

STM kirjaamo
kirjaamo@stm.fi

Lausunto hallituksen esitysluonnoksesta laiksi asiakkaan valinnanvapaudesta sosiaali- ja terveydenhuollossa

Sosiaali- ja terveysministeriö on pyytänyt Valtakunnalliselta sosiaali- ja terveysalan eettiseltä neuvottelukunnalta lausuntoa uudelleen valmistellusta valinnanvapauslakiluonnoksesta, joka lähetettiin lausunnoille 3.11.2017. ETENE antoi lausunnon myös keväällä 2017 lausuntokierrokselle lähetetystä valinnanvapauslakiluonnoksesta.

ETENE käsitteli lakiluonnosta kokouksessaan 11.12.2017 tarkastelemalla sitä sosiaali- ja terveysalan eettisten periaatteiden valossa. Lausunnon otsikot eivät seuraa lakiluonnoksen yksittäisiä pykäläiä, vaan ne on rakennettu eettisten periaatteiden varaan.

Sote-uudistuksen tärkeimmiksi tavoitteiksi asetettiin hoitoon pääsyn helpottaminen, yhdenvertaisuuden toteutuminen, terveysterojen kaventaminen ja taloudelliset säästöt. Näiden tavoitteiden toteutumista lakiluonnoksessa tarkastellaan tässä lausunnossa eettisten periaatteiden näkökulmasta.

Oikeudenmukaisuus ja yhdenvertaisuus

Yksi sote-uudistuksen tärkeimmistä tavoitteista on yhdenvertaisuuden ja oikeudenmukaisuuden parempi toteutuminen sosiaali- ja terveydenhuollossa. Valinnanvapauslainsäädännössä kuvataan asiakkaan mahdollisuudet tehdä erilaisia valintoja (sote-keskus, maakunnan liikelaitos, asiakassetelillä saatavat palvelut). Valinnanvapautta rajaa kuitenkin merkittävästi muun muassa se, että esimerkiksi kotiin annettavia palveluita ei ole mahdollista valita sen maakunnan ulkopuolelle, jossa ihminen on kirjoilla. Monia palveluita tarvitsevien ihmisten kannalta palvelujen integraatio on aivan keskeinen niiden laatuun, hyötyyn ja merkityksellisyyteen vaikuttava asia, mutta valinnanvapauslainsäädäntöehdotus ei takaa sen toteutumista.

Palvelujen laatua, vaikuttavuutta ja niiden tehoa ja taloudellisuutta lisäävästä integraatiosta voidaan puhua vain, jos eri palvelut voidaan sovittaa yhteen joustavasti ja tarkoituksenmukaisesti. Jos käytössä ei ole yhteistä tietojärjestelmää, tavoitteen saavuttaminen on vaikeaa tai mahdotonta. On myös mahdollista, että maakunnille asetetut talouden reunaehdot tulevat määrittelemään valinnanvapauden rajat niin ahtaiksi, että asiakkaan tarpeen mukaiset palvelut jäävät toteutumatta.

Maassamme on viime vuosina tehty valtavasti yhteistyötä ja luotu malleja potilaiden hoidon integraatioon erikoissairaanhoidon, perusterveydenhuollon ja sosiaalihuollon välillä. Lakiehdotuksesta ei käy ilmi, kuinka maakunnat yksikköinä pystyvät ylläpitämään jo olemassa olevia ja hyväksi koettuja rakenteita, vai joudutaanko ne hajottamaan valinnanvapauden toteuttamisen nimissä. Uudistus olisi syytä rakentaa jo luotujen yhteistyöjärjestelmien varaan.



Valinnanvapauden ulkopuolelle jäävät työterveyshuolto sekä opiskelija- ja kouluterveydenhuolto, mikä heikentää edelleen mahdollisuutta saavuttaa uudistuksen keskeiset tavoitteet. Työterveyshuoltoon sekä opiskelu- ja kouluterveydenhuoltoon oikeutettujen ihmisten tuottama kapitaatiokorvaus on sote-keskuksille käytännössä vastikkeetonta tuloa. Työterveydenhuollossa on kehitetty paljon terveyttä ja hyvinvointia ylläpitäviä ja edistäviä toimintoja. Toistaiseksi ei ole selvitetty, millä lailla tällaisia toimintoja voitaisiin hyödyntää myös työelämän ulkopuolella olevien ihmisten terveyden ja hyvinvoinnin ylläpitämiseksi ja parantamiseksi ja sote-uudistuksen tavoitteiden toteutumisen turvaamiseksi.

Maakuntien monet erilaiset päätökset vaikuttavat ratkaisevasti yhdenvertaisuuden toteutumiseen. Maakuntia ei kuitenkaan ole vielä perustettu, minkä vuoksi niiden mahdollisuuksia tehdä päätöksiä, monitoroida potilaiden ja asiakkaiden oikeuksien toteutumista, ohjata sote-keskuksia sekä täyttää kaikkia niille edes tässä lainsäädännössä asetettuja velvoitteita ei pystytä millään tavalla etukäteen arvioimaan. Ehdotus jättää avoimeksi kansalaisten perusoikeuksien kannalta keskeisiä asioita.

Erityisesti monia palveluita tarvitsevien, kaikkein heikoimmassa asemassa olevien ihmisten palvelut hajautuvat, kun toimijoiden määrä kasvaa. Integraation ongelmia on pyritty ratkaisemaan jo 1970-luvulta lähtien mutta tästä huolimatta ei ole kyetty toistaiseksi luomaan hyvää ja toimivaa mallia. Tässä lakiehdotuksessa keskeiseksi ratkaisuksi integraation ongelmaan nostetaan asiakassuunnitelma, joka olisi kaikkien toimijoiden nähtävissä. Sekään ei ole uusi ratkaisu: velvollisuus laatia asiakassuunnitelma on kirjattu sosiaalihuollon asiakaslakiin jo v. 2000 ja potilaslakiin v. 2004. Sen käyttö on kuitenkin ollut vähäistä. Asiakassuunnitelman huolellinen tekeminen on koettu vaikeaksi, eikä sitä ole osattu toistaiseksi kunnolla hyödyntää.

ETENE kiinnittää huomiota kansalaisten suun terveydenhuoltoon koskevaan eriarvoisuuteen, joka on suuri epäkohta vallitsevassa terveydenhuollossa mutta jota lakiehdotuksen mukainen järjestely ei korjaa. Nykyisinkin hammashuollon asiakasmaksut ovat suhteellisen korkeat, ja osan palveluista asiakas maksaa lähes kokonaan itse (mm. proteesit, kruunut ja implantit). Maassamme asuu paljon ihmisiä, joilla ei ole varaa hoitaa suun sairauksia, mikä lisää riskiä sairastua muihin vakaviin yleissairauksiin. Lakiluonnoksen mukaan ihminen voi valita suun terveydenhuollon yksikön palveluntuottajien joukosta. Lakiluonnoksessa on lueteltu tehtävät, joita suun terveydenhuollon yksiköiden pitää tarjota. Korvauksen suuruudesta ja rakenteesta (kapitaatio/ toimenpiteet) päättävät maakunnat. Palvelumaksuista tai asiakkaalle jäävästä maksuosuudesta ei ole tietoa. Ei myöskään tiedetä, minkä verran erilaisia tehtäviä (hammastarkastukset, paikkaukset, juurihoidot, hammaskiven poistot/aika) palveluvalikoimaan loppujen lopuksi sisällytetään. Tämä voi vaikuttaa siihen, että vain hyvin toimeentulevilla ihmisillä on varaa maksaa säännöllisemmistä tarkastuksista ja toimenpiteistä. Mikäli kansalaisten itse korvattavat palvelut ovat terveyteen vaikuttavia toimenpiteitä, järjestely voi edelleen suurentaa terveyden eriarvoisuutta.

Jos suun terveydenhuollon palveluista saatava korvaus jää pieneksi, palveluntuottajaksi listautuu vain osa yksityisistä hammaslääkäreistä ja suun terveydenhuollon palveluita tarjoavista yrityksistä. Tällöin voi syntyä kokonaan yksityiset markkinat, joista voivat hyötyä vain ne, jotka pystyvät maksamaan palveluista.



Terveyden eriarvoisuus on oikeudenmukaisuuskysymys. ETENE toteaa, että hyvin toimeentulevilla ja terveillä on suurempi mahdollisuus valintojen tekemiseen kuin vähävaraisilla kansalaisilla. Ehdotettu valinnanvapausmalli ei poista sitä, että jatkossakin varakkaat pystyvät ostamaan yksityiseltä sektorilta palveluita, jotka eivät kuulu valinnanvapauden piiriin. Jos kyse on terveyttä tuottavista palveluista, eriarvoisuus lisääntyy. Rahalla saa ja sosiaalisella pääomalla pärjää myös valinnanvapausatilanteessa.

Itsemääräämisoikeus

Lain tarkoitus on lisätä potilaan ja sosiaalihuollon asiakkaan valinnanvapautta sekä parantaa palveluiden saatavuutta ja laatua. Potilaat ja asiakkaat haluavat saada hyvää palvelua ja hoitoa. Asiakkailla ei kuitenkaan ole riittävästi tietoa yksiköiden hoidon laadusta, minkä vuoksi valinnat eivät voi valinnanvapauslain voimaan tulon jälkeenkään perustua muuhun kuin pelkkiin mielikuviin ja mainonnan luomiin odotuksiin.

Lain valmistelussa ja erityisesti julkisessa keskustelussa jää systemaattisesti huomiotta, että potilaan ja asiakkaan valinnanvapaus toteutuu jo monella sektorilla ja monissa osin maamme. Sitä on asteittain lisätty lainsäädäntöön tavalla, joka mahdollistaa potilaan valinnanmahdollisuuksia erilaisiin sosiaali- ja terveyspalveluihin. Asiakasseteliä käytetään monissa kunnissa jo varsin merkittävästi, yksityinen sektori hoitaa suuren osan esim. vammais- ja vanhuspalveluista. Joissain kaupungeissa on rinnakkain julkisesti tuotettuja ja yksityisiä terveyskeskuksia. Esimerkiksi Espoossa ja Tampereella näiden toimintaa voidaan hyvin verrata paitsi hinnan ja laadun myös potilaiden/asiakkaiden tyytyväisyyden, hoitoon pääsyn ja monien muiden indikaattorien varassa. Henkilökohtainen budjetti ei ole valmisteilla olevan lainsäädännön uutuustuote – sitä on käytetty ja käytetään eri puolilla Suomea. Ehdotuksessa edellytetään, että henkilökohtaisen budjetin saamiseksi henkilön itse on pystyttävä tekemään päätöksiä. Esimerkiksi kehitysvammaisten alaikäisten kohdalla tämä ei juurikaan ole mahdollista. Onko siis tarkoitus, että kehitysvammaisten, jotka siis eivät yksin kykene tekemään valintaa, sovelletaan asiakasseteliä, vai voitaisiinko heidän palvelujärjestelyissään käyttää henkilökohtaista budjettia myös lähiomaisen, muun läheisen tai laillisen edustajan toimesta?

Näyttää siltä, että lakiehdotuksessa pyritään kertarysäyksellä muuttamaan nimenomaan terveydenhuollon järjestäjäjärkennettä. Suomen terveydenhuollon taso on kansainvälisesti korkea, ja yhtäkkinen rakennemuutos voi nopeasti ja peruuttamattomasti muuttaa koko hoidon laadun turvaamiseen vaikuttavia tekijöitä.

Sote-järjestelmän rahoitusmalli on vielä avoin – se perustuneekin kapitaatiota hoitukseen. Kapitaatiomalliin sisältyy riski, että paljon perustason vastaanottokäyntejä tarvitsevan, esim. mielenterveys- ja/tai päihdeongelmasta kärsivän, tai epävakaata diabetesta tai muuta kroonista vakavaa tautia sairastavan potilaan palveluita pyritään karsimaan, tai heidät lähetetään kustannussyistä (ei hoidollisin perustein) maakunnan liikelaitoksen hoitoon. Toinen mahdollisuus on pyytää paljon palveluita tarvitsevien potilaiden hoitoon ns. palveluseteli, mikä muuttaa hoidon maksut suoritekohtaisiksi ja kustannukset voivat siksi kohota ennakoimattomasti. Kapitaatiokorvauksen periaatteen mukaisesti riskit eri lailla palvelujen tarpeessa olevien kesken tasoittuvat. Järjes-



telmässä on kuitenkin aukkoja, joiden kautta kustannukset voivat kasvaa ja potilaan/asiakkaan hoito kärsiä.

Valinnanvapaus edellyttää valinnanmahdollisuutta. Syrjäseuduille ei välttämättä tule ruuhkaa palveluntuottajista. Maakunnilla sen sijaan on velvollisuus järjestää palvelut alueille joissa se ei yksityisille palveluntuottajille ole kannattavaa. Tämä lisää maakunnan liikelaitoksen kustannuksia alueilla, joissa väestön asukastiheys on alhainen.

Hyvän tekeminen ja vahingon välttäminen

Sote-uudistuksen yhtenä tavoitteena on hoitoon pääsyn helpottaminen. Pitkät odotusajat ja jonotus voivat pahentaa potilaan sairautta ja lisätä kustannuksia. Varhaisen puuttumisen on todettu yleisesti ottaen vähentävän kärsimystä ja olevan taloudellisesti edullinen sekä potilaalle että yhteiskunnalle. Palveluntuottajien lisäämisen sanotaan olevan avain siihen, että hoitoon pääsy helpottuu. Tämä ei kuitenkaan ole itsestään selvyys. Kaupungeissa joissa osa terveysasemista on ulkoistettu ja jossa kustannukset korvataan sote-keskuksillekin nyt ehdotetulla mallilla, hoitoon pääsy yksityisten palveluntuottajien terveyskeskuksiin ei ole ollut merkittävästi parempi kuin julkisrahoitteisiin terveyskeskuksiin. Kilpailu on vaikuttanut niin, että myös julkisiin terveyskeskuksiin pääsy on parantunut. Kyse on ennen muuta organisoinnista ja johtamisesta. Uudistuksen mukanaan tuoma suuri toimintaehtojen muutos sisältää isoja riskejä. Sosiaali- ja terveydenhuollossa merkittävä osa ammattitaitoa on pitkän koulutuksen sekä vuosien työn tulosta. Osaaminen siirtyy ammattihenkilöiden mukana, kun he liikkuvat työyhteisöstä toiseen. Terveiden, hyväkuntoisten ja vähän palveluita tarvitsevien hoito on yleensä helppo toteuttaa paikasta riippumatta, mutta monien eri ammattihenkilöiden osaamista ja monen sektorin tarjontaa tarvitsevien ihmisten palveluiden yhteensovittaminen voi olla vaikeaa, jos toimijat kuuluvat moniin eri organisaatioihin. Moniongelmaisilla riskit lisääntyvät, jos integraatio ei toimi.

Hoitoon pääsyn vaikeutuminen perusterveydenhuollossa on ollut pitkän kehityksen tulos, mutta se johtuu pitkälti järjestelmän jäykkyydestä sekä kannusteista, joilla terveydenhuollon ammattihenkilöt ovat siirtyneet perusterveydenhuollon palveluksesta työterveyshuoltoon ja yksityissektorille. Eri puolilla Suomea perusterveydenhuollon ja perushuolenpidon korostaminen, sote-yhteistyö (nykyisen lainsäädännön mahdollistamana) on jo säästänyt kustannuksia sekä edistänyt hoitoon pääsyä ja parantanut hoidon laatua riippumatta siitä, onko hoitoa annettu julkisessa vai yksityisessä terveydenhuollon yksikössä.

Viime vuosina terveyskeskuksiin on perustettu hoitajan vakansseja erityistehtäviin: on mielenterveys- tai depressiohoitajia, diabeteshoitajia, päihdekuntoutukseen erikoistuneita hoitajia ja myös sosiaalialan ammattihenkilöitä. Erityisesti tiivis yhteistyö erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon välillä on tärkeää. Lakiluonnokseen tällaista yhteistyöjärjestelmää ei ole kirjattu - sen sijaan sote-keskuksiin ehdotetaan perustettavaksi erikoislääkärikonsultaatioita ja vastaanottopalveluita tietyille erikoisaloille sekä sen lisäksi maakunnan päätöksellä sen väestön tarpeiden mukaisesti. Lakiluonnoksessa sen sijaan sote-keskusten toimialue kapeutuu nykyiseen verrattuna merkittävästi: esimerkiksi terveyskeskusten vuodeosastot siirtyisivät maakuntien hallintaan, samoin kuntoutus- ja apuvälinetoiminta, kun sote-keskusten tehtäviin kuuluisi vain näitä koskeva ohjaus ja neuvonta. Sosiaalipalvelut kuten päihdekuntoutus, asu-



mispalvelut, kotipalvelut ja muu sellainen jäisivät maakunnan vastuulle tai osittain asiakassetelin avulla toteutettaviksi. Päätös siitä, mitä palveluita maakunta kustantaa asiakassetelillä, kuuluu maakuntien päätösvaltaan. Lakiluonnoksesta ei voida päätellä, miten perusterveydenhuollon, erikoissairaanhoidon ja erilaisten yksityisten tahojen yhteistyö jatkossa toimii, vaikka järjestelyt vaikuttavat ratkaisevasti kansalaisten perusoikeuksien toteutumiseen.

Hyödyn maksimointi

Hyödyn maksimoinnin periaatteen mukaan potilaan hoidossa/ asiakkaan huolenpidossa olisi jatkuvasti pyrittävä potilaan mahdollisimman suuren hyödyn toteutumiseen. Kun suoran valinnan palveluiden valikoima on varsin vaatimaton, osioiminnin ja alihoidon riski kasvaa. Alihoito lisää myös vaaraa, että hoito viivästyy ja kallistuu. Sote-keskusten toiminnan rahoitus on vielä auki, sillä siitä päättävät myös maakunnat

Vaikutukset asiakkaan kannalta

Vastikään ilmestyneessä suomalaisessa väitöskirjassa¹ todetaan, että potilaat haluavat valita hoitopaikkansa hoidon turvallisuuden ja laadun perusteella. Potilaille ei toistaiseksi ole tarjota tällaista tietoa, minkä vuoksi he eivät pysty tekemään perusteltua valintaa palveluntuottajan tai –tuottajien välillä. Valinnat joudutaan siksi tekemään mielikuvien ja mainonnan eikä hoidon laatua tai potilasturvallisuutta koskevan tiedon varassa.

Monia palveluita tarvitsevan asiakkaan hoidon ja palveluiden yhteen sovittaminen on aina vaikeaa. Uudistuksen jälkeen on mahdollista, että hoidon koordinaatio toteutetaan eri maakunnissa eri tavalla ja vaihtelevasti. Koordinoimiseen tarvitaan ammattihenkilöitä, joilla on laaja näkemys sekä erilaisista palveluista että niiden hyödyistä. Monia palveluita tarvitsevalla asiakkaalla itselleen palveluiden yhteensovittamista ei pidä säilyttää.

Monia palveluita tarvitsevien palveluiden yhteensovittamiseen tarvitaan toimivia tietojärjestelmiä, jotka olisivat kaikkien palveluiden toteutukseen osallistuvien käytössä. Tällaisia tietojärjestelmiä ei ole vielä olemassa, eivätkä ne kehitysyrittäjistä huolimatta ole välttämättä käytössä, kun ihmisten pitäisi tehdä lakiehdotuksen mukaisia valintoja.

Sote-suunnitelmat nojaavat vahvaan uskoon digitalisaation mahdollisuuksista, vaikei yhtenäistä sähköistä palvelujärjestelmää vielä ole olemassa. Osa väestöstä ei osaa hakea tietoja eikä valita verkossa itselleen parhaita hoitovaihtoehtoja. Sote-palveluita käyttävät myös monet jollain tavalla toimintarajoitteiset ihmiset (joilla on esimerkiksi aisti-, muisti-, kehitys- tai muu rajoite), jonka vuoksi he eivät kykene muodostamaan kokonaiskuvaa digitalisoidussa ympäristössä ja aidosti käyttämään valinnanvapautaan. Näkövammaisten, ja erityisesti ikääntyvien näkövammaisten on erityisen vaikeaa

¹ Anne Isotalo: Elektiivisen leikkauspotilaan valinnanvapaus julkisessa terveydenhuollossa Suomessa. Turun yliopisto, 1.12.2017



asioida digitaalisessa ympäristössä. Nämä ihmiset voivat jäädä jopa heitteille, mikäli he eivät saa riittävästi henkilökohtaista apua valintojensa tueksi.

Vaikutukset järjestelmään

Meneillään on massiivinen, koko sosiaali- ja terveystalouden järjestelmän muutos. Järjestelmä on yhtä vahva kuin sen heikoin lenkki. Sosiaali- ja terveydenhuollossa toimivien ammattitaito ja henkilöstön osaaminen ja osaamisen säilyminen ja jatkuminen ovat ratkaisevassa osassa, kun järjestelmää pyritään kehittämään asiakkaan oikeuksia vahvistavaan suuntaan. On huomattava että sosiaali- ja terveydenhuollon asiakkaan oikeuksiin kuuluu itsemääräämisoikeuden lisäksi oikeus ihmisarvon kunnioittamiseen, tiedonsaantioikeus, oikeus hyvään hoitoon, hyvään palveluun ja huolenpitoon sekä hyvään kohteluun. Sosiaali- ja terveydenhuollon eettisten periaatteiden toteutuminen edellyttää sosiaali- ja terveydenhuollossa kaikilla tasoilla toimivilta hyvää ammattitaitoa, vuorovaikutustaitoja ja työyhteisötaitoja sekä hyvää johtamista. Sosiaali- ja terveydenhuollon kokonaisuuden toimivuuden ja myös kustannuskehityksen kannalta on aivan keskeistä, että koko henkilöstön ammattitaito pystytään turvaamaan myös muutoksessa.

Henkilöstön vaihdoksissa ammattiosaamisen säilyminen voi heikentyä, jos merkittävästi osaajia siirrytään uusiin organisaatioihin. Tässä uudistuksessa satojentuhansien sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilöiden työnantaja muuttuu joko kunnalta valtiolle tai mahdollisesti julkiselta sektorilta yksityiselle. Maakunnat ovat edelleen kokonaan muotoutumatta, koska niitä koskevaa lainsäädäntöä ei ole. On ensin varmistettava, että maakuntien toimintakyky on kunnossa, ennen kuin niiden vastuulle voidaan antaa koko alueen sosiaali- ja terveydenhuollon järjestäminen. Sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilöt voivat toimia ja tuottaa kansalaisille hyvinvointia ja terveyttä ja varmistaa terveydenhuollon ja sosiaalihuollon hyvän tason säilyttäminen myös tulevaisuudessa vain toimintavarmuissa rakenteissa.

Johtopäätökset

ETENE toteaa, että pitkään valmisteltua sote-uudistusta on perusteltu terveyden ja hyvinvoinnin eriarvoistumisella, väestön vanhenemisella, lääketieteen teknologian nopealla kehityksellä ja kallistumisella ja sosiaali- ja terveydenhuollon rajallisilla voimavaroilla. Nyt esitetty muutos voi sille asetetuista tavoitteista huolimatta kasvattaa kustannuksia ja lisätä terveyden ja hyvinvoinnin eroja etenkin, jos paljon palveluita tarvitsevien palveluiden integraatiosta ei huolehdita. Tavoitteen saavuttaminen edellyttää mittavia henkilöstövoimavaroja maakuntiin, joille on kirjattu vastuu hoidon yhteensovittamisesta. Tavoitteeseen pääsemistä haittaa se, että suunnitelman mukaan sote-keskuksille on varattu vain niukasti omia resursseja ja niiden tehtäväkuva on ohut, erityisesti sosiaalihuollossa. Ongelmaa on pyritty korjaamaan kirjaamalla ehdotukseen mahdollisuus turvautua erikoislääkärikonsultaatioon sekä perustamalla liikkuvia sosiaalihuollon yksiköitä. Sosiaalihuollolle varatun osuuden ohuus sote-keskusten palvelutarjonnassa on merkittävä heikkous, samoin se että sosiaalihuollon neuvontaa antavilta ei edellytetä laillistetun sosiaalihuollon ammattihenkilön pätevyyttä. Sosiaalihuoltoon kuuluva ihmisen arjen tukeminen on paljon laaja-alaisempaa kuin sosiaalihuoltoa koskevien viranomaispäätösten tekeminen ja päätösten mukaisten palvelujen tarjonnasta huolehtiminen.



Valinnanvapaus toteutuu vaivattomimmin ja parhaiten niiden kohdalla, jotka muutenkin pystyvät vaikuttamaan hyvinvointiinsa ja terveyteensä. ETENEn keskeinen huoli on monia palveluita tarvitsevien hoidon toteutuminen ja yhteen sovittaminen. Yhteinen työalusta, yhteistyö, potilaan ottaminen mukaan suunnitteluun edesauttaa palveluiden järkevää yhteen sovittamista. Erityisesti monia palveluita tarvitsevien kohdalla hyvän hoidon ja hoivan ydin on kuitenkin henkilöstön vankassa ammattiosaamisessa ja hoito- ja palvelusuhteiden jatkuvuudessa. Jotta ammattiosaaminen saadaan parhaiten käyttöön potilaan eduksi, tarvitaan myös muutoksia sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilöiden koulutukseen. Monia palveluita tarvitsevien hoidon integraatio on todella vaativa laajaa ammattiosaamista ja -ymmärrystä edellyttävä tehtävä. Viisas sanonta ”*If it is not broken do not try to fix it*” on hyvä muistaa: olemassa oleva ammattiosaamisen taso pitäisi pystyä muutoksessa kuin muutoksessa säilyttämään.

Lakiehdotuksessa on vielä monenlaisia aukkoja ja ongelmia, joiden ratkaisut on vyörytetty maakunnille. Ehdotuksessa toistuvat maininnat, että asia on maakunnan vastuulla, ovat pelkkä näennäisratkaisu avoimna oleviin vaikeisiin kysymyksiin. Maakuntia ei ole voitu vielä lainkaan perustaa, ja niiden tulevat voimavarat, osaaminen ja johtajuusjärjestelmät ovat vielä tuntemattomia. On ennakolta selvää, että maakunnille annetaan sote-tulevaisuuden rakentamiseen varsin tiukat taloudelliset reunaehdot, joten mikäli niissä joudutaan tekemään kompromisseja, on epäselvää tullaanko säästöt kohdistamaan maakuntien omiin rakenteisiin ja voimavaroihin vai potilaiden ja asiakkaiden hoitoon ja huolenpitoon.

Tietojärjestelmiä maakunnan velvoitteiden täyttämisen mahdollistamiseksi ollaan vasta kehittämässä. Tietojärjestelmät eivät myöskään palvele asiakkaan valinnanvapauden mahdollisuuksia, koska asiakkaiden käytössä ei ole tietoa palveluntuottajien palveluiden laadusta tai potilasturvallisuudesta. Jos tätä tietoa ei ole, valintoja ohjaavat todennäköisesti mielikuvat ja markkinointiin pohjautuvat käsitykset. Työterveyspalveluita tarjoavilla yrityksillä on markkinoinnin kannalta etulyöntiasema houkutellessa palveluillaan ihmisiä, jotka ovat olleet heidän asiakkaitaan työnantajan tekemän sopimuksen perusteella. Julkisen terveydenhuollon toimintaperiaate on toisenlainen, eikä siihen kuulu aggressiivinen asiakkaiden ja potilaiden houkuttelu. Julkisen terveydenhuollon voimavarat on suunnattu itse sisältöön eikä markkinointiin.

ETENE katsoo että nykyisellään lakiesityksen ehdottama kokonaisuus sisältää erittäin monia epävarmuustekijöitä, joita on sälytetty vielä rakentumattomien maakuntien toiminnan varaan. On epäeettistä ja poliittisesti vastuutonta viedä eteenpäin valtavaa kokonaispakettia millä hinnalla hyvänsä ja näin epävarmoilla tiedoilla. Tällainen muutos lisää hallintohimmeleitä ja sisältää monenlaisia transaktiokustannuksia, ja mitä todennäköisimmin tulee paljon odotettua kalliimmaksi, jo nykyisten valmisteluun kuluneiden massiivisten kustannusten lisäksi.

Valinnanvapausrakennelma ei edistä ainuttakaan niistä tavoitteista, joiden vuoksi sote-uudistusta on lähdetty rakentamaan. Aikataulu jolla tätä uudistusta yritetään toteuttaa uhkaa myös romuttaa nykyisen sosiaali- ja terveydenhuollon kansainvälisesti korkeatasoisen järjestelmän, jos osaajat siirtyvät toisen työnantajan palvelukseen. Monet sote-uudistuksen arviointiin tarkoitettut hankkeet ja kokeilut ovat edelleen kesken, joten niiden arvoa tulevassa järjestelmässä ei pystytä vielä mittaamaan. Sosiaali- ja terveydenhuoltoa on jo integroitu monilla alueilla, esimerkiksi Eksotessa, Essotessa, Siun



sotessa ja Soitessa joissa voidaan jo hyvin nähdä mitä hyötyjä sosiaali- ja terveydenhuollon integraatio voi saada aikaan erityisesti monia palveluita tarvitsevien, järjestelmässämme suuria kustannuksia aiheuttavien potilas- ja asiakasryhmien hoidon ja huolenpidon toteuttamisessa. Niiden luomat integraatiomallit voisivat tarjota hyvän pohjan tulevalle sosiaali- ja terveydenhuoltojärjestelmälle, joka sekin on mittava, kansainvälisesti aika lailla ennen näkemätön ja kokematon (ja myös arvioimaton) muutos.

ETENE katsoo että valinnanvapauden lisääminen hallitusti edistää potilaiden ja asiakkaiden oikeuksia, voi parantaa terveyttä ja hyvinvointia ja parhaimmillaan vähentää terveyseroja. Nyt esitetty malli ei toteuta näitä tavoitteita, koska siinä on liikaa epävarmuustekijöitä ja uhkia, joiden toteutumiseen ei ole varauduttu. Lakiehdotuksen sisältämää mallia ei tulisi siksi valitun aikataulun mukaisesti lainkaan toteuttaa.

Neuvottelukunnan puolesta

Puheenjohtaja

Jaana Hallamaa

Pääsihteeri

Ritva Halila

Tiedoksi STM/sosiaali- ja terveystalvaeluosasto
STM/perustalvaeluministeri
STM/sosiaali- ja terveystalvaelministeri

