

Lausunto Eduskunnan Sosiaali- ja terveysvaliokunnalle 25.2.2021

Johdanto

Kiitän mahdollisuudesta tulla kuulluksi Sote-uudistuksen osalta. Kirjaan tähän alkuun itsellenikin muistutukseksi, mitä uudistuksella ollaan tavoittelemassa. Tämän jälkeen kertaan keskeiset hyvinvointipalvelujen kehittämissyklit, koska uudistuksissa on aina jotain vanhaa, jotain lainattua ja jotain uutta. Seuraavaksi tarkastelen uudistusta ja rakenteita, koska rakenteilla vaikutetaan sekä yksilötason tuottavuuteen että koko järjestelmän suorituskykyyn. Kolmantena tarkastelen uudistusta ja tavoiteltavaa toiminnan laajuutta, koska asiakkaan palvelut ovat laaja kokonaisuus ja järjestelmä vaikuttaa myös muihin toimijoihin. Tämän jälkeen tarkastelen järjestelmän toimintalogiikan mahdollisuuksia keskitettyjen ja hajautettujen palvelujen näkökulmista. Viidentenä näkökulmana on palvelujen tuottamisen logiikat, palvelumallit ja julkisen viranhaltijatoiminnan vaade ja sen vaikutukset ja sen jälkeen järjestelmän ja palvelujen kehittäminen. Lopussa kokoaan yhteen ja tiivistän esitetyn uudistuksen vahvuudet ja heikkoudet tarkasteltujen näkökulmien kautta.

Uudistuksen tavoite:

Sosiaali- ja terveyspalveluja sekä pelastustointia koskevan uudistuksen tavoitteena kaventaa hyvinvointi- ja terveyseroja, turvata yhdenvertaiset ja laadukkaat sosiaali- ja terveys- sekä pelastustoimen palvelut, parantaa turvallisuutta, palveluiden saatavuutta ja saavutettavuutta, turvata ammattitaitoisen työvoiman saanti, vastata yhteiskunnallisten muutosten mukaan tuomiin haasteisiin ja hillitä kustannusten kasvua.

Esityksen mukaan Suomeen muodostetaan 21 hyvinvointialuetta, joille siirrettäisiin kuntien vastuulla nykyisin olevat sosiaali- ja terveydenhuollon ja pelastustoimen tehtävät. Uudenmaalla sosiaali- ja terveydenhuollon ja pelastustoimen järjestämisvastuu poikkeaisi muun maan ratkaisusta siten, että Helsingin kaupungille jäisi kuitenkin edelleen niiden järjestämisvastuu. Lisäksi palvelujen järjestämisestä vastaisi Uudellamaalla neljä hyvinvointialuetta ja terveydenhuollossa lisäksi HUS-yhtymä. Terveydenhuollon järjestämisvastuu jakautuisi laissa ja järjestämissopimuksessa määriteltävällä tavalla alueen hyvinvointialueiden, Helsingin sekä HUS-yhtymän välillä.

Ympäristöterveydensuojelu sekä hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen jäisivät kuntien tehtäviksi mutta edistämistehtävä olisi myös hyvinvointialueiden tehtävä. Opiskeluhuollon kuraattori- ja psykologitehtävät siirtyisivät kuitenkin hyvinvointialueille.

Suomalainen sosiaali- ja terveydenhuolto on kehittynyt syklisesti. Olen tiivistänyt kehityskulun tähän alkuun. Samalla pyrin luomaan kuvan siitä, millaisia piirteitä seuraavassa kehityssyklissä on mielekästä huomioida ja lopuksi kirjaan selkeitä kannanottoja liittyen esitettyyn uudistukseen. Yleisesti kuitenkin totean, että kuntien tehtäväksi asetettu palvelukattaus on laajentunut jo sellaiseksi, että kuntapohjainen järjestelmä ei ole vaihtoehto

tulevaisuudessa. Itse olen koko 2000-luvun osallistunut suurempien ja keskisuurten kaupunkien strategiseen kehittämiseen, johtamismallien arviointeihin sekä palvelujen kehittämiseen vaikuttavammiksi ja asiakaslähtöisemmiksi. Näkisin, että palvelujen järjestäminen riittävän suurin hartioin, olivat nämä sitten kaupunkeja, hyvinvointialueita tai maakuntia, on välttämätöntä. Esitetyssä mallissa Uusimaa-Helsinki-HUS räätälöinti on kyllä mallin kannalta epälooginen ja synnyttää paineen koko järjestelmän tarkastelulle nyt ja myöhemmin.

Sote-palvelujen kehitys 1950-1980 -luvuilla: Valitut mallit perustuivat vähien taloudellisten ja osaamisresurssien mahdollisimman tehokkaaseen hyödyntämiseen, palvelujen levittämiseen ja laajentamiseen koko maahan, koulutusjärjestelmän ja ammatillisuuden vahvistamiseen sekä kuntapohjaiseen normitettuun tuotantoon. Seurauksena palvelut saatiin kattavasti ja laajasti koko maahan. Ajanjakso loppuvaiheessa lisäresursointi ei kuitenkaan tuottanut lisää palveluja vaan tehottomuutta, sillä valtionosuusjärjestelmä ei tukenut tehokkuutta, vaan resurssien kasvattamista.

Seuraavassa syklissä 1980-1990 -luvuilla julkisen sektorin palveluja lähdettiin kehittämään tehokkaammin tuotetuksi ja vahvemmin johdetuiksi. Kehittämisessä otettiin myös ensimmäiset askeleet kohti asiakaslähtöisyyttä. Välineinä julkisen johtamisen tehostaminen (new public management), kilpailun ja yksityisen sektorin mukaan ottaminen, vapauden lisääminen palvelujen järjestäjille ja normipurku (vapaakuntakokeilu, valtionosuusjärjestelmäuudistus). Seurauksena valtion ohjauksen heikkeneminen ja kuntien itsenäisyyden kasvu. Samalla poliittinen ohjaus heikkeni viranhaltijavallan voimistumisen seurauksena.

2000 -luvulla kehitys on kulkenut kohti asiakaslähtöisyyttä, monituottajamalleja ja ekosysteemikehittämistä. Yksityisen palvelutuotannon rooli on kasvanut kolmesta syystä: 1) työntekijät eivät ole halunneet rekrytoitua jäykästi johdetuille ja kannusteettomille julkisille työnantajille, jolloin yksityisiltä on ollut pakko ostaa palveluita. 2) Rekrytointiongelmista on seurannut julkisen perusterveydenhuollon jonot ja edelleen erikoissairaanhoidon kasvanut rooli, mikä on kasvattanut terveydenhuollon kustannuksia ja vähentänyt edelleen perusterveydenhuollon resursseja ja houkuttelevuutta. Myös lääketieteen ja teknologian kehitys ovat lisänneet erikoissairaanhoidon houkuttelevuutta ja kustannuksia. Lisäksi 3) monituottajamallien avulla yksityisten kanssa on voitu kehittää sellaisia palvelutuotannon malleja, joissa yhdistyvät, tehokkuus, asiakaslähtöisyys, laadukkuus ja alueelle sopiva toteutustapa. Digitalisaation myötä yksityiset toimijat ovat edelleen kehittäneet palveluitaan nopeammin kuin julkinen sektori.

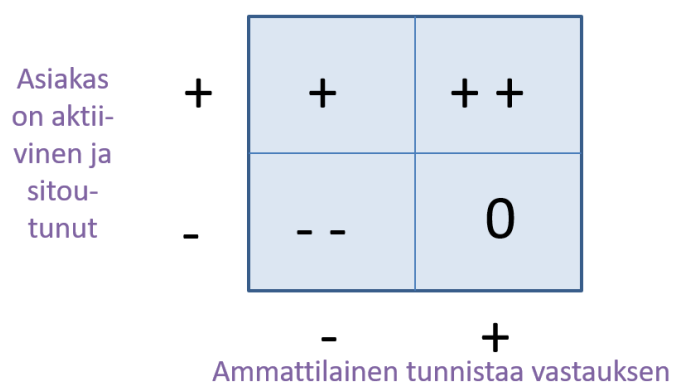
Viimeaikaisesta kehityksestä johtuen asiakkaat ovat äänestäneet jaloillaan, minkä seurauksena työterveyshuollon merkitys ja yksityisille suunnatut vakuutusperusteiset ratkaisut ovat saaneet kasvavaa suosiota. Työnantajalle, kuin myös työntekijälle, keskeistä on nopea tervehtyminen ja paluu töihin. Julkisen puolen jonot ja siiloutuneet palveluprosessit eivät ole olleet tarkoituksenmukaisia. Lisäksi työnantajat ovat käyttäneet laajaa työ-

terveyshuoltoa rekrytointivalttinaan ja sitäkin myötä julkisen perusterveydenhuollon ja työterveyshuollon roolit ja asiakaskunnat ovat jakautuneet. Tilanteessa, jossa työnantajilla on yhä laajemmin rekrytointivaikeuksia, on tähän politiikalla vaikea saada muutosta varsinkaan, mikäli julkista johtamista ei uudisteta samaan aikaan voimakkaasti professioiden toivomaan suuntaan. Tämä luonnollisestikaan ei edistä ajatusta politiikan kasvavasta ohjausvaikutuksesta.

Poliittisista paineista annetut palvelulupaukset (hoitotakuu, palveluun pääsyajat, kaava-
maiset mitoitus- ja palvelutuotannon eikä julkisen johtamisen puut-
teita. Monipuolinen, monimutkainen ja siilomainen palvelurakenne vaatii vahvaa henkilö-
tason johtamista sekä tiedolla johtamista. Kaikissa malleissa hyvät johtajat pystyvät joh-
tamaan hyvin, mutta rakenteet vaikuttavat isossa kuvassa. Nykyjärjestelmän systeemi-
nen ongelma on, että tämän hetken malli ja johtamisrakenteet mahdollistavat palvelujen
suuntautumisen epätarkoituksenmukaisella tavalla aktiivisimmille ja osaavimmille asiak-
kaille (kuva 1). Mikäli palvelutuotannon kohtaanto-ongelmia ja laajemminkin yhteis-
kunnassa olevia ilkeitä ongelmia halutaan ratkoa, edellyttää se monitieteellisyyttä ja
moniammatillisuutta sekä lähellä asiakasrajapintaa tapahtuvaa johtamista ja ketterää
kehittämistä. Yksityiskohtainen poliittinen ohjaus ei ole vastaus palveluiden kehittämiseen
eikä se myöskään synnytä houkuttelevuutta julkisiin virkoihin, vaan päinvastoin. Vahvalla
ja osaavalla järjestäjällä tilanne voisi muuttua. Tilaa- ja tuottajamallien arvioinneissa ei
tuotannon poliittinen ohjaus ole saanut hyvää arviointia.

**Johtamattomuus ja systeemiset kannusteet suuntaavat palvelut osaaville ja
aktiivisille - hyvinvointipalveluiden tuottaminen edellyttää jatkuvaa johtamista**

- Asiakkaat haluavat pysyä palvelujen piirissä, vaikka tarve olisi jo vähentynyt tai poistunut
- Ammatillaiset hoitavat mieluiten niitä asiakkaita, joiden kanssa todennäköisimmin onnistutaan
- Järjestelmä haluaa mitattavia suoritteita ja tuloksia



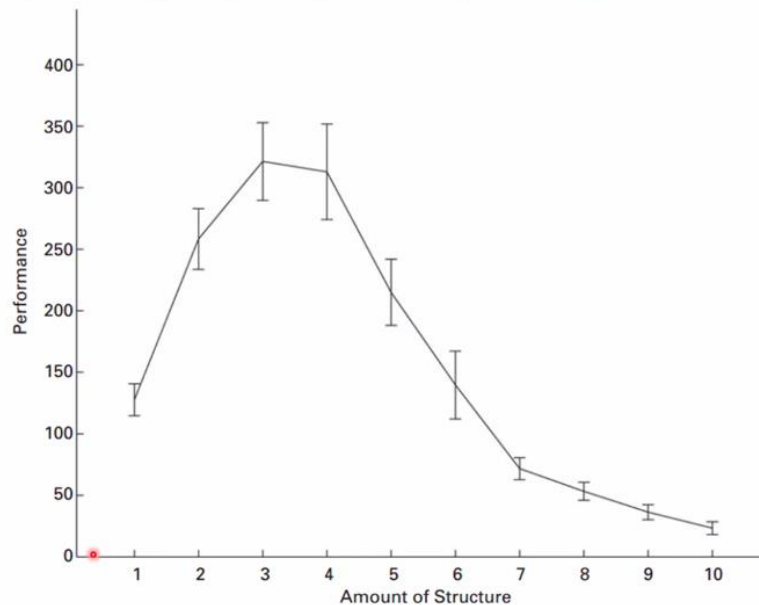
- Ammatillaiset tekevät yhteistyötä niiden toisten ammattilaisten kanssa, joiden kanssa on aikaisempia onnistumisia

Kuvio 1: Hyvinvointipalvelujen tarjonta suuntautuu aktiivisimmille asiakkaille

Uudistus ja rakenteet

Kaikki toiminta tarvitsee jonkin verran rakenteita. Työ pitää organisoida, palkkoja maksaa ja yhteisiä toimintatapoja määritellä. Rakenteilla on myös suora vaikutus tuloksellisuuteen. Mitä enemmän rakenteita, hallintoa ja byrokratiaa, sitä varmempaa on, että tuotettava suoritteet ovat hallinnollisia ja johtamisen huomio kiinnittyä niihin (kuvio 2).

Figure 1. Relationship between the amount of structure and performance (over 50 runs).



Optimal Structure,
Market Dynamism, and
the Strategy of Simple
Rules

Jason P. Davis
Massachusetts Institute of
Technology
Kathleen M.
Eisenhardt
Stanford University
Christopher B.
Bingham
University of North Carolina

Kuvio 2: Rakenteiden ja hallintotehtävien määrä vaikuttaa suorituskyykyyn

Yksityisen palvelutuotannon menestys perustuu siihen, että se optimoi haluttavien suoritteiden määrän luomalla sellaista hallintoa ja rakenteita, jotka tukevat suoritteiden tuottamista. Kun julkinen tilaaja ostaa suoritteita asiakastarpeeseen, muokkaa yksityinen palveluntuottaja johtamisensa niin, että varmistetaan suoritteiden tuottaminen. Mikäli tilaaja ei ole laittanut laatu- ja vaikuttavuusmittareita tilaukseensa, vaan painottaa pelkästään hintaa, on riskinä heikko laatu (parempaa ei tilattu). Tässä on keskeinen ongelma paljon keskustelussa olleessa vanhusten hoidon tilasta. Järjestelmällä, sopimusohjauksella ja valvonnalla saadaan sitä, mitä tilataan, niin julkiselta, mutta erityisesti yksityiseltä palvelun tuottajalta. Hyvällä yhteistyöllä ja monituottajamallilla on saatu aikaan parempaa ja tehokkaampaa palvelutuotantoa niin tilaajan, asiakkaan kuin henkilöstönkin kannalta. Sopimusohjaus on väline hallita monituottajamallia tai myös julkista palvelutuotantoa.

Mikäli halutaan tuottaa tehokkaasti palveluja, on varmistettava, että lähellä asiakasrajapintaa on riittävästi itsenäisyyttä, hallinnolliset rutiinit ovat sujuvia ja tiedolla johtaminen on mahdollista. Sillä, joka ohjaa käytännön tuottajaa, oli tämä julkinen tai yksityinen, on oltava riittävästi valtaa, osaamista ja johtamisenergiaa, jotta tuotettavat palvelut ovat tarkoituksenmukaisia.

Uudistus ja toiminnan laajuus

Sote-uudistuksesta puhuttaessa on retoriikka keskittynyt varsin vahvasti terveydenhuoltoon ja siellä erikoissairaanhoidon. Tämä on luonnollista, onhan siellä keskeiset suuret investoinnit ja näkyvät palvelukeskittymät. Mikäli tarkastellaan kansalaisten ja asiakkaiden suunnasta, on myös muita tärkeitä asioita ja hyvinvoinnin teemoja (kuvio 3).



Kuvio 3: Kansalaisten hyvinvointipalvelujen kokonaisuus

Kansalaiselle on tärkeää, että koko palvelukokonaisuus on olemassa ja tarkoituksenmukaisesti saatavilla. Niille, jotka eivät ole jatkuvavuorokautisen palvelun piirissä, joita on valtaosa, on tärkeintä, että arjessa on tarjolla apua ja välittämistä. Tähän kokonaisuuteen kuuluu elinpiiri ja sieltä saatava apu ja yhteisöllisyys, kolmannen sektorin tuottamat palvelut, joista osa on normitettua ja ammatillista, sekä perheen ja omaisten tuottamat hoiva, kuten omaishoito. On huomioitava, että esimerkiksi 80% ikäihmisten hoivasta tuotetaan omaisten taholta ja näistä 2/3 naisten toimesta (Hoffmann & Rodrigues 2010). Mitä huonommin järjestelmä toimii, sitä enemmän painetta kohdistuu omaisiin.

Kun mietitään palvelukokonaisuutta asiakkaan näkökulmasta, tarkastellaan silloin sitä, miten järjestelmä mahdollistaa ja jossain määrin tukee kuvion 3 kahden alimman kokonaisuuden muodostumista. Ilman suurta paikallista itsemääräämisoikeutta ei hyvinvointialue pysty vaikuttamaan paikallisen palvelutarjonnan muotoutumiseen ja näin tukemaan ennalta ehkäisevää työtä. Kaupunkien intressissä on toki tuottaa kulttuuri-, liikunta- ja muita elinvoimaa lisääviä palveluita, mutta palveluiden järjestäjän vastuulla tulee käytännössä olemaan se, että ennaltaehkäisevää sosiaali- ja hyvinvointityötä ja palveluja on tarjolla laajasti. Ehdotuksessa oleva monituottajamallin hylkääminen heikentää olennai-

sesti kolmannen sektorin toimintaa, mikä on sekä asiakkaan että palvelujärjestelmän kannalta huono asia.

Hajautettu vai keskitetty

Tarkasteltaessa asiakkaan hyvinvointipalvelujen kokonaisuutta (kuvio 3), voidaan myös havaita, että niiden tuotantotavat vaihtelevat merkittävästi. Yliopistosairaalat ja koko erikoissairaanhoidon tuotetaan keskitetysti sairaanhoitopiireissä. Tämä on luonnollista, johtuen kyseisten palveluiden investointi-intensiteetistä. Erikoissairaanhoidon osalta tarpeen voisi olla vieläkin vahvempi keskitys, kuin mitä nyt esitetään.

Sosiaalityö puolestaan tuotetaan pääsääntöisesti hajautetusti pienissä palveluyksiköissä ja tarpeen mukaan asiakkaan luokse jalkautuen. Myös kolmannen sektorin rooli on merkittävä, se tarjoaa monenlaista hajautettua palvelua ja hoivaa. Suomalaisessa terveydenhuoltojärjestelmässä perusterveydenhuolto on tuotettu välimallin tavalla, terveyskeskusten kautta. Ne palvelevat muutaman tuhannen asukkaan väestöpohjasta aina suurimpien kaupunkien kymmenien tuhansien väestöpohjaan asti.

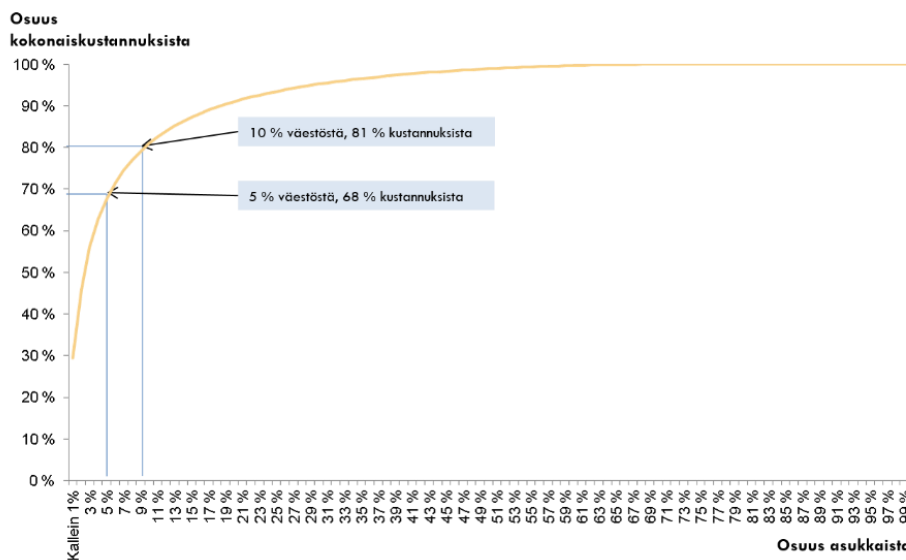
Parhaillaan käynnissä olevan hyvinvointikeskusten johtamismallikehittämisen (PirSote) yhteydessä olen haastatellut eri kaupunkien sote-johtajia ja hyvinvointikeskusten päälliköitä ja näyttäisi siltä, että tarkoituksenmukainen organisointi on varsin suurella itsenäisyydellä toimiva noin 40-50000 asukkaan väestöpohjalle suunniteltu palvelumalli, joka toimii laajan palvelukattauksen alustana ja solmupisteenä eli on jo varsin keskitetty palvelumalli, sillä voi kuitenkin olla hajautettuja palvelupisteitä, jonne palveluja tarjotaan fyysisesti tai digitaalisesti. Tässä Covid-19 on helpottanut palvelukehitystä poistamalla henkistä vastustusta etä vastaanotoille ja etäyhteydenpidolle. Toimivia palvelukokonaisuuksia on toteutettu ja pitää voida jatkossakin tuottaa monin eri mallein, kuten kumppanuusmallilla, monituottajamallilla, ostopalveluilla täydentämällä sekä kaupungin tai hyvinvointialueen omana toimintana. Olennaisempaa kuin tuotantotapa on mallin itsenäisyys ja asiakaslähtöisyys.

Keski-Euroopassa monessa maassa on perhelääkärijärjestelmä (general practitioner, GP), jossa usein perhelääkäri hoitaa alueellaan laajasti perusterveydenhuollon tehtäviä. Palvelu tarjotaan useimmiten asiakkaan luokse ja lääkäri toimii samalla portinvartijana eteenpäin muuhun terveydenhuoltoon nähden. Perusterveydenhuolto voidaan siis tuottaa tehokkaasti ja asiakaslähtöisesti myös hajautetulla mallilla. Suomessa kuitenkin terveydenhuollon henkilöstön ammattijakauma on hoitajapainotteinen eikä GP -järjestelmä ole välittömästi toteutettavien vaihtoehtojen joukossa. Huomattava kuitenkin on, että työterveyshuolto on toteutustavaltaan lähellä GP -järjestelmää, siellä lääkäriin pääsee huomattavasti matalammalla kynnyksellä ja erikoislääkärit sekä hoitajat pitävät vastaanottoa myös yritysten tiloissa. Työterveyshuollon kautta tuotetaan tänä päivänä lähes kahden miljoonan suomalaisen perusterveydenhuolto.

Palvelujen tuottaminen, palvelumallit ja julkisen toiminnan vaade

Sote-uudistuksissa on viime vuosina korostettu SO-TE integraation merkitystä. Tällä katsotaan saavan aikaan parempaa ja oikea-aikaisempaa palvelua tarvitseville sekä tästä johtuen kustannussäästöjä järjestelmälle. Tarkasteltaessa palvelujen tarkoituksenmukaista kohdentumista ja näin mahdollisesti tavoiteltavia kustannussäästöjä, voidaan havaita palvelujen käytön jakaantuvan hyvin epätasaisesti (kuvio 4). Koska tiedoista puuttuvat vakuutusten kautta korvattava yksityinen sairaanhoito sekä työterveyshuolto, voidaan kuviota pitää lähinnä suuntaa antavana.

Kumulatiivinen sote- kustannusten kertymä Oulun väestössä 2011 (Suomen Lääkärilehti 48/2013)



Kuvio 4: Kustannusten kertymä Oulun väestössä 2011. Luvussa mukana Oulun kaupungin ja OYS:n tiedot, analyysi NHG.

Analyysissä esiteltyä kustannuskertymää tarkasteltaessa tarkemmin, voidaan havaita, että valtaosa kalleimmasta 10% ryhmästä käyttää 2-6 eri palvelukokonaisuutta (75% ryhmästä), kun puolestaan muulla 90% käyttäjistä käytetään 0-1 palvelukokonaisuutta (73% ryhmästä). Eli 2/3 väestöstä käyttää julkisia palveluita 0 tai 1 kertaa vuoden aikana (Lääkärilehti 48/2013). Työterveyshuollon käyntimäärien poissaolo luvuista vääristää toki asiaa jonkin verran eli vähän palveluja käyttävät saattavat käyttää kuitenkin terveyspalveluja yksityisesti tai työterveyshuollon kautta. Kuitenkin voidaan arvioida, että valtaosalle nykyinen palveluittain siiloutunut järjestelmä toimii hyvin, mutta paljon palveluita käyttäville huonosti, koska palvelujen hajautuessa kokonaiskuva jää muodostumatta.

Tämä kokonaiskuvan muodostuminen palvelujärjestelmässä on keskeinen tekijä. Järjestelmässä pitäisi pystyä yhdistämään eri tietoja ja johtamaan palvelukokonaisuuksia niin, että asiakkaan tilanteen kriisiytyminen vältettäisiin. Kalleimmista asiakkaista osa on vaati-

vaa lääketieteellistä hoitoa, mutta merkittävä osa on esimerkiksi ikääntymiseen liittyviä ongelmia, joissa palvelujen tarvitsija on jo palvelujärjestelmän piirissä, usein sosiaali-palvelujen, mutta myös terveysterveysten osalta. Tiedolla johtamisen esteet tulee purkaa ja varmistaa kansallinen tietotuotanto tukemaan johtamista, kehittämistä sekä palvelujen järjestämistä.

Palveluohjaus tulee nostaa kalliiden asiakasryhmien osalta järjestämistehtäväksi, kun puolestaan suurten massojen käsittelyä tulisi joustavoittaa. Keskeistä koko järjestelmän kannalta on järjestelmätasoisien tiedolla johtamisen aikaansaaminen.

Kalliiden asiakasryhmien aiheuttamat vuosikustannukset ja niiden jakautuminen eri palveluihin.									
Kalliit asiakasryhmät	Kustannukset/asukas/vuosi, euroa	Asiakasryhmien kustannusten jakautuminen eri palveluihin, %							Yhteensä
		Vanhus-palvelujen ja sosiaalitoimen asumispalvelut	Kotona asumisen tukeminen	Mielen-terveyspalvelut ja psykiatria	Lasten-suojelu	Somaattinen erikoissairaanhoido	Avoterveydenhuolto (sis. hammashoito) ja päivystys	Perusterveydenhuollon vuodeosastohoito	
Vanhuspalvelujen asiakkaat, n = 3 113	29 700 92,46 m€	41,7	24,2	0,8	0,0	13,7	1,9	17,7	100
Lastensuojelun asiakkaat, n = 500	26 700 13,35 m€	0,0	0,1	5,2	89,7	3,6	1,3	0,0	100
Vammais- ja kehitysvammaisten palvelujen asiakkaat, n = 138	21 000 2,90 m€	44,2	22,3	0,0	0,0	24,5	2,6	6,4	100
Päihde- ja asumispalvelujen asiakkaat, n = 828	18 222 15,09 m€	47,0	1,7	30,4	0,0	13,7	3,7	3,5	100
Psykiatrisen esh:n asiakkaat, n = 1 564	13 600 21,27 m€	0,9	3,7	62,6	0,0	26,0	4,8	2,1	100
Diabeetikot ja sydän- ja verisuonitautipotilaat, n = 2 177	12 000 26,12 m€	0,2	0,9	0,0	0,0	83,0	6,2	9,6	100
Kalliit somaattiset sairaudet, n = 4 809	8 730 41,98 m€	0,0	0,2	0,1	0,0	90,9	5,8	3,0	100
Muut kalleimpaan 10 %:iin kuuluvat, n = 871	4 370 3,81 m€	0,1	4,1	0,4	0,0	44,1	34,6	16,8	100
Ei-kalliit asukkaat, n = 137 245	417 57,23 m€	0,1	2,1	5,9	0,2	39,8	51,0	0,9	100
300 m€ (2000 €/asiakas)									

Kuvio 5: Asiakasryhmäkohtaisten palvelujen jakautuminen Oulun kaupungissa (Lääkäri-lehti 48/2013). Kokonaiskustannus laskettu kertomalla asukaskohtainen vuosikustannus henkilömäärällä (n).

Lääketiede poikkeaa merkittävästi hallinnon logiikasta. Kun viranhaltijan toimien virkavastuullisuutta arvioidaan, tarkastellaan valtuuksia, sääntöjä ja niiden noudattamista. Tehdyt ratkaisut ovat moitteiden tai valituksen alaisia tietyin kriteerein.

Lääketieteen logiikka on poissulkemista. Ensin suljetaan pois vaarallisimmat diagnoosit ja sitten edetään kohti helpoimpia. Keskeinen instrumentti havaitsemisessa on lääkärin kokemus ja osaaminen, jolla hän saa potilaasta informaatiota päätöksenteon pohjaksi. Mikäli vuorovaikutus ei onnistu tai tarkempi diagnoosi edellyttää kuvantamista, tulee

useita hoitokertoja ja diagnoosi tarkentuu vasta usean toimenpiteen jälkeen. Vaikka kaikki menee lääketieteellisesti oikein, voi asiakkaasta tuntua, että välivaiheet eivät olleet perusteltuja, tarkoituksenmukaisia tai oikeita. Perus lääkäriytötä ei voi arvioida viranhaltijavastuun kriteerein. On vain rajallinen tehtävämäärä, joissa tapauksissa lääkäri on viranhaltija ja tässäkin on tehty lainsäädännössä laajennuksia. Esimerkiksi mielenterveyslaki mahdollistaa M1 -pakkohoidon tarkkailulähetteen määräämisen kaikille lääkäreille asemastaan riippumatta. Erikoissairaanhoidon tehtävissä ei ole valtaosin mielekäästä edellyttää virkalääkäriyttä sen enempää kuin perusterveydenhuollossakaan on.

Virkavastuun yhdistäminen erikoissairaanhoidon näyttää enemmin tekaistulta perustelulta rajata julkiselta toimijalta yksityisoikeudellisia organisointimuotoja, kuten osakeyhtiö sekä sulkea ovia yksityisen palvelutuotannon hyödyntämiseltä. Samalla kuitenkin menee mahdollisuus osaan kannustimista ja muihin tehokkuutta ja työhyvinvointia lisäävistä johtamisen menettelyistä. Kokeneet huippuammattilaiset eivät todennäköisesti jää virkoihin kiinteällä palkkauksella. Lisäksi esityksessä unohdetaan, että useat erikoissairaanhoidon alat edellyttävät niin suurta investointia, että vaikka sitä operoisi kuka, niin ongelmien sattuessa uusi organisoituminen on mahdollista toteuttaa samoihin tiloihin varsin nopeasti. Näissä tapauksissa vaatimus hyvinvointialueen itsenäisen palvelutuotannon olemassaolosta kaikkina aikoina ja pääosaan tarpeesta on perusteeton.

Järjestelmän ja palvelujen kehittäminen

Kuten edellä on kuvailtu, en usko monituottajamallin hylkäämisen olevan mahdollista tai perusteltua ja esitetyn kaltaisella vahvalla tavalla siirtyminen julkiseen palvelutuotantoon. Yksi keskeinen vielä käsittelemätön peruste tälle on kehittäminen. Viime vuosikymmeninä tiedon määrä, digitalisaatio, tieteen ja teknologian kehitys ovat edenneet niin suurta vauhtia, että kehittäminen pelkästään olemassa olevan palvelutuotannon ja rakenteiden puitteissa on jäänyt vanhanaikaiseksi. Nykyään ja varsinkin tulevaisuudessa yhä enemmän kehittäminen tapahtuu verkostoissa ja ekosysteemeissä.

Niille yhteistä on, että siellä törmäävät eri tieteenalojen, organisaatioiden, talouselämän, ammattien ihmiset ja niiden mukanaan tuomaa tietoa yhdistellään ja törmäytetään uusilla tavoilla ja uudenlaista teknologiaa hyödyntäen ja edelleen kehittäen. Keinoäly, digitalisaatio, palveluprosessien uudistaminen, asiakaslähtöisyys, asiakasarvon maksimointi tarjoavat mahdollisuuksia palveluiden ja palvelujärjestelmän jatkuvalle uudistamiselle. Jo käynnissä olevia kehittämishankkeita ja uudenlaisia tuotantotapoja tulee jatkossakin kokeilla, vahvistaa ja ottaa systemaattisen arvioinnin kohteeksi, eikä ajaa alas. Asiakas-arvo ja asiakasvaikuttavuus ovat keskeisiä mittareita palveluita ja malleja arvioitaessa.

Länsi-Pohjan erikoissairaanhoidon, Jämsän ja Mänttä-Vilppulan perusterveydenhuollon tai Tampereen Tesoman kumppanuusmallilla toteutetun hyvinvointikeskuksen organisoinnista on opittavaa ja siksi erilaisten palvelutuotantomallien arviointi ja edelleen kehittäminen.

täminen tulee ottaa tutkimuksen kohteeksi eikä ajaa alas. Niissä on kertynyt paljon kokemusta verkostokehittämisestä ja toimivista alueellisista ekosysteemeistä. Tuo tieto kannattaa kerätä talteen eikä hukata.

Esitetyn uudistuksen vahvuudet ja heikkoudet

Vahvuudet

- Ajatus vahvoista järjestäjäalueista on toimiva.
- Hyvinvointialueiden itsenäisyys on vahvuus toteutuessaan. Nyt tälle jää kuitenkin epäily.
- Järjestäminen ja valvonta voivat olla samassa organisaatiossa, mutta eivät saman poliittisen ohjauksen alla.

Heikkoudet

- Julkisen tuottajan rooli esitetyn kaltaisena on epärealistinen, resurssipula on tunnistettu jo 2000-luvun alussa ja on siitä lähtien vain pahentunut. Esimerkiksi seuraavan kymmenen vuoden aikana PSHP:n erikoislääkäreistä eläköityy noin puolet.
- Hyvinvointialueen oman palvelutuotannon määrä ja merkitys on rajusti ylimitoitettu.
- Uusimaa-Helsinki-HUS erilliskäyttö on sekava ja rikkoo koko hyvinvointialuelogiikan.
- Tuotannon, valvonnan ja järjestämisen toimintojen ei tule olla samassa organisaatiossa ja saman poliittisen ohjauksen alaisuudessa.
- Hyvinvointialueella tulisi olla itsehallinto ja itsemääräämisoikeus arvioida taroituksenmukainen palveluntuotantomalli. Yksityistä tarjontaa ja myös julkisia investointeja on tehty kovin erimittaisesti eri puolilla Suomea.
- Monituottajamallin, kolmannen sektorin, vapaaehtoishoivan ja yritysten toiminnan merkityksen sivuuttaminen ja sopimusohjauksen heikko huomiointi ovat esityksen puutteita.
- Asiakkaan valinnanvapauden ja vaikutusmahdollisuuksien sivuuttaminen ja korvaaminen pääosin epämääräisillä poliittisen osallistumisen kanavilla ei riitä tulevaisuudessa.
- Esityksen heikkous on tiedolla johtamisen ongelmien sivuuttaminen sekä vähäinen panostus tiedolla johtamiseen ja sen rakenteisiin, vaikka se on koko mallin onnistumisen kannalta keskeistä.
- Viranhaltijalogiikan ulottaminen läpi koko rakenteen, myös sinne, missä se on vaarassa haitata käytännön toimintaa sekä sen organisointia ja tuottavuutta on ongelmallista.
- Olemassa olevien palvelurakenteiden purkaminen myös siellä missä ne ovat toimivia on virhe (erilaiset julkisesti omistettut osakeyhtiöt, yhteisyytiöt yksityisen kans-

sa, ulkoistussopimukset ym.). Näistä tulisi kerätä vähintäänkin oppeja ja arvioida niitä sekä jatkaa kokeilulainsäädännön turvin. Arvioinnin tulosten perusteella voidaan palvelumalleja kehittää tehokkaammiksi ja asiakasarvoa tuottaviksi.

- Kuntiin jäävien toimintojen, kuten keskeinen osa LAPE-keskuksista, rajapinta-tarkastelun puute ja kuntien sivuuttaminen kumppaneina tulee miettiä.
- Kehittäminen on sivuutettu ylimalkaisesti ja sen resurssointi on epäselvää. Erityisesti yliopistoyhteistyö ja moniammatillinen kehittäminen sekä ekosysteemien aktiivinen rakentaminen puuttuvat.