

**Tekijät:**

**Jorma Kiuttu, Pekka Larivaara, Margit Päätaalo, Anja Taanila,
Karl-Erik Wahlberg**

JULKINEN MIELIPIDE POHTEEN PALVELUISTA

Kehittämiskohteita ja parannusehdotuksia



ExA-ryhmä:

Jorma Kiuttu, LT

- Sosiaalilääketieteen dosentti
- Yleislääketieteen erikoislääkäri
- Kelan Pohjois-Suomen ylilääkäri, eläkkeellä
- s-posti: jorma.kiuttu@fimnet.fi, puh: 0407545291

Pekka Larivaara, LKT

- Perhe- ja yhteisölääketieteen professori, emeritus
- Yleislääketieteen erikoislääkäri
- Perheterapeutti, psykoterapeutti
- s-posti: pekka.larivaara@fimnet.fi, puh. 0405530741

Margit Päätaalo, FT

- Hallintotieteiden maisteri (sosiaali- ja terveyshallinto)
- Pohjois-Suomen aluehallintoviraston johtaja, eläkkeellä
- Fysioterapian opettaja
- s-posti: margit.paatalo@gmail.com, puh. 0505750953

Anja Taanila, KT

- Kansanterveystieteen professori, emerita
- Perheterapeutti, psykoterapeutti
- s-posti: anja.taanila@oulu.fi, puh.0405085513

Karl-Erik Wahlberg, FT

- Psykoterapian professori, emeritus
- Lääketieteellisen psykologian ja perheterapian dosentti
- Psykologi, psykoterapeutti
- s-posti: karl-erik.wahlberg@oulu.fi

Jakelu:

- **Pohjois-Pohjanmaan hyvinvointialue:**
Hyvinvointialuejohtaja Ilkka Luoma
Järjestämisjohtaja Kirsti Ylitalo-Katajisto
Aluehallituksen puheenjohtaja Mirja Vehkaperä
Aluevaltuuston puheenjohtaja Matti Soronen
Tiedotusvälineet

Saatteeksi

Sosiaali- ja Terveysministeriö (STM) asetti sosiaali- ja terveydenhuollon uudistuksen tavoitteiksi mm. palveluiden yhdenvertaisuuden ja hoidon jatkuvuuden parantamisen sekä toiminnan painopisteen siirtämisen raskaista palveluista ehkäisevään ja ennakkoivaan työhön. Kansainvälisissä tutkimuksissa on kiistatta todettu hoidon jatkuvuuden olevan yhteydessä väestön tarkoituksenmukaisempaan ja vähempään terveyspalveluiden käyttöön sekä alhaisempaan kuolleisuuteen.

Terveyden ja Hyvinvoinnin laitos (THL) totesi hyvinvointialueiden toimintaa analysoivassa raportissaan (3/2025), että perusterveydenhuollossa hoidon jatkuvuus oli heikentynyt. Terveyskeskuslääkäreiden fyysiset vastaanotot olivat vähentyneet ja konsultaatioiden määrä oli lisääntynyt. Perusterveydenhuollon palveluvaihtoehtoja oli supistettu ja tilalle oli tullut digitaalisia palveluita. Hyvinvointialueiden organisaatiot ja päätöksen teon prosessit hakivat vielä muotoaan ja kansallisessa ohjauksessa korostuivat talouspoliittiset tavoitteet. Palvelu ja hoitoketjut olivat valtaosin vielä määrittely- ja kuvausvaiheessa.

Tyytymättömyys perusterveydenhuollon nykyiseen tilaan on tullut esille myös lukuisissa yleisönasastokirjoituksissa ja ylen ajankohtaisohjelmissa. Myös laillisuuden valvojat ovat antaneet muistutuksia hyvinvointialueiden toimintaan liittyen.

Me ExA-ryhmän (entiset asiantuntijat) kokeneet sotealan käytännön työn, tieteellisen tutkimuksen, koulutuksen, ja/tai työohjauksen sekä hallinnon asiantuntijat olemme päättäneet selvittää, miksi uutta sotejärjestelmää kohtaan esitetään tyytymättömyyttä ja tarkemmin perustelematonta kritiikkiä. Osa meistä on ollut sekä suunnittelemassa että toteuttamassa väestövastuupohjaisen omalääkärimallin toteuttamista Suomessa jo 1980- ja 1990-luvuilla. Mallissa oli mukana tuolloin noin 70 % kaikista Suomen terveyskeskuksista. Olemme olleet kehittämässä lääkärikoulutusta vastaamaan väestövastuisen työn haasteisiin. Olemme toteuttaneet myös moniammatillisen työn koulutushankkeita. Omalääkärimalli oli monien terveydenhuollon ammattilaisten mielestä erittäin hyvä. Se kaatui lähinnä poliittisiin erimielisyyksiin ja omalääkärien väsymiseen liian suurten väestömäärien vuoksi. Nyt on käynnistymässä omalääkärimalli 2.0. Kannatamme lämpimästi sen toteuttamista.

Hyvinvointialueen toiminnoissa kokonaisuudessa on tapahtunut kahden ensimmäisen vuoden aikana merkittäviä edistysaskeleita, esimerkiksi Pohteen talouden tasapainottamisen on onnistunut vertailussa muihin hyvinvointialueisiin hyvin. Tässä julkisessa mielipiteessämme olemme keskittyneet lähes yksinomaan peruspalveluihin ja niissä havaitsemiimme kehittämiskohteisiin ja niiden parannusehdotuksiin.

Olemme vierailleet Tuiran terveyskeskuksessa ja psykiatrian klinikassa ja keskustelleet Pohteen toiminnoista mm. järjestämisjohtajan ja joidenkin toimialuejohtajien kanssa. Aiheesta on ollut keskustelua myös johtajaylilääkärin, integraatioylilääkärin ja useiden erikoislääkärien kanssa. Lisäksi olemme tavanneet eri yhteyksissä useita terveyskeskuslääkäreitä ja muita sote-ammattilaisia, mm. hoitajia, fysioterapeutteja, puhe- ja toimintaterapeutteja ja sosiaalityöntekijöitä. Arvokasta tietoa olemme saaneet myös omien, läheistemme, ystävien ja tuttavien palvelujenkäyttökokemuksista sekä eri tiedotusvälineistä.

Kiitokset

Kartoitimme Pohteen palveluja työskennellen sekä ryhmänä että yksilöinä, tehden havaintoja sotepalveluista ja haastatellen soteammattilaisia. Erityiskiitoksemme osoitamme niille, jotka järjestivät ryhmällemme ennalta sovitut tapaamisajat: apulaisylilääkäri Janne Mäkelälle Tuiran hyvinvointikeskuksesta, Pohteen järjestämisjohtaja Kirsti Ylitalo-Katajistolle, perhe- ja sosiaalipalvelujen OYS psykiatria toimialueen toimialuejohtaja Leena Mämmi-Laukkalle, sekä OYS psykiatria palvelualuejohtaja Sanna Blanco-Sequeirosille.

Lukuisia Pohteen johtavia viranhaltijoita ja eri alojen ammattilaisia kiitämme lämpimästi ilman nimien luettelointia. Kiitämme myös Pohteen viestinnästä vastaavia viranhaltijoita informatiivisten internetsivujen, organisaatiokaavioiden ja tiedotusmateriaalin laatimisesta.

Soteasioita on käsitelty laajasti eri tiedotusvälineissä. Kiitämme myös niissä esiintyneitä asiantuntijoita, muiden hyvinvointialueiden edustajia ja kolmannen sektorin työntekijöitä mielipiteistään.

Lopuksi haluamme kiittää perheittemme jäseniä, muita sukulaisiamme, ystäviämme ja tuttaviamme, jotka ovat kertoneet kokemuksistaan saamistaan hoidoista ja palveluista perusterveydenhuollossa, erikoissairaanhoidossa sekä sosiaalitoimen alaisissa hoitoyksiköissä. Heiltä saatu informaatio on ollut merkittävää ja joskus koskettavaakin. Sen uskomme myös vaikuttaneen tässä julkisessa mielipiteessämme esittämiimme kehittämiskohteisiin ja parannusehdotuksiin.

TIIVISTELMÄ

Julkinen mielipiteemme nojaa Sosiaali- ja Terveysministeriön (STM) vuonna 2020 julkaisemassa Tulevaisuuden sosiaali- ja terveyskeskus -ohjelmassa asetettuihin viiteen tavoitteeseen. Seuraavassa esittelemme tiivistetysti Pohteen palveluissa havaitut kehittämiskohteet sekä parannusehdotuksemme.

Kiireettömän hoidon saaminen terveyskeskuksissa on vaikeaa, jopa kolmen kuukauden odotusajoilla. Kannatamme joustavampaa mallia, jossa omalääkäri, omahoitaja ja potilas sopivat hoitoon pääsystä avoimella ajanvarausjärjestelmällä. Siinä potilaalle määritellään vastaanottoaika nopeasti, ja lääkäri arvioi hoidon tarpeen 2–3 viikon sisällä.

Päihde- ja mielenterveyspalvelujen sekä psykososiaalisten hoitomenetelmien saatavuus perustasolla on haastavaa, koska alueen terveyskeskuslääkäreillä ja päihde- ja mielenterveysasiantuntijoilla ei ole yhtenäisiä toimintatapoja. Työntekijät työskentelevät yksilökeskeisesti "siiloittain". Päihde- ja mielenterveysongelmat vaikuttavat kokonaisuin perheisiin ja muiden perheenjäsenten huomiotta jättäminen saattaa lisätä heidän omaa hoidontarvettaan. Terveyskeskuslääkäreille, päihdelääkäreille sekä psykiatreille ja psykiatrisille sairaanhoitajille tulee tarjota täydennyskoulutusta ja työnohjausta biopsykososiaaliseen lähestymistapaan, jotta he voivat tehokkaasti integroitua usein perhekeskeiseen moniammatilliseen tiimityöhön. Tämä tarve korostuu erityisesti kaksoisdiagnoosipotilaiden hoidossa. Ehdotamme asiantuntijaryhmän perustamista, joka koostuu psykiatrisen erityistason ja perustason asiantuntijoista. Ryhmän tehtävänä olisi laatia yhtenäiset toimenpideohjeet näille potilasryhmille sekä arvioida mielenterveysstrategian keskeisen sisällön integrointia sotepalveluiden perustasolla.

Lasten, nuorten ja perheiden ongelmien käsittelyä tulisi tehostaa. Ehdotamme perhekeskusten perustamista ainakin isompiin sotekeskuksiin tarjoamaan varhaista tukea. Lisäksi esitämme moniammatillisen kehittämisryhmän perustamista laatimaan perhekeskuksen rakenteet ja toimintaohjeet. Ryhmässä tulisi olla mm. lastenlääkäri, perhekeskuslääkäri, lasten-/nuorisopsykiatri, psykologi, perheterapeutti, lastensuojelun sosiaalityöntekijä, toimintaterapeutti ja päihdetyöntekijä.

Painopisteen siirtäminen raskaita palveluista ehkäisevään työhön vaatii yhteistyötä kolmannen sektorin kanssa. Pohteen organisaatioon tulisi perustaa terveydenedistämisyöryhmä hyvinvointijohtajan alaisuuteen, jossa olisi sote-alan ammattilaisia ja elämäntapojen asiantuntijoita. Ryhmä suunnittelisi kansansairauksien ennaltaehkäisemiseksi biopsykososiaaliseen näkemykseen perustuvan elintapaohjausmallin. Sotekeskusten ammattilaisten tulee lisätä terveyttä edistävää puhetta toiminnassaan. Pohteen digitaalinen sotekeskus kehittyy jatkuvasti ja lähes 20 % lääkärikontakteista hoidetaan tällä hetkellä etänä. Sen toivomme tukevan omalääkäritoiminnan edistymistä

Soteuudistuksen tavoite on myös palveluiden laadun ja vaikuttavuuden parantaminen, korostaen yhdenvertaisuutta ja humanitaarisuutta. Humanitaarisuus tulisi olla yksi sotejärjestelmän kehittämisen tärkeimmistä lähtökohdista ja päämäärinä. Vaikuttavuus ja humanitaarisuus kietoutuvat käsitteellisesti ja toiminnallisesti toisiinsa. Hyvinvointialueen on varmistettava kaikkien kansalaisten pääsy vaikuttaviin palveluihin. Sosiaali- ja terveydenhuollon arvo syntyy ammattilaisten, potilaiden, perheiden ja koko väestön välisessä vuorovaikutuksessa. Palvelujen laadun ja vaikuttavuuden parantamiseksi ehdotamme, että Pohteella tehdään yhteistyössä yliopiston ja ammattikorkeakoulun kanssa käytännön tutkimusta.

Palveluiden monialaisuuden ja yhteen toimivuuden parantaminen tarkoittaa palveluiden integraatiota, jossa ne ovat yhteensovitettuja ja hoito- sekä palveluketjut sujuvia. On tärkeää tukea monialaisesti sotepalveluita runsaasti tarvitsevia ja erityisen vaikeassa asemassa olevia ihmisiä. Heidän osuutensa on merkittävä, myös ajatellen heidän palvelujen käytön kokonaiskustannuksia. Näiden asiakasryhmien hoito edellyttää vahvaa moniammatillista osaamista. Omalääkärin ja

omahoitajan yhdessä, mahdollisesti sosiaalityöntekijän kanssa, toteuttamat kotikäynnit ovat usein erittäin informatiivisia ja parantavat merkittävästi hoidon tuloksia.

Ikäihmisten määrän kasvaessa tarvitaan ikäohjelma, joka käsittää muistisairauksien ennaltaehkäisyä, koti- ja omaishoidon kehittämisen, resurssisuunnitelmat, saattohoidon suunnitelmat ja soteintegraatiot. Ehdotamme moniammatillista työryhmää geriatrin johdolla ikäohjelman laatimiseksi. Pohteen budjetista lähes neljännes menee ostopalveluihin, joista merkittävä osa ikäihmisten hoivapalveluihin. Hoivapalveluja tulee kehittää ostopalvelujen vähentämiseksi.

Kehittämiskohteet ja parannusehdotuksemme voivat hillitä sotepalvelujen kustannusten kasvua. Haastavimpia ovat oire-, ongelma- ja yksilökeskeiset toimintatavat. Ammattilaisten tulee omaksua terveyttä edistävät, ehkäisevät ja varhaisen tuen toimintatavat. Heidät ja hallinnolliset päättäjät on vakuutettava palveluiden saatavuuden, oikea-aikaisuuden, jatkuvuuden ja laadun parantamisen kustannusvaikuttavuudesta.

Toimintayksiköiden supistukset ja lakkauttamiset voivat vähentää pääsyä palveluihin ja vaikuttaa yhdenvertaisuuteen sekä palvelujen laatuun. Säästöpäätökset eivät ole huomioineet humanitaarisia näkökohtia riittävästi. Sotekeskukset tarjoavat alueen väestölle psykologista ja sosiaalista tukea, ja niiden lakkauttaminen voi vaikuttaa pienten kuntien toimintaan ja rakenteisiin.

Avainsanoja: soteuudistus, palveluiden parantaminen, omalääkäri, omahoitaja, hoidon jatkuvuus, perhekeskeisyys, perhekeskus, digitaalinen sotekeskus, moniammatillinen tiimi, kustannusten hillintä

ExA- RYHMÄN JULKINEN MIELIPIDE POHTEN PALVELUISTA

Kehittämiskohteita ja parannusehdotuksia

Julkinen mielipiteemme rakentuu Sosiaali- ja Terveysministeriön (STM) vuonna 2020 asettaman viiden tavoitteen (Tulevaisuuden sosiaali- ja terveyskeskus 2020–2022, ohjelma ja hankeopas. STM:n julkaisuja 2020:3) ympärille. Siinä todetaan, että tavoitteet voidaan saavuttaa, mikäli varmistetaan asiakkaiden ja potilaiden osallistuminen ja vaikuttaminen omien saamiensa palvelunsa ohella palveluiden kehittämiseen ja arviointiin.

Viisi tavoitetta:

- 1) Palveluiden yhdenvertaisen saatavuuden, oikea-aikaisuuden ja jatkuvuuden parantaminen**
- 2) Toiminnan painotuksen siirtäminen raskaista palveluista ehkäisevään ja ennakkoivaan työhön**
- 3) Palveluiden laadun ja vaikuttavuuden parantaminen**
- 4) Palveluiden monialaisuuden ja yhteen toimivuuden varmistaminen**
- 5) Kustannusten nousun hillitseminen**

Keskitymme näiden viiden tavoitteen toteutumiseen Pohteen toiminnoissa ja esitämme kehittämiskohteita ja parannusehdotuksiamme.

1. Palveluiden yhdenvertaisen saatavuuden, oikea-aikaisuuden ja jatkuvuuden parantaminen

STM:n ohjelman mukaan ensimmäinen tavoite saavutetaan esimerkiksi seuraavasti:

- Varmistamalla asiakkaan pääsy kiireettömään hoitoon 7 vuorokauden sisällä hoidon tarpeen arvioinnista ja varmistamalla asiakkaalle pääsy sosiaalipalvelujen yksilölliseen palvelujen tarpeen arviointiin viipymättä. Kiinnittämällä erityistä huomiota paljon palveluja tai erityistä tukea tarvitsevien ihmisten palveluiden kehittämiseen.
- Vahvistamalla mielenterveys- ja päihdepalveluiden sekä psykoterapioiden saatavuutta kaikkien ikäryhmien tarpeisiin.
- Tuottamalla lasten ja nuorten hyvinvointia ja päihhteettömyyttä.
- Organisoimalla perhekeskuksia hyvinvointikeskuksiin matalan kynnyksen palveluiksi.
- Kehittämällä oppilas-, opiskelijahuollon ja perustason palveluja yhteistyössä.
- Uudistamalla toimintakäytäntöjä ja hyödyntämällä etä- ja mobiilipalveluja.
- Kehittämällä omalääkäri-, omahoitaja- ja monialaisia omatiimi-malleja.
- Vahvistamalla kotihoitoa, kotiin vietäviä palveluita ja perhetyötä.
- Parantamalla palliatiivista hoitoa ja kotisaattohoitoa.

ExA-ryhmämme keskittyi toiminnan alussa potilaiden pyyntöön päästä mahdollisimman sujuvasti lääkärin vastaanotolle.

1.1. Kiireettömän hoidon saatavuus on heikentynyt terveyskeskuksissa.

Kehittämiskohteita ja parannusehdotuksia

Monilla alueilla lääkärin vastaanottoaikaa voi joutua odottamaan 1–3 kuukautta. Ajan varaaminen tapahtuu vain hoitajan arvioinnin perusteella, mikä voi ajoittain johtaa arvointivirheisiin. Perinteisesti yleislääkäri on arvioinut potilaan kiireellisyyden ja hoidon tarpeen. Pienissä sotekeskuksissa on usein helpompaa päästä lääkärille kuin suurissa, kuten Oulussa. Esimerkiksi Sotkamon terveyskeskuksessa ajanvarausjärjestelmää on parannettu ja jonot poistettu. Potilaat soittavat ensin hoitajalle, joka tarvittaessa ohjaa heidät lääkärin puhelinlistalle. Lääkäri arvioi potilaan hoidon tarpeen ja kiireellisyyden puhelimitse.

Ehdotamme, että Pohteella omalääkäri, omahoitaja ja potilas voisivat yhdessä määrittää eri menetelmiä uuden vastaanotto- tai puhelinajan varaamiseksi, ilman nykyisen järjestelmän aiheuttamaa viivettä. Nykyisessä järjestelmässä potilas joutuu usein jonottamaan useita tunteja saadakseen yhteyden terveyskeskukseen, minkä jälkeen häntä haastattelee hoitaja, joka yleensä ei tunne potilaan aiempaa historiaa. Tämä järjestelmä on hidas ja vaikeuttaa lääkärille pääsyä.

Jos potilaalle ei ole aiemmin nimetty omaa lääkäriä ja hoitajaa, hänelle annetaan lyhyt informaatio järjestelmästä. Samalla kerrotaan, että oma nimetty lääkäri tekee hoidon tarpeen arvion viimeistään 2–3 viikon kuluessa.

1.2. Päihde- ja mielenterveyspalvelujen saatavuus perustasolla on ongelmallista

Kehittämiskohteita ja parannusehdotuksia

Alueen terveyskeskuslääkäreillä sekä päihde- ja mielenterveysasiantuntijoilla ei ole yhtenäisiä ja kehittyneitä toimintatapoja. Päihde- ja mielenterveysongelmat vaikuttavat usein kokonaisuin perheisiin. Sairaus tulisi nähdä laajempänä kokonaisuutena. Kuitenkin työntekijät työskentelevät yleensä yksin yksilöiden kanssa, erillään muista ammattilaisista ja perheistä.

Moniammatillisella työskentelyllä tarkoitetaan erilaisia yhteistyömalleja. Yksi yleisimmistä yhteistyömuodoista on koordinaatio, jossa tiimin jäsenet sopivat tehtävien työnjaosta ulkoisten sääntöjen puitteissa. Ko-operaatio on kehittyneempi malli, jossa ryhmä keskittyy tietoisesti yhteisen tavoitteen saavuttamiseen.

Integroidussa moniammatillisessa hoidossa ammattilaiset käyttävät yhtenäistä teoreettista viitekehystä ja työskentelevät yhdessä, joko samassa tilassa tai etäyhteyden kautta. Tavoitteena on yhdistää potilaan, perheen ja ammatillisen yhteisön kokemukset tasavertaisesti. Dialogiset keskustelut luovat hoidon kannalta merkityksellistä uutta tietoa. Moniammatillisuus tulisi nähdä uutena ammattitaitona, joka vaatii yhteisiä kehittymis- ja oppimisprosesseja. Siinä opitaan konkreettisesti toisilta, toisista ja toisten kanssa. Tämä edistää horisontaalista asiantuntijuutta, jota kutsutaan myös reflektoivaksi kommunikaatioksi, ja perustuu sosiaaliseen konstruktionismiin. Integroitua moniammatillista työskentelymallia tarvitaan erityisesti haastavimpien potilaiden ja heidän perheidensä hoidossa.

Esimerkiksi Pohjanmaan hyvinvointialueella psykiatriset palvelut on kehitetty niin, että hoito alkaa välittömästi ilman jonoja. Prosessi perustuu moniammatilliseen tutkimukseen, hoito- ja kuntoutussuunnitelmaan, vaikuttavuuden arviointiin sekä suunnitelmalliseen hoidon lopetukseen. Hoito tapahtuu samassa tiimissä alusta loppuun ilman lääkärin vaihtumista. Työntekijät konsultoivat

muita erikoisalansa mukaisesti. Tiimi koostuu asiantuntijasairaanhoitajasta ja lääkäristä. Lisäksi tiimiin kuuluu oma psykologi.

Mielestämme Pohteen terveyskeskuslääkärit, alueelliset päihdelääkärit sekä psykiatrit ja psykiatriset sairaanhoitajat tarvitsevat laaja-alaista täydennys- ja työpaikkakoulutusta sekä työnohjausta integroitua moniammatillista tiimityötä varten. Tämä on erityisen tärkeää ns.

kaksoisdiagnoosipotilaiden (potilailla sekä psykiatrinen että päihderiippuvuussairaus) hoidossa. Potilaiden sairaudet vaikuttavat merkittävästi heidän läheisiinsä.

Lisäksi ehdotamme, että näissä koulutuksissa terveyskeskusammattilaiset tutustuisivat valtakunnalliseen mielenterveysstrategiaan. Strategia pyrkii vahvistamaan päihde- ja mielenterveyspalveluiden saatavuutta perustasolla sekä lisäämään mielenterveyteen suunnattuja voimavaroja ja henkilöstön osaamista erityisesti perusterveydenhuollossa ja sosiaalihuollossa. Tavoitteena on parantaa psykoterapioiden sekä ehkäisevien ja hoidollisten psykososiaalisten menetelmien saatavuutta kaikille ikäryhmille. Mielenterveysstrategiassa pyritään myös vahvistamaan perustason ja erikoissairaanhoidon yhteistyörakennetta häiriöiden tunnistamisen ja interventioiden toteuttamisen tueksi. Erityisenä painopisteenä on kehittää käytäntöjä, joilla erikoissairaanhoito ohjaa ja tukee perustason palveluissa toteutettavaa hoitoa, parantaa psykososiaalisten hoitomuotojen ja interventioiden saatavuutta, organisoida niiden tarjoaminen alueellisesti tarpeen mukaan sekä koordinoita yliopistosairaaloiden sairaanhoitopiirit ja lasten ja nuorten vaativimpien palveluiden osaamiskeskukset niin, että näyttöön perustuvan hoidon saatavuus lisääntyy kaikilla hyvinvointialueilla.

Ehdotamme asiantuntijaryhmän kokoamista. Ryhmä koostuisi psykiatrian erikois- ja perustason asiantuntijoista, joiden tehtävänä olisi laatia koulutussuunnitelmat ja toimenpideohjeet mielenterveysstrategian toteuttamiseksi sotepalvelujen perustasoilla.

1.3. Erityisesti lasten ja nuorten mielenterveyden, arjen hyvinvoinnin ja päihteettömyyden parantaminen

Lasten ja nuorten mielenterveysongelmat ja päihteiden käyttö näyttävät lisääntyvän Suomessa. Erityisen huolestuttavaa on nuorten huumekuolemien kasvu, mikä asettaa Suomen Euroopan kärkeen kiistanalaisella tavalla.

Tavoitteena on luoda sotekeskuksiin ja lasten- sekä nuorten palveluihin perhekeskusrakenne, joka tukee häiriöiden tunnistamista ja hoitoa yhteistyössä erityistason kanssa. Lisäksi pyritään käyttämään vaikuttavia interventioita yleisempien lievien ja keskivaikeiden mielenterveyshäiriöiden varhaiseen tunnistamiseen ja hoitoon.

Kehittämiskohteita ja parannusehdotuksia

Pohteen hyvinvointialueella ei ole riittävästi huomioitu lasten ja nuorten vakavia mielenterveysongelmia, vaikka ongelmat ovat lisääntyneet. Ehdotamme valtakunnallisten suositusten mukaisesti perhekeskusten perustamista, jotka antavat varhaista tukea lapsille, nuorille ja heidän perheilleen.

Perhekeskuksilla tarkoitetaan palvelukokonaisuutta, joka yhdistää lähipalvelut uudenlaiseen verkostoitumismalliin ja alueiden sotepalveluiden, kuntien järjestämien palveluiden, järjestöjen sekä toimintojen yhteensovittamiseen. Tavoitteena on vahvistaa ennaltaehkäiseviä toimenpiteitä ja varhaista tukemista sekä hillitä kustannusten kasvua. Lisäksi pyritään siihen, että lapsi, nuori ja perhe saavat tarvitsemansa avun ja tuen viiveettä. Perhekeskuksen keskeinen tehtävä on edistää lapsen, vanhempien ja koko perheen terveyttä ja hyvinvointia, samalla vahvistaen heidän voimavarojaan, vuorovaikutus- ja tunnetaitojaan sekä tarjoten tukea vanhemmuuteen.

Perhekeskusverkostoon kuuluvat muun muassa varhaiskasvatusyksiköt, koulut, opiskelijaterveydenhuolto, avoterveydenhuollon lääkäripalvelut ja esimerkiksi psykologipalvelut. Lisäksi verkostoon integroituvat kaikki mielenterveys- ja päihdepalvelut sekä sosiaalipuolen perhetyö. Toiminta organisoidaan siten, että perheet ohjataan viiveettä oikeille työntekijöille. Perhekeskeisesti orientoitunut yleislääketieteen erikoislääkäri – perhekeskuslääkäri – soveltuu yhdessä hoitajan kanssa ensilinjan työntekijäksi määrittämään potilaan ja perheen biopsykososiaaliset ongelmat ja laatimaan alustavan suunnitelman vaadittavista ammattilaisista kokonaisuuden hoitamiseksi.

Ehdotamme, että perhekeskuksiin perustetaan matalan kynnyksen palvelupisteitä, jotka hyödyntävät myös kolmannen sektorin asiantuntijuutta.

Lisäksi ehdotamme, että Pohde perustaa moniammatillisen kehittämisryhmän laatimaan rakenteet ja toimintaohjeet perhekeskukselle. Ryhmään tulisi kuulua asiantuntijoita kuten lastenlääkäri, perhekeskuslääkäri, nuorisopsykiatri, psykologi, perheterapeutti, sosiaalityöntekijä, toimintaterapeutti ja päihdetyöntekijä. Ryhmä voi myös ohjeistaa pienempiä sotekeskuksia.

1.4. Omalääkäri- ja omahoitajamallit sekä monialaiset omatiimit

Suomessa suunniteltiin omalääkärimallia jo 1970–1980-luvuilla, mutta se kaatui lääkäreiden uupumiseen ja poliitikkojen kustannuspelkoihin. Nyt STM on perustanut työryhmän valtakunnallisen mallin toteuttamiseksi, mukana Pohteen hyvinvointialueen edustus.

Vuodesta 2008 lähtien Oulun yliopiston yleislääkärien erikoistumiskoulutus on ollut kaksivuotinen GP-koulutus. Se sisältää 20 seminaaripäivää kahden vuoden aikana, ja yhteen koulutusryhmään otetaan noin 18–24 lääkäriä. Tämä koulutus, yhdessä perhelääkärikoulutusten kanssa, on luonut perustan omalääkärimalli 2.0 ohjelmalle.

Kehittämiskohteita ja parannusehdotuksia

Mielestämme nykyinen GP-koulutus on liian yksilökeskeinen ja vaatii enemmän perhe- ja moniammatillisia toimintamalleja. Ehdotamme, että koulutusta kehitetään yhteistyössä hyvinvointialueen, lääketieteellisen tiedekunnan ja OAMK:n kanssa. Koulutuksen volyymia tulisi lisätä esimerkiksi 30 seminaaripäivään, jotka sisältävät potilas-lääkärisuhteen luomisen, perhekeskeisen työskentelyn sekä moniammatillisen tiimin jäsenenä tai johtajana toimimisen.

2. Toiminnan painotuksen siirtäminen raskaista palveluista ehkäisevään työhön

STM:n ohjelmassa tavoitteeseen pyritään seuraavasti:

- Vahvistetaan perustason ehkäisevää työtä elintapaohjauksella yhteistyössä kolmannen sektorin ja kunnan kanssa.
- Edistetään perhekeskustoimintamallia, joka sisältää eroneuvontaa, vanhemmuuden tukea ja kotipalvelua.
- Otetaan käyttöön elintapaohjausmalli kansansairauksien ehkäisemiseksi.
- Lisätään yhteisösosiaalityötä ja etsivää sosiaalityötä.
- Kehitetään varhaisen tuen ja matalan kynnyksen palveluneuvontaa.
- Vahvistetaan digitalisaatiota ja mobiilipalveluita omahoidon välineinä.

Viime vuosina monet kunnat Suomessa ovat kehittäneet omia elintapaohjausmalleja. UKK-instituutti on luonut elintapaohjauksen kehittäjäverkoston, joka pyrkii edistämään liikkumiseen,

ravitsemukseen ja uneen liittyvää elintapaohjauksen kehittämistä kunnissa ja hyvinvointialueilla. Verkosto toimii osana STM:n rahoittamaa instituutin toimintaa. Verkoston ensisijainen kohderyhmä ovat hyvinvointialueiden ja kuntien elintapaohjausta kehittävät hyte-toimijat kuten terveyden edistämisen asiantuntijat, suunnittelijat, kehittämisspäälliköt ja hyvinvointikoordinaattorit. Kehittäjäverkoston toissijaisen kohderyhmän muodostavat hyvinvointialueiden ja kuntien hyte-toimijoiden rekrytoimat elintapaohjauksen käytännön toteuttajat esimerkiksi liikuntapalveluista, terveydenhuollosta ja kolmannelta sektorilta. Verkoston tavoitteena on: verkoston edistäminen, tietopohjan vahvistaminen ja soveltamisen edistäminen.

Digitaalisia palveluja ja digitaalista sotekeskusta kehitetään edelleen. Tekoälyn käyttö nopeuttaa kirjallisia tehtäviä ja lisää aikaa potilas- ja asiakastyöhön.

Kehittämiskohteita ja parannusehdotuksia

Perinteisesti terveyskeskuslääkäreiden potilaskohtauksissa ei ole korostettu terveyden edistämistä tai ennaltaehkäisyä, vaan on keskitytty oireiden ja sairauksien hoitoon. Nyt tarvitaan ensisijaisesti asenteiden muutosta ja uskoa terveyden edistämisen hyödyllisyyteen ja kustannusvaikuttavuuteen. Lyhyelläkin lääkärin vastaanotolla voidaan käsitellä ravinto- ja elintapatottumuksia: esimerkiksi tupakoinnin, runsaan alkoholin käytön ja jatkuvan stressin haittoja sekä säännöllisen liikunnan ja tarpeellisen unen hyötyjä. Tämä on mahdollista, kun lääkäri tai muu soteammattilainen on oppinut tällaisen käytännön. Keskustelut voi jakaa useammalle tapaamiselle potilaan kuuntelemisen häiriintymättä. Tarvittaessa pidennetyllä vastaanotolla on myös hyödyllistä kartoittaa potilaan ja hänen perheensä vahvuudet ja voimavarat positiivisesti. Potilaan ja mahdollisesti hänen perheensä tuntemus ohjaa nämä keskustelut sopivaan hetkeen.

Ehdotamme, että haasteellisimpien potilas-/asiakasryhmien hoidon kehittämisessä otetaan kotikäynnit erääksi hoidon kannalta runsaasti hyödyllistä informaatiota lisääväksi käytännöksi. Perhekeskus on myös sopiva paikka ottaa terveyttä edistäviä keskusteluja esille.

Jotta perustasolla ammattilaisten käyttäytyminen, toimintamallit ja puhe potilaiden kanssa muuttuisi, ehdotamme Pohteen organisaatioon (organisaatiokaavio) liitettäväksi hyvinvointijohtajan alaisuuteen moniammatillinen terveydenedistämistyöryhmä, jossa on edustettuna keskeiset sote-alan ammattilaiset (esim. lääkäri, hoitaja, psykologi, sosiaalityöntekijä, ravitsemusterapeutti, liikuntaohjaaja, terveystaloustieteilijä). Ryhmän jäsenet voidaan koota pääosin hyvinvointialueen työntekijöistä ilman uusien virkojen perustamista. Ryhmän jäsenet voisivat vaihtua esim. 2 - 4 vuoden välein.

Tässä on mielestämme kyse varsin merkittävästä toimintamallin muutoksesta, joka tulisi näkyä hoito-organisaation kaikilla tasoilla. Tähän liittyy myös yksilöllinen, perheen tai erikseen järjestetyn ryhmän ohjattu elintapaohjaus.

2.1. Pohteen digitaalinen sotekeskus

Digitaalisen sotekeskuksen tavoitteena on lisätä perustason palveluita ja tukea siirtymistä ehkäisevään työhön. OmaPohde on hyvinvointialueen asukkaiden käytössä oleva turvallinen asiointipalvelu verkossa. Palveluun kirjaudutaan vahvan tunnistautumisen kautta, ja siellä voi keskustella ammattilaisen kanssa huolista, sairauksista tai oireista sekä saada ohjausta ja neuvontaa. Palvelussa voi pyytää ammattilaista kirjaamaan omiin kantatietoihin esimerkiksi kotona mitattuja verenpaine- ja verensokerimittauksia. Palvelun kautta voi jättää myös yhteydenotto- ja neuvonnan neuvolaan tai sosiaalitoimeen.

Palvelussa asiakas voi keskustella ammattilaisen kanssa puhelimitse tai chatissä. Lisäksi palvelussa voi pyytää ajanvarauksen puhelin- tai videovastaanottoajalle etälääkärille, hoitajalle, fysioterapeutille tai ravitsemusterapeutille. OmaPohteen kautta saa apua myös hammashoittoon,

suun terveyteen, kiireettömiin mielenterveysasioihin tai yli 65-vuotiaiden ikäihmisten arkea tukevien palveluiden neuvontaan sekä vammaisten arkea tukevien palveluiden neuvontaan. Palvelussa voi kirjautua myös erilaisiin hoitoryhmiin.

Lisäksi asiointipalvelussa asiakasta neuvotaan tarkemmin, missä tilanteessa ja miksi kannattaa ottaa yhteyttä ensisijaisesti digitaaliseen sotekeskukseen.

Digitaalisen sotekeskuksen etuna on sen joustavuus, joka mahdollistaa sekä potilaiden että ammattilaisten palveluiden hyödyntämisen ajasta ja paikasta riippumatta. Tämä tarjoaa erityisesti syrjäseutujen asukkaille helpomman pääsyn lääkäri-, hoitaja- ja asiantuntijapalveluihin ilman pitkiä matkoja tai odotusaikoja. Lisäksi digitaalinen palvelu vähentää fyysisen kohtaamisen tarvetta silloin, kun kyseessä ovat yksinkertaiset konsultoinnit tai seuranta. Näin voidaan säästää resursseja ja keskittyä kasvokkain annettavaan hoitoon vaikeammissa tapauksissa.

Digitaalisen sotekeskuksen etälääkäripalvelut ovat osittain Lääkärisi Oy:n tuottamia ostopalveluja. Etälääkäri ottaa yhteyttä potilaaseen etäyhteydellä, joko puhelimitse tai videon välityksellä. Etälääkäreitä on Pohteen alueelta sekä muualta Suomesta. Tällä hetkellä noin 15–20 % hyvinvointialueen lääkärikäynneistä toteutetaan digitaalisen sotekeskuksen kautta.

Digitaalisen sotekeskukseen palvelukokonaisuus kehittyy jatkuvasti. Sitä kehitetään myös hanketyössä, joka on myös Europan unionin rahoittama.

Kehittämiskohteita ja parannusehdotuksia

Saamamme tiedon mukaan potilaiden palaute ensimmäisen kahden vuoden aikana on ollut pääosin positiivista. Pohteella toimii jatkuvasti kolme täyspäiväistä hoitajaa digitaalisessa sotekeskuksessa. Hoitajat vaihtuvat säännöllisesti, joten "omaa hoitajaa" ei ole mahdollista nimetä. Lääkärit vaihtuvat myös, ja he voivat työskennellä missä päin Suomea tahansa. Tämä voi aiheuttaa ongelmia, koska lääkäri ei välttämättä tunne Pohteen aluetta ja hoitokäytänteitä. Kirjaaminen ei toistaiseksi suju riittävästi. Tietynlainen luottamuksen puute digitaalista lääkäripalvelua kohtaan ilmenee siinä, että monet potilaat varaavat pian etäkontaktin jälkeen vastaanottoajan omassa terveyskeskuksessaan.

Parannusehdotuksena esitämme, että olisi tärkeää rekrytoida Pohteen digitaalisen sotekeskuksen etälääkäripooli ensisijaisesti alueella asuvista yleislääkäreistä. Uskomme, että omalääkäri- ja omahoitajatoiminnan tehostuessa on mahdollista käyttää hyödyksi ja apuna digitaalisia yhteyksiä osana hoitosuhteen jatkuvuutta ja etenkin silloin, kun potilaan ongelmiin tai oireisiin liittyvät tiedustelut ovat lyhyitä, eikä varsinaista vastaanottoa välttämättä tarvita.

3. Palveluiden laadun ja vaikuttavuuden parantaminen.

Sosiaali- ja terveysministeriön laatima tulevaisuuden sosiaali- ja terveyskeskusohjelma korostaa palveluiden laatua, vaikuttavuutta ja yhdenvertaisuutta. Laadukas ja vaikuttava sosiaali- ja terveydenhuolto perustuu parhaaseen käytettävissä olevaan tietoon tai näyttöön, ja se tarjoaa asiakkaalle apua, joka aidosti auttaa ja vastaa hänen tarpeisiinsa.

Yhdenvertaisuus tarkoittaa sosioekonomisesta asemasta, asuinpaikasta ja muusta taustatekijästä riippumatonta pääsyä vaikuttaviin palveluihin. Se on sosiaali- ja terveydenhuollon humanitaarinen ja juridinen lähtökohta ja kytkeytyy sekä vaikuttavuuteen että kustannusvaikuttavuuteen.

Hyvinvointialueilla voidaan STM:n ohjelman mukaisesti pyrkiä näihin tavoitteisiin esimerkiksi:

- lisäämällä käytännön tutkimusta
- vahvistamalla työmenetelmien ja palveluiden vaikuttavuutta
- laajentamalla tutkimus- ja kehittämistoimintaa perustyössä
- parantamalla kansansairauksien ehkäisyn ja hoidon laatua sekä vaikuttavuutta

- käyttämällä yhteneväisiä työmenetelmiä ja arviointitapoja
- digitalisoimalla palveluita ja potilas- ja asiakastiedon kirjaamiskäytäntöjä
- kehittämällä rakenteellisen sosiaalityön ja sosiaalisen raportoinnin digitaalisia työmalleja
- kohdentamalla palveluja erityistä tukea tarvitseville
- puuttumalla ylisukupolviseen huono-osaisuuteen
- kehittämällä omavalvontaa ja viranomaisvalvontaa

Kehittämiskohteita ja parannusehdotuksia

Mielestämme hyvinvointialueella ei ole riittävästi paneuduttu palvelujen laatuun, vaikuttavuuteen ja humanitaarisuuteen. Toimintoja on supistettu, ja terveyskeskuksia sekä terveysasemia on lakkautettu ilman perusteellista arviointia.

Mielestämme humanitaarisuus on oltava sotejärjestelmän lähtökohta ja päämäärä: potilaiden/asiakkaiden ja väestön terveyden ja hyvinvoinnin edistäminen. Vaikuttavuus ja humanitaarisuus kietoutuvat käsitteellisesti ja toiminnallisesti toisiinsa. Humanitaariseen päämäärään päästään parhaiten silloin, kun päätöksiä tekevien integriteetti on korkea ja arviointiin käytettävissä oleva tieto ja sen puutteet otetaan kattavasti huomioon. Integriteetillä tarkoitamme rehellisyyttä ja vahvoja moraalisia periaatteita. Käsittääksemme humanitaarisia päämääriä ja integriteettiä ei ole perusteellisesti pohdittu, kun Pohteessa on tehty monien terveyskeskusten lakkauttamispäätöksiä.

Uudistuksessa on tärkeää varmistaa kaikkien kansalaisten tasavertainen pääsy palveluihin. Sosiaali- ja terveydenhuollon arvo perustuu ammattilaisten, potilaiden ja perheiden vuorovaikutukseen.

Ehdotamme, että hyvinvointialueen sisällä ja yhteistyössä yliopiston ja ammattikorkeakoulun kanssa tehdään erityisesti käytännön tutkimusta. On myös tärkeää hyödyntää kansallisesti tehtyä tutkimustyötä. Esimerkiksi THL:ssä on tehty runsaasti tutkimuksia kansansairauksien ehkäisystä, hoidon laadusta ja vaikuttavuudesta.

Ehdotamme myös, että terveys- ja sosiaalitoimen työntekijöille kehitetään digitaaliset potilas- ja asiakastiedon kirjaamiskäytännöt vapauttamaan aikaa potilas- ja asiakastyöhön. Suosittelemme lääkärin työhön toimintamallia erityistä tukea tarvitseville ja runsaasti palveluja käyttäville asiakkaille. Sukupuun käyttö osana tätä mallia voi parantaa ylisukupolvista huono-osaisuutta.

4. Palveluiden monialaisuuden ja yhteen toimivuuden parantaminen

Tulevaisuuden sosiaali- ja terveyskeskusohjelma korostaa palveluiden yhteensovitusta, sujuvia hoito- ja palveluketjuja sekä saumatonta yhteistyötä sosiaalipalvelujen ja terveydenhuollon perus- ja erityistason palvelujen välillä.

4.1. Tähän ohjelman tavoitteeseen pyritään STM:n ohjelmassa seuraavasti:

- Vahvistamalla monialaista yhteistyötä perustasolla ja eri hallinnonalojen välillä.
- Varmistamalla ohjauksen ja neuvonnan saatavuus.
- Kehittämällä matalan kynnyksen asiakas- ja palveluohjausta.
- Uudistamalla sosiaali- ja terveydenhuollon työnjakoa ja vahvistamalla tiimityötä.
- Tunnistamalla paljon tukea tarvitsevat asiakkaat.
- Ottamalla käyttöön yhteisiä asiakas- ja palvelusuunnitelmia.
- Varmistamalla toimivat yhteistyömallit eri hallinnonalojen yhteisasiakkaille.
- Kehittämällä yhteen toimivia tietojärjestelmiä.
- Tukemalla vaikeassa asemassa olevia ihmisiä monialaisesti.

Kehittämiskohteita ja parannusehdotuksia

Psykiatrialta olemme saaneet viestiä, että heiltä on tarjottu terveystieteiden lääkäreille yhteistyötä haasteellisten potilaiden hoitoon, mutta lääkärit ovat monelta osin kieltäytyneet tällaisesta yhteistyöstä. Tässä tilanteessa ilmenee yhteistyöongelma, eikä ole tarkoituksenmukaista etsiä syyllisiä. Monialainen ohjaus ja neuvonta ei voi silloin olla vain yksipuolista.

Matalan kynnyksen integroituneiden palvelujen puutteen liitämme osittain perhekeskusten toimimattomuuteen. Näitä palveluja voidaan kehittää myös yhteistyössä kolmannen sektorin kanssa. Moniammatillisen tiimityön osaamisen vahvistaminen on tässä tärkeää. Mainitut erityisessä vaikeassa asemassa olevat ihmisryhmät (asunnottomat, rikosseuraamusasiakkaat, lähisuhde- ja perheväkivallan uhrin ja vakavasti itsetuhoiset mielenterveysasiakkaat) muodostavat laajan potilas/asiakasryhmän, joista osa käyttää runsaasti palveluja (ks. edellä Palveluiden laadun ja vaikuttavuuden parantaminen). Toinen osa on niitä, jotka hakeutuvat palvelujen piiriin hyvin harvoin, esimerkiksi vain äkillisen tapaturman vuoksi. On ymmärrettävää, että palvelujen suuren käyttäjien tunnistaminen onnistuu kunnolla vasta omalääkäritoiminnan kehittymisen jälkeen. Siksi omalääkärien tehostetulla koulutuksella on erityisen keskeinen merkitys.

Yhteistyö psykiatrian, terveystieteiden, ensi- ja turvakotijärjestelmien sekä vankilayhteisöjen välillä on tärkeää. Lääkärien työnohjausta tulisi kehittää ja lisätä omalääkärien saatavuutta. Terveystieteiden lääkäreiden kiinnostus psykiatriseen työnohjaukseen on ollut vähäistä. Matalan kynnyksen integroidut palvelut sopivat parhaiten perhekeskustoimintaan. Erityistä tukea tarvitsevien asiakkaiden tunnistamista voisi parantaa kotikäynneillä ja yhteisillä asiakas- ja palvelusuunnitelmissa. Yhteistyössä tarvittava moniammatillinen tiimi voisi koostua esimerkiksi lääkäreistä, terapeuteista, sairaanhoitajista, sosiaalityöntekijöistä ja kokemusasiantuntijoista.

4.2. Ikääntyneiden palveluiden kehittäminen

Tulevaisuuden sote-keskusohjelmassa STM esittää seuraavaa:

- Hyvinvointialueelle laaditaan poikkihallinnollinen ikäohjelma, joka sisältää muistisairauksien ennaltaehkäisyyn tähtäävän elintapaohjauksen toimintamallin.
- Ikäohjelmaan liitetään kotihoidon kehittämishanke, jossa tulisi olla määriteltynä akuuttitilanteiden toimintamalli äkillisiä ja kiireellisiä tilanteita varten. Kotihoidon resurssien riittävyys ja omaishoidon kehittäminen suositellaan liitettävän myös ikäohjelmaan. Tämän lisäksi kotona tapahtuva saattohoidon, kivunhoidon ja palliativisen hoidon suunnitelma.
- Suunnitelman tulisi sisältää uudenlainen sote-integraatio, jossa sosiaalihuolto ja terveydenhuolto toimivat tasavahvoina kumppaneina sotekeskuksessa.
- Ikäohjelmaan suositellaan liitettävän myös kuntoutuksen kehittämissuunnitelma, jossa lähtökohtana olisi kuntoutuskomitean työ.

Pohjois-Pohjanmaalla Ikäihmisten palveluita varten on olemassa kaksi ohjelmaa. Hankkeiden tarkoituksena on kehittää alueen ikäihmisten palveluiden sisältöjä ja uusia toimintatapoja vuoden 2023 loppuun. Hankkeiden nimet ovat:

- 1) Tulevaisuuden sosiaali- ja terveystieteiden hankkeen Ikäihmisten palvelujen kehittämisohjelma.
- 2) Tulevaisuuden kotona asumista tukevat palvelut iäkkäille, joka on nimetty "Ikä on POP" -hankkeeksi.

Vuosille 2024–2025 on tehty Ikäohjelma osana hyvinvointiohjelmaa aiempien suunnitelmien pohjalta. Ohjelmatyö on tehty osana virkamiestyötä. Vanhusneuvosto on ollut mukana.

Kehittämiskohteita ja parannusehdotuksia

Koska nykyinen Ikäohjelma on rakentunut aiemman toteutuksen ja edellisten alueella olleiden suunnitelmien pohjalta, seuraavaa suunnitelmaa tulisi laatia uudelta pohjalta. Ehdotamme, että uuden Ikäohjelman suunnittelussa tarkastellaan palveluita ja niiden kehittämistä tulevaisuudessa aikaisempaa enemmän huomioiden ikäihmisten tarpeiden lisäksi perheiden (puolisot, omaishoitajat ja/tai muut perheenjäsenten, jotka osallistuvat ikääntyneen hoivaan ja/tai hoitoon) kokonaistarpeet.

Ehdotamme myös teknologian käytön ja teknologisten ratkaisujen arviointia tarkasti huomioiden asiakkaiden tilanne ja todelliset mahdollisuudet käyttää ja ymmärtää teknologisia ratkaisuja.

Teknologisten ratkaisujen käytöstä tulisi toteuttaa sellaista seuranta, jonka perusteella voitaisiin jatkossa arvioida niiden käytöstä asiakkaille kohdistuvia hyötyjä ja haittoja. Tarvitaan puolueetonta tutkimustietoa varmistamaan palveluiden käytön arviointia.

Palveluiden saatavuudesta tulee esittää julkisuuteen jatkossa jonotietojen lisäksi (10 henkilöä jonottaa ympärivuorokautiseen hoitoon koko Pohteen alueella) tiedot niistä ympärivuorokautista paikkaa hakeneiden määristä, jotka eivät ole saaneet myönteistä päätöstä. Lisäksi tarvitaan seurantatietoa siitä miksi asiakkaat eivät ole saaneet ympärivuorokautista hoitopaikkaa ja mitä vaihtoehtoja on annettu ratkaisuksi.

5. Kustannusten nousun hillitseminen

Tämä on STM:n tulevaisuuden sosiaali- ja terveyskeskusohjelman viides tavoite. Sen mukaan edellä mainitut neljä tavoitetta ja toimenpiteet voivat hillitä palvelujen kustannusten kasvua.

Kertauksena:

- Terveyttä edistävät ja ehkäisevän tuen toimintatavat.
- Painopisteen siirtäminen erikoissairaanhoidosta peruspalveluihin.
- Saatavuuden, oikea-aikaisuuden ja jatkuvuuden parantaminen.
- Laadun ja vaikuttavuuden parantaminen.
- Monialaisuus ja ammattiryhmien työnjaon tehostaminen.
- Digitaalisten palveluiden ja tiedolla johtamisen kehittäminen.
- Henkilöstön osaamisen laaja kehittäminen.

Tässä ExA-ryhmämme on samaa mieltä. Sotejärjestelmän uudistuksen kustannusvaikuttavuus paranee, kun kaikki kansalaiset saavat kattavasti vaikuttavia palveluita.

Kehittämiskohteita ja parannusehdotuksia:

Toimintojen laaja-alainen, osin suunnittelematon supistaminen, lakkauttaminen ja keskittäminen tulee tarkastella uudelleen. Väestön yhdenvertaisuus ja palvelujen laatu kärsivät näissä toimenpiteissä, eikä humanitaarisia näkökulmia ole otettu riittävästi huomioon. Tiedustelemme: miten paljon väestön mielipiteitä on kuultu? Onko toimintojen supistuksia tai lakkautuksia toteuttaneiden viranhaltijoiden ja luottamusmiesten integriteetti ollut riittävän korkea? Olemme saaneet useita raportteja mm. siitä, kuinka vanhuksia siirretään jatkohoitoon jopa satojen kilometrien päähän, kun oman kunnan sotepalveluita on supistettu.

Sotokeskuksilla on merkittävä psykologinen ja sosiaalinen turva alueen väestölle. Sulkemiset ja lakkauttamiset heikentävät myös pienemmät kunta-alueet.

6. Muita ehdotuksia Pohteen hyvinvointialueen toimintojen kehittämiseksi

STM:n tulevaisuuden sosiaali- ja terveystieteiden ohjelmassa vuonna 2020 painotettiin yhteistyötä THL:n, yliopistojen ja ammattikorkeakoulujen kanssa. Olemme arviointityössämme pohtineet näiden tahojen laajempia yhteistyömuotoja erityisesti soteammattilaisten monialaisten toimintojen puutteessa.

THL on itsenäinen valtion asiantuntija- ja tutkimuslaitos, joka parantaa ihmisten hyvinvointia, terveyttä ja turvallisuutta sosiaali- ja terveystieteiden alaisuudessa. Sen keskeisin tehtävä on tutkimus- ja asiantuntijatyö, jolla kehitetään suomalaista hyvinvointiyhteiskuntaa. THL tuottaa tietoa ja ratkaisuja muun muassa hyvinvointialueiden päättäjille ja sote-alan ammattilaisille.

Esitämme ExA-ryhmänä lopuksi muutamia toteamuksia ja ehdotuksia Pohteen organisaatioon ja toimintoihin liittyen:

Psykiatria kuuluu Pohteen organisaatiossa sosiaalitoimen alaisuuteen. Tässä tilanteessa on tärkeää varmistaa, että psykiatrian yhteydet muihin lääketieteen erikoisaloihin säilyvät ja kehittyvät edelleen. Integroituminen tulisi huomioida uuden OYS:n tilojen suunnittelussa siten, että psykiatrisille potilaille varataan tutkimus- ja seuranta- paikkoja.

Päihdehuolto on erillään muusta hoidosta Pohteessa, mikä vaikeuttaa hoitomuotojen joustavaa integraatiota. Myös henkilöstön vähyys rajoittaa hoitomuotoja. Ehdotamme päihdehuollon tiiviimpää integrointia muuhun hoitojärjestelmään.

Arviointityössämme olemme kiinnittäneet huomiota siihen, että Pohteen johtavien viranhaltijoiden joukossa (organisaatiokaavio) on hyvin vähän lääkäreitä ja vielä vähemmän psykologeja sekä terveystaloustieteen osaajia. Lisäksi olemme kiinnittäneet huomiota siihen, että Pohteen johtavista viranhaltijoista merkittävä osa on naisia.