

Terveys & Talous

”Hyvinvointialueiden rahoituksen määräytymisperusteet ovat teoreettisia”

TYÖOTE-toimintamallin tavoitteena on oikea-aikainen ja tarpeen mukainen kuntoutuminen ja nopea töihin paluu

STM:n kansliapäällikkö Veli-Mikko Niemi

”Digitaalisia palveluja on hyödynnettävä enemmän”



Todellista hyvinvointia ei mitata exceleissä.

Steripolarissa tavoittelemme innovatiivisilla tuotteilla ja hoitomenetelmillä parempaa hoitoa, nopeampaa paranemista ja hoitopäivien vähenemistä. Näin syntyy hyvinvointia potilaalle ja hyötyä yhteiskunnalle. Silloin pelkkä yksikköhintojen laskenta ei riitä. Ja tämä kaikki, koska kuka tahansa meistä voi olla potilas milloin tahansa.

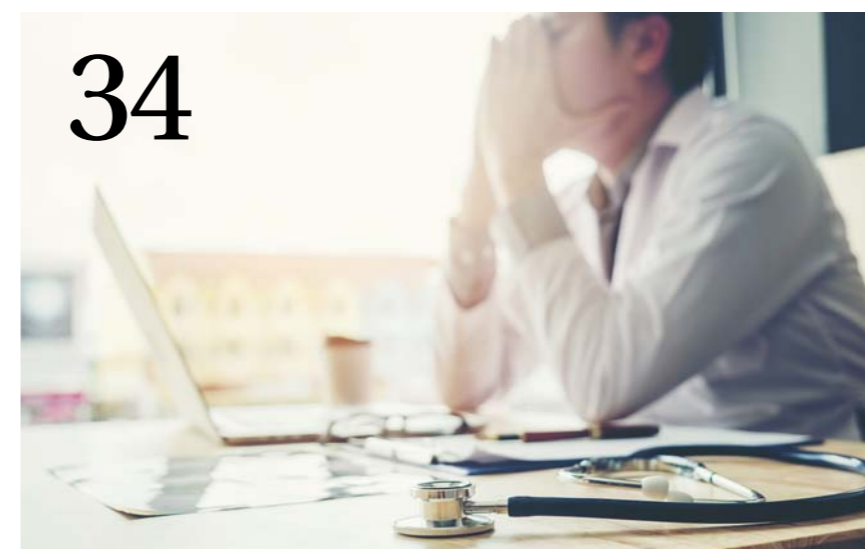
Lue QR-koodi puhelimellasi ja tutustu osaamisalueisiimme, innovatiivisiin tuotteisiimme ja ajankohtaisiin koulutuksiimme.



Steripolar
Taking care further

Olemme suomalainen terveysteknologiayritys, joka tarjoaa julkiselle ja yksityiselle terveydenhuollolle tuotekehityksen kärjessä olevia, innovatiivisia ja laadukkaita tuotteita sekä uusia hoitomenetelmiä. Meitä ohjaa tavoite paremmasta potilashoidosta ja potilaan nopeammasta paranemisesta. Olemme toimineet jo vuodesta 1985 ja toteutamme joka päivä työssämme **Taking care further** -arvolupausta.

ISO 9001 | ISO 14001 | ISO 13485 steripolar.fi



Tässä lehdessä

- 5 Pääkirjoitus
- 6 "Raha ei yksin määritä palveluja"
- 10 Pirstaletiedosta kohti strategista ydintietoa
- 12 Hyvinvointialueilla ja valtiolla on yhteinen haaste kehittää tietojohdamista
- 14 Vuokratyön käyttöä hillittävä
- 16 "Rahoituksen määräytymisperusteet ovat teoreettisia eivätkä ennakoivat tulevaa"
- 18 Masennuksesta kärsivillä suuri itsemurhariski sairaalan jälkeen
- 19 Koronavirus käänsi ammattitautitapausten määrän nousuun
- 20 Vanhemmat sisarukset suojaavat lasta allegioilta
- 21 Puheenjohtajan palsta
- 22 TYÖOTE-yhteistyöllä tuottavuutta ja hoidon jatkuvuutta
- 26 3D-tulostimilla uusia hyötyjä potilaiden hoitoon
- 27 Hoivatyöntekijät suhtautuvat positiivisesti teknologiaan ja työperäiseen maahanmuuttoon
- 28 Hallinnollisesta integraatiosta on siirryttävä toiminnalliseen suuntaan
- 30 Suomalaisten terveys verrattain hyvä, pitkät jonotusajat ongelmana
- 32 Hyvinvointilähete voi tuoda värit takaisin elämään
- 34 Hyvinvointialueilla palautuminen ja työkyky edellyttävät tukitoimia
- 36 Neurologiset sairaudet lisäävät avioeron riskiä Pohjoismaissa
- 37 Yli puolet kannattaa nykyistä alkoholipolitiikkaa
- 38 SET-pakina

Valmiuskeskukset tuovat turvaa poikkeusoloihin

Sosiaali- ja terveydenhuollon toimialan valmiussuunnittelu sekä varautumisen ja turvallisuuden kehittäminen ovat olleet työtäni jo yli 16 vuotta. Tänä aikana varautumisen painopistealueet ovat muuttuneet yhteiskunnan ja globaalin tilanteen mukaan. Urani alussa keskityttiin erityisesti suur-onnettomuus- ja turvallisuusuhkiin, kuten palo- ja toimitilaturvallisuus tai uhka- ja väkivaltatilanteet. Päätoimisia turvallisuuden tai varautumisen ammattilaisia ei silloin vielä löytynyt edes jokaisesta sairaanhoitopiiristä.

Yhteiskuntaa kohdanneet häiriötilanteet, kiristynyt geopoliittinen tilanne sekä Ukrainassa meneillään oleva sota ovat kehittäneet varautumista ja jatkuvuudenhallintaa myös sosiaali- ja terveydenhuollossa. Koronapandemia toi konkreettisesti esille sosiaali- ja terveydenhuollon tarpeet varautumisen poikkihallinnollisesta ohjauksesta ja varautumisen resurssien riittävyyden varmistamisesta.

Sote -uudistus toi mukanaan merkittävän parannuksen, kun osana sitä Suomeen perustettiin viisi sosiaali- ja terveydenhuollon valmiuskeskusta. Valmiuskeskukset perustettiin yliopistollista sairaalaa ylläpitäville hyvinvointialueille ja HUS-yhtymään, joiden toiminta perustuu valtakunnallisesti yhteisesti sovittuihin periaatteisiin ja toimintamalleihin. Valmiuskeskukset muodostavat valtakunnallisen verkoston ja ne toimivat tiiviissä yhteistyössä muiden viranomaisten kanssa.

Valmiuskeskusten tehtävänä on yhteistyöalueellaan ylläpitää, analysoida ja jakaa tietoa sosiaali- ja terveydenhuollon häiriötilanteista ja niiden uhkista sekä muodostaa ja ylläpitää sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmän valmiutta kuvaavaa tilannekuvaa. Tilannekuva sisältää tiedot palvelujärjestelmän toiminnasta ja kuormituksesta, henkilöstö- ja materiaaliressusseista sekä tukipalveluiden toiminnasta. Tilannekuvaa kerätään niin perusterveydenhuollon, erikoissairaanhoidon, ensihoidon kuin sosiaalihuollonkin osalta. Tästä kokonaisuudesta muodostetaan valtakunnallinen sosiaali- ja terveydenhuollon tilannekuva yhdessä STM:n ja THL:n kanssa.

Meillä Pohjois-Suomen sosiaali- ja terveydenhuollon valmiuskeskuksen toimintoina ovat, tilannekuvapalvelun lisäksi, valmiussuunnitteluun ja valmiudensäätelyyn liittyvät palvelut Pohjois-Suomen yhteistyöalueella. Valmiussuunnitteluun liittyvät palvelut pitävät sisällään valmiussuunnittelun ohjauksen toteutuksen, jolla varmistetaan valmiussuunnittelun toteutus valtakunnallisesti yhtenäisten periaatteiden mukaisesti. Valmiudensäätelyyn liittyviin palveluihin kuuluu sosiaali- ja terveydenhuollon 24/7 POC:na (Point Of Contact) toimiminen, valmiudensäätelyyn liittyvien tietojen vastaanottaminen ja niiden perusteella erilaisten hälytysten tekeminen sekä johdon ja palvelujärjestelmän tukeminen valmiuteen ja tilannekuvaan liittyvissä asioissa.

Valmiuskeskukset ovat jo ensimmäisen toimintavuotensa aikana osoittaneet kyvykkyytensä kansallisen varautumisen vahvistajina ja ne ovat parantaneet yhteiskunnan valmiutta vastata erilaisiin häiriötilanteisiin ja poikkeusoloihin. On tärkeää jatkaa valmiuskeskusten toiminnan vakiinnuttamista osaksi kansallista varautumisen kokonaisuutta ja kehittää niiden toimintaa edelleen. Siten voidaan varmistaa sosiaali- ja terveydenhuollon kyvykkyys vastata kansainvälisiin, kansallisiin ja alueellisiin riskeihin niin normaali- kuin poikkeusoloissakin.

Lasse Kylén
turvallisuus- ja valmiusjohtaja
Pohjois-Pohjanmaan hyvinvointialue



Julkaisemme lukijoidemme kommentteja lehden kirjoituksiin tai muihin ajankohtaisiin yhteiskunnallisiin aiheisiin.

Kirjoita mielipiteesi lyhyesti ja napakasti, maksimissaan voit kirjoittaa 2000 merkin kirjoituksen.

Kirjoitusten on oltavat lakien ja hyvien tapojen mukaisia. Liitä kirjoitukseesi nimesi ja tittelisi. Voit laittaa meille myös kuvasi. Emme julkaise nimettömiä kirjoituksia.

Kirjoituksista ei makseta palkkiota.

”Raha ei yksin määritä palveluja”

Sosiaali- ja terveysministeriön kansliapäällikkö Veli-Mikko Niemen mukaan väestön ikääntymisen tuoma palvelutarpeen kasvu aiheuttaa suurimmat paineet henkilöstön riittävyydelle ja kustannusten kasvulle.

Teksti: PASI RAHIKAINEN

Kansliapäällikkö Veli-Mikko Niemi, mitkä ovat mielestänne tärkeimmät sosiaali- ja terveysministeriön (STM) strategista tavoitetta tälle hallituskaudelle?

Hallituskauden tavoitteemme tulevat hallitusohjelmasta. Minulle sen keskeinen viesti on huolehtia suomalaisen yhteiskunnan kestävydestä ja STM:n näkökulmasta erityisesti sosiaalisesta ja taloudellisesta kestävydestä. Toinen ei onnistu ilman toista.

Hyvinvointialueet aloittivat toimintansa tammikuun alussa 2023. Miten yhteistyö on mielestänne alkanut virkamiestasolla ja miten poliittisella tasolla?

Yhteistyö käynnistyi molemmilla tasoilla heti eduskunnan hyväksytyä sote-lainsäädännön 2021 hyvinvointialueiden väliaikaisen hallinnon kanssa ja tiivistyi alueiden saatua omat hallintoelimensä keväällä 2022.

Meille on muodostunut monia yhteistyökanavia ja verkostoja niin virka kuin poliittisella tasolla. Keskinäinen yhteydenpito on paljon aiempaa tiiviimpää ja toimivampaa. Jatkuva vuorovaikutus on vahvistanut keskinäistä luottamustamme ja yhteisesti jaettua tilannekuvaamme sosiaali- ja terveydenhuollosta.

Mitkä asiat näette suurimmiksi hyvinvointialueiden ja niiden palveluiden turvaamisen tulevaisuuden haasteiksi?

Selkein haaste on väestön kasvava palvelutarve ikääntymisen vuoksi, mikä jatkuu 2040-luvulle asti. Se aiheuttaa suuren paineen henkilöstön riittävyydelle ja kustannusten kasvulle. Hyvinvointialueilla on myös paljon ”perittyä” taakkaa, joka näkyy henkilöstön saatavuudessa ja hoito- ja hoivajonoissa. Koronapandemia aiheutti tähän vielä merkittävän ylimääräisen lisän.

Nyt puhutaan paljon rahasta, mutta se ei saa olla ainoa hyvinvointialueiden palveluja määrittävä seikka. Palveluja voidaan ja tulee kehittää kustannusvaikuttavasti hyödyntäen muun muassa nopeasti kehittyviä digitaalisia palveluita.

+ Kuntayhtymäpohjaiset alueet saivat aloittaessaan toiminnallista etumatkaa.

Talous, henkilöstö ja palveluverkoasiat keskusteluttavat eniten ainakin mediassa. Onko näihin reagoitu ministeriötasolla vai ovatko nämä asiat sellaisia, että hyvinvointialueiden on ne itse ratkaistava?

Hyvinvointialueet toimivat itsehallintonsa puitteissa ratkaisten järjestämisvastuullisena suuren osan haasteistaan, mutta tarvitaan myös valtion toimia ja ohjausta asioissa, jotka voidaan ratkaista vain kansallisella tasolla. Ministeriön on huolehdittava siitä, että kansalaisten perusoikeudet ja yhdenvertaisuus toteutuvat koko maassa ja alueet tekevät riittävästi yhteistyötä. Toimenpiteitä tarvitaan talouden, henkilöstön ja palveluverkon osalta sekä hyvinvointialueiden että ministeriöiden toimesta.

Hyvinvointialueet ovat hyvin erilaisissa tilanteissa. Osa on lähtenyt täysin kuntapohjaisesta sirpaleisesta tilanteesta ja osa on toteuttanut jo aiemmin kuntayhtymäratkaisun. Onko tämä huomioitava tulevana vuosina ja miten?

Kuntayhtymäpohjaiset alueet saivat aloittaessaan toiminnallista etumatkaa. Niissä on palveluita jo päästy osin sisällöllisesti uudistamaan.

JATKUU SEURAAVALLA SIVULLA



Kuntapohjaisilla alueilla on toisaalta ollut taloudellisesti helpompaa kerätä fuusioitumisen matalalla roikkuvia hedelmiä niiden muun muassa purkaessa usean organisaation hallinnollista ja toiminnallista päällekkäisyyttä.

Olisi tärkeää, että alueiden kansallisesti hyviksi todettuja käytäntöjä levitettäisiin ja otettaisiin käyttöön nykyistä rohkeammin muun muassa palvelujen integraatioita lisättäessä.

Tavoitteena on perustuslain mukaan turvata joka puolella maata yhdenvertaiset palvelut. Onko tämä täysin mahdollista ottaen huomioon maantieteelliset etäisyydet ja väestöntiheys eri alueilla?

Fyysinen etäisyys palveluista eli saavutettavuus on vain yksi arvioitava tekijä. Palvelujen yhdenvertaisessa saatavuudessa korostuvat laatu, vaikuttavuus sekä asiakas- ja potilasturvallisuus. Osa kii-reellisestä hoidosta on nopeudesta ja siten esimerkiksi ensihoitopalvelun osamisesta riippuvaa.

Toisaalta vaikkapa vaativa leikkaushoito on järkevää keskittää sellaisiin paikkoihin, joissa osaaminen ja henkilöstön määrä ovat riittäviä.

Hyvinvointialueet ovat karsimassa voimakkaalla kädellä palveluverkkoaan. Näettekö, että tämä on hallittua ottaen huomioon hyvinvointialueiden keskenään yhdenvertaiset palvelut?

Kuten edellä totesin, asiaa pitää tarkastella kunkin alueen väestön tarpeista ja kunkin palvelun toteuttamismahdollisuuksista käsin.

Kiertävät ja digitaaliset palvelut voivat korvata osan lähipalveluista. Tärkeintä on, että palveluverkkoa koskevat päätökset tehdään palvelujen ja asiakkaiden näkökulmaa painottaen, ei esimerkiksi aluepoliittisin perustein.

Sairaalaverkostosta ilmestyi vuodenvaihteessa selvitys ja ehdotus tuleviksi toimenpiteiksi. Miten tätä valmistelua on tarkoitus jatkaa ja löytää kaikkia tyydyttävä ratkaisu?

Hallituksen esityksen valmistelu lakimuutoksista on käynnissä. Olemme helmikuussa pitäneet kaksi keskustelutilaisuutta sidosryhmille. Parhaillaan odotamme poliittisia linjauksia ministereiltä. Tavoitteena on viedä lakiesitykset eduskunnan käsittelyyn ensi syksynä. Aivan kaikkia tyydyttävää ratkaisua tuskin löydetään, mutta on tärkeää, että tehtävien ratkaisujen perusteet ovat selkeitä ja kestäviä.

Onko meillä tällä hetkellä liian tiheä sairaalaverkosto ja onko työnjako sairaaloiden välillä järkevä?

Tuon asiantuntijaselvityksen lähtökohtana ei ollut tehdä karttatarjoitusta sairaaloiden sijainnista vaan arvioida sairaaloiden, päivystysten ja erikoissairaanhoidon järkevää järjestämistä tilanteessa, jossa meillä on merkittävä vaje henkilöstöstä. Yhteistyön ja työnjaon kehittäminen hyvinvointi- ja yhteistyöalueiden kesken on osa tähän löydettävää ratkaisua.

Väestö ikääntyy ja eläköityy tihentyvää tahtia. Sote-toimialalle ei riitä henkilöstöä. Onko tämän suhteen löydettävissä ratkaisuja ja onko vaarana, että osam- ja koulutustasoa on alennettava?

Henkilöstövajeeseen on löydetty useita eri ratkaisuja eli niin sanotusti kaikki kivet on käännettävä. Tätä työtä on aloitettu jo viime hallituskaudella ja nyt jatketaan Hyvän työn ohjelmassa. Tarvitsemme työvoiman tarjonnan lisäämistä muun muassa koulutusta lisäämällä. Maahanmuutto on yksi osa ratkaisua, mutta siinä olemme kilpailuasemassa muiden Euroopan maiden kanssa. Yksi selvitettävä asia on, aiheuttavatko säädökset tai ohjeistukset turhia pullonkaloja henkilövoimavarojen käyttöön. Täs-

SUVI-TUULI KANKAANPÄÄ / KEKSI / STM



sä täytyy tietysti pitää kiinni parhaista hoito- ja hoivakäytännöistä eikä potilasturvallisuutta saa vaarantaa. Työhyvinvointiin, alan veto- ja pitovoimaan sekä hyvään johtamiseen tulee panostaa hyvinvointialueilla.

Suomi sai ensimmäisen varsinaisen sote-reformin ja muutos on suurin, mitä missään on tehty. Miten sen onnistumista seurataan ja kenen toimesta?

Oleellinen osa sote-uudistuksen onnistumista on riittävän tietopohjan ja ajantasaisen tilannekuvan varmistaminen. Palvelujen järjestäjien määrän voimakas väheneminen antaa tähän hyvät edellytykset, mutta on hyvin tiedossa, että tietopohja ei ole vielä riittävän kattava, esimerkiksi sosiaalipalvelujen osalta. Tiivis yhteistyö hyvinvointialueiden ja THL:n kanssa on tässä välttämätöntä. Vahvistuva tietopohja auttaa meitä yhdessä arvioimaan, missä meillä on edelleen yhteistä kehitettävää. Sote-uudistuksen toimeenpanosta meillä on lisäksi suunnitellusti valmistumassa ulkoinen arviointi.

Onko ministeriössä varauduttu niin sanottujen valuvikojen korjauksiin, jos niitä ilmenee? Mitä ne voisivat olla?

Kaikkea lainsäädäntöä jälkiarvioidaan. Orpon hallitusohjelma sisältää runsaasti aloitteita hyvinvointialueita ja sote-palveluja koskevien säädösten ja toimintatapojen kehittämiseksi. STM:ssä olemme koonneet näitä hankkeita Kansalliseksi palvelureformiksi.

Sote vaatii useimmiten pitkäaikaisia linjauksia ja strategioita. Tulisiko jatkossa pyrkiä yli hallituskauden ulottuviin uudistuksiin niin ettei jokainen hallitus muuta peruslinjauksia?

Itse uskon, että viime hallituskaudella tehdystä perusratkaisusta eli sote-järjestämisen siirrosta hyvinvointialueiden tukeville hartioille, halutaan pitää kiinni myös jatkossa. Nyt pitää energia suunnata sote-palveluiden sisällölliseen kehittämiseen. Tarvitsemme edelleen myös palveluita koskevaa lainsäädäntöä, joka on yksi ennakoitavuutta ja pitkäjänteisyyttä luova tekijä. Lakeja on kuitenkin myös tarkasteltava kriittisesti ja purettava sellaisia säännöksiä, jotka tekevät järkevän tekemisen mahdottomaksi.

"Sosiaali- ja terveysministeriön viime vaalikaudella käynnistämä Hyvän työn ohjelma jatkuu. Se on yksi keino vastata sote-alan työvoimapulaan", kansliapäällikkö Veli-Mikko Niemi sanoo.

SAMI PERTTILÄ / STM



Veli-Mikko Niemi

- Sosiaali- ja terveysministeriön kansliapäällikkönä 15.8.2022 alkaen.
- STM:ssä yhteisöt ja toimintakyky -osaston osastopäällikkönä vuodesta 2020.
- Tätä ennen ylijohtajana ja kansainvälisten asioiden yksikön päällikkönä STM:ssä.
- STM:n hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen osaston osastopäällikkönä 2014–2017.
- Maa- ja metsätalousministeriössä elintarviketurvallisuusjohtajana 2007–2014 ja apulaisosastopäällikkönä 2002–2007.
- Sitä ennen sosiaali- ja terveysministeriön, maa- ja metsätalousministeriön ja Euroopan komission asiantuntijatehtävissä.
- Koulutukseltaan eläinlääketieteen lisensiaatti.
- Syntynyt 1961 Helsingissä.

Pirstaletiedosta kohti strategista ydintietoa

Virta-hankkeessa luotiin hyvinvointialueiden johtamiseen yhtenäisiä tietojohdantamalleja ja tietosisältöjä sekä parannettiin organisaatioiden tietojohdantamista. Sosiaali- ja terveysministeriön hankkeessa aloitettiin strategisen tason ydintiedon eli vähimmäistietosisällön määrittäminen. Työ jatkuu nyt osana kansallista palvelureformia.

Teksti: PIA TERVOJA

Tiedolla johtaminen tähtää ajantasaiseen ja laadukkaaseen tietoon perustuvaan päätöksentekoon. Onnistunut tiedolla johtaminen on yksi edellytys sille, että sote-uudistuksen tavoitteet toteutuvat: jokainen suomalainen saa nyt ja tulevaisuudessa yhdenvertaisia ja riittäviä sote-palveluita, joita myös tuotetaan

kustannustehokkaasti ja -vaikuttavasti. Sote-tieto mahdollistaa myös palvelujen kehittämisen ja tarpeiden ennakoinnin.

Hyvinvointialueiden vaikuttava tiedolla johtaminen edellyttää sitä, että alueiden johto osaa hyödyntää omien tietojärjestelmien tuottamaa ja kansallisesti kerättyä tietoa. Tämän lisäksi hyvinvointi-

alueiden johdolla täytyy olla tietoa siitä, mikä massiivisesta sote-tiedosta on strategisen tason tietoa.

Vuoden vaihteessa päättyneen sosiaali- ja terveysministeriön Virta-hanke tavoitteli tuon strategisen ydintiedon eli vähimmäistietosisällön määrittämistä. Vähimmäistietosisältö on kaikille hyvin-

vointialueille sama ja edellytys järjestämisvastuulla olevan sosiaali- ja terveydenhuollon johtamiselle.

- Hankekokonaisuuden vetovastuussa oli DigiFinland, joka teki työtä yhdessä hyvinvointialueiden kanssa. Lisäksi rinnalla oli Valtava-hanke, jonka tavoitteena oli tukea valtionhallinnon seuranta-, arviointi-, ohjaus- ja valvontatehtävää, kertoo sosiaali- ja terveysministeriön ohjausosaston erityisasiantuntija **Petra Kokko**.

Hankkeen päättyessä kävi ilmi, että työtä oli enemmän kuin hankeaikataulussa pystyttiin tekemään. Määrittelytyö jatkuu tällä hetkellä osana kansallista palvelureformia seurannan, arvioinnin ja ohjauksen ydintietoprojektina.

- Vaikka Virta-hanke on päättyneen, työtä tullaan tekemään verkostomaisessa yhteistyössä hyvinvointialueiden kanssa, Kokko toteaa.

MIKSI SITTEN vähimmäistietosisällön määrittäminen on niin suuritöinen urakka? Petra Kokko toteaa, että strateginen tieto tulee tunnistaa kaikesta siitä valtavasta tietomassasta, jota järjestelmiin kirjataan päivittäin.



MARIA MIKLAS / STM

SHUTTERSTOCK

- Isoimman tietomassan muodostavat asiakas- ja potilastietojärjestelmät. Myös muun muassa talous- ja henkilöstöhallinnon järjestelmät kerryttävät dataa. Strateginen tietojohdantamista palveleva tieto ei ole kuitenkaan kaikkea sitä tietoa, jota tarvitaan päivittäisjohtamiseen operatiivisella tasolla, Kokko huomauttaa.

OMAN HAASTEENSA tuo se, että hyvinvointialueet ovat eri tilanteissa johtuen siitä, millaisen soteuudistuksen integraation ne ovat läpikäyneet.

- Lähtötilanne on se, että ne alueet, jotka jo ennen sote-rakennemuutosta olivat päässeet luomaan kuntayhtymäpohjaisen sote-organisaation ovat vähän etumatalla ja ovat tehneet jo aikaisemmin järjestelmiensä konsolidaatiota.

- Sen sijaan niin sanotuilla pirstalehyvinvointialueiden kunnilla on ollut lukuisia erilaisia asiakas- ja potilastietojärjestelmiä. Esimerkiksi jos käytössä on ollut Lifecare-järjestelmä, jokaisella kunnalla on voinut olla oma räätälöity versio järjestelmästä.

Virta-hankkeen aikana alueille on annettu rahoitusta, jolla on ollut mahdollista toteuttaa teknisiä uudistuksia.

Kokko täsmentää, että yhtenäistä pohjaa on ollut aikaisemminkin, vaikka kunnilla ja alueilla on ollut erilaisia järjestelmiä.

"Vaikka Virta-hanke on päättyneen, työtä jatketaan verkostomaisesti yhteistyössä hyvinvointialueiden kanssa", sosiaali- ja terveysministeriön ohjausosaston erityisasiantuntija Petra Kokko sanoo.

- Meillä on monta kymmentä vuotta kansallisesti ohjattu sitä, miten tietoja kirjataan ja mitkä ovat yhtenäiset tietorakenteet ja -sisällöt. Esimerkiksi hoitoilmoitusrekisteri on yli 50 vuotta vanha. Kanta-järjestelmään alueet ovat siirtymässä vaiheittain.

PETRA KOKKO korostaa, että kun Suomeen saadaan kansallisesti yhtenäinen tietopohja, jonne tiedot on tuotettu samalla tavalla, vertailukelpoisuus ja läpinäkyvyys lisääntyvät.

- Ilman luotettavaa ja riittävän kattavaa tietopohjaa olemme koko ajan pirstaleisen tiedon varassa ja kukin voi tahoiltaan tulkita tietoja eri tavalla, mikä puolestaan luo vääristyneitä tilannekuvia.

Jatkossa tavoitteena on, että tieto, jota kerätään kansallisesti, palautuu takaisin alueiden käyttöön ja se mahdollistaa paremman tiedolla johtamisen.

- Terveiden ja hyvinvoinnin laitos THL on jo lähtenyt auttamaan alueita tuomalla niiden käyttöön kansallisesti kerättyjä tietoja perusterveydenhuollon avohoittoon liittyen, Kokko sanoo.

Hyvinvointialueilla ja valtiolla on yhteinen haaste kehittää tietojohdantamista

Itä-Uudenmaan hyvinvointialueen johtaja Max Lönnqvist sanoo hyvinvointialueiden tarvitsevan reaaliaikaista tietoa tietojohdantamisen tueksi. ”Joudumme odottamaan kansallisesti kerättyä tietoa. Kun tieto tulee meille, se on jo vanhentunutta.”

Teksti: PIA TERVOJA

Itä-Uudenmaan hyvinvointialue tuottaa sosiaali-, terveys- ja pelastusalan palveluja lähes 100 000 asukkaalle noin 2 630 työntekijän voimin. HUSin vastuulla on alueen erikoissairaanhoido.

Sote-uudistus tarkoitti Itä-Uudellamaalla massiivista integraatiota, sillä hyvinvointialueen muodostivat kaikkiin seitsemän kunnan ja kahden kuntayhtymän sote-toimijat. Ainoastaan pelastuslaitos toimi aikaisemminkin koko Itä-Uudenmaan laajuisena.

Hyvinvointialuejohtaja **Max Lönnqvistin** mukaan arki on saatu pyörimään hyvin, vaikka esimerkiksi koko hallintoorganisaatio on rakennettu alusta alkaen.

– Tällä hetkellä meitä haastaa se, että pirstaleisen kuntapohjan vuoksi käytössä on ”vähän kaikkia” asiakas- ja potilastietojärjestelmiä. Olemme käynnistäneet kilpailuttamisprosessin yhtenäisestä järjestelmästä, mutta sen käyttöönotto menee loppuvuoteen 2025.

Lönnqvist kuvaa, että useiden eri itäjärjestelmien käyttäminen on aiheuttanut sen, että toiminta on ollut tähän asti liiankin reaktiivista.

– Tarvitsemme jatkossa parempaa reaaliaikaista tietoa muun muassa resurssien ohjaukseen.

– Valtiolla ja hyvinvointialueilla on yhteinen haaste kehittää tietojohdantamista. Me tarvitsemme reaaliaikaista tietoa, mutta joudumme odottamaan kansallisesti kerättyä tietoa. Kun tieto tulee meille, se on jo vanhentunutta.

Lönnqvist toteaa, että tietojohdantamiseen liittyviä asioita opetellaan valtion kanssa puolin ja toisin.

– Valtionvarainministeriön hyvinvointialueiden ohjausosastokin aloitti toimintansa vasta helmikuussa 2024, hän huomauttaa.

HYVINVOINTIALUEEN ensimmäinen toimintavuosi oli vahvasti alijäämäinen ja myös tämän vuoden noin 447 miljoonan euron talousarvio on alijäämäinen.

– Muutosohjelmamme hyväksyttiin joulukuussa 2023. On katsottava rauhasa, miten se puree. Tavoitteena on saada talous tasapainoon vuoden 2026 loppuun mennessä. Tänä vuonna tehdään muutosohjelman jatkosuunnittelua sekä laajempi palveluverkkoselvitys, Max Lönnqvist kertoo.

Itä-Uudenmaan hyvinvointialueen palvelut järjestetään sataprosenttisesti vuokratiloissa. Jatkossa neuvotellaan uusista vuokrasopimuksista ja pohditaan toimitilatilanetta kokonaisvaltaisesti.

– Meillä on onneksi selvästi vähemmän neliöitä per asukas kuin monilla muilla alueilla. Budjetista vain viisi prosenttia liittyy toimitilatiloihin.



Digitaaliset palvelut kiinnostavat asiakkaita ja sote-ammattilaisia. On ollut positiivista, että digipalveluihin on ollut helppo saada lääkäreitä ja hoitajia.

– Jatkossa on arvioitava kiinteistöjen kuntoa ja sijaintia sekä sitä, mihin suuntaan alue kasvaa. Kasvukeskuksiamme ovat Porvoo ja Sipoo.

Itä-Uudenmaan hyvinvointialueen palvelustrategiassa halutaan panostaa toimiviin digipalveluihin. Viime syyskuussa toimintansa aloitti digitaalinen sote-keskus HyväDigi. Lönnqvistin mukaan asiakaspalautte digipalveluista on ollut hyvää.

– HyväDigistä saa palvelua arkisin kello 18 asti ja myös lauantaisin. Näitä laajempia aukioloaikoja emme ole voineet tarjota kivijalassa.

Etähoivaratkaisuja on tulossa niin kotihoitoon ja vanhuspalveluihin kuin sosiaalitoimeen.

– Korona-aika näytti, että esimerkiksi aikuissosiaalityössä oli helppo sopia verkkotapaamisia.

Digitaaliset palvelut kiinnostavat paitsi asiakkaita myös sote-ammattilaisia.

– On ollut positiivista, että digipalveluihin on ollut helppo saada lääkäreitä ja hoitajia.

ITÄ-UUDELLAMAALLA ON pääsääntöisesti auki 70–100 työpaikkaa. Työtä olisi tarjolla lähes kaikissa ammattiryhmissä.

– Asukkaistamme 27 prosenttia on ruotsinkielisiä, ja joillekin on kynnys hakea kaksikieliselle alueelle töihin, Max Lönnqvist mainitsee.

Työhakemuksia tulee kuitenkin kiihtävästi. Työntekijät pitävät hyvinvointialueen vahvuutena matalaa organisaatiota, hyvää johtamista ja työskentelyä.



Toivon valtiolta selkeitä ja johdonmukaisia pelisääntöjä. Rahoitusmalli on mielestäni edelleen epästabili.

– Olemme panostaneet paljon sisäiseen tiedottamiseen. Johto on mukana ja läsnä. Uskon, että kaikilla on tunne siitä, että teemme tätä työtä yhdessä alueen asukkaiden hyväksi.

Lönnqvist lisää, että ison uuden organisaation yhteen hitsautuminen on pitkä muutosprosessi, joka vie aikaa.

– Emme ole rekrytoineet hallintoon ihmisiä etupainotteisesti vaan sitä mukaa kun tiedämme mitä tükitarvetta ilmenee. Jatkossa lisäämme resursseja muun muassa hankintapalvelujen ohjaamiseen.

Hyvinvointialueella on menossa iso urakka kuntien tekemien hankintasopimusten läpikäymisessä. Tavoitteena on saada julkisissa hankinnoissa yksi sopimus ja yhdenmukaiset sopimuskaudet koko alueelle.

VALTIONHALLINNOLLE lähtee Max Lönnqvistilta toive työrauhasta, sillä ison hallinnollisen uudistuksen läpivieminen ei ole pikajuoksu vaan kestävyyslaji.

– Toivon valtiolta myös selkeitä ja johdonmukaisia pelisääntöjä. Rahoitusmalli on mielestäni edelleen epästabili, sillä on useita muuttuvia tekijöitä, jotka vaikuttavat toiminnan suunnitteluun.

”Palvelustrategiassamme haluamme panostaa toimiviin digipalveluihin. Viime syksynä avattu digitaalinen sote-keskus HyväDigi on saanut asiakkailta positiivista palautetta”, Itä-Uudenmaan hyvinvointialueen johtaja Max Lönnqvist sanoo. KUVA: PIA HANNULA



Vuokratyön käyttöä hillittävä

Vuokratyövoiman käyttöä selvittäneen verkoston mukaan vuokratyön käytön nopea kasvu aiheuttaa merkittävän riskin hyvinvointialueiden toiminnalle ja rahoituksen riittävyydelle. Hyvinvointialueiden omat toimet ovat ratkaisevia vuokratyön käytön vähentämisessä.

Verkosto arvioi, että vuonna 2023 vuokratyövoiman käytön kustannukset olivat noin 600-700 miljoonaa euroa. Tämä vastaa noin viittä prosenttia hyvinvointialueiden henkilöstökuluista. Vuodesta 2022 lähtien vuokratyön käyttö kas-

voi nopeasti – yli 30 prosenttia – mitä verkosto pitää hyvin huolehduttavana.

Vuokratyövoiman käytön vähentämiseen liittyvät keinot on verkoston selvityksessä jaettu kolmeen kokonaisuuteen, joiden toimeenpano pitää käynnistää jo tänä vuonna.

Hyvinvointialueiden on omilla toimillaan pyrittävä tehostamaan rekrytointia, parantamaan työnantajakuva ja työn tekemisen joustoja ja kannusteita. Näin voidaan lisätä vetoa alalle ja toisaalta saada oma työvoima pysymään alalla.

Tilanteissa, joissa oma henkilöstö ei riitä, työpanosta olisi hankittava pääasiassa omien sijaispoolien kautta. Sijaispoolien ja oman henkilöstön lisätyön välittämiseen käytettäviä menetelmiä voidaan kehittää esimerkiksi alustateknologioita hyödyntämällä.

Verkosto suosittelee vuokratyövoiman käytössä, hankinnassa ja hyödynnettävyydessä yhteistyömuotoja, joissa ylittää hyvinvointi- ja yhteistyöalueiden rajat. Kun tarvitaan työpanosta yksityisiltä palveluntarjoajilta, on työvoiman vuokrausarve ennakoitava ja kilpailutettava hyvissä ajoin.

HYVINVOINTIALUEIDEN vuokratyövoiman käyttö liittyy niin hyvinvointialueiden taloudelliseen kuin sisällölliseen ohjaukseen. Työpanoksesta maksettu ylihinta luo taloudellista tehottomuutta, mikä on vahvassa ristiriidassa hyvinvointialueiden taloudelle asetettujen kustannussäästö tavoitteiden kanssa.

Verkoston mukaan vuokratyövoiman käyttöön voi liittyä asiakas- ja potilasturvallisuutta vaarantavia riskitekijöitä, jos työntekijöiden vaihtuvuus on suurta ja perehdytys puutteellista.

Verkosto ehdottaa, että hyvinvointialueiden vuokratyövoiman käyttöä seurataan ja ohjataan pysyvästi osana hyvinvointialueiden ohjausta. Tätä varten perustettaisiin erillinen työryhmä. Hyvinvointialueille suunnattavaa informaatio-ohjausta voitaisiin tehostaa esimerkiksi tuottamalla ja analysoimalla tietoa sekä erilaisilla ohjeistuksilla.

VERKOSTO TEKEE kolme ehdotusta lainsäädännön muuttamiseksi:

1. Sote-järjestämislakia muutettaisiin niin, että vuokratyövoiman käyttö olisi viimesijainen keino lakisääteisten palvelujen turvaamisessa, ja silloinkin vasta siinä tilanteessa, kun perusoikeudet vaarantuvat ja kaikki muut keinot niiden turvaamiseksi on jo käytetty. Lisäksi vuokratyövoimaa voitaisiin käyttää vain yksittäisen työntekijän lyhytaikaisen työpanoksen korvaamiseksi.

2. Lakimuutoksen valmistelun yhteydessä selvitetäisiin mahdollisuudet säätää vuokratyölle asetettava hintakatto.

3. Vuokratyövoiman käyttöä koskevista rajoitteista säädettäisiin irrallaan ulkoistusten yleisestä sääntelystä.



STM:n asettaman selvitysverkoston mukaan vuokratyövoiman käytön nopea kasvu vaarantaa hyvinvointialueiden rahoituksen riittävyyden.

HYVÄ ÄÄNIYMPÄRISTÖ TUKEE SAIRAALAN TOIMINTAA

Sekä potilaat että sairaalassa työskentelevät hyötyvät hyvästä akustiikasta. Riittävä puheen erotettavuus on turvallisuustekijä: lääkäreiden, hoitajien ja muiden ammattilaisten on tarvittaessa kuultava toisensa selkeästi. Toisaalta sairaalassa käydään paljon yksityisiä keskusteluja, ja äänen leviämistä on rajoitettava.

Potilaan näkökulmasta rauhallinen ääniympäristö luo turvallisuuden tunnetta ja mahdollistaa hyvän levon. Sairaalaan tullaan usein kuormittuneessa tilassa, jolloin meluisa ympäristö voi tuntua erityisen raskaalta.

Toteuta sairaalan akustiikka turvallisesti toiminnallisista vaatimuksista tinkimättä



Paloluokka
A2-s1,d0



Vastavalmistunut TAYS aikuispsykiatrian rakennus sai potilashuoneisiin rauhallisen ääniympäristön iskunkestävien Ecophon Super G akustiikkalevyjen avulla.



Vuonna 2020 valmistuneessa Jyväskylän Sairaala Novan leikkaussaleissa hyvä ääniympäristö toteutettiin partikkeleita hylkivillä Ecophon Protec A akustiikkalevyillä.



Vuonna 2017 valmistunut Pohjois-Karjalan Keskussairaalan M-talon ravintokeskus sai kosteisiin tiloihin pesunestävän akustiikan Ecophon Performance Plus -akustiikkalevyillä.



”Rahoituksen määräytymisperusteet ovat teoreettisia eivätkä ennakoivat tulevaa”

Vantaan ja Keravan hyvinvointialueen johtajan Timo Aronkydön mielestä hyvinvointialueiden rahoitusmalli ei ota huomioon alueiden erityispiirteitä. ”Mallin nojaa myös liikaa diagnooseihin, eikä huomioi sosiaalisia ongelmia samalla painoarvolla”, Aronkytö sanoo. VAKEn toisen toimintavuoden myönteisiä uutisia on sote-palvelujen parempi saatavuus ja henkilöstötilanteen paraneminen.

Teksti: PIA TERVOJA

Vantaan ja Keravan hyvinvointialue (VAKE) tuottaa sote- ja pela-palveluja noin 280 000 asukkaalle lähes 6 000 työntekijän voimin. Palveluja hankitaan lisäksi sadoilta yrityksiltä, joissa on noin 5 000 työntekijää. Alueelle erikoissairaanhoidon tuottaa HUS-yhtymä.

Hyvinvointialueensa talustilannetta johtaja **Timo Aronkytö** kuvaa vaikeaksi. Viime vuonna alijäämää kertyi yli 100 miljoonaa euroa. Tämän vuoden budjetti on 1,3 miljardia ja alijäämää syntynee lähes saman verran kuin 2023, vaikka alueella tehdään 16 miljoonan euron edestä sopeutustoimenpiteitä.

Syynä talouden alijäämäisyyteen on se, että hyvinvointialueelle siirtyvä rahoitus pohja oli riittämätön. Ylisuuret koronakorvaukset alensivat normitoiminnan nettomenoja, muutokustannuksia ei huomioitu täysimääräisinä ja palvelujen hinnat, palkat ja vuokrat nousivat enemmän kuin valtion rahoitus.

VAKEn uudistusohjelmaan kuuluu tukku erilaisia toimenpiteitä. Aronkytö korostaa, ettei hän tule esittämään irtisanomisia tai henkilöstövähennyksiä tärkeitä yhteistoimintaneuvotteluita, mutta kylläkin henkilöstöjarrua.

– Se tarkoittaa sitä, että henkilöstömäärämme ei kasva palvelutarvetta ja väestön kasvua vastaavasti vaan vähemmän. Myöskään palveluostojen volyymi ei kasva seuraavan kahden vuoden aikana. Lisäksi parannetaan tilatehokkuutta.

TIMO ARONKYTÖ toteaa, että uudistus-toimista ja tuottavuuden kasvuun tähtää-

vistä toimenpiteistä huolimatta alue tarvitsee valtion lisärahoitusta.

– Jos saisimme lisärahaa 80 miljoonaa, mikä vertautuu Helsingin saamaan asukaskohtaiseen rahoitukseen, kattaisimme alijäämän taloussuunnitelmavuosien aikana.

Aronkytö katsoo, että hyvinvointialueiden rahoitusmalli on varsin epäedullinen VAKELLE. Vantaan sotesta vastaavana apulaiskaupunginjohtajana Aronkytö piti tiukkaa kulkuria, kun taas esimerkiksi Helsinki käytti reilummin rahaa sote-menoihin.

– Helsingille aiemmat menot ovat nyt tuloja valtiolta, koska rahoitus perustuu aikaisempiin lukuihin.

Rahoitusmallia väärin Aronkydön mukaan myös se, että rahoitusmalli ei huomioi riittävästi alueen sosiaalisia ongelmia tai vieraskielisyyttä.

– Rahoitusmalli on pitkälti diagnoosipohjainen eli voisi jopa sanoa, että joudumme ohjaamaan esimerkiksi lastensuojeluun rahoitusta, joka perustuu terveydenhuollon diagnooseihin.

Vantaan ja Keravan kaupunkien väkilukukin kasvaa melkein kaksi prosenttia vuodessa.



Rahoituksemme perustuu 1,5 vuotta vanhaan väestötietoon.

– Rahoituksemme perustuu 1,5 vuotta vanhaan väestötietoon eli meiltä puuttuu uusien asukkaiden rahoitus.

Lisämenoja VAKELLE on tullut myös siitä, että kolmasosa palveluista ostetaan erikoissairaanhoidosta vastaavalta HUS-yhtymältä, jonka kustannukset ovat kasvaneet rajusti.

– Meidän osaltamme kustannukset kasvoivat 21 prosenttia vuosina 2021–2023.

VAKEN PALVELULUPAUS vuodelle 2023 oli, että asukkaat pääsevät nopeammin palveluihin ja henkilöstötilanne saadaan parannettua.

– Molemmat tavoitteet saavutettiin. Meillä pääsee lähes kaikkiin palveluihin nopeammin ja henkilöstövaje on tippunut 350:stä sataan henkilöön, Timo Aronkytö iloitsee.

– ”VAKE-lintu” saatiin lentämään sillä, että henkilöstön palkkoja nostettiin ja työhyvinvointiin panostettiin uudella tavalla. Neuvottelimme työntekijöiden kanssa avoimemmin, paransimme tiimityötä ja urapolkuja sekä käynnistimme lean-toimintamallin.

Aronkytö kertoo, että edelleen pulaa on pätevistä sosiaalityöntekijöistä ja hoitajista, mutta lääkärivirat on saatu täytettyä.

– Uskon, että kaikkien ammattiryhmien kohdalla tilanne korjaantuu.

DIGI- JA etäpalvelujen rooli tulee olemaan VAKEssa tärkeä, mutta digihyönteeseen alueella ei haluta lähteä.



”Meillä ulkopuoliset tekijät aiheuttavat enemmän kriisejä kuin sisäiset”, Vantaan ja Keravan hyvinvointialueen johtaja Timo Aronkytö sanoo.

– Meillä on systemaattinen digikehittämisen tiekartta ja koneisto, joilla päästään digikärkeen, mutta digi ei ole meille hopealuoti, joka syö arvoa muilta palveluilta, Timo Aronkytö kertoo.

Digitiekartan lisäksi alueella on rakennettu kunnianhimoisen suunnitelma tietojohdantamisen parantamiseksi.

– Olemme ottaneet käyttöön tietojohdantamisen työkaluja ja raporttoimme toiminnasta omien päättäjien ja johdon lisäksi valtiolle. Lisäksi olemme ottamassa käyttöön HUSin Tietoallasta eli Big data -järjestelmää.

Reportointien lisäksi käytössä on tilannekuvaraportointi, joka jatkossa ilmoittaa liikennevalomallilla eri toimialojen palvelujen saatavuuden, palvelukyvyyn ja voimavarat.

– Pystyn näkemään yhdellä vilkaisulla tilannekuvan, joka perustuu satoihin, jopa tuhansiin tietopisteisiin.

Aronkytö pohtii, että on tärkeää valtiojohtoisesti kehittää alueiden tietojohdantamista, mutta myös valtionhallinnon omaa tietojohdantamista.

– Hyvinvointialueiden tilannetta tulisi voida vertailla relevantein osin. Nythän verrataan vain taloutta ja sitäkin heikonalaisesti. Esimerkiksi rahoituksen määräytymisperusteet ovat perusteoreetti-

sia eivätkä ne ennakoivat mitenkään tulevaisuutta.

Aronkydön mielestä ministereiden tilannekuvan hahmottaminen on kriittinen asia. Hän ottaa esimerkiksi alkuvuoden sairaalaverkkoselvityksen.

– Kun joudutaan tekemään leikkauksia sinne, missä väki vähenee ja lisäyksiä sinne, missä väestö kasvaa, se vaatii valtionhallinnolta voimaa.

Aronkydön näkemyksen mukaan paradoksi syntyy siitä, että kaikki alueet haluavat hyvää ohjausta, mutta kukaan ei halua tulla ohjatuksi.

KUN SOTE-UUDISTUKSEN toteutumista katsoo taaksepäin, Aronkydön mukaan yliheitto eli järjestämisvastuun siirto kaupungeilta hyvinvointialueelle vuodenvaihteessa 2023 onnistui erittäin hyvin.

– Rakensimme fuusiojohtoryhmän, jossa valmistauduttiin vuodenvaihteen siirtymään häiriötilannejohtamisella. Rakensimme eskalaatiomallin eli jos joku tiimistämme tai työntekijä huomasi ongelman, se ratkaistiin heti. Meillä oli lisäksi sähköinen eskalaatioiden hallintajärjestelmä.

Aronkytö toteaa, ettei kahden kaupungin, yhden liikelaitoksen ja kahden

erityishuoltopiirin yhdistäminen ollut sen helpompaa kuin muillakaan alueilla. Koko organisaatio rakennettiin ”tyhjästä”.

– Kun on hyvä kulttuuri ja lähijohtajat, sote-uudistus onnistui. Meillä ovat ulkopuoliset tekijät aiheuttaneet enemmän kriisejä kuin sisäiset.

Tällä Aronkytö viittaa VAKEn palkanmaksuongelmiin. Johtajan mukaan taustalla ovat puutteelliset tiedot, jotka Vantaan aikanaan toimitti palkanmaksusta vastaavalle Sarastialle.

VAKE on pienellä osuudella inhouse-yhtiö Sarastian omistaja. Markkinaoikeus tarkastelee parhaillaan, tuleeko siitä seuraamuksia, että VAKE hankki taloushallinnon palveluja Sarastialta ilman kilpailutusta.

Aronkytö kertoo, että yhtälö sai alkunsa siitä, etteivät Vantaan kaupunki ja HUS-yhtymä pystyneet sopimaan siitä, että HUS Asvia olisi saanut jatkaa palkanlaskennan palvelujen tuottamista hyvinvointialueelle.

– Saimme vain kuusi kuukautta ennen vuodenvaihdetta tiedon, ettei Asvia jatka palkanlaskentaa. Uuden toimijan hankkiminen kestää normaalisti puolitosta vuotta, mutta meidän piti löytää ratkaisu puolessa vuodessa.



PEXELS

TUTKIMUS

Masennuksesta kärsivillä suuri itsemurhariski sairaalan jälkeen

Hoidon jatkuvuus on tärkeää, sillä masennuksesta kärsivillä on itsemurhariski suurimmillaan kolme ensimmäistä päivää psykiatrisesta sairaalahoidosta. Itsemurhariski vaikuttavat masennuksen vaikeusaste ja aiempi itsetuhoisuus.

Masennuksesta kärsivien potilaiden itsemurhariski on suurimmillaan kolmen ensimmäisen päivän aikana psykiatrisen sairaalahoidon jälkeen. Se on 330-kertainen muuhun väestöön verrattuna. Ensimmäisten päivien jälkeen itsemurhariski pysyy edelleen suurena, mutta pienenee tasaisesti ajan myötä.

Kaikista masennuksesta kärsivistä potilaista vain pieni vähemmistö hoidetaan psykiatrisessa sairaalassa, enemmistö hoidetaan avohoidossa.

Sairaalahoitoon ohjataan usein nimenomaan itsemurhavaaran vuoksi. Tutkimus tuo selvästi esiin sen, että vaara ei aina ole ohitse sairaalahoidon päättyessä. Siirtymävaihe sairaalasta avohoitoon on kriittinen ajanjakso, kertoo HUSin psykiatrian ylilääkäri ja Helsingin yliopiston professori **Erkki Isometsä**.

Laajassa suomalaisessa tutkimuksessa kartoitettiin masennuspotilaiden sairaalahoidon jälkeen tapahtuneet itsemurhat. Tutkimuksen potilaat ovat dep-

ressiodiagnoosin saaneita ja sen vuoksi psykiatrisessa sairaalahoidossa olleita henkilöitä. Yhteistyöhankkeena toteutettu tutkimus on julkaistu kansainvälisesti arvostetussa JAMA Psychiatry -tiedejulkaisussa.

Tutkimus perustuu rekisteritietoihin kaikista Suomessa masennuksen vuoksi psykiatrisessa sairaalahoidossa 1996–2017 olleista eli yhteensä 91 161 masennuspotilaan 193 197 hoitajaksosta. Näistä potilaista 1 976 menehtyi itsemurhaan pisimmillään kaksivuotisen seurannan aikana.

Tutkimuksen 22 vuoden ajanjakson aikana itsemurhakuolleisuus on Suomessa kokonaisuudessaan merkittävästi vähentynyt, myös masennuspotilaiden itsemurhakuolemat.

PSYKIATRISEN sairaalahoidon jälkeen on itsemurhakuoleman riskin tiedetty jo ennestään suureksi potilaan siirtyessä avohoitoon. Nyt julkaistun tutkimuksen laaja aineisto antoi tarkemman kuvan hoidon riskivaiheista.

Tutkimus antaa myös kliinisen päätöksenteon kannalta tärkeää tietoa itsemurhakuoleman riskitekijöistä sekä aikaikkunoista, joissa nämä vaikuttavat. Lyhy-

ellä aikavälillä painottuivat erityisesti masennuksen vaikeusaste sekä aiemman itsetuhoikäytännön luonne. Näitä tekijöitä ei ole voitu aiemmissä tutkimuksissa kartoittaa erittäin korkean riskin ajanjaksolta.

Tutkimus puhuu mielestäni vahvasti sen puolesta, että sairaalan ja avohoidon tiivis yhteistyö on tärkeää. On myös olennaista varmistaa, että masennuksen hoito on ollut sairaalassa tuloksellista, Isometsä sanoo.

Potilaiden saamaan hoitoon liittyviä tekijöitä ei tutkimuksessa ollut mahdollista kartoittaa. Tutkimushavainnoissa kuitenkin nousee esiin hoidon jatkuvuuden suuri merkitys masennuspotilaan siirtymässä psykiatrisesta sairaalasta avohoitoon.

Tutkimuksen ensimmäinen kirjoittaja on osastonylilääkäri **Kari Aaltonen** HUSin Psykiatriasta. Tutkimuksessa oli mukana myös professori **Erkki Isometsä** HUSin Psykiatriasta ja Helsingin yliopistosta, apulaisprofessori **Christian Hakulinen** Helsingin yliopistosta ja Terveystieteiden ja hyvinvoinnin laitokselta, professori **Reijo Sund** Itä-Suomen yliopistosta sekä professori **Sami Pirkola** Tampereen yliopistosta.

Koronavirus käänsi ammattitautitapausten määrän nousuun

Työperäisten sairauksien rekisteristä on nyt julkaistu myös vuosien 2019 ja 2020 tiedot. Ne osoittavat ammattitauti- ja ammattitautiepäilytapauksien sekä vahvistettujen ammattitautitapausten jatkaneen jo tutuksi tullutta laskusuuntaansa vuonna 2019. Vuonna 2020 tapausmäärät kääntyivät kuitenkin nousuun.

Vuonna 2019 vahvistettiin 1 024 ammattitautitapausta, joista työikäisille 710. Vuonna 2020 vahvistettiin 1 062 ammattitautitapausta, joista työikäisille 792. Hieman yli neljäsosa kaikista vahvistetuista ammattitautitapauksista todettiin yli 65-vuotiailla.

Nousukäänteen taustalla oli ennen kaikkea koronapandemia. Koronavirus johti 115:een vahvistettuun eli vakuutusyhtiöiden hyväksymään ammattitautitapaukseen. Valtaosa tapauksista osui sote-töihin.

Naisilla oli noin 90 prosenttia ammattitautina vahvistetuista COVID-19-infektioista ja lähes kaikki tapaukset todettiin terveystieteiden tai sosiaalihuollon alalla, ylilääkäri **Kirsi Koskela** korostaa.

Toinen merkittävä tekijä ammattitautitapausten määrän nousun taustalla on kryptosporidioosi eli vasikkaripuli, joka on myös infektio tauti. Kryptosporidioosien määrä on noussut merkittävästi vuodesta 2018 lähtien, mikä osaltaan viittaa epidemiaan.

Työikäisten vahvistettuja kryptosporidiooseja oli 47 tapausta vuonna 2019 ja 54 tapausta vuonna 2020. Näinä vuosina tartuntatautirekisteriin kirjatusta kryptosporidioositapauksista vain noin 10 prosenttia vahvistettiin ammattitautiksi. Suurin osa todetaan maataloudessa.

Miesten ja naisten ammattitautikirjossa ja määrässä on yhä eroja, vaikka naisten osuus nousi vahvistettujen koronavirustapausten vuoksi. Vuonna 2020 työikäisten vahvistetuista ammattitautitapauksista kirjattiin miehille 58 prosenttia ja naisille 42 prosenttia.

Vuonna 2020 yleisimmät vahvistetut ammattitaudit työikäisillä miehillä olivat meluvamma ja allerginen kosketusihottuma, naisilla puolestaan koronavirusinfektio ja ärstyyskosketusihottuma.

Asbestisairaustapausten määrä on tasaisesti laskenut, mutta niitä todetaan yhä. Tämä liittyy pitkään viiveeseen altistumisesta asbestisairausten diagnosointiin. Suurin osa asbestisairaudesta todetaan yli 65-vuotiailla. Näistä yleisin on asbestiplakkitauti.

Steelco

Miele Group Member



Infektiohallintaratkaisujen johtava toimittaja terveydenhuollon, laboratoriotutkimuksen ja lääketeollisuuden toimialoilla.

steelco.fi

Tapahtuma- kalenteri

- Lämpimästi tervetuloa Pirkanmaan Terveys ja talous -yhdistyksen Vuosikokoukseen
Aika: tiistai 16.4.2024 kello 16 alkaen
Paikka: Finnmedi 1, 1. kerros, kokoushuone Iso Neukkari, (käyntiosoite Arvo Ylpönkatu 6, Tampere).
Linkin etäkokoukseen saa yhdistyksen sihteeriltä: Pirjo Pääkkönen, etunimi.sukunimi (at) pirha.fi
Lisätiedot: puheenjohtaja Rainer Zeitlin, puh. 050 339 2582
- Terveys ja Talous ry järjestöseminaari 14.-15.6.2024. Lisäohjeistus lähetetään paikallisyhdistyksille kevään aikana.
- Terveys ja talous -päivät Helsingissä 28.-29.8.2024. Lisätietoja osoitteessa www.terveysjatalous.fi

TUTKIMUS

Vanhemmat sisarukset suojaavat lasta allegioilta

Sisarusten kanssa eläminen erityisesti ensimmäisinä elinvuosina suojaaa lasta allergisilta sairauksilta.

- Tulokset antavat vahvaa tukea mikrobiomihypoteesille astma- ja allergiaoireiden selittäjänä, toteaa hankkeen toinen vastuututkija **Heta Moustgaard** Kelasta.

Helsingin yliopiston ja Kelan tutkimus perustui yli puolen miljoonan vuosina 1995–2004 syntyneen suomalaislapsen aineistoon. Tutkimuksessa allergisen nuhan, atooppisen ihottuman, astman ja vaikeiden allergisten reaktioiden hoitoon tarkoitettujen lääkkeiden ostotodennäköisyyttä tarkasteltiin 0–15-vuotiailla suomalaisilla sisarusten lukumäärän, syntymäjärjestyksen ja sisarusten ikäeron mukaan.

Tutkimuksessa huomioitiin useita tekijöitä, kuten synnytystapa ja asuinym-
päristö.

Helsingin yliopiston tutkimuksessa testattiin mikrobiomihypoteesia, jonka mukaan sisarusten aiheuttama mikrobi-altistus suojaaa astman ja allergioiden kehittymiseltä. Jo pitkään on tiedetty, että esikoisilla ja ainoilla lapsilla on muita enemmän allergisia sairauksia.

- Aiemmissä tutkimuksissa ei kuitenkaan ole voitu sulkea pois muita selittäviä tekijöitä, kuten keisarileikkausten, asuin-
ympäristön ja geneettisten erojen vaikutuksia, kertoo hankkeen toinen vastuututkija **Juha Luukkonen** Helsingin yliopistosta.

Analyseissa huomioitiin useita yhteyttä sekoittavia tekijöitä, kuten synnytystapa, asuinpaikan kaupunkimaisuus ja perheen sosioekonominen asema sekä sisarusvertailun avulla kaikki sisarusten jakamat geneettiset tekijät ja ympäristötekijät.

Terveys ja talous -päivät uudistuvat



Terveys ja talous -yhdistyksen järjestöseminaarissa Tallinnassa viime kesäkuussa todettiin, että yhdistyksemme tärkeintä yhteistä tapahtumaa eli Terveys ja talous -päiviä on tarve uudistaa.

Tärkeimpänä syynä tähän on se, että hyvinvointialueiden aloituksen jälkeen yhdistyksestämme tuli samalla uudistetun strategian myötä yli 200 000 työntekijän merkittävin moniammatillinen verkostojaja. Tämä on yhdistyksemme lähes satavuotisessa historiassa isoin muutos.

EMOYHDISTYKSEN HALLITUS on tänä vuonna järjestäjän roolissa. Olemme keränneet aiempina vuosina palautteita niin osallistujilta kuin yrityksiltä. Eniten kritiikkiä on saatu päivien hintatasosta. Tämä korostuu nyt hyvinvointialueiden vaikeassa taloustilanteessa.

Konseptia on uusittu siten, että yritysmaailma on vahvemmin tukemassa tapahtumaa ja siten osallistumismaksu on pudotettu lähes kolmannekseen. Tällä on vaikutusta myös ohjelman sisältöön siten, että tapahtuman pääsponsoriyritykset saavat hallitusti ohjelmaan esitysai-
kaa kertoakseen omia ratkaisumallejamme toimintamme uudistamiseksi.

Tähän mennessä yhteisessä matkassa ovat mukana Hansel, KPMG ja Siemens.

VUODEN 2024 Terveys ja talous -päivät pidetään Helsingissä 28.-29.8. osuvas-
ti hotelli Presidentissä. Monipuoliseen ohjelmaan voit tutustua sivustollamme osoitteessa www.terveysjatalous.fi.

Nyt kannattaa käyttää eduksi myös 30.4. mennessä ennakkovaraajan etua, jolloin saat 20 prosentin alennuksen osallistumismaksusta. Ilmoittautuminen on avattu tammikuun lopulla. Tapahtumaan mahtuu korkeintaan 350 ensimmäiseksi ilmoittautunutta.

PÄIVIEN OHJELMA painottuu kuuteen teema-alueeseen:

1. Kansallinen ohjaus - talous vai toiminta edellä?
2. Hyvinvointialueiden rahoitus ja talous
3. Uusista teknologioista ja innovaatioista virtaa koneeseen
4. Vaikuttavat hankintastrategiat
5. Arvoperustainen sote uudistaminen - ratkaisuja arkeen
6. "Take home messages" - laatikon ulkopuolelta

OLEMME TÄLLÄ kertaa saaneet erinomaisia esiintyjä myös soten ulkopuolelta sekä kansainvälistä väriä. Ohjelmassa painottuvat muun muassa talous, hankinnat ja uuden teknologian, kuten teko-

älyn uudet mahdollisuudet. Kuulemme myös THL:n uuden pääjohtajan **Mika Salmisen** ajatuksia tulevaisuuden ongelmien ratkaisemiseksi. Puhujien esittelyt löytyvät nettisivustolta.

OLEMME LAAJENTANEET markkinointia yhdistyksen jäsenen lisäksi hyvinvointialueiden johdolle ja esihenkilöille. Tämän tarkoituksena on saada yhdistyksemme jäseniksi uusia asiantuntijoita hyvinvointialueilta.

Jäsenyys kannattaa, sillä sen mukana voit osallistua tapahtumaan edullisesti jäsenhinnalla. Vuotuiselle 25 euron jäsenmaksulle saat jatkossa lehden lisäksi muun muassa monipuolisen verkoston omalle kehittymiselle. Tapahtumassa tapaat muita kollegoitasi, mutta mitä tärkeintä, muita ammattilaisia. Laajan näyttelyn kautta pääset tutustumaan yritysten uusimpiin innovaatioihin.

Tehdään tapahtumasta yhdessä onnistunut ja koulutuksellinen kokemus. Ker-
tokaa kavereillekin.

Jaakko Herrala
Hallituksen puheenjohtaja



Kokonaispalvelua ja kumppanuutta Woikoski Medicalilta

Woikoski Medical tarjoaa korkealaatuisia asiantuntijapalveluja kaasunjakelujärjestelmien suunnitteluun, asentamiseen, testaukseen, käyttöönottoon, koulutukseen sekä huoltoon.

- Kaasunjakelujärjestelmät
- Huolto ja asennus
- Kaasut
- Koulutus
- Tuotteet potilaspai-
kkojen varusteluun
- Verkostanalyysit
- Kotihappihoito

Lisätietoja palveluistamme löydät:
woikoski.fi/medical



Seuraava Terveys & Talous -lehti ilmestyy

29.5.2024

Teemoina muun muassa järjestäminen ja ohjaus, hankinnat ja tukipalvelut, osaaminen, tutkimus- ja innovaatiotoiminta.

TYÖOTE-yhteistyöllä tuottavuutta ja hoidon jatkuvuutta

TYÖOTE-toimintamallin tavoitteena on oikea-aikainen ja tarpeen mukainen kuntoutuminen ja nopea töihin paluu. Potilaan tarvitsemat työkyvyn tukitoimet suunnitellaan yhdessä työterveyshuollon kanssa jo sairausloman aikana. Keski-Suomessa kehitetty malli on kolmessa vuodessa juurrutettu koko maahan.

Suomessa on noin 2,5 miljoonaa ihmistä työssä. Heistä noin 400 000:lla on jokin pitkäaikaissairaus tai vamma, joka vaikeuttaa työntekoa. Työkyvyn tukeminen ja sen palauttaminen ovat tärkeitä jokaiselle koko työuran ajan. Työkyvyn tuen merkitys korostuu nuorilla ja ikääntyvillä työntekijöillä.

Sairauspoissaolot, ennenaikainen eläköityminen, sairaanhoitokustannukset, tuotannon aleneminen ja muut välilliset menetykset aiheuttavat yhteiskunnalle vuosittain noin 24 miljardin euron kus-

tannukset. Työvoiman saatavuuden kasvavien ongelmien vuoksi kansakunnallamme ei olisi varaa yhteenkään estettävissä olevaan työelämän ulkopuolelle syrjäytymiseen.

Terveystuotojärjestelmämme on pirstaleinen ja osioitunut. Työssä olevien kannalta tästä aiheutuu katkoksia potilaan hoitoprosessiin, oireista hoitoon pääsyyn sekä turhaa viivettä työkykyisenä töihin palaamiseen.

ABC-tutkimuksessa osoitettiin vuosina 2000 ja 2014, että Suomessa on pit-

kät toipilasajat erikoissairaanhoidon jälkeen. Sairauspoissaolot ovat olleet Suomessa huomattavasti pidempiä kuin monissa muissa hyvinvointivaltioissa. Keskeinen syy näihin pitkiin poissaoloihin on yhteistyön puute sote-järjestelmämme eri toimijoiden välillä.

Turhat viiveet potilaan tutkimus- ja hoitoprosessissa voidaan välttää, kun potilas (työntekijä) saa oikea-aikaiset ja tarpeen mukaiset diagnoosi-, hoito- ja kuntoutuspalvelut. Tämä tarkoittaa nykyistä merkittävästi parempaa yhteis-

työtä erikoissairaanhoidon, perusterveydenhuollon, kuntoutuksen, sosiaalivaikuttamisen, työterveyshuollon ja työpaikkojen välillä.

Julkinen keskustelu on pyörinyt paljon monikanavaisen rahoituksen ongelmassa, kun painopistettä olisi laitettava realiteettien tunnistamiseen ja integraation tarpeeseen. Ongelmana eivät niinkään ole terveyspalvelujen kustannukset kuin se, mitä yhteiskunnan investoinnit terveyspalveluihin tuottavat.

Työterveyshuollon keskeinen tehtävä on tukea työkykyä

Suomessa työnantajan on työterveyshuoltolain perusteella järjestettävä palkansaajille ehkäisevä työterveyshuolto. Työnantaja voi työterveyshuoltolain mukaan halutessaan järjestää myös sairaanhoitopalvelut työntekijöilleen.

Työnantaja vastaa työterveyshuollon kustannuksista ja Kela korvaa hakemuksesta vuosikustannuksista vajaa puolet. Kelan työterveyshuollon korvaukset kerätään työnantajilta ja työntekijöiltä työtulovakuutuksen kautta.

Työterveyshuollon kokonaiskustannuksista työnantajien osuus on noin 80 prosenttia. Palkansaajat ja yrittäjät maksavat noin 20 prosenttia. Työterveyshuoltoon ei käytetä verovaroja.

Kelan tuoreimman tilaston perusteella vuonna 2021 noin kahdella miljoonalla työssä olevalla on työterveyshuolto. Heis-

tä noin 90 prosentilla työterveyshuoltoon sisältyy jonkinasteinen sairaanhoito.

SOTE-palvelujärjestelmän näkökulmasta työterveyshuolto on erillisjärjestelmä sekä rahoituksen että järjestämisen suhteen. Työkyvyn tukeminen on noussut viime vuosikymmeninä työterveyshuollon keskeiseksi tehtäväksi.

Työkyvyn tukeminen edellyttää erityisen hyvää yhteistyötä potilastasolla kaikkien hoitoon ja kuntoutukseen osallistuvien sote-toimijoiden osalta. Esimerkiksi selkälääkityksestä, tekonivelleikkauksesta, rintasyövästä tai sydäninfarktista toipuva potilas tarvitsee työkyvyn tukea oikea-aikaisesti ja yksilöllisen tarpeensa mukaisesti.

Nykyisin sairauspoissaolon pituus määritetään kaavamaisesti samanpituisiksi riippumatta potilaan työstä.

Työelämässä olevan potilaan työkykyasioissa yhteistyö julkisen terveydenhuollon ja oman työterveyshuollon välillä toimii huonosti. Muu terveydenhuolto tuntee huonosti työterveyshuollon toimintaa ja mahdollisuuksia potilaan työhönpaluun tukemisessa.

Työkyvyn arviointi ja tukeminen ovat työterveyshuollon erityisosaamista. Soten toimijoista vain työterveyshuollolla on pääsy työpaikoille. Työkyvyn tukeminen edellyttää työkyvyn arvioinnin perinpohjaista osaamista ja pääsyä työpaikalle sekä esimiesten ja työntekijöiden yhteisiin palavereihin.

TYÖOTE-toimeenpanohanke, mistä on kyse?

Keski-Suomessa toteutettiin hallituksen OTE7-kärkihanke vuosina 2017–2018. Hankkeessa kehitetty työterveyshuollon ja erikoissairaanhoidon geneerinen yhteistyömalli osoitti, että selkälääkatut potilaat palaavat työkykyisinä töihin noin 50 prosenttia aiempaa nopeammin.

Tällainen potilaan tarpeesta lähtevä ”lattiataso” yhteistyömalli hyödyttää potilaan lisäksi työpaikkoja, lisää tuottavuutta yrityksissä sekä terveydenhuollon, parantaa työterveyshuollon mahdollisuuksia työkyvyn tukemiseen ja pienentää kestävyysvajetta.

Keväällä 2020 valtiovarainministeriö halusi, että vaikuttavaksi ja työn tuottavuutta lisääväksi todettu Keski-Suomen TYÖOTE-malli juurrutetaan koko maahan.

Eduskunta hyväksyi vuoden 2020 neljännen lisätalousarvion, jossa kohdennettiin viisi miljoonaa euroa tavoitteena saada koko maassa käyttöön Keski-Suomen OTE-kärkihanke luotu niin sanottu Keski-Suomen malli, TYÖOTE. Toimintamallin tavoitteena on oikea-aikainen ja tarpeen mukainen kuntoutuminen ja nopea töihin paluu.

STM:n toimeksiannossa syksyllä 2020 todetaan: ”Työote toimintamalli juur-

JATKUU SEURAAVALLA SIVULLA



rutetaan kaikkiin sairaanhoitopiireihin, jotka toimivat hankkeessa aktiivisesti omalla suunnittelu- ja työpanoksellaan. Hanke on yhteishanke, jota johtaa ja hallinnoi Keski-Suomen sairaanhoitopiiri (2023 Keski-Suomen hyvinvointialue). Hankkeen valtakunnallisesta juurruttamisesta vastaa osatoteuttajana Työterveyslaitos. Itä-Suomen yliopisto vastaa osatoteuttajana kansallisen tason ennakoarvioinnin ja vaikuttavuusseurannan toteuttamisesta”.

TYÖOTE-toimeenpanohankkeen tavoitteeksi määriteltiin, että Keski-Suomessa kehitetty toimintamalli on levietty kaikkiin maakuntiin syksyyn 2023 mennessä ainakin yhdessä potilasryhmässä ja kyseessä olevasta toimintamuutoksesta ja työterveyshuollosta tulee toiminnallinen osa julkista sotea.

Toimintamallissa potilaalle kirjoitetaan erikoissairaanhoitosta työkyvyttömyyttä aiheuttavissa sairauksissa aiempaa käytäntöä lyhyempi sairauspoissaolo. Hänestä tehdään sähköinen lähete viiveettä työterveyshuoltoon työkyvyn arviointia ja työhön paluun suunnitelman tekoa varten.

Toimintamallin mukaisesti potilas kutsutaan työterveyshuoltoon sairauspoissaolon aikana. Työterveyshuollossa case managerin (työterveyshoitaja, työfysioterapeutti tai sosiaalihoitaja) koordinoimana toteutetaan tarvittavat työkyvyn tukitoimet. Näitä voivat olla työn muokkaukset, kuten työaikajärjestelyt, työolosuhteiden muokkaaminen, työjärjestelyt, työn tuunaaminen, korvaava työ, työmatkajärjestelyt.

Sairaalan ja työterveyshuollon yhteistyö on kahdensuuntaista: sairautta hoidon vastuu säilyy erikoissairaanhoitossa, ja vastuu työkyvyn arvioinnista ja tukemisesta siirtyy työterveyshuoltoon. Työterveyshuolto ottaa vastuun työntekijän työkyvyn tukemisesta käyttäen tarvittaessa työn muokkauksen ja/tai lääkinällisen ja ammatillisen kuntoutuksen keinoja.

Työkyvyn arvio ja työkyvyn tukitoimet ovat työterveyshuollon lakisääteistä ydin toimintaa, joten se voidaan tehdä, vaikka työntekijän työterveyshuoltosopimukseen ei kuuluisi sairaanhoitoa.

TYÖOTE-toimintamallin kehittämissä vaiheissa (OTE7) todettiin, että tavoitteen mukaisen muutoksen aikaansaamisen edellytyksenä on usean asian toteutuminen yhtäaikaan.

Potilas palaa oikea-aikaisesti takaisin työhön. Saadaan aikaan yhteistyö ja sovitaan yhteinen tavoite kaikkien tähän prosessiin osallistuvien toimijoiden kanssa. Näitä ovat erikoissairaanhoitossa lääkärit, hoitajat, sihteerit, työterveyshuollon e-lähete-sähköpostin vastaanottaja, työterveyshuollossa case manageri, työterveyslääkäri, työterveyshoitaja, työterveyspsykologi, työfysioterapeutti ja työpaikalla esimiehet.

Eriyisesti yhteistyö prosessiin osallistuvien instituutioiden välillä on uutena: erikoissairaanhoito-työterveyshuolto-työpaikka. Yhteistyössä työterveyshuolto on tällä tavoin toiminnallisesti integroitu julkiseen soteen. Tunnistetaan ja kuvataan kunkin diagnoosi-/potilasryhmän prosessi sairastumisesta hoidon ja kuntoutuksen kautta takaisin työhön.

TYÖOTE-toimintamallissa potilaan prosessi alkaa, kun hän tulee erikoissai-

raanhoitoon joko läheteellä tai päivystyksen kautta. Prosessi päättyy, kun potilas/työntekijä on oikea-aikaisesti takaisin työssä tai työkyvyttömänä eläkkeellä.

Case manager (vastuullinen asiakasohjaaja) työterveyshuollossa tukee ja opastaa potilasta aktiivisesti saamaan nämä palvelut monimutkaisessa sosiaaliturvaviidakossamme.

Työterveyshuollon vastuulla on vastaanottaa lähetteet ja välittää ne potilaan case managerille ja omalle hoitotiimille, joka ottaa ”kopin” potilaasta ja vastuun tarvittavista työkyvyn tukitoimien toteutumisesta. Tukitoimia ovat muun muassa työn muokkaus sekä lääkinällinen ja ammatillinen kuntoutus. Näiden mukana potilaan prosessiin osallistuvat työpaikan lisäksi kuntoutustahot, työeläke- ja tapaturmavakuutus sekä Kela.

Potilaan työhön paluun jälkeen työterveyshuollossa seurataan potilaan työssä selviytymistä.

Viiveettömän yhteistyön ydin erikoissairaanhoitossa on, että työntekijän työterveyshuollon toimijatieto ja lupa tietojen lähettämiseen on tallennettu sairaalan potilastietojärjestelmään, ja ammatilaisten roolit e-läheteen lähettämiseksi on sovittu ja kirjattu eri yksiköissä.

Nopea tiedonkulku ei onnistu ilman sähköisen lähetekehoon rakentamista erikoissairaanhoitosta ja työterveyshuoltojen välille.

Toimintamallin seuranta ja arviointi

Mallin toimivuutta arvioidaan kliinisen auditoinnin menetelmällä. Kliinisiä auditoinnilla selvitetään potilaan pro-

TYÖOTE-toiminnan etenemisen aikataulu



sessin onnistuminen erikoissairaanhoitosta työterveyshuoltoon.

THL:n rekisteriseurannoista on TYÖOTE-toimeenpanohankkeen aikana kehitetty viisi indikaattoria, joiden avulla voidaan seurata TYÖOTE-toimintamallin toimivuutta ja toteutuvuutta eri hyvinvointialueilla ja vertailla niitä keskenään, erityisesti työkyvyttömyyden keskon pituuksia.

Mallin vaikuttavuutta on arvioitu ja arvioidaan Itä-Suomen yliopistossa. Vuonna 2021-22 tehdyn arvion mukaan TYÖOTE-toimintamallin ansiosta tuottavuus lisääntyi Keski-Suomen työpaikoilla kolmella potilasryhmällä (lonkan ja polven tekonivel- ja lannerangan välilevytyräleikatut potilaat) yhteensä 3,2 miljoonaa euroa vuodessa.

Tämä merkitsee yhteensä 68 miljoonan euron tuottavuuden lisäystä koko maassa, kun TYÖOTE-toimintamalli on käytössä. Arvion perusteena on konsensuslaskelma, jossa työn tuottavuuden menetys/lisäys per työpäivä on keskimäärin 420 euroa.

TYÖOTE-toimeenpanon tulokset

TYÖOTE-toimeenpano, valtakunnallinen juurruttaminen, tehtiin 9/2020-9/2023. Toimintamalli saatiin levitettyksi kolmessa vuodessa valtakunnallisesti siten, että vähintään yksi potilasryhmä (diagnoosiryhmä) saa TYÖOTE-mallin mukaiset palvelut. 12 alueella ollaan jo vahvasti vakiinnuttamisvaiheessa ja Keski-Suomi (23 potilasryhmää) on jo ylläpitovaiheessa.

Toimeenpano tehtiin kullakin alueella yhteistyössä paikallisten toimijoiden kanssa. Aluksi varmistettiin hyvinvointialueen johdon sitoutuminen. Valittiin yksi potilasryhmä (dg-ryhmä) ja mallin rakentamiseen osallistuivat kaikki tähän prosessiin liittyvien ammattiryhmien ja työterveyshuollon edustajat.

Sairaalossa työtä edisti henkilökunnasta valittu yleensä osa-aikainen TYÖOTE-koordinaattori.

Työterveyslaitos on nimennyt jokaiselle alueelle kehittäjäparin tukemaan toimintaa. Tällä joukolla yhdessä rakennet-

tiin tämän potilasryhmän prosessikaavio erikoissairaanhoitosta työterveyshuoltoon. Samalla tavoin jatkettiin uusin TYÖOTE-toimintamalliin tulevien potilasryhmien kanssa.

Oman haastavan kokonaisuutensa muodosti e-läheteeseen tarvittavien ICT-ratkaisujen löytäminen. Vielä 2023 lopullakaan ei kaikilla alueilla ole saatu yhteyksiä e-läheteen osalta toimimaan.

E-läheteyhteyden puuttuessa käytetään joko salattua sähköpostia tai potilas vie työkyvyn tuki -läheteen työterveyshuoltoon. Haasteet ratkaista näinkin yksinkertaista tietoteknistä ongelmaa ilmentää laajemminkin asiakas- ja potilastietojärjestelmien hajanaisuutta, mikä pitäisi kyetä pikimmiten ratkaisuun potilaiden hoidon integraation toteuttamiseksi.

TYÖOTE-toimintamallin etenemistä ja myös laajemminkin työikäisten sotepalvelukokonaisuutta hyvinvointialueella seurataan alueellisissa yhteistyöfoorumeissa. Niissä ovat julkisen soten, työterveyshuollon ja työelämän edustajat.

TYÖOTE-toimintamallin tuloksia

TYÖOTE-toimeenpanohankkeessa juurrutettiin Keski-Suomessa toimivaksi ja vaikuttavaksi todettu yhteistyömalli toimimaan potilaan prosessiin osallistuvien yhteistyönä tavoitteen mukaisesti kolmessa vuodessa. Samalla toteutui näiden työkyvyn tukea tarvitsevien työntekijöiden hoidon jatkuvuus eri organisaatioiden välillä.

TYÖOTE-toimintamalli on käytössä koko Suomessa vähintään yhdessä potilasryhmässä ja TYÖOTE kattaa 97 prosenttia kohdeväestä. Hyvinvointialueiden oman henkilökunnan saatavuuden ja tuottavuuden näkökulmasta tämä on miljoonissa euroissa liikkuva muutos.

Itä-Suomen yliopistossa on arvioitu, että kun kaikilla hyvinvointialueilla TYÖOTE toimii samalla tasolla kuin Keski-Suomessa nyt, niin hyvinvointialueiden oman henkilökunnan osalta saavutetaan yhteensä noin 110 miljoonan euron tuottavuuden vuosittainen kasvu. Lisäksi bonuksena on tuottavuuden kasvu muissa alueiden työpaikoissa.

Osaoptimoituu terveyspalvelujärjestelmään on saatu toimiva ja vaikuttava yhteistyö palvelemaan potilaan työkyvyn tuen prosessia: erikoissairaanhoito, perusterveydenhuolto, kuntoutus, sosiaaliturva, työterveyshuolto ja työpaikat. Samalla sote-uudistuksen integrointitavoite on toteutettu.

Merkittävää on, että kysymys ei ole vain säästöistä vaan etenkin tuottavuuden kasvusta. Tämä on oleellista, kun elämme pahenevan työvoimapulan aikaa.

Merkittävää on myös se, että TYÖOTE-toimintamallilla on pystytty omalta osaltaan toteuttamaan myös sote-uudistuksessa asetettua integrointitavoitetta.

Keski-Suomessa TYÖOTE-toimintamallin mukaisesti toimitaan jo 23 eri potilasryhmässä. HyväKS:lle on perustettu vuonna 2022 työterveyshuollon ylilääkärin ja työkyvyn asiantuntijain virat koordinoimaan yhteistyötä alueen SOTE-toimijoiden ja työterveyshuoltojen välillä. Jatkossa tuloksellisen integraation turvaamiseksi vastaavat virat/toimet ovat tarpeen kaikilla hyvinvointialueilla.

TYÖOTE-toimintamalli on erinomainen esimerkki hyvinvointialueilla tavoiteltavasta palveluiden integraatiosta. TYÖOTE-yhteistyö tuo työterveyshuollon toiminnalliseksi osaksi julkista sotea. Toimintamallin juurruttaminen koko Suomeen ei ollut vielä syksyllä 2023 valmis. Syksystä 2023 alkaen TYÖOTE-toimintamallia vakiinnutetaan ja ylläpidetään STM:n ja hyvinvointialueiden yhteistyönä Työterveyslaitoksen tukemana.

Kirjoittajat

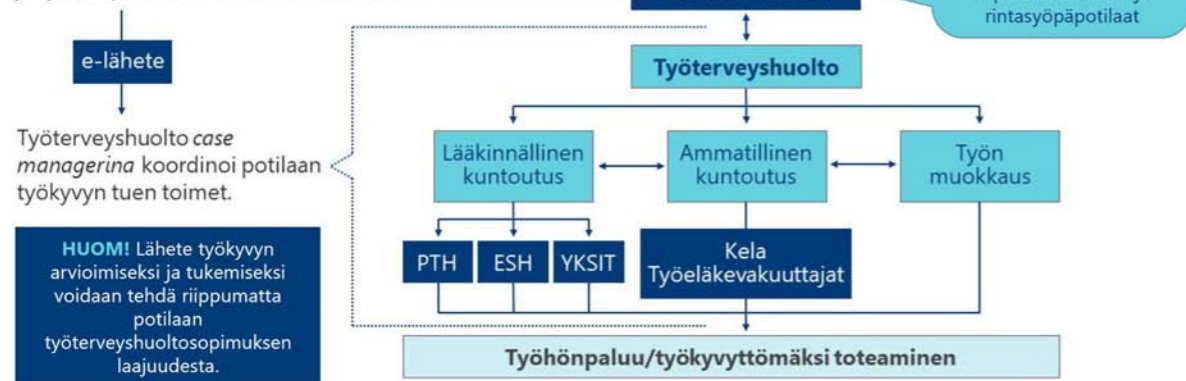
- Kaj Husman**, LKT, M.Sc.(Can), emeritusprofessori
- Kirsi Piitulainen**, ft,TtT, työkyvyn asiantuntija, Hyvaks
- Visa Kervinen**, LL, työterveyshuollon erikoislääkäri, ylilääkäri, Hyvaks
- Pauliina Kangas**, LT, työterveyshuollon erikoislääkäri,ylilääkäri, Työterveyslaitos
- Hanna Hakulinen**, TtM, tutkimuspäällikkö, Työterveyslaitos
- Juha Kinnunen**, FT, professori, sairaalapalvelujen johtaja, Pirha
- Ilkka Vohlonen**, FT, emeritusprofessori

Lähteet:

- Piitulainen K, Korhonen I, Husman K. ym.: *Tukimalli työhön paluuseen selkäläikkäukauden jälkeen. Asiakasohjaana työterveyshuolto. Suomen Lääkärilehti* 2019;74:1048-51
- Piitulainen K, Husman K, Kervinen V. ym.: *Suomen Lääkärilehti* 2022;77:e32462
- www.laakarilehti.fi/e32462
- Piitulainen K, Husman K: *Työote-yhteistyöllä työkykyisenä töihin. Fysioterapia* 2022;6:42-52

TYÖOTE-toimintamalli työkyvyn tukemisessa

Potilas saa ESH:sta aiempaa lyhyemmän sairausloman ja hänet ohjataan työterveyshuoltoon työkyvyn arviointia ja työhönpaluusuunnitelman tekoa varten.



HUOM! Lähete työkyvyn arvioimiseksi ja tukemiseksi voidaan tehdä riippumatta potilaan työterveyshuoltosopimuksen laajuudesta.

3D-tulostimilla uusia hyötyjä potilaiden hoitoon

Kolmiulotteinen mallintaminen ja visualisointi ovat jo pitkään olleet arkipäivää monilla teollisuuden aloilla. Teollisuudessa käytettävät työkalut ja menetelmät eivät kuitenkaan suoraan sovellu lääketieteeseen ja potilashoitoon, joiden kohteena on insinöörien suunnitteleminen järjestelmien sijaan todellinen ihminen. Monimutkaisien rakenteensa lisäksi jokaisessa ihmiskehossa on omat persoonalliset ominaisuutensa.

- Pelkkä tulostimen ja ohjelmiston hankkiminen ei vielä riitä, vaan tekniikan soveltaminen lääketieteeseen edellyttää pitkäjänteistä työtä, erikoishammaslääkäri **Antti Lehtinen** Taysin kuvantamisesta kertoo.

KOLMIULOTTEISEN mallintamisen hyödyntäminen lähti Taysissa liikkeelle pienen pioneerihenkisen ryhmän innovaatioiden ja visioiden pohjalta vuonna 2018.

- Tämä ryhmä radiologian erikoishammaslääkäreitä sai vakuutettua ja innostettua minut juttuun mukaan ja teimme päätöksen investoida näihin suhteellisen kohtuuhintaisiin laitteisiin. Aiemmin tilasimme kolmiulotteiset mallinnot Taysiin Belgiasta, radiologian ylläkkärinä ja vastuualuejohtajana toimii **Irina Rinta-Kiikka** muistelee.

Satsaus laitteisiin ja ohjelmistoihin ei ole kaduttanut. Kolmiulotteinen mallintaminen ja 3D-tulostus ovat jo use-

an vuoden ajan olleet luonteva osa potilaan hoitopolkua etenkin kasvojen alueen leikkaussuunnittelussa.

- Teemme Taysissa vuosittain noin 50 leukojen siirtoleikkausta, joissa leikkausta edeltävä kolmiulotteinen mallintaminen on tärkeässä roolissa, Antti Lehtinen mainitsee esimerkkinä.

- 3D-tekniikan avulla saamme mallinnettua kasvojen pieniä rakenteita hyvin tarkkaan jo ennen leikkaussaliin menoa, millä on suuri merkitys leikkauksen suunnittelussa ja valmisteluissa. Nyt voimme etukäteen valmistella sellaisia-kin työvaiheita, jotka aiemmin valmisteltiin vasta leikkaussalissa, hän jatkaa.

Lehtisen antama esimerkki voidaan kuvailla yksinkertaistettuna vaikkapa niin, että ensin radiologi rakentaa potilaasta otettujen leikekuvien pohjalta tietokoneelle kolmiulotteisen mallin potilaan leuoista. Tämän jälkeen radiologi ja leikkaava kirurgi suunnittelevat operatiivisen tietokoneen ruudulla kolmiulotteisia malleja käyttäen. Mallien avulla leikkaus voidaan suunnitella hyvin yksityiskohtaisesti työvaihe kerrallaan. Potilaan persoonalliset rakenteet ja muita olennaisia tekijöitä pystytään huomioimaan jo ennalta käsin, eikä päätöksiä tarvitse tehdä leikkaussalissa potilaan ollessa nukutettuna.

3D-tulostimella valmistetaan leikkauksissa käytettäviä ohjureita, joiden avulla tietokoneella suunnitellut leik-

kauslinjat pystytään toistamaan leikkaussalissa ja siirrekappaleet saadaan kohdennettua oikein. Ohjurit tulostetaan jokaiselle potilaalle mittatilaustyönä oman kolmiulotteisen mallin mukaan.

- Lääketieteellinen työnkulku sujuvoituu ja tarkentuu, bonuksena säästetään kallista leikkaussaliaikaa. Pystymme nyt tarjoamaan potilaalle entistä yksilöllisempää hoitoa potilaan omia kudoksia säästäten, erikoishammaslääkäri **Helena Mehtonen** kertoo.

KOLMIULOTTEISEN leikkaussuunnittelun perusosaaminen on pitkäjänteisen työn tuloksena Taysin kuvantamisessa nyt vahvasti hallinnassa. Kuvantamisen osaamista ja 3D-tekniikkaa hyödynnetään jo useilla lääketieteen erikoisaloilla. Radiologian erikoislääkäri Rinta-Kiikka sekä erikoishammaslääkärit Mehtonen ja Lehtinen lähettävät kiitoksia kirurgille, jotka omaksuivat uuden tekniikan nopeasti ja avoimin mielin.

- 3D-tekniikka vietiin osaksi potilashoitoa yhteistyössä suu- ja leukakirurgien kanssa. Heidän jälkeensä yhteistyöhön tuli mukaan muitakin erikoisaloja, Mehtonen kertoo.

- Tulevaisuudessa pyrimme ottamaan tekniikan tarjoamat mahdollisuudet vielä monipuolisemmin käyttöön ja hie- man kliseisesti sanottuna ”vain taivas on rajana”, Irina Rinta-Kiikka avaa tulevaisuuden suunnitelmia.



TUTKIMUS

Hoivatyöntekijät suhtautuvat positiivisesti teknologiaan ja työperäiseen maahanmuuttoon

Tampereen yliopiston tekemä tuore selvitys osoittaa, että ikäihmisten parissa työtä tekevät suhtautuvat positiivisesti teknologian hyödyntämiseen hoivatyössä. Lisäksi selvityksessä todetaan, että byrokraattiset esteet tulisi saada purettua työperäisen maahanmuuton tieltä.

Selvityksen teki Tampereen yliopiston gerontologian tutkimuskeskus GERE. Tutkimusta varten hoivakotien työntekijöiltä kysyttiin heidän suhtautumisestaan muun muassa teknologian kasvavaan rooliin työssä sekä työperäisen maahanmuuton vaikutuksista työyhteisöihin.

JOPA 89 PROSENTTIA tutkimukseen vastanneista on täysin tai lähes samaa mieltä siitä, että teknologia helpottaa

käytännön työtä hoivakodissa. Erityisesti teknologiasta olisi hyötyä työn organisoimisessa ja asiakkaiden kuntoutuksessa.

- Hoivatyöntekijät suhtautuvat positiivisesti teknologiaan, mutta haasteena nähdään sääntely sekä sen ristiriitaisuudet. Nyt tuleekin päättää, mihin teknologia halutaan käyttää, kuka sitä käyttää ja miten sitä saa käyttää, gerontologian professori **Anu Siren** sanoo.

Tutkimukseen osallistunut asiantuntijapaneli piti todennäköisenä sitä, että hoiva-alan henkilöstöpuola ja hyvinvointialueiden rahoituksen leikkaukset johtavat epävirallisen hoivan lisääntymiseen. Kaikkia kasvavan omaishoidon vaikutuksia esimerkiksi työelämään ei vielä tunneta.

- Tämä on vaarallinen kehityssuunta. Jos tulevaisuudessa halutaan pidentää työuria, ei voi olla niin, että työikäiset ihmiset joutuvat jäämään kotiin hoitamaan omaisiaan, kun yhteiskunnan palvelut eivät toimi. Niin arvokasta kuin omaishoitajan työ onkin, sen täytyy perustua perheen omaan päätökseen, ei pakkoon, HALIn va. toimitusjohtaja **Arja Laitinen** kommentoi.

Hyvinvointiala HALI ry on tutkimuksen pääasiallinen rahoittaja. Tutkimuksen rahoitukseen osallistuvat myös Atendo Oy, Espero Care Oy, Foibe-kartano, Rinnekodit, Helsingin Diakonissalaitos, Vanhus- ja lähimmäispalvelun liitto VALLI ry ja Vanhustyön keskusliitto - Centralförbundet för de gamla väl ry



"Usean erikoisalalan osaajat tekevät tiivistä yhteistyötä kolmiulotteisen mallintamisen parissa," erikoishammaslääkäri Antti Lehtinen kertoo.



Taysissa tulostetut kolmiulotteiset kappaleet ovat resini- ja muovista, joka kovetaan tulostuksen jälkeen.

TANJA RÄMÖ / PIRKANMAAN HYVINVOINTIALUE

Hallinnollisesta integraatiosta on siirryttävä toiminnalliseen suuntaan

Itä-Suomen yliopiston terveystaloustieteen professori Miika Linna arvioi, että hyvinvointialueiden täytyy tehdä laajempia toiminnallisia muutoksia, jotta niillä on vaikutusta kestävyysongelman ratkaisemiseen. Huomio tulee olla etenkin monisairaiden primääri- ja sekundääripreveniossa. IMPRO-tutkimushankkeessa arvioitiin integraatioreformin vaikuttavuutta alueilla, jotka olivat tehneet sote-integraation ennen sote-reformia. Selvisi, että integraation hyöty terveystalouteen oli odotettua vähäisempi.

Teksti: PIA TERVOJA

Vuoden vaihteessa päättynyt IMPRO-tutkimusprojekti tuotti monipuolisesti tietoa sosiaali- ja terveyspalveluiden rakenteesta, toimivuudesta ja tuloksellisuudesta. Suomen Akatemian strategisen tutkimuksen neuvoston rahoittaman hankekokonaisuuden yksi työpaketeista pureutui ennen kansallista sote-refor-

mia tehtyjen kuntayhtymäintegraatioiden sote-kustannuksiin ja hoitojen vaikuttavuuteen. Tutkimuksessa integroitua alueita edustivat Pohjois-Karjalan Siun Sote ja Etelä-Savon Essote.

- Tarkastelimme hankkeessa perusterveydenhuoltoa ja erikoissairaanhoidon erikseen sekä kokonaisuutena. Kes-

keiset tarkastelupisteet olivat kustannukset, palvelujen käyttö ja erikoissairaanhoidon päätyminen, kertoo työpaketin johtajana toiminut Itä-Suomen yliopiston terveystaloustieteen professori **Miika Linna**.

Tutkimuksessa seurattiin kansallisten arkistojen aineistoja vuodesta 2015 aina

vuoteen 2020 saakka. Tutkimuksessa selvisi, että terveydenhuollon nettokäyttökustannukset integroiduilla alueilla vähenivät ainoastaan 2-3 prosenttia.

Integraatio ei näkynyt lainkaan ACSC-mittarissa, joka seuraa perusterveydenhuollon keinoin estettäviä erikoissairaanhoidon päätyksiä. Integraatiolla ei ollut vaikutusta myöskään PYLL- eli enenaikaisesti menetettyjen elinvuosien indeksissä.

- Vertailimme tutkimuksessa myös integroituneita alueita niihin alueisiin, joilla oli tehty kokonaisulkoistus. Ulkoistetuilla alueilla erikoissairaanhoidon käyttö väheni, samoin ACSC-mittarissa havaittiin myönteistä kehitystä, Linna toteaa.

- Tämä saattaa johtua ulkoistuksiin liittyvien sopimusten taloudellisista kannustimista.

IMPRO-PROJEKTIN työpaketissa tarkasteltiin terveyspalvelujen kokonaisuusien yleismittareiden lisäksi muutamia isoja potilasryhmiä, kuten diabeetikoita, sydänsairaita sekä päihteiden väärinkäyttäjiä.

- Meitä kiinnostivat erityisesti monisairaata eli multimorbidit, joilla on samanaikaisesti useita vakavia pitkäaikais-sairauksia, Miika Linna kertoo.

- Tiedetään, että he ovat koko terveydenhuollon osalta merkittävä asiakas-segmentti, joiden hoitoon kuluu suurin osa voimavaroista.

Monisairaiden kohdalla seurattiin päätymistä erikoissairaanhoidon vuodeosastolle. Sote-integraatio toimii hyvin, jos perusterveydenhuollon keinoin voidaan vähentää päivystykselliseen erikoissairaanhoidon päätyksiä.

Tutkimuksessa kävi ilmi, että integroiduilla alueilla onnistuttiinkin vähentämään tilastollisesti merkitsevästi yhteensä 6,5 prosenttia monisairaiden päätyksiä vuodeosastolle.

- Tutkimuksen vahva viesti on, että jos hyvinvointialueilla halutaan pureutua voimavarojen käytön näkökulmasta isoihin kysymyksiin, ne liittyvät pitkäaikais-sairauksien klustereihin, Linna korostaa.

- On tärkeää estää sekä pitkäaikais-sairauksien ilmaantumista että niiden pahenemista ja liitännäissairauksien syntymistä.

MIIKA LINNAN mukaan tulokset kertovat suuressa kuvassa siitä, että vaikka esimerkiksi Siun sotessa tehtiin paljon kehittämistyötä, integraation sovellusalue oli niin laaja-alainen, että toimenpiteiden mitattavat vaikutukset hävisivät kokonaistarkastelussa.

- Jos uudella sote-reformilla halutaan parantaa tai saavuttaa kestävyystavoitteita, hoidon järjestämisen malleja ja prosesseja on muutettava kokonaisvaltaisemmin kuin aikaisemmissa integraatioissa on tehty.

IMPRO ON päättyneenä, tuleeko terveyspalveluiden kustannusvaikuttavuuden tutkimukselle jatkoa?

- Olemme voineet euromääräistä kaikkia terveydenhuollon palveluita ja laskea palvelutuotannon sekä palveluiden käytön kokonaisuutena kaikille hyvinvointialueille. Olemme myös voineet kertoa alueille, mihin monisairauksiin niiden palvelujen käyttö keskittyy ja millainen muutosvauhti on kysyntäpainetta aiheuttavissa sairausryhmissä, Miika Linna mainitsee.

- Toivottavasti kokenut monitieteinen tutkijaryhmämme, joka tuntee terveydenhuollon tietosisällöt ja monimutkaiset menetelmät, saisi jatkaa työtään. Monet tahot ovat pitäneet työtämme tärkeinä. Katsotaan, ovatko rahoittajat samaa mieltä.

IMPRO-TUTKIMUSPROJEKTI toteutettiin 1.1.2018-31.12.2023. Suomen Akatemian strategisen tutkimuksen neuvoston STN:n projektissa olivat mukana Itä-Suomen yliopiston lisäksi, Aalto-yliopisto, Oulun yliopisto sekä Terveyden ja hyvinvoinnin laitos THL.



"Jos hyvinvointialueilla halutaan pureutua voimavarojen käytön näkökulmasta isoihin kysymyksiin, ne liittyvät pitkäaikais-sairauksien klustereihin", terveystaloustieteen professori Miika Linna sanoo.

SHUTTERSTOCK

Suomalaisten terveys verrattain hyvä, pitkät jonotusajat ongelmana

Tuore raportti vertailee suomalaisten terveydentilaa ja terveyspalveluita muihin EU- ja Pohjoismaihin. Euroopan komission julkaisemassa raportissa keskitytään muun muassa koronapandemian vaikutuksiin sekä mielenterveyteen. Vaikka Suomi pärjää vertailussa monin osin hyvin, haasteita on erityisesti terveyspalveluiden saatavuudessa.

Teksti: PASI RAHIKAINEN

Suomalaisista 65 prosenttia koki terveytensä hyväksi vuonna 2022. Koko EU:ssa samoin koki keskimäärin 68 prosenttia asukkaista. Yli 65-vuotiaiden suomalaisten arvio omasta toimintakyvystään on selvästi EU:n keskitasoa parempi. Toimintakykynsä ilmoitti hyväksi 80

prosenttia yli 65-vuotiaista suomalaisista naisista ja miehistä 73 prosenttia. Suomessa, kuten koko EU:ssa, koettu terveys on heikointa alimmassa tuloluokassa.

Suomalaisten elintavoissa on tapahtunut sekä myönteisiä että kielteisiä muutoksia. Päivittäin tupakoivien määrä ja

alkoholin kokonaiskulutus ovat Suomessa pienentyneet 2000-luvulla alle EU:n keskiarvon. Toisaalta työikäisten lihavuus yleistyy.

– Väestön lihominen aiheuttaa jo merkittäviä yhteiskunnallisia ongelmia. Eri-tyisen huolestuttavaa on se, että jo lähes

joka toisella aikuisella on vyötärölihavuutta, mikä on terveyden kannalta erityisen haitallista, sanoo Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen (THL) johtava tutkija **Annamari Lundqvist**.

– Lihavuus on yleistä myös lapsilla ja nuorilla, mutta aivan viime vuosina lihavuuden yleistymisen näyttäisi heillä pysähtyneen, hän jatkaa.

Yhdellä kuudesta suomalaisesta on mielenterveysongelma. Mielenterveyteen liittyvistä ongelmista yleisimpiä ovat masennus, ahdistuneisuus sekä päihdeongelmat.

Kuten koko EU:ssa, myös Suomessa masennusoireet ovat selvästi yleisempiä naisilla kuin miehillä. Erityisesti nuorten naisten ahdistuneisuus lisääntyi korona-aikana. Komission raportissa huomioidaan kuitenkin suomalaisessa itsemurhien ja mielenterveysongelmien vastaaisessa ohjelmatyössä tapahtunut positiivinen kehitys.

PITKÄT JONOTUSAJAT ovat Suomen terveyspalveluiden erityishaasteena.

Suomessa terveystoimen osuus bruttokansantuotteesta oli vuonna 2021 noin 10,3 prosenttia. Se on EU:n keskiarvoa 11,0 prosenttia ja muita Pohjoismaita alempi, vaikka kasvoi prosenttiyksikön koronavuonna 2021. Kotitaloudet maksavat itse terveydenhuollon palveluista Suomessa enemmän kuin muissa Pohjoismaissa, erityisesti lääkkeistä ja hammashoidosta.

Vuonna 2022 niiden suomalaisten osuus, jotka raportoivat tyydyttymättömiä terveyspalvelutarpeita, oli EU-keskiarvoon (2,2 prosenttia) nähden lähes kolminkertainen (6,5 prosenttia). Ero muihin Pohjoismaihin oli tätäkin suurempi.

– Sosioekonomiset erot ovat huolestuttavan suuret. Suomessa lähes joka kymmenes alimmassa tuloviidenneksessä raportoiti tyydyttämättömiä terveyspalvelujen tarvetta. Osuus on 4,5-kertainen EU-maiden keskiarvoon nähden, toteaa THL:n tutkimusprofessori **Ilmo Keskimäki**.

Terveyspalvelujen saatavuuden ongelmat liittyvät Suomessa erityisesti pitkiin jonotusaikoihin. Kiireettömien toimenpiteiden jonotusajat pitenivät Suomessa erityisesti vuosina 2021–2022. Osana EU:n tukemaa Suomen elpymis- ja palautumissuunnitelmaa erityisrahoitusta suunnataan juuri terveyspalvelujen saatavuuden parantamiseen.

Etävastaanottojen lisääntyminen paransi avosairaanhoidon palvelujen saatavuutta COVID-19-pandemian aikana.

SUOMALAISTEN elinajanodote on nyt 81,2 vuotta, puoli vuotta EU:n keskiarvoa pidempi. Elinajanodote kasvoi Suomessa EU-maiden keskiarvoa nopeammin vuosina 2010–2019, mutta väheni koronapandemian aikana lähes 11 kuukautta. Muutos tapahtui erityisesti vuonna 2022. Vähennys oli suurin viiteen vuosikymmeneen ja suurempi kuin muissa EU-maissa keskimäärin.

– Suomalainen väestö on iäkkäämpää kuin muissa EU- ja Pohjoismaissa. Koronavirustauti lisäsi erityisesti iäkkäämpien kuolleisuutta, mikä selittää elinajanodotteen alenemisen koronapandemian aikana. Koronaan kuolleet olivat keskimäärin 87-vuotiaita vuonna 2022, sanoo THL:n tutkimusprofessori **Mika Gissler**.

Suomessa tapahtuu EU:n keskiarvoa vähemmän enneaikaisia kuolemia, jotka ovat ehkäistävissä terveillä elämäntavoilla sekä toteamalla ja hoitamalla vakavat sairaudet ajoissa.

Erityisesti syöpäseulonnat toteutuvat Suomessa paljon EU:n keskiarvoa paremmin. Enneaikaisia kuolemia on kuitenkin enemmän kuin muissa Pohjoismaissa ja useimmissa Länsi-Euroopan maissa.

Yleisimmät ehkäistävissä olevat kuolemansyyt Suomessa ovat sydän- ja verenkierroelinten sairaudet ja alkoholikuolemat. Itsemurhat ovat vähentyneet, mutta niiden määrä on vieläkin selvästi EU:n keskiarvoa suurempi.

KOMISSION JULKAISEMA raportti kuvaa myös terveydenhuollon ja pitkäaikaishoidon työntekijäpulaa sekä työnantajien vaikeuksia rekrytoida esimerkiksi lääkäreitä, sairaanhoitajia ja kotihoidon työntekijöitä.

Raportti toteaa, että Suomessa on EU:n keskiarvoa vähemmän lääkäreitä, mutta selkeästi enemmän hoitajia.

– Sosiaali- ja terveydenhuollon sekä pelastusalan henkilöstöpulan helpottamiseksi sosiaali- ja terveysministeriö (STM) on käynnistänyt Hyvän työn ohjelman, joka sisältää sekä pitkän että lyhyen aikavälin toimenpiteitä, kertoo STM:n ohjelmajohtaja **Taina Mäntyranta**.

– Ohjelmassa muun muassa selkeytetään henkilöstön työnjakoa ja vähennetään turhia tehtäviä, parannetaan alan veto- ja pitovoimaa sekä lisätään alan koulutusta, hän lisää.

OECD JA European Observatory on Health Systems and Policies laativat joka toinen vuosi maakohtaiset raportit 27 EU-jäsenmaasta, Islannista ja Norjasta. Vuoden 2023 katsauksissa kiinnitetään erityistä huomiota koronakriisistä toipumiseen, mielenterveyteen ja uusiin terveyskriiseihin varautumiseen.

EU:n komissio julkisti Suomea käsittelevän maaraportin suomennoksen 18.1.2024. Englanniksi kaikki jäsenmaiden väestön terveyttä ja terveydenhuollon tilaa koskevat State of Health in the EU -selvitykset julkaistiin 15.12.2023.

SHUTTERSTOCK



Hyvinvointilähete voi tuoda värit takaisin elämään

Hyvinvointilähete on lisätä positiivista mielenterveyttä ja vahvistaa ihmisten ohjautumista mielekkääseen yhteisölliseen toimintaan. Lapin hyvinvointialueella pilotoidaan ennaltaehkäisevän toiminnan mallia, jossa kaikilla lappilaisilla olisi tarvittaessa mahdollisuus saada hyvinvointilähete.

Teksti: PIA TERVOJA



Leskeksi jääminen, eläköityminen tai muutto uudelle paikkakunnalle ovat esimerkkejä isoista elämänmuutoksista, jotka vaikuttavat mielialaan ja hyvinvointiin. Joskus ne aiheuttavat syrjäytymistä ja yksinäisyyttä, jota ei paikkaa kuin toisten ihmisten seura ja yhteisöllinen toiminta.

Hyvinvointilähete on sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisen kirjoittama lähete, jonka tavoitteena on ohjata läheteen saaja itselle merkitykselliseen toimintaan.

Hyvinvointilähete on tarkoitettu aikuisille, joita ei voi auttaa tavanomaisilla sote-palveluilla vaan he hyötyvät enemmän mielekkään ja yhteisöllisen toiminnan lisäämisestä arkeensa, kuten kuntien, seurakuntien ja järjestöjen tarjoamasta toiminnasta, kertoo VASA2-hankkeen projektipäällikkö **Mari Kaltemaa-Uurtamo**.

Lapissa hyvinvointilähete on ollut käytössä muutamien vuosien ajan neljässä kunnassa: Enontekiöllä, Muoniossa, Sodankylässä ja Kemijärvellä. Tänä vuonna pilotoidaan koordinaatiomallia, jonka tavoitteena on tehdä hyvinvointiläheteestä mahdollinen kaikille täysi-ikäisille lappilaisille.

Lapin hyvinvointialueen hallinnoimassa ja Pohjois-Suomen sosiaalialan osaamiskeskusten koordinoimassa VASA2-hankkeessa pilotoitava malli koostuu Lapin hyvinvointialueen ja alueellisten järjestötoimijoiden muodostamasta kollektiivista.

Osatoteuttajia ovat Suomen Punaisen Ristin Lapin piiri, Saura-Säätiö ja MIELI Rovaniemen seudun mielenterveys ry. Jokaisella toimijalla on töissä koordinaattori pilottia varten. Pilotissa hyvinvointialueen VASA2-hankkeen aluekoordinaattorin lisäksi kukin osatoteuttaja koordinoi toimintaa omalla palvelualueellaan, joita on kaikkiaan neljä Lapin hyvinvointialueella.

LAPISSA hyvinvointilähete on ollut usein kotisairaanhoidon tai muiden ikäihmisten palvelujen työntekijä, joka on tunnistanut asiakkaansa tuen tarpeen. Ideana on, että sote-ammattilaiselta hyvinvointilähete siirtyy tämän oman palvelualueen koordinaattorille.

Koordinaattori kohtaa läheteen saajan motivoivan haastattelun keinoin. Haastattelun aikana tehdään kartoitus

läheteen saajan tilanteesta ja toiveista, kertoo aluekoordinaattori **Vilma Sydänlammi** Pohjois-Suomen sosiaalialan osaamiskeskuksista.

Ihminen voidaan ohjata suoraan lähellä olevaan kohtaamispaikkaan ja toimintaan tai jos liikkeelle lähteminen yksin tuntuu vaikealta, hänelle nimetään oma linkkihenkilö.

LINKKIHENKILÖ ON läheteen saajan rinnalla kulkeva koulutettu henkilö, jonka kanssa työskentely kestää 1-6 kuukautta. Linkkihenkilöiden työ on palkkioperustaista.

Mari Kaltemaa-Uurtamo korostaa, että hyvinvointilähete ei korvaa sote-palveluja. Mikäli huomataan, että läheteen saaja tarvitsee sote-palveluja, hänet ohjataan takaisin palvelujen tai palvelunohjauksen piiriin.

Linkkihenkilöiden koulutuksesta vastaa Lapin ammattikorkeakoulu. Koulutuksen kesto on 120 tuntia, joka vastaa viittä opintopistettä. Sydänlammin mukaan koulutuksen on käynyt Lapin alueella 50-60 henkilöä. Parhailaan koulutuksessa on mukana yli 20 uutta henkilöä.

Lapissa on aikaisemmin koulutettu henkilöitä myös alueille, joissa ei ole ollut hyvinvointilähete-toimintaa ja olemme nyt aktivoimassa heitä mukaan, Kaltemaa-Uurtamo mainitsee.

HYVINVOINTILÄHETTEEN idean toi Lappiin nykyinen Lapin hyvinvointialueen terveysjohtaja **Miia Palo**. Alun perin toimintamalli (engl. Social Prescribing) on kehitetty Iso-Britanniassa, josta se on levinnyt eri maihin hieman eri toteutuksilla.

VASA2-hankkeessa selvitämme, mikä on konsepti, joka voisi palvella koko Lappia. Lisäksi on mietittävä, mikä on se



Hyvinvointilähete on vähentänyt sotepalveluiden käyttöä ja yksinäisyyden tunnetta.



"Tänä vuonna hyvinvointiläheteitä pystytään tekemään koko Lapin hyvinvointialueelle", projektipäällikkö Mari Kaltemaa-Uurtamo sanoo.

rahoitusmalli, jolla hyvinvointiläheteen käyttöä voidaan jatkaa hankkeen jälkeinkin, Kaltemaa-Uurtamo toteaa.

Yksi ratkaistava asia liittyy linkkihenkilöiden asemaan. Koska he eivät ole vapaaehtoistyöntekijöitä, vaan saavat toiminnastaan palkkiota, heille täytyy löytää "kotipesä".

NÄYTÖT HYVINVOINTILÄHETTEEN toimivuudesta ovat selvät. Palautteen perusteella tiedetään, että hyvinvointiläheteen saajien itsetunto on vahvistunut. Myös heidän sosiaalisuutensa ja myönteinen mielialansa on lisääntynyt.

Lähete on lisäksi vähentänyt sote-palvelujen käyttöä ja yksinäisyyden tunnetta, Vilma Sydänlammi kertoo.

Mari Kaltemaa-Uurtamo mainitsee, että hyvinvointiläheteen käytön yleistyminen vaatii, että sote-ammattilaiset heräävät käyttämään lähetettä ja näkevät sen hyödyn.

Käytännöt muuttuvat hitaasti, mutta olemme tyytyväisiä siihen, että tänä vuonna läheteitä pystytään tekemään koko Lapin hyvinvointialueella.

Olemme ihan lähtökuopissa. Kun saamme tekniset ratkaisut hoidettua eli mitä kautta läheteet tulevat koordinaattoreille, läheteitä voi alkaa tehdä.

KUVITUS: SHUTTERSTOCK

Hyvinvointialueilla palautuminen ja työkyky edellyttävät tukitoimia

Suuri osa sote-alan ja pelastustoimen työntekijöistä on palautunut työstä huonosti hyvinvointialueiden ensimmäisenä toimintavuonna. Työn epävarmuustekijät lisääntyivät vuonna 2023 entisestään, ja alentunut työkyky on yleistynyt erityisesti alle 30-vuotiailla sote-ammattilaisilla.

Teksti: PASI RAHIKAINEN

Työterveyslaitoksen tilannekatsaus hyvinvointialueiden ensimmäisestä vuodesta kokoa yhteen Mitä kuuluu? - ja Hyvinvointialueiden työhyvinvointi -tutkimusten keskeiset tulokset kaikkiaan 11 hyvinvointialueelta vuodelta 2023.

Nopea organisoituminen vuoden 2023 alussa toi lisäpaineita työhön ja heikensi hyvinvointia etenkin sirpalealueilla, joilla lukuisista organisaatioista muodostettiin uusi hyvinvointialue.

Tilannekatsaus esittelee myös pitkän ajan trendejä vuodesta 2000 lähtien sote-alan töissä, työyhteisöissä ja johtamisessa. Vuoden 2023 tutkimuskyselyihin osallistui lähes 68 400 työntekijää. Kyse-lyn vastausprosentti oli 55.

HYVINVOINTIALUEILLE siirtyminen toteutettiin erittäin nopeasti ja suurien haasteiden keskellä, mikä on kasvattanut kuormitusta.

- Kuormituksen kasvu on osunut töihin ja tehtäviin, joita rasittavat jo ennestään vuorotyö ja paljon työtä määrällisesti ja aikapaineissa. Tämä kaikki nakertaa hyvinvointia, muistuttaa tutkimusprofessori **Jaana Laitinen** Työterveyslaitoksesta.

Joka toinen työntekijä ei ole voinut vaihtaa muutoksiin työssään. Vain 16 prosenttia kokee muutokset myönteisinä. Suuri osa työntekijöistä palautuu huo-

nosti ja kokee oman työkykynsä alentuneen.

KOKEMUKSET ALENTUNEESTA työkyvystä ovat huolestuttavan yleisiä aloilla, joissa on paheneva työvoimapula. Tutkimusjohtajan mukaan tarvitaan myös yhteisötason keinoja ylläpitää työkykyä ja edistää työstä palautumista jo työvuoron aikana.

- Hyvinvointialueiden johtamisessa ja kaikissa ratkaisuissa on syytä ottaa huomioon se, miten työtä muutetaan ja kehitetään sujuvaksi siten, että se samalla tukee työkykyä ja työstä palautumista. Työntekijät pitää ottaa mukaan jo muutosten suunnitteluun. Kehittämistä työyksiköissä kannattaa ripotella työaika-suunnitteluun ja toistuviin palaverikäytäntöihin, Laitinen korostaa.



Kaikissa alle 50-vuotiaiden ikäryhmissä alentunut työkyky on yleistynyt ja erityisesti alle 30-vuotiaissa.

Sote ja pelastustoimi voivat myös oppia toisiltaan. Soten erityinen voimavara näyttää olevan työyhteisön yhteistyön toimivuus. Pelastustoimen työntekijöistä useampi puolestaan palautuu työstä paremmin.

- Näiden alojen veto- ja pitovoimaisuuden lisäämiseksi on hyvä tunnistaa työhyvinvoinnin tilannekuvan erot ja yhtäläisyydet. Parhaita ratkaisuja kannattaa hyödyntää, Laitinen kehottaa.

TYÖTERVEYSLAITOKSEN vuodesta 2000 lähtien tekemät toistomittaukset osoittavat myös myönteisiä kehityskulkuja. Kuormitus on hieman helpottunut koronapandemian raskauttamista huippuvuosista. Voimavaratekijät, kuten työn palkitsevuus, mielekkyys ja työhön panostaminen, ovat säilyneet ennallaan.

- Yhteistoiminta ja työyhteisöt ovat merkittäviä voimavaroja sote-työssä, ja aiemmin saavutettu korkea taso on säilynyt hyvinvointialueilla vuonna 2023. Henkilöstön arvioiden mukaan lähijohtamisen oikeudenmukaisuus on jonkin verran parantunut, ja arvio lähiesihenkilön toiminnasta on erittäin positiivinen, tutkimusprofessori **Mika Kivimäki** luettelee.

Veto- ja pitovoimassa ei tapahtunut merkittävää heikentymistä, mutta ei myöskään havaittu korjaantumista.

- Halukkuus suositella työnantajaa ystävälle on jatkanut laskuaan. Yli puolet henkilöstöstä harkitsi työnantajan vaihtamista, toisaalta näin he ovat tehneet jo viime vuosina, Kivimäki muistuttaa.

TOISTOMITTAUKSET osoittavat alentuneen työkyvyn yleistyneen karusti sote-

alalla. Kaikissa alle 50-vuotiaiden ikäryhmissä alentunut työkyky on yleistynyt, ja erityisesti tilanne on huonontunut viime vuosikymmenen aikana alle 30-vuotiaiden ikäryhmässä.

- Vuonna 2000 alle 30-vuotiaista kuusi prosenttia ei kokenut työkykyään parhaaksi mahdolliseksi. Vuonna 2023 vastaava luku oli 30 prosenttia, Kivimäki sanoo.

Syy ei ole selvä, mutta siihen on viitteitä. Nuorten sote-ammattilaisten työkyvyn heikkenemistä eivät selitä muutokset työkuormituksessa, työn hallintamahdollisuuksissa, tupakoinnissa tai liikuntatottumuksissa.

Sen sijaan samanaikaisesti nuorten ylipaino ja lihavuus ovat yleistyneet ja heidän arvionsa koetusta terveydestä on heikentynyt.

Työterveyslaitoksen tutkimusprofessori **Jaana Laitisen** mukaan hyvinvointialueilla kuormituksen kasvu on osunut töihin ja tehtäviin, joita rasittavat jo ennestään vuorotyö ja työn paljous määrällisesti ja aikapaineissa.

SHUTTERSTOCK



TUTKIMUS

Neurologiset sairaudet lisäävät avioeron riskiä Pohjoismaissa

Neurologisissa sairauksissa suurin avioeroriski on niillä pareilla, joissa molemmat puoliset sairastavat. Parin koulutustasosta riippumatta miehen sairaus lisää eroriskiä vähintään yhtä paljon kuin vaimon, todetaan Helsingin yliopiston tuoreessa tutkimuksessa.

Tutkimuksessa seurattiin suomalaisten, ruotsalaisten, norjalaisten ja tanskalaisten rekisteriaineistojen avulla yli 2,8 miljoonaa 30–64-vuotiasta avioparia.

Kymmenen vuoden seurannan aikana 12 prosenttia pareista erosi. Neurologisia sairauksia mitattiin erikoissairaanhoidon käyntien avulla, ja niitä kertyi seurannan aikana yli viidennekselle aviopareista.

KUN KAIKKIEN maiden tulokset yhdistettiin, oli avioeron riski vaimon sairastumisen jälkeen 1,21-kertainen ja miehen sairastumisen jälkeen 1,27-kertainen verrattuna niihin aviopareihin, joissa kumpikaan puoliso ei ollut sairastunut.

Jos molemmilla puolisoilla havaittiin neurologinen sairaus, oli avioeroriski jo 1,38-kertainen. Havaittuja eroja voidaan pitää merkittävänä.

– Tulosten perusteella sairautta kohtaavat pariskunnat kaipaavat lisää tukea myös pohjoismaisissa hyvinvointivaltioissa, toteaa väestötieteen yliopistonlehtori **Niina Metsä-Simola** Helsingin yliopistosta.

SAIRASTUMISEN ON uskottu vaikuttavan eroriskiin psyykkisen rasituksen, perheensisäisen vastuunjaon muutosten sekä alentuneen työkyvyn ja tulojen kautta. Tutkimuksessa tulot kuitenkin selittivät sairastumisen ja eroriskin välistä yhteyttä vain Ruotsissa.

– Ruotsissa pääsy erikoissairaanhoidon on helpompaa, mutta lyhyiden sairausjaksojen aikana tulot putoavat enemmän kuin muissa tutkituissa maissa, Metsä-Simola selittää.

MIEHEN SAIRASTUMISEN on uskottu lisäävän eroriskiä enemmän kuin vaimon, koska miehet kantavat keskimää-

rin suuremman vastuun perheen elatuksesta.

Oletuksen mukaisesti miehen sairaus lisäsi tutkimuksessa eroriskiä vähintään yhtä paljon kuin vaimon. Ruotsissa sairastuneen puolison sukupuolella ei kuitenkaan ollut eroriskin kannalta merkitystä.

– Ruotsissa miesten ja naisten välinen palkkaero on pienin ja vanhempainvapaat jakautuvat tasaisemmin, jolloin myös sairauden seuraukset saattavat olla samankaltaisia riippumatta sairastuneen puolison sukupuolesta, miettii Metsä-Simola.

SUOMESSA MIEHEN sairaus nosti eroriskiä enemmän kuin vaimon sairaus erityisesti silloin, kun miehen koulutustaso oli matalampi kuin vaimolla. Muis-

– Suomessa sukupuolten välinen palkkaero on Pohjoismaiden suurin, vanhempainvapaiden käyttö on hyvin sukupuolitunutta ja äidit ovat pitkään kotona, jolloin isän rooli perheen elättäjänä korostuu.

ERITYISEN SUURI merkitys sairastuneen puolison sukupuolella oli Tanskassa, jossa avioeroriski oli 1,4-kertainen

miehen ja vain 1,2-kertainen vaimon sairastumisen jälkeen.

Tulokseen saattoi kuitenkin vaikuttaa se, että Tanskassa sairastuneita pareja havaittiin vähemmän kuin muissa maissa.

– Miesten yleisin diagnoosi oli elimellinen uihäiriö, ja se oli selvästi yleisempi Suomessa ja Norjassa verrattuna Tanskaan, selittää Metsä-Simola.

MIESTEN JA naisten uihäiriöiden yhteys eroriskiin oli yhtä vahva, kun taas MS-tauti, joka aiheuttaa usein merkittävää toiminnallista haittaa, näytti lisäävän eroriskiä enemmän miehen kuin vaimon sairastumisen jälkeen.

– MS-taudin kohdalla sairastuneen puolison sukupuolella oli erityisen suuri merkitys avioeroriskiin juuri Tanskassa.

Ruotsista tarkkaa diagnoositietoa ei ollut käytettävissä, eikä rekisteriaineistoilla tehdyssä tutkimuksessa ollut mahdollisuutta mitata toimintakykyä tai sairauden vakavuutta.

– Toimintakyvyn tutkiminen voisi tuottaa tärkeää lisätietoa niistä mekanismeista, joiden kautta sairaus on yhteydessä eroriskiin, Niina Metsä-Simola toteaa.



Tuoreen tutkimuksen mukaan toisen tai kummankin puolison neurologinen sairaus lisää avioeroriskiä merkittävästi. Sairautta kohtaavat pariskunnat kaipaavat lisää tukea.



THL:N KYSELY

Yli puolet kannattaa nykyistä alkoholipolitiikkaa

Yli puolet suomalaisista on nykyisen alkoholipolitiikan kannalla, selviää THL:n tammikuussa 2024 teetästä kyselystä. Suomalaisista 57 prosenttia pitää nykyistä alkoholipolitiikkaa sopivana. Viime vuonna nykyisen alkoholipolitiikan kannalla oli 53 prosenttia vastaajista.

Väljempää alkoholipolitiikkaa kannatti 26 prosenttia suomalaisista, kun viime vuonna vastaava osuus oli 29 prosenttia. Tiukempaa alkoholipolitiikkaa halusi 11 prosenttia vastaajista. Viime vuonna vastaava osuus oli yhdeksän prosenttia vastaajista.

Alkoholipoliittisten mielipiteiden kiristyminen näkyy erityisesti viinien myyntiä koskevissa aseenteissa.

Vastaajista alle puolet, 44 prosenttia, oli sitä mieltä, että viinejä pitäisi saada ostaa päivittäistavara-kaupoista. Viime vuonna vastaava osuus oli 48 prosenttia ja vuonna 2022 se oli 54 prosenttia.

– Kahden vuoden aikana tapahtunut muutos väestön mielipiteessä on merkittävä. Viinien myymistä päivittäistavara-kaupoissa kannattavien osuus on laskenut kymmenen prosenttiyksikköä vuodesta 2022, sanoo johtava asiantuntija **Thomas Karlsson** THL:stä.

Näkökannat ovat tiukentuneet myös kysyttäessä mielipidettä viinien myynnistä, jos se tarkoittaisi samalla väkevien alkoholijuomien myyntiä päivittäistava-

rakaupoissa. Tässä tapauksessa enää 21 prosenttia vastaajista haluaisi viinit päivittäistavara-kaupoihin. Viime vuonna vastaava osuus oli 25 prosenttia ja vuonna 2022 osuus oli 29 prosenttia.

Vastaajien selvä enemmistö, 89 prosenttia, pitäisi väkevien alkoholijuomien myynnin tulevaisuudessa Alkon yksinoikeutena. Viime vuonna osuus oli 87 prosenttia vastaajista.

– Kyselyn perusteella suomalaiset pitävät aiempaa yleisemmin nykyistä alkoholipolitiikkaa oikeasuhtaisena keino- ja rajoitetta alkoholien kulutusta ja siten myös ehkäistä alkoholista aiheutuvia haittoja, Karlsson jatkaa.

VASTAAJILTA KYSYTTIIN myös, luottavatko he siihen, että ikärajoja ja päihityneille myynnin kieltä voidaan tehokkaasti valvoa, jos alkoholijuomien kotikuljetus sallitaan esimerkiksi ruokalahetkipalveluille. Vastaajista 75 prosenttia ei luota tähän lainkaan tai melko vähän, kun taas 22 prosenttia vastaajista luottaa tähän melko paljon tai täysin.

– Kokonaisuudessaan väestön alkoholipoliittiset mielipiteet ovat tiukentuneet, ja ikärajojen kannatus ylipäätään on suurta. Siksi on varsin ymmärrettävää, että myös kotikuljetuksen valvonnan toteutumiseen suhtaudutaan epäillen, Karlsson arvioi.

PÄÄTOIMITTAJA

Jaakko Herrala
jaakko.herrala@elisanet.fi

VIESTINTÄNEUVOSTO

Janne Okkonen
Pasi Parkkila
Maisa Lukander
Virpi Pitkänen
Markus Peltari

ILMOITUSMARKKINOINTI

Saarsalo Oy
Timo Lepistö,
myyntipäällikkö
timo.lepisto@saarsalo.fi
p. 044 534 9878

ILMOITUSAINEISTO

PunaMusta
Esko Aaltosen katu 2
PL 38, 30101 Forssa
p. 050 313 8994

TILAUKSET JA OSOITTEENMUUTOKSET

PunaMusta
Päivi Isomäki
p. 03 423 5625
paivi.isomaki@punamusta.com

JÄSENASIAIT

Outi Kalske
Terveys ja talous ry
Värttinäkatu 13
20660 Littoinen
www.terveysjatalous.fi
kohdasta "jäsenhakemus"

JULKAISIJA JA KUSTANTAJA

Terveys ja talous ry
www.terveysjatalous.fi

ULKOASU JA TAITTO

Viestintä-Paprico Oy

PAINO

punamusta
PunaMusta, Forssa

ISSN 1797-8475

Lehden artikkeleiden kopiointi ilman kustantajan lupaa on kielletty.



Ympäri käydään ja yhteen tullaan

On vuosi 1958. Meillä Kotikunnassani on kaksi kunnanlääkärinä. Heillä on yksityinen vastaanotto, jonne pääsee melkein joka päivä. Ei sinne mitään ajanvarauksia tehdä. Mennään vain aamulla odotushuoneeseen ja sitten kaikille tuttu lääkäri sanoo, että "seuraava potilas".

Kumpikin lääkäri on sopinut Kotikunnan kanssa, että he hoitavat kunnassa asuvan 6 000 kuntalaisen terveyspalvelut – niin vastaanotoilla kuin kunnansairaalassakin. Heille tästä maksavat Kotikunta, potilaat ja välillisesti valtiokin, ja hyvin tulevat toimeen. He ovat ammatinharjoittajia, kuten Kotikunnan maanviljelijätkin. On meillä Kotikunnassa terveysasiantuntijain, jotka Volkkarilla ajalehti eri puolille kunnan kylä ja poikkeaa mummujen mökeissä. Kätilökin Kotikunnasta löytyy. Hän osaa äitiysasiat ja synnytysten hoidon.

Kaikki Kotikunnassa tietävät, että Suomenmaassa on myös sairaaloita. Ne ovat ihan erikoistuneita. On yleissairaaloiksi kutsuttuja, joissa on muun muassa kirurgeja, ja sitten on tuberkuloosin hoitoon erikoistuneita. Mielisairaaloita on myös – sekä A- että B-mielisairaaloita, ja joissakin pienemmissä kaupungeissa ja isoimmissa pitäjissä on aluesairaaloita. Kaikilla on omat tehtävänsä.

Kunnanjohtajalle ja kunnanlääkäreille ihan tuttu on Lääkintöhallitus. Se valvoo ja ohjaa terveydenhuoltoa joka puolella Suomenmaata. Sillä on myös norveja, joita Kotikuntakin noudattaa.

ON VUOSI 2024. Kotikunnassani ei ole yhtään lääkäriä. Heitä kyllä on Hyvinvointialueellamme kaupunkien ja isojen taajamien niin sanotuissa keskuksissa, mutta en niiden nimiä muista – olikohan joku "Hyvä olo" ja joku "Oma olo" tms! Runsaasti kuulemma on myös palvelua, jota Hyvinvointialue tai kuntalainen itse voi ostaa firmoilta. Niillä on semmoisia nimiä, kuten "Ampiainen", "Tervehdystalo", "Vaahteralinna" tai "Eeva".

Kotikuntalainen pääsee lääkäriin, kun soittaa keskitettyyn vastaajapalveluun ja odottaa vastasoittoa, josta selviää milloin ja mihin osuu se vastaanotto. Netin kautta voi luonnollisesti nämä asiat hoitaa, jos osaa. Kuitenkin olen kuullut, että Kotikuntani asukkaat pitää 3–4 viikkoa odotella, jotta pääsee ensikosketukseen lääkärin kanssa. Siitä se kuulemma integroitu hoitoketju alkaa.

Kuntalaisten tykönä käyviä terveysasiantuntijaa tai hoitajia kätilöistä puhumattakaan ei Kotikunnassa ole näkynyt. Liikkuvia palveluita kuulemma pitäisi piakkoin saada, ja etä- ja digihoidon pitäisi ihan tuota pikaa onnistua, kunhan mummit ja papat ovat saaneet ladattua tarkoitukseen suunnitellun appin eli sovelluksen.

Kotikunnan kunnanjohtaja on iloinen, kun valtio on ottanut maksaakseen koko sosiaali- ja terveydenhuollon, ja Hyvinvointialueen johtaja on hermostunut, kun raha ei riitä – oli syy kenen tahansa. "Ampiainen", "Tervehdystalo", "Vaahteralinna", "Eeva" ovat tyytyväisiä siitä, että markkinat pelaavat ja lääkäreitä ja hoitajia heille riittää. Siitä ei ole tullut oikein selvyttä, mikä tahto oikein tätä Suomenmaan terveydenhuoltoa valvoo ja ohjaa.

ON VUOSI 2048. Kotikunnassani on ammatinharjoittajina toimivia omalääkäreitä. He ovat monipuolisesti yleislääketieteen koulutettuja sekä vaativan ja monipuolisen tehtäväkuvansa vuoksi hyvin palkattuja. He tuntevat potilaansa, ja heillä on välitön ja kattava yhteys sosiaali- ja terveystoimijoiden koko verkostoon, jossa toimivilla lähipalvelupisteillä on kokonaisvaltainen kotihoidon, hoito-, hoiva- ja sosiaalityön perusturvavastuu – sekin oma-asiakaspohjaisesti järjestettynä.

Suomenmaa on jaettu muutamaan maakuntaan, jotka muiden väliportaan hallintotehtävien ohella rahoittavat verotuloillaan sosiaali- ja terveydenhuoltonsa. Maakunnilla on järjestämisvastuu, jonka puitteissa vastaavat asukkaidensa palveluista hankkimalla ne omilta palveluntuottajiltaan, yksityisiltä toimijoilta tai kolmannelta sektorilta. Lainsäädäntö määrittelee selkeät puitteet kaikille sosiaali- ja terveydenhuollon toimijoille. Päivystykset, sairaalaverkosto, sen erikoistuminen ja työnjako on kansallisesti määritelty. Koko järjestelmän toteutumista ja sen strategista kehittämistä ohjaa ja valvoo toimivaltainen keskusvirasto.

Siitä huolimatta, että paljon edellä sanotusta on niin sanottua hyperbolaa, merkit tulevista ovat jo nyt SOTEN alkumetreillä näkyvissä. Ne merkit viittaavat sinne päin, mitä Kotikuntani näki ja koki vuosikymmeniä sitten – toki nykyisyyteen sovelletuna. Historian termein sen voisi ilmaista vaikka näin: kunnanlääkärit ja Lääkintöhallitus takaisin! – Eipä tähän muuta voi todeta kuin, että ympäri käydään ja yhteen tullaan!

Terveys ja talous ry hallituksen jäsenet 2024–2026



JAAKKO HERRALA

hallituksen puheenjohtaja
TT-lehden päätoimittaja

Emeritus sote-
muutosjohtaja, eläk.

p. 045 125 2222
jaakko.herrala@elisanet.fi



KIRSI VARHILA

hallituksen varapuheenjohtaja

hyvinvointialuejohtaja
Satakunnan hyvinvointialue

kirsi.varhila@sata.fi



LASSE KYLÉN

hallituksen jäsen,

turvallisuus- ja valmiusjohtaja
Pohjois-Pohjanmaan
hyvinvointialue

p. 050 313 3589
lasse.kylen@pohde.fi



SARI KOSKINEN

hallituksen jäsen

erityisasiantuntija
sosiaali- ja terveysministeriö

sari.koskinen@icloud.com



MERJA ILOMÄKI

hallituksen jäsen

ruokapalvelujohtaja
Keski-Pohjanmaan hyvinvointialue
Tedy ry:n pj.

p. 0400 145 519
merja.ilomaki@soite.fi



LEILA SAVOLAINEN

hallituksen jäsen

terveydenhoitaja
Pohjois-Savon hyvinvointialue

p. 0500 574 389
leila.savolainen@
pshyvinvointialue.fi



OUTI KALSKE

sihteeri / talousvastaava

hankintajohtaja
Pohjois-Savon hyvinvointialue

p. 040 541 5125
outi.kalske@gmail.com



VIRPI PITKANEN

hallituksen jäsen

johtava asiantuntija,
hyvinvointi ja sote
FCG Finnish Consulting Group Oy
p. 044 784 4572
virpi.pitkanen@fcg.fi



MARKUS PELTTARI

hallituksen jäsen

talouspäällikkö
HUS, Pää- ja kaulakeskus

p. 09 4711
markus.pelttari@hus.fi



TARJA MIETTINEN

hallituksen jäsen

hankehallinnoija
Pohjois-Savon hyvinvointialue

p. 044 714 2664
tarja.miettinen@
pshyvinvointialue.fi

Liity jäseneksi

Terveys ja talous ry:n tarkoituksena on toimia sairaaloiden, terveyskeskusten ja muun terveydenhuollon hallinnon ja talouden sekä toimintaan liittyvien tukipalvelujen alalla työskentelevien ja näistä asioista kiinnostuneiden henkilöiden yhteistyöelimenä.

Tavoitteena on kehittää alan toimintoja ja toimintaedellytyksiä.

Liity Terveys ja talous -yhdistyksen jäseneksi. Saat jäsenetuna Terveys ja talous -lehden ja kontakteja alasi ihmisiin.

Voit liittyä jäseneksi kätevästi netin kautta www.terveysjatalous.fi kohdasta jäsenhaku tai sähköpostilla yhdistyksen sihteerille outi.kalske@terveysjatalous.fi. Jäsenmaksu on 25 euroa/vuosi.

TERVEYSALAN AMMATTILEHTI

Terveys & Talous

TERVEYSALAN AMMATTILEHTI
Terveys & Talous
**Kätevästi
verkossa!**
terveysjatalous.fi