärjestelmän, esim. terveyskeskusten tai hoivapalvelujen toiminnan puutteista. Toisaalta väestöryhmien ja alueiden erilaisesta geeniperimästä, ympäristötekijöistä, sairastuvuuden eroista ja yksilöiden omista valinnoista johtuen hyvinvointi- ja terveyseroja tulee aina olemaan, vaikka niitä eri keinoin pyritäänkin kaventamaan.

Terveyserojen kaventamista on aiemmin tutkittu monissa yhteyksissä, mm. Kainuussa. Väestön alueellisista terveyseroista on todettu (Kaikkonen ym. 2008), että kainuulaiset voivat huonommin kuin suomalaiset keskimärin. Kainuulaisten keskinäiset terveyserot ovat suurempia kuin muiden suomalaisten. Vähemmän koulutetut ovat sairaampia kuin paremmin koulutetut ja heillä terveyttä vaarantavat elintavat ovat yleisempiä sekä kuolleisuus suurempaa.

Myös terveyspalvelujen käytössä ja sairaalahoidoissa on koulutusryhmien välillä merkittäviä eroja. Esim. lääkärikäynnit ovat yleisempiä vähemmän koulutetuilla. Sitä vastoin korkeammin koulutetut käyvät hammaslääkärissä huomattavasti useammin kuin vähemmän koulutetut. Terveyserot näkyvät kainuulaisten toimijoiden, mm. kuntajohdon, työvoimahallinnon edustajien ja järjestötoimijoiden, mielestä selvimmin työllisten ja työttömien kainuulaisten välillä.

4.13.2 Yhdenvertaisten ja laadukkaiden sosiaali- ja terveys- sekä pelastustoimen palvelujen turvaaminen

Valtakunnallinen hoitotakuu tuli voimaan Suomessa 1.3.2005. Kansanterveyslain ja erikoissairaanhoitolain muutoksilla säädettiin kiireettömille hoidoille ja tutkimuksille tietyt määräajat. Kiireettömien tutkimusten ja hoidon määräajoilla on pyritty yhtenäistämään eri alueilla asuvien suomalaisten terveydenhuollon palvelujen saatavuutta ja poistamaan hoitovajetta.

Terveyskeskukseen on saatava välitön yhteys puhelimitse arkisin terveyskeskuksen aukioloaikana tai sinne on voitava mennä käymään. Terveydenhuollon ammattihenkilö (sairaanhoitaja, terveydenhoitaja tai lääkäri) arvioi puhelimesta hoidon tarpeen. Jos arviointi vaatii terveyskeskuksessa käyntiä, käyntiaika on saatava kolmen arkipäivän kuluessa yhteydenotosta.

Jos hoitoa ei voida aloittaa heti ensimmäisellä käyntikerralla, on hoitoon päästävä kolmen kuukauden kuluessa. Erikoissairaanhoitoon on päästävä kuuden kuukauden kuluessa.

Potilas pääsee kiirettömään erikoissairaanhoitoon lääkärin läheteellä. Hoidon tarpeen arviointi on aloitettava kolmen viikon sisällä lähetteen saapumisesta. Arvio tehdään lähetteen perusteella tai tutkimalla potilas sairaalassa. Jos potilas tarvitsee sairaalahoitoa, on hoito aloitettava kuuden kuukauden sisällä hoidon tarpeen arvioinnista.

Jos potilasta ei voida hoitaa määräajassa omassa terveyskeskuksessa tai sairaalassa, hänet on ohjattava hoitoon muualle, toiseen sairaanhoitopiiriin tai yksityiselle sektorille. Potilaalle ei saa aiheutua tästä ylimääräisiä kuluja.

Vuonna 2011 voimaan tullut terveydenhuoltolaki (1326/2010) on ohjannut laajasti terveydenhuollon palvelujen järjestämistä sekä suoraan että lakiin liittyneiden useiden asetusten kautta. Muutosten tavoitteina on ollut mm. perusterveydenhuollon vahvistaminen, ensihoitopalvelun uudistaminen, potilaan valinnanvapauden lisääminen, hoitotakuusäännösten päivittäminen sekä erityisvastuualueen tehtävien päivittäminen.

Potilasturvallisuus edellyttää, että potilas saa tarvitsemansa ja oikean hoidon, josta aiheutuu mahdollisimman vähän haittaa. Potilasturvallisuuteen kuuluu hoidon turvallisuus, lääkehoidon turvallisuus sekä lääkinnällisten laitteiden laiteturvallisuus. Potilasturvallisuuskulttuuri tarkoittaa potilaiden hoitoa edistävää suunnitelmallista ja järjestelmällistä toimintatapaa.

Vaikka toiminnan laadun on arvioitu vuoden 2020 aikana paikoin alentuneen erityisesti vanhusten hoivassa ja kotihoidossa, asiantilan toteaminen voi olla myös toimivan laatujärjestelmän ansiota.

Palvelujen laadun seurannassa ja kehittämisessä uranuurtajana on toiminut valtakunnallinen laboratoriodien laaduntarkkailu (Labquality Oy). Sitten toiminta on laajentunut sosiaali- ja terveydenhuollon eri aloille. Useissa yksiköissä on toteutettu kansainvälisten laatujärjestelmien, esim. ISO-standardien mukainen auditointi ja osin sertifiointi. ISO-standardit ovat yleisiä johtamisen ja laadun kehittämisen työkaluja, joiden käyttö edellyttää yksiköltä jatkuvaa laadun seurantaa ja toiminnan parantamista.

Terveysturvallisuuslain (1326/2010) nojalla on vuonna 2011 annettu asetus laadunhallinnasta ja potilasturvallisuuden täytäntöönpanosta laadittavasta suunnitelmasta, josta on sovittava ainakin seuraavat asiat:

- Laadunhallinnan ja potilasturvallisuuden täytäntöönpanon vastuuhenkilöt ja toimijat sekä miten johto vastaa edellytyksistä ja voimavaroista toteuttaa laadukasta ja potilasturvallista toimintaa
- Laadukasta ja turvallista toimintaa tukevat henkilöstöjohtamisen periaatteet ja käytännöt sekä avointa turvallisuuskulttuuria tukevat arvot ja menettelytavat
- Menettelytavat, joilla henkilökunta osallistuu moniammatilliseen laadunhallinnan ja potilasturvallisuuden kehittämiseen ja saa palautetta oppimista ja oman toimintansa kehittämistä varten
- Laadukkaan ja turvallisen toiminnan edellyttämä henkilöstön perehdyttäminen sekä toimintayksiköissä tapahtuva opiskelijoiden koulutus ja ohjaaminen
- Menettelytavat, joilla potilas ja hänen läheisensä voivat antaa palautetta laadunhallinnan ja potilasturvallisuuden puutteista, sekä menettelytavat, joilla potilaalle ja hänen läheiselleen annetaan tietoa ja tukea potilasta kohdanneen haittatapahtuman jälkeen
- Toiminnassa käytettävät laadunhallinta-asiakirjat
- Turvallisuus- ja laatuongelmien ennakointi sekä turvallisuusriskien tunnistaminen ja hallinta
- Vaara- ja haittatapahtumien tunnistaminen ja raportointi, haittatapahtumien ilmoittaminen hoitoilmoitusjärjestelmään ja muiden säädösten edellyttämä raportointi ja korjaavia toimenpiteitä koskevat menettelytavat ja
- Laadunhallinnassa ja potilasturvallisuuden täytäntöönpanossa tarvittava yhteistyö alueen muiden sosiaali- ja terveydenhuollon toimintayksiköiden kanssa

Vuoden 2011 asetuksessa on terveydenhuollon toimintayksiköille annettu laajat velvoitteet. Haasteena ei ole niinkään velvoitteiden lisääminen, vaan nykyisten velvoitteiden asianmukainen toteuttaminen ja seuranta.

Suunnitelmassa on käsiteltävä ainakin palvelujen tarpeenmukainen saatavuus, hoitoketjut, toimintayksikön fyysinen ympäristö, terveydenhuoltoon liittyvät infektiot, lääkehoito ja lääkehuollon järjestäminen, terveydenhuollon laitteet ja tarvikkeet, henkilöstön työnjako ja osaaminen, tietojärjestelmät ja potilasasiakirjamerkintöjen tekeminen sekä tiedonkulku toimintayksikön sisällä ja toimintayksiköiden välillä.

4.13.3 Palvelujen saatavuuden ja saavutettavuuden parantaminen

Monet lainsäädännön muutokset ovat osaltaan parantaneet 2000-luvulla palvelujen saatavuutta ja saavutettavuutta, mm. sosiaalipalvelulaki, vanhuspalvelulaki ja terveydenhuoltolaki. Toki lait eivät yksinomaan vaikuta palvelujen käytön toteutumiseen, koska palvelujen käyttöön vaikuttavat useat sosiaaliset, taloudelliset, psykologiset, maantieteelliset ja terveydelliset tekijät.

Suomessa vuodesta 2005 voimassa ollut hoitotakuulainsäädäntö on vaikuttanut pitkällä tähtäimellä voimakkaasti kiireettömän hoidon saatavuuteen, koska hoitajajonojen seuranta on siirtynyt organisaatioiden laatujohtajien omavalvonnan osaksi ja valvontaviranomaisten (aluehallintovirastot ja Valvira) sanktioiden piiriin.

Terveyskeskuksiin ja hammashoitoon pääsyssä on kunnasta riippuen raportoitu suuria eroja. Valmisteilla olevassa sote-uudistuksessa on tavoitteena päästä suurempiin maakunnallisiin toimintakokonaisuuksiin ja yhtenäistää hoitoon pääsyä. Yleisellä tasolla arvioituna hoitotakuu on toiminut Suomessa pääosin hyvin, vaikka ajoittain parannettavaa on tullut esille mm. lasten ja nuorten, syrjäytyneiden väestöosien ja ikääntyneiden palveluissa. Yleisenä haasteena on paljon palveluja käyttävät asiakkaat, joiden noin 15 % väestöosuuteen voi paikoin kohdistua yli 80 % terveydenhuollon resursseista. Vastaavasti on todettavissa myös palvelujen alikäyttäjää, jotka eivät hakeudu palvelujen piiriin, vaikka niihin olisi tarvetta.

4.13.4 Ammattitaitoisen työvoiman saannin turvaaminen

Marinin hallitusohjelman tavoitteena 2019 on ammattitaitoisen työvoiman saannin turvaamiseksi. Tavoitteeseen on pyritty sosiaali- ja terveydenhuollon toimintayksiköissä ja koulutusorganisaatioissa aiemmin jo kymmenien vuosien ajan, kulloiseenkin työmarkkinatilanteeseen sopivaa tasapainoa etsien. Työvoiman saatavuutta onkin tarkoituksenmukaista arvioida sekä lyhytkestoisen aikavälin vaihteluna (esim. lomakausien yhteydessä) että pitkän aikavälin muutoksina (esim. koulutusmäärien ja työvoimatarpeen muutoksina) eri ammattiryhmissä.

Ammattitaitoisen työvoiman saannissa esiintyy tunnetusti vaihtelua myös alueellisesti, valtakunnallisesti, eri ammattiryhmien kesken sekä osin myös kansainvälisesti.

Työvoiman saannin turvaamisen haasteina vuosina 2020–2021 ovat olleet erityisesti koronapandemiaan liittynyt keskustelu työn vaativuuden korvaamisesta sekä organisaatioiden yhdistymiseen/laajentumiseen liittyneet selvitykset palkkojen harmonisaatiosta. Oikeudellisesti arvioituna palkkojen harmonisaatio saattaa olla perusteltua, joskin laajoilla maantieteellisillä alueilla on samalla huomioitava, että lähtökohtaisesti monilla alueilla on jo aiemmin hyväksytty paikallisia palkkatukia ja erityislisiä rekrytointikeinoina muiden keinojen puuttuessa.

Onnistunutta palkkaharmonisointia voi seurata pahimmillaan epäonnistunut työvoiman alueellinen saatavuus samoista syistä, joiden vuoksi palkkaharmonisaatioon päädyttiin. Toimipisteen syrjäinen sijainti ja/tai yksin työskentely tulisi kenties olla jatkossa sellaisenaan mukana työn vaativuuden arvioinnissa, jolloin harmonisaatiolle voisi olla vähemmän tarvetta.

Terveystieteiden eri ammattialoilla uusien työntekijöiden koulutusmäärien muutoksella on vaikutusta vasta useita vuosia koulutuspaikkamuutoksen jälkeen. Samalla monet muut yhteiskunnalliset tekijät, kuten työehtosopimukset, perhepoliittiset syyt, ammatinvaihdot, muuttoliike ja mediat vaikuttavat työvoiman saatavuuteen. Esimerkiksi mediasta poimitusta lööpistä *”Lähihoitajien pula äityy pian entistä pahemmaksi, kun suomalaisten suuret ikäluokat alkavat tarvita laajasti hoivapalveluja”* ei voi tietää houkutteleeko se alalle lisää työntekijöitä vai karkottaako enemmän pois nykyisiä.

4.13.5 Yhteiskunnallisten muutosten haasteisiin vastaaminen

”Sote-uudistuksen viides lupaus on vastata yhteiskunnallisten muutosten mukanaan tuomiin haasteisiin. Tätä yleispätevää tavoitetta voi soveltaa lähes mihin tahansa haasteeseen: harvaan asuttujen alueiden palveluihin, palvelujen digitalisaatioon, väestöryhmien syrjäytymiseen ja huoltosuhteen muutokseen” (3).

Pääkaupunkiseudun on usein katsottu toimivan Suomessa talouden moottorina. Eräässä maakuntalehdessä kysyttiin aiheellisesti, mistä tulee polttoaine? Polttoainetta ovat maakunnissa tapahtuva uuden työvoiman koulutus, työikäisen väestön muutto kasvukeskuksiin sekä valtakunnallisten virastojen ja pääkonttoreiden sijoittuminen valtaosin suuriin väestökeskittymiin.

Yhteiskunnallisten muutosten haasteisiin vastaaminen voisi olla tasapainon hakemista näiden muutosten kesken. Samat keskittymistä edistävät muutokset, kuten toimintojen digitalisaatio, voivat mahdollistaa myös toimintojen hajauttamista. Tämä käänteinen muutos on jo 2020–2021 ollut selkeästi todettavissa koronapandemiaan liittyvässä toimintaympäristön muutoksessa, joka on muuttanut prosesseja etätöön suuntaan.

4.13.6 Kustannusten kasvun hillitseminen

Sosiaali- ja terveydenhuollon kustannusten kasvu on ollut viime vuosina huolestuttava. Hallituksen esityksellä pyritään ennen tilanteen kriisiytymistä kustannuskehityksen hillitsemiseen tulevien, ei niinkään vallitsevien menojen leikkauksiin.

Maakuntien rahoituksen siirtyminen valtiolle voi vähentää kuntien mielenkiintoa ja mahdollisuutta paikalliseen ”varustelukierteeseen” palvelujen turvaamiseksi. Toisaalta palvelujen ylläpitoon ja turvaamiseen tarvittava tieto ei tule yksin valtiolta, vaan siihen tarvitaan myös alueen kuntien aktiivista yhteistyötä ja osallistumista.

Käytännössä talousarvioraamit tulevat olemaan myös tulevilla hyvinvointialueilla edelleen tiukat, joten uusille toimintakäytännöille ja kompromissivalmiudelle on todennäköisesti jatkossakin käyttöä.

4.13.7 Turvallisuuden parantaminen

Pelastustoimen liittyminen tulevaan uudistukseen lisää toimintojen integraatiota ja vahvistaa jo aiemmin monilla alueilla tehtyä yhteistyötä sote-palvelujen ja pelastustoimen kesken. Lainsäädännön tasolla yhteistyön kumpikaan osapuoli ei ole toiselle alisteinen, mikä parantaa yhteistyön mahdollisuuksia.

Käytännössä sote-palvelujen ja pelastustoimen synergiahyöty ei välttämättä toteudu paloautojen ja ambulanssien yhteisenä autotallina, vaan toimintojen yhteensopivuutena työnjaon, toimintakäytäntöjen ja tietojärjestelmien kautta.

Kansalaisten huoli turvallisuudesta voi ilmetä konkreettisesti esimerkiksi: *”Aikaisemmin ambulanssin saamiseen voi luottaa, kun se seisoi aina terveyskeskuksen pihassa. Nyt sitä ei näytä siellä olevan, joten kyllä ei voi ambulanssiin luottaa.”* Huoleen voisi vastata esimerkiksi kertomalla, että langattomien tietojärjestelmien ansiosta lähimpänä oleva ambulanssi ottaa yleensä hoidettavaksi kiireellisen tehtävän. Kaikki alueella toimivat ambulanssit ovat siten käytettävissä hoitotarpeen ja kiireellisyyden perusteella riippumatta siitä ovatko ne terveyskeskuksen pihassa tai ajossa.

Sote-palvelujen ja pelastustoimen yhteistyötä helpottanee merkittävästi yhteiset tietojärjestelmät. Yhteen sovitut valmiussuunnitelmat ja moniviranomaisyhteistyö eri toimijoiden kesken helpottavat myös arjen yhteistyössä.

Viitteet:

- | | |
|--------------|---|
| 1. 8.12.2020 | Hallituksen sote-uudistuksen esitys |
| 2. 15.4.2021 | Sosiaali- ja terveysministeriön tiedote |
| 3. 8.12.2020 | MediUutiset / Minna Karkkola |

5 Sosiaalinen media etsii totuuksia

Eduskunnalle 8.12.2020 esitetyssä sote-uudistuksessa ”kokonaisuutena lupaukset ovat laajoja ja sopivia poliittiseen käyttöön. Vaarana on, että kansalaiset uskovat kaikkien palveluiden paranevan entisestään. Näin ei tule käymään. Tarkoitus on pikemminkin vain tasata pahimpia kuoppia” (1).

”Sote-uudistuksen lupaus on vastata yhteiskunnallisten muutosten mukanaan tuomiin haasteisiin. Tätä yleispätevää lupausa voi soveltaa mihin vain: tyhjenevän maaseudun palveluihin, palvelujen digitalisoitumiseen, syrjäytymiseen ja huoltosuhteen kärjistymiseen”. Toisaalta, miksipä muutoinkaan uudistusta tehtäisiin kuin haasteisiin vastaa-miseksi.

Sosiaalisen median kannanotoissa uudistuksen tavoitteet ja lupaukset näyttävät menevän usein iloisesti sekaisin. ”Hallituksen lupaus on 2020 hillitä kustannusten kasvua. Tämä on vahvasti ristiriidassa muiden lupauksen kanssa. Tämä hallitus ei kuitenkaan puhu konkreettisista summista.”

Tilanteessa sopisikin käytettäväksi jälkiviisaus, joka on kuvattu Veikko Huovisen teoksessa Havukka-ahon ajattelija (Veikko Huovinen 1952) parhaaksi ja imelimmäksi viisauden lajiksi. Mutta, mitä tehdä tällä välin ennen kuin tarkan tiedon suoma varmuutta ei ole käytettävissä? Seuraavassa tarjotaan tähän tilanteeseen joitakin vaihtoehtoisia toimintamalleja.

Sote-uudistuksen dilemma

”Optimisti uskoo, että saamme parhaan mahdollisen sote-uudistuksen. Pessimisti pelkää, että se on totta”.

Bloch A. Murphyn laki. Gummerus 2001.

Kansalaisten kannalta on pitkälti kyse medialukutaidosta eli kyvystä löytää informaatiotulvasta oleellinen tieto. **Medialukutaito** on kyky lukea ja ymmärtää mediaa, nähdä sen tuottamien merkitysten taakse, sekä suodattaa ja arvioida vastaanotettua informaatiota. **Medialukutaito** on siten tavallista lukutaitoa laajempi taito.

Usein valitettavasti faktan, fiktion ja valeuutisen erottaminen toisistaan median eri lähteistä voi tuottaa vaikeuksia, ellei faktantarkistus toimi tai faktan esittämistä pidetä yrityksenä hämärtää ”oikea totuus”. Faktantarkistuksella tarkoitetaan yleensä julkisesti esitetyn väitteen paikkansapitävyyden tarkistamista eri lähteistä. Tätä on käytetty usein myös sote -uudistuksesta esitettyjen väitteiden arvioinnissa.

Kuntaliiton kanta

Kuntaliiton hallitus hyväksyi 21.3.2019 kantansa sosiaali- ja terveydenhuollon lainsäädännön uudistamiseksi tulevalla hallituskaudella. Erään puolueen puheen-

johtaja tulkitsi lehtikirjoituksessa ja Ylen vaalitentissä, että Kuntaliiton hallitus otti kantaa sosiaali- ja terveyspalveluiden kuntapohjaisen järjestämisen puolesta. Puheenjohtaja iloitsi siitä, että Kuntaliiton ja puolueen kannat ovat samankaltaiset. Sittemmin tämä tulkinta on kiistetty päätöksen tekijän eli Kuntaliiton hallituksen toimesta.

Kuntaliiton edustajat totesivat, ettei Kuntaliitto ole ottanut kantaa minkään sote-mallin puolesta tai sote-palveluiden tulevaisuuden järjestämisestä. Malleihin otettaisiin kantaa vasta tulevalla hallituskaudella. Faktantarkistuksen perusteella esitetty väite Kuntaliiton päätöksestä oli siis jokseenkin väärin.

Psyyken puolustusreaktiot saattavat vaikuttaa ihmisten välisiin viesteihin ja niiden tulkintoihin. Psyyken reaktiot auttavat meitä sopeutumaan ympäristöömme, ja joissakin tilanteissa myös sote -uudistuksen haasteisiin. Reaktiot ovat meille usein tuttuja jokapäiväisessä elämässä, vaikka emme yleensä kiinnitä niihin omassa toiminnassamme erityistä huomiota. ”Happamia, sanoi kettu pihlajanmarjoista”, kun ei ylettynyt niihin. ”Huono uudistus, sanoi kansalainen”, kun ei oikein tiennyt, mistä oli kysymys.

5.1 Valeutisia vai eri mielikuvia?

Kainuun hallintokokeilun aikana (2005–2012) tehtiin useita laajoja sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastyytyväisyyskyselyjä. Tulosten mukaan kaikkein tyytymättömiimpiä palveluihin olivat kansalaiset, jotka eivät olleet lainkaan käyttäneet palveluja.

Sote-valmistelussa usein kuultu psyyken puolustusmekanismi on ollut projisointi eli ns. kohteensiirto: ”Sote-muutoksia voidaan kyllä toteuttaa muissa kunnissa, mutta ei meillä.” Tai kyseessä voi olla rationalisointi, jossa selittelyllä tai jossittelulla pyritään siirtämään asia pois mielestä; ”Sote-uudistukseen voidaan palata sitten myöhemmin, kun taloudellinen kantokyky on parempi.”

Sote-uudistuksesta on liikkunut sosiaalisessa mediassa myös tahattomia tai tahallisia virheellisiä tietoja. Valeutinen on harhautustarkoituksessa tehty teksti tai viesti, joka matkii ulkoisesti journalismia, mutta ei ole sitä. Valeutinen on eräs huijauksen laji tai tahallaan levitettyä väärää tietoa, jota välitetään perinteisten viestinten tai sosiaalisen median kautta. Valeutisen tavoitteena on harhautus taloudellisen tai poliittisen hyödyn saavuttamiseksi **(2)**.

Valeutisista on niiden totuuspohjan puutteellisuuksien hälventämiseksi alettu käyttää myös nimitystä vaihtoehtomediat. Nimitys viitanee siihen, että sosiaalisessa mediassa on liikkeellä tosipohjaisten tietojen lisäksi runsaasti ns. vaihtoehtoisia totuuksia.

Joissakin tilanteissa poliittiset tavoitteet ilmenevät viestinnän keskittymisenä yhteen ainoaan asiaan, jonka merkitystä ylikorostetaan. Taloudellinen motivaatio taas voi liittyä sensaatiohakuisiin otsikoihin ja juttuihin, joilla tekijät hakevat nä-

kyvyttöä, jolla on mahdollista tehdä taloudellista tulosta esimerkiksi mainonnan kautta.

Joskus paikkansapitämättömiä uutisia voi esiintyä tavanomaisissa tiedotusvälineissä, jotka kuitenkin eroavat valemmedioista siinä, että ne ovat yleensä valmiita oikaisemaan virheen. Suomalaiset puoluelehdet ovat pääosin sitoutuneet Julkisen sanan neuvoston (JSN) laatukriteereihin eräitä yksittäisiä julkaisuja lukuun ottamatta.

Sote-uudistuksen tilannekuvat vaihtuvat

Sote -uudistusta on valmisteltu ja tehty Suomessa yli 15 vuoden ajan useiden eri hallituskausien aikana. Uudistuksesta tiedottaminen kansalaisille on oleellisen tärkeää, joskin uudistuksen painotukset ja asiatkin ajan saatossa vaihtelevat.

Esimerkiksi alla oleva tiedote julkaistiin maaliskuussa 2019 muutamia viikkoja ennen silloisen hallituksen esittämän sote -uudistuksen kaatumista. Keväällä 2019 asianmukaiseksi katsottu tieto on vanhentunut pian hallituksen ja hallitusohjelman vaihduttua, mutta tiedote on edelleen vuonna 2021 luettavissa internetissä. Kun päivämäärä 29.3.2019 ilmenee vasta tiedotteen lopussa, kiireinen lukija voi sijoittaa tekstin virheellisesti nykyhetkeen. Medialukutaitoa siis tässäkin tarvitaan.

Tarvitsetko lisätietoja sote-uudistuksesta tai valinnanvapaudesta? Kelan sote-neuvonta auttaa!

Sote-uudistuksessa vastuu sosiaali- ja terveyspalvelujen järjestämisestä siirtyy vuoden 2021 alussa maakunnille. Maakunta suunnittelee, johtaa ja rahoittaa sosiaali- ja terveyspalvelujen kokonaisuutta alueellaan. Se myös vastaa siitä, että palveluista muodostuu asiakkaan näkökulmasta toimiva kokonaisuus, jossa palvelu- ja hoitoketjut ovat sujuvia.

Osana sote-uudistusta on tarkoitus laajentaa asiakkaan valinnanvapautta. Valinnanvapaudella tarkoitetaan asiakkaan oikeutta valita itse, mistä hän saa sosiaali- ja terveyspalveluja. Julkisesti rahoitettuja sosiaali- ja terveyspalveluja voivat jatkossakin tuottaa asiakkaalle julkiset, yksityiset ja kolmannen sektorin toimijat. (päivitetty viimeksi: 29.3.2019)

Sosiaalisen median keskustelupalstoilla esitetään silloin tällöin hienoja oivalluksia. Nimimerkki ”Tuotannonsuunnittelija” esitti helmikuussa 2019 sote -uudistuksen kokeilemista ja sen jälkeen käyttöön ottamista laajemmin myös muualla. Ehdotus on erinomaisen hyvä ja koko lailla samanlainen kuin pääministeri Lipposen ”Sini-set ajatukset” vuonna 2002, jotka johtivat Kainuun hallintokokeiluun 2005–2012.

Sittemmin Kainuun maakunnallisesta mallista on saatu monin tavoin kokemuksia sote -uudistuksen käyttöön, mikä lienee jäänyt kirjoittajalta huomaamatta eikä diplomi-insinöörinkään (pääministeri Sipilä) liene tullut asiasta maininneeksi.

”Näyttää siltä, että sote ei ole kenenkään hanskassa. Ei noin suurta kokonaisuutta voi paperilla suunnitella. Pitää ensin ottaa yksi maakunta, johon kokeillaan sote -uudistusta ja näiden kokemusten perusteella tehdään korjaukset suunnitelmaan.

Sotea voi verrata mihin tahansa yrityksen kehittämään tuotteeseen, eli tehdään prototyyppi ja testataan ja kokemusten perusteella viilataan ja sitten vasta viedään tuotantolinjalle. Soten osalla prototyyppinä ensin yksi maakunta ja sitten viilausten jälkeen koko Suomeen. Ihmettelen ettei edes diplomi-insinöörille ole tullut tällainen mieleen.” (14.2.2019)

Nimimerkki ”Kollektiivitiede” kokee kollektivisoinnin ongelmaksi. Julkinen terveydenhuolto, kansanterveystyö ja sote saavat osansa kritiikistä. Potilasjonojen osalta kritiikki voi olla aiheellistakin, vaikka jonoja on pyritty monin tavoin lyhentämään.

”Sotesta puhutaan kuin se olisi jokin lääkäreiden kehitelmä. Sote ja aikaisempi kansanterveystyö ovat pelkkiä hallintomalleja. Ei niitä laadittaessa edes ole kysytty lääkäreiden mielipidettä. Sitten kun poliitikkojen ideologian ohjaama malli on epäonnistunut, on syylliseksi löytynyt työntekijät.

Kansanterveystyön malli 5-vuotissuunnitelmiseen otettiin DDR:sta. Nyt liki 30 vuotta DDR:n itsensä mentyä konkurssiin, Suomikin pyrkii luopumaan ihanteesta, mutta lujille tuntuu joillakin ottavan. Usko kollektivisoituun järjestelmään on horjumaton. ... Muualla maatalouden kollektivisoinnista seurasi aikoinaan nälänhätä, Suomessa terveydenhoidon kollektivisoinnista alati pahenevat potilasjonot.” (7.1.2018)

Nimimerkki ”Sotesopan uusi hämmennys” on koonnut sote-uudistuksen viimeisimmästä esityksestä kesäkuussa 2020 kriittistä ja asiallista arviointia, jollaiseen kaikki sosiaaliseen mediaan kirjoittaneet eivät ole aina yltäneet. Suomi24-keskustelupalstoilla oli vuoden 2021 alussa sote-uudistukseen liittyviä kirjoituksia ja niihin laadittuja kommentteja yhteensä 1858 sivua eli enemmän kuin eduskunnan käsittelemässä lakipaketissa.

Hallitus yrittää häätää yritykset loitommalle julkisen terveydenhuollon ympäriltä. Soten keskeiset lait lausunnolle ennen juhannusta. Osa nykyisistä ulkoistussopimuksista ei täyty tulevan lainsäädännön kriteereitä. Totta siltä osin, että rahastus mennyt äärimmäisyyksiin. Vanhustenhuolto raju esimerkki. Edellisen hallituksen yksityistämisen suuri kupla. Edellisen hallituksen kuplia tullaan puhkaisemaan uuden sotelain mukaan. Kun tai jos sote-lait tulevat voimaan, maakunnilla on ulkoistussopimusten mitätöintiin kahden vuoden siirtymäaika.

Yksi hyvä järkevä jatkossa; sosiaali- ja terveyspalvelujen ympärivuorokautista yhteis-päivystystä ei voisi ulkoistaa. Ainoa miinus, että sinne voisi vuokrata työvoimaa?? Siinä porsaanreikä, joka ei poistuisi. Meillä pienissä kunnissa jatkuisi tuo sama rumba. Vuokralääkärit jatkaisivat läpikulkuaan. Kustannusten osalta ei muuttuisi miksiäkään.

Meillä ei ole varaa (pieni kansa) mennä Amerikan malliin, vai onko tarkoitus mennä siihen, kuin koronan piikkiin, että köyhät ja vaivaiset hautausmaalle? Tulee edelleen rankka riitainen rahanjako, johon Suomella ei ole varaa ajautua (6.6.2020).

5.2 Salaliittoteoriat kypsyvät

Salaliittoteoriana pidetään olettamusta, jonka mukaan jonkin merkittävän tapahtuman, tapahtumasarjan tai kehityskulun takana on salaliitto, kahden tai useamman henkilön salainen sopimus jonkin tavoitteen saavuttamiseksi.

Tyypillisiä salaliittoteorioita ovat oletukset vaikutusvaltaisten tahojen juonimista poliittisista rikoksista, epädemokraattisten salaseurojen valtapyrkimyksistä sekä salailuoperaatioista. Termiä salaliittoteoria käytetään joskus myös väheksyvästi ja mitätöivästi sellaisista teorioista, joita pidetään virheellisinä. Tosin oikeitakin kassakaappisopimuksia ja salaliittoja lienee joskus ollut.

Salaliittoteoria on pyrkimys selittää haitallisia tai traagisia tapahtumia pienen, voimakkaan ryhmän toiminnan seurauksiksi. Monessa salaliittoteoriassa oletetaan salaliittolaisten olevan hyvin vaikutusvaltaisia ja kieroja sekä taitavia salaliiton toteuttamisessa ja sen salaamisessa. Salaliittoteoriat hylkäävät tapahtumien ympärille hyväksytyn kertomuksen ja näkevät virallisen versionkin todisteena salaliitosta.

Otsikolla ”Sote tulee ja tappaa” kirjoittava kansalainen näyttää olevan vakuuttunut soteen liittyvästä salaliitosta, ja saa jatkokommenteissa tukea ajatuksilleen. Kirjoituksessa mainittu ”sote” ei ole ilmeisesti terminä aivan tuttu, sen tarkoittamia sosiaali- ja terveystalvveluja kun on ollut eri tavoin saatavana jo satoja vuosia. Epäselväksi jää myös, onko väitteen taustalla tyytymättömyys nykyisiin palveluihin tai epäusko suunniteltuun uudistukseen.

Sote on suunniteltu köyhien ja ylimääräisten tappamiseen. Kun köyhä saa vakavan sairauden, on ainoa mahdollisuus tehdä kunnon rikos mistä saa rahaa. Kaikista lääkäreistä tulee Bondeja - licence to kill (23.7.2016).

Vanhukset suljetaan kotiinsa lukkojen taakse etteivät lähde turhaan hortoilemaan (23.7.2016).

Omaisuus syödään hoitokustannuksiin ja sitten voi antaa jo piikin (24.7.2016).

5.3 Mitä tehdä, jos ei tiedä, ettei tiedä

Joskus on käynyt niin, että muualta päin valtakuntaa tulleet satunnaiset matkailijat tietävät mielestään maakunnan sote-asiat paremmin kuin maakunnan asukkaat itse. Tilanteeseen liittyvä ylivertaisuusvinouma on psykologinen ilmiö, jonka kanssa saamme jokainen olla tarkkana. Erityisesti tiedollisia taitoja koskeva ylivertaisuusvinouma tunnetaan myös nimellä Dunning-Kruger-vaikutus ilmiötä tutkineiden psykologien mukaan nimettynä.

Kyseessä on kognitiivinen vinouma, jossa yksilö yliarvioi oman toimintansa jossakin suhteessa kuten vaikkapa jonkin tiedon tai taidon hallinnassa. Usein tyypillisesti mitä huonompi yksilö on kyseisessä taidossa sitä enemmän hän yliarvioi

osaamistaan. Tämän voi katsoa johtuvan siitä, että kun yksilö ei hallitse taidon suorittamista, ei hän osaa myöskään arvioida osaamistasoa. Kyse on siis metakognitiivisesta vajavuudesta eli kyvyttömyydestä arvioida oikein omaa taitotasoaan. Tutkimusten mukaan palautteen puute on eräs merkittävimmistä vääriin luuloihin johtavista tekijöistä.

Sote-uudistuksen yhteydessä on esiintynyt runsaasti tahattomia, ja osin tahallisia väärinymmärryksiä ja jopa valeutisia. Negatiivisten vaikutusten ohella näillä tosin voi olla myös positiivisia vaikutuksia keskustelun herättelijöinä sekä asioiden suhteellisuuden ja tärkeyden todentamisessa.

Olivierin laki

Kokemus on jotakin, jonka ihminen saa vasta sen jälkeen, kun hän olisi sitä tarvinnut.

Garibolin täydennys

Viisaat iloitsevat löytäessään totuuden, tyhmät löytäessään virheen.

Bloch A. Murphyn laki. Gummerus 2001.

Tahallisten valeutisten levittämällä voi olla yhteiskunnan demokratian toteutumisen kannalta haitallisia vaikutuksia. Jos faktaksi todennettuja tietoja väitetään valeutisiksi, kansalaisilla voi hämärtyä faktaksi ja valeutiseksi nimettyjen seikkojen ero. Tällöin kaikki liikkeellä oleva some-tieto voi muuttua samanarvoiseksi totuuspohjasta riippumatta. Tässä tilanteessa hän voi valita mieleisensä omia käsityksiään tukevan ”tiedon” riippumatta siitä, pitääkö se todellisuudessa paikkansa tai ei.

Miksi sitten valeutiset ovat levinneet ja yleistyneet? Ilmiön taustalla voi olla valtapoliittisia tavoitteita tai kaupallisia toimintoja. Usein sosiaalisen median käyttäjät lukevat ensimmäisinä mieltä kiehtovat ja kuohuttavat uutiset riippumatta siitä, mikä on uutisen totuusarvo tai onko pikkuseikasta tehty ”uutispommi”.

Viitteet

1. 8.12.2020 MediUutiset
2. <https://fi.wikipedia.org/wiki/valeuutinen>.

6 Alueiden väliset erot

Sote-uudistuksen lähtökohdat vaihtelevat eri alueilla ja eri kriteereillä mitattuina. Aluekehittämisen konsulttitoimisto MDI on tehnyt analyysin uusien hyvinvointialueiden alueellisista ominaisuuksista ja alueprofiilista lähtökohtatilanteessa **(1)**. Tulosten perusteella aluetaloudelliset ja demografiset erot hyvinvointialueiden välillä ovat merkittävät. Suurimmat erot ovat alueiden elinvoimaisuuden olosuhdetekijöissä, kuten Uudenmaan ja Pohjois- ja Itä-Suomen alueiden välillä.

Asiantuntijoiden tekemän alueanalyysin tavoitteena oli kuvata uusia hyvinvointialueita lähtökohtatilanteessa neljästä eri näkökulmasta: olosuhteiden, kantokyvyn, sairastavuuden ja tulevan kehityksen osalta.

Analyysiin valittiin kokonaisvaltaisen kuvan saamiseksi 24 avainmuuttujaa, jotka jaettiin neljään osaindeksiin. Avainluvut valittiin siten, että niiden avulla voidaan tehdä päätelmiä sekä toteutuneesta kehityksestä että arvioita tulevasta kehityksestä. Kaikki avainluvut kerättiin kuntatasolla (294) ja hyvinvointialuetasolla (21+1). Jokainen hyvinvointialue sai indeksoinnin jälkeen neljällä osaindeksillä ja kokonaisindeksillä arvon 0–100 välillä, jossa nolla on heikoin ja 100 paras mahdollinen arvo.

Analyysissa painotettiin vahvasti alueellisiin ominaisuuksiin liittyviä tekijöitä. Analyysi osoitti, kuinka suuret lähtökohtaiset erot uusien hyvinvointialueiden välillä ovat aluetaloudellisten ja demografisten muuttujien osalta.

Analyysin perusteella tulevat hyvinvointialueet voidaan jakaa neljään ryhmään. Ensimmäisessä ryhmässä ovat kaikki Uudenmaan viisi aluetta. Toisessa ryhmässä ovat Varsinais-Suomi, Pohjanmaa ja Pirkanmaa. Kolmannessa ryhmässä on seitsemän aluetta Etelä- ja Rannikko-Suomesta ja neljännessä ryhmässä myös seitsemän aluetta pääosin Itä- ja Pohjois-Suomesta.

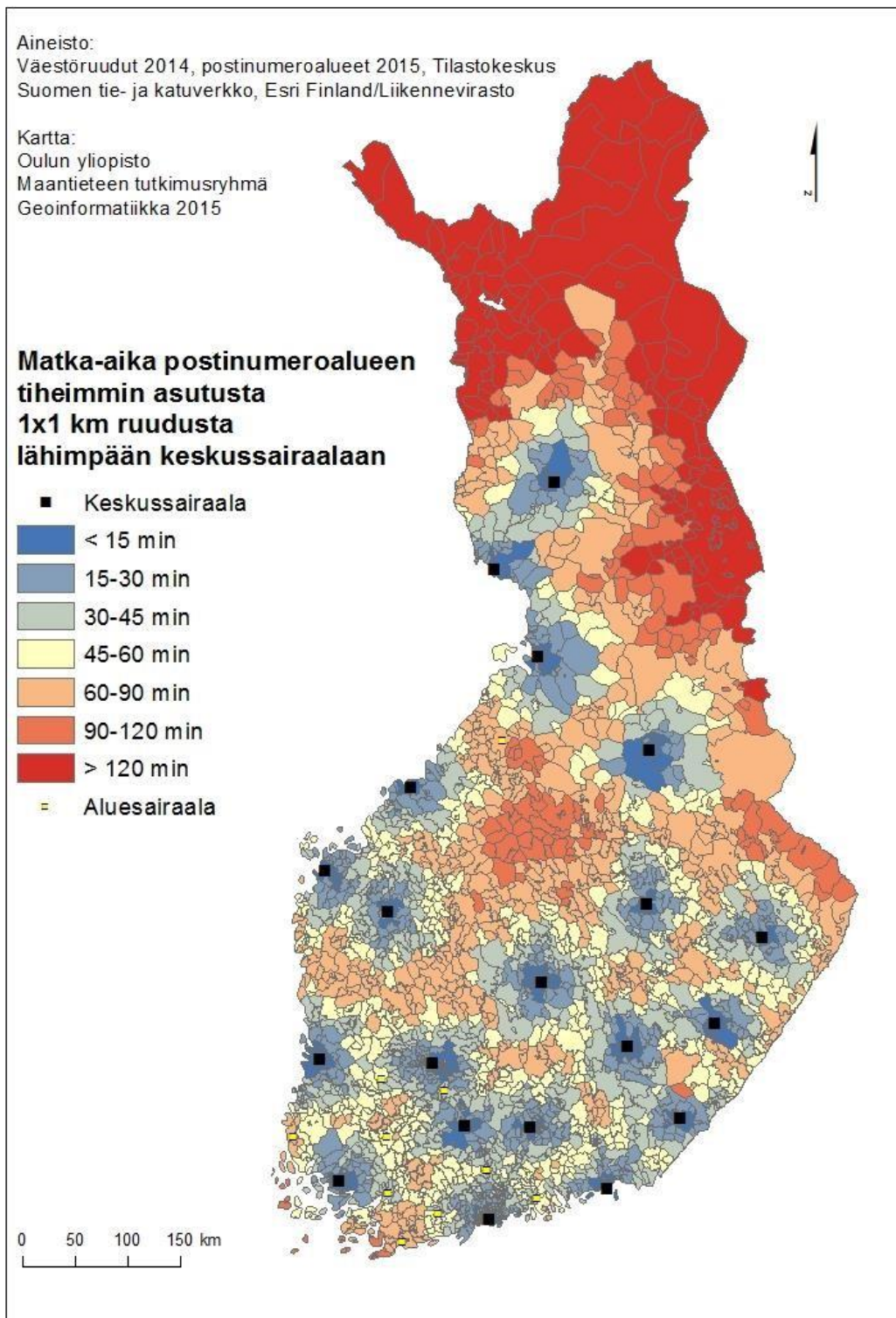
Kuntien kokonaisindeksissä korkeimman indeksin saivat Kauniainen, Espoo, Helsinki, Kerava, Sipoo, Vantaa, Pirkkala, Turku, Tampere ja Kirkkonummi. Korkeimpien pistesijoitusten joukossa oli vain kaksi kuntaa Uudenmaan, Pirkanmaan, Varsinais-Suomen tai Pohjanmaan ulkopuolelta.



Kuva 2. Suomen maakunnat

Yksi sosiaali- ja terveysuudistuksen ydintavoitteista liittyy hyvinvointi- ja terveys-erojen kaventamiseen alueiden ja väestöryhmien välillä. Hyvinvointialueiden suuret lähtökohtaerot muodostavat yhden haasteen sosiaali- ja terveysuudistuksen käytännön toteuttamiselle, ohjaukselle ja jatkuvuudelle pidemmällä aikavälillä. Hyvinvointialueiden väliset alueelliset erot muun muassa olosuhdetekijöissä ja väestöpohjassa lisäävät niiden haavoittuvuutta.

Oulun yliopiston maantieteen laitos selvitti vuonna 2016 Sitran toimeksiannosta etäisyyksiä ja vaadittavaa matka-aikaa lähimpään keskussairaalaan **(2)**. Nykyisellä keskussairaala verkostolla Pohjois- ja Itä-Suomessa jää 2 tunnin saavutettavuusrajan ulkopuolelle laajoja alueita, jotka tulisivat edelleen laajentumaan, mikäli päivystävien keskussairaaloiden lukumäärää vähennettäisiin.



Kuva 3. Matka-aika tieverkkoa pitkin lähimpään keskussairaalaan vaihtelee eri alueilla. Kuva julkaisusta: Lankila T ym. Sosiaali- ja terveyspalveluverkon kehityskuva 2025 – Paikkatieto- ja saavutettavuusperusteinen tarkastelu. Oulun yliopisto, Maantieteen tutkimusyksikkö, Sitra 2016.

Selvityksen mukaan digitaalisuuden, logistiikan ja uusien palvelukäytänteiden vaikutuksesta keskussairaalapalveluiden käyttö voi vähetä 20 % vuoteen 2025 men-

nessä. Arvio perustui laskelmiin, joissa hyödynnettiin mm. paikkatietoja, palvelutietokantaa ja väestöennusteita. Keskussairaaloille esitettiin vuonna 2016 erilaisia karttoja sen mukaan, tulisiko keskussairaala-alueita 12, 15 tai 20.

Tilastokeskuksen (2019) väestöennusteeseen perustuvan laskelman perusteella väestöpohja kasvaa merkittävästi vain kolmella hyvinvointialueella (Vantaa-Kerava, Helsinki ja Länsi-Uusimaa) ja hieman neljällä alueella (Keski-Uusimaa, Pirkanmaa, Itä-Uusimaa ja Varsinais-Suomi). Väestö vähenee ennusteen mukaan 15 hyvinvointialueella vuoteen 2040 mennessä. Viidellä hyvinvointialueella väestö vähenee ennusteen mukaan jopa yli 10 % kahdessa vuosikymmenessä, muistuttavat asiantuntijat.

Väestötiheyden kannalta tarkasteltuna Suomessa asuu keskimäärin 16,3 asukasta/neliökilometri. Tämä jakautuu kuitenkin kovin epätasaisesti, kun tiheimmin asutussa Helsingin kaupungissa asukastiheys on 3060 ja esim. Kainuun maakunnassa 3,3 ja maan harvimman asutuksen kunnassa Savukoskella 0,16 asukasta/km².

Väestötiheys ei ole kuitenkaan yksin ratkaiseva tekijä, koska myös alueiden pinta-alat ja etäisyydet lähimpään keskussairaalaan vaihtelevat. Savukoski on tilastojen mukaan 6.497 km² pinta-alallaan Suomen 6. suurin kunta, ja Helsinki 214 km² alueella pienimpien joukossa. Alueiden vertailulla niiden suuruuden tai pienuuden perusteella eri tavoin mitattuina on omat hyötynsä ja haittansa. Tietoja tulisi arvioida kokonaisuutena, eikä vain toisistaan irrallisina osatotuuksina.

Vuonna 2021 perusterveydenhuollon ja sosiaalipalvelujen järjestämisvastuu on Suomessa 293 kunnalla **(3)**. Näistä 75 kuntaa (48 % väestöstä) on järjestänyt palvelut itse ja 218 kuntaa (52 % väestöstä) on osallisena 59 yhteistoiminta-alueessa. Yhteistoiminta-alueista palvelujen järjestäjänä toimii 33 kuntayhtymää ja 26 vastuukuntamallin mukaista yhteistoiminta-aluetta. Tilastojen mukaan 57 kuntaa on siirtänyt vain perusterveydenhuollon tai osia sosiaalipalveluista yhteistoiminta-alueelle. – Yhteenlaskettuna Suomessa on toiminut vuonna 2021 yhteensä 134 terveyskeskusorganisaatiota, joista 69 alle 20 000 asukkaan ja 65 tätä suuremmalla väestöpohjalla.

6.1 Sosiaali- ja terveydenhuollon nettomenot ja tarvekertoimet

Kuntaliiton tilastojen mukaan **(4)** Manner-Suomen 293 kunnan järjestämisvastuulla olevien sosiaali- ja terveydenhuollon nettokustannukset vuonna 2019 olivat keskimäärin 3 490 euroa/asukas. Erikoissairaanhoidon osuus tästä oli 38 % (1316 euroa/asukas) ja perusterveydenhuollon osuus 18 % (627 euroa/asukas). ikääntyneiden palvelujen osuus (pl. kotihoito) sosiaali- ja terveystoiminnan nettokustannuksista oli yhteensä 14 % (472 euroa/asukas). Muut kustannukset koostuvat vammaispalvelujen, kotihoidon, lääkkeiden ja hoitotarvikkeiden kustannuksista. On huomioitava, että sosiaali- ja terveydenhuollon kokonaiskustannukset ovat edellä mainittuja nettokustannuksia korkeammat, koska käytössä olevan moni-

kanavarahoituksen mukaisesti kustannuksiin osallistuu kuntien rahoitusvastuun ohella useita muita tahoja.

Tilastokeskuksen kokoamaan kuntataloustilastoon tiedot kerätään kaikilta Suomen kunnilta ja kuntayhtymiltä. Kuntataloustilastossa liikelaitokset yhdistetään peruskuntien ja -kuntayhtymien tietoihin. – Toimintakustannuksissa ovat mukana kunnan oman toiminnan, kuntayhtymien ja näiden ulkopuolelta ostettujen palvelujen kustannukset. Kunnan erikoissairaanhoidon menoissa on myös muita kuin oman sairaanhoitopiirin sairaalan/sairaaloiden käytöstä aiheutuneita kustannuksia eli ostoja yliopistollisilta keskussairaaloilta, toisilta sairaanhoitopiireiltä, yksityisiltä tai erällä kunnilla oman erikoissairaanhoidon menoja. Sama pätee myös toimintoihin, joiden palveluja kunnat ostavat ulkopuolelta oman organisaationsa.

Niissä kunnissa, joissa perusterveydenhuolto ja erikoissairaanhoido ovat samassa organisaatiossa, kustannusten jako näiden kesken todennäköisesti ei ole kaikilta osin yhtenevää. Kustannustilastoja on saatavissa kuntatilastoista kunnittain, maa-kunnittain, sairaanhoitopiireittäin ja erityisvastuualueittain.

Sosiaali- ja terveystoimen asukaskohtaisista nettokustannuksista on laskettu tarvevakioidut kustannukset. Tarvekerroin pohjautuu THL:n tuottamaan tilastolliseen vertailuaineistoon **(5)**. Tarvekertoimen laskentaa erityisesti sairastavuuden mittaamisen osalta on tarkennettu (THL 30.6.2020), minkä vuoksi uudet tarveker- toimet ja tarvevakioidut menot saattavat poiketa aiemmista.

Raportissa esitellään maakunnittaiset ja kunnittaiset suhteelliset sosiaali- ja terveyspalvelujen tarvekertoimet, jotka kertovat alueen asukkaiden palvelutarpeen suhteessa maan keskimääräiseen tasoon. Tarvekertoimia voidaan käyttää maakun- tien tarveperusteiseen rahoituksen laskentaan, mikä auttaa turvaamaan kansalai- sille yhtäläiset mahdollisuudet palveluihin eri puolilla maata. Tarvekertoimet ovat laskettavissa myös muille väestön osajoukoille, esimerkiksi postinumeroalueittain. Tuloksia on mahdollista hyödyntää laajemminkin alueiden resurssien arvioinnissa ja palvelujärjestelmän kehitystyössä.

Raportissa tarkastellaan myös kansainvälisiä valtionosuuslaskennan ja tarveva- kioinnin käytäntöjä ja arvioidaan lähestymistavan rajoitteita kirjallisuuden perus- teella. Palvelunkäytön kustannusten yhteyttä sairastavuuteen, sosioekonomisiin tekijöihin ja palvelujen saatavuuteen tarkastellaan yksilötason regressiomalleilla, joista saatujen ennusteiden perusteella lasketaan alueen suhteellinen tarve. Aineis- tona käytetään useista lähteistä koottua rekisteriaineistoa, joka kattaa terveyden- huollon ja ikääntyneiden palvelujen osalta Suomessa vuoden 2017 aikana asuneen väestön kokonaisuudessaan. Sosiaalihuollon mallissa joudutaan avopalveluja kos- kevan kansallisen rekisteritiedon puutteesta käyttämään neljältä alueelta kerättyjä palvelunkäyttötietoja. Sosiaalihuollon aineisto kattaa yli miljoona henkilöä.

Alla olevassa taulukossa on esitetty sote -rahoituksen tarvevakiointi ja tarvekertoimet maakunnittain vuoden 2017 tietojen perusteella (5).

Taulukko 1. Sote-rahoituksen tarvevakiointi ja tarvekertoimet maakunnittain vuonna 2017.

	Terveyden- huolto	Vanhusten- huolto	Sosiaali- palvelut	Sote-palvelut yhteensä
Varsinais-Suomi	1,027	1,111	1,005	1,039
Satakunta	1,043	1,257	1,104	1,099
Kanta-Häme	1,053	1,107	1,000	1,051
Pirkanmaa	1,005	1,029	0,967	1,001
Päijät-Häme	1,071	1,131	1,052	1,078
Kymenlaakso	1,104	1,427	1,137	1,174
Etelä-Karjala	1,063	1,286	1,077	1,109
Etelä-Savo	1,162	1,474	1,262	1,245
Pohjois-Savo	1,103	1,235	1,216	1,155
Pohjois-Karjala	1,128	1,311	1,306	1,204
Keski-Suomi	1,022	1,071	1,064	1,041
Etelä-Pohjanmaa	1,078	1,262	1,080	1,114
Pohjanmaa	0,939	1,008	0,840	0,930
Keski-Pohjanmaa	1,040	1,103	1,062	1,057
Pohjois-Pohjanmaa	0,970	0,916	1,112	0,992
Kainuu	1,129	1,445	1,319	1,223
Lappi	1,066	1,220	1,302	1,150
Uusimaa yhteensä	0,898	0,652	0,802	0,829
Helsinki	0,901	0,735	0,837	0,854
Vantaa ja Kerava	0,904	0,510	0,811	0,807
Länsi-Uusimaa	0,865	0,563	0,735	0,777
Itä-Uusimaa	0,965	0,867	0,821	0,913
Keski-Uusimaa	0,927	0,672	0,819	0,853
Paino-osuus	0,579	0,194	0,228	1,000

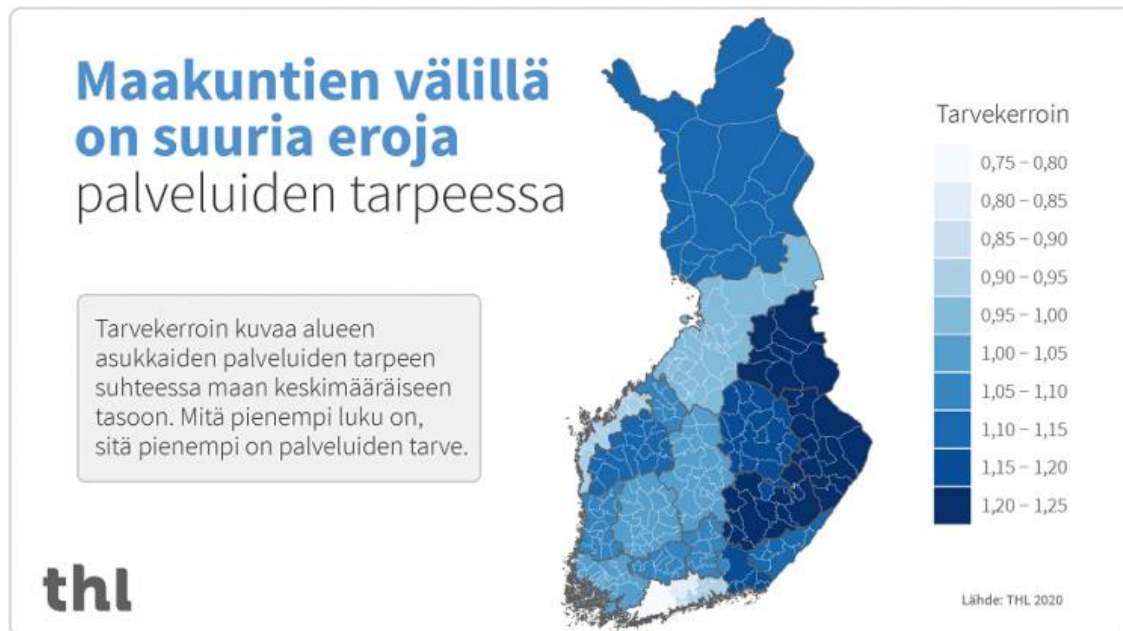
Hoitoilmoitusrekistereistä kerätyt ja sosiaalihuollon avopalvelujen osalta alueiden toimittamat käynti- ja hoitopäivätiedot muunnettiin kustannuksiksi käyttäen arvioita koko maan keskimääräisistä yksikkökustannuksista. Tutkimuksen osana laadittiin kliinisten asiantuntijoiden suositusten pohjalta noin viisikymmentä luokkaa sisältävä sairausluokitus. Sairausluokituksessa on hyödynnetty käytössä olevaa rekisteriaineistoa siten, että diagnoositieto olisi mahdollisimman kattavaa, mutta sisältää vain luotettavia kirjauksia.

Tutkimuksessa esitellyt mallit selittävät kustannuksia huomattavasti nykyisen kuntien valtionosuusjärjestelmän sairastavuuskertoimen perustana olevia malleja paremmin. Iän ja sukupuolen vaikutus kustannuksiin jää malleissa vähäiseksi, koska sairastavuudella kyetään selittämään huomattava osuus yksilötason kustannusvaihtelusta.

Alueiden välillä on sairastavuudessa merkittäviä eroja, jotka heijastuvat suuriksi eroiksi alueittaisessa palvelutarpeessa. Esiteltyjä tarvekertoimia suositellaan hyö-

dynnettäviksi tulevassa sosiaali- ja terveydenhuollon uudistuksessa maakuntien rahoituksen kriteereinä.

Valtakunnan eri alueilla palvelurakenne vaihtelee huomattavasti johtuen mm. väestörakenteesta, sairastavuudesta, ikä- ja sukupuolijakaumasta, maantieteellisistä tekijöistä, tietojärjestelmistä sekä palvelujen saatavuudesta ja saavutettavuudesta. Tarvekertoimilla ja niiden seurannalla on suuri merkitys sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisessä, koska niiden perusteella on mahdollista kohdentaa rahoitusta ja muita resursseja niihin alueisiin ja palveluihin, joissa palvelujen tarve väestöpohjaan suhteutettuna on suurinta.



Kuva 4. Maakuntien ja hyvinvointialueiden valtakunnallinen keskiarvo on 1,00 (100 %), tämän alle jäävillä alueilla palveluntarve on keskimääräistä pienempi ja yli menevillä alueilla keskimääräistä suurempi.

6.2 Palvelujen monikanavarahoitus ja kokonaiskustannukset

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos THL seuraa ja raportoi sosiaali- ja terveystalouden kokonaismenojen kehitystä (6). Sosiaali- ja terveydenhuoltoa rahoittavat monikanavarahoituksen kautta mm. valtio, kunnat, kotitaloudet, Kela, työnantajat, työntekijät, yksityiset vakuutusyhtiöt sekä kansalaiset asiakasmaksujen ja omavastuiden kautta. Julkisen rahoituksen osuus on noin 76 prosenttia. Vuonna 2019 sosiaaliturvan kokonaismenot olivat noin 72 miljardia euroa ja terveydenhuollon kokonaismenot noin 22 miljardia euroa.

Sosiaaliturvan menot yhteensä 72,1 miljardia euroa, josta	(%)
- eläketurvamenot	42,8
- sairauden hoito / terveyden edistäminen	22,5
- perheiden ja lasten hyvinvointi	9,8
- toimintarajoitteisuuden tuki	9,4
- työttömyysturva	5,4
- muut tuet ja kustannukset	10,1

Terveydenhuollon menot yhteensä 22,0 miljardia euroa, josta	(%)
- erikoissairaanhoido	36,4
- ikääntyvien ja vammaisten hoiva, kotihoito	18,2
- perusterveydenhuolto	15,5
- lääkkeet ja hoitotarvikkeet	12,3
- muut (päivystys, ensihoito, oheispalvelut)	17,6

Sosiaali- ja terveyspalvelujen kokonaisrahoituksesta on kerätty selvitysten (6) mukaan verotuksen kautta noin 71 %, asiakasmaksuina ja omavastuina 14 %, pakollisten ja vapaaehtoisten vakuutusten kautta 12 % sekä 3 % muilla tavoin.

Kotitalouksien osuus julkisen terveydenhuollon menoista on Suomessa hieman suurempi kuin EU-maissa keskimäärin. Suurin syy tähän ovat lääkkeiden ja suun terveydenhuollon korkeat omavastuut.

6.3 Kuntien järjestämisvastuulla olevan toiminnan rahoitus

Terveydenhuollon osuus kuntien järjestämisvastuulla olevasta toiminnasta on noin 64 %. Tästä osuudesta maksetaan mm. perusterveydenhuoltoa, erikoissairaanhoidtoa, suun terveydenhuoltoa, työterveyshuoltoa, opiskelijaterveydenhuoltoa, yksityistä terveydenhuoltoa, kuntoutusta ja lääkkeitä.

Sosiaalihuollon osuus rahoituksesta on noin 25 %. Tästä osuudesta maksetaan mm. vammaispalveluja, lastensuojelua ja muita perhepalveluja, työttömyyskuluja, muuta sosiaaliturvaa sekä hallintoa.

Vanhustenhuollon osuus rahoituksesta on noin 11 %. Tästä osuudesta maksetaan kunnallista laitoshoidtoa, asumispalveluja, kotipalveluja, päivätoimintaa, lääkkeitä ja omaishoidtoa, sekä yksityistä laitoshoidtoa, asumispalveluja, kotipalveluja ja lääkkeitä, sekä kuntoutusta ja eläkkeensaajan hoitotukea.

Viitteet

1. Aro T. Uusien hyvinvointialueiden alueanalyysi – hyvinvointialueet jakaantuvat alueellisten erojen, alueprofiilin ja väestöpohjan perusteella neljään ryppääseen. Tiedote, Konsultti-toimisto MDI, 2020.
2. Lankila T, Kotavaara O, Antikainen H, Hakkarainen T, Rusanen J. Sosiaali- ja terveyspalveluverkon kehityskuva 2025 – Paikkatieto- ja saavutettavuusperusteinen tarkastelu. Oulun yliopisto, Maantieteen tutkimusyksikkö, Sitra 2016.
3. Perusterveydenhuollon ja sosiaalipalvelujen järjestäminen 2021. Kuntaliitto 2021.

4. Kuntien sosiaali- ja terveydenhuollon nettokustannukset 2019. Tilastokeskus / Kuntaliitto 2020.
5. Häkkinen U ym. Sote-rahoituksen tarvevakiointi. Verkkojulkaisu. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos (THL), Raportti 6/2020.
6. Seppälä T, Pekurinen M. Sosiaali- ja terveydenhuollon keskeiset rahavirrat. THL:n raportteja 2014. (Päivitetty: 19.1.2021).

7 Paljon palveluja käyttävät sote-asiakkaat

Väestön palvelutarpeet vaihtelevat tunnetusti yksilöllisesti ja alueittain. Sosiaali- ja terveyspalvelujen käytön määrät riippuvat useista tarve- ja olosuhdetekijöistä, joita on mahdollista arvioida yksilökohtaisen palvelutarpeen ohella myös väestöryhmien ja alueellisten tarvekertoimien avulla. Tarvekertoimilla on huomattavan suuri merkitys valtakunnallisten resurssien ohjaamisen tukena, koska eri alueilla palvelutarve vaihtelee huomattavasti johtuen ympäristötekijöistä sekä väestörakenteen ja sairastavuuden eroista.

Tulevassa sote-uudistuksessa palvelutarpeen arviointi ja eri maakuntiin / hyvinvointialueille kohdennettavien resurssien ohjaus ovat tärkeässä asemassa, jotta palvelujen saatavuus ja saavutettavuus toteutuisi yksilöiden ja alueiden kannalta tasavertaisena ja oikeudenmukaisena.

Yksilötasolla sosiaali- ja terveyspalveluiden suurkäyttäjiä on tutkittu Suomessa jo pitkään 1960-luvulta alkaen. Palvelujen suurkäyttäjät ovat tulleet esille yhteiskunta- ja terveystaloudellisesti haasteena, koska osa väestöstä hakeutuu eri syistä palvelujen piiriin toistuvasti ja keskimääräistä useammin. Taustalla on tavalla tai toisella lisääntynyt palvelutarve, toisaalta huoli palvelujärjestelmän toimivuudesta, mikäli käynnit toistuvat tiheästi palvelutapahtumista tai niiden yrityksistä huolimatta.

7.1 Paljon palveluja käyttävät asiakkaat ilmiönä ja haasteena

Suurkäytön määrittelystä riippuu, kuinka paljon suurkäyttöä todetaan ja minkä tekijöiden havaitaan olevan siihen yhteydessä. Eri tutkimusten mukaan noin 10–15 % sosiaali- ja terveydenhuollon asiakkaista käyttää paljon ja usein eri palveluja. Heidän käyttämiensä sote-palvelujen kulut ovat arviolta noin 80 prosenttia kokonaiskustannuksista. Selvitysten mukaan runsaasti eri palveluja tarvitsevat etenkin ikääntyneet, diabetesta, sydän- ja verisuonitauteja sairastavat, pitkäaikaissairaat sekä päihde- tai mielenterveysongelmia potevat asiakkaat.

Toisessa ääripäässä pieni joukko kansalaisia käyttää siis palveluja runsaasti, toisessa ääripäässä palveluja ei ole saatavana tai niitä ei käytetä, vaikka olisi tarvetta. Yhteiskuntarakenteen muutokset ovat saattaneet myös aiheuttaa väestönsien syrjäytymistä. Kansallisiin, kielellisiin tai kulttuurisiin vähemmistöihin kuuluvat ovat saattaneet jäädä tai jättäytyä pois palvelujen piiristä.

Palvelujen suurkäyttö on hieman yleisempää naisilla ja ikääntyneillä asiakkailla kuin miehillä ja nuorilla. Väestötutkimuksissa on todettu naisilla pitempi eliniänodote kuin miehillä. Yksiselitteistä selitystä ei tiettävästi ole siitä, onko tämä terveyspalvelujen runsaamman käytön syytä tai seurausta.

Toimipisteen lähellä, esimerkiksi keskussairaalapaikkakunnalla asuvilla on todettu jonkin verran suurempaa palvelujen käyttöä kuin kaukana taajamista asuvilla. Toisin myös taajamiin usein muutetaan terveydentilan heikentyessä palvelujen saavutettavuuden varmistamiseksi.

Paljon palveluita tarvitsevien tunnistaminen -hankkeessa **(1)** THL on selvittänyt, keitä paljon palveluja tarvitsevat asiakkaat ovat ja miten heidät palvelujärjestelmässä tunnistetaan ja tavoitetaan. Hankkeen tuloksia hyödynnetään soteuudistukseen liittyvässä Tulevaisuuden sosiaali- ja terveyskeskus -ohjelmassa.

Yksilöidystä sosiaali- ja terveyspalvelujen tarpeesta on tehty Oulun seudulla tutkimustyötä **(2)**, jonka perusteella on tunnistettu erityisiä asiakasprofileja perusterveydenhuollon, päivystyksen, erikoissairaanhoidon ja sosiaalipalvelujen osalta. Näissä ko. asiakkailla fyysiset, psyykkiset ja sosiaaliset palvelutarpeet kietoutuivat toisiinsa. Sote-palvelujen käyttö oli vahvasti yksilöity asiakkaiden oman elämäntilanteen mukaan. Tutkimus nosti esille myös tietoperustaisen johtamisen tarpeen sosiaali- ja terveyspalvelujen yhteen kokoamisessa.

Toimiva terveyskeskus -toimenpideohjelman yhteydessä on kehitetty pitkäaikais-sairauksien hoidon ja ehkäisyn toteuttamista terveyshyötymallin avulla **(3)**, joka on muokattu suomalaiseen palvelujärjestelmään sopivaksi alun perin amerikkalaisesta Chronic Care Model (CCM) -toiminnasta.

Vaikka sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut ovat siirtymässä integraation kautta yhä enemmän yhteisiin organisaatioihin, tämä ei vielä suoranaisesti mahdollista tietojen yhteiskäyttöä. Sosiaali- ja terveystietojen toissijaisesta käytöstä on säädetty erillinen laki (ns. toisiolaki 552/2019), jonka tavoitteena on mahdollistaa sosiaali- ja terveydenhuollon toiminnassa sekä sosiaali- ja terveysalan ohjaus-, valvonta-, tutkimus- ja tilastotarkoituksessa tallennettujen henkilötietojen tehokas ja tietoturvallinen käsittely. Toisiolain käyttöönotossa on ollut alkuvaiheen vaikeuksia, jotka ovat toivottavasti korjattavissa.

Perusterveydenhuollossa suurta palvelujen tarvetta ennakoivia tekijöitä ovat erityisesti pitkäaikaissairaudet ja niiden lukumäärä, matala koulutustausta, asiakkaan sosiaaliset olosuhteet ja elintavat sekä asiakkaan omakohtainen kokemus omasta terveydentilastaan **(4)**. Terveyspalvelujen käyttöä on selitetty sairauksien ja oireiden lisäksi potilaan yksilöllisillä ominaisuuksilla, kuten iällä, sukupuolella, elintavoilla, tiedoilla, uskomuksilla, työtilanteella, sosiaalisella tuella, hoitoaikojen saatavuudella, potilasmaksuilla ja hoitopaikan etäisyydellä **(5)**.

Terveysasemilla usein toistuvat vastaanottokäynnit ja hoitopuhelut voivat usein liittyä myös pitkäaikaissairauksien vaatimiin seurantakäynteihin tai laboratoriokontrolleihin. Esimerkiksi rytmihäiriöpotilailla antikoagulanttihoitoon säännöllisiä kontrollitutkimuksia on pidetty hoidon onnistumisena eikä niinkään vähentämistä vaativana palvelujen suurkäyttönä.

Joissakin tilanteissa toistuvat puhelin- tai videoyhteydet ja hoivakäynnit voivat myös perusteltuja, mikäli ne tukevat ja ylläpitävät asiakkaan omatoimista selviytymistä. Avohoidosta saatu tuki on asiakkaan ja palvelujärjestelmän kannalta usein

parempi vaihtoehto kuin laitoshoitoon siirtyminen. Erityisesti vanhuspalveluissa tulisi käyttää asiakkaan kokonaistilanteen yksilökohtaista arviointia ja seuranta, jossa nopeille patenttiratkaisuille ei ole yleensä käyttöä.

7.2 Kustannusten kasvu voi johtua myös järjestelmän häiriöistä

Käyntimäärien ja kustannusten nousu ei välttämättä johdu pelkästään väestön ikääntymisestä, vaan niitä voi kasvattaa myös palvelurakenteista johtuva häiriökysyntä (failure demand) **(6)**. Kansalaisen kokemana häiriökysyntä voi ilmetä väärenä tai puutteellisena hoitona, uusintakäynteinä ja pitkinä jonotus- tai odotusaikoina. Terveystenhuollon ammattihenkilöille häiriökysyntä lisää työkuormitusta ja ns. keskeneräisiä asiakastapahtumia, joille joudutaan varaamaan uusia käyntejä tai kontroleja. Asiakas voi kokea olevansa väärässä paikassa väärään aikaan, vaikka häiriökysynnän perimmäinen aiheuttaja voi olla palvelurakenteeseen liittyvä toiminnan puutteellisuus tai häiriö.

Ongelmaksi häiriökysyntä voi muodostua, jos päähuomio siirtyy asiakkaan palvelutarpeesta palvelujärjestelmän ongelmiin. Tilanteen pitkittyminen voi johtaa huonoon asiakaskokemukseen ja toimintakustannusten nousuun. Valitettavan usein tällainen tilanne kehittyy huomaamatta uusien tietojärjestelmien käyttöönoton jälkeen, jolloin ohjelmistoa vielä kehitetään ja samalla testataan.

Viitteet

1. Koivisto J, Tiirinki H (toim). Monialaisen palvelutarpeen tunnistaminen sosiaali-, terveys- ja työvoimapalveluissa. Valtioneuvoston selvitys- ja tutkimustoiminnan julkaisusarja 38:2020.
2. Ylitalo-Katajisto K. Paljon palveluja tarvitsevien asiakkaiden yksilöity sosiaali- ja terveyspalvelujen yhteen kokoaminen. Väitöskirja, Oulun yliopisto. Acta Univ Oul D 1540, 2019.
3. Muurinen S, Mäntyranta T. Asiakasvastaava-toiminta pitkäaikaissairauksien terveyshyöty-mallissa. STM, työryhmäraportti 2010.
4. Kaattari A ym. Perusterveydenhuollon palveluiden suurkäyttäjät Pohjois-Suomen syntymäkohorttiaineistossa. Sosiaalilääket Aikakausi 52;191–201, 2015.
5. Nyman J ym. Terveysasemien avosairaanhoidon suurkäyttäjät. Sosiaalilääket Aikakausi 52;4–19, 2015.
6. Hyytiälä H, Kekomäki M. Kustannusten kasvu johtuu järjestelmän häiriöistä. Suom Lääkäril 2664–2665/46, 2017.

8 Déjà-vu – oliko tämä tapahtunut jo aiemmin?

Déjà-vu eli entiselämys tarkoittaa hämmentävää ja vahvaa tuttuuden tunnetta josakin tilanteessa. Henkilö tuntee varmasti kokeneensa nykyisen tilanteen jo aieminkin. Tämä voi tuntua mahdottomalta, vai onko niin sittenkään?

Käsitteen déjà-vu määrittelivät ja ottivat tieteelliseen käyttöön ranskalaiset Boirac ja Arnaud 1800-luvun lopulla. Ihmisistä 60–70 prosenttia kertoo nykyisinkin kokeneensa déjà-vu-ilmiön ainakin kerran. Kuntataloudessa näin voi käydä useaminkin, esimerkiksi sosiaali- ja terveydenhuollon vuosittaisessa raamineuvottelussa.

Kuntayhtymän raamineuvottelu

Paikalle kokoontuu eräs syksyn tärkeimmistä sote-kuntayhtymän kokouksista, jossa yhtymävaltuusto ja -hallitus, alueen kuntien edustajat ja johtavat viranhaltijat kokoontuvat tarkastelemaan kuluneen vuoden taloudellista ja toiminnallista kehitystä, sekä päättämään seuraavan vuoden talousarvioraamista.

Kuntien kanssa käydyin neuvottelukierroksen tulos oli, että ei-lakisääteisiä tai muutoin tarpeettomia toimintoja ja rahanmenoa tuli ehdottomasti vähentää. Säästötoimet tulisi kuitenkin toteuttaa muissa kunnissa, koska kulloinkin neuvotteluun osallistuvassa kunnassa toiminnan leikkauksiin ei ollut mahdollisuutta.

Kuntien edustajat olivat saavutettuun talouden tasapainoon tyytyväisiä seuraavaan syksyyn saakka, jolloin paljon puhuttiin, mikä nyt nostaa sovittuja kustannuksia. Ostopalveluja oli muutettu omaksi toiminnaksi, mutta todettu että tämäkin aiheuttaa kustannuksia. Vaikka eräitä toimintoja oli kilpailutettu ja ulkoistettu, tällä ei ollut kokonaiskustannuksiin merkittäviä vaikutuksia.

Tilanteen toistuttua samankaltaisena vuosittain heräsi kysymys, vaivasiko kuntayhtymän taloutta alijäämä vai alibudjetointi tai ehkä molemmat.

8.1 Vuosikello ohjaa toimintoja

Sote-organisaatioiden toiminnan suunnittelussa, toteutuksessa, seurannassa ja toimielinten päätöksenteossa käytetään yleensä vuosittain vahvistettua aikataulua eli ns. vuosikelloa. Toiminnan ja talouden ohjaukselle on näin laadittu etukäteen suunnitelma, joka auttaa organisaation toimielimiä, yksiköitä ja työntekijöitä tekemään ajallaan tarvittavat työt, päätökset ja hallinnolliset toimenpiteet.

Vuosikellon täysimääräinen hyödyntäminen edellyttää kaikilta osallisilta intoa ja halukkuutta toiminnan jatkuvaan kehittämiseen, koska vuosikello sellaisenaan ohjaa vain aikatauluja, mutta ei toiminnan sisältöä.

Tulevan toimikauden suunnittelussa saattaa tulla houkutus tehostaa toimintaa määrärahoja, henkilöstöä tai muita resursseja lisäämällä. Koska talouden resurssit ovat rajalliset, resurssien lisäys ei sellaisenaan ole useinkaan toiminnan tehostamista vaan sen painopisteen muuttamista. Ellei muutokseen liity kustannus/hyöty-suhteen tai kustannus/vaikuttavuus -suhteen kautta toiminnan tehostumista, nol-lasumma-laskelmassa resurssien lisäys jonnekin vähentää sitä toisaalla.

Toimintaformaatin muutoksissa on joskus saavutettavissa huomattavan suuria toiminnan tehokkuuden ja/tai tuottavuuden lisäyksiä, esim. sähköisen asioinnin käyttöönottolla, jos järjestelmät ovat toimivia. Tällöin yhden euron rahoituspanok-sella on mahdollisuus saada parhaimmillaan usean euron säästö aikaisempaan verrattuna, edellyttäen että palvelun lopputulos pysyy hyväksyttävänä. Toiminnan jatkuva tehostaminen ei ole kuitenkaan automaattisesti toteutuva jatkumo, kun realiteetit tulevat vastaan. Samaan aikaan on vaikea parantaa palvelua ja säästää kustannuksissa ilman, että joku taho on tyytymätön. Vertauskuvallisesti ilmaistuna – on vaikea samalla syödä kakkua ja säästää se.

Vuosikellon käyttö edellyttää käyttäjiltään ahkeruutta ja uuden innovointia, koska toiminnan suunnittelu on heikoimmillaan silloin, jos uuden toimikauden tai ta-lousarvion tärkein muutos on vuosiluvun muuttaminen sisällön pysyessä muutoin ennallaan. Jos toimintasuunnitelman toteutumista halutaan seurata usein toistuvil-la väliraporteilla esim. vuosineljänneksittäin, lisääntyy houkutus saman raportin toistuvaan käyttöön. Tällöin raportoinnista ei ole saatavissa toivottua lisäinfor-maatiota, vaan ainoastaan näennäistietoa.

Suurissa toiminnan linjauksissa, kuten rakennusinvestoinneissa, tarvitaan myös pitkän tähtäimen suunnitelmia, joissa muutosten kokonaisvaikutus on arvioitavis-sa tulevien 10–30 vuoden kuluessa.

8.2 Mihin sote-rahoituksen muutos voi vaikuttaa?

Vuonna 2021 hyväksytyllä sote-uudistuksella on huomattavia vaikutuksia valtion, kuntien ja kuntayhtymien sekä tulevien hyvinvointialueiden välisiin toimivaltasuh-teisiin. Oletettavasti vuoteen 2022 saakka sote-kuntayhtymät ja sairaanhoitopiirit tuottavat kuntien näkökulmasta katsottuna kuntalaisille palveluja riittävästi, mutta harmillisen suurilla kustannuksilla.

Kun vuoden 2023 alkaessa juhlat on pidetty ja raketit ammuttu, näkökulmat voivat muuttua. Valtion siirtyessä toiminnan rahoittajaksi sote-palveluja todennäköisesti kaivataan lisää, eikä rahoituksesta olisi suurempaa huolta, kunhan se on valtion eikä kuntien huolena.

Sote-uudistuksen jälkeenkin kunnille on jäämässä merkittäviä tehtäviä, kuten kun-talaisten terveyden ja hyvinvoinnin edistäminen, ympäristöterveys, koulutuspalve-lut, liikenne ja kunnan yleisen infrastruktuuri.

Vaikka rahoituspohja muuttuu, uudistuksessa pyritään kustannusneutraaliin muu-tokseen ja kokonaisveroasteen pysymiseen ennallaan. Kuntalaisten näkökuomasta

sote-palvelut jäänevät kunnissa pääosin samoihin toimipisteisiin kuin aiemmin, vaikka toiminnan sisältö voi muuttua. Yleisen hyvinvoinnin kannalta olisi toivottavaa, että sote-palvelujen ja kunnan välistä suhdetta ei koettaisi vastakkaisasetteluna vaan yhteistyömahdollisuutena. Jos organisaatioiden välille muodostuu tarpeettomia rajapintoja, ne voivat heikentää toiminnan tehokkuutta, turvallisuutta ja laatua.

8.3 Mitä raamineuvottelun tilalle

Kuntayhtymän raamineuvotteluja voi olla monenlaisia, koska kuntayhtymän talousraami riippuu sen toimialan laajuudesta ja hallintokäytännöistä. Maakunnissa toimivat kuntayhtymät voi jakaa karkeasti muutamaan ryhmään, joissa talousarvioperusteet ovat määräytyneet osittain eri tavoin. Niidenkin toiminta muuttuu sote-uudistuksessa.

1. Yliopistollista sairaalaa ylläpitävät sairaanhoitopiirin kuntayhtymät (5) ovat perustehtäviltään erikoissairaanhoidon kuntayhtymiä, jotka huolehtivat sekä oman erityisvastuualueensa vaativasta erikoissairaanhoidosta että oman alueensa muusta erikoissairaanhoidosta. Perusterveydenhuolto ja sosiaalipalvelut ovat olleet pääsääntöisesti alueen kuntien vastuulla.
2. Perinteiset sairaanhoitopiirin kuntayhtymät (8) vastaavat alueensa erikoissairaanhoidosta ja mahdollisesti kehitysvammaisten erityishuollosta. Perusterveydenhuolto ja sosiaalipalvelut ovat pääsääntöisesti alueen kuntien rahoitusvastuulla.
3. Maakunnallisissa integroiduissa kuntayhtymissä (7) palvelut on koottu yhteiseen organisaatioon, joka vastaa alueen kuntien vastuulla olevasta perusterveydenhuollosta, sosiaalipalveluista, erikoissairaanhoidosta, vanhuspalveluista ja osin ympäristöterveydenhuollosta, mahdollisesti pelastustoimesta sekä niiden rahoituksesta.
4. Maakuntien tai sairaanhoitopiirien alueilla toimii lisäksi perusterveydenhuollon kuntayhtymiä, jotka vastaavat alueen kuntien perusterveydenhuollosta ja/tai sosiaalipalveluista. Erikoissairaanhoidon on alueen keskussairaalan vastuulla.

Tavanomaisessa erikoissairaanhoidon kuntayhtymässä (vaihtoehto 2) talouden tasapainotus voi olla suhteellisesti helpompaa, jos hinnastoon perustuvan kuntalaskutuksen avulla voidaan periä jäsenkunnilta vuosittain toiminnasta aiheutuvat kustannukset.

Integroidussa kuntayhtymässä (vaihtoehto 3) talouden tasapainotus voi olla haasteellinen, jos alueen kunnilla on oikeus määritellä palvelutaso, mutta ei siihen liittyviä velvoitteita. Jos sote-rahoitus määritellään talousarvion raamineuvottelussa ilmoitusmenettelyllä ilman palveluhinnastoon, käyttömääriin ja kustannustietoihin liittyviä laskelmia, päädytään kuntayhtymän toiminnoista todennäköisesti enemmän tai myöhemmin väärinymmärryksiin tai talouskriisiin tai molempiin.

Eräissä kuntayhtymissä on luovuttu hoitotapahtumiin perustuvasta kuntalaskutuksesta, koska sen on katsottu olevan lisäarvoa tuottamaton toiminta. Tällöin samalla on voitu siirtyä talousarviosuunnittelussa menopohjaisesta rahoituksesta tulopohjaiseen rahoitukseen, jossa kuntien kanssa sovitaan vuosittain käytettävissä olevasta rahoitusraamasta. Kun samaan aikaan kunnista on poistunut sote-palveluja tunteva henkilöstö, riskinä voi olla päätöksenteossa yhteisen ymmärryksen kaikkoonminen. Poliittinen päätöksentekokin voi vaikeutua, kun sen on sanottu parhaimmillaan olevan kompromissien taidetta.

9 Integraation monet näkökulmat

Sosiaali- ja terveydenhuollon uudistuksen yhtenä keskeisenä tavoitteena on toimintojen integraatio. Yleisellä tasolla integraatio tarkoittaa kokonaisuuden muodostamista pienemmistä osista, kuten esimerkiksi kuntakohtaisten palvelujen koaamista suuremmiksi kokonaisuuksiksi. Yleensä sote-integraatiossa on pyritty yhdistämään perusterveydenhuollon, erikoissairaanhoidon ja sosiaalipalvelujen toimintoja eri yhdistelmin.

Sote-uudistuksen tavoitteista huolimatta on mahdollista, että palvelujen uudelleen järjestelyt voidaan kokea joiltakin osin myös integraatiokehitykselle vastakkaisina eli toimintojen hajaantumisenä koettuna disintegraationa. Tämä lienee yleistä varsinkin muutoksen siirtymävaiheessa, jolloin aikaisempaa tuttua toimintamallia vielä muistellaan, ja uutta ennestään tuntematonta mallia vasta otetaan käyttöön.

9.1 Horisontaalinen ja vertikaalinen integraatio täydentävät toisiaan

Integraatio käsitteenä ei ole sote-uudistuksessa yksiselitteinen. Horisontaalinen integraatio tarkoittaa rinnakkaisten perustason palvelujen liittämistä yhteen. Vertikaalinen integraatio taas tarkoittaa perustason ja erityistason palveluiden yhteen liittämistä. Näitä muutoksia on tehty Suomessa jo pitkään, joten asian ei pitäisi tulla sote-uudistuksessa suurena yllätyksenä.

Horisontaalista integraatiota on tehty kuntatasolla siirtämällä sosiaalihuollon ja terveydenhuollon palvelut saman organisaation vastuulle. Vertikaalista integraatiota on tehty erityisesti julkisessa terveydenhuollossa rakentamalla perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhteisiä hoitopolkuja, tiloja ja organisaatioita.

Integraatiota voidaan toteuttaa joko rakenteellisena integraationa tai toiminnallisena integraationa **(1)**. Rakenteellisessa integraatiossa eri palvelut tuotetaan pääosin saman tuottajan toimesta ja palveluja täydennetään ostopalveluilla.

Toiminnallisella integraatiolla tarkoitetaan eri toimittajien palvelujen sitomista yhdeksi kokonaisuudeksi. Tällaista mallia arvioitiin Sipilän hallituksen esittämässä uudistuksessa, joka sittemmin kaatui 2019. Malli olisi edellyttänyt asiakaskohtaisten suunnitelmien laatimista, ylläpitoa ja käyttöoikeutta palveluntuottajille, mikä olisi ollut työlästä ja aiheuttanut tätä kautta lisäkustannuksia.

Valinnanvapauttakin voi olla monenlaista, asiakas voi valita palveluntuottajan tai palveluntuottaja asiakkaan tai asiakas voi valita vaihtelevin tuloksin palvelun, jota kokee tarvitsevänsä.

9.2 Palveluintegraatio

Palveluintegraation avulla asiakkaalle pyritään järjestämään hänen tarvitsemansa palvelut oikea-aikaisesti ja saumattomasti. Palvelujen yhteensovittamisesta hyötyvät erityisesti paljon palveluja käyttävät asiakkaat **(2)**. Palveluintegraatiossa tulisi käyttää kaikkia yhteys- ja toimintamuotoja, jotka yhdessä toimivat asiakkaan tai potilaan ja palveluorganisaation välillä edistään palvelujen järjestämistä ja saatavuutta. Potilaan tai asiakkaan aktiivinen osallistuminen palveluketjun toimintaan on vielä osittain hyödyntämätön voimavara, jota olisi mahdollista lisätä hyväksymällä mm. omahoito, alan järjestöjen tuki ja omaishoito palvelukokonaisuuksien osaksi.

Sote-uudistuksessa palvelukokonaisuus tarkoittaa tietyn asiakasryhmän, esimerkiksi lapsiperheiden tai vanhusväestön palvelukokonaisuutta, jossa sovitetaan yhteen perus- ja erityistason palveluja sekä julkisia ja yksityisiä palveluja. Myös yhdyspinnat paikallisiin palveluihin otetaan huomioon.

Palveluketju tarkoittaa tietyn asiakasryhmän, esimerkiksi kaihileikkauspotilaan hoitoketjua, jossa hoito- tai palvelupolku on järjestetty ja sovittu perus- ja erityistason julkisten ja yksityisten palvelujen välillä.

Palvelujen digitalisaation ja sähköisen asioinnin käyttömahdollisuus tulisi kytkeä kiinteästi mukaan palvelukokonaisuuksiin ja huolehtia samalla kansalaisista, joilla ei ole mahdollisuutta tai valmiutta sähköiseen asiointiin. Asiaa on selvitetty aiemmin valtakunnallisessa sähköisen asioinnin ja demokratian (SADe) ohjelmassa.

Palvelujen saatavuuden ja kustannusten näkökulmasta avainasemassa ovat paljon palveluja käyttävät asiakkaat, joilla tarkoitetaan kulloinkin vallitsevina aikoina sitä 10–15 % väestönosaa, joka elämäntilanteestaan johtuen käyttää noin 80 % resursseista. Tulevan palvelujärjestelmän toimivuus tullaan siis todennäköisesti punnitsemaan sillä, miten näiden kansalaisten palvelukokonaisuudet ja hoitopolut toimivat.

Palvelukokonaisuudessa asiakas hyödyntää eri palveluja yhtäaikaisesti. Asiakas voi esimerkiksi tarvita paitsi lastensuojelun palveluja myös talous- ja velkaneuvontaa sekä psykiatrista avohoitoa. Eri toimijat tietävät oman vastuunsa palvelukokonaisuudessa ja tunnistavat muiden toimijoiden vaikutukset omaan toimintaansa. Palveluketjussa kyse on asiakkaan siirtymisestä vastuullisella ja yhdessä sovitulla tavalla palvelusta toiseen siten, että palvelut toteutuvat johdonmukaisena ja tavoitteellisena polkuna. Asiakas voi esimerkiksi siirtyä peruspalveluista erikoissairaanhoidon, josta kotiutus taas tehdään asiakkaan kotiin peruspalvelujen piiriin kotoa kotiin -periaatteella.

Palveluintegraatio edellyttää yleensä useiden osatekijöiden yhteensovittamista, kuten toimivaa järjestämisen ja rahoituksen integraatiota, yhteensopivia tietojärjestelmiä, toimintaan sitoutumista ja tulosten seurantaan. STM ja THL ovat perustaneet palvelukokonaisuuksien ja -ketjujen kehittämisverkoston. Sen tehtävänä on kehittää toimintamalleja ja työkaluja palvelukokonaisuuksien ja -ketjujen määrittelyyn, ohjaamiseen ja seurantaan.

Sote-integraatiolla voi olla useita rinnakkaisia tavoitteita, joiden avulla pyritään muodostamaan aikaisempaa paremmin hallittavia toiminnallisia kokonaisuuksia. Sote-uudistuksesta toivotaan kustannussäästöjä tai ainakin tulevan kustannuskehityksen alenemista. Vaikutukset palvelujen saatavuuteen, kokonaisvaikuttavuuteen, kustannustehokkuuteen ja kokonaislaatuun tulevat todennäköisesti nähtäväksi vasta useita vuosia sote-uudistuksen jälkeen. Kainuun hallintokokeilusta (2005–2012) saatujen kokemusten perusteella laajaan organisaatiouudistukseen voi liittyä useita vuosia kestävä negatiivisen tuottavuuden kausi, jonka aikana päällekkäisiä, epätarkoituksenmukaisia ja lisäarvoa tuottamattomia prosesseja korjataan ja uudistetaan. Vasta tämän toiminnallisen hukkan poistamisen (lean management) jälkeen maakunnan on mahdollista päästä sille asetettuihin tuottavuus-, laatu- ja vaikuttavuustavoitteisiin.

Vuonna 2021 päätetyssä sote-uudistuksessa hyvinvointialueilla tarvitaan paljon organisatorisia muutoksia ennen käytännön palvelutoiminnan aloitusta. Näiden jälkeen asiakaspalvelun aloittaminen edellyttää lisäksi suurta määrää osapuolten välisiä sopimuksia, henkilöstösiirtoja ja toimintamuotojen uudistamista, joiden edellyttämä työ määrä ja vaativuus olisi huomioitava aikatauluissa ja resursseissa.

9.3 Taloudellinen integraatio

Taloudellinen integraatio muuttuu sote-uudistuksessa oleellisesti, kun nykyinen kuntapohjainen rahoitus siirtyy valtion rahoituksen piiriin. Rahoituksen kriteerit on tarkoitus arvioida ja päivittää säännöllisesti aikaisempaa monipuolisempien tarvekertoimien avulla. Rahoituksen suora ohjaus hyvinvointialueille on tarkoitus toteuttaa tutkimustietoon perustuvan laskennallisen tarpeen mukaisesti.

Sote-palvelujen integroinnin yhteydessä on paikoin siirrytty kustannusten raami- budjetointiin sen sijaan, että olisi noudatettu kustannuskehityksen seurantatietoja. Menopohjaisesta talousarviosuunnittelusta siirryttiin Kainuussa vuonna 2005 tulopohjaiseen suunnitteluun. Näin voitiin vähentää lisäarvoa tuottamatonta toimintaa kuten erikoissairaanhoidon kuntalaskutusta ja muita transaktiokustannuksia, toisaalta samalla kuntien kustannusvastuu on vähentynyt.

9.4 Tietojärjestelmien ja tiedon integraatio

Sote-uudistuksessa digitalisaation avulla tehtävillä palveluprosessien muutoksilla tavoitellaan merkittäviä kustannussäästöjä ja toimintojen tehostumista. Toisaalta digitalisaation hyödyt eivät ole sidottuja sote-uudistukseen, koska ne ovat joka tapauksessa pääosin käytettävissä jo nykyisissä ja tulevista organisaatorakenteissa riippumatta sote-uudistuksen jatkokehityksestä.

Kuntaliiton 2017 laatiman edellisen sote-uudistusesityksen vaikutusarvion mukaan uudistuksen aikataulu oli liian kireä tietojärjestelmien saattamiseksi riittäväan valmiuteen vuoteen 2019 mennessä. Vaikka soten tietojärjestelmiä on jatku-

vasti päivitetty ja monilla alueilla uusittu suurempina kokonaisuuksina, työ on edelleen jatkuvassa muutoksessa.

Mikäli potilas- ja asiakastietojärjestelmät kehittyisivät samassa aikataulussa sote-uudistuksen kanssa, tiedon saatavuutta ja käytettävyyttä parantamalla olisi mahdollista lisätä toiminnan integraatiota ja tehokkuutta. Potilas- ja asiakastietojärjestelmiä on laajennettu viime vuosina maakunnallisiin ja osittain erityisvastuualueiden tarpeisiin. Laajempaa järjestelmien yhtenäistämistä on tavoiteltu mm. UNA- ja Apotti-hankkeissa, jotka edelleen jatkuvat.

Tuleva sote-uudistus ohjaa tietojärjestelmäratkaisuja kuntakohtaisista järjestelyistä koko maakunnan kattaviin perusterveydenhuollon ja sosiaalipalvelujen järjestelmiin. Useissa maakunnissa erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon palvelut on yhdistetty yhteen ja yhteiseen potilas- ja asiakastietojärjestelmään. Toimiva tiedon integraatio on mahdollistanut tietojen kertakirjaamisen, ja on useissa palveluissa edistänyt yhden luukun periaatteen toteutumisen.

9.5 Sote-uudistus ja hallinnon integraatiohaasteet

Kun sote-uudistus on 2021 edennyt sote-maakuntien ja hyvinvointialueiden määrittelyn kautta rakenteellisen integraation suuntaan, uudistuksen tulisi näkyä erityisesti aikaisempaa selkeämpinä organisaatorakenteina.

Suuria hallinnollisia haasteita liittyy sote-uudistuksessa edelleenkin Uudenmaan erillisratkaisuun sekä Itä-Savon ja Länsi-Pohjan sairaanhoitopiireihin, joissa toimintoja tullaan järjestelemään uudelleen poiketen valtakunnallisesta linjauksesta.

Uudenmaan erillisratkaisussa alueelle on tulossa neljä hyvinvointialuetta, joiden lisäksi palvelunjärjestäjänä jatkavat Helsingin kaupunki sosiaali- ja terveydenhuollon ja pelastustoimen osalta. Lisäksi Uudellamaalla erikoissairaanhoidon järjestämisestä vastaa jatkossa HUS-yhtymä.

Kun valtakunnan muissa maakunnissa tulee toimimaan vuodesta 2023 alkaen yksi yhteinen palvelujen järjestäjä, Uudenmaan alueella hyvinvointialueet, Helsingin kaupunki ja HUS-yhtymä järjestävät ja tuottavat palveluja erillisinä organisaatioina.

Sote-palvelujen ja pelastustoimen yhteistyöllä ja työnjaolla on mahdollista parantaa toiminnan laatua. Samalla tavoitellaan resurssien yhdistämistä, vaikka mahdollisuudet henkilöstön ja kaluston yhteiskäyttöön ovat rajalliset. Monilla alueilla on kehitetty moniviranomaisyhteistyötä, jonka kautta valmiussuunnitteluun on saatavissa huomattavaa lisähyötyä.

Ympäristöterveydenhuollon järjestämisvastuu siirtyy sote-uudistuksessa ensisijaisesti kuntien vastuulle. Yhteistyön jatkaminen hyvinvointialueen ja kuntien kesken on kuitenkin edelleen mahdollista niillä alueilla, joilla se on ollut ennestään toi-

minnassa. Tämä järjestely sopinee alueille, joilla ympäristöterveydenhuolto on jo järjestetty alueellisenä yhteistyönä.

9.6 Toimitilojen integraatio

Sote-palvelujen toimitilasuunnittelu ja -rakentaminen on noussut Suomessa uuteen kukoistukseen 2010 -luvulla suurelta osin sote- uudistuksen innoittamana ja vanhoihin rakennuksiin liittyvän korjausvelan takia. Toimitilakysymyksiin liittyviä useita trendejä, joihin toimijoilla liittyy kovin erilaisia tavoitteita ja odotuksia:

- Yleisellä tasolla laitostyyppistä palvelua pyritään siirtämään avopalveluksi, mikä muuttaa toimitilojen tarvetta
- Digitalisaatio lisää sähköistä asiointia ja etäpalveluja, jolloin kiinteiden toimitilojen tarve vähentyy
- Laitospalveluja on muutettu asumispalveluiksi, joiden kustannus- ja palvelurakennetta on mahdollista keventää ja suunnitella yksilöllisesti
- Markkinaehtoisesti toimivilla yhteisöillä on mielenkiintoa varata markkinaosuuksia palvelujen uudistamisen yhteydessä
- Osa kunnista on mukana kiinteistöbisneksessä, osa kunnista odottaa vanhentuneissa tiloissa välttämättä korjauskustannuksia ja osa investoi toimitiloihin turvatakseen väestölleen mahdollisimman hyvät palvelut
- Useilla sairaanhoitopiireillä on laajoja rakennushankkeita, joilla korvataan vanhentuneita ja toimintojen uudistamiseen soveltumattomia tiloja
- Useissa maakunnissa on jo rakennettu tai parhaillaan rakennetaan uusia, integroituun toimintamalliin soveltuvia toimitiloja

9.7 Työn sisältöjen integraatiomahdollisuudet ja -rajoitteet

Kun sote-uudistuksessa siirrytään kuntakohtaisesta palvelujen järjestämisestä ja tuottamisesta maakunnallisiin kokonaisuuksiin, palvelujen yhtenäistämisen on saavutettavissa merkittäviä toiminnallisia hyötyjä. Myös sote-palvelujen keskinäisestä integraatiosta perusterveydenhuollon, sosiaalipalvelujen ja erikoissairaanhoidon kesken on saatavissa toimintojen tehostumista yhteisen organisaation kautta.

Yksittäisen kunnan toimipisteessä tämä voi olla helpotus, kun maakunnallisen työnjaon toimiessa toimipisteen kaikkien työntekijöiden ei tarvitse osata kaikkea. Muutoksen taloudelliset ja toiminnalliset hyödyt tosin tulevat viipeellä vasta myöhemmin, koska toimintakulttuurin muutos vie aikansa.

Sote-uudistuksessa henkilöstö jatkaa työtä pääosin ns. vanhoina työntekijöinä säilyttäen työsuhteen aikaisemmat edut. Työjärjestelyihin ja työn sisältöihin voi kuitenkin tulla muutoksia työntekijän kanssa sovittavalla tavalla. Hyvinvointialueilla on mahdollista käyttää myös yksikkörajojen yli toimivia järjestelyjä silloin, kun niille on mahdollisuutta ja tarvetta.

Viitteet

1. Lasse Lehtonen. Sote-integraation lyhyt oppimäärä, blogikirjoitus 1.10.2017.
2. Juha Koivisto, Eeva Liukko, Hanna Tiirinki. Palveluintegraatio, THL tiedote 18.8.2020

10 Sosiaali- ja terveyspalvelujen yhteinen taival

Sosiaali- ja terveyspalvelujen tavoitteet ovat suurelta osin yhteiset; palvelujen tuottaminen kansalaisille, jotka usein rinnakkain esiintyvät sosiaalipalvelujen asiakkaina ja/tai terveyspalvelujen potilaina. Myös sosiaali- ja terveyspalvelujen kehittämistavoitteet ovat suuressa kuvassa yhteiset; asiakas- ja palveluohjauksen kehittäminen ja monialaisen osaamisen vahvistaminen. Vaikka ammattihenkilöiden koulutusvaatimukset, toimintakäytännöt ja roolit pysyvät erillisinä, toimintojen keskinäisellä integraatiolla sekä asiakas- ja palveluohjauksen kehittämisellä voidaan parantaa toimintojen laatua ja helpottaa kansalaisten asiointia eri palveluissa. Sosiaali- ja terveyspalvelujen yhteistyövelvoite on myös kirjattu toimintoja ohjaavaan lainsäädäntöön.

10.1 Lainsäädäntöön perustuva asiakkaiden palvelutarpeen selvittäminen ja yhteistyövelvoite

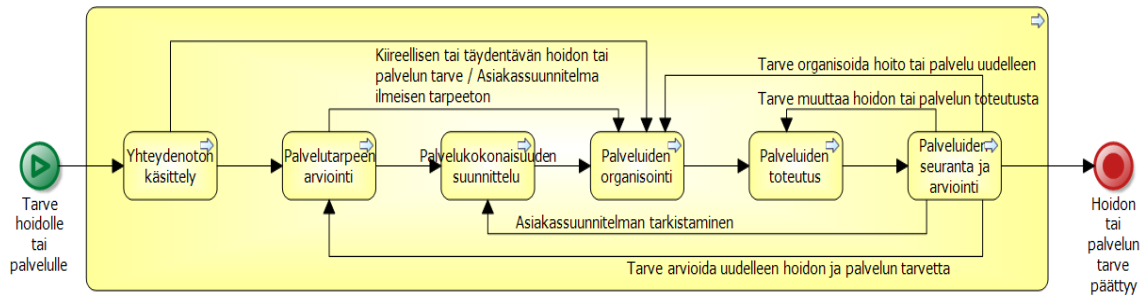
Sosiaalihuoltolain (1301/2014) 6 §:ssa yhteistyövelvoitteesta todetaan, että

Neuvontaa ja ohjausta järjestäessään sosiaalihuollon on tarvittaessa toimittava yhteistyössä terveydenhuoltolain (1326/2010) 13 §: ssä tarkoitettua terveysneuvontaa järjestävän perusterveydenhuollon sekä muiden toimialojen kanssa.

Terveydenhuoltolain (1326/2010) 8a §:ssa vuorostaan viitataan sosiaalihuoltolakiin (1303/2014) ja määritellään sosiaali- ja terveydenhuollon yhteiset palvelut: ”Sosiaali- ja terveydenhuollon yhteisissä palveluissa tai kun potilas muutoin tarvitsee sekä terveydenhuollon että sosiaalihuollon palveluja on sovellettava niitä terveydenhuollon ja sosiaalihuollon säännöksiä, jotka potilaan edun mukaisesti parhaiten turvaavat tuen tarpeita vastaavat palvelut ja lääketieteellisen tarpeen mukaisen hoidon.”

Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista (980/2012) eli vanhuspalvelulaki säättää iäkkään henkilön palvelutarpeiden selvittämisestä ja niihin vastaamisesta (15 §). Laissa todetaan, että palvelutarpeiden selvittäminen on aloitettava viipymättä ja saatettava loppuun ilman aiheetonta viivytystä.

Lainsäädännössä (565/2020) lain 15a § todetaan, että kunnan on käytettävä RAI-arviointivälineistöä iäkkään henkilön toimintakyvyn arvioinnissa, jos hän ammattihenkilön alustavan arvion mukaan tarvitsee säännöllisesti annettavia sosiaalipalveluja hoitonsa ja huolenpitonsa turvaamiseksi.



Kuva 6. Sosiaali- ja terveydenhuollon asiakkuuden yhteinen toimintamalli on esitetty THL:n 2019 kuvassa sosiaali- ja terveydenhuollon asiakas- ja potilastietojen kansallisessa kokonaisarkkitehtuurissa (versio 2.1) (1).

Valtioneuvoston asetuksen (1019/2004) mukaan hoidon tarpeen arviointi voidaan tehdä sellaisen terveydenhuollon ammattihenkilön toimesta, jolla on asianmukainen koulutus, kuten kokemusta sairaanhoitajana toimimisesta, yhteys hoitoa antavaan toimintayksikköön, sekä hänellä on käytettävissä potilasasiakirjat (2). Hoidon tarpeen arviointi voidaan järjestää puhelinneuvontana. Tällä perusteella Kainuun alueella luotiin jo vuonna 2004 keskitetty ympärivuorokautinen sairaanhoitajan puhelinneuvonta- ja ohjauspalvelu, joka on ollut kansalaisten, yhteistyötahojen ja matkailijoiden käytettävissä. Kokeneen sairaanhoitajan toimesta soittajalle on voitu antaa esim. ohjeita omahoitoon, ohjata hakeutumaan sosiaali- ja terveydenhuollon palveluihin virka-aikana, ohjata hakeutumaan päivystykseen tai ohjata soittaja välittömästi mielenterveys- tai sosiaalipäivystyksen asiakkaaksi. Puhelinneuvonnan työntekijällä on ollut myös mahdollisuus konsultoida muita sote-ammattihenkilöitä, esim. lääkäriä ennen päätöksentekoa. Tämä palvelumalli on sittemmin yleistynyt ja toimii nykyisin vastakunnallisessa Päivystysapu 116117 – palvelussa (3).

Tutkimusten mukaan (Groop 2012) erillinen asiakasohjausyksikkö parantaa asiakkaiden palvelutarpeen arviointia sekä asiakkaiden tasavertaista kohtelua (4). Kainuun soten vanhuspalvelujen tulosalueella tehtiin asiakasohjauksen kannalta merkittävä organisaatiomuutos vuoden 2013 alusta. Tuolloin perustettiin oma erillinen palveluohjaus- ja ostopalvelujen vastuualue. Uuden vastuualueen toiminta selkeytti osaltaan paitsi ikääntyneiden ohjaukseen ja neuvontaan liittyvää kokonaisuutta, mutta myös palvelujen valvontaan, sopimuksiin ja hankintoihin liittyviä tehtäviä. Henkilöstö vastuualueelle valikoitui kotihoidon vakituisista työntekijöistä, jotka olivat innostuneita kehittämään asiakas- ja palveluohjausta. Kaikkien tehtävänimikkeiksi valikoitui asiakasohjaaja -nimike. Heti toiminnan aluksi työntekijät koulutettiin ratkaisukeskeiseen työskentelyotteeseen ja toiminta käynnistettiin keskitetyn johtamisen, mutta verkostomaisen toimintatavan menetelmällä. Keskeisenä toimintaa ohjaavana periaatteena oli alusta alkaen ns. yhden luukun periaate.

Ikääntyneiden kansalaisten sosiaali- ja terveystarpeiden arviointia, suunnittelua ja toteutusta koordinoidaan asiakas- ja palveluohjauksella. Lähtökohtaisena toiminnan tavoitteena on, että kotona pärjätään mahdollisimman itsenäisesti tai ensisijaisesti erilaisten kevyiden palvelujen turvin. Myös ikääntyneiden omaisista ja läheisistä koostuva turvaverkko huomioidaan palvelukokonaisuuksia mietittäessä, ja hyvin useissa tilanteissa ikääntyneen palvelutarvetta selvitetään yhdessä iäkkään itsensä ja hänen läheistensä kanssa.

Ohjauksella ja neuvonnalla vahvistetaan ikääntyneiden omia voimavaroja, edistään toimintakykyä ja hyvinvointia sekä lisätään kotona asumiseen liittyvää pärjäämisen tunnetta. Asiakasohjaajat neuvovat, ohjaavat ja tukevat ikääntyneitä kuntalaisia asioissa, jotka askarruttavat kotona asumisessa ja arjessa selviytymisessä. Ikääntyneille sekä heidän läheisille tarjotaan yleistä vanhuspalveluihin liittyvää tietoa, kerrotaan eri palveluvaihtoehdoista, huomioidaan asiakkaan tarpeen mukaan omaisten ja läheisten antama apu sekä julkisen, yksityisen ja kolmannen sektorin palvelut.

Keskitettyä ja verkostomaista ikääntyneiden asiakas- ja palveluohjausta Kainuussa on kehitetty RAI –järjestelmään perustuvan tiedon hyödyntämisen osalta yhteistyössä muun muassa THL:n kanssa. Toiminta on vakiintunut osaksi ikääntyneiden kainuulaisten sosiaali- ja terveydenhuollon palveluja, ja yhteydenottojen määrä asiakasohjaajiin on lisääntynyt vuosittain (5). Valtaosa asiakasohjaajille tulleista yhteydenotoista on painottunut kevyempään ohjaukseen ja neuvontaan eli tämä asiakasryhmä on pääsääntöisesti ohjautunut muihin kuin julkisen sektorin palveluihin kuten esimerkiksi kotihoitoon. THL:n (2018) sosiaali- ja terveys- palvelujen asiantuntija-arvion mukaan Kainuu on onnistunut lisäämään kotihoitoa korvaavien palvelujen käyttöä silloin, kun palvelutarve on vielä vähäinen (6).

Kiireetöntä, yleistä sote-palvelujen neuvontaa on Kainuun sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymässä annettu eri yksiköiden toimesta. Yleistä asiakas- ja palveluohjausta haluttiin organisaatiossa kehittää edelleen ja tavoitteeksi asetettiin koko maakunnan kattava geneerisen asiakas- ja palveluohjauksen malli. Tätä työtä varten asetettiin eri tulosalueiden (perusterveydenhuolto, erikoissairaanhoido, sosiaalipalvelut ja vanhuspalvelut) edustajista koottu kehittämistyöryhmä.

Työryhmä tutustui valtakunnassamme olemassa oleviin asiakas- ja palveluohjauksen hyviin käytäntöihin (esim. Siun Sote, Eksote, Oulun Aino-neuvonta) sekä I&O-hankkeessa laadittuihin asiakas- ja palveluohjauksen malleihin (esim. geneerinen asiakasohjaus IkäOpastin). Lisäksi tehtiin asiakas- ja palveluohjauksen nykytilan kartoitus Kainuun sosiaali- ja terveydenhuollon eri tulos- ja vastualueille. Kahdella työryhmän jäsenellä oli mahdollisuus osallistua Kuntaliiton, Sosiaali- ja terveysministeriön ja SoteDigin valtakunnalliseen työryhmään.

Työryhmän työn tuloksena syntyi Kainuun sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymään vuonna 2020 asiakas- ja palveluohjauksen yleinen malli, jossa on huomioitu myös sote-uudistukseen mahdollisesti tulevia lainsäädännöllisiä muutoksia (7). (ks. Liite 1)

Kainuun soten asiakas- ja palveluohjauksen toimintamallin vaihteita ovat 1) yleinen neuvonta, 2) yleinen sote-palvelujen neuvonta, 3) kohdennettu neuvonta ja 4) intensiivinen ohjaus. Ensimmäinen vaihe on kuntien toimintaa ja vaiheet 2–4 Kainuun soten palveluita.

Vuoden 2021 alusta on toiminnan aloittanut Yleistä sote-palvelujen neuvontaa antava yksikkö (vaihe 2), jonka avulla keskitetään kansalaisten yleisiä, sote-palveluihin liittyviä yhteydenottoja koko maakunnan alueella ja pystytään jatkossa kohdistamaan vain vaativimmat yhteydenotot eri asiantuntijoille. Sosiaali- ja ter-

veyspalveluihin liittyvissä kysymyksissä apua saa puhelimitse, sähköpostitse tai Kainuun uuden sairaalan asiakaspalvelupisteessä ja myöhemmin myös chat-palveluna. Yksikön työntekijät ovat sote-palveluiden ammattilaisia ja kokeneita myös puhelimitse tapahtuvassa neuvonnassa. Osaamista on myös vahvistettu asiakas- ja palveluohjauskoulutuksella.

Tavoitteena on, että asiointi on kansalaiselle mahdollisimman sujuvaa asiointitavasta riippumatta. Palveluohjaus käynnistyy ensimmäisestä kontaktista ja ohjaus on palvelutuottajista riippumatonta. Asiakas- ja palveluohjaus on luotettavaa, yksilöllistä ja asiantuntevaa sekä tarvittaessa moniammatillista yhteistyötä.

Yleisen sote-palvelujen palveluneuvojat ohjaavat asian tarvittaessa eteenpäin Kainuun soten asiantuntijoille esim. ikääntyneiden palveluneuvontaan, mikäli selvittäminen edellyttää syvempää tai kohdennettua neuvontaa. Kohdennettu ja intensiivinen neuvontatyö sisältää tarvittaessa ammattilaisen tekemän yksilöllisen palvelu- tai hoidon tarpeen arvioinnin sekä asiakas- tai hoitosuunnitelmien laadinnan.

Mikäli kuntalaisella on jo hoito- tai palvelusuhde Kainuun soten ammattihenkilöön, hän asioi suoraan asianomaisen tahon kanssa. Asiakas- ja palveluohjauksen kokonaisuutta seurataan, arvioidaan ja kehitetään yhteistyössä Kainuun kuntien kanssa kuntalaisia palvelevaksi. Yhteisiä keskustelujen aiheita ovat mm. viestinnän kehittäminen kuten verkkosivut, tiedotteet, yhteistyöverkostojen luominen soten ja kuntien asiakas- ja palveluohjauksen välille, yhteisen koulutuksen / perehdytyksen suunnittelu sekä toteutus.

Kainuun sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymässä kehitetään perusterveydenhuollon vastaanottotoimintaa Hellä-hankkeessa, jonka tavoitteena on tulevaisuuden sote-keskusten rakentaminen **(8)**. Uudistuksen mukaisesti asiakkaan palvelutarpeen ratkaisu alkaa heti, yksi ammattilainen huolehtii ratkaisun valmiiksi, mutta asiakkaan hoidossa toimitaan niin moniammatillisesti kuin on tarpeen.

Toimintatavalla pyritään tunnistamaan korkean riskin asiakkaat mahdollisimman pian, laatimaan heille terveys- ja hyvinvointisuunnitelma sekä valmennuksen avulla tukemaan heitä esim. elämäntapamuutoksissa. Työskentelyssä hyödynnetään sähköistä asiointia ja etäpalveluja.

10.2 Sote-ammattilaisten yhteinen osaaminen

Sote-ammattilaisten yhteistä osaamista sosiaali- ja terveydenhuollon muutoksessa on tutkittu ja kehitetty THL:n tukemassa COPE-hankkeessa **(9)**. Palvelujen yhteensovittaminen, joka mahdollistaa oikea-aikaisen, kokonaisvaltaisen avun ja tuen, on nähty keskeisenä keinona lisätä toiminnan vaikuttavuutta ja kustannustehokkuutta.

Hankkeessa todettiin, että sosiaali- ja terveydenhuoltojärjestelmän toimintaympäristön muuttuessa nopeasti alan ammattilaiset tarvitsevat uudenlaista osaamista. Osaamistarpeita monitieteisesti tutkineessa hankkeessa nousivat esiin selkeät kehittämiskohteet:

- eettinen osaaminen on asiakastyön yhteinen perusta
- asiakaslähtöisessä ohjauksessa kuunnellaan asiakasta
- monikulttuurisen osaamisen tarpeita on arvioitava uudelleen
- ammattilaiset kaipaavat osaamista sähköisten palvelujen käyttöön
- monialainen yhteistyö on edellytys palvelujen yhteensovittamiselle
- ammattilaiset ovat avaintekijöitä organisaatiomuutoksessa
- johtaminen on kokoava voima hajautetussa organisaatiossa

10.3 Monitieteiset opintokokonaisuudet

Useissa sosiaali- ja terveysalan oppilaitoksissa on lisätty monitieteisiä opintokokonaisuuksia, jotka edistävät eri alojen ammattihenkilöiden yhteistyötä. Mm. Turun yliopiston kaikkien tiedekuntien yhteinen opintokokonaisuus perehdyttää opiskelijoita sosiaali- ja terveydenhuollon sekä sivistystoimen (sivisote) muuttuvaan tehtäväkenttään ja palveluiden yhdyspintoihin **(10)**.

Metropolia ammattikorkeakoulu tarjoaa sosiaali-, terveys- ja liikunta-alan vapaasti valittavia opintoja. Opintokokonaisuudet ovat tutkintoon kuuluvia koulutusohjelman hyväksymiä korkeakoulutasoisia opintoja, jotka opiskelija voi valita vapaasti Metropolia ammattikorkeakoulusta tai muista korkeakouluista **(11)**.

10.4 Organisaatioiden integraatio

Sosiaali- ja terveyspalvelujen yhteistyö helpottuu, mikäli palvelujen käyttäjillä ja tuottajilla on yhteinen integroitu organisaatio, jonka kautta suurin osa asioinnista tapahtuu. Asiointia vaikeuttavia organisaatorajoja on tätä kautta vähennetty useissa maakunnallisissa sote-organisaatioissa, ja samaa tavoitellaan myös vuoden 2021 sote-uudistuksessa.

Vaikka organisaatorajat vähentyvät, voimaan jäävät edelleen tietosuojaan ja ammattirooleihin liittyvät rajoitukset, joilla on omat lainsäädännölliset perusteensa. Uudenmaan Apotti -hankkeessa on esitetty vähennettäväksi organisaation sisäisiä tiedonkulun rajoituksia, mikä parantaisi toiminnan laatua.

Sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatioiden yhteinen tiedonhallinta liittyy oleellisesti niiden johtamiseen. Toiminta-arkkitehtuurin kansallisesta suunnittelusta todetaan, että sosiaali- ja terveydenhuollon palveluja ohjaavalla lainsäädännöllä on merkittävä vaikutus myös asiakas- ja potilastietojen hallintaan. Sosiaali- ja terveyspalveluja järjestetään yhä useammin yhdessä ja myös palveluprosessit monis- sa kohden integroituvat **(1)**.

Valtakunnallisesti sosiaali- ja terveydenhuollon tiedonhallinnassa edistetään ratkaisuja, joiden avulla pystytään palvelemaan samalla sekä sosiaali- että terveyspalvelujen toimintaa ja asiakkaita **(12)**.

Tiedonhallinnan avulla tuetaan asiakkaiden asiointimahdollisuuksia, tietojen välittämistä sote-palveluista eri viranomaisille sekä arkaluonteisten asiakastietojen turvallista käsittelyä. Osa valtakunnallisesti määriteltävistä tietosisällöistä kuten asiakkaiden toimintakykyyn liittyvät määrittelyt tukevat sekä sosiaali- että terveyspalvelujen tuottamista asiakkaille.

Sähköisiä asiointipalveluja hyödynnetään sosiaali- ja terveydenhuollossa entistä laajemmin. Alaikäisten lasten huoltajilla, valtakirjalla valtuutetuilla henkilöillä ja edunvalvojilla on mahdollisuus asioida toisen henkilön puolesta sosiaali- ja terveyspalveluissa. Useissa sähköisissä asiointipalveluissa kuten reseptien uusinnassa, omien tietojen katselussa, sosiaali- ja terveydenhuollon sähköisissä ajanvarauksissa ja asiakaspalautteissa hyödynnetään Kanta-palveluja ja valtakunnallisia määrittelyjä.

Sosiaali- ja terveydenhuollossa laadittuja asiakirjoja voidaan välittää muille viranomaisille asiakkaiden palvelujen tuottamiseksi kysely- ja välityspalvelun kautta. Kanta-palveluihin tallennettuja asiakirjoja voidaan välittää niille sosiaali- ja terveydenhuollon ulkopuolisille toimijoille, joita varten asiakirja on laadittu. Tietojen välityksellä nopeutetaan asiakkaan asioiden käsittelyä ja parannetaan asiakkaiden yhdenvertaisuutta.

Sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastiedot ovat salassa pidettäviä. Asiakastietojen käsittely edellyttää käyttövaltuuksien määrittelyä tietoja käsitteleville ammattilaisille sekä käyttäjien luotettavaa yksilöintiä ja tunnistamista. Tietoja käsitteleville ammattilaisille määritellään käyttöoikeudet niihin tietoihin ja järjestelmiin, joita he tarvitsevat tehtäviensä hoitamiseen.

Sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietoja saavat käsitellä vain henkilöt, jotka osallistuvat asiakkaan palveluihin. Lisäksi tietoja saa luovuttaa toisille rekisterintäijille vain säädösten mukaisilla perusteilla. Tietojen käyttöä ja luovutusta seurataan ja valvotaan valvontaviranomaisten toimesta. Tämän tueksi on laadittu kansallisia määrittelyjä ja vaatimuksia sekä sote-palvelujen tuottajille että käytettävile tietojärjestelmille.

10.5 Yhteiset tietojärjestelmät

Terveydenhuollon potilaan ja sosiaalihuollon asiakkaan tiedot on perinteisesti pidetty toisistaan erillään, vaikka kyseessä olisi yksi ja sama henkilö. Sote-organisaatioiden uudistusten ja integraation yhteydessä on tullut tarvetta rakentaa yhteisiä asiakas- ja potilastietojärjestelmiä. Kun kyse on yhden ihmisen hoidoista ja palveluista, voisivat riittää myös yhdet tiedot. Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin (HUS) ja alueen kuntien yhteistyötä perustama Oy Apotti Ab on ottanut tavoitteeksi rakentaa maailman ensimmäinen sosiaali- ja terveydenhuollon yhteinen tieto- ja toiminnanohjausjärjestelmä **(13)**. Yhteisen tietojärjestelmän tarve on tullut esille tutkimuksista, joiden mukaan noin 10 % väestöstä aiheuttaa 80 % sosiaali- ja terveydenhuollon kustannuksista, ja heistä yli 60 % käyttää sekä sosiaali- että terveydenhuollon palveluja.

Viitteet:

1. Sosiaali- ja terveydenhuollon asiakkuuden yhteinen toimintamalli. Pentikäinen M, Kärkkäinen A, Mykkänen J, Penttinen J, Hyppönen K, Siira T, Jalonen M. Julkaisussa: Sosiaali- ja terveydenhuollon asiakas- ja potilastietojen kansallinen kokonaisarkkitehtuuri v 2.1. Kanta / THL 2019
2. <https://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2004/20041>
3. <https://stm.fi/116117fi>
4. Groop, J. Theory of Constrains in Field Service. Factors Limiting Productivity in Home Care Operations. Aalto University publications series Doctoral Dissertations 47/2012.
5. Tolonen E. Iäkkäiden maakunnallinen palvelukokonaisuus Kainuussa. Kehitetään ikäihmisten kotihoitoa ja vahvistetaan kaikenikäisten omaishoitoa (I&O). Hallituksen kärkihanke, STM 2018.
6. Tiedosta arviointiin. Sosiaali- ja terveystalvet, Kainuu. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos Asiantuntija-arvio, 2018.
7. Kainuun sosiaali- ja terveydenhuollon laadunohjausjärjestelmä. Prosessikuvaus 2021.
8. Tulevaisuuden sote-keskus Kainuuseen – Helposti lähelläsi (Hellä)-hankkeen tiedote 2021.
9. Juujärvi S, Sinervo T, Laulainen S, Niiranen V, Kujala S, Heponiemi T, Keskimäki I. Sote-ammattilaisten yhteinen osaaminen sosiaali- ja terveydenhuollon muutoksessa. THL – Päättösten tueksi 3/2019.
10. Turun yliopiston verkkotiedote 2021.
11. Metropolia ammattikorkeakoulun tiedote 2021
12. THL verkkosivut 2021.
13. Oy Apotti Ab, tiedote 7.3.2021.

11 Sote-sopan hämmennyksen vaihteita

Sote-uudistuksesta on tiedotettu tietoverkoissa eri viranomaisten ja muiden valmisteluun osallistuneiden toimesta aktiivisesti. Toisaalta myös kansalaiset ovat osallistuneet keskusteluun aktiivisesti. Google-hakukoneen hakusanalla **sote-uudistus** tulee keväällä 2021 noin 1.250.000 hakutulosta ja hakusanalla **sote-soppa** noin 57.700 hakutulosta.

Ohessa Sote-soppa -teemasta on koottu eri medioista kronologiseen järjestykseen kulloinkin ajankohtaisia uutisia ja kannanottoja, joita on esitetty viime vuosina valtakunnallisissa julkaisuissa tai verkossa. Lähteet ovat valikoituneet tähän katsaukseen niissä esitettyjen näkemysten uutuusarvon tai aikaisemmasta poikkeavien uusien linjausten perusteella. Valitettavasti kaikkea ei saatu tähän mukaan, koska otsikot edustavat oman aikansa teemoja. Kaikille mielipiteille halutaan antaa tässä yhteenvedossa oma sille kuuluva arvonsa.

11.1 Sote-soppa käsitteenä

Keväällä 2013 pääministerin nimeämä Petteri Orpon työryhmän tehtävänä oli määrittää perusperiaatteet, joilla sote-uudistus ja kuntauudistus saataisiin tukemaan toisiaan. Tavoitteena oli tuolloin myös kuntaliitosten edistäminen sote-uudistuksen avulla. Tähän samaan oli pyritty jo aiemmin PARAS-hankkeen yhteydessä. Näissä hankkeissa ei kuitenkaan saatu ratkaisua sosiaali- ja terveyspalvelujen turvaamiseksi koko maan alueella.

Uudistuksen etenemistä arvioitiin kirjoituksessa **”Sote-soppa sakenee entisestään” (1)**, jossa todettiin, että hallituksen kärkihankkeet kuntarakenteen ja sosiaali- ja terveydenhuollon uudistamiseksi olivat entistä sekavammissa tilanteissa. Tarvitaan kunta-alan asiantuntijoiden selvityksiä, perustuslakivaliokunnan tulkinta ja selkokielliset uutiset kertomaan mitä hallitus asiasta oikein päättääkään. Tulintoja sekä irtiottoja oli paljon liikkeellä.

Uudistuksen perusteita arvioitiin myös talousnäkökulmasta mm. otsikolla **”Ekosysteemiajattelu ja sote-soppa” (2)**. Jos yritys, järjestö tai julkinen toimija ei ole selviytymiskykyinen, sen tulee etsiä uusi toimintamalli, jolle riittää kysyntää ja maksajia. Kuntien pääpaino on edelleen palvelusuoritteiden ostamisessa sen sijaan, että ostettaisiin vaikutuksia.

Sote-soppa lienee liikkunut aluksi käsitteenä kansalaisten keskuudessa, josta sen käyttö laajentui päättäviin elimiin ja lopulta myös valtionhallintoon. Vuoden 2013 lopulla uusi käsite aiheutti vielä närkästystä. Otsikolla **”Sote-soppa ei ole sopiva ilmaisu” (3)** opposition tapaa kritisoida hallituksen sosiaali- ja terveyspalvelu-uudistusta pidettiin epäasiallisena. Peruspalveluministeri Susanna Huovinen oli

eduskunnan kyselytunnilla harmistunut arviosta, että hallituksen sote-uudistus olisi kujanjuoksua. Huovisen mielestä sote-soppa, sote-solmu tai sote-kujanjuoksu eivät ole sopivia ilmaisuja keskusteluun. ”Pidän erittäin valitettavana, että kansalaisten kannalta erittäin merkittävistä asioista puhuttaessa käytetään tällaisia termejä, ikään kuin vähättelisimme ongelmien olemassaoloa”, totesi Huovinen.

11.2 Sote-uudistuksen vastuukuntamalli 2013

”Sote-soppa” -otsikolla (4) sote-uudistuksen vastuukuntamallia arvioitiin maaliskuussa 2014 seuraavasti:

”Hallitus on ehdotuksessaan linjannut, että uudistuksen ansiosta Suomeen tulisi sairaanhoitoalueita, joissa palvelut jaettaisiin uudella tavalla. Käytännössä peruspalvelut, kuten terveyskeskuksia olisi oikeus ylläpitää vähintään 20 000 ihmisen kunnissa, tätä pienemmät olisivat riippuvaisia keskuskunnan palveluista, erikoissairaanhoidon ja muut haastavammat palvelut siirrettäisiin suurten kaupunkien ja keskusten huolehdittavaksi. Uudistus on tavallisen kansalaisen kannalta täysin järjetön”.

Eräässä pääkirjoituksessa epäiltiin keväällä 2014, että **”Hallitus taisi haukata liian ison palan kakkua. Kun yrittää päättää kaikesta yhtä aikaa, voi olla, ettei synny yhtään päätöstä” (5)**

”Sote-uudistuksella piti luoda sujuvaa ja tehokasta yhteistyötä perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välille. Näin säästyisi rahaa ja kansalaiset saisivat tasa-arvoisesti hyvää hoitoa. Hallitusohjelmassa luvattiin järjestää sosiaali- ja terveyspalvelut yhtenä kokonaisuutena ja osana kuntarakenteen uudistamista. Nyt kerrotaan valmisteltavan kullisseissa varjo-sotea, jossa erikoissairaanhoidosta vastaisi viisi alueellista organisaatiota. Perusterveydenhuolto jäisi kuntien kontolle.

Terveyskeskukset saisivat rauhassa rapistua, sillä mummot tunnetusti jaksavat jonottaa. Parempiosainen aktiiviväestöhän hoidattaa jo nyt vaivojaan työterveyslääkärin vastaanotolla tai yksityislääkärin luona hoitovakuutuksen turvin. – Sote-soppa kiehuu ja kello käy. Syntykö edes jonkinlainen sote-ratkaisu? Toteutuuko kuntauudistus missään muodossa? Oppositio myhäilee, sillä vaaleihin on enää vuosi. Voittajaksi veikattu taho on jo nyt luvannut palauttaa sote-uudistuksen parlamentaariseen valmisteluun”.

Eduskuntavaalien läheisyys antoi vuoden 2014 lopulla pontta kirjoituksiin, kuten otsikolla **”Sote-soppaan hyppysellinen järjeä (6)**

”Lääkärit vanhoivat aikaisemmin Hippokrateen valan: ”Toimin lääkärinä auttaakseni sairaita”. Nykyään leipälääkärit antavat hoitoa siellä, mistä raha irtoaa helpoimmin. Leipälääkärit rahastavat ’merkkikorjaamoilla’ ja siirtävät asiakkaan julkiselle puolelle tutkimuksiin ja sitten taas tarpeen tullen kynivät yksityisellä puolella. Kortistossa on tuhansia työkyvyttömiä, jotka kuuluisivat vakuutusyhtiön korvattaviksi, mutta nyt heidät on vakuutuslääkäreiden toimesta käännetty yhteiskunnan elätettäväksi.”

Korjausehdotuksina esitettiin mm. lääkäreille 5–7 vuoden työvelvoitetta julkisella puolella vastineeksi valtion kustantamasta arvokkaasta koulutuksesta, jolloin löytyisi lääkäreitä maaseutupitäjiinkin. Lääkäreiden on työskenneltävä vain joko julkisella tai yksityisellä puolella. Ei molemmissa samanaikaisesti. Yhteiskunta säästäisi ja turha rahastaminen lakkaisi. Vakuutuslääkärijärjestelmä muutetaan puolueettomaksi siten, että lääkäreiden palkan maksaa vakuutusyhtiön sijaan yhteiskunta. Kaukoparantaminen loppuisi välittömästi. Vakuutusyhtiöt eivät pääsisi luistamaan vastuustaan ja yhteiskunta säästäisi. Tämä keventäisi huomattavasti myös oikeusjärjestelmää. Apteekki vapautetaan monopolistaan. Lääkkeiden hinnat lasisivat ja Kela säästäisi.

Sote-uudistukseen ja säästöihin kaivattiin useissa kirjoituksissa konkreettisia toimia, kuten seuraavissa kommentoissa syksyllä 2015. **”Rivityöntekijöiltä pitäisi kysyä, onkoärkeä vai ei” (7)**

”Pitää säästää, nyt huudetaan joka suunnasta. Onko terveydenhuollon työpaikoilla sitten löysää tai tyhjäkäyntiä, josta voisi ottaa pois? Miten sinä järkeistäisit toimintaa konkreettisilla arjen teoilla? Ajatteletko, että arjen työntekijän näkökulma on unohtunut sote-soppaa keitetäessä?”

Sote-uudistuksen hidas eteneminen tuotti huolta vuonna 2015. **”Sote-soppaa on keitetty jo vuosikymmen (8) PARAS**-hanke sai aikaan kymmeniä kuntaliitoksia, mutta sen jälkeen uudistukset ovat jumittuneet.

”Sosiaali- ja terveyspalveluiden uudistamista on tehty eri nimillä jo vuosikymmenen ajan. Matti Vanhasen (kesk.) ensimmäinen hallitus käynnisti keväällä 2006 PARAS-hankkeen kunta- ja palvelurakenteen uudistamiseksi. Tarkoitus oli tuottaa eheämpi kuntarakenne, joka olisi riittävän vahva tuottamaan palvelut taloudellisesti ja kattavasti.”

Ylen Uutisaamu käsitteli sote-uudistuksen tilannetta marraskuussa 2015 otsikolla **”Sote-soppa kiehahti. Miltä maistuu lopputulos? (9)**

”HUS:n toimitusjohtaja Aki Lindenin mukaan Suomessa on yksityissektorilla vuosittain noin 4 miljoonaa lääkärikäyntiä, 2,8 miljoonaa hammaslääkärikäyntiä, 3,6 miljoonaa muuta tutkimus- ja hoitokäyntiä (esim. fysioterapia ja röntgen). Näiden käyntien arvo on 1,3 miljardia euroa, josta Kelan korvausosuus 260 miljoonaa euroa. Jos näihin palveluihin myönnettäisiin täysi valinnanvapaus, yhteiskunnalle tulisi noin 1 miljardin euron lisäkustannus.”

11.3 Sote-uudistuksen viiden ervan malli 2015

Vuoden 2015 paikkeilla uudistuksen perustaksi esitetyssä ns. viiden ervan (erityisvastuualueen) mallissa palvelujen järjestäminen olisi siirtynyt viiden yliopistosairaanhoidopiirin alueelle muodostetun kuntayhtymän ja alueen kuntien vastuulle. Mallin kehittäminen ei kuitenkaan edennyt perustuslaillisista syistä. Nimimerk-

ki 'Sote-soppa kiehuu' kommentoi uudistuksen etenemistä otsikolla **"Soten tavoitteena on sosiaali- ja terveyspalvelujen parantaminen" (10)**

"Miksi sote-sopiminen on ollut niin vaikeaa? Kysymys on rahasta ja vallasta. Kun 'täyden palvelun päivystyssairaaloiden' kartat ovat esillä julkisuudessa, keskustelu vielä kiihtyy. Kuinka kauas erityisesti terveydenhuollon palvelut voidaan viedä?"

Joka kylässä ei tarvitse olla terveysasemaa koko ajan auki vaan palvelut voivat olla tiettyinä päivinä saatavilla ja ne voidaan tuoda lähelle esimerkiksi bussilla. Lisäksi on tarvetta panostaa kotiin saataviin palveluihin, jotta ihmiset voivat asua omassa kodissaan mahdollisimman pitkään.

Julkisia palveluja on täydennetty järjestöjen ja yksityisillä palveluilla. Hallitus on päättänyt muuttaa uudistuksen suuntaa tältä osin. Yksityiset toimijat tuodaan yhdenvertaisena toimijana mukaan. Vaikka tämä "raha seuraa potilasta"-ajattelu kuulostaa hienolta, laaja yksityistäminen tulee maksamaan veronmaksajille paljon nykyistä enemmän.

Tärkeä tavoite on integroida terveyttä edistävät ja ennaltaehkäisevät palvelut sote-palvelujen kanssa yhteen. Tästä näkökulmasta kuntien järjestämällä muilla palveluilla, esimerkiksi asunto-, liikenne-, kaavoitus- ja vapaa-ajan palveluilla, on suuri merkitys."

Sosiaalisen median roolia uudistuksessa arvioitiin mm. otsikolla **"Sote-soppa porisee vielä, some voi olla sontaluukku (11)**

"Joka luuli, että hallituksen sorvaama sote-ratkaisu olisi nyt valmis ja vain käyttöönottoa vailla, luuli väärin. Uusi hallintohimmeli on riideltä, kunnallinen sosiaali- ja terveydenhuolto vaihtuu kolmen vuoden kuluttua maakunnalliseen, mutta paljon tarkemmasta ei ole tietoa. Kysymyksiä tuntuu olevan enemmän kuin vastauksia."

11.4 Asiakkaan valinnanvapautta koskeva loppuraportti

Asiakkaan valinnanvapautta ja monikanavarahoituksen yksinkertaistamista selvittävä ryhmä luovutti loppuraporttinsa perhe- ja peruspalveluministeri Juha Rehulalle 31.5.2016. Selvityshenkilöiden ehdottamassa mallissa sosiaali- ja terveyskeskus voisi olla julkisen, yksityisen tai kolmannen sektorin toimijan ylläpitämä.

Selvitysryhmän loppuraporttista uutisoitiin otsikolla **"Sote-soppa porisee: Selvitysryhmä antaisi valinnan asiakkaalle" (12)**

"Selvitysryhmän ehdotuksen mukaan asiakkaan valinnanvapaus tulisi toteuttaa siten, että asiakas listautuisi valitsemaansa sosiaali- ja terveyskeskukseen.

Sote-uudistusta pohtinut selvitysryhmä on sitä mieltä, että asiakkaan tulisi voida listautua valitsemaansa sosiaali- ja terveyskeskukseen, joka tarjoaa tietyt peruspalvelut. Lisäksi asiakas voisi valita muista valinnanvapauden piiriin kuuluvista palveluista, jos sosiaali- ja terveyskeskus on arvioinut hänen niitä tarvitsevan."

Otsikolla **"Sote-soppa" (13)** kirjoittaja kaipaa lisää tietoa uudistuksen aikataulusta.

"En oikeastaan ihmettele, että puhutaan sote-sopasta. Tavallinen ihminen ei ymmärrä, mitä tuo kaikki tarkoittaa. Me tavikset vain haluamme pitää laadukkaat terveyspalvelut lähellä. Keskusteluissa luvataan laadukkaat palvelut, mutta ei enää lähellä käyttäjää. – Olin kuuntelemassa 1.9.16 selvitystä soten etenemisestä Hämeessä. Kuuntelin hämmennyneenä aikataulua. Tänä vuonna on jo pitänyt saada kasaan mm. selvitys kuntien asemasta ja sääätelypolitiikasta. 2017 pitäisi tulla voimaan lait uusista maakunnista ja niiden tehtävistä ja soten järjestämis- ja voimaannanolait."

Sote-uudistuksella oli vuoden 2017 alussa kritikoita ja epäilijöitä, kuten kirjoituksessa **"Sote-soppa ja myrkylliset reseptit (14)**

"Nyt on kokkisota menossa, kun ministerit yrittävät tehdä yllätysraaka-aineista pikavauhtia illallista. Lopputuloksena ei ole nautinnollinen aterialla, vaan ruokamyrkytys. Hallitusta on moitittu aikaansaamattomuudesta ja liekö se syynä siihen, että Suomea järkyttäviä esityksiä syntyy solkenaan. Ongelmana on se, että viimeaikaiset avaukset eivät tuo lisäarvoa yhteiskuntaamme, päinvastoin. Esitykset vaikeuttavat arkielämää ja lisäksi ne ovat kalliita ja täysin turhia. Sote- ja liikenneuudistus ovat kauhutarinoita siitä, miten valtion ja kuntien vastuulla olevat perustehtävät yritetään ulkoistaa jonkun muun huoleksi. Perusinfra ei saa kaupallistaa."

Sitran puheenvuoro -julkaisussa arvioitiin keväällä 2017, että **"Sote-sopassa sekoittuvat keinot ja päämäärät" (15)**

"Näemmekö maakuntien asukkaat eli itsemme, aktiivisina sote-kumppaneina ja vertaisvoimana vai "passiivisina potilaina?"

Puhelin on oiva esimerkki keinosta, joka mahdollistaa aiempaa tiiviimmän vuorovaikutuksen lähimmäisten kanssa. Internet levittää tietoa, leirituli tarjoaa lämpöä. Sote-keskustelu takertuu kovin usein keinoihin ja kysymykseen miten (?), emmekä siten pääse vastaamaan mitä tai miksi. Ilman yhteistä päämäärää on mahdotonta löytää yhteisymmärrystä keinoistakaan.

Kärjistetysti sanottuna: Vaikka menisimme Kuopioon junalla, New Yorkiin on kätevämpää valita lentokone.

Kaikille kaikkea vai sinulle sopivasti? Valinnanvapaus herättää paljon tunteita ja vastakainasetteluakin. Tämä on ymmärrettävä, etenkin kun asiaa voi tarkastella monista näkökulmista sekä vaihtelevilla taustatiedoilla. Valinnanvapaushan ei itsessään ole sote-uudistuksen päämäärä, vaan keino edistää kehittyvää palvelutuotantoa, joka vastaisi nykyistä paremmin monimuotoisiin ja muuttuviin asiakastarpeisiin. Keskeinen elementti, joka on tärkeää ymmärtää valinnanvapauteen liittyen, on järjestäjän ja tuottajan erottaminen."

Sanomalehti Länsi-Suomen pääkirjoituksessa uudistuksen etenemistä arvioitiin huhtikuussa 2017 otsikolla **"Sote-soppaan uusi mauste" (16)**

”Oppositio löylytti hallitusta tiistaina välikysymyksellään sote-uudistuksesta. Erityisesti oppositio halusi tietää neuvolan kohtalosta ja valinnanvapauden aikataulutuksesta. Perhe- ja peruspalveluministeri Juha Rehula kertoi, että neuvolat voivat jatkossa toimia joko sote-keskuksessa tai maakunnan omassa liikelaitoksessa.

Valinnanvapaus on noussut valmisteilla olevassa sotessa isommaksi asiaksi kuin alun perin oli ajateltu. Sillä on tarkoitus saattaa terveyspalvelut tasapuolisesti kaikkien kansalaisten saataville. Ei kuitenkaan niin, että kaikille olisi tarjolla samat palvelut. Ennenminikin niin, että tarvittaessa yksilö saa tarpeitaan vastaavaa hoitoa vaikuttavasti.”

Kesällä 2017 sote-uudistuksen etenemistä arvioitiin otsikolla ”Näin sote-soppaa on hämmennetty vuosien varrella – reseptikin vaihtunut useaan otteeseen” (17).

*”Marraskuussa 2015 hallitus oli jopa lähellä kaatumista, kun itsehallintoalueiden mää-
räästä syntyi kova kiista. Pääministeri Juha Sipilä (kesk.), valtiovarainministeri Alexander Stubb (kok.) ja kumppanit saivat kuitenkin lopulta sovun aikaiseksi.*

Sote-uudistuksen ensiaskeleet otettiin vuonna 2006, kun Matti Vanhasen (kesk.) ensimmäinen hallitus käynnisti kunta- ja palvelurakenteen uudistamiseen tähdänneen Paras-hankkeen.”

Kuntaliiton asiantuntijat kommentoivat lokakuussa 2017 sote-sopan tilannetta otsikolla ”Tule, tule hyvä sote - älä tule paha sote” (18) ja esittivät samalla reseptin hyvän sote-kakun leipomiseen.

”Sote-soppaa on keitetty ja sote-solmuja on auottu useamman hallituksen voimin, mutta sote-kakkua ei ole vielä leivottu. Niinpä Kuntaliiton sote-yksikössä leivottiin sote-kakkuja asiantuntijoiden voimin, jotta löytyisi resepti hyvän sote-kakun leipomiseen. Pääleipureiksi ryhtyivät perusterveydenhuollon ja lastensuojelun asiantuntijat integraation hengessä.

Uunista putkahti ulos kaksi sote-kakkua - toinen herkullinen ja maistuva ja toinen karrelle palanut syömäkelvoton. – Maukkaan sote-kakun tärkein ainesosa on hyvä palvelu asiakkaalle. Se on lähes puolet koko hyvästä sote-kakusta. Hyvä palvelu on tasa-arvoista eikä sen saaminen riipu asukkaan omasta rahasta. Se on saatavissa, saavutettavissa, joko etänä, e-palveluna, lähellä tai kauempana. Palveluketjut ovat asukkaalle ja ammattilaisille selkeitä ja turhaa odottelua ei ole. Palvelut kannustavat asukkaita omatoimisuuteen ja itsenäiseen selviytymiseen.

Palvelut ovat maakuntajärjestäjille ja palveluja tuottaville helposti johdettavia ja hallittavia. Tuleva sote-lainsäädäntö antaa raamit. Säännökset ovat selkeitä ja ne mahdollistavat hyvät palvelut erilaisissa maakunnissa. Maakunnalla puolestaan on päätösvalta ja riittävät resurssit järjestää palvelut juuri siten, kuin kussakin maakunnassa on parasta. Maakunta itse tietää parhaiten asukkaidensa tarpeet. Palvelujen järjestäjän ja palvelujen tuottajien rooli, työnjako ja sopimukset ovat selkeitä.

Jotta näistä aineksista tulisi uunissa hyvä sote-kakku, pitää olla käytettävissä paras kohotusaine. Se on riittävä ja ammattitaitoinen henkilöstö, jonka keskuudessa on toimiva työnjako ja vaikuttamismahdollisuuksia omaan työhön. Hyvästä kakusta puuttuu vielä yksi tärkeä ainesosa. Se on työkalutuuri, jossa asiakas on tervetullut. Kun kakkuun lisätään vielä uudet, tehokkaat toimintamallit, monialainen innovaatiotoiminta, aito kump-

panuus järjestöjen, vapaaehtoisten ja kokemusasiantuntijoiden kanssa, niin maku sen kun paranee.

Makoisa kuorutus on hyvä vastuunjako ja toimintatavat maakunnan ja kuntien kesken. Näin syntyy kakku, jossa 1+1>2 ja hyvältä maistuu! – Kerro sinä meille, mikä olisi hyvän sote-kakun resepti sinun mielestäsi!”

11.5 Sipilän hallituksen sote-uudistuksen maakuntamalli eduskuntaan vuonna 2017

Eduskunnassa aloitettiin lokakuussa 2017 Sipilän hallituksen esittämän sote-uudistuksen käsittely. Asia huomioitiin mm. otsikolla **”Eduskunnassa höyryää sote-soppa ja Pekkarisen kahvit – Sote-paketin ruotiminen alkoi, työstä ei tule helppoa” (19)**

”Eduskunnan viidennessä kerroksessa höyryää nyt muutkin kuin kansanedustaja, varapuhemies Mauri Pekkarisen 70-vuotiskahvit. Eduskuntaryhmät aloittivat sote-paketin ruotimisen. Keskustan riveistä uumoiltiin, että kipakkaa keskustelua on edessä, helpolla ei pakettia nyöritetä kokoon.

Erityisesti ryhmän lääkärisiipi katsoo, että viime viikosta paikkailtu paketti sisältää monta epävarmuustekijää. Huoli siitä, että sairaalat tyhjenevät erikoislääkäreistä, on pelko numero yksi. Heitä ihmetyttää innostus, joka liittyy asiakaseteleihin. Niitä ei ole käytössä suurissa määrin missään muussa maassa. Niiden käyttöön liittyy epävarmuutta.”

Sote-uudistuksen etenemistä eduskunnassa arvioitiin varovaisen toiveikkaasti, kuten otsikolla **”Sote-soppa kiehuu jälleen” (20)**

”Maan hallitus on jälleen kerran päättänyt sote-uudistuksesta. Näitä päätöksiä on tehty jo useita kertoja. Aina joku taho on päätösten jälkeen kunnostautunut niiden auki repijänä. Kukahan tällä kertaa kunnostautuu tässä asiassa, kysyy EK:n johtaja Ilkka Oksala.

Viime torstaina hallituspuolueiden eduskuntaryhmissä hyväksytty ratkaisu julkaistiin välittömästi ja nyt se lähtee lausuntokierrokselle. Tästä syystä esityksen yksityiskohtia on hyvä arvioida myös elinkeinoelämän näkökulmasta.

Sote-palveluiden järjestämisvastuun siirrosta kunnilta maakunnille on paljon keskusteltu. Mielestäni se on erittäin viisas ratkaisu. Arkielämä on jo kauan sitten osoittanut, että toimivien sote-palveluiden rakentaminen satojen suomalaiskuntien varaan ei ole edes mahdollista, saati viisasta.”

Vasemmistoliiton puheenjohtaja Li Andersson arvioi otsikolla **”Entistä sakeampi sote-soppa” (21)**, että jos sote-uudistus toteutetaan esityksen mukaisena, on koomus hallituksen pienimpänä puolueena onnistunut saamaan läpi Suomen historian suurimman hyvinvointipalveluiden ulkoistamisen.

Andersonin mukaan kyse on koko suomalaista sosiaali- ja terveydenhuoltoa multistavasta uudistuksesta, joka koskee kaikkien suomalaisten tarvitsemia ja rahoit-

tamia hyvinvointipalveluita, ja vastuuministeri ei pysty edes sanomaan, että hän on esitykseen tyytyväinen.

”Sote-uudistuksessa kyse on sosiaali- ja terveystalouden tulevaisuuden suunnasta sekä siitä, tuleeko yhteisiä verovaroja käyttää kaikkien tarvitsemien palveluiden vai suurten terveystalouksien voittojen rahoittamiseksi.”

Hallituksen kaatumistakin uumoiltiin lokakuussa 2017 otsikolla **”Keväällä sitten uudet vaalit - sote-soppa voi kaataa koko hallituksen” (22)**

”Miksi kokoomuksen pitäisi hyväksyä maakuntauudistus ja sote-rahojen siirto kaupungeilta maakunnille, jollei se saa kunnollista terveystalouksien avaamista”, kysyy Ilta-lehden Juha Ristamäki.

Uudistuksella oli myös puolustajansa kuten kirjoituksessa **”Sote-sopasta yhteiseen päämäärään” (23)**

”Organisaatiomalli, hallintomalli, johtamismalli, ja toimintatavat tulevat sitten tukemaan tavoitteeseen pääsemistä. Yhteistyöllä saamme palvelut asiakaslähtöisemmin järjestettyä ja siiloutumisen sijaan voidaan keskittyä laajemmin hyödyntämään osaaminen ja resurssit asiakkaiden parhaaksi. Lainsäädännön valmistelijoilla on tärkeä tehtävä varmistaa, että järjestelmään ei rakenneta uusia siloja.”

Tunteiden jäähdyttelyä esitettiin kirjoituksessa **”Nauti sotesoppa kylmänä” (24)**

”Sotesoppa tuntuu todella kiehuvan yli. Sitä pitäisi jäähdyttellä ennen nauttimista. Kauan sitä on haudutettukin. Voisiko perustuslakivaliokunta vaihtaa käyttäjän ja tuomarin roolista neuvonantajaksi? Silloin ongelmat vältettäisiin. Sipilän hallitus lupasi viedä soten maaliin. Oppositio kuitenkin haraa vastaan kuin laitumelle talutettava sonnimullinen, joka ei ymmärrä omaa parastaan.

Väitetään, että EU ei hyväksyisi valinnanvapausmallia. Pitäkö Suomen olla se EU:n mallioppilas, joka tekee kiltisti kaikki ne koiranhännän heilutukset, mitä EU isäntä vaatii? ”Uudistusta tarvitaan, sen myöntävät kaikki. Sen vuoksi kaikkien osapuolten kannattaa ensin jäähdyttellä tunteitaan ja sitten vain ryhtyä lusikoimaan sotesoppaa. Mausteita voidaan vaatia lisättäväksi jälkikäteen, jos on tarvetta.”

Otsikolla **”Suuri sote-kupla” (25)** Ruotsin terveydenhuollon uudistusta pidettiin huonona esikuvana.

”Ruotsi uudisti terveydenhuollonsa markkinavetoiseksi vuonna 2010. Nyt Ruotsin terveydenhuolto on pudonnut pistesijoilta tusinaluokkaan. Juha Sipilän hallitus aikoo silti seurata perässä.”

Sosiaalipalvelujen asemaan sote-uudistuksessa kiinnitettiin aiheellisesti huomiota otsikolla **”Sote-soppa kiehuu yli vai palaako pohjaan?” (26)**. Mielenkiinto oli

kohdistunut eniten terveydenhuollon palveluihin, jolloin sosiaalipalvelut olivat jääneet liikaa taka-alalle.

”Paatuneinkaan uutisvihaaja ei ole voinut välttyä törmäämästä neljään kuumottavaan kirjaimeen, jotka kertovat, että nyt puhutaan sosiaali- ja terveydenhuollon uudistuksesta eli SOTEsta. Itse asiassa lyhenteen pitäisi olla TETE, sillä julkisessa keskustelussa ja valmistelussa SO-osasto eli sosiaalihuolto on koko lailla tyystin unohtunut.

Koko sote-uudistuksen voisi kuitata huonona vitsinä, jota se toki onkin, ellei kyse olisi meitä kaikkia monella tavalla koskettavasta asiasta. Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestäminen ja rahoitus vaativat säätöä, se on selvä. Merkittävä osa nykyisistä kunnista ei selviä tälläkään hetkellä suurimmasta kuntatalouden rahareiästä eli sosiaali- ja terveyspalvelujen järjestämisestä.

Voimistuneelle muuttoliikkeelle ei näy loppua, mikä tarkoittaa yhä useamman kunnan joutuvan lähivuosina niin sanottujen kriisikuntien joukkoon, juuri sote-kustannusten vuoksi. Toisaalta monet erityispalvelut myös sosiaalihuollossa tapahtuvat jo nyt suurimpia kaupunkoja lukuun ottamatta kuntayhtymien toimesta.

Esimerkiksi päihde- ja mielenterveyspalvelujen kehittämisessä sote-uudistus voisi merkitä tilanteen paranemista alueilla, joissa tilanne on tällä erityisen huono. Esimerkiksi vapautuvien vankien tarvitsemat sosiaali- ja mahdollisesti myös terveyspalvelut tulisivat isommille harteille.”

Palvelujen ulkoistamista ja markkinaehtoisuutta kyseenalaistettiin keväällä 2019 otsikolla **”Ehditäänkö sote-soppaa vielä maustaa myös osuuskuntaratkaisuil-la?” (27)**

”Kaupallisista vanhusten hoivapalveluista kohistaan. Meidän pitäisikin oikeastaan puhua siitä, miksi myös arvo- ja eettispohjainen vanhusten hoiva ja hyvinvoinnin edistäminen ovat näin yleisesti kytkettyjä nykyisiin markkinatalouden patenttiratkaisuihin?

Tässä palaamme soteen. Vaikka uutta sote-mallia ei ole pystytty lyömään lukkoon, tämä ei ole pysäyttänyt esim. Attendoa, Mehiläistä tai Esperi Carea tekemästä merkittäviä investointeja.

Voitontavoittelu ja pyrkimys hyvään vanhuuteen eivät aina nivoudu yhteen. Siksi meidän tulee pohtia myös vakavasti kilpailuttamisessa tarkasteltavia näkökulmia, euro ei ole aina se paras konsultti, kuten olemme nyt kuulleet.

Kuten ei iso osakeyhtiö ole automaattisesti paha, niin ei myöskään osuuskunta ole perusolemukseltaan perushyvä. Erilaiset yritysmuodot ovat välineitä, joita me voimme kuitenkin käyttää sopivissa tilanteissa. Nyt uskallankin väittää, että meillä on ’tilanne päällä’.”

”Sote-soppa ja se keittäjät” (28) saivat keväällä 2019 kovaa kritiikkiä, kun alkoi näyttää siltä, että sote-uudistus ei tulisi etenemään.

”Minä näin puolueettomasti asioihin suhtautuen totean kyllä näille päättäjillemme, jotka ajavat omaa agendaansa tuon soten ”siivellä” kuin ”käärmettä” pyssyyn, että olisikohan aika mennä peilin eteen ja kysyä itseltään, että miksi ja missä on ja oli vika? Miksi aika ei riittänyt!?”

Otsikolla **"Sote-soppa paloi pohjaan" (29)** todettiin myös uudistuksen ajautuminen umpikujaan.

"Sote-keitosta piti valmistua kaikille riittävä, hyvä ja edullinen. Pääkokki Keskusta valitsi kaksi mielestään parasta apukokkia ja soppaa alettiin valmistella. Reseptiä luettiin huolella ja pyrittiin oppimaan aikaisempien kokkien virheistä. Pääkokki hämmensi soppaa, kantoj vastuuta, lisäsi aineksiin maakuntamallin, vaihtoi kauhaa ja hämmensi soppaa.

Toinen apukokki, Kokoomus, halusi soppaan omaa makuaan, ja vaati kattilaan lisättävän valinnanvapauden. Soppa porisi hiljalleen, kuohahdelleen välillä lähelle laitoja. Kolmas apukokki, Perussuomalaiset, päätti keskittyä siihen, kenelle soppaa tarjottaisiin. Muualta tulleille nälkäisille tätä soppaa ei anneta, rajat kiinni, se vaati.

Sopan hautuessa sitä maisteli asiantuntijat sote-valiokunnassa, yrittäen aineksien suhteita muuttamalla saada siitä kaikki vaatimukset täyttävää. Välillä maistelijoiden kieli paloi ja huuto kiiri käytäville saakka. Varsinainen makutuomari, perustuslakivaliokunta, ei mielistynyt keiton makuun ja palautti sen uudelleen ja uudelleen takaisin pääkokkien hämmennettäväksi. Pääkokit eivät välittäneet makutuomareista, vaan hämmensivät soppaa niin kuin halusivat. Aika kului kohti pääkokkien pestin päättymistä, lopulta soppa kiehui ja kuohui ja paloi pohjaan. Mitä jäi jäljelle?

Yli 200 miljoonan euron lasku, sopan tarvitsijat ja paljon tietoa siitä miten soppaa ei kannata keittää."

Sote-ratkaisun ja siihen liittyneen valinnanvapauden kaatumisen pelättiin vaikeuttavan palveluihin hakeutumista, jota arvioitiin otsikolla **"Tays Sydänsairaala halua olla nyt koko Suomen – Sote-soppa on laittanut valinnanvapaudet sekaisin" (30)**

"Sote-soppa sekoittaa jo erikoissairaanhoidon valinnanvapauttakin. Sydänsairaalan liiketoimintajohtaja Minna Metsälän mukaan erikoissairaanhoidon valinnanvapaus tunnetaan liian huonosti. Asiakkaat ja lääkärit tuntevat edelleenkin huonosti potilaan oikeuden valita hoitopaikkansa erikoissairaanhoidossa.

Nyt ihmisiä sekoittaa lisäksi sote-ratkaisun ja sen osana olleen valinnanvapauden kaatuminen, jolla ei ole mitään vaikutusta jo vuodesta 2014 voimassa olleeseen lakiin erikoissairaanhoidon valinnanvapaudesta. Sen mukaan potilas voi kiireettömässä erikoissairaanhoidossa valita hoitavan yksikön kaikista Suomen julkisista sairaaloista."

11.6 Sote-uudistusta jatketaan sote-maakuntien pohjalta 2019

Itä-Savon sairaanhoitopiirin asema kävi sote-uudistuksen jatkuessa syksyllä 2019 epäselväksi. Vaihtoehtoja arvioitiin otsikolla **"Essoten kunnat uskovat maakunnalliseen yhteistyöhön, Sosterin kunnat tekevät parhaillaan päätöksiä katseet tiukasti Kuopiossa" (31)**

”Etelä-Savon sosiaali- ja terveyspalvelujen kuntayhtymän Essoten jäsenkunnat uskovat, että sote-palvelut järjestetään tulevaisuudessakin maakunnan sisällä. Savonlinnan suunnalla ääni on toinen: jo kaksi Sosterin jäsenkuntaa on päättänyt esittää sote-valmistelun suunnaksi Pohjois-Savoa.”

Sote-uudistuksen jatkuessa syksyllä 2019 haettiin puolueiden yhteistä vastuuta valtiosihteeri Maria Kaisa Aulan viestillä: **”Nyt ei ole varaa sote-sopan ylikiehumiseen tai pohjaan palamiseen – Siitä kantavat vastuuta kaikki puolueet” (32)**

”Sote-uudistuksen loppuun vieminen on tärkeää kansanvallan uskottavuuden kannalta, valtiovarainministeri Mika Lintilän (kesk.) valtiosihteeri Maria Kaisa Aula korostaa.

Edellisen hallituksen ajama sote-uudistus kaatui kalkkiviivoille alkuvuodesta. ’Sote-soppa’ on nyt saatava uudelleen kiehumään, mutta aiempaa paremmin tuloksin. Kuntien talouskehitys on lähivuosina uusien ennusteiden mukaan uhkaavan huono. Sosiaali- ja terveyspalveluiden järjestäminen nykymallilla ei ole kestävää myöskään ihmisten yhdenvertaisuuden kannalta, Aula sanoo.

Sote-uudistuksen valmistelu on käynnistynyt Antti Rinteen (sd.) hallitusohjelman mukaisesti. Aulan mukaan työ on alkanut sote-ministeriryhmässä hyvässä hengessä ja päämäärätietoisesti. Nyt ei ole varaa sote-sopan ylikiehumiseen tai pohjaan palamiseen. Siitä kantavat vastuuta kaikki puolueet yhdessä.”

Sote-alan järjestöille kaivattiin syksyllä 2019 osallistumismahdollisuuksia otsikolla **”Sote-sopan keittoon tarvitaan järjestölusikka” (33)**

”Rinteen hallituksen sote-uudistuksessa tavoitteena on vahvistaa perustason palveluja sekä siirtää painopistettä ehkäisevään työhön. Siis juuri siihen, mikä käytännön tasolla on olennaisilta osin järjestölähtöistä. Vertais-, palvelu- ja asiakasymmärryksikin kutsutua.

Tavoitteiden saavuttamiseksi sosiaali- ja terveysministeriö on käynnistänyt Tulevaisuuden sosiaali- ja terveyskeskus -ohjelman. Tähän liittyvä asetus sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämishankkeiden valtionavustuksista vuosina 2020–2023 on lausuntokierroksella juuri nyt. Hämmäntävää asetusluonnoksessa on se, että asetuksessa ei ole mainintaa hyvinvoinnin- ja terveyden edistämisen sisällöistä. Herääkin kysymys, onko sote-keittäjillä menneet puurojen ja vellien reseptit sekaisin.”

”Yhden sortin sote-soppa tämäkin, ministeriö pyysi kielenhuoltajien apua nimisotkuun – maakunta ei voi olla monen alueen nimi” (34)

”Kielenhuoltajat ovat pohtineet, millä nimellä kutsutaan alueita, jotka vastaavat sosiaali- ja terveyspalveluista sekä pelastustoimesta. Hallitusohjelmassa alueet nimettiin maakunniksi, mutta hallitusohjelmassa ei otettu kantaa nykyisten maakuntien liittojen nimiin. Nykyisin maakunnilla tarkoitetaan maakuntien liittojen 18 toimialuetta. Aiemmassa uudistuksessa nimiongelma ei noussut esiin, koska maakuntien liittojen tehtävät oli tarkoitettu siirtyä uusille maakunnille.

Kotimaisten kielten keskuksen (Kotus) suosittaa tulevien sote-järjestäjien nimeksi maakuntaa. Kotus perustelee suositustaan sillä, että mahdollisuuksien mukaan pitäisi hyö-

dyntää jo olemassa olevia ja vakiintuneita nimityksiä. Sote-palveluita järjestävät alueet tulevat jatkossa todennäköisesti olemaan kansalaisen kannalta keskeisin hallinnollinen yksikkö. Jos maakunta-sanaa ruvetaan käyttämään uusista sote-palveluita järjestävistä alueista, on maakunnan liitto kuitenkin korvattava uudella nimityksellä.”

Päijät-Hämeen maakunnassa haettiin sote-uudistukselle vaihtoehtoja, joita komentoitiin vuoden 2020 alussa tiukoilla otsikoilla: **”Vuosien työ uhkaa kaatua typerään valtapeliin – poliitikkojen sote-kupla puhkeamassa lopullisesti” (35)**

”Kunnat ja kansa eivät enää jaks loputonta soten vatvomista, kirjoittaa pääkirjoitustoitmittaja Timo Paunonen. Juha Sipilän hallituksen jälkeen sotea yrittää maaliin perhe- ja peruspalveluministeri Krista Kiuru Sanna Marinin hallituksessa. Odotellessa muun muassa Päijät-Hämeessä ollaan päätyvässä omiin ratkaisuihin.”

”Lausunnolle lähtevä sote-soppa porisee jo kuumana – Itä-Savon asemaa ei ole ratkaistu. Itä-Savon kunnat haluavat siirtyä Pohjois-Savoon, mutta keskusta ei halua hajottaa Etelä-Savoa” (36)

”Hallituksen ehdotus sote-uudistukseksi lähtee lausuntokierrokselle, mutta Etelä-Savon maakuntajako on edelleen ratkaisematta. Iso kiista liittyy Itä-Savon asemaan ja kysymyseen, voiko Etelä-Savon alueella edelleen jatkaa kaksi päivystävää keskussairaala.”

Syksyllä 2020 sote-sopalle ja koronapandemiallekin löytyi liittymäkohtia. **”Maskigate ja sotesoppa – jokin mättää isosti julkisen ja yksityisen yhteistyössä” (37)**

”Julkishallinnon ja yksityisten yritysten kumppanuus on juhlapuheiden kestoaihe. Jos nämä osapuolet eivät yhdistä voimiaan koronan kaltaisen ulkoisen shokin edessä niin milloin sitten?”

Elinkeinoelämän järjestöt ovat valitelleet pandemian alusta lähtien, että viranomaiset eivät ole ottaneet heitä mukaan taudin torjuntaan. Mahdollisuuksia on ollut. Esimerkiksi Huoltovarmuuskeskuksen kuuluisassa maskigatessa olisi voinut hyödyntää maan vientiyritysten toimitusketjuosaamista ja laadunvalvontaa.”

Sari Essayah toteaa kirjoituksessaan **”Sote-soppa taas porisemaan” (38)**, että

”Hallitus on keskuudessaan päässyt sopuun sote-uudistuksesta. KD näkee uudistuksen tarpeellisuuden, mutta valitettavasti tässäkin mallissa on useita kohtia, joita eduskuntakäsittelyssä on välttämätöntä parantaa.

Pääosin maakuntapohjalle rakennetut hyvinvointialueet ovat liian pieniä vastaamaan sosiaali- ja terveyspalveluiden täysipainoisesta järjestämisestä ja tuottamisesta, ja ne myös synnyttävät rahoitustarpeessa suurta satunnaisvaihtelua.

Kuten politiikassa niin usein, alueiden lukumäärästä väännettäessä ei enää kyse olekaan potilaan tai asiakkaan parhaasta, vaan alueellisesta vallanjaosta.

Sosiaali- ja terveydenhuolto olisi nähtävä investointina väestön hyvinvointiin ja toimintakykyyn. Investointina, joka parhaimmillaan tuottaa taloudellista hyötyä koko kansantaloudelle Siksi tätäkin sote-mallia arvioitaessa tärkein kysymys on, parantaako tämä väestön hyvinvointia vai toteuttaako vain poliittisia päämääriä.”

”Nämä ovat kuntavaalien tärkeimmät teemat; Kunnallisan kehittämissäätiön mukaan terveyspalvelut, vanhustenhuolto ja työllisyys kärjessä” (39)

Vanhustenhuolto oli johtava vaaliteema vuoden 2019 eduskuntavaaleissa. Se on johtava vaaliteema myös vuoden 2021 kuntavaaleissa Kunnallisan kehittämissäätiön (KAKS) teettämään kyselyn mukaan.

Kyselyn mukaan suomalaiset pitävät erittäin tai melko tärkeänä vaaliteemana seuraavia asioita: terveyspalvelut 93 %, vanhustenhuolto 89 %, työllisyys 89 %, kotikunnan talous ja velkaantuminen 87 %, lähiympäristön turvallisuus 86 %, syrjäytyminen, köyhyys 85 %, peruskoulut 84 %, tekniset palvelut 84 %, lukiot ja ammatilliset oppilaitokset 84 %, koronaepidemian torjunta 81 %.

Vähemmän tärkeät asiat ovat kunnallisten palveluiden kilpailuttaminen ja ulkoistaminen 54 %, kulttuuripalvelut 54 %, maahanmuutto 52 % ja kuntaliitokset 44 %. – Merkillepantavaa tuloksissa on se, että terveyspalvelut koetaan aiempaa tärkeämmäksi asiaksi, mutta sote-uudistus aiempaa vähemmän tärkeäksi, kehittämissäätiön tiedotteessa todetaan.

”Saarikko tarjoaa sote-uudistusta ratkaisuksi kuntien talousahdinkoon 2021” (40)

”Keskustan puheenjohtaja Annika Saarikko uskoo sosiaali- ja terveydenhuollon uudistuksen tarjoavan ratkaisun kuntien talousahdinkoon.

Hän arvioi STT:n kuntavaalihaastattelussa, että kun kuntien tehtävistä raskain ja vahvimmin säädelty osuus siirtyy maakunnille, jää kuntapäätäjille tilaa keskittyä kunnan omien aluevahvuuksien löytämiseen. Saarikon mielestä kuntaliitoskeskustelun sijaan kunnissa kannattaakin valmistautua rakentamaan oman kunnan idea uusiksi koosta riippumatta.”

Tulevaisuudessa isot kunnat päättävät myös pienten kuntien sosiaali- ja terveysasioista? Näin käy, mikäli sotelakiesitys toteutuu (41)

”Sote-lakiesityksen mukaan jokainen maakunta tulisi muodostamaan oman vaalipiirinsä hyvinvointialueiden aluevaltuustovaaleissa. Valittavassa aluevaltuustossa päätökset tehdään enemmistöperiaatteella. Aluevaltuustoissa ei ole kuntayhtymissä käytettyä äänikynnystä.

Suomessa on tiettävästi kuusi maakuntaa, jossa keskustaupungissa on yli puolet maakunnan asukkaista. Näissä maakunnissa on yhteensä 86 kuntaa, mutta on hyvin todennäköistä, että jokaisessa maakunnassa valtuutettujen enemmistö tulee keskustaupungista.

Monessa muussakin maakunnassa keskustaajungin asema on niin vahva, että ne voivat saada enemmistön sote-valtuustoon.”

Sosiaalibarometri 2021: Marinin hallituksen sote-uudistus saa edeltäjiään myönteisemmän vastaanoton sosiaali- ja terveysjohtajilta (42)

”Tuoreen Sosiaalibarometri 2021 mukaan eduskunnan käsittelyssä oleva sote-uudistus saa sosiaali- ja terveysjohtajilta myönteisemmän arvion kuin mikään aiemmista sote-esityksistä vuosina 2016–2019. Yli puolet vastaajista piti Marinin hallituksen uudistusesitystä erittäin hyvänä tai hyvänä ja vain kuusi prosenttia huonona tai erittäin huonona.”

Myönteisimmin suhtauduttiin sote-uudistuksen mahdollisuuksiin turvata yhdenvertaiset ja laadukkaat sote-palvelut sekä palvelujen saatavuuden ja saavutettavuuden parantamiseen. Kaikkein kriittisimmin sosiaali- ja terveysjohtajat suhtautuivat kustannusten hallintaan. ”Kustannusten nousun hillintä koettiin haastavaksi toteuttaa myös edellisessä sote-uudistusesityksessä. Marinin hallituksen esitys on edellistä yksinkertaisempi, mikä selittää, miksi se saa edeltäjiään myönteisemmän vastaanoton, todetaan tiedotteessa.”

Hus ryöpyttää hallituksen sote-esitystä: ”Tämä ei ole sote- vaan valtion-osuusuudistus” (43)

”HUS arvostelee uudistusta kovin sanoin. Suurin ongelma on rahoitusmalli. Uudenmaan näkökulmasta tämä ei ole sote- vaan valtionosuusuudistus. Husin hallitus ja Hus ovat huolissaan siitä, että virkamiehet joutuvat samalla valmistelevaan sote-uudistusta kun pandemia jatkuu. Husin hallitus on lähettänyt lausunnon eduskuntaryhmille korostaakseen, että merkittävästi potilaiden ja kansalaisten elämään vaikuttava lakiuudistus ansaitsee sekä paremman valmistelun että julkisen keskustelun sen sisällöstä ja seurauksista.”

Eduskunnan talous-, hallinto- ja valtiovarainvaliokunta antoivat huhtikuussa 2021 uudistuksesta ja uusien hyvinvointialueiden perustamisesta lausuntonsa, joissa uudistusta puolletaan. Asiasta tosin uutisoitiin otsikolla **”Valiokuntien sote-lausunnoista paistaa epävarmuus tulevasta – Opposition mielestä hallitus ohittaa kriittiset arviot” (44)**. Huolena ovat olleet mm. alueiden rahoitus ja kustannusten hallinta.

Lausunnoissa on pidetty hyvänä uudistuksen lähtökohtaa, jossa perusterveydenhuolto, erikoissairaanhoito ja sosiaalipalvelut siirtyvät pois kunnilta ja hyvinvointialue ottaa vastuun niiden järjestämisestä. Lausunnoissa tulee kuitenkin esille myös epävarmuus uudistuksen vaikutuksista pitimmällä aikavälillä.

Talousvaliokunnan mukaan on haasteellista ennakoida esimerkiksi sitä, millaiseksi soten kustannusrakenne ja palveluiden saatavuus lopulta muodostuvat. Talousvaliokunta huomauttaa myös, että osa hyvinvointialueista jää varsin pieneksi – toisaalta alueet ovat kookkaampia ja vähälukuisempia kuin tähän saakka järjestäjinä toimineet kunnat.

Valtiovarainvaliokunnan mukaan hyvinvointialueiden tuleva rahoitusmalli antaa riittävän hyvän lähtökohdan uudistukselle, mutta rahoitusmallin toimivuutta ja rahoituksen riittävyttä tulee arvioida. Kuntien veropohjassa tapahtuu erittäin suuria muutoksia, ”joiden vaikutuksista ei ole tässä vaiheessa täsmällistä tietoa”.

Perustuslakivaliokunta kelpuuttaa hallituksen sote-esityksen, mutta vaatii muutoksia kolmeen isoon asiaan (45).

”Perustuslakivaliokunta on saanut 21.5.2021 valmiiksi lausuntonsa hallituksen sote-esityksestä. Sote-uudistus on törmännyt viime hallituskausiin kerta toisensa jälkeen ongelmiin perustuslain kanssa, mutta nyt näin ei näyttäisi käyvän. Oppositio arvostelee esitystä rankasti. Perustuslakivaliokunta pitää hallituksen sote-esitystä perusoikeuksien ja valtiosäännön näkökulmasta ongelmattomana. Valiokunta edellyttää kuitenkin vielä muutoksia Helsingin asemaan, ulkoistamissopimusten mitätöintiin ja kuntien omaisuuden siirtoon hyvinvointialueille.”

Historiallinen sote-uudistus hyväksyttiin eduskunnassa (46). Sosiaali- ja terveyspalvelu-uudistus hyväksyttiin eduskunnassa äänin 105–77. Useiden hallituksen voimin yritetty uudistus on viimein hyväksytty. Äänestystulos tarkoittaa historiallista muutosta, jossa terveydenhuollon, sosiaalipalvelujen ja pelastustoimen järjestäminen siirtyy kunnilta hyvinvointialueille eli maakuntatasolle vuoden 2023 alussa.

Yhteenvetoa

Sote-uudistukseen liittyneiden kannanottojen ja kirjoitusten määrästä päätelleen kansalaisilla ja yhteisöillä on ollut hyvä mahdollisuus vaikuttaa näkemyksillään tuleviin muutoksiin. Sote-uudistuksen valmistelu on kestänyt prosessina harvinaisen pitkään jo yli 15 vuotta. Tässä katsauksessa kansalaiskeskustelun ja viranomaisviestinnän painopistealueet ovat eri vuosina vaihdelleet, kun uudistuskin on elänyt omaa vaiherikasta elämäänsä.

Viitteet

1. 14.05.2013 Forum24 -lehti / Mirja Vehkaperä
2. 20.9.2013 Talouselämä, puheenvuoro / Harri Laihon ja Harri Jalonen
3. 19.12.2013 STT / Ilta-Sanomat
4. 6.3.2014 Suomen kommunistinen puolue / Tuukka Koirikivi
5. 12.3.2014 Apulehti / Marja Aarnipuro
6. 06.12.2014 Ilkka/Pohjalainen
7. 17.9.2015 Terve.fi, blogikirjoitus
8. 6.11.2015 Lapin Kansa / Henripekka Kallio
9. 9.11.2015 MTV Uutisaamu
10. 12.11.2015 Aikamerkki.org / Sinikka Näätsaari
11. 14.12.2015 Turun Sanomat / Leena Korja-Kaskimäki
12. 31.5.2016 Helsingin Uutiset
13. 10.10.2016 Nuoriso- ja Liikunta-alan asiantuntijat ry / Kirsi Alastalo
14. 19.1.2017 Minna Isoaho / verkkouutiset.fi
15. 2.3.2017 Sitran puheenvuoro -julkaisu
16. 5.4.2017 Länsi-Suomi / Pääkirjoitus
17. 29.6.2017 Aamulehti / Anna Humalamäki
18. 12.10.2017 Kuntaliitto, blogikirjoitus / Aila Puustinen-Korhonen ja Tuula Kock

19. 19.10.2017 Aamulehti / Anita Simola
20. 25.10.2017 Elinkeinoelämän keskusliitto EK, blogikirjoitus / Ilkka Oksala
21. 28.10.2017 Kansan Uutiset / Li Andersson
22. 29.10.2017 Iltalehti / Juha Ristamäki
23. 15.12.2017 Kuntaliitto, blogikirjoitus / Marina Kinnunen
24. 21.3.2018 Maaseudun Tulevaisuus, lukijapalaute / Kaarlo Humaloja
25. 4/2018 Motiivilehti, Julkisten ja hyvinvointialojen liiton julkaisu
26. 11.5.2018 Kriminaalihuollon tukisäätiö / Jouko Karjalainen
27. 8.2.2019 Helsingin yliopisto / Ruralia-instituutin blogi / Pekka Hytinkoski
28. 8.3.2019 Uusi Suomi, blogikirjoitus / Reijo Helli
29. 9.3.2019 Satu Melkko blogikirjoitus
30. 6.4.2019 Tamperealainen / Petteri Mäkinen
31. 10.10.2019 Länsi-Savo
32. 15.10.2019 Suomenmaa / Pauliina Pohjola
33. 4.11.2019 Soste ry:n verkkojulkaisu / Niina Salo-Lehtinen
34. 12.12.2019 Yle Uutiset / Tiina Merikanto
35. 21.1.2020 Ilta-Sanomat / Timo Paunonen
36. 14.6.2020 STT / Yle
37. 5.10.2020 Taloustaito / Antti Oksanen
38. 26.10.2020 KD-lehti / Sari Essayah
39. 30.01.2021 Iltalehti / Mika Koskinen
40. 1.3.2021 MTV Uutiset / STT
41. 29.3.2021 Yle / Dani Branthin
42. 13.4.2021 MediUutiset
43. 16.4.2021 MediUutiset / Minna Karkkola
44. 1.5.2021 Helsingin Sanomat / Teija Sutinen
45. 21.5.2021 Yle Uutiset / Anne Orjala, Veli-Pekka Hämäläinen
46. 23.6.2021 Yle Uutiset / Ari Hakahuhta / Matti Koivisto

12 Palvelujen keskittäminen ja hajauttaminen

12.1 Sairaalahoidon keskittämisen ja hajauttamisen lyhyt historia

Sairaalahoidon ja yleissairaaloiden kehitys alkoi Suomessa 1700-luvun lopulla, jolloin sen aikaisten läänien pääkaupunkeihin perustettiin lääninsairaalat. Lääninsairaalaverkon täydentämiseksi rakennettiin lisäksi 1800-luvulla valtion ylläpitämiä yleisiä sairaaloita maan eri osiin. 1800-luvun lopulla osa kunnista alkoi perustaa myös pieniä sairastupia, joista muodostui myöhemmin kunnansairaloita.

Lääninsairaaloiden ja yleisten sairaaloiden yhdistymisten ja laajentumisten kautta perustettiin opetussairaala yliopiston alaisuuteen aluksi Turkuun, josta toiminta siirrettiin Turun palon jälkeen Helsinkiin 1835. Sittemmin 1900-luvun alussa käytiin sairaalalaitoksen yhteistoiminnasta ankaraa väantöä valtion ja kaupunkien kesken, mikä yllättävästi muistuttaa nykyistä Uudenmaan erillISRatkaisua ja siihen liittyviä ongelmia.

Suomeen säädettiin keskussairaalalaki 1943 ja 1948, minkä jälkeen myöhempinä vuosikymmeninä rakennettiin nykyinen keskussairaalaverkosto. Rakentamista ohjasi valtioneuvoston päätös keskussairaalapiireistä 1949 ja laki keskussairaaloiden rakentamisjärjestyksestä 1950 **(1)**.

Keskussairaaloiden ohella 1900-luvun alkupuolella oli toiminnassa myös erillisiä mielisairaanhoitopiirin ja tuberkuloosipiirin kuntainliittoja, jotka myöhemmin yhdistettiin keskussairaaloita ylläpitäviin sairaanhoitopiirin kuntainliittoihin ja myöhempiin kuntayhtymiin.

Sairaalarakentamisen ohella 1960-luvulla uusittiin lainsäädäntöä, jossa eräänä tärkeimmistä muutoksista tuli voimaan sairausvakuutuslaki. Vuonna 1972 tuli voimaan kansanterveyslaki, joka on ollut näihin päiviin saakka merkittävä sosiaali- ja terveyspoliittinen uudistus.

12.2 Sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistyötä kaivataan

Valtava-uudistuksella ja 1984 voimaan tulleella lailla sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelusta ja valtionosuudesta tavoiteltiin sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistyön parantamista ja sosiaalipalvelujen saamista tasavertaiseksi terveydenhuollon kanssa. Nämä tavoitteet ovat edelleenkin vuoden 2021 sote-uudistuksessa varsin ajankohtaisia.

Viime vuosikymmeninä erityisen vaativia, erityisosaamista vaativia ja harvinaisia hoitoja on keskitetty yliopistosairaaloihin ja eräiden hoitojen osalta vähempään kuin viiteen yliopistosairaalaan tai vastaavaan muuhun sairaalaan. Uusien menetelmien ja laitteiden käyttöönotto on usein keskitetty yliopistosairaaloihin, joista saatujen kokemusten perusteella niiden käyttö on taas vuorostaan hajautunut muualle terveydenhuollon toimipisteisiin. Toisaalta perusterveydenhuollossa ja keskussairaaloissa on kehitetty paljon uusia toimintamalleja, jotka ovat siirtyneet laajempaan valtakunnalliseen käyttöön, usein pienemmän mediakohun saattelemina.

12.3 Keskittämisasiasetus

Sote-uudistusten valmistelun yhteydessä voimaan tuli valtioneuvoston asetus erikoissairaanhoidon työnjaosta ja eräiden tehtävien keskittämisestä (582/2017). Tämä keskittämisasiasetuksen nimellä tunnettu asetus oli uusi ohjausmekanismi, jolla terveydenhuollon yksikön toimenpiteiden ja leikkausten vähimmäismäärien avulla pyrittiin parantamaan toiminnan laatua ja potilasturvallisuutta. Samalla keskittämisasiasetus on rajoittanut aluesairaaloiden ja pienten keskussairaaloiden toimintaa varsinkin toimenpidevaltaisilla erikoisaloilla.

Laadun ja potilasturvallisuuden nimissä asetus on siten toiminut voimakkaana toimintaa keskittävänä ajurina, jonka haittapuolena on ollut useissa keskussairaaloissa erikoislääkäreiden rekrytointiongelmia sekä päivystystoiminnan vaikeutuminen.

Keskittämisasiasetus on vaikuttanut erikoissairaanhoidossa sairaaloiden väliseen työnjakoon ja on edellyttänyt uusia yhteistyömuotoja. Suomen pitkien etäisyyksien takia toimenpiteiden voimakas keskittäminen ei ole potilasturvallisuuden kannalta aina etu, koska hoidon saatavuus voi alueellisesti myös heikentyä ja eriarvoistua.

12.4 Keskittämisasiasetus muuttuu 2021

Keskittämisasiasetusta muutettiin 15.1.2021 siten, että keskussairaaloissa voidaan jälleen tehdä vaativampia kirurgisia leikkauksia. Esimerkiksi joidenkin syöpätyyppien leikkaushoidot poistettiin yliopistosairaaloihin keskitettävän erikoissairaanhoidon listalta. Niitä voi vastedes tehdä tietyin edellytyksin myös keskussairaaloissa.

Lisäksi erityisvastuualueilla voidaan osin sopia tiettyjen leikkausten sairaalakohtaisten lukumäärien alittamisesta, jos edellytykset muuten täyttyvät. Asetuksessa määritellyt sairaalakohtaiset leikkausten lukumäärät voidaan alittaa tekonivelkirurgiassa, selkäkirurgiassa sekä rinta-, peräsuoli-, paksusuoli- ja munuaissyövän leikkauksissa, jos se on tarpeen etäisyyksien ja väestön palvelutarpeen vuoksi.

Asiasta on sovittava erityisvastuualueen erikoissairaanhoidon järjestämissopimuksessa. Riittävä ympärivuorokautinen päivystys sekä laatu, potilasturvallisuus, osaaminen ja hoidon kokonaisuus on varmistettava yhteistyössä yliopistosairaalan kanssa. Ministeriön mukaan päivittämisen tavoitteena on varmistaa kirurginen päivystysvalmius eri puolilla Suomea tinkimättä laadusta, vaikuttavuudesta ja potilasturvallisuudesta.

Asetusmuutoksen yhteydessä Vaasan sairaanhoitopiirille on varattu asiakas- ja potilasturvallisuuden kehittämisen ja suunnittelun kansallisen yhteensovittamisen tehtävät. Asetuksella on pyritty edistämään alueellista työnjakoa. Asetuksessa luetellaan myös vain yliopistosairaaloihin keskitettävät tehtävät.

Muutoksella on voitu turvata keskussairaaloiden päivystyskyky. Perusteluna todettiin, että päivystystyöhön ei saada kirurgeja ja muuta henkilökuntaa, jos heillä ei ole riittävästi ammattia vastaavaa tekemistä päiväaikaan. Vaikka keskittämisasiäsetuksen muutosta on pidetty sairaanhoitopiireissä oikean suuntaisena muutoksena, asetukseen on nähty liittyvän edelleen ongelmia.

Lääkärit karkaavat keskussairaaloista, päivystys vaarassa – pieni helpotus voimaan 15.1.2021 (2)

Monet sairaanhoitopiirit pitävät keskittämisasiäsetukseen tehtyjä muutoksia tervetulleina, mutta ne näkevät asetuksessa yhä isoja ongelmia.

Keskittämisasiäsetuksen muutokset antavat hieman liikkumatilaa vaikeampien leikkausten järjestämiseen.

Monet lääkärit näkevät, että asetus uhkaa silti muiden kuin yliopistosairaaloiden tulevaisuutta.

”Asetus johtaa maakuntien välillä potilaiden hoidon eriarvoistumiseen”, kardiologit arvioivat.

STM:n tilaaman ulkopuolisen selvityksen mukaan osassa sairaanhoitopiirejä ja tietyillä erikoisaloilla erikoislääkäreiden rekrytointi vaikeutui samaan aikaan, kun keskittämisasiäsetus ja päivystysuudistus tulivat julki. Lääkärit ovat keskittyneet yhä enemmän maakuntiin, joissa on yliopistollinen sairaala.

Keski-Suomen sairaanhoitopiiri on kokenut joutuneensa kärsijäksi asetusmuutoksessa, koska asetuksesta on poistettu ”Jyväskylä-pykälä”. Tällä on tarkoitettu keskittämisasiäsetuksessa aiemmin ollut mainintaa tiettyjen vaativien toimenpiteiden keskittämisestä viiteen yliopistolliseen sairaalaan tai ”erityisistä syistä muuhun vastaavan tasoiseen sairaalaan”. Kuopion yliopistosairaalan erityisvastuualueella asiaan ei löytynyt yhteistä näkemystä. Osa vaativista leikkauksista jouduttaneen keskittämään Kuopioon, vaikka leikkausmäärät Jyväskylässä ovat osin jopa korkeampia kuin yliopistosairaalassa.

Keskittämisen ongelmaksi on koettu mahdolliset hoitoon pääsyn viiveet ja toimiviksi todettujen hoitoketjujen katkeaminen. Kirurgian lisäksi keskittämiseen liittyneitä ongelmia on esiintynyt mm. kardiologiassa. Useissa päivystävissä keskussairaaloissa toimenpiteitä suorittavien kardiologien rekrytoinnissa on ollut vaikeuk-

sia, ja virka-aikana on jouduttu turvautumaan ostopalvelukardiologeihin, jotka eivät osallistu päivystämiseen.

12.5 Ammattitaidon ylläpitäminen ja kehittäminen haasteena

Lääkäriliiton toiminnanjohtaja Kati Myllymäki on kommentoinut asetusmuutosten menneen oikeaan suuntaan, ja helpottavan hieman pienempien sairaaloiden ahdinkoa.

Edelleen jatkuu kuitenkin huoli siitä, säilyykö tulevaisuudessa pienempien keskussairaaloiden päivystysvalmius – ja saavatko sairaalat pidettyä kiinni osaavasta henkilökunnastaan.

Vuoden 2018 alussa voimaan astunut päivystysasetus velvoittaa 12 laajan päivystyksen sairaalaa tarjoamaan tiettyjen erikoisalojen ympärivuorokautista päivystysvalmiutta. Samalla keskittämisesetuksen myötä tiettyjä vaativia toimenpiteitä ei saa päiväsaikaan tehdä muualla kuin viidessä yliopistosairaalassa.

Tulevaisuudessa erikoissairaanhoidon voimakkaan keskittämisen riskitekijänä on maakuntien eriarvoistuminen. Tällä puolestaan voi olla huomattavia vaikutuksia maakuntien aluetalouteen ja huoltovarmuuteen.

Hoidon voimakas keskittäminen voi pahimmillaan johtaa siihen, että potilas saa yliopistosairaaloissa uudistusten vuoksi tai niistä huolimatta erilaista hoitoa kuin keskussairaaloissa. Tästä taas seuraisi potilasturvallisuus- ja laatuongelmia, joita keskittämällä juuri on pyritty korjaamaan.

Viitteet

1. Keskussairaaloiden esihistoria. Kirjassa: Kauppinen I. 30 vuotta keskussairaaloiden yhteistointia. Keskussairaalapiirien liitto 1987.
2. 15.1.21 Iltalehti / Hanna Gråsten

13 Omistajaohjaus, palveluverkon uudistaminen ja Rawls

Kainuun sotien ja muiden vastaavien kuntayhtymien yksi strateginen haaste on niin sanottu omistajaohjaus. Niin kunnissa, kuntayhtymissä kuin tulevaisuuden hyvinvointialueissa omistajaohjaus ilmaisee ne periaatteet ja toimenpiteet, jotka tulee ottaa huomioon. Toimenpiteet huomioidaan mm. perustamissopimuksissa, yhtiöjärjestyksissä, sopimuksissa ja henkilövalinnoissa (ks. kuntalaki 401/2015 46 §).

Omistajaohjaus on jännitteinen ja osin ristiriitainen ilmiö. Maakuntien ohjausmallien (Leskelä ym. 2018, 95–96) selvityksen (1) keskeinen havainto on, että hierarkkisessa budjettiin ja hallintosääntöön (kuten kuntayhtymät) perustuvassa ohjausmallissa on haasteita, joita ei kyetä käytännössä ratkaisemaan tyydyttävällä tavalla. Budjettiin perustuvissa ohjausmalleissa ei ole ollut julkisella puolella kannustimia ja sopimusohjauksen haasteita ovat olleet tilaajaosaamisen hidas kehitys sekä poliittinen ohjaus sekä tuottajan että tilaajan toiminnassa. Lisäksi keskeinen haaste on ollut tavoitteiden vastakkaisuus: järjestäjä haluaa mahdollisimman korkean laadun ja mahdollisimman pienet kustannukset, kun sopimusohjauksessa tuottaja haluaa maksimoida liikevoiton sekä budjettiohjausmallissa minimoida resurssit ja tuotannon. (mt.)

Omistajaohjaus voidaankin nähdä usean tason ilmiönä: kuntayhtymässä omistajaohjaus ulottuu valtuuston lisäksi omistajakuntien tekemiin ratkaisuihin ja periaatteisiin. Sote-uudistuksen myötä tulevaisuudessa uutena tasona tai ulottuvuutena sosiaali- ja terveydenhuoltoon vaikuttaa myös valtion omistajaohjaus, joka on aikaisempaa suurempaa (mm. maakuntien ja ministeriöiden ohjausneuvottelut).

Kainuun sotien alueella omistajaohjauksen jännitteisyys ja ristiriidat ovat tulleet kauniilla tavalla esille niin pienissä kuin suurissa palveluverkon muutoksissa ja murrosvaiheissa. Esimerkiksi Puolangan kunta päätti järjestää sote-palvelut omalla toimintana ja ulkoisti palvelut yksityiselle palveluntuottajalle vuoden 2013 alussa, kun Kainuun sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymä aloitti toimintansa ja aikaisemman erillislain voimassaolo päättyi murrosvaiheen järjestelyinä.

Kuntayhtymän ja alueen kuntien välillä on aika ajoin ollut aloitteita yksittäisten sosiaalipalveluiden järjestämisestä kunnan toimesta (mm. kuntouttava työtoiminta), vaikka ns. paras lainsäädäntö (169/2007) velvoittaa järjestämään sosiaali- ja terveydenhuollon vähintään 20 000 asukkaan väestöpohjalla. Usein intressinä näissä neuvotteluissa on usein ollut palvelun kytkeytyminen kunnan talouteen: Kainuun alueella kunnat vastaavat työmarkkinatuen kuntaosuuden rahoituksesta. Tältä osin keskiössä ei ole ollut kuntalaisten palvelutarpeet, vaan palvelujärjestelmän rahoitukseen liittyvä kannustin. Myös Kainuun kuntien (järjestäjä) omistajaohjaus Kainuun sotien (tuottaja) suuntaan on ollut taloudenhoidon näkökulmasta samoja periaatteita noudatteleva viime vuosina.

Käytännössä omistajaohjaus on toteutunut siten, että kuntayhtymän talousarvioraamille on varsin mekaanisesti arvioitu sote-menojen negatiivinen kasvuprosentti, johon kuntayhtymän palvelutoiminta tulee sopeuttaa (vrt. esimerkiksi sijoitettun pääoman tuotto-odotus yrityksissä). Oman haasteensa neuvotteluihin on tuonut se, ettei kuntayhtymän perussopimuksen mukaisissa neuvotteluissa ole useinkaan ollut halukkuutta tinkiä sote-palveluiden korkeasta laadusta ja palvelutasosta. Huomionarvoista on se, että myös tulevassa sote-uudistuksessa odotuksia on asetettu sote-menojen kustannusten hillinnälle, joskin menettelytavat ovat hieman erilaiset kuin tällä hetkellä Kainuun sotessa.

Vastaavan kaltaisen resurssiohjauksen on jo aikaisemmissa selvityksissä ja tutkimuksissa havaittu aiheuttavan monia ongelmia. Esimerkiksi epärealistiset talousarviot toimivat palveluiden kehittämistä vastaan kahdella tavalla. Ensinnäkin ne antavat paikallismedialle uutisia, joiden mukaan kuntayhtymään ei voi luottaa, koska sille annettu talousraami ei riitä ja lisätalousarviot ovat vakio uutisia. Tämä voi luoda kuntalaisille kuvan siitä, että palvelut ovat huonosti johdettuja ja kalliita. Toiseksi alibudjetointi opettaa johtajille, että kuntien asettamat raamit ovat epärealistisuudessaan sellaisia, ettei niitä tarvitse noudattaa (Laine ym. 2011, 42) **(2)**.

13.1 Havaintoja kipupisteistä

Terveydenhuollon järjestämissuunnitelman liitteenä olevasta ns. ruksilistasta palveluiden järjestämisestä Kainuun alueella on noussut periaatteellinen ydinkysymys. Ruksilista nähdään omistajakuntien näkökulmasta usein palveluiden tuottamista ja järjestämistä ohjaavana asiakirjana. Tämä siitä huolimatta, että ylintä päätösvaltaa kuntayhtymässä käyttää yhtymävaltuusto.

Ruksilista lisäksi on sosiaali- ja terveydenhuollon palveluiden järjestämisen ja tuottamisen näkökulmasta puutteellinen, vanhentunut sekä tarkkuustasoltaan vaatimaton. Tilanne on vähintäänkin paradoksaalinen: edellisellä valtuustokaudella hyväksytyn ja voimassaololtaan vanhentuneen suunnitelman liitettä ei saa poistaa järjestämissuunnitelmasta, ennen kuin uusi suunnitelma on hyväksytty. Tämä on hyvä esimerkki usein näkymättömistä julkishallinnon transaktiokustannuksista, jotka liittyvät omistajaohjaukseen ja sopimusjärjestelyihin sekä niiden valvontaan.

13.2 Kuntayhtymän perussopimus omistajaohjauksen välineenä

Omistajaohjaus kiteytyy osaltaan kuntayhtymän perussopimuksessa, minkä vuoksi on aiheellista tarkastella myös perussopimukseen liittyviä haasteita. Kainuun soten voimassa oleva perussopimus on hyväksytty 1.1.2015 alkaen. Perussopimuksessa on muutama huomionarvoinen periaatteellinen linjaus, jotka osaltaan heijastuvat kuntayhtymän toimintaan ja suunnitteluun. Sopimuksen 3 §:n mukaan kuntayhtymän toiminta-ajatuksena ja tehtävänä on järjestää kuntien puolesta laissa säädetty erikoissairaanhoito ja kehitysvammaisten erityishuolto niiltä osin, kuin kunnat eivät järjestä sitä omana palvelunaan tai järjestävät sen muulla tavalla sekä

jäsenkuntien puolesta kuntouttavan työtoiminnan ja koulupsykologipalvelut, sekä kaikki muut lakisääteiset sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut lukuun ottamatta lasten päivähoitoa.

Huomionarvoista on talousohjaus ja perussopimuksen mukainen neuvottelumenettely. Talousohjauksen näkökulmasta kuntayhtymä käy vuosittain kuntakohtaiset neuvottelut jäsenkuntien kanssa seuraavan vuoden talousarviosta (14 §), asukkaiden palveluista ja niiden mahdollisista muutoksista sekä kuntayhtymän yhteistyössä kuntien kanssa tekemistä tehtävistä. Aikaisempien vuosien ylijäämäisten tilinpäätösten jälkeen tulos on ollut viime vuosina alijäämäinen.

Talousarvion laadinnan näkökulmasta suunnittelukausi voi näyttää tyypistyvän vuoteen, eikä taloussuunnittelukauden muita vuosia juurikaan käsitellä. Tämä tulee esille myös yli-/alijäämän käsittelyssä: perussopimuksen mukaan kuntayhtymään ei kerry yli- eikä alijäämää. Neuvottelumekanismi on myös kuntakohtaista tarkastelua suosiva. Kun neuvottelut käydään kunnittain, ei kokonaisnäkömyksen muodostaminen ole helppoa omistajien tai yksittäisen luottamushenkilön näkökulmasta.

Kuntayhtymän perussopimuksesta myös puuttuu eräs kirjaus, joka löytyy useimmista muista kuntayhtymistä. Tämä kirjaus liittyy kuntalain määräykseen arviointimenettelystä kuntayhtymässä (119 §). Tämän kuntalain ns. perälautamääräyksen on tarkoitus selkeyttää tilannetta, mikäli kuntayhtymä ei onnistu tasapainottamaan talouttaan kuntalaissa säädetyssä määräajassa. Useissa muissa kuntayhtymissä tähän tilanteeseen on varauduttu siten, että mikäli omistajat eivät hyväksyisi ulkopuolisen selvityshenkilön suunnitelmaa, omistajakunnat kattavat alijäämät (ks. esim. Siun soten perussopimus).

Kainuun sotessa tällaista kirjausta ei periaatteessa tarvita, koska kuntayhtymään ei voi kertyä alijäämää. Voi myös ajatella, että perussopimuksen kirjaus tiivistää alueellista yhteistyötä – ongelmat ja erimielisyydet on ratkaistava paikallisesti ilman ulkopuolisia selvityshenkilöitä. Toisaalta yksittäinen omistajakunta voi joutua kuntalain 118 § mukaiseen arviointimenettelyyn, mutta kuntayhtymä ei.

13.3 Tietämättömyyden verho avuksi?

Yksi vaihtoehto pattitilanteen ratkaisemiseksi olisi sellaisen suunnittelutilaisuuden järjestäminen, jossa tasa-arvoisen yhteiskunnan koko tulevaisuus on pohdittavana maakunnan näkökulmasta. Yhteiskuntafilosofi John Rawls (1988) on esittänyt oikeudenmukaisuusteoriassaan kuvauksen kuvitteellisesta alkuasetelmasta, jossa sovittaisiin kaikille reilusta sopimuksesta. Rawlsin keskeinen idea **(3)** on, että suunnittelu tulisi tehdä ns. tietämättömyyden verhon takaa (Veil of Ignorance), jolloin kukaan tilanteeseen osallistujista ei tiedä identiteettiään (paikka yhteiskunnassa, luokka-asema, sosiaalinen status) eikä osallistujat tiedä luontaisten avujen tai kykyjen jakautumista, eivätkä näkemään oman hyvän käsityksiään tai erityisiä sielun taipumuksiaan (Rawls 1988, 20).

Rawlsin mukaan alkuasetelmassa järkevät ihmiset valitsisivat kaksi hieman erilais-
ta periaatetta: Ensiksi perusoikeudet ja -velvollisuudet jaetaan tasan ja kaikilla on
yhtäläinen oikeus mahdollisimman laajaan perusvapauteen, joka on sovitettavissa
muiden samanlaisen vapauden kanssa.

Toinen periaate on se, että yhteiskunnalliset ja taloudelliset eriarvoisuudet on jär-
jestettävä siten, että niistä on odotettavissa etua jokaiselle ja että ne liittyvät kaikil-
le avoimiin asemiin ja virkoihin. Kahden periaatteen takia esimerkiksi muutamien
suuremmat etuudet voidaan sallia vain ja ainoastaan jos sen ansiosta heikommassa
asemassa olevien tilanne paranee (ns. eroperiaate). (mt. 21, 46)

Rawlsin idean toteuttaminen käytännössä ja elävässä elämässä on haasteellista.
Kunnallisessa päätöksenteossa esille tulevat mm. odotukset omia äänestäjiä koh-
taan, puolueiden erilaiset painotukset sekä kunnan edun ajaminen, kuten edellä
kuvattiin. Toisaalta Rawlsin periaatteita olisi mahdollista myös yrittää sisällyttää
palvelujärjestelmän ja palveluverkon suunnitteluun.

On syytä pohtia, olisiko paikallinen ja alueellinen palvelujärjestelmä merkittävästi
erilainen, mikäli se olisi suunniteltu sellaisen pöydän äärellä tai sellaisia suunnitte-
lumekanismeja hyödyntäen, missä osallistujat eivät tiedä paikkaansa yhteiskun-
nassa.

Myös palvelujärjestelmän priorisointia olisi mahdollista tehdä vastaavalla tavalla:
esimerkiksi sosiaalihuollon määrärahasidonnaiset palvelut olisi mahdollista aset-
taa etusijajärjestykseen. Tällä hetkellä tähän ei ole kuitenkaan ole ollut halukkuut-
ta eikä kyvykkyyttä – juustohöylä on käytännöllisenä suunnittelutyökaluna ja rat-
kaisuna ollut yksinkertaisempi. Heikoimmassa asemassa olevan näkökulmasta
nykyistä sopimusmallia voidaan pitää onnistuneena.

Kuntayhtymän perussopimus turvaa palvelut ilman vaaraa arviointimenettelystä
ja kuntien edunvalvonta on heikentänyt kuntayhtymän mahdollisuuksia tehdä
merkittäviä muutoksia palvelujärjestelmään. Nähtäväksi jää, minkälaisen murrok-
sen tuleva hyvinvointialueuudistus tullessaan mahdollistaa. Jos kunnissa ja tulevil-
la hyvinvointialueilla halutaan pyrkiä parempaan omistajaohjaukseen, on se mah-
dollista.

Yhdistämällä esimerkiksi Rawlsin tietämättömyyden verho Delfoi-menetelmään
tai ns. Nominal Group Technique (NGT) -menetelmään, omistajaohjaukseen olisi
löydettävissä uusia avauksia. Tietotekniikka ja erilaiset sähköiset oppimisalustat
mahdollistavat tietämättömyyden verhon toteuttamisen käytännössä – mikäli niin
haluamme.

Viitteet:

1. Leskelä R-L, Rissanen A, Tolkki H, Valtakari M, Uusikylä P, Ranta T. Maakunnan ohjausmal-
lit – MOHJU. Helsinki: Valtioneuvoston kanslia, 2018. Internetissä
<http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-287-537-2>
2. Laine T, Airaksinen J, Kyösti A, Härkönen H. Raamit kaulassa. Rakenteet ja johtaminen sosi-
aali- ja terveydenhuollon yhteistoiminta-alueilla. Kuntaliitto, Helsinki 2011.
3. Rawls J. Oikeudenmukaisuusteoria. Suom: Terhi Pursiainen. WSOY, Juva 1988.

14 Erityisvastuualueiden yhteistyö

Erityisvastuualueet (ERVA-alueet) on määritelty lainsäädännössä (Valtioneuvoston asetus erityistason sairaanhoidon erityisvastuualueista 156/2017) siten, että ne muodostuvat yliopistosairaaloita ylläpitävän kuntayhtymästä ja sen kanssa yhteistyössä toimivista alueen muista sairaanhoitopiirien kuntayhtymistä.

Suomen viiden yliopistosairaalan (Helsingin, Kuopion, Oulun, Tampereen ja Turun) vaikutusalueella toimivat erityisvastuualueet ovat lain edellyttämiä valtakunnallisia ja alueellisia yhteistyötahoja, jotka eivät kuitenkaan ole voineet toimia itsenäisinä päätöksentekijöinä (ns. juridisina tahoina) ohi sairaanhoitopiirien päätöksenteon.

Puhekielessä erityisvastuualueista on käytetty myös käsitettä 'miljoonapiiri' kullekin alueelle sijoittuvan noin miljoonan asukkaan perusteella. Valmisteilla olevassa uudessa lainsäädännössä alueista käytetään käsitettä yhteistoiminta-alue (YTA).

ERVA-alueilla on merkittäviä lakisääteisiä tehtäviä, jotka on määritelty terveydenhuoltolaissa (1326/2010):

Erityisvastuualueen sairaanhoitopiirien on järjestettävä yhteistyössä alueensa erikoissairaanhoidon. Erityisvastuualueen sairaanhoitopiirien on yhteistyössä huolehdittava samaan erityisvastuualueeseen kuuluvien kuntien ja sairaanhoitopiirien tarvitsemasta ohjauksesta ja neuvonnasta erikoissairaanhoidon antamisessa, terveydenhuollon henkilöstön täydennyskoulutuksessa sekä tieteellisen tutkimuksen ja kehittämisen järjestämisessä.

Erityisvastuualueen sairaanhoitopiirien on yhteistyössä suunniteltava ja sovitettava yhteen alueensa erikoissairaanhoidon palvelujen tuotanto, tietojärjestelmäratkaisut, lääkinnällinen kuntoutus ja erilaiset hankinnat. Lisäksi erityisvastuualueen sairaanhoitopiirien on sovitettava yhteen koulutusviranomaisten ja työhallinnon kanssa terveydenhuollon henkilöstön perus-, jatko- ja täydennyskoulutusta sekä maakuntien liittojen kanssa työvoiman kysyntää ja koulutustarjontaa.

Yliopistosairaaloiden tärkeänä tehtävänä on terveydenhuollon valtakunnallinen koordinaatio ja yhteistyö niissä toiminnoissa, joissa millään yksittäisellä sairaanhoitopiirillä tai muulla toimijalla ei ole mahdollisuutta tilanteen kokonaisvaltaiseen hallintaan.

Kokonaisuuden kannalta tärkeitä ovat palvelujen keskittäminen vaativissa, harvinaisissa ja erityisosaamista vaativissa hoidoissa. Yksittäisen potilaan kannalta voi olla huojentavaa tietää, että näissä tilanteissa hoitopäätökset perustuvat valtakunnalliseen linjaukseen eikä satunnaiseen mielipiteeseen.

14.1 Virtuaalisairaala-hankkeesta Terveyskylä-palvelukokonaisuuteen

Valtakunnallisesti kansalaisille saatiin tietoverkossa käyttöön Terveyskylä-palvelukokonaisuus vuosina 2016–2018 toteutuneen yhteishankkeen tuloksena. Kyseessä oli HUS:n koordinoiman ja Suomen yliopistollisten sairaanhoitopiirien yhdessä tuottaman Virtuaalisairaala -hankkeen jatkokehitys, jolla on ollut mahdollista tarjota kansalaisille ja palvelujen tuottajille digitaalisia etäpalveluja.

Sosiaali- ja terveysministeriö myönsi Virtuaalisairaala 2.0 -hankkeelle avustuksen hallitusohjelman Digitalisoidaan julkiset palvelut -kärkihankkeelta vuosille 2016–2018. Yliopistolliset sairaanhoitopiirit ovat osallistuneet samoin omalla rahoituksella.

Kehityksen tuloksena on saatu toimiva ja laaja Terveyskylä -verkkopalvelu (1). Terveyskylä on asiantuntijoiden yhdessä potilaiden kanssa tuottama erikoissairaanhoidon julkinen verkkopalvelu, joka tuo terveydenhuollon palveluja kansalaisten ulottuville yleisimmissä ongelmissa asuinpaikasta riippumatta.

Terveyskylän palvelujen kautta potilailla on mahdollisuus saada tietoverkon kautta ohjausta ja tukea yleisimpien kansansairauksien ennaltaehkäisyyn, hoitoon ja kuntoutukseen. Myös terveydenhuollon ammattihenkilöt voivat käyttää palvelua ja sen sähköisiä työkaluja oman työnsä tukena.

14.2 Länsirannikon yliopistosairaala

Varsinais-Suomen, Satakunnan ja Vaasan sairaanhoitopiirit ovat selvittäneet yhteisen yliopistosairaalan perustamista. Länsirannikon yliopistosairaala yhdistäisi Turun, Porin ja Vaasan sairaalat saman hallinnon alle. Sairaanhoitopiirien teettämän selvityksen mukaan ensin tarvittaisiin kuitenkin laki, joka mahdollistaa maakuntien yhteisen liikelaitoksen.

Suunnittelun alkuvaiheessa Länsirannikon yliopistosairaala on jakanut näkemyksiä: "Hanke toteutuu vain, mikäli tuleva hallinto on kaikkien hyväksyttävissä" (2). Varsinais-Suomen, Satakunnan ja Vaasan sairaanhoitopiirien luottamushenkilöt ovat suhtautuneet vaihtelevasti selvitykseen Länsirannikon yliopistosairaalan perustamisesta. Toisaalta päätöksenteon pelätään karkaavan päättäjiltä, toisaalta yhteistyössä nähdään mahdollisuuksia. Varsinais-Suomen, Satakunnan ja Vaasan sairaanhoitopiirit ovat yhdessä kuuluneet Turun erityisvastuualueeseen eli niin sanottuun miljoonapiiriin vuodesta 2013, kun Pohjanmaa (Vaasan sairaanhoitopiiri) siirtyi Tampereelta Turun alaisuuteen.

Turun yliopistollisen keskussairaalan (TYKS) on pelätty jäävän tulevaisuudessa yksinään liian pieneksi. Satakunnan keskussairaalan ja Vaasan keskussairaalan tuella on mahdollista lisätä lääkärikoulutuksen käytännön harjoittelua, erikoistumiskoulutusta ja tutkimusta. Kuitenkin mitä kauemmas Turusta mennään, sitä

suuremmalla varauksella yhteistyöselvitykseen on suhtauduttu. Päätösvallan karkaaminen on ollut peikkona varsinkin Pohjanmaalla.

Yle uutisoi 22.1.2018, että Länsirannikon yhteinen yliopistosairaala olisi hyvä juttu, jos lakeja muutetaan **(3)**. Selvitys ei tyrmää Länsirannikon yhteistä yliopistosairaala, mutta osoittaa sen haasteet ja heikkoudet. Selvityksessä todetaan, että päätöksiä Länsirannikon yliopistollisen sairaalan perustamisesta on mahdollista tehdä, kun selvyys maakunta- ja sote-uudistuksesta on saatu.

Vaikka Länsirannikon yhteinen yliopistosairaala ei ole näyttänyt kovin todennäköiseltä, voimien yhdistämisestä oli saatavissa merkittäviä hyötyjä. Toiminnan laatu, potilasturvallisuus, kustannustehokkuus sekä opetus- ja tutkimustoiminta hyötyisivät. Myös ympärivuorokautinen päivystys ja alueen ruotsinkieliset palvelut voitaisiin selvityksen mukaan turvata. Yhteinen yliopistosairaala olisi siis varsin tarkoituksenmukainen.

Selvityksen perusteella nykyisen lainsäädännön tai valmisteltavana olevan lainsäädännön mukaan yhteistyömallina voisi olla osakeyhtiö tai osuuskunta. Liikelaitosmallissa ongelmana olisi ylimmän päätäntävällän keskittyminen isäntämaakunnalle, vaikka jokaisella maakunnalla tulisi olla omaa päätösvaltaa varsinkin erikoissairaanhoidon järjestämiseen ja kustannuksiin.

14.3 Pirkanmaan ja Kanta-Hämeen Kahdeksan tähden sairaala -hanke

Pirkanmaan ja Kanta-Hämeen sairaanhoitopiireissä käynnistettiin 2017 selvitys sairaanhoitopiirien keskinäisen yhteistyön tiivistämisestä. Hankkeen nimenä oli ”Kahdeksan tähden sairaala” **(4)**. Yhteistyön tavoitteena oli tarjota laadukasta erikoissairaanhoidoa yhä useammalle suomalaiselle sekä luoda Suomeen entistä vahvempi ja kilpailukykyisempi terveydenhuollon palveluntuottaja.

Hankkeen perusteluna todettiin, että hoidon laadun, asiakaskokemuksen ja potilasturvallisuuden parantaminen vaativat tulevaisuudessa yhä suurempien kokonaisuuksien yhteistoimintaa. Myös kilpailu potilaista ja osaavasta henkilökunnasta oli edelleen lisääntymässä. Sairaanhoitopiireillä oli ollut aiemmin hyviä kokemuksia strategisesta ja käytännön yhteistyöstä useissa palveluissa.

Yhteisomistukseen perustuvan toiminnan oli todettu antavan hyvät mahdollisuudet ripeään kehittämiseen. Toiminnan yhdistäminen muillakin erikoissairaanhoidon osa-alueilla voisi siten luoda potilaiden kannalta merkittävän ja kilpailukykyisen kokonaisuuden, joka rakentuisi maakuntien sairaaloiden muodostaman kahdeksan toimipisteen varaan. Myös maakuntavalmistelu kytkettiin selvitykseen mukaan, koska tavoitteena oli huomioida erikoissairaanhoidon lisäksi yhteistyö alueen muun sosiaali- ja terveydenhuollon kanssa.

Ylimaakunnallisen yhteistyön järjestämismuotoina olivat mahdollisia esimerkiksi yhteisesti omistettu osakeyhtiö, vastuumaakuntamalli ja yhteinen toimielin sekä

sopimusperustainen yhteistyö. Tavoitteena oli selvittää objektiivisesti eri organisoitumistapojen hyödyt, haitat ja riskit.

Valmistelussa tuolloin olleet sote-lakiluonnokset mahdollistivat hyvin yliopistosairaalan toiminnan toisen maakunnan alueella, joskin lakipaketin etenemisestä ei tuolloin vielä ollut varmuutta.

Valmistelun edetessä ilmeni, että myös Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirillä oli mielenkiintoa liittyä yhteistyöhön, ja Etelä-Pohjanmaa liittyi mukaan valmisteluun 2019. Hanke muuttui liittymispäätöksen yhteydessä Yhdeksän tähden sairaala -hankkeeksi. Yhteistyösuunnitelmista huolimatta tavoitteena oli, että alueella toimisi tulevina vuosina kolme sairaanhoitopiiriä ja kolme työnantajaa **(5)**. Sairaanhoitopiirien tavoitteena oli ollut aiemmin, että ne perustaisivat yhteisen yhtiön tai osuuskunnan, johon ne siirtäisivät hoitopalvelut ja muun palvelutuotannon.

Vuonna 2019 vaihtoehdoksi oli tullut yhteiset osaamiskeskukset, joihin palvelutuotantoa siirrettäisiin vaiheittain. Lisäksi osa palvelutuotannosta voisi siirtyä myös yhtiöihin. Osaamiskeskusten toiminta-ajatuksena oli, että sairaaloiden ammattihenkilöt toimivat yhteisillä toimintakäytännöillä, mutta eivät samassa organisaatiossa vaan kukin edelleen oman sairaanhoitopiirin palkkalistoilla.

Sairaanhoitopiirit hakivat yhteisellä toiminnalla hyötyä erikoissairaanhoidon kustannuskasvun taittamiseen, tukea terveydenhuollon henkilöstön rekrytointiin sekä potilaille tuotettavien hoitopalvelujen kehittämiseen samalla, kun lääketiede ja teknologia kehittyvät nopeasti.

Yhteistyöhankkeen nimeksi tuli vuodesta 2020 alkaen Tähtisairaala **(6)**. Tähtisairaala on Pirkanmaan, Kanta-Hämeen ja Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirien yhteistyönä tehtävää kehitystyötä terveydenhuollon palveluiden parantamiseksi. Samalla käynnistettiin Tays Kehitysyhtiö Oy:n toiminta, jolla parannetaan terveydenhuollon kolmea keskeistä osa-aluetta – asiakaslähtöisyyttä, hankintoja sekä koulutusta ja opetusta.

Tays Kehitysyhtiö Oy perustettiin Tähtisairaala -hankkeen yhtenä tuloksena. Tavoitteena on Kehitysyhtiön pitkäkestoinen, vuoden 2023 loppuun saakka jatkuva yhteistyösopimus. Käynnistysvaiheessa yhtiön tuottamat palvelut perustuvat sairaanhoitopiirien kanssa laadittuihin palvelusopimuksiin. Yhteisen palvelutuotannon projekteista vastaa Taysin erityisvastuualueen johtoryhmä.

Kehitysyhtiön tavoitteena on tiivistää sairaanhoitopiirien yhteistyötä ja toiminnan kehittämistä valituissa teemoissa. Keskeinen periaate on vapaaehtoisuuteen, luottamukseen ja yhteisiin tavoitteisiin perustuva sairaanhoitopiirien ja Kehitysyhtiön kumppanuus. Kumppanuuden kehittyessä kaikki organisaatiot ja jokainen asianosainen on sitoutunut pitkäjänteiseen, syvälliseen yhteistyöhön yhteisten tavoitteiden ja siitä syntyvän arvon saavuttamiseksi. Yhteinen kehittämistyö alkaa asiakaslähtöisten palveluiden, hankintojen ja koulutuksen osa-alueilla.

14.4 OYS-erityisvastuualueen yhteinen osuuskuntahanke

Oulun yliopistosairaalan (OYS) erityisvastuualueen sairaanhoitopiirit (Kainuun, Keski-Pohjanmaan, Lapin, Länsi-Pohjan ja Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirit) olivat jo ennestään tehneet monipuolista yhteistyötä 2000-luvulta alkaen ennen sote-uudistukseen liittynyttä valmistelua.

OYS-erityisvastuualueen sairaanhoitopiirit aloittivat yhteistyön vaihtoehtojen selvittämisen, kun päivystysasetuksen ja erikoissairaanhoidon työnjakoasetuksen vaikutuksesta palvelujen järjestäminen alkoi käydä Pohjois-Suomen pitkien etäisyyksien ja harvan asutuksen alueilla yhä haasteellisemmaksi.

Päivystysasetuksen tullessa voimaan 2015 päivystävistä erikoislääkäreistä oli Pohjois-Suomessa vajetta erityisesti lastentautien, psykiatrian ja radiologian erikoisaloilla. Erityisvastuualueella käytiin keskustelua Pohjois-Pohjanmaan alueella toimineiden Oulaskankaan ja Raahen aluesairaaloitten asemasta, joiden päivystyksellinen toiminta sittemmin päättyi. Keskustelun taustalla oli lain suoma mahdollisuus siihen, että yliopistollisella sairaalalla on ollut mahdollisuus ylläpitää useampia toimipisteitä – kuten aluesairaaloita.

Aluesairaaloitten päivystystoiminta kulutti alueella toimineiden päivystäneiden lääkäreiden rajallisia resursseja ja saatavuutta, jolloin palkkakilpailun kautta muodostui riski yliopistosairaalan lähellä olevasta ”helposta” päivystyksestä ja erikoisalapäivästyksen puuttumisesta muissa sairaanhoitopiireissä.

Erikoissairaanhoidon työnjaosta ja hoitojen keskittämisestä Pohjois-Suomessa tehtiin useiden vuosien ajan selvityksiä, joissa pääosin todettiin vallitseva tilanne. Samaan aikaan valtakunnallisesti todettiin, että Suomi on maantieteellisesti ja toiminnallisesti kovin vaihteleva alue, jolla toimintatapoja ja ehkä laintulkintojakaan ei voi toteuttaa täysin yhteismitallisesti.

Viiden pohjoisen sairaanhoitopiirin selvitystyön tuloksena päädyttiin yhteisen osuuskunnan perustamiseen. Osuuskunta-mallin avulla oli mahdollista ratkaista päivystysasetuksen ja erikoissairaanhoidon työnjakoasetuksen tuomat haasteet pohjoisten sairaanhoitopiirien alueella ja turvata riittävä osaamispääoma päivystäviin sairaaloihin. OYS-erityisvastuualueen osuuskunnasta päätettiin Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin valtuustossa 10.6.2019 ja tämän jälkeen myös muiden sairaanhoitopiirien valtuustoissa samoilla perusteilla.

Osuuskunnan alkuvaiheen tavoitteena oli ottaa hoidettavaksi erityisvastuualueen lonkan ja polven tekonivelleikkaukset, selkäleikkaukset sekä paksusuolisyöpä- ja rintasyöpäleikkaukset. Samalla osuuskunta vahvistaisi erikoislääkäreiden saatavuutta Pohjois-Suomen alueelle (7).

Keskittämisasetuksen vaatimukseen nähden Pohjois-Suomen keskussairaaloissa tehtiin leikkauksia liian vähän. OYS:n erva-alue on väestömäärältään maan pienin, mutta pinta-alaltaan se kattaa yli puolet Suomesta ja etäisyydet ovat pitkät. Alueen noin 740 000 asukkaasta yli 200 000 asuu Oulussa. Kainuun, Keski-Pohjanmaan ja

Länsi-Pohjan keskussairaaloiden leikkausvolyymit eivät ylittäneet asetuksen vähimmäismääriä, ja Lapin keskussairaалassakin ne ylittyvät vain muutamassa leikkaustyyppissä. Useat leikkaukset keskittyvät ja ruuhkautuvat Oulun yliopistosairaalaan, ellei työnjakoa tai asetusta kyetä muuttamaan.

Jos keskussairaалassa ei ole tarpeeksi vaativaa kirurgiaa, se ei houkuttele alan ammattihenkilöitä. Ilman riittävän laajaa lääkirinkiä ei pystytä myöskään varmistamaan erikoisalakohkaisia ympärivuorokautisia päivystyksiä. Laajaa toimintaa ylläpitävät sairaalat houkuttelevat myös erikoistuvia lääkäreitä ja turvaavat tulevaisuuden ammattilaisten kouluttamisen. Osuuskunnan tavoitteena on saavuttaa riittävät leikkausvolyymit, turvata henkilöstön saatavuus ja turvata päivystävien sairaaloiden toiminta Pohjois-Suomessa.

Keskustelua käytiin myös keskittämisasietuksen ja päivystisasietuksen keskinäisestä yhteensopimattomuudesta, jolloin vaihtoehtona esitettiin keskittämisasietuksen muuttamista. Muutos saatiin sittemmin voimaan vuoden 2021 alussa, minkä ansiosta toimintaedellytykset osittain helpottuivat.

Alueen kantaväestön lisäksi Pohjois-Suomessa liikkuu vuosittain huomattava määrä turisteja, joiden palvelut on myös turvattava. Päivystävät keskussairaalat ovat myös keskeisen tärkeitä poikkeusolojen valmiuden ja yleisen huoltovarmuuden kannalta.

Suunnitelman mukaan potilasvirtoja olisi mahdollista ohjata yli maakunta- ja sairaanhoitopiirirajojen myös totutusta poikkeaviin suuntiin. Potilaita olisi mahdollista lähettää yliopistosairaалasta toimenpiteeseen myös keskussairaalaan, eikä vain toisinpäin. Näin ei kuitenkaan voi toimia systemaattisesti, koska potilailla on oikeus valita hoitopaikkansa. Osuuskuntamallissa yhteisellä palvelurakenteella on mahdollista taata yliopistosairaалan laatu ja osaaminen kaikissa jäsensairaaloissa. Toimintamallissa on tarkoitus käyttää osaamisen jakamista ja toimintaa tukevia kannustinjärjestelmiä. Osuuskunnan vahvuutena on ollut, että sen käynnistäminen oli vuonna 2019 mahdollista silloisella sote-lainsäädännöllä, ja myös sote-uudistuksen hyväksymisen yhteydessä 23.6.2021 todettiin, että osuuskunta voisi jatkaa toimintaansa.

Yliopistosairaanhoitopiirien johtajat ottivat kantaa sote-uudistukseen 15.3.2021. Yhteisessä kannanotossa tuotiin esille alueiden erityispiirteiden, tutkimuksen ja digitalisaation merkitys sote-uudistuksessa **(8)**. Kannanotossa todetaan, että tutkimus ja koulutus on turvattava sote-uudistuksessa. Hyvinvointialueen tulee saada järjestää toimintansa alueensa erityispiirteiden mukaan. Heidän mukaansa sote-uudistuksen on tunnistettava alueiden erityispiirteet ja mahdollistettava tutkimus ja digitalisaatio, sekä välttämättömät investoinnit. Palvelut tulee turvata mahdollistavalla lainsäädännöllä sen sijaan, että säädöksillä rajoitettaisiin toimintaa liian tiukasti.

Kannanotossa vaaditaan, että tutkimus ja koulutus on turvattava ja vähintään nykytilanne täytyy säilyttää. Tämänhetkisessä lakiehdotuksessa näin ei ole, vaan uusi rahoitusmalli vähentäisi yliopistosairaaloiden tutkimukseen ja koulutukseen menevästä rahoituksesta noin puolet.

Myös investointien rahoitukseen on kiinnitettävä huomiota. Hyvinvointialueella tulee olla tosiasiallinen mahdollisuus päättää investoinneista oman alueensa ja eri alueiden välisiin yhteisiin hankkeisiin. Hyvinvointialueiden erityispiirteisiin liittyen kannanotossa vaaditaan sitä, että julkisomisteiset sidosyksikköasemassa olevat yhtiöt ja osuuskunnat, jotka ovat täysin hyvinvointialueen tai alueiden määräysvallassa, tulee rinnastaa hyvinvointialueen omaan tuotantoon.

14.5 Peruspalvelut hakevat paikkaansa

Selvitysten päähuomio näyttää pitkään olleen erikoissairaanhoidossa, kun muut sote-palvelut hakevat vielä paikkaansa. Erikoissairaanhoidon keskittymistä selittää alueellinen palvelurakenne, jossa perusterveydenhuolto, vanhuspalvelut ja sosiaalipalvelut ovat olleet pääosin sairaanhoitopiirien ulkopuolista kuntien alaista toimintaa.

Nämä suuren volyymin palvelut kaipaisivat myös tarkempaa arviointia, kun sote-uudistus etenee palvelukokonaisuuksien integraation suuntaan.

Viitteet

1. www.terveyskyla.fi
2. 3.7.2017 Yle / Minna Salomäenpää
3. 22.1.2018 Yle / Elina Niemistö
4. 18.10.2017 TAYS:n tiedote
5. 18.5.2019 Aamulehti / Minna Ala-Heikkilä
6. 2.6.2020 Pirkanmaan sairaanhoitopiirin tiedote
7. 9.11.2018 Suomen Lääkärilehti / Heli Väyrynen
8. 15.3.2021 Suomen Lääkärilehti / Anne Seppänen

15 Sote-uudistuksen haasteet

Sote-uudistuksen suurena haasteena on ollut sen jatkuminen yli 15 vuoden ajan useiden hallituskausien aikana. Eräiden laskelmien mukaan vuonna 2021 oli jo meneillä 9. tuotantokausi, kunnes uudistus lopulta hyväksyttiin 23.6.2021.

Uudistuksen valmistelua tehtiin myös keväällä 2019, jolloin Sipilän hallituksen esittämän sote- ja maakuntauudistuksen toteutuminen alkoi vaikuttaa yhä epätoennäköisemmältä.

Vaikka eduskunnalla olisi enemmänkin aikaa laittaa sote- ja maakuntauudistus kuntoon, muutama ongelmakohta on niin suuri, että ne todennäköisesti kaatavat uudistuksen 2/2019 (1).

Nykyisen hallituksen suurimman haasteen, sote- ja maakuntauudistuksen meneminen läpi tällä vaalikaudella näyttää yhä epävarmemmalta: maanantaina kolme sinisten kansanedustajaa lipesi hallituksen sote-rintamasta ja valtavaa lakipakettia käsittelevältä eduskunnan sosiaali- ja terveysvaliokunnalta alkaa aika loppua kesken.

Valiokunnalla on käytännössä enää viisi työpäivää aikaa käsitellä paria kymmentä muutosta, joita perustuslakivaliokunta edellytti viime perjantaina antamassaan lähes 80-sivuisessa lausunnossaan. Valiokuntien on saatava eduskunnan käsittelyyn vielä tällä vaalikaudella ehtivät asiat eteenpäin viimeistään 5. maaliskuuta.

Jo viidettä kertaa tällä vaalikaudella sote-uudistusta käsitellyt perustuslakivaliokunta kuvaili valtaosaa viime viikolla vaatimistaan muutoksista ”valtiosääntöoikeudelliseksi hienosäädöksi”, mutta muutama kohta vaatii niin paljon työtä ja aikaa, että sote-uudistus mitä todennäköisimmin kaatuu niihin.

Seuraavassa haasteista suurimmat ja hankalimmat keväällä 2019:

15.1 Asiakassuunnitelma

Jokaiselle sote-palvelujen asiakkaalle laaditaan suunnitelma hänen tarvitsemiensa sosiaali- ja terveyspalveluiden käytännön toteuttamisesta, mutta mitä, missä ja miten. Perustuslakivaliokunta pitää hallituksen ehdottamaa suunnitelman sitovuuden poistamista ongelmallisena, sillä se pelkää, ettei pelkkä velvoite takaa palveluiden saatavuutta tai laatua, joten ihmisten yhdenvertaisuus vaarantuu.

Valiokunnan mielestä palvelut rahoittavilla maakunnilla tulisi olla oikeus asiakassuunnitelman muuttamiseen, jotta se ei tapahtuisi vain palveluita maksusta tuottavien tahojen toimesta - eli ettei päätöksenteko siirry pois viranomaisilta. Hallituksen malli myös kyseenalaistaisi yhden koko uudistuksen tärkeimmistä lähtökohdista eli kustannussäästöt. Lisäksi hallituksen esityksen kohtaa asiakassuunnitelmasta pidettiin sisällöltään kokonaisuudessaan epäselvänä.

15.2 Notifiointi

Hallitus oli 2019 vastustanut sote-uudistuksen valinnanvapauden notifiointia, eli lyhyesti kuvailtuna sitä, että Euroopan unionilta kysyttäisiin, onko suunniteltu valinnanvapaus oikeudellisessa ristiriidassa EU:n valtioneuvoston kanssa.

Korkein oikeus suositti vuonna 2017, että hallituksen tulisi hoitaa notifiointi, jotta valinnanvapaus ei jälkikäteen aiheuttaisi korvausvaateita ja mahdollisia lakimuutoksia. – Hallitus myönsi huolet oikeiksi, mutta ei silti ole taipunut notifiointiin. Perustuslakivaliokunta huomautti notifioinnista sote-valiokunnalle 2018, ja toteaa lausunnossaan, että sote-valiokunnan tekemät muutokset eivät edelleenkään ratkaise notifiointikysymystä.

Ongelman ratkaisemiseksi olisi perustuslakivaliokunnan mukaan uudistuksen voimaantuloa porrastettava käytännössä niin, että maakuntauudistus voidaan saattaa jo voimaan, mutta notifioidavat asiat siirtävät valinnanvapauden seuraavan hallituksen työksi. Tämä tuskin käy kokoomukselle, sillä keskusta saisi maakuntansa, mutta kokoomuksen ajaman valinnanvapauden lopullisen sisällön ratkaisisi seuraava hallitus.

Toinen vaihtoehto on se, että koko uudistus notifioidaan heti, mikä käytännössä jo aikataulusyistä kaataisi uudistuksen tämän hallituskauden osalta.

15.3 Valinnanvapaus

Valinnanvapaus on lyhyesti kuvailtuna asiakkaiden mahdollisuus valita sote-palvelunsa yksityisiltä, julkisilta tai kolmannen sektorin palveluntarjoajilta. Valinnanvapaus ei kuitenkaan ole niin helppoa ja nopeaa kuin hallitus vielä aiemmin antoi ymmärtää, vaan esimerkiksi perustason ja erikoisosaamista vaativien palveluiden valinnanvapaus toteutuu eri tavoin.

Perustuslakivaliokunnan mielestä hallituksen esityksessä maakuntien erikoisosaamisesta vastaavien liikelaitosten edellytyksiä varmistaa palveluiden saatavuus ei ole turvattu riittävällä tavalla.

Perustuslakivaliokunnalle ei kelpaa hallituksen malli, jossa maakuntien liikelaitokset kilpailevat samoilla ehdoilla palveluntuotannosta yksityisten yritysten kanssa, vaan liikelaitosten erityisvelvoitteet olisi määriteltävä nykyistä tarkemmin ja rahoitus turvattava. Lisäksi perustuslakivaliokunnan mielestä hallituksen esityksessä asiakassetelin ja asiakkaiden henkilökohtaisen budjetoinnin aikataulu oli 2019 liian tiukka.

Vertailukohtana ruotsalainen sairaanhoitojärjestelmä ja terveydenhuoltopalvelut oli uudistettu perusteellisesti 1980-luvun lopun jälkeen. Ruotsissa oli tullut voimaan valinnanvapauslaki vuonna 2010. Palvelujärjestelmän uudistaminen on ollut vaihteita aaltoliikettä, mutta yleistrendi on kulkenut kohti markkinaehtoisuuden lisääntymistä (2). Valinnanvapauslaki oli lisännyt terveydenhuollon palvelu-

tarjontaa erityisesti tiheään asutuilla ja vaurailta kaupunkialueilla, joissa palvelutarjonta oli jo valmiiksi laajaa. Kilpailu on kannustanut yksityisiä toimijoita hankuttelemaan asiakkaiksi helppohoitaisia potilaita.

Ruotsissa lääkärikäynnit ovat lisääntyneet eniten niiden potilaiden kohdalla, joilla on vähäinen lääkärihoidon tarve, esim. helppohoitaisissa sairauksissa tai vireillä vanhuksilla. Samalla uudistukset ovat vaikuttaneet negatiivisesti potilaisiin, joilla on monimutkaisia hoidontarpeita. Yksityisten ja julkisten palveluntuottajien välillä ei sinänsä ole havaittu eroja hoidon laadussa tai kustannuksissa.

15.4 Rahoitus

Vuosina 2018–2019 perustuslakivaliokunta oli huolissaan myös uudistuksen rahoituksesta, jonka euromääräinen summa on pienentynyt samaa tahtia uudistuksen venymisen kanssa - nyt sote-palveluihin kohdennettavan valtion rahoituksen laskettiin olevan noin 17,3 miljardia euroa. Valtion pitäisi myös pystyä lisäämään rahoitusta maakunnille, jos niiden rahoituksen taso vaarantaa sote-palveluiden saatavuuden ja laadun.

Perustuslakivaliokunta katsoi, että hallitus on asettanut liian korkeat edellytykset maakuntien rahoituksen nostamiselle ja se vaati, että rahoituksen perustasoa täytyy pystyä nostamaan helpommin, mikä oli kulusäästöjä vaatineille tahoille vaikea hyväksyä.

Vuonna 2020 sote-rahoituksen arviointi jatkui siten, että THL julkaisi uuden rahoitusmallin, jonka mukaan valtio tulisi jakamaan rahoitusta tuleville maakunnille sosiaali- ja terveystalveluiden järjestämiseen. Laskentamallit huomioivat huomattavasti aiempaa monipuolisemmin alueelliset erot esimerkiksi asukkaiden sairastavuudessa ja sosioekonomisessa asemassa, kuten tuloissa ja koulutuksessa.

THL laati mallit tulevien maakuntien sote-rahoitusta varten - sairastavuus merkittävin kustannuksia kasvattava tekijä 4/2020 (3)

Marinin hallituksen esityksessä valtion maakunnille ohjaama sote-rahoituspotti olisi vuosittain yli 20 miljardia euroa. Tämä rahamäärä tulisi jakaa alueille mahdollisimman tarkkaan väestön tarpeiden mukaisesti.

THL:n laskentamallit antavat mahdollisuuden suunnata rahoitusta mahdollisimman oikeudenmukaisesti. Ne alueet, joissa ihmiset esimerkiksi sairastavat enemmän, saavat enemmän rahoitusta. Asukkaiden sairastavuus on ollut kriteerinä aiemminkin valtionosuusjärjestelmässä, jonka kautta kunnat ovat saaneet sote-rahoitusta. Nyt tämä niin sanottu tarvetekijä huomioitiin aiempaa tarkemmin.

Laskentamallin pohjana on käytetty asiantuntijoiden suositusten perusteella laadittua 51 sairauden luokitusta. Luokittelussa on hyödynnetty Suomessa kerättäviä rekisteriaineistoja siten, että diagnoositiedot ovat mahdollisimman kattavat. Täl-

löin iän ja sukupuolen vaikutus tulokseen on vähäisempi. Rahoitusmalleja on kaikkiaan kolme:

1. Terveysthuollon mallissa on sairastavuuden lisäksi huomioitu alueen asukkaiden ikä, sukupuoli, työkyvyttömyys, tulot, koulutus, siviilisääty, pääasiallinen toiminta, yksinasuminen ja yhden vanhemman perheiden määrä.
2. Vanhustenhuollossa rahoitustarve lasketaan 18 sairauden perusteella. Suurimman painon saavat muistisairaudet. Muina tekijöinä ovat ikä, tulot, yksinasuminen ja toimeentulotuen asiakkuus.
3. Sosiaalihuollossa rahoituksen tarve määritellään 13 sairauden lisäksi iän, tulojen, työkyvyttömyyden ja toimeentulotuen asiakkuuden perusteella.

Sairastavuudessa ja palvelujen tarpeessa on suuria eroja sekä maakunnittain että kunnittain. Vuonna 2020 valmistuneessa raportissa esitellään maakunnittaiset ja kunnittaiset suhteelliset sote-palvelujen tarvekertoimet. Ne kertovat alueen asukkaiden palveluiden tarpeen suhteessa maan keskimääräiseen tasoon.

Kunnista Sallassa, Rautavaaralla ja Vesannolla tarvekerroin on yli 1,7. Nämä kunnat tarvitsevat sosiaali- ja terveydenhuollon rahoitusta toisin sanoen yli 70 prosenttia enemmän asukasta kohti kuin kunnat keskimäärin. Pienin suhteellinen tarve on Kauniaisissa (tarvekerroin 0,66) ja Espoossa (0,70). – Maakunnittain tarkastellen palvelutarve on suurinta Etelä-Savossa (tarvekerroin 1,25) ja Kainuussa (1,22) ja pienintä Uudellamaalla (0,83).

Hallitusohjelman mukaan sote-uudistuksessa palvelujen järjestäminen siirtyy kunnilta itsehallinnollisille maakunnille, joiden rahoitus perustuu pääosin valtion rahoitukseen. Samalla sote-rahoitusjärjestelmää uudistetaan niin, että se perustuu tarvevakioituihin kriteereihin.

Tutkimusprofessori Unto Häkkisen mukaan alueiden suhteelliseen tarpeeseen perustuva rahoitus auttaa turvaamaan kansalaisille yhtäläiset mahdollisuudet palveluihin eri puolilla maata. Malleja on tarkoitus päivittää jatkossa vuosittain, koska palvelujärjestelmä ja hoitokäytännöt muuttuvat nopeasti. THL:n 2020 julkaiseman tutkimuksen aineistona käytettiin useista lähteistä koottua rekisteriaineistoa, joka kattaa terveydenhuollon ja ikääntyneiden palvelujen osalta Suomessa vuoden 2017 aikana asuneen väestön kokonaisuudessaan.

Sosiaalihuollon mallissa käytettiin avopalveluja koskevan kansallisen rekisteritiedon puutteessa neljältä alueelta kerättyjä tietoja palvelujen käytöstä. Aineisto sisälsi yli miljoonan henkilön tiedot. Tutkimuksen tietopohjassa on eräitä puutteita. Suurin aineisto-ongelma on, että sosiaalihuollon avohoittoa ja ikääntyneiden toimintakykyä koskevia ei tietoja kerätä valtakunnallisiin rekistereihin. – Useissa Etelä-Suomen kunnissa kommentoitiin, että rahoituksen tarvepohjaisen kriteeristön painotusta tulisi vähentää ja asukasmäärän perusteella laskettavaa rahoitusta lisätä. Kymmenen Uudenmaan kuntaa oli sitä mieltä, että esitetty rahoitusmalli vahingoittaisi merkittävästi asukkaiden peruspalveluita.

Sote-uudistuksen rahoitusmalli saa kylmää kyytiä Uudellamaalla – Vihdin kunnanjohtaja: "Voisi tarkoittaa 1 223 työntekijän vähentämistä seudun sisällä" 10/2020 (4)

Rahoitusmalli aiheuttaisi kunnanjohtajien mukaan KUUMA-alueelle (Hyvinkää, Järvenpää, Kirkkonummi, Kerava, Mäntsälä, Nurmijärvi, Pornainen, Sipoo, Tuusula ja Vihti) yhteensä noin 61 miljoonan euron leikkaukset, jotka voisivat tietää henkilöstövähennyksiä hoitohenkilökunnalle. – Etenkin isoissa kaupungeissa mallin katsoottiin vievän kaupungeilta merkittävästi verorahoja. Uudellamaalla myös pienemmät kunnat arvostelevat rahoitusmallia kovin sanoin. Kuntien yhteisessä kannanotossa todettiin, ettei malli huomioi Uudenmaan erityispiirteitä, kuten väestön kasvuun ja eriarvoistumiseen liittyviä haasteita.

15.5 Uudenmaan erilliskorjaus

Vuoden 2021 sote-uudistuksessa Uudellemaalle on suunniteltu erilliskorjaus, joka vastaa alueen erityispiirteisiin ja -tarpeisiin. Erilliskorjauksessa alueelle tulee maakunnallisen organisaation asemesta neljä hyvinvointialuetta, joiden lisäksi Helsingin kaupunki vastaisi alueensa peruspalveluista sekä HUS-yhtymä Uudenmaan erikoissairaanhoidosta ja osasta sosiaalipalveluja. Erilliskorjauksen etuna on sote-uudistuksen valtakunnallinen eteneminen siten, että Uusimaa on siinä mukana. Nykyiseen kuntapohjaiseen malliin verrattuna järjestämisvastuussa olevien tahojen määrä on vähentymässä Uudellamaalla merkittävästi. Erilliskorjauksen haittana voitaneen pitää perusterveydenhuollon, erikoissairaanhoidon ja sosiaalipalvelujen jäämistä eri organisaatioihin, jolloin integraatiosta saatavia etuja jäisi osin hyödyntämättä.

Kalliiksi moitittu sote-esitys loppusuoralla, ministeri Kiuru: "Tämä aamu ei voisi enää alkaa paremmin" 2/2020 (5)

Sote-uudistuksen lakipaketti eteni eduskunnan käsittelyyn 8.12.2020. Sisäministeri Maria Ohisalo, perhe- ja peruspalveluministeri Krista Kiuru ja kuntaministeri Sirpa Paatero esittelivät hallituksen sote-uudistuksen. Hallitus antoi 1 600-sivuisen sote-esityksensä tiistai- aamuna eduskunnalle ylimääräisessä valtioneuvoston istunnossa.

Sote-uudistuksessa rahoitus tulee pääsääntöisesti valtiolta, mutta rahaa kerätään myös asiakasmaksuista. Lähes 80 prosenttia hyvinvointialueiden tarvitsemasta rahoituksesta riippuu siitä, miten sairaita ja vanhoja ihmisiä alueella asuu. Vain 15 prosenttia riippuu siitä, miten paljon asukkaita alueella on. Maakuntaveroa vasta valmistellaan.

Sanna Marinin hallituksen sote-uudistuksessa päävastuu järjestämisestä on julkisella puolella, mutta palveluja voidaan hankkia myös yksityisiltä toimijoilta. Tätä kutsutaan monituottajamalliksi. Suurta muutosta nykyiseen ei siis ole tulossa. Palveluseteliä voidaan yhä käyttää, vaikka julkisuudessa oli muutakin väitetty.

15.6 Suurten ulkoistusten irtisanominen

Jatkossa hallituksella on mahdollisuus mitätöidä ja irtisanoa suuria ulkoistamisia. Tästä esimerkkinä mainittiin Länsi-Pohja, jossa terveystalvveluja on siirretty suurelta osin terveystyrytyt Mehiläiselle.

Perusteluna toimintatavalle on esitetty, että julkisella terveydenhoidon rahoituksella ei tule kasvattaa monikansallisten yritysten voittoja, vaan huolehtia suomalaisten perustalvvelujen laadusta ja niiden yhdenvertaisesta saatavuudesta. – Uudistuksen yksi tarkoitus on myös hillitä kustannuksia, vaikka alkuvaiheessa kulut voivat jopa ohimenevästi kasvaa.

15.7 Hyvinvointialueet vai maakunnat?

Hallituksen valmistelussa uusista alueista on käytetty nimeä hyvinvointialue, kun aikaisemmassa valmistelussa on puhuttu maakunnista. Hyvinvointialueiden nimi on mahdollista myöhemmin muuttaa maakunniksi. Käsitteiden käyttö edellyttää tarkennusta ainakin Uudellamaalla, jossa uudet hyvinvointialueet ja Helsingin kaupunki eivät sellaisenaan ole maakuntia vaan sen osa-alueita.

Maakuntajakoon liittyy myös kysymys sairaanhoitopiireistä, joiden hoidettavana on keskussairaala, mutta ei omaa maakuntaa. Näitä alueita ovat Länsi-Pohja, joka on osa Lapin maakuntaa ja Itä-Savo, joka hallituksen linjauksen mukaan on osa Etelä-Savon maakuntaa. Näihin maakuntiin on näillä näkymin jäämässä kaksi keskussairaala, joiden toiminta jatkuisi ainakin vuoteen 2032 saakka. Sairaanhoitopiirien väestömäärät ovat valtakunnan pienimpiä, mikä asettaa omat haasteensa.

15.8 Kulut ovat herättäneet huolta

Kiistaa on aiheuttanut huoli siitä, tuleeko rahoitusmallista liian kallis etenkin isoille kaupungeille. Varsinkin Helsinki on kokenut joutuvansa maksajan asemaan. Toisaalta on esitetty näkemyksiä, että uudistus saattaa onnistuessaan jarruttaa kokonaiskustannuksia. Uudistukselle on tulossa siirtymäaika, mikä helpottaa toiminnan ja talouden sopeutusta.

Sote-uudistuksen yhtenä tavoitteena on julkistalouden kustannusten kasvun hillitseminen. Käytännössä muutuskustannukset ovat niin suuria, että uudistus heikentää julkisen talouden tasapainoa 2020-luvulla, jonka jälkeen on tarkoitus, että kustannuskehitys kääntyy laskuun.

Professorin ja lääkintöneuvoksen mielestä sote-lakiesitys on epärealistinen – "Esitys voikaatua valiokuntavaiheessa, vaikka siinä on paljon hyvää ja kannatettavaa" 1/2021 (6).

Professori Arto Alanko ja lääkintöneuvos Sakari Alhopuro pitivät mielipidekirjoituksessaan sote-alueiden määrää liian suurena ja rahoitusjärjestelmää ongelmallisena. Häviäjiä ovat kasvavat ja vauraammat kunnat, joiden verotuloilla on tähänkin asti tuettu heikompia alueita. Sote-uudistuksesta on tulossa taloudellisesti raskas. Väestön ikääntyminen, koronapandemia ja hallinnolliset muutokset kasvattavat sote-menoja. Näihin tekijöihin on vaikea vaikuttaa.

Tarpeettomia kustannuksia tulisi aiheuttamaan Uudenmaan alueelta puuttuva palveluintegraatio. Palveluiden integroinnilla varmistetaan, että asiakas saa tarvitsemansa sote-palvelut saumattomasti ja oikea-aikaisesti. Tämä ei toteudu, jos alueelle suunnitellut neljä hyvinvointialuetta ja Helsingin kaupunki vastaavat ainoastaan perustason sote-palveluista ja Hus-yhtymän vastattavaksi jäävät Uudenmaan erikoissairaanhoidon ja tietyt sosiaalipalvelut. Palveluintegraatio toisi kustannussäästöjä ja helpottaisi asiakkaiden ohjausta alueella, jolla asuu lähes kolmannes Suomen väestöstä.

Maakuntaveron selvittänyt parlamentaarinen komitea kaatoi kylmää vettä uudelle verolle: ”Maakuntaveron ei ole ajankohtainen” (7).

Maakuntaveron selvittänyt parlamentaarinen komitea totesi 11.3.2021 jätetyssä komiteamietinnössä, että maakuntaveron käyttöönotto ei ole tässä vaiheessa ajankohtainen. Komitea katsoo, että pelkästään sosiaali- ja terveydenhuollon sekä pelastustoimen tehtävien siirtäminen hyvinvointialueille ei vielä luo perustetta maakuntaverolle. Maakuntaveron selvittänyt parlamentaarinen komitea totesi 11.3.2021 jätetyssä komiteamietinnössä, että maakuntaveron käyttöönotto ei ole tässä vaiheessa ajankohtainen.

Komitea katsoo, että pelkästään sosiaali- ja terveydenhuollon sekä pelastustoimen tehtävien siirtäminen hyvinvointialueille ei vielä luo perustetta maakuntaverolle. Veron käyttöönoton tarpeellisuutta tulisi arvioida uudelleen siinä vaiheessa, kun valtionrahoitukseen perustuvan rahoitusmallin toimivuudesta on saatu riittävästi kokemusta ja jos maakuntien tehtäväkenttää mahdollisesti olennaisesti laajennetaan.

Käytännön ongelmana olisivat suurimmat sote-kustannukset samoilla alueilla, joilla verokertymät olisivat pienimmät. Maakuntaveron vaatiminen siten toimiakseen tehoon tasausmekanismiin.

Marinin hallitusohjelmassa oli sovittu, että maakuntaveron tulisi käyttöön viimeistään vuonna 2026. Maakuntaverokomitean selvityksissä ilmeni, että maakuntaveron käyttöönoton alkuvaiheen jälkeen maakuntaveron voitaisiin alentaa vain Uudellamaalla. Komitean saamien laskelmien mukaan muualla maassa alkuvaiheen kahden prosentin maakuntaveron nousisi vuosiin 2030 ja 2040 ulottuvissa skenaarioissa jopa 4–5 prosenttiin. Tällöin alueiden välinen veroero nousisi kunnallisvero huomioon ottaen jopa 11 prosenttiin, jolloin perustuslain yhdenvertaisuusperiaate olisi uhattuna.

15.9 Yksityisten palveluntuottajien asema uudistuksessa

Marinin hallituksen sote-uudistuksessa yksityisen ja kolmannen sektorin on katsottu täydentävän palveluja, joiden päävastuu on julkisella sektorilla. Yksityistä sosiaali- ja terveysalaa edustava Hyvinvointiala HALI ry on nähnyt hallituksen sote-linjauksessa omalta kannaltaan ongelmia (8), jotka liittyvät pääosiin lakimuutosten uusiin rajauksiin ja tarkennuksiin.

Eduskunnan sosiaali- ja terveysvaliokunta julkaisi 15.6.2021 sote-lakipaketista mietintönsä (9) ja jätti asian eduskunnalle päätettäväksi. Valiokunta teki lakiesityksiin joitakin tarkennuksia, yksityisten palvelujen käytön osalta esitykseen tuli tarkennuksia, mutta ei oleellisia muutoksia.

1) Hyvinvointialueen oma palvelutuotanto

Hallituksen esityksessä todetaan, että hyvinvointialueella on oltava riittävä oma palvelutuotanto, jotta se voi vastata palveluista. Yksityistä sosiaali- ja terveysalaa edustava HALI ry on pitänyt riittävän oman tuotannon vaatimusta tarpeettomana ja on toivonut sen poistamista. STM:n kannanotossa todetaan, että riittävä oman palvelutuotannon vaatimus juontuu edellisen vaalikauden perustuslakivaliokunnan lausunnosta: Hyvinvointialueen on aina kyettävä turvaamaan ihmisille palvelut.

Esitys ei juurikaan rajaa ostopalveluja, ja monituottajamalli jatkuisi myös tulevaisuudessa. Tarkkojen prosenttirajojen määrittäminen ”riittävä” -sanalla ei ole mahdollista, koska sote-palvelunimikkeitä on satoja. Hyvinvointialue määrittelee itse, mikä on sille riittävä oman palvelutuotannon määrä.

Hyvinvointialueella on oltava kykyä valvoa ja ohjata toimintaa. Näiden tehtävien hoitoon se tarvitsee omaa palvelutuotantoa.

2) Neuvolapalvelujen tuottaminen

Neuvolapalvelujen ulkoistamisesta on myös esiintynyt epäselvyyttä. Sote-esitys on lähtenyt siitä, että yksityisiltä yrityksiltä ja järjestöiltä voidaan ostaa palveluja muutoin paitsi laissa nimenomaisesti pois rajatuissa tehtävissä. Lakiesityksessä ei kielletä hankkimasta neuvolapalveluja yrityksiltä, lain perustelutekstissä kuitenkin todetaan, että hyvinvointialueen olisi perusteltua säilyttää neuvolapalvelut omana toimintana. Näin on haluttu korostaa, että neuvolapalveluissa tulee ottaa huomioon niiden yhteys sosiaalityöhön, muun muassa lastensuojeluun, päihde- ja mielenterveystyöhön ja kuntien varhaiskasvatukseen.

Hyvinvointialueella on kuitenkin mahdollisuus hankkia neuvolapalveluja yksityiseltä palveluntuottajalta, jos se katsotaan hyvinvointialueella tarkoituksenmukaiseksi esimerkiksi hankittaessa terveyskeskuspalveluja yksityiseltä palveluntuottajalta.

3) Erikoissairaanhoito

Potilaan pääsy erikoissairaanhoitoon vain sairaalan oman lääkärin päätöksellä on myös herättänyt kysymyksiä. HALI ry:n näkemyksen mukaan erikoissairaan-hoidon hoitopäätöksiä ei tulisi rajata vain sairaalan palveluksessa oleville virkalääkäreille.

Lakiesityksen mukaan erikoissairaanhoidossa hoidon tarpeen arvion, hoitoonottopäätöksen ja hoitoratkaisut voi tehdä vain hyvinvointialueeseen virkattai työsuhteessa oleva lääkäri tai hammaslääkäri. Näitä tehtäviä ei voi antaa yksityisen palveluntuottajan tehtäväksi. Tätä perustellaan sillä, että näin voitaisiin varmistaa potilaiden yhdenvertaisuus erikoissairaanhoitoon pääsyssä ja varmistaa julkisen terveydenhuollon hoitosuositusten ja hoidonporrastuksen toteutumista.

Lailla on haluttu varmistaa, että julkinen toimija ei jää pelkäksi laskun maksajaksi ja että sillä riittää osaamista kaikilla lääketieteen erikoisaloilla.

4) Yksityisen tuottajan alihankinta

Julkisten hallintotehtävien edelleen siirtämiseen (subdelegointiin) oli 2021 sosiaali- ja terveystieteiden valtiokunnalla pidettyväinen kanta. Sote-esityksen mukaan yksityinen yritys, joka tuottaa palveluja hyvinvointialueelle, voi täydentää omaa henkilöstöään ja palvelujaan hankkimalla niitä toiselta yritykseltä.

Lakiesityksen mukaan alihankinnan osuus voisi olla yksityisen palveluntuottajan hyvinvointialueelle tuottamista palveluista enintään 49 prosenttia. Alihankintaa koskevat säännökset perustuvat perustuslakivaliokunnan rajauksiin.

Tämä tarkoittaa sitä, että yrityksellä täytyy olla palkkalistoillaan omia työntekijöitä. Yritys ei voi koostua vain esimerkiksi omia yrityksiään pyörittävien lääkärin yhteenliittymästä. Hyvinvointialueelle palveluja tuottava yksityinen yritys ei lakiesityksen mukaan saa olla pelkkä "kuoriorganisaatio".

Lakiesityksellä on pyritty siihen, että palvelujen tuottamisen tosiasiallinen vastuu ei voi valua alihankintatuottajille.

5) Hyvinvointialueen päätäntävalta

Hallituksen esityksen mukaan hyvinvointialueella on itsehallintonsa perusteella valta päättää pitkälti palvelujen tuottamistavasta. Uudistuksessa pyritään siihen, että julkinen toimija ei voi siirtää omaa vastuutaan tai rakentaa palvelutuotantoansa pelkästään yksityisen yrityksen toiminnan varaan. –

Yksityinen palveluala on arvioinut, että tulevien hyvinvointialueiden päätäntävalta on kapeampi kuin nykyisillä kuntaorganisaatioilla. On pelätty vallan valuvan valtiolle ja valvoville viranomaisille, jotka muun muassa valvovat "riittävän" oman palvelutuotannon toteutumista. STM:n asiantuntija taas ei näe suurta muutosta nykyisiin käytäntöihin.

Hyvinvointialueen järjestämisvastuun määrittelevät säännökset ovat samanlaisia kuin kuntalaissa, mutta ostopalveluja koskevia säännöksiä on tarkennettu.

Viitteet

1. 26.02.2019 Iltalehti / Tommi Parkkonen
2. Wingborg M. Ruotsin terveydenhuollon uudistukset ja niiden vaikutukset. Kalevi Sorsa – säätiön julkaisu, 2017.
3. 27.4.2020 THL:n tiedote
4. 9.10.2020 Yle Uutiset / Saija Nironen
5. 8.12.2020 Yle Uutiset / Kristiina Tolkki
6. 2.1.2021 Lännen Media / Turun Sanomat / Marjo Oikarinen
7. 11.3.2021 Yle Uutiset / Silja Viitala
8. 27.4.2021 Yle Uutiset / Tiina Merikanto
9. 15.6.2021 Eduskunnan tiedote sosiaali- ja terveystieteiden valiokunnan mietinnöstä (StVM 16/2021 vp)

16 Mitä ratkaisuja on jo tehty – tai jätetty tekemättä

Rinnakkain sote-uudistuksen etenemisen kanssa useissa maakunnissa on muodostettu sosiaali- ja terveydenhuollon monialaisia, integroituja kuntayhtymiä. Aikaisempaa kattavammalla palvelukokonaisuuden hallinnalla on pyritty kustannustehokkuuden parantamiseen ja kustannusten nousun hillintään, samalla myös potilaiden ja asiakkaiden palveluketjujen kehittämällä palvelujen saatavuuden ja saavutettavuuden parantamiseen.

Yleensä integraatiossa on yhdistetty perusterveydenhuollon, erikoissairaanhoidon ja sosiaalipalvelut yhteiseen organisaatioon, joillakin alueilla myös ympäristöterveydenhuollon ja pelastustoimen palvelut. Toimintojen integraatiossa kuntayhtymän vastuulle on yleensä tullut mm:

1. kansanterveyslaissa (66/1972) ja terveydenhuoltolaissa (1326/2010) tarkoitettu perusterveydenhuolto
2. sosiaalihuoltolaissa (1301/2014) tarkoitettu sosiaalihuolto sekä sosiaalihuoltoasetuksessa tarkoitettu ehkäisevä työ
3. järjestää kaikkien jäsenkuntien puolesta erikoissairaanhoidolaissa (1062/1989) ja terveydenhuoltolaissa (1326/2010) tarkoitettu erikoissairaanhoido ja kehitysvammaisten erityishuollosta annetussa laissa (519/1977) tarkoitettu erityishuolto sekä järjestää jäsenkuntien puolesta
4. ympäristöterveydenhuollon yhteistoiminta-alueesta annetun lain (410/2009) mukaiset tehtävät, elleivät ne ole alueen kuntien hoidettavana

Vaikka maakunnalliset ratkaisut ja kokeilut ovat toteutuneet varsinaisesta sote-uudistuksesta erillään, niistä on saatu huomattavan paljon kokemuksia ja uusia toimintakäytäntöjä, joita on sittemmin voitu hyödyntää myös sote-uudistuksen valmistelussa.

16.1 Kainuun sote 2005

Ensimmäisenä maakunnallisena sote-uudistushankkeena aloitti vuoden 2005 alusta Kainuun hallintokokeilu, joka perustui lakiin Kainuun hallintokokeilusta (343/2003). Laajaan hallintokokeiluun osallistui sosiaali- ja terveydenhuollon lisäksi maakuntaliitto ja koulutustoimiala toisen asteen koulutuksen osalta.

Hallintokokeilu jatkui määräaikaisena 2005–2012, jonka jälkeen Kainuun sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymä (Kainuun sote) on jatkanut ja kehittänyt toimintaa integroituna sote-kuntayhtymänä. Puolangan kunta siirtyi vuodesta 2013 alkaen kuntayhtymän osajäseneksi.

16.2 Päijät-Hämeen hyvinvointiyhtymä 2007

Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymä aloitti toimintansa 1.1.2007, josta alkaen Päijät-Hämeen sairaanhoitopiirin yhteyteen oli liitetty osittain myös alueen sosiaalipalveluja. Kuntayhtymän nimi muutettiin 1.8.2019 alkaen Päijät-Hämeen hyvinvointikuntayhtymäksi, josta käytetään myös nimeä Päijät-Hämeen hyvinvointiyhtymä.

16.3 Etelä-Karjala / Eksote 2010

Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymä (Eksote) on yhdeksän eteläkarjalaisen kunnan yhteisesti omistama kuntayhtymä, joka vastaa julkisen sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä koko maakunnan alueella.

16.4 Etelä-Savo / Essote 2017

Etelä-Savon sosiaali- ja terveystalvelujen kuntayhtymä (Essote) on aloittanut toimintansa 2017. Toimintojen yhdistyessä on muodostunut laaja-alainen kuntayhtymä, joka yhdistää maakunnan kuntien ja sairaanhoitopiirin sosiaali- ja terveystalvelut yhdeksi kokonaisuudeksi.

Etelä-Savon maakunnan alueella on kaksi sairaanhoitopiiriä. Maakunnan itäosa kuuluu Savonlinnan seudulla toimivaan Itä-Savon sairaanhoitopiiriin (Sosteri).

16.5 Keski-Pohjanmaa / Soite 2017

Keski-Pohjanmaan sosiaali- ja terveystalvelukuntayhtymä / Mellersta Österbottens social- och hälsovårdssamkommun (Soite) on kaksikielinen kuntayhtymä, joka järjestää jäsenkuntiensa puolesta alueen väestölle laaja-alaiset sosiaali- ja terveystalvelut. Soite-kuntayhtymä tuottaa talveluja jäsenkuntiensa ohella lisäksi läheisille sopimuskunnille ja yhteistyökunnille. Soiten jäsenkuntien väestömäärä on noin 78 000 asukasta, mutta Kokkolassa toimiva Keski-Pohjanmaan keskussairaala on lähin päiivystävä sairaala noin 200 000 asukkaalle.

16.6 Pohjois-Karjala / Siun sote 2017

Pohjois-Karjalan sosiaali- ja terveystalvelujen kuntayhtymä (Siun sote) aloitti toimintansa vuoden 2017 alussa. Siun sote on 13 kunnan yhteisesti omistama kuntayhtymä, joka vastaa julkisten sosiaali- ja terveydenhuollon talvelujen ja pelastustoimen järjestämisestä jäsenkuntiensa alueella. Kunta-yhtymän päätoimialoja ovat ikäihmisten talvelut, terveys- ja sairaanhoitotalvelut sekä perhe- ja so-

siaalipalvelut. Siun sote -konserniin kuuluvat myös Pohjois-Karjalan ympäristöterveys sekä Pohjois-Karjalan pelastuslaitos.

16.7 Kymenlaakso / Kymsote 2019

Kymenlaakson sairaanhoitopiiriin liittyi Kymenlaakson erityishuoltopiiri vuonna 2010, jolloin uudeksi nimeksi tuli Kymenlaakson sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymä. Kuntayhtymän markkinointinimeksi tuli Carea, ja myöhemmin 2019 alkaen Kymsote. Kuusankosken aluesairaala (KAS) siirtyi 2011 Kouvolan kaupungin terveystalveluiden alaisuuteen ja muuttui Pohjois-Kymen sairaalaksi (POKS). Vuoden 2019 alusta Pohjois-Kymen sairaala siirtyi takaisin kuntayhtymän omistukseen. Iitin kunta siirtyi vuoden 2021 alusta Kymenlaakson maakunnasta osaksi Päijät-Hämeen maakuntaa.

16.8 Päivystysasetus muuttaa työnjakoa

Terveydenhuollon päivystysjärjestelmään tuli huomattavia muutoksia vuoden 2015 alussa voimaan tulleella asetuksella. Vuonna 2017 päivystysasetusta muutettiin edelleen siten, että 12 sairaanhoitopiirille säädettiin velvollisuus järjestää laaja ympärivuorokautinen päivystys keskussairaalansa yhteyteen.

Kaikki viisi yliopistollista sairaalaa Helsingissä, Turussa, Tampereella, Kuopiossa ja Oulussa tarjoavat kaikkein vaativinta hoitoa. Seitsemän muuta laajan päivystyksen keskussairaalaa ovat Lahdessa, Lappeenrannassa, Porissa, Seinäjoella, Jyväskylässä, Joensuussa ja Rovaniemellä.

Muissa keskussairaaloissa Kotkassa, Hämeenlinnassa, Mikkelissä, Vaasassa, Kokkolassa, Savonlinnassa, Kajaanissa ja Kemissä jatkui samantyyppinen ympärivuorokautinen päivystys, erotuksena hieman suppeampi päivystävien erikoisalojen lukumäärä.

Vuoden 2017 päivystysasetuksen muutoksella perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon päivystystoiminnot liitettiin yhteen toiminnallisena kokonaisuutena. Keskussairaaloissa toimivat päivystyspalvelut nimettiin yhteispäivystyksiksi.

Monissa maakunnissa keskusteltiin väestön palvelutarpeista ja päivystävien erikoisalojen määrästä, toisaalta myös alueiden taloudellisesta kantokyvystä ja päivystäjien saatavuudesta, jotka vaihtelevat alueittain.

Vaasan sairaanhoitopiirissä laajan ympärivuorokautisen päivystyksen puuttuminen koettiin ongelmaksi laajan väestöpohjan ja ruotsinkielisen palvelutarpeen vuoksi. Vaasan keskussairaala muutettiin laajan päivystyksen sairaalaksi sittemmin 2019 tehdyllä terveydenhuoltolain muutoksella.

Vaasan sairaalaan laaja ympärivuorokautinen päivystys 10/2019 (1)

Hallitus esittää terveydenhuoltolakiin muutosta, jolla Vaasan keskussairaala muutettaisiin laajan ympärivuorokautisen päivystyksen sairaalaksi. Samalla Seinäjoen keskussairaalalta poistettaisiin velvoite järjestää ruotsinkielisiä päivystyspalveluja. Muuten nykyiset 12 laajan päivystyksen yksikköä jatkaisivat toimintaa ennallaan.

Vaasan keskussairaala on jo nykyisin monen erikoisalan ympärivuorokautinen päivystys. Jotta sairaala täyttäisi laajalta päivystyksen yksiköltä edellytettävät vaatimukset, sen on täydennettävä päivystystä neurologiassa ja suun terveydenhuollossa.

Muutoksen tavoitteena on parantaa Vaasan sairaanhoitopiirin ruotsinkielisen väestön palvelujen saatavuutta ja kielellisten oikeuksien toteutumista.

16.9 Keskittämisasiasetus

Terveydenhuoltolaissa (1326/2010 ja 1516/2016) on säädetty erikoissairaanhoidon työnjaosta ja keskittamisestä. Keskittämisasiasetuksessa (Valtioneuvoston asetus erikoissairaanhoidon työnjaosta ja eräiden tehtävien keskittamisestä, 582/2017) määriteltiin erikoissairaanhoidon työnjakoa koskevat yleiset periaatteet, valtakunnallisen ja alueellisen kokonaisuuden suunnittelun ja yhteen sovittamisen periaatteet.

Samalla asetuksessa määriteltiin valtakunnallisesti ja viiteen yliopistolliseen sairaalaan tai vastaavaan yksikköön alueellisesti keskitettävä erikoissairaanhoidon sekä muu keskitettävä erikoissairaanhoidon. Eräille kirurgisille leikkauksille (tekonivel-, selkä- ja syöpäkirurgialle) asetettiin vähimmäislukumäärät toiminnan jatkamisen ehtona.

Useissa Itä- ja Pohjois-Suomen keskussairaaloissa oli muita pienemmästä väestöpohjasta johtuen vaikeuksia täyttää kaikkia lukumäärävaatimuksia. Toisaalta alueen pitkien välimatkojen ja päivystysvalmiuden turvaamisen kannalta oli perusteltua ylläpitää yleinen kirurginen ja traumakirurginen hoitovalmius. Keskittämisasiasetuksen vähimmäislukumäärä aiheutti paikoin ongelmia sen johdosta, että perustyöaikana resurssien ollessa tehokkaimmillaan toimenpidettä ei saanut tehdä, mutta päivystysaikana sama toimenpide oli joskus tehtävä päivystyksellisenä.

Sairaanhoitopiireissä koettiin monenlaista huolta toiminnan jatkuvuudesta ja erikoisaloiden päivystysjärjestelyistä. Mikäli päivääkaaiseen leikkaustoimintaan tulisi huomattavia rajoituksia, olisi päivystyksen järjestäminen myös ongelmallista.

Erityisvastuualueilla erikoissairaanhoidon työnjakoa ja päivystysvalmiutta arvioitiin myös sairaanhoitopiirien kokonaisuuden näkökulmasta. Tätä kautta perustettiin OYS-erityisvastuualueella sairaanhoitopiirien yhteinen osuuskunta turvaamaan alueen palvelujen saatavuutta.

OYS-erityisvastuualueen osuuskunta perustettiin, tavoitteena turvata Pohjois-Suomen erikoissairaanhoidon 11/2019 (2)

OYS-erityisvastuualueen sairaanhoitopiirien johtajat ovat allekirjoittaneet osuuskunnan perustamissopimukset 7.11.2019. Osuuskunnan tavoitteena on turvata erikoissairaanhoidon palvelut ja laatu koko pohjoisen Suomen alueella.

Osuuskunta ja sen ensimmäinen tytäryhtiö, osaamisen jakamisen yhtiö, aloittavat toimintansa loppuvuodesta 2019. Osaamisen jakamisen yhtiön tehtävänä on alkuun erikoislääkäreistä muodostettavien osaajapoolien avulla helpottaa Pohjois-Suomen sairaanhoitopiirien lääkäripulaa. Sairaanhoitopiirit voivat hankkia osuuskunnalta niitä erikoissairaanhoidon palveluja, joita ne eivät pysty tuottamaan itse. Samalla turvataan päivystyksen valmius keskussairaaloissa. Ensimmäisessä vaiheessa keskitytään erikoislääkäriosaamisen jakamiseen.

Omistajina perustetuissa yhtiöissä ovat Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin kuntayhtymä, Lapin sairaanhoitopiirin kuntayhtymä, Keski-Pohjanmaan sosiaali- ja terveystalukuntayhtymä, Kainuun sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymä ja Länsi-pohjan sairaanhoitopiirin kuntayhtymä. Osuuskunnan omistus jakautuu sairaanhoitopiirien väestöpohjan suhteessa

16.10 Keskittämisasiasetuksen muutos 2021

Vuoden 2021 alussa keskittämisasiasetusta muutettiin siten, että erityisvastuualueilla voidaan osin sopia tiettyjen leikkausten sairaalakohtaisten lukumäärien alittamisesta, jos asetuksen edellytykset muuten täyttyvät. Asetuksessa määritellyt sairaalakohtaiset leikkausten lukumäärät voidaan alittaa tekonivelkirurgiassa, selkäkirurgiassa sekä rinta-, peräsuoli-, paksusuoli- ja munuaissyövän leikkauksissa, jos se on tarpeen etäisyyksien ja väestön palvelutarpeen vuoksi.

Asiasta tulee sopia erityisvastuualueen erikoissairaanhoidon järjestämissopimuksessa. Riittävä ympärivuorokautinen päivystys sekä laatu, potilasturvallisuus, osaaminen ja hoidon kokonaisuus on varmistettava yhteistyössä yliopistosairaalan kanssa.

Ministeriön mukaan asetuksen päivittämisen tavoitteena on ollut varmistaa kirurginen päivystysvalmius eri puolilla Suomea tinkimättä laadusta, vaikuttavuudesta ja potilasturvallisuudesta.

Keskittämisasiasetus muuttuu; keskussairaaloissa voidaan kohta tehdä vaativampia kirurgisia leikkauksia 1/2021 (3)

Keskittämisasiasetukseen liittyneiden ongelmien vuoksi asetusta muutettiin vuoden 2021 alussa siten, että erityisvastuualueilla voidaan osin sopia tiettyjen leikkausten sairaalakohtaisten lukumäärien alittamisesta, jos asetuksen edellytykset muuten täyttyvät. Asetuksessa määritellyt sairaalakohtaiset leikkausten lukumäärät voidaan alittaa tekonivelkirurgiassa, selkäkirurgiassa sekä rinta-, peräsuoli-, paksusuoli- ja munuaissyövän leikkauksissa, jos se on tarpeen etäisyyksien ja väestön palvelutarpeen vuoksi.

Asiasta tulee sopia erityisvastuualueen erikoissairaanhoidon järjestämissopimuksessa. Riittävä ympärivuorokautinen päivystys sekä laatu, potilasturvallisuus, osaaminen ja hoidon kokonaisuus on varmistettava yhteistyössä yliopistosairaalan kanssa. Ministeriön mukaan asetuksen päivittämisen tavoitteena on ollut varmistaa kirurginen päivystysval-

mius eri puolilla Suomea tinkimättä laadusta, vaikuttavuudesta ja potilasturvallisuudesta. – Valtioneuvoston päivittämä erikoissairaanhoidon keskittämisasiasetus tuli voimaan 15.1.2021. Asetusmuutoksen jälkeen keskussairaaloissa on voitu jälleen tehdä vaativampia kirurgisia leikkauksia.

16.11 Sote-maakuntien perustamista valmistellaan

Suomen maakunnilla on pitkä historiallinen tausta 1500-luvulta alkaen, jolloin perustetut linnaläänit toimivat nykyisten maakuntien esivaiheena. Kun useat aikaisemmat sote-mallit olivat kaatuneet vuoteen 2019 saakka perustuslaillisiin ja toiminnallisiin ongelmiin, sote-uudistusta vietiin eteenpäin maakuntajaon pohjalta. Tässä jaossa Itä-Savon ja Länsi-Pohjan sairaanhoitopiirien asema uudistuksen valmistelussa kävi epävarmaksi, koska alueet eivät muodostaneet itsenäistä maakuntaa.

Itä-Savon sairaanhoitopiiri oli ollut ennestään osa Etelä-Savon maakuntaa, ja Länsi-Pohja osana Lapin maakuntaa. Tuleville ratkaisuille haettiin vaihtoehtoja, joilla mahdollisimman hyvin voitaisiin turvata väestön palvelutarpeet ja toiminnan kehittäminen.

Itä-Savon sairaanhoitopiirin (Sosteri) jatkosuunnitelmissa päädyttiin kahteen vaihtoehtoon; liittyminen joko Pohjois-Savon sairaanhoitopiiriin tai Etelä-Savon sairaanhoitopiiriin osaksi. Pohjois-Savoon liittymisen etuna oli yliopistosairaalan mahdollistama tuki ja haittana pitempi etäisyys. Etelä-Savon sairaanhoitopiirin kanssa oli tehty yhteistyöselvityksiä jo pitkään ilman selkeitä tuloksia. Vuonna 2019 esitettiin Pohjois-Savon ja Itä-Savon liittymissuunnitelman esiselvitys, jonka käsittelyyn sittemmin liittyi runsaasti erilaisia poliittisia ja terveystaloustieteellisiä näkemyksiä.

Pohjois-Savon sairaanhoitopiiri (PSSHP) ja Itä-Savon sairaanhoitopiiri (Sosteri) ovat suunnitelleet alueen kuntien liittymistä osaksi Pohjois-Savon sairaanhoitopiiriä 6/2019 (4)

Liittymisen tärkeimmät vaikutukset olisivat erityisvastuualueen yhtenäisyyden vahvistuminen, sairaaloiden välisen yhteistyön edistäminen sekä paikallisten palvelujen kehittäminen Savonlinnan keskussairaaloissa. – Sosterin liittymisen seurauksena Pohjois-Savon sairaanhoitopiiristä tulisi Suomen viidenneksi suurin, heti muiden yliopistosairaanhoitopiirien jälkeen. Nykyisillä rakenteilla Pohjois-Savon sairaanhoitopiirin toiminnan laajuus kasvaisi yli 500 miljoonaan euroon ja sairaanhoitopiiri työllistäisi liittymisen jälkeen lähes 5000 ammattilaista.

Erikoissairaanhoidon toimintojen yhdistyminen hyödyttäisi potilaita toiminnan sujuvoittamisen kautta, tukisi taloutta kustannusten jakamisen muodossa, edistäisi henkilöstön strategista kehittämistä yli shp-rajojen sekä tukisi alueellista elinvoimaa Pohjois- ja Itä-Savossa

Suunniteltu liittyminen ei ole ristiriidassa uuden hallituksen sote-uudistusta koskevien ohjelmakirjausten kanssa. Vastaavan kaltaisia yhteistyöhankkeita ollaan valmistelemassa myös muissa sairaanhoitopiireissä. Alustavan arvion mukaan liittymisen keskeisimmät

riskit koskevat ICT-järjestelmiä, henkilöstöä, sääntely-ympäristöä sekä Sosterin erikoissairaanhoidon, perusterveydenhuollon ja sosiaalipalvelujen palveluintegraatiota.

Sote-uudistuksen lakiesityksessä Itä-Savon alue esitetään liitettäväksi Etelä-Savon hyvinvointialueeseen ja maakuntaan

Syksyllä 2020 sote-uudistuksen lakiesityksen mukaan Sosterin ja Essoten nykyiset alueet muodostavat Etelä-Savon hyvinvointialueen, kun sosiaali- ja terveystalvet vuoden 2023 alussa siirtyvät kuntien vastuulta hyvinvointialueiden eli maakuntien vastuulle. Alueen kuntapäättäjien keskuudessa asia herätti runsasta keskustelua, ja lopulta Etelä-Savon hyväksymisen yhteistyötahoksi.

Savonlinna lähtee Etelä-Savon hyvinvointialueen valmisteluun mukaan –Valtuuston äänestyksessä hävisi esitys, jonka mukaan kaupunki ei silti sitoutuisi Etelä-Savoon ennen sote-lakien hyväksymistä 1/2021 (5). ”Kukaan ei vastustanut neuvotteluihin lähtemistä. Valtuusto muistuttaa päättäneensä aiemmin pyrkiä osaksi Pohjois-Savoa ja läh-tevänsä neuvotteluihin, koska sote-lakiesityksessä Savonlinna on osa Etelä-Savoa.”

Länsi-Pohja käynnistää laajan ulkoistuksen

Länsi-Pohjan sairaanhoitopiiri oli tehnyt OYS-erityisvastuualueen osana aktiivista yhteistyötä muiden pohjoisten sairaanhoitopiirien kanssa, kunnes sen asema tulevassa sote-uudistuksessa tuli epävarmaksi. Maakuntajaon tullessa voimaan Länsi-Pohjan sairaanhoitopiiri olisi menettänyt itsenäisen asemansa, ja tälle haettiin vaihtoehtoja. Palvelutarvetta lisäävänä tekijänä Länsi-Pohjan alueella on alueen merkittävä raskaan teollisuuden keskittymä. Selvitysten jälkeen alueen kunnat päätyivät 2018 laajaan erikoissairaanhoidon ulkoistukseen Mehiläinen Länsi-Pohja Oy:n kanssa.

Mehiläinen Länsi-Pohja Oy aloittaa toiminnan valtakunnan suurimpana terveydenhuollon ulkoistuksena 18.6.2018 alkaen (6).

Lapin aluehallintoviraston päätöksellä maan suurin sote-ulkoistus astuu voimaan Länsi-Pohjan keskussairaalassa (L-PKS). Aluehallintovirasto myönsi kuntien ja Mehiläisen yhteisyritykselle toimiluvan. STM:n mukaan keskittämisasietus koskee edelleen myös Länsi-Pohjaa. Vaikka julkisen terveydenhuollon palvelut on ulkoistettu yhteisyritykselle, synnytysten jatko riippuu ministeriön poikkeuslupaharkinnasta.

Psykiatrian ja ensihoidon palvelut jäävät sairaanhoitopiirille. Aluehallintoviraston toimilupa päätökseen Mehiläinen Länsi-Pohja Oy:lle on merkitty 37 toimipaikkaa, jotka kattavat muut erikoisalakohtaiset toiminnot.

Sittemmin sote-uudistuksen eri käänneet ovat vaikuttaneet myös palvelujen ulkoistussopimuksiin ja -suunnitelmiin. Kun Sipilän hallituksen aikana vuonna 2018 laajalle ulkoistukselle ei ollut esteitä, asiaan havahtuminen johti ulkoistuksen edellytysten uudelleen arviointiin. Myöhemmin Marinin hallituksen 2020 esittämässä ja eduskunnan 2021 hyväksymässä sote-uudistuksessa laajoille sote-ulkoistuksille tuli selkeät lakisääteiset rajoitteet.

**Hallitus puuttuu kuntien jättämäisiin sote-ulkoistuksiin: lainvoimaisia sopimuksia tul-
laan todennäköisesti purkamaan 6/2020 (7)**

Lakiesitys pyrkii määrittämään tarkemmin julkisen ja yksityisen sektorin välistä roolijakoa sote-palveluiden tuottamisessa. Mehiläinen Länsi-Pohja Oy on nimetty esityksessä yhdeksi mahdolliseksi palveluntuottajaksi, jota koskeva sopimus saatetaan mitätöidä. Esitys mahdollistaisi puuttumisen kuntien aiemmin tekemiin päätöksiin kovalla kädellä. Suomessa saatetaankin nähdä merkittäviä lainvoimaisten sopimusten mitätöimisiä, mikäli laki tulee nykymuodossaan voimaan. Esimerkiksi Meri-Lapissa sote-palveluita tarjoavan Mehiläinen Länsi-Pohja Oy:n tulevasta asemasta puhutaan esityksessä suurin sanoin: "Alueen kuntien ja Mehiläinen Länsi-Pohja Oy:n kokonaisulkoistussopimus tulisi ehdotuksen mukaan suurella todennäköisyydellä mitätöitymään."

Kyseessä on järjestely, josta kunnat ovat itsenäisesti päättäneet vuonna 2017. Sopimus solmittiin 15 vuodeksi Mehiläisen kanssa. Kuntien ja Mehiläisen yhteisyritys vastaa lähes puolesta Länsi-Pohjan sairaanhoitopiirin toiminnosta.

"Ulkoistussopimus ei turvaa riittävää järjestämisvastuuseen liittyvää päätös- ja ohjausvaltaa tulevalle Lapin sote-maakunnalle", toteaa sosiaali- ja terveysministeriön hallitusneuvos Auli Valli-Lintu. Päätöksenteko on karannut kunnilta ja lakiesitys pyrkii palauttamaan päätöksenteon takaisin julkiselle sektorille.

Päijät-Häme suunnittelee isoa ulkoistusta – työntekijät ja ministeriö suhtautuvat nihkeästi 6/2020 (8)

Päijät-Hämeen hyvinvointiyhtymä suunnittelee yhteisyrityksen perustamista Mehiläisen kanssa. Tehyläiset suhtautuvat ajatukseen kriittisesti. Yhteisyrityksen on tarkoitus tuottaa sotepalvelut aluksi 131 000 asukkaalle Lahdessa, Iitissä ja Kärkölässä vuoden 2021 alusta ja myöhemmin koko Päijät-Hämeessä.

Kyseessä olisi maan suurin sote-irtiotto. Yhtymähallitus teki asiasta esityksen maanantaina ja yhtymäkokous käsittelee asiaa elokuussa. Kumppaniksi olisi tarjouskilpailun perusteella tulossa Mehiläinen. Tehy ja muut työntekijäjärjestöt suhtautuvat aikeeseen kriittisesti. Myös sosiaali- ja terveysministeriö suhtautuu Päijät-Hämeen suunnitelmiin nihkeästi.

Päijät-Häme hyväksyi terveystieteiden ulkoistuksen – Ministeriö: "Sopimus saattaa olla lain valossa mitätön" 8/2020 (9)

Asia ratkesi yhtymäkokouksessa perjantaina aamupäivällä äänestyksen jälkeen. "Sopimus voi olla ristiriidassa tulevien lakien kanssa, sanoo sosiaali- ja terveysministeriön edustaja.

Hallituksen sote-malli kallistui suotuisammaksi Päijät-Hämeen kannalta – yhteisyritys näyttää kelpaavan valtiovalle 10/2020 (10)

Sote-uudistuksen uusimmat käänteet eivät näytä estävän Päijät-Hämeen hyvinvointiyhtymän suurta perusterveydenhuollon ulkoistusta. Päijät-Hämeen hyvinvointiyhtymän ja Mehiläisen omistama Harjun terveys Oy aloittaa toimintansa vuodenvaihteessa.

"Hallituksen sote-malli näyttää isossa kuvassa menevän Päijät-Hämeen kannalta parempaan suuntaan", arvioi hyvinvointiyhtymän toimitusjohtaja Marina Erhola. Hallituksen sote-ryhmän ministerit kertoivat eilen, millaiseksi hallituksen sote-malli on muotoutunut lausuntokierroksen jälkeen.

Päijät-Hämeessä huolenaiheena on ollut alueiden oman päätäntävällän kaventuminen. ”Kun rahoitus siirtyy valtiolle, luonnollisesti voimavarojen käytön ohjaus on aika tiukkaa valtiovarainministeriön suunnasta. Edellisen version perusteella vaikutti siltä, että sosiaali- ja terveysministeriölle olisi annettu hyvinkin suuri ohjausvalta liittyen myös alueen operatiivisiin päätöksiin, koskien esimerkiksi palveluntuotannon tapoja ja työvoiman käyttöä”, Erhola kertoo.

Uuden muotoilun mukaan hyvinvointialue voi irtisanoa sopimuksia kokonaisharkintaan perustuen. Myös rahoitusmallia korjattiin tähän mennessä saatujen tietojen perusteella Päijät-Hämeen kannalta paremmaksi. Silti ensimmäiset vuodet tulevat olemaan hyvin tiukkoja. Siinä on ns. leikkuri, joka leikkaa myös sitä, paljonko rahoituksen jälkeensä jääneisyttä korjataan.

16.12 Asiakasmaksulain uudistus 2021

Sosiaali- ja terveyspalvelujen asiakasmaksulain uudistus ei liittynyt suoranaisesti sote-uudistukseen, mutta lakimuutoksella yhtenäistettiin asiakasmaksuja ja osin helpotettiin sote-uudistuksen etenemistä. Uudistuksella parannettiin palvelujen yhdenvertaista saatavuutta ja oikea-aikaisuutta poistamalla hoidon esteitä **(11)**.

Lakimuutokset tulivat voimaan 1.7.2021. Maksukattoa koskevat uudistukset tulevat voimaan 1.1.2022. Valtio ohjaa kunnallisen sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksupolitiikkaa edelleen lainsäädännöllä. Asiakasmaksupolitiikan tavoitteena on, että maksut ovat kohtuullisia eivätkä ole esteenä palvelujen saamiselle. Toisaalta tavoitteena on ehkäistä epätarkoituksenmukaista palvelujen käyttöä.

Maksu voi olla tasasuuruinen (esimerkiksi sosiaali- ja terveyskeskusmaksu), jolloin siihen eivät vaikuta asiakkaan tulot, tai maksu voi määräytyä asiakkaan maksukyvyn mukaan (esim. pitkäaikaisen laitoshoidon maksu).

Sosiaali- ja terveyspalvelujen asiakkailta perittävillä maksuilla katetaan vain pieni osa palvelujen kustannuksista. Tuorein laskelma vuodelta 2018 osoittaa, että asiakasmaksujen osuus on ollut 7,8 prosenttia kustannuksista.

Asiakasmaksulain tärkeimmät muutokset 2021

Laki laajentaa maksuttomuutta ja kohtuullistaa maksuja. Hoitajavastaanotot tulevat maksuttomiksi perusterveydenhuollossa. Alaikäisiltä asiakkailta ei enää peritä maksuja poliklinikan antamasta tutkimuksesta ja hoidosta.

Mielenterveyspalvelujen maksuttomuutta perusterveydenhuollossa selkiytetään. Lisäksi laajennetaan tartuntatauteihin liittyvän hoidon, tutkimuksen ja lääkkeiden maksuttomuutta. Myös päihteitä käyttävien raskaana olevien tutkimus, hoito ja seuranta äitiyspoliklinikoilla ovat jatkossa maksuttomia. Maksukattoa laajennetaan suun terveydenhuollosta, terapiasta, tilapäisestä kotisairaanhoidosta ja tilapäisestä kotisairaalahoidosta sekä tietyistä etäpalveluista perittäviin asiakasmaksuihin. Jatkossa maksukattoon kerryttävät myös asiakasmaksut, joiden suorittamiseen on myönnetty toimeentulotukea.

Jatkuvan ja säännöllisen kotona annettavan palvelun sekä pitkäaikaisten asumis- palvelujen asiakasmaksut määräytyvät yhdenmukaisin perustein, pitkäaikaista tehostettua palveluasumista lukuun ottamatta. Pitkäaikaisen tehostetun palvelu- asumisen, laitoshoidon ja perhehoidon asiakasmaksuihin sovelletaan pitkälti yh- denmukaisia määräytymisperusteita. Lisäksi laissa säädetään asiakkaalle jätettä- västä vähimmäiskäyttövarasta viimeksi mainituissa palveluissa.

Uudessa laissa korostetaan asiakasmaksujen alentamisen ja perimättä jättämisen ensisijaisuutta suhteessa toimeentuloturvaan. Lisäksi kunnan velvoitetta tiedottaa asiakasta maksujen alentamisesta ja perimättä jättämisestä vahvistetaan säätämäl- lä tästä nimenomaisesti laissa.

Viitteet

1. 7.10.2019 Sosiaali- ja terveysministeriön tiedote (113/2019)
2. 11.11.2019 Kaleva / Pekka Rahko
3. 14.1.2021 Suomen Lääkärilehti / Suvi Sariola
4. 14.6.2019 Esiselvitys /Deloitte Oy
5. 11.1.2021 Itä-Savo / Juha Rika
6. 11.6.2018 Aamulehti Henripekka Kallio
7. 21.6.2020 Yle Uutiset / Viljami Vaarala
8. 29.06.2020 www.tehylehti.fi / Terhi Mäkinen
9. 7.8.2020 Helsingin Sanomat / Liisa Kauppinen
10. 14.10.2020 Yle / Sini Ojanperä
11. 30.12.2020 STM:n tiedote

17 Soten rakennusinvestoinnit

17.1 Sote-investointien ja -ulkoistuksien rajoituslaki

Sote-uudistuksen yhteydessä on katsottu tarpeelliseksi rajoittaa palvelujärjestelmän kokonaisuuden kannalta epätarkoituksenmukaisia rakennusinvestointeja ja pitkäaikaisia sopimuksia siirtymäkaudella ennen uudistuksen voimaantuloa.

Kuntien ja kuntayhtymien sosiaali- ja terveyspalvelujen laajoja ja pitkäaikaisia ulkoistuksia sekä suuria investointeja ohjaava väliaikainen ns rajoituslaki (548/2016) tuli voimaan 1.7.2016 ja oli voimassa vuoden 2019 loppuun saakka **(1)**. Vuonna 2019 tehdyllä lakimuutoksella rajoituslain voimassaoloa on jatkettu vuoden 2025 loppuun.

Väliaikaisen lain mukaan laajoihin ja pitkäkestoisiin sopimuksiin on sisällyttävä irtisanomisehto, jonka mukaan sopimus on tietyin ehdoin irtisanottavissa. Irtisanomisehto koski sellaisia rakennusten tai toimitilojen vuokra- tai käyttöoikeussopimuksia, joita kunta tai kuntayhtymä teki 1.7.2016 – 31.12.2018. Lisäksi ehto oli sisällytettävä yksityisen palveluntuottajan kanssa tehtäviin sopimuksiin, joiden ennakoitu arvo sopimuskauden aikana ylittää 50 % kunnan tai kuntayhtymän sosiaali- ja terveydenhuollon menoista, ja joiden sopimuskausi on vähintään viisi vuotta.

Rajoituslain mukaan kunta voi omatoimisesti tehdä rakennusinvestointeja, joiden kokonaisarvo on alle viisi miljoonaa euroa. Tätä suurempiin investointeihin on tarvittu STM:n poikkeuslupa.

Säännökset sallivat vuosihuoltoon liittyneet korjaukset ja valvontaviranomaisten tarkastusten perusteella tehdyt välttämättömät rakennusinvestoinnit.

17.2 Sote-kiinteistöinvestointien arviointikriteerit ja -menetelmät

Kiinteistöinvestointien priorisointia varten valtiovarainministeriö on koonnut kuntien omistuksessa olevien kiinteistöjen tiedot. Sosiaali- ja terveysministeriön toimesta on myös arvioitu sisäilmaongelmien korjausinvestointien tarvetta, mikä on huomioitu rajoituslain poikkeuslupiin liittyvässä päätöksenteossa.

Sote-uudistuksen hyväksymisen yhteydessä 23.6.2021 vahvistettiin samalla menettely, jossa valtiovalta tulisi jatkossa arvioimaan maakuntien tekemät investointihankkeiden suunnitelmat. Arviointi koskisi niin kiinteistöinvestointeja kuin muitakin merkittävän kokoisia investointeja esimerkiksi tietojärjestelmiin.

Kuntaliiton 2019 tekemän selvityksen mukaan julkisen sosiaali- ja terveydenhuollon käytössä olevia toimitiloja on Suomessa arviolta noin 10 milj. m², joista noin 70

% on perusterveydenhuollon ja sosiaalipalvelujen käytössä. – Valtioneuvoston 2021 tukemassa tutkimushankkeessa selvitetään sote-kiinteistöinvestointien arviointikriteerit ja -menetelmät, joiden avulla yksittäisiä rakennushankkeita on tarkoitus jatkossa arvioida huomioiden ympäröivä palveluverkkokokonaisuus (2).

Tulevaisuudessa kiinteistöinvestointien tarpeeseen vaikuttavat väestön palvelutarpeen muutokset sekä teknologian ja hoitomenetelmien muutokset. – Väestön ikääntymisen vuoksi sote-palvelujen tarve kasvaa. Hoitomenetelmien ja teknologian kehittyminen mahdollistavat uusia hoitomuotoja, joiden yhteydessä sote-kiinteistöjen tilatarve on vähentynyt. Vuodeosastojaksojen kestot ovat pääosin lyhentyneet, ja polikliiniset hoidot lisääntyneet, jolloin uusissa rakennusinvestoinneissa avohoitovalmiuksia on voitu lisätä ja vuodeosastojen paikkamääriä vastavasti vähentää. – Toisaalta lisätilan tarvetta on tullut yhden hengen potilashuoneiden ja lääkintälaitetekniikan lisääntymisen vuoksi.

Vanhuspalveluissa rakennusinvestointien tarve on muuttunut siirryttäessä hoiva- ja hoitolaitoksista erityyppisiin palveluasumisen järjestelyihin. Kotiin vietäviä palveluja on lisätty ja monipuolistettu huomattavasti, ja tämän tueksi on kehitetty etähoidon ja -hoivan mahdollistavia tietoteknisiä järjestelmiä.

Koska sote-kiinteistöjen käyttömuodoissa ja -tarpeissa on tulevaisuudessa ennakoitavissa huomattavia muutoksia, tilojen monikäyttöisyyteen ja muuntojoustavuuteen on kiinnitetty erityistä huomiota.

Joskus soppa hautuu pidempään kypsyäkseen – esimerkiksi kymmenen vuotta

Suomalainen keskussairaalaverkosto on yli puolen vuosisadan ikäinen. Sotien jälkeisinä vuosikymmeninä rakentui nykyisen terveydenhuollon perusta sekä kuntatasolla että sairaanhoitopiireissä. Näin myös Kainuussa, yhtenä viimeisten joukossa.

Kainuun keskussairaala oli juuri viettänyt 40-vuotisjuhliaan 2010, kun ylilääkäri Jukka Juvonen sai tehtäväksi selvittää Kainuun erikoissairaanhoidon tulevaisuuden kehittämistarpeita ja vaihtoehtoja. Toimeksiannossa silloinen sote-johtaja Tuomo Pääkkönen näki, että sekä toiminnan että tilojen osalta oli tehtävä pidemmän aikavälin ratkaisuja. Tuosta tehtävästä voidaan katsoa alkaneen Kainuun uuden sairaalan investointiin johtanut pitkä prosessi.

Selvityksessään Juvonen esitti, että *”Jos Kainuussa halutaan tuottaa erikoissairaanhoidon palveluja, on uskallettava etsiä uudenlaisia toimintaprosesseja ja luotava näitä tukevia rakenteita. Mutta ennen kaikkea pitää pystyä rekrytoimaan riittävästi ammattitaitoista henkilökuntaa. On arvioitava johtamista, organisaatiota, henkilöstöpolitiikkaa, toimintaprosesseja ja rakennuskantaa.”*

Maakuntavaltuusto sai päätettäväkseen syksyllä 2011 kolme vaihtoehtoa, joista voitaneen melko kiistatta todeta, että nämä ovat edelleen terveydenhuollon kohtalonkysymyksiä Kainuussa:

1. Vaativaa erikoissairaanhoidoa jatketaan siten, että päivystysaikainen toiminta turvataan. Tästä seuraa, että Kainuussa pystytään myöskin tuottamaan päiväaikaan ne erikoissairaanhoidon palvelut, joita ei muista syistä ole tarpeen keskittää yliopistosairaaloihin.
2. Peruserikoissairaanhoido jaa Kainuuseen. Uuden järjestämislain valmistelussa käyttöön otettu termi peruserikoissairaanhoido merkitsisi Kainuussa sitä, että jatkettaisiin erikoissairaanhoidon poliklinista ja enintään päiväkirurgista toimintaa sekä sisätautialan ja geriatrian osastohoidoa. Pääosa mielenterveyspalveluista ja pieni osa kuvantamisesta sekä laboratoriotoiminnasta jäisi edelleen Kainuuseen. Pääosa erikoissairaanhoidon päivystystoiminnasta ostettaisiin muualta.
3. Luovutaan kokonaan erikoissairaanhoidosta. Tällöin Kainuussa toimisi perusterveydenhuolto, jota jonkin verran vahvistettaisiin joko omalla erikoissairaanhoidon poliklinikkatoiminnalla tai ostopalveluilla, joita toteutettaisiin Kainuussa. Kaikki erikoissairaanhoidon päivystys ostettaisiin muualta.

Yhtymävaltuusto Kainuun kuntien korkeimpana päätöksentekijänä linjasi näistä vaihtoehdoista ratkaisun, jossa **"Vaativa erikoissairaanhoido jaa Kainuuseen. Erikoissairaanhoidoa kehitetään ja siihen investoidaan siten, että toiminnan tehokkuutta voidaan tulevina vuosina lisätä"**.

Investoinnin arvioidut kustannukset tuolloin olivat merkittävästi myöhemmin toteutuneita kustannuksia pienempiä. Tätä voidaan pitää alakanttiin osuneena laskelmana. Toki vaihtoehdossa arvioitiin kuitenkin vain erikoissairaanhoidon tilojen osittaiseen peruskorjaukseen kohdistuvia toimia, nykyisen eri palveluita integroivan uudisrakentamisen sijasta.

Kyseessä ei kuitenkaan ollut vain välittömästi terveydenhuoltoa koskevista asioista, vaan keskeisesti koko maakunnan elinvoimasta. Erikoissairaanhoidon suora vaikutus aluetalouteen oli jo tuolloin noin 100 milj. euroa vuodessa ja työllisyysvaikutus yhteensä yli 1 000 henkilöä. Mikäli erikoissairaanhoido menetettäisiin Kainuun aluetaloudesta, se vähentäisi arvioiden mukaan julkisia palveluita yhteensä 15 prosentilla. Lisäksi haluttiin välttää aluetalouden supistumisen negatiivisia kerrannaisvaikutuksia.

Suunnittelusta kohti rakentamista

Uuden sairaalan kannalta tärkeitä ratkaisuja ovat edellä kuvatun strategisen linjauksen lisäksi olleet seuraavat ainakin seuraavat:

- **Konseptisuunnitelma** (2013), jossa keskeiset toiminnot määriteltiin tarkemman suunnittelun lähtötiedoiksi. Ilman tätä kokonaiskuvaa prosessista olisi tullut poukkoileva. On toinen kysymys, ovatko tehdyt linjaukset eri osallisten mielestä oikeita tai riittäviä, mutta ne ovat perustuneet kokonaisuutta ohjaavaan näkemykseen, joka on luotu yhteisessä suunnitteluprosessissa.

Keskeinen osa konseptia on integrointiperiaatteen korostaminen. Uudessa sairaalassa ei painotu erikoisalakohtaisuus, vaan yhteiskäytöllisyys. Myös

perusterveydenhuollon ja tukipalveluiden saumaton yhdistäminen muuhun hoitoon, on voimakkaasti rakentanut käytäntöjä. Olennaista on, että alkupe-
räisestä ”erikoissairaanhoidon kehittämisestä” on tullut koko hoitoketjua
koskeva muutos- ja investointihanke.

- **Urakkamuoto** (2014), jota päätettäessä yhtymähallitus ratkaisi rakennus-
ten suunnittelutavan sekä tilaajan eli Kainuun soten aseman toteutuksen
aikana. Valittu allianssimalli eli yhteisvastuullinen rakennusurakka sovel-
tuu vaativien hankkeiden toteutusmuodoksi. Siinä suunnittelijat, rakentajat
ja tilaaja muodostavat yhteisen organisaation, jolla on yhteiset tavoitteet ja
intressit saavuttaa paras mahdollinen lopputulos. Kyseessä on paitsi erityyi-
nen kaupallinen ja juridinen sopimusmalli, myös kulttuurinen tapa toimia
uudella tavalla. Yhteinen tulos ratkaisee osapuolten onnistumisen, sillä
kaikki ovat vastuussa toistensa tuloksesta. Tilaajan lisäksi sovittujen kus-
tannusten ylittymisestä vastaavat myös sopimuskumppanit.

Hankkeen päättyessä Kainuun Uuden sairaalan tilaajalle maksettavien kus-
tannusten ylitys on noin 4 %, budjetista, jota hankkeen kesto ja laajuus sekä
kustannustason nousu huomioiden voidaan pitää kohtuullisena.

- **Toteutusvaiheen sopimus** (2016), jossa yhtymävaltuusto sitoutui maa-
kunnan historian suurimpaan julkiseen investointiin. Kunnat maksavat
kuntayhtymän ottaman lainan perussopimuksen mukaisissa maksuosuuksissaan
noin kolmenkymmenen vuoden aikana. Kustannus on merkittävä,
mutta välttämätön, jotta maakunnalliset palvelut voidaan jatkossakin to-
teuttaa. Huomattava on, että vaihtoehtoa, jossa hoidon kustannuksia ei
kunnille koituisi, ei toistaiseksi (ennen sote-uudistusta) ole olemassa.

Odottelemalla paremmaksi?

Sairaalaprojektin aikana on ollut lukematon määrä epävarmuustekijöitä, jotka oli-
sivat voineet johtaa rakentamatta jättämiseen tai ainakin sen merkittäviin viiväs-
tyksiin. Nyt valitulla linjalla on pysytty, vaikka ulkoista toimintaympäristöä on ra-
vistettu erilaisin poliittisin linjauksin. Olennainen kysymys on: Olisiko jossain koh-
din prosessia voinut pysäyttää tai pitänyt vaihtaa kurssia merkittävästi?

Tähän ehkä yksinkertaisin vastaus löytyy alussa esitetyistä tulevaisuuden linjauk-
sista. Kansallisista tai paikallisista valtasuhteista riippumatta maantiede, palvelu-
tarve tai alueen elinvoimatavoitteet eivät ole muuttuneet. Tästä näkökulmasta kat-
soen kovin vähän vaihtoehtoisia tapoja olisi ollut tarjolla.

Toinen arvioitava asia on, miten valtakunnallisen sosiaali- ja terveyspalveluiden
reformipyrkimysten eri vaiheet olisivat voineet vaikuttaa jo aloitettuun prosessiin.
Niin moneen kertaan erilaiset muutoshankkeet ovat aiheuttaneet uhkia jo tehtyjen
päästösten toteuttamiselle, että niiden mukaan ei olisi päästy alkua pidemmälle.
Esimerkiksi päivystyksen, leikkaustoiminnan ja synnytysten toteutukseen liitty-
vien säädösten muuttuminen olisi käytännössä aiheuttanut olennaisia muutostar-
peita. Sairaala on kuitenkin toisistaan riippuvien osatekijöiden summa, eli yhden
muutos tarkoittaa vaikutuksia useissa muissa kohdissa.

Suurin kynnys Kainuussakin on ollut vuosikymmenen puolivälissä aloitetun sote-uudistuksen myötä tullut investointirajoituslaki. Kaikkiin yli 5 miljoonan euroon sote-rakennusten investointeihin tarvitaan edelleenkin STM:n poikkeuslupa. Yhdessä ulkoistamishankintoja estävän säädöksen kanssa valtiovallan pyrkimyksenä on ollut rajoittaa mahdollisten sote-reformin vastaisten rakenteiden syntyminen. Kainuun soten poikkeuslupahakemus uuden sairaalan rakentamiseksi sisälsi liitteineen vaatimattomat 691 sivua. Perusteluina olivat vahvat alueelliset tarpeet:

”Sairaalarakentamisessa on kyse välttämättömästä investoinnista, jotta käytettävissä olevat resurssit riittävät alueen palvelutarpeisiin. Nykyaikaiset tilat ja uudistunut teknologia luovat puitteet tehokkaammille toimintaprosesseille.

Nykyiset kiinteistöt ovat huonokuntoisia ja edellyttävät välttämättömiä rakennustoimia, jotta palvelut voidaan edelleen tuottaa. Samalla investoinnit mahdollistavat toiminnan muutokset ja niiden tehostamisen.”

Ja kun perhe- ja peruspalveluministeri Juha Rehulan 28.9.2016 allekirjoittama myönteinen poikkeuslupa saapui, nautittiin projektitoimistolla kakkukahvit. Ministeriön mukaan hankkeen perusteluina on huomioitu perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon toiminnallinen integraatio eli yhteensovittaminen, alueen pitkät etäisyydet, terveellisen ja turvallisen toimintaympäristön varmistaminen sekä toiminnan tehostamisen ja uusien toimintamallien toteuttaminen. Hakemus hyväksyttiin esitetyssä laajuudessa.

Mikäli päätöstä ei olisi tehty odotetun kaltaisena, olisi se luonnollisesti pysäyttänyt koko hankkeen. Viimeistelyä vaille valmiiksi suunnitellun seitsemän jalkapallokentän kokoisen rakennuksen uudelleen suunnittelemisen ei olisi tapahtunut käden käänteessä. Muutostalustannukset olisivat joka tapauksessa kohonneet miljooniin, mikäli päätöksessä olisi sellaisia vaadittu.

Kainuun Uusi sairaala pian valmiina

Vuoden 2017 helmikuussa käynnistyi maanrakennusurakka uuden sairaalan työmaalla. Välittömästi vanhan sairaalan seinän takana räjäytettiin ja louhittiin noin 39 000 kiintokuutiometriä eli 102 000 tonnia kiviainesta. Peruskivi päästiin muuraamaan elokuussa ja ensimmäiset betonirakenteet nousivat syksyn mittaan. Päärakennuksen harjannostajaisia vietettiin 2018 kesäkuussa.

Uusi sairaala on ollut käytössä vuoden 2020 tammikuusta, noin kuukautta ennen kuin koronapandemia iski Suomeen. Kukaan ei olisi voinut aavistaa kuinka merkittävästä sattumasta oli kysymys – pahimmillaan käsissä olisi ollut kaksi kesken-eräistä sairaalaa ja suuri määrä akuuttihoitoa tarvitsevia potilaita.

Pandemiavarautumisessa uusi tekniikka ja muunneltavat tilat näyttivät tarpeellisuutensa ja uusi sairaala selvisi tulikasteestaan kunnialla.

Vuonna 2021 sairaala valmistuu määräajassa. Päärakennuksen viimeinenkin lohko on luovutettu kesäkuussa ja toiminnot otetaan kokonaisuudessaan käyttöön loka-kuuhun mennessä.

"Edellinen keskussairaala palveli yli viisikymmentä vuotta, suurin piirtein saman ajan kuin sitä edeltävä laitos eli Kajaanin yleinen sairaala. Vähintään samalle ajalle toivomme menestystä ja hyvää hoitoa kainuulaisille Kainuun Uudessa sairaalassa!" totesi kuntayhtymän johtaja Maire Ahopelto Uuden sairaalan avajaisien avauspuheenvuorossa 17.1.2020.

Viitteet:

1. 1.7.2016 Kuntalehti. Sote-investointien ja -ulkoistuksien rajoituslaki astui voimaan
2. 30.3.2021 Tutkimushankkeen tiedote. Sote-kiinteistöinvestointien arviointikriteerit ja –menetelmät
3. 17.1.2020 Ahopelto Maire, Uuden sairaalan avajaiset 17.1.2020 avauspuheenvuoro

18 Valinnanvapaus hakee muotoaan

Sote-palvelujen valinnanvapautta on mahdollista toteuttaa useilla eri tavoilla. Vaikka aiemmassa sote-uudistuksessa kaavailtu monituottajamalliin perustuva laaja valinnanvapaus ei sellaisenaan toteutunut, valinnanvapautta on samaan aikaan monin tavoin lisätty maakunnallisella ja valtakunnallisella tasolla sekä kansainvälisesti EU-lainsäädännön uudistusten kautta.

18.1 Palvelujen laaja valinnanvapaus - tavoite vai illuusio

Palvelujen valinnanvapautta esitettiin sote-palveluja parantavana ja monipuolistavana hankkeena 2019 Sipilän hallituksen sote-uudistuksessa, joka sittemmin pysähtyi perustuslaillisiin ongelmiin. Valinnanvapaudella tarkoitettiin tuolloin potilaan oikeutta valita palveluntuottaja voimassa olevien palveluvalikoimien rajoissa julkisten, yksityisten tai kolmannen sektorin tuottajien kesken.

Laajamittainen valinnanvapaus jäi vuonna 2019 toteutumatta osin myös taloudellisten ja toiminnallisten epävarmuustekijöiden vuoksi. Valinnanvapauteen liitetty sote-palvelujen järjestämis- ja tuottamismalli oli vaikeasti ymmärrettävä sote-ammattilaisille ja todennäköisesti myös kansalaisille. Taustalla kummitteli samalla epävarmuus valinnanvapauden kustannuksista ja todellisesta vaikuttavuudesta hyvinvointiin ja terveyteen. Epävarmuutta oli lisääntyvästi myös kansalaisilla hoi-toon pääsystä ja sote-henkilöstöllä työn jatkuvuudesta.

18.2 Vapaavalinta

Palvelujen vapaavalinta otettiin edellä mainitusta poiketen käyttöön Kainuun hallintokokeilussa jo 2005 alkaen, jolloin maakunnan järjestämissä yleisimmissä sosiaali- ja terveydenhuollon palveluissa alueen väestölle annettiin oikeus valita hänelle sopivin palvelupiste maakunnan alueella. Tämä oli mahdollista, koska maakunnalliselle kuntayhtymälle laadittiin sosiaali- ja terveydenhuollon yhteinen palvelustrategia ja sitä tukeva infrastruktuuri.

Vapaavalinnan ansiosta lisääntyi kansalaisten alueellinen valinnanvapaus, ja samalla sosiaali- ja terveysalan ammattihenkilöille avautui mahdollisuus kuntarajat ylittävään yhteistyöhön ja erikoistumiseen maakunnan alueella. Maakunnan kattavat yhtenäiset tietojärjestelmät ja alueverkko ovat mahdollistaneet asiainnin toimipisteestä riippumatta.

18.3 Palvelunjärjestäjillä ja -tuottajillakin valinnanvapautta

Samalla kun arvioitiin yksilön valinnanvapautta, myös kunnat ja kuntayhtymät alkoivat käyttää niille kuuluvia valinnanvapauden mahdollisuuksia. Useat kunnat ulkoistivat sosiaali- ja perusterveydenhuollon palveluja vaihtelevin tuloksin. Useissa sairaanhoitopiirien kuntayhtymissä valmisteltiin ja toteutettiin laajoja toimintojen ulkoistuksia. Samalla vakuutusyhtiöt muuttivat sairaanhoitopiireiltä hankkimaansa ostopalvelua osittain omaksi toiminnaksi. Työterveyshuollon palveluja oli myös suunnitellun sote-uudistuksen varalta ulkoistettu ja yhtiöitetty.

Yksityisillä palveluntuottajilla on ollut mahdollisuus tarjota julkisen palvelunjärjestäjän kilpailuttamia ja rahoittamia sote-palveluja palvelusetelin avulla. Palveluseteli voi olla useissa palveluissa toimiva ratkaisu, joka lisää asiakkaan valinnanvapautta. Toisaalta palvelusetelinkin käyttö vaatii oman kirjanpitoinsa, ja sen käyttö riippuu asiakkaalle jäävästä omarahoitusosuudesta.

Taloustieteen näkökulmasta palveluntuottajalle olisi tällöin kannattavinta tuottaa mahdollisimman paljon ja mahdollisimman edullisesti palveluja mahdollisimman hyväkuntoisille asiakkaille. Terveystieteen kannalta tämä olisi keho ratkaisu, koska eniten palveluja tarvitsevat (esim. iäkkäät, monisairaat ja riskiryhmät) voisivat helposti jäädä palvelusetelin ulkopuolelle. Asian haasteellisuudesta kertonee sekin, että jo aloitettuja palvelusetelikojeiluja on keskeytetty taloudellisesti kannattamattomina.

Samalla herää kysymys, missä määrin yksityiselle palveluntuottajalle hyväksytään mahdollisuus asiakkaiden valintaan taloudellisen kannattavuuden perusteella ja millä perusteilla hänen jatkohoitonsa siirretään julkiselle sektorille. Ehkä perimmäisenä on kysymys, onko ensisijaisena tavoitteena tukea terveyttä vai bisnestä. Tai kenties molempia, koska yksityinen palveluntuottaja ei yleensä voi jatkaa taloudellisesti kannattamatonta toimintaa.

18.4 Terveystienhuoltolaki laajentaa kansalaisen valinnanvapautta

Vuonna 2010 säädetyt terveydenhuoltolain (1326/2010) pohjalta on asteittain lisätty kansalaisten mahdollisuutta valita hoitopaikkansa oman kotikuntansa ja kotikunnan sairaanhoitopiiriin ulkopuolelta.

Vuodesta 2011 alkaen kansalaisilla on ollut oikeus valita terveysasema oman kunnan sisällä, sekä mahdollisuus valita erikoissairaanhoidon yksikkö erityisvastuualueen sisällä. Vuodesta 2014 alkaen kansalainen on voinut valita oman terveysasemansa kaikista Suomen julkisista terveysasemista, sekä oikeus valita erikoissairaanhoidon yksikkö valtakunnallisesti.

Vaihtomahdollisuus on koskenut kaikkia kiireettömiä lääkäreiden, hoitajien ja hammaslääkäreiden palveluita, myös reseptien uusimisia sekä fysioterapiapalve-

luita. Valinnanvapaus ei kuitenkaan koske kouluterveydenhuoltoa, opiskelijaterveydenhuoltoa eikä pitkäaikaista laitoshuoltoa. Kiireellisissä tapauksissa asiakas voi edelleen käyttää minkä tahansa paikkakunnan terveyspalveluja. Kun kansalainen on vaihtanut terveysaseman, hän pysyy sen asiakkaana, kunnes ilmoittaa uudesta vaihdosta. Terveysasemaa voi vaihtaa kirjallisella ilmoituksella kerran vuodessa. Pidempiä aikoja kotikuntansa ulkopuolella, esimerkiksi kesämökillä, oleskelevat henkilöt voivat saada hoitosuunnitelmansa mukaista hoitoa myös väliaikaisen asuinkuntansa terveysasemalla. Tätä varten tarvitaan omalla terveysasemalla laadittu hoitosuunnitelma ja kirjallinen ilmoitus sekä vakituinen että oleskelupaikkakunnan terveysasemille.

18.5 Yksityiset palvelut vaihtoehtona ja julkisten palvelujen täydentäjänä

Valinnanvapauteen kuuluu myös potilaan mahdollisuus hakeutua hoitoon omaehtoisesti yksityiselle palvelutuottajalle, jolloin hän vastaa itse kustannuksista KELA-korvausten ja mahdollisen sairauskuluvakuutuksen tukemana.

Tarvittaessa julkisen terveydenhuollon piiristä potilaalla on mahdollisuus päästä yksityisten palvelujen asiakkaaksi lähetteen ja/tai maksusitoumuksen perusteella, mikäli julkisella tuottajalla ei ole tarvittavia palveluja saatavana. Oletuksena yleensä on se, että potilas ja hänen hoitovastuunsa palautuvat julkiselle palvelun tuottajalle ostopalvelun jälkeen.

18.6 Potilasdirektiivi ohjaa rajat ylittävää terveydenhuoltoa EU:ssa

EU-direktiivin (2011/24/EU) perusteella potilaalla on oikeus hakea vapaasti terveyspalveluja toisesta EU- tai ETA-valtiosta ja Sveitsistä. Potilaalla on oikeus korvaukseen toisessa valtiossa saamastaan hoidosta samojen perusteiden mukaisesti kuin jos hoito olisi annettu potilaan kotimaassa. Suomessa potilasdirektiivi on saatettu voimaan lailla rajat ylittävistä terveydenhuollosta (1201/2013). Potilasdirektiiviin liittyvien asioiden kansallinen yhteyspiste toimii Kelassa. Kansalaisen näkökulmasta hoidon saatavuutta on lisännyt merkittävästi eurooppalainen sairaanhoitokortti, jonka perusteella kortin haltija on oikeutettu saamaan lääketieteellisesti välttämätöntä sairaanhoitoa EU-jäsenvaltioiden alueella.

Päävastuu terveyspalvelujen järjestämisestä on potilaan kotimaalla. Jos potilas matkustaa hoitoon toiseen jäsenvaltioon, hänen sairaanhoitokustannuksistaan vastuussa olevan valtion tulisi korvata hoitokustannukset potilaalle vähintään sen suuruusina kuin ne olisivat olleet kyseisessä valtiossa. Korvauksen saanti edellyttää, että hoito ylipäättään kuuluu kustannuksista vastuussa olevan valtion lakisääteisen terveydenhuollon piiriin.

18.7 Suomalaisen terveydenhuollon palveluvalikoima

Suomessa terveydenhuollon lakisääteiseen palveluvalikoimaan kuuluvat lääketieteellisesti ja hammaslääketieteellisesti perusteltu sairauksien ennaltaehkäisy, sairauden toteamiseksi tehtävät tutkimukset sekä taudinmääritys, hoito ja kuntoutus. Palveluvalikoima sisältää julkisen terveydenhuollon palvelut ja sairausvakuutuksen sairaanhoitokorvaukset eli Kela-korvaukset. Palveluvalikoimaa ylläpitää ja kehittää sosiaali- ja terveysministeriön yhteydessä toimiva palveluvalikoimaneuvosto (PALKO).

Terveydenhuollon palveluvalikoimaneuvosto voi antaa kahdenlaisia suosituksia: PALKO voi suositella, että tietyn terveysongelman ehkäisy, toteamiseksi tehtävät tutkimukset, hoito tai kuntoutus tietyllä terveydenhuollon menetelmällä a) kuuluu tai b) ei kuulu Suomessa julkisesti rahoitettuihin palveluihin. PALKOn suositukset julkaistaan ensin luonnoksina otakantaa.fi -palvelussa, jossa niitä voi kommentoida määräajan. Saatu palaute huomioidaan asian valmistelussa. Valmiit suositukset julkaistaan PALKOn kotisivuilla. Suosituksia päivitetään tarvittaessa.

19 Tietojärjestelmät sote-sopan mausteena

19.1 Kanta-palvelut sähköisessä asiointissa

Kanta-palvelut ovat sosiaali- ja terveydenhuollon digitaalisia palveluja, jotka hyödyttävät kansalaisia sekä sosiaali- ja terveydenhuollon toimijoita. Kanta-palvelut ovat käytettävissä Suomessa asuinpaikasta riippumatta **(1)**.

Kanta-palvelujen käyttäjiä ovat kansalaiset, apteekit, terveydenhuolto ja sosiaalihuolto. Sekä julkisen terveydenhuollon että yksityisen terveydenhuollon palveluntuottajat käyttävät Kanta-palveluja.

Kanta-palvelut muodostavat laajan palvelukokonaisuuden, joka mahdollistaa ajasta ja paikasta riippumattoman sähköisen asioinnin. Useissa sote-palveluissa tämä voi korvata aikaan ja paikkaan sidottuja ajanvarauskäyntejä, ja näin helpottaa henkilö- ja aikaresurssien käyttöä.

- **Omakanta-palvelussa** kansalaisilla on mahdollisuus nähdä omat terveystiedot ja reseptit verkkoasiointipalvelusta sekä pyytää reseptin uusimista. Huoltaja voi myös katsoa Omakannasta alaikäisen lapsen tietoja.
- **Resepti-palvelussa** kaikki reseptit määrätään sähköisinä. Paperi- tai puhe-linresepti voidaan määrätä vain poikkeustapauksissa. Kaikki reseptit määrätään ja toimitetaan Kanta-palvelujen kautta.
- **Lääketietokanta** sisältää lääkkeen määräämisen ja toimittamisen kannalta tarpeelliset tiedot lääkkeestä, sen hinnasta ja korvattavuudesta sekä keskenään vaihtokelpoisista lääkevalmisteista. Lääkehausta voi myös katsoa yksittäisen valmisteen tiedot.
- **Potilastiedon arkisto** on terveydenhuollon tietojärjestelmä, jota käytetään kunkin käytössä olevan potilastietojärjestelmän kautta. Se mahdollistaa keskitetyn sähköisten potilastietojen arkistoinnin ja tietojen pitkäaikaisen säilyttämisen.

Potilastiedon arkistolla on Arkistolaitoksen sähköisen säilyttämisen lupa, joka koskee myös vanhojen tietojen arkistointia. Vanhat tiedot voidaan onnistuneen tallennuksen jälkeen poistaa lähdejärjestelmästä ja säilyttää ainoastaan sähköisessä muodossa Potilastiedon arkistossa.

- **Sosiaalihuollon asiakastiedon arkisto** on sosiaalihuollon tietojärjestelmä, jota käytetään asiakastietojärjestelmällä. Se mahdollistaa keskitetyn sähköisen sosiaalihuollon asiakastietojen arkistoinnin sekä tietojen aktiivisen

käytön ja pysyvän säilyttämisen. Sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastiedon arkisto otettiin ensimmäisissä asiakasorganisaatioissa käyttöön keväällä 2018.

- **Terveydenhuollon todistusten välitys** toimii yhä enemmän sähköisesti. Terveydenhuollon ammattihenkilöiden kirjoittamat todistukset ja lausunnot voidaan välittää Kanta-palvelujen avulla sähköisesti Kelaan etuuskäsittelyä varten.
- **Kelain** on sähköinen palvelu, jossa lääkäri tai hammaslääkäri voi ammattioikeutensa perusteella tehdä lääkemääräyksen verkkopalvelussa.
- **Kanta-asiakastestipalvelu** on Kantaan liitettävien tietojärjestelmien toimittajille sekä näiden asiakastestaajina toimiville organisaatioille ja apteekeille tarjottu palvelu.

Kanta-palvelut edistävät hoidon jatkuvuutta ja potilasturvallisuutta

Kanta-palvelujen avulla potilaan tiedot ovat aina ja ajantasaisina käytettävissä hoitotilanteessa. Kanta hyödyttää potilasta tai asiakasta, vaikka hän ei itse käyttäisiäkään tietotekniikkaa. Sujuva tiedonkulku sosiaali- ja terveydenhuollossa mahdollistaa paremman palvelun ja sujuvan asioiden hoidon. Osalla asiakkaista ja potilaisista ei ole mahdollisuutta käyttää sähköisiä palveluja, jolloin heille on tarpeen varata riittävästi muita asiointimahdollisuuksia.

Kanta-palveluja kehitetään vaiheistettusti

Kanta-palvelujen peruspalvelut on otettu käyttöön vaiheittain vuodesta 2010 alkaen. Esimerkiksi vuoden 2017 alusta kaikki reseptit on määrätty sähköisesti Kanta-palvelujen kautta. Sosiaali- ja terveydenhuollon toimintayksikkö liittyy Kanta-palvelujen asiakkaaksi saadakseen palvelut käyttöönsä ja voidakseen tarjota niitä omille potilailleen ja asiakkailleen. Kanta-palvelut laajenevat ja monipuolistuvat asiakkaiden tarpeiden ja lainsäädännön kehittymisen myötä. Palveluja kehitetään yhteistyössä käyttäjien kanssa.

STM voisi estää hyvinvointialuetta tekemästä huonoa tietojärjestelmähankintaa, esittää hallitus sote-uudistuksessa (2)

Sote-tietojärjestelmien vuosikulut ovat nykyisin noin 600 miljoonaa euroa, joka koostuu järjestelmien ylläpito- ja päivityskustannuksista. Tulevien soten tietojärjestelmien uudistamisen on arvioitu vaativan rahoitusta noin 2–3 miljardia euroa kymmenessä vuodessa.

Sosiaali- ja terveydenhuollon uudistuksessa esitetään ministeriölle mahdollisuutta puuttua hyvinvointialueiden sote-tietojärjestelmien hankintasuunnitelmiin, koska näin halutaan estää valtakunnalliseen tietojärjestelmäarkkitehtuuriin yhteensopimattomien tietojärjestelmien hankinta. Perusteena voisi olla esimerkiksi puutteellinen tietoturva tai yhteensopimattomuus valtakunnallisiin Kanta-palveluihin.

Tietoturvan merkitys nousi esiin psykoterapiakeskus Vastaamon tietomurron yhteydessä. Potilastiedoista voivat hakkerien lisäksi olla kiinnostuneita myös muut kaupalliset tai valtiolliset tahot. Tämä on yhtenä perusteena valtiolle varatusta hankintojen ohjaamismahdollisuudelle.

Valtioneuvosto hyväksyy hyvinvointialueen rahoituksen kokonaisuutena, mihin sisältyvät myös tietojärjestelmähankinnat.

19.2 Nopeita yhteyksiä, uusia ohjelmia ja raudan uusimista tarvitaan

Tietojärjestelmien uudistamistarve sosiaali- ja terveydenhuollossa liittyy suurelta osin uusien toimintakäytäntöjen ja menetelmien käyttöönottoon, jotka vaativat toimiakseen sähköisiä yhteyksiä. Toisaalta organisaatioiden yhdistyminen laajemmiksi kokonaisuuksiksi horisontaalisen ja vertikaalisen integraation kautta edellyttää laajoja ja tehokkaasti toimivia tietojärjestelmiä. Tässä kehityksessä sote-uudistuksella on voimakas tiedonkäsittelyn ja -välittämisen tarvetta lisäävä vaikutus.

Suomessa on nykyisin noin 160 sote-palveluiden järjestäjää, joista useimmilla kunnilla, kuntayhtymillä ja yksityisillä palveluntuottajilla ovat omat tietojärjestelmänsä. Useilla palveluntuottajilla on omat ajanvarausjärjestelmänsä erikseen terveydenhuollossa, sosiaalihuollossa, hammashuollossa ja mahdollisesti työterveyshuollossa, viime aikoina yhä useammin netissä.

Sairaanhoitopiirien ja maakunnallisten sote-kuntayhtymien suuriin potilas- ja asiakastietojärjestelmiin on yleensä liitetty useita kymmeniä oheisjärjestelmiä, jotka muodostavat toiminnallisen kokonaisuuden ja alueellisen tietojärjestelmäarkkitehtuurin. Näille alueellisille ja maakunnallisille kokonaisuuksille tarvitaan lisäksi eri käyttötarkoituksiin paljon valtakunnallisia yhteyksiä mm. kansallisiin sähköisiin palveluihin, rekisteri- ja tilastotietojen päivityksiin ja taloushallinnon käyttöön.

Sote-uudistuksen on tarkoitus yhdistää hajanaisia tietojärjestelmiä tulevien hyvinvointialueiden sisällä ja kesken. Tietojärjestelmien integraatioaste eri maakunnissa on tällä hetkellä erilainen. Laissa ei ole velvoitetta tietojärjestelmien vähentämiseen, mutta tämä todennäköisesti toteutuu, mikäli uusia maakunnallisia kokonaisuuksia muodostetaan.

Tietojärjestelmäinvestoinnit eivät tuo säästöjä toki läheskään välittömästi, koska uudistustyö vaatii kustannuksia ja aikaa, kun vanhoja ja uusia järjestelmiä käytetään siirtymävaiheessa rinnakkain. Sote-uudistuksen yhteydessä on arvioitu, että jos osa asioinnista muuttuu sähköiseksi, säästöjä voi tulla vuosittain satoja miljoonia euroja.

Hyvänä esimerkkinä laajasta valtakunnallisesta järjestelmästä on toiminut koronaviruksen aikana käyttöön otettu DigiFinlandin Omaolo-palvelu, jota lienee käyttänyt jo lähes 3 miljoonaa kansalaista.

Valtakunnallisessa tietojärjestelmäarkkitehtuurissa tietojen käyttö on jaettu jatkuvaluonteiseen ja kertaluonteiseen tiedon hyödyntämiseen. Tietojärjestelmien välinen vuorovaikutus perustuu pitkälti alueellisten tietopalvelujen, sote-tietopalvelun ja Kanta-palveluiden väliseen tiedonsiirtoon.

Soten muuttuvat tietojärjestelmät (4)

Apotti-järjestelmä tulee korvaamaan Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin alueella useimmat aiemmin käytössä olleet potilas- ja asiakastietojärjestelmät vuoden 2021 aikana. Apotti-järjestelmä on alkuperältään amerikkalainen Epic Systems.

Vaasan, Keski-Suomen, Etelä-Savon ja Pohjois-Karjalan sairaanhoitopiirien alueelle on tulossa yhteinen Aster-tietojärjestelmä, joka otetaan käyttöön 2023–2025. Aster-järjestelmän valmistaa amerikkalainen Cerner. (ks. Liite 2)

Useimmat muut sairaanhoitopiirit ovat mukana julkisessa kotimaisessa Unayhtiössä, joka tähtää tulevaisuudessa tietojärjestelmien yhtenäistämiseen.

Nykyisten potilas- ja asiakastietojärjestelmien suurimmat kotimaiset toimittajat Suomessa ovat TietoEvy, CGI Finland ja Esko Systems.

Yleisimmät Suomen sairaanhoitopiireissä tällä hetkellä käytettävistä järjestelmistä ovat TietoEvy:n toimittamat Lifecare ja Effica. Effica-järjestelmä on poistumassa ja sitä päivitetään Lifecare-järjestelmäksi, jonka ominaisuuksissa on huomioitu aikaisemmin laajemmin sote-integraation ja lainsäädännön muutosten vaatimukset. CGI Finland on päivittämässä hajanaisia järjestelmiään yhdeksi Omni360-järjestelmäksi.

Pohjois-Pohjanmaa valitsi oululaisen Eskon uuden hyvinvointialueen potilastietojärjestelmäksi (5)

Esko-potilastietojärjestelmää kehittää nykyisin kuntien ja kaupunkien yhdessä omistama yhtiö. Pohjois-Pohjanmaalla on päätetty ottaa tulevan hyvinvointialueen yhteiseksi potilastietojärjestelmäksi Oulussa kehitetty Esko-järjestelmä. Sitä täydennetään integroitavalla sosiaalihuollon asiakastietojärjestelmällä.

Oulussa 1990-luvulta alkaen kehitettyä erikoissairaanhoidon Esko-potilastietojärjestelmää ollaan laajentamassa yleisemmäksi potilastietojärjestelmäksi jatkokehityksellä. Ohjelmisto siirrettiin vuonna 2020 kuntien in-house-yhtiöön Esko Systemsiin. Yhtiön tämänhetkisiä omistajia ovat Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri, Oulun kaupunki, Lapin ja Länsi-Pohjan sairaanhoitopiirit sekä Kainuun sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymä, Keski-Pohjanmaan sosiaali- ja terveystalvokuntayhtymä Soite ja 2M-IT.

Varsinais-Suomi lähtee etukenossa sote-valmisteluun – Tärkeänä tavoitteena myös tietojärjestelmien yhtenäistäminen (6)

Sairaanhoitopiirissä halutaan jo varautua siihen, että sote-lait hyväksytään myöhemmin tänä vuonna. Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri on valmis aloittamaan yhdessä kuntien kanssa niin sanotun vapaaehtoisen sote-valmistelun. Sen tarkoituksena on selvittää, miten sairaanhoitopiiri sulautuisi mahdollisesti perustettavaan Varsinais-Suomen hyvinvointialueeseen.

Varsinais-Suomen kuntien, kuntayhtymien ja sote-johdon yhteisenä tavoitteena on myös se, että alueelle saadaan yksi ja yhtenäinen perusterveydenhuollon potilastietojärjestelmäkokonaisuus. Tällä hetkellä Varsinais-Suomen hajanainen, 41 erilaisesta perusterveydenhuollon potilastietojärjestelmästä muodostuva kokonaisuus ei tue parhaalla mahdollisella tavalla alueellisten palveluiden järjestämistä. Lisäksi tulee yhdistää toiminta ja käytänteet. Tämän myötä Varsinais-Suomeen saadaan yhtenäinen perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon potilastietojärjestelmä. Kokonaisuus sisältää myös selvityksen järjestelmien yhtenäistämisen hankinnasta.

Viitteet

1. 25.1.2021 STM tiedote (päivitetty)
2. 1.2.2021 Kaleva / Joonas Kuikka
3. Sosiaali- ja terveystietojen toisiokäytön kokonaisarkkitehtuuri. THL/STM 2019.
4. Asiakas- ja potilastietojärjestelmien tilannekuva ja sen analyysi. Kuntaliitto 2020.
5. 16.2.2021 MediUutiset
6. 1.4.2021 MediUutiset

20 Lainsäädäntö ohjaa muutoksia

Sosiaali- ja terveydenhuollon lainsäädäntö on jatkuvassa muutostilassa. Tämä on edellyttänyt ja edistänyt organisaatioiden ja palvelujen uudistamista monilta osin riippumatta siitä, milloin ja missä muodossa sote-uudistus tulee voimaan. Ohessa on koottu luettelomaisesti vuosilta 2005–2021 keskeisimpiä lainsäädännön muutoksia, jotka taustalla vaikuttavat sote-uudistuksen tuleviin muutoksiin. Useisiin laki- ja asetus pohjaisiin säädöksiin tulee vuosittain muutoksia, joihin perustuva ajantasainen lainsäädäntö on haettavissa teoksesta Sosiaali- ja terveydenhuollon lainsäädäntö, Edita Oy tai sähköisesti www.finlex.fi.

20.1 Palvelujen yleinen järjestäminen

- Hallituksen esitys eduskunnalle laeiksi sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista annetun lain, sosiaali- ja terveydenhuollon palvelusetelistä annetun lain 3 §:n ja tuomioistuinlain 5 §: muuttamisesta (HE 129/2020)
- Kuntalaki (410/2015)
- Laki ehkäisevän päihdetyön järjestämisestä (523/2015)
- Laki hätäkeskustoiminnasta (692/2010)
- Laki liikenteen palveluista (320/2017)
- Pelastuslaki (379/2011)
- Potilasvakuutuslaki (948/2019)
- STM:n asetus laadunhallinnasta ja potilasturvallisuuden täytäntöönpanosta laadittavasta suunnitelmasta (341/2011)
- Työaikalaki (872/2019)
- Valmiuslaki (1552/2011)
- Varhaiskasvatuslaki (540/2018)
- VN:n asetus ravitsemisliikkeiden toiminnan väliaikaisesta rajoittamisesta tartuntataudin leviämisen estämiseksi (942/2020)

20.2 Sosiaalipalvelut

Sosiaalipalveluilla jaetaan talouden tuottamaa hyvinvointia uudelleen koko väestön toimeentulon ja terveyden turvaamiseksi sekä sosiaalisten ongelmien vähentämiseksi. Laajempänä tavoitteena on ohjata kansantalouden, markkinoiden ja kotitalouksien toimintaa kohti sellaisia yleisesti haluttuja sosiaalisia päämääriä, joita kotitaloudet ja markkinat eivät ilman julkista ohjausta ja tukea pysty tuottamaan.

Muun muassa eläketurva ja terveydenhuolto on järjestetty kansalaisille julkisen vallan toimesta yhteisillä linjauksilla. Sosiaalipalvelujen avulla väestön hyvinvointia tuetaan mm. toimeentuloon, työllisyyteen, asumiseen ja terveyteen liittyvissä asioissa ns. pohjoismaisen hyvinvointiyhteiskunnan toimintatapojen mukaisesti.

- Isyyslaki (11/2015)
- Laki kehitysvammaisten erityishuollosta annetun lain muuttamisesta (381/2016)
- Laki korkeakouluopiskelijoiden opiskeluterveydenhuollosta (695/2019)
- Laki oppilas- ja opiskelijahuoltolain muuttamisesta (886/2017)
- Laki sosiaali- ja terveydenhuollon palvelusetelistä (569/2009)
- Laki sosiaalihuollon ammattihenkilöistä (817/2015)
- Laki sosiaalihuollon asiakasasiakirjoista (254/2015)
- Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista (812/2000), (935/2019)
- Laki sosiaalihuoltolain muuttamisesta (1517/2016)
- Laki talous- ja velkaneuvonnasta (813/2017)
- Laki toimeentulotuesta (1412/1997)
- Laki työllistymistä edistävästä monialaisesta yhteispalvelusta (1369/2014)
- Opintotukilaki (65/1994)
- Perhehoitolaki (263/2015)
- Sairausvakuutuslaki (1224/2004)
- Sosiaalihuoltolaki (1301/2014), (269/2015)
- STM:n asetus potilasasiakirjoista (298/2009)

20.3 Sote-uudistuksen lainsäädäntö 2021

Eduskunnan 23.6.2021 hyväksymässä sote-uudistuksen lakipaketissa on yhteensä 52 lakia ja lakimuutosta. Tämän lisäksi hallitus on jättänyt eduskunnalle 15.4.2021 yhteensä 109 lakimuutoksen esityksen (HE 56/2021). Keskeisimmät sote-uudistuksen lakimuutokset ovat:

- Laki hyvinvointialueista
- Laki sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä
- Laki pelastustoimen järjestämisestä
- Hyvinvointi- ja maakuntajakolaki
- Laki sosiaali- ja terveydenhuollon ja pelastustoimen järjestämisestä Uudellamaalla
- Laki sosiaali- ja terveydenhuoltoja ja pelastustoimeja koskevan uudistuksen toimeenpanosta sekä sitä koskevan lainsäädännön voimaan panosta
- Laki hyvinvointialueiden rahoituksesta
- Laki kunnan peruspalvelujen valtionosuudesta

20.4 Terveyspalvelut

- Laki erikoissairaanhoitolain muuttamisesta (856/2004) - ns. hoitotakuulaki
- Laki eräiden kunta- ja palvelurakennemuutoksesta annetussa laissa säädettyjen velvoitteiden soveltamisesta (490/2014)
- Laki kansanterveyslain muuttamisesta (855/2004) – ns. hoitotakuu
- Laki kunta- ja palvelurakennemuutoksesta (169/2007)

- Laki kuntien ja kuntayhtymien eräiden oikeustoimien väliaikaisesta rajoittamisesta sosiaali- ja terveydenhuollossa (548/2016)
- Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992)
- Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä (559/1994), muutos (519/2020)
- Laki terveydenhuoltolain muuttamisesta (1516/2016)
- STM:n asetus ensihoitopalvelusta (340/2011 ja 585/2017)
- Tartuntatautilaki (1227/2016)
- Terveydenhuoltolaki (1326/2010) ja siihen liittyvät asetukset
- VN:n asetus erikoissairaanhoidon työnjaosta ja eräiden tehtävien keskittämisestä (582/2017), ns keskittämisasetus
- VN:n asetus kiireellisen hoidon perusteista ja päivystyksen erikoisalakohtaisista edellytyksistä (583/2017), ns päivystysasetus
- STM:n asetus lääkkeen määräämisestä (1088/2010)
- STM:n asetus lääkkeen määräämisestä annetun asetuksen muuttamisesta (992/2019)
- VN:n asetus terveydenhuollon järjestämissuunnitelmasta ja erikoissairaanhoidon järjestämissopimuksesta (337/2011)

20.5 Tietosuoja ja tietojen käsittely

- EU:n tietosuoja-asetus (679/2016)
- Laki julkisen hallinnon tiedonhallinnasta (906/2019) 1.1.2020, ns tiedonhallintalaki
- Laki sosiaali- ja terveystietojen toissijaisesta käytöstä (552/2019)
- STM:n asetus potilasasiakirjoista (298/2009)
- Tietosuojalaki (1050/2018) 1.1.2019

20.6 Vanhuspalvelut

Lakia ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista (980/2012) on muutettu (ns vanhuspalvelulain uudistus) 1.8.2020 alkaen. Ympäri vuorokautisen hoivan rinnalla on vahvistettu kotihoidon resursseja ja laatua.

- Iäkkäiden pitkäaikaisen laitoshoidon perusteet (STM raportti 30:2017)
- Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi 2020–2023. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisu 29:2020.
- Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista (980/2012)
- Laki Kansaneläkelaitoksen kuntoutusetuuksista ja kuntoutusrahaetuksista annetun lain muuttamisesta (679/2014)
- Laki omaishoidon tuesta (937/2005 ja 511/2016)
- Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992)
- Laki rintamaveteraanien kuntoutuksesta (1184/1988), kotona asumista tukevat palvelut (54/2019)

- Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista annetun lain muuttamisesta (1505/2016)
- Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä (559/1994), muutos (519/2020)
- Sosiaalihuoltolaki (1301/2014)

20.7 Ympäristöterveydenhuolto

Ympäristöterveydenhuolto on jäämässä pois viimeisimmästä sote-uudistuksesta 2021, jolloin tähän liittyvät tehtävät jäisivät alueen kuntien tai kuntayhtymien vastuulle.

- Elintarvikelaki kokonaisuudistus (23/2006, muutos 1397/2019)
- Elintarvikeketjua koskevien EU:n sääntöjen toimeenpano (625/2017)
- Haaskanpitoa koskevaan lainsäädäntöön muutos. Laki metsästyslain muuttamisesta (504/2017)
- MMM:n asetus elintarvikkeiden alkutuotannon elintarvikehygieniasta annetun asetuksen muuttamisesta (84/2017)
- MMM:n asetus kunnaneläinlääkärin maksullisista suoritteista (1044/2017)
- STM:n asetus asunnon ja muun oleskelutilan terveydellisistä olosuhteista sekä ulkopuolisten asiantuntijoiden pätevyysvaatimuksista (545/2015), ns. asumisterveysasetus
- STM:n asetus talousveden laatuvaatimuksista ja valvontatutkimuksista annetun asetuksen muuttamisesta (683/2017)
- Säteilylaki 859/2018)
- Terveystensuojelulaki (763/1994), (942/2016)
- Tupakkalaki (549/2016), asetusmuutokset 2017 ja 2018

21 Sote-sopan lopputuloksen maistelua

Tätä kirjoitettaessa 2021 sote-uudistuksen viimeisin, Marinin hallituksen esittämä lakiuudistuspaketti ja hyvinvointialueiden perustaminen on hyväksytty eduskunnassa ja odottaa täytäntöönpanoa.

Kun sote-uudistus on jatkunut eri vaiheineen jo yli 15 vuotta, on matkan varrella sattunut ja tapahtunut monenlaista. Tässä yhteenvedossa on pyritty kuvaamaan viime vuosien vaiheita eri näkökulmista. Myös uudistuksen tavoitteet ja reunaehdot ovat muuttuneet vuosien kuluessa moneen kertaan. Tähän on luonnollisesti vaikuttanut hallituskausien vaihtuminen, joten uudistusta on jatkettu ja/tai muutettu kulloinkin voimassa olleen hallitusohjelman mukaisesti.

Yhteenvedoa koottaessa tuli esille, että varsinaisen uudistuksen sivutuotteena maakunnissa ja kunnissa on tehty paljon erilaisia osauudistuksia, jotka ovat olleet tavoitellun lopputuloksen kanssa samansuuntaisia ja vieneet kehitystä huomaimatta eteenpäin. Monissa maakunnissa toimii jo kattava integroitu organisaatio, joka helpottanee valtakunnalliseen uudistukseen sopeutumista.

Kainuun sotella on jo yli 15 vuoden kokemus perusterveydenhuollon, sosiaalipalvelujen, erikoissairaanhoidon, vanhuspalvelujen ja ympäristöterveydenhuollon yhteisestä organisaatiosta. Kokonaan uuden toimintakulttuurin luominen vie tietävästi aikaa vähintään yhden sukupolven verran eli noin 30 vuotta. Kehittäminen on siis kesken niin Kainuussa kuin muuallakin, mutta hyvällä alulla jo ollaan.

Sote-uudistuksesta on matkan varrella kertynyt sekä myönteisiä että kielteisiä kokemuksia. Päälimmäisenä on ollut usein pettymys siitä, että uudistus ei ole edennyt toivotussa aikataulussa. Toisaalta myönteistä on ollut se, että uudistuksen vaikutuksia ja laajuutta on voitu arvioida riittävästi monelta eri kannalta. Vaikka eduskunnan perustuslakivaliokunnan on koettu paikoin hidastaneen uudistuksen käsittelyä, on se samalla rajoittanut keskeneräisten tai perusteiltaan ongelmallisten lakiuudistusten etenemistä.

Suomessa on kunnalliseen itsehallintoon perustuva vahva hallintokulttuuri, jolla on hyvät puolensa ja perinteensä. Sote-palvelujen valtakunnallisen ohjaamisen kannalta kunnalliseen itsehallintoon on kuitenkin liittynyt suuria haasteita, koska noin 300 kunnan ja 160 sote-palveluja tuottavan kunnan tai kuntayhtymän toimintaympäristössä kokonaisuuksien hallinta on käynyt vaikeaksi. Yhteensovittaminen helpottunee ajan kanssa, kun valtakuntaan saadaan 22 palvelunjärjestäjää, joiden toimintakäytännöissä ja palvelujärjestelmissä on mahdollista tavoitella aikaisempaa parempaa synergiaetua ja suuruuden ekonomiaa.

21.1 Sote-uudistuksen arviointia eri mittareilla

Sote-uudistuksen lopputuloksen arvioinnissa voi käyttää apuna kunnallisille organisaatioille tuttua tasapainotettua mittaristoa (BSC / balanced score card), jossa yleensä arvioidaan asiakkaisiin, prosesseihin, henkilöstöön ja talouteen kohdistuvia vaikutuksia.

- **Asiakkaiden kannalta** sote-rahoituksen uudistettu rahoitusmalli parantaa mahdollisuuksia tasavertaiseen palvelujen saatavuuteen asuinpaikasta riippumatta. Palvelujen tarvepohjaisen rahoituksen kohdentaminen voi tuottaa aluksi alueellisia sopeutumisongelmia ja -reaktioita, joita kuitenkin rajoitetaan rahoitusmuutosten asteittaisen toteutuksen avulla. Pitkällä tähtäimellä tavoitellaan myös hyvinvointi- ja terveyserojen kaventamista sekä rahoituksen tasapainoa kansantalouden kestävyysvajeen korjaamiseksi.
- **Prosessien kannalta** sote-uudistukseen liittyy paljon palveluketjujen tehostamiseen liittyviä muutoksia. Yksittäisten palvelutapahtumien (transaktio) tehostamisesta on mahdollista siirtyä kokonaisvaltaiseen palveluketjujen uudistamiseen (transformaatio). Digitalisaatio ja sähköisen asioinnin laajentuminen lisäävät aikaan ja paikkaan sitomattomien palvelujen tuottamista, ja mahdollistavat näin resursseja ”tässä ja nyt” -tyyppisiin palveluihin kuten päivystys- ja ensihoitopalveluihin. Siirtyminen hyvinvointialueen kattavaan organisaatioon mahdollistaa laajan prosessien yhtenäistämisen ja resurssien aiempaa tehokkaamman kohdentamisen.
- **Henkilöstön kannalta** sote-uudistuksen voi olettaa sujuvan pääosin asteittaisten muutosten kautta, koska lähtökohtaisesti henkilöstö siirtyy uudelle työnantajalle ns. vanhoina työntekijöinä. Tehtävien uudelleen järjestelyjä on tarpeen tehdä, koska organisaatorakenne ja sen toimivaltasuhteet on määriteltävä uudelleen. Kun yksittäisissä kunnissa ja kuntayhtymissä on vaadittu lakisääteisesti useita johtavia viranhaltijoita, esimiesten tarve ja asema voi muuttua hyvinvointialueilla. Tämä voi vaikuttaa myös moniin esimies-alaisjärjestelyihin, koska uudessa laajemmassa organisaatiossa kaikki eivät olla toistensa esimiehiä. Etätyö yleistyneä edelleen, ja tuo etäjohtamiseen omat haasteensa.
- **Talouteen liittyvistä vaikutuksista** keskeisin lienee sote-rahoituksen siirtyminen vuodesta 2023 alkaen valtion vastuulle. Vaikka tavoitteena on kustannusneutraali muutos, se on herättänyt kuntapäättäjien piirissä huolta jäljelle jäävän rahoituksen riittävydestä. Joiltakin osin ilmassa lienee myös helpotuksen tuntemusta, koska tiukkojen lakisääteisten velvoitteiden mukaan toimivat sote-palvelut eivät tuota tulevaisuudessa enää yllätyksiä kunnan talousarvioon. Kunnilla on näin mahdollisuus keskittyä alueen muiden peruspalvelujen sekä alueen elinvoiman ja vahvuuksien ja kehittämiseen. Toisaalta sote-menojen ja -tulojen poistuminen talousarviosta vie kunnan mahdollisuuden käyttää sote-rahoitusta kuntatalouden paineentausventtiilinä.

Uudistuksen edetessä rahoituksen riittävyys herättäneen huolta myös sote-organisaatiossa, joista monissa rahoitus on ollut tiukoilla kuntatalouden kriisin yhteydessä. Toiveita herättää uusi tarveperusteinen rahoituksen laskentamalli, jossa sosiaali- ja terveystalouden alueelliset tarvetekijät on huomioitu aikaisempaa laajemmin.

Maakuntaveron käyttöönottoa on arvioitu hallitusohjelman mukaisesti, ja sen soveltaminen on jäänyt tulevien aikojen ratkaistavaksi.

21.2 Kansalaisnäkökulma

Vaikka sote-uudistuksen matka on ollut pitkä, pitkällä prosessilla voi olla demokraattisen päätöksentekojärjestelmän kannalta myönteinen lopputulos. Uudistukselle vuonna 2013 annettu hellittelynimi ”Sote-soppa” on ehkä tyyliään hieman sarkastinen, samalla se kertoo uudistuksen osapuolten mahdollisuuksista ilmaista omia näkökantojaan monivaiheisen asian valmistelussa.

Kansalaiskeskustelun suuresta määrästä riippumatta tai juuri sen takia sote-uudistuksesta olisi pystyttävä tiivistämään kansalaisille oleelliset faktat, jotta mielikuvat ja väärät uskomukset eivät jäisi ohjaamaan toimintaa ja poliittisia päätöksiä. Kirjassa ’Suuri kaalihuijaus – Kirjoituksia yhteiskunnallisesta tietämättömyydestä’ (1) on kuvattu, mihin tämä voi johtaa. Jos vuonna 2008 kansalaisista 17 prosenttia tiesi kotikuntansa veroäyrin ja 38 prosenttia osasi nimetä hallituspuolueet oikein, on vaikea tarkalleen tietää mitä sote-uudistuksesta nyt ajatellaan ja tiedetään. Odotettavissa on todennäköisesti paljon mielipiteitä, toivottavasti kuitenkin enemmän faktojen kuin fiktioiden muodossa. Osan lisämausteensa sote-soppaan antanee jatkossakin sosiaalinen media, joka mahdollistaa julkisesti esittelyn ja nimettömän yksityisajattelun.

Tulevan sote-uudistuksen arvioinnissa on myös huomioitava, miten siinä onnistutaan tunnistamaan yhteiskunnallista huono-osaisuutta ja korjaamaan sen vaikutuksia. Kirjassa ’Toinen tieto – Kirjoituksia huono-osaisuuden tunnistamisesta’ (2) kuvataan, kuinka yhteiskunnan virallisen tiedon ohella tarvitaan kokemuksellista tietoa, jota voi esiintyä täsmätietona, hiljaisena tietona, vastatietona tai heikkoina signaaleina yhteiskunnan tilasta ja sen muutoksista.

Mielipiteiden selkeytymistä vaikeuttanee sote-uudistuksen pitkä valmistelu ja useat uudistusesitykset. Matkan varrella uudistuksen sisältö on todennäköisesti parantunut ja jalostunut vastaamaan mahdollisimman hyvin kansakunnan tarpeisiin, mutta kansalaisten käsityksissä vanhat ja uudet esitykset ja niiden vaiheet menevät todennäköisesti vielä osin sekaisin. Riittävä ja toistuva faktoihin perustuva tiedottaminen on tämän vuoksi uudistuksen onnistumisen kannalta oleellisen tärkeää.

Tämä yhteenveto on kirjoitettu monivaiheisen ja monimutkaisen sote-uudistuksen jäsentämistä varten asiasta kiinnostuneille. Yhteenvedossa esitetyt näkemykset perustuvat lähtökohtaisesti tiedossa oleviin faktoihin, julkaisuihin tai tutkimustu-

loksiin. Tekstiin on liitetty näkökulmien lisäämiseksi julkisista lähteistä saatuja mielipidekirjoituksia ja ajatelmia, jotka ovat kirjoittajien vastuulla.

Toimituskunta ottaa mielellään vastaan palautetta - sekä ruusuja että risuja. Nämä kaikki voivat olla perusteltuja, koska yhtä ainoaa totuutta lienee mahdoton määrittellä. Tässä koosteessa on aiheesta vain päällimmäisiä havaintoja. Odotamme siis jatkoselvityksiä ja sote-keskustelun jatkumista.

Viitteet

1. Uschanov, T. Suuri kaalihuijaus - Kirjoituksia yhteiskunnallisesta tietämättömyydestä. Teos 2010.
2. Hänninen S, Karjalainen J, Lahti T (toim). Toinen tieto – Kirjoituksia huono-osaisuuden tunnistamisesta. Stakes 2005.

Lähteet

Kirjallisuusluettelossa on kooste kirjoittajien käyttämästä kirjallisuudesta. Erillisissä artikkeleissa voi olla myös oma lähdeluettelo, joka sisältää laajemmin muun muassa lehtiartikkelit ja verkkojulkaisut.

Ahonen E, Ahopelto M, Heikkinen M, Huovinen-Tervo M, Mäntymäki E. Näin tehdään saumaton sote – Kainuun hiljainen tieto 2003–2017. Kunnallisanalan kehittämissäätiön julkaisu 11, 2017.

Ahopelto M. Uuden sairaalan avajaiset 17.1.2020 avauspuheenvuoro.

Airaksinen J, Haveri A, Pyykkönen H, ym. Sinisistä ajatuksista moniin totuuksiin. Kainuun hallintokokeilun arviointi. Toinen väliraportti. Valtiovarainministeriön julkaisuja 41/2008.

Airaksinen J, Jäntti A, Haveri A. Siniset ajatukset – sanoista tekoihin. Kainuun hallintokokeilun arviointi. Ensimmäinen väliraportti. Sisäasianministeriön julkaisuja 37/2005.

Aro T. Uusien hyvinvointialueiden alueanalyysi – hyvinvointialueet jakaantuvat alueellisten erojen, alueprofiilin ja väestöpohjan perusteella neljään ryppääseen. Tiedote, Konsulttitoimisto MDI, 2020.

Hannikainen-Ingman K. Sitkeästi terveyseroja vastaan. Arviointi sosioekonomisten terveyserojen kaventamiseen tähtäävästä työstä Kainuussa 2000 -luvun ensimmäisellä vuosikymmenellä. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Helsinki 2010.

Henry H, Hänninen J, Paksu S, Pylkkänen P. Osuustoiminnasta valoa vanhuspalveluihin. Kunnallisanalan kehittämissäätiö, tutkimusjulkaisu 79, 2014.

Heikkinen R. Sairaalalaitoksen vaiheita Kainuussa. Kajaanin leprasairaala Kainuun sairaanhoito- ja erityishuoltopiiriin kuntayhtymään. Otavan Kirjapaino Oy, 2000.

Hiilamo H. Hyvinvoinnin vakuutusyhtiö: Mistä SOTE-uudistuksessa on kysymys? Helsinki: Into, 2015.

Holster T, Mäklin S. Sosiaali- ja terveydenhuollon tarvevakioidut menot 2017 ja 2018: Uudistetut tarvekertoimet ja tekninen toteutus (luonnos). THL 2020.

Häkkinen U. Terveydenhuollon korvausperusteiden tulisi olla samat koko maassa. Terveys- ja sosiaalitalouden uutiskirje. Pääkirjoitus. THL, Optimi 4/2011.

Häkkinen U, Holster T, Haula T, Kapiainen S, Kokko P, Korajoki M, Mäklin S, Nguyen L, Puroharju T, Peltola M. Sote-rahoituksen tarvevakiointi. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL). Raportti 6/2020. Helsinki 2020.

Järva M. Kainuun maakuntahallintokokeilu paikallisten poliittisten päättäjien näkökulmasta. Pro gradu tutkimus. Vaasan yliopisto, Tritonia, 2008.

Junnila M, Hietapakka L, Whellams A (toim.) Tuoko palveluseteli valinnanvapautta? Kunnallisan kehittämissäätiö, Tutkimusjulkaisu-sarjan julkaisu nro 68, Vammalan Kirjapaino Oy 2012.

Junnila M, Lehtonen U. Valinnanvapauden edistäminen Kainuun sosiaali- ja terveyspalveluissa. Aktiiviasiakkuusmallin prosessiarviointi. Työpaperi 22/2013. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos, Helsinki 2013.

Jäntti A. Kainuun hallintokokeilu hallinnonuudistuksena: maakuntavaalit ja maakuntavaltuutettujen näkökulma. Pro gradu -tutkimus, Tampere University Press, 2005.

Jäntti A. Kunta, muutos ja kuntamuutos. Väitöskirja (monografia), Tampere University Press, 2016.

Jäntti A, Airaksinen J, Haveri A. Siniset ajatukset – vapaasta pudotuksesta hallittuun sopeuttamiseen. Kainuun hallintokokeilun vaikutukset. Valtiovarainministeriön julkaisuja 20/2010.

Kaattari A, Tiirinki H, Turkki L, Nordström T, Taanila A. Perusterveydenhuollon palveluiden suurkäyttäjä Pohjois-Suomen syntymäkohorttiaineistossa. Sosiaalilääket Aikakausl 52;191–201, 2015.

Kaikkonen R, Kostainen E, Linnanmäki E, Martelin T, Prättälä R ja Koskinen S. Sosioekonomiset terveyserot ja niiden kaventaminen Kainuussa. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B27/2008.

Kainuun hallintokokeilun seurantasiihteeristö. Kainuun hallintokokeilun päätyminen – seurantasiihteeristön loppuraportti. Valtiovarainministeriön julkaisuja 5/2013.

Kansallinen terveyserojen kaventamisen toimintaohjelma 2008–2011. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja, Helsinki 2008.

Koivisto J, Tiirinki H (toim). Monialaisen palvelutarpeen tunnistaminen sosiaali-, terveys- ja työvoimapalveluissa. Valtioneuvoston selvitys- ja tutkimustoiminnan julkaisusarja 38:2020.

Kokko R-L, Nenonen T, Martelin T, ym (toim.). Työllisyys, terveys ja hyvinvointi – Paltamon työllistämismallin vaikutusten arviointitutkimus 2009–2013. Hankkeen loppuraportti. Suomen Yliopistopaino Oy, Terveiden ja hyvinvoinnin laitos, raportti 18/2013.

Kruger J, Dunning D. Unskilled and Unaware of It: How Difficulties in Recognizing One's Own Incompetence Lead to Inflated Self-Assessments. Journal of Personality and Social Psychology Vol. 77 (6), 1121–1134, 1999.

Laherma E, Rahkonen O, Koskinen S, ym. Sosioekonomisten terveyserojen syyt ja selitysmallit. Teoksessa: Palosuo H, Koskinen S, Laherma E, ym (toim). Terveiden eriarvoisuus Suomessa. Sosioekonomisten terveyserojen muutokset 1980–2005. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 23, Helsinki 2007.

Lankila T, Kotavaara O, Antikainen H, Hakkarainen T, Rusanen J. Sosiaali- ja terveyspalveluverkon kehityskuva 2025 – Paikkatieto- ja saavutettavuusperusteinen tarkastelu. Oulun yliopisto, Maantieteen tutkimusyksikkö, Sitra 2016.

Leemann L, Hämäläinen M. Asiakasosallisuus, sosiaalinen osallisuus ja matalan kynnyksen palvelut. Yhteiskuntapolitiikka 81, 586–594, 2016.

Lith P. Palveluasumisen markkinat Suomessa 2010-luvun vaihteessa. Tilastollinen selvitys toimialan palvelukysynnästä, palveluntuottajista ja yritystoiminnan kehityksestä. Työ- ja elinkeinoministeriö raportteja 24/2012.

Muurinen S, Mäntyranta T. Asiakasvastaava-toiminta pitkäaikaissairauksien terveyshyötymallissa. STM, työryhmäraportti 2010.

Mäkelä M, Kaila M, Lampe K, Teikari M (toim). Menetelmien arviointi terveydenhuollossa. Kustannus Oy Duodecim, 2007.

Möttönen S. Sote-uudistamisen anatomia. Yhteiskuntapoliittisia näkemyksiä sosiaali- ja terveydenhuollon reformista. Kunnallisanalan kehittämissäätiön julkaisu 26, 2019.

Möttönen S, Kettunen P. Sosiaalipalvelut kuntien hallinto- ja palvelurakenteiden murroksessa. Teoksessa: Haverinen R, Kuronen M, Pösö T (toim.) Sosiaalihuollon tila ja tulevaisuus. Vastapaino, Tampere 2014.

Nyman J, Jäppinen P. Terveysasemien avosairaanhoidon suurkäyttäjät. Sosiaalilääket Aikakausl 52;4–19, 2015.

Palo J. Suomessa asuu kaksi kansaa; itäinen ja läntinen. Tiede 4/2015.

Palosuo H, Koskinen S, Laherma E, ym (toim). Terveiden eriarvoisuus Suomessa, sosioekonomisten terveyserojen muutokset 1980–2005. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 23, Helsinki 2007.

Parhiala K, Hetemaa T, Sinervo T, Nuorteva L, Luoto E, Krohn M. Terveyskeskusten avosairaanhoidon järjestelyt 2015. Kyselytutkimuksen tuloksia 1. Tutkimuksesta tiiviisti, THL 2016.

Pikkarainen S. Lapsiperheiden ja nuorten päihdepalvelujen kehittämislinjauksia. Tietoa päihteistä ja päihdepalvelujen tarpeesta. Kainuun sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymä, Kajaani 2013.

Rotko T, Palosuo H, Sihto M, ym. Paperitehtaan varjossa. Kajaanin paperitehtaan lakkauttamisen ja siihen liittyvien tukitoimien terveys- ja hyvinvointivaikutusten arviointi. Yliopistopaino, Helsinki, Raportti 27/2010.

Rotko T, Sihto M, Palosuo H, Katsaus terveysvaikutusten arviointiin terveyserojen näkökulmasta. Stakes, työpäperi 24/2008. Helsinki 2008.

Savola E, Koskinen-Ollonqvist P. Kirjassa: Pietilä A-M (toim). Terveiden edistämisen tiedosta toimintaan. WSOY pro 2010.

Seppälä T, Pekurinen M. Sosiaali- ja terveydenhuollon keskeiset rahavirrat. THL:n raportteja 2014. (Päivitetty: 19.1.2021).

Simonen H-L. Sote –uudistuksen pitkä taival – ”ja miten se jatkossa sitten todennäköisesti toteutuu ...”. Pro gradu, Tampereen yliopisto, 2016.

Sinervo T, Tynkkynen L-K, Vehko T (toim). Mitä kuuluu perusterveydenhuolto? Valinnanvapaus ja integraatio palveluiden kehittämisen polttopisteessä. Terveysten ja hyvinvoinnin laitos, Raportti 16/2016.

Sosiaali- ja terveydenhuoltolainsäädäntö 2020. Edita Publishing Oy 2020.

Suhonen M. Osallistujaohjaus ristipaineiden keskellä. Tapaustutkimus Kainuun maakuntakokeilun sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämishankkeen suunnitteluvaiheesta vuosina 2003–2004. Väitöskirja. Acta Universitas Ouluensis D Medica 924, 2007.

Suomen valtioneuvoston kanslia. Suomen hallitukset 2003–2021.

Thomas W, Hujala A, Laulainen S, McMurray R (toim.). The management of wicked problems in health and social care. Routledge, 2018.

Tolonen E. ”Kaiken maailman vieraita täällä” - Valvonta yksityisissä vanhusten asumispalveluissa. Kuopion yliopisto, Sosiaali- ja terveystieteiden laitos, PD/STJ 7, 2007.

Törmä S. Sopimaton hoitojärjestelmälle. Teoksessa: Hänninen S, Karjalainen J, Lehtelä K-M (toim). Pääsy kielletty! Poiskäännyttämisen politiikka ja sosiaaliturva. STAKES, Helsinki, 2007.

Uschanov, T. Suuri kaalihuijaus - Kirjoituksia yhteiskunnallisesta tietämättömyydestä, Teos 2010.

Vaalavuo M, Häkkinen U, Fredriksson S. Sosiaali- ja terveydenhuollon tarvetekijät ja valtionosuusjärjestelmän uudistaminen. THL Raportti 24/2013, Helsinki.

Virtanen P, Smedberg J, Nykänen P, Stenvall J. Palvelu- ja asiakastietojärjestelmien integraation vaikutukset sosiaali- ja terveystieteiden palveluissa. Valtioneuvoston selvitys- ja tutkimustoiminnan julkaisusarja 2/2017. Valtioneuvoston kanslia 2017.

Wagner E. Chronic disease management: what will it take to improve care for chronic illness? Eff Clin Pract 1: 2–4, 1998.

Whellams A. Exploring the issues that facilitate patient choice: a study of introducing an increased choice police into the Finnish public, 2016.

Wingborg M. Ruotsin terveydenhuollon uudistukset ja niiden vaikutukset. Kalevi Sorsa –säätöön julkaisu, 2017.

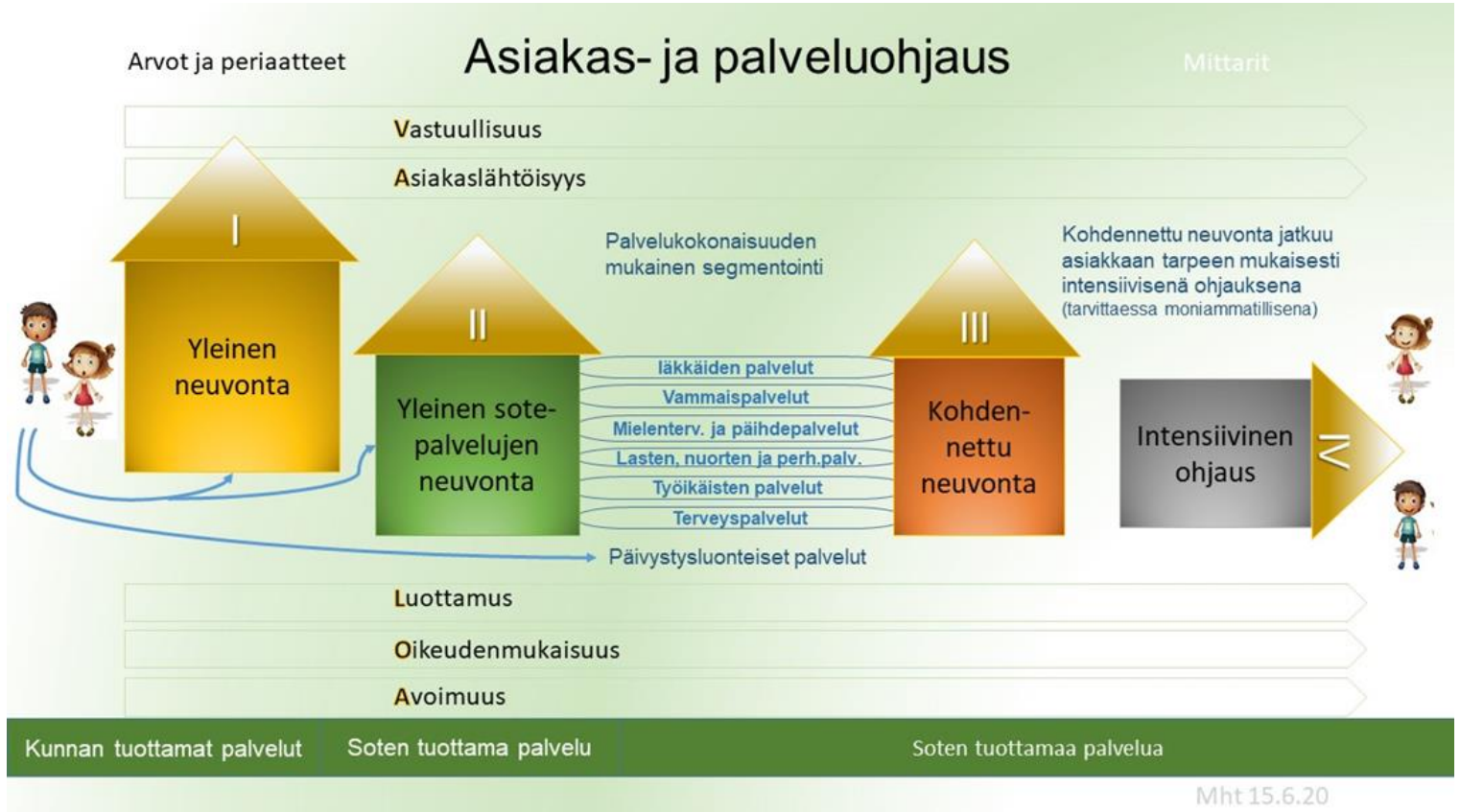
www.finlex.fi. Ajantasainen lainsäädäntö, Edita Publishing Oy.

www.wikipedia.org/wiki/Suomen_valtioneuvosto#Suomen_hallitukset

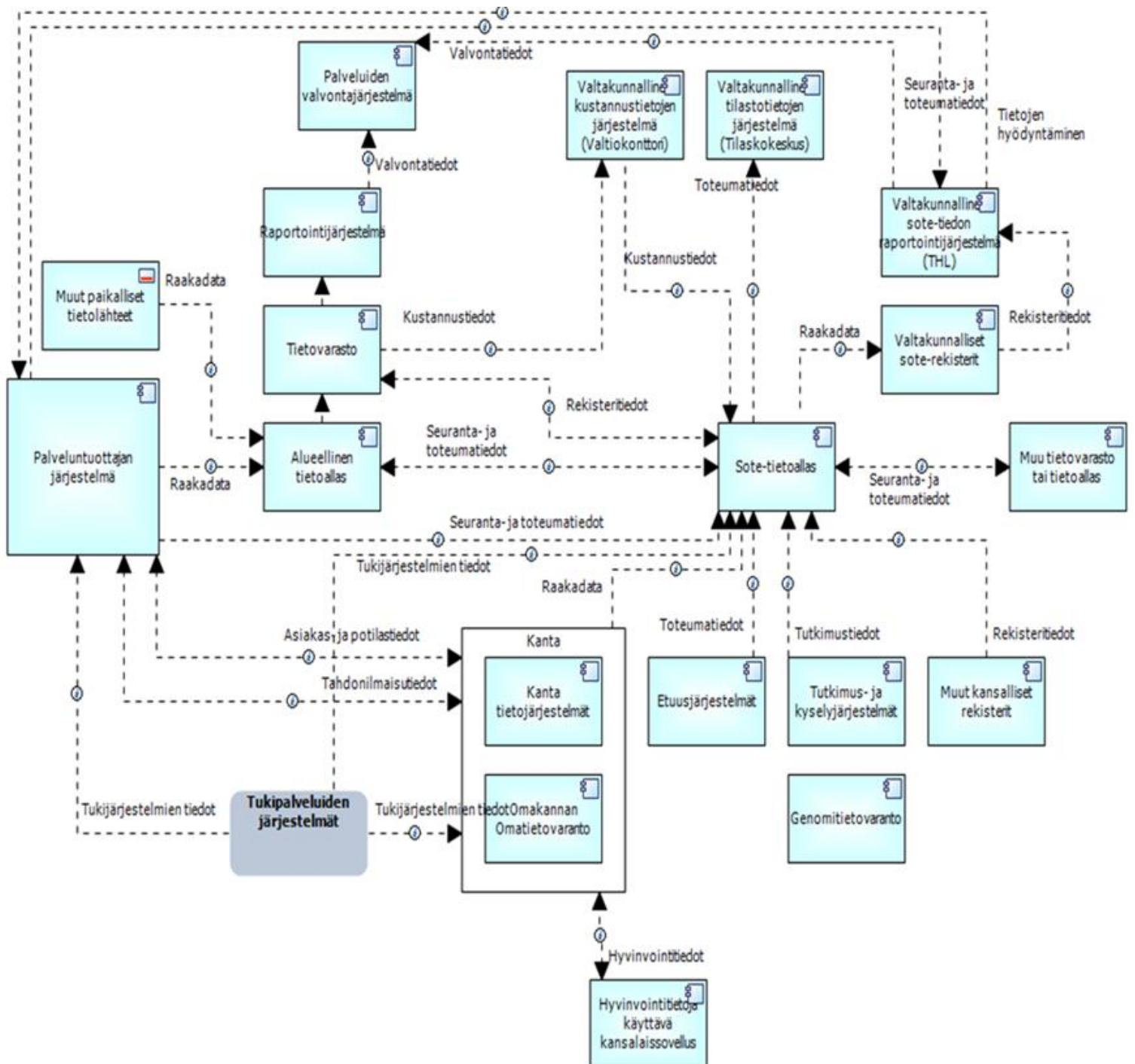
Ylitalo-Katajisto K. Paljon palveluja tarvitsevien asiakkaiden yksilöity sosiaali- ja terveyspalvelujen yhteen kokoaminen. Väitöskirja, Oulun yliopisto. Acta Univ Oul D 1540, 2019.

Liitteet

Liite 1. Kainuun soten asiakas- ja palveluohjaus



Liite 2. Sosiaali- ja terveydenhuollon jatkuvaluonteisen tiedon hyödyntämisen valtakunnallinen malli.



Kunnallisan kehittämissäätien Julkaisut-sarjassa ovat ilmestyneet

1 Sami Borg & Sari Pikkala

KUNTAVAALITRENDIT (2017)

2 Toim. Soile Pohjonen & Marika Noso

KANSALAINEN KESKIÖÖN! NÄKÖKULMIA SOTE-UUDISTUKSEEN (2017)

3 Markku Lehto

MIKSI HANKE EI ONNISTUNUT – VAI ONNISTUIKO SE? (2017)

4 Tapio Häyhtiö

OSALLISUUTTA SOTE-PALVELUIHIN PALVELUMUOTOILEIMALLA? (2017)

5 Veera Värtinen

TUTKIJAT JA SOSIAALISEN MEDIAN KÄYTTÖ (2017)

6 Esko Hussi, Esa Mäkinen & Erkki Vauramo

IKÄÄNTYVÄ VÄESTÖ JA TOIMINTAKYVYN YLLÄPITO (2017)

7 Matti Wiberg (toim.)

FAKTAT JA POLITIIKKA (2017)

8 Antti Mykkänen

VALTUUTETTUIJEN ILMAPUNTARI 2017- KUNNAT, MAAKUNNAT JA YHTEISTYÖ (2017)

9 Sanna Laulainen, Helena Taskinen, Jere Rajaniemi, Erja Rappe, Päivi Topo & Sari Rissanen

KUMPPANUUDELLA KUNTOON-KUNTIEN JA JÄRJESTÖJEN YHTEISTYÖ IÄKKÄIDEN TERVEYDEN EDISTÄMISESSÄ (2017)

10 Auli Valli-Lintu

SOTE- JA KUNTARAKENTEEN PITKÄ KUJANJUOKSU (2017)

11 Esa Ahonen, Maire Ahopelto, Matti Heikkinen, Marjo Huovinen-Tervo & Eeva Mäntymäki

NÄIN TEHDÄÄN SAUMATON SOTE-KAINUUN HILJAINEN TIETO 2003–2017 (2017)

12 Anneli Hujala & Johanna Lammintakanen

PALJON SOTE-PALVELUJA TARVITSEVAT IHMISET KESKIÖÖN (2018)

13 Anita Kangas

AKTIIVISET OSALLISTUJAT – KUNTALAISET KULTTUURI- JA LIIKUNTAPALVELUJEN KEHITTÄJINÄ (2018)

14 Juha Talvitie

100 VUOTTA KAAVOITUSTA – MUUTTUVA MAANKÄYTTÖ (2018)

15 Erkki Vauramo, Seppo Ranta, Jonna Taegen & Ira Verma

SOTE-PALVELUT MUUTTUVAT UUDISTUKSESTA HUOLIMATTA - KONSORTION
TYÖN TULOKSET 2015–2017 JA KEHITTÄMISEHDOTUKSET (2018)

16 Kaija Saranto, Eija Kivekäs, Sari Palojoki, Ulla-Mari Kinnunen, Olli Sjöblom &
Reima Suomi

TIEDONKULUN VAIKUTUS SOTE-PALVELUJEN MAINEESEEN (2018)

17 Jasmin Penttinen

ARVIO KUNTIEN KOTISIVUISTA (2018)

18 Tomi Venho

KABINETIN PUOLELLA

SÄÄTIÖT JA PUOLUERAHOITUS SUOMESSA (2018)

19 Niina Laine, Paula Timonen, Anne Halmetoja, Suvi Hakoinen, Heini Kari &
Hanna Kortejärvi

HOIVAYKSIKÖISSÄ LÄÄKEHUOLLON JA -HOIDON PITÄISI OLLA JOUKKUEPELIÄ
(2018)

20 Roosa Talvitie, Hannu Rantanen & Eeva Hämäläinen

KUNNAN ROOLI TURVALLISUUDESSA KOROSTUU (2018)

21 Raitio Katja, Sevón Eija & Rönkä Anna

DIGITAALINEN OPPIMISPELI VAUVAPOLKU: VANHEMMUUTEEN VALMISTAUTU-
MISTA PELILLISEN OPPIMISEN KEINAIN (2019)

22 Hannes Manninen & Tapani Tölli

HELSINKI VS. MUU SUOMI – VASTAKKAINASETTELUSTA YHTEISYMMÄRRYK-
SEEN (2019)

23 Timo Aro, Susanna Haanpää ja Anna Laiho

YRITYSDYNAMIIKKA KUNTIEN ELINVOIMATEKIJÄNÄ (2019)

24 Jyri Manninen, Anna Karttunen, Matti Meriläinen, Anna Jetsu &

Anna-Kaisa Vartiainen

HYVINVOINTIA JA SOSIAALISTA PÄÄOMAA – KANSALAIPOISTON MERKITYS
KUNNALLE JA ALUEELLE (2019)

25 Jorma Niemelä

JÄRJESTÖT SOTE-SUOMEA RAKENTAMASSA (2019)

26 Sakari Möttönen

SOTE-UUDISTAMISEN ANATOMIA. YHTEISKUNTAPOLIITTISIA NÄKEMYKSIÄ SO-
SIAALI- JA TERVEYDENHUOLLON REFORMISTA (2019)

27 Auli Valli-Lintu

SOTE- JA KUNTARAKENTTEEN PITKÄ KUJANJUOKSU – OSA II (2019)

28 Jukka Pellinen, Vesa Voutilainen, Kari Sippola, Toni Mättö ja Antti Rautiainen
RISKIEN HALLINNAN KÄYTÄNNÖT SUOMEN SUURIMMISSA KAUPUNKIKONSER-
NEISSA (2019)

29 Erkki Vauramo

SOTE - PYRAMIDISTA PALVELUVERKKOON. IKÄÄNTYMINEN JA NIUKKA TULE-
VAISUUS (2019)

30 Mimmu Alanko, Marja Kankaanranta & Saana Mehtälä

DIGITAALISET PORTFOLIOT SUOMALAISESSA VARHAISKASVATUKSESSA (2020)

31 Pekka Kettunen

KUNTIEN MAAHANMUUTTOPALVELUT: HAASTEITA VAI HYVIÄ KÄYTÄNTEITÄ
(2020)

32 Anne Kallio

KUNTIEN TYÖLLISTYMISPALVELUT – ELINVOIMAN VAHVISTAMISTA VAI SOSI-
AALIPALVELUA? (2020)

33 Arto Haveri

TULEVAISUUDEN KUNTAJOHTAMINEN (2020)

34 Taina Peltonen

KOULUTUSVIENTI – KUNTIEN UUSI PALVELUTUOTE? (2020)

35 Olli-Pekka Ryynänen, Erkki Vauramo, Teemu Malmi & Ville Koikkalainen

SOTE JA IKÄÄNTYMISEN ONGELMAT – SELVIÄMISPOLUN ETSINTÄÄ (2020)

36 Marja Keväjäjärvi, Maria Lindholm & Arto Reiman

ETTÄ JOKU NÄKEE MUT – OMAISHOITAJAN HYVINVOINTI JA TARPEET (2020)

37 Antti Mykkänen

KUNTADEMOKRATIA – VALTUUTETTUKYSELY 2020 (2021)

38 Fredriika Jakola & Eeva-Liisa Prokkola

VOIDAANKO RAKENNERAHASTOILLA VAIKUTTAA? KUNTIEN NÄKÖKULMA
(2021)

39 Toni Ryynänen, Torsti Hyyryläinen & Ryo Umeda

DIGITAALISET ALUSTA EKOSYSTEEMIT JA KUNTIEN ELINVOIMA – TAPAUSTUT-
KIMUS JAPANISTA (2021)

40 Riikka Lämsä, Mia Niemi & Marjaana Seppänen

KOTI SAIRAALANA – ONNISTUNEEN KOTISAIRAALATOIMINNAN EDELLYTYKSET
(2021)

41 Juha Hämäläinen

SOSIAALISESTI KESTÄVÄ YHTEISKUNTA – LÄHTÖKOHTIA, SUUNTAVIIVOJA, REUNAehtoJA (2021)

42 Tiina Mäkelä & Marja Kankaanranta

COVID-19-PANDEMIAN VAIKUTUKSET TULEVAISUUDEN OPPIMISYMPÄRISTÖIHIN (2021)

43 Tuomas Zacheus, Mira Kalalahti, Janne Varjo & Samira Harjula

YHTEISTYÖ NUORTEN OPINTO- JA URAOHJAUKSESSA (2021)

44 Hanna Wass, Timo M. Kauppinen, Paula Saikkonen & Heikki Hiilamo

KENEN HYVINVOINNISTA PUOLUEET VÄLITTÄVÄT? (2021)

Esa Ahonen, Maire Ahopelto, Matti
Heikkinen, Marjo Huovinen-Tervo,
Terho Pekkala & Eija Tolonen (toim.)
SOTE-SOPAN KEITTOKIRJA
– SOTE-UUDISTUKSEN TAUSTATEKIJÄT
JA KÄÄNNEKOHDAT

Eduskunta hyväksyi valtakunnallisen sosiaali- ja terveydenhuollon ja pelastustoimen uudistuksen kesäkuussa 2021, jota ennen uudistusta oli valmisteltu yli 15 vuoden ajan.

Tässä katsauksessa arvioidaan sote-uudistuksen etene- mistä eri näkökulmista vuosina 2003–2021. Vaiherikas uudistushanke sai vuosien saatossa hellimänimen ”sote- soppa”, josta kokemuksia ja näkemyksiä ammentamalla onnistuttiin lopulta kokoamaan valtakunnallinen hyvin- vointialueisiin perustuva uudistus. Kesäkuussa 2021 hy- väksytyjen rakenteellisten ratkaisujen jälkeen valmistel- laan tämän pohjalta tulevana vuosina palvelujen järjes- tämiseen ja tuottamiseen laajoja alueellisia toiminnallisia uudistuksia.



kaks.fi
KUNNALLISALAN
KEHITTÄMISSÄÄTIÖ