

RAPORTTI

HOIDON

JATKUVUUTTA

YHTEISTYÖLLÄ



HYVINVOINTIALA



SISÄLLYS

1.	TAUSTA.....	3
2.	PALVELUIDEN NYKYTILA JA NÄKYMÄT TULEVAAN.....	5
	2.1. Palvelutarve	5
	2.2. Sote-ammattilaiset	8
	2.3. Palvelujen tuotanto	11
3.	HOIDON JATKUVUUS	15
	3.1. Hoidon jatkuvuuden elementit	15
	3.2. Moniammatillisuus	16
	3.3. Segmentointi ja palveluohjaus	20
	3.4. Digitaalisten ratkaisujen mahdollisuudet ..	22
4.	KUMPPANUUTTA HOIDON JATKUVUUDEN TURVAAMISEKSI.....	26
	4.1. Palvelujen tuottaminen	26
	4.2. Mahdollisia yhteistyömalleja	30
5.	LOPUKSI.....	35
	LÄHTEET	36



1. TAUSTA

TÄMÄN työn taustalla on Hyvinvointiala HALI ry:n toimeksianto, jonka tavoitteena oli tuottaa tiivis katsaus erilaisiin ratkaisuihin hoidon jatkuvuuden kehittämiseksi perustason terveystalouksissa eri toimijoiden yhteistyöllä. Raportin pohjaksi on haastateltu useita terveydenhuollon ammattilaisia Mehiläisestä, Pihlajalinnasta, Terveystalosta, Lääkärikeskus Aavasta, Vervestä sekä Lääkäripalveluyritykset ry:stä. Haastateltavilla on kokemusta palveluntuotannon johtamisesta ja kehittämisestä sekä julkiselta että yksityiseltä sektorilta. Haastattelujen pohjalta on koostettu näkymä, jota on tarkennettu tarvittavin osin uusilla haastatteluilla sekä kirjallisin kommentein.

TOIMIVAT perustason terveystaloukset ovat koko väestön etu, sillä perustason terveydenhuoltoon osoitetut resurssit näyttävät pienentävän väestön sairastavuutta ja vähentävät erikoissairaanhoidon käyttöä.¹ Perusterveydenhuollon tilasta Suomessa on käyty pitkään keskusteluja ja useat tahot ovat todenneet sen olevan kriisissä.^{2,3} Julkisessa keskustelussa on keskitytty erityisesti perusterveydenhuollon saatavuuden ja hoitoon pääsyn ongelmiin. Hoidon saatavuuden haaste on tarkoittanut käytännössä sitä, että ajat hoitoon pääsemiseksi ovat pitkiä. Samalla perusterveydenhuolto nähdään aliresursoituna, mikä puolestaan on osaltaan johtanut hoidon viivästyntymiseen, päivystyspalvelujen ruuhkautumiseen, erikoissairaanhoidon tarpeen kasvuun ja kustannusten lisääntymiseen.⁴

PERUSTERVEYDENHUOLLON haasteiden ratkaisuna on nähty hoidon jatkuvuuden turvaaminen sekä palvelujen saatavuuden varmistaminen säätämällä muun muassa hoitotakuusta. Sosiaali- ja terveysministeriö tilasi kesällä 2002 ilmestyneen selvityksen *Hoidon jatkuvuusmalli – Omalääkäri 2.0*. Selvityksen tavoitteena oli arvioida ja kuvata, miten omalääkärimallia voisi toteuttaa yhdessä hoitotakuun kanssa niin, että malli edistää hoidon saatavuutta ja jatkuvuutta. Selvityksen mukaan perusterveydenhuollon

1 WHO 2008

2 Eskola et al. 2022

3 Torkki et al. 2022

4 Sosiaali- ja terveysvaliokunta 2022



avosairaanhoidossa tulee vahvistaa hoitosuhteen jatkuvuutta ottamalla käyttöön omalääkäri- ja omahoitajamalli, omatiimimalli tai perhelääkärimalli taikka laajentamalla niiden käyttöä sekä parantaa saatavuutta lisäämällä henkilöstöresursseja². Myös eduskunta hyväksyi perusterveydenhuollon hoitotakuun kiristämisen yhteydessä sosiaali- ja terveysvaliokunnan lausuman, joka edellyttää hallitusta ryhtymään toimenpiteisiin perusterveydenhuollon avosairaanhoidon hoitosuhteen jatkuvuuden parantamiseksi.⁴

SOSIAALI- ja terveysministeriön selvitys nojaa vahvasti aikaisempiin Suomessa tehtyihin omalääkärikokeiluihin ja niistä saatuihin kokemuksiin. Se ei kuitenkaan ota huomioon, että yhteiskunta ja palveluntuotanto ovat viime vuosikymmenten aikana moninaistuneet, minkä myötä perustason terveyspalvelut, niitä antavat ammattilaiset, palveluja tuottavat organisaatiot ja palveluja käyttävät asiakkaat eivät ole enää samanlaisia kuin 30–40 vuotta sitten. Perinteisten pohjoismaisen hyvinvointivaltion arvojen, kuten tasa-arvon ja oikeudenmukaisuuden rinnalla terveydenhuollossa korostetaan nykyisin asiakkaiden osallisuutta palveluihinsa sekä tuottavuutta ja kustannusten kasvun hillitsemistä. Yhtäältä potilaat vaativat koko ajan enemmän laadukkaita ja vaikuttavia palveluja, toisaalta esimerkiksi nuoremman lääkäripolven suhde työhön on muuttunut. Lisäksi julkiselle terveydenhuollolle osoitetut taloudelliset voimavarat eivät ole enää pitkään aikaan riittäneet siihen, mitä perustuslaissa luvattu. Julkisin varoin ei tällä hetkellä tosiasiallisesti pystytä takaamaan jokaiselle riittäviä sosiaali- ja terveyspalveluja.³

RAPORTIN koostamiseen ja kirjoittamiseen ovat FCG:ltä osallistuneet Iina Vartia, Elina Hermiö, Markku Suokas ja Pentti Martiskainen.



2. PALVELUIDEN NYKYTILA JA NÄKYMÄT TULEVAAN

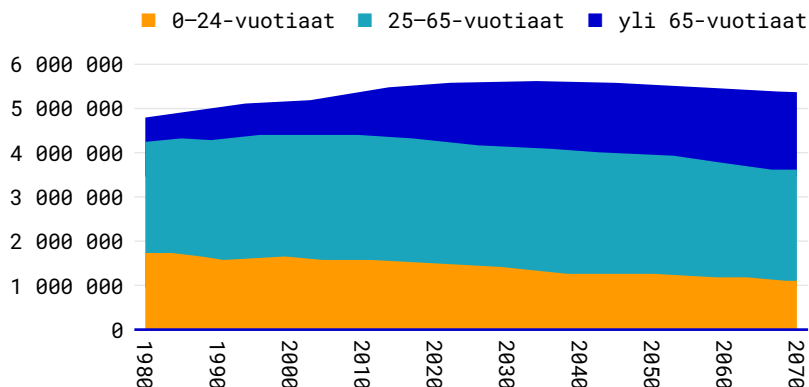
5 Tilastokeskus 2022

6 Kuntaliitto 2022

2.1. PALVELUTARVE

SUOMESSA väestö ikääntyy muiden hyvinvointivaltioiden tavoin. Tilastokeskuksen väestöennusteen mukaan ikääntyvien ja ikään-tyneiden eli 65-vuotta täyttäneiden ikäluokka kaksinkertaistuu vuodesta 2000 vuoteen 2050 mennessä. Vastaavasti 0–14-vuotiaiden ikäluokka pienenee neljänneksen ja työikäisten ikäluokka 7 %. Ennusteiden mukaan iäkkäiden määrä erityisesti vanhimmissa ikäryhmissä kasvaa voimakkaimmin.^{5,6} (Kuva 1.)

VÄESTÖRAKENNE 1980–2070



Kuva 1. Väestöennuste 2021. Tilastokeskus



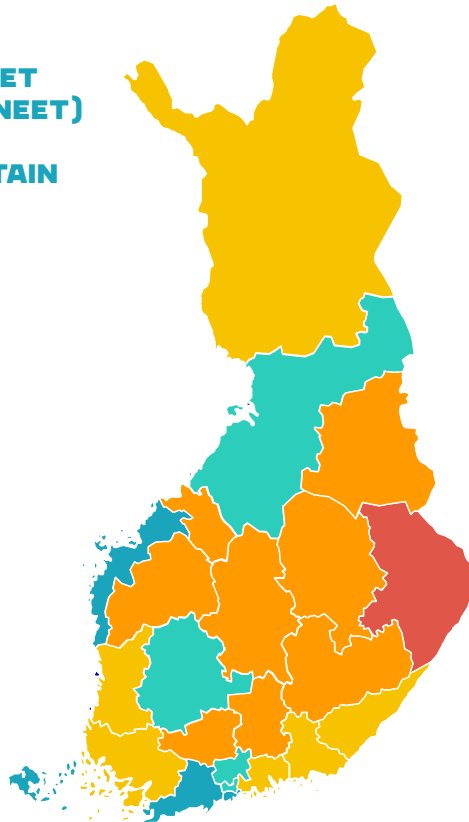
SOTE-PALVELUJEN tarve Suomessa kasvaa muun muassa väestön ikääntymisestä johtuen. Esimerkiksi perustason lääkärikäyntien määrä kasvaa 6 % vuoteen 2030 mennessä ja 8 % vuoteen 2040 mennessä, mikäli ikäryhmittäinen käyttö säilyy vuosien 2018–2020 keskimääräisellä tasolla⁵. Myös elintapoihin liittyvät sairaudet ovat kasvussa ja ne yhdessä väestön ikääntymisen myötä lisäävät monisairastavuutta ja palvelutarvetta.⁷ Monisairastavuuden huomioiminen palvelutarpeen näkökulmasta on todella tärkeää, sillä monisairaajat henkilöt kuormittavat terveydenhuoltoa enenevässä määrin. Esimerkiksi Uudenmaan ja Pohjanmaan maakuntia lukuun ottamatta kaikkialla muualla Suomessa monisairaiden osuus väestöstä on lähes 50 % tai enemmän (Kuva 2).

7 Duodecim 2021

MONISAIRAAT AIKUISET (18-VUOTTA TÄYTTÄNEET) VUONNA 2019 HYVINVOINTIALUEITTAIN

% AIKUISVÄESTÖSTÄ

- >60
- 55–59,9
- 50–54,9
- 45–49,9
- <45



Kuva 2. Monisairastavuuden esiintyvyys hyvinvointialueittain. Lähde STN IMPRO -hanke.



AIKUISTEN terveys-, hyvinvointi- ja palvelututkimuksessa (ATH) vuonna 2014 toteutetun kyselyn mukaan suurin osa terveyskeskusten asiakkaista käytti palveluja satunnaisesti. Näissä käynneissä korostui tarve saada apu nopeasti ja vaivattomasti yksittäiseen asiaan. Noin joka kolmas käynti terveyskeskuksessa liittyi pitkäaikaissairauden hoitoon. Pitkäaikaissairaiden hoidossa keskeisiä tekijöitä olivat jatkuvuus, suunnitelmallisuus ja ammattilaisten välinen yhteistyö. Vaikka pitkäaikaissairaista vain osa tarvitsee monia palveluja, kuluttaa tämä ryhmä suurimman osan terveyskeskusten resursseista.⁸ Esimerkiksi NHG:n selvityksen⁹ mukaan 5 % väestöstä käyttää 57 % sosiaali- ja terveydenhuollon resursseista.

PERUSTASON terveyspalvelujen saatavuudessa on yhä ongelmia Suomessa. Saatavuushaasteet ovat näkyneet esimerkiksi niin, että merkittävä määrä ihmisiä joutuu odottamaan kiireetöntä hoitoa yli lakisääteisten määräaikaisten.¹⁰ Sosioekonominen asema liittyy kiinteästi asiakkaan perustason palvelujen saatavuuteen. Selvitysten mukaan hyvätuloiset ja korkeakoulutetut käyttävät tarpeeseen nähden eniten lääkäripalveluita ja pienituloiset käyttävät niitä vähiten. Myös se, mitä lääkäripalvelun tuottajaa käytetään, vaihtelee kotitalouden tulotason ja iän mukaan. Suurempituloisilla on enemmän käyntejä työterveys- ja yksityislääkärillä ja vähemmän terveyskeskuslääkärillä. Erityisesti haavoittuvat asiakasryhmät uhkaavat jäädä ilman tarvitsemiaan palveluja.^{11, 12} Terveyskeskusten palveluja käyttävät painottuvat pitkäaikaissairaisiin ja usein palveluja tarvitseviin. Jos julkisten terveyspalvelujen saatavuus heikkenee, myös eriarvoisuus lisääntyy.

PALVELUJEN heikko saatavuus on entisestään lisääntynyt koronapandemian myötä, sillä pandemia tuotti huomattavasti hoitovelkaa perustason, erityisesti haavoittuvassa asemassa olevien asiakkaiden, terveyspalveluihin¹³. Hoitovelkaa syntyi, kun kiireettömiä perus- ja erityistason palveluja supistettiin ja resursseja siirrettiin terveydenhuollon muista palveluista ja toiminnasta koronapotilaiden hoitoon tai palveluja ajettiin alas. Hoitovelan purkaminen voi kestää useita vuosia. Palvelutarvetta lisäävät myös lääketieteen nopea kehittyminen sekä medikalisaatio. Nykyisin on mahdollista

8 Junnila 2016

9 NHG 2013

10 Mölläri et al. 2022

11 Manderbacka et al. 2017

12 OECD 2017

13 Hujanen & Mikkola 2022



hoitaa ilmiöitä, joihin lääketiede ei ole aiemmin kyennyt vaikuttamaan. Yksilöiden odotukset hoidolle ja diagnostiikalle ovat kasvaneet mm. tehostuneen tiedonkulun myötä.¹⁴

SAMAAN aikaan hoitoon pääsyn haasteiden kanssa suomalaisten tyytyväisyys julkisiin sote-palveluihin on laskenut. Koko maan NPS (Net Promoter Score, NPS: ”Kuinka todennäköisesti suosittelisit samaasi palvelua omaisellesi tai ystävällesi?”) laski vuoden 2020 arvosta 74 vuoden 2022 arvoon 66.¹⁵

2.2. SOTE-AMMATTILAISET

SOSIAALI- ja terveyspalveluissa työskenteli vuonna 2019 noin 410 000 henkilöä.^{16,17} Suurimpia ammattiryhmiä olivat sairaanhoitajat, joita työskenteli yhteensä noin 71 000 ja lähihoitajat, joita työskenteli noin 75 000. Lääkäriliiton mukaan vuoden 2018 lopulla Suomessa asuvia työikäisiä, alle 65-vuotiaita lääkäreitä oli noin 21 100 ja heistä noin 60 % on erikoistunut.¹⁸

LÄÄKÄRIEN määrä on noussut koko ajan 2000-luvulla. Esimerkiksi vuodesta 2010 vuoteen 2018 lääkärimäärä nousi yli kahdella tuhannella.¹⁸ Työikäisiä erikoislääkäreitä on tällä hetkellä Suomessa noin 13 000 ja kokonaismäärä on kasvanut vuodesta 2010 vuoteen 2020 noin 12 prosenttia.¹⁹

SAMAAN aikaan kun suomalaisten terveyspalveluiden tarve kasvaa tulevana vuosina, on sosiaali- ja terveyspalvelujen työvoimapula todellisuutta. Työvoimapula pahenee lähivuosien aikana, koska työikäisen väestön määrä terveydenhuollossa vähenee samaan aikaan kun hoidon ja hoivan tarve kasvaa. Esimerkiksi kunta-alalta lähes 25 prosenttia sairaanhoitajista eläköityy seuraavalla kymmenvuotiskaudella 2022–2031²⁰.

KORONAPANDEMIAN vuoksi kertynyt hoitovelka ja lainsäädännön uudistukset, kuten hoitotakuun kiristyminen, kasvattavat osaltaan henkilöstötarpeita terveyspalveluissa. Lisäksi hoivapalvelujen henkilöstömitoituksen kiristynyt säädäntö ja sen tulkinta siirtävät

- 14 Lääkäriliitto 2021
- 15 Sainio 2022
- 16 Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2021
- 17 Tevameri 2022
- 18 Suomen lääkäriliitto 2020
- 19 Reilman et al. 2022
- 20 Keva 2022



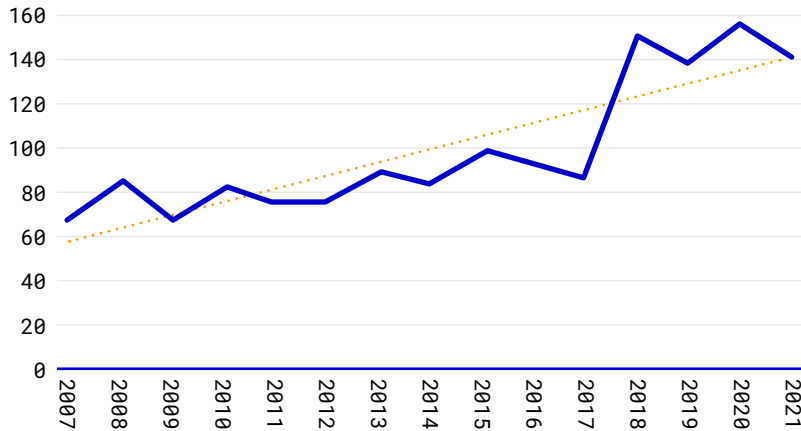
21 Teveameri 2021

hoitohenkilöstöä pois terveystalvuuista ja vaikeuttavat edelleen työvoimavajetta. Työvoimavajetta esiintyy lähes kaikkialla Suomessa ja jokaisen terveydenhuollon ammatin osalta. Tilannetta pahentaa se, että jatkuva henkilöstövaje kuormittaa työssä olevaa henkilöstöä. Jatkuva kuormitus heikentää henkilöstön jaksamista ja vaikeuttaa edelleen palvelujen saatavuutta.^{21,17} Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestäjien yksi suurimmista haasteista onkin henkilöstön veto- ja pitovoiman ylläpitäminen ja vahvistaminen. Tämä korostuu erityisesti julkisella sektorilla, josta henkilöstöä on siirtynyt koko ajan enemmän työskentelemään yksityiselle sektorille. Esimerkiksi vuonna 2000 terveystalvuuhenkilöstöstä julkisella sektorilla työskenteli 83,4 prosenttia, kun vuonna 2018 osuus oli laskenut 75,9 prosenttiin.¹⁶

PERUSTASON terveystalvuuhenkilöstöpula on tunnistettu eivätkä palvelut toimi nykyresursseilla riittävän hyvin. Yhdeksi ratkaisuksi on esitetty yleislääketieteen erikoislääkäreiden roolin vahvistamista osana hoidon jatkuvuuden turvaamista. Yleislääketieteen erikoislääkärimäärä on kasvanut 2000-luvulla (Kuva 5.) ja yleislääketieteen erikoislääkäreitä valmistuu nykyään noin 150 vuosittain. Keskus- ja yliopistosairaaloitten johtajaylilääkäreille, ylilääkäreille, koulutusvastuuhenkilöille ja erikoisalayhdistysten edustajille suunnatun kyselyn mukaan tavoitteena tulisi olla noin 2 800 yleislääketieteen erikoislääkäriä vuonna 2035. Tämä on 150 % suhteessa nykyiseen määrään. Jotta tavoitteeseen päästäisiin, tulisi yleislääketieteen erikoislääkäreitä jatkossa valmistua vuosittain 220. Tämä ei kuitenkaan ole mahdollista huomioiden valmistuvien lisensiaattien määrä ja koulutusresurssit.¹⁹



VUOSITTAIN VALMISTUNEET YLEISLÄÄKETIETEEN ERIKOISLÄÄKÄRIT



Kuva 3. Vuosittain valmistuneet yleislääketieteen erikoislääkärit.
Lähde: Rellman et al. 2022.

22 Hiilamo & Mikkola
2013

PERUSTERVEYDENHUOLLOSSA kaivataan erityisesti osaavia ja kokeneita yleislääketieteen erikoislääkäreitä. Sosiaali- ja terveysministeriön tilaamassa *Omalääkäri 2.0* -selvityksessä² todettiin, että yleislääketieteen erikoislääkäreiden osuus terveyskeskuksissa tulee nosta $\frac{2}{3}$:aan kaikista lääkäreistä. Raportissa ei kuitenkaan esitetty ratkaisua, joka tämän mahdollistaisi. Lisähaastetta yleislääketieteen erikoislääkäreiden osuuden kasvattamiseksi tuo kaikkien alojen erikoislääkärikoulutuksen pakollinen terveyskeskuskoulutusjakso. TK-jakso tuo kaivattua lääkäriresurssia terveyskeskuksiin, mutta tuottaa samanaikaisesti sisäänrakennetun, jatkuvan vaihtuvuuden mallin järjestelmään. Lisäksi on tunnistettu, että julkisen perusterveydenhuollon kuormitus ajaa juuri kokeneita yleislääkäreitä pois työstään. Ilmiö näkyy myös siten, että Suomessa perusterveydenhuollossa työskentelee koko ajan enemmän työuraansa aloittavia lääkäreitä, jotka työkokemusta ja käytännön koulutusta saatuaan jatkavat muihin tehtäviin. ^{17,21,22}

PERUSTASON terveyspalvelujen lääkäripula ei siis ratkea ainostaan koulutusmäärää lisäämällä, vaikka tätä toistuvasti on esitetty pelastavaksi ratkaisuksi. Myöskään lisäkoulutus tai



perusterveydenhuollon lääkärin uusien virkojen perustaminen eivät riitä tilanteessa, jossa tekijöitä perustason terveydenhuoltoon ei ole ja olemassa olevatkin virat jäävät ilman tekijöitä. Aiemmin syrjäseutujen terveydenhuoltoa vaivannut työvoimapula on todellisuutta nykyisin myös kasvukeskuksissa ja kaikkialla Suomessa.¹⁷

JOHTUEN ikärakenteestamme on selvää, että emme lähivuosikymmeninä pysty tuottamaan vaadittavia palveluita samalla työvoimaintensiivisyydellä kuin tähän asti. Sosiaali- ja terveydenhuollossa on siis etsittävä ratkaisuja työvoimapulaan toimintatapoja muuttamalla: sääntelyä, työnjakoa ja työskentelytapoja uudistamalla, uuden teknologian ja datan käyttöä lisäämällä ja siirtämällä palvelujen painopistettä kohti ennakointia.

2.3. PALVELUJEN TUOTANTO

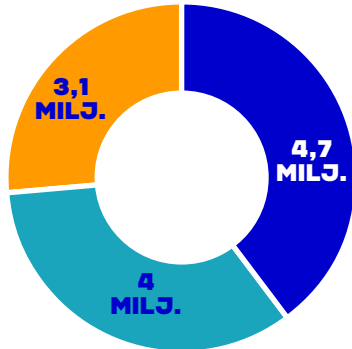
PERUSTASON terveystalvet koostuvat Suomessa julkisesta perusterveydenhuollosta, yksityissektorin tuottamista työterveyshuollon ja sairaanhoidon palveluista sekä säätiöpohjaisesta toiminnasta. Julkisella sektorilla on järjestämisvastuu verovaroin maksetuista terveystalvetuista. Julkinen järjestäjä voi tuottaa palvelut itse tai hankkia ne yksityisiltä palveluntuottajilta eli yrityksiltä tai järjestöiltä. Asiakas maksaa julkisista palveluista asiakasmaksun. Asiakasmaksujen enimmäismääristä säädetään laissa. Palvelut ovat universaaleja, eli ne on tarkoitettu kaikille kansalaisille tai asukkaille.²³

YKSITYISTEN palveluntuottajien rooli on merkittävä erityisesti sosiaalipalveluissa sekä toisaalta perusterveydenhuollon käyntien tuottamisessa erityisesti työterveyshuollossa. Yksityiset palveluntuottajat voivat myydä palvelujaan hyvinvointialueille, työnantajille tai suoraan asiakkaille. Vaikka perustason palveluiden järjestämisvastuu on julkisella ja yksityisen roolia usein kuvataan vain palveluita täydentävänä, on yksityinen terveydenhuolto käytännössä erittäin merkittävässä roolissa suomalaisten perustason terveystalvetuiden tuottajana. Yksityinen tuottaa reilusti yli puolet perusterveydenhuollon käynneistä²⁴.

²³ Sosiaali- ja terveysministeriö 2022a.



ENITEN lääkärikäyntejä tapahtuu terveyskeskuksissa. Vuonna 2019 perusterveydenhuollon avosairaanhoidon lääkärin vastaanotolle tehtiin noin 4,8 miljoonaa käyntiä. Kaikkiaan lääkärikäyntejä oli yli 9,4 miljoonaa kaikki yhteystavat huomioiden. Vastaavasti sairaanhoitajan ja terveydenhoitajan avosairaanhoidon vastaanottokäyntejä oli 4,8 miljoonaa ja 10,1 miljoonaa kaikki yhteystavat huomioiden.^{25,26} Vuonna 2020 terveyskeskusten lääkärikäyntejä oli Suomessa hieman alle 4,7 miljoonaa. Sairausvakuutuksen korvaamia yksityislääkärikäyntejä oli samana vuonna hiukan alle 4 miljoonaa ja sairausvakuutuksen korvaamia työterveyslääkärikäyntejä runsaat 3,1 miljoonaa.²⁷



LÄÄKÄRIKÄYNNIT SUOMESSA 2020

- Terveyskeskusten lääkärikäynnit
- Sairausvakuutuksen korvaamat yksityislääkärikäynnit
- Sairausvakuutuksen korvaamat työterveyslääkärikäynnit

Kuva 4. Lääkärikäynnit Suomessa 2020.

TYÖTERVEYSHUOLLON piirissä on Suomessa noin 1,9 miljoonaa ihmistä. Suuri osa työikäisistä saa perustason terveystalvunsa työterveyshuollosta ja niiden kautta tehdään noin 3 miljoonaa lääkärikäyntiä vuodessa.^{28,29} Vaikka laki velvoittaa työnantajia vain ehkäisevän työterveyshuollon järjestämisessä, järjestävät useimmat työnantajat työntekijöilleen myös sairauenhoidollista työterveyshuoltoa.^{23,30} Työterveyshuollon kustannukset olivat vuonna 2020 yhteensä 879,5 miljoonaa euroa. Tästä summasta 80 % rahoittavat työnantajat ja 20 % työntekijät. Kela (valtio) ei rahoita työterveyshuoltoa, vaan se saa rahat maksamiinsa korvauksiin työnantajilta työntekijöiltä keräämistään sairausvakuutusmaksuista. Valtion rahoitus työterveyshuoltoon on marginaalinen: vuonna

²⁴ Elinkeinoelämän valtuuskunta EVA

²⁵ Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2021b.

²⁶ Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2022

²⁷ THL: Sosiaali- ja terveysalan tilastollinen vuosikirja 2022

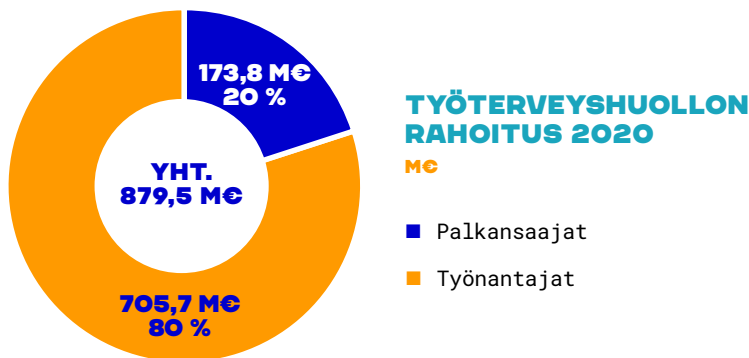
²⁸ Suomen lääkäriliitto 2016

²⁹ Takala et. al. 2019

³⁰ Kallio 2008



2021 vain 1,6 miljoonaa euroa eli promillen luokkaa koko työterveyshuollon kustannuksista. Noin puolet koko työterveyshuollon kustannuksista tulee suoraan työnantajilta asiakasmaksujen muodossa, eikä erityisesti tätä osuutta ole siirrettävissä millään mekaniisilla julkiseen terveydenhuoltoon.



Kuva 5. Työterveyshuollon rahoitus vuonna 2020, milj. €.

TYÖNANTAJIEN laaja halukkuus hankkia työntekijöilleen vapaaehtoisesti lakivelvoitetta huomattavasti laajempia terveyspalveluita on merkki siitä, että palvelut koetaan työkykyä tukeviksi ja kustannustehokkaiksi. Osaltaan se kertoo myös siitä, että universalismin periaatteesta huolimatta terveyspalveluja ei tosiasiallisesti ole saatavilla julkisena palveluna koko väestölle.

PERUSTERVEYDENHUOLLON avosairaanhoidon ja työterveyspalveluiden lisäksi yksityislääkärien palveluilla on tärkeä rooli perustason terveyspalveluissa suomalaisten terveysongelmien hoidossa. Moni kansalainen valitsee omien ja lastensa terveyspalveluiden tuottajaksi yksityisen palveluiden tuottajan maksaen palveluista joko suoraan itse tai vakuutuksen kautta. Vuonna 2019 Kela maksoi korvauksia noin 3,34 miljoonasta yksityislääkärikäynnistä. Todellisuudessa yksityislääkärikäyntien määrä on vieläkin suurempi, sillä kaikista käynneistä ei makseta Kela-korvausta. Yksityisten palvelujen käyttöä on lisännyt palvelujen hyvä saatavuus erityisesti suurissa kaupungeissa ja kuntakeskuksissa, vaikka palveluja



käytettäessä asiakkaan maksettavaksi jäävä omavastuuosuus on huomattavasti suurempi kuin julkisia palveluja käytettäessä.²³ Huomattava on, että valtaosa yksityislääkärin määräämien tutkimusten ja hoidon kustannusten Kela-korvauksista on poistunut 1.1.2023 alkaen ja lääkärikäyntien korvausta leikattiin noin puoleen aiemmasta (HE 237/2022). Kuitenkaan julkisesti rahoitettu järjestelmä ei pysty tällä hetkellä vastaamaan suomalaisten palveluiden tarpeeseen. Monen lääketieteen erikoisalan, kuten gynekologian, ortopedian tai silmäterveyden, kiireettömiä vastaanottoaikoja ei ole kaikilla alueilla saatavilla julkisena palveluna vaivatta tai lainkaan.³¹

³¹ Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2022b



3. HOIDON JATKUVUUS

3.1. HOIDON JATKUVUUDEN ELEMENTIT

HOIDON jatkuvuus jaetaan tämän päivän tutkimuskirjallisuudessa kolmeen ulottuvuuteen. Ulottuvuuksista ensimmäinen kuvaa henkilökohtaisen hoitosuhteen jatkuvuutta (relational continuity), toinen tiedonkulkuun liittyvää hoidon jatkuvuutta (informational continuity) ja kolmas hoidon suunnitteluun ja toteutukseen liittyvää hoidon jatkuvuutta (management continuity).²

JULKISESSA keskustelussa hoidon jatkuvuudesta korostuu yli muiden osa-alueiden henkilökohtaisen hoitosuhteen jatkuvuus. Näin on myös sosiaali- ja terveysministeriön tilaamassa *Hoidon jatkuvuus – Omalääkäri 2.0* -selvityksessä, jonka mukaan potilas-lääkärisuhde on yksi keskeisistä palvelutuotannossa toteutuvista elementeistä. Raportin mukaan palvelujen tulisi olla saatavilla ja kaikilla potilailla tulisi olla mahdollisuus valita tuttu lääkäri.² Niin kuin myös sosiaali- ja terveysministeriön tilaama raportti toteaa, hoidon jatkuvuus on kuitenkin laajempi kokonaisuus. Hoidon jatkuvuutta ja saatavuutta ei voida ihanteellisesti ja terveydenhuollon kokonaisresurssit järkevästi huomioiden edistää, jos huomioidaan ainoastaan henkilökohtainen hoidon jatkuvuuden ulottuvuus.

HOIDON jatkuvuus on yhteydessä vähentyneeseen sairaala- ja päivystyspalveluiden käyttöön sekä alentuneeseen ikävakioitun kuolleisuuteen. Hoidon jatkuvuuden on myös osoitettu lisäävän palvelujen laatua, kun huomioidaan kaikki hoidon jatkuvuuden ulottuvuudet. On kuitenkin ymmärrettävä, että hoidon jatkuvuus tarkoittaa eri asioita erilaisille potilasryhmille, sillä terveyspalveluja käytetään moninaisista syistä. Käypä hoito -suosituksen mukaan hoidon jatkuvuus on keskeistä monisairaana potilaan hoidossa⁷ ja



hoidon jatkuvuudesta hyötyvät eniten ne, joilla on vaikeasti hoidettavia ongelmia tai jotka ovat ikänsä tai sairautensa vuoksi erityisen hauraita³². Esimerkiksi pitkäaikaissairaille henkilökohtaisen hoitosuhteen jatkuvuus on olennaista: tuttu terveydenhuollon ammattilainen, kuten lääkäri tai hoitaja tietää potilaan historian ja osaa peilata potilaan palvelutarvetta siihen. Toisaalta samalle potilaalle voi eri tilanteissa olla merkityksellistä hoidon jatkuvuuden eri ulottuvuudet. Tieto toisen, ei-pitkäaikaisen sairauden hoidosta tulee olla kaikilla potilaan hoitoon osallistuvilla käytössään, mutta ei vaadi toteutuakseen hoidon jatkuvuuden henkilökohtaista ulottuvuutta.

PALVELUIDEN piirissä on myös potilaita, jotka eivät halua valita omalääkärinä tai eivät koe tarvitsevänsä sitä. On myös hyvä huomioida, että aina potilaan yhteydenotoissa perustason terveydenhuoltoon hoidon jatkuvuudesta ei ole hyötyä. Esimerkiksi Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveyspiiri Eksoten vastineessa valtuustolle³³ todetaan, että satunnaisesti palveluita tarvitsevilla hoidon jatkuvuuden hyödyt eivät korostu samalla tavoin kuin potilailla, joilla on pitkäaikaissairaus. Kun palveluja tarvitaan satunnaisesti esimerkiksi tapaturman tai infektion yhteydessä, saadun palvelun nopeus ja saatavuus korostuvat.

TARKASTELTAESSA hoidon jatkuvuutta COC-indeksillä (Continuity of Care), on huomioitava, että mittariin on jo sisäänrakennettu ajatus siitä, että kaikille potilaille henkilökohtaisen hoitosuhteen tuottama hoidon jatkuvuus ei ole samalla tavalla olennaista. CO-indeksi huomioi laskennassa ainoastaan potilaat, joilla on vähintään kolme kiireetöntä käyntiä kahden vuoden (24 kk) aikana. Toisin sanoen indeksi rajaa seurannan ulkopuolelle ne potilasryhmät, jotka käyttävät perustason kiireettömiä palveluja vain harvoin.³⁴

3.2. MONIAMMATILLISUUS

MONIAMMATILLISELLA yhteistyöllä sosiaali- ja terveysalalla tarkoitetaan asiakaslähtöistä toimintaa, jossa vuorovaikutuksessa asiakkaan ja eri ammattiryhmien kesken rakennetaan yhteinen käsitys asiakkaan tarpeista, tilanteesta ja ratkaisuisista.

³² Raivio 2017

³³ Karhula et al. 2022

³⁴ Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2022



Moniammatillinen toiminta perustuu eri ammattiryhmien asiantuntemuksen ja toimintatapojen tuntemukselle sekä ammattiryhmien väliseen kunnioitukseen ja haluun tehdä yhteistyötä.³⁵ Moniammatillisuus tukee erityisesti tiedonkulkuun sekä hoidon suunnitteluun ja toteutukseen liittyvää hoidon jatkuvuutta, sillä tiimiin voi kuulua laajasti eri ammattiryhmien edustajia, joiden ammattitaitoa hyödynnetään potilaan kulloisenkin tarpeen mukaan yhdessä ja erikseen. Moniammatillisen tiimin vetäjä voi olla kuka tahansa tiimin jäsenistä, eikä sen välttämättä tarvitse olla lääkäri. Tärkeintä on, että jollain taholla on kokonaiskuva potilaan hoidosta. Parhaimmillaan moniammatillinen tiimi tukee potilaan hoitoa ja hoidon jatkuvuutta sen kaikkia osa-alueita hyödyntäen.

OMALÄÄKÄRI 2.0 -selvitys pitää itsestäänselvyytenä, ettei moniammatillisella tiimityöllä voida korvata potilas - lääkäri -suhteen jatkuvuuden hyötyjä, vaikka Suomessa on jo pitkään ja ansiokkaasti hyödynnetty potilaiden hoidossa tätä työskentelytapaa. Esimerkiksi työterveyshuollossa moniammatillisen tiimin hyödyntäminen on erityisen vahvasti sisään rakennettu, sillä Työterveyshuoltolaki ja asetus 708/2013 velvoittavat työterveyshuoltoa tekemään laajaa yhteistyötä eri tahojen kanssa moniammatillisesti. On todettu, että moniammatillista tiimiä hyödyntämällä saavutetaan asiakkaan kannalta perustelluimmat ratkaisut.³¹ Potilaan ja tutun lääkärin välinen hoitosuhde ei aina takaa parasta mahdollista hoidon jatkuvuutta.

PARADOKSAALISESTI ammattilaisen pysyessä samana hoidon ja datan laatu voi jopa heiketä, jos luotetaan siihen, että yksi taho tietää kaiken tarpeellisen. Samoin, jos hoidon jatkuvuus tukeutuu vain omalääkärin tai omalääkärivetoisen tiimiin varaan, järjestelmä on haavoittuva, sillä omalääkäri ei ole aina tavoitettavissa. Myös lääkäreiden suuri vaihtuvuus ja työvoimapula vaikeuttaa tai jopa estää toimintamallin tosiasiallisen toteuttamisen. Huomioitavaa on, että moniammatillisten tiimien toimivuus edellyttävät terveydenhuollon eri ammattihenkilöiden riittävyyden varmistamista³⁶. Malli vaatii myös riittävän rahallisen panostuksen.

35 Jalonen 2014

36 Suomen
lääkäriliitto
2023



POTILAALLE olennaisen hoidon jatkuvuuden parantamista arvostetaan myös yksityisellä sektorilla. Yksityisen sektorin kokemukset osoittavat, että asiakkaan vapaus valita mahdollistaa hoidon jatkuvuudessa onnistumisen. Esimerkiksi Terveystalossa yksityisvastaanottoa pitäneiden yleislääketieteen erikoislääkärien vuonna 2022 mitattu COC-indeksi oli 0,79 ja työterveyden moniammatillisen tiimin (lääkäri, hoitaja, psykologi ja fysioterapeutti) 0,75.³⁷ Mehiläisen työterveyspalveluiden hoidon jatkuvuus COC-indeksillä mitattuna on ollut valtakunnallisesti huomattavasti parempi kuin julkisen sektorin vastaavien palveluiden. Hoidon jatkuvuus (COCI) lakisääteisen työterveyshuollon lääkärikäynneillä oli kahden vuoden aikana 0,72 ja lakisääteisen työterveyshuollon hoitajakäynneillä 0,66. Vastaavasti hoidon jatkuvuus julkisissa terveyskeskuspalveluissa on heikentynyt merkittävästi viime vuosien aikana. Vuonna 2018 saman lääkärin tapasi 47 % vastaajista ja vuonna 2022 vain 33 %.¹⁵ Huomioitavaa kuitenkin on, että selvityksessä tarkasteltiin vain yhtä hoidon jatkuvuuden ulottuvuutta eli henkilökohtaista hoitosuhdetta. Oletettavaa kuitenkin on, että hoidon jatkuvuus ei viime vuosina ole parantunut muidenkaan ulottuvuuksien osalta.

KUN henkilöllä on hoitosuhde työterveyteen, herää kysymys, miksi hänelle on oltava omalääkäri terveysasemalla. Jos työterveyshuollon asiakkaalla on kaksi tahoa (työterveyshuolto ja terveysaseman omalääkäri), joilla on hänestä hoitovastuu, ei hoidon jatkuvuus toteudu. Toisin sanoen, silloin kun henkilöllä on käytettävissään laajat työterveyspalvelut, joissa hoidon jatkuvuus on todennetusti hyvää tasoa, jatkuvuus on hänen osaltaan jo ratkaistu. Hoidon jatkuvuutta voidaan parantaa edelleen nykymallin puitteissa kehittämällä hoitoketjuja ja tiedon liikkuvuutta työterveyshuollon ja muun terveydenhuollon välillä. Hyvä esimerkki tästä on TYÖOTE-malli, jossa on kehitetty yhteistyötä muun muassa työterveyshuollon, erikoissairaanhoidon ja kuntoutuksen toimijoiden välillä, ja näin pystytty merkittävästi lyhentämään sairauspoissaoloja ja toipumisaikoja.



TYÖOTE-TOIMINTAMALLILLA TUETAAN POTILAAN TOIPUMISTA JA HOIDON JATKUVUUTTA TYÖTERVEYSHUOLLON JA JULKISEN TERVEYDENHUOLLON YHTEISTYÖLLÄ

Työote-mallin tavoitteena on lyhentää potilaan sairauspoissaoloja ja työkyvyttömyyttä sekä parantaa potilaan työkyvyn tukea. Käytännössä tämä tarkoittaa sitä, että potilas saa erikoissairaanhoidon hoitajakson jälkeen aikaisempaa lyhyemmän sairausloman ja tämä ohjataan työterveyshuoltoon työkyvyn arviointia ja työhönpaluu-suunnitelmaa varten.

Uutta mallissa on se, että työterveyshuolto ottaa potilaasta koordinoituvastuun, potilaan työkykyyn liittyvät asiat ohjataan suoraan työterveyshuoltoon ilman välitappeja ja sairauspoissaolon pituus määritellään yhdessä työntekijän ja työnantajan kanssa. Mallia hyödyntäen potilaiden työkyky tulee arvioitua yksilöllisesti ja työn kuormitus huomioiden.^{38,39}

Sairauspoissaoloja lyhentämällä hyötyvät potilaan lisäksi työpaikat ja terveydenhuollon toimijat sekä välillisesti koko yhteiskunta.^{38,39} Mallia on arvioitu kyselytutkimuksella ja alustavien tulosten mukaan työkyvyttömyysaika on lyhentynyt TYÖOTE-toimintamallin käyttöönoton jälkeen verrattuna aiempaan tutkimusaineistoon.⁴⁰

Toimintamallia on tähän mennessä hyödynnetty eniten ortopedisten leikkausten yhteydessä, mutta se soveltuu muillekin potilasryhmille. Ensimmäisenä se otettiin käyttöön Keski-Suomessa ja se on leviämässä koko Suomeen Työterveyslaitoksen hankkeen kautta.^{38,40}

38 Työterveyslaitos 2022

39 Lääkärilehti 2023

40 Kangas 2022



3.3. SEGMENTOINTI JA PALVELUOHJAUS

HOIDON jatkuvuuden turvaamisessa ei tulisi pyrkiä siihen, että kaikille kansalaisille tuotetaan täsmälleen samat palvelut, vaan palveluja tulisi kohdentaa tarpeiden mukaan ja määrällisesti erityisesti niille, jotka niitä eniten tarvitsevat ja jotka niistä eniten hyötyvät. Esimerkiksi monisairaista henkilöistä on tärkeää tunnistaa ne potilaat, joiden toimintakyky ja elämänlaatu ovat heikentyneet tai riskissä heikentyä⁴¹. Näin voidaan vähentää esimerkiksi terveystalvelujen kuormitusta ja kustannuksia. Koska näiden asiakkaiden tunnistaminen on keskeistä, onnistuminen hoidon jatkuvuuden turvaamisessa edellyttää vahvaa osaamista asiakassegmentoinnissa ja palveluohjauksessa.

SEGMENTOINNISSA väestö jaetaan asiakas- tai potilasryhmiin olennaisten kriteerien perusteella. Usein käytettyjä kriteereitä ovat sairastavuus, diagnostiset muuttujat ja yksittäiset riskitekijät. Segmentoinnin tarkoituksena on muodostaa jaettu ymmärrys samankaltaisessa tilanteessa olevista asiakkaista palveluiden tarkoituksenmukaiseksi kohdentamiseksi. Segmentointi voi hyvin toteutettuna edistää palveluiden oikea-aikaisuutta ja vaikuttavuutta.⁴²

PALVELUOHJAUKSEN ja asiakassegmentoinnin kautta pystytään kuvaamaan, miten potilaat kulkevat eri palveluissa ja mitä palveluja he käyttävät. Potilas pystytään myös tunnistamaan valittujen indikaattorien perusteella hyödyntäen kattavaa dataa ja tekoälyä ja tarvittaessa tarjoamaan hänelle palveluja ennakoivasti. Samalla tuotetuissa palveluissa voidaan huomioida potilaan hoidon kannalta keskeisin hoidon jatkuvuutta tukeva osa-alue tai vaihtoehtoisesti valita palvelu ilman hoidon jatkuvuuden painottamista, tilanteen mukaan.

SOSIAALI- ja terveysministeriön *Tulevaisuuden sosiaali- ja terveyskeskus 2020–2022 -ohjelman*⁴³ mukaan keskeiset asiakassegmentit tunnistamalla voidaan rakentaa eri asiakasryhmille vaikuttavia palveluja asiakkaiden tarpeiden ja voimavarojen mukaan. Näin

41 STN IMPRO 2021

42 Liukko et al. 2018

43 Sosiaali- ja terveysministeriö 2020



voidaan suunnata resursseja asiakastarpeen mukaisesti uudella tavalla. Segmentointia ja palveluohjausta voidaan siis hyödyntää eri tavoin asiakkaan tarpeen mukaan. Asiakkaan ensikontaktissa terveyspalveluihin keskeistä on nopea palvelu- ja hoidontarpeen arviointi, kun taas palveluja suunniteltaessa korostuu ammattilaisten ja asiakkaan yhteistyö ja eri yhteistyötahojen huomioiminen. Lisäksi esimerkiksi ennaltaehkäisyyn ja varhaisen tuen osalta neuvontapalvelujen rooli korostuu.

ONNISTUNEEN segmentoinnin varaan on rakennettu keskitetyn palveluohjauksen toimintamalleja. Keskitetyillä malleilla on ratkaistu hoidon jatkuvuuden ja hoitoon pääsyn haasteita menestyksekkäästi. Asiakas- ja potilaslähtöisten palvelujen ja palveluohjauksen menetelmillä asiakkaat ovat saaneet palvelua keskimäärin nopeammin kuin perinteisillä toimintamalleilla. Keskeisin oivallus on ollut, että jokaisen asiakkaan asiaan otetaan heti kantaa ja asiakas ohjataan asiakassegmentoinnin avulla oikeaan palvelupolkuun kulloisenkin tarpeen mukaan. Toiminnassa on varmistettu, että asiakkaan hoitoon osallistuvilla terveydenhuollon ammattilaisilla on mahdollisuus seurata asiakkaan palvelupolkua ja osallistua siihen tarvittaessa sekä se, että asiakkaalla on itsellään mahdollisuus tuottaa tietoa omasta terveydentilastaan.

KESKITETYN palveluohjauksen mallissa hyödynnetään usein myös digitaalisia asiointikanavia. Esimerkiksi julkisten toimijoiden kehittämä digitaalinen palvelu, Omasuuntima, on ratkaisu palveluohjaukseen. Sähköistä, kysymyksiin perustuvaa palvelua käyttävät terveydenhuollon asiakas ja ammattilainen yhdessä vastaanotolla tai sairaalassa. Palvelun yhtenä tavoitteena on löytää asiakasta mahdollisimman hyvin tukeva palvelupolku. Palvelun kysymykset auttavat asiakasta myös ymmärtämään omaa tilannettaan.⁴⁴ Palvelussa korostuu suunnitelmallisuus ja se sopii tilanteisiin, joissa asiakkuus on jo olemassa. Omasuuntima on kuitenkin käytössä vasta muutamalla hyvinvointialueella.



3.4. DIGITAALISTEN RATKAISUJEN MAHDOLLISUUDET

DIGITAALISTEN ratkaisujen hyödyntäminen hoidon jatkuvuuden ja erityisesti palvelujen saatavuuden turvaamisessa on noussut yhdeksi keskeiseksi tekijäksi terveystalouksissa. Viime vuosina terveydenhuollossa onkin hyödynnetty koko ajan enemmän teknologiaa palvelutuotannossa. Koronapandemian myötä otettiin nopeasti käyttöön uusia digitaalisia ratkaisuja palvelujen tuottamiseksi ja esimerkiksi etäasiointi yhteystapana perusterveydenhuollossa lähes kymmenkertaistui ja etäasiointi ilman reaaliaikaisia kontakteja lisääntyi merkittävästi koronapandemian aikaan. Arvioiden mukaan uudet terveydenhuollon tuottamistavat jäävät pysyviksi muutoksiksi palvelujen tuottamistapoina.^{45,21}

ETÄRATKAISUT mahdollistavat terveydenhuollon ammattilaisten osaamisen hyödyntämisen laajasti lähes reaaliaikaisesti. Asiakkaan näkökulmasta palvelujen saatavuus lisääntyy ja palvelutarjonta monipuolistuu. Lisäksi etäyhteyksin toteutettu käynti säästää asiakkaan aikaa ja vaivaa. Ammattilaisen näkökulmasta potilaan asiaan voi tarttua suoraviivaisesti sekä pyytää helposti konsultointia esimerkiksi erikoislääkäriltä tai fysioterapeutilta, jolloin asiakkaan asia tulee hoidetuksi nopeammin. Toisaalta terveydenhuollon ammattilaisilla on etäratkaisuja hyödyntämällä oikein johdettuna ja suunniteltuna parempi mahdollisuus hallita omaa työtään. Parhaimmillaan etäasiointi on vaivatonta ja säästää sekä aikaa että rahaa¹⁴.

JOKAISTA potilaita ei tarvitse tuntea perusteellisesti, jotta terveydenhuollon ammattihenkilö voi ottaa kantaa asiakkaan tilanteeseen etäratkaisuin. Toisaalta omahoitaja tai omalääkäri pystyy helposti ottamaan kantaa tutun, paljon palveluita tarvitsevan potilaan asiaan etäyhteyksin. Tärkeää onkin arvioida, mihin palveluihin, kenele ja missä tilanteessa etäasiointi on hyvä vaihtoehto. Kaikkea ja kaikkia ei tarvitse pystyä hoitamaan etänä.

⁴⁵ Rissanen et al. 2020



JOKAINEN ETÄNÄ HOIDETTU ASIAKAS VAPAUTTAA AMMATTILAISTEN AIKAA SITÄ TARVITSEVIEN ASIAKKAIDEN KASVOKKAISEEN KOHTAAMISEEN.

YKSITYISET palveluntuottajat ovat osana digikehitystään kehittäneet toimivat mallit myös asiakkaiden ohjaukseen ja segmentointiin. Esimerkiksi BeeHealthyn toimintamalli ohjaa asiakaslähtöisesti ja tarpeenmukaisesti eri digitaalisiin palvelupolkuihin kiireellisen ja kiireettömän hoidontarpeen potilaan sekä ennalta suunnitellun hoidon.

ETÄNÄ toteutettavien palvelujen hyödyntäminen ei enää tarkoita terveyspalveluiden epätarkoituksenmukaisen käytön lisääntymistä. Järkevästi suunnitellut, koordinoitujen ja toteutettujen ratkaisujen tukevat potilaan hoidon toteutusta myös osallistavat potilaita omaan hoitoonsa. Kansallisissa strategioissa *Sote-tieto hyötykäyttöön (2014–2020)*⁴⁶ ja *Hyvinvoinnin, terveyden ja turvallisuuden edistäminen 2030*⁴⁷ korostetaan kansalaisten aktiivista osallistumista hoito- ja palveluprosesseissa sähköisiä menetelmiä hyödyntäen. Digitaalisuuden hyötyjen tuominen palvelujärjestelmään edellyttää strategista ja kansallista ohjausta. Yksi keskeinen kysymys on, voidaanko tulevaisuudessa asioinnista syntyvää dataa hyödyntää nykyistä tehokkaammin ennaltaehkäisyssä ja ennakoinnissa esimerkiksi tunnistamaan väriä lääkityksiä tai muita riskitekijöitä ja kontaktoida potilaita tämän pohjalta.

DIGITAALISUUS voi tehokkaalla tiedon prosessoinnilla tukea ammattilaisten työtä, auttaa kohdentamaan rajallisia resursseja aiempaa paremmin sekä tehdä huomioita, joita ihminen ei pysty tekemään. Tosiasia on, että sosiaali- ja terveyspalvelujen ala hyödyntää koko ajan enemmän digitaalisia ja teknologisia ratkaisuja. Oletettavaa on, että sosiaali- ja terveyspalveluista ja niiden osista tulee yhä enemmän teknologiaa ja teknologioista yhä enemmän sote-palveluja.¹⁷

⁴⁶ Sosiaali- ja terveysministeriö 2014

⁴⁷ Valtioneuvosto 2021



MEHILÄISEN DIGIKLINIKAN TYÖTERVEYSASEMA HOIDON JATKUVUUDEN PARANTAJANA

Hoidon jatkuvuuden heikkous on tunnistettu riskiksi terveydenhuollon etäpalveluissa. Taustalla on toimintamalli, joka voi jättää huomiotta asiakkaan kokonaistilanteen, koska päivystysluonteisessa toiminnassa asiakasta voi hoitaa joka kerta eri asiantuntija. Mehiläisen Digiklinikan työterveysasemalla tähän haasteeseen on tartuttu tehostamalla niiden potilaiden tunnistamista, jotka voivat hyötyä tiiviimmästä ja keskitetyimmästä hoidosta. Tunnistuksessa hyödynnetään oirekyselyä sekä sairauspoissaolo- ja käyntitietoon perustuvaa asiakasohjausta.

Kun asiakas ottaa yhteyttä Digiklinikan työterveysasemalle asiakasohjaus alkaa chat-pohjaisesta automaattisesta oirekyselystä, jonka perusteella asiakas ohjataan oikealle terveydenhuollon ammattilaiselle. Mikäli asiakkaalla on ollut runsaasti sairauspoissaoloja tai lääkärikäyntejä, tämä ohjataan työterveyden ammattilaiselle yleislääkärin tai sairaanhoitajan sijaan. Oirekyselyn vastaukset tulevat ammattilaisen nähtäväksi ja samalla ammattilainen pääsee tutustumaan asiakkaan aikaisempiin tietoihin sekä saa nähtäville aikaisemmat sairauspoissaolot, diagnoosit ja käyntitiedot.

Asiakasohjauksen tavoitteena on hoidon jatkuvuuden parantaminen. Erityisen hyviä kokemuksia on saatu työterveysammattilaisten kokonaisarviosta tilanteissa, joissa asiakkaalle on kertynyt sairauspoissaoloja runsaasti. Mehiläisessä käytössä olevalla Kompassi-työkalulla työterveystiimi pystyy seuraamaan toistuvia ja pitkittyviä



poissaoloja ja tarvittaessa olemaan yhteydessä asiakkaaseen. Digiklinikan työterveysasemalla havaitut työkykyyn liittyvät riskit otetaan ennaktoivasti puheeksi akuutin sairauden hoidon yhteydessä, jolloin asiakkaan saama oikea-aikainen tuki sekä ymmärrys omasta tilanteesta paranee. Mikäli tarvitaan pitkäaikaisempaa seurantaa tai laajempia tutkimuksia, asiakas ohjataan omaan työterveystiimiin. Työterveystiimillä pysyy näin asiakkaan ja työnantajan tilanteesta kokonaiskuva, joka helpottaa työterveysyhteistyötä.

Suurin osa asiakkaista on perusterveitä ja työikäisiä, jolloin akuutin vaivan nopea ja tehokas hoito on riittävä interventio. On kuitenkin tärkeää tunnistaa mahdolliset työkykyriskissä olevat asiakkaat, jotka tarvitsevat kokonaisvaltaisempaa, nimetyn moniammatillisen työterveystiimin tekemää arviota ja työkyvyntuen toimenpiteiden käynnistämistä, johon työterveyshuoltolaki velvoittaa. Teknisiä työkaluja käyttämällä voidaan tuottaa mahdollisimman suuri terveyshyöty käytettävissä olevilla resursseilla.

Vuotisen miljoonan asiointitapahtuman Digiklinikalla varsinaisen hoidon tarpeen arvion tekee aina terveydenhuollon ammattihenkilö.



4. KUMPPA- NUUTTA HOIDON JATKUVUUDEN TURVAAMISEKSI

48 Pikkujämsä et al.
2014

4.1. PALVELUJEN TUOTTAMINEN

PERUSTASON terveystalvveluiden tuottamisessa vielä hyödyntämättä olevia yhteistyön mahdollisuuksia julkisten ja yksityisten toimijoiden kesken on merkittävästi. Koska julkinen sektori on kiinnostunut etupäässä suoraan järjestämis- ja rahoitusvastuullaan olevista palveluista, ei millään taholla ole selkeää kokonaiskuva perusterveydenhuollon asiakkaista, kustannuksista tai palvelujen käytöstä⁴⁸. Kuitenkaan edes *Hoidon jatkuvuus – Omalääkäri 2.0* -selvityksessä hoidon jatkuvuusmalli ei ole sidottu julkiseen palvelutuotantoon².

**SUOMESSA ONKIN HYVÄT MAHDOLLISUUDET
HYÖDYNTÄÄ ERI SEKTORIEN VAHVUUKSIA
HOIDON JATKUVUUDEN TURVAAMISESSA,
PALVELUJEN SAATAVUUDEN VARMISTAMISESSA JA
TERVEYSTALVVELUJEN TUOTTAMISESSA.**

ERITYISESTI perustason terveystalvveluja suunniteltaessa ja toteutettaessa julkisen sektorin kannattaa toimia tiiviissä yhteistyössä terveystalvvelujen tuottajien kanssa yhteisten tavoitteiden edistämiseksi, vaikuttavimpia ja toimivimpia käytäntöjä hyödyntäen.

TÄLLÄ hetkellä yhteistyö julkisen ja yksityisen sektorin välillä on keskittynyt julkisesti tuotettujen palveluiden saatavuuden puutteiden usein pistemäiseen kompensoimiseen. Palveluseteleillä on



pyritty terveyspalveluissa ensisijaisesti lisäämään käyntimääriä palvelutarpeeseen vastaamiseksi. Tosiasiallisesti syntynyt toimintamalli palveluiden tuottamiseksi palvelusetelillä ei tuota hoidon jatkuvuutta niillekään potilaille ja potilasryhmille, jotka siitä merkittävästi hyötyisivät. Itsessään palveluseteli rahoitusinstrumenttina tarjoaa mahdollisuuksia tuottaa hoidon jatkuvuutta, mikäli näin toivotaan ja toive huomioidaan palvelusetelin sääntökirjan laadinnassa. Esimerkiksi suun terveydenhuollossa palveluseteli voi lisätä hoidon jatkuvuutta, mikäli se tarjoaa asiakkaalle mahdollisuuden valita tuttu palveluntuottaja.

SOTE-PALVELUIDEN ulkoistuskilpailutuksissa on keskitytty hoidon saatavuuden parantamiseen hoidon jatkuvuuden kustannuksella. Fokus hankinnoissa on ollut palveluntuotantoon luvattavien lääkäreiden, hoitajien ja muiden sote-ammattilaisten määrässä tai siinä, miten halvalla palvelu on mahdollista hankkia. Hankintamallit eivät ole kannustaneet hoidon jatkuvuuteen.

HOIDON jatkuvuuden näkökulmasta jatkossa tulisi hyödyntää enemmän monituottajamallin mukaisia ratkaisuja, jotta välttyttäisiin hoidon jatkuvuuden karikoilta esimerkiksi hoidon nivelkohdissa, etenkin suhteessa toimintakykyyn ja kuntoutukseen. Hyvä esimerkki työterveyshuollon ja julkisen terveydenhuollon yhteistyöstä on TYÖ-OTE-toimintamalli, joka tehostaa työterveyshuollon ja julkisen terveydenhuollon yhteistyötä. Tavoitteena mallissa on parantaa potilaan työkyvyn tukea ja siirtää työkyvyn arviointivastuuta erikoissairanhoidosta ja perusterveydenhuollosta työterveyshuoltoon.³⁸ Hyväksi todettu käytäntö hoidon jatkuvuudesta suunnittelun ja toteutuksen näkökulmasta on ollut myös Espoon liukumäkimalli, jossa tekonivelleikattujen hoitoketju jatkuu saumattomasti perusterveydenhuollossa ja jossa kuntoutus on osa kokonaisuutta. Näitä molempia käytäntöjä yhdistävät yhteisesti sovitut tavoitteet, tehtävät ja roolit.

KESTÄVIÄ peruspalveluja tuottaessa sote-ammattilaisten osaamisresurssia tulee jatkossa hyödyntää siten, että se palvelee kokonaisuutta mahdollisimman hyvin ja unohtaa historian toimintamallien rajoitteet. Terveydenhuollon työvoimapulan suuruus ja



tulevaisuuden työvoimatarpeiden ratkaiseminen edellyttävät monia keinoja^{17,21}. Siksi terveyspalveluiden haasteita ratkottaessa on huomioitava, että yksityisellä sektorilla on valtava työvoima- ja osaamisreservi, jota ei tule jättää hyödyntämättä.

JOTTA riittävä työvoiman saanti voidaan turvata, olisi järkevää pohtia esimerkiksi sitä, tuleeko terveydenhuollon ammattilaisen tai alalle koulututtuvan ja tämän ohjaajan olla työsuhteessa organisaatioon, johon hän tuottaa palveluja. Lääkärien tarjontaa rajoittaa merkittävästi esimerkiksi se, mikäli vuokralääkärinä julkisia palveluja tuottavassa organisaatiossa toimiessaan lääkäri ei saa jaksosta opintosuoritusta. Tämä johtaa siihen, että lääkärit haakeutuvat muualle töihin, usein kasvukeskuksiin. Etenkin harvemmin asutuilla alueilla ei ole mahdollisuutta kilpailla työvoimasta tai houkutella nuoria lääkäreitä ja sen vuoksi alueet eriarvoistuvat hoidon saatavuuden näkökulmasta. Toisaalta tällä hetkellä lääkäri ei voi myöskään suorittaa yksityisellä sektorilla perus- ja erikoistumiskoulutuksen edellyttämiä käytännön jaksoja samoin, yliopistojen hyväksymin kriteerein ja valtion maksamin koulutuskorvauksin kuin julkisella sektorilla, vaikka tuottaisivatkin julkisia palveluja yksityisen toimijan kautta.

TERVEYDENHUOLLON henkilöstöä on siirtynyt koko ajan enemmän työskentelemään yksityiselle sektorille. Voidaan ajatella, että yksi syy ammattilaisten siirtymään on yksityisellä sektorilla työskentelevien ammattilaisten hyvä työtyytyväisyys. Terveystalon *Osaajapulssi 2022* -tutkimuksen tulosten mukaan julkisten palvelujen terveysasemien yleislääkärit ovat työhönsä tyytyväisiä (eNPS, Employee Net Promoter Score, = 45). Arvioinnissa oli väittämiä muun muassa työssä onnistumisen mahdollisuuksista, työssä tarvittavan tiedon saannista, mahdollisuuksista vaikuttaa omaan työhön ja halusta työskennellä jatkossa Terveystalossa. Kyselyjen mukaan työn mielekkyydelle lääkärit antoivat 4/5 pistettä.⁴⁹

SOTE-PALVELUJÄRJESTELMÄN kestävyuden näkökulmasta tarvitaan uusia tuottavampia toimintatapoja ja innovaatioiden hyödyntämistä. Teknologia muuttaa ja on jo muuttanut paitsi palvelujen



tuottamistapoja myös työn tekemisen tapoja¹⁷. Digitaaliset ratkaisut tulee nähdä vahvempana osana terveydenhuollon palvelutuotannossa. Muutos on jo alkanut. Esimerkiksi työterveydessä on hyödynnetty etäasiointia, digitaalisia ratkaisuja ja asiakassegmentointia jo vuosia. Hyviä kokemuksia on saatu asiakkaiden palveluohjauksesta sekä segmentoinnin hyödyistä potilaan hoitotuloksiin ja laatuun.

YKSITYISET toimijat ovat myös tottuneet keräämään tietoa toiminnastaan ja hyödyntäneet sitä oman toiminnan ja tuotetun palvelun laadun kehittämisessä. Yksityisten palveluntuottajien kyvykyys tulisikin valjastaa tuottamaan suomalaisille yhä paremmin toimiva palveluita.

DIGITAALISET tavat tuottaa palveluja vaativat toimiakseen saumattoman tiedon kulun, mikä on olennaista myös hoidon jatkuvuuden näkökulmasta. Asiakas- ja potilastiedon kulkeminen ei saa olla rajapintojen ja monien kirjausten takana, vaan tiedon tulisi seurata asiakasta. Näin kaikilla potilaan hoitoon osallistuvilla on mahdollisuus hyödyntää tietoa potilaan hoidossa. Eri sektorien välisessä yhteistyössä yhtenä kompastuskivenä onkin ollut tiedon saaminen/liikkuminen.

TIEDON hyödyntäminen ja muu digikehitys tuo valtavasti mahdollisuuksia tarjota myös hoidon jatkuvuutta. Monelta osin tästä on haettavissa oppeja vahvasti digitalisuuteen panostaneilta yksityisiltä toimijoilta. Yhteisen palveluiden parantamiseksi ei tule jättää hyödyntämättä jo kerättyä osaamista.

PERUSTASON terveyspalveluiden hoidon jatkuvuuden parantamiseksi on löydettävissä toimivia, hoidon saatavuutta parantavia ja jatkuvuutta tuottavia yhteistyön tapoja. Yhteistyössä toiminnan tavoitteiden tulee olla yhteisiä sekä selkeästi määriteltyjä ja oppeja tulee hakea ennakkoluulottomasti parhaista käytännöistä eri toimijoilta yli sektorirajojen. Toisaalta yhteistyön tulee olla merkittävästi nykyistä pitkäjänteisempää ja yksityiset palveluntuottajat tulee nähdä tasavertaisina kumppaneina suomalaisten palveluiden



tuottajina. Ei ole mielekästä takertua yhteen malliin ja tapaan organisoida työtä, sillä keskenään hyvinkin erilaisilla toimintatavoilla voidaan päästä hyviin tuloksiin. Olennaista on määritellä yhteiset tavoitteet, laadun kriteerit sekä tavoitteisiin pääsemisen kannusteet jättäen riittävästi tilaa varsinaisen toiminnan innovoinnille. Yksityisten palveluntuottajien vahvuuksia kannattaa hyödyntää nimenomaan uusien, tuottavuutta ja laatua parantavien palvelun tuottamisen tapojen innovoinnissa. Järjestöjen sosiaaliset innovaatiot tai terveystaluyritysten etävastaanotot ja kehittyneet toiminnanohjauksen mallit ovat tästä hyviä esimerkkejä.

OPPIA mahdollisiin yhteistyömalleihin on haettavissa paitsi viimeaikaista kokeiluista, myös käytännöistä Suomen ulkopuolelta. Esimerkiksi Virossa on käytössä yrittäjäpohjainen perhelääkärimali, missä perhelääkäriyöhön erikoistunut ammatinharjoittajalääkäri ja Viron sairausvakuutuskassan välillä on sopimus. Sopimuksella on sovittu mm. asiakasperusteisista maksuista, perusmaksusta ja erilaisista kannustimista. Asukkailla on oikeus valita haluamansa perhelääkäri ja vaihtaa sitä tarpeen mukaan. Jokaisella perhelääkärillä on luettelo asukkaista, joille tämä tuottaa palveluja. Viron mallissa olennaista on palveluiden järjestämis- ja tuottamisvastuun selkeä erottaminen. Tanskassa perusterveydenhuolto nojaa pienten, yrittäjävetoisten yksiköiden varaan, joiden vastuuhenkilönä on yleislääketieteen erikoislääkäri. Todellinen väestövastuu sekä mahdollisuudet ja kannusteet sen toteuttamiseen lisäävät Tanskassa hoidon jatkuvuutta ja työn vetovoimaa. Myös Suomessa pitää olla rohkeutta haastaa vallalla oleva perusterveydenhuollon yksiköiden suuruuden ekonomia ja tutustua kansainvälisiin tutkimuksiin, joiden perusteella pienet hoidon yksiköt lisäävät sekä ammattilaisten että asiakkaiden tyytyväisyyttä ja työn hallintaa.

4.2. MAHDOLLISIA YHTEISTYÖMALLEJA

TYÖTERVEYSHUOLLON palveluntuottajilla on merkittävä rooli paitsi erityisosaamisen takia, jota heillä on työikäisten työkykyyn liittyen, myös perusterveydenhuollon palveluissa, joita he tuottavat työikäiselle väestölle.



TYÖTERVEYSHUOLLON PALVELUNTUOTTAJAT OLISI MAHDOLLISTA OTTAA MERKITTÄVÄSTI NYKYISTÄ VAHVEMMIN MUKAAN VÄESTÖN PERUSTERVEYDENHOIDON JATKUVUUDEN VARMISTAMISEEN JUURI TYÖIKÄISTEN OSALTA.

SAIRAAZHOIDON palveluiden hankkiminen työntekijöille työterveyshuollon osana on tällä hetkellä vapaaehtoista työnantajille. Tämä johtaa tilanteeseen, jossa yksilö voi joidenkin tarpeidensa osalta olla työterveyshuollon palveluntuottajan palveluiden piirissä, kun taas toisten osalta hänen tulee hakeutua hoitoon terveyskeskukseen. Sairaanhoidon palveluiden järjestäminen työntekijöille osana työterveyshuoltoa voitaisiin säätää erikseen määriteltävällä minimitasolla velvoittavaksi tai vaihtoehtoisesti luoda vahvempia kannusteita sairaanhoidon palveluiden tuottamiseen sillä palveluntuottajalla, joka huolehtii myös työterveyshuollon erityisosaamisesta.

EDELLÄ kuvattu muutos edellyttäisi palveluiden julkisen järjestäjän osallistumista nykytilasta poiketen myös sairaanhoidon kustannusten kompensoimiseen. Tällöin työnantajat ja heidän valitsemansa työterveyshuollon palveluntuottajat vastaisivat eräänlaisella väestövastuulla listoillaan olevien työntekijöiden perusterveydenhuollon järjestämisestä. Kyse ei olisi ensisijaisesti työterveyshuollon erikoisalaosaamisesta vaan yleislääketieteen vahvistamisesta sen rinnalla. Työnantajat voisivat edelleen halutessaan tarjota perustason ylittävää terveydenhuoltoa omalla kustannuksellaan. Hoidon jatkuvuus paranisi, kun sekä ennaltaehkäisy että sairaanhoito olisivat samalla palveluntuottajalla. Yksityisistä palveluntuottajista moni seuraa jo nyt hoidon jatkuvuutta, joten myös hoidon jatkuvuuden mittarien käyttöönotto olisi todennäköisesti melko vaivatonta.

TÄLLÄISEN mallin luominen edellyttäisi laajaa selvitystyötä ja sen eri ulottuvuuksien tarkempaa arviointia työterveyshuoltolaista ja työterveyshuollon korvausjärjestelmästä lähtien. Parhaimmillaan järjestely lisäisi työntekijöiden välistä tasa-arvoa, koska kaikille



työntekijöille kuuluisi silloin jonkin tasoinen terveydenhuolto. Eri-tyistä huomiota kannattaa kiinnittää sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstön omaan työterveyshuoltoon. Tällä hetkellä kaikilla sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisilla ei itsellään ole käytössään kuin ennaltaehkäisevä työterveyshuolto.

RIITTÄVÄT sairaanhoidon palvelut ovat kuitenkin osa toimivaa työterveyshuoltoa, ja ne tukevat ennaltaehkäisyä, työssä jaksamista sekä työperäisten sairauksien ja kuormituksen tunnistamista ja hoitoa. On tärkeää, että muun muassa korona-ajan ja palvelujen ruuhkautumisen jäljiltä kuormittunut hoitohenkilöstö saa itse riittävät palvelut, tuottaa ne sitten julkinen tai yksityinen.

TOINEN merkittävä väestöryhmä, jossa yksityisillä palveluntuottajilla voisi olla nykyistä vahvempi rooli, on eläköityvät työntekijät. Eläketurvakeskuksen tilastojen^{50,51} mukaan vuosikymmenen vaihteeseen asti työeläkkeen vanhuuseläkkeelle siirtyä vuosittain keskimäärin hieman yli 50 000 henkilöä. Suuri osa heistä on verrattain hyväkuntoista ja tottuneita käyttämään yksityisesti tuotettuja työterveyshuollon palveluja. On valtiontalouden kannalta merkittävää, siirtyykö ko. väestönosa täysin julkisten palvelujen piiriin vai käyttävätkö he osittain omaa rahaa terveystalujensa hankkimiseksi ja oman hyvinvointinsa edistämiseksi. Mahdollinen luonteva instrumentti rahoituskannusteen luomiseen palvelujen osalta voisi olla ko. ryhmälle räätälöity, kohdennettu Kela-korvaus palvelujen hankkimiseksi. Korvaus voisi koskea mallia, joka kohdistuisi esimerkiksi vuoden mittaiseen peruspalvelujen palvelupakettiin. Kela-korvatun ”paketin” ehdoksi voitaisiin asettaa palveluntuottajalle hoidon jatkuvuuteen velvoittavia elementtejä. Malli mahdollistaisi myös uusien, pienten terveystaluyritysten synnyn ja osallistumisen oman lähialueensa ikääntyvän väestön hoidon jatkuvuuden varmistamiseen, sillä se ei tarvitsisi esimerkiksi kilpailtua ja yhä niukempaa työterveyshuollon erikoislääkäriresurssia toiminnan aloittamiseen.

YKSILÖN oman rahan käytön lisäksi keskeinen kysymys valtiontalouden kannalta on, pystytäänkö lähivuosien suuren väestöryhmän

50 Eläketurvakeskus
2022

51 Tikkanmäki et al.
2022



eli eläköityvien palveluntarvetta vähentämään ja viivästyttämään. Sekä aivoinfarktin että sepelvaltimotautien esiintyvyys lisääntyy selvästi 75 ikävuoden jälkeen. Esimerkiksi aivoinfarkteista suurin osa pystyttäisiin välttämään riittävän varhaisilla elämäntapa- ja lääkitysmuutoksilla. Käypä hoito -artikkelin mukaan vuonna 2010 ensimmäiseen aivoinfarktiin sairastuneiden keski-ikä oli 72,7 vuotta, ja 51,2 % sairastuneista oli miehiä. Ensi kertaa aivoinfarktin sairastaneista 10,7 % sai uuden aivoverenkiertohäiriön vuoden kuluessa. AVH-potilaan elinikäisten kustannuksien arvioitiin vuonna 2003 olevan Perfect-aineistossa sairastuneiden viiden vuoden seurannan ja elinajan odotteen perusteella 86 000 euroa, josta vajaa kaksi kolmasosaa aiheutuu suoraan aivohalvauksesta. Hyvinvointivaltioissa kaikkien aivohalvausten esiintyvyys on kasvanut edelleen sekä alle 75-vuotiailla (535 sairastunutta 100 000:tta henkeä kohden) että 75-vuotiailla ja sitä vanhemmilla (6 481 sairastunutta 100 000:tta henkeä kohden).⁵²

MIKÄLI edes hieman nykyistä suurempi osuus aivoinfarkteista ja sepelvaltimotaudista pystyttäisiin ehkäisemään, sosiaali- ja terveydenhuoltoon ja talouteen kohdistuva kuormitus sekä muistisairaiden määrä pienenisi ja ikääntyvien ja heidän läheistensä elämäntilaatu paranisi. Yksi hyvä nivelkohta tarttua asiaan on eläkkeelle jääminen. On sosiaali- ja terveydenhuoltomme lähivuosien kohdalonkysymys, miten pystymme tukemaan eläköityvien ihmisten määrällisesti suurta joukkoa terveytensä edistämiseksi. Taloudellisesta näkökulmasta tähän tulisi rakentaa merkittävät kannusteet. Eläköityvien terveystarkastukset ja esimerkiksi Kela-korvausten ohjaaminen matalan kynnyksen palveluihin yhdistettynä terveellisiin elämäntapoihin kannustamiseen ovat esimerkkejä mahdollisista toimista.

JULKISEN palvelun tuottamisen yhteistyön malleissa olennaisinta on yhteistyön pohjautuminen toimijoiden yhteisiin tavoitteisiin. Mahdollisia yhteistyön malleja ovat esimerkiksi moniammatillisten tiimien tai työparien (hoitaja ja lääkäri) tuottamien palveluiden kokonaisuus tai case manageriin eli asiakasohjaajaan perustuva toimintatapa.



TIIMI tai työpari voi olla hyvinvointialueen omaa palvelua, palvelua yksityisiltä yrityksiltä tai yritysten ja yksityisen ammatinharjoittajien yhteenliittymältä. Moniammatillinen tiimi voi koostua esimerkiksi terveyden- ja sairaanhoitajista, lähihoitajista, lääkäreistä ja fysioterapeuteista sekä mielenterveyden ammattilaisesta. Tarvittaessa tiimeihin voi kuulua myös muita asiantuntijoita. Moniammatillinen tiimi vastaa perustason palveluista ja niiden koordinoinnista.

MAHDOLLISTA on myös korostaa case managerin roolia palveluiden kokoamisessa asiakkaan tarpeisiin. Tässäkin voidaan hyödyntää eri toimijoiden resursseja parhaiten tarvetta vastaavan palvelun tuottamiseksi asiakkaalle. Toimintatapa rakentuu kullekin asiakkaalle nimettävän case managerin eli asiakasohjaajan kautta, joka on asiakkaan oma yhteyshenkilö sote-palveluihin. Case manager voi olla esimerkiksi hyvinvointialueen tai sille palveluja tuottavan yksityisen palveluntuottajan sairaanhoitaja. Case manager rakentaa kullekin asiakkaalle palvelukokonaisuuden hyvinvointialueen eri palveluntuottajien tarjoomasta tarvekohtaisesti.



5. LOPUKSI

SOTE-UUDISTUKSEN tavoitteena on kaventaa hyvinvointi- ja terveyseroja, turvata yhdenvertaiset ja laadukkaat sosiaali- ja terveyspalvelut kaikille suomalaisille, parantaa palveluiden saatavuutta ja saavutettavuutta, turvata ammattitaitoisen työvoiman saanti, vastata yhteiskunnallisten muutosten mukanaan tuomiin haasteisiin ja hillitä kustannusten kasvua.⁵³ Näiden tavoitteiden saavuttamiseksi tarvitaan toimiva sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmä, joka pystyy vastaamaan väestön palvelutarpeeseen oikea-aikaisesti ja vaikuttavasti³².

ILMAN aitoa yhteistyötä suomalaisten sote-palveluiden hyväksi ei olemassa olevilla julkisilla resursseilla sote-uudistuksen tavoitteiden saavuttaminen ole mahdollista. Valitettavan usein julkisessa keskustelussa korostuu julkisen ja yksityisten toimijoiden välinen vastakkainasettelu, vaikka molempia toimijoita ohjaa sama tavoite – hoidon jatkuvuuden ja saatavuuden varmistaminen sekä terveyshyödyn tuottaminen potilaalle. Yksityisillä palveluntuottajilla on halua ja kykyä auttaa suomalaisten sosiaali- ja terveyspalveluiden tavoitteiden saavuttamisessa ja hoidon jatkuvuuden parantamisessa.

KESKUSTELUSSA unohtuu myös se, että suureen haasteeseen – hoidon jatkuvuuden turvaamiseen ja palvelujen saatavuuden parantamiseen – tulee vastata korjaamalla toimimattomat palvelut. Palveluiden kokonaisuuden toimivia osia ei kannata rikkoa toimimattomien korjaamiseksi. Toimivista palveluista tuleeekin hakea oppeja ja hyviä käytäntöjä tarvittavaan kehitystyöhön toisaalla. Ainoastaan yhdistämällä alan toimijat yhteisen tavoitteen saavuttamiseen on mahdollista järkevästi rakentaa toimiva ja tehokas palveluiden kokonaisuus, jossa hyödynnetään tarkoituksenmukaisesti yhteiset resurssit, digitaaliset palvelut sekä yhteinen moderni näkemys hoidon jatkuvuudesta.

⁵³ Valtioneuvosto 2022



LÄHTEET

- DigiFinland. Omasuuntima-palvelu. 2022. Saatavilla 5.1.2023: <https://digifinland.fi/toimintamme/omasuuntima-palvelu/>
- Duodecim 2020. Aivoinfarkti ja TIA. Käypä hoito -suositus. Saatavilla 10.2.2023: <https://www.kaypahoito.fi/hoi50051>
- Duodecim 2021. Monisairas potilas. Käypä hoito -suositus. Saatavilla 5.12.2022: <https://www.kaypahoito.fi/hoi50126>.
- Elinkeinoelämän valtuuskunta EVA. Näin sote-uudistus korjataan toimivaksi. Saatavilla 10.2.2023: <https://www.eva.fi/blog/2021/06/02/nain-sote-uudistus-korjataan-toimivaksi/>
- Eläketurvakeskus 2022. Työeläkkeelle siirtyneiden lukumäärä. Saatavilla 13.2.2023: https://tilastot.etk.fi/pxweb/fi/ETK/ETK_120tyoelakkeensaajat_40tyoelakkeelle_siirtyneiden_lkm/?tablelist=true
- Eskola P, Tuompo W, Riekki M, Timonen M & Auvinen J. Hoidon jatkuvuusmalli. Omalääkäri 2.0 -selvityksen loppuraportti. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2022:17. ISBN pdf: 978-952-00-9884-1.
- Hiilamo H & Mikkola H. Pohjoismaista mallia perusterveydenhuoltomme pelastamiseksi. Kansaneläkelaitos. Tutkimusblogi. Saatavilla 5.12.2022: <https://tutkimusblogi.kela.fi/arkisto/1319>.
- Hujanen T & Mikkola H. 2022. Koronapandemia vauhditti digiloikkaa lääkäreiden etäpalveluissa – onko etävastaanotoissa ratkaisu hoitoon pääsyn ongelmiin? Tutkimusblogi. Saatavilla 5.12.2022: <https://tutkimusblogi.kela.fi/arkisto/6720>
- Jalonen, P. & Laaksonen, M. (2014). Moniammatillinen toimintatapa. Teoksessa Uitti, J. (Toim.), Hyvä työterveyshuoltokäytäntö. Helsinki: Työterveyslaitos.
- Junnila M, Sinervo T, Aalto A, Jonsson P, Hietapakka L, Keskimäki I, Pekurinen M, Seppälä T, Tynkkynen L & Whellams A. Valinnanvapaus sosiaali- ja terveydenhuollossa. Kriittiset askeleet toteuttamisessa. (2016). <https://urn.fi/URN:IS-BN:978-952-302-637-7>.
- Kaila M. Yleislääkäri, yleislääketiede ja sote. Pääkirjoitus. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim. 2017;133(13):1237-8.
- Kallio, J 2008. Yksityisten lääkäripalvelujen käyttö ja ideologiset tekijät. Yhteiskuntapolitiikka 73 (2008):5.
- Kangas P 2022. TYÖOTE-toimintamallilla tehoa työkyvyn tukitoimiin. Esitys. Saatavilla 16.2.2023 <https://www.tela.fi/wp-content/uploads/2022/03/TY00TE-toimintamallilla-tehoa-tyokyvyn-tukitoimiin.pdf>
- Karhula T, Häyhä M, Raasakka S, Simolin S, Turunen H, Soukkio P, Lignell M & Lindqvist A. Vastine valtuustoaloitteeseen (EKS/4365/00.01.11.30/2021). Perhelääkärimallin toteuttamisesta Eksotessa. Saatavilla 5.12.2022: <file:///C:/Users/hermiel/Downloads/Vastine+valtuustoaloitteeseen+perhel%C3%A4k%C3%A4rimallista.pdf>



- Keva 2022. Eläköitymisennusteet 2022–2041. Saatavilla 11.1.2023: <https://www.keva.fi/uutiset-ja-artikkelit/viisi-ti-lastofaktaa-viime-vuonna-kunta-alalta-elakoityneista/>.
- Kuntaliitto. Iäkkäiden palvelut. Saatavilla 5.12.2022: <https://www.kuntaliitto.fi/sosiaali-ja-terveysasiat/sosiaalihuolto/iakkaiden-palvelut>.
- Liukko E, Koivisto J & Tiirinki H. 2018. Pysyvät ja muuntuvat segmentit palvelujärjestelmän ja paikallisten ilmiöiden jäsentäjinä. <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-247-5>.
- Lääkärilehti 2023. TYÖOTE-malli lyhentää työkyvyttömyyttä. Saatavilla 4.1.2023: <https://www.laakarilehti.fi/terveydenhuolto/tyoote-malli-lyhentaa-tyokyvyttomytta/>.
- Lääkäriliitto 2021 Medikalisaatio | Lääkäriliitto - Lääkärin etiikka -kirja (laakariliitto.fi)
- Manderbacka K, Aalto A, Kestilä L, Muuri A & Häkkinen U. 2017. Eriarvoisuus somaattisissa terveyspalveluissa. Tutkimuksesta tiiviisti, Suomen sosiaalinen tila. 2/2017. <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-302-853-1>
- Mölläri K & Marttila T. 2022. Hoitoonpääsy perusterveydenhuollossa syksyllä 2022. Tilastoraportti 46/2022, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Saatavissa 20.12.2022: <https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/145778/Tilastoraportti%2046%202022.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- NHG. Analyysi, Oulun sosiaali- ja terveydenhuollon kustannusten kertyminen väestössä. Lääkärilehti 48/2013. Saatavilla 5.1.2022: <https://www.laakarilehti.fi/ajassa/ajankohtaista/oulussa-pieniosa-vaestosta-kerryttaa-suuren-osan-kustannuksista/>.
- OECD. 2017. Finland: Country. Health Profile 2017. State of Health in the EU. OECD Publishing. European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels. <http://dx.doi.org/10.1787/9789264283367-en>
- Pikkujämsä S & Ylitalo-Katajisto K, Paasovaara K, Koski K & Salo S. 2014. Lääkärin ja hoitajan vastaanoton valinnanvapaus ja rahoitus - Havaintoja Oulun kaupungissa vuosina 2012–2013. STM. STM:n raportteja ja muistioita 20/2014.
- Raivio R. Hoidon jatkuvuus perusterveydenhuollossa. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim. 2017;133(17): 1563–9.
- Rellman J, Ruokonen H, Pietilä M, Kortelainen K, Ojala K & Parmanne P. Erikoislääkäri- ja erikoishammaslääkäritilanne ja koulutustarve vuoteen 2035. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2022:21. Sosiaali- ja terveysministeriö, Helsinki 2022.
- Reponen P. 2022. Terveystalon Osajapulssi 2022. LinkedIn-postaus. https://www.linkedin.com/posts/paula-reponen-1ba01615a-osajapulssi-2022-meid%C3%A4n-julkisten-palvelujen-actiivty-6931967371960008704-9Ax-D?utm_source=share&utm_medium=member_desktop.
- Rissanen P, Parhiala K, Kestilä L, Härmä V, Honkatukia J, Jormanainen V. COVID-19-epidemian vaikutukset väestön palvelutarpeisiin ja palvelujärjestelmään – nopea vaikutusarvio. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL). Raportti 8/2020. Helsinki 2020. ISBN 978-952-343-496-7.
- Sainio S. 2022. Mitä mieltä asiakkaat ovat terveyskeskusten vastaanottopalveluista 2022. Kansalliset asiakaspalautekyselyt. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Saatavilla



20.12.2022: https://thl.fi/documents/2616650/4633666/Terveysasemat_asiakaspalaute_2022.pdf/f871058d-5549-ee7b-5af3-2087ffa42174?t=1670845993260.

Sosiaali- ja terveysministeriö.
2014. Tieto hyvinvoinnin ja uudistuvien palvelujen tukena - Sote-tieto hyötykäyttöön -strategia 2020. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-3548-8>

Sosiaali- ja terveysministeriö.
2020. Tulevaisuuden sosiaali- ja terveyskeskus 2020-2022: Ohjelma ja hankeopas. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-4136-6>.

Sosiaali- ja terveysministeriö.
2022a. Yksityiset sosiaali- ja terveyspalvelut. Saatavilla 5.12.2022: <https://stm.fi/yksityiset-sotepalvelut>.

Sosiaali- ja terveysministeriö.
2022b. Ensimmäiset ehdotukset sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstön saatavuuden ja riittävyyden varmistamiseksi. Tiedote. Saatavilla 5.12.2022: <https://stm.fi/-/ensimmaiset-ehdotukset-sosiaali-ja-terveydenhuollon-henkiloston-saatavuuden-ja-riittavyyden-varmistamiseksi>

Sosiaali- ja terveysvaliokunta.
Hallituksen esitys eduskunnalle laiksi terveydenhuoltolain muuttamisesta ja siihen liittyviksi laeiksi. Valiokunnan mietintö StVM 21/2022 vp. Saatavilla 15.11.2022: https://www.eduskunta.fi/FI/vaski/Mietinto/Sivut/StVM_21+2022.aspx

STN IMPRO. IMPRO:n kuntavaalipaketti kartoittaa tietoa suomalaisten hyvinvoinnista alue- ja kuntatasolla. Saatavilla 20.12.2022: <https://stnimpro.fi/yleinen/impron-kuntavaalipaketti-kartoittaa-tietoa-suomalaisten-hyvinvoinnista-alue-ja-kuntatasolla/>.

Suomen lääkariliitto 2016. Lääkärit Suomessa 2016 raportti.

Saatavilla 5.12.2022: https://www.laakariliitto.fi/site/assets/files/5223/ll16_tilas-to2016_net1_170114.pdf

Suomen lääkariliitto 2020. Lääkärit 2019. Lääkariliiton vuositilasto. Saatavilla 5.12.2022: https://www.laakariliitto.fi/site/assets/files/5223/sll_taskutilasto_fi_220620.pdf

Suomen lääkariliitto 2023.
Terveydenhuollon resurssien riittävyys ja oikea kohdentaminen ensisijaista. Saatavilla 10.1.2023: <https://www.laakariliitto.fi/laakariliitto/terveyspoliittinen-vaikutaminen/laakariliiton-eduskuntavaalitavoitteet-2023/teema-1-terveydenhuollon-resurssien-riittavyys-ja-oikea-kohdentaminen-ensisijaista/>.

Takala E, Leino T, Harjunpää K, Hirvonen M, Kauranen T, Liljeström K, Syynimaa S & Österbacka O. Työterveyshuollon toiminta ja laatu Suomessa 2018. Työterveyslaitos. Helsinki.

Terveydenhuollon palveluvalikoiman priorisointi. Valtioneuvoston selvitys- ja tutkimustoiminnan julkaisusarja 2022:53.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
2021a. Terveys- ja sosiaalipalvelujen henkilöstö 2018. Saatavilla 24.11.2022: <https://thl.fi/fi/tilastot-ja-data/tilastot-aiheittain/sosiaali-ja-terveydenhuollon-resurssit/terveys-ja-sosiaalipalvelujen-henkilosto>

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
2021b. Perusterveydenhuollon avosairaanhoidon vastaanoton asiakkaiden käyntisyyt vuonna 2020. Tilastoraportti 12/2021.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
2022a. Kuva-mittarit. Saatavilla: <https://sotkanet.fi/sotkanet/fi/data/indicators>.



Terveystalo 2022b. Tilastoraportti 37/2022. Hoitopääsy erikoissairaanhoidossa. Saatavilla 10.2.2023: https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/145343/TR37_2022_ESH_hoitopaasy.pdf?sequence=1&isAllowed=y.

Terveystalo 2022. Continuity of Care indeksi.

Tevameri T. 2021. Katsaus sote-alan työvoimaan. Toimintaympäristön ajankohtaisten muutosten ja pidemmän aikavälin tarkastelua. TEM toimialaraportit 2021:2. Saatavilla 2.12.2022: <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-327-812-7>.

Tevameri T. 2022. Sosiaali- ja terveystalouden työvoima ja yrityskehitys. TEM toimialaraportit 2022:2. Saatavilla 1.12.2022: <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-327-626-0>.

Tikanmäki H, Reipas K, Lappo S, Merilä V, Nopola T & Sankala M 2022. Lakisääteiset eläkkeet: pitkän aikavälin laskelmat 2022 <https://urn.fi/URN:ISBN:978-951-691-351-6>.

Tilastokeskus 2022. Väestöennuste 2021.

Torkki P, Patja K, Ignatius E, Kousa I, Vanhala A, Gehrman K, Tikkinen K, Ojanen T, Tapanainen P, Pantzar M, Ranta J & Leskelä R.

Työterveyslaitos 2022. Vastuullinen työkyvyn tuki – TYÖOTE. Saatavilla 4.11.2022: <https://www.ttl.fi/tutkimus/hankkeet/vastuullisen-tyokyvyn-tuki-tyoote>.

Valtioneuvosto. 2021. Hyvinvoinnin, terveyden ja turvallisuuden edistämisen 2030: Toimeenpanosuunnitelma. Valtioneuvoston julkaisuja 2021:27. Saatavilla: <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-383-670-9>.

Valtioneuvosto. 2022. Sosiaali- ja

terveyspalveluiden rakenneuudistus Saatavilla 5.12.2022: <https://valtioneuvosto.fi/marinin-hallitus/hallitusohjelma/sosiaali-ja-terveyspalveluiden-rakenneuudistus>

World Health Organization. (2008). The world health report 2008 : primary health care now more than ever. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/43949>.

FCG Finnish Consulting Group Oy ("FCG") on laatinut tämän raportin FCG:n asiakkaan ("Hyvinvointiala HALI ry") toimeksiannon ja ohjeiden mukaisesti. Tämä raportti on laadittu FCG:n ja Asiakkaan välisen sopimuksen ehtojen mukaisesti. FCG ei ole vastuussa tästä raportista tai sen käytöstä suhteessa mihinkään muuhun tahoon kuin Asiakkaaseen.

Tämä raportti voi perustua kokonaan tai osaksi kolmansien osapuolten FCG:lle antamiin tietoihin tai julkisiin lähteisiin ja näin ollen tietoihin, joihin FCG:llä ei ole ollut vaikutusmahdollisuuksia. FCG toteaa nimenomaisesti, ettei sillä ole vastuuta sille annettujen virheellisten tai puutteellisten tietojen perusteella.



Kaikki oikeudet (mukaan lukien tekijänoikeudet) tähän raporttiin kuuluvat FCG:lle, tai Asiakkaalle, mikäli niin on sovittu FCG:n ja Asiakkaan välillä. Tätä raporttia tai sen osaa ei saa muokata tai käyttää uudelleen toiseen tarkoitukseen ilman FCG:n kirjallista lupaa.



**HYVINVOINTIALA
HALI RY**

Eteläranta 10,
00130 Helsinki

www.hyvinvointiala.fi

 Hyvinvointiala
 @Hyvinvointiala