JULKAISU

Ahonen Esa, Ahopelto Maire, Heikkinen Matti,
Huovinen-Tervo Marjo, Mäntymäki Eeva

NÄIN TEHDÄÄN SAUMATON SOTE -KAINUUN HILJAINEN TIETO 2003–2017

KAKS – KUNNALLISALAN KEHITTÄMISSÄÄTIÖ

NÄIN TEHDÄÄN SAUMATON SOTE
- KAINUUN HILJAINEN TIETO
2003–2017

Ahonen Esa, Ahopelto Maire, Heikkinen Matti,
Huovinen-Tervo Marjo, Mäntymäki Eeva

NÄIN TEHDÄÄN SAUMATON SOTE – KAINUUN HILJAINEN TIETO 2003–2017

KAKS – Kunnallisalan kehittämissäätiö

Kunnallisalan kehittämissäätiön Julkaisu 11
2017

ISBN 978-952-349-000-0 (pdf)
ISBN 978-952-349-001-7 (print)

Sisällys

Kirjoittajat....8

Esipuhe ja motto: ”Viisauden lajit”....10

Johdanto: Maakunnallisen integraation kokonaisuus ja sen johtaminen....12

Osa A: Sote-integraation taustatekijät

1. Toimintojen integraatio ilmiönä ja tavoitteena....25
2. Pähkinäsaaren rauhan perinne vuodelta 1323....31
3. Kainuun sote -uudistus 2003–2005....35
4. Saumattoman soten syntysanat....40
5. Järjestöjen ja julkisen sektorin yhteistyö....44
6. Hoivayrittäjät vanhuspalveluiden yhteistyökumppaneina....50
7. Kilpailutus ja hoivayrittäjän näkökulma....55
8. Hallintokokeilu ja valinnanvapaus....57
9. Mitä se hyvejää ja paljonko se kustantaa? 64

Osa B: Iso kuva muutoksessa – organisaatiorajat natisevat

10. Elämänkaarimalli ja organisaatiorajat....69
11. Suunta kohti prosessiorganisaatiota....73
12. Työ- ja toimintatapojen muutokset sote-integraatiossa....76
13. Omahoito ja omatoimisen selviytymisen tuki....80
14. Uusi sairaala – mahdollisuus muutokseen....86
15. Terveyden ja hyvinvoinnin edistäminen....95
16. Miten ympäristöterveys liittyy sote-palveluihin? 101

Osa C: Kainutlaatuisia hyviä käytäntöjä

17. Integraatio aikuisssosiaalityössä – kohti saumatonta asiakasyhteistyötä 107

18. Palvelut uudistuvat moniammatillisiksi 112

19. Kainuun maakunnallinen perhekeskusmalli 116

20. Tapaus tekonivelet – hoitoketjun toimivuus ratkaisee 123

21. Sähköinen asiointi, digi ja tiedon käytettävyys 129

22. Osaamisen kehittäminen 137

23. Kainuun mallin maine – tarvitaanko taikasauvaa? 141

Osa D: Asiakasnäkökulma

24. Maakunnallinen potilasasiamiestoiminta 146

25. Sosiaaliasiamies ja veteraaniasiamies 151

26. Laadunhallinta ja asiakasnäkökulma 155

27. Kokemuskouluttajan näkökulma 162

Osa E: Henkilöstön, kunnan ja luottamushenkilöiden näkökulma

28. Kerran vielä – henkilöstöjärjestöjen näkökulma 170

29. Soteveteraanit muutoksen poluilla 174

30. Kansalaisnäkökulma ja demokratia 176

31. Sotesta eilen ja tänään 179

Lähteet 184

Kirjoittajat

Päivi Ahola-Anttonen, aikuissosiaalipalvelujen vastuualuepäällikkö, Kainuun sote

Esa Ahonen, hallintoylilääkäri ja sairaanhoidon palvelut -tulosalueen johtaja, Kainuun sote

Maire Ahopelto, Kainuun sote -kuntayhtymän johtaja/sairaanhoitopiirin johtaja, Kainuun uusi sairaala -hankkeen johtoryhmän puheenjohtaja, Kainuun sote- ja maakuntauudistuksen väliaikaisen valmisteluelimen varapuheenjohtaja

Kristiina Anttonen, johtava sosiaalityöntekijä, Kainuun sote

Tuomo Erola, Kainuun keskussairaalan ortopedian ja traumatologian erikoislääkäri, Kainuun sote

Matti Heikkinen, perhepalvelut-tulosalueen johtaja, Kainuun sote

Heikki Hekkala, Julkisten ja hyvinvointialojen liiton (JHL) Kainuun aluetoimitsija

Arja Horto, vastaanotto- ja terveyskeskussairaalatoiminnan vastuualuepäällikkö, Kainuun sote

Marjo Huovinen-Tervo, hallintoylihoitaja, Kainuun sote

Reijo Inget, sosiaaliasiamies ja maakunnallinen veteraaniasiamies (vuoteen 2016)

Jukka Juvonen, Kainuun keskussairaalan sisätautien ylilääkäri, Kainuun uusi sairaala -hankkeen hankejohtaja

Marjo Kangasharju, Tehyn pääluottamusmies, Kainuun sote

Eija Karppinen, Superin pääluottamusmies, Kainuun sote

Tapani Kemppainen, Kainuun soten yhtymähallituksen varapuheenjohtaja 2013–2017, puheenjohtaja syksystä 2017

Ella Kiljunen, Jytyn pääluottamusmies, Kainuun sote

Mirjami Korhonen, Kainuun Parkinson-yhdistyksen tiedottaja ja asiakkaiden näkökulmaan sosiaali- ja terveyspalveluihin tuova kokemuskouluttaja

Virpi Korhonen, laatupäällikkö, Kainuun sote

Leila Koskensalmi, JHL:n pääluottamusmies, Kainuun sote

Arto Kovalainen, Kainuun soten tietohallinnon käyttäjätukipalvelut -tiimin vetäjä

Merja Leinonen, koulutuspäällikkö, Kainuun sote

Anneli Louhela, perhekeskusvastaava ja perheneuvolan sosiaalityöntekijä, Kainuun sote

Risto Makkonen, Jukon pääluottamusmies, Kainuun sote

Sirkku Malinen, Kainuun soten tietohallinnon tietojärjestelmätiimin vetäjä

Raili Myllylä, Kainuun soten yhtymähallituksen puheenjohtaja 2013–2017, varapuheenjohtaja syksystä 2017

Eeva Mäntymäki, viestintäpäällikkö, Kainuun sote

Päivi Nykänen, ympäristöterveydenhuolto-tulosalueen johtaja, Kainuun sote

Terho Pekkala, Kainuun uusi sairaala –hankkeen projektipäällikkö

Marita Pikkarainen, kehittämisjohtaja, Kainuun sote

Saara Pikkarainen, terveyden edistämisen suunnittelija, Kainuun sote

Tuomo Pääkkönen, Kainuun maakunta-kuntayhtymän sosiaali- ja terveysjohtaja 2005–2010

Veijo Romppainen, tietohallintojohtaja, Kainuun sote (vuoteen 2016)

Marja-Liisa Ruokolainen, sosiaalialan erikoissuunnittelija, Kainuun sote

Timo Ruotsalainen, Kainuun keskussairaalan fysioterapeutti ja tekonivelkoordinaattori

Helena Saari, perhekeskusvastaava, Kainuun sote

Marjo-Riitta Tervonen, Suomen sosiaali- ja terveys ry:n (SOSTE ry) erityisasiantuntija, Kainuu kuului vastuualueeseen vuoteen 2016 saakka

Mikko Timonen, terveyden- ja sairaanhoidon palvelujen tulosalueen johtaja, Kainuun sote

Eija Tolonen, vanhuspalvelut-tulosalueen johtaja, Kainuun sote, ja osa-aikainen STM:n alaisen I&O -kärkihankkeen Kainuun muutosagentti

Eija Tolonen-Manninen, talousjohtaja, Kainuun sote

Kaisa Tolonen, toimi hoivakotiyrittäjänä vuosina 1999–2013

Ville Turunen, suunnittelupäällikkö, Kainuun sote

Tiina Törrö, Tehyn varapääluottamusmies, Kainuun sote

Eila Valtanen, Kuhmon kaupunginjohtaja 2005–2017, ”sitoutumaton emäntäpiika Lentuan rannalta”

Liisa Vilmi-Johansson, potilasasiamies, Kainuun sote

Esipuhe

Kainuussa toteutettiin vuosina 2005–2012 maakuntahallintokokeilu, joka perustui eduskunnan säätämään kokeilulakiin (laki Kainuun hallintokokeilusta 343/2003). Kyseessä oli Ahvenanmaan maakunnallisen itsehallinnon ohella itsenäisyyden ajan laajin ja pitkäkestoisin itsehallintokokeilu, joka päättyi kahdeksan vuoden jälkeen vuoden 2012 lopussa. Tämän jälkeen Kainuun sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymä (Kainuun sote) on jatkanut maakunnallista kehitystyötä.

Sote-palvelujen maakunnallisesta suunnittelusta (2003–2004) ja järjestämisestä (2005–2012) sekä jatkokehityksestä (2013 alkaen) on saatu ja saadaan edelleen tuloksia, joita on mahdollista hyödyntää sote- ja maakuntauudistuksen käynnistyessä. Tampereen yliopiston tutkijaryhmä seurasi Kainuun hallintokokeilun taloudellisia ja toiminnallisia vaikutuksia, ja aiheesta on julkaistu useita raportteja (Haveri ym. 2007–2012). Merkittävä osa sote-integraatioon liittyvästä kokemuksesta on kuitenkin säilynyt niin sanottuna hiljaisena tietona ja sosiaalisena pääomana maakunnallisten luottamuselinten, työryhmien ja viranhaltijoiden toiminnassa. Hiljainen ja kokemuksellinen tieto on nyt koottu tähän julkaisuun.

Tällä hetkellä Suomessa valmistellaan laajaa ja pitkälle tulevaisuuteen tähtäävää sote-uudistusta. Kainuussa maakunnallisella sotella on meneillään 12. toimintavuosi. Täällä Kainuussa ja myöhemmin Etelä-Karjalassa saatujen kokemusten perusteella on voitu suunnitella uutta maakunnallista järjestämismallia. Myös tämän julkaisun taustalla on ollut ajatus, että Kainuun sotessa kertyneistä kokemuksista – sekä hyvistä että huonoista – voisi olla hyötyä aloittavien uusien itsehallintoalueiden käynnistämisessä. Erityisesti haluamme välittää kokemuksia Kainuussa kokeillusta laaja-alaisesta integraatiosta.

Tämän katsauksen kirjoittajat ovat Kainuussa soten integraatiokehitykseen osallistuvia vaikuttajia, joilla on aiheesta paljon sanottavaa. Pyrimme kuitenkin tiivistämään tekstin keskeisimpiin havaintoihin, jotta mahdollisimman moni näkökulma saataisiin esille. Jokainen kirjoittaja vastaa tekstistä omalta osaltaan.

Kirjoituksissa arvioidaan kriittisesti sote-integraation kehitystä kolmesta näkökulmasta: menneisyys, nykyisyys ja tulevaisuus. Painotus on nykytilassa ja tulevassa: Tavoitteena on arvioida nykyisyyttä menneisyyden valossa siten, että voimme mahdollisimman hyvin varautua tulevaisuuteen.

Kainuun sote-integraatio käynnistyi vuonna 2003 pääministeri Paavo Lipposen sinisistä ajatuksista. Hän lienee löytänyt innoituksensa kainuulaisen kirjailijan Veikko Huovisen vuonna 1952 julkaisusta teoksesta, josta myös tämän katsauksen motto on löydetty.

Toivomme, että tämä julkaisu herättää uteliaisuutta ja kirvoittaa keskustelua niissä maakunnissa, joissa maakunnallinen sote on jotain aivan uutta. Maakunnallisen soten ja maakunnan rakentaminen on osin mittatilauksena tehtävää työtä, osin räätälöintiä ja korjaamista. Sosiaali- ja terveydenhuollon räätälöinti on taito, johon tämä julkaisu saattaa antaa jotain apua.

Toimituskunta

Viisauden lajit

”Tavallaan maapallossa on liiaksi viisautta, epäili Konsta luodollaan. — Sitä ei jakseta kaikkea käyttää, vaan turvottaa se nupopäät mustansinisiksi…

Viisausopin lajit on: **kaukoviisaus**, jota minulla on hyvin paljon. Mitä se on?

Se on sitä, että asiat harkitaan etukäteen ja kuvitellaan tapaus sikseenkin elävästi, että kun se kerran tapahtuu, on reitit selvät. Tätä lajia on harvalle suotu. Jolla sitä on, niin pitäkööt hyvänään!

Mutta tässä lajissa on kaksi pahaa vikaa; asia jää huvikseen tapahtumatta tai se sattuu eri tavalla. Joka arvaa ottaa nämäkin huomioon, sille on maailmanranta kevyt kiertää…

Sitten on **teoreettinen viisaus**, jota on sanomalehdissä ja vaikka missä. Siinä asia kuvitellaan yksipiippuiseksi haulikoksi, jossa on lukko epäkunnossa ja panos voi tulla ampujan silmille…

Teoreettinen viisaus on kaukoviisauden veljenpoika, mutta linssi on vaivaisempi…

Käytännön viisaus on sitä, kun vanha kalttopääkettu juosta hipsuttelee rämeellä ja astuu omiin jälkiinsä.

Mutta polulla voi olla ketunrauta… Vaan jos on lisäksi hyvä vainu, niin varmasti pärjää, paitsi jänis, joka menee mielellään lankaan, jos se on etevästi laitettu, vaan ei töherön käsialaa.

Kaikista paras ja imelin viisauven laji on **jälkiviisaus**, sillä alalla saahaan eniten aikaan. Siinä on tapaus mennyttä aikakautta, mutta se kuvitellaan esiintulevaksi ja sakilla setvitään, miten olisi paras käyttäytyä.

Tässä lajissa on ihminen viisaimmillaan… Jälkiviisaan silmä on somassa paikassa, se kahtoo taaksepäin…”

Konsta Pylkkänen Veikko Huovisen kirjassa Havukka-ahon ajattelija (1952)

Johdanto: Maakunnallisen integraation kokonaisuus ja sen johtaminen

Maire Ahopelto

Tarkastelen tässä artikkelissa Kainuun sosiaali- ja terveydenhuollon integraatiokokemuksia johtamisen näkökulmasta. Johtamisen näkökulmasta voidaan kiteyttää myös toiminnallinen kokonaiskehitys, sillä suurissa organisaatioissa johtaminen koostuu monista erilaisista johdettavista erikoisaloista ja tasoista. Kunnallisten organisaatioiden johtamisessa tärkeää on myös kuntien eli omistajien rooli ja luottamushenkilöiden osallistuminen päätöksentekoon.

Kainuussa sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisvastuu oli hallintokokeilun (2005–2012) ajan erityislakiin perustuvalla maakunta-kuntayhtymällä, jota johtava maakuntavaltuusto valittiin manner-Suomessa ensimmäistä kertaa maakuntavaaleilla. Sen jälkeen (2013–) muodostettiin maakunnallinen laajaalainen kuntayhtymä, jonka yhtymävaltuusto on valittu samoilla periaatteella kuin kuntayhtymissä yleensä.

Luomaa (1) mukaillen johtamiseen kuuluvat strategia, arvot, johtamistapa ja rakenne. Strategia ei sisällä kaikkea johtamisesta vaan on yksi osa sitä, pelkästään strategialla ei menestytä. Kainuussa on lisätty jo vuosia sitten strategista yhteistyötä koko maakunnan alueen toimijoiden kesken, minkä on todettu olevan yksi Kainuun vahvuuksista. Arvot taas ovat strategiaa pysyvämpiä: niissä näkyy omistajan, asiakkaan ja organisaation näkökulma. Kainuun sosiaali- ja terveydenhuollossa määriteltiin jo varhain arvot, joita toiminnassa huomioidaan. Myöhemmin tehtiin myös arvokirja, jota jokainen työntekijä voi hyödyntää omassa työssään. Kainuun soten arvot voi tiivistää yhteen sanaan: **VALOA**. (2)

Vastuullisuus
Avoimuus
Luottamus
Oikeudenmukaisuus
Asiakaslähtöisyys

Johtamistapa määrittää, miten suhtaudumme asiakkaisiin ja miten palveluja tuotetaan. Kainuussa johtamistapaa on kehitetty ja selkiytetty eri organisaatiotasoilla koko maakunnallisen toiminnan ajan. Organisaatiorakenne puolestaan määrittää organisaation toimijoiden suhteet, vastuut ja velvoitteet. Rakenne on välttämätön strategisen ja operatiivisen johtamisen sekä eri toimijoiden tehtävien selkiyttämiseksi. Kuntayhtymän valtuusto ja hallitus tekevät linjaukset asioista ja toteuttavat osaltaan strategista johtamista. Operatiivinen eli toiminnan käytännön johtaminen tapahtuu organisaation eri tasoilla.

(1) Luoma Mikko, Muuttuva liiketoimintaympäristö ja strategiat, luento 8.9.2017, Oulun yliopisto
(2) Mäntymäki Eeva, luento; "Viestintä ja muutosviestintä" 14.3.2017

Kuntayhtymän strategia on laadittu yhteistyössä eri toimijoiden kanssa yhteisellä strategiapohjalla, jossa keskeisten palvelujen aluekehitystavoitteet nousevat esiin koko Suomessa ainutlaatuisella tavalla. Strategiatyössä kunnat ja koko alue sitoutuvat yhteistyöhön. Yhteinen edunvalvonta Kainuun maakunnan hyväksi on tärkeää, jotta työpaikat säilyvät kunnissa keskitetyllä johtamisella ja hajautetulla palvelutuotannolla: Kuntien kanssa sovittiin, että kunnissa säilyy useiden eri toimintojen työntekijöitä.

Kainuun sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymän johtamisen lähtökohtana ovat asukkaiden tarvitsemat palvelut ja niiden kehittäminen. Palvelujen järjestämisessä on otettu huomioon alueen pitkät välimatkat ja tarve järjestää kaikille kainuulaisille tasavertaiset palvelut samoin kuin osaavan työvoiman saatavuus. Tärkeimpänä tavoitteena pidetään saumattomien hoito- ja palveluketjujen johtamista yli kunta- ja organisaatiorajojen. Suurin osa erikoissairaanhoidosta järjestetään Kainuun keskussairaalassa, vain vaikeimpia hoitoja on keskitetty yliopistolliseen keskussairaalaan Ouluun ja valtakunnallisesti Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiriin.

Sote-uudistus toteutettiin jo 13 vuotta sitten

Kainuu on moniin muihin maakuntiin verrattuna pitkällä sosiaali- ja terveydenhuollon maakunnallisessa uudistamisessa, koska maakunnassa toteutettiin vuosina 2005–2012 Kainuun maakunta -kuntayhtymä eli hallintokokeilu, jossa yhdistettiin yhdeksän kunnan (Hyrynsalmi, Kajaani, Kuhmo, Paltamo, Puolanka, Sotkamo, Suomussalmi, Ristijärvi ja Vuolijoki) sosiaali- ja terveydenhuolto, toisen asteen koulutus (lukiot ja ammattiopetus), maakunnan liitto ja tukipalveluita (mm. tietohallinto, taloushallinto ja henkilöstöhallintoa).

Sote-uudistus on toteutunut Kainuussa jo 13 vuotta sitten vuonna 2005, kun erikoissairaanhoito, perusterveydenhuolto, sosiaalitoimi ja ympäristöterveydenhuolto yhdistettiin samaan organisaatioon. Kainuun maakunta -kuntayhtymä ja sittemmin Kainuun sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymä ovat siis toimineet paitsi perusterveydenhuollon ja sosiaalipalvelujen tuottajina myös erikoissairaanhoitolain 7 §:n mukaisena Kainuun sairaanhoitopiirinä ja lain kehitysvammaisten erityishuollosta 6 §:n mukaisena Kainuun erityishuoltopiirinä. Lisäksi kuntayhtymä on järjestänyt ympäristöterveydenhuollon palvelut ympäristöterveydenhuollon yhteistoiminta-alueesta annetun lain (410/2009) mukaisena. Kuntayhtymä on tuottanut myös muille kunnille, kuntayhtymille ja yhteistyötahoille toimialansa palveluita sopimusperusteisesti. Kuntayhtymän saa järjestää jäsen- ja osajäsenkuntien puolesta myös tukipalveluja ja muuta palvelutoimintaa. Tehtäviensä toteuttamiseksi kuntayhtymä omistaa ja hallitsee sairaanhoidon sekä kehitysvammahuollon laitoksia ja muita toimintayksiköitä.

Kainuun maakunta -kuntayhtymän henkilöstöstä sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstöä oli noin 3 100 ja soten talousarvio oli noin 303 miljoonaa euroa. Maakunnan aikana sosiaali- ja terveydenhuollossa toimi myös sosiaali- ja terveyslautakunta, koska muuten asioita olisi mennyt liian paljon maakunta-

hallituksen käsittelyyn. Vastuut ja delegoinnit oli tehty hyvin ylemmässä johdossa, mutta myöhemmin todettiin, että tulosyksikkötasolle tulee lisätä toimivaltuuksia.

Maakunta-kuntayhtymän eduiksi on todettu perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon toiminta samassa organisaatiossa, samanlainen palvelutaso maakunnan eri alueilla, mahdollisuus toimintaprosessien ja osaamisen kehittämiseen sekä ison organisaation tuomat mahdollisuudet henkilöstön rekrytoinnissa. Perustavoitteena on ollut kainuulaisten terveyden ja toimintakyvyn edistäminen yhdessä jäsenkuntien kanssa. Perusperiaatteita ovat olleet asiakasnäkökulman vahvistaminen, valinnanvapaus (vapaa terveysaseman ja hammashoitolan valinta maakunnan sisällä vuodesta 2005 alkaen), ennaltaehkäisevä työ ja kustannustehokkuus. (3)

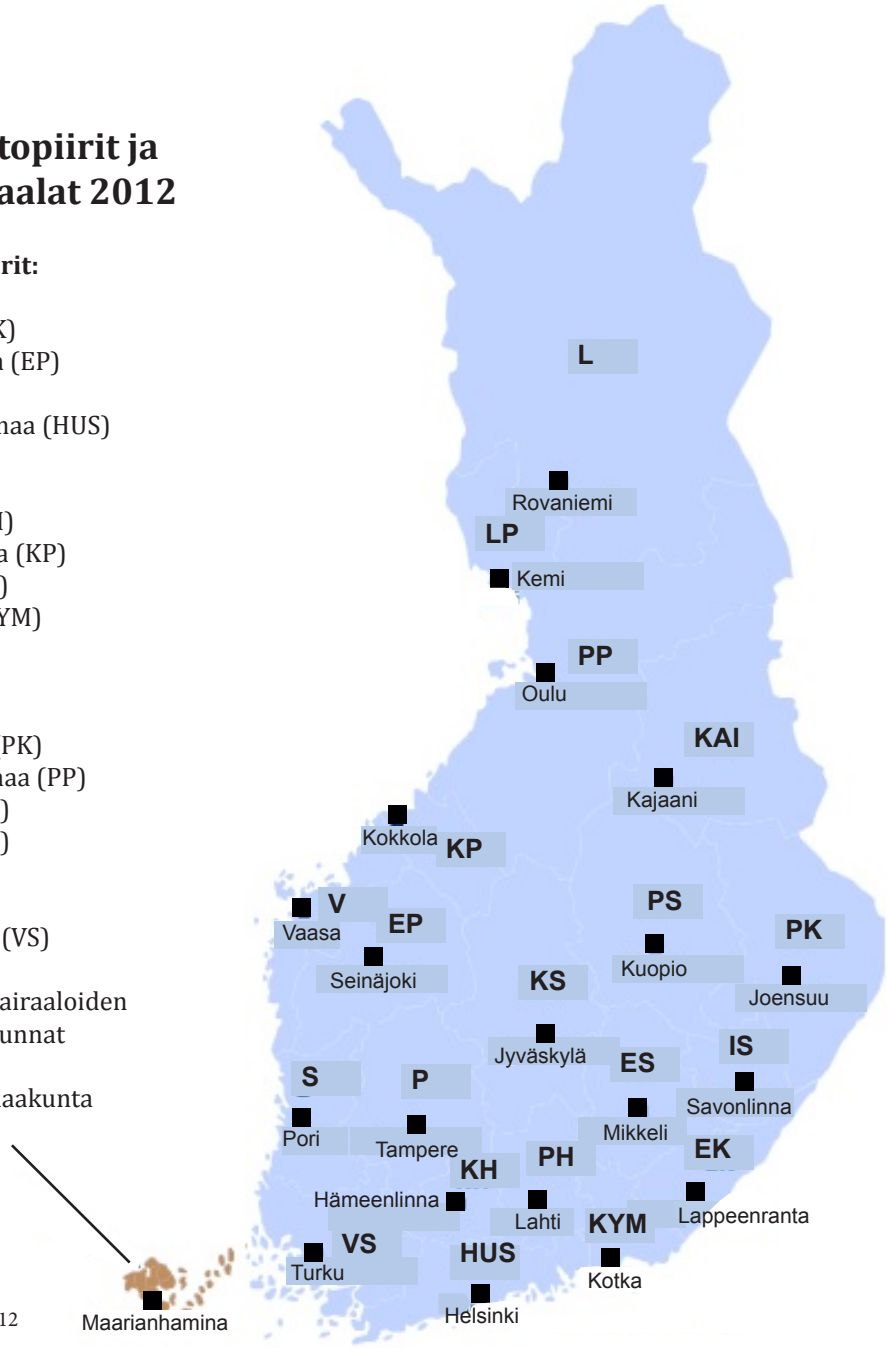
Sairaanhoitopiirit ja keskussairaalat 2012

Sairaanhoitopiirit:

Etelä-Karjala (EK)
Etelä-Pohjanmaa (EP)
Etelä-Savo (ES)
Helsinki ja Uusimaa (HUS)
Itä-Savo (IS)
Kainuu (KAI)
Kanta-Häme (KH)
Keski-Pohjanmaa (KP)
Keski-Suomi (KS)
Kymenlaakso (KYM)
Lappi (L)
Länsi-Pohja (LP)
Pirkanmaa (P)
Pohjois-Karjala (PK)
Pohjois-Pohjanmaa (PP)
Pohjois-Savo (PS)
Päijät-Häme (PH)
Satakunta (S)
Vaasa (V)
Varsinais-Suomi (VS)

■ Keskussairaaloiden sijaintikunnat

Ahvenanmaan maakunta



(3) Kuntaliitto
Karttakuva: KL/JAH 1.1.2012

Kainuun hallintokokeilusta on julkaistu useita arviointiraportteja ja muita tutkimuksia, joissa tarkastellaan kokeilun vaikutuksia muun muassa henkilöstöön ja demokratiaan. Valtakunnan tasolla erityislakiin perustuvaa kokeilua oltaisiin oltu kahdeksan kokeiluvuoden jälkeen valmiita jatkamaan: Kainuun hallintokokeilun seurantaryhmä teki 17.5.2010 esityksen maakuntahallinnon tehtävien järjestämisestä Kainuussa vuoden 2012 jälkeen sekä ehdotukset kokeilun mahdollisesta laajentamisesta ja syventämisestä uusille toimialoille (VM 20/2010). Laki Kainuun hallintokokeilusta annetun lain muuttamisesta 508/2011 annettiin 13.5.2011. Sen mukaan Kainuun hallintokokeilusta annettu laki on voimassa vuoden 2016 loppuun. Muutetun kokeilulain 2 § toteaa:

”Lakia sovelletaan Kainuun maakunnassa hallintokokeiluun Kajaanin ja Kuhmon kaupunkien sekä Hyrynsalmen, Paltamon, Puolangan, Ristijärven, Sotkamon ja Suomussalmen kuntien alueella (kokeilualue). Kokeilualueen kunnat sopivat tässä laissa tarkoitetun yhteistoimintamenettelyn käyttöönotosta kokeilualueella. Sopimus käyttöönotosta tulee hyväksyä jokaisen kokeilualueen kunnan valtuustossa ja ilmoittaa siitä valtioneuvostolle ennen vuoden 2011 päättymistä.”

Yhtä kuntaa lukuunottamatta kunnanvaltuustot hyväksyivät yhteistoimintamenettelyn, mutta kuntien yksimielisyyden puuttuessa kokeilulain 2§:n ehto ei täyttynyt ja Kainuun hallintokokeilu päättyi vuoden 2012 lopussa.

Vuodesta 2013 lähtien maakunta-kuntayhtymän toimintaa jatkoi seitsemän kunnan vapaaehtoiseen yhteistyöhön perustuva Kainuun sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymä, joka kattaa kaikki muut maakunta-kuntayhtymään aikanaan kuuluneet palvelut (3 700 työntekijää ja 330 M€) paitsi maakuntaliiton (25 työntekijää ja 2,8 M€), toisen asteen koulutuksen (noin 600 työntekijää ja noin 50 M€) sekä Puolangan kunnan perusterveydenhuollon ja sosiaalihuollon (noin 60 työntekijää). Puolanka on järjestänyt perusterveydenhuollon ja sosiaalitoimen omana toimintanaan. Nykyiseltä kuntayhtymältä Puolanka hankkii erikoissairaanhoidon, kehitysvammaisten erityishuoltopiirin toiminnot, ympäristöterveydenhuollon ja tukipalveluja.

Organisaation johtamisjärjestelmää on vastaavasti muutettu tarpeiden mukaisesti kehityksen eri vaiheissa, jotta se palvelee kulloisessakin tilanteessa asiakkaiden tarpeita. Kainuun sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymään siirryttäessä uuteen organisaatioon perustettiin kuusi tulosaluetta elämänkaarimallin mukaisesti. Kuntien ja kuntayhtymien (Kainuun sote ja Kainuun liitto) yhteiset tukipalvelut muodostivat uudessa kuntayhtymässä yhden Yhteiset palvelut -tulosalueen.

Hyvä perusterveydenhuolto avainasemassa

Kainuun maakunta -kuntayhtymässä vahvistettiin sosiaalihuollon ja perusterveydenhuollon resursseja eli alueen asukkaiden eniten tarvitsemien, lähellä olevien palvelujen saatavuutta ja saavutettavuutta. Kaikkia palveluja ei keskitetty myöskään kuntakeskukseen vaan asiakkaille tarjottiin kotiin annettavia palveluja.

Henkilöstön osaamisen ylläpitäminen ja kehittäminen on Kainuussa ratkaistu niin, että henkilöstö toimii useamman kuin yhden kunnan alueella. Periaatteena on ollut, että henkilöstö liikkuu eikä asiakkaiden tarvitse liikkua eli hakea palvelua toisesta kunnasta. Jokaisessa kunnassa ei tällöin tarvita monia erityisalojen asiantuntijoita. Toisaalta työntekijän osaaminen vahvistuu, kun asiakkaita on riittävästi. Maakunta-kuntayhtymän aikana palvelurakenteen perustana oli tätä ajatusta vastaava kolmijako lähipalvelut – seudulliset palvelut – maakunnalliset palvelut.

Hallintokokeilun päätyttyä vuonna 2012 inventoitiin hallintokokeilun hyvät käytännöt ja esiin tulleet kehittämiskohteet. Positiivisina asioina sosiaali- ja terveydenhuollossa todettiin, että Kainuun malli on turvannut palvelujen rahoitusta ja vaativat päivystyspalvelut on saatu pidettyä Kainuussa. Erikoissairaanhoidon, perusterveydenhuollon ja sosiaalipalvelun yhteistyö on kehittynyt, laatutyö on koordinoitua ja asiakkaiden kohtelu maakunnan eri puolilla entistä tasapuolisempaa. (4)

Uuteen kuntayhtymään

Kainuun sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymän aloittaessa määriteltiin uudestaan toiminnan keskeiset sisällöt. Samalla tehtiin selvitys palvelu- ja resurssitarpeista sekä niiden kehittymisestä tulevaisuudessa, suunniteltiin toiminnalliset kokonaisuudet, laadittiin sairaala-alueen masterplan, määriteltiin maakunnalliset sosiaali- ja terveydenhuollon kokonaisprosessit liittyen erikoissairaanhoidon toimintaan (sisältäen ERVA-yhteistyön) sekä talous-, henkilöstö- ja tietohallinnon palvelut, asiamiespalvelut (potilas-, sosiaali- ja veteraaniasiamies, lakimies), talous- ja velkaneuvonta, tietosuoja, arkistointi, tietojärjestelmät (potilastiedot, sosiaalihuolto, henkilöstöhallinto), viestintä, puhelinneuvonta, puhelinjärjestelmän/takaisinsoittojärjestelmän uusiminen, tutkimus, kehittäminen, koulutus, laatutyö, ympäristöterveydenhuolto, eläinlääkäripalvelut, sopimukset, hankinnat, työterveyshuolto, tukipalvelut, ruokahuolto, siivouspalvelut, materiaalipalvelut, hankintatoimi, keskusvarasto, tekniset palvelut, kiinteistötekniikka, laitetekniikka ja kuljetuspalvelut.

Hallintokokeilun aikana kertyneitä hyviä käytäntöjä ryhdyttiin kehittämään edelleen. Tavoitteiksi määriteltiin avohoidon edelleen kehittäminen, nopean diagnostiikan yksikössä mahdollisimman monen potilaan kotiuttaminen mahdollisimman omatoimisena 1–3 vuorokaudessa, asiakaskeskeisyys (ei puolesta tekemistä vaan tukemista ja rinnalla kulkemista, potilaan ja asiakkaan omahoitoa sekä osallisuutta edistävät työtavat, yhteisöllisyyttä tukevat prosessit ja rakenteet), potilas- ja asiakastietojärjestelmien yhtenäistäminen, sairaanhoitajan puhelinneuvonnan ja -ohjauksen kehittäminen, ammattiryhmien välisen työnjaon uudistaminen, Kainuun yhteinen turvapuhelinjärjestelmä, ensihoitopalvelun uudistaminen ja Pohjois-Suomen sairaanhoitopiirien yhteisen laboratoriokeskus NordLabin perustaminen vuonna 2013.

Kainuussa on maakunnallisen soten aikana testattu useita uusia toimintamalleja, joita on otettu valtakunnalliseen käyttöön, kuten esimerkiksi vapaa terveysaseman valinta maakunnan sisällä, maakunnallinen ensihoitopalvelu ja Pohjois-Suomen erityisvastuualueen ERVA -yhteistyö.

(4) Kainuun sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymä perussopimus 20.12.2012

Kainuun hallintokokeilun kehitettävistä asioista ja onnistumisista tehtiin omat arvioinnit. Asioina, joihin pitää kiinnittää huomiota, nähtiin viestintään liittyneet ongelmat, yhteyden saaminen palvelupisteisiin, henkilöstövaje varsinkin perusterveydenhuollossa, tilasaneerauksien suuri tarve kuntien ja kuntayhtymän tiloissa, väestön sairastavuus (Kainuussa valtakunnan keskiarvoa suurempi) sekä väestön ikärakenteen ja huoltosuhteen muutos.

Uuden keskussairaalan suunnittelun käynnistäminen

Hallintokokeilun aikana todettiin, että erikoissairaanhoidon toimintoja pitää suunnitella uudelleen ja että tarvitaan uusi keskussairaala. Yhteistyötä Pohjois-Suomen erityisvastuualueen, muiden sairaanhoitopiirien ja Aalto-yliopiston kanssa lisättiin vanhojen tilojen saneerausta sekä uusien rakentamista varten. Tässä yhteydessä uuden sairaalan suunnittelua ja integraation syventämistä tarkasteltiin strategian eri näkökulmista.

Asiakasnäkökulmasta kehittämiskohteiksi todettiin kuntalaisten tarpeiden tunnistaminen, väestörakenteen analysointi, ikärakenteen muutos, palvelutarpeiden muutos, eri ikäluokkien tarpeet ja uusien sairauksien ilmeneminen. Prosessinäkökulmasta huomioitiin toiminnan muutosten tunnistaminen, uudet sairaudet, hoidon tarpeen muuttuminen, uusien hoitomuotojen käyttöönotto, hoitomenetelmien kehittyminen, uudet hoitolaitteet, hoitoaikojen lyhentyminen sekä hoito- ja palveluprosessien uudistamistarve.

Henkilöstönäkökulmasta todettiin tarve tehtävien muutoksiin, osaamisen kehittämiseen, moniammatillisen työn kehittämiseen, entistä kustannustehokkaampiin toimintoihin, eri ammattiryhmien välisen työnjaon muuttuminen, työnantajakuvaan vaikuttaminen ja tarve työtehtävien laaja-alaisuuteen. Talousnäkökulmasta tavoitteena oli tehokas tilojen suunnittelu ja käyttö, kustannustehokkuus, mahdollisuus toimintojen tehostamiseen, investoinnin oikea-aikaisuus, investoinnin elinkaaren kustannukset, erikoissairaanhoidon vaikutukset palveluiden saatavuuteen sekä erikoissairaanhoidon vaikutus alueen elinvoimaisuuteen ja vetovoimaisuuteen. (5)

Sote-uudistuksen tavoitteet toteutuvat Kainuun keskussairaalan uudisrakentamisessa, jossa tavoitteena on yhdistää toiminnallisesti sosiaali- ja terveydenhuollon toimintamallit eli kotoa kotiin -prosessit. Tällöin asiakkaan prosessia tarkastellaan kokonaisuutena, johon kuuluvat hänen palvelutarpeensa mukaisesti perusterveydenhuolto, erikoissairaanhoito ja sosiaalihuolto.

Keskussairaala ei myöskään ole ainoastaan erikoissairaanhoidon sisältävä rakennus vaan siihen on yhdistetty Kajaanin pääterveysaseman ja Lehtikankaan terveysaseman lääkäreiden ja sairaanhoitajien vastaanotot sekä vuodeosastot samoihin tiloihin erikoissairaanhoidon poliklinikoiden ja osastojen kanssa. Yli erikoisalojen ja tulosalueiden ulottuvia toimintoja ja asiakasprosesseja on kuvattu runsaasti yhteensä noin kolmessakymmenessä työryhmässä, joissa henkilökunta on päässyt osallistumaan suunnitteluun. Samaan rakennukseen on tulossa myös kehitysvammahuollon ja sosiaalityön toimintoja, jotta tarvittavat hoidot ja palvelut olisivat mahdollisimman lähellä toisiaan ja asiakkaan paras toteutuisi.

(5) Ahopelto Maire, Lähtökohtia uudelle sairaalalle, Uusi sairaala seminaari, luento 22.9.2011, Kajaani

Uuden sairaalan toiminta perustuu kehittyneeseen malliin hoitaa potilaita kokonaisvaltaisesti ja keskitetysti välttäen useita erillisiä käyntejä eri erikoisaloilla. Erikoissairaanhoidon hoidot ovat usein lyhyitä ja sairaalasta kotiudutaan nopeasti. Sairaalan toimintaa onkin kehitetty avohoitopainotteiseksi yhteistyössä kunnissa olevien yksiköiden kanssa, jotta potilaan hoito toteutuisi suunnitellusti jo ennen sairaalaan tuloa ja sen jälkeen myös kotona. Päiväsairaalatoimintoja on jo laajennettu kahteen vuoroon ja kotihoitoa kehitetty. Kotiin vietäviä palveluita lisätään koko ajan ja lähipalveluina toteutettava hoito kunnissa on jatkossa entistä kattavampaa. Kuntoutus on nostettu uusissa toimintamalleissa erityiseksi kehittämisen tavoitteeksi. Kainuun uuteen sairaalaan tulee muun muassa kuntoutuskatuja, joissa potilailla on mahdollisuus entistä paremmin kuntoutua sekä ohjattuna että omatoimisesti.

Kainuun hallintokokeilun ja Kainuun soten rahoitusmallit

Hallintokokeilun aikana kunnat olivat sopineet, että kuntien rahoitusosuudet maakuntahallinnolle oli määritelty prosenttiosuutena kuntiin kertyvästä laskennallisesta verorahoituksesta. Laskennallinen verorahoitus sisälsi verotulot, kunnallisverot, yhteisöverot ja kiinteistöverot, yleisen valtionosuuden, sosiaali- ja terveystoimen valtionosuuden ja muut tasaukset. Rahoituksen määrä oli vuodesta 2009 lähtien sidottu kuntien veroprosenttiin 19,25. Jos kunnassa oli korkeampi veroprosentti, siitä kertyvä rahoitus ei ollut maakunnan vaan ainoastaan kunnan käytössä.

Maakunta-kuntayhtymälle tullut rahoitusosuus oli siis alle 60 prosenttia kuntien laskennallisesta verorahoituksesta. Sillä tuotettiin Kainuun liiton, lukioiden, ammattioppilaitoksen, sosiaali- ja terveystoimen sekä kuntien taloushallinnon, palkanlaskennan ja tietohallinnon palvelut. Lisäksi sosiaali- ja terveydenhuollon kustannuksista pieni osa katetaan asiakasmaksuilla ja osa valtionosuuksilla. Kainuun maakunta -kuntayhtymän aikana valtionosuuksina tuli noin 31 prosenttia rahoituksesta, viime vuosina valtionosuus on ollut noin 41 prosenttia Kainuun sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymän kokonaisrahoituksesta.

Siirryttäessä Kainuun sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymään yhteisvastuullinen (ei suoritusperusteinen) rahoitusmalli säilyi hieman muuttuneena siten, että kuntien sosiaali- ja terveystoimen valtionavustukset tulevat suoraan kuntayhtymälle ja kuntien maksuosuus määriteltiin uudella tavalla.

Kainuun sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymässä on tällä hetkellä noin 3 700 vakinaista työsuhdetta ja 330 miljoonan euron talousarvio, josta yliopistosairaalaostoihin käytetään noin viisi prosenttia. Kustannushyötyjä on saatu kuntien yhteistoiminnalla ja toimintatapojen yhtenäistämisellä. Kuntayhtymä on järjestänyt esimerkiksi talous-, palkka- ja tietohallinnon tukipalvelut jäsenkunnille. Tämä ratkaisu on tukenut palvelujen integroitumista ja tuonut selkeää kustannussäästöä, niin että taloushallinnossa kustannukset ovat pienentyneet 25 prosenttia verrattuna aikaan ennen hallintokokeilua.

Palvelujen integraatiolla on pystytty hillitsemään kustannusten kasvua ja saatu aikaan tehokkuutta. Avaimina ovat hyvä suunnittelu ja painopisteen siirtyminen ennaltaehkäisyyn: Olennaista on ollut siirtyminen elämänkaarimallin pohjalle rakentuvaan Kainuun soten kokonaisbudjetointiin, jossa palvelujen rahoitus on tuloperusteinen eikä erikoissairaanhoidosta laskuteta täysjäsenkuntia erikseen. Yhteisen budjetin sisällä voidaan myös suunnitella hoitoketjuja tarkoituksenmukaisesti, koska rahoitusta voidaan siirtää budjetin sisällä sinne, missä niitä tarvitaan.

Koko Suomessa yhteisenä haasteena on tulevaisuuden palvelutarpeiden kasvuun vastaaminen käytettävissä olevalla rahoituksella lisäämällä tuottavuutta ja tehokkuutta läpi hoito- ja palveluketjujen. Palvelujen käyttäjien hoito- ja palveluketjuja on tutkittu sosiaali- ja terveysministeriön, Kansaneläkelaitoksen, Kainuun sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymän, Keski-Suomen sairaanhoitopiirin ja Keski-Suomen kuntien yhteistyönä monikanavarahoituksen purkuhankkeissa jo useita vuosia. Hankkeissa on seurattu asiakkaan kulkua palveluketjussa ja siihen kohdistuvaa rahoitusta. Tavoitteena on tunnistaa hoito- ja palveluketjun kehittämiskohteet ja kohdistaa resursseja uudella tavalla.

Perustana tiivis yhteistyö kuntien kanssa

Kainuun tuloperusteinen rahoitus on perustunut keskinäiseen luottamukseen ja mahdollistanut monien palveluiden kehittämisen maakunnallisena toimintana. Kuntayhtymän ja kuntien yhteistyöstä sovitaan perussopimuksen ohella tehtävässä erillisessä yhteistoimintasopimuksessa. Vuoden 2013 yhteistoimintasopimuksessa määriteltiin vuosien 2013–2016 palvelujen järjestämisperiaatteet, tavoitteet ja palvelujen järjestämiseen liittyvät tiedossa olevat olennaisimmat muutokset. Samoin siinä sovittiin tarkemmin yhteistoimintamenettelystä kuntien kanssa. Yhteistoimintasopimusta ei tehty kuntakohtaisesti vaan yhdessä kaikkien kuntien kanssa.

Yhteistoimintasopimus toimii samalla terveydenhuoltolain 34 §:n mukaisena järjestämissuunnitelmana. Kainuussa terveydenhuollon järjestämissuunnitelmaan on liitetty myös vanhuspalvelut. Jatkossa tavoitteena on liittää mukaan myös muut sosiaalihuollon palvelut. Suunnitelmassa sovitaan kuntien yhteistyöstä, terveyden ja hyvinvoinnin edistämistä koskevista tavoitteista ja vastuutahoista, terveydenhuollon palvelujen järjestämisestä, päivystys-, kuvantamis- ja lääkinnällisen kuntoutuksen palveluista sekä tarvittavasta yhteistyöstä perusterveydenhuollon, erikoissairaanhoidon, sosiaalihuollon, lääkehuollon ja muiden toimijoiden kesken. Suunnitelma on laadittu valtuustokausittain. Suunnitelman hyväksymisen edellytyksenä on, että kuntayhtymään kuuluvista jäsenkunnista vähintään kaksi kolmannesta kannattaa sitä ja että niiden asukasluku on vähintään puolet kaikkien jäsenkuntien yhteenlasketusta asukasluvusta.

Kainuussa sosiaali- ja terveydenhuollon sekä kuntien yhteisenä tavoitteena on koko 2000-luvun ajan ollut kehittää asioita, joilla pystytään vaikuttamaan tulevaisuuden palvelutarpeen kasvun hillitsemiseen ja sitä kautta kustannusten kasvun hidastamiseen. Yhtenä yhteisenä kehittämiskohteena ovat olleet

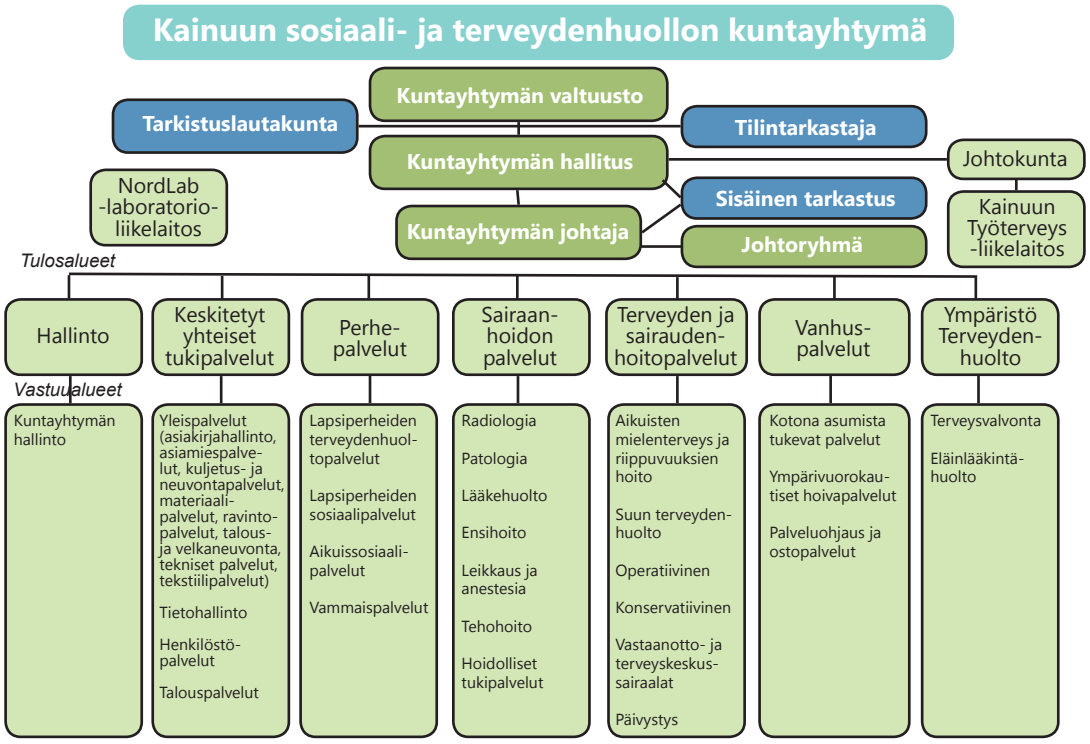
kainuulaisten muuta maata suuremmat hyvinvointi- ja terveyserot, jotka vaikuttavat pitkällä aikavälillä myös palvelutarpeen kasvuun.

Maakunta-kuntayhtymän aikaan sosiaali- ja terveyslautakunta ja virkamiesjohto kävivät kaksi kertaa vuodessa kuntaneuvottelut, keväällä palvelutarpeista ja syksyllä talousarvioraamista. Tämä käytäntö on jatkunut Kainuun sotessa.

Johtamisen onnistumisia Kainuussa

Kuntayhtymien johtamisrakenne on moniportainen tulosalueineen, vastuualueineen ja tulosyksikköineen. Lisäksi tarvitaan koko kuntayhtymän yhteisiin toimintoihin talous-, henkilöstö- ja asiantuntijaosaamista. Sosiaali- ja terveydenhuollon johtaminen on kuitenkin pohjimmiltaan osa asiakastyötä: Julkisen hallinnon johtamistehtävä lähtee asiakkaasta eikä asioita voi johtaa vain paperilla. Kuntalaisten tyytyväisyys palveluihin on tärkeää. Koko ajan tulee miettiä, miten käytettävissä olevalla rahalla saadaan asiakkaalle parasta mahdollista laatua.

Kainuun soten palveluiden suunnittelussa on otettu huomioon hallintokokeilun aikana saatuja hyviä tuloksia, kuten yksi johto perusterveydenhuollolle, erikoissairaanhoidolle, sosiaalitoimelle, ympäristöterveydenhuollolle ja tukipalveluille. Ennen maakuntakokeilua Kainuun kuntien sosiaali- ja terveystoimen esimiesten määrä oli 160. Tällä hetkellä vastaavissa tehtävissä työskentelee 62 henkilöä, joista kymmenen päätoimista ja suurin osa oman toimensa ohella esimiestehtävissä toimivia keskussairaalan ylilääkäreitä. Johtajien ja esimiesten määrää on siis vähennetty sadalla henkilöllä.



Kuva 2. Kainuun sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymä vuoden 2013 alusta alkaen

Kainuun sotessa toimintakuluja on pystytty leikkaamaan ja toimintoja tehostamaan. Työnjako on kehittynyt, erikoistuminen edennyt, suunnitelmallisuus lisääntynyt ja toimintakäytännöt yhtenäistyneet. Suomen sairaanhoitopiirien tuottavuusvertailuissa Kainuun keskussairaala on ollut kolmanneksi tai neljänneksi tehokkain. Kainuun alueella toteutuu jo nyt terveydenhuoltolaissa oleva asiakkaan oikeus valita kunta, josta haluaa palveluita. Hoitoon pääsy on toteutunut paremmin kuin maassa keskimäärin. Ympärivuorokautinen puhelinneuvonta toimii osana organisaatiota, ja potilaan ensikontaktissa on terveydenhuollon ammattihenkilö. Ennaltaehkäisevän työhön panostamisen tavoitteena on ehkäistä sairauksia ja syrjäytymistä.

Myöhemmin myös terveydenhuoltolain edellyttämä, sairaanhoitopiirin vastuulla oleva ensihoito on toteutunut Kainuussa jo vuodesta 2008 lähtien. Erikoissairaanhoidon laitospaikkoja on vähennetty ja avohoitoa lisätty. Perhepalveluissa korostuvat perhekeskusten ja perheasemien rooli sekä varhainen puuttuminen. Perhetyö on laajentunut ja perhehoitoa tarjotaan kaikille asiakasryhmille. Vanhuspalvelujen rakennetta on onnistuttu muuttamaan niin, että Kainuun toiminta vastaa tavoitteita, joita on asetettu kansallisessa Ikääntyneiden palvelusuosituksessa: vanhuspalveluissa korostuvat kotona asuminen ja kotihoito. Vanhussosiaalityön osaaminen on jaettu koko Kainuun alueelle.

Sijaispalvelu- ja varahenkilötoiminta on järjestetty kaikkiin kuntiin maakunnallisesti jo yli kymmenen vuoden ajan. Asumispalveluiden ostot on keskitetty sektorirajat ylittäen. Kuntouttava työtoiminta toteutuu kaikissa kunnissa Kainuun soten kautta. Palveluohjausyksikkö ohjaa asiakkaan parhaalle asiantuntijalle. Ensihoidon työntekijät eivät jätä potilasta yksikön ovelle, vaan huolehtivat myös hänen pääsystään jatkohoitoon. Koko henkilöstö tekee yhteistyötä yhteisessä hoito- ja palveluketjussa, mistä syntyy sekä kustannushyötyä että potilasturvallisuutta. Integraation hyödyistä kertovat myös talousluvut, esimerkiksi erikoissairaanhoidon kustannusten osuus kokonaiskustannuksista on kääntynyt Kainuussa laskuun.

Laatutyö on organisoitu maakunnallisesti ja sosiaali- ja terveystoimen kehittäminen ja suunnittelutoiminta hoidetaan keskitetysti. Täydennyskoulutus on keskitetty, ja koulutusta on saatu järjestettyä Kainuuseen. Yleislääketieteeseen on perustettu professorin virka, jonka avulla panostetaan yleislääketieteen opetukseen. Kainuun maakunta -kuntayhtymä ja Kainuun sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymä ovat myös toimineet useiden erikoisalojen koulutuspaikkoina. Kainuussa koulutetaan muun muassa lääkäreitä, erikoistuvia lääkäreitä, psykologeja, sairaanhoitajia, lähihoitajia, sosionomeja ja sosiaalityöntekijöitä. Yhteistyösopimuksia on tehty yliopistojen, ammattikorkeakoulujen ja ammattiopistojen kanssa ympäri Suomen. Yhteistyökumppaneita ovat myös muun muassa puolustusvoimat, THL, TEKES ja SITRA.

Kainuussa on viime vuosina muutettu rakenteita ja painopisteitä myös henkilöstön osaamisen suhteen. Kuntayhtymään on lisätty vuosien ajan perhetyöntekijöitä, sosiaalityöntekijöitä, sosiaaliohjaajia, sairaanhoitajia ja lähihoitajia. Tämän jälkeen on lähdetty kehittämään kotihoitoa teknologian apuvälineitä hyödyntäen.

Henkilöstöä on koulutettu taloudessa ja johtamisessa, koska havaittiin, että talouden päätösvalta oli liian kaukana henkilöstöstä. Nyt henkilöstö seuraa omia tulostavoitteitaan ja kustannustietoisuutta on viety organisaation kaikille tasoille. Johtamista on pystytty yhtenäistämään kokonaisuutena: Kun työntekijät kokivat, että tarvitaan enemmän lähiesimiehiä, johtamisjärjestelmää muutettiin.

Sote- ja maakuntahallinnon uudistus

Maan hallitus on julkistanut linjauksen 18 uuden itsehallinnollisen maakunnan perustamisesta. Linjauksen mukaan maakunnan liittojen, sairaanhoitopiirien, sote-kuntayhtymien, kuntien sosiaali- ja terveydenhuollon, ELY-keskusten, TE-toimistojen, pelastuslaitosten ja aluehallintovirastojen tehtävät yhdistetään.

Kainuun soten lakilausunnoissa on painotettu organisaatioiden rajat poistavan sosiaali- ja terveydenhuollon integraation merkitystä. Kainuussa asiakkaat hoidetaan jo nyt kaikkien kuntien alueella mahdollisimman varhain ja lähipalveluina. Lähipalveluita on koko ajan vahvistettu lisäämällä kuntien terveysasemille ja perhekeskuksiin työntekijöitä – lähihoitajia, sairaanhoitajia ja sosiaaliohjaajia.

Kainuussa kuntakeskusten välimatkat ovat niin pitkiä, että palvelut tarvitaan omassa kunnassa. Päiväaikainen toiminta ja päivystys toimivat kuntien terveysasemilla sekä Kainuun keskussairaalan yhteispäivystyksessä. Päivystysasetuksen mukainen ilta- ja viikonloppupäivystys on Kainuun keskussairaalassa Kajaanissa. Kunnissa on myös akuuttihoitoa ja akuuttivuodeosastoja.

Kainuun sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymässä toimii jo sote uudistusesityksen mukaisesti integroituna Kainuun sairaanhoitopiiri, Kainuun erityishuoltopiiri, täysjäsenkuntien sosiaali- ja terveydenhuolto ja ympäristöterveydenhuolto. Keskussairaala toimii ympäri vuorokauden päivystävänä keskussairaalana. Päivystävä sairaala tarvitaan Kajaanissa potilasturvallisuuden vuoksi, koska se on iltaisin ja viikonloppuisin ainoa päivystävä yksikkö alueella, jossa välimatkat muihin päivystäviin yksiköihin ovat satoja kilometrejä. Virka-aikanakin puolet maakunnan asukkaista käyttää perusterveydenhuollon ainoana päivystävänä yksikkönä keskussairaalan yhteispäivystystä. Välimatkojen vuoksi Kainuun kaikissa kunnissa on kuitenkin omat ensihoitoyksiköt ja Kajaanin kaupunkiin vuonna 2007 liitetyllä Vuolijoella lisäksi oma yksikkönsä. Kainuussa on myös menossa keskussairaalan uudisrakentaminen, jonka suunnittelu on aloitettu jo 2010. Päivystys vaatii päivystysasetuksen mukaan 9–10 erikoisalan päivystäjät muun muassa sisätauteihin, pehmytosakirurgiaan, ortopediaan, radiologiaan, anestesiologiaan, naistentauteihin ja synnytyksiin, lastentauteihin, psykiatriaan, suun terveydenhuoltoon sekä sosiaalipäivystykseen. Päivystystoiminta vaatii myös näiden alojen ympärivuorokautisen leikkaustoiminnan.

Uuden Kainuun maakunnan valmistelussa ovat mukana sote kuntayhtymä, ELY-keskus, TE-toimisto, pelastuslaitos, maakunnan liitto, kunnat, Pohjois-

Pohjanmaan ELY-keskus ja aluehallintovirasto. Valmistelua on tehty kainuulaiseen tapaan yhdessä: Enimmäkseen kuntien poliittisia luottamushenkilöitä edustavalla ohjausryhmällä on uudistuksessa vahva asema ja valmistelutyöryhmissä ovat mukana myös henkilöstöjärjestöjen edustajat. Työryhmien tehtävänanto on sellainen, että ne pohtivat nimenomaan uuden maakunnan tehtäviä eivätkä vanhojen organisaatioiden mukaisia nykyisiä tehtäviä. Nyt suunnitellaan siis jälleen kerran Kainuuseen organisaatiorajat ylittävien tehtävien pohjalta uusia, uuteen toimintaympäristöön soveltuvia toimintamalleja.

Osa A: Sote-integraation taustatekijät

1 Toimintojen integraatio ilmiönä ja tavoitteena

Esa Ahonen

Sosiaali- ja terveydenhuollon (sote) uudistuksen yhtenä keskeisenä tavoitteena on toimintojen integraatio. Yleisellä tasolla integraatio tarkoittaa kokonaisuuden muodostamista pienemmistä osista, esimerkiksi kuntakohtaisten palvelujen kokoamista suuremmiksi kokonaisuuksiksi. Yleensä sote-integraatiossa on yhdistetty perusterveydenhuollon, erikoissairaanhoidon ja sosiaalipalvelujen toimintoja. Tulevassa lainsäädännössä, kuten nykyisessä Kainuun sotessa, mukana ovat myös ympäristöterveydenhuollon palvelut.

Integraatiolla voidaan tarkoittaa myös asioiden ja toimintojen yhtenäistämistä tai toimintojen sopeuttamista kokonaisuuteen, yhteiskunnallisen ennakkoluuloisuuden, eriarvoisuuden ja hajanaisuuden vähentämistä tai psykologisten ilmiöiden riippuvuutta toisistaan. Tietojärjestelmien yhteydessä taas integraation perusmerkitys on järjestelmien yhteentoimivuus.

1.1 Horisontaalinen ja vertikaalinen integraatio

Sote-integraatiolla voi olla useita rinnakkaisia tavoitteita, joiden avulla muodostetaan aikaisempaa paremmin hallittava kokonaisuus. Integroituun toimintaympäristöön tulisi sisältyä toiminnan kannalta tarpeellisia moniammatillisia paikallisia, alueellisia ja valtakunnallisia palveluja. Näitä osa-alueita kehitetään toisiaan tukevina ja tehostavina, jolloin kokonaisuus on enemmän kuin osatekijöidensä summa – yksi toimija ei voi yksin ”suorittaa” integraatiota, koska sen onnistuminen edellyttää mahdollisimman monen osapuolen osallistumista ja sitoutumista integraatioprosessiin.

Uuden sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämislakiesityksen tavoitteiden toteuttaminen vaatii siis useiden eri tahojen yhteistyötä alueellisesti ja valtakunnallisesti. Tämä pätee sekä sosiaalihuollon ja terveydenhuollon horisontaaliseen integraatioon, että perustason ja erityistason – perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon – vertikaaliseen integraatioon.

1.2 Kainuun sote-integraatio vuodesta 2005 alkaen

Kainuussa sote-integraatiota on kehitetty Kainuun hallintokokeilussa 2005–2012 ja sen jälkeen Kainuun sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymässä (Kainuun sote) useilla toisiaan täydentävillä osa-alueilla.

Rakenteellista integraatiota on toteutettu siten, että toimintoja ja päätöksentekoa on yhdistetty samaan organisaatioon. Tämä on tuonut tullessaan toimintojen aikaisempaa tehokkaampaa koordinaatiota, kustannustehokkuuden paranemista ja kansalaisnäkökulman huomiointia päätöksenteossa.

Toiminnallista integraatiota on kehitetty kaikissa Kainuun soten 250 toimipisteessä. Tietojärjestelmät, laatujärjestelmät ja toimintakäytännöt sekä taloushallinto, kirjanpito ja henkilöstöhallinnon järjestelyt on yhtenäistetty mahdollisimman pitkälle. Tällä mallilla palveluja on tuotettu myös alueen kunnille.

1.3 Taloudellinen integraatio ja tulopohjainen rahoitusmalli

Taloudellinen integraatio sote-palvelujen järjestämisessä ja tuottamisessa on toteutunut kaikki sote-palvelut käsittävän raamibudjetoinnin avulla. Tämä on mahdollistanut aikaisempaa paremman toimintojen ja talouden yhteensovittamisen ja kokonaisarvioinnin, mikä on vähentänyt yksikkökohtaisen osaoptimoinnin tarvetta ja mahdollisuuksia.

Menopohjaisesta taloushallinnosta siirryttiin Kainuun maakunta -kuntayhtymässä vuonna 2005 kuntien tulopohjaiseen talousarviosuunnitteluun. Erikoissairaanhoidon kuntalaskutus voitiin samalla lopettaa lisäarvoa tuottamattomana toimintana.

Ensimmäisen toimintavuoden (2005) taloudelliset tavoitteet olivat kunnianhimoiset: sote-kustannusten osuus kuntien tuloista pyrittiin pitämään 59,9 prosentissa, kun se ennen kokeilun aloitusta (2004) oli ollut noin 62,3 prosenttia. Käytännössä kuntien rahoitusosuuksien vakiintuminen ja sopeutuminen uuteen tuloperusteiseen rahoitusmalliin kesti ainakin 3 – 4 vuotta, jonka jälkeen talouden ennustettavuus on asteittain parantunut.

1.4 Tietojärjestelmien ja tiedon integraatio

Tietojärjestelmäintegraatiossa toimintoja on kehitetty voimakkaasti sekä horisontaalisen että vertikaalisen yhtenäistämisen kautta: kuntakohtaisista perusterveydenhuollon ja sosiaalipalvelujen järjestelmistä on päästy asteittain maakunnan käsittäviin yhtenäisiin tietojärjestelmiin. Vuodesta 2010 alkaen myös erikoissairaanhoito ja perusterveydenhuolto on Kainuussa yhdistetty yhteen ja yhteiseen potilas- ja asiakastietojärjestelmään.

Tiedon integraatio on edennyt Kainuun sotessa tietojärjestelmäkehitystä hitaammin, koska se edellyttää teknisen kehityksen ohella toimintakäytäntöjen ja toimintakulttuurin uudistamista. Toimiva tiedon integraatio on kuitenkin ajan myötä yhä useammin mahdollistanut tietojen kertakirjaamisen ja pyrkimyksen kohti palvelujen yhden luukun periaattetta, joskin toimintamuutokset ovat käytännössä olleet hitaita.

Teknisesti tiedon integraatiota on rajoittanut potilas- ja asiakastietojärjestelmiin liittyvien oheisjärjestelmien suuri määrä (noin 100), mikä edellyttää jatkuvaa integraatiorajapintojen kehittämistä ja koulutusta. Psykologisesta näkökulmasta toimintatapojen muutosta on hidastanut sekä asiakkaiden että työntekijöiden hidas oppiminen uusiin käytäntöihin, mitä usein myös muutosvastarinnaksi kutsutaan.

Yhteiskunnan yleinen digitalisaatiokehitys on joka tapauksessa edistänyt merkittävästi sote-palvelujen uudistamista. Kaikkia palvelumuotoja ei kylläkään voi jättää yksin digitalisaation varaan, koska monilla sote-palveluja eniten tarvitsevilla asiakasryhmillä on muita heikommat edellytykset digitaalisten palvelujen käyttöön.

1.5 Hallinnon integraatio – mitä ihmettä se on?

Hallinnollinen integraatio Kainuun sote-palveluissa on näkynyt erityisesti aikaisempaa selkeämpänä organisaatiorakenteena. Ylimpinä päättävinä toimieliminä ovat vuodesta 2005 alkaen toimineet yhteinen valtuusto ja hallitus. Kuntakohtaisista johtavista viranhaltijoista luopuminen on vähentänyt sote-palvelujen esimiesten määrän noin puoleen aikaisemmasta. Kansalaiset ovat tosin kummastelleet päällikkö-nimikkeillä toimivien suurta määrää. Valtaosa heistä on kuitenkin toiminut käytännön työssä ja oman työnsä ohella yksikön lähiesimiehenä. Toisaalta Kainuun soten (vuonna 2017) noin 3 700 työntekijän organisaatiossa tarvitaan esimiestyötä monessa ammattiryhmässä eri organisaatiotasoilla (tulosalue-, vastuualue- ja tulosyksikkötasot) arkirutiinien ja sen poikkeamien hoitamiseen.

”Hallintopalvelujen asema Kainuun sote-integraatiossa ja siihen liittyvissä uudistuksissa on ollut kaksijakoinen. Toisaalta kansan keskuudessa vallitsee historiallisena perinteenä ”pyhä herraviha”, toisaalta muutostilanteissa kaivataan vastuunkantajia sekä huolten ja epäkohtien korjaajia, kun palvelut eivät suju toiveiden ja tarpeiden mukaisesti.”

Eräs integraation hyödyistä on ollut se, että samalla työntekijällä on voinut olla sovitusti useita rinnakkaisia työrooleja. Yhteisessä organisaatiossa toimintojen suunnittelussa on voitu käyttää perinteisen henkilötyövuoden (HTV) ohella uusia työnjakomalleja, jotka ovat lisänneet työn joustavuutta ja tehokkuutta. Hallintokokeilun alkaessa vuonna 2005 osa toiminnoista (kuten erikoissairaanhoito ja suurin osa tukipalveluista) järjestettiin maakunnallisina kokonaisuuksina. Osa palveluista (mm. terveyskeskuspalvelut sekä niihin liittyvät perhe- ja vanhuspalvelut) järjestettiin aluksi kolmen alueen seutukunnallisina palveluina. Seutujako oli kuitenkin välivaihe, josta siirryttiin myös näissä palveluissa maakunnalliseen hallintomalliin.

Kainuussa maakunnallisesta yhteistyöstä oli hankittu kokemusta jo 1990-luvulta alkaen monissa tukipalveluissa: useiden kuntien lääkehuolto oli järjestetty yhteistyössä sairaanhoitopiirin kanssa, samoin radiologian digitaalinen kuva-arkisto otettiin alueelliseen käyttöön vuonna 1999. Motto oli tuolloin: ”Asiat tehdään järkevästi ja mikäli mahdollista laillisesti”. Saman ajatustavan ehkä toivoisi jatkuvan eräiltä osin edelleen.

1.6 Kainuun toimitilaintegraatio valtakunnallisena pilottina

Toimitilojen integraatio on toteutunut Kainuun hallintokokeilun alusta alkaen siten, että sairaanhoitopiirin ennestään omistamat kiinteistöt (keskussairaalan ja erityishuoltopiirin rakennuskanta) siirtyivät 2005 perustetun kuntayhtymän omaisuudeksi. Kunnilta tarvittavat toimitilat vuokrattiin kuntayhtymän käyttöön. Malli on toiminut Kainuussa hyvin, ja se näyttää tulevan valtakunnalliseen käyttöön sote- ja maakuntauudistuksen yhteydessä vuodesta 2019 alkaen.

Kainuun hallintokokeilun aikana ja sen jälkeen suuria rakennusinvestointeja on tarkoituksella vältetty, koska tavoitteena on ollut sote-toimintoihin soveltuva rakennuskanta eikä tiloihin sopiva toimintamalli. Koska toiminnat ovat olleet Kainuussa jatkuvassa voimakkaassa muutoksessa vuodesta 2002 alkaen, tilasuunnitteluun on kiinnitetty erityistä huomiota.

Vuodesta 2012 alkaen on sitten suunniteltu allianssihankkeena Kainuun uutta sairaalaa (Kainua). Hanke alkoi palvelujen toiminnallisena suunnitteluna, vasta tämän jälkeen aloitettiin tilojen ja rakennustekniikan suunnittelu. Hankkeen saatua lokakuussa 2016 investointilain mukaisen luvan, uuden sairaalan rakentamispäätös tehtiin Kainuun soten yhtymävaltuustossa joulukuussa 2016. Rakennustyöt alkoivat helmikuun 2017 alussa.

Uuden sairaalan tilasuunnitelmissa on huomioitu kustannusten ohella tuottoodotukset, jotka perustuvat toimintojen uudistamiseen ja sote-integraatiosta saataviin hyötyihin. Uusiin tiloihin ei siis ole tarkoitus tarkkaan ottaen rakentaa uutta keskussairaalaa vaan sote-uudistuksen mahdollistamia integroituja palvelujärjestelmiä.

1.7 Palvelukokonaisuudet ja palvelutapahtumien integraatio

Sote-integraation yleisenä tavoitteena on siirtyä yksittäisistä ja erillisistä palvelutapahtumista (transaktioista) palveluketjuja kehittämällä kohti mahdollisimman suuria kokonaisuuksia (transformaatio). Palveluketjujen näkökulmasta sote-integraation tulisi näkyä potilaan ja asiakkaan palvelu- ja hoitokokonaisuuksien sujuvuutena – asiakkaalle ei välttämättä riitä, että hän pääsee nopeasti päivystykseen ja sieltä ulos.

Tähän asti sama potilas on usein ollut perusterveydenhuollon, vanhuspalvelujen, erikoissairaanhoidon, sosiaalipalvelujen, ensihoidon ja yhteispäivystyksen erillisissä rekistereissä ja vuoronperään näissä yksiköissä hoidettavana ilman, että hoitoon osallistuvat ovat aina tienneet toistensa tehtävistä tai työnjaosta. Tietojärjestelmien integraatio on siis välttämätön edellytys toiminnallisen integraation onnistumiselle.

Tietojen käytettävyyden ja saatavuuden lisäämisessä on merkittävä toiminnan tehostamispotentiaali tulevan sote-integraation yhteydessä. Tähän tähtäävä laki sosiaali- ja terveystietojen tietoturvallisesta hyödyntämisestä on

valmisteilla, joten sen käytännön vaikutuksista ei ole vielä kokemuksia.

1.8 Työn sisältöjen integraatio

Sote-palvelujen kuntakohtaisessa järjestämismallissa on aiemmin ollut käytäntönä, että kunkin työntekijän lähiesimies on ollut tavoitettavissa samassa yksikössä tai rakennuksessa. Sote- ja maakuntauudistuksessa etäjohtaminen, etätyö ja sähköinen asiointi tulevat todennäköisesti huomattavasti lisääntymään. Käytännössä tämä voi tarkoittaa, että lähiesimiehenä toimii esimerkiksi naapurikunnassa työskentelevä vuodeosastotoiminnan päällikkö tai alueen kaikille kunnille yhteinen koordinoiva osastonhoitaja. Kainuussa näin on toimittu vuodesta 2005 alkaen.

Työn integraatio voi tarkoittaa myös sitä, että työntekijällä on useita rinnakkaisia työrooleja, esimerkiksi 50/50 tai 20/80 -periaatteella tai vaihtelevalla työnkuvalla. Mikäli järjestely on pitkäaikainen, työnkuva pitäisi huomioida työn vaativuuden arvioinnissa (TVA). Joka tapauksessa jokaisella työntekijällä tulisi olla niin sanottu kotipesä, josta käsin työ koordinoidaan.

1.9 Asiakasrajapintojen integraatio

Asiakasrajapinnalla tarkoitetaan tässä kaikkia yhteydenpidon muotoja, jotka toimivat asiakkaan/potilaan ja palveluorganisaation välillä edistäen palvelujen järjestämistä ja saatavuutta.

Palvelun saatavuutta arvioidaan perinteisesti kiinnittämällä huomio siihen, milloin seuraavat vapaat vastaanottoajat ovat käytettävissä. Tämän järjestämis- ja seurantatavan ongelmana on niin sanottu pullonkaulailmiö, joka yksipuolistaa ja rajoittaa organisaation toiminnan arviointia. Ellei vaihtoehtoisia yhteydenottokeinoja ole käytettävissä, kaikki vapaana olevat vastaanottoajat täyttyvät joka tapauksessa, jolloin niiden seuraamisesta ei ole suurtakaan hyötyä.

Vaihtoehtona on niin sanottu Käännetty pyramidi -malli, jossa eri palvelumuodot ovat käytettävissä heti asiakkaan/potilaan ensikontaktin yhteydessä – näitä palvelumuotoja voivat olla esimerkiksi puhelinneuvonta, sähköinen Omasote-palvelu tai muu nettipohjainen palvelu, josta on tarvittaessa mahdollisuus siirtyä fyysistä tapaamista edellyttäviin vastaanotto- tai päivystyspalveluihin.

Sähköisen asioinnin lisääntyminen on yhä enemmän näkynyt siinä, että kiinteiden vastaanottopalvelujen tilalle tai rinnalle tulee aikaan ja paikkaan sitomattomia palveluja. Sähköisiä hakulaitteita oli aikaisemmin vain työntekijöillä, nykyisin myös lähes kaikilla asiakkailla on sellainen matkapuhelimen muodossa. Sähköinen asiointi arkipäiväistyneen teknologian avulla vahvistaa asiakkaan osallisuutta, kun hän voi aiempaa helpommin arvioida omaa tilannettaan ja palvelutarvettaan. Tämä taas vaikuttaa siihen, miten sote-palvelut on tarkoituksenmukaista organisoida, kuten luvussa 10 kuvataan.

Asiakasrajapintojen integraatio kytkeytyy monenlaisiin uusiin kehityskulkuihin palvelujärjestelmässä. Asiakkaan ja palveluyksiköiden välille saatetaan tarvita palvelukoordinaattoreita, jotka arvioivat asiakkaan palvelutarpeita ja sitä, mikä palveluyksikkö tuottaa asiakkaan tarvitsemaa palvelua. Kainuun maakunnallisessa sote-organisaatiossa työnjaon ja osaamisen kehittäminen on tehostanut asiakaspalvelua useissa toimipisteissä ja samalla helpottanut työntekijöiden asemaa, koska kaikkien työntekijöiden ei tarvitse osata kaikkea. Esimerkiksi sosiaalipalveluissa työtä on voitu jakaa tehtäväalueittain eri paikkakunnille.

Tulevaisuuden sote-integraatiossa perusterveydenhuolto, sosiaalipalvelut ja erikoissairaanhoito eivät voi enää jatkaa erillisinä toimintasaarekkeina, vaan niiden tulisi muodostaa toiminnallinen kokonaisuus. Vaikka Kainuun sotessa on tehty jo vuodesta 2005 alkaen rakenteellisia ja toiminnallisia uudistuksia, palvelupisteissä on asiakasnäkökulmasta katsottuna edelleen liikaa erillisiä ”luukkuja”, joita olisi tunnistettava ja yhdistettävä toiminnallisesti.

1.10 Kainuun Uusi sairaala -hanke integraation vahvistajana

Kainuun sote-palvelujen uudistuksissa vuosina 2017–2021 vuodeosastopalveluja muutetaan avosairaanhoidon palveluiksi. Samalla palveluvalikoimaa monipuolistetaan asiakkaiden omatoimista selviytymistä tukevaksi. Uuden sairaalan konseptisuunnitelman mukaan toiminnallisia muutoksia tehdään kaikissa Kainuun soten terveydenhuollon ja sosiaalipalvelujen hoito- ja hoivapalveluja tuottavissa yksiköissä.

Somaattisen erikoissairaanhoidon vuodeosastopaikkojen lukumäärää tulisi laskelmien mukaan vähentää tulevina vuosina nykyisestä noin 150 paikasta 70 vuodeosastopaikkaan. Aikuispsykiatrisen hoidon paikkoja on vastaavasti ajateltu vähennettävän nykyisestä 58 paikasta 30 paikkaan. Terveyskeskussairaaloiden vuodepaikkojen vähennystavoite on nykyisestä 150 paikasta 108 paikkaan. Jotta muutokset olisi mahdollista toteuttaa suunnitellussa aikataulussa, toiminnallisia muutoksia toteutetaan jo ennen rakennushankkeen valmistumista vuodesta 2017 alkaen.

Uudistuksiin liittyviä henkilöstömuutoksia toteutetaan pääosin henkilöstösiirtoina, koska tulevien vuosien talousarvioraamissa ei ole mahdollisuutta merkittäviin vakanssilisäyksiin. Suunnitelmat vaikuttavat yksilöiden ja yksiköiden työjärjestelyihin, mutta henkilöstöä ei pyritä vähentämään vaan siirtämään ja kouluttamaan asteittain avopalvelutyyppiseen toimintaan – poliklinikoille, päiväsairaalaan, kuntoutuspalveluihin, hoitajavastaanotoille, kotiutushoitajien ja kotihoidon palveluihin sekä mahdollisiin muihin avosairaanhoidon palveluihin.

2 Pähkinäsaaren rauhan perinne vuodelta 1323

Esa Ahonen & Marjo Huovinen-Tervo

Aikaisempina vuosisatoina valtakuntaamme ovat hallinneet naapurivallat ja niiden kulttuurit. Ne vaikuttavat yhä yhteiskunta- ja elinkeinorakenteisiin, terveyskäyttäytymiseen ja mahdollisesti jossakin määrin myös geeniperimämme kautta ilmeneviin alueellisiin hyvinvointi- ja terveyseroihin.

Eräs Suomen historian merkittävimmistä käännekohdista lienee ollut Pähkinäsaaren rauha vuonna 1323. Silloin Ruotsi-Suomen ja Novgorodin-Venäjän välinen raja määritettiin vuosisatojen ajaksi jokseenkin keskelle nykyistä Suomen aluetta. Vasta vuoden 1595 Täyssinän ja vuoden 1617 Stolbovan rauhoissa raja siirtyi itään. Myöhemmin kaakkoiset rajalinjat ovat muuttuneet Uudenkaupungin (1721) ja Turun (1743) rauhansopimuksissa. Sittemmin rajamuutoksia on tullut toisen maailmansodan jälkeen Pariisin rauhansopimuksessa (1947), joka on muuttanut Karjalasta lähteneiden siirtolaisten ja samalla monien muiden sosioekonomisia olosuhteita.

Suomi on muotoutunut pitkulaiseksi maaksi, jossa menneinä vuosisatoina kulkuyhteydet maan eri osiin ovat olleet erilaiset. Etelä- ja Länsi-Suomi ovat hyötyneet merenkulun mukanaan tuomista mahdollisuuksista, ja myös tieverkosto on rakentunut ensin näille alueille. Tämän vuoksi näiden alueiden elinkeinovalikoima, taloudellinen kantokyky ja varallisuus ovat kehittyneet varhemmin kuin niiden alueiden, jotka ovat olleet vaikeammin saavutettavissa – kuten esimerkiksi Kainuu.

Suomessa Pähkinäsaaren rauhan rajan vaikutukset näkyvät edelleen muun muassa hyvinvointi- ja terveyseroissa. Rajan vaikutus on näkynyt jopa siinä määrin, että Suomessa on arvioitu kansanterveydellisesti ja kulttuurihistoriallisesti tarkasteltuna asuvan kaksi eri kansaa.

2.1 Linnalääneinä nykyisten maakuntien edeltäjinä

Pähkinäsaaren rauhan jälkeen suomalaisten asema silloisessa Ruotsi-Suomen valtakunnassa vahvistui. Vuodesta 1362 alkaen Itämaan eli Suomen hallintoa alettiin kehittää, ja alue sai muun muassa oikeuden osallistua kuninkaan vaaliin. Suomi jaettiin linnalääneihin, joita voi pitää nykyisten maakuntien esivaiheena, ja hallintopitäjät kehittyivät paikallishallinnon yksiköiksi. Valmisteilla olevalla sote- ja maakuntauudistuksella on suhteellisen pitkät juuret – linnalääneistä tähän päivään on yli 650 vuotta.

Uskonnot ja sodat vieroittivat 1500-luvulla Savon ja Karjalan alueilla rajan kahta puolen asuneita sukulaisheimoja toisistaan. Ruotsi ja Novgorod pyrkivät kumpikin vahvistamaan valtaansa perustamalla kaupunkeja ja linnoituksia alueilleen. Näin perustettiin muun muassa Savonlinnan syntysijoille

Olavinlinna (1475), Helsinki (1550), Oulu (1605) ja Kajaani (1651). Uskonnot seurasivat valtiollisia rajoja siten, että itäpuolinen Novgorodin alue noudatti kreikkalaiskatolista (bysanttilaista) uskontoa. Ruotsi-Suomen länsipuolisella alueella oli vallalla katolinen kirkko aina vuoden 1527 valtiopäiviin saakka, jolloin Kustaa Vaasa muutti valtakunnan luterilaiseksi.

2.2 Kurittaako vainolaisen muisto meitä edelleen?

Huonoina aikoina taudit ja nälkä koettelivat suomalaisia ja muuta pohjoista Eurooppaa. Nälkävuosina 1695–1697 Suomen noin 510 000 kansalaisesta jopa 30 prosenttia menehtyi vaikeisiin oloihin. Kainuun, Kuusamon ja Kemin Lapin alueilta taudit ja nälkä veivät jopa yli 40 prosenttia väestöstä. Myöhemmin nälkävuodet uusiutuivat vuosina 1866–1868. Kansan kielellä `vainolainen´ eli halla ja taudit ovat kurittaneet niin kovasti, että niiden vaikutukset näkyvät Kainuussa edelleen muun muassa hyvinvointi- ja terveyseroissa.

Pähkinäsaaren rauhan raja vaikuttaa kainuulaisten elämän taustalla siis edelleen. Sosiaali- ja terveyserojen kaventamistyön jatkaminen Kainuussa vaatii siksi erityisen vahvaa maakuntahenkeä – jota Kainuusta löytyy – ja maakuntalaulun väkevää sanomaa.

Nouskoon rintaamme uskomus uus ! Taantukoon taika ja vanhoillisuus ! Maamies, muista, miss onnesi on: riihesi rikkaus riippumaton ! Kainuhun kansa, ah, arpasi lyö ! Missä on ryhtisi, kunnia, työ ? – Meidän on uudesta luotava maa! Raukat vain menköhöt merten taa! (Ilmari Kianto 1911)

Tänäkään päivänä emme elä ilman uhkakuvia. Nyt meillä Kainuussa on kuitenkin aikaisempia vuosisatoja paremmat mahdollisuudet ratkaista niitä niin tiedollisesti kuin taidollisesti. Maantieteellinen sijainti ei ole enää niin merkitsevä tekijä kuin menneinä aikoina, vaikka tässä melkein Belgian kokoisessa maakunnassa on hoidon ja palvelun toimintamalleja kehitettäessä edelleenkin huomioitava maakunnan maantieteellinen laajuus ja pitkät etäisyydet.

Elias Lönnrot toimi Kajaanin piirilääkärinä vuosina 1833–1853. Omalla tavallaan hän toteutti lähipalveluideologiaa, kansanterveystyötä ja toimintojen integraatiota kiertäessään Kainuun pitäjissä niin piirilääkärinä kuin kansanrunoutta keräämässä. Lönnrot teki myös terveysvalistusta: hän kirjoitti vuonna 1839 ensimmäisen suomenkielisen lääkärikirjan nimeltään Suomalaisen Talonpojan Koti-Lääkäri.

Nykyinen Kainuun sosiaali- ja terveydenhuollon integraatio vuodesta 2005 alkaen on myös pyrkinyt tukemaan kainuulaisten omaehtoista terveyden edistämistä. Kuten Lönnrot aikanaan havaitsi, hoito- ja palveluorganisaatioiden kehittämistoimenpiteet eivät riitä sosiaali- ja terveyserojen kaventamiseen.

Muutoksen tekemiseen tarvitaan henkilökohtaista halua ja asennetta parempaan, koskipa se sitten omia ravinto-, päihde-, tai liikuntatottumuksia.

Kyse on vain siitä, miten pitkään ja miten paljon haluamme olla historian terveyserojen vankeja – vai löytyykö meistä kainuulaisista näidenkin asioiden ratkaisemisessa sitä peräänantamattomuutta, jolla olemme aikoinaan erilaiset muut vainolaiset poisajaneet?

2.3 Myös pakkoruotsilla on pitkät perinteet

Suomen kielen asema oli 1700-luvulle saakka heikko. Ruotsi oli ainoa virallinen kieli, jolla laadittiin muun muassa viralliset asiakirjat. Ruotsin vuoden 1771 valtiopäivillä esitettiinkin huoli virkamiesten huonosta suomen kielen taidosta – puute, joka korjaantui vähitellen vaikka hitaasti. Tuolloin kansa puhui siis pääosin suomea ja virkamiehet ruotsia – lieneekö tälläkin ollut osuutta alueellisiin hyvinvointi- ja terveyseroihin?

Yleensä väestön koulutustason nousu parantaa alueen kehittymismahdollisuuksia ja edistää terveyteen liittyvien asioiden tiedostamista. Suomessa oppivelvollisuus tuli voimaan vuonna 1921, kun oppivelvollisuuslaki määräsi vähintään kuusivuotisen kansakoulun oppimäärän suorittamisen pakolliseksi. Suomalaisen oppivelvollisuuden länsimaisittain myöhäinen alkamisajankohta johtuu siitä, että oppivelvollisuudesta ei ollut onnistuttu säätämään Venäjän alaisuudessa. Toisaalta oppivelvollisuutta myös vastustettiin, sillä koulun pelättiin käyvän yhteiskunnalle kalliiksi ja kasvattavan huonoja työntekijöitä.

Suurimmassa osassa Suomea oppivelvollisuus toteutui jo 1920-luvulla, mutta esimerkiksi Tunturi-Lapissa viimeiset syrjäkylät saatiin kouluverkon piiriin 1950-luvulla. Kainuussa kuten muuallakin pitkien etäisyyksien alueilla kansakoulun käyminen saattoi kuitenkin edellyttää, että oppilas asui viikot poissa kotoa asuntolassa.

2.4 Hyvinvointi- ja terveyserojen alueelliset vaihtelut

Itä- ja Länsi-Suomen alueelliset terveys- ja hyvinvointierot näkyvät tutkimuksissa edelleen. Erot lienevät osin perinteisiin ja elinolosuhteisiin liittyviä. Todennäköisesti hyvinvointi- ja terveyserojen taustalla on myös geneettisiä tekijöitä. Aikaisemmin vähäisestä muuttoliikkeestä seurasi se, että väestön geneettinen vaihtelu jäi jopa niin pieneksi, että joillakin alueilla Itä- ja Pohjois-Suomessa on ollut todettavissa geneettisistä isolaateista aiheutuneita alueellisia sairauskeskittymiä.

Kainuun maakunnassa suurten kansansairauksien sairastavuusindeksi (THL 2014) on ollut 1,18, kun valtakunnan keskiarvo on 1,00. Maakunnittain ikävakioitu sairastavuus on matalimmillaan maan länsi- ja eteläosissa ja suurimmillaan itä- ja pohjoisosissa.

Kainuun maakunnasta löytyy myös yllättävän suurta paikallista terveyden ja hyvinvoinnin vaihtelua jopa naapurikuntien kesken. Maakunnan eteläisimmissä osissa on matalimpia sairastavuusindeksejä, jotka kertovat noin 1,1- kertaisesta sairastavuudesta keskiarvoon verrattuna, kun taas pohjoisosissa

on jopa 1,6-kertaista sairastavuutta. Kun kuntakeskusten välimatkat ovat kuitenkin vain sadasta kahteensataan kilometriä, herää kysymys, mistä näin suuret erot voivat johtua. Pelkästään päivittäisistä elintavoista ja ravintototottumuksista johtuvat tekijät tuskin pystyvät vaihtelua selittämään. Aikaisemmin maakunnan sisäistäkin liikkuvuutta lienee rajoittanut hevosen päivämatkan pituus (noin 30 – 50 km), mutta nykyisenä yksityisen ja joukkoliikenteen aikakautena väestön geeniperimän – samoin kuin ravintototottumusten ja muiden ympäristötekijöiden – voisi jo ajatella sekoittuneen.

Sosiaali- ja terveysministeriöllä on jo pitkään ollut käynnissä terveyserojen kaventamisen (TEROKA) hanke, jossa erityisesti suurten kansansairauksien (astma, diabetes, psykiatriset sairaudet, reuma, sepelvaltimotauti, sydämen vajaatoiminta ja verenpainetauti) sairastavuutta ja alueellista vaihtelua on pyritty vähentämään. Muutokset ovat valitettavasti olleet kovin hitaita.

Valtakunnallisella ja paikallisella päätöksenteolla on ollut ja on monisyinen vaikutus alueellisen elinkeinorakenteen ja aluetalouden kehittymiseen ja näin ollen myös alueellisiin terveyseroihin. Jos alueen työmahdollisuudet ovat olleet rajalliset ja niukat, se on voinut aiheuttaa suurtakin muuttoliikettä – näin tapahtui Pohjois-Suomessa ja Kainuussa 1970 -luvulla, kun työikäistä väestöä siirtyi runsain joukoin Ruotsiin. Vastaanottavilla alueilla geenit sekoittuvat, mutta muuttoliike alueelta poispäin kaventaa alueen väestörakennetta. Lähtöalueelle jää yleensä väestön ikääntynein osa, joka myös tarvitsee eniten sosiaali- ja terveyspalveluja. Tämä ilmiö näkyy selvästi tämän päivän Kainuussa. Myös muut Kainuun vahvat erityispiirteet ja niiden historiallinen tausta vaikuttavat edelleen oleellisesti tämän päivän toimintoihin, palveluihin ja niiden tarpeeseen.

Yksi kainuulainen piirre näkyy alueen puolustamiseen liittyneissä hallinnollisissa kiistoissa, joissa Kainuun väki on osannut toimia yksituumaisen päättäväisesti (tapaus Raatteentie 1940). Raatteen tiestä on kulunut hieman aikaa, mutta nyt kuten silloinkin tuloksellista toimintaa edistävät sisu, tahto ja taito huomioida ja käyttää hyväksi vallitsevia olosuhteita – olivatpa ne millaiset hyvänsä.

3 Kainuun sote-uudistus 2003–2005

Esa Ahonen

Kainuun maakunnallinen itsehallintokokeilu alkoi vuoden 2005 alussa. Sote-integraatio siis toteutui ajallisesti 15 vuotta ennen valtakunnallista sote- ja maakuntauudistusta. Kainuusta saaduilla kokemuksilla ja käytännöillä saattaa olla merkitystä muualla valtakunnassa suunniteltaville järjestelyille. Asioiden kulkuun vaikuttavat meneillä olevat lainsäädännön ja toimintaympäristön muutokset, mutta yhtä kaikki jotkut muutosprosessin ilmiöt ja lainalaisuudet ovat – ainakin jälkiviisauden valossa – ennakoitavissa.

3.1 Hallintokokeilun siniset ajatukset

Kainuun hallintokokeilu alkoi suotuisten tähtien alla vuonna 2002, kun pääministeri Paavo Lipponen loihe lausumaan kuuluisat 'siniset ajatuksensa' Kainuun maakunnallisesta itsehallintokokeilusta. Tätä seuranneen valmistelutyön tuloksena tuli voimaan laki Kainuun hallintokokeilusta (343/2003). Määräaikaiseen lakiin sisältyi niin sanottu perälautapykälä, jonka mukaan lain soveltamisen tuli perustua alueen kuntien yksimieliseen päätökseen.

Kainuun hallintokokeilussa kaikki Kainuun sosiaali- ja terveyspalvelut (kouluterveydenhuolto ja ympäristöterveydenhuolto mukaan lukien mutta päivähoito poislukien), erityishuoltopiirin toiminnat, maakunnan liiton toiminnot ja toisen asteen koulutus (lukiot ja ammattioppilaitos) siirtyivät Kainuun maakunta -kuntayhtymän hoidettaviksi. Kainuulle korvamerkityt ministeriöiden rahoitukset koottiin yhteen Kainuun kehittämisrahaksi. Tämän kehittämisrahan käytöstä päätti suorilla vaaleilla valittu maakuntavaltuusto.

Kainuun hallintokokeilu päättyi vuoden 2012 lopussa kestettyään kahdeksan vuotta, kun Puolangan kunta siirtyi kuntayhtymän osajäseneksi ja ulkoisti osan toiminnoistaan. Tämän jälkeen Kainuun maakunnallinen yhteistyö on jatkunut vuodesta 2013 alkaen pääosin ennallaan Kainuun sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymän (Kainuun sote) muodossa. Kainuun soten toiminnat ovat monilta osin yhteensopivia myös sote- ja maakuntauudistuksen rakenteiden kanssa.

3.2 Vuodet 2003–2005 Kainuussa

Mutta mitä tapahtuikaan Kainuussa vuosien 2003–2005 aikana? Kysymys on nyt ajankohtainen, koska samantapainen muutos on suunnitteilla valtakunnallisesti vuosina 2017–2019, mikäli suunniteltu uudistus etenee aikataulussa.

Kun verrataan vuotta 2004 Kainuussa ja vuotta 2018 Suomessa, yhteistä näyttää olevan voimakas valtionvallan ohjaus. Uudistusten käytännön toteuttaminen on kuitenkin niin silloin kun nyt alueellisten luottamuselinten ja viranhaltijoiden vastuulla.

Kansalaiset suhtautuivat tuolloin toistakymmentä vuotta sitten ajatukseen maakunnallisesta itsehallintokokeilusta Kainuussa pääosin myönteisesti, joskin hallintokokeilun alusta alkaen on esiintynyt kriittisiä näkemyksiä ja kommentteja. Ne ovat olleet näkyvästi esillä eri tiedotuskanavissa aina tähän päivään saakka.

Eräänä keskeisenä onnistumisena Kainuun hallintokokeilussa voitaneen pitää sitä, että mielipiteen ilmaisemisen vapaus on ollut mahdollista, vaikka asioiden tila ja suunta ei ole aina kaikkia osapuolia tyydyttänyt.

Kainuun hallintokokeilua valmisteltiin vuosina 2002–2004 useissa alatyöryhmissä, joiden toimintaa ohjasi kaikkiaan 98 jäsenestä koostunut ohjausryhmä. Yhteensä valmisteluun osallistui noina vuosina oman työn ohella ainakin 500–600 henkilöä, jotka olivat pääosin kunnallisen ja valtion hallinnon sekä muiden sidosryhmien työntekijöitä ja toimielinten edustajia.

3.3 Kuntatalouden ja hallintokokeilun vuorovaikutus

Useilla Kainuun kunnilla oli vuoden 2004 lopussa, juuri ennen hallintokokeilun käynnistymistä, tiukka taloustilanne ja alijäämäinen tilinpäätös. Myös tulevan sote-integraation kannalta tilanne oli haasteellinen, koska ensimmäisenä toimintavuonna 2005 kuntien rahoitusosuutta päätettiin alentaa aiemmasta 62,3 prosentista 59,9 prosenttiin.

Samaan aikaan kaupunkien ja kuntien omissa rahoitusneuvotteluissa käytiin tiukkoja vääntöjä, tehtiin laskelmia ja kuultiin vetoomuksia. Kajaanissa puhuttivat erityisesti teatterin, pallohallin ja museoiden kohtalo. Kajaanin talouden ongelmia ja taidelaitosten ahdinkoa käsiteltiin marraskuussa 2004 jopa eduskuntakeskustelussa, jossa tilannetta pyrittiin vierittämään hallintokokeilun syyksi jo ennen sen alkamista.

Totuutta säästeltiin eduskuntakeskustelussa: Kajaanin talousahdinko oli syntynyt vuosikausien aikana, koska poliittisilla päättäjillä ei ollut rohkeutta tehdä korjauksia ajoissa. Hallintokokeilua ongelmista ei voi syyttää. Kainuun Sanomat, pääkirjoitus 25.11.2004.

Hallintokokeiluun varautuminen näkyi eri kunnissa eri tavoin. Osa lykkäsi omia päätöksiään siirtääkseen linjaukset uudelle kuntayhtymälle. Osa kunnista harjoitti vuonna 2004 ennakoivaa suunnittelua ja osaoptimointia päättämällä hankinnoista ja oman kuntansa palkkaehdoista siten, että kohonneet kustannukset tulivat myöhemmin uuden kuntayhtymän kustannettaviksi. Alueen kuntien kanssa sovittiin kyllä valmisteluvaiheessa yleisestä palkkamaltista tulevan menokehityksen hallitsemiseksi. Palkkamaltti ei kuitenkaan kaikilta osin pitänyt. Paikoitellen sote-henkilöstön palkkoja tarkistettiin vuoden 2004 lopulla niin, että naapurikuntiin muodostuneita palkkakuoppia hoidettiin tämän jälkeen kunnallisen työ- ja virkaehtosopimuksen (KVTES) järjestelyerien kautta maakunta-kuntayhtymän viimeiseen vuoteen saakka.

Tästä näkökulmasta katsottuna vuonna 2016 voimaan tullut, soteuudistukseen liittyvä investointilaki on periaatteeltaan perusteltu, vaikka sen on toisaalta koettu rajoittavan kunnallista itsehallintoa.

Vuoden 2004 aikana hallintokokeilun valmistelussa todettiin, että toimintojen integraatio useiden kuntien alueella edellyttää tietojärjestelmien uudistamista ja yhtenäistämistä. Noin viiden miljoonan euron rahoitusta tarvittiin tuolloin erityisesti terveydenhuollon ja opetuksen sekä kirjanpito-, palkkalaskenta- ja sähköpostijärjestelmien rakentamiseen.

Digi-innoituksen vallassa joillakin paikkakunnilla tehtiin vuoden 2004 lopulla työasemien leasing-hankintoja. Työasemia sijoitettiin pahvilaatikoiden päälle odottamaan vuoden 2005 vaihdetta, jonka jälkeen työpöytien hankinta ja työasemien leasing-maksut siirtyivät uudelle kuntayhtymälle.

Tietojärjestelmäinvestointeja, jotka Kainuun maakuntavaltuusto hyväksyi helmikuussa 2004, pidettiin julkisuudessa varsinaisena jätti-investointina. Jälkikäteen arvioituna tietojärjestelmien yhtenäistäminen oli toimintojen integraation ja tehostamisen näkökulmasta erittäin kustannustehokas ja vaikuttava toimenpide, jolla luotiin pohjaa myöhemmälle integraation syventymiselle.

3.4 Maakuntavaalit 2004

Uuden kuntayhtymän valtuusto valittiin lokakuussa 2004 kunnallisvaalien yhteydessä. Uutuudestaan huolimatta vaalitapa oli pääosin toimiva, vaikka äänestysprosentti jäi toivottua matalammaksi (51,2) ja yhteensä 762 vaalikuorta jouduttiin hylkäämään väärään kuoreen tehtyjen tai virheellisten merkintöjen takia.

Kansalaisille laajojen ja moninaisten muutosten kasautuminen näkyi informaatiotulvana. Toisaalta uuden kuntayhtymän tiedotuskaan ei aina pysynyt nopeasti seuranneissa muutoksissa ajan tasalla. Jälkikäteen arvioituna ajantasaisen tiedotuksen puutteet ja ongelmat vaikeuttivat uuden kuntayhtymän toiminnan aloitusta enemmän kuin etukäteen oli arvioitavissa. Ongelmia oli myös kuntayhtymän omassa sisäisessä viestinnässä: Esimerkiksi kuntien ja sairaanhoitopiirin henkilöstön yhteystiedot olivat puutteellisia, ja ne voitiin päivittää kattavasti vasta myöhemmin.

Kuntarahoitus järjesteltiin uudelleen varsin ennakkoluulottomalla tavalla, joka on kuvattu tarkemmin luvussa ”Mitä se hyvejää ja paljonko se kustantaa?” (s. 60–64) Erikoissairaanhoidon suoritepohjaisesta laskutuksesta luovuttiin vuoden 2005 alusta alkaen niin sanotusti lisäarvoa tuottamattomana toimintana. Toimintatilastot koottiin kuten aikaisemminkin, mutta tarpeeton keskinäinen laskutus vähennettiin minimiin. Kustannusten käsittely jaettiin uudessa kuntayhtymässä ulkoiseen laskutukseen ja sisäisten menoerien laskutukseen, joka sai henkilöstöltä hellimänimen leikkiraha.

Ennen hallintokokeilun alkua suuria odotuksia ja osin väärinymmärryksiä liittyi valtion kanssa neuvoteltuun Kainuun kehittämisrahaan. Vaikka rahalle

ehdotettiin useita mahdollisia käyttökohteita, se koottiin käytännössä valtion hallinnon alaisten laitosten – Kainuun/Oulun tiepiirin, metsäkeskuksen, TE-keskuksen ja ympäristökeskuksen rahoituksesta yhdeksi käyttötarkoituksiltaan kohdennetuksi kustannuseräksi. Vuoden 2005 talousarviossa kehittämisrahan suuruudeksi muodostui 42 miljoonaa euroa.

Lakiin Kainuun hallintokokeilusta tehtiin vielä ennen kokeilun aloitusta vuoden 2004 lopussa muutos, joka mahdollisti kokeilun aloituksen vuonna 2005 yhtenä kuntayhtymänä ja yhtenäisenä maakunnallisena alueena aiemmin kaavaillun kolmen seutukunnan asemesta. Seutukuntajako jäi kokeilun alkuvaiheessa perhepalvelujen ja vanhuspalvelujen tulosalueille, mutta se korvattiin myöhemmin koko maakunnan kattavalla mallilla.

3.5 Toimintojen uudistaminen aloitetaan

Vaikka kokeilun alkuun liittyi monissa ammattiryhmissä, alueen yrittäjillä ja paikallisten luottamushenkilöiden keskuudessa epätietoisuutta, päätöksenteossa ja keskusteluissa alkoi kuitenkin kehittyä jo vuosina 2003–2005 useita sote-palvelujen uudistuksia. Ne ovat laajentuneet myöhemmin ja toimineet merkittävinä alueellisina ja valtakunnallisina pilottihankkeina. Tässä muutamia esimerkkejä:

- Kainuussa päätettiin heti hallintokokeilun alussa kokeilla alueellista valinnanvapautta, jossa useimpien lähipalvelujen toimipiste oli valittavissa maakunnan alueella.
- Ammattiryhmien välistä työnjakoa uudistettiin muun muassa aloittamalla sairaanhoitajien ympärivuorokautinen puhelinneuvontapalvelu sekä sairaanhoitajien vastaanottopalvelu.
- Terveyden ja hyvinvoinnin edistäminen sekä sairauksien ennaltaehkäisy määriteltiin uuden kuntayhtymän toiminnoiksi.
- Ensihoito sekä laboratorion, radiologian ja lääkehuollon palvelut järjestettiin maakunnallisina kokonaisuuksina siten, että toimipisteet ja yksiköt olivat yhteisen johdon alaisuudessa.
- Maakunnallisia talous- ja henkilöstöhallinnon, kirjanpidon, laskutuksen ja tietohallinnon tukipalveluja tuotettiin sekä kuntayhtymälle että alueen kunnille.

3.6 Viestinnän haasteet yllättivät arjen puurtajat

Hallintokokeilun aloituksen jälkeen vuonna 2005 ja vielä useita vuosia myöhemminkin esiintyi useilla tahoilla (kansalaiset, kuntayhtymän viranhaltijat ja työntekijät, valtakunnalliset virastot jopa ministeriöt mukaan luettuna) epäselvyyttä siitä, mitä Kainuun maakunta -kuntayhtymä (2005–2012) ja sen jälkeen Kainuun sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymä (vuodesta 2013 edelleen) tekee ja mikä on sen paikka maailman järjestyksessä.

Tiedottamisen haasteet ja epätietoisuus vallitsevasta tilanteesta ilmenivät useilla tavoin ja myös yllättävissä yhteyksissä. Monet valtakunnalliset virastot,

yritykset ja yhteisöt lähettivät useita vuosia postia vanhoihin osoitteisiin, vaikka nykyisistä yhteystiedoista on tiedotettu toistuvasti. Kansalaiset lähettivät kiitoksia ja valituksia sosiaali- ja terveydenhuollon palveluista Kajaanin kaupungille ja kuntiin, vaikka niillä ei ollut mitään suoranaista tekemistä kuntayhtymän johdon ja hallinnon kanssa – toisaalta osa kainuulaisista oletti, että erikoissairaanhoidon potilaat lähetetään automaattisesti Ouluun – vaikka tosiasiassa noin 95 prosenttia kainuulaisista potilaista hoidetaan Kainuun keskussairaalassa.

Jopa kesän 2005 lakkasadon arvioitiin jääneen hallintokokeilun vuoksi Kainuussa tavallista heikommaksi.

Osa väärinymmärryksistä on korjaantunut vuosien myötä, mutta jotkut ovat jääneet sitkeästi elämään. Monet tulkitsivat määräaikaisen hallintokokeilun päättymisen vuoden 2012 lopussa virheellisesti hallintokokeilun epäonnistumiseksi, vaikka tosiasiassa Kainuun integroitu sote-palvelujärjestelmä siirtyi vuonna 2013 ilman katkoksia lähes sellaisenaan Kainuun sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymälle (Kainuun sote). Mutta yhä vielä joiltakin yhteistyötahoilta on tullut kyselyjä siitä, mikä se Kainuun sote oikein on, kun se ei ole edes sairaanhoitopiiri.

Hallintokokeiluun liittynyt epätietoisuus lienee johtunut pääosin siitä, että Kainuun maakunta ja sittemmin Kainuun sote on ollut niin paljon edellä aikaansa Manner-Suomen ensimmäisenä maakunnallisena itsehallintoalueena ja syvän sote-integraation toteuttaneena alueena. Tässä ominaisuudessa Kainuu on toiminut myös vuonna 2020 alkavan sote- ja maakuntauudistuksen pilottihankkeena. Myöhemmin maakunnallinen malli on tullut käyttöön Etelä-Karjalassa (2010), Keski-Pohjanmaalla (2017) ja Pohjois-Karjalassa (2017).

4 Saumattoman soten syntysanat

Tuomo Pääkkönen

Vuosituhannen vaihteessa Kainuussa alkoi näkyä huolestuttavia muutoksia. Väestö ikääntyi nopeasti, terveyserot muuhun maahan alkoivat tasoittumisen jälkeen uudelleen kasvaa. Erot korostuivat, kun hyväkuntoinen väki muutti Kainuusta pois, ja samaan aikaan rintamailla siipeensä saaneet palailivat takaisin Kainuuseen.

Laman jäljiltä työttömyys oli Kainuussa jäänyt korkealle tasolle. Pitkittynyt työttömyys aiheutti lisääntynyttä sairastamista. Lapsiperheissä ongelmat kasaantuivat. Päihteitten käyttö lisääntyi.

Sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstöstä alkoi olla pulaa. Erityisesti lääkärityövoiman saanti vaikeutui, kun 1990-luvulla tehdyt lääkärikoulutuksen leikkaukset konkretisoituivat. Kokeneet perusterveydenhuollon lääkärit alkoivat eläköityä ja tilalle tuli ”rosvoritarifirmojen” palkkaamia, hyvin kokemattomia keikkalääkäreitä lyhytaikaisiin sijaisuuksiin. Näin lääkärityön hinta taitoihin ja kokemukseen verrattuna nousi korkeaksi. Samoin vaikeutui sosiaalityöntekijöiden ja psykologien saaminen Kainuuseen.

Kuntatalous heikkeni koko Kainuussa. Samaan aikaan lainsäätäjät sälyttivät uusia tehtäviä sekä terveydenhuollolle että sosiaalihuollolle.

Toimintaympäristön muutoksiin ei pystytty Kainuussa vastaamaan, sillä ongelmana ei ollut pelkästään rahan tai työntekijöitten puute. Sote-työssä johtamisen ongelmat kärjistyivät. Johtamista ei herravihaisessa Kainuussa ole koskaan arvostettu, ja kuntien sote-työtä johdettiin välttämättömänä pahana sivutoimisesti. Myöskään ennaltaehkäisevän työn arvoa ei enää ymmärretty, sieltä tekijät siirrettiin viimeistään laman aikana muihin tehtäviin ja tämä alkoi vuosituhannen vaihteessa näkyä.

Väestön ikääntymiseen ja sitä kautta lisääntyneeseen hoidon ja hoivan tarpeeseen vastattiin lisäämällä raskaita ympärivuorokautisia laitospaikkoja. Eräissä kunnissa jopa useampi kuin joka neljäs yli 75-vuotiaista oli vuosituhannen alussa raskaassa laitoshoidossa. Avohoidossa ei kyetty vastaamaan lasten ja nuorten lisääntyviin ongelmiin, lastensuojelutapausten määrä kasvoi ja huostaanotot lisääntyivät.

Perusterveydenhuolto ja erikoissairaanhoito eivät nekään sujuneet mutkattomasti. Tehtiin päällekkäistä työtä, ja hoitolinjaukset olivat monesti eriäviä. Erikoissairaanhoidossa odotusajat kasvoivat kohtuuttomiksi, lonkkaleikkauspotilas saattoi joutua odottamaan hoitoon pääsyä yli kaksi vuotta.

Sairaankuljetustoiminta oli hajanaisesti järjestetty, ja tilanne vaihteli hyvin paljon maakunnan sisällä. Myös ympäristöterveydenhuolto ja eläinlääkintähuolto olivat vaikeassa tilanteessa.

Laatutyö ei edennyt maakunnassa, tietotekniikka oli lastenkengissä. Tutkimus- ja kehittämistoiminta oli pikkuhiljaa hiipunut.

4.1 Muutos käynnistyy – lähtölaukaus itsenäisyyspäivänä 2000

Itsenäisyyspäivänä vuonna 2000 koolla oli kolme tilanteesta huolestunutta sote-toimijaa. Päivän pohdinnan lopputulos oli, että ilman isoja muutoksia viimeistään vuonna 2007 oltaisiin tilanteessa, jossa yksikään Kainuun kunta ei enää selviäisi lakisääteisistä sote-velvoitteistaan. Ei olisi rahaa eikä työntekijöitä.

Silloin sovittiin ensimmäisistä toimenpiteistä ja keskustelujen aloittamisesta kuntapäättäjien kanssa. Tehtäisiin sote-analyysit kuntien tilanteesta ja yhtä lailla sairaanhoitopiirin erikoissairaanhoidosta. Tarkasteluun haluttiin samanaikaisesti koko Kainuun sosiaalihuollon ja terveydenhuollon kenttä.

Työ käynnistyi ripeästi. Kuntien vastuulliset päättäjät ja toimijat oivalsivat nopeasti tilanteen vakavuuden. Ensimmäisenä konkreettisena toimenpiteenä ryhtyi erikoissairaanhoito tukemaan Paltamon, Ristijärven ja Vuolijoen perusterveydenhuollon ja sosiaalihuollon johtamista. Puolangan terveydenhuollon romahtaessa syksyllä 2001 Suomussalmen kunta alkoi tukea Puolangan toimintaa puolankalaisten pyynnöstä. Perustettiin Ylä-Kainuun palvelukeskus, joka vastasi molempien kuntien sosiaali- ja terveydenhuollosta. Aiemmin syntynyttä yhteistyötä Hyrynsalmen kanssa tiivistettiin.

Pääministeri Paavo Lipposen Kainuun-vierailullaan lausumat siniset ajatukset tarjosivat hyvän taustan jatkotyölle, joka käynnistyi huhtikuussa 2002. Näin sote-työ liittyi suoraan Kainuun hallintokokeilun valmisteluun.

Sosiaali- ja terveydenhuollolle asetetut tavoitteet olivat mielestäni alusta lähtien selkeät, ja päättäjät sitoutuivat niihin:

- Kainuun väestön terveyttä ja hyvinvointia oli edistettävä niin, että päästäisiin samalle tasolle muun maan kanssa
- Yhdenvertaiset, asiakaslähtöiset ja laadukkaat sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut oli turvattava Kainuussa
- Oli pystyttävä vähentämään eriarvoisuutta Kainuun sisällä
- Etäisyyksien aiheuttamiin ongelmiin kiinnitettäisiin erityistä huomiota
- Kustannustehokkuutta tuli lisätä niin, että vuosittainen sote-menojen kasvu (Kainuussa noin 7 %) voitaisiin puolittaa ja
- kainuulaiset voisivat jatkossa vapaasti valita maakunnan sisällä toimintayksikön, mistä hakisivat sote-palvelunsa.

Keinovalikoiman löytäminen oli vaikeampaa. Aivan keskeisenä mahdollisuutena nähtiin laaja ja syvä sosiaali- ja terveydenhuollon integraatio:

- Palvelukokonaisuudet tuotaisiin saman johdon ja budjetin alle.
- Henkilöstö koottaisiin ja ryhmiteltäisiin uudelleen ihmisten palvelutarpeista lähtien.
- Väestö olisi saatava mukaan muutokseen ja jokaisen omaa vastuuta olisi korostettava.
- Sote-henkilöstön osallistuminen muutokseen oli varmistettava.
- Tietotekniikan mahdollisuuksia käytettäisiin hyväksi laajasti.
- Kunnissa toteutetut hyvät käytännöt levitettäisiin koko maakuntaan.

Näistä perusajatuksista lähdettiin rakentamaan uutta organisaatiota. Suunnittelutyössä oli mukana laajasti päättäjiä, henkilöstöä, järjestöjen edustajia ja kainuulaisia ihmisiä. Keskusteluja jouduttiin käymään paljon, ennen kuin lopputulos muotoutui.

Suunnittelutyöryhmät olivat hämmästyttävän tarmokkaita työssään, varsinkin kun ottaa huomioon, että koko suunnitteluprosessi tehtiin oman työn ohella. Soten suunnittelutyöhön palkattiin vain yksi päätoiminen sihteeri.

Suunnitteluvaihe onnistui mielestäni hyvin. Henkilöstö ja päättäjät olivat siinä hyvin laajasti mukana, ja tieto kulki tällä tavalla koko kentälle, niin että työntekijät ja päättäjät olivat tietoisia pohdinnoista.

Kansalaisia suunnittelu ei juurikaan näyttänyt kiinnostavan. Tiedotustilaisuudet tavoittivat vain harvoja kainuulaisia. Lehtiartikkelit eivät kiinnostaneet, hallintokokeilu ei käsitteenä ollut kovinkaan kiehtova.

Asenne tuntui kansalaisilla olevan ”mitäpä se hyvejää” -tyyppinen. Ainahan ne ”herrat” ovat yhteistyöstä puhuneet, tuskinpa tästäkään yhtään mitään tulee. Emme siis pystyneet herättämään kansalaisten mielenkiintoa. Suunnittelijoina emme hallinneet tiedottamista. Toki päättäjille esitettiin moneen kertaan ammattilaisen tarve. Tähän asiaan päättäjillä oli kuitenkin selkeä kanta, lisää ”herroja” ei tarvita.

Suunnittelutyö saatiin vietyä loppuun syyskuuhun 2004 mennessä. Organisaatiorakenne oli valmis tarvittavine sääntöineen. Poliittiset päättäjät valittiin syksyn kuntavaalien yhteydessä, sen jälkeen toimielimet järjestäytyivät.

Keskeiset viranhaltijat valittiin joulun ja uudenvuoden välillä 2004, esimiesvalintoja tehtiin vielä pitkään 2005 puolella. Nämä valinnat jäivät siis viime tippaan, eikä tehtäviin valituilla ollut riittävästi aikaa paneutua uuteen rooliinsa.

4.2 Käynnistysvaihe vuonna 2005

Kainuun maakunta -kuntayhtymän toiminnan alkaessa tammikuussa 2005 odotukset olivat ristiriitaisia ja osin hyvin epärealistisia. Iso osa kainuulaisista ihmisistä ja myöskin päättäjistä oli siinä käsityksessä, että kaikki olisi heti valmista.

Suunnitteluryhmissä mukana olleet kuitenkin ymmärsivät hyvin, miten laajasta ja syvälle menevästä muutoksesta olisi kyse. He tiesivät, että aloitettu marssi olisi pitkä.

Käynnistysvaiheessa nousi esille myös tällaisiin muutoksiin normaalisti liittyvä, ajoittain hyvin voimakaskin muutosvastarinta. Sitä oli sekä henkilöstössä että väestössä, kun totuttuja toimintatapoja jouduttiin radikaalisti muuttamaan. Oman henkilöstön ja myös väestön reaktioon olimme varautuneet. Se, mikä yllätti ja hämmästytti, oli ulkoa päin tuleva vastustus. Poliittisten puolueitten kuntamiehet ja -naiset hätääntyivät, voisiko Kainuun malli levitä koko maahan tarttuvana tautina ja viedä heiltä vallan. Kun suunnitteluvaiheessa kaikki kainuulaiset ammattijärjestöt olivat olleet hyvällä panoksella tekemässä yhteistä työtä, niin nyt ammattijärjestöjen johto Helsingissä hätääntyi, ja kapuloita alkoi tulla rattaisiin.

Ministeriöistä sosiaali- ja terveysministeriö, sisäministeriö ja myös valtiovarainministeriö alkoivat vetäytyä taka-alalle. Onneksi kaikissa näissä organisaatioissa oli yksittäisiä henkilöitä, jotka olivat kiinnostuneita asiasta ja myötämielisiä Kainuun ponnistukselle.

Hämmästyttävintä oli kuitenkin valvontaviranomaisten toiminta. Jo suunnitteluvaiheessa oli käynyt ilmi, että rahan ja työntekijöitten puutteessa oli etenkin sosiaalihuollossa jouduttu kunnissa tekemään varsin luovia ratkaisuja, kun kansalaisille oli pyritty turvaamaan heidän lakisääteiset palvelunsa. Aina se ei ollut onnistunut, virheellistä toimintaa oli paljon. Aiemmin tämä ei valvontaviranomaisia ollut pätkääkään kiinnostanut, mutta nyt yhtä äkkiä, heti ensimmäisenä päivänä, heidän mielestään kaiken piti olla kunnossa.

Sosiaalinen media oli tuolloin varsin uusi ilmestys, ja ilmestyskirjan petona se monelle meistä toimijoista näyttäytyikin. Henkilöihin kohdistuvat hyökkäykset olivat arkea aina tappouhkauksia myöten.

Viranhaltijoilla oli kaikilla tasoilla aiempaa enemmän valtuuksia tehdä päätöksiä. Koulutusta ei kuitenkaan ehditty antamaan riittävästi, niin että kaikki työntekijät olisivat näitä valtuuksiaan uskaltaneet käyttää siinä määrin kuin olisi ollut mahdollista. Tämä hidasti asiakas- ja potilastyötä.

Käynnistysvaiheessa yritimme pitää huolta sadan päivän säännöstä eli siitä, että isot ja hankalat päätökset oli tehtävä nopeasti. Viranhaltijapäätösten suhteen tämä onnistui hyvin. Myös valitut luottamusmiehet pitivät alkuvaiheessa hämmästyttävän hyvin kiinni suunnitteluvaiheessa sovituista linjauksista, ja päätöksiä syntyi. Maakuntavaltuustossa tätä kritisoitiin voimakkaasti ja kyseltiin, oliko välttämätöntä pitää niin kovaa vauhtia.

Ainakin talouden näkökulmasta vauhti oli välttämätöntä. Oli tehty nollabudjetti, rajuun muutokseen ei olisi käytettävissä yhtään ylimääräistä rahaa, eikä kustannuskasvua olisi ensimmäisenä vuonna saanut syntyä. Vuoden 2005 kuluessa ilmeisesti kaikille selvisi, miten pitkästä marssista oli kyse. Hallintokokeilun piti kestää kahdeksan vuotta, ja työ jatkuisi senkin jälkeen – toivottavasti.

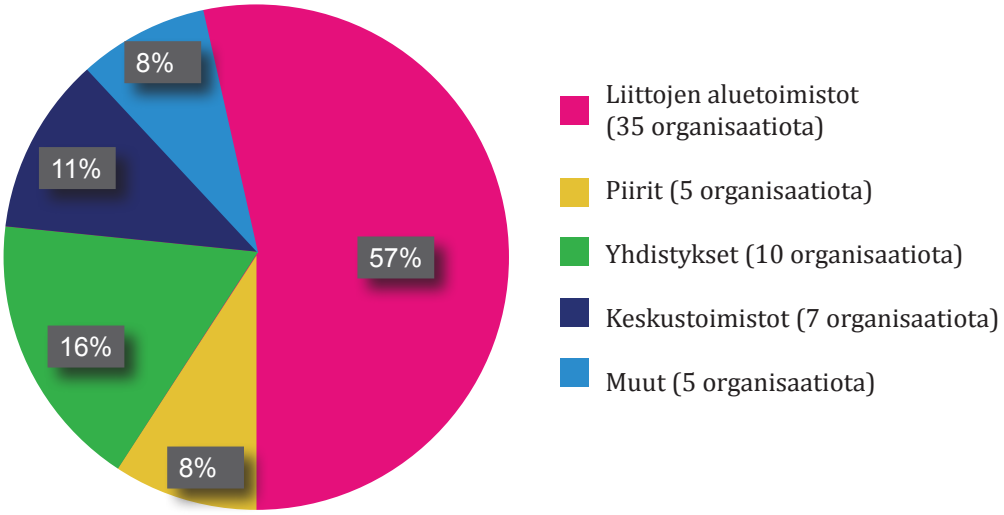
5 Järjestöjen ja julkisen sektorin yhteistyö

Marjo Riitta Tervonen

Suomen sosiaali ja terveys ry SOSTE toimii alueellisella, valtakunnallisella ja kansainvälisellä tasolla. SOSTE:n aluetoimintaa toteutetaan pääasiassa maakunnallisten alueverkostojen kautta. Niitä on yhteensä kaksitoista, ja niissä käsitellään kaiken kaikkiaan 16 maakunnan asioita. Vuoden 2018 alusta SOSTEn alueverkostot siirtyvät maakunnallisten toimijoiden koordinoitavaksi. Kainuussa vastuun ottaa Mannerheimin Lastensuojeluliiton Kainuun piirin JärjestöKainuu 2.0-hanke.

Alueverkostot kokoavat yhteen alueella toimivia sosiaali- ja terveysjärjestöjen työntekijöitä ja luottamushenkilöitä. Ne ovat ajankohtaisia asioita käsitteleviä yhteistyö- ja vaikuttamiskanavia, jotka tukevat toimijoiden keskinäistä verkostoitumista.

Sosiaali- ja terveysjärjestöille tarkoitettu Kainuun alueverkosto perustettiin marraskuussa 2013. Kainuun alueverkostossa on mukana yhteensä 62 sosiaali- ja terveysjärjestöä. Useimmat ovat valtakunnallisia liittoja, joiden aluetyöntekijät työskentelevät Oulussa. Aktiivinen parin-kolmenkymmenen järjestön osallistujajoukko koostuu pääasiassa piirien ja maakunnallisten yhdistysten työntekijöistä ja muutamasta luottamushenkilöstä.



KUVA 1: Kainuun alueverkoston 62 organisaatiota segmenteittäin

Kainuun alueverkosto perustettiin sosiaali- ja terveysjärjestöjen omasta toiveesta, jotta yhteistyö muun muassa Kainuun soten kanssa saataisiin käynnistymään tehokkaasti. Järjestöjen osallistuminen alueverkoston toimintaan on ollut aktiivista. SOSTE:n vuonna 2015 teettämässä verkostokyselyssä saatu palaute osoittaa, että sosiaali- ja terveysjärjestöjen keskinäiselle yhteistyölle on ollut Kainuussa kova tarve.

Järjestöjen kansalaislähtöisen toiminnan ja julkisen sektorin yhteistyöstä on nyt saatu hyviä kokemuksia viimeisen neljän vuoden aikana. Kainuun soten asiantuntijat ovat vierailleet neljännesvuosittaisissa alueverkoston kokouksissa säännöllisesti, ja yhteistyötä on kehitelty muun muassa Kainuun Uusi Sairaala -hankkeen asiakasosallisuuden, omahoidon ja Kainuun hyvinvoinnin palvelutarjottimen osalta.

Ensimmäinen kokemuskouluttajakoulutus toteutettiin Kainuussa vuonna 2015. Kokemuskouluttajat ja -asiantuntijat ovat tehtäväänsä koulutettuja pitkäaikaissairaita, vammaisia tai läheisiä, joka välittävät sote-ammattilaisille kokemustietoa. Kokemustieto syventää ammattilaisten osaamista ja tarjoaa kanavan asiakkaiden tarpeiden entistä parempaan tunnistamiseen.

Kokemuskoulutusta olivat järjestöjen tukena toteuttamassa Kajaanin ammattikorkeakoulu ja Kajaanin koulutusliikelaitoksen ammattiopisto. Yhteistyö kokemuskouluttajien ja Kainuun soten kanssa on tiivistynyt kurssilaisten valmistuttua vuoden 2015 aikana – tässäkin julkaisussa yksi kainuulainen kokemuskouluttaja, Mirjami Korhonen, kirjoittaa omia näkemyksiään ja kokemuksiaan sote-integraatiosta.

Kokemuskoulutuksen alueellinen ohjausryhmä on myös käynnistänyt Kainuun soten henkilöstölle suunnatun koulutuksen, jonka tavoitteena on asiakastarpeiden tunnistaminen ja asiakkaan kokonaisvaltaisen kohtaamisen parantaminen. Koulutuksessa kokemustoimijat ovat kokemuskirjoina luettavissa.

Merkittävänä onnistumisena julkisen ja kolmannen sektorin yhteistyössä voidaan pitää sitä, että Mannerheimin Lastensuojeluliiton Kainuun piiri sai silloiselta Raha-automaattiyhdistykseltä rahoituksen vuosille 2016–2018 PerheKainuu -hankkeeseen. Hankkeen tavoitteena on luoda kainuulainen malli järjestöjen, kuntien ja kuntayhtymän yhteistyöhön lasten, nuorten ja lapsiperheiden ennaltaehkäisevässä työssä.

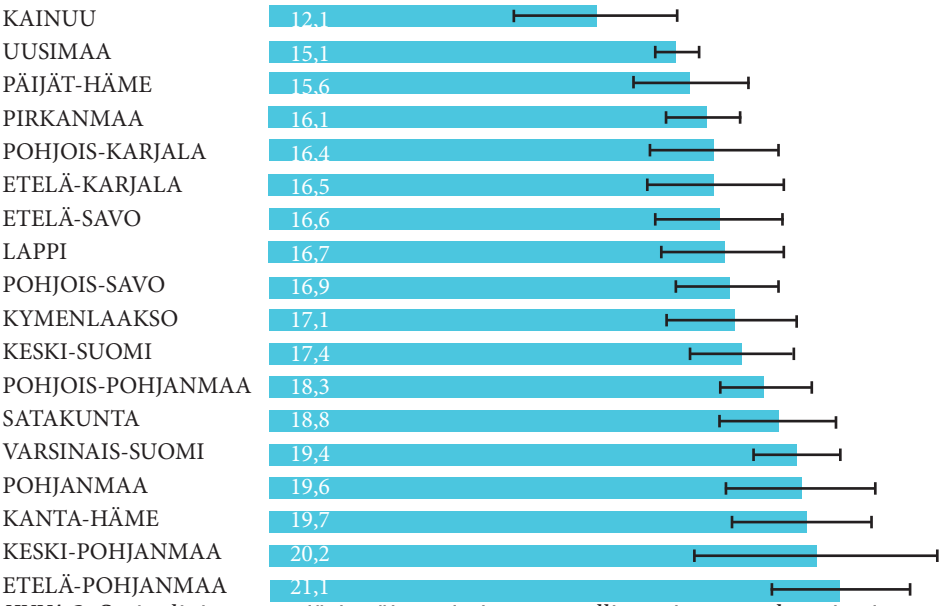
Jatkoa julkisen ja kolmannen sektorin yhteistyön kehittämiselle Kainuussa tuli, kun MLL:n Kainuun piiri sai rahoituksen JärjestöKainuu 2.0 -hyvinvoinnin tukena hankkeeseen, vuosille 2017–2020. Tämän hankkeen tavoitteena on luoda koko Kainuun alueen järjestöjen, maakunnan, kuntien ja Kainuun soten yhteistyön rakenne, jossa järjestöt pääsevät vahvemmin vaikuttamaan maakunnan asioihin ja tuomaan omaa asiantuntijuuttaan maakunnan tietoisuuteen. Lisäksi hankkeen tavoitteena on yhtenäistää järjestökenttää sekä luoda toimintaan rakenteita, joilla järjestöyhteistyö on turvattu tulevaisuudessakin

Yhteistyön toimivuudesta kertoo sekin, että Kainuun soten puolivuosittain järjestämät potilasjärjestöjen yhteistyökokoukset sairaalalla kokoavat aina auditorion täyteen järjestöaktiiveja.

5.1 Kainuulaisten osallistuminen sote-järjestöjen toimintaan vähäistä

Kainuulaisten sosiaali- ja terveysjärjestöjen saamat RAY:n (nyk. Sosiaali- ja terveysjärjestöjen avustuskeskus STEA) avustukset kansalaista kohden ovat viime vuosina olleet maakuntien välisissä vertailuissa keskitasoa tai hieman sen alapuolella. Ne ovat joka tapauksessa alhaisemmat kuin monessa muussa korkean sairastavuuden maakunnassa (Pohjois-Karjala, Pohjois-Savo, Pohjois-Pohjanmaa ja Lappi).

Vuonna 2016 Terveyden ja Hyvinvoinnin laitoksen (THL) julkaisemassa aikuisten terveys-, hyvinvointi- ja palvelututkimuksessa (ATH) selvisi, että myös osallistuminen sosiaali- ja terveysjärjestöjen toimintaan on Kainuussa maan alhaisinta. Raha-automaattiyhdistys on sittemmin halunnut selvittää tämän alhaisen osallisuuden syitä haastattelemalla kainuulaisia järjestötoimijoita. Haastatteluissa nousi esiin muun muassa ikääntyneen ja sairastavan, harvassa asuva väestön haaste: ei jakseta lähteä ja kokoontua kauemmas. Sosiaalisen median hyödyntäminen kainuulaisissa järjestöissä on vielä heikkoa eikä nuoria saada mukaan. Myös Kainuun soten taloudellinen tuki järjestöille on ollut suhteessa valtakunnalliseen tasoon vähäistä, minkä katsottiin vaikuttavan järjestöjen toimintaedellytyksiin.



KUVA 2: Sosiaali- ja terveysjärjestöjen toimintaan osallistuminen maakunnittain

Onnistunut kansalaislähtöinen toiminta vaatii aina tuekseen ammatillista ohjausta. Järjestöt ovat rahoittaneet ammatillisen tuen pääasiassa Raha-automaattiyhdistyksen ja nyt vastaavan toimijan STEA:n tuella. Kun Kainuussa on ammatillista työvoimaa vain muutamilla järjestöillä, voidaan järjestöammattilaisten ja alhaisen osallisuuden välillä nähdä yhteys.

Osallisuuden kehittämiseksi Kainuun soten ja järjestöjen iso yhteistyöponnistus oli vuoden 2015 syyskuussa järjestetty yhteistyöfoorumi, jonka kolmantena yhteistyötahona oli Raha-automaattiyhdistys. Yhteistyöfoorumin tavoitteena oli tiivistää järjestöjen, Kainuun soten, Kainuun liiton ja kuntien välistä hankeyhteistyötä sekä lisätä tietoa avustusten jaosta.

5.2 Yhteiskehittämistä Arjen Pelastajissa

Järjestöt ovat olleet mukana Kainuun soten, Kuntaliiton ja SOSTE:n yhteisen Arjen Pelastajat -toimintamallin levittämisessä vuoden 2015–2016 aikana. Mallissa pyritään kasvattamaan hyvinvointia, sosiaalisia taitoja ja työelämäkykyjä. Mallissa ikäihmiset ja nuoret yhdistävät osaamisensa vapaaehtoisen toiminnan kautta: Nuoret voivat opastaa ikäihmisiä esimerkiksi tietotekniikan käytössä, kuten Nuorten Ystävät ry:n Klubitalo Tönärin pilottihankkeessa Kajaanissa on tehty.

5.3 Järjestöjen palvelutuotanto Kainuussa

Järjestöjen palvelutuotanto voidaan jakaa kolmeen luokkaan:

1) Järjestön omistama osakeyhtiö tuottaa palveluja liiketoimintana (Kainuussa esimerkiksi Yrjö ja Hanna Oy:n ylläpitämä Onnela-koti).
2) Palvelutuotanto on omaa toimintaa, jolloin yhdistys tai säätiö tuottaa itse palveluja liiketoimintana (Kainuussa esimerkiksi Kalevalan Kuntoutuskotisäätiön vanhusten palvelut).
3) Kansalaislähtöisessä auttamisessa yhdistys tai säätiö toteuttaa auttamistoimintaa, esimerkiksi vertaistukea tai kokemusasiantuntijatoimintaa sekä erilaisille kohderyhmille suunnattua muuta toimintaa pääosin Raha-automaattiyhdistyksen/STEA:n rahoittamana. Järjestölähtöistä auttamistoimintaa on muun muassa Kainuun Mielenterveysseura ry:n Kriisikeskuksessa ja Nuorten Ystävät ry:n Klubitalo Tönärillä.

SOSTE:n vuonna 2016 toteutetun selvityksen mukaan palveluja suoraan itse tai yhtiöitettynä tuottavia järjestöjä on Suomessa 959, eli noin kymmenen prosenttia Suomessa toimivista 10 000 rekisteröidystä sosiaali- ja terveysyhdistyksestä. Yhtiöitettyä palvelutuotantoa on 57 järjestöllä, eli noin kuudella prosentilla palveluja tuottavista järjestöistä. Kainuussa sosiaali- ja terveyspalveluita tuottavia järjestöjä ei ole montaa, kun selvityksessä ei ole mukana järjestölähtöinen auttamistyö. Sosiaalipalveluja tuottaa 15 järjestöä, ja niillä on yhteensä 27 toimintayksikköä. Kolme Kainuussa sosiaalipalveluja tuottavaa järjestöä on yhtiöittänyt palvelunsa, ja niillä on palvelutuotantoa myös muissa maakunnissa.

Terveyspalveluiden osalta palveluita tuottaa Kainuussa neljä järjestöä, joilla on yhteensä viisi toimintayksikköä. Vain yksi on yhtiöittänyt toimintansa ja tuottaa palveluita myös muissa maakunnissa.

Maakunta	Toimintayksiköt yht.	Järjestöt	Palveluja suoraan itse tuottavien järjestöjen toimintayksiköt	Järjestöjen yhtiöt	Järjestöjen yhtiöiden toimintayksiköt
Uusimaa	701	283	583 (83 %)	21	118 (17 %)
Pirkanmaa	194	73	144 (74 %)	9	50 (26 %)
Pohjois-Pohjanmaa	136	44	81 (60 %)	8	55 (40 %)
Kymenlaakso	121	42	118 (98 %)	2	3 (2 %)
Varsinais-Suomi	118	51	74 (63 %)	11	44 (37 %)
Keski-Suomi	114	46	87 (76 %)	8	27 (24 %)
Pohjois-Savo	101	41	90 (89 %)	5	11 (11 %)
Etelä-Pohjanmaa	74	34	61 (82 %)	4	13 (18 %)
Etelä-Savo	74	39	67 (91 %)	4	7 (9 %)
Päijät-Häme	70	36	66 (94 %)	4	4 (6 %)
Kanta-Häme	67	26	54 (81 %)	5	13 (19 %)
Pohjanmaa	56	37	54 (96 %)	1	2 (4 %)
Pohjois-Karjala	55	28	49 (89 %)	4	6 (11 %)
Lappi	46	24	34 (74 %)	7	12 (26 %)
Etelä-Karjala	45	29	40 (89 %)	3	5 (11 %)
Keski-Pohjanmaa	39	17	37 (95 %)	2	2 (5 %)
Satakunta	38	21	26 (68 %)	5	12 (32 %)
Kainuu	27	15	19 (70 %)	3	8 (30 %)
Koko maa	2076	822	1684 (81 %)	49	392 (19 %)

KUVA 3: Järjestöjen sosiaalipalvelut maakunnittain

Maakunta	Toimintayksiköt yht.	Järjestöt	Palveluja suoraan itse tuottavien järjestöjen toimintayksiköt	Järjestöjen yhtiöt	Järjestöjen yhtiöiden toimintayksiköt
Uusimaa	137	48	76 (55 %)	22	61 (45 %)
Pirkanmaa	53	24	38 (72 %)	8	15 (28 %)
Pohjois-Pohjanmaa	46	23	33 (72 %)	9	13 (28 %)
Kymenlaakso	43	14	18 (42 %)	9	25 (58 %)
Varsinais-Suomi	38	22	33 (87 %)	4	5 (13 %)
Keski-Suomi	31	15	24 (77 %)	4	7 (23 %)
Pohjois-Savo	26	15	21 (81 %)	5	5 (19 %)
Etelä-Pohjanmaa	24	12	23 (96 %)	1	1 (4 %)
Etelä-Savo	23	13	17 (74 %)	4	6 (26 %)
Päijät-Häme	21	13	19 (90 %)	2	2 (10 %)
Kanta-Häme	17	5	8 (47 %)	5	9 (53 %)
Pohjanmaa	16	12	14 (87,5 %)	2	2 (12,5 %)
Pohjois-Karjala	13	11	11 (85 %)	2	2 (15 %)
Lappi	13	10	10 (77 %)	3	3 (23 %)
Etelä-Karjala	11	9	10 (92 %)	1	1 (9 %)
Keski-Pohjanmaa	11	5	7 (64 %)	2	4 (36 %)
Satakunta	7	4	4 (57 %)	2	3 (43 %)
Kainuu	5	4	4 (80 %)	1	1 (20 %)
Koko maa	535	207	370 (69 %)	46	165 (31 %)

KUVA 4: Järjestöjen terveyspalvelut maakunnittain

5.4 Järjestöjen ja maakuntien yhteiset tulevaisuudennäkymät

Yhteistyötä järjestöjen ja julkisen sektorin välillä on monenlaista – monilla alueilla se on vahvaa, mutta kaipaa edelleen vahvistusta joillakin osa-alueilla. Yhteistyötä on varmasti helpottanut yhden luukun periaate – enää sosiaali- ja terveysasioissa ei tarvitse ottaa yhteyttä joka kuntaan vaan yhteen maakunnalliseen organisaatioon. Toisaalta SOSTE koordinoi yhteydenpitoa kainuulaisiin sote-järjestöihin alueverkostonsa kautta. Syksyllä 2017 alkanut JärjestöKainuu 2.0-hanke pystyy jatkamaan SOSTEn käynnistämää sosiaali- ja terveysjärjestöjen yhteistyötä Kainuussa.

Tuleva sote-uudistus näyttää, kuinka järjestölähtöiselle kansalais- ja palvelutoiminnalle Kainuussa käy. Järjestöjen huolen aiheena on muun muassa järjestöjen rahoituksen turvaaminen. Sote- ja maakuntauudistuksessa tulisi turvata, että kuntasektori rahoittaa jatkossakin kuntalaisia tukevaa, monimuotoista järjestötoimintaa jakamalla yhdistysavustuksia.

Järjestöt toteuttavat nykyisin myös kuntien toiminta-avustusten turvin ehkäiseviä palveluita. Kyse ei tällöin ole kilpailutettavasta palvelusta vaan yleensä vertaistukea ja ammatillista tukea yhdistävästä järjestölähtöisestä auttamisesta. Osalla järjestöistä on sellainen rahoitusmuoto, johon toivotaan RAY/STEA -rahoituksen lisäksi kuntarahoitusta (esim. klubitalot ja kriisikeskukset). Sote-uudistuksessa pitää tehdä valtakunnallinen linjaus siitä, rahoittavatko järjestöjen matalan kynnyksen auttamistyötä jatkossa kunnat vai maakunnat.

Jotta palvelutuotantoon saataisiin mukaan lisää kainuulaisia järjestöjä, on tärkeää osittaa hankintoja niin, että niihin voivat osallistua myös pienimuotoista palvelutuotantoa harjoittavat järjestöt. Viestinnän näkökulmasta taas on tärkeää, että tietoa hankinnasta on helposti ja oikeanaikaisesti saatavilla.

Uusien maakuntien käynnistyessä SOSTE esittää, että jokaiseen maakuntaan luodaan järjestöyhteistyötä kokoava toimintarakenne, esimerkiksi maakunnallinen järjestöneuvottelukunta, joka kokoaa järjestöt ja maakunnan päättäjät. Kokemukset järjestöneuvottelukunnista Pohjois-Karjalasta, Lapista ja Pohjois-Pohjanmaalta osoittavat, että yhteistyö julkisen ja kolmannen sektorin välillä on kehittynyt niiden myötä huimasti. JärjestöKainuu 2.0 -hankkeen toimintasuunnitelmassa on järjestöneuvottelukunnan ja järjestöstrategian toimeenpano. Suunnittelun toteuttamiseen tarvitaan sitoutunutta ja aktiivista yhteistyötä julkisen sektorin kanssa.

6 Hoivayrittäjät vanhuspalvelujen yhteistyökumppaneina

Eija Tolonen

Rissanen ja Sinkkonen (2004, 15) *(1)* ovat määritelleet hoivayrittäjyyden seuraavasti; ”Hoivayrittäjyydellä tarkoitetaan yrityspohjaista toimintaa, jonka pääasiallisia toimialueita ovat eri asiakasryhmien asumispalvelut sisältäen avo- ja laitospalvelut, kotihoidon, joka kattaa kotipalvelun ja kotisairaanhoidon, sekä lasten päivähoidon, myös lasten päiväkotiyritykset”.

Tarkastelen tässä artikkelissa hoivayrittäjien ja julkisen sektorin yhteistyötä vanhuspalvelujen silmälaseilla ensin Kainuun maakunta -kuntayhtymän näkökulmasta vuosilta 2005–2012 ja sittemmin Kainuun sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymän ikkunasta vuodesta 2013 alkaen. Pyrin kuvaamaan julkisella sektorilla toimivan vanhuspalvelujen tulosalueen ja hoivayrittäjien välistä yhteistyötä sekä sen kehittymistä Kainuussa viimeisten 12 vuoden aikana.

Kainuun maakunta -kuntayhtymän aloittaessa toimintansa 1.1.2005 Kainuussa oli hoivayrittäjyyttä kaikkien kuntien alueilla. Useimmat hoivayritykset tuottivat vanhusten asumispalveluja, kuten muuallakin 2000-luvun alun Suomessa. Yritystoiminta oli enimmäkseen pienyrittäjyyttä: palveluntuottajina toimivat yhdistykset, säätiöt, järjestöt ja yksityiset yritykset. Kansallisia tai kansainvälisiä hoiva-alan ketjuihin kuuluvia hoivayrittäjiä ei vielä tuolloin Kainuussa toiminut. Lähinnä Kajaanin kaupungissa toimi myös kotihoitoa tarjoavia pieniä yksittäisiä hoivayrityksiä.

Kunnat olivat tehneet yhteistyötä hoivayrittäjien kanssa vähintään yhtä monella tavalla kuin oli kuntiakin. Sopimuskäytännöt ja sopimusten sisällöt vaihtelivat kunnasta toiseen, ja asiakkailta perittävissä maksuissa oli kirjavuutta. Asumispalvelujen sopimukset oli kilpailutettu ainoastaan Kajaanissa, jossa ostopalvelujen piirissä oli myös suurin asiakaskunta. Palvelusetelikäytäntö kotiin annettavien palvelujen ostamiseen oli käytössä kahdessa kunnassa, Kajaanissa ja Sotkamossa. Kajaanissa palveluseteli otettiin käyttöön jo 1990-luvun lopulla, eli paljon ennen varsinaisen palveluseteliä koskevan lainsäädännön voimaantuloa.

Ensimmäinen koko maakuntaa koskeva asumispalvelujen kilpailutus käynnistettiin Kainuun maakunta -kuntayhtymässä heti vuonna 2005, ja asumispalveluiden tuottajat valittiin toukokuussa 2006. Kilpailutus oli kaikille toimijoille – niin kilpailuttajille kuin kilpailutukseen osallistuville – uusi toimintatapa. Se herätti varsin vahvoja tunteita, ja muun muassa paikallislehtien palstat täyttyivät sekä asiakkaiden omaisten että palveluntuottajien pettymyksen ilmaisuista.

(1) Rissanen, Sari & Sinkkonen, Sirkka. (2004) Hoivayrittäjyys.

Kainuun Sanomien (31.5.2006) mukaan hoivayritykset työllistivät Kainuussa jo silloin yli 350 ammattilaista. Kasvu oli ollut huomattava, sillä vuonna 2002 hoivayritysten oli arvioitu työllistävän Kainuussa noin sata työntekijää ja vuonna 2004 noin 200 työntekijää. Vuonna 2006 hoivayrittäjien verkostoon (Kainuun Hoivayrittäjät ry.) kuului jo 23 yritystä.

Maakunnallisen kehittämisyhtiö Kainuun Edun hallinnoima hoivayrityshanke tarjosi yrittäjille koulutusta, kohotti palveluntuottajien yhteishenkeä ja ennen kaikkea imagoa. Uusiin käytäntöihin sopeutuminen ei silti ollut helppoa. Maakuntalehti uutisoi 4.1.2007: ”Maakunnan ja hoivayrittäjien tavoitteet ristiriitaiset. Hoivakotipaikat kilpailutettu, mutta sijoituksia ei ole tehty”. Palveluntuottajat purkivat pettymystään siihen, että heidän kanssaan oli tehty puitesopimukset, mutta silti kaikkien yrittäjien kaikkia paikkoja ei automaattisesti ostettu. Näin jälkeenpäin voi todeta, että tältä osin uusi aika oli alkanut julkisen sektorin ja hoivayrittäjien yhteistyössä.

Joistakin alkukankeuksista huolimatta yhteistyö käynnistyi kuitenkin kaiken kaikkiaan sangen hyvin paikallisten palveluntuottajien kanssa niin asumispalveluiden kuin kotiin annettavien palvelujen osalta. Palvelusetelit otettiin käyttöön koko Kainuun alueella vuoden 2005 alusta kotiin annettavien palvelujen sekä omaishoitajien vapaapäiväjärjestelyjen osalta. Uusi toimintamalli tuki osaltaan kotiin tarjottavia palveluja tarjoavien yritysten kasvumahdollisuuksia ja nosti esiin niiden tarpeellisuuden palveluntuottajina julkisen sektorin rinnalla. Uusista toimintamalleista huolimatta aivan kaikkiin Kainuun kuntiin ei kotiin vietäviä palveluja tarjoavia hoivayrityksiä kuitenkaan juuri syntynyt. Näin ei tapahtunut myöskään siinä vaiheessa, kun kotiin annettavaa yöhoitoa kilpailutettiin kahteen otteeseen vuosien 2007–2009 aikana: Tuolloin pienten kuntien alueelle ei tullut yhtään tarjousta.

Samaan aikaan maakunta-kuntayhtymässä kehitettiin yksityisten luvanvaraisten palvelujen ohjaukseen ja valvontaan liittyvää toimintamallia, sillä myös sitä tehtävää oli kunnissa toteutettu sangen kirjavasti. Sosiaali- ja terveyslautakunnan tahtotila oli, että myös päättäjiä osallistuisi yksityisten palveluntuottajien luo tehtäviin valvontakäynteihin, joten lautakunta nimesi keskuudestaan edustajat sekä vanhuspalvelujen, perhepalvelujen sekä mielenterveyspalvelujen alueille. Vuosittain tehtävistä valvontakäynneistä laadittiin valvontaraportit koko sosiaali- ja terveyslautakunnalle.

Tuohon aikaan selvitin sosiaali- ja terveysjohtamisen erikoistumisohjelman opinnäytetyössä (2007) *(2)* yksityisten sosiaalipalvelujen valvontaan ja vanhuspalveluihin liittyvää lainsäädäntöä sekä sitä, miten valvonta näkyi toisaalta lainsäädännössä ja toisaalta käytännössä. Tulosten mukaan valvontatehtävään kaivattiin erillisiä osaamisvaatimuksia, sillä kansalliset ja kansainväliset yritysketjut olivat valtaamassa toimialaa. Lisäksi kaivattiin omaisten osallistumisen ja vaikuttamisen mahdollisuuksia sekä keinoja saada selville, mitä yksiköissä oikeasti tapahtuu asiakkaiden ja heidän omaistensa kokemana ja kertomana.

(2) Tolonen, Eija. (2007). ”Kaiken maailman vieraita täällä”. Valvonta yksityisissä vanhusten asumispalveluissa. Kuopion yliopisto. Koulutus- ja kehittämiskeskus. Sosiaali- ja terveysjohtamisen (PD), STJ 7.

Kaikki nämä olivat linjassa Kainuussa tehtävän valvontatyön kanssa, tosin haastateltavina olleet lääninhallitusten sosiaalitarkastajat pitivät poikkeuksellisena sitä, että valvontakäynneille osallistui viranhaltijoiden lisäksi myös poliittinen luottamushenkilö.

Yksityisten sosiaalipalvelujen kehitys Kainuussa noudatteli vanhuspalvelujen näkökulmasta katsottuna samaa linjaa kuin maassa muutoinkin. Palveluasumisen markkinoista Suomessa 2010-luvan vaihteessa julkaistussa raportissa Pekka Lith (2012)*(3)* totesi, että alan yritystoiminnasta viidennes sijaitsi Uudellamaalla. Seuraavaksi eniten palveluasumista tarjoavia yrityksiä oli Pohjois-Pohjanmaalla ja Pirkanmaalla. Asukaslukuun suhteutettuna toimipaikkatiheys oli kuitenkin suurinta haja-asutusalueilla Kainuussa, Pohjois-Karjalassa ja Etelä-Karjalassa. Tätä selittää Lithin mukaan alueiden väestön keskimääräistä vanhempi ikärakenne ja siitä johtuva palvelutarve, mutta myös toimintayksiköiden keskimääräistä pienempi koko.

6.1 Pienistä paikallisista isoihin kansallisiin

Muutos palveluntuottajien yrityskoossa tapahtui Kainuussa yhtäältä vähitellen, mutta toisaalta varsin rivakasti. Siihen saakka merkittävässä roolissa olleet paikalliset pienyrittäjäpohjalta toimineet palveluntuottajat möivät yrityksiään kansallisille, osittain kansainvälisille isoille toimijoille. Julkisten vanhuspalvelujen silmälaseilla tarkasteltuna yhteistyökumppanit muuttuivat kohtuullisen nopeassa aikataulussa paikallisista tutuista yhteistyökumppaneista ja yrityksistä kansallisiin ketjuihin, joissa oli vastassa aivan erilaista osaamista juridiikasta talouden toimintaperiaatteisiin.

Hoivayritysten toimintamallien muutos loi taas uuden tilanteen, jossa palvelun ostajalta vaadittiin aivan uudenlaista hankintaosaamista. Toisaalta muutos vaikutti myös hoivayrittäjien väliseen yhteistyöhön. Junnilan ja Lehtosen (2013) *(4)* mukaan isot yritykset eivät olleet kiinnostuneita yhteistyöstä muiden yrittäjien kanssa, ja ilmassa oli kyräilyä myös pienten yrittäjien välillä. Tilanne kuitenkin vakiintui vähitellen.

Vuonna 2010 toteutetussa maakunta-kuntayhtymän toisessa asumispalvelujen kilpailutuksessa mukana oli niin isoja kuin pieniä palveluntuottajia, eikä toteutettu kilpailutus saanut aikaan samanlaista kuohuntaa kuin edellinen hankinta.

6.2 Hoivayrittäjien osuus palveluista kasvaa

Viimeisten vuosien aikana Kainuussa on edistetty hoivapalvelujen yritystoiminnan kehittymistä julkisen toiminnan rinnalle kysynnän ja tarjonnan tasapainottamiseksi (Junnila & Lehtonen 2013). Nykyisellään maakunnassa toimii kaikkiaan liki 50 erikokoista palveluntuottajaa, jotka tuottavat vanhuksille suunnattuja asumispalveluja ja erilaisia kotiin vietäviä palveluja, omaishoitajien vapaiden järjestämistä sekä tavallista ja tehostettua palveluasumista. Viimeisin asumispalvelujen kilpailutus toteutettiin vuoden 2016 aikana, ja uudet

(3) Lith, Pekka. (2012). Palveluasumisen markkinat Suomessa 2010-luvun vaihteessa. Tilastollinen selvitys toimialan palvelukysynnästä, palveluntuottajista ja yritystoiminnan kehityksestä. Työ- ja elinkeinoministeriö raportteja 24/2012.
(4) Junnila, Maijaliisa & Lehtonen, Ulla. (2013). Valinnanvapauden edistäminen Kainuun sosiaali- ja terveyspalveluissa. Aktiiviasiakkuusmalln prosessiarviointi. Työpaperi 22/2013. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.

sopimukset astuivat voimaan tämän vuoden maaliskuun alussa. Lisäksi palvelusetelillä hankitaan tällä hetkellä vanhuspalveluissa lyhytaikaista kotihoitopalvelua, omaishoitajien vapaiden järjestämistä sekä tavallista ja tehostettua palveluasumista.

Kaiken kaikkiaan tänä päivänä Kainuun soten vanhuspalveluissa hoivayrittäjiltä hankittavien palvelujen osuus on noin 20 prosenttia koko vanhuspalvelujen budjetista. Esimerkiksi tehostetun asumispalvelun ostojen osuus on koko ajan kasvattanut prosenttiosuuttaan suhteessa omaan toimintaan: vuoden 2016 lopussa Kainuussa oli tilanne, jossa muilta palveluntuottajilta ostettujen tehostettujen asumispalvelujen osuus oli puolet ja oman toiminnan osuus puolet kokonaisvolyymistä.

Yksityisten palveluntuottajien merkityksen kasvu näkyy myös Kainuun soten organisaatiossa. Vuoden 2013 alusta vanhuspalvelujen tulosalueelle perustettiin erillinen palveluohjaukseen ja ostopalveluihin keskittyvä vastuualue. Se on selkiyttänyt omalta osaltaan yhtä lailla ohjaukseen ja valvontaan kuin sopimuksiin ja hankintoihin liittyvää kokonaisuutta.

Kokonaisuutena tarkasteluna Kainuun soten vanhuspalvelujen ja hoivayrittäjien kumppanuus toimii tällä hetkellä varsin hyvin. Hoivapalvelujen tuottajien palvelut toteutuvat lähipalveluna, ja ne ovat laadukkaita. Yhteisiä tapaamisia järjestetään säännöllisesti, ja yksittäisiä esiin tulevia haasteellisia tilanteita ratkotaan avoimessa ja hyvässä yhteistyössä palvelun käyttäjien, palvelun ostajien ja palvelun tuottajien kesken. Vuosien kokemus yhteistyöstä on opettanut eri osapuolille sekä keskinäistä luottamusta että molemminpuolista arvostusta.

Maailma kuitenkin muuttuu koko ajan koko Suomessa ja toki myös Kainuussa. Iäkkäiden palvelujen painopiste siirtyy yhä enemmän kotona asumista tukeviin palveluihin aikaisemman ympärivuorokautista hoivaa painottavan palvelukulttuurin sijaan.

Lähitulevaisuudessa tarvitaan nykyistä enemmän asiakkaiden kotona asumista tukevia monimuotoisia ja lyhytaikaisia tukipalveluja sekä aktiivista kuntoutusta. Tämä asettaa jälleen sekä palvelujen järjestäjän että hoivayrittäjyyden uudenlaiseen asemaan.

Sosiaali- ja terveydenhuoltoa koskevat lakireformit, kuten valinnanvapaus ja henkilökohtaista budjetointia koskevat uudistukset muuttavat voimaan tullessaan nykykäytäntöä varsin merkittävällä tavalla. Nähtäväksi jää, miten valinnanvapaus ja henkilökohtainen budjetti vaikuttavat paikallisella tasolla Kainuun hoivapalvelujen kehittymiseen, ja mikä on niiden merkitys muun muassa Kainuun elinvoiman turvaamisen näkökulmasta eri kuntien alueella.

Tutkimusten mukaan suuri osa tulevaisuuden vanhuksista haluaa joka tapauksessa itse valita palvelunsa ja vaikuttaa heille tarjottavien palvelujen määrään ja sisältöön. Valmiiksi tiukkaan paketoidut palvelukokonaisuudet eivät siis riitä.

Toisaalta meillä on myös tulevaisuudessa joukko palveluntarvitsijoita, joilla ei ole riittävästi voimavaroja tai autonomiaa toimia valintoja tekevänä aktiivisena kuluttajana (Niiranen, 2002) *(5)* , ja myös heidän tarpeenmukaisesta palvelustaan pitää huolehtia. Sen vuoksi tiivis yhteistyö ja jatkuva avoin vuoropuhelu julkisen sektorin ja erilaisten hoivayrittäjien kanssa on välttämätöntä. Tavoite lienee jatkossakin yhteinen – asiakkaan paras.

(5) Niiranen, Vuokko. (2002). Kilpailuttaminen ei ole helppo ratkaisu. Sosiaali- ja terveysviesti, 10–11.

7 Kilpailutus ja hoivayrittäjän näkökulma

Kaisa Tolonen

Toimin hoivakotiyrittäjänä vuosina 1999–2013 Paltamossa ja Ristijärvellä. Samaan aikaan olin myös maakunta-kuntayhtymän sote-lautakunnan jäsen ja varapuheenjohtajana. Noina vuosina Kainuussa panostettiin hoivatyön kehittämiseen, ja olin mukana useissa hankkeissa ja kehittämisprojekteissa.

Vuonna 2002 käynnistettiin Euroopan unionin Equal-tavoiteohjelmasta rahoitettu hoivapalvelujärjestelmän kehittämishanke, jonka valvojana toimi sosiaali- ja terveysministeriö. Hankkeessa olivat mukana kuntien vanhustenhuolto, hoiva-alan yrittäjät ja kolmas sektori. Tavoitteena oli yhdistää eri osapuolet, jotka kukin toimivat siihen saakka omilla tahoillaan. Toisena esimerkkinä toteutetuista kehittämishankkeista on Kainuun TE-keskuksen yhteistyössä yritysten kanssa vuosina 2004–2005 järjestämä koulutusohjelma, jonka tavoitteena oli yrityskohtainen ohjaus laatutyön käytäntöön soveltamisesta.

Kajaania lukuun ottamatta toimintoja ei Kainuussa varsinaisesti ollut tuolloin kilpailutettu. Omien yritystemme kohdalla kilpailutus käytiin toimitilojen osalta. Kunnat omistivat toimitilat, joihin yrityksemme perustettiin kilpailutuksen jälkeen. Kainuun kuntien erilaiset vaatimukset ja käytännöt johtivat siihen, että palveluntuottajien laatutaso vaihteli kohtalaisen paljon. Osa palveluntuottajista oli tottunut siihen, että tyhjiä asiakaspaikkoja ei ollut, vaan yritysten sijaintikunta täytti asukaspaikat niiden tyhjentyessä. Sijoituksilla varmistettiin, että kunnan asukkaat saivat hoitokotipaikan oman kunnan alueelta.

Kilpailutuksen myötä laatuerot kapenivat. Osalle palveluyrittäjistä oli kuitenkin vaikeaa sopeutua koko Kainuuta kattavaan kilpailutukseen ja ennen kaikkea siihen, että asiakkaita sijoitettiin asuinkuntiensa ulkopuolelle eikä paikkakunnalla sijaitsevaan omaan yritykseen. Tyhjät huoneet nostattivat kritiikkiä ja ajoittain kiivastakin keskustelua yrittäjien ja kuntayhtymän henkilöstön välillä. Jonkin verran kritiikkiä aiheutui myös siitä, ettei kilpailutuksen tulosta aina huomioitu asukkaita sijoitettaessa. Ymmärrettävästi myös sijoitettavat asukkaat ja erityisesti heidän omaisensa kritisoivat uutta käytäntöä. Asukkaat ja omaiset olivat sinänsä tyytyväisiä hoitokotien toimintaan, mutta muutto omalta paikkakunnalta tuntui vaikealta.

Kuntayhtymän valvontakäynnit koettiin yrityksissä pääasiassa positiivisina. Ne osoittivat kuntayhtymän henkilöstön sekä luottamushenkilöiden olevan kiinnostuneita toiminnastamme. Myös kuntayhtymän vanhuspalveluiden järjestämät keskustelutilaisuudet koettiin erittäin merkittävinä, ja niihin osallistuttiin aktiivisesti. Keskustelut olivat avoimia, ja esille nostettiin molempia osapuolia askarruttaneita kysymyksiä. Taustaksi oli kuitenkin usein pidetty Kainuun Hoivayrittäjien keskinäisiä palavereja sekä keskusteluja yrittäjien kesken. Hoivakodeissa, jotka sijoittuivat kilpailutuksessa heikommin, oli tyhjiä

asukaspaikkoja. Se sai aikaan huolen yritystoiminnan kannattavuudesta ja jatkumisesta. Asukkaiden sijoittamisessa oli kaiken kaikkiaan alkanut uusi aika, joka vaati sopeutumista.

Yrittäjät keskustelivat keskenään paljon kokemastaan pettymyksestä kuntayhtymän toimintaa kohtaan. Kuntayhtymältä toivottiin avoimuutta sen oman toiminnan laadusta sekä kustannuksista. Osa yrittäjistä koki, että vaatimukset kuntayhtymän omalle toiminnalle eivät olleet samat kuin ostopalveluille.
Omien yritystemme sijoitus kilpailutuksissa oli hyvä eikä sen vuoksi ollut huolta jatkuvuudesta. Kritisoin kuitenkin kilpailutuksen yhteydessä kuntayhtymän joitain vaatimuksia: Samalla, kun laatuvaatimukset kasvoivat, nousivat luonnollisesti myös toiminnan kustannukset; esimerkkinä vaatimus viriketoiminnan ostamisesta ulkopuoliselta taholta. Tälle ostopalvelulle ei kuitenkaan asetettu laatuvaatimuksia vaan ainoastaan määrällinen velvoite.

Kilpailutus vaikutti joka tapauksessa hoivayritysten laatutasoon positiivisesti. Laatujärjestelmiä otettiin käyttöön, yhteistyö yritysten välillä tiivistyi ja avoimuus lisääntyi. Sittemmin kansallisten ja kansainvälisten suuryritysten tulo Kainuuseen muutti kuitenkin toimintakenttää merkittävästi, yhteistyö ja avoimuus yritysten välillä vähenivät. Isot yritykset olivat erittäin kiinnostuneita toiminnan laajentamisesta Kainuuseen. Tiedustellessani Kuntamarkkinoilla mahdollista kiinnostusta ostaa yrityksemme, sain useita positiivisia vastauksia. Kävimme neuvotteluja kahden yrityksen kanssa, ja niiden lopputuloksena yrityksemme myytiin vuonna 2013.

8 Hallintokokeilu ja valinnanvapaus – jälkiviisautta ja vähän muutakin

Marita Pikkarainen

Kädessäni on hallituksen julkaisema lakiluonnos asiakkaan valinnanvapaudesta. Sen tavoitteena on lisätä asiakkaan vaikutusmahdollisuuksia, nopeuttaa palveluun pääsyä ja parantaa palvelujen laatua ja kustannusvaikuttavuutta. Lakiluonnoksen mukaan asiakas voisi valita palvelujen tuottajan nykyistä monipuolisemmin julkisen, yksityisen tai kolmannen sektorin väliltä. Suora valinta voi koskea sosiaali- ja terveyskeskusta sekä suunhoidon yksikköä, lisäksi muun valinnan välineinä ovat asiakassetelit sekä henkilökohtainen budjetti. Tähän kokonaisuuteen kuuluu myös hallituksen laatima esitys monikanavarahoituksen yksinkertaistamisesta.

Valinnanvapausuudistus on todella radikaali muutos suomalaisessa sosiaali- ja terveydenhuollossa, vaikka me työssäkäyvät olemme voineet jo hyödyntää valinnanvapautta niin työterveyshuollon kuin sairausvakuutuskorvausten avulla. Lisäksi kainuulaisten on ollut mahdollista harjoitella valinnanvapautta pienin askelin jo vuodesta 2005.

8.1 Kainuulainen valinnanvapaus vuodesta 2005

Kainuun hallintokokeilun valmistelussa nostettiin yhdeksi kokeilun keskeiseksi periaatteeksi valinnanvapauden mahdollistaminen julkisissa sote-palveluissa Kainuun yhdeksän kunnan alueella. Asiakkaan vapaan valinnan oikeus, kuten valinnanvapautta tuolloin nimitettiin, koski Kainuun maakunta -kuntayhtymän sosiaali- ja terveystoimialan tuottamia ja järjestämiä palveluja: lääkärin vastaanottoa, vuodeosastohoitoa, lyhytaikaishoitoa, hammashoitoa, neuvolatoimintaa, asumispalveluja, röntgen- ja laboratoriopalveluja, toimeentulotukea, elatusturvaa, lastenvalvojan tehtäviä, hoitotarvikkeiden jakelupistettä sekä perheneuvolan palveluja. Erikoissairaanhoitoa, koulu- ja opiskelijaterveydenhuoltoa, kotihoitoa, lastensuojelua, yleistä edunvalvontaa sekä työterveyshuoltoa tämä oikeus ei koskenut.

Ohjeistuksessa todettiin lisäksi, että pohja-/perusvalintana on automaattisesti kotikunta. Kotikunnasta poikkeavan ensimmäisen valinnan tehdessään asiakkaan ei tarvinnut esittää perusteluja. Tämän valinnan tekemiseen riitti ilmoituslomakkeen täyttäminen ja allekirjoittaminen. Valinnan tuli kestää minimissään vuoden. Jos asiakas halusi valita uudelleen, hänen tuli anoa muutosta ja esittää perustelut. Tavoitteena oli kohtuullisen pysyvä valinta, joka mahdollistaisi pitkän ja luottamuksellisen hoitosuhteen. *(1)*

Jonkun verran käytiin keskusteluja siitä, olisiko asiakkaan mahdollista saada valita häntä hoitava ammattihenkilö, mutta tämä ei kuitenkaan mahdollistunut. Taustalla oli pelko siitä, että suosituille lääkäreille syntyisi jonoja ja vähemmän suosituille ei tulisi asiakkaita.

(1) Kainuun maakunta -kuntayhtymän sosiaali- ja terveyslautakunnan kokous 15.6.2005/§137

Asiakkaan vapaan valinnan oikeus oli tuolloin radikaali toimintatapa julkisissa palveluissa, eikä muualla maassa juurikaan keskusteltu valinnanvapaudesta. Ainoa asia, jota pohdittiin, oli potilaan mahdollisuus muuttaa eri paikkakunnalle pitkäaikaiseen laitoshoitoon. Se oli tuolloin mahdollista vain, jos kotikunta antoi maksusitoumuksen – ja tämä toteutui ennen hallintokokeilua hyvin harvoin edes Kainuun kuntien välillä. Kotikunta piti tiukasti kiinni kuntalaisista ja palvelujen toteutumisesta kunnan alueella.

Lisäksi Kajaanissa vanhuspalvelujen asiakkailla oli mahdollisuus jo ennen hallintokokeilua käyttää palveluseteliä kotihoidon niin sanottujen kevyempien palvelujen hankkimiseen. Hallintokokeilun myötä palvelusetelikäytäntö mahdollistui myös muissa Kainuun kunnissa.

Kainuun hallintokokeilussa muodostui yksi palvelujen järjestäjä, Kainuun maakunta -kuntayhtymä. Sen vuoksi oli hyvin luontevaa, että kainuulaiset pääsivät hyödyntämään kaikkien yhdeksän kunnan sote-palvelutarjontaa. Kainuussa oli pulaa osaajista – lähinnä lääkäreistä, sosiaalityöntekijöistä ja terapeuteista, ja tuolloin ajateltiin, että palvelujen saatavuus ja saavutettavuus parantuisivat valinnanvapauden kautta.

Vaikka hallintokokeilun ideana oli jakaa olemassa olevaa resurssia oikeudenmukaisesti asiakkaiden palvelutarpeen mukaan, myös asiakkaiden mahdollisuutta ”äänestää jaloillaan” yli kuntarajojen pidettiin tärkeänä. Kainuulaiset suhtautuivat tähän mahdollisuuteen pääasiassa positiivisesti. Erityisesti esillä oli paljon palveluja tarvitsevien vanhusten oikeus asua lähellä omaisia, mikä mahdollistui hallintokokeilun aikana ilman maksusitoumuksia.

Sote-työntekijät suhtautuivat valinnanvapauteen hyvin neutraalisti, se ei herättänyt intohimoja suuntaan tai toiseen. Valinnanvapautta ei juurikaan mainostettu tai syvällisesti pohdittu sen merkitystä palvelutuotannon uudistajana. Nyt asia harmittaa itseäni, olisi pitänyt...

Muistan erään asiakkaan pohdinnan hallintokokeilun valmistelun ajalta. Hän pohdiskeli sitä, mitä tapahtuu jos hän ja useat muut vaihtavat sote-yksikköä. Siirretäänkö yksikön työntekijät siihen yksikköön johon asiakkaat jo siirtyivät – eli voivatko samat työntekijät itse asiassa palvella sinua toisessa yksikössä?

Paljonko valinnan mahdollisuuksia sitten käytettiin? Kattavaa tilastotietoa ei ole helposti saatavissa asiakkaan vapaan valinnan oikeuden toteutumisesta Kainuussa. Tietoja löytyi terveysaseman/-keskuksen vaihtaneista, heitä oli vain 43 henkilöä koko hallintokokeilun aikana, vuosina 2005–2012.

Terveydenhuoltolain uudistus vuosina 2011 ja 2014 toi valinnanvapauden koko maahan ja lisäsi asiakkaiden tietoisuutta asiasta: Myös Kainuussa valinnanvapautta käytti huomattavasti useampi vuosina 2013–2016, jolloin terveysaseman vaihtoi 114 asiakasta.

8.2 Millainen valinnanvapaus?

THL:n tutkimuksen (THL raportti16/2016) (2) mukaan suomalaiset pitävät nyt valinnanvapautta tärkeänä. Erityisen tärkeänä pidetään hoitavan ammattilaisen valintaa. Palvelujen sijainti on asiakkaille tärkeintä, mutta lähes yhtä tärkeinä pidetään laatua, palvelujen saatavuutta, hyviä kulkuyhteyksiä ja terveysaseman hyvää mainetta. Ikääntyneempi väestö on saanut vaihtamisen mahdollisuudesta ja käytännöistä sekä palvelujen laadusta heikommin tietoa kuin nuoremmat. He ovat kokeneet, että vaihtaminen olisi käytännössä heille harvemmin mahdollista. Asiakkaan valinnanvapauden näkökulmasta se, että terveysasemien palvelutarjonta vaihtelee, voikin olla ongelma siinä mielessä, että samaa palveluvalikkoa ei useinkaan ole lähellä tarjolla.

Kainuun hallintokokeilun valmistelijan näkökulmasta nyt keskustelussa olevan kaltainen valinnanvapaus olisi voinut edesauttaa Kainuun alueella toteutettujen julkisten palvelujen kehittämistä ja asiakkaan äänen parempaa kuulumista. Näin jälkikäteen ajatellen hallintokokeilu toteutui kaikesta asiakaslähtöisyyspuheesta huolimatta organisaatiolähtöisesti. Toimintatavat yhtenäistettiin koko maakunnassa, mutta paikallisia ja kunnittaisia eroja palveluissa ei huomioitu riittävästi, eikä ajattelumalliin sisältynyt mahdollisuutta, että julkinen palvelutuotanto vaihtelisi palvelutarpeiden ja muun palvelutarjonnan mukaan. Toisin sanoen kuntalaisen kokonaishyvinvoinnin tarkastelu jäi taka-alalle.

Uudistuksessa nousi keskiöön rakenteellinen integraatio, kun taas peruskuntien ja soten palvelujen integrointi jäi vähälle huomiolle. Tuolloin sekä peruskunnilla että maakunta -kuntayhtymällä olikin täysi työ uuden roolin omaksumisessa, organisaation rakentamisessa ja toimintojen yhdenmukaistamisessa. Näiden vuosien jälkeen on kuitenkin todettava, että rakenteellinen integraatio ei automaattisesti saa aikaan toiminnallista integraatiota. Lisäksi rakenteellinen integraatio näyttää säilyttävän järjestelmän monimutkaisuuden, jolloin palveluohjauksen rooli ja tarve korostuvat.

Mielestäni perusterveydenhuollon, sosiaalihuollon ja erikoissairaanhoidon toimintalogiikkojen erilaisuus korostaa tarvetta toteuttaa mieluummin toiminnallista kuin rakenteellista integraatiota. Kainuussa huomio on kuitenkin ollut vahvasti perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhteistyön syventämisessä eikä niinkään horisontaalisen integraation toteuttamisessa.

THL:n tutkimus tukee kokemustani siitä, että samoissa tiloissa tai organisaatiossa toimiminen ei automaattisesti edistä yhteistyötä. Integraation tueksi tarvitaan selkeitä toimintakäytäntöjä ja moniammatillisuuden johtamista. Palvelujen toiminnallinen integraatio ja valinnanvapaus taas voivat olla edellä mainitun tutkimuksen mukaan ristiriidassa keskenään: Jos halutaan optimoida palveluprosessi, on käytännöllistä, että palvelut ovat samassa organisaatiossa tai ainakin hyvin lähellä toisiaan. Tästä seuraa, että lähietäisyydellä ei voisi olla useita samanlaisia palveluja tuottavia terveysasemia. Tällöin asiakkaalla ei ole valinnanmahdollisuuksia, ja hänet sidotaan yhteen palveluntuottajaan.

(2) THL raportti 16/2016 Timo Sinervo, Liina-Kaisa Tynkkynen, Tuulikki Vehko (toim.) Mitä kuuluu perusterveydenhuolto? Valinnanvapaus ja integraatio palveluiden kehittämisen polttopisteessä.

Kainuun hallintokokeilussa valinnan mahdollisuudet olivat suppeat, vaikka laajemmat kuin lähtötilanteessa yhden kunnan palvelut. Pitkien etäisyyksien maakunnassa matkakustannukset kuitenkin muodostivat ja muodostavat edelleen merkittävän riskin eriarvoisuuden syntymiselle – valinnanvapaus ei olekaan mahdollista jokaiselle. Kelan matkakorvaukset toteutuivat hallintokokeilun aikana entiseen tapaan, eli vain lähimpään toimipisteeseen sai korvauksen. Tämä on merkittävä kysymys myös tulevassa valinnanvapausmallissa, jossa ainakin tässä vaiheessa ajatuksena on, että matkakorvaukset voi saada vain lähimpään sote-keskukseen. Tämä ei edistä valinnanvapauden toteutumista, eikä asiakkaiden oikeudenmukaista kohtelua, vaan järjestelmä eriarvoistaa kansalaisia.

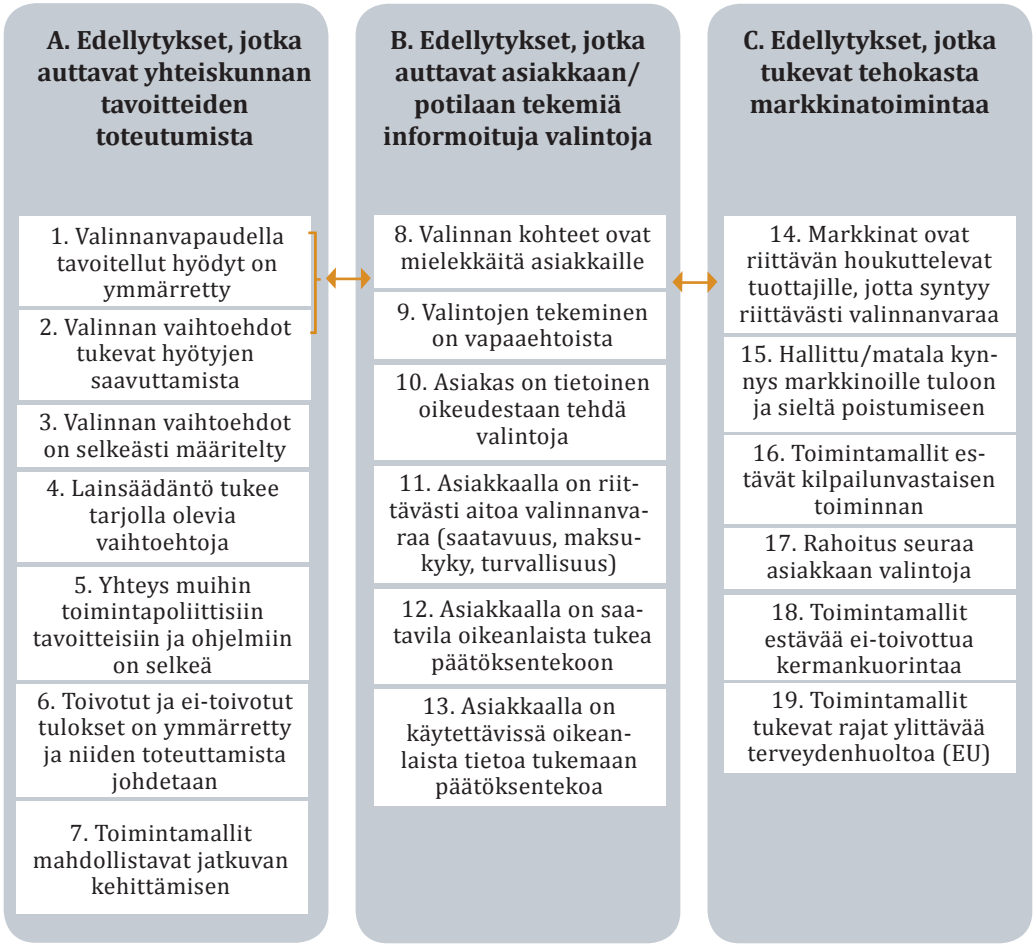
Vahvalla asiakasohjauksella ja eri palveluntuottajien palveluja sisältävien hoitoprosessien johtamisella voidaan kuitenkin mahdollistaa valinnanvapauden toteutuminen ja hoidon integraatio.

Sosioekonomisen tasa-arvon toteutumisen kannalta on oleellista huomioida myös asiakkaan mahdollisen omavastuuosuuden suuruus. Jos esimerkiksi asiakassetelin omavastuu on korkea, se estää vähävaraista asiakasta hyödyntämästä asiakasseteliä eikä valinnanvapaus toteudu. Setelin arvolla voidaan myös vaikuttaa tuottajien halukkuuteen tarjota palveluja. Palvelusetelitutkimuksen (Kuusinen-James 2012) *(3)* mukaan ikäihmisten valinnanvapauden toteutuminen on haasteellista, sillä usein vanhuspalveluasiakkaan toimintakyky on huono ja hänen kykynsä selviytyä kuluttajan valintaroolista yksin tai omaisen tukema on heikentynyt. Usein omainen tekee valinnan asiakkaan puolesta, ja myös palveluohjaajan tai -tuottajan vaikutus on suuri. Tutkimuksen mukaan ikäihmiset, joilla ei ole asioita hoitavia omaisia, jäävät valintojen ulkopuolelle.

Valinnanvapauden toteuttamista hankaloittaa myös valinnanvaran vähyys. Kainuussa yksityistä palvelutarjontaa ei juuri ole muualla kuin Kajaanissa ja isommissa kuntakeskuksissa. Hallituksen valinnanvapausmallissa tulisikin olla suuremmat korvaukset toimijoille, jotka tarjoavat palveluja harvaanasutuille seuduille.

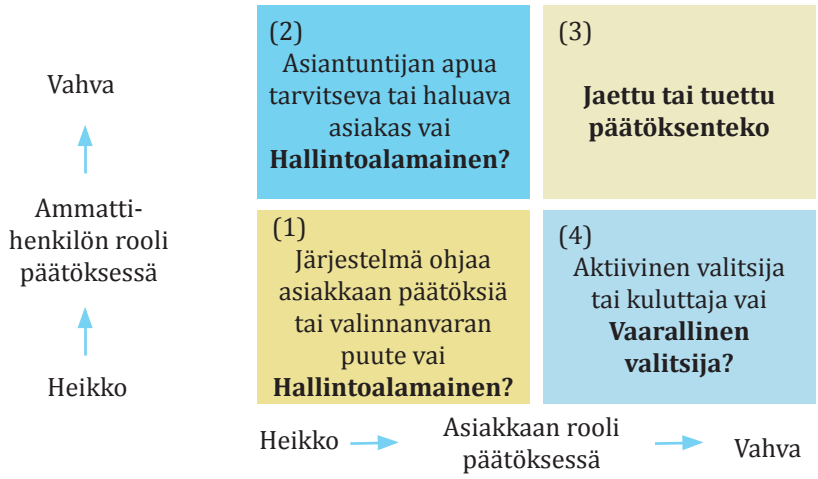
Anne Whellams on nostanut esille valinnanvapauden keskeiset edellytykset yhteiskunnan, asiakkaan sekä markkinoiden näkökulmasta (kuva 1). Valinnanvapauden toteutuminen edellyttää monia yhtäaikaisia toimia. Suomessa kaikilla osa-alueilla on vielä paljon parannettavaa, jotta valinnanvapaus toteutuisi toivotusti.

(3) Tuoko palveluseteli valinnanvapautta? Kirsi Kuusinen-James Kunnallisalan kehittämissäätiö, Tutkimusjulkaisusarjan julkaisu nro 68. Vammalan Kirjapaino Oy, Sastamala 2012.



KUVA 1: Valinnanvapauden keskeiset edellytykset (Anne Whellams, 2016) (4)

Asiakas tarvitsee valintansa tueksi monenlaista tietoa ja sote-ammattilaiset ovat keskeisessä roolissa valinnanvapaustiedon jakamisessa. Asiakkailla ja ammattilaisilla voi kuitenkin olla päätöksenteko- ja valintatilanteissa monia erilaisia rooleja (kuva 2). Asenteet muovaavat voimakkaasti ammattihenkilön roolia – miten minä työntekijänä miellän asiakkaan osallisuuden ja tuenko minä asiakasta valinnassa vai ohjaanko valitsemaan tietyllä tavalla. Koenko minä asiakkaan vaaralliseksi valitsijaksi vai valintaan oikeutetuksi kansalaiseksi?



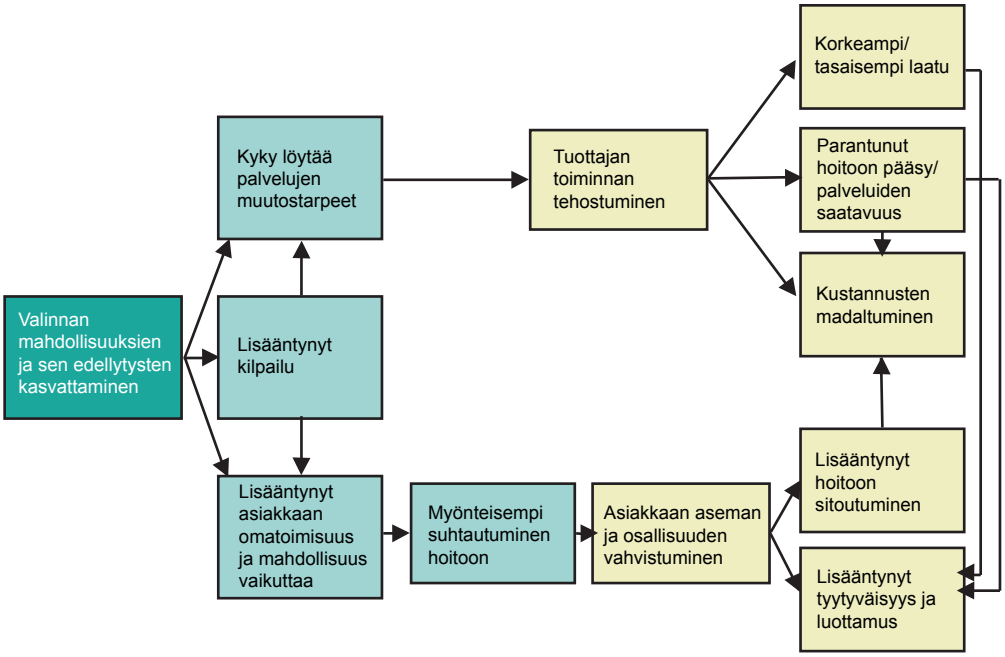
KUVA 2: Asiakkaan roolin muutos (THL 11/2016 , kuvio 4.1) (5)

(4) Anne Whellams, Exploring the issues that facilitate patient choice: a study of introducing an increased choice police into the Finnish public 2016.
(5) THL raportti 11/2016 Hallintoalamaisesta aktiiviseksi valitsijaksi (valinnanvapauden muotoutuminen sote-palveluissa) Maijaliisa Junnila, Laura Hietapakka, Anne Whellams (toim.)

Kainuun hallintokokeilun aikainen valinnanvapaus antoi alkusysäyksen kehittää kainuulaisten valintoja tukemaan digitaalista palvelutarjotinta http://palvelutarjotin.kainuu.fi/. Sen avulla asiakas pystyy tekemään valintoja ja löytämään palveluja, vertailemaan niitä hinnan ja palvelulupausten mukaan sekä antamaan palautetta saamastaan palvelusta.

Palvelutarjotin on asiakkaalle vertailun ja valinnan väline, palveluohjaajalle ohjauksen työkalu ja palveluntarjoajalle markkinapaikka. Palvelutarjottimen kehittämisen yhteydessä nousi myös esille henkilökohtaisen budjetoinnin mahdollistaminen. Henkilökohtainen budjetti on keskeinen valinnanvapauden mahdollistaja siihen oikeutetulle.

Kuitenkin vasta viime vuosina asia on ollut voimakkaammin esillä – ja nyt henkilökohtaisen budjetoinnin kokeilu on käynnistynyt myös Kainuussa. Raportissaan Maijaliisa Junnila & kumppanit (THL 11/16) kuvaavat valinnanvapauden tavoitteita ja hyötyjä (kuva 3).



KUVA 3: Valinnanvapauden tavoitteita ja hyötyjä (THL 11/2016, kuvio 2.1)

Raportin mukaan valinnanvapaus on yksilön oikeus, ei velvollisuus. Valinnanvapaus tarjoaa kansalaiselle mahdollisuuden itsemääräämisoikeuden mukaisesti vaikuttaa itseään koskeviin päätöksiin ja ottaa vastuuta omasta terveydestä ja hyvinvoinnista. Palveluihin ja hoitoon sitoutuminen parantaa vaikuttavuutta ja vähentää sekä palvelunkäyttäjän että yhteiskunnan kustannuksia.

Jotta valinnanvapaudella on merkitystä asiakkaalle ja sitä kautta myös palvelujärjestelmälle, tiettyjen valinnanvapauden edellytysten tulee toteutua. Kansalaisten pitää tietää, millaisia valintaoikeuksia heillä on. Heillä täytyy olla kyky ja halu tehdä valintoja. Näiden lisäksi tarvitaan konkreettisia valinnan vaihtoehtoja sekä luotettavaa ja ymmärrettävää tietoa vaihtoehdoista.

Mielestäni sote- ja maakuntauudistus tarvitsee asiakkaan äänen ja valinnanvapauden voiman uudistamaan olemassa olevan järjestelmän. Tällä hetkellä näyttää siltä, että uudistusta valmistellaan liikaa olemassa olevilla toimintatavoilla ja välineillä, kun katseen pitäisi olla tulevaisuudessa.

Mitä digiratkaisut itse asiassa mahdollistaisivat asiakkaalle ja koko palvelujärjestelmälle? Ovatko linssimme sumentuneet? Onko kaikkien tallattava samat polut, eikö Kainuun kokemusten siivittämänä olisi voinut harpata jo seuraavalle tasolle – tasolle, jossa palvelut integroituvat asiakkaan valintojen kautta älykkäästi? Olisiko mahdollista oppia asioista, joita ei ole vielä tapahtunut?

9 Mitäpä se hyvejää ja paljonko se kustantaa?

Eija Tolonen-Manninen

Kainuun hallintokokeilua seurattiin ja arvioitiin laajasti. Virallisen, valtiovarainministerin tilaaman arvioinnin teki Tampereen yliopisto. Arvioinnin loppuraportti ilmestyi huhtikuussa 2010 (VM20/2010). Muut yliopiston tekemään arviointiin liittyvät raportit ovat 1. väliraportti (VM 37/2005) ja toinen väliraportti (VM 41/2008). Yliopiston tekemän arvioinnin lisäksi Kainuun hallintokokeilun seurantaryhmä on tehnyt omia seurantaraporttejaan.

Kokeilun laajassa seurantaryhmässä on ollut edustus valtiovarain-, sosiaali- ja terveys-, opetus- ja kulttuuri- sekä työ- ja elinkeinoministeriöstä, Kuntaliitosta sekä Kainuun maakunta -kuntayhtymästä ja Kainuun kunnista. Kokeilun viimeisessä vaiheessa seurantaryhmänä toimi valtiovarainministeriön ja Kainuun maakunta -kuntayhtymän edustajista koottu sihteeristö. Seurantasihteeristön loppuraportti Kainuun hallintokokeilun päättymisestä julkaistiin tammikuussa 2013 (VM 5/2013).

9.1 Kainuun hallintokokeilun taloudelliset vaikutukset

Kainuun hallintokokeilun taloudellisia vaikutuksia ei voida arvioida täysin luotettavasti: Ei voida tietää, mikä Kainuun tilanne olisi nyt, jos kokeiluun ei olisi ryhdytty vuonna 2005. Kustannusvertailut osoittavat kuitenkin, että Kainuun malli on pienentänyt sote-kustannuksia. Menokehitysvertailu on tehty vertaamalla maakunta-kuntayhtymän menoja Manner-Suomen sosiaali- ja terveysmenojen kehitykseen, sillä yli 80 prosenttia Kainuun maakunta -kuntayhtymän kustannuksista aiheutui sosiaali- ja terveystoimesta ja siihen liittyvistä tukipalveluista.

Kainuun kuntien sosiaali- ja terveysmenojen kasvu ennen kokeilun alkua vuosina 2002–2004 oli keskimäärin 6,9 prosenttia vuodessa. Kokeilun alussa kustannukset saatiin painettua alle Manner-Suomen keskiarvon: Vuosina 2005–2010 Kainuun sote-kustannukset kasvoivat keskimäärin 4,6 prosenttia vuodessa, kun Manner-Suomen vastaava kasvu tarkastelujaksolla oli 6,0 prosenttia.

Kokeilun alun selvän menojen laskun edellytyksiä olivat perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon sekä sosiaalihuollon syvä integraatio, oman tutkimus- ja kehittämistoiminnan käynnistäminen, tietojärjestelmien kehittäminen, yhteisten tukipalvelujen (talous-, henkilöstö-, ja tietohallinto) järjestäminen kuntien kanssa, yksi rekisterinpitäjä, tulopohjainen rahoitusmalli sekä henkilöstön sitoutuminen ja työn tuottavuus. Edellä mainituilla osa-alueilla edettiin Kainuussa hallintokokeilun aikana merkittävästi, ja toimintaa on jatkettu ja edelleen kehitetty Kainuun sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymässä.

Alun myönteisen kehityksen jälkeen sote-kustannukset nousivat välillä voimakkaasti. Esimerkiksi vuonna 2011 sote-menojen kasvu oli Kainuussa 8,3 prosenttia ja koko maassa 5,0 prosenttia. Menojen kasvua kiihdyttivät muun muassa henkilöstömenot ja asiakaspalvelujen ostot. Vuosina 2005–2012 Kainuun sote-kustannukset kasvoivat keskimäärin 5 prosenttia vuodessa, kun Manner-Suomen vastaava kasvu tarkastelujaksolla oli 5,5 prosenttia. Vuonna 2012 sote-menojen kasvu tasaantui Kainuussa 3,4 prosenttiin, kun kasvuprosentti koko maassa oli 5,0.

Kainuun sote-talouden kehitys voidaan tiivistää toteamalla, että mikäli Kainuun maakunta -kuntayhtymän menojen kasvu vuosina 2005–2012 olisi ollut samaa luokkaa kuin sosiaali- ja terveystoimen käyttökustannusten kasvu koko valtakunnan tasolla, maakunta-kuntayhtymän sosiaali- ja terveystoimen menot olisivat olleet kumulatiivisesti yhteenlaskettuina noin 90 miljoonaa euroa toteutunutta suuremmat.

Sittemmin Kainuun maakunta -kuntayhtymän seuraajan, Kainuun sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymän menojen kasvu vuosina 2013–2016 on ollut hieman koko maan kasvuprosenttia suurempi.

9.2 Tuloperustainen rahoitusjärjestelmä

Kainuun hallintokokeilun rahoitus perustui menojen jakamisen sijasta tulojen jakamiseen, ja samaa mallia on jatkettu edelleen Kainuun sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymän aikana. Rahoitusratkaisu muuttaa toiminnan peruslogiikan perinteisestä suoritepohjaisesta rahoitusmallista ja mahdollistaa kustannusten kasvun hillitsemisen, sillä palvelutuotanto pitää järjestää budjetoinnille asetetuissa kehyksissä.

Hallintokokeilun aikana rahoitus järjestettiin siten, että laskutuksen sijasta kunnat maksoivat maakunnalle tietyn prosentin verotuloistaan ja valtionosuuksistaan. Järjestelmää muutettiin vuonna 2009 siten, että kunnallisveroprosentin ollessa yli 19,25 ylimenevä osa jäi kokonaan kunnan käyttöön. Tämän lisäksi maakunnalle koulutuksen järjestäjänä maksettiin toisen asteen koulutuksen osalta valtionosuudet suoraan.

Kokeilun alkaessa rahoitusjärjestelmä oli Suomessa ainutlaatuinen, ja sen nähtiin kannustavan voimakkaasti taloudelliseen toimintaan. Kainuussa mallia verrattiin sairaanhoitopiirin aiempaan laskutukseen perustuvaan rahoitukseen, ja siihen verrattuna kannustavuus taloudelliseen toimintaan oli merkittävä.

Rahoitusjärjestelmällä oli myös suoria vaikutuksia palveluiden kehittämiseen: Kun esimerkiksi sairaalapäivistä ei voitu suoraan laskuttaa kuntaa, alettiin aiempaa aktiivisemmin pyrkiä niiden vähentämiseen ja samalla kustannusten pienentämiseen.

Kuntien näkökulmasta rahoitusjärjestelmä lisäsi menojen ennustettavuutta, kun palvelujen käytön joskus suuretkin vuosikohtaiset vaihtelut tai yksikköhintojen korotukset eivät suoraan vaikuttaneet kuntien maksuihin. Näin kunnat pystyivät tehokkaaseen ja läpinäkyvään kustannusten hallintaan myös sote-menojen osalta.

Rahoitusjärjestelmään liittyi toki myös ongelmia. Kunnilla ja maakunnalla oli erilaisiin laintulkintoihin perustuvia erilaisia käsityksiä siitä, ketkä ja missä päättävät kuntien maksuosuuksista. Rahoitusjärjestelmä aiheutti ristiriitoja myös kuntien välille – erilaisissa vaihtoehdoissa kunnilla oli erilaiset maksuosuudet, mikä aiheutti keskustelua niiden välisestä oikeudenmukaisuudesta. Kuntien välisillä rahoitusjärjestelmää koskevilla näkemyseroilla oli vaikutusta myös hallintokokeilun päättymiseen 2012. Kokeilun jatkamiseksi annettu laki edellytti, että kaikki hallintokokeiluun osallistuneet kunnat päättävät yksimielisesti jatkosta. Puolangan kunta ei kuitenkaan hyväksynyt kokeilun jatkoon liittyviä ehtoja, kuten sote-valtionosuuksien maksamista suoraan palvelujen järjestämisvastuussa olevalle maakunta-kuntayhtymälle, ja kokeilu päättyi vuoden 2012 lopussa.

Muut seitsemän hallintokokeiluun osallistunutta kuntaa perustivat Kainuun sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymän, joka aloitti toimintansa vuoden 2013 alusta. Kainuun soten rahoitusmalli perustuu edelleen tulojen jakamiseen menojen jakamisen sijasta. Perussopimuksen rahoituspykälän mukaan varsinaisten jäsenkuntien maksuosuudet määräytyvät seuraavasti: kuntayhtymän järjestämiin toimintoihin kohdistuva peruspalvelujen valtionosuus (soten valtionosuus miinus päivähoidon osuus) kohdennetaan laskennallisesti kokonaisuudessaan kuntayhtymälle ja tämä sosiaali- ja terveydenhuollon valtionosuus erotetaan peruspalvelujen valtionosuudesta laskennallisesti kunnittaisena prosenttiosuutena. Loppurahoituksesta puolet määräytyy kuntien asukasluvun mukaan ja puolet kuntien verotulojen mukaan.

Kainuun soten rahoitusmallia voidaan pitää hallintokokeilun aikaiseen malliin verrattuna kompromissina pienten ja suurten kuntien intressien välillä, mihin luottamushenkilöiden näkökulmasta kirjoittavat Tapani Kemppainen (luku 29) ja Raili Myllylä (luku 30) viittavat. Erona maakunta-kuntayhtymän rahoitusmalliin on myös se, että nyt Kainuun soten ylijäämät palautetaan vuosittain kunnille – ja vastaavasti kunnat maksavat mahdollisen alijäämän. Hallintokokeilun aikaan alijäämien kattaminen oli maakunta-kuntayhtymän vastuulla.

9.3 Yhteenveto

Kainuun kuntien sote-palvelujen järjestämisen kokoaminen ja tulopohjaiseen rahoitukseen perustuva maakunnan kustannustietoisuuden kasvu olivat hallintokokeilun keskeistä antia.

Kustannusten kasvun hillintään vaikutti muun muassa perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhdistäminen samaan organisaatioon ja saman johdon alaisuuteen.

Kehittämistoiminnan kokoaminen yhteen ja kustannuskasvun onnistunut hillintä näkyivät maakuntatasolla myös parempana palvelujen laatuna ja suunnitelmallisena palvelujen kehittämistoimintana.

Palvelujen sopeuttamisen välineenä toimineen hallintokokeilun myötä Kainuussa saatiin 2000-luvun ensimmäisellä vuosikymmenellä toteutettua erittäin haastava voimavarojen kokoamisen operaatio ja luotua organisaatio, jonka avulla on kyetty pitämään varsin laadukasta ja myös melko hajautunutta palvelurakennetta yllä niukoilla taloudellisilla resursseilla.

Hyväksi havaittua ja kustannustehokasta perusterveydenhuollon ja sosiaalihuollon sekä erikoissairaanhoidon integraatiota ja suunnitelmallista palvelujen kehittämistoimintaa on jatkettu edelleen Kainuun sotessa. Kainuussa jo onnistuneesti toteutettu syvä integraatio antaa hyvät lähtökohdat myös valtakunnallisen sote-uudistuksen toteuttamiseen.

Osa B: Iso kuva muutoksessa – organisaatiorajat natisevat

10 Elämänkaarimalli ja organisaatiorajat

Matti Heikkinen

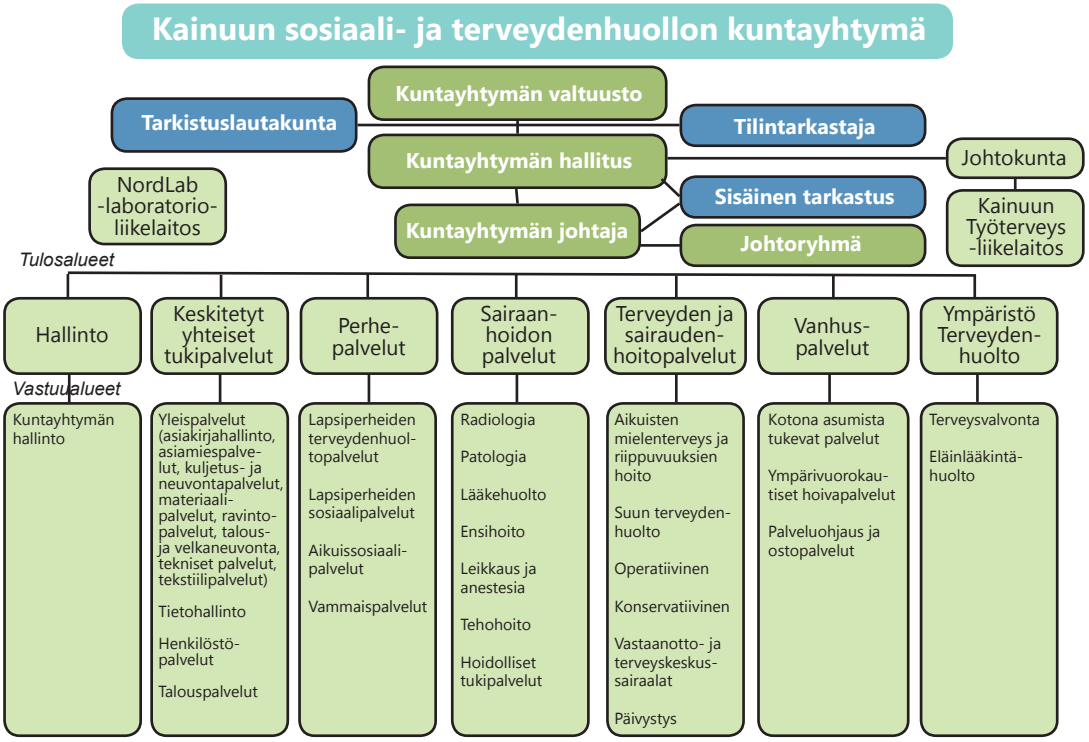
Kainuun sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymän (Kainuun sote) järjestämät sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut on organisoitu ja jaettu tulosalueisiin, jotka jakautuvat edelleen vastuualueisiin ja tulosyksiköihin. Kainuun soten elämänkaarimallissa ovat toimineet vuodesta 2005 alkaen väestön ikäryhmien ja palvelutarpeiden kohortoinnin mukaisesti seuraavat tulosalueet:

- perhepalvelut (lasten, nuorten ja perheiden palvelut; sosiaalipalvelut)
- terveyden ja sairaudenhoidon palvelut (työikäisten terveyspalvelut)
- vanhuspalvelut (ikääntyneiden asumis-, hoiva- ja sosiaalipalvelut) sekä
- sairaanhoidon palvelut (terveydenhuollon tukipalvelut) ja
- hallintopalvelut

Lisäksi Kainuussa on järjestetty samassa organisaatiossa maakunnallisesti

- ympäristöterveydenhuollon palvelut (ks. kappale 15 tässä julkaisussa)
- myös alueen kuntia palvelevat keskitetyt tukipalvelut (talous-, palkka-, henkilöstö- ja tietohallinto).

Lisäksi toimintoja on uudistettu ja täydennetty myöhemmin niin, että työterveyshuollon palvelut on eriytetty Kainuun Työterveys -liikelaitokseen (vuodesta 2007 alkaen). Kliiniset laboratoriopalvelut siirtyivät vuoden 2013 alusta pohjoisen erityisvastuualueen yhteiselle liikelaitoskuntayhtymälle NordLabille.



Kuva 1: Kainuun soten organisaatio

Organisaatiorajoja tarkasteltaessa on hyvä huomata muutama näkökulma. Kainuun soten organisaatiosta ei ole helposti hahmotettavissa palveluiden järjestämisen taustalla olevaa moninaista sosiaali- ja terveydenhuollon lainsäädäntöä – kuntayhtymässä yhdistyvät sosiaali- ja terveydenhuollon, erityishuoltopiirin ja ympäristöterveydenhuollon palvelut. Toisaalta organisaatiota voidaan kuvata elämänkaaren (tai elämänkulun) mukaisesti jakautuneeksi. Vanhusten ja ikääntyneiden palvelut on koottu kokonaisuudeksi samoin kuin lasten, nuorten ja lapsiperheiden palvelut, jotka muodostavat edelleen omia toiminnallisia kokonaisuuksiaan.

Organisaatio- tai hallintomalli ei ole itseisarvo, vaan se kuvaa ainoastaan organisaation sisäistä työnjakoa ja johtamista. Välinearvon näkökulmasta pohtimisen arvoista on, missä määrin valittu organisointimalli edistää sosiaali- ja terveydenhuollon integraatiota. Tästä näkökulmasta on huomionarvoista, että Kainuun sotessa järjestämistä ja tuottamista ei ole erotettu toisistaan ja käytössä ei ole niin sanottua tilaaja-tuottaja -mallia. Toisaalta organisaatiokaaviosta ei käy ilmi palveluiden moninainen tuottamis- ja järjestämistapa.

Kainuun soten palvelutuotantoa voidaan luonnehtia monituottajamalliksi, koska asiakkaan palveluiden järjestämiseen voi osallistua sekä julkisia että yksityisiä palveluntuottajia ja tietyissä tilanteissa myös järjestöjä tai yhdistyksiä.

Esimerkiksi lastensuojelulaitosten ylläpitäjinä on monen eri yhtiömuodon toimijoita, kuten paikallisia perheyrityksiä ja kansainvälisiä yrityksiä. Johtamisen näkökulmasta Kainuun soten hallintosääntö ja organisaatiorakenne heijastavat myös niin sanotun uuden julkishallinnon (new public management, NPM) vaatimuksia, missä korostuvat tulosvastuulliset yksiköt, tavoiteohjaus sekä tehokkaan ja taloudellisen toiminnan vaatimukset (ks. Möttönen & Kettunen 2014) *(1).*

Asiakkaan ja palveluiden käyttäjän näkökulmasta voidaan pohtia sitä, missä määrin valittu organisointimalli on asiakaslähtöistä tai asiakasta osallistavaa. Asiakasosallisuus sosiaali- ja terveydenhuollon toimintaympäristössä määrittyy hyvin erilaiseksi luokittelujen ja termien näkökulmista ja sovellettavan lainsäädännön näkökulmista. Osin yhtä aikaa on mahdollista puhua asiakkaasta (client, customer), potilaasta (patient), kuluttajasta (consumer), yksilöstä (individual), asianosaisesta, yhteistyötahosta tai sidosryhmään kuuluvasta (stakeholder) sekä kansalaisesta (public, citizen) *(2).*

Elämänkaareen tai elämänkulkuun perustuvan organisaation etuina voidaan pitää asiakas- tai väestöryhmäkohtaisten palvelukokonaisuuksien toiminnallisia hyötyjä. Kainuun soten organisaatiokaavio ei kuvaa prosessiajattelun mukaisesti toimivan organisaation toimintatapoja, mutta hallinnollinen organisointi toiminnallisiin tulos- ja vastuualueisiin on osaltaan voinut helpottaa

(1) Möttönen, Sakari & Kettunen, Pekka 2014: Sosiaalipalvelut kuntien hallinto- ja palvelurakenteiden murroksessa. Teoksessa Haverinen Riitta, Kuronen Marjo & Pösö, Tarja (toim.) Sosiaalihuollon tila ja tulevaisuus. Tampere: Vastapaino.
(2) Leemann, Lars & Hämäläinen, Maija Riitta 2016: Asiakasosallisuus, sosiaalinen osallisuus ja matalan kynnyksen palvelut. Yhteiskuntapolitiikka 81 (2016):15, s. 586–594.

eri tulosyksikköjä ja toimintoja läpileikkaavien toimintaprosessien (hoito- ja palveluketjut) kehittämistä. Asiakkaalle tämän pitäisi näkyä sujuvina, mutkattomina ja asiakaslähtöisinä prosesseina ja hyvänä palvelukokemuksena (ks. Päivi Ahola-Anttosen teksti tässä julkaisussa).

Toimintaprosessien kehittämiseen liittyen Kainuun sotessa on kuvattu erilaisia palvelukokonaisuuksia. Tällainen on esimerkiksi lapsen, nuoren ja perheen palvelukokonaisuus perhekeskuksen toimintaympäristössä. Lisäksi yksittäisinä hoito- ja palveluketjuina on kuvattu yksittäisiä asiakasprosesseja (kehitysviiveinen lapsi) tai tulosyksikön toimintaa (lastenpsykiatrian osastotutkimus ja -hoito).

Asiakasnäkökulman lisäksi elämänkaarimalliin liitetään käsitteenä usein integraatio. Integraatio käsitteenä voidaan yhdistää esimerkiksi vammaisuuteen, jolloin integraatio kytkeytyy ajatukseen (porrasteisesta, moniportaisesta) palvelujärjestelmästä, jossa asiakkaat (esimerkiksi vammainen henkilö) pääsevät tavallisten palvelujen piiriin mahdollisuuksien mukaan. Toisaalta inkluusion käsitteellä korostetaan kaikkien asiakkaiden (esimerkiksi vammainen henkilö) oikeutta kuulua tavallisiin yhteisöihin (koulu ja opiskelu, työmarkkinat, asuminen, harrastukset ja vapaa-aika) sen sijaan, että heidät sijoitettaisiin omiin erillisiin palvelujärjestelmiinsä.

Palvelujärjestelmän kehittymisen näkökulmasta on mielenkiintoista ajatella, että viime vuosina palvelujärjestelmää on pyritty kansallisella ohjauksella ja lainsäädännön normeilla sekä eriyttämään että purkamaan. Esimerkkejä asiakasryhmien eriyttämisestä omiksi palvelujärjestelmikseen ovat työllistymistä edistävän monialaisen yhteispalvelun (TYP) ja perhekeskusten kehittäminen. Hyvä esimerkki eriytyneiden palvelujärjestelmien purkamisesta taas on kehitysvammaisia henkilöitä koskeva kehitysvammaisten asumisohjelma (KEHAS-ohjelma). Käynnissä on yhtä aikaa siis eri väestöryhmien kannalta erilaisia integraatiotavoitteita ja toisaalta kaikkia väestö- tai asiakasryhmiä yhtä aikaa koskettavia integraatiokehityksiä. Esimerkiksi laitoshoidon vähentäminen on poliittisena tavoitteena sekä vanhuksia, vammaisia henkilöitä että lastensuojelua koskettava kehityssuunta.

Olipa organisaation hallinto- tai järjestäytymistapa mikä tahansa, kuntalaisten moninaiset ja erilaiset palvelutarpeet tuovat usein esille organisaation sisäiset toimintarajat. Yhä tänä päivänä yksittäisen asiakkaan tai perheen sosiaali- ja terveydenhuollon palveluiden järjestämiseen voivat osallistua monet eri viranomaiset ilman, että heillä on yhteistä tietojärjestelmää tai kokonaiskäsitystä asiakkaalle tai potilaalle järjestettävistä palveluista.

Paljon sosiaali- ja terveydenhuollon palveluja käyttävät ja tarvitsevat kuntalaiset haastavat myös palvelujärjestelmän toimintalogiikan: Kaikkea kaikille samalla mitalla -periaate ei käytännössä toimi, vaan palvelujärjestelmän tulisi pystyä muuttamaan omaa sisäistä toimintalogiikkaansa tilanteesta ja asiakkaasta riippuen. Mielenkiintoiseksi ilmiön tekee se, että huono-osaisimpien, moniongelmaisimpien sekä heikoimmassa asemassa olevien asiakkaiden palveluiden järjestämiseen voi liittyä tietoista tai tiedostamatonta torjuntaa.

Kynnyksiä ja esteitä muodostuu niin hoito- ja palvelujärjestelmän rakenteesta, työnjaosta kuin erikoistumisestakin (Törmä 2007) *(3).*

Organisaatiorajat nostavat aina esille myös niin sanotun kustannusvastuun ja kustannusten aiheuttamisperiaatteen mukaisen keskustelun voimavaroista. Kainuun soten organisoinnissa on pyritty siihen, että organisaation eri toimintayksiköiden osaoptimointi ei olisi tarkoituksenmukaista tai lainkaan mahdollista. Kysymys on kuitenkin laajemmasta problematiikasta ja eettisistä kysymyksistä. Taloudellisten resurssien ja voimavarojen käyttöön liittyy runsaasti sellaista päätösvaltaa, joka heijastuu hoidon ja auttamisen käytännön toteutumiseen. Organisaation päätökset julkisten varojen käytöstä määrittelevät toiminnan sisältöjä ja toiminnan laajuutta. Voimavarojen käyttöön liittyvät kriteerit osoittavat, mitä käytännössä halutaan priorisoida *(4).*

Elämänkaarimallin mukaisesti jakautuneen organisaation voisi periaatteessa kuvitella toimivan paremmin myös tästä näkökulmasta ajateltuna. Organisaatiolla tulisi olla tarkempi käsitys väestöryhmittäisistä palvelutarpeista, minkä tulisi suunnata päätöksiä julkisten varojen käytöstä. Käytännön näkökulmasta tämä on helpommin sanottu kuin tehty. Myös Kainuun sotessa ja tulevissa maakunnissa tulee edelleen olemaan jatkuva palveluiden, etuuksien ja toiminnan yhteensovittamisen tarve, mikä sisältää jännitteitä niin asiakas-, virkamies-, kuin päätöksenteon eri tasoilla.

(3) Törmä, Sinikka 2007: Sopimaton hoitojärjestelmälle. Teoksessa Hänninen Sakari & Karjalainen, Jouko & Lehtelä, Kirsi-Marja (toim.) Pääsy kielletty! Poiskäännyttämisen politiikka ja sosiaaliturva. Helsinki: STAKES.
(4) ETENE 2011: Sosiaali- ja terveysalan eettinen perusta. ETENE-julkaisuja 32.

11 Elämänkaarimallista kohti prosessiorganisaatiota

Esa Ahonen ja Mikko Timonen

Kainuun soten toiminta alkoi vuonna 2005 elämänkaarimallin mukaisena organisaationa. Toiminta jatkuu samantyyppisessä – vaikkakin muokatussa – organisaatiorakenteessa edelleen vuonna 2017. Viime vuosien aikana rakenteisiin ja toimintaan on vähitellen liitetty prosessiorganisaation ominaisuuksia, jotka on koettu tarpeellisiksi integraation syventämisen, Lean-menetelmien käyttöönoton, Kainuun uusi sairaala -hankkeen sekä sote- ja maakuntauudistuksen valmistelun vuoksi.

11.1 Elämänkaarimallin hyötyjä ja rajoitteita

Elämänkaarimallin hyöty on tullut maakunnallisen päätöksenteon ja toiminnan järjestämisestä yhdessä ja yhteisessä organisaatiossa. Tämä on tehostanut ja selkeyttänyt toimintaa ylimmistä toimielimistä (kuntayhtymän valtuusto ja hallitus) käytännön työhön, kun käytäntöjä on voitu ohjeistaa yhtenäisesti yli kunta- ja toimintayksikkörajojen. Toimielinten päätöksenteossa on myös voitu huomioida aikaisempaa paremmin perusterveydenhuollosta, erikoissairaanhoidosta, erityishuoltopiiristä ja sosiaalipalveluista sekä yksityisistä ja kolmannen sektorin palveluista muodostuva kokonaisuus. Käytännön työssä päivittäistä hyötyä on saatu esimerkiksi potilas- ja asiakastietojärjestelmien, yhteisten laatu- ja toimintajärjestelmien, ammatillisen täydennyskoulutuksen ja tietoverkkojen yhtenäistämisestä.

Elämänkaarimallin muodostamisen yhteydessä mallin heikkoutena tuli esille, että joidenkin vakiintuneiden toiminnallisten kokonaisuuksien uudelleen järjestely – esimerkiksi lasten- ja nuorisopsykiatrian ja toisaalta aikuisten mielenterveys- ja riippuvuuksien hoitopalvelujen sijoittuminen eri tulosalueille – on saattanut vaikeuttaa palvelu- ja hoitoketjujen kehittämistä.

Myönteisenä muutoksena on toisaalta ollut havaittavissa yhteistyön lisääntyminen yli tulosalue- ja vastuualuerajoja niin, että esimerkiksi somaattista ja psykiatrista hoitotarvetta sekä sosiaalipalvelujen ja terveydenhuollon palveluja on sovitettu yhteen. Joiltakin osin vertikaalinen yhteistyö (tulosalueiden sisällä) on toteutunut hieman helpommin kuin horisontaalinen yhteistyö (tulosalueiden kesken). Jälkimmäisen tavoitteen toteutumista on useissa palveluissa kuitenkin helpottanut moniammatillinen yhteistyö yli tulosaluerajojen.

Kokonaisuutena hallinto- ja tulosaluerajat ylittävälle yhteistyölle on joka tapauksessa ollut Kainuussa aikaisempaa selvästi otollisemmat olosuhteet. Tulevassa sote- ja maakuntauudistuksessa yhteistyön onnistuminen edellyttää sekä suurten maakunnallisten että myös valtakunnallisten kokonaisuuksien hahmottamista ilman, että osaoptimointiin liittyvät houkuttimet ja vaikuttimet liiaksi ohjaavat tavoitteita ja lopputulosta.

Nyt vuonna 2017 Kainuun sotessa on yhtä kaikki käynnissä organisaatiomuutos. Tavoitteena on suunnata kohti prosessijohtamista painottavaa matriisimallia, mutta ei kuitenkaan ainakaan vielä kohti puhdasta prosessiorganisoitumista. Keskeistä on asiakaslähtöisten ydinprosessien ja niitä tukevien prosessien johtaminen, mutta ohessa säilytetään myös vertikaalisen johtamisen työkaluja.

Tässä vaiheessa on jouduttu pohtimaan monesta näkökulmasta elämänkaarimallin hyötyjä ja haittoja ja organisaation sisäisten rajojen vaikutusta. Elämänkaarimalli organisoitumisen lähtökohtana sinänsä on edelleen kannatettava ajatus, mutta se ei Kainuun sotessa ole riittävästi taannut sisäisen integraation toteutumista ammattilaisten välisessä toiminnassa. Kuten Virtanen ym. (2005) toteavat, tämän tyyppisen toimintamallin ”keskeisenä heikkoutena on se, että malli ei ota riittävästi huomioon koko organisaation yhteisten asiakkaiden tuntemista ja hallintaa.”

Toinen elämänkaarimallin heikkous on tulosyksikkörajoja leikkaavien asioiden puutteellinen organisointi – pahimmillaan heikosti toimiva malli voi mahdollistaa eri tulosyksiköiden välisen osaoptimoinnin. Kolmas heikkous mallissa liittyy johtamisen hitauteen: Funktionaaliselle, sektoreittain johdetulle organisaatiolle on tyypillistä, että tiedot kerätään esimiehelle, joka analysoi ne. Kun esimiehet saavat kokonaisnäkemyksen asiasta, he tekevät päätökset tietojensa pohjalta. Muut odottavat näitä toimeksiantoja eivätkä voi toimia nopeasti ja joustavasti. Näin aikaa voi kulua liikaa organisaation sisäisen byrokratian pyörittämiseen.

On myös huomattava, että esimieskeskeinen aika alkaa olla ohi. Nykyihmiset haluavat vaikuttaa itse aktiivisesti omaan työhönsä ja työympäristöönsä. Mahdollisuus vaikuttaa omaan työhönsä on suorassa suhteessa työntekijän motivaatioon tehdä työtään ja sitoutua organisaatioon. (1).

11.2 Tulevaisuuden megatrendit

Tulevaisuudessa palvelut järjestetään aikaisempaa enemmän polikliinisinä ja muina avopalveluina, jolloin osastohoidon suhteellinen osuus vähenee. Tämä on nähtävissä selkeästi Kainuun uuden sairaalan – kuten myös valtakunnan muiden organisaatiouudistusten – tavoitteissa. Kotiin vietäviä palveluja lisätään ja monipuolistetaan, millä pyritään tukemaan kansalaisten omatoimista selviytymistä ja asiointia.

Toinen yleinen kehityssuunta on kaikkeen toimintaan ulottuva digitalisaatio ja siihen liittyvä sähköinen asiointi. Koska sähköinen asiointi laajentuu lähes kaikille yhteiskunnan osa-alueille, ei sosiaali- ja terveydenhuoltokaan voi jäädä sen ulkopuolelle. Tosin vaihtoehtoisina ja varajärjestelminä täytyy edelleen olla myös muita tapoja kirjata asioita ja tuottaa palveluja. Sähköisen asioinnin

(1) Virtanen, P. & Wennberg, M. 2005. Prosessijohtaminen julkishallinnossa. Helsinki: Edita.

etuna on kuitenkin matkustamisen vähentyminen varsinkin silloin, kun sillä ei ole saavutettavissa lisäarvoa itse asian hoitamisen kannalta. Etäkonsultaatiot ja -neuvottelut lisääntyvät nopeasti myös viranomaisten keskinäisessä yhteistyössä, millä on merkitystä varsinkin pitkien etäisyyksien alueilla.

Kansalaisten omahoito ja sitä tukevien järjestelmien hyödyntäminen on vielä kehityksen alkutaipaleella. Useat sähköiset tukijärjestelmät (kuten esim. Kainuun soten Omasote-palvelu ja valtakunnalliset Omakanta ja Terveyskirjasto samoin kuin potilasjärjestöjen palvelut) ovat tulossa yhä laajempaan ja monipuolisempaan käyttöön osana sosiaali- ja terveyspalveluja. Myös ne tukevat monella tapaa prosessimaisen organisoitumisen mallia.

12 Työ- ja toimintatapojen muutokset sote-integraatiossa

Marjo Huovinen-Tervo ja Marja-Liisa Ruokolainen

Kainuun hallintokokeilun myötä Kainuun sairaanhoito- ja erityishuoltopiiri sekä yhdeksän kunnan sosiaali- ja terveydenhuolto yhdistyivät. Organisaation rakennetta on vuosien saatossa muokattu toimivammaksi, mutta pääosin rakenne on vuoden 2005 linjausten mukainen.

Organisaatioiden yhdistymisen jälkeen eri työyksiköissä ja eri kunnissa todettiin olevan erilaisia toimintatapoja. Nyt integraatio antoi mahdollisuuden maakunnallisten hoito- ja palveluketjujen rakentamiseen ja sitä kautta yhtenäisten toimintatapojen, hoidon ja palvelun turvaamiseen. Tänä päivänä työ kantaa hedelmää monissa asioissa, esimerkkeinä mainittakoon vaikka haavahoidon kehittäminen ja tekonivelpotilaan hoito.

Toisaalta toistakymmentä vuotta kestäneestä sosiaali- ja terveydenhuollon integraatiosta huolimatta toimintojen yhtenäistämistä ja päällekkäisyyksien karsimista riittää.

Todellinen sosiaali- ja terveydenhuollon integraatio vaatii toteutuakseen ymmärrystä, sitoutumista ja toimintojen muuttamista kaikilla tasoilla johdosta yksittäiseen käytännön työntekijään – eikä tämä tapahdu hetkessä eikä paperilla.

Ajan myötä luodut hyvät käytännöt kuitenkin yleensä pysyvät ja hioutuvat paremmiksi, ja huonompia ratkaisuja työstetään uudelleen. Näin on käynyt Kainuussakin.

Kainuun eri kuntien asukkaiden välillä on edelleen hyvinvointi- ja terveyseroja, joten myös palvelutarpeet ovat erilaisia. Kainuussa tavoitteena on ollut yhtenäisyys toimintatavoissa ja palvelujen tasapuolisuus. Tänä päivänä on tarpeen arvioida, pitääkö kaikkea toimintaa toteuttaa joka paikassa samalla tavalla. Olisiko ehkä ollut järkevämpää panostaa ”heikkoihin” kuntiin ja kehittää nimenomaan niissä uusia toimintamalleja? Olisivatko Kainuun kunnat maksajina suostuneet tähän?

12.1 Keskitetyn johtamisen edut ja haitat

Organisaatioiden yhdistymisen myötä Kainuun julkisen sosiaali- ja terveydenhuollon henkilökunta siirtyi samaan organisaatioon, jossa on tällä hetkellä noin 3 700 työntekijää. Työntekijät toimivat 250 yksikössä eri puolilla Kainuuta. Sama organisaatio mahdollistaa henkilöstön liikkuvuuden yksiköstä ja tehtävästä toiseen ilman että esimerkiksi vuosilomaetuudet kärsivät.

Samaan organisaation kuuluminen on koettu pääasiassa positiiviseksi asiaksi, sillä iso talo tarjoaa erilaisia työtehtäviä ja mahdollisuuksia edetä uralla. Tosin palkkauksen heterogeenisuus eri kunnissa samaa työtä tekevillä on aiheuttanut päänvaivaa henkilöstöhallinnolle.

Uudessa mallissa monet esimiehet saivat johdettavakseen useita samantyyppisiä työyksiköitä, esimerkiksi kaikki terveyskeskusvastaanotot ja -sairaalat ovat saman esimiehen alaisuudessa. Tämä on helpottanut muutoksia, ja iso organisaatio pystyy tukemaan esimiehiä muun muassa henkilöstö- ja rekrytointipalveluilla. Toisaalta etäjohtaminen ja henkilöstön sopeutuminen siihen on koettu haasteeksi. On myös havaittu, että rakenteellinen integraatio ei automaattisesti tarkoita toiminnallista integraatiota vaan hallinnon uudistaminen voi johtaa jopa uudenlaisiin ”lasiseiniin” eri toimintojen välillä: Aikaisemmin kunnan terveyskeskusta johtivat johtava lääkäri ja mahdollisesti myös johtava hoitaja, jotka varmistivat terveyskeskuksen toimintojen synkronoinnin. Uudessa organisaatiossa terveysaseman eri toimintoja johti eri esimies, eikä vuoropuhelua tai toimintojen yhteensovittamista esimerkiksi loma-aikoina huomattu alkuvaiheessa tehdä ajoissa.

Hallintokokeilun suunnittelussa lähijohtaminen, esimerkiksi osastonhoitajien valta ja vastuu, jäikin suhteellisen vähälle huomiolle. Tämä aiheutti epätietoisuutta heidän toimivallastaan. Sittemmin ne, joille johtamisvaltaa ja -vastuuta ei ole hallintosäännössä osoitettu, ovat saaneet sitä delegointien kautta.

Maakunnallisen organisaation etuja ovat muun muassa maakunnallisesti järjestetty potilas- ja sosiaaliasiamiestoiminta (ks. kappaleet 24 ja 25) sekä yhteinen laadunhallinta- ja potilasturvallisuussuunnitelma (ks. kappale 26), jonka mukaiset sisäiset auditoinnit toimivat koko kuntayhtymässä. Yhteinen kehittämis- ja suunnitteluyksikkö on tarjonnut tukea toimintamallien kehittämiseen tuomalla lisäresursseja uusien työtapojen kokeilemiseen: viimeisten kymmenen vuoden aikana Kainuussa on toteutettu yhteensä lähes sata kehittämishanketta. Niiden haasteena on ollut niiden jalkauttaminen ja käytäntöön jääminen hankkeen päättymisen jälkeen. Parhaiten on onnistuttu niiden hankkeiden osalta, jossa kehittämistyöntekijä on ollut omasta organisaatiosta tai kehitettävä asia on sulautunut helposti osaksi työyksiköiden toimintaa.

12.2 Toiminnallinen integraatio käytännössä

Hallintokokeilussa tulosalueet rakennettiin elämänkaarimallin mukaisiksi, mikä tarkoittaa sitä, että tulosalueiden johtoryhmät koostuvat sosiaali- ja terveydenhuollon eri alueiden osaajista. Tämä on mahdollistanut uudenlaisen kokous- ja keskustelukulttuurin, vaikka aika ajoin on käynyt selväksi, miten vieraita sosiaalihuollon nimikkeet ja käsitteet ovat olleet terveydenhuollon ammattilaisille ja toisinpäin. Jotta integraatio todella toteutuu ja toimijat ymmärtävät toisiaan, asioita on siis välillä väännettävä rautalangasta. On muistettava, että tärkeintä on asiakkaan tai potilaan etu eikä se, saanko juuri minä ammattilaisena vietyä asiaa eteenpäin omasta näkökulmastani katsottuna.

Vaikka toiminnallinen integraatio tarvitsee edelleen Kainuussa kehittämistä, maakunnasta löytyy myös todella hyviä esimerkkejä. Sujuvinta yhteistyö lienee perhepalveluissa ja perhekeskuksissa. Oleellista tämän yhteistyön rakentumiselle on ollut vahva yhteisjohtaminen vahvistettuna toimintamallien uudistamista tukevilla yhteisillä projekteilla, kuten Perhekeskukset Kainuuseen –hankkeella sekä TUKEVA-hankekokonaisuudella.

Perhekeskukset Kainuuseen -hankkeessa perustettiin kaikkiin Kainuun kuntiin perhekeskus tai -asema, johon koottiin yhteen perheitä tukevat perustason sosiaali- ja terveyspalvelut. TUKEVA -hankkeessa kehitettiin lapsiperhepalvelujen yhdessätekemistä, mallinnettiin yhteisiä työprosesseja, lisättiin esimiesten työskentelyä yli sektorirajojen lapsiperheasioissa, lisättiin työparityöskentelyä ja vahvistettiin yhteistyötä perheiden ja heidän verkostojensa kanssa. Kainuulaista perhekeskustyötä kuvataan tarkemmin tämän julkaisun luvussa 18.

Perusterveydenhuollon ja sosiaalitoimen aikuispalvelujen yhteistyön syventäminen vaatii edelleen työtä. KaiTo – Kainuulainen työ- ja terveyskunnon toimintamallin kehittäminen -hankkeessa (2008–2012) luotiin muun muassa työttömien terveystarkastusten toimintamalli. Hankkeen tavoitteena oli kytkeä sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut tiiviimmin työllistämisen ja aktivoinnin prosesseihin. Työttömien terveystarkastukset jäivät pysyväksi käytännöksi, mutta muuten verkostomainen yhteistyö asiakkaan eduksi on jäänyt suhteellisen vähäiseksi. Toisaalta löytyy myös hyviä esimerkkejä, kuten Päivi Ahola-Anttosen luvussa 16 kuvaama Toivon tapaus. Verkostomaista yhteistyötä kehitetään edelleen muun muassa paljon palveluja tarvitsevien hankkeessa.

Erikoissairaanhoidossa terveydenhuollon ja sosiaalityön yhteistyö on osa perustoimintaa, mutta sosiaalityön kytkeminen kiinteästi yhteispäivystyksen toimintaan on vasta viime vuonna käynnistynyt Kainuussa, kuten Kristiina Anttonen kuvaa luvussa 17.

Sosiaalipalveluissa työ- ja toimintatapojen uudistaminen ja integroiminen käynnistyi hyvin nopeasti ja innokkaasti. Palvelujen myöntämiskriteerejä yhdenmukaistettiin koko maakunnassa niin toimeentulotuen, lastensuojelun, vammaispalvelujen kuin vanhuspalvelujen osalta. Myöntämiskriteerien yhdenmukaistamisen voisi kuvitella olevan helppoa, mutta käytännössä kaikkea erilaista tekemistä ei edes osattu alussa huomioida.

Kainuun mallin alussa sosiaalitoimistojen tehtäviä eriytettiin toisaalta lastensuojelun ja toisaalta aikuissosiaalityön työntekijöille. Varsinkin pienissä kunnissa sosiaalityöntekijät olivat tehneet niin sanottua yhdistettyä sosiaalityötä, eli he vastasivat kaikenlaisten asiakkaiden palvelutarpeisiin. Tehtävien jaon myötä työntekijät pystyivät perehtymään paremmin oman vastuualueensa työhön ja saivat muiden kuntien kollegoiden ammatillisen tuen. Toisaalta tehtävien erilaistuminen saattoi johtaa siihen, että saman sosiaalitoimiston työntekijät eivät pystyneet enää tukemaan naapurihuoneessa työskentelevää kollegaansa.

Saman sosiaalitoimiston työntekijöillä oli myös kaksi eri esimiestä, mikä saattoi pahimmassa tapauksessa johtaa erilaisiin työskentelytapoihin ja erilaiseen työnteon ohjeistukseen.

Myös kuntakohtaisia eroja toiminnassa löytyy Kainuusta edelleen. Esimerkiksi aikuissosiaalipalveluna järjestettävä välitystilipalvelu on käytössä kaikissa muissa kunnissa paitsi Kajaanissa.

Vammaispalveluissa moniammatillisten toimintatapojen kehittämistarve nousi esille kriittisten asiakaspalautteiden kautta. VASARA – vammaispalvelujen saatavuuden ja erityisosaamisen parantaminen Kainuussa (2006–2008) kokosi ensimmäisenä hankkeena tuekseen kehittäjäasiakasryhmän, jonka kanssa vammaispalvelujen sisältöä ja siihen liittyviä mielikuvia alettiin työstää. Työntekijöiden osaamisen syventämisellä, asiakasohjauksen parantamisella ja yhteisten toimintaohjeiden laatimisella saatiin aikaan hyvä palvelurakenne ja parannettiin asiakastyytyväisyyttä.

Miksi sitten toiminnallisen integraation toteuttaminen sosiaali- ja terveydenhuollon välillä on niin hidasta? Yksi syy on se, että näitä toimialoja – sosiaalihuoltoa ja terveydenhuoltoa – ohjaa eri lainsäädäntö. Lainsäädännöt lähenevät hiljalleen toisiaan, mutta toimintakulttuurien muuttuminen vie aikansa. Integraatio vaatii myös toimijoiden tiedollista, taidollista ja asenteellista muutosta. Toisaalta kysymys voi olla osaoptimoinnista, kilpailusta rahasta sekä johtamisen haasteista. Kainuun maakunnassa ja Kainuun sotessa ei ole puhuttu riittävästi ”meistä”, vaan kukin tulosalue on vastannut liikaa vain omasta puolestaan ja kilvoitellut enimmäkseen vain omien toimintojensa edistämiseksi.

Kehitettävää tänä päivänä löytyy erityisesti prosessien johtamisen alueelta. Meillä on hyvin johdettuja asiakasprosesseja, mutta myös prosesseja, joita ei johdeta systemaattisesti. Tämä kehittäminen on yksi Kainuun soten tulevaisuuden painopistealueita. Kun siinä kehitymme, niin olemme integraatiossa edenneet taas jättiläisen askeleen eteenpäin.

13 Omahoito ja omatoimisen selviytymisen tuki

Arja Horto

Omahoito tarkoittaa henkilön osallistumista aktiivisesti oman hoitonsa ja elämäntapamuutoksensa suunnitteluun ja toteuttamiseen. Siinä painottuvat oman arjen asiantuntijuus, räätälöidyt hoitoratkaisut ja henkilön omien hoitopäätösten hyväksyminen. Omahoito on yksilöllistä ja päivittäistä – sitä ovat ravintoon, liikuntaan, tupakointiin ja muihin elämäntapoihin liittyvät päätökset ja teot. Siihen sisältyy myös sairauksien lääkehoito ja omatoiminen terveydentilan seuranta.

Aktiivisella omahoidolla voidaan ehkäistä pitkäaikaissairauksien ja niiden liitännäissairauksien syntyminen ja ylläpitää sairauden hyvä hoitotasapaino. Omahoito eroaa itsehoidosta siten, että itsehoidossa henkilö hakee vaihtoehtoisia hoitoja ilman ammattihenkilön apua. Omahoidossa käytetään räätälöityjä, näyttöön perustuvia hoitoratkaisuja painottaen kuitenkin henkilön omien hoitopäätösten hyväksymistä ja arjen asiantuntijuutta.

Omatoimisen selviytymisen tuki taas tarkoittaa toimia, joiden avulla tuetaan selviytymistä kotona toimintakykyisenä mahdollisimman pitkään, korjataan toimintavajauksia ja ennaltaehkäistään tapaturmia. Tavoitteena on lisätä elämänhallintaa, edistää sosiaalista vuorovaikutusta ja tukea suoriutumista tavanomaisista, päivittäisistä elämän toiminnoista.

Kainuussa terveydenhuollon omahoidon tukimuotoja ovat esimerkiksi terveysasemien omahoitopisteet ja sähköinen omahoitopalvelu Omasote *(1).* Omatoimisen selviytymisen tukipalveluina tarjotaan apuväline-, asiointi-, ateria-, hoitotarvike-, kuljetus-, kylvetys-, lääkkeiden annosjakelu-, päivätoiminta-, saattaja-, siivous-, turva- ja vaatehuoltopalveluja, ennaltaehkäiseviä kotikäyntejä sekä palvelujen suunnittelu- ja arviointikäyntejä.

13.1 Ammattihenkilö valmentajana ja vierellä kulkijana

Kainuun sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymässä on nimen mukaisesti yhdistetty sosiaalihuolto ja terveydenhuolto, ja meillä on sekä asiakkaita että potilaita. Asiakas on yleensä jonkin tahon palveltavana (esimerkiksi neuvola tai kotihoito), kun taas potilas on yleensä sairauden vuoksi terveydenhuollon palveluita käyttävä henkilö.

Muuntuminen terveestä ihmisestä potilaaksi on pitkä, monimutkainen ja sopeutumista vaativa prosessi. Asianomainen joutuu käyttämään lääkkeitä ehkä koko loppuelämänsä ajan ja sopeuttamaan elintapojaan siten, että sairauden aiheuttamat riskitekijät vähenevät. Prosessi ei etene suoraviivaisesti, vaan matkalle mahtuu perääntymisiä, epäonnistumisia, repsahduksia ja uudelleen aloittamista.

(1) https://omasote.kainuu.fi

Ammattihenkilö arvioi potilaan omahoitovalmiutta joka kerta ollessaan yhteydessä potilaaseen. Kun potilas tarvitsee apua ja tukea, ammattihenkilö toimii valmentajana ja vierellä kulkijana.

Aikaisemmin terveydenhuollon ammattihenkilöillä on ollut auktoriteettisuhde potilaisiin. Terveydenhuollon ammattilaiset ovat suunnitelleet potilaalle hoidon, jota hänen on edellytetty toteuttavan.

Nykyisessä valmentajasuhteessa omahoidon ja omatoimisen selviytymisen tukeminen perustuu moniammatillisen henkilöstön ja potilaan/asiakkaan tasavertaisuuteen. Omahoidon ja omatoimisen selviytymisen suunnittelu alkaa henkilön omista tarpeista.

Asiakaslähtöisessä omahoidossa ammattilainen tuo hoidon suunnitteluun ammatillisen tietonsa ja osaamisensa. Hän ottaa kuitenkin huomioon myös asiakkaan tiedot, toiveet, odotukset, arkielämän tilanteet ja valmiudet sekä kokonaisvaltaisen elämäntilanteen. Terveydenhuollon ammattihenkilö on valmentaja, joka tukee, kannustaa ja rohkaisee. Asiakas on oman elämänsä asiantuntija, joka päättää ja ottaa vastuun toiminnastaan.

Jos hän päättää jatkaa entistä elämäntapaansa sairaudesta ja riskeistä huolimatta, hänellä on siihen oikeus, vaikka päätös ei olisi terveydenhuollon ammattilaisen näkökulmasta toivottava. Optimaalinen motivaatioympäristö syntyy, kun asiakas kokee saavansa tukea, huolenpitoa ja kunnioitusta, vaikka ammattihenkilön näkemykset ja hänen omat näkemyksensä olisivat erilaiset.

Omatoimisen selviytymisen tukea annettaessa ammattilainen kuuntelee ja keskustelee ja tutustuu asiakkaan arkeen ja voimavaroihin. Näin hän muodostaa kuvan mahdollisuuksista parantaa ja tukea asiakkaan toimintakykyä. Ammattihenkilö myös motivoi asiakasta parantamaan aktiivisesti elämänlaatuaan niin, että asiakas kokee tulleensa kohdatuksi, tuetuksi, kuulluksi ja palvelluksi – vaikka asiakas on näin vähemmän riippuvainen terveydenhuollosta kuin aiemmissa toimintamalleissa.

Omahoitovalmennuksessa tuetaan asiakkaan ja potilaan voimaantumista, autonomiaa ja pysyvyyden tunnetta. Tavoite on, että asiakas kykenee käyttämään omia päätöksenteko- ja ongelmanratkaisutaitojaan valintojensa ja tahtonsa mukaisesti.

Omahoitovalmennuksessa käytetään Kainuussa motivoivaa haastattelumenetelmää. Se on asiakaslähtöinen keskustelutapa, jonka tavoitteena on vahvistaa asiakkaan sisäistä motivaatiota ja lisätä hänen muutoshalukkuuttaan. Ammattihenkilö kysyy avoimia kysymyksiä, kuuntelee ja antaa myönteistä palautetta sekä tekee keskustelusta yhteenvedon. Yhteenvedossa asiakas kuulee oman puheensa, mikä edistää hänen motivaatiotaan elämäntapamuutokseen.

Voimaantuminen on asiakkaasta itsestään lähtevä henkilökohtainen prosessi, joka auttaa häntä tunnistamaan omat tarpeensa sekä säätelemään voimavarojansa ratkaistakseen terveysongelmansa ja säilyttääkseen kontrollin omaan elämäänsä. Näin hän kykenee saavuttamaan asettamiaan tavoitteita ja ottamaan vastuuta elintavoistaan. Voimaantuminen ei kuitenkaan ole pysyvä tila, vaan sitä täytyy pitää yllä tarjoamalla asiakkaalle luottamusta, arvostusta, vapautta ja vastuuta.

13.2 Avohoidon palveluihin panostaminen

Sosiaali- ja terveyspalvelujen kysyntä kasvaa tulevaisuudessa samaan aikaan, kun työntekijöiden määrä vähenee. Lisääntyvä palvelutarve ja käytettävissä olevien resurssien väheneminen ovat haastaneet kehittämään tehokkaampaa toimintaa. Kainuulaisten kannalta sosiaali- ja terveydenhuollon palveluiden turvaaminen on ollut ja on keskeisin päämäärä. Palveluiden turvaamiseen kuuluu olennaisesti myös omahoito ja omatoimisen selviytymisen tuki.

Resurssien käytön ja kustannusten kannalta oleellisinta on vähentää ympärivuorokautista osastohoitoa ja hoivaa erikoissairaanhoidossa, perusterveydenhuollossa ja sosiaalipalveluissa. Voimavarojen riittävyyden kannalta ratkaisevana on nähty se, että vähennetään ihmisten päätymistä kaikenlaiseen laitoshoitoon ja -hoivaan. Tähän tavoitteeseen pääsemiseksi on Kainuussa pyritty ottamaan käyttöön vaikuttaviksi ja kustannustehokkaiksi osoitettuja ehkäiseviä menetelmiä. Palveluja voidaan tarjota asiakkaiden tarpeiden ja mahdollisuuksien mukaan myös uusin menetelmin ja ohjata heitä omahoitoon.

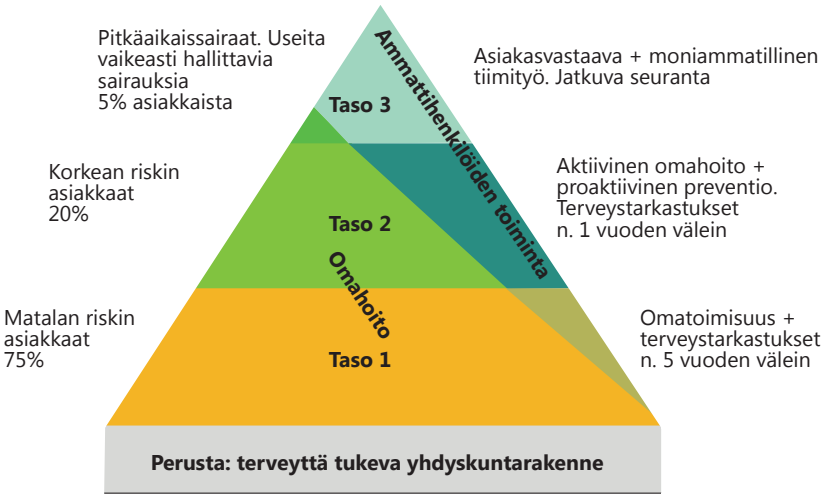
Lääketieteen ja hoitokäytäntöjen kehittyminen on mahdollistanut hoitoaikojen lyhentämisen ja aiemmin osastohoitoa vaatineiden potilaiden hoitamisen polikliinisesti ja lyhythoitoisella kirurgialla. Esimerkkeinä tästä ovat Kainuun keskussairaalassa käyttöön otetut päiväkirurgia- (PÄIKI), leikkaukseen kotoa (LEIKO), heräämöstä kotiin (HERKO) ja päiväsairaalatoiminta. Terveyskeskussairaaloissa annettava akuuttihoito on pyritty rajoittamaan potilaisiin, joiden diagnosointi ja hoidon tarve on selkeä. Tutkimus- ja hoitomahdollisuuksien rajallisuuden vuoksi hoitoaika ei saa pitkittyä, joten vaativimmissa tilanteissa hoito toteutetaan terveysasemien sijaan keskussairaalassa. Pitkäaikaista hoivaa tarvitsevia potilaita ei hoideta terveyskeskussairaaloissa, mutta saattohoito voidaan toteuttaa joko terveyskeskussairaalassa, asumispalveluyksikössä tai kotona.

Perustavoitteena Kainuussa on avopalvelujen – kotihoidon, perhehoidon, omaishoidon ja avohoidon asumispalvelujen – lisääminen samalla, kun vuodeosasto- ja vastaavaa laitoskapasiteettia vähennetään. Kotoa kotiin -prosessin tavoitteena on asiakkaan kotona pärjääminen, tarvittaessa hallittu siirtyminen kotoa hoitoyksikköön, kotiutukseen valmentava ja toimintakykyä tukeva toiminta hoitoyksikössä ja turvallinen kotiutus asiakkaan hoidon tarvetta vastaavasti.

Kotoa kotiin -prosessia on sujuvoitettu asiakkaan kotona asumista tukevalla kotona asumisen suunnitelmalla, kotihoidon sekä hoiva- ja asumisyksiköiden nopealla lääkärikonsultaatiolla samoin kuin kotiutushoitaja- ja kotiutuskoordinaattoritoiminnalla. Kainuun keskussairaalaan on perustettu nopean diagnostiikan yksikkö erityisesti ikäihmisten nopeaa hoidon tarpeen arviointia ja kotiutusta varten.

Yleislääkärit vastaavat ensisijaisesti hoivayksiköiden ja kotihoidon asiakkaiden lääkäripalveluista sekä näiden palveluiden lääkärituesta muulle henkilöstölle. Lääkärituella ehkäistään päivystyksellistä sairaalahoitoon joutumista. Geriatristen erityiskysymysten osalta käytettävissä ovat hyvät maakunnalliset geriatriaresurssit. Geriatrian asiantuntijat toteuttavat myös muistineuvolatoimintaa. Mielenterveyspotilaiden avohoidossa perusterveydenhuolto tekee kiinteää yhteistyötä mielenterveyspalvelujen kanssa. Terveysasemien yleislääkäreitä tuetaan keskussairaalan erikoislääkäreiden etäpoliklinikoiden avulla. Olennaista on ollut toimintojen suunnittelu siten, että ne muodostavat toisiaan tukevan kokonaisuuden, joka huomioi yksilön fyysisenä, psyykkisenä ja sosiaalisena kokonaisuutena.

Perusterveydenhuollossa on otettu käyttöön niin sanottu terveyshyötymalli (Kuva 1). Mallin mukaisella toiminnalla on mahdollisuus hillitä kustannusten nousua käyttämällä resurssit entistä tehokkaammin ja tarkoituksenmukaisemmin terveyshyödyn tuottamiseen. Sähköisiä palveluja ja omahoitoa on lisätty ja vapautuvat voimavarat on suunnattu monisairaiden ja erityisen suuressa vaarassa olevien sekä paljon palveluja käyttävien asiakkaiden hoitoon ja ennaltaehkäisyyn. Toiminnan halutaan olevan ennakoivaa, suunnitelmallista ja koordinoitua, ja sen pitää perustua asiakkaan kanssa tehtyyn hoitosuunnitelmaan.



Kuva 1. Terveyshyötymallin mukainen asiakassegmentointi ja keskeiset palvelumuodot

13.3 Kuntoutus nousee keskiöön

Vanhenevan ja paljon sairastavan väestön toimintakyvyn ylläpitäminen on suuri haaste. Kuntoutusta tehostamalla on voitu merkittävästi vähentää ympärivuorokautisen hoidon ja hoivan tarvetta. Kuntoutus on integroitu kaikkeen hoitoon, ja toimintakykyä ylläpitävä kuntouttava ja voimaannuttava työote toimii kaikkialla.

Terveyskeskussairaaloiden osastohoitoa on suunnattu yhä vahvemmin kuntouttavaan suuntaan, ja koko Kainuun vaativa perusterveydenhuollon kuntoutus on keskitetty Kajaanin terveyskeskussairaalan vaativan kuntoutuksen osastolle. Vanhusten kotihoidossa ja aikuisten mielenterveyspalveluissa toimii kotikuntoutus, jonka tavoitteena on turvata hoidon jatkuvuus sekä parantaa arjessa selviytymistä niin fyysisesti, psyykkisesti kuin sosiaalisestikin. Kotihoidossa uudet asiakkaat käyvät läpi intensiivisen kuntouttavan arviointijakson, ennen kuin tehdään päätös kotihoidon pitempiaikaisesta asiakkuudesta.

Kodin ja lähiympäristön muutostöillä ja järjestelyillä edistetään liikkumista ja omatoimisuutta. Fysioterapiaa voi saada yksilökuntoutuksena tai ryhmäkuntoutuksena sen mukaan, millaisia liikkumisen ongelmat ovat. Puhe- ja toimintaterapiaa saa useimmiten yksilökuntoutuksena polikliinisesti. Keskussairaalan kuntoutusohjaajan avulla kuntoutuja ja hänen omaisensa voivat myös hakea sopeutumisvalmennuskurssille. Kurssi on lakeihin perustuvaa lääkinnällistä kuntoutusta, jonka tavoitteena on antaa osallistujille sekä vertaistukea että tietoa ja keinoja selviytyä arjesta.

Terveysasemilta lainataan apuvälineitä yksilöllisen arvion perusteella. Kotona asumista ja liikkumista helpottavia apuvälineitä ovat esimerkiksi kävelykeppi ja pyörätuoli sekä päivittäisissä toiminnoissa tarvittavat apuvälineet, kuten wc-istuimen korotus ja nousutuki. Apuvälinetarpeen määrittelyssä, kokeilussa ja sovituksessa ovat mukana keskussairaalan ja terveysasemien erityistyöntekijät ja ammattihenkilöt.

Kaiken kaikkiaan lääkinnällinen ja ammatillinen kuntoutus sekä apuvälinepalvelut ovat Kainuussa toimiva osa kokonaishoitoa. Kuntoutus nähdään sijoituksena tulevaisuuteen.

13.4 Kyllä se omahoeto hyvejää

Henkilön ja hänen kotinsa kytkeminen sosiaali- ja terveydenhuollon saumattomaan hoito- ja palveluketjuun on edellyttänyt omahoidon ja omatoimisen selviytymisen tuen kehittämistä. Kainuun soten nettisivujen ja suojatun yhteyden kautta toimivan Omasote-palvelun avulla voi perehtyä terveyteen ja hyvinvointiin liittyvään tietoon, katsella omia laboratoriotuloksia sekä viestiä turvallisesti soten ammattilaisten kanssa. Omasotessa voi myös tehdä terveystarkastuksia, tallentaa kotimittaustuloksia, pitää ravinto- ja liikuntapäiväkirjoja ja hoitaa ajanvarausasioita.

Sähköisen terveystarkastuksen avulla jokainen kiinnostunut saa tietoa omaan terveyteensä vaikuttavista tekijöistä, kun taas terveysvalmennuksen avulla voi asettaa itselleen tavoitteita ja seurata edistymistään niitä kohti. eOmahoitokirjastosta löytää tietoa sairaus- ja riskitekijäkohtaisesti, verkkokurssien ja videoiden avulla saa tietoa oman sairautensa hoidosta – eli tulee oman terveytensä ja sairautensa asiantuntijaksi. Omasotesta löytyy myös nykyaikainen lääkärikirja, Terveyskirjasto, jossa on luotettavaa tietoa terveydestä ja sairauksista. Omasotesta voi siirtyä ilman erillistä kirjautumista Kanta-palveluun, jossa näkee terveydenhuollon ammattilaisten kirjaukset ja voi tarkistaa ja uusia sähköiset reseptit.

Omasotesta pääsee suoraan myös Kelan asiointipalveluun, jossa voi hakea Kelan tukia verkossa, näkee oman hakemustilanteensa, etuustietonsa ja maksupäivänsä. Lähiaikoina molemmat palvelut kytkeytyvät yhteen laajaan kokonaisuuteen, suomi.fi -verkkopalveluun, jonne kootaan kaikki kansalaisen tarvitsema digitaalinen julkinen palvelu.

Kainuun kaikilla terveysasemilla on varustetasoltaan yhtenevät maksuttomat omahoitopisteet, joita kuntalaiset voivat hyödyntää. Vakiovarustukseen kuuluvat digitaalinen verenpainemittari, vaaka, pituusmitta, mittanauha sekä tietokone, jolla pääsee tutustumaan luotettaviin terveystietosivustoihin ja käyttämään Omasotea. Lisäksi omahoitopisteistä löytyy kirjallista materiaalia kuten potilasjärjestöjen esitteitä.

Terveys- ja hoitosuunnitelmien laatimisessa yhdessä asiakkaan kanssa hyödynnetään erillistä omahoitolomaketta, jonka asiakas täyttää ennen vastaanotolle tulemista. Matalan kynnyksen ryhmäohjausta toteutetaan moniammatillisesti muun muassa kansanterveyshoitajien, lääkärien, ravitsemus-, jalka- ja fysioterapeuttien sekä suuhygienistien yhteistyönä. Matalan kynnyksen terveysliikunnan kursseilta saa vinkkejä omatoimiseen harjoitteluun – Kainuun soten terveysliikunnan kurssit on suunnattu pitkäaikaissairaille, ikääntyneille, työttömille työnhakijoille ja kaikille, jotka liikkuvat terveytensä kannalta liian vähän. Kurssit toteutuvat pienryhmissä, jolloin ohjaus tapahtuu isoa ryhmää yksilöllisemmin huomioiden muun muassa sairaudet ja toimintakyvyn. Kursseilta saa kirjalliset ohjeet liikeharjoitteisiin ja liikkumiseen.

Fysioterapeutin vastaanotolle liikuntaneuvontaan voi myös hakeutua omatoimisesti. Vastaanotolla kartoitetaan tämän hetken tilanne, laaditaan liikuntasuunnitelma ja tavoitteet sekä järjestetään tarpeen mukaan jatkoseurantaa. Liikuntaneuvonta sopii myös lapsiperheille ja on maksutonta.

Erilaisiin perhettä ja yksilöä kohdanneisiin kriisitilanteisiin järjestetään omatoimisen selviytymisen tukea vastaanotoilla ja kotikäynneillä. Lisäksi esimerkiksi Mielenterveystalon valtakunnallisiin omahoito-ohjelmiin on helppo pääsy Kainuun soten sivujen kautta.

Kainuun soten verkkosivuston kautta sekä omasta erillisestä osoitteestaan löytyvästä Hyvinvoinnin palvelutarjotin -palvelusta *(2)* voi etsiä tukea omahoitoon ja omatoimiseen selviytymiseen: sieltä löytyvät samasta paikasta julkiset, yksityiset ja kolmannen sektorin palvelut, joita voi Palvelutarjottimen avulla myös vertailla keskenään.

(2) http://palvelutarjotin.kainuu.fi/

14 Uusi sairaala – ainutlaatuinen tilaisuus uudistaa toimintamalleja

Jukka Juvonen ja Terho Pekkala

Kainuun uusi sairaala -hanke käynnistyi vuonna 2011. Nykyaikaisten suunnitteluperiaatteiden mukaan rakentamishankkeeseen liittyy perusteellinen toimintamallien uudistaminen. Työ on edennyt esiselvityksestä konsepti- ja toiminnallisen suunnittelun kautta rakennuksen suunnitteluun.

Sairaala on monimutkainen rakennus. Sen vuoksi suunnittelijoiden ja urakoitsijoiden kiinnittäminen hankkeeseen jo varhain katsottiin välttämättömäksi. Nykyrakentamisessa on myös nähty toistuvia laatuongelmia, eivätkä kustannusarviotkaan ole aina pitäneet. Hanke päätettiin siis toteuttaa allianssimallilla, joka on Suomen terveydenhuollossa uusi toteutustapa.

14.1 Sairaalarakentamisen historiaa Kainuussa

Kainuun keskussairaala valmistui vuonna 1969. Seuraavina vuosikymmeninä, 1970- ja 1980-luvuilla, rakennettiin kaikkiin Kainuun kuntiin uudet terveyskeskukset. Salmijärven entinen B-mielisairaala saneerattiin ja laajennettiin ajanmukaiseksi psykiatriseksi sairaalaksi 1980-luvun alkupuolella. Keskussairaalan lisääntyneet tilatarpeet hoituivat ottamalla käyttöön tyhjiksi jääneitä henkilökunnan asuinrakennuksia. Ensimmäisen kerran keskussairaalaa laajennettiinkin vasta 1990-luvun puolivälissä, jolloin valmistuivat uudet teho- ja dialyysiosaston sekä päiväkirurgian tilat.

Terveydenhuollon rahoituksen mullistanut palvelurakenneuudistus ja samanaikainen lama ohjasivat 1990-luvun alusta parinkymmenen vuoden ajan keskussairaalan tilaratkaisuja. Hoitokeinojen kehittyminen, terveyskeskusten vuodeosastojen vahvistuminen ja erityisesti rahan puute kannustivat korvaamaan vuodeosastohoitoa avohoidolla. Niinpä Salmijärven sairaala voitiin lakkauttaa ja psykiatrian vuodeosastohoito siirtää keskussairaalan somaattisesta hoidosta tyhjentyneille osastoille.

Avohoidon mahdollisuuksiin uskottiin lujasti, ja erikoissairaanhoidon tilaratkaisuja linjasi ei enää uusia seiniä -periaate. Samaan aikaan rakennusten huolto- ja ylläpitokorjaukset olivat tiukan talouden vuoksi puutteellisia.

Kainuun maakuntakokeilun alkaessa vuonna 2005 uskottiin edelleen ei uusia seiniä -periaatteeseen. Se murtui vasta vuonna 2010 uuden päivystyspoliklinikan myötä – tosin sitäkin yritettiin pitkään upottaa entiseen rakennusmassaan. Näihin aikoihin useissa keskussairaalan yksiköissä alkoi kuitenkin esiintyä sisäilmaongelmia. Toisaalta toiminnan laajeneminen oli tässä vaiheessa johtanut tilanahtauteen, jota pelkkä päivystysyksikön rakentaminen ei ratkaissut. Tämä taas johti pohtimaan keskussairaalan saneerauksen ja lisärakentamisen tarvetta.

14.2 Miten sairaala pitäisi suunnitella?

Muualla maassa keskussairaaloita oli 1970-1990 -luvuilla laajennettu. Kuuleman mukaan toimintatapa oli seuraava: toiminnan lisääntyminen lisäsi tilatarvetta ja lisääntyneeseen tarpeeseen rakennettiin uutta tilaa. Toimintamallien ja rakennusten suunnittelu pidettiin erillään.

Vuonna 1982 Teknillisen korkeakoulun arkkitehtiosastolle perustettiin pohjoismaisten esimerkkien mukaan Terveydenhuolto- ja hoitorakennusten tutkimuslaitos, joka muutti vuonna 1989 nimensä Sosiaali- ja terveydenhuollon tekniikan ja rakentamisen instituuttiksi (Sotera-instituutti). Sieltä levisivät Suomeen nykyaikaiset sairaalasuunnittelun mallit, joissa korostettiin pitkän tähtäimen suunnittelun (masterplan) tärkeyttä. Sairaanhoitopiirillä pitäisi olla sairastavuuskehitykseen, järjestelmään liittyviin ennusteisiin, ikärakenteeseen ja muihin vastaaviin ennakointitietoihin perustuva kokonaisarvio tilatarpeista seuraavan 20-30 vuoden ajalle. Näitä suunnitelmia pitäisi päivittää viiden vuoden välein.

Kainuun sairaanhoitopiirissä eräänlaiseksi masterplaniksi oli kiteytynyt ei uusia seiniä -periaate. Ajateltiin, että talouden tiukkuus ja avohoidon kehittäminen vähentävät tilatarvetta, ja toiminta sopii edelleen kymmeniä vuosia vanhoihin tiloihin. Jälkikäteen on nähtävissä, että joitain olennaisia asioita oli jäänyt huomaamatta.

Teknillisen korkeakoulun, myöhemmin Aalto-yliopiston, tutkijat korostivat toimintakonseptin uudistamisen tärkeyttä, sillä se luo pohjan toimintamallien ja tarvittavan kapasiteetin arviointiin. Toimintamallit on kuvattava numeroina (käyntimäärinä, hoitoaikoina, leikkaussalin, toimenpidehuoneen tai diagnostisen huoneen vuotuisena kapasiteettina sekä muilla tarkoituksenmukaisilla tavoilla). Kapasiteetti on vietävä työntekijämääriin ja työtunteihin asti, ja vasta näistä johdetaan tuotantoon sopivat tilatarpeet. Kun tämä vaihe on tehty, käydään yhdessä arkkitehtien kanssa läpi prosessit ja tehdään tilankäyttösuunnitelma. Tästä edetään varsinaiseen arkkitehtityöhön. On varmistettava, että hoitoprosessit vastaavat moderneja ja tehokkaita työtapoja – samalla on kuitenkin huomioitava terveydenhuollon jatkuva kehittyminen, johon varaudutaan muunneltavin tilaratkaisuin.

Sairaaloihin nämä ajatusmallit levisivät 2000-luvun ensimmäisen vuosikymmenen lopulla sairaanhoitopiirien ja Aalto-yliopiston yhteistyöprojekteissa. Kainuun maakunta oli mukana Tappo-hankkeessa (Terveydenhuollon alueellisten prosessien ohjaus -hanke). Kainuussa hanke selvitti vanhusten ympärivuorokautisia laitos- ja asumispalveluja. Uusi sairaala - hankkeen kannalta suurin hyöty saatiin prosessiohjaushankkeen järjestämistä tutustumismatkoista ulkomaisiin sairaaloihin ja verkostoitumisesta muiden rakennushankkeita suunnittelevien sairaanhoitopiirien kanssa. Nykyisen päivystyspoliklinikan suunnitteluun ajatusmallit eivät vielä kelvanneet vaan ajatukselle prosessiohjatusta suunnittelusta lähinnä naureskeltiin: ”Terveydenhuollossa kyllä tiedetään, miten potilaita pitää hoitaa, arkkitehtien ja insinöörien on turha tulla neuvoja antamaan”.

14.3 Uusi päivystyspoliklinikka valmistuu

Vaikka uusi päivystyspoliklinikka valmistui vuonna 2010, sairaalassa kärsittiin edelleen tilanahtaudesta. Tämä johtui osittain toiminnan laajenemisesta, osittain rakennusten huonosta teknisestä kunnosta. Sisäilmaongelmien vuoksi tarvittiin väistötiloja. Alettiin keskustella huomattavasta saneeraus- ja rakennushankkeesta.

Samanaikaisesti maassa tehtiin yhtä hiekkaan valuneista terveydenhuoltouudistuksista ja puhuttiin hoitojen keskittämisestä. Kainuussa maakuntakokeilua oli takana viisi vuotta, ja sen ongelmia alettiin tunnistaa: Hallinnollisesta integraatiosta ei ollut seurannutkaan syvää toiminnallista integraatiota, vaan oli rakennettu uusia raja-aitoja. Maakuntakokeilun ensi vuosina koettu taloudellisen menestyksen huuma oli kääntynyt rahapulaksi, ja kustannukset nousivat nopeammin kuin vertailumaakunnissa. ”Sinisistä ajatuksista moniin totuuksiin”, otsikoitiin Kainuun maakuntakokeilun seurantatutkimus *(1)* .

Oli rakentamistarvetta, toiminnallisia ja taloudellisia ongelmia, kyseenalaistettu erikoissairaanhoidon tulevaisuus, vähenevä väestö ja vaikeuksia rekrytoida ammattilaisia. Ymmärrettiin, että pelkkä rakentaminen ei riitä. Sotera-instituutin ajatukset koko alueen terveydenhuollon prosessien uudistamisesta rakennussuunnittelun yhteydessä alkoivat konkretisoitua.

Vuoden 2010 aikana valmistui Erikoissairaanhoidon tulevaisuus Kainuussa -esiselvitys. Siinä arvioitiin tulevaisuuden palvelutarpeita ja tehtiin esityksiä organisaatiorakenteen ja toiminnan kehittämiseksi. Johtopäätöksenä oli, että nykymuotoinen päivystävä sairaala on järkevää ja mahdollista säilyttää, mutta se vaatii huomattavia toimintamallien ja johtamisen muutoksia.

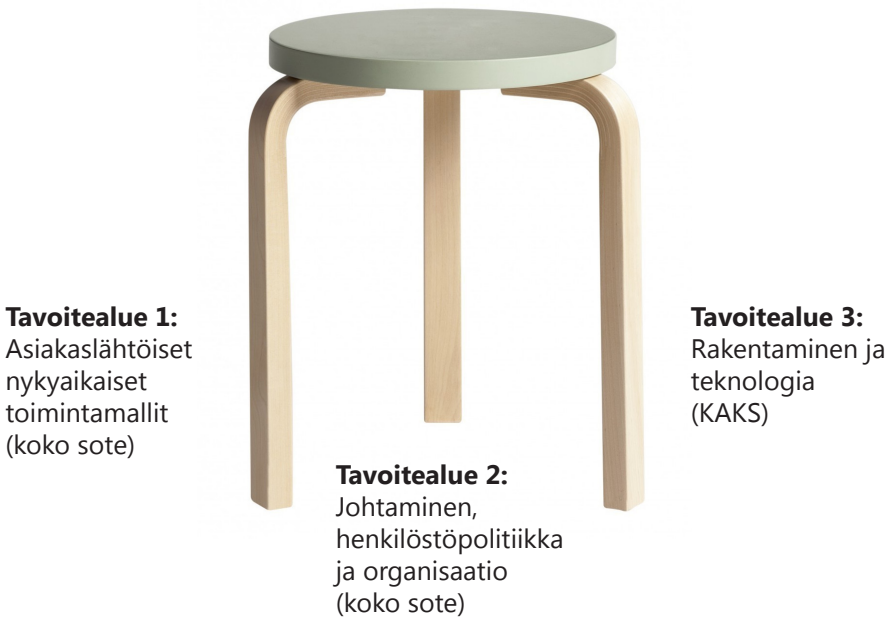
Tähän esiselvitykseen liitettiin Helsingin yliopiston Ruralia-instituutin selvitys erikoissairaanhoidon merkityksestä Kainuun aluetaloudelle *(2)*. Näiden dokumenttien pohjalta maakuntavaltuusto teki syyskuussa 2011 ensimmäisen Kainuun uusi sairaala -hankkeeseen liittyvän päätöksen: Eri skenaarioista valittiin vaihtoehto, jonka mukaan vaativa erikoissairaanhoito jää Kainuuseen, erikoissairaanhoitoa kehitetään ja siihen investoidaan siten, että toiminnan tehokkuutta voidaan parantaa. Kainuun uusi sairaala -hanke alkoi.

14.4 Strateginen jakkara

Välittömästi päätöksen jälkeen alkoi Kainuun uusi sairaala -hankkeen strategiatyö. Työ tiivistyi strategiakartaksi, joka valmistui marraskuussa 2011. Päämääräksi asetettiin kainuulaisen erikoissairaanhoidon, perusterveydenhuollon ja sosiaalihuollon palveluiden uudistaminen toimivaksi kokonaisuudeksi. Strategisen polun kuvattiin johtavan vetovoimaisen organisaation, palvelutuotantoa tukevan johtamisen, avohoitopainotteisen päivystävän sairaalan ja sote-integraation avulla laadukkaaseen asiakaspalveluun.

(1) Airaksinen J, Haveri A, Pyykkönen H, Väisänen P. Sinisistä ajatuksista moniin totuuksiin. Kainuun hallintokokeilun arvioinnin. Toinen väliraportti. Valtiovarainministeriön julkaisuja 41/2008.
(2) Törmä H, Laasanen J, Määttä S. Kainuun erikoissairaanhoidon aluetaloudelliset vaikutukset Raportteja 72. 2011. Ruralia-instituutti.

Strategista ajattelua kuvattiin kolmijalkaisena jakkarana, jonka yhtenä jalkana oli rakentaminen ja teknologia, toisena toimintamallien muutos ja kolmantena johtamisen ja henkilöstöhallinnon kehittäminen. Tällä haluttiin korostaa, että pelkkä rakentaminen on vain osa hanketta, kaikkien jalkojen on oltava vankkoja ja kaikki osa-alueet vaativat kehittämistyötä (kuva 2). Rakentaminen olisi hankkeen helpoin osa-alue.



Kuva 1: Strateginen jakkara.

Seuraavaksi laadittiin hankkeen aikataulu ja vaiheistus. Oppia otettiin Sotera-instituutin esittämistä malleista, joissa hanke jakaantuu valmisteluun, suunnitteluun, rakentamiseen ja käyttöönottoon. Suunnittelutyössä päävaiheiksi määriteltiin konsepti; toiminnallinen ja tekninen suunnittelu. Vasta näiden jälkeen olisi aika käynnistää rakennustyöt. Aikaa tähän nähtiin kuluvan lähes koko 2010-luku.

Konseptisuunnittelua varten selvitettiin Kainuun terveydenhuollon palvelu- ja resurssitarpeet ja niiden kehittyminen vuoteen 2030 saakka. Samalla tutkittiin sairaalan keskeiset potilasvirrat: erikoisala-, diagnoosi- ja toimenpidekohtainen käyttö ja läpimenoajat sekä yksikkötason (esim. poliklinikka, vuodeosasto, toimenpideyksiköt), resursoinnit ja siirtymät. Prosessien johtamista pidettiin tärkeänä. Konseptisuunnittelua varten määriteltiin kainuulaisen terveydenhuollon pääprosessit: päivystyksen, kiireettömän hoidon, kuntoutuksen ja tukipalveluiden prosessit ja vielä erikseen tietyt terveydenhuollon ja sosiaalityön rajapinnan prosessit.

14.5 Konseptisuunnittelu

Vuonna 2013 Kainuun maakuntakokeilu oli päättynyt. Uuden sairaalan toimintakonseptin hyväksyi siis kesäkuussa uusi Kainuun sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymän yhtymävaltuusto. Päätös valtuutti vain sairaalan

suunnitteluun, sen rakentamispäätös pitäisi tehdä erikseen. Uuden sairaalan tarpeesta ja sen suunnitteluperiaatteista keskusteltiin ennen päätöstä laajasti ja kattavasti sekä henkilöstön kanssa että laajalla kuntakierroksella, jonka aikana sekä asiakkaat että kuntapäättäjät saivat ottaa kantaa suunnitteluun.

Kainuun Uusi Sairaala -konseptisuunnitelma sisälsi sairaalan strategiset linjaukset, palveluvalikoiman ja toimintaperiaatteet sekä pääprosessien ja toiminnallisten kokonaisuuksien määrittämisen. Konseptisuunnitelmassa siis sovittiin, mitä sairaalassa tehdään ja mitä ei, päätettiin toimintaperiaatteista ja työn organisoinnista, kuvattiin pääprosessit, sovitettiin palvelutarpeet ja voimavarat toisiinsa sekä päätettiin, mitä ja minne rakennetaan.

Konseptin keskeinen sisältö oli seuraava: On muutettava toimintamalleja ja suunniteltava potilasprosessit tehokkaiksi. Tulevaisuudessa toiminnan on oltava aiempaa avohoitopainotteisempaa, ja potilasprosesseja on voitava johtaa yli yksikkö- ja organisaatiorajojen. Koska kysyntä lisääntyy, maksukyky heikkenee ja osaavasta henkilöstöstä tulee pulaa, on kyettävä hoitamaan potilaat vähemmillä resursseilla. Yrittämällä tehdä nykyiset työtehtävät entistä nopeammin ei päästä juurikaan parempaan tuottavuuteen, vaan asiat on tehtävä toisin. On panostettava hyvään johtamiseen, rekrytointiin ja työoloihin. Tukipalveluita on tehostettava.

Investointeja on yhtä kaikki pakko tehdä, jos erikoissairaanhoidon tuotantoa halutaan jatkaa Kainuussa, sillä keskussairaalan tilat on saneerattava joka tapauksessa. Sairaalan sulkeminen ja palveluiden osto muualta johtaisi suuriin kuljetuskustannuksiin sekä merkittävään verotulojen menetykseen, kun suuri joukko korkeasti koulutettuja työntekijöitä siirtyisi muualle. Ilman uudisrakentamista ei saataisi myöskään yhtä merkittävää tuottavuuden nousua, sillä uudet toimintamallit edellyttävät myös toimintamalleja tukevia tiloja.

Voimavarojen riittävyyden kannalta ratkaisevaa on, miten vähennetään ihmisten päätymistä kaikenlaiseen laitoshoitoon ja -hoivaan. Ennaltaehkäisy pitää tehdä vaikuttavasti. Erityisen tärkeäksi arvioitiin riskiryhmien tunnistaminen ja hoito. Avohoitoa tukevana toimintamallina päätettiin ottaa käyttöön päiväsairaala. Lyhythoitoista kirurgiaa tuli muutenkin lisätä ja vuodepaikkoja vähentää.

Kuntoutuksen asemaa korostettiin, ja se päätettiin organisoida erilliseksi osaamiskeskukseksi. Integraatiohyötyä haettiin linjaamalla, että Kajaanin perusterveydenhuollon vastaanotot sijoitettaisiin samaan rakennukseen kun erikoissairaanhoidon poliklinikat ja vuodeosastot. Toisaalta akuuttihoito ja kiireetön hoito eriytettiin. Vuodeosastoilla tavoitteena on, että hoitoisuus ohjaa sijoittelua enemmän kuin erikoisala. Radiologian yksikkö sijoitettaisiin lähelle päivystystä.

Kuva 2. Kuntouttava työote on avainasemassa toiminnan uudistamisessa. Havainnekuva esittää rakenteilla olevan sairaalan kuntoutuskatua.

Suoraan oikealle resurssille (esim. hoitajalähetteet erikoissairaanhoitoon) -periaatetta pidettiin tärkeänä, vaikka Valviran asiantuntijat myöhemmin arvioivat mallin lainvastaiseksi. Päivystystoimintaa piti joka tapauksessa tehostaa: tavoitteena oli nopea tilannearvio ja ohjaaminen suoraan oikealle asiantuntijalle. Tukipalvelujen sijoittelussa, automatisoinnissa ja työnjaossa nähtiin myös tehostamisen mahdollisuuksia. Tilojen tuli olla standardoituja ja muunneltavia. Digitalisaation mahdollisuuksille haluttiin olla avoimia – puhuttiin seinättömästä sairaalasta.

14.6 Toiminnallinen suunnittelu

Konseptisuunnittelussa oli tuotettu yleiset linjaukset uusista toimintamalleista ja lähestytty toimintaa periaatteiden tasolla. Konseptisuunnittelun näkökulma oli strateginen, ja suunnitelma pohjautui järjestelmätason laskelmiin. Toiminnallisessa suunnittelussa edettiin konseptisuunnittelua syvällisemmin yksikkö- ja toimintakohtaisiin käytäntöihin sekä laskelmiin. Tarkastelunäkökulma oli sekä tuotantotaloudellinen että käytännöllinen.

Toiminnallisen suunnittelun lähtökohtana oli konseptitason visio, josta poikettiin vain erikseen perustelluista syistä. Tässä vaiheessa määriteltiin tarkasti, mitä konseptisuunnittelun ohjaavat periaatteet ja tavoitteet käytännössä tarkoittavat potilas- ja asiakasryhmien, prosessien, yksiköiden, erikoisalojen, toimijaryhmien ja yksittäisten toimijoiden näkökulmasta. Toiminnallinen suunnittelu jaettiin neljään osa-alueeseen: toiminnan suunnittelu yksiköittäin ja toiminnoittain, yksikkökohtainen tilasuunnittelu hoito- ja tukiprosesseittain, tietohallintoratkaisujen arviointi sekä johtamismallin ja henkilöstöpolitiikan käytäntöjen valmistelu.

Yksikkökohtaisessa suunnittelussa käytiin läpi toiminnallisten kokonaisuuksien (ns. blokkien) sisällöt ja keskinäiset yhteydet, tarkat prosessikohtaiset toimintasuunnitelmat ja laskelmat (ml. potilas-, henkilöstö-, informaatio- ja materiaalivirrat), prosessien simulointi (miten ne kulkevat sairaalan, blokkien ja yksiköiden tasolla) sekä toimintojen volyymien ja yhteyksien määrittely pitäen silmällä esimerkiksi sitä, miten niiden tulee sijaita suhteessa toisiinsa.

Toiminnallinen suunnitelma valmistui kahtena erillisenä dokumenttina, joista toinen kuvasi prosessit volyymeineen, toinen yksityiskohtaiset resurssi- ja tilatarpeet.

14.7 Kohti allianssia

Rakentamisen valmistelu käynnistyi kesällä 2013, samaan aikaan kun aloitettiin toiminnallinen suunnittelu. Sairaalarakentamista pidetään monestakin syystä erityisen vaativana, joten rakentamismallin valinnalla on vaikutuksia pitkälle rakennuksen valmistumisen jälkeenkin.

Hankkeen läpiviennin nähtiin sisältävän merkittäviä laadullisia ja taloudellisia riskejä, joiden realisoitumisesta suurissa rakennushankkeissa on ollut runsaasti varoittavia esimerkkejä. Lisäksi edellä kuvatut toiminnalliset vaatimukset piti pystyä sovittamaan yhteen teknisen suunnittelun ja toteutuksen kanssa. Tämän vuoksi ratkaisua etsittiin niin sanotuista yhteisvastuullisista urakoista, joissa tilaaja-, suunnittelija- ja urakoitsijaosapuolet yhdessä vastaavat projektin onnistumisesta. Tällaista vaativiin hankkeisiin soveltuvaa integroitua projektitoteutusta kutsutaan nykyään Suomessa yleisesti allianssimalliksi.

Allianssin työskentelyssä periaatteena on avoimuus ja yhtenäinen päätöksenteko. Eri osapuolten tavoitteet suunnataan palvelemaan koko projektia sopimalla kaupallisesta mallista, joka palkitsee tai sanktioi osapuolia ennalta määritettyjen tavoitteiden mukaisesti.

Allianssin keskeinen ero perinteisiin urakointimalliin on ansaintalogiikan muutos: malli kannustaa kaikkia osapuolia maksimoimaan tilaajalle tuotettavan arvon pienemmillä kustannuksilla. Parempi taloudellinen tulos tehdään siis pienemmällä laskutuksella, ei työmäärää maksimoimalla.

Alkuvuonna 2014 hankkeen johto- ja ohjausryhmät päätyivät sitten esittämään urakan toteutusta allianssihankkeena. Allianssin mahdollistaman osapuolten tiiviin vuorovaikutuksen arvioitiin vastaavan parhaiten hankkeen vaatimuksiin, kuten elinkaarikustannusten, muuntojoustavuuden, puurakentamisen ja korjausrakentamisen tavoitteisiin. Julkisena hankintana toteutetussa kilpailutuksessa etsittiin konsortiota, joka sisälsi arkkitehti-, rakenne- ja talotekniikkasuunnittelun projektijohdon sekä pää- ja talotekniikkaurakoinnin.

Neuvottelumenettelyyn osallistui neljä tarjousryhmittymää, joita arvioitiin teknisen osaamisen ja hintatarjouksen lisäksi avainhenkilöiden yhteistoiminnallisen kyvykkyyden kannalta. Tarjouskilpailun voittajaksi selvisi Skanskan, Swecon ja Caverionin konsortio, jonka kanssa allianssin kehitysvaihe käynnistyi 11.3.2015. Yhteiseksi nimeksi päätettiin Kainua – Kainuun uusi sairaala -allianssi.

14.8 Kehitysvaihe

Allianssimallin erityispiirteenä on hankkeen jakautuminen kahteen osaan: kehitys- ja toteutusvaiheeseen. Kehitysvaiheessa allianssin tehtävänä on valmistella hankkeen suunnitelmat ja kustannustavoitteet rakentamisen käynnistämiseksi. Toteutusvaihe eli rakennustyöt käynnistyvät kehitysvaiheen päätyttyä, mikäli tilaaja on hyväksynyt toteutussuunnitelmat ja sitovan tavoitekustannuksen.

Kehitysvaiheessa ratkaistavana on ollut hankkeen sisällön ja kustannusten kannalta isoja kysymyksiä, kuten toimintojen sijoittelu, rakenne- ja talotekniikkaratkaisut sekä logistiset järjestelyt. Merkittävää lisäarvoa perinteisiin malleihin verrattuna on tuonut urakoitsijoiden osallistuminen suunnitteluun, mikä on mahdollistanut suunniteltujen ratkaisujen toteutuskelpoisuuden kehittämisen.

Kainua-allianssin kehitysvaihe suunniteltiin 15 kuukauden pituiseksi, siinä ajassa luonnos- ja yleissuunnittelun tehtävät pitäisi saada toteutettua. Tuon reilun vuoden aikana, suunnittelun edetessä hankkeen laajuutta ja eri suunnittelualojen yksityiskohtia on pitänyt sopeuttaa tavoitekustannustasoon. Käytännössä tämä on tarkoittanut uudelleen suunnittelua ja siten aikataulun venymistä – suunnitelmien kehittäminen on kuitenkin ollut välttämätöntä, jotta allianssi on kyennyt vastaamaan tilaajan hankkeelle asettamiin tavoitteisiin. Näin sitten rakentamispäätöksen ajankohta siirrettiin alkuperäisten suunnitelmien kesäkuulta 2016 joulukuulle 2016.

Allianssilta vaaditaan kykyä ylittää perinteiset työtavat ja tulostasot. Kehitysvaiheen aikataulu ja kustannuspaineet ovatkin testanneet tehokkaasti yhteistyön toimivuutta. Lopussa kuitenkin kiitos seisoi, ja suunnitelmien kokonaisuus saatiin yhdessä valmiiksi.

14.9 Toteutusvaihe

Kainuun soten yhtymävaltuusto hyväksyi Kainuun uuden sairaalan rakentamispäätösesityksen 21.12.2016. Varsinaiset rakennustyöt ovat käynnistyneet helmikuussa 2017. Kainuun kautta aikojen suurimmassa julkisessa investointihankkeessa rakennetaan keskussairaalan uusi päärakennus sekä logistiikka- ja tekniikkaterminaali. Nykyinen päivystysrakennus peruskorjataan uuteen käyttöön. Rakennettavaa alaa on yhteensä 46 282 bruttoneliömetriä, hankkeen kokonaiskustannukset 153 miljoonaa euroa.

Kuva 3. Havainnekuva rakenteilla olevan sairaalan osittain puurakenteisesta julkisivusta.

Rakentaminen on vaiheistettu siten, että sairaalatoiminta voi jatkua ilman siirtymistä väistötiloihin. Työt saatetaan päätökseen vuoden 2021 syksyyn mennessä, jolloin vanhat käytöstä poistuvat sairaalaosat puretaan ja aluetyöt viimeistellään. Jo sitä ennen nykyisissä tiloissa otetaan käyttöön uuden sairaalan uusia toimintamalleja.

15 Terveyden ja hyvinvoinnin edistäminen Kainuun mallissa

Saara Pikkarainen

Terveys on enemmän kuin sairauden puutetta. Silti terveyskäsite kytkeytyy voimakkaasti sairaus-käsitteeseen, minkä vuoksi terveyden edistämisen paradigmaa kuvataan usein riskitekijöiden, sairauden ja sairauden hoidon kautta *(1)*. Terveyden edistämisen lähtökohtana kuitenkin on, että ihminen on aktiivisesti toimiva subjekti omassa elämässään, johon sisältyy sekä terveyttä lisääviä (promotiivisia) että sairautta ehkäiseviä (preventiivisiä) toimintoja. Usein samat asiat edistävät molempia päämääriä.

Terveyden edistämisen tuloksena voi yksilön kohdalla olla terveyttä suojaavien sisäisten ja ulkoisten tekijöiden vahvistuminen sekä elämäntapojen muutos aiempaa terveellisempään suuntaan. Yhteiskunnassa terveyden edistäminen näkyy koulutuksen ja terveyspalveluiden kehittymisenä sekä yksilön, yhteisön ja yhteiskunnan hyvinvointina. Kuntia velvoitetaan seuraamaan kuntalaisten terveydentilaa ja siihen vaikuttavia tekijöitä sekä ottamaan palveluja järjestettäessä huomioon muodostuneita terveyseroja samalla kun ihmisen omaa vastuuta terveydestään ja valinnoistaan pyritään tukemaan eri tavoin.

Sosioekonominen terveyden eriarvoisuus perustuu yhteiskunnan mekanismeihin, jotka johtavat terveyteen vaikuttavien tekijöiden epätasa-arvoiseen jakautumiseen eri yhteiskuntaryhmien kesken. Taustalla on monia eri tekijöitä ja niiden yhteisvaikutuksia, joihin sote-palvelujärjestelmä pystyy vain varsin rajallisesti puuttumaan. Terveyserojen taustalla vaikuttavia asioita ovat esimerkiksi lapsuuden ja aikuisuuden aikaiset aineelliset olosuhteet – köyhyys ja pienituloisuus, työolot, asumismuoto ja asuinympäristö *(2)*.

Jotta yhteiskunnan ja yhteisöjen sitoutuminen terveyserojen kaventamiseen on mahdollista, niillä on oltava ymmärrys terveyden tasa-arvon merkityksestä. Työ terveyden tasa-arvon puolesta vaatii myös vahvaa jatkuvuutta ja suunnitelmallisuutta sekä asian jatkuvaa esillä pitämistä – samoin kun konkreettisia toimija ja palvelujen kohdentamista niihin ryhmiin, joiden terveys- ja hyvinvointiriskit tunnistetaan.

Kaikissa Kainuun kunnissa sairastavuus on suurempaa kuin maassa keskimäärin (indeksiluku 100). Keskeisistä kansantaudeista yleisimpiä vuonna 2015 olivat astma (indeksi 163,4), sepelvaltimotauti (indeksi 146,8), verenpainetauti (indeksi 120,6) ja psykoosit (indeksi 120,5). Myös nivelreuma-, diabetes- ja sydämen vajaatoimintaindeksit ylittävät maan keskiarvon. Alkoholi-ja tapaturmakuolleisuus Kainuussa on yleisempää kuin muualla maassa. Sairastavuuden taustalla on useita elintapatekijöitä kuten tupakointi, alkoholinkäyttö, riittämätön liikunta, uni- ja ravintototottumukset. Myös yhteiskunnalliset tekijät – työttömyys, taloudellinen tilanne ja koulutus – heijastuvat väestön terveyteen.

(1) Lindström B, Eriksson M. Salutogeneesin teoria nostaa hyvän elämän voimavarat esiin. 517–519. Suomen Lääkärilehti 6/2008.
(2) Palosuo H. Koskinen S, Laherma E, Prättälä R, Sihto M, Ostamo A, Martelin T, Takala K, Hyvönen E & Linnanmäki E. Yhteenveto ja päätelmiä. Kirjassa Palosuo H, Koskinen S, Laherma E, Prättälä R, Martelin T, Ostamo A, Keksimäki I, Sihto M, Takala K, Hyvönen E, Linnanmäki E (toim.) Terveyden eriarvoisuus Suomessa. Sosioekonomisten terveyserojen muutokset 1980–2005. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 23. Helsinki 2007.

Kainuussa terveys kaikissa politiikoissa -periaate on kuitenkin jo kauan ollut osa kuntien ja maakunnan toimintaa, ja kunnat ovat olleet edelläkävijöitä terveyden edistämisessä.

15.1 Terveydenhoitajilla tärkeä rooli kunnissa

Kainuussa on nostettu 1990-luvulta alkaen esiin kysymyksiä eri väestöryhmien erilaisista mahdollisuuksista saavuttaa hyvä elämä ja terveys. Jo 1900-luvun alkupuolella kunnissa vapaaehtoisena alkaneesta raittiuden eteen tehtävästä valistustyöstä säädettiin lailla ja asetuksella vuonna 1982. Asukkaita tuli totuttaa terveellisiin elämäntapoihin ohjaamalla heitä välttämään alkoholin ja tupakan käyttöä. Onnistuminen edellytti kunnan hallinnon, sosiaali- ja terveystoimen, päivähoidon, koulu- ja sivistyspalvelujen sekä palo- ja pelastustoimen ja muiden tahojen tiivistä yhdessä tekemistä.

Terveyskeskuksissa työskennelleet terveydenhoitajat ovat omalla työllään luoneet pohjaa väestön terveyden edistämiselle. He ovat toimineet terveyskasvatuksen yhdyshenkilöinä kehittäen kunnan eri sektoreiden ja muiden toimijoiden välistä yhteistyötä ja vahvistaen näin kansanterveysohjelmien toimeenpanoa kunnissa.

Kajaanissa toteutettiin Valtakunnalliseen Terveyttä kaikille 2000 -kuntaohjelmaan liittyen Terve Kajaani -projekti, jossa tavoiteltiin erityisesti väestöryhmien välisten terveyserojen kaventamista. Eriarvoisuuden vähentämisen katsottiin edellyttävän erityistä panostamista huonommassa asemassa olevien terveyden parantamiseen. Elintapojen lisäksi kiinnitettiin huomiota syrjäytymisen ehkäisyyn. Terveyden edistämistyötä jatkettiin osana Terve Kunta -verkostoa, jonka perustajajäseniin Kajaani kuuluu. Nykyisin kaikki Kainuun kunnat ovat verkoston jäseniä, kun Kainuun maakunta -kuntayhtymä liittyi jäseneksi vuonna 2005.

Maakunta-kuntayhtymän purkauduttua Terve Kunta ja Terveyttä edistävät sairaalat ja organisaatiot -verkoston jäsenyydet siirtyivät Kainuun sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymään.

15.2 Vastuunjako kuntien ja maakunnan kesken

Kainuun hallintokokeilusta annetun lain myötä vastuu kansanterveystyöstä ja terveyden edistämisestä tuli kuntayhtymälle. Kuntien sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstö siirtyi maakunta-kuntayhtymän palvelukseen. Laki hallintokokeilusta ei kuitenkaan sisältänyt raittiustyölakia, eivätkä siitä juurensa juontavat tehtävät siirtyneet kuntayhtymälle, vaan raittiustyö jäi kunnan tehtäväksi. Näin jälkeenpäin voidaan todeta, että selkeät vastuunjaot kuntayhtymän ja kuntien välillä olisivat selkeyttäneet eri toimijoiden rooleja. Niinpä Kainuun kunnissa on ajoittain oltu epätietoisia siitä, kenen vastuulla näiden tehtävien hoitaminen alueella on.

Joulukuussa 2015 voimaan tulleen uuden lain myötä (laki ehkäisevän päihdetyön järjestämisestä 523/2015, § 5) raittiuden edistämisestä on siirrytty ehkäisevään päihdetyöhön, jonka toteuttaminen on jäänyt edelleen kunnan tehtäväksi. Kunnat kuitenkin tarvitsevat tukea ja laaja-alaista yhteistyötä alueen toimijoiden kesken, jotta ehkäisevä päihdetyö voisi onnistua.

Laki on siis antanut puitteet alueelliselle terveyden edistämistyölle kansanterveystyön siirryttyä maakunnalliseksi tehtäväksi. Hallintokokeilun yhteydessä maakunta-kuntayhtymään perustettiin terveyden edistämisen suunnittelijan tehtävä, joka mahdollisti järjestelmällisen työn väestön terveyden ja hyvinvoinnin edistämiseksi ja terveyserojen kaventamiseksi. Alueellisena tehtävänä on tukea terveellisten valintojen mahdollisuuksia ja vahvistaa terveyden kannalta edullisia taustatekijöitä kuten koulutusmahdollisuuksia, hyviä elinolosuhteita ja työoloja sekä palvelujen toimivuutta *(3)*.

15.3 Tutkimustieto hankkeiden pohjana

Väestötason tutkimustietoa on pidetty tärkeänä maakunnallisia palveluja kehitettäessä, ja havaittuihin tietoaukkoihin on lähdetty hakemaan kansallisia tutkimuslaitoskumppaneita. Jo hallintokokeilun valmisteluvaiheessa aloitettu yhteistyö Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskuksen (STAKES), Kansanterveyslaitoksen (KTL) sekä Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen (THL) kanssa tuotti useita alueellisia kehittämishankkeita.

Eräs merkittävimmistä on ollut terveyden edistäminen ja terveyserojen kaventaminen (TEROKA) -hanke, jossa on tutkittu kainuulaisten terveyttä, terveyskäyttäytymistä, terveyden riskitekijöitä, kuolleisuutta ja terveyspalveluiden käyttöä sukupuolittain ja koulutusryhmittäin. Tutkimustulokset on koottu Sosioekonomiset terveyserot ja niiden kaventaminen Kainuussa -julkaisuun *(4)*.

Tutkimuksessa tunnistettiin kainuulaisten keskeiset sairastavuuden riskitekijät ja niiden edellyttämät toimenpiteet sote-toimialalla. Kerättyä tietoa on hyödynnetty kuntayhtymän palveluiden suuntaamisessa. Strategisiksi päämääriksi on asetettu terveyden edistäminen ja ehkäisevän työn vahvistuminen erikoissairaanhoidon ja peruspalvelujen integroiduissa palveluissa. Ehkäisevässä työssä on tietoisesti keskitytty niille osa-alueille, joille suunnattujen toimenpiteiden kustannusvaikuttavuus on voitu osoittaa – liikunnan lisääminen, terveellinen ravitsemus ja painonhallinta sekä tupakoinnin ja alkoholin käytön vähentäminen.

Terveyden edistäminen ja terveyserojen kaventaminen on haluttu nostaa myös Kainuun maakuntaohjelmaan. Terveyserojen kaventamistavoitteeseen katsottiin päästävän silloin, kun vaikutetaan monen tason asioihin – sekä köyhyyteen, työttömyyteen, asumisoloihin ja koulutukseen että terveellisiin elintapoihin ja sosiaali- ja terveyspalveluiden tasa-arvoiseen ja tarpeenmukaiseen saatavuuteen. Ohjelmassa edellytettiin alueen toimijoilta pitkäjänteistä ja suunnitelmallista yhteistyötä väestön hyvinvoinnin edellytysten parantamiseksi.

(3) Savola E, Koskinen-Ollonqvist P. Kirjassa Terveyden edistäminen tiedosta toimintaan. Pietilä A-M (toim.) WSOYpro 2010.
(4) Kaikkonen R, Kostiainen E, Linnanmäki E, Martelin T, Prättälä R ja Koskinen S (toim.). Sosioekonomiset terveyserot ja niiden kaventaminen Kainuussa. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B 27/2008.

Työ väestöryhmien välisten terveyserojen kaventamiseksi on kohdistunut erityisesti ryhmiin, joiden ongelmat kasaantuvat ja joiden tilanteen kohentamisella on suurin vaikutus koko väestön terveyteen *(5)*.

Jotta asetettuihin tavoitteisiin päästäisiin, Kainuun maakunta -kuntayhtymässä valmisteltiin muun muassa terveyttä edistävän liikunnan ja ravitsemuksen strategia, Savuton maakunta -toimintamalli sekä maakunnallinen mielenterveys- ja päihdestrategia. Samoin pyrittiin vakiinnuttamaan varhaisen puuttumisen toimintamalli sekä verkostokonsultti- ja Aikalisä -time out -toiminta pysyviksi käytännöiksi.

Kainuuseen muodostettiin perhekeskusverkosto, joka hoitaa lasten, nuorten ja lapsiperheiden perustason sosiaali- ja terveyspalvelut – perhekeskukset ja -asemat ovatkin mahdollistaneet lapsiperheiden ongelmien varhaisen puuttumisen. Lisäksi toteutettiin lasten ja nuorten sydän- ja verisuonisairauksien ehkäisyohjelmaa. Myös vanhuspalvelujen toimintaa on Kainuussa kehitetty ennakoivaan, ehkäisevään ja kuntouttavaan työotteeseen perustuen. Palvelujen suuntaamisessa ovat korostuneet ennalta ehkäisevät kotikäynnit, päiväkeskustoiminta ja seniorineuvolat sekä muistineuvolatoiminta kunnissa.

Työttömyyteen liittyvistä kysymyksistä on paneuduttu erityisesti rakennetyöttömyyden ongelmiin, viranomaisyhteistyöhön, koordinointiin ja työnhakijoiden terveyden edistämiseen. Päätöksenteossa hyödynnettiin vaikutusten ennakkoarviointimenetelmää, joka saatiin aktiiviseen käyttöön. Myös terveysero-näkökulma on Kainuussa haluttu nostaa esiin päätösten vaikutusten ennakkoarvioinnissa (IVA+). Arviointityötä on käytetty esimerkiksi Kajaanin paperitehtaan lakkauttamiseen liittyvien tukitoiminen terveys- ja hyvinvointivaikutusten arviointiin *(6)* sekä lapsiperheiden päihdepalveluiden nykytilan arviointiin *(7)*.

15.4 Väestön hyvinvointi strategisena päämääränä

Kainuun kuntien ja Kainuun soten perussopimuksessa on korostettu yhdessä tekemistä ja tehtävien suuntaamista väestön terveyden, hyvinvoinnin, toimintakyvyn ja turvallisuuden edistämiseen. Pyrkimyksenä on ollut kaventaa väestöryhmien välisiä terveyseroja sekä toteuttaa väestön tarvitsemien palvelujen yhdenvertaista saatavuutta, laatua ja potilasturvallisuutta. Kunnissa nähdään nyt, että hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen työ on kiinteä osa kuntastrategiaa sekä toiminnan ja talouden suunnittelua. Kunnan poliittinen tahto on jäsentynyt konkreettisiksi toimintalinjoiksi kuntastrategioissa, jotka sitouttavat kuntajohdon ja kaikki toimialat suunnitelmaan ja toteutukseen.

Maakunnalliset terveyden edistämisen linjaukset määriteltiin terveys- ja hyvinvointitiedon perusteella valtuustokaudelle 2013–2016. Tavoitteena on ollut edistää elintapamuutoksia kansansairauksien ehkäisemiseksi, jolloin huomio kiinnittyy ruokailutottumuksiin ja suun terveyteen, ylipainoon ja liikuntaan.

(5) Hannikainen-Ingman K. Sitkeästi terveyseroja vastaan. Arviointi sosioekonomisten terveyserojen kaventamiseen tähtäävästä työstä Kainuussa 2000 -luvun ensimmäisellä vuosikymmenellä. THL 2010.
(6) Rotko T, Palosuo H, Sihto M. ja Husman P. Paperitehtaan varjossa. Kajaanin paperitehtaan lakkauttamisen ja siihen liittyvien tukitoimien terveys- ja hyvinvointivaikutusten arviointi. Yliopistopaino. Helsinki. Raportti 27/2010.
(7) Pikkarainen S. Lapsiperheiden ja nuorten päihdepalvelujen kehittämislinjauksia. Tietoa päihteistä ja päihdepalvelujen tarpeesta. Kainuun sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymä 2013.

Tupakoinnin ja päihteiden käyttöä on pyritty vähentämään osana soten palveluja kannustaen ja elintapamuutosta mahdollistaen. Tärkeänä on myös pidetty kuntalaisten osallistumista palvelujen kehittämiseen ja ikääntyvien toimintakyvyn ylläpitoa. Samoin tarvitaan tavoitteellista lapsiperheiden ja nuorten syrjäytymisen ehkäisyä ja ongelmien varhaista tunnistamista sekä päihde- ja mielenterveysongelmista kärsiville tarpeenmukaisten palvelujen kohdentamista ja tukea.

Ajatus on, että kaikkien näiden linjausten keskiössä ovat omassa kasvu-, kehitys- ja asumisyhteisössään elävät ja toimivat asukkaat. Peruspyrkimyksenä on tukea ja kannustaa yksilöä terveyttä ja hyvinvointia edistäviin valintoihin.

Valittujen linjausten pohjalta valmisteltiin Terveyden edistämisen suunnitelma vuosille 2013–2016. Siinä määriteltiin kullekin Kainuun soten tulosalueelle tavoitteita ja tehtäviä terveyden ja hyvinvoinnin edistämisessä. Esimerkiksi savuttomuuden edistämisessä on tehty paljon työtä, jotta Savuton Suomi vuoteen 2030 mennessä -tavoite toteutuisi. Lähes kaikki Kainuun kunnat ovatkin julistautuneet savuttomiksi, ja Kainuun sote on savuton työyhteisö. Ravitsemusneuvontaan, liikunnan edistämiseen ja kotona pärjäämisen tukemiseen on panostettu soten henkilöstöresursseja ja kehittämistoimia, samalla kun on tiivistetty yhteistyötä järjestötoimijoiden kanssa. Samoin henkilöstön työhyvinvointi ja työssäjaksaminen ovat tärkeitä jatkuvan kehittämisen alueita.

Kainuussa on toteutettu alueellista ja koordinoitua hyvinvoinnin ja terveyden edistämistyötä jo yli vuosikymmenen ajan.

Kainuun soten terveyden edistämisen asiantuntemus on suunnattu sekä Kainuun soten että kuntien terveyden edistämisen työhön ja sen koordinointiin. Kainuussa toimii alueellinen hyte-verkosto, jonka muodostavat Kainuun soten ja kuntien hyte-koordinaattorit. Kuntiin on muodostettu Hyvinvoinnin, terveyden ja turvallisuuden edistämisen (HyTeTu) -ryhmät, jotka perustuvat kunnan johtoryhmään täydennettynä poikkihallinnollisesti eri alojen asiantuntijoilla. Kunnanjohtaja tai johtoryhmän jäsen toimii työryhmän puheenjohtajana ja johtaa hytetu-työtä kunnassaan. Kainuun soten terveyden edistämisen asiantuntija on jäsenenä näissä ryhmissä.

Kunnat ovat laatineet laajat hyvinvointikertomukset ja -suunnitelmat valtuustokaudeksi kerrallaan ja raportoineet valtuustolle vuosittain asukkaiden terveyden ja hyvinvoinnin kehityksestä. Kuntien luottamishenkilöitä ja viranhaltioita on perehdytetty vaikutusten ennakkoarviointiin ja väestöä koskevan tutkitun tiedon hyödyntämiseen. Käytössä on laaja kirjo terveystietoa tuottavia seuranta- ja raportointiaineistoja, joita hyödynnetään maakunnan ja kuntien hyvinvointikertomuksissa ja -työssä.

Kainuun kunnat ja Kainuun sote arvostavat järjestöjä yhteistyökumppaneina. Kainuun sote on myös tiivistänyt yhteistyötä kansallisten ja alueellisten kolmannen sektorin toimijoiden kanssa esimerkiksi kehittämishankkeissa.

Myös säännöllisiä tapaamisia järjestöjen kanssa järjestetään. Lisäksi Kainuun sote on ohjannut kohdeavustuksina taloudellista tukea terveyttä edistävään työhön järjestöille ja yhdistyksille.

Sote- maakuntauudistuksen valmistelussa hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen maakunnalliset tehtävät rakennetaan osaksi maakunnan johtamista. Tällöin korostetaan strategista johtamista, ehkäisevien sosiaali- ja terveyspalveluiden järjestämistä sekä maakuntien asiantuntijatukea kunnille. Työvälineiksi esitetään päätösten vaikutusten ennakkoarviointia ja alueellisen tiedon keräämistä hyvinvointikertomukseen – kaikki tämä on työtä, joka Kainuussa on jo tehty.

Uudistuksessa halutaan kannustaa kuntia ja maakuntia hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen työhön erillisellä valtionosuudella. Sen tavoitteena on osaltaan ohjata päätöksentekoa sekä sote-palvelujen tuotantoa. Kaiken kaikkiaan uudet kansalliset kehittämislinjaukset korostavat terveyden ja hyvinvoinnin edistämisen sekä eriarvoisuuden vähentämisen tärkeyttä – hallituksen kärkihankkeissa edistetään terveellisiä elintapoja, vahvistetaan suositusten mukaisia ravitsemus- ja liikuntatottumuksia, edistetään mielenterveysosaamista sekä tuetaan mielenterveys- ja päihdeongelmista kärsivien fyysistä terveyttä ja yhteisöllisyyttä sekä ikääntyneiden aktiivisuutta. Nämä teemat ovat olleet terveyden edistämisen painopistealueita Kainuussa vuodesta 2012 alkaen.

Kainuun kuntien ja soten integroidussa palvelujärjestelmässä on ollut hyvät mahdollisuudet kehittää ja toteuttaa alueen tarpeista lähtevää terveyden ja hyvinvoinnin edistämisen työtä. Työssä on korostunut yhdessä tekeminen ja ymmärrys terveyden ja hyvinvoinnin edistämisen tärkeydestä ja toisaalta haasteellisuudesta alueella. Vuoden 2020 alussa aloittava sote - ja maakuntaorganisaatio jäsentää ja vahvistaa edelleen Kainuussa jo pitkään käynnissä ollutta työtä.

16 Miten ympäristöterveys liittyy sote-palveluihin?

Päivi Nykänen

Ympäristöterveydenhuollon lakien ja niiden toimeenpanon valvonnan tavoitteena on ylläpitää ja edistää väestön terveyttä. Tavoitteena on myös ennaltaehkäistä, vähentää ja poistaa sellaisia tekijöitä, jotka voivat aiheuttaa vaaraa tai haittaa ihmisen terveydelle ja elinympäristölle.

Ympäristöterveydenhuoltoon kuuluvat terveydensuojelu, elintarvikevalvonta, tupakkavalvonta ja eläinlääkintähuolto. Se sisältää toiminnanharjoittajien neuvonnan ja ohjauksen, kohteiden tarkastukset sekä näytteenoton ja tutkimukset, kohteita koskevien ilmoitusten ja hakemusten käsittelyn, lainsäädännön noudattamatta jättämisestä tai ilmeistä terveyshaittaa aiheuttavasta toiminnasta johtuvien määräysten antamisen tai pakkokeinojen asettamisen sekä epidemioiden selvittämisen.

Toimintaa ohjaavat pääasiallisesti seuraavat lait: terveydensuojelulaki (763/1994), elintarvikelaki (23/2006), tupakkalaki (549/2016) ja eläinlääkintähuoltolaki (765/2009). Kunnan on huolehdittava eläintautilaissa (441/2013), eläinsuojelulaissa (247/1996), eläinten kuljetuksesta annetussa laissa (1429/2006) ja eläinten lääkitsemisestä annetussa laissa (617/1997) kunnaneläinlääkärille säädettyjen valvontatehtävien hoidon edellytyksistä. Nämä valvontatehtävät ovat valtion vastuulla, ja valtio korvaa kunnalle valvontatehtävien suorittamisesta aiheutuneet kustannukset.

Nykymuotoinen ympäristöterveydenhuolto muotoutui Suomessa pääosin 1800-luvun viimeisen neljänneksen aikana. Tällöin luotiin toimialaan liittyvää lainsäädäntöä, perustettiin lautakuntajärjestelmä sekä aloitettiin säännöllinen valvonta- ja tarkastustoiminta. Vuonna 1879 annettiin terveydenhoitoasetus, joka vastaa nykyistä terveydensuojelulakia. Ympäristöterveydenhuolto kuuluu siis kuntien vanhimpien lakisääteisten tehtävien joukkoon.

Lain ympäristöterveydenhuollon yhteistoiminta-alueesta (410/2009) mukaan ympäristöterveydenhuolto on järjestettävä kunnassa tai kuntien välisenä yhteistoimintana niin, että ympäristöterveydenhuollosta vastaa yksi toimielin, jolla on oltava käytettävissään vähintään kymmentä henkilötyövuotta vastaavat henkilöstöresurssit *(1)*. Kainuu on toiminut edelläkävijänä yhteistoiminta-alueen muodostamisessa, koska jo vuoden 2005 alusta ympäristöterveydenhuolto täytti lain asettamat vaatimukset.

Ennen hallintokokeilun alkua ympäristöterveydenhuolto hoidettiin kunnissa, joissa tehtäviä hoitivat terveystarkastajat ja kunnaneläinlääkärit. Terveystarkastajien tehtävänkuvat vaihtelivat kunnittain. Varsinkin pienemmissä kunnissa oli yhdistelmävirkoja, jolloin terveystarkastajan tehtäviin saattoi kuulua myös edunvalvontaa, kuluttajaneuvojan tehtäviä, ruoka- ja siivouspalvelun

(1) Keinänen J, Forss P, Kunnallinen ympäristöterveydenhuolto 2010

tehtäviä sekä ympäristönsuojelutarkastajan tehtäviä. Yhteistyötä kuntien välillä oli vähän, joillakin kunnilla oli kuitenkin ostopalvelusopimus toisen kunnan kanssa. Eläinlääkintähuollossa yhteistyötä tehtiin päivystyksen järjestämisessä. Kajaanissa ja Sotkamossa ympäristöterveydenhuoltoon kuului myös laboratorio.

Ympäristöterveydenhuolto oli suurimmassa osassa kuntia organisaatiorakenteessa osa sosiaali- ja terveyspalveluja. Kajaanissa ympäristöterveydenhuolto kuului tekniseen palvelukeskukseen, jossa se muodosti rakennusvalvonnan ja ympäristönsuojelun kanssa ympäristövalvonnan vastuualueen.

Ympäristöterveydenhuollon henkilökuntaa kaikista kunnista osallistui hallintokokeilun valmistelutyöhön aiheeseen keskittyneessä työryhmässä. Näin alan ammattilaiset pääsivät vaikuttamaan muodostuvan organisaation toimintaan heti valmistelutyön alettua.

Hallintokokeilun alkaessa vuonna 2005 ympäristöterveydenhuolto integroitiin osaksi sosiaali- ja terveydenhuoltoa. Suunnittelu ja käynnistäminen vei paljon aikaa ennen kuin toiminta vakiintui. Tosin tässäkin voi todeta, että vain muutos on pysyvää, sillä työnjakoa ja toimipisteitä pitää kehittää koko ajan lainsäädännön vaatimusten mukaan. Maakunnallisen organisoitumisen tuoma muutos oli kuitenkin suuri mahdollisuus jo sen vuoksi, että se antoi mahdollisuuden toteuttaa edelläkävijänä ympäristöterveydenhuollon yhteistoimintaaluetta koskevan lain vaatimukset.

16.1 Maakunnallinen malli mahdollistaa erikoistumisen

Maakunnallisen mallin avulla on pystytty tehostamaan palveluja, yhdenmukaistamaan valvontaa ja parantamaan työyhteisön toimivuutta. Esimerkiksi terveysvalvonnan osalta terveystarkastajien virkajärjestelyt on toteutettu niin, että tehtäväkuvaan kuuluu vain ympäristöterveydenhuollon tehtäviä ja jokainen työntekijä on voinut kehittää asiantuntemustaan joillakin tehtäväalueilla. Isompi yksikkö on mahdollistanut myös toimivat sijaisuusjärjestelyt. Suunnitelmallisuus ja laatujärjestelmätyö taas ovat tuoneet tehokkuutta valvontatyöhön. Laaja toiminta-alue asettaa kuitenkin haasteensa ja rajoittaa erikoistumista – palvelujen toimivuuden ja asiakaspalvelun vuoksi toimipisteitä pitää olla useita (lähes Belgian kokoisella alueella yhteensä viisi).

Eläinlääkintähuollossa työnjako hygieenikko-, hyvinvointi- ja praktikkoeläinlääkäreiden kesken on mahdollistanut erikoistumisen: hallinnollisista töistä ja eläinperäisten elintarvikkeiden valvonnasta vastaa hygieenikkoeläinlääkäri, hyvinvointieläinlääkäri vastaa eläinsuojelusta ja praktikot keskittyvät praktiikkaan.

Sijaisten rekrytoinnin keskittäminen vastuualueen päällikkönä toimivalle eläinlääkärille on myös tehostanut toimintaa. Päivystystiheys on pienentynyt, koska päivystysringissä on mukana kunta-aikaa useampi eläinlääkäri.

Terveydenhuoltotyötä ja neuvontaa pystytään tarjoamaan entistä paremmin, ja eläinsuojeluvalvonta on tehostunut. Lisäksi isompi organisaatio on mahdollistanut kalliimpien laitehankintojen (mm. digiröntgen) keskittämisen osalle vastaanotoista.

Alussa toteutettua työnjakoa ovat vaikeuttaneet hygieenikkoeläinlääkärin rekrytoinnin vaikeudet. Myös praktikkoeläinlääkäreiden sijaisten rekrytointi on ollut välillä haasteellista, mutta tilanne on helpottunut vuodesta 2015 alkaen. Hyvinvointieläinlääkärin viran perustamisessa Kainuussa oltiin edelläkävijöitä. Valtakunnallisesti tavoitteeksi on vasta myöhemmin asetettu, että eläinsuojeluvalvontaa hoitava eläinlääkäri ei toimisi praktikkona vaan valvonnasta vastaisi joku muu kuin tilan eläimiä hoitava eläinlääkäri. Myöhemmin muualla Suomessa onkin perustettu valvontaeläinlääkäreiden virkoja yhteistoimintaalueille. Kainuussa hyvinvointieläinlääkärin virkanimike muutettiin valvontaeläinlääkäriksi vuonna 2014.

Sotkamossa ja Kajaanissa sijaitsevien laboratorioiden yhdistäminen ja siirtäminen vuonna 2006 yhteen toimipisteeseen Kajaaniin koko Kainuuta palvelevaksi laboratorioksi mahdollisti asiantuntijoiden, tilojen ja palvelun saamisen entistä tehokkaampaan käyttöön. Laboratoriolla oli allianssisopimus Kainuun Ympäristökeskuksen (nykyään Kainuun ELY) kanssa vuoden 2008 loppuun saakka. Yhteistyö kliinisen laboratorion kanssa lisääntyi muun muassa näytteenkuljetuksissa, laitehankinnoissa ja elatusaineiden valmistuksessa. Lisäksi laboratorioilla oli yhteinen säteilyasioista vastaava asiantuntija. Yhteistyö loppui pohjoisten sairaanhoitopiirien yhdessä omistaman NordLabin aloittaessa toimintansa vuoden 2013 alussa.

Nyt oma laboratoriotoiminta on loppunut Kainuussa. Kuntalain (626/2013) ja kilpailulain (595/2013) muutosten vuoksi laboratoriotoimintaa ei voitu jatkaa kuntayhtymän omana laboratoriona, sillä kuntalain mukaan kunnan tulee pääsääntöisesti yhtiöittää kilpailutilanteessa markkinoilla oleva toiminta. Asiasta tehtyjen selvitysten perusteella Kainuun soten hallitus päätti 17.12.2014 lakkauttaa Kainuun elintarvike- ja ympäristölaboratorion toiminnan 31.12.2014 alkaen. Vuoden 2015 alussa Savo-Karjalan Ympäristötutkimus Oy aloitti aiempaa suppeamman laboratoriotoiminnan ympäristöterveydenhuollon laboratorion tiloissa.

Keskitetty johtaminen on tehostanut ympäristöterveydenhuollon ja eri vastuualueiden välistä yhteistyötä ja tiedottamista. Haasteita tuovat pitkät välimatkat, erikoistumisesta huolimatta laaja tehtäväkenttä sekä työnjakoon ja koko organisaatioon liittyvät palvelut. Etäjohtaminen on oma haasteensa – toisaalta koetaan, että esimiestyö on nyt paremmin järjestetty kuin aikoinaan yksittäisissä kunnissa.

16.2 Laaja-alainen organisaatio tehostaa yhteistyötä

Ympäristöterveydenhuollossa on painopiste ennaltaehkäisyssä. Jokainen vältetty tai ajoissa katkaistu epidemia vähentää huomattavasti terveydenhuollon kuormitusta ja sairauksien aiheuttamia poissaoloja työstä *(2)*.

(2) Hartikainen T, Lehtonen S, Mehtonen M, Tyni T, Ympäristöterveydenhuollon kustannukset ja maksullisuus 6, 2012.

Ympäristöterveydenhuollossa ehkäistään epidemioiden lisäksi myös monia kroonisia sairauksia (esim. tupakoinnista ja sisäilmaongelmista aiheutuvia). Ympäristöterveydenhuollon pienellä panokselle (alle 1 % sosiaali- ja terveyssektorin kustannuksista) voidaan vähentää merkittävästi muiden toimialojen kustannuksia *(3)*. Nokian vesiepidemia on Suomen tähän asti laajin talousveden aiheuttama epidemia, jossa vatsatautiin sairastui yli 5 000 henkilöä eli yli puolet (53 %) pilaantuneen veden alueen asukkaista. Epidemian aiheuttamat suorat terveyskustannukset olivat 354 496 euroa, mikä on murto-osa todellisista kustannuksista *(4)*.

Ympäristöterveydenhuolto on ollut yksi tulosalue soten organisaatiossa. Näin muut tulosalueet ovat tulleet entistä tietoisemmiksi ympäristöterveydenhuollon tehtävistä, ja vastaavasti ympäristöterveydenhuolto on pysynyt ajan tasalla muiden tulosalueiden tehtävistä. Tukitoimien (hallinto-, henkilöstö-, talous- ja hankintatoimen sekä tietohallinnon) merkitys on ollut ympäristöterveydenhuollon osalta suuri. Laboratorion toiminnan lakkaamisen yhteydessä iso organisaatio tarjosi mahdollisuuden irtisanottujen henkilöiden kouluttamiseen ja rekrytointiin.

Yhteistyötä muun soten kanssa on tehty muun muassa laatujärjestelmätyössä ja ennaltaehkäisevässä työssä esimerkiksi savuttomuuteen sekä valvontatehtäviin liittyen. Valvontatehtävät ovat koskeneet muun muassa elintarvikevalvontaa, tupakkavalvontaa ja sisäilmavalvontaa. Valmiussuunnittelussa samoin kuin ruokamyrkytys- ja vesiepidemioiden selvittämis- ja suunnittelutyössä on tehty yhteistyötä eri tulosalueiden kanssa.

Elintarvikevalvonta kattaa koko ruokaketjun pellolta pöytään -ajatuksen mukaisesti. Eläinlääkärit valvovat alkutuotannon turvallisuutta ja hygieniaa sekä muun muassa lääkkeiden käytön turvallisuutta. Elintarvikkeemme ovatkin salmonellavapaita. Yhteistyössä lääkäreiden kanssa selvitämme esimerkiksi EHEC-tapauksia, joissa usein lähteenä on eläinperäinen elintarvike.

Hallintokokeilun aikana sote-lautakunta ja sote-kuntayhtymän aikana soten hallitus sekä viranhaltijat ovat voineet muun muassa ympäristölupaprosessiin liittyvistä asiakirjoista ja kaavaehdotuksista antamillaan lausunnoilla vaikuttaa lupaehtoihin, päästörajoihin ja toiminnalta vaadittavaan seurantaan. Näin terveydensuojeluviranomainen on voinut vaikuttaa siihen, että ympäristön terveellisyyden kannalta tärkeät näkökohdat huomioidaan toiminnoissa. Yhteistyö muiden viranomaisten ja toiminnanharjoittajan kanssa sekä tiedon saanti päästöistä ja vaikutuksista on tärkeää, jotta tarvittaessa voidaan antaa neuvontaa ja ohjausta kuntalaisille.

16.3 Tapaus Talvivaara

Kainuussa Talvivaaran kaivos (nyt Terrafame) on vaikuttanut monella tavalla ympäristöterveydenhuollon toimintaan. Kaivoksen toimintaan liittyvistä luvista on annettu lukuisia lausuntoja, samoin on osallistuttu toimintaa arvioiviin selvitystöihin ja häiriötilanneselvityksiin. Lausunnoissa on kiinnitetty huomiota toiminnasta mahdollisesti aiheutuviin terveyshaittoihin tai -vaaroihin.

(3) Turvallinen talousvesi – tärkeä asia, mutta ei itsestään selvyys. Suomen sairaalahygienialehti 32, 2014, s. 254–255.
(4) Nokian vesikriisi vuonna 2007 oli laajin laatuaan. Potilaan lääkärilehti www.potilaanlaakarilehti.fi

Selvityksistä esimerkkinä on Eviran valtakunnallinen hanke ”Elintarvikkeiden radioaktiivisuusvalvonnan tehostaminen kunnissa”. Tutkimuksen perusteella saatiin tietoa muun muassa kaivosteollisuuden vaikutuksista pitoisuuksiin *(5)*. Lisäksi on osallistuttu EAKR-rahoitteiseen projektiin ”Haitalliset alkuaineet Kainuun kaivovesissä”, jossa tutkittiin mustaliuske- ja vihreäkivialueilla sijaitsevien kaivojen veden laatua ja arvioitiin kaivoveden terveyshaittoja *(6)*. Samoin on osallistuttu Riista- ja kalatalouden tutkimuslaitoksen (nyt Luonnonvarakeskus LUKE) ja Eviran toteuttamaan tutkimukseen kaivostoiminnan jätevesipäästöjen vaikutuksista kalojen laatuun *(7)*.

Kaivoksen häiriötilanteista laajamittaisin on ollut vuoden 2012 kipsisakka-allasvuoto, jolloin ympäristöön pääsi haitallisia vesiä. Tällöin tehtiin yhteistyötä Kainuun ELY:n ja valtakunnallisen häiriötilanneorganisaation kanssa arvioimalla lähivesistöjen laatua ja niiden soveltuvuutta talous- ja uimavedeksi terveydensuojeluviranomaiselle lainsäädännön nojalla annettujen ohjeiden mukaisesti. Arvioinnin perusteella on voitu antaa asukkaille ohjeita veden käytöstä.

Sote- ja maakuntauudistukseen liittyvän hallituksen 5.4.2016 tekemän linjauksen mukaan ympäristöterveydenhuolto hoidetaan koko maassa maakunnallisesti. Syksyllä 2016 aloitettiin uudistukseen valmistautuminen, ja ympäristöterveydenhuollolla on ollut edustus valmistelutyöryhmissä. Kainuu on ollut edelläkävijänä maakunnallisesti hoidetussa ympäristöterveydenhuollossa. Tulevat vuodet näyttävät, millaisessa toimintaympäristössä ympäristöterveydenhuolto jatkossa toimii.

(5) Vuoden 2010 EVO–hanke, Elintarvikkeiden radioaktiivisuusvalvonnan tehostaminen.
(6) Karppinen H, Komulainen H, Kousa A, Nikkarinen M, Tornivaara A, Haitalliset alkuaineet Kainuun kaivovesissä –hanke 2/2011–12/2012: Loppuraportti 2012.
(7) Korhonen P, Venäläinen E-R, Eriksson-Kallio AM, Talvivaaran nikkelikaivoksen jätevesipäästöjen vaikutukset kaloihin **2016.**

Osa C: Kainutlaatuisia hyviä käytäntöjä

17 Integraatio aikuissosiaalityössä – kohti saumatonta asiakasyhteistyötä

Päivi Ahola-Anttonen

Sote-integraatiossa on mielestäni kysymys siitä, että asiakkaan tarvitsemat sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut rakennetaan asiakaslähtöisesti ja tavoitteellisesti, ja että henkilökunta työskentelee yli organisaatiorajojen saumattomasti yhteen asiakkaan parhaaksi. Prosessissa asiakas on pääosassa. Kun häntä kuullaan ja motivoidaan, ja hän saa osallistua aidosti palvelujen suunnitteluun, hän myös todennäköisimmin sitoutuu hoitoon ja palveluihin. Tavoitteena on, että aktiivisen yhdessä työskentelyn jälkeen asiakkaan terveys ja hyvinvointi lisääntyvät, ja hän pärjää arjessa mahdollisista terveydellisistä ja sosiaalisista ongelmista huolimatta.

Kirjoittajaa on inspiroinut Kauko Koivuniemen ja Kimmo Simosen teos *(1)* , joka käsittelee ihmistä arvostavaa terveydenhuoltoa. Artikkelin taustalla ovat myös keskustelut Kauko Koivuniemen kanssa. Koivuniemi on jaotellut sosiaali- ja terveydenhuollon asiakkuuksia neljään ryhmään asiakkaan pärjäämisen ja suhdekustannusten perusteella: pärjääjiin, yhteistyöasiakkaisiin, tukiasiakkaisiin ja johdettuihin asiakkuuksiin. Pitkäaikaisesti työttömät asiakkaat, jotka tarvitsevat työ- ja toimintakyvyn selvittelyä eläkehakemuksen tueksi ovat yleensä johdettuja asiakkuuksia. Koivuniemen mukaan näille haastaville asiakkuuksille on rakennettava suunnitelma, jonka läpivientiä valvoo asiakkuuteen resursoitu asiakkuusluotsi *(2)*.

Kainuun sotessa kehitetään jatkuvasti toimintamalleja erilaisiin asiakastarpeisiin. Yksi tällainen tarve on pitkään työttömänä olleiden asiakkaiden työ- ja toimintakyvyn arviointi. Kuvaan tässä artikkelissa, miten työ- ja toimintakyvyn arvioinnin haasteeseen on tartuttu moniammatillisesti. Toivon tapaus on esimerkki onnistuneesta asiakasprosessista, joka valaisee sote-integraation osatekijöitä käytännössä *(3)*.

17.1 Haasteena pitkäaikaisesti työttömän henkilön työ- ja toimintakyvyn arviointi

Kainuussa arvioidaan asuvan useita satoja pitkään työttömänä olleita henkilöitä, jotka syystä tai toisesta ovat todellisuudessa työkyvyttömiä, mutta heidän työ- ja toimintakykyään ei ole perusteellisesti selvitetty. Inhimillisesti katsoen nämä henkilöt ovat erittäin vaikeassa tilanteessa: heidän odotetaan toimivan ikään kuin heillä ei olisi terveydellisiä tai sosiaalisia rajoitteita. Ja heidän pitää ottaa tarjottaessa vastaan työ- tai koulutuspaikka, vaikka he eivät siihen kykene. Kun he kieltäytyvät, he menettävät työttömyysetuutensa. He ovat asiakkaina työ- ja elinkeinotoimistossa, jolla ei ole heille sopivia palveluita. Todennäköisesti näillä henkilöillä on asiakkuus myös terveydenhuollossa ja sosiaalihuollossa, mutta missään viranomaisessa heidän tosiasiallinen

(1) Koivuniemi K. & Simonen K.: Kohti asiakkuutta. Ihmistä arvostava terveydenhuolto. 2011, Duodecim.
(2) Koivuniemi K & Simonen K 2011, 100–103 ja 124–134.
(3) Tapaus Toivo on kirjoitettu eläkeselvittelykoordinaattori Kirsi Kumpulaisen ja kirjoittajan keskustelun pohjalta.

elämäntilanteensa ei tule kokonaisvaltaisesti esiin, eikä siihen paneuduta perinpohjaisesti. Monet asiakkaat kokevat, että eivät pysty työhön. Heillä ei kuitenkaan ole yleensä tietoa, miten tilanteessa tulisi toimia – eikä liioin voimia, kykyä ja tarvittavaa osaamista hakea tai vaatia tarvitsemiaan palveluja omien asioidensa edistämiseksi. He kärsivät tilanteesta.

Työkyvyttömyyseläkkeen hakeminen on periaatteessa yksinkertaista. Työkyvyttömyyseläkkeen hakeminen pitkäaikaisesti työttömälle henkilölle niin, että se tuottaa toivotun tuloksen – myönteisen työkyvyttömyyseläkepäätöksen Kelalta – vaatii kuitenkin usein paljon erilaisia lääketieteellisiä tutkimuksia sekä laajan sosiaalisen selvityksen hakijan työhistoriasta ja nykyisestä elämäntilanteesta. Lisäksi edellytetään hakijan osallistuvan työkokeiluun, kuntouttavaan työtoimintaan tai muuhun toimintaan, jossa voidaan arvioida, miten henkilö nykyisin suoriutuu työssä.

Työkyvyttömyyseläkehakemuksen tärkeä liite on lääkärin B-lausunto, johon on koottu kaikki tutkimukset ja muut selvitykset. Siinä hakijan työkyvyttömyys on perusteltu pitävästi ja ristiriidattomasti. Koko prosessi edellyttää vankkaa moniammatillista yhteistyötä, sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstön erityisosaamista ja asiakkaan sitoutumista tutkimuksiin ja selvittelyihin.

Keväällä 2015 aikuissosiaalipalveluissa aloitti uusi ammattihenkilö – sosiaaliohjaaja. Hänen tehtäviinsä kuuluu pitkäaikaisesti työttömien ja ilmeisen työkyvyttömien asiakkaiden työ- ja toimintakyvyn arvioinnin prosessin koordinointi. Tämä eläkeselvittelykoordinaattori kokoaa asiakastietoa eri organisaatioista, ohjaa asiakkaita tutkimuksiin ja selvityksiin ja on heidän tukenaan prosessin aikana. Hän myös avustaa asiakkaita eläkehakemuksen laatimisessa. Eläkeselvittelykoordinaattorin varassa on asiakkaiden selvittelyprosessin eteneminen sekä toimintamallin edelleen kehittäminen yhteistyössä muiden toimijoiden kanssa.

17.2 Tapaus Toivo

Eläkeselvittelykoordinaattoriin otti yhteyttä sosiaaliohjaaja, jonka asiakas Toivo (nimi muutettu ja prosessin yksityiskohdat häivytetty anonymiteetin turvaamiseksi) oli 50-vuotiaana saanut jo neljä kertaa hylkäävän työkyvyttömyyseläkepäätöksen. Sosiaaliohjaajan mielestä Toivo oli kuitenkin selvästi kykenemätön työhön. Hän pyysi eläkeselvittelijää avukseen tutkimaan, oliko Toivon tilanteessa jotakin tehtävissä.

Aluksi kokoonnuttiin kolmestaan selvittämään nykytilannetta. Toivon elämää oli usean vuoden hallinnut runsas alkoholinkäyttö, minkä vuoksi päätettiin uusia riippuvuuksienhoidon asiakkuus. Riippuvuuksienhoidon sairaanhoitajan vastaanotolle Toivon tueksi meni oma sosiaaliohjaaja. Sen jälkeen seurasi muutama käynti lääkärin kiireettömällä vastaanotolla. Lääkäri kirjoitti lausunnon, joka avasi Toivolle mahdollisuuden käydä kahdesti Kelan maksamalla kuntoutustuella kuntoutustarveselvityksessä kuntoutuslaitoksessa. Kuntoutushakemuksen täytti oma sosiaaliohjaaja. Toivon lähteminen kuntoutustarveselvitykseen ei ollut mikään itsestäänselvyys, vaan edellytti oman sosiaali-

ohjaajan ja eläkeselvittelykoordinaattorin pontevaa toimintaa ja Toivon määrätietoista motivointia.

Alkoholisoituneen asiakkaan työkyvyn arvioinnissa on tärkeää, että asiakas kykenee olemaan ilman alkoholia tutkimusten aikana noin kaksi kuukautta. Vasta sen jälkeen voidaan arvioida alkoholin mahdollisesti aiheuttamat palautumattomat vauriot ja niistä johtuvat toimintakyvyn ongelmat. Toivo ratkesi kesken tutkimusten juomaan sillä seurauksella, että hän sai vakavan kohtauksen, ja hänet vietiin Kainuun keskussairaalan päivystyspoliklinikalle. Ennen Toivon kotiin paluuta päivystyspoliklinikan terveydenhuollon henkilökunta oli yhteydessä Toivon omaan sosiaaliohjaajaan, joka tuki Toivon kotiutusta.

Eläkeselvittelyprosessia jatkettiin takapakista huolimatta. Seuraavaksi oli vuorossa Kainuun keskussairaalan neurologiselle poliklinikalle sovittu lääkärin tapaaminen. Oma sosiaaliohjaaja huolehti kotipaikkakunnalla, että Toivo lähtee Kajaanin matkalle. Eläkeselvittelykoordinaattori puolestaan huolehti Kajaanissa, että Toivo löysi oikeaan paikkaan keskussairaalassa, ja oli mukana tapaamisessa Toivon tukena. Neurologi kävi läpi aiemmin tehtyjen tutkimusten tulokset ja teki Toivolle selväksi, että hänen saamansa vakava kohtaus oli alkoholin aiheuttama ja että vastaavat kohtaukset tulisivat uusimaan, mikäli päihteiden käyttö ei lopu.

Aikuissosiaalipalveluissa tehtiin sosiaalinen selvitys Toivon tilanteesta. Eläkeselvittelykoordinaattori ja Toivo keskustelivat päihteettömyyden merkityksestä. Pohdittiin yhdessä kohtauksen uusiutumisriskiä ja jopa elämän päättymisen mahdollisuutta päihteiden käytön seurauksena. Tavoitteena oli motivoida Toivoa päihteettömyyteen. Varattiin aika Toivon omalle terveyskeskuslääkärille, jonka tehtävänä oli kirjoittaa eläkehakemuksen liitteeksi se B-lausunto, johon kootaan kaikki tutkimustulokset ja selvitykset – muun muassa neurologin lausunto. Eläkeselvittelykoordinaattori ohjeisti Toivoa tarkoin, miten vastaanotolla tulee toimia. Toivo kirjoitti ohjeet muistiin. Hän tapasi lääkärin yksin. Sitten jäätiin odottamaan ratkaisevaa lausuntoa.

Lausuntoa odottaessa eläkeselvittelykoordinaattori oli viikoittain puhelinyhteydessä Toivoon. Oma sosiaaliohjaaja ja riippuvuuksienhoidon sairaanhoitaja puolestaan tapasivat vuoroin Toivoa henkilökohtaisesti – ja kaikki olivat tukemassa Toivoa päihteettömyyteen. ”Eläkelausunto” saatiin muutaman kuukauden kuluttua, minkä jälkeen Toivo teki eläkeselvittelykoordinaattorin kanssa työkyvyttömyyseläkehakemuksen.

Eläkeselvittelykoordinaattori kirjasi hakemukseen tarkoin, miten Toivo näki itse tilanteensa ja sairautensa, ja merkitsi lisätietoihin ”olen avustanut asiakasta hakemuksen täytössä”. Lääkärin lausunto liitteineen liitettiin hakemukseen, ja hakemusta kirjoitettaessa keskusteltiin Toivon nykytilanteesta. Hän oli ollut alkoholitta kuukausia, ja hän oli virkeämmän ja parempikuntoisen näköinen. Kasvojen harmaus oli poistunut ja tilalle tullut normaali väri. Samalla käytiin läpi Toivon taloudellista tilannetta ja rahankäyttöä. Toivo oli tyytyväinen, että muuhun elämään jäi nyt enemmän rahaa, kun niin paljoa ei mennyt kaljaan.

Toivo sai kuukaudessa Kelasta myönteisen työkyvyttömyyspäätöksen. Eläkettä myönnettiin jopa tietty aika takautuvasti. Toivon tilanne selkiytyi, mikä lisäsi hänen hyvinvointiaan ja tunnetta siitä, että hän kykenee hallitsemaan elämäänsä. Päihteet eivät enää tähän uuteen elämään kuulu, ja Toivo on yhteydessä sosiaali- ja terveydenhuoltoon tarvittaessa.

17.3 Miten sote-integraatio näkyi ja toimi Toivon tapauksessa?

Toivolle saatiin varatuksi aika terveyskeskuslääkärille silloin, kun sitä tarvittiin. Lääkärikäyntien tarpeellisuutta ei kyseenalaistettu. Lääkärillä oli käytettävissään kansanterveyshoitajan puoli vuotta ennen eläkeselvittelyprosessin alkua tekemän työttömälle henkilölle suunnatun terveystarkastuksen tiedot. Toivo ohjattiin Kelan kuntoutustarveselvitykseen ja neurologille. Näistä saatiin tarpeellista tutkimusfaktaa hakemuksen tueksi. Myös näyttöä työkokeiluista sekä muista selvityksistä saatiin usealta taholta.

Toivon tilanteessa tarvittiin lisäksi oman sosiaaliohjaajan, riippuvuuksienhoidon sairaanhoitajan ja eläkeselvittelykoordinaattorin vahvaa tukea ja Toivon lievää eteenpäin työntämistä, motivointia ja ”pehmittelyä”. Järjestettiin henkilökohtaisia palavereja, soitettiin kuulumisia ja tsempattiin. Annettiin aikaa miettiä yhteisiä keskusteluja ja tarjottiin aktiivisesti mahdollisuutta ottaa yhteyttä silloin, kun Toivo tarvitsi keskusteluapua. Sosiaalihuollon rooli oli merkittävä myös siten, että Toivon siirtymiset paikasta toiseen onnistuivat käytännössä ja mahdollistettiin taloudellisella tuella. Toivolla ei ollut mahdollisuutta ajaa itse ja ilman huolenpitoa olisivat tapaamiset saattaneet unohtua. Sosiaaliohjaajat varmistivat lisäksi, että Toivo sai tarvitsemansa vastaanottoajat.

Toivon prosessi eteni oikea-aikaisesti. Kuhunkin ongelmatilanteeseen etsittiin ratkaisuja moniammatillisesti. Ennakoitiin mahdollisuuksien mukaan ne prosessin kohdat, joissa prosessi olisi saattanut katketa. Varmistettiin lähituki, jos Toivolla oli tarve keskustella henkilökohtaisesti. Toivo kohdattiin tasa-arvoisesti. Kaikki toimijat viestivät Toivolle samansuuntaisesti hänen tilanteestaan. Kaikilla toimijoilla oli yhteinen tavoite – Toivon päihteettömyys, johon Toivo lopulta itsekin sitoutui ymmärrettyään tilanteen vakavuuden.

Toivolle tuli prosessissa tunne, että hänestä välitetään aidosti ja että kaikki toimivat hänen parhaakseen.

Yhteispelillä Toivo pysyi päihteettömänä, ja hänen asiansa etenivät toivottuun suuntaan. Toivon lääkäri oli lopulta se, joka kokosi koko paketin omaan lausuntoonsa.

17.4 Lopuksi

Toimintamallia pitkäaikaisesti työttömän henkilön työ- ja toimintakyvyn arvioimiseksi kehitetään edelleen. Onnistuminen edellyttää sote-toimijoiden yhteistä tahtotilaa tehdä työtä asiakkaan parhaaksi ja sitoutumista asiakaslähtöiseen työskentelymalliin. Lähtökohtana on ammattilaisten keskinäinen luottamus – luotetaan toisen ammattitaitoon ja otetaan se oman päätöksenteon tueksi.

Toivon tapauksessa työ- ja toimintakyvyttömyyden aiheutti hallitsematon alkoholin käyttö, ja työkykyä alentavia rajoitteita oli paljon muitakin. Jos asiakkaalla on esimerkiksi tuki- ja liikuntaelinten ongelmien lisäksi ongelmia päihteiden käytössä, on vaarana, että terveydenhuollossa kiinnitetään huomiota vain päihdeongelmaan ja muut vaivat jäävät huomiotta. On myös kokemuksia siitä, että asiakasta ei kohdata ihmisenä vaan tapauksena ja että sosiaaliohjaajan ollessa mukana lääkäri puhuu asiakkaan ohi sosiaaliohjaajalle. Näissä tilanteissa tarvitaan uudenlaista asennetta ja tapaa toimia. Kuten aikaisempi sosiaali- ja terveysjohtaja on todennut, ”ei ole toivottomia asiakkaita, on vain toivonsa menettäneitä” (Tuomo Pääkkönen Suomussalmella 11.11.2016).

Resursseihin panostaminen ja tiivis työskentely tietyssä asiakasprosessin vaiheessa vapauttaa henkilöstö- ja muita voimavaroja jatkossa, kun asiakkaan tilanne selkiytyy ja hän alkaa pärjätä arjessa omatoimisemmin. Asiakkaan tilanteiden haltuun ottamisen tuloksena sosiaali- ja terveydenhuollon niin sanottu pyöröoviefekti vähenee. Kysymys ei ole aivan pieni kuntataloudenkaan kannalta – kunnat maksavat kuukausittain Kelalle yli 300 päivää työmarkkinatukea saaneiden henkilöiden tuesta 50 prosenttia ja yli 999 päivää tukea saaneiden tuesta 70 prosenttia. Monet pitkään työttömänä olleista eläkeselvittelyä vailla olevista henkilöistä ovat tällä Kelan maksulistalla. Vuonna 2016 nämä kuntien menot olivat Kainuussa noin viisi miljoonaa euroa.

18 Palvelut uudistuvat moniammatillisiksi

Kristiina Anttonen

Onko moniammatillisuus laadun, hyvän palvelun ja tehokkuuden lähtökohta ja tae? Tätä pohdin artikkelissani Kainuun näkökulmasta.

Valtakunnallisesti moniammatillisuutta on toteutettu monialaisissa työllistymistä edistävissä palveluissa (MYP) jo vuosia. Kansaeläkelaitos (Kela), sosiaalitoimi ja työvoimahallinto ovat tehneet yhteistyötä tavoitteenaan kustannustehokkaat, asiakkaiden läpivirtaavuutta lisäävät palvelut. Palveluissa pyritään toteuttamaan yhden luukun periaatetta niin, että asiakas saa toisiinsa kytköksissä olevat etuudet ja palvelut yhdestä paikasta jopa yhdellä asioinnilla. MYP-työ on ollut hyvä malli fyysisesti samassa paikassa toteutetulle monisektoriselle moniammatillisuudelle, joka on tullut sosiaali- ja terveydenhuollossa tutun tapauskohtaisen työn rinnalle.

Kainuussa on jo vuosia toteutettu sosiaali- ja terveydenhuollon integraatiota tuottamalla osa lapsiperheiden palveluista perhekeskuksissa. Tämä moniammatillinen yhteistyö on myös hyvä esimerkki asiakaslähtöisestä työotteesta. Niin MYP- kuin perhekeskustyössä eri ammattiryhmien fyysinen läheisyys on tuonut eri toimijat tutuiksi niin asiakkaille kuin monille ammattilaisille. Moniammatillisen yhteistyön kynnys on madaltunut. Nämä työtavat ovat tavoitteidensa mukaisesti toimiessaan myös lisänneet palveluiden oikea-aikaisuutta ja näyttäneet mallia moniammatillisesta työstä. Tätä mallia on voitu hyödyntää, kun muun muassa kuntouttava työtoiminta on etsinyt paikkaansa osana moniammatillista aikuissosiaalityötä. Kainuussa on jo paljon kokemusta siitä, miten eri koulutustaustaisten ihmisten yhteistyö hyödyttää asiakasta, kun palvelut rakennetaan asiakaslähtöisesti ja yhteiset tilat sekä moniammatillinen tiimityö yhdensuuntaisine tavoitteineen tukevat sitä.

Perhekeskus ja MYP eivät ole Kainuun soten ainoat työtavat, missä palvelut on tietoisesti mietitty moniammatillisesti ja asiakaslähtöisesti. Keskussairaalan päivystyspoliklinikalla on vuodesta 2016 lähtien työskennellyt kaksi psykiatrista sairaanhoitajaa. Sosiaalialan ammattilaisten mukaan päivystyksen päätehtävän muuntuminen pelkästä fyysisestä hoidosta kokonaisvaltaisen hyvinvoinnin tukemiseen on laajentanut hoidon tarpeen arviointia, toteutusta ja jatkohoitoa – nyt asiakkaita voidaan ohjata esimerkiksi turvakotiin tai MARAK (moniammatillinen riskienarviointi) -työryhmään. Päivystyksen moniammatillisuuden lisäämisellä on siis suora vaikutus kainuulaisten saamiin oikea-aikaisiin palveluihin – ja tätä kautta niin fyysisen, psyykkisen kuin sosiaalisen hyvinvoinnin tukemiseen, negatiivisen pahoinvoinnin kierteen ehkäisyyn tai varhaiseen katkaisemiseen jopa taloudellisia välillisiä ja suoria kuluja säästäen.

Sosiaali- ja terveydenhuoltoa ohjaava yleislainsäädäntö on 2000-luvulla määrittänyt asiakkaan oikeudeksi sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistyönä tehtävän suunnitelmallisen työn. Terveydenhuollon yleislain eli terveydenhuoltolain (2010/1326) § 32 velvoittaa järjestämään terveydenhuollon palveluita moniammatillisesti, mikäli tehtävien asianmukainen hoitaminen sekä potilaan hoidon ja sosiaali- ja terveyspalvelujen tarve sitä edellyttävät. Lain mukaan terveydenhuollon ammattihenkilön pitää osallistua sosiaalihuollon toimenpiteestä vastaavan työntekijän pyynnöstä palvelutarpeen arviointiin ja asiakassuunnitelman laatimiseen, mikäli sosiaalihuoltolain mukainen palvelutarpeen arviointi, päätösten tekeminen tai sosiaalihuollon toteuttaminen edellyttää myös terveydenhuollon näkökulman huomioimista.

Sosiaalihuollon yleislain eli sosiaalihuoltolain (2014/1301) 41§:n mukaan sosiaalihuoltoa tulee toteuttaa siten, että sosiaalihuollon ja tarvittaessa muiden hallinnonalojen palvelut muodostavat asiakkaan edun mukaisen kokonaisuuden. Nyt sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstön pitää siis osata toteuttaa tätä asiakkaan oikeuksia turvaavaa lainsäädäntöä. Kaikkien ammattiryhmien riittävä lainsäädännöllinen osaaminen ja valmius toteuttaa lakeja käytännön työssä pitää turvata niin ammattiin opiskeltaessa ja työhön perehdytyksessä kuin täydennyskoulutuksissa.

Myös sosiaali- ja terveydenhuoltolakiin sisältyvä päivystysuudistus, joka astui voimaan vuoden 2017 alusta, on entisestään lisännyt yhteistyövelvoitteita sosiaali- ja terveydenhuollon välillä.

Kun siis katsoo sosiaali- ja terveydenhuoltolain velvoitteita ristiin, huomaa selvästi velvoitteen suunnitelmalliseen moniammatillisuuteen ja asiakkaan edun mukaisiin palveluihin. Tämä ei tarkoita lähtökohtaisesti mitä tahansa asiakkaan haluamia palveluita vaan sitä kokonaisuutta, minkä moniammatillinen tiimi yhdessä asiakkaan kanssa pystyy perustelemaan ja järjestämään asiakkaan parhaaksi. Asiakas ja tämän läheisverkosto ovat kuitenkin osa päätöksiä tekevää tiimiä. Sosiaali- ja terveydenhuoltolain noudattaminen vaatii siis rakenteilta, johtamiselta ja arjen työltä asiakkaan näkemistä psyko-fyysis-sosiaalisena kokonaisuutena. Kun asiakas kohdataan kokonaisvaltaisesti, tulevat huomioiduiksi myös ne asiakkaat, joilla ei itsellään ole voimaa tai osaamista vaatia oikeuksiaan – samoin kuin ne, joilla ei ole ketään viemässä asioita eteenpäin tai huolehtimassa asiakkaan oikeuksista.

Sosiaali- ja terveydenhuollossa pitää päästä eroon poiskäännyttämisen kulttuurista.

Sosiaali- ja terveydenhuollon asiakkaat ovat yhä tietoisempia oikeuksistaan. He osaavat pyytää ja jopa vaatia palveluita, päätöksiä, perusteluita ja toisten ammattilaisten läsnäoloa ja mielipiteitä. Sekä työntekijät että asiakkaat kokevat turhauttavana päällekkäiset – toisinaan samansuuntaiset, joskus ristiriitaiset – aikavaraukset ja suunnitelmat, joiden vuoksi asiakas juoksee eri sosiaali-

ja terveydenhuollon palvelupisteissä kertomassa yhä uudelleen samoja asioita jopa samasta näkökulmasta. Tällainen työskentely ei motivoi vaan turhauttaa ja syö yhteiskunnan niukkoja resursseja.

Tuomalla eri ammattiryhmät samoihin fyysisiin tai virtuaalisiin tiloihin läpi koko hoitoketjun kiireellisestä hoidosta kiireettömän palvelun kautta aina kotiin vietäviin palveluihin, saadaan pitkien etäisyyksien Kainuussakin prosesseihin taloudellisuutta, tehokkuutta ja asiantuntemusta. Moniammatillinen työ ja tiimit pitää rakentaa niin, että kokonaisvaltainen arviointi ja suunnittelu onnistuvat saumattomasti. Tämä vaatii työnkuvien, organisatorisen ja fyysisen sijoittelun sekä tieto-, taito- ja asenneosaamisen tarkastelua.

18.1 Moniammatillinen uusi sairaala

Kainuun soten uusi sairaala tuo eri alojen ammattilaiset fyysisesti ja toiminnallisesti yhä lähemmäs toisiaan hyödyntäen myös virtuaalista läheisyyttä. Nämä rakenteet mahdollistavat tietyiltä osin yhä parempaa lainsäädännön toteuttamista ja tuovat moniammatillisen työn yhä lähemmäksi asiakasta. Moniammatillisuuden toteuttaminen ja palvelun hiominen alusta loppuun asti toteutettavaksi ilman turhan jonottamisen ja poiskäännyttämisen kulttuuria takaa asiakkaiden huomioimisen psyko-fyysis-sosiaalisina kokonaisuuksina, sillä varsinkin kiireessä ammattilaiset helposti keskittyvät oman professionsa ydintehtävän hoitamiseen.

Kaikkien ei silti tarvitse uudessakaan mallissa osata kaikkea, vaan olennaista on osata hyödyntää kaikkia – sekä asiakkaan omaisia että toisia ammattilaisia. Asiakkaiden palveluohjaus tehostuu, kun asiakas nähdään kokonaisuutena, häntä ei ohjata väärään paikkaan tai hän ei odota kuukausia ilman palvelua. Pitkät odotusajat ovat riskejä, joiden aikana sosiaaliset, taloudelliset, fyysiset ja psyykkiset huolenaiheet saattavat kasvaa suhteettomiin mittoihin aiheuttaen pitkäkestoisia ja taloudellisesti kalliita seurauksia.

Mihin tulevaisuudessa laitetaan väliinputoaja-asiakkaat, ”ei kenenkään ja ei ainakaan minun -asiakkaat”, joista kukaan ei ota kokonaisvaltaista vastuuta ja joita kukaan ei halua palvella? Joudumme muuttamaan ajatteluamme niin, että emme mieti niinkään asiakkaan sopivuutta systeemiin vaan sitä, taipuuko systeemi palvelemaan kaikenlaisia asiakkaita. Lainsäädäntö ja YK:n ihmisoikeuksien julistus puhuvat ihmisoikeuksista ja tasa-arvosta – ja nämä arvot toteutuvat vasta, kun heikoista ja ”hankalista” sosiaali- ja terveydenhuollon asiakkaista pidetään kokonaisvaltaisesti huolta. Kun tästä ei-toivotusta asiakasryhmästä tulee ei-ainakaan-meidän –ajattelun sijaan kaikkien yhteinen asiakkuus, vastuu kannetaan moniammatillisesti ja asiakas saa tarvitsemansa palvelut.

Samalla eri työntekijäryhmien välinen hyvä kommunikointi sekä asioiden käsittely ja seuranta yhteistuumin lopettaa joidenkin asiakkaiden tietoisesti tai tiedostamatta toteuttaman ”pelaamisen”. Sama organisaatio, yhteiset fyysiset

tilat tai virtuaalinen yhteys ja yhteiset tietojärjestelmät helpottavat myös konsultointia.

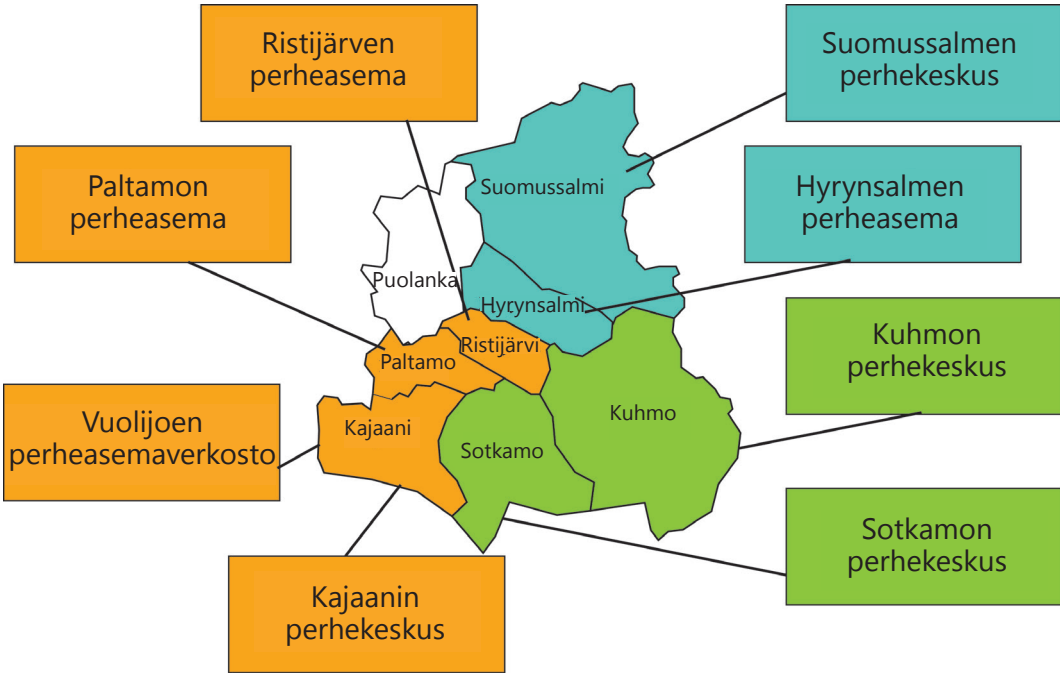
Kainuu on rakentanut maakuntakokeilusta lähtien hyvää sosiaali- ja terveydenhuollon järjestelmää, jota pyritään ylläpitämään yhä vähenevälle väestölle. Nyt on aika huomioida, että lainsäädäntö on uudistuessaan muuttunut yhä enemmän kokonaisvaltaiseen kohtaamiseen velvoittavaksi: uusiutuvassa palvelujärjestelmässä asiakas ei ole enää sosiaali- tai terveyspalveluiden vaan yhä enenevässä määrin sosiaali- ja terveyspalvelujen sekä muiden tarpeellisten palveluiden tietävä, tahtova ja päättävä osa, jonka mielipiteellä on yhä enemmän merkitystä. Ammattilaisten tieto-, taito- ja asenneosaaminen, rakenteiden asiakaslähtöisyys ja laaja-alainen johtaminen yhdessä lainsäädännön kanssa ratkaisevat palvelujen tason.

19 Kainuun maakunnallinen perhekeskus

Anneli Louhela ja Helena Saari

Perhekeskusten ja perheasemien kehittämistyö käynnistyi Kainuussa osana Perhe-hanketta vuosina 2006–2008. Jokaiseen Kainuun kuntaan perustettiin joko perhekeskus tai perheasema – joissakin kunnissa näistä toimipisteistä käytetään nimitystä perheasema, koska ne ovat perhekeskuksia pienempiä yksiköitä *(1)*.

Perhekeskus ei ole organisatorinen yksikkö vaan verkostomainen yhteistyörakenne, joka kattaa laajan toimijakentän. Verkostoon kuuluvat Kainuun soten toimijoiden lisäksi kuntien ja kaupunkien varhaiskasvatus, koulu- ja nuorisotoimet, eri järjestöjen ja seurakuntien sekä yksityisten tahojen toimijat – ja luonnollisesti myös perheet itse. Tämän lisäksi on perustettu fyysisiä tiloja, jonne on keskitetty lapsiperhepalveluja. Perhekeskusten ja perheasemien tavoitteena onkin ollut koota yhteen hajallaan olevat lapsiperhepalvelut lähipalveluiksi lapsiperheitä paremmin palveleviksi kokonaisuuksiksi.



KUVA 1: Kainuun soten perhekeskukset ja perheasemat

Seuraavassa taulukossa on kuvattu Kainuun perhekeskuspalvelut kunnittain. Palvelut on joissain tapauksissa koottu samaan tilaan. Joskus taas palvelut toimivat fyysisesti eri tiloissa, mutta tekevät tiivistä yhteistyötä keskenään. Lisäksi taulukkoon on koottu kaikki ne palvelut, jotka kuuluvat perhekeskusverkostoon.

(1) Leinonen M. Perhekeskukset Kainuussa -hanke loppuraportti. Kainuun maakunta -kuntayhtymä. 2008d.

	Samaan tilaan kootut palvelut	Eri toimitiloissa toimivay. mutta tiivistä yhteistyötä tekevät palvelut	Perheverkostoon kuuluvat palvelut
Kajaani	Perhetyö Perheneuvola Lastensuojelu	Äitiys-ja lastenneuvola Perhekeskuksen kohtaamispaikka Aikuissosiaalipalvelut Vammaispalvelut Puhe- toiminta -ja fysioterapia Mielenterveys ja riippuvuuksien hoito	Lapsiperheiden parissa toimivat järjestöt ja yhdistykset, Seurakunta, Varhaiskasvatus, perusopetus, Nuorisopalvelut, Terveysasema, Koulu-ja opiskelijaterveydenhuolto, Erikoisairaanhoito
Paltamo	Äitiys-ja lastenneuvola Perhetyö Perheneuvola Lastensuojelu	Aikuissosiaalipalvelut Puhe- toiminta -ja fysioterapia Mielenterveys ja riippuvuuksien hoito Koulu-ja opiskelijaterveydenhuolto	Lapsiperheiden parissa toimivat järjestöt ja yhdistykset, Seurakunta, Varhaiskasvatus, perusopetus, Nuorisopalvelut, Erikoissairaanhoito
Ristijärvi	Perheasema toimii verkostomaisena yhteistyörakenteena	Aitiys- ja lastenneuvola Perhetyö, Puhe- toiminta-ja fysioterapia Perheneuvola, Lastensuojelu Aikuissosiaalipalvelut Mielenterveys ja riippuvuuksien hoito	Lapsiperheiden parissa toimivat järjestöt ja yhdistykset, Seurakunta, Varhaiskasvatus, perusopetus, Nuorisopalvelut, Erikoissairaanhoito Koulu-ja opiskelijaterveydenhuolto
Hyrynsalmi	Perheasema toimii verkostomaisena yhteistyörakenteena	Äitiys- ja lastenneuvola Perhetyö, Puhe- toiminta-ja fysioterapia Perheneuvola, Lastensuojelu Koulu-ja opiskelijaterveydenhuolto Aikuissosiaalipalvelut Varhaiskasvatus ja seurakunnan lapsityö Mielenterveys ja riippuvuuksien hoito	Lapsiperheiden parissa toimivat järjestöt ja yhdistykset, Seurakunta Nuorisopalvelut Perusopetus Kirjasto Erikoissairaanhoito
Suomus-salmi	Äitiys-ja lastenneuvola Perhetyö Perheneuvola Lastensuojelu Aikuissosiaalipalvelut Avoin kohtaamispaikka	Varhaiskasvatus Puhe- toiminta -ja fysioterapia Mielenterveys ja riippuvuuksien hoito Koulu-ja opiskelijaterveydenhuolto	Lapsiperheiden parissa toimivat järjestöt ja yhdistykset, Seurakunta Perusopetus Kirjasto, Nuorisopalvelut Terveysasema Erikoissairaanhoito
Kuhmo	Äitiys-ja lastenneuvola Perhetyö Perheneuvola Lastensuojelu Aikuissosiaalipalvelut	Varhaiskasvatus, perusopetus Puhe- toiminta -ja fysioterapia Mielenterveys ja riippuvuuksien hoito Koulu-ja opiskelijaterveydenhuolto	Lapsiperheiden parissa toimivat järjestöt ja yhdistykset, Seurakunta Kirjasto Nuoriso- ja vapaa-aikatoimi Terveysasema, Erikoissairaanhoito
Sotkamo	Perhetyö Perheneuvola Lastensuojelu Aikuissosiaalipalvelut Mielenterveys ja riippuvuuksien hoito Puhe-ja toimintaterapia Vammaispalvelut	Äitiys- ja lastenneuvola Terveysasema Varhaiskasvatus Perusopetus Koulu-ja opiskelijaterveydenhuolto	Lapsiperheiden parissa toimivat järjestöt ja yhdistykset, Seurakunta Nuoriso-ja vapaa-aikatoimi Erikoissairaanhoito

KUVA 2: Kainuu perhekeskuspalvelut kunnittain

Perhekeskustoiminnan koordinaatiosta huolehtivat perhekeskusvastaavat. Heidän tärkein tehtävänsä on kehittää ja ylläpitää toimivaa yhteistyötä perhepalvelujen ammattilaisten ja muiden lasten sekä nuorten kanssa toimivien välillä. Perhekeskusvastaavat myös koordinoivat lapsiperheille suunnattua paikallista avointa toimintaa. Heidän tukenaan toimii perhekeskustyöryhmä, johon kuuluvat heidän lisäkseen perhepalvelujen johtaja ja perhekeskuspalvelujen esimiehet. Säännöllisin väliajoin tapaamisissa ovat mukana myös järjestöt ja yhdistykset.

19.1 Palveluprosessit perustasolta erikoissairaanhoitoon

Kainuussa on kehitetty systemaattisesti perustason ja erikoissairaanhoidon yhteistyötä. Perhepalvelujen palveluprosesseihin kuuluu niin perustason kuin erikoissairaanhoidon toimijoita. Perheiden prosessit koskettavat useita vastuualueita, ja yhteisissä hoitopoluissa on huomioitu jokaisen lapsiperhe-

toimijan tehtäväalueet ja yhteistyömahdollisuudet. Avainasemassa oli Tukeva-hanke: vuonna 2010 lasta odottavan perheen prosessi työstettiin perhekeskuksen prosessiksi *(2)*.

Perhekeskusprosessin kulmakivenä on tukeva työote (tukea, kehitystä, vastuuta). Tämä tarkoittaa palvelujen tarjoamista perheille ensisijaisesti peruspalveluissa perhekeskuksessa tai perheasemilla. Työntekijät käyttävät sovittuja havainnointi-, arviointi- ja seurantamenetelmiä ja tuntevat toistensa työkäytännöt. Perhettä kuullaan, lähiverkostojen ja vertaisryhmien voimavarat otetaan käyttöön.

Jonkin huolenaiheen huomannut työntekijä on mukana prosessissa koko ajan. Työskentelyssä vältetään asiakkuuksien siirtämistä ja lähetteitä yksiköstä toiseen, suositaan työparin mukaan kutsumista, asiakasverkostoja ja asioista puhumista vain asiakkaan kuullen. Tukiprosessin etenemistä seurataan ja onnistumista arvioidaan. Toiminta on vastuullista, oikea- aikaista ja riittävän intensiivistä. Perhekeskustiimissä työskentely, hyvät johtamiskäytännöt ja työntekijän osaamisen ylläpito tukevat myös työntekijöiden työssä jaksamista.

19.2 Perhekeskuksen toiminnallinen integraatio

Perhekeskustoiminnassa tarvitaan uudenlaisia työskentelymuotoja, joissa hyödynnetään verkostomaista työskentelytapaa. Kainuussa on käytössä monia erilaisia verkostoja, kuten esimerkiksi laajennettu perhekeskustiimi, perhekeskustiimi ja asiakasverkostot.

Laajennetun perhekeskustiimin tavoitteena on lasten kehitysympäristöön vaikuttaminen. Alueen tilanne kartoitetaan yhdessä eri lapsiperhetoimijoiden ja vanhempien kanssa, ja oman alueen lähitavoitteista sovitaan vuosittain.

Perhekeskusvastaavat kutsuvat säännöllisesti parin kuukauden välein koolle perhekeskustiimit. Perhekeskustiimien tavoitteena on edistää perheiden hyvinvointia, toimia kasvatuskumppanuuden ja yhteisöllisyyden hengessä sekä juurruttaa verkostomainen yhdessä tekemisen malli käytäntöön. Perhekeskustiimien kokoonpano voi vaihdella kunnittain sen mukaan, mitä lapsiperhetoimijoita kunnassa on. Tiimeihin osallistuvat muun muassa neuvolan, perhetyön, perheneuvolan ja lastensuojelun toimijat, varhaiskasvatus, koulu, nuorisotoimi, mielenterveyden ja riippuvuuksien hoidon työntekijät, seurakunta sekä eri järjestöt (Mannerheimin Lastensuojeluliitto MLL, A-kilta, Mielenterveyden Ystävät, 4H ym.). Vuosittain asetetaan tavoitteet toiminnalle, pohditaan tehtäviä ja sisältöjä sekä arvioidaan ja luodaan uutta. Uudet työntekijät tulevat kaikille tutuiksi tiimien avulla. Perhekeskustiimi toimii myös tiedonvaihtoverkostona, missä kerrotaan kunkin yhteisön kuulumiset.

Tiimeissä kehitetään perhekeskusten toimintaa. Perheiden alueellisia tarpeita ja toiveita kartoitetaan säännöllisesti. Samalla pohditaan, millaisia vertaisryhmiä ja tukiverkostoja tarvitaan – ja miten tukea kohdennetaan lapsille, vanhemmille, päivähoitoon, kouluun, vapaa-aikaan ja muille ammattilaisille.

(2) Rusanen M. Tukeva, Kainuun osahankkeen loppuraportti 1.11.2008 – 31.10.2010. Kainuun maakunta -kuntayhtymä. 2010.

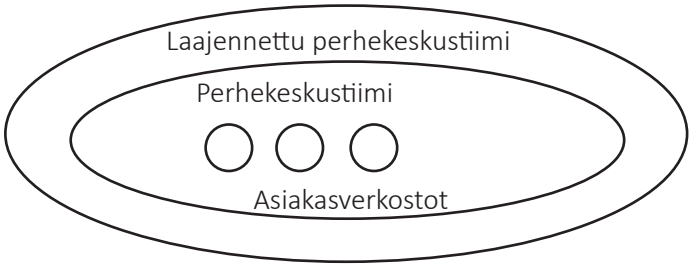
Perhekeskustiimeissä keskustellaan perheiden monimuotoisista haasteista ja kasvatuskumppanuuden käytännöistä ja suunnitellaan, mitä kiintymyssuhteen ja varhaisen vuorovaikutuksen tukeminen on käytännössä – tai miten äkillisesti kriisiytyneeseen perhetilanteeseen reagoidaan. Avoimissa vauvaperheilloissa, perhekahviloissa ja taaperosynttäreillä keskustellaan vanhempien kanssa heidän toiveistaan. Lasten ja perheiden osallistumista pyritään lisäämään yhteistyöverkostojen ja kehittäjäasiakkaiden sekä kokemusasiantuntijoiden avulla.

Asenteisiin vaikuttamisessa perhekeskustiimit ovat hyvä väline. Eteenpäin päästään pohtimalla säännöllisesti varhaisen tuen merkitystä eri työntekijöiden näkökulmasta. Tällöin voidaan tarkastella riskitekijöitä ja suojaavia tekijöitä, kartoittaa vahvuuksia ja heikkouksia. Näin rohjetaan entistä paremmin ottaa puheeksi ja luovutaan ennakkokäsityksistä. Varhainen tunnistaminen ja tuki on jatkuva prosessi, ja toimintamalleja muokataan kokemuksen pohjalta. Toimivaksi koettu tuki antaa tietoa, jota hyödynnetään työssä.

Koulutuksellinen osuus perhekeskustiimeissä nähdään tärkeänä. Yhteisinä koulutuksina on toteutettu muun muassa kannustavan vuorovaikutuksen koulutus, huoli puheeksi -koulutuksia ja varhainen vuorovaikutus perustason työssä -koulutuksia. Kainuun soten yhteisten koulutusten lisäksi on järjestetty paikallista koulutusta muun muassa lähisuhdeväkivallan tunnistamisesta ja ehkäisystä sekä kehittäjäasiakastoiminnasta.

Perhekeskustiimeissä otetaan uudet työmallit käyttöön ja hyödynnetään hankkeita. Tavoitteet näkyvät kunkin toimintayksikön toimintastrategioissa – Kainuussa on muun muassa jalkautettu nuorten ja lapsiperheiden päihdetyö*(3)*. Peruskysymykset perhekeskustiimeissä ovat: mitä nyt kannattaa tehdä, mitä minä voin tehdä ja mitä me teemme yhdessä. Kun eri toimijat tuntevat hyvin toistensa työtavat ja itse kunkin työt, on helpompi ottaa yhteyttä ja tehdä asioita yhdessä.

Perhekeskustiimeissä ei käsitellä yksittäisiä asiakasasioita vaan asiakastilanteissa toimitaan tukevan työotteen mukaisesti. Tämä tarkoittaa, että tukea tarvitsevan perheen ympärille kootaan aina tarvittava verkosto. Näistä verkostoista, jotka voivat olla kooltaan muutamasta henkilöstä useampiin toimijoihin, käytetään nimitystä asiakasverkostot.



KUVA 3: Perhekeskustiimien sijoittuminen verkostoihin (4)

(3) Pikkarainen S ym. Tieto toiminnaksi -hankkeen raportti: Lapsiperheiden ja nuorten päihdepalvelujen kehittämislinjauksia – tietoa päihteistä ja päihdepalvelujen tarpeesta Kainuussa. Kainuun sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymä. 2013d. ISSN: 2323–8232 (Verkkojulkaisu), Kajaani.
(4) Eskelinen A & Karjalainen A-M. Tukeva 3 -juurruttamishanke. Lasten, nuorten ja lapsiperheiden hyvinvoinnin tukeminen Pohjois-Suomessa Kainuun osa-hanke. Loppuraportti 1.10.2012 - 31.10.2013. Kainuun sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymä. Julkaisut 2013b. Kajaanin kirjapaino Oy, Kajaani.

19.3 Perhekeskuksen tarjoaman avun ja tuen muodot

Sosiaali- ja terveydenhuollon palveluiden tavoitteena on auttaa ja tukea lapsia, nuoria ja perheitä jo siinä vaiheessa, kun ongelmat eivät ole vielä käyneet ylitsepääsemättömiksi. Tavoite on myös tukea vanhemmuutta niin, että lapsi voi elää turvallisen lapsuuden kotonaan. Lisäksi tavoitteena on tukea ja antaa asiantuntija-apua lapsen kasvu- ja kehitysympäristöille: perheelle, päivähoitoon, kouluun ja vapaa-ajalle *(5)*.

Perhekeskuksien ja perheasemien toiminta painottuu ennaltaehkäisevään ja varhaiseen tukeen. Työtä tehdään ja kehitetään yhdessä asiakkaiden, muiden julkisen sektorin toimijoiden ja vapaaehtoisten kanssa. Perhekeskuksissa annetaan yleistä tukea kaikille lapsille ja lapsiperheille ja kohdennettua tukea riskiryhmille. Lasten ja perheiden riskejä tunnistetaan ja ongelmia havaitaan, eikä jäädä odottelemaan niiden pahenemista.

Yleistä tukea ovat esimerkiksi MLL:n perhekahvilat ja isä-lapsikerhot sekä kaikille avoimet kohtaamispaikat. Varhaista tukea on neuvolan terveydenhoitajan, perhetyön ja perheneuvolan yhteistyö lasta odottavien ja pikkulapsiperheiden arjessa: yhteisiä kotikäyntejä tehdään ja apua tarjotaan ennakoivasti. Jos perhe tarvitsee erityistä tukea, mukaan tulevat esimerkiksi lastensuojelu tai aikuissosiaalipalvelut. Huostaan otettujen lasten vanhemmille järjestetään myös vertaistukea VoiKukkia-ryhmissä.

19.4 Vanhemmuuden tuen käytännöt

Kainuun perhekeskuksiin ja perheasemille on luotu moniammatillinen perhevalmennusmalli. Yhtenäinen perhevalmennus toteutetaan Kainuussa yhteistyössä perusterveydenhuollon (neuvola, fysioterapia, suun terveydenhuolto), erikoissairaanhoidon (äitiyspoliklinikka, imetyspoliklinikka, pelkopoliklinikka) ja sosiaalipalveluiden (perhetyö, lapsiperheiden kotipalvelu, perheneuvola) sekä kuntien varhaiskasvatus- ja kirjastopalvelujen, järjestöjen (esim. MLL) ja seurakuntien kanssa. Perhevalmennus toteuttaa perhekeskuksen ennalta ehkäisevän ja varhaisen tuen ideaa parhaimmillaan. Se on tapa verkostoida lasten ja perheiden julkiset sosiaali-, terveys-, kasvatus- ja kulttuurialan palvelut sekä järjestöjen, seurakuntien ja vapaaehtoisten toiminta. Varhaista tukea annetaan räätälöidysti jo vauvan odotusaikana, jolloin vertaisryhmät tulevat tutuiksi.

Perhekeskusten keskiössä on neuvola, jossa terveydenhoitaja kokoaa tarpeenmukaisen verkoston odottavan perheen tueksi. Yhteistyö neuvolan ja äitiyspoliklinikan kanssa toimii suunnitelmallisesti: neuvolan lähetteessä on riittävät tiedot tukiverkostosta yhteystietoineen. Erityistyöntekijät, kuten esimerkiksi päihdetyöntekijä, ovat mukana sovitusti äitiyspoliklinikalla vanhempien tukena. Ennen lapsen syntymää järjestetään äitiyspoliklinikalla verkostopalaveri, jossa sovitaan eri työntekijöiden tehtävistä ja vastuista.

(5) Kainuun lasten- ja nuorten hyvinvointisuunnitelma 2014–2015. Kainuun sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymä. 2014c. ISSN: 2323–8224 (Verkkojulkaisu), Kajaani.

Jos on huolta odottavan äidin päihteiden käytöstä, äitiyspoliklinikkakäynnit ovat riskiraskauden seurantaa ja A-klinikka on mukana. Jos aika peruuntuu, uusi aika järjestetään mahdollisimman pian. Neuvolan terveydenhoitaja ja lääkäri ovat myös tiiviisti yhteydessä äitiyspoliklinikkaan, ja tarvittaessa tehdään ennakollinen lastensuojeluilmoitus. Kuntien monialaiset vauvatiimit ja erikoissairaanhoidon vauvatiimi mahdollistavat tuen suunnittelun ja toteutuksen *(6)*.

Kainuun perhekeskusten ja perheasemien tavoitteena on, että jokaisessa kunnassa toimii myös avoin kohtaamispaikka lapsiperheille. Kohtaamispaikkana voi olla esimerkiksi MLL:n perhekahvila. Kohtaamismahdollisuus voidaan järjestää myös perhekeskusten ja perheasemien omana toimintana yhteistyössä perhekeskustiimiin kuuluvien toimijoiden kanssa tai vaikkapa varhaiskasvatuksen ja seurakunnan yhteistyönä.

Ryhmämuotoista toimintaa voidaan toteuttaa esimerkiksi vahvuutta vanhemmuuteen -ryhmissä ja uhmaikäisten vanhemmille suunnatuissa ryhmissä. Yksilöllisiä kohtaamisia ei kuitenkaan unohdeta: tukikeskusteluja voidaan käydä joko vanhemmille suunnatuissa ryhmissä tai yksilökeskusteluina. Perhekeskusten ja perheasemien kohtaamispaikka voi toimia myös eri järjestöjen ja yhdistysten järjestämissä tapahtumissa kokoajana lapsiperheille.

Vanhempien osallisuutta on vahvistettu perhekeskuksissa eri hankkeiden myötävaikutuksella muun muassa kehittäjäasiakastoiminnan avulla. Kehittäjäasiakastoiminta on käynnistynyt vasta osassa Kainuun kuntia, mutta tavoitteena on jatkaa ja laajentaa toimintaa koko maakunnan alueelle.

Yksi esimerkki vanhemmuuden tukemisessa ovat perhekoulut, joita on toteutettu Kainuussa jo kymmenen vuoden ajan. Toiminta perustuu Preschool Overactivity Programme -ohjelmaan *(7)* . Perhekoulu on kuin pienimuotoinen perhekeskus – sinne tullaan vapaaehtoisesti esimerkiksi silloin, kun joku lapsen käyttäytymiseen liittyvä asia huolestuttaa vanhempia tai muita lapsen lähellä olevia aikuisia tai kun vanhemmat kaipaavat tukea vanhemmuuteensa. Tällöin vanhempien pitää olla motivoituneita opettelemaan toimivia kasvatuskeinoja vertaisryhmässä ja etsimään myönteisiä muutoksia omaan ja lapsen väliseen vuorovaikutukseen.

Eri alojen työntekijät, opiskelijat ja vanhemmat ovat kokeneet perhekoulujen yhdessä tekemisen arvokkaana, voimaannuttavana ja hyviä tuloksia tuottavana. ”Tämä oli minulle ensimmäinen koulu, jossa sain positiivista palautetta omasta toiminnastani”(isä) ”Oispa perhekoulu joka päivä!” (lapsi)

19.5 Perhekeskusten tulevaisuus

Kainuussa on kehitetty maakunnallista perhekeskustoimintaa jo kymmenen vuotta. Työ on vaatinut pitkäjänteisyyttä ja innostuneisuutta ja halua kehittää palveluja entistä asiakaslähtöisemmiksi ja helposti saavutettaviksi.

(6) Pikkarainen S. Hyvinvointi hakusessa – riippuvuus riskinä – Päihde- ja mielenterveyspalveluketjujen, kuntoutusyhteistyön ja työmenetelmien kehittäminen Lapissa ja Kainuussa, loppuraportti Kainuun hankeosio. Kainuun sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymä. 2015d. Kopio Niini Oy, Kajaani.
(7) Sandberg – Santanen – Jansson – Lauhaluoma – Rinne (toim.). Perhekoulun käsikirja. 3.uudistettu painos. 2008. Tyylipaino Oy, Helsinki.

Työ on vaatinut verkostoitumista ja uusia työskentelytapoja, ja se on ravisuttanut vanhoja toimintakulttuureja. Uudenlaiset työskentelytavat vaativat aikaa ja jokaisen työntekijän panosta, eikä muutos ole mutkatonta.

Maamme hallituksen yksi kärkihanke on lapsi- ja perhepalvelujen muutosohjelma (LAPE-ohjelma). LAPE:n tavoitteena on edistää lasten ja nuorten hyvää elämää. Tätä tavoitetta kohti Kainuussa on jo edetty, mutta jatkotyötä tarvitaan edelleen. Tavoitteena ovat lapsi- ja perhelähtöiset palvelut, joissa edistetään lapsen oikeuksia ja osallisuutta ja vahvistetaan tietoperusteista toimintakulttuuria käytännössä. Yhteistyöstä edetään kohti yhteistä tekemistä ja yhteistä työtä. Tämä tarkoittaa käytännössä esimerkiksi sitä, että kokoonnutaan yhteisen pöydän äären suunnittelemaan vaikkapa lasten kesätoimintaa.

Yhteisessä suunnittelussa tarvitaan jokaisen – yhtä lailla kunnan, soten kuin järjestöjenkin – panosta. Toteutuksessa tarvitaan työntekijöitä ja kustannusten jakoa. Yhteisestä työstä syntyy parhaimmillaan yhteisöllistä työtä, johon lasten, nuorten ja perheiden on mahdollista osallistua, niin että he siirtyvät osallisuudesta toimintaan.

Kainuussa tarvitsemme perhekeskustoiminnalle entistä vankemman rakenteen, jossa on huomioitu kaikki lapsiperhetoimijat. Tavoitteenamme on kehittää lisää uudenlaisia tapoja, jalkautua ja tukea lapsia ja nuoria heidän kehitysympäristöissään. Tähän työhön me tarvitsemme kaikkia osapuolia – vanhempia, lapsia, nuoria, ammattilaisia sekä vapaaehtoisia. Mottona on ”Asennetta arkeen ja tahtoa toimintaan”.

20 Tapaus tekonivelet – hoitoketjun toimivuus ratkaisee

Tuomo Erola, Timo Ruotsalainen ja Mikko Timonen

Tekonivelkirurgian historia Kainuussa ulottuu vuoteen 1980, jolloin tehtiin ensimmäiset leikkaukset nivelrikosta kärsiville kainuulaisille. Sittemmin näitä toimenpiteitä on tehty tuhansia. Kainuulainen erityispiirre on kuitenkin tekonivelpotilaiden perusteellinen seuranta toimenpiteiden jälkeen.

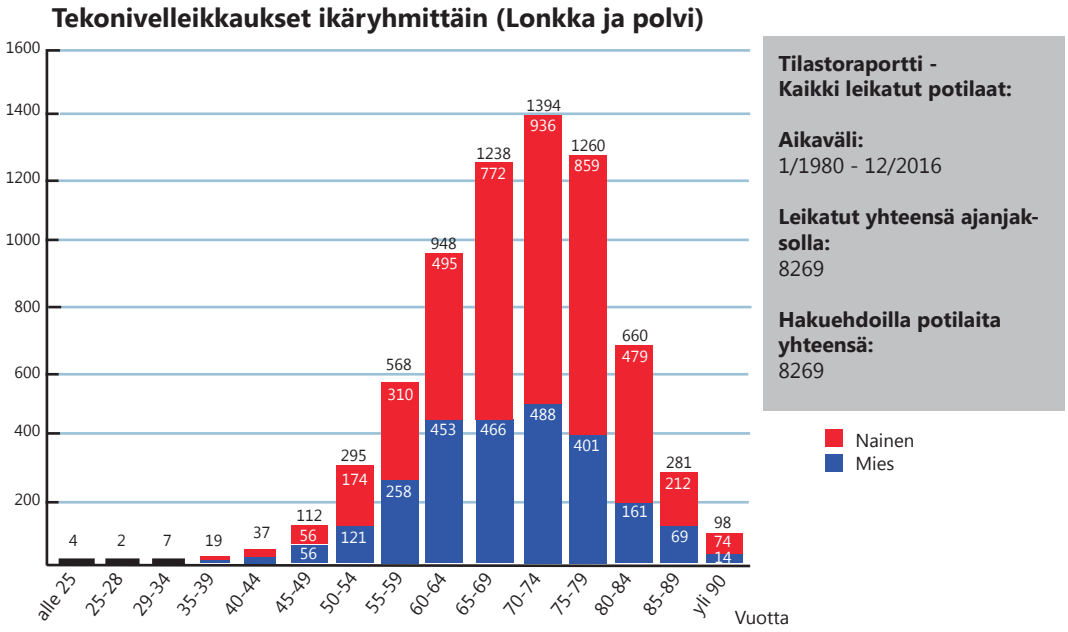
Kainuulaisille kunnille – tai suomalaisille kunnille ylipäätään – ei ole helppoa järjestää potilaidensa seurantaa ilman saumatonta yhteyttä erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon välillä. Tämän vuoksi maakuntamalli on puolustanut paikkaansa myös näiden kirurgisten hoitojen järjestämisessä. Mitä tulee ajantasaiseen tietoon tehdyistä tekonivelleikkauksista ja niiden vasteesta väestön terveyteen, voidaan sanoa Kainuun olevan tällä hetkellä Suomen paras maakunta.

20.1 Kainuun leikkaukset

Kainuun keskussairaalassa on tehty tähän mennessä lähes 8 300 polven ja lonkan tekonivelleikkausta. Potilaista parituhatta on yhä aktiivisessa määräaikaseurannassa. Nyt tekonivelleikkausten tarve Kainuussa on vakiintumassa 500 leikkaukseen vuodessa seuraavan kymmenen vuoden aikana.

Nivelrikko on yleisin nivelsairaus maailmassa. Väestötutkimukset Mini Suomi -78 ja Terveys 2000 osoittavat, että alle 45-vuotiailla nivelrikko on harvinainen, mutta joka viidennellä 75-vuotiaalla on lonkan nivelrikko. Polven nivelrikko taas on kaksi kertaa yleisempi kuin lonkan nivelrikko. Väestö- ja terveystutkimusten tieto nivelrikon esiintyvyydestä suhteutettuna Kainuun väestöön kertoo varsin luotettavasti, että maakunnassa asuu noin 7 000 eriasteista nivelrikkoa potevaa. Heistä kymmenen prosenttia tarvitsee parin vuoden sisällä tekonivelleikkauksen.

Nivelrikko aiheuttaa ihmiselle kipuja, vaikeuttaa nivelten liikkuvuutta, rajoittaa toimintakykyä ja alentaa elämänlaatua. Varsinaista syytä nivelrikon syntyyn ei edelleenkään tunneta, siksi nivelrikon ei-leikkauksellinen hoito on hyvin pitkälle oireiden hoitoa. Nivelrikon tutkimus- ja hoitomahdollisuudet ovat kuitenkin maailmalla vilkkaan tutkimuksen alaisia – miten turvata nivelrikkoiselle kivuttomampi ja laadukkaampi elämä?



Kuva 1: Kainuun tekonivelleikkaukset vuosina 1980-2016

20.2 Hoitopolun toimivuus määrittää laadun

Nyt pohditaan tekonivelleikkausten keskittämistä sairaaloihin, joissa leikkausmäärät olisivat yli 500–600 potilasta vuodessa. Leikkausten tekemiseen vaadittava instrumentaatio on kallista, ja teknisten apuvälineiden kehittyessä hinta jatkossa todennäköisesti vielä nousee. Sairaaloissa, joissa tehdään yli 300 toimenpidettä vuodessa, potilasvahinkohakemuksia ei tehdä yhtä paljoa kuin vähemmän leikkauksia tekevissä yksiköissä (Järvelin 2012) *(1)* .

Kirjallisuuden perusteella ei kuitenkaan voida tarkasti määrittää osaamisen tason säilyttävää ihanteellista leikkausmäärää, sillä määrää tärkeämpää näyttää olevan hoitamisen osallistuvan tiimin ammattitaito ja potilaan toimiva hoitopolku (Van Citters 2014)*(2)* . Tällä perusteella tekonivelleikkauksia tulisi tehdä vain niihin erikoistuneissa yksiköissä, joissa on moniammatillista osaamista ja standardoidut prosessit.

Ulkoiseen arviointiin eli auditointiin perustuva sertifiointi on edelleen erikoissairaanhoidossa harvinaista. Kainuu on ollut asiassa edelläkävijä: Kainuuseen perustettiin tekonivelleikkauspotilaan hoitoketjua kehittävä moniammatillinen työryhmä jo kymmenen vuotta sitten.

Tekonivelpotilaan hoitoketjun kehittämisen kautta operatiivisella vastuualueella opittiin laajemminkin tarkastelemaan omaa toimintaa, ja tarkastelu päätettiin ulottaa koskemaan kaikkia keskeisiä vastuualueen toimintaprosesseja. Erillisen tekonivelpotilaan laatukäsikirjan tekemisestä luovuttiin, koska yksi prosessi ei voi olla irrallinen organisaation ja vastuualueen muusta toiminnasta. Laadunhallintaan tähtäävä työ ulotettiin koskemaan koko operatiivista vastuualuetta: Operatiivisen vastuualueen ISO 9001–2008 standardin mukainen toiminta- ja laatukäsikirja valmistui vuonna 2013, ja toimintakäsikirja sai laatustandardin eli ulkoisen tunnustuksen 3.6.2013.

(1) Järvelin, J. Studies on filed and compensated claims for patient injuries. 2012. Doctoral Dissertation. University of Helsinki. National Institue for Health and Welfare. http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-245-750-9
(2) Van Citters, A.D, Fahlman C, Goldman D.A. etc. Developing a Pathway for High-value, Patient-centered Total Joint Arthroplasty. 2014. Clinical Orthopaedics and Related Research. May 2014, Volume 472, Issue 5, pp 1619–1635.

Hoitoketjujen arviointi ja laadunhallintatyö on jatkuvaa, ja standardin säilyttäminen edellyttää säännöllisin väliajoin tapahtuvaa ulkoista auditointia. Tekonivelpotilaan hoitoketjun ulkoinen auditointi toteutettiin viimeksi marraskuussa 2016, ja saimme arvioitsijoilta melkoista suitsutusta toimivasta prosessistamme.

20.3 Moniammatillista hoitoa ilman kirurgin veistä

Kainuussa väestö ikääntyy muuta maata nopeammin ja on THL:n sairastavuusindeksin mukaan selvästi muuta maan väestöä sairaampaa. Tämä tuo omat riskinsä leikkauksiin ja edellyttää huolellista leikkaukseen valmistautumista, leikkauskelpoisuuden varmentamista ja valmentautumista.

Tekonivelleikkaukset ovat kustannustehokasta hoitoa, kun ne kohdennetaan oikeille potilaille oikeaan aikaan, ja kun potilaat saavat riittävän ajoissa tietoa leikkausprosessista ja sen onnistumiseen vaikuttavista (myös potilaskohtaisista) tekijöistä. Leikkausten lopputulokseen vaikuttavat tekonivelen valinnan lisäksi monet muut tekijät, kuten käytetty leikkaustekniikka, saavutettu komponenttien asento, leikkauksen jälkeinen hoito ja kuntoutus sekä potilaskohtaiset yksilölliset tekijät.

Tekonivelleikkaushoitoa harkittaessa on tärkeää ymmärtää, että tekonivelen kestoikä on usein rajallinen – tekonivelkirurgiaan liittyy komponenttien luusta irtoamisen riski. Tekonivelen irtoaminen on syynä uusintaleikkauksiin 70 prosentissa kaikista lonkan uusintaleikkauksista ja 25 prosentissa polven uusintaleikkauksissa. Toki korjausleikkaukset ovat mahdollisia, mutta uusintaleikkauksissa erilaiset komplikaatioriskit ovat suuremmat eikä toiminnallinen lopputulos yllä aivan primääritulosten tasolle.

Etenkin polvitekonivelten pitkäaikainen pysyvyys on kuitenkin selvästi parantunut 2000-luvulla. Lonkkatekonivelten tuloksetkin ovat hyviä, mutta polvikomponentteihin verrattuna niihin liittyy hieman suurempi irtoamisen riski. Tekonivelen irtoamisriski on selkeästi ikäsidonnainen: Jos potilas on leikkaushetkellä viisikymppinen, uusintaleikkaukseen joutumisen riski on seitsemän prosenttia, 60-vuotiaalla se on viisi prosenttia ja seitsenkymppisellä pari prosenttia.

Lieväoireisen nivelrikkopotilaan ei-leikkauksellisessa hoidossa kannattaa siis kääntää kaikki kivet. Syksyn 2016 aikana Kainuussa on alkanut fysioterapeuttien suora vastaanottotoiminta, joka tukee potilaiden omahoitoa ja josta voi tarvittaessa päästä terveysasemalääkärin hoitoarvioon. Ensisijaiset hoitokeinot liikunta, painonhallinta ja kivunhoito eivät oikein annosteltuina juuri sisällä terveysriskejä vaan tuovat mukanaan monia suotuisia terveysvaikutuksia koko elämään.

Uskomme, että nivelrikkopotilaan moniammatillisella hoitoketjulla on yksittäistä lääkäriä paremmat mahdollisuudet tarttua nivelrikkoriskiä lisääviin vaaratekijöihin ja nivelrikkopotilaan ongelmiin (ylipaino, yksipuoliset

asennot, fyysisesti raskaat ammatit, liikkumattomuus, kivut). Ei-leikkauksellisessa hoidossa keskeisintä on onnistua lisäämään potilaan tietoisuutta sairaudestaan ja saada hänet sitoutumaan oman hoitonsa toteuttajaksi.

20.4 Leikkaukseen valmistautuminen on tärkeää

Kun muut keinot eivät enää auta, lähete erikoissairaanhoitoon on tarpeen. On kuitenkin hyvä ymmärtää jo lähettämisvaiheessa, että erikoissairaanhoidossa ei ole nivelrikkoon juuri muuta hoitoa tarjolla kuin tekonivelleikkaus. Ortopedin hoitopäätöstä helpottaa, jos potilaan perusterveyteen liittyvät asiat, jotka voivat olla riski tai este tekonivelleikkaukselle, on jo ennen lähetteen kirjoittamista hoidettu kuntoon. Tämä voi myös nopeuttaa potilaan hoitoon pääsyä.

Tekonivelkirurgin välineet ja menetelmät sekä leikkauksen aikainen anestesia ja kivunhoito ovat kehittyneet. Nykyisin pystytään hoitamaan potilaita, joita ei ennen iän tai muiden sairauksien ja leikkausriskien vuoksi voitu leikata. Tämä on väestön ikääntymisen lisäksi ollut lisäämässä tekonivelleikkausten määrää. Toisaalta potilaiden sairaalavaihe on hoidon tehostumisen vuoksi lyhentynyt merkittävästi, mikä mahdollistaa suuremmat leikkausmäärät. Nykyisin leikkauksesta toivutaan jalkeille kuusi tuntia toimenpiteestä, ja 95 prosenttia leikatuista kotiutuu kolmantena leikkauksen jälkeisenä päivänä.

Hoitoaikojen lyhentymisen vuoksi leikkauksen jälkeiseen potilasohjaukseen jää vain vähän aikaa, ja potilasohjauksen painopiste on siirtynyt leikkausta edeltävään aikaan. Kainuun keskussairaalassa järjestetään ensitietopäiviä tekonivelleikkauksista neljä kertaa vuodessa. Myös ensi- ja tulotarkastuskäynnit kirurgian poliklinikalla ovat potilaalle tärkeitä, ja ne luovat pohjaa onnistuneelle hoidolle. Käynneillä potilaiden ymmärrystä leikkaushoidosta lisätään, leikkauskelpoisuutta varmennetaan ja potilas sekä hänen omaisensa valmennetaan itse leikkaukseen.

Potilaan tietoisuus omista mahdollisuuksista vaikuttaa omaan toipumiseen lisää itsehoitomotivaatiota ja lyhentää hoitojaksoja sairaalassa, mikä tuo myös taloudellista etua niin potilaalle (vähemmän hoitopäivämaksuja) kuin hoitavalle organisaatiolle. Hyvin ohjattu potilas osaa valmistautua leikkaukseen niin, että hänen mahdolliset perussairautensa ovat tasapainossa ja hänen yleinen terveydentilansa on mahdollisimman hyvä, jolloin leikkaukseen liittyvät riskit pienenevät ja potilaan toipuminen nopeutuu.

20.5 Leikkauspotilaille tuotettu terveys

Tekonivelkirurgiaan kuuluu olennaisesti potilaiden toipumisen ja tekonivelen tilan seuranta. Kansallinen Implanttirekisteri on perustettu vuonna 1980 ortopedien aloitteesta tuottamaan tietoa tekonivelistä. Vuonna 1993 Implanttirekisteri siirtyi Lääkelaitoksen alaisuuteen ja sen tietosisältöä uudistettiin vuonna 1996 vastaamaan silloisia tarpeita. Vuonna 2009 Implanttirekisteri siirtyi Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen (THL) alaisuuteen, ja dataa tekonivelleikkauksista julkaistaan vuosittain. Vuosien ajan oli kuitenkin selvää, että tieto-

sisältö rekistereissä oli vanhentunutta – markkinoilla oli käytössä uusia tekonivelmalleja, joiden pysyvyystuloksia ei ollut systemaattisesti tutkittu. Usein uudet mallit toivat mukanaan uusia ongelmia, kuten metallihierrekomplikaatiot metallisiin liukupintoihin liittyen. Tekonivelrekisterin tietosisältö uudistettiin vuosina 2012–2014. Uuteen tietosisältöön kuuluu nykyään myös potilaan painoindeksi, sairastavuusluokitus (ASA-luokka) ja tieto siitä, onko leikkaaja ollut erikoislääkäri vai erikoistuva lääkäri.

THL:n nettisivuilta voi nykyään käydä katsomassa käytettyjen tekonivelmallien pysyvyystuloksia *(3)*. Tiedot ovat helposti ja nopeasti saatavilla niin lääkäreille, hoitohenkilöstölle, päätöksentekijöille, valmistajille kuin potilaillekin. On tärkeää, että kerätty data on aktiivisessa käytössä ja mukana arjen kirurgisessa päätöksenteossa ja hankinnoissa. THL:n raportoinnin ongelmaksi ovat kuitenkin muodostuneet tekonivelrekisterin resurssit. Tietoa saadaan kyllä kerättyä, mutta sen analysointiin ja raportointiin ei ole riittävästi resursseja *(4)*. Sairaalakohtaiseen vertailuun pelkästään olemassa olevan rekisteritiedon varassa pitää juuri sen vuosi suhtautua vielä varauksellisesti.

Pohjoisen erityisvastuualueen yhteishankintana hankittiin tekonivelpotilaan hoidon ja kuntoutumisen seurantaan järjestelmä, johon taltioidaan tietoa ennen leikkausta, leikkauksessa ja sen jälkeen. Järjestelmä antaa monenlaista vertailtavaa tietoa – esimerkiksi potilaan toimintakyvyn muutosta voidaan arvioida pisteiden muodossa. Näin voimme tarkastella konkreettisesti leikkaustoiminnalla tuotettua terveyttä.

Myös Oulun yliopistollisen sairaalan erityisvastuualueen rekisterissä on edelleen kehitettävää, aivan kuin kansallisessa Implanttirekisterissäkin. Olemassa olevat rekisterit eivät vertaile tuotettua terveyttä (konservatiivinen hoito tai operatiivinen hoito) alueittain tai sairaanhoitopiireittäin. Rekisterit eivät kerro, kuinka alueilla on järjestetty konservatiivinen hoito (millaisilla valmiuksilla potilaat tulevat leikkauksiin) ja miten nivelrikkopotilaat ylipäätään pääsevät hoitoon. Rekisterit eivät myöskään vertaile tekonivelleikkauksien suoritteita suhteutettuna väestön ikärakenteeseen tai alueen asukaslukuun – ne eivät siis paljasta esimerkiksi sitä, leikataanko jossain liian herkästi (lieväoireisia potilaita) tai jossain liian vähän.

Oman seurantajärjestelmän uusimisen aloitimme Kainuussa vuonna 2007. Lienemme ainoa sairaanhoitopiiri Suomessa, joka on ottanut seurantaan myös niin sanotun vanhan tekonivelpotilaskannan aina vuoteen 1980 saakka – kun otimme pohjoisen erityisvastuualueen yhteisen seurantajärjestelmän käyttöön vuonna 2008, tallensimme sinne lääkelaitoksen järjestelmistä ja omista tietojärjestelmistämme kaikki kainuulaiset tekonivelpotilaat. Kaikki alle 80-vuotiaat leikatut tekonivelpotilaat kutsuttiin kontrolleihin, ja heidän toiminnallinen tilansa sekä heidän tekonivelensä tila kirjattiin järjestelmään. Yleisenä havaintona todettiin, että tekonivelten pitkäaikainen pysyvyys on hyvä. Toisaalta havaittiin myös, että irtoamassa oleva ja irti oleva tekonivel voi olla lähes oireeton. Hyvä kysymys on, mikä on tekonivelen kestoikä – jos et seuraa etkä havaitse ongelmia, lisääkö se tekonivelen kestoikää?

(3) www.thl.fi/fi/tilastot/tietoa-tilastoista/laatuselosteet/lonkka-ja-polviproteesit
(4) Mäki, K. Tekonivelrekisteristä. Niveltieto 4/16, s. 22–23.

Tehdyn seurantatyön tuloksena uusintaleikkausten määrä kääntyi odotetusti kasvuun. Meillä on rekisterissämme tällä hetkellä noin 70 potilaan erityisseurattavien (tihennetty seuranta) potilaiden joukko, joilla on havaittu alkavaa ongelmaa tekonivelessä, mutta oirekuva ja toiminnallinen haitta ovat pieniä eikä havaittu muutos tekonivelessä aiheuta esimerkiksi murtumariskiä. Tihennetysti kontrolloiden voimme sovittaa mahdollisesti tarvittavat uusintaleikkaukset suunnitellusti toimintaamme ja valmistella potilaat niihin, mikä varmasti parantaa uusintaleikkausten tuloksia. Pohjoisen erityisvastuualueen yhteistyössä on sovittu, että uusintaleikkaukset pyritään keskittämään Oulun yliopistolliseen keskussairaalaan.

Seurantakäytänteet ovat vuosien saatossa, lisääntyneen tiedon ja ymmärryksen myötä, muuttuneet ja toteutuvat Kainuussa nykyisin moniammatillisena yhteistyönä ortopedien ja fysioterapeuttien kesken Suomen ortopediayhdistyksen laatiman Hyvä hoito polven ja lonkan tekonivelkirurgiassa 2015 (*2010*) suosituksen mukaisesti. Pari kuukautta leikkauksesta potilaat käyvät tekonivelkoordinaattorin (fysioterapeutti, joka hallinnoi tekonivelseurantaa) vastaanotolla jälkikontrollin. Polven ja lonkan määräaikaseurannat toteutuvat osittain hajautetusti Suomussalmen (Hyrynsalmi), Puolangan ja Kuhmon terveysasemilla. Kajaanin, Paltamon, Ristijärven, Vuolijoen ja Sotkamon alueen potilaat käyvät keskussairaalassa tekonivelkoordinaattorin vastaanotolla.

Lonkan tekoniveliä seurataan noin viiden vuoden välein 80 ikävuoden tietämiin saakka, jolloin rutiiniseuranta lakkaa. Polven tekonivelissä rutiiniseuranta ei suosituksen mukaan ole tarpeen, jos potilas on leikkaushetkellä yli 60-vuotias ja jälkikontrollissa tilanne on ollut hyvä. Seurantakäynnillä rekisteriin taltioidun tiedon ja röntgentiedon arvioi aina ortopedi, ja potilas saa käynnistään palautteen ja tiedon tekonivelensä tilasta.

21 Sähköinen asiointi, digi ja tiedon käytettävyys

Arto Kovalainen, Sirkku Malinen, Veijo Romppainen ja Ville Turunen

Kainuun maakunta -kuntayhtymän ja Kainuun sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymän tavoitteena on ollut yhtenäistää tietojärjestelmät ja ICT-ympäristö kokonaisuudessa niin maakunnassa kuin Kainuun kunnissakin. Infrastruktuurin (tietoliikenneverkot, konesalit) pohjat pyrittiin rakentamaan ajoissa kuntoon, Kainuussa kuntaverkko rakennettiin jo muutama vuosi ennen hallintokokeilun alkua. Aluksi konesali oli vuokrattuna ostopalveluna, mutta vuosina 2007–2008 konesali otettiin maakunta-kuntayhtymän omaksi toiminnaksi. Myös laitteistossa ja lähituessa (helpdesk) tarvittiin riittävän laajoja hartioita. Toimintamalli oli sama kuin muutenkin maakunta-kuntayhtymässä: johto on keskitetty, toiminta hajautettu.

Lienee kiistatonta, että keskitetty malli tuo hyötyjä. Silti ainakaan potilastietojärjestelmiä ei saa keskittää liikaa, sillä liiallinen keskittäminen on jo turvallisuusriski. Mutta rekisterinpitäjän – joka varmaan on tulevaisuudessa uusi maakunta – tulee hallita yksi yhteinen järjestelmäkokonaisuus. Kainuussa poliittiset päättäjät olivat alussa varovaisia yhteisen potilastietojärjestelmän rakentamisen suhteen. Kun asiassa kuitenkin edettiin, yhteinen yksi järjestelmä todettiin merkittäväksi vahvuudeksi esimerkiksi tiedon käytettävyyden näkökulmasta.

Historiassa Kainuun kunnilla oli erilliset Pegasokset, joiden välille rakennettiin alueadapteri tietojen ristiinkatselua varten. Yhteisen potilastietojärjestelmän kilpailutuksen valmistelu aloitettiin vuonna 2008. Hankintasopimus allekirjoitettiin ja toteutusprojekti käynnistettiin vuonna 2010. Järjestelmä saatiin käyttöön vuonna 2011, mutta järjestelmän ”viilaaminen” jatkui siitä vielä pari vuotta eteenpäin – ja jatkuu itse asiassa edelleen.

Kainuun kokemus osoittaa, että uusien yhteisten potilastietojärjestelmien rakentamiseen tulee varata aikaa ja rahaa. Kainuussa on vielä yhteisen potilastietojärjestelmän käyttöönoton jälkeen käytössä noin 70 eri tietojärjestelmää, eli ihan pienestä kokonaisuudesta ei puhuta. Mutta muualla on varmasti vastaavia tai laajempia tietojärjestelmien kokonaisuuksia.

On huomattava, että oleellista on asiakkaan tietojen liikkuminen ja käytettävyys, sillä kerran kerätylle tiedolle on yleensä käyttöä myös myöhemmin osana joskus pitkiäkin asiakasprosesseja. Rekisterinpitäjällä tulee siis olla yhteinen järjestelmäkokonaisuus. Rekisterinpitäjien välillä tiedot liikkuvat jo nyt Kanta-järjestelmän kautta, ja tarvittaessa voidaan rakentaa muita yhteyksiä erilaisten integraatioalustojen kuten rakentumassa olevan kansallisen palveluväylän kautta. Se, että on useita järjestelmiä, ei sinänsä ole este tietojen liikuttamiselle ja laajalle käytölle.

Sen sijaan yksi yhteinen valtakunnallinen järjestelmä saattaisi vääntää tietojärjestelmämarkkinat väärään asentoon ja aiheuttaa turhan suuria tietoturva- ja jatkuvuudenhallintariskejä.

Nyt kyseessä olevaa sote-tietoa tuottavat tietenkin palveluiden tuottajat ja järjestäjät, mutta digitalisaation kehittymisen myötä yhä enemmän myös asiakkaat sekä älykkäät järjestelmät. Tätä varten on edelleen rakennettava ja kehitettävä erilaisia sähköisiä palveluita, joilla asiakas voi tuottaa ja joilla hänet voidaan jopa velvoittaa tuottamaan tietoa toiminnan tarpeisiin.

21.1 Ensin toimintamalli, sitten järjestelmä

Yksi hallintokokeilun samoin kuin myöhemmin Kainuun soten suurimmista haasteista on ollut saada uuden organisaation talous- ja henkilöstöhallinnon järjestelmät toimimaan niin, että kaikki taustatiedot ovat ajan tasalla. Järjestelmien kehittämisessä päätavoitteena on ollut yhdenmukaistaa sekä Kainuun kuntien ja kuntayhtymien toimintamallit että järjestelmät.

Jos valtakunnallisessa sote- ja maakuntauudistuksessa tukipalvelut käynnistetään heti alkuvaiheessa valtakunnallisesti, haukataan ehkä liian iso kakku. Kokonaisuuden rakentaminen veisi vuosia, palvelutuotanto kärsisi ja maakuntien käynnistäminen pahimmassa tapauksessa viivästyisi. Nyt kannattaa katsoa tarkkaan, mitä kansallisia palveluita on olemassa, ja mitä niistä kannattaa kehittää. Ja ennen kaikkea kannattaa pohtia, mitä tukipalveluja rakennetaan kullekin maakunnalle. Maakuntien ja kuntien välinen yhteistyö tukipalveluissa on kuitenkin ehdottoman tärkeää, ettei alueille muodostu varjo- tai rinnakkaisia ICT-organisaatioita.

Kaiken lähtökohta on organisaation toiminta. Ensin on sovittava toiminnot, mietittävä rakenteet ja vastuut ja prosessit. Sen jälkeen rakennetaan järjestelmät tukemaan prosessia – ei toisinpäin. Yksi yhteinen järjestelmä ei tuo apua, jos organisaatio ei noudata sovittua ja yhteistä prosessia. Maakunnat eivät liene veljiä keskenään, joten jokaiselle niistä tulee antaa mahdollisuus suunnitella ja kehittää oma toimintansa ja järjestelmänsä omiin tarpeisiinsa. Yhteiset järjestelmät voidaan ottaa käyttöön siellä, missä se nähdään järkeväksi, mutta ei itseisarvoisesti kaikkialla.

On myös huomattava, että tietohallinto, taloushallinto ja henkilöstöhallinto ovat organisaation ydinprosesseja, eikä niitä voi kokonaan ulkoistaa. Näihin toimintoihin sisältyy kuitenkin niin sanottuja bulkkipalveluja, joiden osalta ulkoistaminen tai isommassa kokonaisuudessa tuotetut palvelut usealle toimijalle saattavat tuoda lisäarvoa.

21.2 Asiakas- ja potilastietojärjestelmien yhtenäistäminen

Kainuun silloisista kymmenestä kunnasta yhdeksällä oli vuonna 1992 omat erilliset ja erilaiset potilas- ja asiakastietojärjestelmänsä. Vuosina 1996–97 Kainuun kunnat olivat mukana Kainuun sosiaali- ja terveydenhuollon tietotek-

niikan kehittämishankkeessa (Kastike), jonka yhtenä päätavoitteena oli saada kaikkiin kuntiin yhtenäinen potilas- ja asiakastietojärjestelmä, jotta tietojen vaihto potilaiden siirtyessä kunnasta toiseen olisi mahdollisimman joustavaa. Toisena merkittävänä tavoitteena oli saada yhtenäiset organisaatioiden väliset tiedonsiirtoyhteydet (ovt-yhteydet) rakennettua eri kuntien järjestelmien välille, jotta useampien kuntien yhteishankinnasta saataisiin integraatioiden hankinnassa kustannusten alennusta. Kastike-hankkeen tavoitteet eivät kuitenkaan täyttyneet, sillä maakunnan keskuskaupunki Kajaani irrottautui hankkeesta erikoissairaanhoidon järjestelmähankinnan yhteydessä.

Erikoissairaanhoidossa oli ollut jo aikaisemmin potilashallintoa varten oma tietojärjestelmä, ja vuonna 2002 hankittiin potilas- ja asiakastietojärjestelmä myös potilasasiakirjamerkintöjä varten. Kajaanin terveyskeskuksessa käytössä ollut Finstar-järjestelmä vaihdettiin samana vuonna uuteen Effica-potilastietojärjestelmään, koska erikoissairaanhoidon järjestelmän toimittaja teki tarjouksen myös perusterveydenhuollon osalta. Näin Kajaanin luotaisiin yhtenäiset asiakas- ja käyttäjärekisterit.

Hallintokokeilulain myötä terveydenhuollon ja sosiaalihuollon palveluiden järjestäjäksi vuoden 2005 alusta tuli Kainuun maakunta -kuntayhtymä. Tässä vaiheessa yhdistettiin yhden rekisterinpitäjän vastuulle sekä Kainuun erikoissairaanhoito ja perusterveydenhuolto että sosiaalihuolto. Päivähoito jäi kuntien omaksi toiminnaksi. Hallintokokeilun yhtenä kantavana ajatuksena oli se, että potilaat ja asiakkaat voisivat hakea palvelunsa mistä tahansa Kainuun kunnasta ja potilaan tai asiakkaan aikaisemmat tiedot olisivat käytettävissä. Hallintokokeilulakiin oli kirjattu erillinen pykälä siitä, että myös potilas- ja asiakastietojärjestelmän merkinnät ovat salassapitosäädösten estämättä käytettävissä koko kuntayhtymässä.

Maakunta-kuntayhtymän potilas- ja asiakastietojärjestelmien yhtenäistämisen valmistelu aloitettiin vuoden 2004 alussa, eli valmisteluaikaa oli yksi vuosi. Tuolloin poliittinen tahto oli, että kunnissa olevia potilastietojärjestelmiä ei vaihdeta vaan pyritään rakentamaan sellaiset alueelliset ratkaisut, joilla potilastietojen näkyminen järjestelmästä toiseen voidaan toteuttaa. Sosiaalihuollon asiakastietojärjestelmät päätettiin yhtenäistää heti hallintokokeilun alkuvaiheessa, sillä osalla kunnista ei ollut minkäänlaista tietojärjestelmäratkaisua kun taas muutamilla oli käytössään ProConsona-järjestelmä.

Kainuun keskussairaalassa ja Kajaanin terveyskeskuksessa oli siis sama vuonna 2002 hankittu tietojärjestelmä. Tietokannat olivat kuitenkin erilliset. Kainuun muissa kunnissa (Hyrynsalmi, Kuhmo, Paltamo, Puolanka, Sotkamo, Suomussalmi ja Vuolijoki) oli käytössään omat Pegasos-järjestelmät, ja jokaisella kunnalla oli oma tietokanta. Ristijärvellä ei ollut lainkaan sähköisiä potilas- tai asiakastietojärjestelmiä. Vaalan kunta taas ei halunnut osallistua tietojärjestelmien yhdistämiseen.

Jotta kuntien Pegasosten ja Kajaanin molempien Efficoiden välille saatiin toteutettua potilastietojen katselu, rakennettiin ensin yksi yhtenäinen Pegasos-

tietokanta, jonka kautta toteutettiin katseluyhteydet Effica-tietokantojen kanssa. Yhtenäiseen Pegasos-tietokantaan liitettiin myös Ristijärven terveyskeskus. Aluekatseluratkaisu toteutettiin sosiaali- ja terveysministeriön rahoittamana hankkeena.

Sosiaalihuollon ProConsona-järjestelmä yhtenäistettiin siten, että tietojärjestelmään rakennettiin omat kuntakohtaiset kantainstanssit, joissa jokaisella kunnalla oli eri sosiaalihuollon rekisterit. Tämä ratkaisu on käytössä edelleen.

Vuonna 2006 työterveyshuolto eriytyi Kainuun maakunta -kuntayhtymän liikelaitokseksi. Työterveyshuolto oli aiemmin toiminut myös kahdessa erillisessä tietojärjestelmässä, mutta tässä vaiheessa haluttiin järjestelmä yhtenäistää. Kilpailutuksen seurauksena työterveyshuollon käyttöön valikoitui Pegasos-potilastietojärjestelmä, ja työterveyshuollolle rakennettiin oma kantainstanssi Kainuun yhteisen Pegasos-järjestelmän yhteyteen.

Vaikka aluekatselumahdollisuus oli näin olemassa, ja se koettiin erittäin hyvänä ratkaisuna, merkittävä osa potilaan tiedoista jäi aluekatselun ulkopuolelle: Aluekatselussa näytettiin vain tarkkaan valikoidut kertomuslomakkeet, jotka osoittautuivat ajan myötä riittämättömiksi. Tämän vuoksi vuonna 2009 järjestettiin tietojärjestelmäkilpailutus, ja Effica-potilastietojärjestelmä valittiin koko Kainuun yhteiseksi potilastietojärjestelmäksi. Yhteisen potilastietojärjestelmän käyttöönottoa varten perustettiin oma projekti, johon osallistuivat kaikki eri potilastietojärjestelmien pää- ja kuntakohtaiset vastuukäyttäjät.

Tietojärjestelmien yhtenäistämisen perustaksi sovittiin tuolloin erikoissairaanhoidon Effica-kanta, johon ensin yhdistettiin Kajaanin terveyskeskuksen tietokanta. Muissa kunnissa Effica-järjestelmä otettiin käyttöön porrastetusti siten, että avovastaanottotoiminta, vuodeosastotoiminta ja vanhuspalvelut liittyivät käyttäjiksi yhden vuoden aikana. Kaiken kaikkiaan yhtenäiseen potilastietojärjestelmään siirryttiin noin kahden vuoden aikana. Käyttöönottoprojekti kesti kuitenkin yhteensä noin neljä vuotta, joiden aikana saatiin määriteltyä koko Kainuun kattavat potilastietojärjestelmän käytön yhtenäiset käytännöt. Projektin kokonaiskestoon vaikutti myös se, että kaikki vaatimusmäärittelyn mukaiset toiminnallisuudet eivät olleet valmiina valitussa tietojärjestelmäratkaisussa, joten niiden käyttöönotto suoritettiin sitä mukaa kun sovellusosiot valmistuivat.

21.3 Uusi urakka – osittainen purkaminen

Hallintokokeilulain jatkuminen oli katkolla vuoden 2012 lopussa. Mikäli kaikki kunnat olisivat halunneet jatkaa yhteisessä kuntayhtymässä, olisi kokeilulain toiminnallisuus vakinaistettu. Puolangan kunta kuitenkin irtisanoutui kuntayhtymästä perusterveydenhuollon osalta. Tämän vuoksi yhtenäinen tietojärjestelmä pilkottiin niin, että Puolangan perusterveydenhuollosta perustettiin oma organisaatio yhtenäisen potilastietojärjestelmän sisälle.

Tällä turvattiin Puolangan aikaisempien tietojen näkyminen myös jatkossa heidän omassa käytössään. Ja koska Puolanka jatkoi erikoissairaanhoitopiirin jäsenenä, tietojen näkyminen oli tärkeää myös erikoissairaanhoidon puolelta.

Sosiaalihuollon asiakastietojärjestelmässä Puolanka oli jo valmiiksi omana kantainstanssinaan, mutta joitakin muutoksia silti tarvittiin. Esimerkiksi koko Kainuun yhteinen sähköinen toimeentulotukihakemus poistettiin Puolangan käytöstä, koska siinä ei voitu rajata edes käyttöoikeuksin näkyvyyksiä ristiin. Lisäksi Puolangan kunnan kannasta rakennettiin liittymiä niin, että tietosuoja voitiin taata.

Vuoden 2013 alusta lähtien Kainuu on käyttänyt yhtenäistä potilastietojärjestelmää, jonka osakokonaisuutena ovat myös Puolangan perusterveydenhuollon ja vanhustenhuollon toiminnallisuudet. Tietojärjestelmien käyttö on vakiintunut ja käyttäjät ovat tyytyväisiä siihen, että potilaan tiedot ovat käytettävissä siellä missä potilasta hoidetaan. Käyttöoikeuksia on tarkisteltu useampaan otteeseen, sillä yksi rekisterinpitäjyys tuo merkittäviä helpotuksia tietosuojakysymyksiin. Eri rekistereiden väliset katseluoikeudet rajataan kuitenkin potilaan tai asiakkaan luvalla tapahtuviksi.

21.4 Onko sote-järjestelmillä yhteinen tulevaisuus?

Kainuun uuden sairaalan rakentamishankkeen toteuttamissuunnitelmaan on kirjattu erikoissairaanhoidon, Kajaanin terveysaseman, kuntoutuksen ja päivystyksen yhtenäistyvät toiminnallisuudet. Uuden sairaalan rakentamisaikataulu on tiukka, joten Kainuussa on päätetty, että nykyisiä tietojärjestelmäratkaisuja ei kilpailuteta eikä vaihdeta, vaan nykyiset tietojärjestelmät pyritään kehittämään tulevia toimintoja tukeviksi ratkaisuiksi yhteistyössä toimittajien kanssa. Digitalisaation kehittämiseksi Kainuussa on myös otettu käyttöön Omasote-palvelu, hoitotyön langattoman kirjaamisen järjestelmä, hyvinvoinnin palvelutarjotin ja sähköinen ajanvaraus.

Tietojen käytettävyyden ja näkyvyyden osalta nykytilan ongelma on se, että sosiaali- ja terveydenhuollon tietojen ristikkäisnäkyvyyttä ei ole olemassa. Tämän estää lainsäädäntö, ei tekniikka eikä järjestelmäarkkitehtuuri. Tiedot kyllä saataisiin liikkumaan, jos vain laki muutettaisiin. Ja se on tulevaisuuden tavoite.

21.5 Asiakas- ja potilastietojärjestelmien käyttäjätuki

Jokaisessa Kainuun kunnassa on ollut omat asiakas- ja potilastietojärjestelmien pääkäyttäjänsä ja varapääkäyttäjänsä. Kainuun hallintokokeilun valmisteluvaiheessa nämä pääkäyttäjät määrittelivät yhtenäiset Pegasos- ja ProConsona -tietojärjestelmät koko maakunnan käyttöön.

Vuoden 2005 aikana valittiin järjestelmille Kainuun yhteiset pääkäyttäjät ja heille varapääkäyttäjät. Kajaanin Efficoiden aikaisemmat pääkäyttäjät ja kouluttajat jatkoivat edelleen tehtävissään.

Asiakas- ja potilastietojärjestelmien pääkäyttäjät ja kouluttajat toimivat kuntayhtymän johtajan alaisuudessa aina vuoteen 2009 saakka. Vuoden 2010 alussa tiimistä muodostettiin oma tulosyksikkö, jolle valittiin pääkäyttäjien keskuudesta oma esimies.

Tällä hetkellä potilas- ja asiakastietojärjestelmien käyttäjätukitiimi kuuluu Kainuun soten tietohallintoon omana tulosyksikkönään. Käyttäjätukitiimi vastaa virka-aikana potilas- ja asiakastietojärjestelmien käyttäjätuesta, kouluttamisesta, ylläpidosta ja kehittämisestä. Lisäksi tulosyksikkö vastaa virka-ajan ulkopuolisesta potilastietojärjestelmän käyttäjähallinnan varallaolosta. Varallaolon aikana annetaan kiireellisiä käyttöoikeuksia terveydenhuollon ammattihenkilöille, jotta heillä olisi mahdollisuus tehdä hoidon kannalta tarpeelliset potilasasiakirjamerkinnät. Varallaolon aikana hoidetaan myös potilasturvallisuutta oleellisesti vaarantavien potilastietojärjestelmäongelmien selvittely.

21.6 Tietojärjestelmien koulutus

Kainuussa potilas- ja asiakastietojärjestelmien sovelluskoulutuksista vastaa sote-tietojärjestelmät -tiimi. Potilastietojärjestelmien sovelluskoulutuksia järjestetään uusille käyttäjille säännöllisesti noin kahden kuukauden välein. Koulutuksia järjestetään pyynnöstä myös kohdennetusti eri käyttäjäryhmille. Uusien sovellusosioiden käyttöönoton yhteydessä järjestetään koulutukset kaikille niille, jotka osiota käyttävät. Tarvittaessa koulutukset järjestetään kaikille potilastietojärjestelmän noin 2 000 käyttäjälle.

Sosiaalihuollon tietojärjestelmäkoulutuksia järjestetään aina sovellusuudistusten yhteydessä, lisäksi järjestetään pyynnöstä kohdennettuja koulutuksia. Sosiaalihuollossa käyttäjien vaihtuvuus on vähäistä, joten uusia käyttäjiä koulutetaan henkilökohtaisesti aina tarvittaessa.

Kainuun uuden sairaalan käyttöönottoon liittyy paljon koulutustarpeita sekä toiminnallisten että tietojärjestelmämuutosten vuoksi, sillä uuden sairaalan järjestelmämuutokset vaikuttavat kaikkiin Kainuun potilastietojärjestelmän käyttäjiin. Ennen uuteen sairaalaan siirtymistä vuosien 2018–2019 aikana pitää tämän vuoksi kouluttaa noin 2 500 käyttäjää.

Muissa tietojärjestelmissä koulutukset järjestetään yleensä niin, että järjestelmätoimittaja kouluttaa pääkäyttäjät, jotka kouluttavat loppukäyttäjät. Tässä on hyvä huomata, että järjestelmätoimittaja kouluttaa pelkät järjestelmät, mutta pääkäyttäjät osaavat myös toiminnalliset prosessit ja niiden kouluttamisen. Tulevaisuudessa olisi tärkeää kouluttaa henkilöstöä käyttämään toimintamalleja, joiden tukena käytetään tietojärjestelmiä – eikä siis tuottaa vain irrallista järjestelmäkoulutusta.

21.7 Käyttäjätuki perus-ICT:ssä

Vuosituhannen vaihteessa Kainuun kunnilla oli siis omat, toisistaan erilliset atk-ympäristöt omine toimintatapoineen. Paikalliset atk-henkilöt vastasivat

muun työn ohella käyttäjätuesta. Toiminnanohjausjärjestelmiä ei ollut käytössä, ja ongelmatilanteissa käyttäjät ottivat suoraan yhteyttä oman paikkakuntansa atk-henkilöihin. Laite- ja ohjelmistoasennukset tehtiin paikkakuntakohtaisesti paikallisilla työvälineillä totuttujen paikallisten tapojen mukaan. Keskussairaalan tietojenkäsittely taas oli ulkoistettu konesali-, työasema- ja käyttäjätukea myöten vuoden 2007 loppuun saakka.

Ennen hallintokokeilun alkua Kainuun kuntien atk-henkilöt tapasivat säännöllisen epäsäännöllisesti muutamia kertoja vuodessa. Tapaamisissa vaihdettiin kokemuksia ajankohtaisista asioista ja tutustuttiin siinä samalla toisiimme.

Hallintokokeilun aikana ryhdyttiin luomaan yhtenäisiä toimintatapoja myös käyttäjätuen osalta. HelpDeskin tehokas toiminta edellyttää kunnossa olevia taustoja ja yhtenäisiä toimintatapoja. Vakioitu työasemaympäristö, keskitetty ohjelmistojen jakelu ja ylläpito sekä etäyhteydet mahdollistavat toiminnan yli kunta- ja organisaatiorajojen. Koko Kainuun kattava HelpDesk (Kainuun atk-tuki) avattiinkin 29.3.2005. Asiakkaina olivat tuolloin ja ovat edelleen Kainuun sosiaali- ja terveydenhuollon eri yksiköt, Kainuun liitto sekä Kainuun kunnat ja kaupungit. Kainuun ammatillisen koulutuksen ja lukioiden sekä kuntien peruskoulujen atk-tuesta vastaavat oppilaitosten omat atk-tukihenkilöt.

Kainuun atk-tuki auttaa kaikissa atk-ongelmissa, kuten laitteisiin, salasanoihin, käyttöjärjestelmiin ja verkkoihin liittyvissä ongelmatilanteissa. Ohjelmistotuki hoidetaan ohjelmistokohtaisten pääkäyttäjien toimesta. Virka-ajan ulkopuoliseen konesalipalvelujen ja sote-tietojärjestelmien päivystyspalveluun kuuluvat ennalta sovitut terveydenhuollon kriittiset järjestelmät.

Kainuun atk-tuessa käsiteltiin vuoden 2015 aikana noin 31 000 tukipyyntöä (mukaan lukien Efficaa ja ProConsonaa koskevat).

21.8 Konesalipalvelut

Kainuun kuntien konesali-infrastruktuuri on muuttunut vuosikymmenten aikana teknologisen kehityksen ja organisaatiomuutosten myötä. Aluksi 1980-luvulla käytössä olivat keskustietokone / päätepohjaiset ratkaisut, joista on päädytty nykyiseen maakunnalliseen ja virtualisoituun konesaliteknologiaan.

Ennen hallintokokeilua Kainuun kunnilla ja Kainuun keskussairaalalla oli omat paikalliset konesalinsa ja laitetilansa, minne organisaation tietojärjestelmät oli keskitetty. Konesaleja ylläpitivät yleensä kuntien omat tietohallintohenkilöstöt. Kajaanin kaupungin ja keskussairaalan konesalit olivat kuitenkin silloisen Novo Group Oyj:n ylläpidossa.

Hallintokokeilun valmisteluvaiheessa uusille yhteiskäyttöisille tietojärjestelmille (mm. talous- ja henkilöstöhallinnon tietojärjestelmät, sähköposti, AD-hakemisto) suunniteltiin uusi keskitetty konesali, joka sijoitettiin silloisen Kajaanin puhelinosuuskunnan vuokratiloihin. Samassa yhteydessä kilpailutettiin palvelin- ja levyjärjestelmätoimittajaksi IBM Oy. Konesali-kokonaisuus otettiin käyttöön syksyllä 2004, juuri ennen hallintokokeilun alkua (1.1.2005). Tieto-

järjestelmien keskittäminen tarkoitti myös sitä, että suuri osa kuntien omista paikallisista tietojärjestelmistä poistui käytöstä. Kuntien konesaleihin jäi lähinnä perusopetuksen käyttöön liittyviä tietojärjestelmiä.

Tietojärjestelmien kapasiteettitarve kasvoi merkittävästi vuonna 2007, jolloin Kajaanin kaupungin ja Kainuun keskussairaalan konesali-palvelusopimus päättyi ja toiminta siirtyi kuntayhtymälle. Tällöin aloitti myös nykyinen konesalitiimin 24/7-päivystys, jolla turvattiin kuntayhtymän kriittisten sote-tietojärjestelmien toiminta. Konesalikapasiteettia laajennettiin. Toiminnan kasvaessa haasteeksi tulivat konesalien sähkönsyöttö- ja jäähdytysratkaisut. Toukokuussa 2010 käyttöön otettu uusi konesali (IT-turvahuone) korvasi Kainuun puhelinosuuskunnan ja Kajaanin kaupungin tiloissa olleet konesalit.

Tietojärjestelmien palvelinympäristö on muuttunut viimeisen kymmenen vuoden aikana paljon lähinnä virtualisointiratkaisujen myötä. Aika näyttää, miten konesalitoiminta organisaatiomuutosten ja pilviteknologioiden pyörteissä muuntuu. Toimialana sote on joka tapauksessa yhteiskunnan kannalta kriittinen toiminto, minkä vuoksi konesali- ja pilviteknologioiden sijaintia ja käytettävyyttä on mietittävä uutta kehitettäessä tarkkaan.

21.9 Kainuun alueverkko

Kainuun alueverkon toiminta sai alkunsa vuonna 1999, jolloin kuntakeskuksia yhdistävää alueverkkoa ryhdyttiin kehittämään kuntien yhteisellä hankkeella (Kainuun kuntaverkko -yhdistys). Yhdistys kilpailutti alueverkon operaattorin, sillä pitkien etäisyyksien vuoksi omaan runkoverkkoon ei ollut taloudellisia mahdollisuuksia. Kilpailutuksen voitti silloinen Kajaanin puhelinosuuskunta, ja Kainuun kunnat sekä Kainuun keskussairaala liittyivät yhteiseen suljettuun alueverkkoon vuosina 1999–2000. Alkuvaiheen teknologiana käytettiin 33 Mb/s ATM-verkkoa, internet-yhteyden nopeuden ollessa 512 Kb/s. ATM-verkon nopeus nostettiin parin vuoden käytön jälkeen 155 Mb/s, ja myös internet-yhteyden nopeutta tarkistettiin ylöspäin.

Kainuun hallintokokeilun myötä alueverkon suorituskyvyssä havaittiin haasteita, mitkä johtuivat pääosin keskitettyjen tietojärjestelmien kasvaneesta kapasiteettitarpeesta. Tilanne korjautui, kun kuntaverkon palvelut kilpailutettiin seuraavan kerran vuonna 2005, jolloin siirryttiin MPLS-pohjaiseen 1 Gb/s-runkoverkkoon. Operaattoriksi valittiin Kajaanin puhelinosuuskunta Alueverkon toiminta on perustunut samaan teknologiaan näihin päiviin asti.

Kainuun alueverkko on ollut merkittävä mahdollistaja yhteisten tietojärjestelmien käyttöönotoissa. Lisäksi se on mahdollistanut tietoliikenneverkon keskitetyn hallinnan ja operoinnin tietoturvaa unohtamatta.

22 Osaamisen kehittäminen

Merja Leinonen

Kainuun sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymässä koordinoidaan keskitetysti myös osaamisen kehittämistä. Vuodesta 2010 lähtien organisaatiossa on toiminut täydennyskoulutusta järjestävä osaamisen kehittämisen yksikkö, jossa on vuodesta 2015 alkaen työskennellyt koulutuspäällikön lisäksi koulutussuunnittelija.

Osaamisen johtaminen on vakiintunut kiinteäksi osaksi Kainuun soten organisaatio- ja työyksikkötason strategiatyötä. Suunnitelmallisen ja pitkäjänteisen osaamisen kehittämisen lähtökohtana ovat strategiset painopistealueet, toimintamuutokset, uudet palvelu- ja hoitokäytännöt ja niiden osaamistarpeiden ennakointi sekä henkilöstön osaamisen kartoitukset. Osaamisen johtaminen nivoutuu henkilöstöohjauksen hallintaan HRM -järjestelmän avulla.

Oppivan organisaation kulttuuria on vahvistettu esimiesten perehdytyksellä ja koulutuksilla. Esimiesten tehtävä on tukea työntekijöiden ja työyhteisön oppimisprosesseja omalla esimerkillään sekä luoda yhdessä oppimisen ja kehittymisen mahdollistava ilmapiiri. Ratkaisevaa työyksikön toiminnan kehittymiselle on nimittäin se, kuinka yksilöiden osaaminen siirtyy koko työyksikön osaamiseksi, ja kuinka yksikössä hyödynnetään opittuja asioita. Tässä onnistuminen edellyttää yhteistyötä, vuorovaikutusta ja dialogia – oppivassa työyhteisössä osaamista jaetaan ja kehitetään läpi elämän elinikäisen oppimisen periaatteen mukaisesti.

22.1 Osaamisen kehittämisen prosessit

Kainuun sotessa on haluttu luoda edellytyksiä osaamisen kehittymiselle systemaattisesti ja tavoitteellisesti. Henkilöstön osaamisen kehittämissuunnitelmat ovat olennainen osa normaalia vuosisuunnitelmaohjelmaa. Vuosikellon mukaisesti esimiehet laativat tulosyksikkönsä tai vastuualueensa suunnitelman toiminta- ja taloussuunnittelun yhteydessä. Näin pyritään varmistamaan, että työyksikkö kykenee toteuttamaan tehtävänsä tehokkaasti ja laadukkaasti sekä lyhyellä että pidemmällä aikavälillä.

Suunnitelmat laaditaan sähköisille lomakkeille ja palautetaan vastuualuepäällikölle tai oman alueen tulosjohtajalle sekä koulutuspäällikölle täydennyskoulutustarpeiden kokoamista ja keskitetyn koulutuksen suunnittelua varten. Vastuualuepäällikkö hyväksyy vastuualueensa yksikkökohtaiset kehittämissuunnitelmat ja resurssivaraukset. Tulosalueiden johtajat arvioivat toiminta- ja taloussuunnitelman tekemisen yhteydessä tulosalueensa kehittämissuunnitelmavaraukset ja niiden toteuttamisen.

Osaamisen kehittämisprosessi käynnistyy osaamisen ja sen kehittämisen merkityksen hahmottamisella ja osaamisen tarpeiden ennakoinnilla. Kainuun sotessa osaamisen kartoitukset ja arvioinnit tehdään pääsääntöisesti kehitys- ja osaamiskeskustelujen yhteydessä. Vuoden 2011 alusta otettiin käyttöön sähköinen kehityskeskustelusovellus kehityskeskustelujen ohjaamisen ja dokumentoinnin helpottamiseksi.

Henkilöstön kehittämissuunnitelmissa konkretisoidaan osaamistarpeet ja tavoitteet käytännön toimenpiteiksi. Esimies suunnittelee aikataulun, resursoinnin, seurannan ja arvioinnin. Suunnitelmassa määritellään, mikä kehittämismenetelmä tukee osaamisen kehittymistä parhaiten – onko se täydennyskoulutus, työkierto tai vaikkapa mentorointi? Tässä yhteydessä tehdään myös henkilöstön täydennyskoulutussuunnitelmat ja koko organisaation koulutussuunnitelma.

Strategiatyön ja työyksiköiden osaamisprosessien vuorovaikutus on tärkeää, samoin ylimmän johdon ja operatiivisen tason vuoropuhelu. Osaamisen kehittämisen suunnitelmista kootaan keskeiset osaamisen kehittämisen painopistealueet johtoryhmän linjauksia varten. Tavoitteena on, että osaamisen kartoitukset, arvioinnit ja kehittämisprosessit johtavat laajemmin koko organisaation toiminnan uudistumiseen ja kehittymiseen.

22.2 Moniammatillista keskitettyä täydennyskoulutusta

Henkilöstön täydennyskoulutus on keskeinen osaamisen kehittämisen osa-alue. Sosiaali- ja terveydenhuollon täydennyskoulutuksella tarkoitetaan väestön terveystarpeisiin ja muuttuviin hoito- ja palvelukäytäntöihin pohjautuvaa sekä koulutustarpeen arviointiin perustuvaa suunnitelmallista koulutusta. Tavoitteena on ylläpitää ja lisätä henkilöstön ammattitaitoa ja osaamista (asetus terveydenhuollon henkilöstön täydennyskoulutuksesta STM 1194/2003, sosiaalihuoltolaki, muutos 50/2005). Täydennyskoulutus ei anna uutta ammattipätevyyttä, mutta sillä voidaan tukea työntekijän urakehitystä.

Koulutuksen tarvetta arvioidaan henkilöstön peruskoulutuksen, työn vaativuuden, toimenkuvien ja niissä tapahtuvien muutosten perusteella. Kainuun sotessa keskitetty täydennyskoulutussuunnittelu perustuu osaamisen kehittämissuunnitelmiin, strategisiin painotuksiin ja toimintamuutoksiin.

Täydennyskoulutusten painopistettä on suunnattu yksittäisistä koulutuspäivistä yhä enemmän prosessinomaisiin ja moniammatillisiin koulutuksiin, joissa hyödynnetään monipuolisesti erilaisia oppimismenetelmiä ja -ympäristöjä. Lyhytkestoisten koulutusten tavoitteena on usein tietojen päivittäminen tai konkreettisten asioiden oppiminen, pitkäkestoisen koulutuksen avulla osaamisen kehittymistä tuetaan laajemmin ja syvällisemmin. Kainuun sotessa on sovittu täydennyskoulutukseen osallistumisen periaatteet. Myös omaehtoisia opintoja tuetaan. Henkilöstöllä on käytössä koulutusapuraha (enintään 300€/vuosi), jota myönnetään ammattitaidon ylläpitämiseen ja kehittämiseen.

Moniammattilliset ja -alaiset koulutukset ovat mahdollistaneet palvelu- ja hoitoketjujen tarkastelun kokonaistoiminnan näkökulmasta. Koulutuksissa moniammatillinen työ on tullut tutuksi ja on voitu sopia yhteisistä toimintakäytännöistä.

Koulutuksessa edetään yksilöiden ja yksiköiden tehtävistä organisaation toiminnan kokonaisuuteen ja strategian toteuttamiseen. Lisäksi hyödynnetään eri yksiköiden asiantuntijuutta ja yhteistä oppimista. Keskeistä on työn kehittäminen kollektiivisesti.

Koulutuspalautteissa työntekijät kokevat tärkeäksi, että koulutuksissa on mukana erilaisissa tehtävissä jo pitempään työskennelleitä henkilöitä, joilta uudet työntekijät oppivat uutta käytännön kokemuksen kautta. Oma, keskitetysti järjestetty täydennyskoulutus on ollut myös kustannustehokasta. Se on kattanut henkilöstön täydennyskoulutuksesta suurimman osan (n. 70 %), mutta sen osuus kustannuksista on ollut noin 25 prosenttia koulutusten kokonaiskustannuksista.

Koulutusorganisaatioiden kuten Kainuun ammattiopiston ja Kajaanin ammattikorkeakoulun kanssa tehdään tiivistä yhteistyötä, ja muuta paikallista asiantuntijuutta hyödynnetään koulutuksissa. Lisäksi organisaation ulkopuoliset henkilöt ovat olleet tervetulleita Kainuun soten keskitetysti järjestettyihin koulutuksiin, mikä on omalta osaltaan vahvistanut verkostoyhteistyötä. Täydennyskoulutukset eivät kuitenkaan yksin riitä tukemaan henkilöstön ammatillisen osaamisen ja työn suunnitelmallista kehittämistä. Siksi Kainuun sotessa hyödynnetään myös esimerkiksi simulaatio- ja verkko-oppimista.

22.3 Yhdessä oppiminen avainasemassa

Osaamisen kehittymistä tukevat parhaiten yhteistoiminnalliset oppimisen muodot. Yhteistoiminnallisen oppimisen muotoina Kainuun sotessa käytetään esimerkiksi mentorointia, vertaiskouluttamista, benchmarkingia ja työkiertoa.

Menetelmänä työkierto paitsi laajentaa ja syventää työntekijöiden osaamista myös edistää työhyvinvointia, työssä jaksamista ja muutosvalmiuksia. Työkierrossa kehitetään sekä työntekijän että työyksikön osaamista. Kun työntekijä siirtyy työskentelemään määräaikaisesti toiseen työyksikköön tai työtehtävästä toiseen yli tulosaluerajojen tavoitteenaan oman osaamisen kehittäminen, vastaanottava työyksikkö hyödyntää puolestaan työkiertoon osallistuvan osaamista ja tietoja. Työkierrosta tehdään aina sopimus ja suunnitelma, johon työkiertoon osallistuja ja hänen esimiehensä sekä vastaanottavan yksikön esimies ja nimetty ohjaaja tai mentori kirjaavat tavoitteet, toteutuksen ja arvioinnin sekä työyksikön hyviä käytänteitä ja kehittämisen kohteita.

Organisaatioon hankitaan uutta osaamista myös rekrytoinnin avulla. Rekrytointitilanteessa selvitetään sekä uuden työntekijän ammatillisen osaamisen taso että hänen halukkuutensa työn, oman osaamisen ja työyhteisön osaamisen kehittämiseen. Tavoitteellinen ja suunnitelmallinen perehdyttäminen ja perehtyminen tukevat uuden työntekijän osaamisen kehittymistä. Perehdyttäminen ymmärretään vuorovaikutteiseksi prosessiksi, jossa uusi työntekijä ja työyhteisö oppivat toisiltaan. Perehdyttämisen tueksi on laadittu Kainuun soten sisäisille verkkosivuille, Kaimaan, sähköinen perehdyttämisohjelma. Se jakautuu organisaatio- ja yksikkötason perehdyttämiseen sekä ammatillisen osaamisen ulottuvuuksiin (esimerkkinä hoitotyön osaamisen alueet).

22.4 Seuranta ja arviointi

Osaamisen kehittäminen vaatii onnistuakseen jatkuvaa seurantaa ja arviointia. Yleensä arviointi tapahtuu kehityskeskustelujen ja osaamiskartoitusten yhteydessä. Arviointia näkyy suoraan tai välillisesti myös esimerkiksi henkilöstötilinpäätöksissä ja -raporteissa, perehdytyssuunnitelmassa, työnohjauksessa, ilmapiirikartoituksissa, työn vaativuuden arvioinnissa, laatutyön eri muodoissa, erilaisissa keskustelufoorumeissa ja palautejärjestelmissä. Kerättyä tietoa hyödynnetään osaamisen kehittämisprosessin arvioinnissa ja jatkokehittelyssä, organisaation kokonaissuunnittelussa sekä talouden ja toiminnan ohjauksessa.

Täydennyskoulutuksen toteutumisen, siihen osallistumisen ja siitä aiheutuvien kustannusten seuranta ja tilastointi on tärkeä osa toiminnan seurantaa. Kainuun sotessa HRM koulutustietojen hallintajärjestelmä toimii arvioinnin ja seurannan välineenä. Tietojen tallennus on tärkeää, sillä ilman riittäviä tietoja osaamista ei voida johtaa suunnitelmallisesti. Kun kaikki tiedot ovat käytössä, voidaan henkilöstön osaamisen kehittämistä seurata ja arvioida luotettavasti pitkällä aikajänteellä sekä yksikkö- että organisaatiotasolla. Tietojen tallennus on tärkeää myös yksittäisen työtekijän näkökulmasta, sillä koulutustietojen hallintajärjestelmään rakentuu jokaiselle työntekijälle monin tavoin hyödynnettävä osaamisportfolio.

Koulutuksen hallintajärjestelmään tallennetaan koulutusten lisäksi systemaattisesti muita asiantuntijuus-, osaamis- ja pätevyystietoja, kuten esimerkiksi hoitajien lääkeluvat, jotka sisältävät lääketentin lisäksi näyttökokeet ja perehtymisen työyksikön lääkehoitoon. Esimiesten tehtävä on huolehtia tietojen tallentuminen järjestelmään, jotta raporttitiedot esimerkiksi toimintakertomuksia ja laadunhallinta-arviointeja varten ovat luotettavia. Työntekijöillä itsellään on myös mahdollisuus tarkastella koulutuksen hallintajärjestelmässä omia koulutustietojaan ja pätevyyksiään sekä ylläpitää CV-tietojaan.

Osaamisen johtamisen merkitys korostuu tämän hetken laaja-alaisessa ja monitasoisessa muutostilanteessa. Uusien toimintatapojen, prosessien ja menetelmien kehittäminen edellyttää uudenlaista osaamista, ja osaamisen kehittämisen tarpeisiin on pystyttävä reagoimaan ketterästi. Organisaation menestyminen muutoksessa edellyttää osaamisen ymmärtämistä sekä yksittäisen työntekijän että organisaation voimavarana ja vetovoimatekijänä.

23 Kainuun mallin maine – tarvitaanko taikasauvaa?

Eeva Mäntymäki

Aloitin Kainuun maakunta -kuntayhtymän viestintäpäällikkönä maanantaina 26.10.2009. Edellisenä päivänä Helsingin Sanomien sunnuntainumerossa oli julkaistu koko sivun juttu, jonka otsikko oli ”Ministerien kehuma kokeilu turhauttaa lääkäriin jonottavia kainuulaisia. Mummo kyydittiin hoitoon 500 kilometrin päähän Ähtäriin”. Jutussa haastateltava sanoo, että Etelä-Pohjanmaalla eläimetkin hoidetaan paremmin kuin Kainuussa mummot. Totesin silloin, että pohjalta on hyvä aloittaa: kovin paljoa huonommaksi maakunta-kuntayhtymän maine ei enää voi mennä.

Tosiasiassa hallintokokeilu oli mainettaan paljon parempi. Tampereen yliopiston vuoden 2010 seurantaraportissa todetaan, että palvelujen käyttäjien arviot maakunta-kuntayhtymän toiminnasta olivat selvästi parempia kuin niiden arviot, jotka eivät itse olleet käyttäneet palveluja. (1) Toisaalta silti Kainuun Sanomien hallintokokeilun aikana tilaamissa kolmessa pienimuotoisessa kyselytutkimuksessa (2007, 2008 ja 2010 (2)) palvelujen käyttäjät antavat palvelujen kehityksestä huonompia arvosanoja kuin ne, jotka eivät ole käyttäneet palveluja. Kriittisyys uutta mallia kohtaan oli huipussaan ensimmäisen nelivuotiskauden lopulla, juuri ennen lokakuun 2008 toisia maakuntavaaleja.

Oma lukunsa olivat maakunta-kuntayhtymän yli 4 000 työntekijää: Neljän kokeiluvuoden jälkeen (2008) vain 15 prosenttia henkilöstöstä piti muutosta onnistuneena, yli puolet enemmän tai vähemmän huonosti onnistuneena. (3) Henkilöstön kokemusten ja tuntemusten merkitys huonon maineen kierteen syntymisessä on epäilemättä ollut merkittävä.

Kainuun mallin alkuvaiheen maineongelmia pidetään yleisesti viestintäongelmina(4). Kuitenkin kokeilun suunnittelussa mukana olleet kertovat tässäkin julkaisussa monella suulla, miten kainuulaiselle suurelle yleisölle pyrittiin tiedottamaan aktiivisesti muutoksesta – oli kuntakierroksia, kaikkiin talouksiin jaettavia maakunnan tiedotuslehtiä ja palveluoppaita. Kainuun maakunta -kuntayhtymän viestintästrategioissa ja -suunnitelmissa vuosilta 2006 ja 2008 korostetaan kaksisuuntaisen viestinnän merkitystä, ja vuorovaikutukselle kansalaisten kanssa pyrittiin järjestämään mahdollisuuksia. Henkilöstöjärjestöt olivat aktiivisesti mukana suunnittelussa, kuten pääluottamusmiehet tämän julkaisun luvussa 28 kertovat. Mikä siis meni vikaan?

Kainuun suorilla vaaleilla valitun maakuntavaltuuston puheenjohtaja Timo Korhonen arvioi: ”Tiedotuksessa on ehkä liiaksi rakennettu hallintoa, kokeilua, byrokratiaa. Liian vähän on tehty tulevaisuutta, luotu mahdollisuuksia ja turvattu palveluja *(5)*.”

(1) Airaksinen, J. & Haveri, A. & Jäntti, A. Siniset ajatukset – vapaasta pudotuksesta hallittuun sopeuttamiseen. Kainuun hallintokokeilun vaikutukset. Valtiovarainministeriön julkaisuja 20/2010.
(2) Kainuun Sanomien maakuntahallintotutkimukset (2007, 2008, 2010). Tietoykkönen.
(3) Airaksinen, J. & Haveri, A. & Pyykkönen, H. & Väisänen, P.. Sinisistä ajatuksista moniin totuuksiin. Kainuun hallintokokeilun arviointi. Toinen väliraportti. Valtiovarainministeriön julkaisuja 41/2008.
(4) Jäntti A. Kunta, muutos ja kuntamuutos. Väitöskirja, Tampere University Press, 2016.
(5) Airaksinen J, Jäntti A, Haveri A. Siniset ajatukset – sanoista tekoihin. Kainuun hallintokokeilun arviointi. Ensimmäinen väliraportti. Sisäasianministeriön julkaisuja 37/2005.

Muutamat keskeisesti mukana olleet toimijat ovat tunnistaneet ongelmaksi myös tunnetason laiminlyönnin viestinnässä. Viestinnän asiantuntijoiden näkökulmasta ongelmaksi koettiin se, että tieto tehdyistä ratkaisuista ei tullut viestintäryhmälle riittävän ajoissa eikä viestintää ollut resursoitu riittävästi *(6)*.

Henkilöstöviestinnän toteutumista hallintokokeilun suunnitteluvaiheessa tutkinut Marjo Suhonen toteaa, että laaja suunnitteluorganisaatio (Kainuun tapauksessa jopa 500–600 henkilöä) ei välttämättä takaa laajaa osallisuuden tunnetta ja vaikuttamismahdollisuuksia. Tutkimushaastatteluista käy ilmi, että edes aktiivinen osallistuminen suunnitteluun ei välttämättä taannut todellisia vaikuttamismahdollisuuksia, sillä ratkaisut tehtiin suhteellisen pienessä porukassa. (7) Tunne osattomaksi jäämisestä valmisteluvaiheessa yhdessä johtamisen ja esimiestyön keskittämisen kanssa on voinut lisätä henkilöstön kriittisyyttä uutta mallia kohtaan. Samaan suuntaan lienee vaikuttanut se, että lähijohtaminen jäi muutosta tehtäessä suhteelllisen vähälle huomiolle, kuten Marjo Huovinen-Tervo ja Marja-Liisa Ruokolainen luvussa 12 toteavat.

Niin henkilöstön kuin asiakkaiden mielialat muuttuivat vähitellen. Vuonna 2010 tehty Kainuun Sanomien kysely kertoo jo kriittisyyden selvästä vähenemisestä aikaisempiin vuosiin verrattuna. Vuonna 2012, kun hallintokokeilua lopetettiin, henkilöstöjärjestöt ja työntekijät kirjelmöivät kokeilun jatkamisen puolesta ja myös asiakkaat olivat huolissaan muutoksesta.

Mitä tapahtui, tarvittiinko taikasauvaa? Ei tarvittu. Sen sijaan tarvittiin kahdeksan vuoden kokemus uuden mallin hyvistä puolista. Tarvittiin myös valmiutta muuttaa ja kehittää toimintaa saadun palautteen perusteella. Esimerkiksi teoriassa hyvästä mutta monia asiakkaita sekoittaneesta seutuajattelusta on luovuttu. Asiakkaiden ja omaisten tunteet on alettu ottaa entistä paremmin huomioon, ja asiakaskokemuksesta on tullut aivan eri tavalla keskeinen toiminnan onnistumisen mittari. Viestinnän resursseja on vähitellen lisätty, ja koko henkilöstö on sisäistänyt entistä paremmin toimivan viestinnän tärkeyden.

23.1 Tiedotuksesta viestintään ja markkinointiin

Julkisrahoitteisen sosiaali- ja terveydenhuollon viestintä ymmärrettiin pitkään yksisuuntaiseksi tiedottamiseksi. Sittemmin mukaan kuvaan ovat tulleet toisaalta mainetyö ja toisaalta osallisuuden edistäminen. Aivan viime aikoina yhä useammat julkisrahoitteiset sote-toimijat ovat huomanneet myös markkinoinnin ja palvelujen brändäämisen tarpeellisuuden. Tämä kehitys vahvistaa palvelujen käyttäjän asiakkuutta, mutta nostaa samalla esille aivan uudentyyppisiä eettisiä kysymyksiä: Tuotetaanko julkisessa sosiaali- ja terveydenhuollossa sitä, mitä asiakas haluaa, vai sitä, mitä potilas asiantuntijoiden näkemyksen mukaan tarvitsee?

Kainuun soten keväällä 2017 toteutettu verkkosivu-uudistus(8) avaa mielenkiintoisen näkymän kymmenessä vuodessa tapahtuneeseen muutokseen. Vuonna 2007 Kainuun maakunta -kuntayhtymän verkkosivuston selkäranka

(6) Sirviö, P. Raportti Kainutlaatuisen sote- ja maakuntauudistuksen viestintäryhmälle 22.3.2017.
(7) Suhonen, M. Osallistujaohjaus ristipaineiden keskellä. Tapaustutkimus Kainuun maakuntakokeilun sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämishankkeen suunnitteluvaiheesta vuosina 2003–2004. Acta Universitas Ouluensis 2007. Lääketieteellinen tiedekunta, hoitotieteen ja terveyshallinnon laitos, D924. Oulu.
(8) sote.kainuu.fi

oli elinkaarimallin mukainen organisaatiokaavio. Se haluttiin tehdä kainuulaisille tutuksi, jotta he osaisivat hakea palvelunsa oikeasta paikasta. Tänä päivänä organisaatiorakenteen mukaisesti jäsennelty verkkosivusto on suoranainen kauhistus. Nyt halutaan kertoa asiakaslähtöisesti ja helposti lähestyttävästi palveluista, markkinoida omahoitoa ja luoda tilaa vuorovaikutukselle ja osallisuudelle. Verkkosivut eivät enää ole ”vain viestintää” vaan olennainen osa soten palveluohjausta. Eikä verkkosivustojen käyttäjä ole enää vain tiedon hakija vaan – ainakin periaatteessa ja ihannetilanteessa – palvelujen muotoiluun osallistuva yhteistyökumppani.

Samalla kun viestintä nivoutuu yhä tiiviimmin osaksi palvelutuotantoa, lainsäädäntö ohjaa yhä enemmän julkisorganisaatioiden viestintää. Uuden kuntalain mukaan verkkosivusto (’yleinen tietoverkko’, kuten laki asian määrittelee) on kunnan tai kuntayhtymän virtuaalinen virastotalo, jonka juridinen status on samankaltainen kuin virallisen ilmoitustaulun (kuntalaki 410/2015, §108-109). Euroopan Unionin esteettömyysdirektiivi ja tietosuoja-asetus asettavat julkisorganisaation verkkoviestinnälle omat reunaehtonsa. Esimerkiksi sosiaalisen median kanavissa saattaa syntyä tilanteita, joissa tämän päivän toimivan viestinnän edellyttämä spontaani ja reaaliaikainen avoimuus ja asiakkaiden osallistuminen törmäävät asiakkaiden ehdottoman yksityisyyden suojan kanssa.

23.2 Itsehallinnollisen maakunnan viestintävastuu

Maakunta- ja soteuudistuksessa pohditaan nyt tiiviisti viestintään liittyviä rakenteellisia ratkaisuja, kuten esimerkiksi verkkosivustoja ja -palveluja. Avainkysymys on, mikä on asiakkaan ja alueen asukkaan etu ja tahtotila. Keskustelussa painopiste on ollut palvelujen järjestämisessä. Kysymys kuuluu, ovatko maakunnat osa valtakunnallista palvelukokonaisuutta samaan tapaan kuin valtion aluehallinto nyt? Pyritäänkö maakuntatasolla koko maassa yhtenevään verkkopalvelujen kokonaisuuteen vai profiloituvatko maakunnat erilaisiksi?

Tekeillä olevaan maakuntauudistukseen kytkeytyy isoja viestinnällisiä linjakysymyksiä, jotka liittyvät asukkaan ja asiakkaan roolin ja odotuksiin.

Keskitetyt valtakunnalliset palvelualustat, kuten suomi.fi -sivusto, mahdollistavat sujuvan asioinnin kautta maan standardoidussa verkkopalvelussa, jonka kautta asiakkaiden on tarkoitus muun muassa tehdä valinnanvapauden piirissä olevien palvelujen valinta. Uudistusta ohjaavat ministeriöt ja maakunnat miettivät nyt yhteistyössä, kuinka pitkälle esimerkiksi verkkosivustojen pitää olla koko maassa yhteneväisiä.

Asiakkaan valinnanvapauden laajeneminen tiivistää keskustelua myös siitä, missä määrin maakuntien oletetaan markkinoivan omia palvelujaan. Kysymys on monitahoinen. Julkisten ja yksityisten toimijoiden työnjaon näkökulmasta

kysymys on siitä, kilpailevatko ne todellisuudessa keskenään ja miten kilpailuneutraliteetti toteutuu – vai tuottaako maakunta palveluja lähtökohtaisesti vain markkinapuutteen tilanteessa? Entä onko syytä olettaa, että maakunnat kilpailevat myös keskenään sekä alueina että palveluntuottajina? Pohdinnat kiteytyvät usein kysymykseen, sopiiko julkisten palveluntuottajien brändätä itseään.

Itsehallinnollisten maakuntien verkkoidentiteetti pitää kuitenkin sisällään myös paljon muuta kun palvelujen järjestämisen ja tuotannon. Kysymys on myös asiakkaan ja maakunnan asukkaan osallisuudesta niin edustuksellisten kuin suorien vaikuttamiskanavien kautta.

Joka tapauksessa maakunta- ja soteuudistus nostaa uudella tavalla esille kysymyksen, miten valtakunnallisten palvelujärjestelmien ja maakuntien omien palvelujen integraatio toteutetaan myös viestinnällisesti.

(10) Mäntymäki, E. Maakunta tulee – mutta mikä maakunta? www.kuntaliitto.fi/blogi/vieraskyna
(11) Seppälä, J. Julkisbrändi? https://www.kuntaliitto.fi/blogi/2017/julkisbrandi
(12) Halonen, Timo (2016) Maineella menestykseen – mainetyö kaupiunkiseudun kehittämisen välineenä: tapaustutkimus maineen ja aluekehityksen yhteydestä kolmella kauunkiseudulla. Lapin yliopisto. https://lauda.ulapland.fi

Osa D: Asiakasnäkökulma

24 Maakunnallinen potilasasiamiestoiminta

Liisa Vilmi-Johansson

Potilaan asemasta ja oikeuksista säädetään potilaslaissa (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista, 785/1992), joka sisältää potilaan hoitoon ja kohteluun liittyvät keskeiset oikeudelliset periaatteet. Potilaslain tavoitteeksi on asetettu muun muassa potilaan oikeusturvan selkiinnyttäminen ja vahvistaminen sekä luottamuksellisten hoitosuhteiden syntymisen edistäminen moniulotteisessa ja teknistyvässä terveydenhuollossa. Lisäksi tavoitteena on potilaiden ja terveydenhuoltohenkilöstön välisten suhteiden parantuminen.

Potilaslaissa potilaalla tarkoitetaan terveyden- ja sairaanhoitopalveluja käyttävää tai niiden kohteena olevaa henkilöä. Hallituksen esityksessä (HE 185/1991) todetaan, että potilaan käsitettä ei ole lainsäädännössä ennen potilaslain säätämistä määritelty. Selvyyden vuoksi määritelmään on lisätty tilanteet, joissa potilas omasta tahdostaan riippumatta joutuu terveyden- tai sairaanhoitopalvelujen kohteeksi. Määrittelystä ilmenee, että käsitteen ala on tarkoitettu laajaksi. Myös määrittelyn sanaa käyttäjä tulee hallituksen esityksen mukaan tulkita väljästi. Esimerkiksi ilmoittautuminen poliklinikalle tai kirjoittautuminen sairaalaan on riittävä osoitus hoitosuhteen alkamisesta, joka on edellytyksenä potilaan aseman syntymiselle. Potilaaksi katsotaan myös henkilö, joka hakee todistuksen terveydentilastaan jonkin etuuden hakemiseksi.

Myös hallituksen esityksessä potilasvahinkolaiksi (HE 54/1986 vp) potilaalla tarkoitetaan henkilöä, joka käyttää terveyden- ja sairaanhoitopalveluja. Esimerkiksi hyvinvointipalveluja käyttävä henkilö on sen sijaan kuluttaja, ei potilas, eikä häntä koske potilasvakuutusturva.

Potilaan oikeuksien edistämiseksi potilaslaissa säädetään potilasasiamiehestä, jonka puoleen potilaalla on mahdollisuus tarvittaessa kääntyä hoitoonsa liittyvissä oikeusturvakysymyksissä. Potilasasiamies voi olla toimintayksikkökohtainen, tai sama potilasasiamies voi toimia useamman toimintayksikön potilasasiamiehenä. Potilasasiamiehen tehtävänä on neuvoa potilasta potilaslain soveltamiseen liittyvissä asioissa, avustaa tarvittaessa muistutuksen ja muiden potilaan oikeuksiin liittyvien asioiden vireillepanossa, tiedottaa potilaan oikeuksista ja toimia muutenkin potilaan oikeuksien edistämiseksi ja toteuttamiseksi.

24.1 Potilasasiamiestoiminta Kainuussa

Potilaslain voimaantulon (1.3.1993) lähestyessä Kainuun terveydenhuollon toimintayksiköissä (Kainuun keskussairaalassa ja terveyskeskuksissa) havahduttiin huomaamaan, että tehtävää hoitamaan tarvitaan joku henkilö. Käsittääkseni tällöin kenelläkään ei ollut selkeää käsitystä siitä, mitä tehtävä tarkkaan ottaen tulisi pitämään sisällään ja miten se olisi hyvä järjestää.

Alkuvaiheessa jokaiselle toimintayksikölle nimettiin oma potilasasiamies, joka teki työtään osa-aikaisesti jonkin toisen tehtävän ohessa. Yleensä potilasasiamiestyötä tekevä henkilö toimi terveydenhuollon tehtävässä joko hoitotyössä tai hallinnossa. Yhden terveyskeskuksen potilasasiamiehenä toimi sosiaalihuollon tehtävissä toimiva henkilö ja yhden terveyskeskuksen potilasasiamiehenä terveydenhuollon opettaja. Kun potilasasiamiehen tehtäväkuva pikkuhiljaa alkoi hahmottua, alkoivat sidokset organisaatioon ja sen toimintoihin nousta esille intressiristiriitoina perustehtävän ja potilasasiamiestyön välillä. Tätä oivallusta herättelivät osaltaan potilaiden ja omaisten esille nostamat epäilyt siitä, kenen asialla potilasasiamies oikeasti on – potilaan vai hoitoyksikön.

Kainuussa potilasasiamiestoiminnan järjestäminen omaksi erityistehtäväalueekseen aloitettiin 1990-luvun loppupuolella. Tämän mahdollisti Kainuun sairaanhoito- ja erityishuoltopiirin ja Kajaanin perusturvan *(1)* yhteinen näkemys siitä, että potilasasiamiestyön asianmukainen hoitaminen edellyttää tehtävän eriyttämistä omaksi tehtäväalueekseen ja että tehtävää hoitava henkilö, ei ole mukana potilaan hoitamisessa eikä toimintayksikön hallinnossa.

Vuoden 1997 loppupuolelta alkaen Kainuun sairaanhoito- ja erityishuoltopiiri, samoin kuin myös osa terveyskeskuksista, osti potilasasiamiespalvelun Kajaanin perusturvalta. Osa terveyskeskuksista järjesti palvelun edelleen omana toimintana.

Vuodesta 2005 lähtien alueelle kehitettiin Kainuun hallintokokeilussa uudenlaista integroitua organisaatiomallia. Myös potilasasiamiestoiminta päätettiin järjestää niin, että se käsitti kaikki hallintokokeilun piiriin kuuluvat terveydenhuollon yksiköt (erikoissairaanhoito kokonaisuudessaan ja kahdeksan kunnan perusterveydenhuolto). Lisäksi kuntayhtymä myi vähäisessä määrin potilasasiamiespalvelua yksityisille terveydenhuollon palveluita tuottaville toimintayksiköille.

Tehtävän hoitamista varten perustettiin itsenäinen budjettivastuullinen yksikkö: potilasasiamiespalvelu. Potilasasiamiespalvelun henkilöstön muodostivat potilasasiamies ja toimistosihteeri. Tämä mahdollisti potilasvahinkoihin liittyvän asiakirjahallinnon keskittämisen potilasasiamiespalveluun koko kuntayhtymän osalta. Keskittämisellä potilasvahinkoselvittelyn laatutasoa on pystytty parantamaan, mistä on osoituksena muun muassa Potilasvakuutuskeskuksen lähettämien lisäselvityspyyntöjen väheneminen. Samassa yhteydessä potilasasiamiespalveluun perustettiin myös koko kuntayhtymää koskeva muistutusrekisteri.

Hallintokokeilun päätyttyä Kainuun sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymä (Kainuun sote) aloitti toimintansa 1.1.2013. Potilasasiamiestoimintaan tällä ei ollut muuta vaikutusta kuin että Puolangan (kuntayhtymän osajäsen) osalta Kainuun soten potilasasiamies vastaa ainoastaan erikoissairaanhoidon osuudesta.

(1) Kajaanin perusturva aloitti toimintansa 1990-luvun alkupuolella, kun Kajaanin terveyskeskus ja sosiaalipalvelu yhdistyivät

Potilasasiamiehen tulee pyrkiä tehtävässään puolueettomuuteen, riippumattomuuteen ja uskottavuuteen. Tehtävän asiamukaisen hoitamisen edellytyksenä on, että potilasasiamiespalvelu on eriytetty terveydenhuollon palvelutuotannosta ja potilasasiamiehellä on riippumaton asema niin terveydenhuollon toimijoihin kuin myös johtoon nähden.

Potilasasiamies kuuluu terveydenhuollon palvelujärjestelmään potilaan oikeuksien asiantuntijana.

Toiminnan alkuvaiheessa potilasasiamiehen riippumattomuus nousi potilaiden ja omaisten taholta tuon tuostakin esille. Asia ei ollut selvä myöskään terveydenhuollon toimijoille, ja joskus saatettiin hyvinkin voimakkaasti kyseenalaistaa, millä mandaatilla potilasasiamies tuo esille potilaan kokemaa epäkohtaa saamassaan hoidossa tai kohtelussa – tai kuka on ”lääkärin puolustaja” potilaan hoitoon liittyvässä asiassa. Riippumattomuuden yksi tärkeä edellytys on, että potilasasiamiehellä ei ole toimintayksikössä ammatillista esimiestä, ainoastaan hallinnollinen esimies. Ei siis riitä, että potilasasiamies itse kokee olevansa riippumaton, vaan merkitystä on ennen kaikkea sillä, miltä toiminta potilaan silmin katsottuna näyttää.

24.2 Kokemukset potilasasiamiestoiminnasta

Sosiaali- ja terveydenhuollon kehittäminen niin, että potilaan hoito ja muu potilaan palvelu integroidaan yhteen organisaatioon, on osoittautunut toimivaksi järjestelmäksi myös potilaan oikeuksien näkökulmasta. Rajapinnat perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välillä ovat madaltuneet, mikä näkyy henkilökunnan välisessä yhteistyössä (konsultointi, yhdessä tekeminen) sekä potilaiden ohjaamisessa eri palveluiden piiriin. Käsittääkseni tämä edesauttaa potilaan näkemistä kokonaisena ihmisenä eikä ainoastaan tietyn oireen tai sairauden potijana. Haasteena Kainuussa ovat kuitenkin pitkät etäisyydet ja se, että aina esimerkiksi terveyskeskussairaalapaikkaa ei löydy potilaan omasta kotikunnasta.

Yhteinen potilastietojärjestelmä on parantanut potilastiedon oikea-aikaisuutta potilaan hoitotapahtuman yhteydessä. Yhteinen tietojärjestelmä (yksi rekisterinpitäjä) on myös vahvistanut potilaan oikeutta tarkastaa omat potilastietonsa, seurata niiden oikeellisuutta ja vaatia tarvittaessa tiedon korjaamista. Potilas voi yhdellä tietopyynnöllä tarkastaa potilastietonsa sekä perusterveydenhuollosta että erikoissairaanhoidosta, eikä hänen tarvitse tehdä jokaiseen eri hoitopaikkaan erillistä tietopyyntöä. Kansallisen terveysarkiston (Omakanta) avautuminen on lisännyt potilaalle yhden lisäkanavan omien potilastietojen tarkasteluun, mutta se ei poista tarvetta asioida suoraan toimintayksikön kanssa myös potilastietoja koskevissa asioissa.

Vaikuttaa siltä, että yhteinen toimintayksikkö (yhdistetty perusterveydenhuollon, erikoissairaanhoidon ja sosiaalipalvelujen toimintoja) on vähentänyt

erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon ”eriarvostamista” niin henkilökunnan kuin myös potilaiden ja omaisten keskuudessa. Tähän lienee osaltaan vaikuttanut se, että myös perusterveydenhuoltoon on kehitetty potilaiden ja omaisten arvostamaa erityisosaamista, josta esimerkkinä voi mainita Kajaanin terveyskeskussairaalan kuntoutusyksikön toiminnan. Kuntoutusyksikössä järjestetään erityisesti aivohalvauspotilaille moniammatillinen kuntoutus, ja potilaat siirtyvät keskussairaalan osastolta kuntoutusyksikköön mahdollisimman nopeasti heti sairauden akuuteimman vaiheen mentyä ohi. Tästä toiminnasta hyötyvät kaikki kyseistä hoitoa tarvitsevat kainuulaiset potilaat ikään katsomatta. Yhteinen toimintayksikkö on sujuvoittanut myös potilaalle sattuneiden haittatapahtumien (muistutukset, potilasvahinkoasiat) selvittämistä, koska pääsääntöisesti potilaan hoito ja jatkohoito toteutuvat samassa toimintayksikössä.

Olen nähnyt erittäin hyvänä sen, että potilasasiamiestoiminta on eriytetty omaksi itsenäiseksi toiminnakseen (potilasasiamiespalvelu), mutta toiminta on sijoitettu toimintayksikön sisälle. Tätä näkemystä tukee potilaiden ja omaisten antama palaute. Henkilökunnan ja johdon suhtautuminen potilasasiamiespalveluun on arvostavaa ja yhteistyö henkilöstön kanssa sujuvaa. Ja mikä parasta, potilaan oikeudet ja niiden toteutuminen nähdään enenevässä määrin hoitavan tahon ja potilaan yhteisenä tavoitteena jo hoitotapahtuman yhteydessä.

Myös potilasvahinkoihin ja muistutuksiin liittyvän asiakirjahallinnon keskittäminen potilasasiamiespalveluun on osoittautunut toimivaksi ratkaisuksi Kainuun soten kokoisessa toimintayksikössä. Asiansa osaava henkilö (toimistosihteeri) vastaa asiakirjahallinnosta, asiakirjat löytyvät silloin, kun niitä tarvitaan, tietosuoja on hajautettua parempi ja yhteistyö henkilöstön kanssa on jouhevaa ja asiallista.

24.3 Miten mennään tästä eteenpäin?

On selvää, että tulevaisuudessa potilaan oikeudet tulevat entisestään korostumaan sekä lainsäädännössä että yleisenä tulkintatekijänä. Sosiaali- ja terveydenhuollon uudistuksessa ihmisten suorat vaikuttamismahdollisuudet lisääntyvät. Valinnanvapauden laajentuminen antaa potilaalle mahdollisuuden – ainakin jossain määrin – ”äänestää jaloillaan” siitä, millaista palvelua ja hoitoa hän haluaa saada. Tämä tuo uudenlaisen kilpailutilanteen myös julkiseen terveydenhuoltoon, ja potilaan asema terveyspalveluiden käyttäjänä muuttuu yhä enemmän hallintoalamaisesta täysivaltaiseksi ihmiseksi.

Elämme etsikkoaikaa palvelujärjestelmän saattamisessa siihen kuntoon, että potilaat ja asiakkaat haluavat saada tarvitsemansa sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut toimintayksiköstämme. Potilaspalautteiden tulisi olla toimintatapojen kehittämishankkeiden lähtökohta. Palautejärjestelmää tulisi kehittää siihen suuntaan, että potilaiden ja asiakkaiden antama palaute nähdään toivottuna ja tärkeänä viestinä toimintojen kehittämisessä. Negatiivista palautetta

ei pidä pelätä, vaan palautetta pyydettäessä tulisi korostaa, että haluamme ennen kaikkea kuulla, mikä palvelutapahtumassa ei mennyt potilaan toivomalla tavalla ja miten hän olisi halunnut asiassaan toimittavan.

Potilasturvallisuuden läpinäkyvyyttä tulisi lisätä. Lakisääteiset palvelupoikkeamat (muistutukset, kantelut, potilasvahingot) tulisi keskittää yhdeksi kokonaisuudeksi. Olisi tärkeää, että palvelupoikkeamien käsittelyä voitaisiin myös seurata reaaliajassa. Mikäli tavoiteajassa ei pysytä, järjestelmä huomauttaisi tekemättömästä työstä. Tämä vahvistaisi potilaan oikeutta saada asiassaan vastaus kohtuullisessa ajassa.

Palvelupoikkeamien käsittelyn yhteydessä syntyy tietoa sellaisesta toiminnasta, mikä ei ole mennyt parhaalla mahdollisella tavalla. Tätä tietoa tulisi oppia käyttämään enenevässä määrin hyväksi toiminnan kehittämisessä, sillä potilas on oman palvelukokemuksensa ehdoton asiantuntija. Yhdelläkään toimintayksiköllä ei ole tulevaisuudessa varaa sivuuttaa tätä asiantuntijuutta.

25 Sosiaaliasiamies ja veteraaniasiamies

Reijo Inget

Sosiaaliasiamiestoiminta perustuu vuoden 2001 tammikuun alusta voimaan tulleeseen lakiin sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista (812/2000). Sosiaalihuollon asiakaslakina tunnetun lain tarkoituksena on edistää asiakaslähtöisyyttä ja asiakassuhteen luottamuksellisuutta sekä asiakkaan oikeutta hyvään palveluun ja kohteluun sosiaalihuollossa.

Laki velvoittaa kuntia nimeämään sosiaaliasiamiehen, mutta kahdella tai useammalla kunnalla voi olla yhteinen sosiaaliasiamies. Sosiaaliasiamiehen tehtävä on neuvoa asiakkaita sosiaalihuollon asiakaslain soveltamiseen liittyvissä asioissa, avustaa asiakasta muistutuksen tekemisessä, tiedottaa asiakkaan oikeuksista ja toimia muutoinkin asiakkaan oikeuksien edistämiseksi sekä seurata asiakkaiden oikeuksien kehitystä. Sosiaaliasiamies antaa vuosittain selvityksen kunnanhallitukselle.

Kainuussa sosiaaliasiamiestoiminta on maakunnallisen hallintokokeilun alusta (2005) lähtien järjestetty kuntien yhteisenä siten, että maakunnan alueella toimi yksi sosiaaliasiamies. Myös Vaalan kunnan sosiaaliasiamiespalvelut hoidettiin samassa yhteydessä erillisen sopimuksen mukaan vuoden 2009 loppuun saakka. Hallintokokeilun päättyessä vuoden 2012 lopussa Puolangan kunta irtaantui sosiaaliasiamiestoiminnan osalta Kainuun yhteisestä mallista, mutta vuoden 2013 alusta lähtien Kainuun sosiaaliasiamiehen tehtävät on hoidettu muiden seitsemän kunnan osalta Kainuun sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymässä.

Sosiaaliasiamiehen puolueettomuutta ja riippumattomuutta on pidettävä korostetusti esillä. Asiakkaan näkökulmasta on erittäin tärkeää, että hän voi luottaa sosiaaliasiamiehen riippumattomaan asemaan ja toiminnalliseen puolueettomuuteen. Sosiaaliasiamies onkin Kainuun soten organisaatiossa sijoitettu yhteisiin tukipalveluihin eikä sellaiselle tulosalueelle (perhepalvelut ja vanhuspalvelut), joista asiakasyhteydenottoja tulee.

25.1 Alku aina hankalaa

Maakunnallisen hallintokokeilun alkuajat olivat monessa suhteessa sekä sosiaalihuollon asiakkaille että palvelukoneistolle haastavia. Uuden organisaation luominen ja yhdeksän kunnan toimintojen yhdistäminen oli suuri ponnistus.

Pikkuhiljaa saatiin luotua yhtenäisiä käytäntöjä ja ohjeistuksia palvelujen ja etuuksien saamisessa. Koko maakunnan kattavat soveltamisohjeet hämmensivät asiakkaita, mutta yhtenäisyys loi kuitenkin yhdenvertaisuuden tunnetta asuinpaikkakunnasta riippumatta.

Alussa asiakkailla oli usein epätietoisuutta siitä, missä hänen asiaansa hoidetaan. Asiakasta saattoi hämmentää esimerkiksi se, että hänen asiaansa hoitava työntekijä työskenteli aivan eri kunnassa kuin missä asiakas asui. Samoin hämmennystä aiheutti varsinkin iäkkäämmille asiakkaille se, että asiakas voitiin sijoittaa asumis- tai palveluyksikköön kotipaikkakunnan ulkopuolelle. Asiakkaan lisäksi myös lähiomaiset saattoivat kokea tämän valinnanvapauden loukkauksena.

Varsinkaan vanhemmat asiakkaat eivät löytäneet maakunnan ensimmäisistä palveluoppaista hakemaansa tietoa. Aluejaon ja eri tulosalueiden hahmottaminen tuotti vaikeuksia. Palautetta tuli myös siitä, ettei tietoja löytynyt internetistä. Erilaiset palveluoppaat ovat vuosien varrella yleistyneet. Ne ovat osaltaan olleet poistamassa tiedonsaannin vaikeuksia ja luoneet luottamusta organisaation toimintaa kohtaan. Tiedottamisella on tässä suhteessa ollut merkittävä rooli.

25.2 Kuinka asiakaspalautteet ovat vaikuttaneet?

Sosiaaliasiamies toimittaa vuosittain kuntayhtymän hallitukselle selvityksen edellisen vuoden toiminnasta. Selvityksessä esitetään ne havainnot, joihin sosiaalihuollon palveluiden järjestämisessä tulisi kiinnittää huomiota. Kuntayhtymän hallitus merkitsee tiedoksi sosiaaliasiamiehen selvityksen ja antaa selvityksen perusteella ohjeita ja määräyksiä kertomuksen johtopäätöksien huomioon ottamisesta.

Esimerkiksi vuoden 2016 selvityksen johtopäätöksissä todettiin, että yhteydenotot sosiaaliasiamieheen ovat edelleen vähentyneet. Henkilöstöresurssien riittävyyteen ja työssä jaksamiseen on kuitenkin kiinnitettävä huomiota, sillä sosiaaliasiamies neuvoi tai avusti tähän liittyen huomattavasti useammassa henkilöstön toiminnasta tehdyssä muistutuksessa kuin aiempina vuosina. Edelleen tulee kiinnittää huomiota henkilöstön saavutettavuuteen joko toimistoltaan tai puhelimitse. Asiakkaiden tiedonsaantiin tarvitsemistaan palveluista on kiinnitettävä huomiota. Viranomaisella on velvollisuus oma-aloitteisesti antaa sosiaalihuollon palveluita koskevaa ohjausta ja neuvontaa. Neuvontaan sisältyy myös palveluista tiedottaminen.

Sosiaaliasiamieheen otetaan yhteyttä mitä moninaisimmista syistä. Hallintokokeilun alkuvuosina kysymykset liittyivät usein organisaation rakenteeseen – siihen, missä ja kuka hoitaa tätä minun asiaani. Käsittelyaikojen pituus aiheutti aikaisempina vuosina kyselyjä, mutta myöhemmin lainsäädäntöön tulleet käsittelyaikoja koskevat määräykset ovat vähentäneet näitä yhteydenottoja huomattavasti.

On myös tullut esiin, että varsinkaan vanhemmat asiakkaat eivät aina ymmärrä saamansa päätöksen sisältöä.

Hyvin usein asiakkaalta tulee palautetta, että hänen asiaansa hoitavaa työntekijää ei tavoiteta – tai työntekijä lupaa ottaa yhteyttä, mutta eri kuitenkaan ota.

Asiakas kokee usein myös, että työntekijällä on kiire eikä hän ehdi tai halua paneutua asiakkaan tilanteeseen riittävästi. Jonkin verran palautetta tulee myös työntekijän epäystävällisestä tai asiattomasta käytöksestä.

Mikäli asiakas on saanut omasta mielestään huonoa tai asiatonta palvelua, hän usein pyytää sosiaaliasiamiestä ottamaan yhteyttä kyseiseen työntekijään ja/tai hänen esimieheensä. Näin palaute tulee toimitetuksi perille sosiaaliasiamiehen välityksellä suullisesti nopealla aikataululla.

Sosiaalihuollon asiakaslain mukainen muistutusmenettely mahdollistaa myös kirjallisen palautteen antamisen tilanteissa, joissa asiakas on kokenut tulleensa huonosti kohdelluksi. Viranhaltijan esimies vastaa kirjallisesti muistutuksen tekijälle, mihin toimenpiteisiin on muistutuksen osalta päädytty. Vastaus tulee hyvän hallintotavan mukaisesti antaa viivytyksettä, käytännössä muutaman viikon sisällä. Sen sijaan asiakkaan sosiaalipalveluista saamiin viranhaltijapäätöksiin haetaan muutosta määräajan kuluessa hallituksen alaiselta yksilöhuoltojaostolta.

25.3 Kokemuksia veteraaniasiamiehen työstä

Maakunnallisen hallintokokeilun valmisteluvaiheessa Kainuun veteraanijärjestöt esittivät perustettavaksi maakunnallisen veteraaniasiamiehen viran. Virka perustettiin, ja se on ollut täytettynä vuoden 2005 alusta lukien. Maakunnallisen veteraaniasiamiehen tehtävänä on veteraanien lakisääteisten etuuksien hoitamisen valvonta ja koordinointi yhdessä muiden kuntayhtymän viranomaisten kanssa. Lisäksi tehtäviin kuuluu laaja yhteistyö Kainuun kuntien ja seurakuntien, valtion eri viranomaisten, veteraanijärjestöjen ja muiden veteraanityötä tekevien yhteisöjen kanssa.

Veteraaniasioiden paikallista hoitamista varten Kainuun kunnissa on hallintokokeilun alusta alkaen ollut kaksijakoinen työntekijäverkosto: Jokaisessa kunnassa toimii kuntien nimeämä veteraaniasiamies, jota nimitetään selvyyden vuoksi kunnan veteraaniyhdyshenkilöksi.

Toisaalta veteraanien kuntoutusasioita ovat hoitaneet kuntayhtymän palveluksessa olevat, pääasiassa terveysasemilla työskennellet henkilöt. Veteraaniyhdyshenkilöistä osa on eläkeläisiä, osa vielä työelämässä mukana olevia henkilöitä, jotka kokevat veteraaneista ja heidän läheisistään huolehtimisen tärkeäksi. Heille korvataan veteraanityöstä aiheutuneita kuluja kunkin kunnan päättämien perusteiden mukaisesti, mutta palkkaa ei makseta.

Veteraaniyhdyshenkilöiden työskentelytavat eri kunnissa ovat vaihdelleet. Tehtävät ovat usein olleet veteraanin/puolison/lesken kotona pärjäämistä ja hyvinvointia tukevia. Näin veteraanityössä ovat mutkattomasti yhdistyneet terveydenhuolto ja sosiaalityön tyyppiset tehtävät. Myös yhteistyö Kainuun alueella toimivien veteraanijärjestöjen sekä kuntoutus- ja kotipalveluja tarjoavien yritysten ja yhteisöjen kanssa on ollut alusta alkaen tiivistä.

Käytännöt veteraaniasioiden hoidossa ovat siis hallintokokeilusta alkaen Kainuussa toisaalta yhdentyneet, toisaalta paikkakunnan omat tavat hoitaa asioita ovat olleet mahdollisia. Veteraaniasiamies on ohjannut kaikkea tätä toimintaa, vaikka varsinaista esimiesasemaa hänellä ei ole ollut kumpaakaan veteraanien asioita hoitavaan henkilöryhmään nähden.

Sotiemme veteraanien lukumäärä on veteraaniasiamiehen toiminnan aikana vähentynyt vuoden 2005 noin 2 500 henkilöstä vuoden 2016 alun noin 700 henkilöön. Valtaosa veteraaneista on tätä nykyä naisia (72 %). Eniten veteraaneja asuu Kajaanissa ja Suomussalmella (yhteensä 56 % kaikista Kainuun veteraaneista).

Suhtautuminen sotiemme veteraaneihin on vuosien mittaan tullut yhä suopeammaksi, ja tänä päivä heidät mielletään laajalti kunniakansalaisiksi. Yhteiskunnan tarjoamat palvelut eivät kuitenkaan ole kulkeneet käsi kädessä tämän arvostuksen kanssa. Maamme veteraanijärjestöt yhteistyökumppaneineen ovat vuosikymmenten ajan työskennelleet voimakkaasti veteraanien aseman parantamisen eteen – mutta vasta nyt, itsenäisyytemme 100-vuotisjuhlavuodesta alkaen, valtiovalta on luvannut kohdistaa veteraanisukupolven palveluihin runsaasti lisävaroja.

Sotiemme veteraanit ja veteraanien lesket ovat pääosin tyytyväisiä tarjolla oleviin veteraanipalveluihin. Veteraanisukupolvi on myös arvostanut korkealle sen, että veteraaniasioita varten perustettiin veteraaniasiamiehen virka.

Yleinen asenne on sellainen, että jos jossakin palvelutilanteessa tulee ongelmia, veteraani saattaa todeta: ”Pahempiakin päiviä on eletty!”

Sotiemme veteraanien keski-ikä on tätä kirjoitettaessa noin 92 vuotta. Korkea ikä tuo mukanaan monen veteraanin kohdalla palvelutarpeiden lisääntymisen. Terveydentilassa tapahtuvat muutokset ja omassa kodissa asumisen lisääntyvät vaikeudet aiheuttavat myös paineita heille kohdistettavien palvelujen tarjontaan.

26 Laadunhallinta ja asiakasnäkökulma

Virpi Korhonen

”Viisainta kun onnistuisi pitämään vähintään viiden peninkulman etäisyyden itsensä ja sairaalan välillä. Jos tulee iso orkonen vaikka jalkaan, niin kai sitä harsii sen kasaan äimällä ja karhunlangalla. ”Veikko Huovinen 2004 *(1)*

Veikko Huovisen osuvat ja oivaltavat tekstit ovat toimineet tämän teoksen ja katsauksen mottona. Sosiaali- ja terveydenhuollon toimintaan liittyy paljon erilaisia vaaranpaikkoja ja riskitekijöitä. Turvallisuuteen liittyvien riskien vuoksi terveydenhuolto luetaankin turvallisuuskriittiseksi organisaatioksi. Sillä tarkoitetaan sellaista organisaatiota, jonka toimintaan sisältyy tai joka käsittelee sellaisia vaaroja tai uhkia, jotka huonosti hallittuina voivat aiheuttaa vahinkoa ihmisille tai ympäristölle *(2)*. Turvallisuuskriittisissä organisaatioissa on kiinnitettävä erityistä huomioita laadunhallintaan ja siihen, kuinka toiminnan turvallisuus ja riskien hallinta organisaation eri tasoilla toteutuu.

Sosiaali- ja terveydenhuollon toimintaympäristössä tapahtuu jatkuvasti erilaisia muutoksia ja uudistuksia, joiden vaikutusta asiakas- ja potilasturvallisuuteen sekä palvelujen vaikuttavuuteen ja laatuun joudumme arvioimaan. Lääketiede, teknologia, hoitomuodot, laitteet ja lääkkeet ovat kehittyneet vuosien saatossa huimalla vauhdilla – ja kehitys jatkuu. Pystymme tänä päivänä hoitamaan entistä vaikeammin sairaita potilaita ja antamaan hoitoja, joita ei vielä muutama vuosi sitten edes tunnettu. Usein vastuu hoidosta voi erikoistumisen myötä hajaantua ja hoitoprosessit ja palvelujärjestelmä pirstaloituvat helposti. Kuka on se, joka vastaa potilaan/asiakkaan hoito- ja palvelukokonaisuudesta?

Palvelujärjestelmän, prosessien, toimintatapojen, yhteistyön, henkilöstön, osaamisen, johtamisen ja jopa koko organisaatiorakenteen hallinta on hoidon ja palvelun turvallisuuden näkökulmasta haasteellista. Rakenteet ja toiminta on rakennettu pitkälti organisaatioiden näkökulmasta, ei niinkään tukemaan asiakkaan turvallisia ja vaikuttavia hoito- ja palveluketjuja. Tulevan sote-uudistuksen myötä voi toimijoiden määrä asiakkaan hoito- ja palvelukokonaisuudessa kasvaa entisestään, mikä tuo lisää haasteita potilaan ja asiakkaan sujuvan, saumattoman ja turvallisen hoito- ja palveluketjun hallintaan.

Kainuussa olemme vuosia kehittäneet toiminnan laatua ja turvallisuutta, rakentaneet yhteistä toimintajärjestelmää sekä asiakaslähtöisiä hoito- ja palvelukokonaisuuksia. Työ on ollut moniammatillista yhteistyötä, jossa on hyödynnetty Kainuun integroitua palvelurakennetta. Tämä artikkeli kertoo Kainuussa tehdystä työstä laadunhallinnan näkökulmasta.

(1) Huovinen V. Konsta Pylkkänen etsii kortteeria. WS Bookwell Oy 2004.
(2) Reiman T, Oedewald P. Turvallisuuskriittiset organisaatiot. Onnettomuudet, kulttuuri ja johtaminen. Edita Helsinki 2008.

26.1 Laadunhallinta ja sertifikaatit

Laadunhallinta on toiminnan johtamista, suunnittelua, arviointia ja jatkuvaa parantamista asetettujen tavoitteiden saavuttamiseksi *(3)*. Laadunhallinnan keskeiset periaatteet ovat asiakaskeskeisyys, johtajuus, ihmisten täysipainoinen osallistuminen, prosessimainen toimintatapa, jatkuva parantaminen, näyttöön pohjautuva päätöksenteko ja suhteiden hallinta *(4)*. Laadunhallinta ei ole erillinen organisaation tai toiminnan osa vaan normaalia jokapäiväistä toimintaa: kaiken toiminnan pitää olla turvallista ja laadukasta.

Terveydenhuollossa laadun keskeiset ulottuvuudet muodostuvat palvelujen saatavuudesta ja saavutettavuudesta, oikeudenmukaisuudesta, korkeasta osaamisesta, valinnanvapaudesta, vaikuttavuudesta, asiakaskeskeisyydestä ja potilasturvallisuudesta.

Vuonna 2011 voimaan tulleen terveydenhuoltolain (1326/2010) pykälä 8 edellyttää, että toiminnan on oltava laadukasta, turvallista ja asianmukaisesti toteutettua, ja että toiminnan on pohjauduttava näyttöön ja hyviin hoito- ja toimintakäytäntöihin. Laissa todetaan myös, että kunnan perusterveydenhuolto vastaa potilaan hoidon kokonaisuuden yhteensovittamisesta: Terveydenhuollon toimintayksikön on laadittava suunnitelma laadunhallinnasta ja potilasturvallisuuden täytäntöönpanosta yhteistyössä sosiaalipalvelujen kanssa.

Kainuussa päätös yhteisen laadunhallintajärjestelmän (myöhemmin käytetään käsitettä toimintajärjestelmä) rakentamisesta tehtiin jo vuonna 2000 Kainuun sairaanhoito- ja erityishuoltopiirin kuntayhtymän ja kuntien esimieskoulutuksen yhteydessä. Toimintajärjestelmän konkreettinen kehittämistyö käynnistyi vuonna 2001, ja kehitystyötä vauhdittamaan perustettiin kehittämisprojekti *(5)*.

Toimintajärjestelmää rakennettiin yhteistyössä sosiaalitoimen, perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon kesken. Heti alussa tehtiin päätös siitä, että toimintajärjestelmä rakennetaan ISO 9000:2000 standardien mukaisesti. Tavoite koko maakunnan (kahdeksan kuntaa) kattavasta toimintajärjestelmästä, joka rakennetaan yhtäaikaisesti ja erikseen moneen terveydenhuollon ja sosiaalitoimen organisaatioon oli erittäin kunnianhimoinen ja haastava. Näin kuitenkin luotiin pohja sosiaali- ja terveyspalvelujen laadunhallintaan.

Kainuun maakunta -kuntayhtymän perustamisen myötä vuonna 2005 toimintajärjestelmää päästiin toden teolla kehittämään. Terveydenhuoltolain edellyttämää laadunhallinnan ja potilasturvallisuuden täytäntöönpanosuunnitelmaa työstäessämme huomasimme hyvin pian, että asetuksen sisältämät asiat sisältyvät jo toimintajärjestelmään. Teimme siis päätöksen integroida laadunhallinta- ja potilasturvallisuussuunnitelma toimintajärjestelmän sisälle.

Täytäntöönpanon tueksi laadimme strategiset tavoitteet huomioiden pitkän tähtäimen toimintasuunnitelman laadunhallintaan ja potilasturvallisuuteen. Päivitämme vuosittain toimintasuunnitelmaa, ja nostamme sieltä keskeiset kehittämiskohteet (vuosittaiset painopistealueet, teemat) strategian,

(3) Terveydenhuollon laatuopas. Kuntaliitto 2011.
(4) SFS-EN ISO 9001. Laadunhallintajärjestelmä. Vaatimukset. 23.10.201
(5) Maakunnan sosiaali- ja terveydenhuollon palvelu- ja hoitotoiminnan laadunhallintajärjestelmän kehittäminen Kainuussa (2001–2003).

palautekanavien, vaaratilanneilmoitusten, sisäisten ja ulkoisten arviointien sekä johdon katselmusten pohjalta. Olemme myös koonneet toimintajärjestelmän yhteyteen turvallisuutta edistäviä käytänteitä, jotka osaltaan yhtenäistävät toimintatapoja koko kuntayhtymässä. Toimintajärjestelmän sisältöä on päivitetty toiminnan muuttuessa sekä ISO 9001 -standardin päivitysten yhteydessä.

Yksi toimintajärjestelmän keskeisistä tehtävistä on toimintatapojen yhtenäistäminen ja niiden tekeminen läpinäkyviksi. Toimintajärjestelmä keskittää tietoa, jotta se on helposti löydettävissä yhdestä paikasta sekä varmentaa, vakioi ja yhtenäistää toimintaa. Tällä hetkellä Kainuussa suunnitellaan uutta sairaalaa, jossa toiminnalliset muutokset ovat yhtä keskeisiä kuin tilojen ja johtamisen muutokset: Yhtenäiset toimintatavat, joita koko henkilöstö noudattaa, ovat edellytys uudistuksen toteutumiselle – ja tässä yhteydessä uudistettava toimintajärjestelmä on se paikka, joka kokoaa organisaation yhtenäiset linjaukset ja toimintatavat.

Sertifikaatit ovat edelleen suhteellisen harvinaisia sosiaali- ja terveysalalla, mutta Kainuun sotessa sekä operatiivisella että konservatiivisella vastuualueella on ulkoiseen arviointiin perustuva ISO 9001:2008 sertifikaatti.

Toimintojen sisäiset arvioinnit ja johdon katselmukset käynnisteltiin jo toimintajärjestelmää kehitettäessä 2000-luvun alussa. Viime vuosina sisäisiä arviointeja on pyritty toteuttamaan yhä enemmän hoito- ja palveluketjujen arviointeina. Sisäiset arvioinnit toteutetaan itsearviointimenetelmällä, joka kokoaa yhteen hoito- ja palveluketjun moniammatilliset toimijat. Se on samalla osa jatkuvaa parantamista ja organisaation omavalvontaa.

Keskeisin haaste sisäisten arviointien ja johdon katselmusten toteutumisessa on esimiesten, johdon, sisäisten arvioijien ja henkilöstön sitoutuminen. Arviointien toteuttaminen vaatii aikaa ja paneutumista, mutta vastapainoksi antaa hyvän kuvan prosessien toimivuudesta erityisesti asiakkaan kannalta.

Kaiken kaikkiaan toimintajärjestelmän haasteena on kuitenkin ollut raskas rakenne, vaikeaselkoisuus ja huono käytettävyys. Olemme siis päättäneet, että ISO -standardin päivittyessä versioon 9001:2015 käynnistämme laajamittaisen toimintajärjestelmän rakenteen ja sisällön uudistamisen. Uudistuksessa hyödynnetään Lean -ajattelua (tuottaa arvoa ja poistaa hukkaa) ja rakennetaan visuaalinen toimintajärjestelmä, joka palvelee entistä paremmin kuntayhtymän asiakkaita, työntekijöitä, esimiehiä ja johtoa.

Tulevaisuudessa sertifioitu toimintajärjestelmä saattaa myös keventää ulkopuolista valvontaa. Vireillä olevassa lakiluonnoksessa esitetään, että toiminnan sertifioinnilla sairaala tai vaativaa sosiaalihuoltoa tuottava palveluyksikkö voisi korvata pakollisen ennakkotarkastuksen.

26.2 Toimintaprosessien kehittäminen

Toimintaprosesseja ja hoito- ja palveluketjuja on kehitetty ja kuvattu Kainuun sotessa vuosien ajan. On pyritty rakentamaan asiakaslähtöisiä ja sujuvia hoito- ja palvelukokonaisuuksia, joista päällekkäisyydet on hiottu pois. Kantavana teemana on ollut kotoa kotiin -ajattelu.

Hoito- ja palveluketjujen toteutuksessa on joissain tapauksissa onnistuttu hyvin. Yhtenä esimerkkinä on maakunnallinen haavanhoitoketju, joka on tuonut yhtenäiset toimintatavat kaikkiin kuntayhtymän toimintayksiköihin ja lisännyt osaamista ja ymmärrystä eri toimijoiden välillä. Toinen hyvä esimerkki on tekonivelpotilaan hoitoketju, joka on myös rakennettu moniammatillisessa yhteistyössä. Molemmat toimintamallit kuuluvat sertifiointiarvioinnin piiriin, ja ulkoinen arvioija on todennut ne vaikuttaviksi toimintatavoiksi.

Valitettavasti prosessikartassa on myös prosesseja, joita ei ole päivitetty tai joita ei käytetä eikä tunneta. Uuden sairaalan toiminnallisten uudistusten ja johtamismallin myötä useimmat prosessit, hoito- ja palveluketjut sekä prosessikartta kuitenkin uudistuvat. Tavoitteena on muokata niitä entistä asiakaslähtöisemmiksi.

26.3 Asiakas ensin -ajattelu

Asiakas- ja potilasturvallisuuden edistäminen on osa sosiaali- ja terveydenhuollon laadun ja riskien hallintaa sekä laadun perusta. Kuntayhtymän yhteinen arvopohja muotoutui hallintokokeilun aikana 2005–2012. Asiakaslähtöisyys on toiminnan lähtökohta ja yksi Kainuun soten keskeisistä arvoista. Sillä tarkoitetaan asiakkaan/potilaan mahdollisuutta vaikuttaa omaan hoitoonsa. Asiakaslähtöisyys tarkoittaa myös sitä, että hoidon ja palveluiden kokonaisuus toimii asiakkaan/potilaan kannalta tarkoituksenmukaisesti ja että asiakas/potilas on tyytyväinen palveluunsa/hoitoonsa.

Arjessa asiakaslähtöisyys näkyy asiakasta kunnioittavana hyvänä palveluna ja kohteluna ja siinä, että palvelut järjestetään asiakkaiden tarpeiden pohjalta yhteisesti sovittujen kriteerien mukaisesti. Siihen kuuluvat vuorovaikutteinen toimintaote ja palautteiden huomioiminen sekä keskinäinen ja moniammatillinen yhteistyö. Asiakas ensin -ajattelussa muistetaan, että jokainen palvelu- ja hoitokokemus on asiakkaalle ainutlaatuinen ja että jokaisella on oikeus hyvään, asialliseen ja turvalliseen palveluun.

26.4 Palautejärjestelmä

Kainuun maakunta -kuntayhtymän aikana asiakaspalautetta kerättiin perinteisillä paperilomakkeilla joka toinen vuosi. Tapa oli erittäin työläs. Kyselyistä saadut tulokset olivat pääsääntöisesti hyviä, emmekä juuri pystyneet kehittämään toimintaamme niiden perusteella.

Vuonna 2013 kuntayhtymässä otettiin käyttöön reaaliaikainen sähköinen palautejärjestelmä (QPro). Järjestelmän kautta asiakkaat ja heidän läheisensä voivat antaa palautetta verkkosivuilla suoraan asianomaiseen yksikköön. Reaaliaikainen palautejärjestelmä on mahdollistanut yksiköiden ja yksiköiden esimiesten nopean reagoinnin, ja mahdolliset korjaavat toimet on voitu käynnistää heti. Asiakaspalautetta kerätään nykyään myös HappyOrNot -palautelaitteiden avulla sekä erilaisilla kyselyillä ja työpajoilla. Myös suullisesti saadut palautteet pitäisi aina kirjata.

Asiakkaat voivat tehdä sähköisesti hoitoon liittyvän vaaratilanneilmoituksen (HaiPro). Asiakkaiden tekemien vaaratilanneilmoitusten määrä on vuositasolla vähäinen, mutta trendi on kasvava, mikä kertoo myös asiakkaiden potilasturvallisuustietoisuuden kasvamisesta. Pääasiassa asiakkaiden ilmoitukset liittyvät tiedonkulun haasteisiin.

Palautteiden avulla yksiköt ja henkilöstö saavat sekä kiitosta toiminnastaan että löytävät kehittämiskohteita. Lähiesimiesten ja henkilöstön reagointi palautteisiin on olennaisen tärkeää. Käytössä on laatu- ja potilasturvallisuuden tilanneraportointiin tarkoitettu työkalu, jonne keskeiset kehittämiskohteet, toimenpiteet, vastuut ja arviointi on tarkoitus kirjata. Tilannetyökalun avulla pystymme organisaatiotasolla seuraamaan, miten jatkuvan parantamisen periaatteet yksiköissä toteutuvat. Valitettavasti kaikki yksiköt eivät kuitenkaan vielä ole ottaneet tilannetyökalua käyttöön.

26.5 Potilas- ja asiakasturvallisuus

”Kaikista paras ja imelin viisauven laji on jälkiviisaus, sillä alalla saahaan eniten aikaan. Siinä on tapaus mennyttä aikakautta, mutta se kuvitellaan esiintulevaksi ja sakilla setvitään, miten olisi paras käyttäytyä. Tässä lajissa on ihminen viisaimmillaan… Jälkiviisaan silmä on somassa paikassa, se kahtoo taaksepäin…” (Veikko Huovinen 1952) (6)

Suomessa on viime vuosina herätty vahvasti kehittämään hoidon turvallisuutta. Potilasturvallisuus tarkoittaa sitä, että potilas saa tarvitsemansa ja oikean hoidon, josta aiheutuu mahdollisimman vähän haittaa *(7)*. Parhaimmillaan potilasturvallisuus on riskien ennakointia ja hallintaa. Sosiaali- ja terveysministeriö julkaisi 2009 kansallisen potilasturvallisuusstrategian vuosille 2009–2013. Strategian keskeisenä tavoitteena oli potilasturvallisuuden ankkuroituminen toiminnan rakenteisiin ja toimintatapoihin *(8)*.

Kainuussa lähdettiin heti mukaan kansalliseen yhteistyöhön ja käynnistettiin systemaattinen potilasturvallisuuden kehittäminen. Sähköinen vaaratapahtumien raportointijärjestelmä (HaiPro) otettiin käyttöön vuonna 2008. Alussa ohjelmaa pilotoitiin erikoissairaanhoidon yksiköissä. Koko kuntayhtymässä järjestelmä otettiin käyttöön vuonna 2009. Jo tätä aiemmin (vuonna 2006) oli muutamissa toimintayksiköissä käynnistynyt systemaattinen vaaratilanteiden seuraaminen.

(6) Huovinen V. Havukka-ahon ajattelija. WS Bookwell Oy 2002.
(7) Potilasturvallisuusopas. THL 2011.
(8) Edistämme potilasturvallisuutta yhdessä. Suomalainen potilasturvallisuusstrategia 2009–2013. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2009:3

Vaaratilanneilmoitusten käsittelyn tueksi on järjestetty vuosittain koulutuksia ja käsittelijäkokouksia. Kainuun sote-integraatio on mahdollistanut sen, että vaaratilanteiden pohjalta on pystytty korjaamaan, kehittämään ja yhtenäistämään toimintatapoja huomioiden asiakkaan koko hoito- ja palveluketju.

Potilasturvallisuuden keskeisiä osia ovat laiteturvallisuus, hoidon turvallisuus ja lääkehoidon turvallisuus. Näitä kaikkia osa-alueita olemme kehittäneet huomioiden koko kuntayhtymän toiminta. Kuntayhtymän tasoinen lääkehoitosuunnitelma ohjaa kaikkien toimintayksiköiden lääkehoitoa, ja lääkehoidon turvallisuutta kehittää maakunnallinen moniammatillinen ja turvallinen lääkehoito -työryhmä. Vastaavanlainen toimintamalli on kehitetty laiteturvallisuuteen. Lääkehoidon turvallisuuden ja laiteturvallisuuden arviointiin on kehitetty omavalvontamalli, ja olemme kehittämässä samanlaista toimintamallia laadunhallintaan. Omavalvonta on osa sisäistä arviointia, jolla pyritään varmistamaan työyksiköiden yhtenäiset toimintatavat.

Toiminnan jatkuva parantaminen vaatii henkilökunnalta sekä osaamista että asennetta. Vuosittaiset potilasturvallisuuskoulutukset käynnistyivät vuonna 2007, ja ne ovat jatkuneet siitä saakka aina keväisin ja syksyisin. Vuonna 2017 käynnistimme myös kaksivuotisen Lean Master -valmennuksen, jossa koulutamme sisäisiä kehittäjiä. He ovat osaajia, jotka hallitsevat Lean- ja laadunhallinnan työkalut ja toimivat niin esimiesten kuin henkilöstön tukena toiminnan jatkuvassa kehittämisessä.

Tiedonkulku isossa ja maantieteellisesti laajalle alueelle levinneessä organisaatiossa on haasteellista. Potilasturvallisuuteen liittyvää tietoa jaetaan 2–3 kertaa vuodessa ilmestyvässä potilasturvallisuustiedotteessa. Lehden teemoja ovat olleet muun muassa turvallinen tiedonkulku, lääkehoidon turvallisuus ja laiteturvallisuus, kaatumistapaturmien ehkäisy, turvallisuuskulttuuri sekä asiakaslähtöisyys. Potilasturvallisuustiedote on kehittynyt vuosi vuodelta. Vuonna 2016 yhdistimme voimavarat ja osaamisen työhyvinvoinnin ja työturvallisuuden kanssa niin, että myös niitä käsitellään nyt tiedotteessa.

26.6 Turvallisuuskulttuuri

Vaaratapahtumien systemaattisen seurannan myötä olemme päässeet riskien ennakoinnissa ja hallinnassa aivan uudelle tasolle. Vaaratilanteiden pohjalta potilasturvallisuus- ja laadunhallintatyöryhmä valitsee vuosittain päivitettävään laadunhallinnan ja potilasturvallisuuden toimintaohjelmaan nostettavat asiat. Kuntayhtymässä toimii myös vakavan haittatapahtuman käsittelytyöryhmä. Riskien hallinnan tueksi olemme luoneet kuntalain mukaiseen vaarojen selvittämiseen ja arviointiin oman ohjelman, jossa yhtenä osana on asiakas- ja potilasturvallisuus.

Turvallisuuskriittisessä organisaatiossa johtaminen ja organisaatiokulttuuri vaikuttavat todella paljon siihen, kuinka organisaation turvallisuutta hallitaan. Turvallisuuden hallinta on ennen kaikkea ennakointia. Toiminnan kehittämistä,

jatkuvaa parantamista ja turvallisuutta edistää syyllistämätön, avoin ja luottamuksellinen ilmapiiri. Avoimuus ja luottamus sekä vastuullisuus ovatkin alusta alkaen olleet kuntayhtymän arvoja. Johtoa, esimiehiä ja henkilöstöä on myös pyritty systemaattisesti kouluttamaan muun muassa oikeaoppiseen vaaratapahtumien käsittelyyn.

Kainuun soten turvallisuuskulttuuria on mitattu vuosina 2012 ja 2015 VTT:n kehittämän TUKU-mittarin avulla. Kyselyn perusteella henkilöstön turvallisuusmotivaatio, valppaus ja vastuu ovat korkealla tasolla. Keskeiset kehittämiskohteet liittyvät muutoksen hallintaan, työyksiköiden välisen tiedonkulkuun sekä työn edellytysten ja osaamisen hallintaan.

Työyksiköiden toimintakulttuuri ei muutu hetkessä, ja vahvan turvallisuuskulttuurin luomisen suurimmat haasteet löytyvät meidän omista asenteistamme. Miten suhtaudumme virheiden tekemiseen? Etsimmekö syyllistä vai ryhdymmekö kehittämään toimintaamme niin, ettei vastaavaa virhettä enää tapahdu? Turvallisuuskulttuurikyselyn tulokset ovatkin parantuneet niissä yksiköissä, missä vaaratilanneilmoitukset käsitellään ja toimintaa kehitetään yhdessä henkilöstön kanssa.

Laadunhallintaa ja potilasturvallisuutta on siis Kainuussa kehitetty systemaattisesti ja integraation ansiosta moniammatillisesti. On tärkeä muistaa, että laadunhallinta ja potilasturvallisuus ovat osa organisaation päivittäistä toimintaa – keskeisenä tavoitteena on toiminnan jatkuva parantaminen ja kehittäminen. Aina voi ja pitää parantaa juoksua, jotta voidaan toteuttaa Kainuun soten visio: edelläkävijyys.

”Metsän kulkijalle soveltuu sama taktiikka kuin maratoonarille, jopa pikajuoksijalle. Heti alussa heitetään toinen jalka eteen, ja välittömästi toinen jalka taas sen eteen. Yhä uudestaan ja uudestaan. Näin taival taittuu.” (Veikko Huovinen) (1)

27 Kokemuskouluttajan näkökulma

Mirjami Korhonen

Asiakkaalla tarkoitetaan tuotteen tai palvelun vastaanottajaa, joka hyötyy käyttämästään tuotteesta tai saamastaan palvelusta sekä maksaa siitä. Suomen kielessä asiakas-termiä käytetään myös kaupankäynnin ja markkinoinnin kohteena olevasta henkilöstä. Asiakkuus syntyy, kun palvelun tuottaja ja asiakas kohtaavat toisensa joko suoraan tai jonkun välineen kautta.

Monet asiakkaat käyttävät samaa parturi-kampaajaa, joka osaa ottaa asiakkaan tarpeet ja toivomukset huomioon ja ymmärtää ne. Autokaupoissa puhutaan merkkiuskollisuudesta. Se tarkoittaa todennäköisesti sekä tuotteen, siis auton, että myyjän kykyä vastata asiakkaan käyttö- ja mukavuustarpeisiin. Kysymys on siis autokauppiaan tavasta kohdata asiakas.

Terveydenhuollossa tilanne on lähes päinvastainen – jos asiakas ei tule uudelleen, oletamme, että hoito toimi, potilas parani, eikä tarvetta uuteen yhteyteen ole. Lisäkäyntikertoja ei siis tarvita.

27.1 Asiakaslähtöisyys

Asiakaslähtöisyys määritellään lähestymistavaksi, jossa palvelu tai tuote pyritään tekemään mahdollisimman hyvin asiakkaan tarpeita vastaavaksi. Liike-elämässä asiakaslähtöisyys toimii automaattisesti. Kauppoja ei synny eikä asiakas tule uudelleen, mikäli tilanne ei ole ollut asiakkaalle mieluinen. Eräillä aloilla puhutaan myös asiakasuskollisuudesta. Se merkitsee luottamusta myyjää ja palvelun tuottajaa kohtaan.

Kainuun kuntayhtymän strategiassa näkyy asiakaslähtöisyys, ja se on myös organisaation arvo. Terveydenhuollossa asiakkaalle on tärkeätä, että syy hänen oireisiinsa selviää pian, hän saa tietoa sairaudesta ja hoitovaihtoehdoista ja haittaavat oireet vähenevät nopeasti. Asiakaslähtöisyys voi tarkoittaa myös itsemääräämisoikeutta ja sitä, että monissa tapauksissa asiakkaalta pyydetään kirjallinen suostumus johonkin toimenpiteeseen.

Erityisesti nyt ajankohtaisen sote-uudistuksen yhteydessä korostuu asiakkaan ja hänen läheisensä valinnanvapaus, jonka lainsäädäntöä vasta muotoillaan. Suunnitelman mukaan valinnanvapaus olisi suurinta perusterveydenhuollossa ja pienenisi erikoishoitojen palveluissa. Valinnanvapaus jäänee pieneksi harvaanasutuilla seuduilla, koska palvelun tuottajia ja käyttäjiä on vähän.

27.2 Asenteet

Useimmilla ihmisillä on ennakkoasenteita. Ne ovat muodostuneet ja iskostuneet meihin kokemustemme, lukemistemme ja varsinkin kuulopuheiden perusteella. Terveydenhuollon työntekijöillä on asenteita ja asiakkailla on.

asenteita. Käytännössä on havaittu, että naispuoliset työntekijät suhtautuvat eri tavoin miesasiakkaisiin kuin naisasiakkaisiin. Voidaan myös kysyä, suhtautuuko henkilökunta eri tavoin, jos potilaana on kaupunginjohtaja, tärkeän oppilaitoksen rehtori tai joku niin sanottu laitapuolen kulkija. Tai mitä ajatellaan tupakoivasta, alkoholia paljon käyttävästä, lapsensa rokottamatta jättävästä, liikalihavasta tai peseytymättömästä asiakkaasta?

Myös asiakkaalla on asenteita. Ne voivat ilmetä pelkoina, tai asiakas voi liioitella kipujaan tai valehdella. (Neuvolassa kysellään elintavoista!) Toisaalta asiakas on hyvin herkässä mielentilassa – sairaus, kivut, epätietoisuus ja epävarmuus synnyttävät epätavallisen mielentilan. Usein asiakkaalla on uusia tuntemuksia, joille hän ei tiedä sanoja. Olen kuullut jonkun psyykkisesti sairastumaisillaan olevan ja myös Alzheimeriin sairastuvan sanovan, että ”on outo olo”.

Elämäntilanne saattaa olla huolia aiheuttava. Tuolloin ihminen on myös hyvin itsekeskeinen ja omaan napaan tuijottava. Hän luulee, että kaikki ympärillä olevat ihmiset arvioivat häntä, puhuvat hänestä ja tietysti nauravat hänelle. Herkkyys saattaa aiheuttaa unohtelua, väärinkäsityksiä ja mielen pahoittamisia ihan suotta ja aiheettomasti. Usein omaiset kertovat, että viranomainen puhuu omaiselle, vaikka se varsinainen asiakas on ihan täysjärkinen ja pystyy vastaamaan itse kysymyksiin. Toki omaisen huomioiminen on tärkeää, mutta asioiden kohdentaminen oikealle henkilölle on silti muistettava.

27.3 Julkinen vai yksityinen

Varsin erikoisia asenteita liittyy julkisen ja yksityisen sektorin palveluihin. Tässä asiassa lisäksi sosiaali- ja terveydenhuolto eroavat toisistaan. Sosiaalipuolella olemme kuulleet puheita esimerkiksi lasten päivähoidosta tai sijaisperheistä – yksityiset ”tekevät bisnestä”, eivät hoida kunnolla ja ovat epäluotettavia, kun sen sijaan julkisen sektorin päivähoito on valvottua, siellä on selkeät virallisiin suunnitelmiin perustuvat päivittäiset ohjelmat ja tietysti pätevä henkilökunta.

Terveydenhuollosta puhuttaessa asia näyttää olevan päinvastoin. Julkiset palvelut ovat ”arvauskeskuksia”, niihin ei pääse puhelimella ja aikoja ei anneta, potilas joutuu jonottamaan ja joskus henkilökunta on jopa töykeää. No kummallista kyllä, yksityisellä puolella vastataan aina puheluihin, ajan saa yleensä heti huomiseksi ja hoitohan on tunnetusti loistavaa ja taudit kaikkoavat sen tien.

27.4 Huolenaiheita

Tuula Puusaari kirjoitti syksyllä 2016 Kainuun Sanomissa: Eikö sairaalassa työskentele laatuhenkilökuntaa, jonka ammatillinen kunnianhimo keskittyy potilaiden kohtaamiseen ja hoitoon? Minua viehättivät nuo termit laatuhenkilökunta ja ammatillinen kunnianhimo. Ajattelen, että nuo asiat olivat kunniassa vuosikymmeniä sitten, jolloin hakijoita koulutukseen oli paljon, ryhmään otettiin vain 16 opiskelijaa ja soveltuvuuskoeseula sisälsi juuri hoitotyöhön

soveltavia osioita. Kun sen seulan läpäisit, itsetuntemus parani, ryhti oikeni ja ajatus sairaalan käytävällä kävelevästä valkotakista kohotti mieltä. Ammatillinen kunnianhimo, ammatti-identiteetti nosti päätään.

Mistä asiakas tulee ja minne hän menee? Hoitajan pitää tuntea hoitoketju ja myös ketjun ulkopuolinen elämä. Pitää melkein tuntea kartta, että osaa arvioida, mistä asiakas tulee. Pitää tuntea julkisen liikenteen aikataulut, että osaa hoitaa taksilapun. Pitää kysellä kotiolot, että asiakkaalla on joku ihminen, joka katsoo perään kotiuttamisen jälkeen. Parkinson-liiton kävelytapahtuman yhteydessä puhuttiin ”hoitopolusta”, jonka mottona oli: oikeaa hoitoa oikeaan aikaan oikeilla resursseilla.

27.5 Hallintohimmeli

Aluehallinnon uudistuksen yhteydessä politiikan kieleen ilmaantui sana hallintohimmeli. Sillä viitataan laajaan byrokratiaan ja epäselviin hallintorakennelmiin. Se näyttäisi myös erkaannuttavan päättäjiä ja kansalaisia toisistaan.

Kuntayhtymän organisaatiossa se tarkoittaa palvelun käyttäjän näkökulmasta selkeyden katoamista, kun jatkuvat muutokset hävittävät turvallisen ja tutun yhteyden palvelun tuottajaan. Palveluoppaan viestin ymmärtäminen on vaikeaa. Työtehtävät ovat pirstaloituneet niin, että ennen kun asiakas pääsee kertomaan asiaansa, hänelle on annettu puoli tusinaa numeroa, joihin hän sinnikkäästi yrittää soittaa. Luukulta luukulle ohjaaminen toimii edelleen.

Nettisivuilta löytyy himmelin osasina kehitysjohtajia, muutosjohtajia, tavallisia johtajia ja loput ovat sitten erilaisia päälliköitä ja suunnittelijoita. Kun asiakas yrittää tavoittaa jotakin henkilöä, niin tämä on mitä todennäköisimmin palaverissa himmelin toisten osapuolten kanssa. Etenkin sairaalamaailman hierarkia hirvittää ulkopuolista.

Ammattikorkeakoulutuksen myötä asiantuntijoiden määrä on kasvanut, kun taas asiakaspalveluhenkilöstö takkuaa kiireen kanssa, jotta ehtisi tehdä välttämättömät ja konkreettiset toimenpiteet. Palvelun käyttäjä ei puolestaan koe tarvitsevansa suurta asiantuntijajoukkoa.

Meillä Kainuussa on ollut pienehkö ongelma se, että etenkin lääkärit vaihtuvat. Ei ole ollut pitkäaikaisia hoitosuhteita, joita tarvittaisiin varsinkin etenevien sairauksien hoidossa ja seurannassa. Omakohtainen kokemukseni Parkinsonpotilaana on, että olen tavannut usein eri neurologin. Siinä kohtaamisessa käy sitten usein niin, että lääkäri yrittää koneelta saada jonkinlaista käsitystä asiakkaan aikaisemmasta taudinkuvasta ja kontakti keskittyy tietokoneeseen. Olen kateellinen, kun Etelä-Suomessa asuvat ystäväni puhuvat ”omasta lääkäristä” ja hymähdän kyynisesti, kun luen lääkkeen tuoteselosteesta, että ”ota yhteys omaan lääkäriisi”. Ei meillä ole omia lääkäreitä. Asun Sotkamossa enkä tunne edes ulkonäöltä yhtään siellä toimivaa lääkäriä.

27.6 Normien purku

Normien purku on ajankohtainen, ainakin puheissa. Puhutaan turhasta tekemisestä. Meillä odotetaan tehokkuutta ja on jatkuva pyrkimys muutokseen. Kerron taas omaa tarinaa: Minulla on Parkinsonin tautiini kaksi lääkettä, joista toista on kahta vahvuutta, se tarkoittaa siis kolmea hankintaa apteekista. On erikokoisia pakkauksia ja eri aikoina kirjoitettuja reseptejä, eli käyn hakemassa jokaisen erikseen apteekista. Eikä siinä mitään, apteekki huolehtii, että en osta liikaa ja laskee tarkoin, milloin on aika saada uusi satsi. Mutta miksi minun täytyy huolehtia reseptien uusimisesta? Kirjoitan uusintapyynnön tietokoneella terveyskeskukseen ja saan muutaman päivän kuluttua nähdä, että reseptini on uusinut joku – nimi, jota en tunne, en ole ennen kuullut, enkä tuonnempana muista. Miksi reseptit pitää uusia monimutkaisesti, eikö nykyaikana olisi mahdollista, että lääkitys katsottaisiin ajantasalle, kun käyn kerran vuodessa neurologian poliklinikalla, ja muuten luotettaisiin apteekin asiantuntijoihin – he ovat hyvin pikkutarkkoja.

Myös esitietolomakkeen käyttö ja sen merkitys ovat nousseet esille. Lomake täytetään, mutta harvoin ehditään perehtyä siihen ainakaan perusteellisesti. En nyt suinkaan tarkoita, että siitä pitäisi luopua, mutta kussakin yksikössä sen voisi käydä läpi ja miettiä, minkälainen lomake on tarpeen ja palvelee parhaiten kaikkia osapuolia.

Kirjaaminen, tilastointi ja ”kehittäminen” vievät paljon aikaa. Ne ovat tarpeellisia, mutta järkevöittäminen saattaisi olla paikallaan. Kehittäminen tarkoittaa usein muutoksia, projekteja ja koulutuksia, jolloin henkilöstöä irrotetaan asiakastyöstä. Sen seurauksena asiakkaan on entistä vaikeampi löytää henkilö, joka tuottaa tarvittavan palvelun, palveluopas sekavoituu edelleen ja väärille henkilöille soitellaan turhaan.

Kainuun keskussairaalan ylilääkäri Olli-Pekka Koukkari nosti esille Kainuun Sanomien haastattelussa kysymyksen asiakkaan tietojen siirtämisestä. Hän puhui terveyspalvelujen shoppailusta. Tällä hän tarkoitti pientä ryhmää potilaita, jotka kulkevat lääkäriltä toiselle, vaativat tietynlaisia hoitoja, lähetteitä kuntoutukseen tai eläkepapereita. Kuitenkaan heillä ei ole yhtään diagnoosia. Koukkarin ehdotus näissä tapauksissa olisi tietojen kulkeminen palveluketjussa, niin että lääkärit näkisivät aikaisemmat toimenpiteet ja tehdyt laboratorio- ynnä muiden kokeiden tulokset. Kun on tutkittu perusteellisesti ja ”otettu KAIKKI KOKEET”, (huomaatte, miten muuttuu potilaan ääni hänen lausuessaan nuo sanat) – kokeiden ottaminen on niin kallista, että niiden tuloksia voisi toinenkin lääkäri tutkailla.

Tuohon ajatukseen tietojen kulkemisesta haluaisin lisätä niiden kaikkien kokeiden tulosten lisäksi rokotukset! Kun asiakas teloo itsensä tai astuu pahasti rautanaulaan, häneltä kysytään, onko jäykkäkouristusrokote voimassa, tai ovatko matkoille lähtiessä eri maihin suositeltavat rokotukset kunnossa. Kaikki eivät tiedä, jotkut eivät muista.

Mutta rahasta puheen ollen – terveyspalvelun käyttäjä maksaa saamastaan palvelusta mielestään korkean hinnan, muutaman kympin. Palveluista kertyy kuluja veronmaksajille noin kymmenkertainen määrä. Vastaanottokäynnin omavastuu lie 41 euroa, mutta kustannukset tuosta käynnistä ovat useita satasia. Sairaalapaikan kulut vuorokaudessa vaihtelevat osastosta, toimenpiteistä, lääkityksestä ynnä muista johtuen tuhannen euron kahta puolta. Psykiatriset paikat ovat halvimpia, yliopistollisten sairaaloiden teho-osastot kuluttavat kaikkine kalliine laitteineen kymmeniä tuhansia euroja vuorokaudessa.

27.7 Uuden soten rahoitus

Kunnat ovat järjestäneet nykyiset palvelut ja myös rahoittaneet ne. Asiakkaan maksamat maksut lääkkeitä myöten ovat nousseet reippaasti. Pelätään, että jotkut potilaat jättävät lääkkeet hankkimatta hinnankorotusten ja niukan henkilökohtaisen talouden takia. Nykyhallitusta onkin syytetty siitä, että pienituloisilta leikataan. Mutta mikä on vaihtoehto?

Maakuntaverotus olisi todennäköisesti epämieluisa. Se voisi nostaa kustannuksia, ja eri maakunnat olisivat eriarvoisia väestön lukumäärän ja tulotason perusteella.

Onko paras vaihtoehto, että valtio maksaa uuden järjestelyn? Se voidaan järjestää niin, että se kattaa tasapuolisesti koko Suomen alueen. Se edellyttää tietenkin kunnallisveron merkittävää alentamista. Kun osa kuntien tehtävistä jää pois, niin toki niiden osuus voidaan vähentää kuntalaisten maksamasta verokuormasta. Valtion vero taas ymmärrettävästi nousisi. Ja kuka maksaa valtionveroa - suurituloiset! Valtion vero on progressiivinen, nykyisin sen alaraja on 40 000 euron vuositulojen tienoilla, ja merkittävästi sitä maksetaan yli 70 000 euron vuositienesteillä. Olisiko tämänsuuntainen ratkaisu mieluinen pienituloisille kansalaisille?

27.8 Häiritseviä tekijöitä

Myönteisen kohtaamisen kivijalka ja perusta on hyvä käytös, kohtuulliset käytöstavat. Jo lapsille opetetaan, että pitää katsoa kohti, silmiin, jos mahdollista – tietokoneesta huolimatta. Hymy ei maksa mitään, mutta ilahduttaa. Huumori on joskus hyvästä, kohtuullisesti käytettynä ja sopivissa tilanteissa. Se ei kuitenkaan saa loukata ketään.

Hyviin käytöstapoihin kuuluu myös kieli. Asiakkaille pitää puhua ymmärrettävää kieltä. Lääkäreiden vika tahtoo olla, että puhe on liiaksi tieteellistä, asiakas ei tiedä eikä uskalla kysyä käytännöllisempää ohjeistusta koti- ja itsehoitoa varten. Hoitajien vikana varsinkin nykyään on liian arkinen, jopa ruma kielenkäyttö. Kirosanatkin ovat juurtuneet puheeseen niin, etteivät edes työmaalla tipahda puheesta pois. Myös käytäviltä ja toimistosta kuuluva liiallinen kovaäänisyys voi ärsyttää joitakin asiakkaita kipujen keskellä.

27.9 Asiakkaiden tyytyväisyys

Meidän pitäisi kehitellä mittareita, joilla voitaisiin mitata asiakkaan kokemuksia ja tarpeita ja sitä, miten palvelut vastaavat näitä tarpeita.

Asiakastyytyväisyyden selvittäminen on yksi vaihtoehto ja tuttu monilta aloilta. Monesti kuitenkin epäonnistutaan kysymysten laatimisessa, mikä johtaa siihen, että tarkoitettu hyöty jää niukaksi. Palautteiden antamisen pitäisi tapahtua heti silloin, kun se koskee palvelua ja kohtaamista.

Kokemuskouluttajien käyttäminen niin sanottuina tulkkeina ja asioiden ilmaisijoina voisi myös helpottaa tiedon ymmärtämistä. Kokemuskouluttajat tuntevat oman sairautensa perusteella erilaiset käytännöt ja ovat käyneet läpi tunteet, joita sairastuminen aiheuttaa. Potilasjärjestöt ovat kukin omalle alalleen kouluttaneet Suomessa jo yhteensä viitisensataa sairastunutta toimimaan vertaistukena ja levittämään tietoa kyseessä olevaan sairauteen liittyvistä ongelmista.

Mittareiden kehittelyssä katsoisin mielelläni tilastoja. Esimerkiksi vakuutusyhtiöt tilastoivat sairauspäiviä, sairaalassa oloaikaa ja sairausloman pituutta. Niissä tuloksissa näkyy esimerkiksi sairauden keston ja ihmisen iän, sukupuolen, ammatin, työn luonteen ja muiden vastaavien tekijöiden suhde toisiinsa. Pienten lasten äidit paranevat muita nopeammin.

En unohtaisi mittauksissa myöskään rahaa. Nykyisin potilailla on hyvin suuret odotukset. On sairauksia, jotka aika parantaa. Mutta asiakas haluaa, että lääkärin pitäisi tutkia – toisaalta ei saisi löytää mitään – huono lääkärihän se oli, kun ei mitään löytänyt, mutta ikävä juttu, jos löytää. Pitäisikö tuonne kahviloihin ja auloihin palkata kuuntelijoita ja jututtajia? Olisi kai syytä katsoa todella, mitä kokeita tarvitaan ja mitä ne maksavat ja etsiä sitä kautta säästöjä.

27.10 Uusi sairaala Kainuuseen

On hyvä, että Kainuu säilyy yhtenä 18 maakunnasta sote-uudistuksen jälkeenkin. Kainuulaisten identiteetti ja kotiseuturakkaus kasvavat. Siniset ajatukset lisääntyvät myös siitä, että uudet kainuulaiset saavat syntyä kohtuullisen lähellä sijaitsevassa sairaalassa. Matkat ovat silti pitkiä, mutta Lapissa ne ovat vielä pitempiä. Uuden sairaalan rakentaminen on myös lisännyt työpaikkoja ja siten elvyttänyt elinkeinoelämää ja antanut valoa tulevaisuuteen.

Hyvät ystävät, potilasta eivät silti hoida uuden sairaalan seinät eivät silti hoida potilasta, vaan sen tekee hoitamiseen koulutettu ja tehtäviinsä paneutunut henkilökunta. Tosin uudenaikainen työympäristö helpottaa työntekoa, ja tutkimusten ja vakuutusyhtiöiden tilastojen mukaan viihtyisät tilat ja jopa näkymät potilashuoneiden ikkunoista nopeuttavat sairauksien parantumista.

En ole perehtynyt Kajaaniin rakennettavan uuden sairaalan toimivuuteen, mutta yleensä liikenne- ja sisääntulojärjestelmät ovat kummallisia. Saattajan

mukanaolo ja erillinen autonkuljettaja toimittavat kyllä potilaan ramppia pitkin ulko-ovelle, mutta entäpä kun yksinkulkija nousee nuo rampit tai hänellä on kuljetettavia lapsia. Kapea jalkakäytävä, vastamäki – autolta, jos paikan sille löytää ja osaa käyttää maksuautomaatteja, on pitkä matka. Kyllä markettien ja kauppakeskusten parkit ovat aina toimineet paremmin. Entinen sairaalapastori Hytönen sanoikin, että joka selviää sinne aulaan asti, sillä on vielä toivoa.

Osa E: Henkilöstön, kunnan ja luottamushenkilöiden näkökulma

28 Kerran vielä – luottamusmiesten kokemuksia jo kertaalleen toteutetusta maakuntauudistuksesta

Heikki Hekkala, Marjo Kangasharju, Eija Karppinen, Ella Kiljunen, Leila Koskensalmi, Risto Makkonen, Tiina Törrö

Muun valtakunnan pähkäillessä maakuntauudistusta me Kainuussa palajamme muistoissa reilut kymmenen vuotta taaksepäin. Vuonna 2003 aloimme valmistella ensimmäisen kerran maakuntauudistusta. Nyt teemme sitä uudelleen, vaikka osin olemme ottaneet varaslähdön muihin maakuntiin verrattuna. Kokosimme tähän niin sanotun varaslähdön kokemuksia maakuntauudistuksesta luottamusmiesten näkökulmasta.

Kainuussa sosiaali- ja terveydenhuolto oli aiemmin sektoroitu kansanterveyslain ja erikoissairaanhoidon ohjaamiin osiin. Kansanterveystyötä hoiti yhdeksän kuntaa omissa terveyskeskuksissaan, ja vaativiin hoitoihin potilaat ohjattiin lähetteellä. Erikoissairaanhoito oli keskitetty Kajaaniin Kainuun keskussairaalaan. Henkilöstöjärjestöjen toiminta rakentui tuolloin niin, että kunnissa oli oma luottamusmiesorganisaatio ja sairaanhoitopiirillä oma. Yhteensä toimittiin siis kymmenessä eri organisaatiossa.

Maakunnan valmistelu lähti käyntiin Kainuun liiton, kuntien ja sairaanhoitopiirin poliittisen luottamushenkilöjohdon voimin. Valmisteluun otettiin kiinteästi mukaan paikallinen edunvalvontaorganisaatio (TNJ sisälsi Tehyn ja Superin, Kunta-alan Unioni Jytyn ja JHL:n, Kuntien tekniset ja Jukon. Henkilöstöä otettiin myös muuten mukaan – valmisteluun osallistui yhteensä noin 700 valmistelijaa.

Rahoitus aiheutti kitkaa kuntien ja sairaanhoitopiirin välille. Kitka heijastui myös henkilöstöön, ja ammatillinen yhteistyö potilaan/asiakkaan edun näkökulmasta heikentyi. Tämä johtui muun muassa eri organisaatioiden johdon itsenäisyydestä ja tietojärjestelmien keskustelemattomuudesta. Vähäiselle väestöpohjalle tehdyt pirstaleiset järjestelmät heikensivät potilaan/asiakkaan hoitoa ja aiheuttivat henkilöstön välille ristiriitoja, joka näkyi esimerkiksi hoitoketjujen katkeamisena.

28.1 Henkilöstöjärjestöt vahvasti mukana valmistelussa

Kun uutta mallia alettiin koota, valmistelijoille annettiin tarpeeksi valmisteluaikaa ja ammattiliittojen edustajille turvattiin työskentely työajalla. Ammattiliittojen edustajat pitivät iltatilaisuuksia järjestöjen toimijoille ja henkilöstölle. Näin uutta mallia jalkautettiin ja luotiin uskoa uuteen toimintamalliin. Henkilöstön luottamuksen rakentaminen ja usko yhteiseen onnistumiseen rakennettiin ammattiliittojen osaajien mukana ololla ja tiedottamisella.

Kaikkien kymmenen eri organisaation henkilöstön edut kartoitettiin ja hyviä asioita poimittiin uuteen organisaatioon – mutta ei toki ihan kaikkea. Työpaikkaluottamusmiesten määrää vähennettiin, ja kaikki järjestöt saivat päätoimiset pääluottamusmiehet, mikä turvasi tarvittavan valmistelu-, jalkauttamis- ja kehittämistyön.

Luottamusmiesten läsnäolo ja työpaikkakäynnit olivat ensiarvoisen tärkeitä, kun isoa organisaatiota rakennettiin. Luottamusmiehet olivat viestinviejiä työnantajan ja henkilöstön välillä myös silloin, kun esimiehet vaihtuivat ja lähiesimiehisyys vaihtui osin etäjohtamiseen eikä henkilöstö välttämättä tiennyt, kuka oli esimies. Kehittämistyöstä esimerkkinä taas on työn vaativuuden arviointi- ja palkkausjärjestelmän luominen Kainuuseen jopa kymmenen vuotta aiemmin kuin lähialueilla.

Valmistelussa purettiin yhdessä raja-aitoja ja luotiin yhtenäisiä toimintatapoja. Luotiin elämänkaarimalli, jonka mukana saatiin uusia ajattelu- ja toimintamalleja. Niitä on viety eteenpäin edelleen esimerkiksi perhekeskus- ja vauvaperhetyön malleissa. Toimintatapojen yhtenäistäminen lisäsi koulutusmahdollisuuksia sekä kehittämisen ja yhdenvertaisen osallistumisen mahdollisuuksia. Digitalisaation kehittäminen lähti hyvin liikkeelle videovälitteisten koulutusten, etävastaanottojen ja -konsultaatioiden muodossa. Perusterveydenhuoltoon ja erikoissairaanhoitoon rakennettiin yhtenäiinen potilastietojärjestelmä ja luotiin digitaaliset toimintakäytänteet. Hallintoon rakennettiin yhteinen tukipalveluorganisaatio.

28.2 Keskitetty hallinto ja hajautettu toiminta

Työntekopaikan tarpeenmukainen vaihtuminen mahdollistui paikallisesti sovitulla matkustusohjeella ja leasing-autojen avulla. Osaajien liikkuminen potilaiden/asiakkaiden luo oli myös kustannustehokasta. Samalla turvattiin kuntien lähipalvelut, kun osaajat pitivät vastaanottoja eri kunnissa. Kunnat eivät myöskään kilpailleet työvoimasta, sillä maakunta pystyi tarjoamaan työntekijälle laajemman kirjon työpaikkavaihtoehtoja ja kehittymismahdollisuuksia.

Keskitetty hallinto ja hajautettu toiminta -periaatteella on pystytty säilyttämään kuntien työpaikat. Hyvä esimerkki tässä ovat hallinnon yhteiset tukipalvelut, jotka tuottavat palveluja niin kunnille kuin maakunnalle. Kajaanin irtauduttua yhteisten palvelujen tuottamisesta vuoden 2017 alusta toimintaa on silti jatkettu muiden Kainuun kuntien kanssa.

Vakituinen varahenkilöstö ja erillinen sijaispalveluyksikkö ovat tuoneet mukanaan sekä hyviä että huonoja asioita. Sijaisia on maakunnallisesti enemmän käytössä ja he ovat liikuteltavissa, mutta toisaalta esimiesten valta sijaisten ottamisessa on rajattu tiukasti. Tämä johtaa siihen, että osaaminen ei aina kohtaa tarvetta tai sijaiset on varattu etukäteen ja asianomaisen yksikön henkilöstö joutuu tekemään tuplavuoroja ja tulemaan vapaalta töihin.

Lääkäripula on osaltaan pakottanut kehittämään toimintatapoja, kuten esimerkiksi hoitajavastaanotot. Sairaanhoitajien työnkuvia onkin laajennettu vastaamaan tarpeita. Tämän mallin käyttöönotto on vaatinut asenne- ja ajattelutavan muutosta niin päättäjiltä kuin henkilöstöltä ja asiakkailta.

Vaikka erikoissairaanhoito ja perusterveydenhuolto yhdistettiin maakunta-kuntayhtymän rakennusvaiheessa samaan organisaatioon, saman johdon ja budjetin alle, raja-aitoja muodostui eri tulosalueiden välille. Tämä näkyy lähinnä henkilöstön siirroissa ja henkilöstön osaamisen hyödyntämisessä: On vaikea hahmottaa työnantajan kokonaisetua esimerkiksi virkavapaita myönnettäessä tai työntekijän siirtyessä yksiköstä toiseen. Toisaalta esimerkiksi vajaatyökykyisten sijoittelu myös yli sisäisten rajojen on isossa organisaatiossa helpompaa kuin vaikka pienissä kunnissa, ja toimintaa voidaan hoitaa keskitetysti sijaispalveluyksikön kautta.

28.3 Talouden raamit

Talousongelmat ja säästöpaineet ovat kohdentuneet myös maakunta- kuntayhtymään ja myöhemmin Kainuun soteen. Yhdet koko henkilöstöä koskettaneet yhteistoimintamenettelyt käytiin vuonna 2012. Tällöin henkilöstöä ei irtisanottu vaan osa henkilöstöstä lomautettiin maksimissaan kolmeksi viikoksi. Lomautukset koettiin epäoikeudenmukaisiksi, koska ne kohdistuivat vain osaan henkilöstöstä.

Yleisesti ottaen kansalaisten verovaroja on kuitenkin käytetty kustannustehokkaasti Kainuun väestöpohjalle suunnitellussa maakunnallisessa järjestelmässä. Yhtenäiset hoitokäytännöt ja prosessit ovat kehittyneet, mikä on näkynyt myös kustannuskehityksessä. Päätöksenteon keskittyminen tukee henkilöstön tasavertaista kohtelua edunvalvonnan ja osaamisen kehittämisen näkökulmista katsottuna, vaikkakin se vie henkilöstöjohtamisen kauemmaksi yksittäisestä työntekijästä.

Kun niin moni organisaatio loi hynttyynsä yhteen vuonna 2005, palkkaharmonisaatio osoittautui isoksi haasteeksi. Haastetta lisäsi se, että eräissä kunnissa palkkatasoa nostettiin hieman ennen toimintojen yhteenliittymistä. Vaikka valmistelutyö tehtiin kaiken kaikkiaan huolella, palkkojen harmonisoinnista ei tehty etukäteissuunnitelmaa. Jälkikäteen voidaan kuitenkin todeta, että palkkaharmonisaatio olisi pitänyt suunnitella ja aikatauluttaa ja varata siihen myös rahaa. Sittemmin palkkaharmonisaatiota on tehty matkan varrella muun muassa järjestelyvaraerien ja työnantajan kohdentaman pienen lisärahan turvin, mutta palkkaeroja on samoissa tehtävissä työskentelevillä yhä jonkin verran.

Palkkaharmonisaatio on tärkeä asia myös tulevassa maakuntauudistuksessa. Missään nimessä sitä ei saa jättää uudistuksessa muiden asioiden jalkoihin.

28.4 Tulevaisuuden resepti

Myllerrys Kainuussa on ollut kova viimeisten kahdentoista vuoden aikana. Kaikki muutokset eivät ole olleet kaikilta osin onnistuneita, mutta toimintaa pyritään kuitenkin kehittämään koko ajan. Esimerkiksi lainsäädännön määrittelemä avohoitopainotteisuuden lisääntyminen terveydenhuollossa on tuonut yhä huonompikuntoisia asiakkaita kotihoitoon. Kuitenkaan resursseja ei ole saatu samassa suhteessa kun tarve on kasvanut. Kotihoidon työn tekemisen luonne on myös muuttunut, ja työ on tiukasti aikataulutettua. Tiukka aikataulutus, resurssipula ja huonokuntoiset asiakkaat kuormittavat nyt entistä enemmän kotihoidon työntekijöitä.

Onnistumisen ja tavoitellun maaliviivan saavuttamisen resepti on joka tapauksessa aito yhdessä tekeminen! Luodaan ja nähdään johdon, työntekijöiden ja työntekijöiden edustajien yhteinen tavoite. Niin silloisen kuin nykyisen maakuntauudistuksen vetäjän Timo Korhosen linjaus henkilöstön laajasta mukana olosta, tiedottamisen tärkeydestä ja luottamusmiesten sitouttamisesta valmisteluun sekä panostuksesta uudistustyöhön henkilöstö ja palvelutarpeet huomioiden luovat edelleen ainekset yhteiselle onnistumiselle. Tavoitteeseen tehdä maakunnasta aidosti hyvä työnantaja on helppo yhtyä.

Mitä tulevaisuus maakuntauudistuksineen sitten Kainuun soten työntekijöille tuo? Tilanne on tällä hetkellä monessa suhteessa auki, mutta suunnitelmien eri käänteissä olemme pelänneet, että palaamme ajassa menneisyyteen eikä tulevaisuuteen, jonne meidän tulisi kolmiloikalla suunnata. Olemme pelänneet, että palaamme ajassa ja askelissa 1970-luvulle, jolloin kansanterveyslaki tuli voimaan, jos vajaan 100 000 henkilön asukaspohjaan luotu järjestelmä tuhotaan tai ainakin asetetaan melkoisia haasteita yhtä laadukkaiden toimintojen jatkamiselle. Olemme olleet huolissamme hoitoketjujen katkeamisista, potilastietojen välittymisestä, kokonaisvaltaisen potilas/asiakastyön heikkenemisestä, yhteisten tukipalvelujen eriyttämisestä, henkilöstön palvelussuhteen ehtojen eriarvoistumisesta ja työntekijöiden edunvalvonnan heikkenemisestä.

Uudistussuunnitelmien käänteissä näköpiirissä on ollut sekoitus kuntien tuottamia, uuden maakunnan tuottamia, maakunnan liikelaitoksen ja osakeyhtiöiden tuottamia sekä yksityisten osakeyhtiöiden tuottamia palveluja. Tervetuloa hajanaisuus ja hyvästi yhtenäisyys?

29 Soteveteraanit muutoksen poluilla

Eila Valtanen

Syksyllä 2015 jouduin mielenkiintoiseen paikkaan. Piti esittelemäni jo neljättä kymmenen vuoden aikana käynnistettyä suurta kuntauudistusta Julkisten ja hyvinvointialojen liiton JHL:n väelle. Yleisö oli kovin tuttua, omia työtovereitani. Heräsin aistimaan sote-veteraanien väsähtämistä. Kyselyssä joku oli vastannutkin kuntapäättäjien näyttävän uitetuilta rusakoilta.

Paras-hanke, kunta- ja palvelurakenneuudistus ja nyt käynnissä oleva kuntauudistus on paukaistu liikkeelle ryminällä. Kaksi ensin mainittua tosin tussahtivat. Neljäs uudistus oli Kainuun hallintokokeilu. Vaatimattomien kainuulaisten kunniaksi pitää lukea se, että kokeilu todella toteutettiin ja siitä opittiin. Uusi kunta- ja maakuntauudistus toivon mukaan ottaa oppia kokeilustamme.

Kainuun hallintokokeilussa hyvää oli perusterveydenhuollon ja erityissairaanhoidon integraatio. Tampereen yliopiston kokeilusta tekemästä tutkimuksesta on jäänyt mieleen lääkärin repliikki: Jos sairaalanmäen budjetti syksyisin näytti painuvan pakkaselle, potilaita makuutettiin vähän pitempään ja kunnat maksoivat.

Kokeilussa harmaaksi alueeksi jäi ennaltaehkäisevän terveydenhuollon rajanveto kuntien ja maakunnan välillä. Asukkaiden tuntui myös olevan vaikea mieltää sitä, kuka vastaa mistäkin aiemmin kuntien tuottamasta palvelusta. Henkilöstöjohtaminen myös tuntui takkuavan kokeilussa.

Paras-hanke johti uusien kuntayhtymien syntyyn sekä kuntafuusioihin, joten ei se ehkä kuitenkaan täysin tussahtanut. Kunta- ja palvelurakenneuudistusta käynnisti varsin kokemattomien ministereitten joukko. Muistan ikuisesti silloisen kuntaministerin kylmän taisteluavauksen: tätä uudistusta ei pääse pakoon kukaan. Eipä ihme, että hänen oman puolueensa kuntapäättäjät virittivät ennennäkemättömän kuntakapinan.

Suomen julkisten palvelujen suurin ongelma ovat kustannukset. Noin 19,5 miljardin sote-potista seitsemän miljardia käytetään erikoissairaanhoitoon ja 3,1 miljardia perusterveydenhuoltoon, noin seitsemän miljardia sosiaalipalveluihin ja loput työterveyteen, suun terveyteen ja opiskelijahuoltoon. Kustannusten allokointi eri tarpeisiin ja eri väestöryhmille ja vertuuttaminen palvelujen saatavuuteen eivät ole sormia napsauttamalla ratkeava ongelma.

Kaikissa uudistuksissa minua on häirinnyt niiden ylhäältä ohjautuvuus. Vaikka osallistamista korostetaan, lakitekstit – tuoreinkin 900 sivun paketti perusteluineen – ovat putkahtaneet ministeriöistä rahvaan tutkittavaksi. Lausunnoissa niitä rökitettiin rutkasti, mutta nähtäväksi jää, kuinka lausunnot lopulta otetaan huomioon. On kaivattu vanhaa parlamentaarista kulttuuria, pitkään istuneita laajoja työryhmiä, jotka ovat puineet ideoita, kuulleet asiantuntijoita, jättäneet erimielisenkin mietintönsä, minkä pohjalta ministeriöitten valmistelijat ovat käyneet käsiksi työhönsä.

Ollessani muilla töin käytin kolmen lapsen äitinä kohtuullisesti julkisia palveluja. En totta puhuen edes tiennyt, minkälainen organisaatio viritti päiväkodin, koulun ja terveysaseman tai piti luistinradat, ladut ja kadut kunnossa ja musiikkiopiston toiminnassa. Kun ne toimivat, olin tyytyväinen. Kolme lasta sai kunnallisen hyvän päivähoidon, kävi läpi koko kouluputken tyytyväisenä, urheili ja musisoi.

Kunta- ja palvelurakenneuudistuksen tiimellyksessä nousi esille kahdenkymmenen kunnan malli. Uusimmassa uudistuksessa tavoitellaan kahdeksantoista maakunnan ja epälukuisen kuntajoukon allianssia, jonka työnjako ei vielä ole aivan kirkas. Miten kahdenkymmenen kunnan ja toisaalta kahdeksantoista maakunnan mallit oikein eroavat toisistaan? Vai tullaanko lopulta samaan lopputulemaan?

Valtio on vahva toimija uudessa asennossa, sillä se rahoittaa maakuntien toiminnan. Kuinka lähidemokratia tässä mallissa toteutuu? Kun kuntien ja valtion välille syntyy uusi, aiempaa aluehallintoviranomaisten ja kuntien rahoittamien maakuntaliittojen verkostoa vahvempi toimija eli merkittävä kolmas hallinnollinen porras, keveneekö hallinto vai etääntyykö se liian kauas tavallisen ihmisen arjesta? Tarvitseeko viisimiljoonainen kansa kolmiportaista julkista hallintoa?

Eniten minua on mietityttänyt muutosten läpivientiä ihmetellessä valtion ja kuntien työnjako. Valtio on perinteisesti ohjeistanut kuntia varsin tarkoin, laatinut satoja lakeja ja ohjeita. Olisiko ollut aika käydä läpi ensin valtion ja kuntien suhde, toimivalta ja erityisesti ohjauskysymykset? Uusin muutos jättää kunnille kapean roolin. Harvaan asutussa maassa sekin sisältää demokratiariskin, sillä satojen kilometrien päässä asuvien voi olla vaikea vaikuttaa palvelujen muotoiluun.

Kovin moni asia uudessa uljaassa hallintorakenteessa on tätä kirjoittaessani talvella 2017 hahmottumaton. Julkisen talouden kestävyyden kannalta kestävät ratkaisut olisi pitänyt tehdä jo kymmenen vuotta sitten, mutta siinä ei silloin onnistuttu.

Muutoksessa lienee lähdetty evoluution tielle. Kunnilta odotetaan aktiivista roolia. Ensi oireet niiden roolin kuihtumisesta ovat kuitenkin havaittavissa. Kuntavaaleihin oli vaikea saada ehdokkaita, maakuntavaalit kiinnostanevat jo enemmän.

30 Kansalaisnäkökulma ja demokratia

Tapani Kemppainen

Kainuun hallintokokeilun (2005–2012) valmistelu kesti kaksi vuotta. Valmistelutyössä olivat mukana viranhaltijoiden ja työntekijöiden lisäksi kattavasti Kainuun poliittiset päättäjät.

Kokeilun alulle saattaminen vaati kunnissa aikamoista vääntöä. Lopputuloksen kannalta oli melkoinen merkitys sillä, että hankkeen taustalla vaikutti arvovaltaisia henkilöitä valtiovallan puolelta aina silloisesta pääministeristä Paavo Lipposesta lähtien. Kansalaisnäkökulman kannalta tärkeitä olivat myös järjestöille ja kansalaisille järjestetyt kuulemis- ja keskustelutilaisuudet.

Maakuntavaalien jälkeen muodostettuun sote-lautakuntaan tuli edustus kaikista muista Kainuun kunnista paitsi Puolangalta, joka jäi ilman omaa edustajaa. Tällä saattoi olla omat vaikutuksensa kokeilun myöhempiin vaiheisiin. Itse toimin tuolloin maakuntavaltuuston jäsenenä ja lisäksi sote-lautakunnan puheenjohtajana.

Kokeilun alkuvaiheessa kunnat asettivat heti kovat taloustavoitteet. Palveluiden osittainen keskittäminen aiheutti hämmennystä ja liikehdintää kansalaisten keskuudessa – pahimmillaan mentiin aina nälkälakkoon asti. Lisäksi maakuntahallitus ja lautakunta hakivat vaikeissa päätöksissä vielä omaa rooliaan. Viime kädessä otettiin kuitenkin mukaan myös kansalaisten edustus neuvottelupöytään, ja asioita saatiin vietyä yhdessä eteenpäin.

Kansalaiset ottivat maakunta-kuntayhtymän aikaan palveluissa kokemiaan epäkohtia kunta-aikaa herkemmin esille. Tämä johtui varmaan osittain siitä, että niin päättäjät kuin viranhaltijat olivat ainakin alkuvaiheessa monille tuntemattomia kasvoja. Maakuntahallinnon syyksi saattoi mennä asioita, joiden kanssa maakunnalla ei ollut mitään tekemistä. Toisaalta osa kansalaisista melko pitkään mielsi sote-palvelut edelleen kunnan järjestämiksi.

Kainuussa kunnilla oli aikaisemmin ollut osin kirjavia tulkintoja esimerkiksi sosiaalilainsäädännön soveltamisesta. Kun käytäntöjä yhtenäistettiin maakunnassa, kansalaisten asema ja tietoisuus omista oikeuksista yleensä parani.

Alkuaikoina eri toimintasektoreiden integraatio saattoi osassa kuntia jopa heiketä, ja kansalaiset kokivat sen hankalana pompotteluna. Asiointi esimerkiksi naapurikunnan terveysasemalla tuntui vieraalta, monet kokivat olevansa naapurikunnan palveluja käyttäessään muukalaisia. Samoin toimintayksiköiden oman budjetin tiukka varjeleminen näyttäytyi palvelujen käyttäjän kannalta joskus epärationaalisena. Myös osalle maakunta-kuntayhtymän työntekijöistä ja lähiesimiehistä ylikunnallisen toiminnan oivaltaminen otti aikansa.

Sosiaali- ja terveyslautakunta yritti parhaansa mukaan pitää fokuksen sosiaali- ja terveyspolitiikassa, ja äänestykset olivat päätöksenteossa harvinaisia.

Maakunta-kuntayhtymän kuntakierrokset olivat tärkeitä tapahtumia, joissa käytiin läpi taloutta ja kunnan sote-palvelujen tilannetta. Jälkikäteen ajateltuna kansalaistapaamisia ja keskustelutilaisuuksia varsinkin palveluihin tehtyjen muutoksien yhteydessä olisi kannattanut järjestää vielä useammin.

30.1 Toinen kausi hallintokokeilua

Hallintokokeilun toiselle kaudelle 2008–2012 päättäjät valittiin suoralla kansanvaalilla ilman kuntakohtaisia kiintiöitä. Peloista huolimatta kaikki kunnat saivat oman edustajan 59-jäseniseen maakuntavaltuustoon.

Omalta osaltani sote-lautakunta vaihtui maakuntahallituksen jäsenyyteen. Tiukassa taloudellisessa tilanteessa sosiaali- ja terveyden huollon asiat olivat näkyvästi – välillä jopa liikaakin – esillä myös hallituksessa. Kuntien rahoitusmalli keskustelutti: Kunnat kukin vuorollaan kokivat maksuosuutensa epäoikeudenmukaiseksi, tosin eri kunnat vähän eri näkökulmasta katsottuna.

Keskustelut ja tapaamiset kansalaisten kanssa sote-asioista mielestäni vähenivät. Se johtui osittain siitä, että palveluissa ei tapahtunut edelliskauden kaltaisia suuria muutoksia. Tarvetta vuoropuheluun ja kansalaiskeskusteluun olisi ollut toki enemmänkin.

Tiukka talous ajoi lopulta kohdennettujen lomautusten tielle. Varsinaisista asiakaspalveluista henkilöitä ei lomautettu. Vaikutukset talouteen olivat hyvin vähäiset, joiltakin osilta jopa haitalliset. Parhaimmillaankin vaikutukset näkyivät jonkinasteisena kriisitietoisuuden lisääntymisenä.

Hallintokokeilun toisella valtuustokaudella koulupuoli keskustelutti enemmän. Varsinkin pienten lukioiden kohtalo puhutti, kun maakuntavaltuusto useamman äänestyksen jälkeen lakkautti Hyrynsalmen lukion. Päätöksentekoprosessina Hyrynsalmen lukion lakkauttaminen ei kerännyt tyylipisteitä ainakaan pienissä kunnissa, eikä kansalaisten keskuudessa, vaan oli omiaan kasvattamaan epäluottamusta maakuntahallintoa kohtaan.

Kokeilun jatko kaatui 2012 harmittavan pieniin näkemyseroihin rahoituksen perusteista ja palvelulupauksista.

30.2 Sote kuntayhtymäksi

Kainuussa palattiin kahdeksan vuoden kokeilun jälkeen tavanomaiseen kuntayhtymä-malliin lukuunottamatta Puolangan kuntaa, joka päätti järjestää sosiaali- ja terveydenhuollon perustason tehtävät itsenäisesti.

Oma luottamusmiestehtäväni jatkui sote-hallituksen varapuheenjohtajana. Kunnat olivat onneksi tottuneet tekemään syvälle menevää yhteistyötä, ja palvelujen tuottaminen ja niiden rahoitus jatkui pitkälti samoilla periaatteilla kuin aikaisemminkin. Kansalaisten näkökulmasta ei siten huomattavaa muutosta tullut. Rahoituksesta ja palveluista neuvotellaan vuosittain jokaisen kunnan kanssa erikseen ja lisäksi yhteisessä kuntakokouksessa.

Valtion kunnille säätämät uudet tehtävät ja niiden mukana tullut lisärahoituksen tarve on keskusteluttanut talousarvioraamista neuvoteltaessa. Lopulta kuitenkin yhteinen näkemys ja ymmärrys on löydetty, ja budjetit ovat niiden kokoluokan huomioon ottaen toteutuneet suhteellisen hyvin.

Kainuun sotessa hallitustyöskentely on ollut hyvin keskustelevaa. Asioita on pyritty tarkastelemaan koko Kainuun näkökulmasta ja resursseja on haluttu ohjata sinne, missä kulloinkin on ollut suurin tarve.

Resursseja on pikkuhiljaa ohjattu myös ennaltaehkäisevään toimintaan. Rohkeus merkittäviin painopisteiden muuttamisiin on tyssännyt talousarvioraamin käsittelyn yhteydessä eurojen puutteeseen. Satsauksien vaikutukset näkyvät kuitenkin vasta vuosien päästä.

Valtuustokauden aikana on aloitettu uuden sairaalan rakentamishanke, jonka yhteydessä käydään rakennussuunnitteluun niveltäen läpi sosiaali- ja terveydenhuollon hoitoketjut perustasolta aina erikoissairaanhoitoon asti. Tällä tavalla halutaan varmistaa kansalaisten oikea-aikainen ja tehokas hoito. Yhteistyön ja keskustelun aidosti parantuessa eri sektoreiden välillä uudistus voi hyvin onnistuessaan parantaa merkittävästi integraatiota ja palvelujen sujuvuutta.

Sairaalahanke on saanut Kainuun kuntien ja väestön varauksettoman tuen. Merkittävä oli myös valtiovallan myönteinen päätös rakentamisluvasta. Mahdollisen maakuntahallinnon toteutuessa Kainuulla onkin sekä hallinnon että kansalaisen näkökulmasta katsottuna hyvät edellytykset siirtyä tulevaan. Täällä on totuttu ja opittu maakunnalliseen päätöksentekoon ja ylikunnallisiin palveluihin jo yli kahdentoista vuoden ajan.

31 Sotesta eilen ja tänään

Raili Myllylä

Palasin Kajaaniin vuonna 2004. Kainuussa valmistauduttiin kunnallisvaaleihin ja historiallisiin ensimmäisiin maakuntavaaleihin. Kuntavaaliehdokkaaksi suostuin, mutta kuntayhtymästä en tiennyt tarpeeksi, joten niihin vaaleihin en ehdokkaaksi alkanut.

Katselin ja kuuntelin uuden kuntayhtymän alkutaivalta paitsi aktiivisena kansalaisena myös Kajaanin kaupunginhallituksen 1. varapuheenjohtajana. Uudelle kuntayhtymälle ladattiin kaupunginhallituksen pöydän ympärillä paljon tavoitteita ja toiveita. Uudelta organisaatiolta edellytettiin heti säästöjä ja toimintojen sujuvuutta. Pitkän päivätyön yksityisellä puolella tehneenä, monessa muutoksessa ja muutosorganisaatiossa mukana olleena koin ja tiesin, että odotukset olivat epärealistisia ja kohtuuttomia: Ensin pitää rakentaa vahva pohja yhteiselle toimintakulttuurille, sitten vasta voi odottaa tuloksia.

Kainuun mallin alku vaikutti kyllä kaaokselta. Ihmiset olivat tyytymättömiä, toimintapuutteita oli joka puolella, rahaa meni eikä kustannusten 0,3 prosentin vuosittaisesta alentumisesta ollut tietoakaan. Kaupunginhallituksessa äänestettiin rahoitusprosenteista.

Koko ajan oli mielestäni epäluuloa ja epäluottamusta ilmassa sekä luottamushenkilöiden että virkamiesten kesken. Kaikki halusivat vetää vähän kotiinpäin. Ja media oikein herkutteli uuden organisaation kompastuksilla. Tuosta ajasta jäi mieleen, ettei tehty tarpeeksi hyvien suhteitten luomiseksi kuntiin ja kuntapäättäjiin.

Tiedottamista olisi tarvittu lisää, sillä kansalaisten epäluottamus oli aika suurta. Kiersimme vuoden 2007 keväällä Kainuuta eduskuntavaalien merkeissä, ja yhtenä teemana olivat maakunta-kuntayhtymän asiat. Mukana oli maakuntavaltuuston varapuheenjohtaja, joka sai monta viestiä eteenpäin vietäväksi, mutta toisaalta monta aiheetonta epäluottamusta herättävää asiaa voitiin oikaista heti. Lisää tiedottamista kaipasivat kansalaisetkin.

31.1 Hallintokokeilu ja maakuntavaltuusto

Vuonna 2009 aloitin sitten maakuntavaltuuston jäsenenä. Valtuusto kokoontui useita kertoja vuodessa. Asialista ei välttämättä ollut pitkä, mutta kokoukset kyllä kestivät. Tieasiat puhuttivat jatkuvasti, samoin sosiaali- ja terveyspuolen asiat. Valtuustoaloitteita tehtiin paljon, ja niissä kunnostautui myös oma valtuustoryhmäni. Mielestäni se kertoi siitä, etteivät valtuutetut tunteneet voivansa oikein vaikuttaa asioihin ja epäkohtiin, joita kansalaiset jatkuvasti kertoivat kuntayhtymän toiminnasta.

Raha aiheutti tälläkin valtuustokaudella jatkuvasti ongelmia. Tulosraportointi kompasteli eikä tavallisella rivivaltuutetulla ollut paljoakaan mahdollisuuksia vaikuttaa tulokseen. Edelleenkin jatkui ristiriita kuntien ja kuntayhtymän välillä rahoituksesta. Edelleen varsinkin Kajaanin ja Sotkamon kuntapäättäjät kokivat, että rahoitusmalli on näille kunnille epäedullinen ja sitä pitäisi korjata. Edelleen odotettiin säästöjä kuntayhtymältä ja esimerkiksi Kajaanin kaupunginhallituksessa äänesteltiin jälleen rahoitusprosentista (ja taas hävisin). Tosin kuntayhtymän valtuusto kuitenkin viime kädessä päätti kunnilta perittävän rahoitusprosentin, mutta päätös poikkesi Kajaanin äänestystuloksesta. Ei ihme, että tällaista demokratiaa ihmeteltiin. Toimintoihin alettiin kuitenkin jo saada parannusta ja sujuvuutta.

Loppukaudella asioiden käsittelyyn vaikutti myös Puolangan poisjääminen kuntayhtymästä ja näin koko kokeilun loppuminen. Keskustelu syistä oli vilkasta, mutta löytyneekö lopullista syytä koskaan.

31.2 Kainuun sote omana kuntayhtymänä

Entisen kuntayhtymän purkauduttua ja Kainuun soten aloitettua toimintansa vuoden 2013 alussa sain kunnian aloittaa hallituksen puheenjohtajana. Uudessa hallinnossa oli näin korjattu yksi arvostelua aiheuttanut asia. Kuntayhtymän johtaja ei enää ollut hallituksen puheenjohtaja kuten aiemmin oli ollut. Se teki hallitusryhmistä aikaisempaa tasa-arvoisempia.

Kuntayhtymän hallitus koostuu kuntien edustajista. Soten hallitukseen on valittu edustajia, jotka varmaan ovat halunneet paikkaa - tuskin silti osasimme arvioida kuinka aikaa vievä, vastuullinen ja raskaskin tämä hallituspaikka on. Kokousten asialistat ovat pitkiä ja asiakokonaisuudet laajoja erikoissairaanhoidosta lastensuojeluun ja ympäristöterveydenhuoltoon.

Haaste demokratialle jatkossa on, että näin vaativille paikoille löytyy kaikenikäisiä ja eri elämäntilanteissa olevia ihmisiä, joilla on aikaa paneutua asioihin ja istua välillä koko päivänkin kestävissä kokouksissa.

Parasta hallituksen toiminnassa on ollut se, että olemme rakentaneet Kainuun yhteistä sotea. Pöydän ympärillä ei ole enää istunut omien kuntiensa edustajia vaan koko Kainuun etua katsovia päättäjiä. Uusi, entistä oikeudenmukaisemmaksi koettu, yhdessä kuntien kesken sovittu ja päätetty rahoitussopimus on varmaan osaltaan vaikuttanut yhtenäisempään toimintakulttuuriin. Puolangan edustajankin istuminen pöydän äärellä silloin, kun käsitellään heille kuuluvia asioita, on ollut pienen alkuhämmennyksen jälkeen luontevaa.

Yhteistä näkemystä kainuulaisten palvelujen säilyttämisestä ja kehittämisestä on todella tarvittu viime aikoina, kun olemme toimineet niin uuden sairaalan saamiseksi kuin synnytysten, leikkausten ja uskottavan erikoissairaanhoidon päivystyksen säilyttämiseksi Kainuussa. Tässä kamppailussa on tarvittu ja tarvitaan edelleen sekä luottamushenkilöitä että virkamiehiä.

Kuntien kanssa käydään kuntakierrokset pääsääntöisesti kaksi kertaa vuodessa. Ne ovat tarpeellisia myös jatkossa, vaikka kehitettävääkin on. Soten osalta on hyvä keskittyä vain niihin asioihin, mitkä sillä hetkellä menneen tarkastelussa ja tulevaisuuden hahmottamisessa ovat tärkeitä, ja mihin haluttaisiin kuntien päättäjiltä kantaa. Tätä olemme kokeilleet, mutta harjoitusta tarvitaan edelleen.

Myös kuntien tapa valmistautua näihin tapaamisiin vaihtelee. Varmaan tapaamisista saataisiin entistä parempia tuloksia, jos kunnissa mietittäisiin kunnan tarpeet sotelta ja ennen kaikkea haettaisiin niitä alueita, joissa voitaisiin toimia yhdessä toisiaan vahvistaen esimerkiksi työllisyyden parantamiseksi, työttömyyden haittojen vähentämiseksi ja ennaltaehkäisevän toiminnan lisäämiseksi. Toivon, että kunnat myös kutsuisivat mahdollisimman laajasti sekä viranhaltijoita että päättäjiä näihin tapaamisiin. Niissä olisi mahdollisuus päättäjillä tutustua soten toimintaan. Tosiasiahan on, että nyt – yli 12 vuoden jälkeen – osa kuntien päättäjistä on vieraantunut sosiaali- ja terveydenhuollon asioista ja Kainuun sotesta. Silloin sote voidaan nähdä vain kustannuksia aiheuttavana organisaationa eikä tunneta sen tiukasti lakeihin perustuvaa tehtäväkenttää.

Kerran vuodessa käytävät rahoitusneuvottelut ovat eräänlainen näytelmä. Kuntien edustajat – yleensä puheenjohtajisto ja kunnanjohtajat – ja soten edustajat kokoontuvat päättämään sotelle annettavasta rahasta. Sote esittää virkamiesten tekemän laskelman, paljonko rahaa tarvitaan, että kaikki lakisääteiset velvoitteet voidaan hoitaa. Kokous päätyy pienempään summaan – se on ollut kaikkien tiedossa jo kuntajohtajien palaverin jälkeen. Soten hallitus kierrättää sitten budjettiesitystä useamman kerran tulosalueilla ennen sen esittämistä valtuustolle, joka lopulta tekee päätöksen. Alibudjetointia on yritetty välttää, ja joskus on sitten tehty miinusmerkkisiä budjetteja. Niitä on kiritty umpeen vuoden mittaan ja usein siinä onnistuttukin. Luottamushenkilöiden yhteinen toive ennaltaehkäisevään työhön panostamisesta ja sitä kautta säästöjen hakemisen suunnasta on kuitenkin saanut väistyä turhan usein rahakonsultin määrättyä suunnan. Lastensuojeluun olemme niukkuudesta huolimatta pyrkineet rahaa osoittamaan.

Kuntakierrosten ohella toinen paikka, missä kohtaamme suoraan asiakkaitamme ja heidän edustajiaan, on kaksi kertaa vuodessa järjestettävä järjestöjen ja yhdistysten tapaaminen. Se on tarkoitettu muun muassa sosiaali- ja terveydenalan yhdistyksille ja vanhusneuvostoille. Tilaisuuksissa osanottajia informoidaan soten ajankohtaisista asioista, vastataan kysymyksiin ja otetaan vastaan kehittämisehdotuksia. Olen osallistunut lähes kaikkiin tapaamisiin viime aikoina ja tavallaan ihmetellytkin sitä, miten vähän kritiikkiä näissä tilaisuuksissa tulee. Tilanne on siltä osin muuttunut alkuvuosiin verrattuna.

Näiden tilaisuuksien saaminen entistä keskustelevimmiksi on pohdinnan paikka myös sotessa. Tilaisuuksissa on kuitenkin oman arkensa asiantuntijoita, joilta on hyvä saada kaikki mahdollinen tieto käyttöön palveluiden kehittämiseksi. Osallistumisen kehittäminen ja kansalaisten saaminen mukaan palvelujen kehittämiseen onkin jatkuva haaste. Järjestöjen näkeminen entistä vahvemmin kumppaneina sekä ennaltaehkäisevässä työssä että vertaistukena

ja yhteisöllisyyden vahvistajana on todella tärkeää. Kahvipöytäpurnausten muuttaminen rakentaviksi ehdotuksiksi vaatii kuitenkin työtä niin sotelta kuin eri yhteistyökumppaneilta unohtamatta puolueitakaan.

Kainuun soten luottamushenkilöillä on paljon tietoa, taitoja ja elämänkokemusta. Kannattaa tarkkaan miettiä, miten tätä kaikkea pystytään paremmin hyödyntämään myös soten kannalta. Olisi hyvä, jos luottamushenkilöedustus olisi jo asioiden valmisteluvaiheessa mukana esimerkiksi johtoryhmässä. Nyt asiat tulevat esityslistalla valmiin päätösesityksen kanssa, ja kantaa on otettava nopeassa tahdissa. Jonkin verran asiaa ovat parantaneet hallituksen ja hallituksen ja valtuuston talousseminaarit pari kertaa vuodessa. Niiden ongelma on kuitenkin käsiteltävien asioiden paljous, ja pohtivalle keskustelulle jää liian vähän aikaa.

Sotessa tehdään niin isoja ihmisten elämään vaikuttavia päätöksiä, että jo niiden valmistelussa pitäisi luottamushenkilöiden olla mukana. Luottamushenkilöt tuovat asioiden valmisteluun kansalaisten näkökulman ja kantavat kuitenkin viime kädessä vastuun päätöksistä. Luottamushenkilöt katsovat myös helpommin asioita kansalaisten näkökulmasta vailla oman organisaation sidonnaisuuksia. Tämä on tärkeää varsinkin nyt, kun toimintatapoja kehitetään uuden sairaalan konseptin mukaisesti.

Yhtenä epävirallisena mittarina asioiden hyvästä tai huonosta hoidosta, palvelujen laadusta ja saatavuudesta voi pitää myös sitä suoraa palautetta, mikä luottamushenkilöille tulee. Ja sitä toki tulee edelleen niin puhelimessa, sähköpostilla kuin kaupungilla kulkiessa. Paljon on sen palautteen kohdalla tapahtunut vuosien myötä. Palaute on mielestäni nykyään konkreettisempaa, selkeästi johonkin asiapuutteeseen ja palveluun kohdistuvaa kritiikkiä. Alkuaikoina se oli yleistä kuntayhtymään kohdistuvaa kritiikkiä ja epäluuloa. Sitä paitsi palautetta tulee nyt myös hyvin toimivista palveluista ja asioiden sujumisesta.

Kansalaisten kiitokset kertovat siitä, että Kainuussa on onnistuttu ainutlaatuisen soten rakentamisessa. Tästä on hyvä jatkaa kainutlaatuiseen maakuntauudistukseen.

LÄHTEET

Kirjallisuusluettelossa on kooste kirjoittajia inspiroineesta ja kirjoittajien käyttämästä kirjallisuudesta. Erillisissä artikkeleissa voi olla myös oma lähdeluettelo, joka sisältää laajemmin muun muassa lehtiartikkelit ja verkkojulkaisut.

Kainuun hallintokokeilun raportointi:

Airaksinen J, Jäntti A, Haveri A. Siniset ajatukset – sanoista tekoihin. Kainuun hallintokokeilun arviointi. Ensimmäinen väliraportti. Sisäasianministeriön julkaisuja 37/2005.

Airaksinen J, Haveri A, Pyykkönen H, ym. Sinisistä ajatuksista moniin totuuksiin. Kainuun hallintokokeilun arviointi. Toinen väliraportti. Valtiovarainministeriön julkaisuja 41/2008.

Jäntti A, Airaksinen J, Haveri A. Siniset ajatukset – vapaasta pudotuksesta hallittuun sopeuttamiseen. Kainuun hallintokokeilun vaikutukset. Valtiovarainministeriön julkaisuja 20/2010.

Kainuun hallintokokeilun seurantasihteeristö. Kainuun hallintokokeilun päättyminen – seurantasihteeristön loppuraportti. Valtiovarainministeriön julkaisuja 5/2013.

Muu kirjallisuus:

Aula P, Mantere S. Hyvä yritys: strateginen maineenhallinta. WSOY, Helsinki 2005.

ETENE. Sosiaali- ja terveysalan eettinen perusta. ETENE-julkaisuja 32, 2011.
Hannikainen-Ingman K. Sitkeästi terveyseroja vastaan. Arviointi sosioekonomisten terveyserojen kaventamiseen tähtäävästä työstä Kainuussa 2000 -luvun ensimmäisellä vuosikymmenellä. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Helsinki 2010.

Hartikainen T, Lehtonen S, Mehtonen M, ym. Ympäristöterveydenhuollon kustannukset ja maksullisuus. Katsaus 2011-2012, verkkojulkaisu, Suomen kuntaliitto 2012.

Heikkinen R. Sairaalalaitoksen vaiheita Kainuussa. Kajaanin leprasairaalasta Kainuun sairaanhoito- ja erityishuoltopiirin kuntayhtymään. Otavan Kirjapaino Oy, 2000.

Hiilamo H. Hyvinvoinnin vakuutusyhtiö: Mistä SOTE-uudistuksessa on kysymys?. Helsinki: Into, 2015.

Hiltunen R, Mikkola H. Yksityinen sektori muuttuu täydentävästä palvelusta rinnakkaiseksi; sote -uudistuksen valinnanvapausmalli muuttaa yksityissektorin roolia olennaisesti. Kirjassa: Sosiaalivakuutus 30–31, 2/2016.

Jarva M. Kainuun maakuntahallintokokeilu paikallisten poliittisten päättäjien näkökulmasta. Pro gradu tutkimus. Vaasan yliopisto, Tritonia, 2008.

Junnila M, Hietapakka L, Whellams A (toim.) Tuoko palveluseteli valinnanvapautta? Kunnallisalan kehittämissäätiö, Tutkimusjulkaisu-sarjan julkaisu nro 68, Vammalan Kirjapaino Oy 2012.

Junnila M, Lehtonen U. Valinnanvapauden edistäminen Kainuun sosiaali- ja terveyspalveluissa. Aktiiviasiakkuusmalln prosessiarviointi. Työpaperi 22/2013. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Helsinki 2013.

Junnila M, Hietapakka L, Whellams A. Hallintoalamaisesta aktiiviseksi valitsijaksi, valinnanvapauden muotoutuminen sote-palveluissa. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Raportti 11/2016.

Jäntti A. Kainuun hallintokokeilu hallinnonuudistuksena: maakuntavaalit ja maakuntavaltuutettujen näkökulma. Pro gradu -tutkimus, Tampere University Press, 2005.

Jäntti A. Kunta, muutos ja kuntamuutos. Väitöskirja (monografia), Tampere University Press, 2016.

Kaikkonen R, Kostiainen E, Linnanmäki E, ym (toim.). Sosioekonomiset terveyserot ja niiden kaventaminen Kainuussa. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B 27, 2008.

Kainuun Sanomat. Maakuntahallintotutkimukset; Tietoykkönen, 2007, 2008, 2010.

Kainuun Uusi sairaala -konseptisuunnitelma. Kainuun sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymä. 2013.

Karppinen H, Komulainen H, Kousa A, ym. Haitalliset alkuaineet Kainuun kaivovesissä –hankkeen loppuraportti, Kainuun maakunta -kuntayhtymä, Raportti D 54, 2012.

Keinänen J, Forss P. Kunnallinen ympäristöterveydenhuolto, Ympäristö ja Terveys-lehti, 2010.

Kokko R-L, Nenonen T, Martelin T, ym (toim.). Työllisyys, terveys ja hyvinvointi – Paltamon työllistämismallin vaikutusten arviointitutkimus 2009–2013. Hankkeen loppuraportti. Suomen Yliopistopaino Oy, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, raportti 18/2013.

Komulainen N ja Vääräniemi T. Asiakkaan ja kodin kytkeminen sosiaali- ja terveydenhuollon saumattomaan hoito- ja palveluketjuun (KYTKE). Kainuun osahankeen loppuraportti. Kainuun maakunta –kuntayhtymä. Raportti B 29. 2012.

Korhonen P, Venäläinen E-R, Eriksson-Kallio AM. Talvivaaran nikkelikaivoksen jätevesipäästöjen vaikutukset kaloihin. Loppuraportti, Luonnonvarakeskus, Luonnonvara- ja biotalouden tutkimus, 19/2016.

Korhonen P, Venäläinen E-R, Eriksson-Kallio AM. Talvivaaran nikkelikaivoksen jätevesipäästöjen vaikutukset kaloihin. Loppuraportti, Luonnonvarakeskus, Luonnonvara- ja biotalouden tutkimus, 19/2016.

Laherma E, Rahkonen O, Koskinen S, ym. Sosioekonomisten terveyserojen syyt ja selitysmallit. Teoksessa: Palosuo H, Koskinen S, Laherma E, ym (toim). Terveyden eriarvoisuus Suomessa. Sosioekonomisten terveyserojen muutokset 1980–2005. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 23, Helsinki 2007.
Laine J, Turvallinen talousvesi – tärkeä asia, mutta ei itsestään selvyys. Suomen sairaalahygienialehti 32, 254 – 255, 2014.

Leemann L, Hämäläinen M. Asiakasosallisuus, sosiaalinen osallisuus ja matalan kynnyksen palvelut. Yhteiskuntapolitiikka 81, 586–594, 2016.

Lindström B, Eriksson M. Salutogeneesin teoria nostaa hyvän elämän voimavarat esiin. Suomen Lääkärilehti 517–519, 2008.

Lith P. Palveluasumisen markkinat Suomessa 2010-luvun vaihteessa. Tilastollinen selvitys toimialan palvelukysynnästä, palveluntuottajista ja yritystoiminnan kehityksestä. Työ- ja elinkeinoministeriö raportteja 24/2012.

Muranen A. ym. Rautaisia ammattilaisia perusterveydenhuoltoon (RAMPE). Kainuun osahankkeen loppuraportti. Kainuun maakunta –kuntayhtymä. Raportti B:30. 2012.

Möttönen S, Kettunen P. Sosiaalipalvelut kuntien hallinto- ja palvelurakenteiden murroksessa. Teoksessa: Haverinen R, Kuronen M, Pösö T (toim.) Sosiaalihuollon tila ja tulevaisuus. Vastapaino, Tampere 2014.

Niiranen V. Kilpailuttaminen ei ole helppo ratkaisu. Sosiaali- ja terveysviesti, 10-11, 2002.

Palo J. Suomessa asuu kaksi kansaa; itäinen ja läntinen. Tiede 4/2015.

Palosuo H, Koskinen S, Laherma E, ym (toim). Terveyden eriarvoisuus Suomessa, sosioekonomisten terveyserojen muutokset 1980–2005. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 23, Helsinki 2007.

Pikkarainen S. Lapsiperheiden ja nuorten päihdepalvelujen kehittämislinjauksia. Tietoa päihteistä ja päihdepalvelujen tarpeesta. Kainuun sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymä, Kajaani 2013.

Rissanen S, Sinkkonen S. Hoivayrittäjyys, PS-kustannus 2004.

Rotko T, Palosuo H, Sihto M, ym. Paperitehtaan varjossa. Kajaanin paperitehtaan lakkauttamisen ja siihen liittyvien tukitoimien terveys- ja hyvinvointivaikutusten arviointi. Yliopistopaino, Helsinki, Raportti 27/2010.

Savola E, Koskinen-Ollonqvist P. 2005. Terveyden edistäminen esimerkein - Käsitteitä ja selityksiä. Terveyden edistämisen keskuksen julkaisuja -sarja 3/2005. Kirjassa: Pietilä A-M (toim.). Terveyden edistäminen teorioista toimintaan. WSOY pro 2010.

Savola E, Koskinen-Ollonqvist P. Kirjassa: Pietilä A-M (toim). Terveyden edistäminen tiedosta toimintaan. WSOY pro 2010.

Sinervo T, Tynkkynen L-K, Vehko T (toim). Mitä kuuluu perusterveydenhuolto? Valinnanvapaus ja integraatio palveluiden kehittämisen polttopisteessä. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Raportti 16/2016.

Suhonen M. Osallistujaohjaus ristipaineiden keskellä. Tapaustutkimus Kainuun maakuntakokeilun sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämishankkeen suunnitteluvaiheesta vuosina 2003 – 2004. Väitöskirja. Acta Universitas Ouluensis D Medica 924, 2007.

Tolonen E. ”Kaiken maailman vieraita täällä” - Valvonta yksityisissä vanhusten asumispalveluissa. Kuopion yliopisto, Sosiaali- ja terveysjohtamisen laitos, PD/STJ 7, 2007.

Törmä S. Sopimaton hoitojärjestelmälle. Teoksessa: Hänninen S, Karjalainen J, Lehtelä K-M (toim). Pääsy kielletty! Poiskäännyttämisen politiikka ja sosiaaliturva. STAKES, Helsinki, 2007.

Virrankoski P. Suomen historia, maa ja kansa kautta aikojen. SKS, Karisto 2012.
Whellams A. Exploring the issues that facilitate patient choice: a study of introducing an increased choice police into the Finnish public, 2016.

Virtanen, P. & Wennberg, M. 2005. Prosessijohtaminen julkishallinnossa. Helsinki: Edita Prima Oy, 2005.

Kunnallisalan kehittämissäätiön Julkaisu-sarjassa ovat ilmestyneet

1 Sami Borg ja Sari Pikkala
KUNTAVAALITRENDIT (2017)

2 Toim. Soile Pohjonen & Marika Noso
KANSALAINEN KESKIÖÖN! NÄKÖKULMIA SOTE-UUDISTUKSEEN (2017)

3 Markku Lehto
MIKSI HANKE EI ONNISTUNUT – VAI ONNISTUIKO SE? (2017)

4 Tapio Häyhtiö
OSALLISUUTTA SOTE-PALVELUIHIN PALVELUMUOTOILEIMALLA? (2017)

5 Veera Värtinen
TUTKIJAT JA SOSIAALISEN MEDIAN KÄYTTÖ (2017)

6 Esko Hussi, Esa Mäkiniemi ja Erkki Vauramo
IKÄÄNTYVÄ VÄESTÖ JA TOIMINTAKYVYN YLLÄPITO (2017)

7 Matti Wiberg (toim.)
FAKTAT JA POLITIIKKA (2017)

8 Antti Mykkänen
VALTUUTETTUJEN ILMAPUNTARI 2017- KUNNAT, MAAKUNNAT JA YHTEISTYÖ (2017)

9 Sanna Laulainen, Helena Taskinen, Jere Rajaniemi, Erja Rappe, Päivi Topo ja Sari Rissanen
KUMPPANUUDELLA KUNTOON – KUNTIEN JA JÄRJESTÖJEN YHTEISTYÖ IÄKKÄIDEN TERVEYDEN EDISTÄMISESSÄ (2017)

10 Auli Valli-Lintu
SOTE- JA KUNTARAKENTEEN PITKÄ KUJANJUOKSU (2017)

11 Ahonen Esa, Ahopelto Maire, Heikkinen Matti, Huovinen-Tervo Marjo, Mäntymäki Eeva
NÄIN TEHDÄÄN SAUMATON SOTE -KAINUUN HILJAINEN TIETO 2003–2017 (2017)

JULKAISU

Ahonen Esa, Ahopelto Maire, Heikkinen Matti,
Huovinen-Tervo Marjo, Mäntymäki Eeva

NÄIN TEHDÄÄN SAUMATON SOTE – KAINUUN HILJAINEN TIETO 2003–2017

Kainuussa erikoissairaanhoito, perusterveydenhuolto, sosiaalitoimi ja ympäristöterveydenhuolto on yhdistetty samaan organisaatioon jo vuonna 2005. Sote-integraatio oli osa Kainuun maakuntahallintokokeilua (2005–2012), jonka päättymisen jälkeen Kainuun sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymä on kehittänyt sote-integraatiota edelleen.

Kolmentoista vuoden aikana kertyneet integraatiokokemukset on nyt koottu tähän julkaisuun, jotta sote-uudistusta rakentavat maakunnat voisivat hyötyä sekä Kainuun hyvistä että huonoista kokemuksista.

kaks.fi
KUNNALLISALAN KEHITTÄMISSÄÄTIÖ