



Pohjois-Savon sairaanhoitopiirin alueen kuntien terveydenhuollon järjestämissuunnitelma

Kuntien hyväksymiskäsittelyyn lähetetty versio

Pohjois-Savon sairaanhoitopiiri
Perusterveydenhuollon yksikkö
Marraskuu 2013



14.10.2013

4.1. Sosiaalipalvelut ja sote-integraatio	46
4.2. Järjestöt ja yksityinen sektori	47
5. Terveyden ja hyvinvoinnin edistäminen	47
6. Järjestämissuunnitelma tulevaisuuteen suuntautuvan kehittämisen suunnitelmana	50
6.1. Järjestämisen piiriin kuuluvista hallinnollisista sopimisista kohti kehittämistoimintaa.....	50
6.2. Yhdeksän yhteistä kehittämissuunnitelmaa.....	51
Luettelo järjestämissuunnitelman liitteistä.....	60
Viitteet	60
Lait ja asetukset.....	61

1. Johdanto

Terveydenhuollon järjestämissuunnitelma on asiakirja, joka on vuonna 2010 voimaan tulleen terveydenhuoltolain 34 §:n mukaan laadittava ja hyväksyttävä kunkin sairaanhoitopiirin kuntien päättävissä elimissä. Suunnitelmasta on lain mukaan neuvoteltava sairaanhoitopiirin kuntayhtymän kanssa.

Suunnitelman tulee lain mukaan perustua väestön terveysseurantatietoihin ja palvelutarpeeseen. Järjestämissuunnitelmasta on lain lisäksi annettu yksityiskohtaisia säädöksiä terveydenhuoltolain pohjalta annetussa valtioneuvoston asetuksessa (6.4.2011). Säädöksissä eritellään yli 20 asiaa tai asiakokonaisuutta, jotka suunnitelmassa tulee kattaa. Kuntaliitto on antanut kirjelmällään (Yleiskirje 21/80/2011) ohjeita suunnitelman luonteesta ja valmisteluprosessista.

Järjestämissuunnitelma on terveydenhuollon kentällä uudenlainen asiakirja, ja suunnitelman laadinta on prosessi, jollaista ei ole ollut aikaisemmin maassa kattavasti käytössä. On ilmeistä, että koko velvoite järjestämissuunnitelmasta tuli uuteen lakiin maan eräillä alueilla vastaavista yhteisesti laadituista asiakirjoista saatujen hyvien kokemusten vuoksi.

Koska on kyse uudenlaisesta asiakirjasta, on syytä asemoida asiakirjan luonne ja hallinnollis-juridinen asema oikein. Suunnitelman johtava ajatus on luettavissa sekä laista että asetuksesta. Kunnat ovat viime kädessä suunnitelman laatijoita. Suunnitelman valmistelussa käytetään hyväksi terveydenhuoltolain velvoitteella sairaanhoitopiireihin muodostettuja perusterveydenhuollon yksiköitä. Suunnitelmalta odotetaan, että siihen on kirjattu, mitä eri toimijoiden kesken on sovittu. Järjestämissuunnitelman alkuperäiset juuret ovat varmaankin siinä kunnallisen terveydenhuollon rakenteen kehitysvaiheessa, jossa oli 1990-luvun myötä syntynyt kymmeniä uusia yhden kunnan terveystalouksia. Nämä keskittyivät oman toimintansa ja oman kunnan edun tavoitteluun. Yhteisen alueellisen edun ja yhteistyön tuottamien rationalisointihyötyjen tavoittelu jäi tuolloin helposti syrjään. 2000-luvulla ryhdyttiin puhumaan perusterveydenhuollon järjestämisestä aikaisempaa suuremmille väestöpohjille. Samoihin aikoihin avattiin teitä maakunnallisille yhteisten palveluiden organisaatioiden syntymisille, esimerkiksi laboratoriopalveluiden yhdistyessä. Luotiin yhteistoiminnan erilaisia verkostoja ja nähtiin uudenlaisia tapoja yhdistää perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon palveluita yhteisten kattojen alle. PARAS-lainsäädäntönä tunnettu laki vuodelta 2006 vei kehitystä eteenpäin lainsäädännön keinoin.

Käynnissä oleva sote-uudistusprosessi tähtää entistä pitemmälle vietävään yhteistyöhön, jossa tavoitteena on toteuttaa horisontaalista palveluiden järjestämisen integraatiota terveystalouksien ja sosiaalipalveluiden välillä ja vertikaalista integraatiota perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välillä.

Järjestämissuunnitelma ja sitä koskevat säädökset ja ohjeet ovat peräisin sote-uudistuksen valmistelun viimeisimpiä vaiheita edeltävältä ajalta. Tästä aiheutuukin joukko yhteensovittamisen kysymyksiä ja ongelmia. Järjestämissuunnitelma perustuu ajatukseen, että itsenäisinä toimivat ja toimintaansa jatkavat kunnat ja terveystaloukset tähtäävät yhteisiin tavoitteisiin ja sopivat erilaisista yhteistyön ja palveluiden kokonaisuuksien tiivistämisen ja tehostamisen muodoista. Sote-uudistuksen tavoitteena on palveluiden järjestäminen nykyistä harvalukuisempien vastuuorganisaatioiden toimesta. Tällöin järjestämis-

suunnitelmassa sovittavista yhteistyön menettelyistä tai rakenteista – esimerkiksi perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välisestä työnjaosta ja hoitopoluista - tulisi sote-alueiden sisäisiä kysymyksiä tai jossakin määrin eri tasoilla toimivien sote-alueiden välisiä.

Vuonna 2013 valmistuvaa järjestämissuunnitelmaa ja keskeisiltä kohdiltaan vielä auki olevaa sote-uudistusta ei voida sulauttaa yhteen, koska tämä suunnitelma kattaa vasta sote-uudistuksen valmistelu- ja siirtymäajan. Suunnitelmaa ei voida myöskään rakentaa sote-uudistuksen myötä syntyvien järjestämisvastuun karttojen pohjalle, koska karttojen perusasiat ovat vielä avoimia. Suunnitelmassa otetaan kuitenkin huomioon, että suunta on kohti rakenteellisesti mittavaa kokonaisuudistusta. Joka tapauksessa siirrytään kohti aikaisempaa laajempia väestöpohjia sekä integraatiota sosiaali- ja terveystalouden ja perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välillä. Näitä periaatteita ei ole sote-uudistuksesta käydyssä keskustelussa missään vaiheessa eikä miltään taholta kyseenalaistettu.

Järjestämissuunnitelman valmisteluprosessin aikana on kuitenkin käynyt selville, että kunnat haluavat nyt pidättäytyä sellaisista rakenteiden tai toimintojen muutoksista, joiden järjestelyjen katsotaan riippuvan sote-uudistuksen ratkaisusta. Tästä syystä suunnitelmassa ei nyt yritetä synnyttää sellaisia ratkaisuja tai rakennemuutoksia, joiden toteuttamista varten pitäisi tietää järjestämisvastuun toteutumisen tapa ja muodot maakunnassa, vaikka järjestämissuunnitelmasta annettu asetus edellyttää tuollaisistakin asioista sopimisen tulosten kirjaamista suunnitelmaan. Samasta syystä valmisteluprosessin aikana ei ole yritetty synnyttää sopimuksia tai kompromisseja poliittisesti tai alueellisesti vaikeista kysymyksistä, vaikka suunnitelman ja sen laatimisen prosessin onkin odotettu sovittavan eri näkemyksiä ja intressejä yhteen.

Suunnitelmassa kuvataan nyt sekä olemassa olevat käytännöt ja toteutuneet tai jo tehdyillä päätöksillä toteutumassa olevat ratkaisut. Koska yksityiskohdista on vaikea sopia, suunnitelmassa määritellään yhteisiä toiminnan ja rakenteiden kehittämisen suuntaviivoja ja linjoja. Kehittämislinoissa keskeisiä periaatteita ovat integraatio sosiaali- ja terveystalouden sekä perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välillä. Hyväksyessään nämä suuntaviivat ja kehittämislinjat kunnat antavat tukensa valmistelu- ja kehittämistyön jatkamiselle sitoutumatta etukäteen yksityiskohtaisiin ratkaisuihin tai muutoksiin. Suunnitelma antaa näin valtakirjan eri toimijoille valmistelun, taustaselvitysten ja erilaisten vaihtoehtojen toteutusten hakemiselle.

Järjestämissuunnitelmasta esitetään tässä asiakirjassa tiivis selostava ja rakenteet ja toiminnot kuvaileva ja kehityssuunnat ja mahdolliset kehittämisen sitoumukset sisältävä ydinteksti. Tämän lisäksi suunnitelmaan liitetään erillistarkasteluina tai perustelumuistioina joukko liitteitä, jotka sairaanhoitopiirin perusterveydenhuollon yksikön asiantuntijat ovat laatineet. Näissä liitteissä viitataan myös valtakunnallisiin kehittämishankkeisiin, jotka soveltuvat Pohjois-Savossakin huomioon otettaviksi tai kehittämistyön pohjiksi. Liitteissä esitetään myös erilaisia keskeisimpiä tilastotietoja väestöstä, palveluiden tarpeen perusteista, palveluiden käytöstä ja kustannuksista.

Järjestämissuunnitelman valmistelun kanssa samanaikaisesti Pohjois-Savon sairaanhoitopiirissä on ryhdytty vuoden 2013 aikana toteuttamaan aktiivisesti neljän vuoden kehittämishankkeeksi tarkoitettua tuottavuusohjelmaa. Ohjelman tavoitteena on toteuttaa sekä sairaanhoitopiirin palveluissa että koko

alueen terveydenhuollon toiminnassa ja hoitoketjuissa sellaisia toiminnallisia ja rakenteellisia muutoksia, jotka parantavat erikoissairaanhoidon tuottavuutta ja joiden avulla voidaan pitää erikoissairaanhoidon kustannusten kasvu hallinnassa. Koska tuottavuusohjelma tarkastelee toiminnan ohjausta ja kustannuskehityksen säätelyä erityisesti hoitoketjujen sekä perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välisen työnjaon kautta, tätä suunnitelmaa varten ei ole ryhdytty tuottamaan tuottavuusohjelmasta erillisiä hoitoketjuja koskevia suunnitelmia tai suosituksia. Tuottavuusohjelman myötä odotetaan syntyvän linjauksia hoitoketjuihin useilla alueilla. Näihin voidaan palata myöhemmin perusterveydenhuollon yksikön työssä ja järjestämissuunnitelman seuraaviin päivitettäviin versioihin voidaan saada hoitoketjuista tärkeitä aineksia.

2. Terveysthuolto Pohjois-Savossa

2.1. Yleiskuva

Pohjois-Savon sairaanhoitopiirin alueella on vuonna 2013 yhteensä 20 kuntaa ja 7 terveyskeskusta. Kaikki kunnat ovat erikoissairaanhoidon mukaisesti Pohjois-Savon sairaanhoitopiirin kuntayhtymän jäseniä. Terveyskeskuksista yhden kunnan yksinään yllä pitämiä on kaksi, Lapinlahti ja Siilinjärvi. Sairaanhoitopiirin kuntayhtymä toimii järjestäjänä Kysteri-liikelaitoksen kautta palvelut järjestävälle 8 kunnalle. Muita kuntayhtymiä ovat Ylä-Savon sote-kuntayhtymä, johon kuuluu 4 kuntaa ja Sisä-Savon terveyskeskuskuntayhtymä, johon kuuluu kaksi kuntaa. Kuopion ja Varkauden kaupungit toimivat vastuukuntaperiaatteella toimivien yhteistoiminta-alueiden vastuukuntina. Kuopion kumppaneita ovat Maaninka ja Tuusniemi. Varkauden kanssa yhteistoiminta-alueen muodostaa Etelä-Savon shp:n alueelta Joroinen.

Palvelujärjestelmän karttaa on muotoiltu varsin perusteellisesti uusiksi PARAS-puitelain säädösten pohjalta. Lain tavoitteiden mukaisesti on syntynyt sekä kuntaliitoksia että yhteistoiminta-alueita. Erikoissairaanhoidosta vastaa pääasiassa Pohjois-Savon sairaanhoitopiiri. Sen lisäksi Ylä-Savon sote-kuntayhtymällä on Iisalmen sairaalassa, Kuopion kaupungilla Harjulan sairaalassa sekä Varkauden kaupungilla Varkauden sairaalassa ja näiden sairaaloiden avohoidossa erikoissairaanhoidon palveluita laajuudeltaan erilaisina kokoonpanoina. Mielenterveyden erikoissairaanhoidon tasoiseksi luettavia palveluita on tarjolla useissa terveyskeskuksissa seurauksena 1990-luvulla toteutetuista toimintayksiköiden siirroista.

Alueen väestöpohja on yhteensä noin 250 000 asukasta. Kunnat ovat ikä- ja väestörakenteiltaan erityyppisiä. Elinkeinorakenteiden muutos ja muuttoliike valikoivine vaikutuksineen on johtanut siihen, että valtaosa alueen maaseutumaisista kunnista on ikärakenteeltaan maan keskimääräistä tasoa iäkäämpää. Ikärakenteesta riippumatta monien kansansairauksien esiintyvyys on alueella niin ikään keskimääräistä runsaampaa. Erityisesti tämä koskee pitkäaikaisia ja vakavia mielenterveyden häiriöitä. Osana itä-suomalaista perintöä väestön sydän- ja verenkiertoelinsairastavuus on muuta maata korkeammalla tasolla. Raskas sairastavuuden kuorma on syntynyt sekä muuttoliikkeen valikoivan vaikutuksen että alueella edelleen jatkuvat muuta maata korkeamman sairastumisen todennäköisyyden yhteisenä tuloksena.

2.2. Terveyspalveluiden kartta Pohjois-Savossa

Pohjois-Savon alueella on kunnallisesti järjestetyissä terveyspalveluissa kolme rakenteellisesti erilaista ratkaisua. Erot näiden ratkaisujen välillä rakentuvat erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon välisen suhteen järjestelyistä.

- 1) Alueen 20 kunnasta 12:lla on joko oma tai yhteistoiminta-alueen kautta hallinnoitava oma terveyskeskus. Erikoissairaanhoidon palvelut saadaan näihin kuntiin KYS:lta lukuun ottamatta terveyskeskusten organisoimia yksittäisiä ostopalvelujärjestelyjä.
- 2) Viisi kuntaa kuuluu yhteistoiminta-alueisiin, joilla on palveluvarustuksessaan aikaisemmin aluesairaalana toiminut erikoissairaanhoidon sairaala. Nämä sairaalat tarjoavat niiden palveluvalikoimaan muotoutuneita ”peruserikoissairaanhoidon” palveluita, joissa pääpaino on polikliinisisissa palveluissa.
- 3) Kuopion kaupungilla ja sen kanssa yhteisen yhteistoiminta-alueen kautta perusterveydenhuoltonsa järjestävillä kahdella kunnalla on käytettävissään Kuopion kaupungin oman erikoissairaanhoidon ja Harjulan sairaalan palvelut.

Palveluiden kartat vaihtelevat eri palvelumuotojen välillä, esimerkiksi päivystyspalveluissa, kuntoutuksen ja mielenterveyspalveluiden aloilla.

Kuntien välillä on myös eroja sosiaali- ja terveydenhuollon hallinnon järjestämisessä. 20 kunnasta 10:llä on sote-lautakuntahallinto yhdistetty joko omassa kunnassa tai yhteistoiminta-alueen hallinnossa. Sairaanhoidopiirin Kysteri-liikelaitoksen kautta palvelut järjestävissä kahdeksassa kunnassa PARAS-lainsäädännön edellyttämä sosiaali- ja terveyspalveluiden hallinnon yhdistäminen on valmisteilla. Sama valmistelu etenee Sisä-Savon terveydenhuollon kuntayhtymän alueella.

2.2.1. Kuopion yliopistollinen sairaala, KYS

Kuopion yliopistollinen sairaala, KYS, on yksi maan viidestä yliopistollisesta sairaalasta. KYSin ympärille muodostuu oma erä-alue, johon kuuluu Pohjois-Savon sairaanhoitopiirin lisäksi neljä muuta sairaanhoitopiiriä.

KYSilla on sairaalatoimintaa neljässä toimipaikassa sekä mielenterveyden avohoidon palveluja Puijon sairaalan lisäksi mm. Kuopion psykiatrian keskuksessa ja Siilinjärvellä. KYSin palveluista suurimman osan tuottaa Puijon sairaala. Puijon sairaalaan rakennetaan parhaillaan kahta uudisrakennusta, joiden avulla varaudutaan tulevaisuuden tarpeisiin ja uudistetaan samalla jo vanhoiksi käyneitä rakenteellisia ja toiminnallisia ratkaisuja.

KYSin kliinisessä toiminnassa lähes kaikki lääketieteen erikoisalajat ovat edustettuina. Sairaala toimii erikoissairaanhoidon yleissairaalana sairaanhoitopiirin oman alueen väestölle ja erityistason sairaalana erä-alueelle. Opetussairaalana KYS tekee läheistä yhteistyötä Itä-Suomen yliopiston kanssa. KYSissa on 4300 työntekijää.

KYSin yhteydessä on jo useiden vuosien ajan toiminut Kuopion sekä eräiden naapurikuntien kanssa yhteinen yhteispäivystys. Vuoden 2013 aikana tätä päivystystoimintaa tukemaan on perustettu erityinen päivystyksen tukiosasto, jonka tavoitteena on toimia uudella tavalla perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välimaastossa. Muita KYSin ja terveyskeskusten kanssa yhteisiä palvelumuotoja ovat mm. laboratoriotutkimuksista vastaava yhteinen liikelaitos, ISLAB, monelle terveyskeskukselle ja sosiaalihuollon palveluyksikölle palveluja tarjoava sairaala-apteekki sekä monet muut yhteiset tukipalvelut. Ensihoito on siirtynyt vuoden 2012 alusta sairaanhoitopiirin vastuulle ja toimii alueellisesti hajautettuna, mutta yhden toiminnallisen johdon alaisena.

2.2.2. Iisalmen ja Varkauden sairaalat

Sekä Iisalmen että Varkauden sairaala ovat taustaltaan aluesairaaloita, jotka erikoissairaanhoidolaki liitti aikanaan sairaanhoitopiiriin alaisiksi. Kun aluesairaaloiden tehtävänkuvia selvitettiin 2000-luvun alun kansallisen terveydenhuoltoprojektin suositusten mukaisesti, näille sairaaloille tarjottiin vaihtoehtoiksi siirtyä KYSin eri osastoryhmien hajasijoitetuiksi yksiköiksi tai hakeutua paikalliseen kuntien ja/tai terveyskeskusten omistukseen ja hallintaan. Iisalmeen luotiin neljän kunnan ylläpitämä yhteistyön kuntayhtymä, jonka kanssa samalle kuntapohjalle syntyi PARAS-puitelain vaatimusten mukainen Ylä-Savon sote-kuntayhtymä. Iisalmen sairaalasta tuli tämän kuntayhtymän sairaala. Varkauden sairaalan ylläpitäjäksi ei saatu rakennetuksi Varkauden kaupunkia laajempaa kuntaomistus pohjaa, joten sairaalasta tuli kaupungin terveystalouden osa.

Iisalmen sairaalassa on tarjolla sekä poliklinikka- että vuodeosastopalveluja seuraavilla erikoisaloilla: sisätaudit, kirurgia, naistentaudit, korva-, nenä- ja kurkkutaudit ja psykiatria. Sairaalassa on myös 10 hoitopaikan dialyysiosasto. Polikliinisia palveluja on näiden lisäksi neurologian, silmätautien, lastentautien, ihotautien ja munuaissairauksien aloilla.

Varkauden sairaalassa on siirretty leikkaustoiminta kaikilla erikoisaloilla KYSin toiminnaksi. Leikkaustoiminta on pääosin luonteeltaan päiväkirurgista, mutta potilaat voivat tarvittaessa jäädä sairaalaan vuodeosastohoitoon. Sairaalan vuodeosastojen perustehtäviä ja osastojen kapasiteettia ollaan juuri järjestelemässä uusiksi tulevaisuuden tarpeita varten. Erikoissairaanhoidon poliklinikkapalveluja sairaalassa on sisätautien, kirurgian, urologian, neurologian, keuhkosairauksien, naistentautien, lastentautien, silmätautien, korva-, nenä- ja kurkkutautien ja psykiatrian aloilla sekä äitiyspoliklinikka.

Kummastakin edellä kuvatusta sairaalasta synnytystoiminta on siirtynyt 2000-luvun alussa KYSiin. Näiden sairaaloiden kunnallisessa hallinnassa toimimisen alkuvuodet olivat epävarmuuden ja suunnan hakemisen aikaa. Myöhemmin työnjako- ja yhteistyösuhteet sekä KYSin erikoissairaanhoidon että oman alueen perusterveydenhuoltoon ovat kehittyneet suotuisasti. KYSin kanssa tehdään yhteistyötä erityisten kumppanuusvirkojen muodossa. Nämä takaavat erikoisalakohosta asiantuntemusta paikallisten sairaaloiden palvelutarjontaan. Kummankin sairaalan panosta pidetään kokonaisuuden kannalta tärkeänä. Jos näiden kahden sairaalan palveluja ei olisi tarjolla, KYSin palveluiden tarjontaa ja tiloja pitäisi mitoittaa uudelleen. Kumpikin sairaala toteuttaa omalla työllään ns. peruserikoissairaanhoidon, joka on kummankin sairaalan palveluissa vahvasti polikliinista ja tukee merkittävästi paikkakuntiansa terveyskeskusten työtä.

2.2.3. Kuopion erikoissairaanhoidon palvelut ja Harjulan sairaala

Harjulan sairaala jatkaa sisätautisairaalan nimellä aikanaan tunnetun kaupunginsairaalan perinnettä ja toimintaa. Sisätautisairaala toimi Kuopion keskustassa nykyisin Valkeisen sairaalan nimellä tunnetussa rakennuksessa. Vuonna 1992 Harjulan vanhainkodin yhteyteen rakennettiin uusi akuuttisairaala Lehtola, jossa toimii myös ajanvarauspoliklinikka. Kaupungin terveystieteiden keskus toimii Harjulan poliklinikkatiloissa ennen siirtymistään osaksi nykyistä KYSin yhteispäivystystä.

Harjulan sairaalan Lehtola-rakennuksessa toimii neljä akuutti- ja lyhytaikaishoidon sekä kuntoutuksen osastoa. Näillä hoidetaan yleislääketieteen, sisätautien, neurologian ja geriatrian erikoisalojen potilaita sekä KYS:ssä leikkaushoitoa saavia potilaita sekä ennen että jälkeen leikkausten. Akuuttiosastoista kaksi ottaa vastaan potilaansa pääasiassa KYSin päivystyksestä tai sen yhteydessä toimivalta tarkkailu- tai tukiosastolta. Neurologisella osastolla pääpaino on neurologian tai neurokirurgian alan kuntoutustehtävillä ja pitkäaikaisia neurologisia sairauksia sairastavien hoidossa. Harjulan pihapiirissä sijaitsevista Vanha Kivelä ja Uusi Kivelä -nimisistä rakennuksista Uusi Kivelä on sairaalakäytössä. Rakennuksessa on saattohoidon tukiyksikkö, jonka hoidolla tuetaan kotihoidossa toteutuvaa saattohoitoa, sekä yksikkö hoidollisesti haasteellisille dementiapotilaille ja pitkäaikaishoivan paikkoja.

Harjulan poliklinikalla tarjotaan erikoisalakohtaisia avovastaanoton palveluja diabeteksen, muistisairauksien, lastentautien, reumasairauksien, gastroenterologian ja yleissisätautien aloilla. Poliklinikalle tehdään vuodessa noin 11 000 lääkärikäyntiä ja lähes saman verran hoitajien vastaanotoilla käyntejä. Poliklinikka on edustamallaan aloilla keskeisin konsultaatio- ja tutkimuspaikka Kuopion terveystieteiden keskuksen lääkäreiden läheteillä tuleville potilaille. Poliklinikan toiminnan ja KYSin vastaavien poliklinikkoiden kesken on sovittu työnjaosta.

Harjulan poliklinikka vastaa toimintaprofiililtaan sitä, mihin maan terveystieteiden palveluita koskeneessa viime aikojen keskustelussa on viitattu käsitteellä ”peruserikoissairaanhoido”. Tässä suhteessa toiminta on periaatteessa samanlaista kuin Iisalmen tai Varkauden sairaaloiden polikliinisisissä palveluissa. Sen sijaan Harjulan osastot eivät toimi em. sairaaloiden akuuttiosastojen tapaan päivystävinä akuuttiosastoina, vaikka näille osastoille otetaankin paljon potilaita varsin pian päivystykseen tai KYSiin tulon jälkeen.

2.2.4. Terveystieteiden keskuksen palvelut

Pohjois-Savon terveystieteiden keskuksen kartta on kehityshistorialtaan ja nykyiseltä rakenteeltaan maan maakuntien terveystieteiden joukossa tavanomainen. Joukossa on ollut ja on edelleenkin yhteistoiminta-alueiden ja yksittäisten kuntien terveystieteiden keskuksia. Alueella erityisenä tukena on ollut 1970-luvulta lähtien lääketieteen peruskoulutus Kuopiossa. Valitettavasti aluetta hyvin aikanaan tukenut hammaslääkärikoulutus ehätettiin välillä lakkauttamaan, mutta koulutus on nyt käynnistetty uudelleen.

Terveystieteiden keskuksen palvelut ovat olleet viime vuosiin asti strategioiltaan itsenäiseen omavaraiseen toimintaan pyrkiviä. Tämän vuoksi erityistä hakeutumista erikoissairaanhoidon kanssa yhteisiin rakenteisiin tai palveluihin ei ole ollut ennen 2000-luvun uusia rakennekehityksiä. Alueen terveystieteiden keskuksille on ollut leimallista vankka kunnallisen sairaalahoidon tausta. Vielä kansanterveyslain aikana kahdessa terveystieteiden keskuksessa oli merkittävää elektivistä leikkaustoimintaa. Terveystieteiden keskuksen sairaaloiden kapasiteetti

on ollut muuta maata korkeampi. Saman perinteen tuloksena alueella on edelleenkin erikoissairaanhoidon yhteydessä olevien kolmen päivystysyksikön lisäksi neljässä paikassa ympärivuorokautinen terveyskeskuspäivystys terveyskeskustiloissa.

PARAS-laki on väestöpohjavaatimuksillaan vaikuttanut terveyskeskusten toimintaan järjestämisen kartan muutoksia syvemmin. Itse asiassa PARAS-muutokset ovat koskeneet tavalla tai toisella jokaista Pohjois-Savon kuntaa, jos Lapinlahden ja Varpaisjärven kuntaliitos lasketaan mukaan. Merkillepantavaa on, että Siilisetin kuntayhteistyön kariutumista lukuun ottamatta muissa yhteistyön rakenteiden synnyttämisessä mukana olleet kunnat näyttävät olevan syntyneisiin rakenteisiin ja toimintoihin pääosin tyytyväisiä, vaikka erilaisista toiminnan vaikeuksista ei ole päästykään eroon. Kuvaavaa muutosten arvioinnille oli yhdessä uuden yhteistoiminta-alueen piiriin tullessa kunnassa pitkään työskennelleen terveyskeskuslääkärin arvio yhteistyön hedelmistä. Hänen mukaansa kaikki yhteistyön avulla tavoitellut asiat olivat edenneet myönteisesti lukuun ottamatta lupauksia lääkäreiden rekrytoimisessa aikaisempaa paremmin menestymistä.

Lääkäri- ja hammaslääkäri työvoiman rekrytoinnin ja työssä pysyttämisen vaikeudet ovat haitanneet myös Pohjois-Savon perusterveydenhuollon toimintaa. Terveyskeskusten välillä on ollut tässä suhteessa eroja. Viime aikoina Varkauden ja Ylä-Savon soten alueen terveyskeskuksissa on jouduttu turvautumaan päiväaikaisen toiminnan ulkoistuksiin, joskin Varkaus on palauttanut vuoden 2013 aikana ulkoistetut yksiköt kunnallisessa työsuhteessa tapahtuvaksi työksi. Kuopion kaupunki on viime vuosiin asti säästynyt lääkäri työvoimaongelmilta, mutta näitä ongelmia on nyt alkanut esiintyä, vaikka työvoiman tarjonta on koulutettavien määrien kasvun myötä lisääntynytkin. Lääkäri työvoimaa on saatu yleensä hyvin Keiteleeseen ja Pielaveden terveysasemille, Lapinlahdelle, Leppävirralle, Siilinjärvelle ja Suonenjoelle. Näissä terveyskeskuksissa palveluiden saatavuudessa ei myöskään raportoida esiintyneen ainakaan pitkäaikaisesti vakavia ongelmia. Kokonaistilanne on syksyllä 2013 muutamia terveyskeskuksia lukuun ottamatta hyvä.

Suun terveydenhuollossa Pohjois-Savon terveyskeskukset ovat ilmeisesti rakentaneet niinä vuosikymmeninä, jolloin Kuopiossa oli hammaslääkärikoulutus, monimuotoisen ja vaativiin hoitotehtäviin monissa terveyskeskuksissa valmiin järjestelmän. Viime vuosina hammaslääkäri työvoiman puute on haitannut jonkin verran toimintoja, mutta yksittäisten terveyskeskusten raporttien mukaan puute ei näyttäisi olevan kovin syvä eikä palvelutoimintoja pahoin lamaannuttava. Terveyskeskuksilla on yksilöllisiä järjestelyjä erityispalveluiden suhteen. Myös hammaslääkärien ja suuhygienistien tehtävien jaossa on tehty erilaisia linjauksia eri terveyskeskusten välillä. Osasta terveyskeskuksista esitetään toivomuksia, että järjestämispohjan laajentuessa sote-uudistuksen myötä, suun terveydenhuollossa kannattaisi hakea uusia yhteisiä ”väliportaan” erityispalveluja, jotta näitä olisi tarjolla myös kunnallisena palveluna.

Suun terveydenhuollon päivystysjärjestelyt herättävät paljon kysymyksiä ja näkemyksiä. Päivystysasetus tulee edellyttämään erikoissairaanhoidon maailman sijoittuvan erä-tasoisien vaativiin tehtäviin pystyvän päivystyksen järjestämistä. Johtavat hammaslääkärit toivoisivat kuitenkin, että nykyisenlainen särkypotilaiden ja muiden hankalista oireista kärsivien auttamiseen suuntautuva päivystys voisi säilyä terveyskeskusten omana yhteisenä toimintona jossakin muodossa edelleenkin.

Alueella on kehitetty perusterveydenhuollon ja vanhuspalveluiden rakenteita ja toimintoja hyvin tasa-
tahtisesti valtakunnallisen kehityksen myötä. Avosairaanhoidossa merkittävä kehitys on ollut hoitotyön
vastaanottoiminnan määrätietoinen vahvistuminen ja muuttuminen aikaisempaa itsenäisempään hoi-
tajan työskentelyyn perustuvaksi. Suonenjoen terveysaseman hoitaja-lääkäri-työparityöskentely oli
samalla nimellä koko maassa tunnetun toimintamallin pioneeroitointia. Alueella ei ole jouduttu ra-
kentamaan maan eräiden muiden alueiden tapaan pienille paikkakunnille terveydenhoitajan tai sairaan-
hoitajan työpanokseen useimpina viikon päivinä perustuvaa palvelua etäyhteyksien varaan. Silti sai-
raanhoitajien ja terveydenhoitajien valmiudet tavanomaisten ongelmien arviointiin ja jatkohoitoon ovat
kehittyneet. Muutamista pienimmistä kunnista onkin raportoitu, että kaikkia kuntiin jossakin vaiheessa
sijoitettuja lääkärin vakansseja ei ole koettu tarpeelliseksi täyttää, koska hoitajien työn ja väestön vähe-
nemisen myötä on tultu tyydyttävästi toimeen.

Pohjois-Savossa on edetty vanhuspalveluiden pitkäaikaishoidon rakenteiden muutoksissa valtakunnan
keskimääräisen etenemisvauhdin edellä. Tämä näkyy terveyskeskussairaaloiden pitkäaikaishoidon sel-
keänä vähenemisenä sekä laitoshoidon korvaavan palveluasumisen ja myös intensiivistä palvelua tar-
joavan kotihoidon merkityksen ja kattavuuden kasvuna. Alueen kunnista noin kolmanneksella ei kerry
tilastoihin terveyskeskussairaaloiden pitkäaikaishoitoa lainkaan. Toisella kolmanneksella hoidossa ole-
vien määrä on aikaisemmista vuosista vähentynyt tuntuvasti. Kaikissa terveyskeskuksissa suuntaudu-
taan hakemaan pitkäaikaishoidossa oleville vain hoivaa tarvitseville terveyskeskusta kodinomaisempia
vaihtoehtoja. Haasteena on Pohjois-Savossakin kotiin tuotettavien palveluiden vahvistaminen ja laajen-
taminen estämään tai hillitsemään laitosten palveluiden lisäämisen tarvetta.

Pitkäaikaishoidon poistuminen tai merkittävä väheneminen terveyskeskusten sairaansijoilta tuo esille
alueella aikaisemmin näkymättömänä olleen kapasiteettiongelman. Pohjois-Savossa on jo vuosikym-
menien ajan ollut runsaasti terveyskeskusten sairaansijoja asukasmääriin nähden. Lyhytaikaiseen hoi-
toon käytettyjen sairaansijojen määrä on ollut 2000-luvulla eri vaiheissa kootuissa tilastoissa monissa
terveyskeskuksissa maan korkeimpiin kuuluvalla tasolla. Kun pitkäaikainen hoito vähenee, lyhytaikai-
seen hoitoon jää entistä suurempi tarjonta, ellei vähentäviä muutoksia tehdä. Kyse on mittasuhteiltaan
ja taloudelliselta vaikutukseltaan todella merkittävästä kysymyksestä aikana, jolloin kunnat joutuvat
etsimään säästöjen mahdollisuuksia. Lyhytaikaisessa käytössä olevien sairaansijojen määrä on vähen-
tynyt useissa Pohjois-Savon terveyskeskussairaaloissa 2010-luvulla. Sama kehitys näyttää jatkuneen
vuoden 2012 sairaalahoidon tilastoissa. Tästä kehityksestä huolimatta koko terveyskeskussairaala-
laitokseen, sen perustehtävien selkeyttämiseen ja kokonaiskapasiteettiin on kiinnitettävä huomiota. Liite-
tiedostossa olevissa tarkasteluissa osoitetaan, että Pohjois-Savon kunnista voitaisiin vähentää merkittä-
västi lyhytaikaisen hoidon sairaansijoja arviolta 2-3 erillisen sairaalayksikön verran. Tämä mahdolli-
suus ei kuitenkaan koske Kuopiota eikä Siilinjärveä, joilla ei ole nykyisin ylikapasiteettia ja joilla van-
husikäisten määrä tulee kasvamaan muita kuntia voimakkaammin lähivuosisikymmeninä.

Terveyden edistämisen ja ennalta ehkäisevien palveluiden alueella Pohjois-Savossa on tapahtunut pal-
jon, mutta työtä on viety pitkälti eteenpäin hankkeisiin tukeutuen. Alueella on toteutettu valtion kehit-
tämisaikojen turvin mm. useita KASTE-hankkeita, joista PSSHP:stä hallinnoitu Kanerva-KASTE
profiloitui terveyden edistämisen hankkeena. Alueelle on keväällä 2013 saatu Terveempi Itä-Suomi -

hanke, TERVIS, mikä jatkaa vuoteen 2015 saakka. Kuntien terveyden ja hyvinvoinnin edistämisen aktiivisuudessa sekä terveyden edistämisen toiminnallisissa rakenteissa ja ratkaisuisissa on kuitenkin eroja. Kuopion kaupunki on Terve Kuopio -perinteen myötä kehittynyt valtakunnalliseksi edelläkävijäksi laaja-alaisessa hyvinvointijohtamisessa. Sairaanhoidopiirin alueen 20 kunnasta 17 järjestää perusterveydenhuollon yhteistoiminta-alueen kautta. Näillä kunnilla haasteena on terveyden edistämisen roolien ja yhteistyön ja vastuiden sopiminen peruskuntien ja yhteistoiminta-alueen organisaation välillä.

Ennaltaehkäiseviä terveyspalveluja terveyskeskuksissa on tuotettu ja kehitetty valtakunnallisten linjausten mukaisesti. Näiden kehittämisessä yliopiston eri tutkimusten ja yksiköiden tuki on ollut merkittävää. Viime vuosina ennalta ehkäisevien palveluiden toteutumista on ryhdytty varmistamaan säädösteitse. Neuvola-asetuksen mukaiseen toimintatasoon yltää alueellisen selvityksen (Lehmusaho 2013) mukaan valtaosa alueen terveyskeskuksista. Valtioneuvoston asetuksen (338/2011) mukaiset toiminnot toteutuvat vuoden 2013 alussa tehdyn selvityksen (Lehmusaho 2013) mukaan neuvolatoiminnoissa täysin 87 % ja osittain 13 %; kouluterveydenhuollossa täysin 79 % ja osittain 21 %; opiskeluterveydenhuollossa täysin 71 % ja osittain 29 %; lasten ja nuorten ehkäisevän suun terveydenhuollon toiminnoissa täysin 93 % ja osittain 7 %. Tehtyyn selvitykseen (Lehmusaho 2013) vastasi 75 % Pohjois-Savon kunnista. Asetuksessa määritellyt laajat terveystarkastukset ovat toteutuneet kunnissa nyt kahden vuoden ajan. Näiden terveystarkastusten periaatteena on arvioida koko perheen hyvinvointia sekä tuen tarvetta äitiysneuvolassa, lastenneuvolassa ja kouluterveydenhuollossa. Laajat terveystarkastukset tavoittavat myös niitä aikuisia, jotka eivät hakeudu muiden palveluiden piiriin, vaikka saattaisivat näitä tarvitakin. Tukea tarvitsevat lapset ja vanhemmat voivat saada lisää käyntejä neuvolaan tai kouluterveydenhuoltoon. Tätä varten olisi tärkeää turvata riittävästi aikaa terveystarkastusten toteuttamiseen ja tarjota lisäkoulutusta henkilökunnalle. Kouluterveydenhuollosta on lyhyt harppaus nuorten syrjäytymisen ehkäisyyn, johon halutaan koko maassa kiinnittää eri rintamalla aikaisempaa enemmän huomiota. Kouluterveydenhuolto ja koulun oppilashuolto ovat tässä työssä avainasemassa. Syrjäytymisen ehkäisemiseen tähtäviä työkäytäntöjä ja menetelmiä pitää kehittää edelleen.

Perusterveydenhuollon omat rakenteet ja rajat ovat muuttuneet suhteissa sosiaalihuoltoon ja asteittain myös suhteessa erikoissairaanhoidon palveluihin. Sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistyön ja integraation alueella tärkein kehitys on varmaakin erilaisten elämänkaarimalliin perustuvien sote-ajan ylittävien organisaatiomuotojen käyttöön ottaminen. Vanhuspalvelut on yhdistetty yhteisten yksikköjen alaisuuteen niissä kunnissa, joissa perusterveydenhuollon järjestäminen kuntayhtymän kautta ei ole ollut tätä estämässä. Kuopion kaupunki on ollut valtakunnallinen edelläkävijä toimialojen välisten rajojen ylittämisessä myös lasten ja nuorten palveluiden aloilla. Maassa on pyritty edistämään aikaisemmin rajan eri puolille kuuluneiden mielenterveys- ja päihdetyön yhteistyötä ja integraatiota. Tässä kehityksessä Pohjois-Savon kunnilla on edelleen haasteita edessään. Pisimmälle lienee edetty Ylä-Savon palveluiden järjestelyissä. Mielenterveystyön palvelut ovatkin kokonaisuudessaan haasteellinen kokonaisuus alueella, jossa psykiatrinen sairastavuus on muuta maata korkeampaa luokkaa ja jossa kunnat asettavat päihdehaittojen vähentämisen sekä ja nuorten mielenterveyden ja syrjäytymisvaaran kysymykset tärkeälle sijalle prioriteeteissaan.

2.3. Ajankohtaisia toiminnallisia ja rakenteellisia kysymyksiä ja haasteita 2013

2.3.1. Rahoitusvaikeuksiin sopeutuminen

Terveydenhuollon rahoitus on joutunut muun julkisen sektorin rahoituksen myötä laaja-alaisiin vaikeuksiin vuosien 2012-2013 aikana. Verotulot vähenevät. Valtiovalta leikkaa valtionosuuksia. Samaan aikaan terveydenhuollon tehtävissä ja yksikkökustannuksissa ei ole osoittautunut mahdolliseksi saada aikaan tulojen vähenemistä vastaavia supistuksia. Koko julkisen sektorin toiminnassa, mutta erityisesti terveydenhuollossa, on haettu jo vuosien ajan mahdollisuuksia rakenteellisiin säästöihin palvelurakenteen tiivistämisen, päällekkäisyyksien ja mahdollisesti esiintyvien tarpeettomien palveluiden karsimisen merkeissä.

Pohjois-Savon alueella suurimman huomion on viime vuosien aikana saanut sairaanhoitopiirin kustannusten kehitys. Ongelma on määritelty niin, että sairaanhoitopiirin kustannukset kasvavat voimakkaammin kuin yleinen kustannustaso, joka heijastaa taloudellisesti tasapainoisinakin aikoina rahan arvon ja myös tulopohjan kehitystä. Sairaanhoitopiirin ja omistajakuntien kesken on käynnistetty tuottavuusohjelma, jonka tavoitteena on supistaa sairaanhoitopiirin menoja niin, että ne kasvaisivat enintään saman verran kuin yleinen kustannustaso. Ohjelman lähtökohdat perustuvat valtakunnalliseen vertailutietoon, jonka mukaan Pohjois-Savon sairaanhoitopiirin palvelut tuotetaan yksikkökustannuksiltaan edullisesti, mutta palveluiden määrät ovat väestöpohjaan nähden korkeita. Ohjelma pyrkii vaikuttamaan sairaalaan tutkimukseen ja hoitoon tulevien määriin tarkastelemalla tärkeimpiä hoitopolkuja ja työnjakoa perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välillä.

Hoitopolkuihin ja klinisiin hoitokäytäntöihin kohdistuva työ on organisoitu ohjelmassa seuraavien toimintoryhmien varaan:

- 1) Kuntoutus (erityisesti neurologisten ja traumapotilaiden kuntoutus)
- 2) Muistihäiriöt (työnjako ja myös muiden neurologisten sairauksien hoitopolut)
- 3) Ensihoito ja päivystys
- 4) Mielenterveysryhmä (hoitopolkujen kuvaaminen toimeksiannossa)
- 5) Kuvantaminen
- 6) Avopediatrinen työryhmä
- 7) Sisätaudit (erityisesti diabetes ja ravintohoito sekä reumasairaudet hoitopolkukysymyksinä)
- 8) Sydänsairaudet (hoitopolut sepelvaltimotaudista ja eteisvärinästä)
- 9) Äitiyshuolto

- 10) Palliatiivinen hoito (sisältäen saattohoidon)
- 11) Leikkaustoiminta
- 12) Gastroenterologinen työryhmä

Työryhmistä valtaosa on tuottanut ensimmäiset väliraporttimaiset raporttinsa vuoden 2013 aikana. Koko tuottavuusohjelman on suunniteltu jatkuvan neljän vuoden ajan. Kustannusvaikutuksiltaan varmaankin merkittävimmät ohjelmaan liittyvät muutokset ovat toistaiseksi psykiatristen sairaansijojen vähentämiseen liittyvät henkilöstön määrän ja kulujen vähennykset loppuvuoden 2013 ja alkuvuoden 2014 aikana. Monet tähän mennessä valmistuneista ehdotuksista ovat luonteeltaan sellaisia, että niissä ehdotetaan menettelyjä ja muutoksia, joilla voidaan saada aikaan laskennallisia säästöjä, mutta laskennallisten säästöjen muuntamisessa toteutuvien kustannusten säästöiksi on mittavia haasteita.

Terveydenhuollon kentällä ei ole toistaiseksi jouduttu turvautumaan lomautuksiin, mutta työvoimakuluja on monin paikoin vähennetty jättämällä ns. luonnollisen poistuman kautta tyhjiksi tulevia vakansseja täyttämättä.

Kuntien ja terveystieteiden suunnalta on säästötoimien yhteydessä useaan otteeseen todettu, että tärkeää on katsoa palveluiden kokonaisuuksia ja kokonaiskustannuksia, jotta ei päädytä siirtelemään kustannuksia säästöjen nimissä yhden organisaation harteilta toisille.

Kuntien ja terveystieteiden talous on kiristymässä loppuvuoden 2013 näkymien valossa ennennäkemättömillä tavoilla. Kiristymiseen johtavat yhtä aikaa verotulojen vähentyminen ja suuret valtionosuuksien leikkaukset vuodelle 2014. Siitä, millaisia taloudelliseen tilanteeseen sopeutumisen keinoja suunnitellaan otettavaksi käyttöön vuonna 2014, ei ole vielä tätä kirjoitettaessa kokonaiskuvaa. Selvältä näyttää joka tapauksessa, että uusien kustannuksia synnyttävien toimintojen käynnistäminen näyttää käytännössä mahdottomalta ja että säästökohteita tullaan etsimään sellaisistakin menokohteista, joihin ei ole näihin aikoihin mennessä jouduttu koskemaan.

2.3.2. Terveystieteiden päivystysjärjestelyt

Kansanterveystyön alkuvuosilta lähtien vakiintuneen käytännön mukaisesti 1970-1990 -luvuilla kaikilla maan terveystieteiden keskuksilla oli eräänlaisena itsenäisen terveystieteiden tunnusmerkkinä oma ympärivuorokautinen terveystietekeskuspäivystys. Tästä oli toki poikkeamia pienimpien terveystieteiden kohdalla, mutta esimerkiksi Pohjois-Savossa ympärivuorokautinen päivystystoiminta järjestettiin naapuriterveystietekeskukseen tukeutuen vain Vehmersalmen terveystietekeskukseen. Vähitellen käynnistyi 1990-luvulta lähtien päivystysten yhdistelykehitys. Maassa oli enimmillään arviolta noin 180-190:ssä toimipaikassa yön yli päivystävä terveystietekeskuslääkäri. 2000-luvulla nopeutuneen kehityksen myötä päivystyspisteitä on yhdistelty nopealla aikataululla. THL:n päivystystoiminnan kartoituksessa vuonna 2012 terveystietekeskuspäivystys toimi yön yli vain 57 toimipaikassa. Näistä noin 40 oli erikoissairaanhoidon sairaalan ensiapupoliklinikan yhteydessä, joko ns. yhteispäivystyksiä tai muilla perustoilla toteutettuja yhteisiä järjestelyjä ainakin yön tuntien ajaksi. Terveystieteiden omissa tiloissa – erikoissairaanhoidon päivystyksistä erillään eri paikkakunnilla – yöpäivystys toimi vain 13 paikkakunnalla ja näiden lisäksi 4-5

terveyskeskuksessa kiertävissä päivystyspisteissä (Reissell ym 2011).

Terveyskeskuspäivystysten harventamisen rinnalla on samanaikaisesti edennyt pyrkimys oikaista suomalaisen palvelukulttuuriin syntynyt vinouma. Kun kansanterveystyön alkuvuosina tavallisia lääkärint vastaanottopalveluja oli eri syistä erityisen vaikea saada, mutta päivystyspalveluiden verkko oli tiheä, maan tavaksi tuli käyttää päivystyspalveluja myös silloin, kun kyse ei ollut aidosti kiireellisestä asiasta. Maan monilla kaupunkipaikkakunnilla terveyskeskusten lääkärikontakteista saattoi jopa 60-70 % tapahtua päivystysvastaanoilla. Suomi erottautui varsin jyrkästi muiden maiden käytännöistä, joissa virka-ajan ulkopuolinen palvelu täyttää kiireellisen ensiavun tehtävää. Terveyskeskuspäivystyksissä ryhdyttiin ottamaan käyttöön kiireellisyysluokituksia. Näillä ohjailaan päivystyksessä palveluiden saamisen järjestystä, mutta voidaan myös luokitella osa palveluita käyttämään tarjoutuvista sellaisiksi, joiden ongelma joutaa odottaa arkipäivän päiväaikaista palvelua. Siellä, missä päiväaikaiset palvelut ovat toimineet joustavasti ja vastanneet myös erilaisten arkisten äkillisten ongelmien luomaan kysyntään, luokitusten käytöstä ei ole syntynyt ongelmia.

Pohjois-Savo on päivystyspisteiden kartalla poikkeavaa aluetta, koska alueella toimii edelleen yöpäivystys kolmen erikoissairaanhoidon yhteyteen sijoittuvan päivystyksen (KYS, Iisalmen sairaala, Varkauden sairaala) lisäksi neljässä terveyskeskuksessa (Lapinlahdella, Sisä-Savon terveyskeskuksessa Suonenjoella sekä Kysterin toimipaikoista Juankoskella sekä vuorottelevana päivystyksenä Keiteleellä ja Pielavedellä). Yöpäivystysten lisäksi ilta- ja viikonloppupäivystyksiä on Leppävirralla, Siilinjärvellä ja Kiuruvedellä.

Päivystystoiminnan kuulumista oman paikkakunnan tai ainakin oman terveyskeskuksen palveluihin pidetään kaikesta päätellen hyvin suuressa arvossa. Palveluiden saamista omalta paikkakunnalta pidetään tärkeänä. Lisäksi päivystyksen avulla halutaan säilyttää oma terveyskeskussairaala aktiivisena akuuttihoidon tarjoajana. Näistä näkökohdista ollaan valtakunnallisella tasolla eri mieltä. Päivystävien yksiköiden lukumäärän harventamisella on vähennetty kokonaiskustannuksia, joskin yksittäisten kuntien ja terveyskeskusten kohdalla seuraukset voivat olla vaihtelevia.

Päivystystoiminnasta on annettu elokuussa 2013 sosiaali- ja terveysministeriön asetus. Asetus on herättänyt paljon huomiota ja vastarintaakin sen vuoksi, että sillä asetetaan aikaisempaa tiukemmat vaatimukset sille, mitä valmiuksia pitää olla synnytystoimintaa tai kirurgista päivystystä järjestettäessä erikoissairaanhoidossa.

Perusterveydenhuollosta asetuksessa todetaan ensinnäkin 2 §:ssä:

Kunnan tai kuntayhtymän on huolehdittava siitä, että kiireellistä hoitoa on saatavilla kaikkina vuorokauden aikoina joko kiireettömän hoidon yhteydessä tai erillisessä päivystystä toteuttavassa yksikössä (päivystysyksikössä). Päivystys voidaan järjestää erikseen perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon päivystyksenä, niiden yhteispäivystyksenä tai muulla tarkoituksenmukaisella tavalla. Yhteispäivystys sisältää sekä perusterveydenhuollon että erikoissairaanhoidon päivystyspalveluja.

Asetuksessa ei puhuta erikseen perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon päivystyksestä, vaan yleiset vaatimukset, jotka esitetään luvussa 1 ”Yleiset säädökset” kohdistuvat näiden muodostamaan kokonaisuuteen. Kuitenkin asetuksen 2. luvussa esitetään erikoisalakohtaisia säädöksiä sisätautien, neurologian, naistentautien, synnytysten ja lastentautien, psykiatrian ja suun terveydenhuollon aloille.

Asetuksesta voidaan ”purkaa” ulos perusterveydenhuoltoa koskevat säädökset ja vaatimukset. Nämä voidaan tiivistää seuraavaan taulukkoon:

Perusterveydenhuollon päivystyshoidolle asetuksessa asetettavat vaatimukset

1. Käytössä on oltava moniammatillinen, riittävästi koulutettu ja alueen olosuhteet tunteva henkilökunta.
2. Päivystyksessä pitää olla saatavilla laillistettu virkasuhteessa kuntaan tai kuntayhtymään oleva lääkäri virkavastuulla tehtäviä päätöksiä varten.
3. Päivystysyksiköllä on oltava vastaava lääkäri, jonka tulee olla soveltuvan alan erikoislääkäri ja jolla tulee olla perehtyneisyys päivystyslääketieteeseen ja kokemusta päivystystoiminnasta.
4. Päivystysyksikössä tulee olla kaikkina vuorokauden aikoina laillistettu lääkäri, joka johtaa päivystysyksikön toimintaa.
5. Päivystysyksikön käytössä on oltava riittävät kuvantamis- ja laboratoriopalvelut potilaan tutkimusta, hoidon tarpeen arviointia ja hoitoa varten. Yksikön on voitava saada radiologisista tutkimuksista lausunto radiologian erikoislääkäriltä tai radiologiaan perehtyneeltä lääkäriltä. Lausunto voidaan hankkia teleradiologisen etäkonsultaation avulla.
6. Päivystysyksikön on varmistettava lääkehuollon toteuttaminen päivystysaikana ja päivystyksen poikkeustilanteissa.
7. Väestölle pitää tiedottaa, miten toimia hätätilanteissa, äkillisen sairastumisen, tai tapaturman yhteydessä, mihin ottaa yhteyttä ja miten tarpeelliset palvelut on saatavilla.
8. Kiireellisen hoidon neuvonta on järjestettävä siten, että siihen on kaikkina vuorokauden aikoina riittävästi koulutettuja ja riittävän työkokemuksen omaavia terveydenhuollon ammattihenkilöitä.
9. Potilaita voidaan ohjalla asettamalla heitä kiireellisyyden perusteella järjestykseen sekä yksikön toiminnassa että myös siten, että päivystykseen hakeutuva potilas voidaan ohjata saamaan palvelua muusta perusterveydenhuollon yksiköstä muuna kuin päivystysaikana.
10. Jatkohoidosta on huolehdittava.

11. Alaikäisen palveluiden tuottamisen pitää tapahtua lasten sairauksiin perehtyneiden toimesta ja siten, että vanhemmat voivat osallistua hoivaan.
12. Ikääntyneen henkilön toimintakyky, erityistarpeet ja päivystyksen jälkeinen kotiuttaminen on otettava toiminnassa huomioon.
13. Päähtyneen henkilön hoidon tarve on arvioitava siten, että päihtymys ei saa olla tarpeellisen avun saamisen este. Samalla on arvioitava myös päihdehuollon palveluiden tarve.
14. Suun terveydenhuollossa on oltava ympäri vuorokauden päivystävän hammaslääkärin palveluita.
15. Asetus tulee voimaan vuoden 2015 alusta.

Kuinka vaatimukset sovittautuisivat Pohjois-Savon nykyiseen perusterveydenhuollon ja sen päivystysten karttaan?

1. Vaatimukset täytynevät, tai voidaan kohtuullisin lisäyksin ja järjestelyin saattaa täyttymään, KYSin yhteispäivystyksessä sekä Iisalmen ja Varkauden päivystyksissä.
2. Missään nykyisistä ympärivuorokautisista tai vain osan virka-ajan ulkopuolisesta ajasta päivystävistä yksiköistä vaatimukset eivät nykyisellään täyty. Näistä radiologisten palveluiden saatavuuden vaatimus merkitsee sitä, ettei valmiutta ole helppoa rakentaa kohtuullisin kustannuksin. Valmiuden rakentaminen riittävästi voimavaroja panostamalla ei toki ole mahdotonta.
3. Osa nykyisten kooltaan pienten kuntien terveysasemien päiväaikaisesta toiminnastakaan ei täytä vaatimuksia. Tämä tarkoittaa sitä, että asetuksen mukaista päivystyshoitoa varten myös päiväaikaan olisi tarpeen määritellä vastaanottopalveluita tarjoavien terveysasemien verkkoa harvalukuisempi päivystyshoitovalmiudessa olevien toimipaikkojen verkko.
4. Looginen yleisjohtopäätös edellä olevasta on, että jokaisella kunnalla/terveyskeskuksella pitää olla määriteltynä ja yleisölle tiedotettavissa, mistä asetuksen mukaista päivystyshoitoa saa eri vuorokauden aikoina.
5. Jos ja kun kunta tai terveyskeskus haluaa tarjota iltaisin ja viikonloppuisin nykyisen päivystyksen kaltaista palvelua, palvelua ei pitäisi tai ei voisi kutsua päivystyshoidoksi asetuksen määrittelemässä merkityksessä. Kyse olisi esim. puolikiireellisestä vastaanottopalvelusta väestön tarpeiden täyttämiseksi. Rinnalla pitäisi olla vähintään yksi väylä sellaiseen päivystyspalveluun, joka toimii asetuksen mukaisesti. On selvää kuitenkin, että näiden mahdollisesti samanaikaisesti toimivien palvelulinjojen pitää olla mahdollisimman hyvin yhdessä suunniteltuja ja synkronisoituja, jotta epätarkoituksenmukaista päällekkäisyyttä ei synny.
6. Vuoden 2014 aikana on osana vuoden 2015 alusta voimaan tulevia järjestelyjä valmistauduttava myös päivystyshoidosta sekä mahdollisesta rinnakkaisesta ilta- ja viikonloppupalvelusta tiedottamiseen. Väestölle annettavan tiedon olisi syytä olla sairaanhoitopiirin alueella ja mahdollisimman yhdenmukaista

ja maassa yleisesti noudatettavien käytäntöjen mukaista.

Pohjois-Savon alueen kunnat sitoutuvat tämän suunnitelman hyväksyessään edellä hahmoteltuun yleislinjaan. Ne varautuvat myös sopimaan virka-ajan ulkopuolisten palveluiden konkreettisista järjestelyistä ja mitoituksista alkuvuoden 2014 aikana.

Suun terveydenhuollon päivystys

Suun terveydenhuollon päivystys on järjestetty sairaanhoitopiiriin alueella terveystieteiden keskenään sopiman päivystysrenkaan avulla siten, että päivystys toimii Kuopion terveystieteiden hammashoitola-tiloissa. Tähän järjestelyyn ollaan terveystieteiden saatuja raportteja ja arvioiden mukaan yleensä tyytyväisiä. Kuitenkin jo terveydenhuoltolaki sääti erityiset vaatimukset suun terveydenhuollon päivystyksestä. Päivystysasetukseen nämä on kirjattu varsin yksityiskohtaisina. Sairaanhoitopiiriin velvollisuutena on järjestää ympärivuorokautinen suun terveydenhuoltopäivystys sen tasoisena, että päivystyksessä voidaan tutkia ja hoitaa hampaiston, suun ja leuan alueen sairauksia ja tapaturmia. Tässä on nyt kyse suun terveydenhuollon päivystystoiminnan nostamisesta uudelle valmiustasolle. Suunnitelmana on, että tämä toteutettaisiin koko KYS-Ervan laajuisena palveluna. Näiden suunnitelmien mukaan terveystieteiden voisivat jatkaa harkintansa mukaan nykyisenlaista kiireisen hammashoidon päivystystä.

2.3.3. Terveystieteiden ja kuntien mielenterveys- ja päihdepalveluiden rakenteet

Osana sairaanhoitopiiriin tuottavuusohjelmaa psykiatrisen hoidon rakenteissa on suunniteltu toteutettavaksi mittava muutos, jossa suljettaisiin sairaansijoja Tarinan sairaalassa. Vastapainoksi vahvistettaisiin lähes osastojen sulkua vastaavilla voimavaroilla avopalveluiden henkilöstövoimavaroja ja otettaisiin käyttöön uusia nykyaikaisia palvelumuotoja.

Nämä kysymykset koskevat eniten Kuopion ja Siilinjärven alueen palveluita. Ylä-Savon alueella on jo sote-kuntayhtymän toiminnan alusta lähtien viety eteenpäin rakennemuutosta, jossa sairaansijoja vähennettäisiin ja luovutettaisiin jopa nykyisen Koljonvirran sairaalan käytöstä.

Sairaanhoitopiiriin nimeämä mielenterveysalan ammattilaisten ryhmä, joka tunnetaan ryhmän ottaman nimen mukaisesti Toive-ryhmänä, on kiertänyt sairaanhoitopiiriin mielenterveyspalveluiden kentän kunta- ja terveystieteenkohtaisesti. Ryhmän tilannetta kuvaava raportti on tämän järjestämissuunnitelman liitteenä.

Mielenterveyspalvelut on järjestetty eri terveystieteidenkeskuksissa ja eri alueilla useilla toisistaan poikkeavilla tavoilla. Taustalla on 1990-luvulla Pohjois-Savonkin alueella lukuisten muiden sairaanhoitopiirien alueiden tavoin tapahtunut aikaisemmin erikoissairaanhoitoorganisaation vastuulla olleen mielenterveyslaitosten avohoidon siirtyminen pitkälti terveystieteiden tai muiden kunnallisten paikallisten organisaatioiden hallintaan. Tämän lisäksi Kuopiossa ja Ylä-Savossa on 2000-luvulla rakennettu palvelukokonaisuuksia, joissa perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoitoalan mielenterveystyön ja psykiatrisen erikoissairaanhoitoalan palvelut on yhdistetty toiminnallisiksi kokonaisuuksiksi. Näissä yksiköissä on tarkoituksellisesti pyritty poistamaan perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoitoalan välistä rajaa. Kokonaiskuvaa muuttaa vielä entistä moniulotteisemmaksi lasten palveluiden asettuminen terveydenhuol-

lon ja sosiaalihuollon yhteisille alueille ennen kaikkea perheneuvolatoiminnan alalla. Iisalmessa on toiminut Koljonvirran sairaalassa yhdistetty mielenterveys- ja päihdeosasto sekä päihdyneiden selviämisasema. Samalla on voitu vähentää psykiatrisia sairaansijoja ja selviämisaseman avulla poliisiputkaan ottamisen tarvetta. Valtakunnallisesti on puolestaan pyritty edistämään mielenterveyspalveluiden ja päihdepalveluiden integroitumista Mieli ja Päihde 2009 –hankkeen (THL 2009) esittämien kehittämistavoitteiden mukaisesti. Pohjois-Savossa mielenterveyspalveluiden ja päihdepalveluiden yhteen liittyminen ei ole levinnyt vielä koko aluetta kattavaksi, mutta kenttäkartoituksen mukaan ainakin Sisä-Savon ja Ylä-Savon alueiden palveluissa yhdentymiskehitys on jo toteutumassa.

Pohjois-Savon mielenterveystyön avohoidon voimavarat ovat historiallisen kehityksen seurauksena muun maan keskimääräistä tasoa paremmat, mutta voimavaroja vaaditaan muuta maata huomattavasti korkeamman psykiatrisen sairastavuuden vuoksi. Kuntien, terveyskeskusten ja alueiden välillä on voimavaroissa, hoitoon pääsyssä, erilaisten hoitovaihtoehtojen tarjolla olemisessa ja siten mahdollisesti laadussa eroja, joille olisi vaikea löytää perusteluja, jos palvelut olisi tarkoitus järjestää yhdenmukaisin perustein. Tämän suunnitelman liitetaulukko-osassa esitetään alustava kooste aikuisikäiselle väestölle kohdistettavien palveluiden voimavaroista eri kunnissa eri palveluntuottajilta. Tässä taulukossa on yhdistetty sairaanhoitopiiriin avopalvelut kuntien ja terveyskeskusten omien mielenterveyspalveluiden tietoihin. Sairaanhoitopiiriin henkilöstövoimavarat on kohdistettu kullekin kunnalle kunnan asukkaiden käyttämien toimintayksiköiden avohoitokäyntien suhteissa. Taulukko on toistaiseksi kokoon saatu kooste, mutta se osoittaa erojen kuntien välillä olevan 2-3 -kertaisia.

Palveluiden saatavuuden, laadun ja valikoiman täydentäminen nykyisiä eroja tasoittavaksi olisi mahdollista, jos palveluiden tuottamiseen voitaisiin lisätä räätälöidien voimavaroja. Liitteenä oleva kenttäkäynteihin perustuva raportti osoittaa kohteita, joissa lisävoimavaroja tarvittaisiin kipeimmin. Huolestuttavaa on, että näitä löytyy lasten ja nuorten palveluista. Samoin on pidettävä puutteena sitä, että osa maakunnan väestä ei ole nykyaikaisen päihdehuollon avopalvelun piirissä ilman erillistä ja asioita mutkistavaa maksusitoumusmenettelyä.

Pohjois-Savon sairaanhoitopiiriin tuottavuushanke tulee jatkotyöskentelyssään loppuvuoden 2013 jälkeen kartoittamaan tärkeimpien mielenterveysongelmien hoitopolkuihin ja hoitovastuun työnjakoihin liittyviä kysymyksiä. Järjestämissuunnitelmassa sovitaan nyt, että tulevaisuuden palvelujärjestelmää varten varaudutaan korjaamaan esille nousseita ja nousevia yksittäisiä epäkohtia ja tasaamaan sellaisia eroja palveluissa, joita ei voida perustella palveluiden tarpeessa esiintyvillä eroilla.

Mielenterveys- ja päihdetyön palveluiden järjestämisen suuri tulevaisuuden kysymys onkin, pitäisikö syntynyt terveyskeskus- ja kuntakohtainenkin kirjavuus poista siirtymällä yhteen tai muutamaan yhdenmukaiseen yleisratkaisuun. Näiden ratkaisujen avulla voitaisiin poistaa palveluiden valikoimassa ja saatavuudessa olevat suurimmat erot, tai ainakin vähentää niitä tuntuvasti. Samalla palvelujärjestelmästä tulisi sekä palveluita käyttävälle väestölle että muulle sosiaali- ja terveyspalveluiden kentälle nykyistä selkeämmin hahmotettava ja lähestyttävä koko alueella.

Yhdenmukaiseen yleisratkaisuun siirtyminen on kuitenkin kysymys, joka on jätettävä sote-uudistuksessa syntyvien järjestämisvastuun kantajien ratkaistavaksi.

2.3.4. Terveyskeskussairaalahoito

Pohjois-Savon alueelle on ollut kansanterveystyön alkuvuosina leimallista itsenäisten ja varsin laajan kirjon palveluja tarjoavien terveyskeskussairaaloiden toimiminen alueella. Kahdessa maaseututerveyskeskuksessa oli 1970-luvulla vielä leikkaustoimintaa. Päivystyspisteiden yhteydessä hoidettiin vaativia akuuttihoitoa tarvitsevia potilaita, esimerkiksi sydänkohtausten, aivohalvausten ja tapaturmienkin vuoksi. Näiltä pohjilta alueelle on rakentunut runsaasti terveyskeskussairaaloiden sairaansijoja väestöpohjaan nähden.

THL:n tiimin toimesta selvitettiin valtakunnallista terveyskeskussairaaloiden lyhytaikaisen hoidon tilannetta ja sen kapasiteettieroja erityyppisten terveyskeskusten ja paikkakuntien välillä vuosien 2007-2008 yhdistettyjen tietojen valossa (Kokko ja Rintanen, julkaisemattomia tietoja). Vertailutietoja on käytetty eri puolilla maata terveyskeskussairaalahoitojen tarvelaskelmien pohjana. Haasteena on eri suuntiin tapahtuvien kehitysten huomioon ottaminen. Kun pitkäaikaishoito on alkanut siirtyä terveyskeskussairaaloista vaiheittain pois, lyhytaikaisen hoidon käyttöön jää entistä enemmän kapasiteettia, ellei sairaaloita tai niiden hoitopaikkoja vähennetä tai muuteta palveluasumisen yksiköiksi. Tällöin on vaarana, että koko perusterveydenhuollon sairaalasta, jota on pidetty perustellusti hyvänä pohjana oikein perustein porrastettavalle sairaalapalvelulle, tulee ongelmallinen ja kustannuksia väistämättä nostava osa palveluiden kokonaisuudessa. Toisaalta on otettava huomioon, että terveyskeskussairaaloiden palveluista 80-90 % kohdistuu yli 75-vuotiaille suomalaisille. Tämänikäisten suhteellinen osuus ja absoluuttinen lukumäärä kasvavat koko maassa lähivuosisikymmeninä. Kasvussa voimakkuudessa on erityyppisten paikkakuntien välillä eroja, jotka olisi otettava huomioon myös terveyskeskussairaalapalveluita mitoitettaessa.

Pohjois-Savon kunnista ja terveyskeskuksista varsin moni sijoittui vuosien 2007-2008 valtakunnallisessa lyhytaikaisen hoidon vertailussa kapasiteetiltaan (hoitopäivien käytöstä laskettuja laskennallisia sairaansijoja suhteutettuna väestöpohjaan) maan kärkeen. Vuosien 2008-2012 aikana sairaansijoja on jonkin verran vähennetty sekä supistamalla osastojen kokoja että siirtämällä kokonaisia osastoja pois sairaalakäytöstä. Lisäksi kärkisijoille sijoittuneista kunnista Karttula ja Varpaisjärvi ovat kuntaliitosten myötä nyt mukana Kuopion ja Lapinlahden luvuissa. Kuitenkin terveyskeskussairaaloiden lyhytaikaisen hoidon kapasiteetti on keskimäärin korkea ja tämä asema vertailuissa korostuu vielä pitkäaikaisen hoidon siirtyessä terveyskeskussairaaloista pois. Vuonna 2011 alueen kunnista 10:lle ei kertynyt lainkaan pitkäaikaishoidon hoitopäiviä tilastoihin. Lisäksi monessa kunnassa pitkäaikaishoidon hoitopäivien määrä on selvästi vähentynyt 2000-luvun alun tilanteeseen verrattuna.

Tarkemman kuvan kuntakohtaisesta tilanteesta saa liitetiedostona olevista vertailutaulukoista. Tämän katsauksen tarkoituksena ei ole osoitella yksittäisiä kuntia keskimääräisestä poikkeavien kapasiteetin tunnuslukujen vuoksi, vaan herätellä koko sairaanhoitopiirin alueella tarkastelemaan tärkeää, mutta kustannustekijänä mittavaa palvelukokonaisuutta. Pohjois-Savossa on lyhytaikaisen hoidon hoitopaikkoja käytössä noin 75-100 hoitopaikkaa enemmän kuin olisi, jos kapasiteetti olisi väestöpohjaan suh-

teutettuna maan keskimääräistä tasoa. Tästä määrästä voidaan osaa perustella itä-suomalaisen väestön muuta maata korkeammalla sairastavuudella ja maaseutukuntien ikärakenteella. Erot eivät kuitenkaan häviä ikärakenne huomioon ottavassa vertailussa.

Perusterveydenhuollon yksikön terveyskeskusvierailuilla on käynyt selville, että kunnat haluavat pitää kiinni nykyisistä terveyskeskussairaaloista suurin piirtein nykyisen suuruisina. Kuntien ja terveyskeskusten ulkopuolelta ”määrättävillä” linjauksilla ei voida edetä, vaan asioita pitää valmistella ja perusteita tarkastella tähänastista laajemmin. Järjestämissuunnitelmassa sovitaan nyt, että koko terveyskeskussairaalalaitoksen tehtävät ja kapasiteettikysymykset otetaan alueella selvittelyn, suunnittelun ja kehittämistyön kohteiksi. Tämän vuoksi tämä asiakokonaisuus tulee nostettavaksi yhdeksi kahdeksasta kehittämislinjaksi (ks. luku 6).

2.3.5. Kotiin tuotettavien palveluiden tilanne ja kehittämistarpeet

Lyhyt katsaus kuluneiden vuosikymmenien historiaan osoittaa, että ikääntyneiden palveluissa koko maassa päädyttiin 1970-1980 -luvuilla turvautumaan hyvin laajalti laitoshoittoon. Tätä vauhdittivat pyrkimykset siirtää erikoissairaanhoidon jatkohoitopaikkaa odottamaan jääneet potilaat perustason laitospaikkoihin rakentamalla lisää terveyskeskusten ja muiden vanhustalveluiden hoitopaikkoja. 1990-luvulla herättiin tarkastelemaan syntyneitä tilannetta kriittisesti. Tuon vuosikymmenen ”palvelurakennemuutoksessa” lähdettiin hakemaan vaihtoehtoja laitoshoidolle. Psykiatrisessa sairaanhoidossa ja kehitysvammopalveluissa tapahtuikin mittava rakennemuutos. Sen sijaan vanhustalveluissa muutos tapahtui lähinnä vanhainkotipaikkojen muuttamisena ympärivuorokautisen palveluasumisen paikoiksi. Tavoitteena ollut kotiin tuotettavien palveluiden vahvistaminen vaihtoehdoksi ympärivuorokautiselle hoidolle lähti vasta myöhemmin käyntiin kovin verkkaisesti. Rakennemuutos on kuitenkin edennyt valtakunnallisten pitkäaikaishoidon asiakaslaskentatietojen valossa.

Pohjois-Savossa on käyty läpi samaa kehitystä kuin muuallakin maassa. Ympärivuorokautisen palveluasumisen hoitopaikkoja on syntynyt. Vuoden 2011 laskennan mukaan shp:n kunnissa oli pitkäaikaisessa ympärivuorokautisessa hoidossa noin 2100 yli 75-vuotiasta (8,7 % samanikäisistä). Vanhainkodeissa pitkäaikaishoidossa oli noin 550 ja terveyskeskussairaaloissa noin 300 yli 75-vuotiasta. Tunnusluvut ovat maan keskimääräistä tasoa lukuun ottamatta vanhainkotihoiton peittävyyttä, joka on prosenttiyksikön verran muun maan tasoa matalampi. Samaan aikaan kotihoidon piirissä olevien määrä on pysynyt suurin piirtein entisellään, vaihdellen 10-14 %:n välillä. Kotihoidon palvelukyvyyn osoittimina toimivat hyvin kotihoidon intensiivisyyttä kuvaavat prosenttiosuudet. Tällaisia prosenttiosuuksia ovat vuoden 2012 lopulla toteutetussa laskennassa olleet niiden osuudet, joille tehtiin suunnitellusti kotikäynti vähintään 30, tai 60 tai peräti 90 kertaa kuukaudessa. Nämä intensiivisen palvelun kattavuutta kuvaavat tunnusluvut ovat nousseet käytännössä koko Pohjois-Savossa muun maan keskimääräistä tasoa nopeammin (THL 2012). Liitetaulukoissa esitellään tätä osoittavia vertailulukuja.

Myönteisestä kehityksestä huolimatta, kotiin tuotettavien palveluiden kehittämisen on oltava sosiaali- ja terveystalveluissa tärkeällä sijalla. Vanhustalvelulaki tähtää samaan perustavoitteeseen, palveluiden tarjoamiseen räätälöidysti ja tarpeiden mukaisesti aina mahdollisuuksien mukaan tavalliseen kotiin.

Samaan aikaan talousvaikeuksiin joutuvat kunnat ovat pakotettuja asettamaan esimerkiksi säännölliseen kotihoitoon otettaville erilaisia karsivia kriteereitä, jotta voimavarat kohdistuisivat eniten palveluja tarvitseville.

Terveydenhuollon suunnasta katsoen tärkeitä vanhustalouden palveluiden kysymyksiä ja kehittämiskohteita ovat ainakin

- 1) Kotisairaaloiminnan tai vastaavan intensiivisen ja vaativan kotona tapahtuvan sairaanhoidon kehittäminen ja laajentaminen mahdollisimman kattavaksi
- 2) Kotihoidon palvelukyvyyn laajentaminen ja vahvistaminen ns. virka-ajan ulkopuolella siten, että palveluita on saatavilla sekä etukäteen suunniteltuina että odottamatta syntyvissä tilanteissa
- 3) Uusi tapa järjestää ensihoidon palvelut tarjoaa mahdollisuuksia käyttää ensihoidon voimavaroja ja osaamista hyväksi kotisairaanhoidon lisänä sekä suunniteltuina että odottamatta syntyvissä tilanteissa.
- 4) Muistisairauksia sairastavien hyvällä kotihoidon kehittämisellä voidaan välttää tai ainakin vähentää ympärivuorokautiseen hoitoon turvautumista
- 5) Kun kotihoidossa hoidetaan ikääntyneitä ja monisairaita, hoitoon osallistuu väistämättä useita palveluntuottajia. Tällöin hoidon kokonaisuuden hahmottaminen, ja hoitoprosessien ohjaus sekä keskeisen hoidossa tarvittavan tiedon välittyminen ovat avainasemassa.
- 6) Erityyppisissä palveluasumisen kodeissa asuvien terveystaloudet on järjestetty etenkin alueen kaupunkipaikkakunnilla kirjavilla tavoilla. On syntynyt kuva, että ainakin osalle palveluasumisen asiakkaista arkisin päiväaikaan saatavat palvelut eivät riitä, koska palveluasumisen asiakkaita lähetetään runsain määrin päivystykseen etenkin viikonloppuisin.
- 7) Sosiaali- ja terveydenhuollon vanhustalouden palveluiden yhtenä uutena kehittymismahdollisuutena pidetään ikääntyneiden asumisen järjestymistä ns. kampus-periaatteen mukaisesti alueille, joilla on tarjolla erilaisia asumisen vaihtoehtoja, paikan päältä tuotettavia palveluja sekä erilaisia yhteisöllisyyttä tukevia ympäristöjä ja toimintoja.

Kotihoidon vahvistamisen avulla pitäisi voida luoda uskottavia ja toimivia vaihtoehtoja sairaalahoidolle eri tilanteissa, sekä sairaalaan ottamista harkittaessa että myös KYSin tai muun erikoissairaanhoidon sairaalasta kotiutettaessa. Terveystaloudet sairaaloiminnan kapasiteettia on tarpeen supistaa ja siinä tavoitteessa onnistumisen takeeksi tarvitaan hyvin ympärivuorokautisesti toimivaa kotihoitoa.

Edellä esitellyistä syistä luvussa 6 esitetään, että kotihoidon palvelukyvyyn kehittämisestä muodostetaan yksi tämän järjestämissuunnitelman kehittämislinjoista.

2.4. Järjestämissuunnitelmasta annetun asetuksen mukaiset selvitykset eri järjestelyistä

2.4.1. Laajalle väestöpohjalle soveltuvat perusterveydenhuollon palvelut: kunnallisesti järjestetty työterveyshuolto ja ympäristöterveydenhuolto

Suurin osa laajaa väestöpohjaa tai erityisosaamista vaativista erityistehtävistä kuuluu terveydenhuollon palveluiden kokonaisuudessa erikoissairaanhoidon vastuulle. Terveyskeskusten vastuulla olevan työterveyshuollon ja ympäristöterveydenhuollon järjestämisestä on esitetty kuitenkin ainakin näkemyksiä, joiden mukaan näitä palveluja kannattaisi järjestää yhtä terveyskeskusta laajemmilla väestöpohjilla.

Järjestämissuunnitelmasta annetussa asetuksessa on erikseen edellytetty terveyskeskusten järjestämän työterveyshuollon järjestämiskäytännön kirjaamista. Syynä tähän on se, että terveyskeskusten työterveyshuollon yksiköitä on pidetty rakenteiltaan ohuina, yksikkökokoja pieninä ja asiantuntemuksen hankkimisen ja säilyttämisen edellytyksiä paikoin vaarantuvina. Terveyskeskusten yksiköiden on katsottu toimivan usein työterveyshuollon erityisosaajien kouluttajina muille työterveyshuollon tuottajille. Jos työterveyshuollon palvelut mitoitettaisiin nykyistä terveyskeskusrakennetta laajemmalle väestöpohjalle, palveluiden piiriin tulisi riittävästi yritys- ja henkilöasiakkaita tuomaan taloudellinen pohja ja toimintavolyymi erityisasiantuntemuksen hankkimiseksi. Tähänastista suuremmat yksiköt voisivat olla myös aikaisempaa kilpailukykyisempiä palveluiden tuottajina ja erityiskoulutetuista työterveyshuollon työntekijöistä kilpailtaessa.

Pohjois-Savossa kaksi kunnallisella omistuspohjalla toimivaa työterveyshuollon palveluiden tuottajaa toimii terveyskeskusrajat ylittävinä. Näiden vastuulla ovat Kuopion ja sen yhteistoiminta-alueen palvelut, Varkauden sekä Kysterin palvelut. Pienimmissä terveyskeskuksissa harkitaan palveluiden järjestämisen yhteistyötä näiden kunta- ja terveyskeskusrajat ylittävien organisaatioiden kanssa. Etenemistä kohti suurempia väestöpohjia näyttää kuitenkin jarruttavan halu odottaa, millaisia kuntayhteistyön muotoja työn alla oleva sote-uudistus tuo mukanaan.

Ympäristöterveydenhuollon palvelut kunta voi järjestää valintansa mukaan joko kansanterveystyön tai ympäristönsuojelun hallinnon kautta. Tälläkin palvelualalla on koettu hyödylliseksi tehdä perinteistä terveyskeskusten väestöpohjaa laajempaa yhteistyötä. Tällöin voidaan tavoitella esimerkiksi terveydenhuollon erityistä asiantuntemusta tai johtavan hygieenikon ja eläinlääkäreiden palveluiden hyväksikäyttämistä mahdollisimman tehokkaasti.

Taulukkoon 1 on koottu yleiskuva siitä, miten eri kunnissa järjestetään ja tuotetaan perusterveydenhuollon, kunnallisesti järjestettävän työterveyshuollon sekä ympäristöterveydenhuollon palvelut.

Taulukko 1. Perusterveydenhuollon, kunnallisesti järjestettävän työterveyshuollon sekä ympäristöterveydenhuollon järjestämisen ja tuottamisen ratkaisut Pohjois-Savon kunnissa

Kunta	Perusterveydenhuollon palvelut järjestää	Perusterveydenhuollon palvelut tuottaa	Työterveyshuollon järjestämismuoto	Ympäristöterveydenhuollon järjestelyt
Kuopio	Kuopion yta	Kuopion terveyskeskus	Kallaveden työterveys	Kuopion kaupungin oma ympäristöterveydenhuolto; eläinlääkintähuollosta vastaa Siilinjärven kunnan ympäristöterveydenhuollon yta
Maaninka	Kuopion yta	Kuopion terveyskeskus	Kallaveden työterveys	Siilinjärven kunnan ympäristöterveydenhuollon yta
Tuusniemi	Kuopion yta	Kuopion terveyskeskus	Kallaveden työterveys	Siilinjärven kunnan ympäristöterveydenhuollon yta
Juankoski	Pohjois-Savon sairaanhoitopiiri	Kysteri - liikelaitos /Koillis-Savon palveluyksikkö	Soisalon työterveys	Siilinjärven kunnan ympäristöterveydenhuollon yta
Kaavi	Pohjois-Savon sairaanhoitopiiri	Kysteri - liikelaitos /Koillis-Savon palveluyksikkö	Soisalon työterveys	Siilinjärven kunnan ympäristöterveydenhuollon yta
Rautavaara	Pohjois-Savon sairaanhoitopiiri	Kysteri - liikelaitos /Koillis-Savon palveluyksikkö	Soisalon työterveys	Siilinjärven kunnan ympäristöterveydenhuollon yta
Keitele	Pohjois-Savon sairaanhoitopiiri	Kysteri - liikelaitos /Nilakan palveluyksikkö	Soisalon työterveys	Tervon, Suonenjoen, Rautalammin, Vesannon, Pielaveden ja Keiteleen ympäristöterveydenhuollon yta
Pielavesi	Pohjois-Savon sairaanhoitopiiri	Kysteri - liikelaitos /Nilakan palveluyksikkö	Soisalon työterveys	Tervon, Suonenjoen, Rautalammin, Vesannon, Pielaveden ja Keiteleen ympäristöterveydenhuollon yta
Tervo	Pohjois-Savon sairaanhoitopiiri	Kysteri - liikelaitos /Nilakan palveluyksikkö	Soisalon työterveys	Tervon, Suonenjoen, Rautalammin, Vesannon, Pielaveden ja Keiteleen ympäristöterveydenhuollon yta

Kunta	Perusterveydenhuollon palvelut järjestää	Perusterveydenhuollon palvelut tuottaa	Työterveyshuollon järjestämismveloitteen täyttäminen	Ympäristöterveydenhuollon järjestelyt
Vesanto	Pohjois-Savon sairaanhoitopiiri	Kysteri - liikelaitos /Nilakan palveluyksikkö	Soisalon työterveys	Tervon, Suonenjoen, Rautalammin, Vesannon, Pielaveden ja Keiteleen ympäristöterveydenhuollon yta
Leppävirta	Pohjois-Savon sairaanhoitopiiri	Kysteri - liikelaitos /Leppävirran palveluyksikkö	Soisalon työterveys	Keski-Savon ympäristötoimi
Lapinlahti	Lapinlahti	Lapinlahden terveyskeskus	Terveyskeskuksen oma tth	Siilinjärven kunnan ympäristöterveydenhuollon yta
Siilinjärvi	Siilinjärvi	Siilinjärven terveyskeskus	Terveyskeskuksen oma tth	Siilinjärven kunnan ympäristöterveydenhuollon yta
Suonenjoki	Sisä-Savon terveydenhuollon ky	Sisä-Savon terveyskeskus	Terveyskeskuksen oma tth	Tervon, Suonenjoen, Rautalammin, Vesannon, Pielaveden ja Keiteleen ympäristöterveydenhuollon yta
Rautalampi	Sisä-Savon terveydenhuollon ky	Sisä-Savon terveyskeskus	Terveyskeskuksen oma tth	Tervon, Suonenjoen, Rautalammin, Vesannon, Pielaveden ja Keiteleen ympäristöterveydenhuollon yta
Varkaus	Varkaus	Varkauden terveyskeskus	Soisalon työterveys	Keski-Savon ympäristötoimi
Iisalmi	Ylä-Savon sote-kuntayhtymä	Ylä-Savon sote/Iisalmen terveyskeskus	Terveyskeskuksen oma tth	Ylä-Savon soten ympäristönsuojelu ja terveysvalvonta
Kiuruvesi	Ylä-Savon sote-kuntayhtymä	Ylä-Savon sote/Kiuruveden terveyskeskus	Terveyskeskuksen oma tth	Ylä-Savon soten ympäristönsuojelu ja terveysvalvonta
Sonkajärvi	Ylä-Savon sote-kuntayhtymä	Ylä-Savon sote/Sonkajärven terveyskeskus	Terveyskeskuksen oma tth	Ylä-Savon soten ympäristönsuojelu ja terveysvalvonta
Vieremä	Ylä-Savon sote-kuntayhtymä	Ylä-Savon sote/Vieremän terveyskeskus	Terveyskeskuksen oma tth	Ylä-Savon soten ympäristönsuojelu ja terveysvalvonta

Työterveyshuollon palveluissa haetaan mahdollisuuksia siirtyä nykyistä harvempien kunnallisten palveluntuottajien varaan, mutta kentältä saatavien kommenttien valossa tässäkin asiassa odotellaan sote-uudistuksen mukanaan tuomia järjestämisen muutoksia. Ympäristöterveydenhuollossa ei ole terveyskeskuskäyntien valossa erityisiä muutospaineita, vaikka nykyisistä järjestelyistä syntyikin kirjava maakunnan kartta.

2.4.2. Terveyskeskusten käyttämät tietojärjestelmät ja niiden yhteiskäyttö

Pohjois-Savon sairaanhoitopiirin alueen terveyskeskuksissa käytetään jompaakumpaa kahdesta maan yleisimmistä perusterveydenhuollon tietojärjestelmistä (Taulukko 2). Kolmessa terveyskeskuksessa on käytössä Effica-järjestelmä, muissa Pegasos. Pegasosin käytössä on siirrytty uusien ohjelmistoversioiden päivittämisen myötä ns. alue-Pegasokseen. Tämä tarkoittaa sitä, että ohjelmistoissa on yhteisiä alustoja ja toimintoja, joiden kesken on mahdollista siirtyä yhteiskäyttöön yli organisaatorajojen. Suun terveydenhuollon käytössä olevat ohjelmat on koottu myös taulukkoon 2.

Taulukko 2. Terveyskeskusten käytössä olevat avoterveydenhuollon ja suun terveydenhuollon tietojärjestelmät.

Terveyskeskus	Kunta	Avoterveydenhuollon järjestelmä	Suun terveydenhuollon järjestelmä
Kuopion yta	Kuopio	Pegasos	Effica
	Maaninka	Pegasos	Effica
	Tuusniemi	Pegasos	Effica
Siilinjärvi	Siilinjärvi	Effica	Effica
Lapinlahti	Lapinlahti	Effica	Effica
Kysteri	Rautavaara	Pegasos	WinHit
	Juankoski	Pegasos	WinHit
	Kaavi	Pegasos	WinHit
	Keitele	Pegasos	WinHit
	Pielavesi	Pegasos	WinHit
	Vesanto	Pegasos	WinHit
	Tervo	Pegasos	WinHit
	Leppävirta	Pegasos	Effica

Terveyskeskus	Kunta	Avoterveydenhuollon järjestelmä	Suun terveydenhuollon järjestelmä
Ylä-Savon sote	Iisalmi	Pegasos	Effica
	Kiuruvesi	Pegasos	Effica
	Sonkajärvi	Pegasos	Effica
	Vieremä	Pegasos	Ewffica
Sisä-Savon thky	Suonenjoki	Pegasos	WinHit
	Rautalampi	Pegasos	WinHit
Varkauden yta	Varkaus	Effica	Effica

Sairaanhoitopiirin palveluissa sekä sairaanhoitopiirin ja Kuopion kaupungin yhteisessä Kuopion psykiatrian keskuksessa (KPK) käytetään Uranus-ohjelmistoa.

Taulukossa 2 lueteltujen ohjelmistojen lisäksi sairaanhoitopiirin alueella on monia muita ohjelmistoja ja tietoteknisiä yhteydenpitojärjestelmiä mm. laboratorion palveluiden, radiologisten tutkimusten arkistoinnin ja tuoreimpana EKG-rekisteröintien aloilla.

E-resepti on otettu vaiheittain käyttöön alueen terveyskeskuksissa ja erikoissairaanhoidon palveluissa. Käytön odotetaan kattavan koko julkisen sektorin terveystalouden vuoden 2013 loppuun mennessä.

Tietojen siirtäminen Kanta-arkistoon on käynnistynyt kokeiluluonteisesti Kuopion terveyskeskuksesta, joka toimii asiassa pilottiterveyskeskuksena. Siirtämisen odotetaan yleistyvän nopeasti ja muuttavan Kanta-arkistoa kohti reaaliaikaista tiedon välittäjänä toimimista passiivisena tietovarastona toimimisen asemesta, niin kuin varhaisimmissa visioissa oletettiin.

Tietojärjestelmien yhteiskäyttöä kohtaan on vuosien mittaan nostettu paljon odotuksia. Niissä sairaanhoitopiireissä, joissa erikoissairaanhoidossa ja perusterveydenhuollossa on käytössä sama ohjelmisto, yhteisyyden etuja kiitetään ja yhteiskäytöstä raportoidaan syntyvän yllättävän paljon käytännön tason etuja.

Pohjois-Savon sairaanhoitopiirissä tällaista yhteiskäyttöä ei ole toistaiseksi voitu suunnitella. Koska tietojärjestelmäinvestoinnit on tehty nykyisille pohjille, on mahdollista, että asiassa jäädytään pitkäksi ajaksi odottelevalle kannalle ja samalla seurataan, mitä maassa käynnistyvissä kattaviksi terveydenhuollon tietojärjestelmiksi tähtävissä uudishankkeissa saadaan aikaan.

Erityisen ongelmallisina pidetään niitä palvelupaikkoja, jotka toimivat terveyskeskusten ja sairaanhoitopiirin palveluiden rajapinnoilla – esimerkiksi yhteispäivystyksessä ja ensihoidossa. Perusterveyden-

huollon kannalta olisi hyvin tärkeää selvittää, olisiko otettavissa käyttöön yksinkertaisia tapoja välittää kaikkein keskeisimpiä potilastietoja yli ohjelmistorajojen. Tällaisia tietokokonaisuuksia voisivat olla henkilötietojen ja niihin liittyvien ns. kriittisten tietojen (esim. allergiat) lisäksi hoitosuunnitelma sekä lääkehoidon listat. Tällaisten tietojen välittymistä varten jouduttaisiin rakentamaan uusia ja oletettavasti kalliiksi käyviä yhteyksiä eri ohjelmistojen välille. Jos kanta-arkistoon siirrettävien tietojen yhteiskäyttö saataisiin etenemään niin nopealla aikataululla ja toimimaan niin hyvin kuin rohkeimmissa näkemyksissä odotetaan, erillisiä uusia yhteyksiä ei kannattaisi ryhtyä rakentamaan.

Joka tapauksessa tärkeää olisi kehittää eri osapuolten toimesta sellaista kertomusjärjestelmiin kirjaamisen kulttuuria, jossa kirjaaminen tapahtuisi yhteisesti sovittuja rakenteita käyttäen ja joissa laadittaisiin ainakin toistuvasti palveluita tarvitsevista hoitosuunnitelma, joka välittäisi tarpeellista perustietoa eri toimijoille. Lisäksi tärkeää olisi esimerkiksi päivystyspisteiden kannalta saada näkyville tiedot allergioista sekä ajan tasalla oleva lista säännöllisesti käytössä olevasta lääkityksestä. Järjestämissuunnitelmalla sovitaan, että terveydenhuollon eri toimijoita kannustetaan kehittämään omissa järjestelmissään näitä keskeisiä tietoja sisältäviä tietojen kokonaisuuksia.

2.4.3. Yhteistyö hankintatoimessa

Alueen kunnat ovat kaikki IS-Hankinta Oy:n osakkaita ja käyttävät tätä hankintakanavaa omien ohjeistustensa mukaan porrastetusti merkittäviin hankintoihin. Järjestämissuunnitelman valmistelun aikana ei ole tullut esille mitään merkittäviä ongelmia tai kehittämisen tai uudelleen sopimisen tarpeita hankintatoimessa.

2.4.4. Yhteistyö lääkehuollossa

Pohjois-Savon sairaanhoitopiirin lääkekeskus on kooltaan ja merkitykseltään tärkeä yhteistyön keskus. Sen toimialue kattaa laajan alueen sairaanhoitopiirin keskialueesta. Iisalmi, Lapinlahti ja Varkaus tosin vastaavat itse omasta lääkehuollostaan. Lääkekeskus kilpailuttaa sairaaloiden, terveyskeskusten ja vanhuspalveluiden laitospalveluyksiköiden lääkehankinnat ja saa nämä toteutetuksi todella edulliseen hintaan. Pääpaino lääkekeskuksen toiminnassa on jo volyymin vuoksi KYSin lääkehuollossa. Lääkehuollon palveluiden piiriin voitaisiin ottaa lisää kuntia ja toimipaikkoja, mutta lääkekeskuksen tilat eivät nykyisellään ennen uudisrakennuksen valmistumista salli merkittävää laajentumista.

Tulevaisuudessa varaudutaan laajentamaan lääkekeskuksen palvelua. Annospusseihin jakelu on tärkeä kehittämistehtävä, samoin on lääkehoidon laatua ja turvallisuutta lisäävä osastofarmaseuttitoiminta sairaalaosastoilla. Lääkekeskus voisi varautua myös vastaamaan palveluasumisen yksiköiden asiakkaiden lääkehuollosta.

2.4.5. Yhteistyö laboratoriopalveluissa

Laboratoriotutkimuksista sairaanhoitopiirin alueella vastaa vuonna 2008 perustettu Itä-Suomen laboratoriokeskuksen liikelaitoskuntayhtymä ISLAB. ISLAB kattaa Pohjois-Savon lisäksi Pohjois-Karjalan, Etelä-Savon ja Itä-Savon alueet. Kaikki alueen jäsenkunnat ovat siirtäneet laboratoriopalveluiden tuotantovastuun ISLABille.

ISLABin yksi neljästä aluelaboratoriosta sijaitsee Kuopiossa KYSin yhteydessä. Toiminnan periaattee-

na on, että laboratoriotoiminta toteutetaan yhdenmukaisilla menetelmävalinnoilla ja tuotantotavoilla koko alueella. Erikoistutkimuksia on keskitetty Kuopion, Joensuun, Mikkelin ja Savonlinnan keskuslaboratorioihin, mutta merkittävä osa analyyseista tehdään yhä terveyskeskusten yhteydessä toimivissa lähilaboratorioissa. Yhteinen tietojärjestelmä mahdollistaa nopean palvelun myös keskitetysti tuotettavissa tutkimuksissa ja tulokset ovatkin sähköisten yhteyksien avulla saatavilla näytteenottoaamua seuraavana iltapäivänä. Näytteenotto toimii hajautetusti alueen terveyskeskuksissa ja sairaaloissa. Tietojärjestelmäratkaisut mahdollistavat sen, että potilaat voivat vapaasti valita itselleen parhaiten sopivan näytteenottopisteen.

Uuden organisaation ja toimintatavan rakentaminen on ollut ISLABin henkilöstölle usean vuoden ponnistus. Toiminnan laatutaso on onnistuttu pitämään korkeana ja akkreditointi on ulotettu kaikkiin alue-laboratorioihimme. Paikallisissa neuvotteluryhmissä tehdään säännöllistä yhteistyötä asiakastahojen kanssa. ISLABin toiminta on saanut säännöllisesti kiitosta. Viiden vuoden ajan on voitu toimia ilman hinnankorotuksia, mikä kuvastaa sitä, että toimintatapojen suunnittelulla ja yhdenmukaistamisella on saatu aikaan merkittäviä kustannussäästöjä.

2.4.6. Yhteistyö muiden diagnostisten palveluiden järjestämisessä

Perusterveydenhuollon palveluiden joustavan tuottamisen kannalta on tärkeää, että yleislääkäreiden työn tueksi on saatavilla ilman merkittäviä viivytyksiä lääkärin tarvitsemia diagnostisia tutkimuksia. Tällaisia ovat ennen kaikkea endoskopiattutkimukset, ultraäänitutkimukset sekä muut kuvantamistutkimukset, rasitus-ekg -tutkimukset, ENMG-tutkimukset sekä eräiden erikoisalojen erityiskonsultaatiot, esimerkiksi muistisairauksien toteamiseksi.

Järjestämissuunnitelmaa varten on selvitetty kunkin terveyskeskuksen nykyisin käyttämät palvelut ja järjestelyt. Palveluita hankitaan laajalti yksityissektorin asiantuntijoilta sekä niillä paikkakunnilla, joilla oman kunnallisen hallinnon alaisuudessa on erikoissairaanhoidon palveluja, kyseisten palveluiden tuottajilta. Terveyskeskusten johtavat lääkärit toivoisivat nykytilanteeseen verrattuna vielä keskitetymin järjestettyjä ja tarvittaessa valmiiksi kilpailutettuja palveluja. Kuvantamispalveluista toivottaisiin maakunnan laajuista organisaatiota, joka huolehtisi siitä, että kuvantamisalojen erikoislääkärin palveluita on keskeytysittä saatavissa kohtuullisin kustannuksin.

Näiden järjestäminen ja järjestämisessä toteutuva työnjako on yhtenä erityiskohteena sairaanhoitopiirin tuottavuusohjelmassa. Tämän vuoksi uusia yhteisiä ratkaisuja ei ole ryhdytty erikseen rakentamaan järjestämissuunnitelmatyön osana, vaan odotetaan tuottavuusohjelmassa syntyviä ehdotuksia.

2.4.7. Yhteistyö henkilöstöhallinnon alalla rekrytoinnissa ja koulutuksessa

Terveydenhuollon ammattilaisten rekrytointi on muuttumassa taloudellisista suhdanteista ja yleisistä työllisyysnäköymistä riippumatta jatkuvasti aikaisempaa haasteellisemmaksi. Pohjois-Savon sairaanhoitopiirin alueella suurimpana ongelman tulee varmaankin olemaan sairaanhoitajien rekrytointi. Sairaanhoitajien eläkkeelle siirtymisen huippuvuotia tulevat olemaan 2018-2019 (Kinnunen 2012).

Pohjois-Savon sairaanhoitopiirillä on Etelä-Savon, Pohjois-Karjalan ja Itä-Savon sairaanhoitopiirien kanssa yhteinen alueellinen rekrytointiohjelma, jonka avulla haetaan yhteisiä toimintalinjoja, luodaan

yhdessä vetovoimaisuutta alalle ja pyritään laajentamaan rekrytoinnissa tarvittavaa yhteistyötä koko erityisvastuualueen erikoissairaanhoidon sekä perusterveydenhuollon ja sosiaalipalveluiden rekrytointitoiminnan kattavaksi. Ohjelmassa puhutaan yleisesti Itä-Suomen vetovoimaisuudesta. Alueella on yhteinen hanke maahanmuuttajataustaisten ammattihenkilöiden osaamisen saamisesta käyttöön. Lisäksi yksittäisillä työnantajilla on joko omia tai osin yhteisiä toimia, joilla työvoimaa etsitään muista Euroopan maista ja valmennetaan tulijakandidaatteja Suomen olojen ja kielen varalta. Ohjelmaan sisältyy Suomessa annettavaa koulutusta suomenkielen ja maan kulttuurin alalta.

Yksittäiset suuremmat kunnat käyttävät Kuntaliiton Kuntarekryä rekrytoinnin tietoteknisenä työkaluna eri ammattiryhmiin kuuluvien rekrytoinnissa. Terveyskeskuksilla ja sairaaloilla on omia rekrytointitoimintojaan lääkäri- ja hammaslääkäri-työvoiman rekrytoinnin tehostamiseksi. Perusterveydenhuollon yksikkö on mukana muiden yliopistollisten sairaanhoitopiirien kanssa tukemassa valtakunnallista yleislääkäri-työvoiman rekrytointia vahvistavaa ja yleislääkärin tehtäväkuvaa julkisuudessa selkeyttävää TKrekry-toimintaa, joka toimii internet-pohjaisesti.

Rekrytoinnissa pidetään tärkeänä yhteistyötä alan koulutusyksiköiden kanssa. Kuopiossa koulutettavat lääkärit saavat edelleenkin maassa pisimmän kokemuksen terveyskeskustyöstä terveyskeskusopetusjaksojen myötä. Hammaslääketieteen koulutuksessa on rakennettu uusi yhteistyöpohja Kuopion kaupungin kanssa. Savonian ammattikorkeakoulun ja Sakky:n kanssa on neuvoteltu harjoittelupaikkojen lisäämisestä Pohjois-Savon kaikilla terveysasemilla. Tavoitteena on terveyskeskustyön tutuksi tekeminen.

Työvoiman saatavuuden turvaamisen kannalta yhteistyö ja yhteinen suunnittelu eri aloille koulutettavien tarpeen ja koulutettavien määrrien yhteen sovittamiseksi on tärkeää. Asiaa käsitellään säännöllisesti alueellisessa hoitotyön asiantuntijaryhmässä, jossa eri tahot ovat edustettuina.

2.4.8. Apuvälinepalvelut ja suunnitelma apuvälinepalvelun yhdistämisestä

Valtaosassa maan sairaanhoitopiirejä on otettu käyttöön yhteinen apuvälinepalvelu. Tällainen palvelu toimii monessa suhteessa asemansa ja etunsa jo vakiinnuttaneiden sairaanhoitopiirin laajuisten tukipalveluiden (esimerkiksi laboratoriopalvelut, kuljetukset, lääkehuolto, hankintatoimi jne.) tavoin.

Pohjois-Savo varten on laadittu suunnitelma yhteisestä apuvälinepalvelusta erillisen hankeprojektin tuloksena. Suunnitelman periaatteena on apuvälinetoiminnan ja tärkeimpien apuvälineiden hallinnan, luovutuksen, huollon, hankinnan ja käytön periaatteiden yhdistäminen ja yhtenäistäminen. Yhteinen apuvälinetoiminta korvaisi joko kokonaan tai pääosin sen apuvälinepalvelun, jota terveydenhuollon toimintaorganisaatioilla on käytössään nykyisin. Apuvälineistä kehitettäisiin monikäyttöisiä huollon, tarpeellisten korjausten ja toimivan logistiikan avulla. Lisääntynyt asiantuntemus varmistaisi sen, että hankitaan hintaansa nähden hyödyllisiä ja kestäviä apuvälineitä.

Suunnitelmaan sisältyy useita toimintojen yhdistämisä, minkä seurauksena olisi erilaisten rationaalisointihyötyjen saaminen eri osapuolille.

Pohjois-Savon kunnat tai ainakin kuntien enemmistö ei ole ollut ainakaan vielä vuoden 2013 aikana valmis sitoutumaan sairaanhoitopiirin ehdottamaan päätökseen yhteiseen apuvälinepalveluun siirtymisestä. Epäluuloja on herättänyt kustannusten kasvu nykytilanteeseen verrattuna. Suunnitelman valmis-

telijat taas ovat osoittaneet laskelmillaan, että kokonaisuudessaan yhteinen järjestäminen säästää kustannuksia, kun kaikki kustannustekijät otetaan oikein perustein huomioon. Tavoitteena on edelleen yhdistetyn apuvälinepalvelun rakentaminen mahdollisimman nopealla aikataululla odottamatta sote-uudistuksen ratkaisuja.

Tähän järjestämissuunnitelmaan sisältyy nyt kuntien sitoumus yhteiseen apuvälinepalveluun siirtymisestä vuoden 2015 alusta lähtien.

2.4.9. Ensihoito

Ensihoitopalvelun järjestämisvastuu siirrettiin terveydenhuoltolain säätämisen myötä sairaanhoitopiirille. Lain lisäksi palvelusta on annettu sosiaali- ja terveysministeriön asetus.

Palvelusta järjestämisestä on sairaanhoitopiirissä vastannut vuoden 2012 alusta KYS:n palveluyksikkö PY 270 Ensihoitopalvelut. Ensihoidon toiminta rahoitetaan sairaanhoitopiirin kunnilta 30 % asukasluokan perustavana ja 70 % ko. kunnan alueelle kohdistuvana palveluna. Siirtyminen aikaisemmasta ratkaisultaan varsin kirjavasta terveyskeskuskohtaisesta toimintamallista nykyiseen vaatii paljon suunnittelua. Ratkaisuun sisältyy palvelun tason ja valmiuksien nostamista yhtäläisten perusteiden mukaiselle tasolle. Monille kunnille muutos merkitsi kustannusten nousua. Tästä heräsikin siirtymävaiheessa paljon kritiikkiä uudistusta kohtaan.

Ensihoidon toiminta on väestön asumisen ja toiminnan luonteen vuoksi kaikkialla maassa rakennettu lakisääteisten palvelutasopäätösten pohjalle. Palvelutasopäätöksessä määritellään eri riskialuealuokille tavoitteelliset saatavuusajat kiireellisyydeltään ja luonteeltaan erilaisille ensihoitopalvelun tehtäville. Palvelutasopäätös vahvistetaan sairaanhoitopiirin valtuustossa. Sen avulla pyritään varmistamaan paras mahdollinen ensihoitopalvelu ja –vaste ottaen realistisesti huomioon maantieteelliset olot ja muut palveluiden tarpeeseen vaikuttavat tekijät.

Pohjois-Savon sairaanhoitopiiri hallinnoi KYS:n erityisvastuualueen yhteistä ensihoitokeskusta. Keskus vastaa alueellaan ensihoitolääkäritasoisista palveluista alueellaan. Tähän sisältyvät mm. lääkärihelikopteritoiminnasta ja viranomaisradioverkon toiminnasta vastaaminen koko laajalla alueella.

Pohjois-Savon omalla alueella ensihoitopalveluiden tuotanto jakautuu pääosin kahden palveluiden tuottajan kesken. Sairaanhoitopiirin omana toimintana tuotettavassa palvelussa toimii 20 ambulanssia ja 8 potilassiirtoyksikköä. Pohjois-Savon pelastuslaitoksen tuottamista palveluista vastaa 9 ambulanssia ja 28 erilaista ensivasteyksikköä. Palveluntuottajien joukossa on yksi yksityinen yritys vuoden 2013 loppuun, jonka jälkeen myös ko. alueen toiminta siirtyy sairaanhoitopiirin omaksi toiminnaksi. Tavallinen palvelu jaetaan palvelun luonteen ja vaativuuden mukaisesti ensivasteyksiköiden, perustason ensihoidon yksiköiden, ja hoitotason ensihoidon yksiköiden kesken. Alueella on oma kenttäjohtaja, jolle kuuluu kokonaisuuden ohjaaminen. Ensihoidolla on myös tärkeä rooli erilaisissa valmius- ja varautumissuunnitelmissa, suuronnettomuuksissa sekä suurten yleisötilaisuuksien ja tapahtumien poikkeusjärjestelyissä.

Ensihoidon tehtävät on määritelty terveydenhuoltolaissa ja ensihoitopalvelua ohjaavassa asetuksessa. Niiden lisäksi ensihoitopalvelu voi sopia perusterveydenhuollon järjestämisestä vastaavien yksiköiden

kanssa perusterveydenhuoltoa tukevaan työhön osallistumisesta. Tähän voi sisältyä tehtäviä terveys- asemilla sekä kotihoidossa olevien asiakkaiden luona. Näiden tehtävien suorittaminen ei saa häiritä laissa ja asetuksessa määriteltyjen palvelujen tuottamista.

Pohjois-Savon alueella on saatukin hyviä kokemuksia yhteistyöstä kotihoidon kanssa. Ensihoitohenkilökunta on voinut suorittaa joko suunniteltuja käyntejä tai myös tavallisista toimeksiannoistaan poikkeavia ei-suunniteltuja käyntejä muiden tehtävien lomassa. Henkilöstön asiantuntemus soveltuu yleensä varsin hyvin tällaisiin tehtäviin. Tällainen yhteistyö tarjoaa kummankin osapuolen kannalta merkittävää lisäarvoa ja tukea kotiin tuotettaville palveluille, joiden kehittäminen on tärkeä painopiste tulevaisuuden sosiaali- ja terveyspalveluissa. Toimintaa voidaan suunnitella joko kotisairaalan nimellä tai muuna kotihoitona, jonka osana on vaativaa kotisairaanhoidopalvelua.

Ensihoitopalvelu on kuntien yhteistyötä ja järjestämissuunnitelmaa ajatellen saatettu hiljattain uudelle yhteistyöpohjalle. Järjestämissuunnitelmakaudella toimintaa kehitetään uuden rakenteen ja sen pohjana olevien päätösten viitoittamana. Ensihoidon kannalta tärkeitä tulevaisuuden suunnitelmiin vaikuttavia kysymyksiä ovat kysymykset perusterveydenhuollon päivystyspisteiden verkosta tulevaisuudessa sekä ensihoidon roolin suunnittelu sellaisten terveyskeskusten sairaalahoidon tueksi, joilla ei ole ympärivuorokautista lääkäripäivystystä. Tärkeää olisi myös valmius- ja varautumissuunnitelman laajentaminen koko maakuntaa koskevaksi normaaliaikojen häiriötilanteita ajatellen sekä näihin liittyen perusterveydenhuollon vastuun ja roolin selkiyttäminen.

2.4.10. Yhteistyö erityistilanteisiin varautumisessa

Erityistilanteilla tarkoitetaan tässä erilaisia suuronnettomuuksia tai muita onnettomuuksia, joissa onnettomuuden luonne, sen välittömät ja ajallisesti viivästyenkin ilmaantuvat vaikutukset vaativat erityistoisia. Näistä tilanteista on säädetty erityisen seikkaperäisesti eri laeissa, joita on peräti noin 10 eri lakia. Lääkinnällinen varautuminen kattaa laajana kokonaisuutena ennalta ehkäisevät toiminnot, varautumissuunnitelmat ja käytännön työn kentällä ja eri toimipaikoissa. Näistä asioista on olemassa yksityiskohtaiset suunnitelmat eri tasoilla. Kattavimman suunnitelman on laatinut KYS suuronnettomuuksien varalta. Terveyskeskuksilla tulee olla omat suunnitelmat, jotka nivELYVÄT soveltuvilta osin KYSin suunnitelmaan, mutta ottavat huomioon paikkakunnan erityiset liikenteen, teollisuuden tms. tekijöiden muodostamat riskit.

KYSin lääkinällisen pelastustoiminnan suunnitelmassa suuronnettomuudeksi määritellään tilanne, jossa alkuvaiheessa arvioitu vammautuneiden lukumäärä on yli kymmenen ja joista osa on vaikeasti vammautuneita. Yksityiskohtainen suunnitelma, joka määrittelee toimijat nimikkeitä ja puhelinnumeroja myöten perustuu tilanteen ja tarvittavien toimien laajuuden ja määrien arvioinnille. Suunnitelmassa annetaan ohjeet kenttätehtäviin lähteville sairaalan eri yksiköiden varautumisesta suuronnettomuuden varalle. Suunnitelmiin sisältyy tarvittaessa yhteydenottoja terveyskeskuksiin, joista hälytetään ammatihenkilöitä paikalle. Tiedotusvastuu onnettomuustapahtumasta kuuluu poliisi- ja pelastusviranomaisille, mutta sairaala varautuu antamaan tietoa hoitoon tulleiden lukumääristä ja vammautumisen vaikeusasteesta.

Psykososiaalinen tuki on tärkeä osa erityistilanteisiin varautumisessa. Pohjois-Savon sairaanhoitopiiris-

sä varautumissuunnitelmiin sisältyy Psykososiaalisen tuen ja palveluiden toimintaohje (hallinnollinen ohje 33/2012) siitä, kuinka psykososiaalisen tuen palvelut koordinoidaan ja järjestetään yli kuntarajojen menevässä moniviranomaisyhteistyötä vaativassa normaaliajan häiriötilanteessa tai suuronnettomuuden aikana. Tämä ohje on osa alueellista valmiussuunnitelmaa, joka tullaan liittämään valmiussuunnitelmiin ERVA- portaaliin.

Suuronnettomuustilanteissa toimintavastuussa olevan tilannekeskuksen henkilökuntaan kuuluu psykiatrian klinikan nimeämä vastuuhenkilö, joka toimii yhdyshenkilönä Puijon sairaalan psykiatrissa kriisityötä toteuttaviin ryhmiin sekä uhrien ja omaisten kotikuntien terveyskeskusten kriisiryhmiin tilanteen vaatimalla tavalla. Tilannekuvan perusteella sairaaloiden ja terveyskeskusten sisäinen toiminta muuteen tilanteen vaatimalle tasolle. Kuopion hätäkeskus hälyttää asialle myös sosiaalipäivystyksen siinä laajuudessa kuin on tarpeellista.

KYSin suuronnettomuushälytystilanteessa sairaalan sisäisen hälytysketjun kautta perustetaan kriisitukikeskuksen alaisuudessa toimiva kriisityön arviointiryhmä. Laajoissa suuronnettomuuksissa perustetaan myös kriisitukikeskus. Nämä ryhmät vastaavat KYSiin tuotujen onnettomuuden uhrien ja heidän KYSiin tulneiden omaistensa kriisituen ja jatkohoidon tarpeen arviosta. Suuronnettomuustilanteessa ja normaaliajan poikkeustilanteissa alueen terveyskeskuksissa toimivat kriisiryhmät hälytetään mukaan sovitun hälytysketjun mukaisesti. Laajemmissa tilanteissa hälytetään lisäksi paikallisen kriisityön yhteistyöverkosto (paikallisseurakunta, SPR, Vapaaehtoinen pelastuspalvelu) ja lisäresurssia voidaan pyytää lähikuntien kriisiryhmiltä.

Jos onnettomuustilanne on laaja, kriisityön tarpeisiin voidaan hälyttää sairaanhoitopiirin alueellinen hälytysryhmä. Ryhmä tekee yhteistyötä paikallisen toimijan kanssa ja laatii tilannekuvan perusteella toimintasuunnitelman paikallisen kriisityön tukemisesta ja tiedottaa lisäresurssitarpeesta. Tarvittaessa KYSin psykiatrian palveluyksiköistä irrotetaan tarvittava määrä henkilökuntaa paikalliseen kriisityöhön. Jos KYSin psykiatrian palveluyksikön avohoidon resurssit eivät tähän riitä, lisäresursseja järjestetään aikuispsykiatrian vuodeosastoilta. Jos tapahtuma koskettaa lapsiperheitä, tarvittaessa mukaan kutsutaan lastenpsykiatrian klinikan henkilökuntaa.

2.4.11. Potilasturvallisuuden edistäminen

Potilasturvallisuus on noussut terveydenhuollon asialistoissa tärkeälle sijalle koko maassa. Asia on esillä valtakunnallisissa tavoitteissa ja ohjelmissa. Pohjois-Savon alueella potilasturvallisuuden edistäminen etenee siten, että Pohjois-Savon sairaanhoitopiirin (PSSHP) potilasturvallisuussuunnitelma on potilasturvallisuustyön perusta. Sairaanhoitopiiri ja sen alaiset organisaatiot toimivat kehittämisen kärkinä; terveyskeskusten odotetaan osallistuvan potilasturvallisuuden kehittämiseen laatimalla omat potilasturvallisuussuunnitelmansa samanlaisella formaatilla kuin sairaanhoitopiirikin on tekemässä.

Sairaanhoitopiirin suunnitelmaan on sisällytetty potilasturvallisuuspolitiikka, potilasturvallisuusjärjestelmä sekä keskeisimmät potilasturvallisuuden varmistamiseen liittyvät käytännöt ja menetelmät. Perustana ovat sairaanhoitopiirin toiminta-ajatus, visio, eettiset periaatteet sekä strategiset päämäärät. Potilasturvallisuus on osa sairaanhoitopiirin kokonaisvaltaista riskienhallintaa, josta kokonaisvastuu on sairaanhoitopiirin johtajalla. Sairaanhoitopiirin yhteiset laatuavoitteet korostuvat sairaanhoitopiirin

tuottavuusohjelmassa ja yhtenäistävät eri yksiköiden laadunhallinnan järjestelmiä.

Kokonaisvastuu potilasturvallisuudesta ja sen edellytyksistä on PSSHP:n kuntayhtymän johtoryhmällä. Jokapäiväisessä käytännön toiminnassa jokainen yksikkö ja työntekijä ovat potilasturvallisuuden ”etulinjassa”. Vaikuttavat, näyttöön ja käypä hoito– sekä hoitotyön suosituksiin perustuvat toiminnot ja yhteiset käytännöt, osaamisen kehittäminen sekä jatkuva parantaminen luovat perustan potilasturvallisuudelle.

Jokainen organisaatio määrittelee omassa potilasturvallisuussuunnitelmassaan potilasturvallisuuden kokonaisvastuussa olevan henkilön sekä organisaation toimijoiden välisen yhteistyön ja vastuunjaon. Vastuut jakautuvat siten, että organisaation ylimmällä johdolla on kokonaisvastuu laadun ja riskien hallinnasta ja strategisista valinnoista, sekä tarvittavien voimavarojen osoittamisesta. Linjaorganisaatiot ja muu alemman portaan johto huolehtivat siitä, että potilasturvallisuustyö ulotetaan toiminnan suunnitteluun, arviointiin ja esimerkiksi hankintoihin. Lähiesimiehet vastaavat taas siitä, että potilasturvallisuuden periaatteet ulotetaan päivittäiseen työhön ja myös työhön perehdyttämiseen. Nykyaikaisen potilasturvallisuustyön perusta on työyhteisön yhteinen sitoutuminen ja yhteinen kehittäminen. Toiminnassa ei haeta syyllisyyksiä, vaan yhteistä oppimista ja yhteisiä ratkaisuja.

Potilasturvallisuuden toteuttamiseksi tarvitaan omissa rooleissaan toimivia asiantuntijoita, joita tarvitaan eri alueilla ja toiminnoissa, esimerkiksi lääkehoidon, infektioiden ja tartuntatautien aloilla. Sairaanhoitopiirissä potilasturvallisuutta ylläpidetään ja kehitetään alueellisesti, ja keskeinen työryhmä on alueellinen potilasturvallisuusneuvosto, jonka ohjausryhmänä toimii sairaanhoitopiirin kliininen valio-kunta (KLIVA). Alueellinen potilasturvallisuusneuvosto ohjaa alueellista potilasturvallisuustyötä. Organisaatioissa voi toimia myös muita potilasturvallisuuteen läheisesti liittyviä moniammatillisia työryhmiä, kuten esimerkiksi lääkehoito- ja hygieniatyöryhmä. Työryhmien tehtävät määritellään organisaatiokohtaisesti.

Sairaanhoitopiirien potilasturvallisuusverkosto toimii kiinteässä vuorovaikutuksessa toimintayksiköiden ja kansallisten toimijoiden välillä, välittää kokemusta, tietoa ja tukea verkoston sisällä. Harkinnan mukaan ollaan mukana erilaisissa potilasturvallisuutta edistävissä hankkeissa. Organisaation johdon vastuulla on yhteen sovittaa turvallisuus- ja valmiussuunnitelmat yhteistyössä pelastusviranomaisen ja tarvittaessa poliisin kanssa.

2.4.12. Palveluiden ja järjestämissuunnitelman perustaminen väestön terveysseurantatietoihin ja palvelutarpeeseen

Järjestämissuunnitelmasta annetun asetuksen mukaan palveluiden suunnittelun pitää perustua väestön terveysseurantatietoihin ja palvelutarpeeseen. Lisäksi todetaan, että palveluiden toteutumista on tarpeen seurata ja käyttää näin saatavaa tietoa palveluiden suunnittelussa. Nämä periaatteet ovat luonnollisesti hyvin perusteltavissa ja kannatettavia. Valitettavasti se tieto, jota suomalaisesta väestöstä on näihin tarpeisiin saatavissa, on kirjavaa eikä siitä kovin suurta osaa voi muuntaa suoraan palveluita ohjaamaan.

Sosiaali- ja terveysalaa koskevaa tietoa kerätään eri tilastoviranomaisten toimesta kerääjien keskinäisen sopimuksen mukaisilla tavoilla. Alan kannalta oivallinen mahdollisuus tietojen hyödyntämiseen on THL:n ylläpitämä Sotkanet-tietokanta, johon on koottu eri lähteistä kattavasti alaa koskevat tai sivuavat tilastot (Sotkanet 2013). Tietokannan hyödynnettävyyttä haittaa tietojen suuri määrä sekä se, että tietokanta antaa parhaan hyödyn, jos käyttäjä ovat harjaantuneita etsimään tietoja ja myös muokkaamaan niitä vertailuja tai muita hyötytarkoituksia varten.

Taulukkoon 3 on koottu esitys otsikon tarkoittamasta erityyppisestä tiedosta, sen lähteistä ja sovelluksista terveyspalveluiden arvioinnissa ja suunnittelussa.

Mahdollisuuksia suunnitella ja räätälöidä terveyspalvelut palveluiden tarvetta koskevan tiedon varaan on korostettu Suomessa. Samoin on erityisesti pidetty tärkeänä ennaltaehkäisevien palveluiden ja terveyden edistämisen suunnittelemista ja kohdistamista väestöstä hankittavan tiedon varaan. Tarvittavan ja hyödynnettävissä olevan tiedon muoto ja ominaisuudet asettavat kuitenkin omat rajansa. Väestörakennetta koskevat tiedot ja väestöennusteet ovat tärkeä kulmakivi palveluiden suunnittelua ja mitoittamista varten. Sen sijaan Pohjois-Savon tilannetta ajatellen, tärkeimmät kansansairauksien haasteet ovat luonteeltaan ja profiililtaan kaikissa kunnissa varsin samanlaiset, kunhan ottaa huomioon kuntien välillä vallitsevat erot ikärakenteissa. Mielenterveyden vakavien häiriöiden esiintyvyys on Pohjois-Savossa eri indikaattorilukujen valossa korkea. Tätä tietoa voidaan käyttää perustelemaan sekä avohoidon vastaanottopalvelujen että kuntoutus- ja asumispalveluiden muuta maata suurempaa tarvetta. Kuntien hyvinvointityössä on tullut esille odotuksia tarkentavista tiedoista esimerkiksi päihdeongelmien, huumeiden käytön yleisyyden sekä nuorten syrjäytymisen asioista. Valitettavasti näitä asioita koskevia yksinkertaisia ja luotettavia kuntakohtaisia indikaattoreita ei ole vakiintuneissa tilastotiedoissa. Esimerkiksi alkoholin myyntitilastot voivat heijastaa kaupan ja maakunnassa asioinnin yleisiä rakenteita. Viitteitä voidaan saada toki kouluterveystutkimuksista ja muista erillistutkimuksista.

Monet taulukossa 3 esiteltävät tiedot ovat luonteeltaan sellaisia, että niiden hyödyllisintä käyttöä valtakunnallisen vertailun rinnalla olisi kerätä tiivis nippu avainasemassa olevia indikaattoritietoja ja seurata tiedoissa tapahtuvia muutoksia aikasarjoina.

Terveyspalveluista koottavan tiedon hyödynnettävyyttä heikentää avohoidon tilastoinnin vakiintumattomuus. Avo-HILMO:n nimellä tunnettua tiedonkeruuta, jonka tulisi olla valtakunnallisesti velvoitteellista, ei toteuteta kattavasti eikä tietojenkeruun instrumenttia koko laajuudessaan käyttäen. Tässä tiedonkeruussa kirjataan kunnallisen perusterveydenhuollon toiminnasta tiedot palveluiden käyttäjien ja ammattilaisten välisistä kohtaamisista, joko vastaanotoilla tai myös puhelimitse silloin, kun puhelinkontaktista tallennetaan tiedot kertomusjärjestelmään. Tiedot voidaan jakaa kolmeen ryhmään: 1) käynnejä / kontakteja koskevat yleistiedot, ”koordinaatit”, 2) käynnin syy ilmaistuna joko ICD10-luokituksen tai vaihtoehtoisesti ICPC-järjestelmän koodeina sekä 3) käynnillä annettua palvelua tai toimenpidettä koskevat tiedot, joita kootaan SPAT-nimisellä järjestelmällä (Rautiainen ja Saukkonen 2012). Tietojen keruu ontuu useista syistä, eikä terveyskeskuksen tietoja voi pitää luotettavina ennen kuin on selvitetty, miten kattavasti tiedot täytetään ja täytetäänkö kaikkien kolmen tietoryhmän tiedot. Ongelmat liittyvät sekä tietotekniikkaan että yhteisten tiedonkeruuseen päättäväisesti ryhtymisen pää-

tösten puuttumiseen.

Perusterveydenhuollon palveluiden arvioinnin, suunnittelun ja myös tutkimuksen kannalta olisi ensiarvoisen tärkeää saada avo-HILMO -tyyppinen tietojenkeruu kattavaksi ja luotettavaksi. Tietojenkeruun edistäminen ja saattaminen kattavaksi mahdollisimman pian onkin tavoite, johon kunnat ja terveyskeskukset sitoutuvat tämän suunnitelman hyväksyessään.

Taulukko 3. Terveyspalveluiden arviointia ja suunnittelua varten soveltuvan tiedon tyyppiä ja tiedon lähteitä

Tiedon tyyppi	Esimerkkejä tiedoista ja tiedon lähteistä	Sovellusmahdollisuudet
Väestörakennetiedot (esim. ikä, huoltosuhte, sosioekonominen asema, asuinpaikka), väestöennusteet, kuolinsyyt	Tilastokeskuksen tiedot ja ennusteet PYLL-indeksien tarkastelu osoittamaan palveluiden erityistä tarvetta	Tärkeitä perustietoja. Väestöennusteita tarvitaan ikäluokkakohtaisten palveluiden suunnittelussa. PYLL-tarkastelu osoittamaan alue- tai paikkakuntaakohtaisia erityispiirteitä ja haasteita
Kelan rekisterit ja tilastot	Tilastot työkyvyttömyyseläkkeistä, sairauspäivärahoista, erityiskorvattavien lääkkeiden ja erilaisten tukien saajista	Perustietoa väestön sairastavuusprofiilista, yleensä vertailukelpoista koko maassa. Joskus heijastavat elinkeinorakennetta ja työvoiman kysyntää.
HILMO-rekisteritiedot sairaalahoitosta ja laajenevassa määrin avohoidosta	Rekisteritieto vuodeosastohoidosta, päiväkirurgiasta tai vastaavasta vaativasta avohoidosta Perusterveydenhuollon Avo-HILMO-tiedot käynneistä, käyntisyistä ja toimenpiteistä.	Sairaalahoitotiedot kuvaavat kohtuullisen hyvin sellaisten sairauksien ja tapaturmien ilmaantuvuutta, silloin, kun vakiintunut hoito on sairaalahoito. Avo-HILMO:n käyttöön otto ja sitoutuminen kattavaan käyttöön koko laajuudessaan ovat vielä kesken, ei pidä käyttää varmistelematta.
Väestötutkimukset, erilaiset suunnatut säännölliset tai toistuvat kartoitukset	KELAn ja THL:n väestötutkimukset (ATH)	Hyviä tiedonlähteitä. ATH-tutkimuksen voi tilata halutessaan vaikka omasta kunnasta.

Tiedon tyyppi	Esimerkkejä tiedoista ja tiedon lähteistä	Sovellusmahdollisuudet
Erillistutkimukset ja -rekisterit	Syöpärekisteri, suuriin hankkeisiin kytkeytyvät aivohalvausrekisterit, rekisterit eräiden hoitojen saajista, Aikuisväestön terveystapatutkimukset, kouluterveystutkimukset	Vakiintuneet rekisterit ovat yleensä luotettavia. Kaikki eivät ole kokonaan kattavia. Kouluterveystutkimuksen valttina on pitkä kehittämishistoria ja kentän sitoutuneisuus
Palveluiden käytön yhteydessä kootava (muu kuin virallisiin rekistereihin tallennettava) tieto	Sairaaloiden ja terveyskeskusten omat kertomusjärjestelmistä tietoa koostavat tiedonkeruut	Tietojärjestelmät taipuvat kankeasti tällaisiin tiedonkeruisiin
Palveluiden laadusta hankittava tieto	Esim. Conmedic-laatusuuranta Asiakastyytyväisyydet mittaukset	Eivät ole kattavia, parhaimmillaan mitattaessa saman väestön tilannetta aikasarjoina.

3. Perusterveydenhuollon suhde erikoissairaanhoidon; yhteistyö, työnjako, hoidon porrastus ja hoitoketjut

3.1. Yleiskuva porrastetusta rakenteesta

Pohjois-Savon terveydenhuollon rakenne on yleiskuvaltaan ollut ja on edelleenkin maassa viime vuosikymmenien aikana valinneen käytännön mukainen. Alueella on yksi keskussairaala, joka on myös yliopistollinen sairaala ja tarjoaa siten erityistason palveluja erikoissairaanhoidossa. Iisalmissa ja Varkaudessa toimii nyt kunnallisen tai kuntien yhteistoiminta-alueen alaisena erikoissairaanhoidon sairaala.

Kuopion yliopistollinen sairaala, KYS, toimii samanaikaisesti hoidon porrastuksen mielessä useassa roolissa. Se on periaatteessa kaikenasteisen erikoissairaanhoidon sairaala niille kunnille, jotka eivät aktiivisesti käytä Iisalmen, Varkauden tai Harjulan sairaaloiden erikoissairaanhoidon palveluita. Näitä palveluita käyttävien kuntien asukkaille sairaala antaa ne palvelut, joita edellä mainituista sairaaloista ei saada. Sairaanhoidopiirin alueella on siis periaatteessa kolmenlaista hoidon porrastuksen ja työnjaon toimintaympäristöä. Vaikka asia onkin rakenteita tarkemmin tarkastelevalle selkeä, kokemus on osoittanut, ettei näitä eri vaihtoehtoja hahmoteta suinkaan aina oikein. Erityisesti tämä tulee esille puhuttaessa perusterveydenhuollon tehtävistä ja vastuista. Toisinaan sisällytetään mukaan Iisalmen, Varkauden ja Harjulan tehtävät, toisinaan taas ei. Näiden rakennekysymysten keskiössä on kysymys maassa viime vuosina paljon keskustelua herättäneestä ”peruserikoissairaanhoidosta” ja siitä, miten tämä rajoiltaan vaikeasti määriteltäväksi osoittautuva kokonaisuus voitaisiin hoitaa mahdollisimman tarkoituksenmukaisesti erilaisilla palveluiden kartoilla.

Oman lukunsa erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon välisessä työnjaossa muodostavat mielenterveyspalvelut. Mielenterveystyön avopalvelut rakennettiin 1970-1980 -luvulle erikoissairaanhoidon

don portaalle. Vuoden 1993 suunnittelu-, valtiosuus-, ja kannustinjärjestelmien perusteellinen reformi johti kuntien reagoidessa voimakkaasti muuttuneeseen kuntalaskutukseen ja siihen, että suurimmas-
sa osassa maata mielenterveystyön mielenterveystoimistopalveluina tunnetut avohoidon palvelut siir-
rettiin joko kokonaan tai osaksi terveyskeskusten kanssa saman hallinnollisen katon alle. Myöhemmin
psykiatriseen erikoissairaanhoidon on kehittynyt palveluita, jotka ovat pysyneet luonteeltaan erityisinä
ja siten erikoissairaanhoidon alaisina. Alalla on kuitenkin jouduttu käymään keskustelua siitä, kuinka
monta porrasta on perusteltua olla mielenterveyspalveluissa, sekä myös siitä, pitäisikö terveyskeskusten
mielenterveyspalveluista puhua erikoissairaanhoidon vai perusterveydenhuollon palveluina. Lasten ja
nuorten mielenterveyspalveluissa perusterveydenhuollon/muiden peruspalveluiden ja erikoissairaanhoidon rajat kulkevat omilla paikoillaan.

Hoidon porrastuksen ja rakenteiden alalla syntyy nykyisin ristivetoa. Lääketieteen entistä pitemmälle
etenevä erikoistuminen nostaa esille vaatimuksia entistä tiukemmista porrastuksista ja työnjaoista. Vas-
takkaiseen suuntaan vetävät voimat alleviivaavat perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon integ-
raation ja rajojen hallitun hävittämisen tarvetta. Suomessa on eletty vuosikymmenien ajan terveyden-
huollon maailmassa, jossa palveluntuottajien nimikkeet ja tuottajien rahoituksen ja toiminnan ohjauk-
sen erillisyydet ovat pitäneet yllä rajaa. Nyt maassa on jo sairaanhoitopiirin kokoisia yksiköitä, joista hal-
linnollinen raja on poistettu ja toiminnassakin edetään kohti toiminnallisia kokonaisuuksia, joissa enti-
set rajat voidaan joustavasti ylittää.

Järjestämissuunnitelman suurena haasteena olisi rakentaa palveluista kokonaisuus, josta hallinnolliset
ja kuntalaskutukseen perustuvat tarpeettomat rajat olisi poistettu. Suunnitelmakaudella tulevat kuiten-
kin olemaan voimassa vielä kansanterveyslaki ja erikoissairaanhoidolaki, jotka pitävät yllä tähänastista
jäykkää rakennetta.

3.2. Työnjako ja hoidon porrastus

Työnjaon ja hoidon porrastuksen juridinen perusta on voimassa olevassa lainsäädännössä, jossa sää-
döksiä on sekä terveydenhuoltolaissa että sitä varhaisemmissa erikoissairaanhoidolaissa ja kansanterve-
yslaissa, jotka jäivät toistaiseksi voimaan hallinnollisten säädösten osalta odoteltaessa valmisteilla ole-
vaa sosiaali- ja terveydenhuollon ”järjestämislakia”, jossa säädetään hallinnosta.

Terveydenhuoltolaissa (2010) perusterveydenhuolto ensinnäkin määritellään luettelemalla laaja vali-
koima perusterveydenhuoltoon sisältyviä palveluja. Näiden työnjaollinen rajausta ilmaistaan yksinkertai-
sesti toteamalla, että kyseiset palvelut ovat perusterveydenhuoltoa siltä osin kun näitä palveluita ei jär-
jestetä sosiaalihuollossa tai erikoissairaanhoidossa. Erikoissairaanhoidon taas määritellään käytännön
läheisesti: ”erikoissairaanhoidolla lääketieteen ja hammaslääketieteen erikoisalojen mukaisia sairauksi-
en ehkäisyyn, tutkimiseen, hoitoon, ensihoitoon, päivystykseen ja lääkinnälliseen kuntoutukseen kuu-
luvia terveydenhuollon palveluja”. Myöhemmin lain 10 §:ssä, puhuttaessa järjestämisvastuusta vastuu
osoitetaan rinnakkain kunnalle ja sairaanhoitopiirille.

Lain luku 33 käsittelee perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon suhdetta antamalla ensin vastuun
sairaanhoitopiirille seuraavasti:

”Sairaanhoitopiirin kuntayhtymä vastaa alueellaan erikoissairaanhoidon palvelujen yhteensovittamisesta väestön ja perusterveydenhuollon tarpeiden mukaisesti. Sairaanhoitopiirin kuntayhtymä on velvollinen yhteistyössä perusterveydenhuollosta vastaavan kunnan kanssa suunnittelemaan ja kehittämään erikoissairaanhoitoa siten, että perusterveydenhuolto ja erikoissairaanhoito muodostavat toiminnallisen kokonaisuuden. Kokonaisuudessa on huomioitava erikoissairaanhoidon palvelujen tarjoaminen tarkoituksenmukaisesti perusterveydenhuollon yhteydessä sekä erikoissairaanhoidon yksiköissä. Sairaanhoitopiirin kuntayhtymän on annettava alueensa terveyskeskuksille niiden tarvitsemia sellaisia erikoissairaanhoidon palveluja, joita perusterveydenhuollon ei ole tarkoituksenmukaista tuottaa sekä vastattava kunnallisen terveydenhuollon tuottamien laboratorio- ja kuvantamispalvelujen, lääkinnällisen kuntoutuksen sekä muiden vastaavien erityispalvelujen kehittämisen ohjauksesta ja laadun valvonnasta. Lisäksi sairaanhoitopiirin kuntayhtymä vastaa alueellaan tehtävälänsä tutkimus-, kehittämis- ja koulutustoiminnasta sekä kunnallisen terveydenhuollon tietojärjestelmien yhteensovittamisesta. Sairaanhoitopiirin kuntayhtymä vastaa alueellaan erikoissairaanhoidon järjestämisestä yhtenäisin lääketieteellisin ja hammaslääketieteellisin perustein.”

Työnjaon ja hoidon porrastuksen avainprosesseja ovat potilaan lähettäminen perusterveydenhuollosta erikoissairaanhoitoon ja palaaminen mahdollisesti tarvittavaan jatkohoitoon perusterveydenhuoltoon. Oikea työnjako määrittää, mitkä osat potilaan tutkimuksesta ja hoidosta sopivat kuulumaan perusterveydenhuollon lääkärin vastuulla toteutuviksi ja mitkä erikoissairaanhoidossa. Lähettämisen aikatauluista, kiireellisyyksistä ja esimerkiksi erikoissairaanhoidon tutkimuksia ennakoivasti täydentävistä tutkimuksista voidaan myös hoidon porrastuksen ja hoitopolkujen ohjeissa sopia. Kiireettömästä hoidosta onkin laadittu tärkeimmät oire- tai diagnoosiryhmät kattavat valtakunnalliset ohjeet kriteereistä, joilla tutkimuksen ja hoidon tarvetta suositellaan arvioitavan lähettämistilanteissa.

Kiireellisessä hoidossa tai tilanteissa, joissa diagnoosi ja siten ainakin hoidon todennäköiset vaihtoehdot suunnat ovat selvillä, voidaan lähettämistä luonnollisesti nopeuttaa. Esimerkiksi ensihoidon toimintaa kehitettäessä on opeteltu tunnistamaan tilanteita, joissa potilas on syytä toimittaa viivytyksettä erikoissairaanhoitoon.

Lähetettä tulee erikoissairaanhoitoon terveyskeskusten lisäksi myös muilta lääkäreiltä. On esitetty arvioita, että terveyskeskusten lääkärit noudattaisivat yhteisesti sovittuja kriteereitä ja tekisivät ennakolta suositeltuja tutkimuksia tunnollisemmin kuin muihin ryhmiin kuuluvat lääkärit.

Tiiviiksi sovittu hoitosuositus, johon sisältyy paikallisiin oloihin sovitettuja ohjeita hoidon porrastuksesta eri hoitopaikkojen välillä, on menettely, jolla parantaa terveystalouden rakenteellista tehokkuutta. Puhutaan oikeasta potilaasta ja hoidosta oikeaan aikaan oikeassa paikassa. Tällaiselle toimintalinjalle muodostuu kuitenkin haasteeksi vuonna 2014 merkittävästi laajeneva potilaan oikeus valita hoitava sairaala tai erikoissairaanhoidon poliklinikka. Valinnan pitäisi tapahtua yhdessä neuvotellen lähettävän lääkärin kanssa, mutta viime kädessä potilaalla on oikeus valita. Siitä, millaisia ja miten mitasuhteiltaan merkittäviä seurauksia tällä muutoksella on, on voitu esittää vain arvioita. Valinnanvapauden odotetaan lisäävän hoitomyöntyvyyttä ja saattavan hoitopaikat kilpailemaan hoidon laadussa, joustavuudessa ja kohtelussa. Valinnanvapaus voi kuitenkin houkutella tekemään valintoja liian ”korkealta” hoidon portaalta. Toistaiseksi on katsottu, että valinnanvapauden ei pitäisi merkitä lupaa sivuut-

taa hoidon porrastuksen periaatteita, mutta vasta tulevat vuodet näyttävät, millaisia kehityksiä tapahtuu.

Hoidon kulusta, hoitopolun rakentumisesta ja myös hoidon porrastuksesta on maassamme tuotettu paljon suositusluonteista aineistoa Käypä hoito -suositusten muodossa. Suositusten laadinnasta vastaa Lääkäriseura Duodecim, joka saa tähän terveydenhuollon kehittämistoimintana taloudellista tukea valtiovallalta. Kyseessä on näyttöön perustuvan lääketieteen kansainvälisen käytännön suomalainen sovellus. Hoitosuosituksia on julkaistu yli 100 (Duodecim 2013).

Hoitosuosituksissa keskeistä on lääkärin ja muiden hoitoon osallistuvien kliininen toiminta. Suosituksissakin usein eritellään, mitä on paikallaan tehdä perusterveydenhuollossa ja mitä erikoissairaanhoidossa. Valtakunnallisissa suosituksissa ei voida kuitenkaan ottaa alueellisiin palveluntuottajiin, näiden mahdollisuuksiin, pätevyysiin, välineisiin tms. kantaa. Tätä varten on ryhdytty Duodecimin opastamana kehittämään eri puolilla maata alueellisia tai sairaanhoitopiirikohtaisia suosituksia hoitokäytännöistä tai hoitopoluista. Näitä ohjeita kutsutaan yleisesti nimellä hoitopolku, vaikka nimike on itse asiassa loogisesti ontuva. Tarkka termi voisi olla esimerkiksi hoitopolkusuositus, koska hoidon polkuja voi toki olla erilaisia, mutta suosituksella pyritään ohjaamaan mahdollisimman tehokkaaseen ja tarkoituksenmukaiseen käytäntöön. Myös paikallisissa suosituksissa kyse on yhtä aikaa sekä julkisten varojen mahdollisimman tehokkaasta käytöstä ja erityisasiantuntemuksen varaamisesta niille potilaille ja niihin tilanteisiin, joissa käyttö on tarpeen laadun ja osaamisen varmistamiseksi. Paikallisia suosituksia voidaan käyttää selventämään hoidon vaihtoehtoja ja etenemistä potilaille. Suositusten avulla voidaan tutustuttaa uusina työntekijöinä alueelle tulevat lääkärit ja muut ammattihenkilöt alueella sovittuihin käytäntöihin.

Jos suositus on laadittu eri tahojen ja eri hoidon portailta tulevien asiantuntijoiden yhteistyönä, edellytykset suosituksen muodostumiselle yhteisesti hyväksytyksi ja noudatetuksi ovat yleensä paremmat kuin määrääsmäisesti annettujen ohjeiden kohdalla.

3.3. Työnjako ja hoitopolut Pohjois-Savossa nyt ja tulevaisuudessa

Pohjois-Savon sairaanhoitopiirissä on laadittu Duodecimin mallin mukaisia ”hoitopolkuja” vain muutamista sairauksista tai oireyhtymistä. Näiden lisäksi on eräiden klinikoiden johtavilta asiantuntijoilta valmistunut ohjeenomaisia dokumentteja tai kaavioita siitä, kuinka toivotaan meneteltävän. Näitäkin näytetään kutsuttavan hoitopoluiksi.

Perusterveydenhuollon yksikön käynnistettyä toimintansa nykyisessä muodossaan vuonna 2012 oletettiin, että hoitopolkusuositusten laatimisesta tulee yksikön merkittävä tehtävä. Yksikön tiedon hankinnassa ja toimintaympäristöön ja eri palveluihin tutustumisessa hoidon kokonaisuuden ja hoitopolkujen rakentuminen ovatkin olleet ohjaamassa työtä.

KYSin tuottavuusohjelma rakennettiin pitkälti hoitopolkujen ja hoitopolkujen muuttamisen tai niihin vaikuttamisen varaan. Ohjelmassa katsotaan, että sairaalan yksikkökustannusten edullisuudesta huolimatta kokonaiskustannukset nousevat korkeiksi ja ne kohoavat vuosittain yleisen kustannustason nousua nopeammin koska sairaalaan tarjoutuu paljon potilastyötä. Tämän seurauksena toimintavolyymit kasvavat. Ohjelmassa on käynnistetty laaja asiantuntijapohjainen työryhmyöskentely useilla kliinisillä

teema-alueilla, jotka noudattelevat jossakin määrin erikoisalojen rajoja. Syksyllä 2012 käynnistyneen työn on määrä jatkaa neljän vuoden ajan.

Koska ohjelma merkitsee mittavaa panostusta ja ajan käyttöä hoitopolkujen arvioimiseen ja suunnitteluun, perusterveydenhuollon yksikön toimesta ei ole käynnistetty nyt erillisiä valmistelutoimia. Yksikössä ja perusterveydenhuollon kentällä varaudutaan eri tavoin jatkamaan hoitopolkujen ja työnjakoa koskevien asioiden kehittelyä ja suunnittelua ottaen kuitenkin huomioon ne periaatteet ja päätökset, joita tuottavuusohjelmasta seuraa.

Valmisteilla oleva sote-uudistus voi muuttaa hoidon työnjakoa ja jopa hoitopolkuja, jos järjestämisvastuun rajat muuttuvat ja esimerkiksi aikaisemmin eri tahoille kuulunut vastuu tulee yhden järjestämisvastuun päämiehen alaiseksi. Laajentuva järjestämisvastuu voisi myös poistaa hoidon kokonaisuuksista erilaisia ylimääräisiä mutkia ja pullonkaloja, joita eri järjestäjien vastuulle kuuluminen on synnyttänyt. Samoin voidaan olettaa, että yhden päämiehen ja rahoittajan vastatessa toiminnasta tarve epätarkoituksenmukaisiin järjestelyihin yksittäisten maksajien etujen nimissä (tätä kutsutaan suboptimoinniksi) voi poistua ja toimintaprosesseista tulee kokonaisuuksina suunniteltavia ja hallittavia.

Suuria odotuksia on ladattu siihen tulevaisuuteen, jossa terveydenhuollon tietojärjestelmät olisivat vapaasti yhteisessä käytössä. Käytännön realiteettien vuoksi tällainen tilanne ei liene Pohjois-Savon sairaanhoitopiirin alueella toteutettavissa lähivuosina. Yhteiskäyttöä on kehiteltävä joko Kanta-arkiston kautta tai erilaisia oikopolkuja ja ikkunoita järjestelmiin rakentamalla.

Sote-uudistus voi johtaa joissakin palvelukokonaisuuksissa useiden eri palveluntuottajien käyttämiseen erillisten ulkoistusten tai yksityistämisten vuoksi. Tästä voi seurata toiminnallisten kokonaisuuksien ja ainakin tiedon kulun ongelmia.

Valinnanvapauden laajeneminen on tiiviiseen pakettiin järjestettyjen hoidon porrastuksen ja hoidon verkottumisen haaste. Tähän palveluiden järjestäjien kannattaa vastata järjestämällä palvelut mahdollisimman hyvin saataville ja joustaviksi sekä pitämällä huolta palveluiden laadusta ja asiakaslähtöisyydestä.

Sote-uudistuksessa kattavasti läpi vietävät sosiaali- ja terveystieteiden sekä perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon järjestämisen integraatio voi synnyttää rajattomia tai yhteiselle maaperälle rakennettavia palveluita. Esimerkkejä tällaisista ovat yhteispäivystykset, yhteiset perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon osastohoidon yksiköt (esimerkiksi KYSiin suunniteltava osasto, joka tukisi ennen kaikkea päivystystoimintaa). Tällaiset uudelle yhteiselle maaperälle perustettavat palvelut voivat herättää nykyiseen kuntalaskutuskäytäntöön ja aiheuttamisperiaatteella toimivaan rahoitukseen totuneissa epäilyjä. On kuitenkin tärkeää, että näitä kehitetään ja otetaan käyttöön. Muutoin integraation tarjoamat mahdollisuudet ja edut voidaan menettää tai edut jäävät vähäisiksi.

On myös selvää, että entiset selkeät rajat tulevat rikkoutumaan teknisen kehityksen myötä. Elektroninen asiointi, omahoito eri muodoissaan ja myös tietoteknisillä asiantuntijajärjestelmillä tuettuna, tulee laajenemaan. Perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välistä rajaa tulevat myös madaltamaan tai poistamaan uudet kommunikointikanavat, videoneuvottelukonsultaatiot, muut tietotekniset yhteydenpi-

to- ja palautejärjestelmät.

3.4. Erikoissairaanhoidon palveluiden tuottaminen terveyskeskuksissa

Valtakunnallisissa terveydenhuollon rakenteen ja toiminnallisen tilanteen kehittämisen puheenvuoroissa on toistunut viime vuosina usein ajatus siitä, että terveyskeskuksiin pitää sijoittaa erikoislääkäreiden palveluja. Tämä on nähty tärkeäksi muodoksi ”vahvistaa” terveyskeskusten palveluita ja koko perusterveydenhuoltoa.

Tästä kysymyksestä on käyty Pohjois-Savon terveyskeskusten johtavien lääkäreiden kanssa useissa yhteyksissä keskustelua, sekä periaatteellisella että käytännöllisellä tasolla. Yhteinen näkemys on, että perusterveydenhuoltoa vahvistaisi parhaiten, jos terveyskeskuksiin saataisiin tuntuvasti lisää yleislääketieteen erikoislääkäreitä huolehtimaan siitä, että palvelut saadaan mahdollisimman asiantuntevasti ja tasalaatuisesti. Samalla voitaisiin nykyistä paremmin huolehtia nuorten lääkäreiden erikoistumiskoulutuksesta ja kasvusta vaativiin perusterveydenhuollon tehtäviin.

Terveyskeskusten yleislääkärit arvostavat omaa työtä tukevia joustavasti ja hyvässä yhteistyössä toteutettavia erikoislääkäreiden tutkimuksia ja konsultaatioita. Näitä saadaan nykyisin jossakin määrin terveyskeskuksissa vierailevilta konsulteilta, jotka työskentelevät useimmiten yksityisinä ostopalvelukonsultteina. Vastaavanlaisia sopimuksia ja järjestelyjä on omissa lääkärikeskuksissaan toimivien erikoislääkäreiden kanssa, jolloin potilas voi käydä erikoislääkärin vastaanotolla terveyskeskuksen lähettämänä ja maksamana. Konsultaatiotyypistä erikoislääkäreiden ja erikoissairaanhoidon tukea halutaan ilman muuta jatkaa ja kehittää.

KYSin ja Iisalmen sekä Varkauden sairaaloiden yhteistyötä erikoislääkäripalveluissa on kehitetty erikoislääkäripalveluissa kumppanuusvirkojen avulla. Nämä järjestelyt luotiin aluksi erikoislääkäriyövoiman saamiseksi edellä mainittuihin sairaaloihin. Periaatteena on perustaa yhteiseen käyttöön tarkoitettu erikoislääkärin vakanssi, jonka tehtäviin kuuluu tehdä työtä sekä maakunnan sairaalassa että KYSin erikoisklinikassa. Iisalmissa nämä lääkärit ovat KYS:n viroissa. Alkuperäisen järjestelyn mukaan KYSissa tehtävä työ kohdistettiin maakuntasairaalan alueen kunnista tuleville potilaille, koska vakanssin rahoitus oli samalta suunnalta peräisin. Tällaisia kumppanuusvirkoja on luotu nyt useille aloille. Kokemukset niistä raportoidaan yleensä hyviksi kummankin osapuolen kannalta. Tosin on jouduttu käymään keskustelua siitä, ovatko ehdotetut vakanssit aina varmasti kummankin osapuolen mielestä tarpeellisia. Kumppanuusvirkoja on ehdotettu jatkossa luotavaksi myös perusterveydenhuollon omien erityistoimintojen ja KYSin välille, esimerkiksi äitiysneuvolapalveluihin. Kumppanuusvirkojen käyttöä on tarkoitus kehittää edelleenkin.

Jos terveyskeskuksiin voidaan saada tähän tarkoitukseen soveltuville aloille (ts. konsultti ei tarvitse vaikeasti liikuteltavia laitteita) paikan päälle konsultteja, vierailuista voidaan muodostaa samalla koulutuksellisia tilaisuuksia terveyskeskusten lääkäreille ja hoitajille. Tällaiset järjestelyt ovat kuitenkin järjestelyiltään vaativia, eivätkä sovellut suurten volyymien palveluihin rutiinikäyttöön. Sen sijaan ei pidetä tavoiteltavana erikoislääkäreiden vastaanottojen avaamista terveyskeskuksissa suoraan väestön käytettäväksi mukavuussyistä. Tällainen menettely olisi sekä hoidon porrastuksen että erikoissairaanhoidon

don voimavarojen käytön kannalta epätarkoituksenmukaista.

3.5. Tuottavuuden parantaminen perusterveydenhuollon palveluissa

Julkisen sektorin palveluiden tuotantoa on viime aikoina arvosteltu heikosta tuottavuudesta tai tuottavuuden kehittymisestä aikaisempaa heikompaan suuntaan. Tuottavuuden tuntuvalla parantamisella on väitetty voitavan ratkoa myös julkisesti rahoitettavien terveyspalveluiden kustannusten kohoamisen ongelmia.

Tuottavuudella tarkoitetaan monia keskenään erilaisia asioita. Tuottavuus on taloustieteessä tuotannon tehokkuuden mitta. Tuottavuutta mitataan tuotoksen ja panoksen suhteella periaatteessa yksinkertaisella jakolaskulla. Kun tuottavuus paranee, jakolaskun tulon arvo nousee. Samoilla voimavaroilla saadaan tällöin aikaisempaa enemmän tuotosta.

Terveydenhuoltoon sovellettaessa tuotos ei ole työn tuloksena kuitenkaan kovin yksinkertaisilla tavoilla määriteltävissä. Terveydenhuollon palveluissa syntyy palvelutapahtumia ja –prosesseja, joiden tulisi viime kädessä palvella terveydenhuollon perimmäisiä tarkoituksia, terveyden edistämistä, sairauksien paranemista, kuntoutumista tai vaikkapa kärsimyksen lievitystä. Siinä, miten hyvin ja tehokkaasti eri palvelutapahtumat ja terveydenhuollon suoritteet palvelevat näitä tarkoituksia, on eroja. Kriittinen terveystieteellinen tutkimus on osoittanut monia aikaisemmin vallinneita hoitoja joko hyödyttömiksi tai jopa sivuvaikutukset huomioon ottaen haitallisiksi. Tässä analyysissä näyttöön perustuvalla lääketieteellä ja hoitotieteellä on tärkeä sijansa. Vaikutusten osoittamista vaativampaa on selvittää, kuinka hyödyllisiä ovat erilaiset kustannuksiltaan eroavat hoitotoimet. Jos arkikielen tuottavuudella tarkoitetaankin tarkkaan ottaen kustannus-vaikuttavuutta, ollaan vaativan tehtävän edessä.

Osa terveydenhuollon palveluista ja palveluprosesseista on sellaisia, että vaikuttavuutta voidaan mitata. Osassa palveluista tavoitellut vaikutukset levittäytyvät joko ajallisesti tai kohdeväestössä eri tavoin kohdistuessaan vaikeasti osoitettaviksi. Tällöin on luotettava siihen, että muilla tutkimuksen kentillä saadut näytöt antavat perusteet niille palveluille joita tuotetaan. Jos palveluilta edellytettäisiin näyttöä välittömästi tai lyhyellä aikavälillä saatavista vaikutuksista, monet ennalta ehkäisyyn, pitkäaikaishoidon tai kuntoutuksen palveluista joutuisivat heikkoon asemaan joidenkin selkeämpien kertaluonteisten toimenpiteiden rinnalla.

Perusterveydenhuollon edellytetään tuottavan ennalta ehkäiseviä ja terveyttä edistäviä palveluja. Sen yksi keskeinen tehtävä on väestössä yleisesti esiintyvien sairauksien ja vammojen tutkimus ja hoito. Pitkäaikaissairauksien hoito on noussut kaikkialla maailmassa yhdeksi perusterveydenhuollon kulmakivistä. Suomessa perusterveydenhuollolla on tärkeitä tehtäviä kuntoutuksessa ja vanhusikäisten palveluissa. Erikoissairaanhoidon tehtävät voidaan kuvata perusterveydenhuoltoa kapeammilla määrittelyillä. Painopiste on väistämättä ennalta arvaamatta ilmaantuvien sairauksien ja vammojen akuuttivaiheen tutkimuksessa ja hoidossa. Lisäksi tärkeitä alueita ovat ns. elektiiviset tutkimus- ja hoitotoimenpiteet sekä pitkäaikainen hoito ja kuntoutus luonteeltaan erityisasiantuntemusta vaativien sairauksien ja vammojen kohdalla.

Terveydenhuollon tuottavuuden tarkastelua varten on määriteltävä, mitä ovat eri muodoissaan terveydenhuollon tuotokset ja miten näitä mitataan. Tuotokset eivät voi olla mittasuhteiltaan ja merkityksiltään yhteismitallisia ilman tekniikoita, joilla pienet ja suuret palvelutuotokset voidaan asettaa samalle viivalle. EU Primecare-projektissa vertailtiin eräiden valikoitujen perusterveydenhuollon palveluiden tai palvelukokonaisuuksien tuottamisesta aiheutuvia kokonaiskustannuksia Suomessa ja kuudessa muussa EU-maassa. Suomi pärjasi erinomaisesti verrattaessa ikääntyneiden influenssarokotusten antamisen yksikköhintoja, koska rokotukset toteutettiin tehokkaina kampanjamaisina toimina perusterveydenhuollossa hoitajien toimesta ja koska rokotteet hankittiin valtakunnallisen kilpailutuksen avulla hintaan, joka oli pieni murto-osa monien muiden maiden käyttämien rokotteiden hinnoista. Suomen tapaan vastata aikuistyyppin diabetesta sairastavan potilaan vuoden aikana tarvitsemista palveluista oli myös työvoimakustannuksiltaan hyvin kilpailukykyinen terveyskeskusten moniammatillisen työn tuloksena (EU Primecare 2013).

Sairaalapalveluiden tuotteiden mittaamista ja vertailua varten on kehitetty DRG:n (diagnosis related groups) nimellä tunnettu järjestelmä, joka punnitsee hoidon päättyessä asetettujen diagnoosien ja tehtyjen hoitotoimenpiteiden yhdistelmätiedosta kunkin sairaalahoidon painoarvon palvelutuotteena. Vastaavia mittausasteikoita on kehitelty eri maissa myös avoterveydenhuoltoon tai perusterveydenhuoltoon. Näiden järjestelmien käyttöön otto on Suomessa edessä, mutta ennen kattavaa hyödyntämistä, meillä pitäisi päästä kirjaamaan yhdenmukaisin perustein palvelusuoritteiden diagnoosit ja hoitotoimet. Näin voitaisiin vakioda erityyppisten tutkimusten ja hoitojen vaatimat henkilöstö- ym. voimavarat ja päästäisin lopulta laskemaan ja vertailemaan oikein painotettuina tuotoksia. Tällä hetkellä tällaisia menetelmiä on maassammekin käytössä kokeilu- tai kehittelyvaiheessa. Valtakunnallisesti on päätetty edetä siinä järjestyksessä, että ensin luodaan toimiva käytäntö Avo-HILMO:n nimellä tunnettavasta tilastointijärjestelmästä, jonka rakenne on esitelty aikaisemmin luvussa 2.4.12. Tämän jälkeen rakennetaan Avo-HILMO:n avulla kerättävän tiedon varassa jalostettu tieto tuotteista. Tuottavuutta voidaan mitata, verrata tai seurata tuotteistuksen ollessa toimivana käytössä. Monien mielestä edessä on suuria haasteita, koska perusterveydenhuollon tehtäväkenttä on laaja ja palveluina tarvittavat tuotteet ovat keskenään kovin erimittallisia.

Tuottavuudesta puhuttaessa voidaan perustellusti puhua mikrotason ja makrotason tuottavuudesta. Mikrotasolla tarkoitetaan sitä tehokkuutta ja ahkeruutta jota voidaan havainnoida päivittäisessä palveluiden tuotannossa. Jos perusterveydenhuollon ammattilaiset tekevät luonteeltaan, vaikuttavuudeltaan ja kustannus-vaikuttavuudeltaan ”oikeita töitä”, ahkeruus ja korkeat suorittemäärät soveltuvat vertailuihin, joissa katsotaan, mitä käytettävällä rahalla saadaan. Makrotasolla voidaan taas tarkoittaa terveydenhuollon kokonaisuutta, sen rakenteita, hoidon porrastuksen tarkoituksenmukaisuutta, päällekkäisyyksien välttämässä onnistumista ja myös niukkojen osaa- tai teknologiavoimavarojen oikeaa kohdistamista.

Pohjois-Savon alueen terveystaloihin sovellettaessa tuottavuuden parantamisessa voidaan edetä ainakin seuraavien suuntaviivojen mukaisesti

- Perusterveydenhuollossa saadaan vastuullisiin ammattilaistehtäviin näihin koulutautuneita lääkäreitä, hoitajia ja muita ammattihenkilöitä, joilla on riittävä osaamis pohja ja rutiini tehdä ahkerasti töitä tavallisten terveysongelmien parissa. Samalla nämä ammattilaiset kehittävät sekä yksilöinä että tiimeinä koko ajan työskentelymenetelmiään aikaisempaa sujuvammiksi ja tarkoituksenmukaisemmiksi. Yksi tärkeä osa tätä kehittämistä on eri ammattiryhmien välisen työnjaon edelleen kehittäminen.
- Hoidon jatkuvuus on yksi perusterveydenhuollon kulmakivi. Kun samat lääkärit ja hoitajat vastaavat hoidosta eri käynneillä ja uusien sairausjakojen tullen, päästään mahdollisimman tehokkaasti tarttumaan uusiinkin ongelmiin ja ottamaan aikaisempi asiointihistoria huomioon.
- Tehokkaasti järjestetty perusterveydenhuollon hoito koordinoi potilaan kokonaishoitoa. Tämä on erityisen tärkeää silloin, kun potilaalla on useita pitkäaikaisia sairauksia. Hyvin koordinoitu hoito auttaa välttämään tarpeetonta eri erikoisalojen palveluiden käyttöä ja keskittymään sekä tärkeimpiin kulloinkin ajankohtaisiin ongelmiin ja myös näiden syihin.
- Perusterveydenhuollon tuoteistusta kehitetään aktiivisesti osana valtakunnallista verkottuvaa työtä; tuloksia sovelletaan ja käytetään hyväksi työtä edelleen kehitettäessä.
- Perusterveydenhuollon eri perustehtävien välistä tasapainoa kehitetään siten, että kaikki tärkeät tehtäväalueet saavat niille kuuluvan huomion ja painoarvon. Tällä hetkellä voimavaroja kohdistetaan suhteettoman paljon akuuttien itsestään paranevien hengitystieinfektioiden sekä eräiden muiden suomalaisessa palvelukulttuurissa päivystyspalveluiden piirissä hoidettavien asioiden tutkimiseen ja hoitamiseen.
- Perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välisen työnjaon kehittämisessä pyritään eroon jäykästä kahtiajaosta, jonka mukaan palvelut kuuluvat ahtaasti aina jompaankumpaan kategoriaan ja siten aina oman osaorganisaation vastuulle. Tilalle on ryhdyttävä luomaan joustavaa ja rajat ylittävää hoidon porrastusta ja työnjakoa, jossa tunnistetaan myös eräänlainen yhteinen maaperä, jossa eri tahojen ja tasojen asiantuntijat voivat yhdessä työskennellen synnyttää lisäarvoa ja parantaa kokonaistuottavuutta.
- Nykyisin käytössä olevan aiheuttamisperiaatteeseen perustuvan kuntalaskutuksen rinnalle ja vähitellen tilalle on syytä kehittää sellaisia rahoitustekniikoita, jotka kannustavat kokonaisedun ja kokonaisvaltaisen tuloksellisuuden tavoitteluun nykyisin yleisen ”suboptimoinnin” asemesta.
- Koska voimavarat ovat rajalliset, hoitopaikkoja, hoidossa tarvittavaa teknologiaa ja erityisasiantuntemusta on paikallaan keskittää aikaisempaa harvalukuisempiin paikkoihin.
- Tietotekniikan avulla voidaan saavuttaa tuottavuutta lisääviä synergiaetuja päällekkäisyyksien vähentyessä ja hoidon porrastuksen hioutuessa aikaisempaa tarkoituksenmukaisemmaksi.

4. Yhteistyö sosiaalipalveluiden ja muiden sektoreiden kanssa

4.1. Sosiaalipalvelut ja sote-integraatio

Sosiaali- ja terveystalveluiden järjestämisen integraatio on sote-uudistuksen yksi lähtökohta. Sitä ei ole missään vaiheessa asetettu uudistuksen toteutustapoja koskevassa kritiikissä kyseenalaiseksi. Järjestämisvastuun yhdistäminen onkin perustason palveluissa etenemässä jo PARAS-puitelakiin lisättyjen säädösten mukaan, jotka edellyttävät, että sosiaalipalveluiden järjestämisvastuun pitää kuulua yhteistoiminta-alueelle, jos kunta järjestää perusterveydenhuollon yhteistoiminta-alueen kautta.

Sosiaali- ja terveystalveluiden yhteistyön, koordinaation ja palveluiden kokonaisvaltaisen tarkastelun kehityshistoria ulottuu 1970-luvulle, jolloin muutamassa kaupungissa oli jo yhteinen lautakuntahallinto. Yhteistyön kehittäminen nopeutui 1990-luvulta alkaen. Silloin huomattiin myös, että hyödyllisintä on keskittyä niihin palvelukokonaisuuksiin, jotka sijoittuvat luonteeltaan ja asiakkuuksien puolesta kahden palvelusektorin raja-alueille tai jo yhteisiksi määritellyille alueille. Näitä olivat ja ovat edelleenkin vanhuspalvelut, psykososiaaliset palvelut (osia mielenterveydestä ja päihdepalveluista, joisakin yksiköissä kriisityötä), erilaiset asumispalvelut ja niihin liittyvät henkilökohtaiset palvelut, lasten ja perheiden palvelut, joilla on liittymäkohtansa neuvolapalveluihin ja lastensuojeluun, kuntoutus sekä valtakunnallisen päivystysjärjestelmien rakenteiden kehittämisen myötä terveydenhuollon päivystystoiminnan ja sosiaalipäivystyksen yhteistyö ja koordinointi. Merkittävä muutos on ollut myös ns. elämäntapaorganisaation mukainen tapa organisoida yhdistetyn sosiaali- ja terveystoimen hallinto. Tällä on pyritty ulottamaan palveluiden järjestämisen ja tuottamisen yhteisyys lautakuntahallinnon ja keskeisen virkamiesjohdon tasoa konkreettisemmin itse palvelutuotantoon.

Sosiaalialan osaamiskeskuksia maassa katsotaan olevan 11. Perusterveydenhuollon yksiköitä on lähes jokaisessa maan 21 sairaanhoitopiirissä. Näiden yksiköiden johdon yhteisissä kokouksissa vuoden 2013 aikana on käynyt ilmi, että nämä erityyppiset keskuksat toimivat yleensä rinnakkain yrittämättä sovittaa omia toimintojaan kovin pitkälle toistensa lomaan, mutta kuitenkin yhteyksiä pidetään yllä ja joillakin paikkakunnilla tehdään hankekohtaisesti tätä pitemmälle ulottuvaa yhteistyötä.

Yleisenä odotuksena on, ja tämän odotuksen vahvistivat viimeksi ym. kokouksessa sosiaali- ja terveysministeriön edustajat, että tulevassa sosiaali- ja terveystalveluiden järjestämislaissa kehittämissyysköt tullaan tavalla tai toisella yhdistämään. Ongelmia näyttää tuottavan lain suunnitteluvaiheessa yksinkertainen jakolaskumatematiikka; kuinka pitäisi yhdistää organisaatiot, joita toisella puolella on 11 ja toisella noin 20. Kummassakin tapauksessa oletetaan, että ratkaisua haetaan rakentamalla yhteydet viidellä erva-alueella, ja antamalla tätä pienempien alueiden rakenteiden asettua paikoilleen tavoilla, joita ei ole vielä loppuun asti voitu suunnitella eikä lyödä lukkoon.

Pohjois-Savon alueella Pohjois-Savon sairaanhoitopiirin perusterveydenhuollon yksikkö ja Itä-Suomen sosiaalialan osaamiskeskus, jonka päätoimipaikka on Kuopiossa, ovat toimineet hyvässä keskusteluyhteydessä kartoittaen yhteisiä intressialueita ja hankemahdollisuuksiakin. Alustavasti on keskusteltu mahdollisuuksista kehittää yhteiselle maaperälle sijoittuvia hoidon ja palvelun kokonaisuuksia tai polkuja. Tällaisia voisivat olla esimerkiksi kehitysvammaisten palveluketjujen, päihdepalveluiden ja mah-

dollisesti myös muistisairaiden palveluketjujen kehittäminen.

4.2. Järjestöt ja yksityinen sektori

Järjestämissuunnitelman valmistelua varten on järjestetty useita neuvotteluja terveydenhuollon alan järjestöjen kanssa yhteistyön tarpeista ja näkymistä. Lisäksi on tutustuttu järjestöjen piirissä käynnissä oleviin hankkeisiin ja järjestöjen jäsenistöilleen suuntaamiin palveluihin. Terveempi Itä-Suomi -hankkeeseen on tarkoitus kytkeä järjestöjä tiiviisti mukaan hanketta toteuttamaan. Järjestöt nähdään tulevaisuudessakin tärkeinä yhteistyökumppaneina kehittämistoiminnassa.

Yksityiset terveyspalvelut vastaavat merkittävästä osasta väestön käyttämistä palveluista. Kattavin ja merkittävin on varmaankin työterveyshuollon ja siihen sisältyvän sairaanhoidon palvelu yksityisiltä palveluntuottajilta. Yksityiset lääkärikeskukset ovat olleet myös kiinnostuneita kehittämään yhteistyötä ja toimintamalleja, joissa yksityisillä palveluilla olisi roolinsa joko ostopalvelupohjalta tai suoraan asiakkaan hakeutumiseen perustuvina. Yksityislääkäreiden, -hammaslääkäreiden ja yksityisten tutkimus- ja hoitopalveluiden merkitys nähdään julkisia palveluita täydentävänä ja valinnanvapautta käyttäjälle tarjoavana. Julkisen sektorin varaan pääasiassa nojautuvan palveluiden kokonaisuuden ja järjestämissuunnitelman kannalta toivottavaa olisi, että sekä julkisella että yksityisellä sektorilla noudatettaisiin samanlaisia hoidon järjestämisen, hoidon porrastuksen ja hoitoon lähettämisen periaatteita. Nykyiset terveyskeskusten konsultaatio-, ym. yhteistyösuhteet yksityislääkäreiden kanssa muodostavat hyvän pohjan yhteistyölle, jossa tarvittavat tiedot siirtyvät tarkoituksenmukaisilla tavoilla. Yksityissektorin lääkärinpalvelut ovat valtaosin erikoislääkäreiden palveluja. Tällöin tarkoituksenmukaisin yhteistyö rakentuu silloin, jos hoidon porrastuksen ja perusterveydenhuollon oman roolin säilymisen ja kunnioittamisen periaatteet ovat voimassa.

Työterveyshuollon suunnalta on oltu aktiivisesti yhteydessä perusterveydenhuollon yksikköön ja toivottu mukaan pääsemistä yhteiseen järjestämissuunnitelmaan. Työterveyshuollon edustajat ja asiantuntijat haluavat korostaa alan merkitystä työelämän, työssä jaksamisen ja työhön liittyvien arviointien ja kuntoutuksen ammattilaisina. Työterveyshuolto toivoo, että sekä erikoissairaanhoidossa että perusterveydenhuollossa tunnettaisiin hyvin uusimmat pelisäännöt työkyvyn ja kuntoutustarpeen arvioimisesta varhaisissa vaiheissa sairauksien hoidon ja kuntoutuksen prosessien aikana.

Työterveyshuollon sairaanhoidon suunnalta toivotaan, että työterveyshuolto muistettaisiin ja tunnistettaisiin hoidon vastuun kantajana ja esimerkiksi pitkäaikaishoidon palveluiden tuottajana silloin, kun tämä on potilaan ja työterveyshuollon tuottajan tilanteissa mahdollista. Tähän kuuluu hoitopalautteen saaminen ja tarvittavan tiedon välittyminen eri toimijoiden välillä, aina toki potilaan luvalla.

5. Terveiden ja hyvinvoinnin edistäminen

Terveempi Itä-Suomi –hanke on käynnistynyt keväällä 2013. Hanke on rahoitettu Kaste-osaohjelmasta I ”Riskiryhmien mahdollisuutta osallisuuteen, hyvinvointiin ja terveyteen parannetaan”, mikä osaltaan linjaa hankkeen painoalueita. TERVIS-hankkeen tavoitteena on lisätä hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen alueellista suunnitelmallisuutta, osaamista ja uusia toimintatapoja niin väestö-, ammattilais-

kuin strategisilla tasoilla alueen kunnissa ja yhteistoiminta-alueilla.

Hankesuunnitelmaan pohjaavaa toimintasuunnitelmaa, jossa on tarkoituksellisesti jätetty kunkin kolmen osallistuvan sairaanhoitopiirin alueille liikkumavaraa, on Pohjois-Savossa koottu kesä-syyskuussa 2013. Pohjois-Savon toimintasuunnitelmaan on vaikuttanut alueella aiemmin tehty työ sekä se, mikä on jäänyt keskeneräiseksi edeltävien hankkeiden aikana tai mitä ei ole pystytty vakiinnuttamaan kunta- tai kuntayhtymän organisaatioihin; näin on esimerkiksi terveyden edistämisen alueellisen koordinaation ja kehittämisen osalta tai alueen kuntien suunnitelmallisen hyvinvointijohtamisen osalta. Painotuksiin on vaikuttanut myös tulokset perusterveydenhuollon yksikön selvityksestä (Lehmusaho 2013), missä tarkasteltiin Pohjois-Savon kuntien terveyden ja hyvinvoinnin edistämisen tilannetta terveydenhuoltolain (1326/2010) velvoitteet huomioiden.

Perusterveydenhuollon yksiköstä kunnille osoitetussa selvityksessä nostettiin alueellisesti ”erittäin tärkeiksi” painoalueiksi päihdehaittojen vähentäminen (80 %), syrjäytymisvaarassa olevien terveyden edistämien (73 %) ja ikääntyvien toimintakyvyn tukeminen (60 %). ”Tärkeinä” teemoina vastaavasti pidettiin alueellista ravitsemussuunnitelmaa (87 %), alueellista terveystuettavuussuunnitelmaa (73 %) ja savuttomuuden tukemista (53 %).

Pohjois-Savon liitto on osaltaan linjannut maakuntaohjelmassa vuosille 2011 - 2014 hyvinvointipalvelujen ja hyvinvoinnin painoalueita: Näitä ovat kuntien, yritysten ja yhdistysten kumppanuus palvelutuotannossa, sosiaali- ja terveyspalvelujen vahvat tuotantoalueet sekä elämäntavat ja kansansairauksien ehkäisy, missä on nostettu tarve terveyden edistämisen priorisoinnille ja varhaiselle puuttumiselle, tutkimustiedon jalkauttamiselle sekä elämäntapojen kohentamiselle niin liikunta- ja ravitsemusosaamisen kuin kulttuurin osalta. Myös Itä-Suomen aluehallintovirasto on linjannut hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen alueellisen koordinaation painoalueita lähivuosille: vuonna 2013 hyvinvoinnin edistämisen teemat liittyvät terveyden edistämisen rakenteiden vahvistamiseen, indikaattoritiedon hyödyntämiseen päätöksenteossa ja alueellisen terveyden edistämisen tilannekuvan luomiseen, savuttomuuden edistämiseen ja tapaturmien ehkäisyyn. Keskeisin painoalue Itä-Suomen aluehallintoviraston terveyden edistämisen työssä on alkoholiohjelman alueellinen koordinaatio ja ehkäisevän päihdetyön edistäminen; tässä mm. vahvistetaan kuntiin kohdistuvaa vuorovaikutusohjausta ja ehkäisevän päihdetyön menetelmien levittämistä. TERVIS-hanke tekee alueellisesti yhteistyötä niin Itä-Suomen aluehallintoviraston kuin Pohjois-Savon liiton kanssa yhteisten tavoitteiden konkretisoimiseksi Pohjois-Savossa.

Pohjois-Savon sairaanhoitopiirin ja TERVIS-hankkeen keskeisenä tavoitteena on vahvistaa hyvinvointijohtamisen ja terveyden edistämisen asemaa kuntien ja yhteistoiminta-alueiden yhteistyörakenteissa, mihin kohdistuu uudistamistarpeita myös kunta- ja palvelurakennemuutostusta suunniteltaessa. Keskeisiä asioita ovat ne hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen painoalueet ja toimenpiteet, mihin myös terveydenhuoltolaki ja uudistuva sosiaalihuoltolaki kuntia, yhteistoiminta-alueita ja sairaanhoitopiirejä velvoittavat. Esimerkiksi terveydenhuoltolain pykälissä (§) 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 20, 21, 32, 34 ja 36 määritellään hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen velvoitteita.

Vastuu väestön terveyden edistämisestä on kunnilla. Kunnan on nimettävä terveyden ja hyvinvoinnin edistämisen vastuutahot. Kunnan on seurattava asukkaidensa terveyttä ja hyvinvointia sekä niihin vaikuttavia tekijöitä väestöryhmittäin sekä kunnan palveluissa toteutettuja toimenpiteitä, joilla vastataan kuntalaisten hyvinvointitarpeisiin. Näistä asioista on raportoitava valtuustolle vuosittain ja kerran valtuustokaudessa on valmisteltava laajempi hyvinvointikertomus. Kunnan on tehtävä yhteistyötä muiden kunnassa toimivien julkisten, yksityisten ja yleishyödyllisten yhteisöjen kanssa. (Terveydenhuoltolaki 2010, 12 §).

Kunnan ja sairaanhoitopiirin kuntayhtymän on päätöksenteon ja ratkaisujen valmistelussa huomioitava päätösten vaikutukset väestön terveyteen ja sosiaaliseen hyvinvointiin (Terveydenhuoltolaki 2010, 11 §).

Hyvinvoinnin seuraamiseen ja siitä raportointiin on kehitetty sähköinen hyvinvointikertomus (eHVK), mikä työvälineenä helpottaa kunnan hyvinvointityön suunnittelua, koordinoimista, raportointia ja johtamista. Hyvinvointikertomuksesta saatavien indikaattoritietojen lisäksi vähintään yhtä tärkeää on yhteinen keskustelu kuntalaisten hyvinvointiin vaikuttavista tekijöistä – löytyykö tälle keskustelulle sopivia foorumeja? Hyvinvointikertomukseen kirjataan myös kuntastrategiset linjaukset ja painoalueet ja sen laatii yleensä kunnan johtoryhmä, hyvinvointiryhmä tai työhön vastuutetut viranhaltijat.

Alkuvuodesta 2013 perusterveydenhuollon yksikön selvitykseen (Lehmusaho 2013) vastanneista Pohjois-Savon kunnista 73 % oli aloittanut hyvinvointikertomustyön ja kuusi kunnista ilmoitti vievänsä laajan hyvinvointikertomuksen valtuustokäsittelyyn v. 2013. Terveyden ja hyvinvoinnin edistämisen vastuutaho oli nimetty 43 %:in vastanneista kunnista ja 14 % vastanneista viittasi vastuutahoon yhteistoiminta-alueella. Kunnan hyvinvointiryhmä löytyy 40 %:ssa vastanneista kunnista, kun taas 27 % totesi, että hyvinvointiasiat käsitellään kunnan toisessa työryhmässä. Kunnan velvoitteista kuntalaisten terveyden ja hyvinvoinnin seurantaan ja tarvittavien toimenpiteiden suunnitteluun ollaan hyvin tietoisia, 67 % kunnista ilmoittaa myös näin toimivansa ja vuosittaisen raportoinnin valtuustolle hoitaa 53 % vastanneista kunnista.

Lähes kaikki Pohjois-Savon kunnista (vastanneista 93 %) ilmoittaa järjestävänsä kunnan asukkaille terveyden ja hyvinvoinnin edistämistä sekä sitä tukevaa terveysneuvontaa. Valtaosin neuvontapaikaksi esitettiin terveydenhuollon yksiköt. Opiskelu- ja työterveyshuollon ulkopuolisten nuorten ja työikäisten terveysneuvonta ja terveystarkastukset on järjestetty 80 %:ssa vastanneista kunnista; käytännöt vaihtelevat, pääosin palveluja saatavissa, kun asiakas osaa niitä kysyä. Vain muutamassa kunnassa kutsutaan tarkastuksiin.

Vanhuseläkettä saavien henkilöiden hyvinvointi- ja neuvontapalveluja on Pohjois-Savon kunnissa saatavilla teema-alueittain seuraavasti: a) elintavat, sairauksien ja tapaturmien ehkäisy 71 %, b) terveyden ja toimintakyvyn heikkenemisen tunnistaminen ja siihen liittyvä varhainen tuki 86 % ja c) sairaanhoidon ja turvallisen lääkehoidon ohjaus 79 %. 29 % vastanneista kunnista ilmoitti, että iäkkäiden neuvontapalveluja ei ole järjestetty. Lisäksi

53 % kunnista järjestää iäkkäiden asukkaiden terveystarkastuksia ja 93 % iäkkäiden asukkaiden hyvinvointia lisääviä kotikäyntejä.

Alueellisesti hyvinvoinnin ja terveyden edistämistä tarkastellaan TERVIS-hankkeessa kolmella tasolla: 1) Väestötasolla tavoitteena vaikuttaa kuntalaisten osallisuuteen, hyvinvointiin ja suotuisiin terveystotumuksiin kuntalaisia kuulemalla, viestinnän keinoin sekä kansalaisjärjestöyhteistyönä. 2) Ammattilais-/organisaatiotasolla tavoitteena on vahvistaa ammattilaisten voimavaralähtöisen työn osaamista, ajantasaisten terveyden edistämisen työvälineiden käyttöä ja lisätä julkisen sektorin, yritysten ja järjestöjen yhteistyötä terveyden edistämisessä. 3) Strategisella tasolla tavoitteena on varmistaa hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen prosessit ja koordinaatio kuntien eri hallintokunnat ylittävässä toiminnassa ja alueellisena verkostotukena sekä vakiinnuttaa kuntien hyvinvointikertomustyötä.

Pohjois-Savossa TERVIS-hankkeen alueellisena tukiryhmänä hyödynnetään 2,5 vuotta toiminutta PSSHP:n maakunnallista terveyden edistämisen ja kansansairauksien ehkäisyn työryhmää, missä on edustus alueen kunnista tai yhteistoiminta-alueilta sekä sairaanhoitopiiristä, sosiaalialan osaamiskeskuksesta, maakuntaliitosta, ammattikorkeakoulusta ja yliopistosta sekä Pohjois-Savon alueen kansanterveysjärjestöjen alueyhdistyksistä. Työryhmän johtaminen/koordinaatio on jo perustamisvaiheessa vastuutettu PSSHP:n perusterveydenhuollon yksikölle.

6. Järjestämissuunnitelma tulevaisuuteen suuntautuvan kehittämisen suunnitelmana

6.1. Järjestämisen piiriin kuuluvista hallinnollisista sopimisista kohti kehittämistoimintaa

Koska järjestämissuunnitelmaa kootaan tilanteessa, jossa palveluiden järjestämisen peruskysymykset ovat auki sote-uudistuksen muuttaessa todennäköisesti perusteellisesti järjestämiss vastuun toteutumista, suunnitelmasta ei saada tiivistä sopimuksenomaista asiakirjaa tuoreista sitoumuksista tai ratkaisuksista. Kun sote-uudistuksessa siirrytään keskusteluista toteutusvaiheeseen, tarvitaan paljon suunnittelutyötä uudenlaisten rakenteiden ja hallinnollisten yksityiskohtien arkkitehtuuria varten. Tuo työ tulee olemaan tarpeellista ja sen määrä voi osoittautua yllättävän suureksi.

Perusterveydenhuollon yksiköistä ja sosiaalialan osaamiskeskuksista on käytetty sote-uudistuksen jälkeistä tulevaisuutta hahmotettaessa yhteisnimeä ”kehittämistoiminnan rakenteet tai yksiköt”. Tällä muistutetaan siitä, että maassa ei ole onnistuttu luomaan toimivaa kokonaisvaltaista sosiaali- ja terveyspalveluiden kehittämisen konseptia. Suurilla kaupungeilla ja sairaanhoitopiireillä on omia kehittämissyksiköitä ja –esikuntia. KASTE-ohjelmaan on sisällytetty valtion kehittämistoimintaan varaamien valtionavustusten varassa tapahtuva kehittämistoiminta. Näissä avustuksissahan on kyse varoista, jotka oli aikanaan varattu kuntien ja sote-palveluorganisaatioiden investointien rahoittamiseen. Nyt katsotaan, että maan palvelulaitosten rakenne on pääpiirteissään valmis. Investoinnit ja korjaukset on nyt rahoitettava palvelutoiminnan rahoituksen yhteydessä poistoja varten kerättävillä varoilla.

Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämislakiin suunnitellaan sisällytettävän säädökset kehittämistoiminnasta ja kehittämisen rakenteista. Yleisenä näkemyksenä on, että ainakin laajan vastuun sote-alueilla tulisi olla sosiaali- ja terveydenhuollon yhteinen kehittämistoiminnan yksikkö. Nämä yksiköt

on kaavailtu luotaviksi nykyisistä perusterveydenhuollon yksiköistä ja sosiaalialan osaamiskeskuksista.

Tässä hengessä Pohjois-Savon sairaanhoitopiirin järjestämissuunnitelmaan on nyt sisällytetty uutena ulottuvuutena kehittämisen kohteita ja linjauksia ilmaisemaan kuntien yhteistä tahtotilaa siitä, millaista tulevaisuutta kohti edetään. Toisin sanoen, kun ei ole kovin realistista odottaa sote-uudistuksen ratkaisuja odoteltaessa laajamittaisia uusia sopimuksia järjestämisen rakenteista ja yhteistyöstä, sovitaankin kehittämisen suunnista ja kohteista. Kuntia ja terveystakeskuksia ei ohjata tekemään sitoumuksia sellaisista asioista, jotka tullaan suunnittelemaan lähivuosina vielä uusilta pohjilta toimiviksi. Sen sijaan tällä suunnitelmalla annetaan valtakirja eri toimijoille, ja erityisesti perusterveydenhuollon yksikölle käyttää voimavaroja ja koota yhteen toimijoita ja mahdollisesti myös kehittämisen voimavaroja asioiden eteenpäin viemiseksi määriteltyjen kehittämissuunnitelmojen suuntaisesti. Tätä varten suunnitelmaan on nyt nostettu yhdeksän kehittämissuunnitelmaa. Näitä voisi vaikka pitää luonteeltaan kehittämissalkkuina, jotka sovitaan otettavaksi käyttöön. Se, miten nopeasti ja voimaperäisesti eri salkkujen sisältöjen kanssa voidaan edetä, tulee varmaankin vaihtelevaan.

6.2. Yhdeksän yhteistä kehittämissuunnitelmaa

Esitettävät yhdeksän yhteistä kehittämissuunnitelmaa ovat seuraavat:

- 1) *Väestön terveyttä ja hyvinvointia edistetään väestön, kuntien hyvinvointikertomuksen sekä terveydenhuollon palveluiden oikeanlaisen suuntaamisen avulla.*
- 2) *Avosairaanhoidon vastaanottoa toimintaa terveysasemilla kehitetään huolehtien samanaikaisesti sekä hoidon saatavuudesta että pitkäaikaissairauksia sairastavien järjestelmällisestä hoidosta soveltaen ns. terveyshyötymallin tärkeimpiä periaatteita.*
- 3) *Päivystyksen ja muiden eri tavoin kiireellisten perusterveydenhuollon palveluiden kehittäminen; suhde sairaalatoimintaan eri tasoilla*
- 4) *Kotiin tuotettavien palveluiden vahvistaminen; vakavasti otettavan vaihtoehdon rakentaminen sairaalahoidolle*
- 5) *Terveyskeskussairaalaverkon ja lyhytaikaisen hoidon kapasiteetin sekä terveyskeskussairaaloiden perustehtävien selventäminen sekä tältä pohjalta nousevien tarpeellisten muutosten- ja kehittämistoimien liikkeelle saattaminen*
- 6) *Perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon palveluiden integrointia viedään eteenpäin alueelle soveltuvissa muodoissa*
- 7) *Kehitetään terveydenhuollon ja sosiaalipalveluiden yhteisen kehittämisen kulttuuria yhteisillä palveluketjuilla ja –kokonaisuuksilla kehittämissuunnitelmissa*
- 8) *Kuntoutuksen työnjakoa sekä kuntoutuksen toiminta- ja hoitopolkuja selkeytetään*
- 9) *Rakennetaan yhteistyötä, yhteistä suunnittelua ja koordinoitua tukevan tietokannan alueen palveluista; tietokanta voidaan laajentaa myöhemmin koko sosiaali- ja terveyspalveluiden kentän kattavaksi.*

1) Väestön terveyttä ja hyvinvointia edistetään väestön, kuntien hyvinvointikertomuksen sekä terveydenhuollon palveluiden oikeanlaisen suuntaamisen avulla.

TERVIS-hankkeen tuella viedään eteenpäin poikkihallinnollisia hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen toimintakäytäntöjä ja haetaan uusia mahdollisuuksia mm. varhaisen tuen yhteistyölle sosiaali- ja terveydenhuollossa. Kokonaisuutena hanketyötä tehdään 1) strategisella tasolla kunnissa ja yhteistoiminta-alueilla, 2) ammattilaistasolla ja 3) väestötasolla.

Kehittämistoimille kuntakentässä on varattu väestöpohjaan suhteutettua kehittämisrahaa, mitä voi sopimukseen perustuen käyttää kehittäjätyöntekijän palkkaukseen; näin haluttu kehittämisprosessi saadaan mukavasti liikkeelle ja sitä voidaan jatkaa omana toimintana.

Alueellisesti keskeisenä tavoitteena on, että Pohjois-Savon kunnissa ja yhteistoiminta-alueilla sovitaan hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen vastuutahoista ja työryhmistä, joihin tukeutuen alueen kunnissa valmistellaan hyvinvointikertomus ja luodaan toimintatapa väestön hyvinvoinnin ja terveydentilan sekä tehtyjen toimenpiteiden seuranta ja arviointia varten. Tavoitteena on lisätä myös ennakoarviointien käyttöä päätöksenteossa. Syksyn 2013 ja kevään 2014 aikana TERVIS-hanke järjestää alueellisia koulutuksia kuntien hyvinvointijohtamista tukien.

Terveyden edistämistä vahvistetaan myös alueellisen viestinnän keinoin kohdentaen viestintää kohde-ryhmän tai tason mukaisesti. Tutkimus- ja asiantuntijatietao on tärkeää nostaa lööppiutisten rinnalle, jotta niin kuntalaisille, ammattilaisille kuin johtaville viranhaltijoille ja poliittisille päättäjille on tarjolla ajantasaista asiantuntijatietao. Ammattilaistasolla on tarkoitus viedä työpajatyypillisesti eteenpäin sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistyötä puheeksi otton, varhaisen puuttumisen ja matalan kynnyksen palvelujen suosimisen lisäämiseksi. Terveyttä ja hyvinvointia tukevien sähköisten verkkopalvelujen asema kaipaa myös Pohjois-Savossa vahvistamista, mutta ensin tulisi linjata sairaanhoitopiiriin ja alueen tahto-tila ja resurssit näiden ylläpitoon ja kehittämiseen. Ylipäättään ennaltaehkäisevän työn asemaa palvelurakenteissa tulee vahvistaa. Ennaltaehkäisevä työ liittyy sosiaali- ja terveystalvieluihin kaikilla tasoilla: Kaikessa vuorovaikutuksessa tulisi tukea kuntalaisten vastuunottoa omasta terveydestä ja hyvinvoinnista sekä kannustaa asioihin, joita asiakas voi itse toteuttaa arjessaan.

TERVIS-hankkeessa on ajateltu vahvistettavan alueellisen toimeenpanon osalta myös sen viitekehykseen kuuluvia kansallisia ohjelmia. Yhtenä esimerkkinä näistä on THL:n julkistama ”Lihavuus laskuun – hyvinvointia liikunnasta ja ravinnosta”, Kansallinen lihavuusohjelma 2012 – 2015 (THL 2012) Tätä teemaa tukien TERVIS-hanke järjestää ja tarjoaa syksyllä 2013 Pohjois-Savon kuntien terveydenhoitajille Suomen Sydänliiton ”Neuvokas Perhe” –työmenetelmäkoulutusta (Sydänliitto 2013). Myös VerkoPuntarinothelman jatkokäytölle pyritään luomaan alueelliset edellytykset (Satakunnan sydänpiiri 2011).

Pohjois-Savossa on tarkoituksena lisätä alueellista verkostoyhteistyötä niin kuntien hyvinvointityön koordinoinnin osalta kuin sosiaali- ja terveydenhuollossa toteutuvan terveyden edistämisen yhdyshenkilöroolien osalta. Kuntien kehittäjätyöntekijät liitetään näihin verkostoihin. Järjestötoimijat tekevät jomonenlaista yhteistyötä kunnissa ja tavoitteena on edelleen vahvistaa heidän asemaansa kuntien kump-

paneina esimerkiksi hyvien toimivien käytäntöjen mallinnuksen ja levittämisen avulla. Suositetaan Inno-
kylän mahdollisuuksia ja tarjontaa hyvien käytäntöjen levittämiseksi. Luoduille verkostoille järjeste-
tään 1-2 kertaa vuodessa alueellinen tapaaminen tai hyödynnetään verkkoviestinnän ja verkkokokous-
ten mahdollisuuksia yhteistyössä. Verkostoyhteistyöhön pyritään myös Pohjois-Savon rajat ylittäen;
TERVIS-hankkeessa osaamista ja käytäntöjä jaetaan erityisesti Pohjois-Karjalan ja Etelä-Savon koor-
dinaattoreiden ja kehittäjätoimijoiden välityksellä, mutta myös asiasisällöltään läheisten muiden hank-
keiden kanssa tehdään yhteistyötä, tästä esimerkkinä Kaste-rahoitteinen Terveempi Pohjois-Suomi 2 –
hanke.

Pohjois-Savon sairaanhoitopiirin maakunnallinen terveyden edistämisen ja kansansairauksien ehkäisyn
työryhmä toimii alueellisena tukiryhmänä TERVIS-hankkeelle. Tuon työryhmän roolia kannattaisi
entisestään vahvistaa laatimalla sille vuosisuunnitelma ja nostamalla yksi tai kaksi teemaa, joita koko
alueella viedään eteenpäin määrävuosina.

**2) *Avosairaanhoidon vastaanottotoimintaa terveysasemilla kehitetään huolehtien samanaikaisesti
sekä hoidon saatavuudesta että pitkäaikaissairauksia sairastavien järjestelmällisestä hoidosta sovel-
taen ns. terveyshyötymallin tärkeimpiä periaatteita.***

Terveysasemien vastaanottotoimintaa järjestetään useilla keskenään erilaisilla malleilla jotka vaihtelevat
omalääkärijärjestelmästä (esim. Kuopio, Siilinjärvi, Suonenjoki, Leppävirta) aina pääosin sektori-
kohtaiseen vastuuseen (esim. Lapinlahti, Pielavesi). Pienimmillä terveysasemilla on usein omaleimaisia
niillä pitkään työskennelleiden lääkäreiden ja hoitajien muovaamia malleja. Vastaanottotoimintaa ei ole
tarpeen puristaa yhteen yhtäläiseen malliin siinäkään tulevaisuudessa, jossa järjestämisvastuu siirtyy
aikaisempaa harvalukuisemmille organisaatioille. Kuitenkin on tärkeää, että hoidon saatavuudessa voi-
daan pitää yhdenvertaista hyvää ja hyväksyttävää tasoa ja että pitkäaikaissairauksien hoito voidaan to-
teuttaa laadukkaana, järjestelmällisenä ja asiakas-/potilaskeskeisenä valtakunnallisten linjausten mukai-
sesti. Tärkeää on myös huolehtia tarpeellisesta tasapainosta uusien ja äkillisten ongelmien vaatiman
huomion, pitkäaikaissairauksien hyvän hoidon ja ennalta ehkäisevien ja kuntouttavien palveluiden vä-
lillä.

Kehittämistyössä sekä vastaanottopalveluiden saatavuutta yleensä että pitkäaikaissairauksien hoitoa
voidaan parhaiten kehittää palveluista vastaavien työryhmien omaehtoisella kehittämistyöllä ja valmen-
tautumisella. Muualla maassa on käytetty menestyksellisesti Rohto-työskentelynä tunnettua kehittämi-
sen yleismenetelmää. Rohto-verkosto ei ole levinnyt Pohjois-Savon alueelle, mutta toimii aktiivisesti
esimerkiksi Pohjois-Karjalan ja Etelä-Savon alueella. Alustavasti on sovittu, että yhteistyönä näiden
naapurialueiden sekä valtakunnallisen THL:sta saatavan tuen kanssa voidaan kehittää työryhmien työ-
menetelmiä.

Pitkäaikaissairauksien hoidossa ns. terveyshyötymalli merkitsee laaja-alaista muutosta, jossa on muual-
ta maasta saatavan kokemuksen mukaan useita vaiheita ja ulottuvuuksia. Siinä pyritään ensinnäkin
saattamaan hoito mahdollisimman kattavasti kirjallisen hoitosuunnitelman pohjalta toteutuvaksi. Niille,
joilla on useita samanaikaisia pitkäaikaissairauksia perusterveydenhuollon yleislääkärit ja hoitajat edus-

tavat tärkeää perustaa kokonaisvaltaisen, laadukkaan ja turvallisen hoidon tarjoamisessa. Niille, joiden palveluiden käytössä tarvitaan erityistä henkilökohtaista ohjausta joko palvelukokonaisuuksien monimuotoisuuden ja mutkikkuuden tai henkilökohtaisten valmiuksien riittämättömyyden vuoksi, osoitetaan mallin mukaan tavanomaista hoitosuhdetta tiiviimpää tukea tarjoava henkilökohtainen hoitaja ns. care manager -periaatteiden mukaisesti. Toisaalta malliin sisältyy myös uusia ajatuksia omatoimisen hoidon ja pitkäaikaisen sairauden edellyttämän seurannan toteuttamisesta kotona ja raportoisesta nykyaikaisin menetelmin terveyskeskuksen tietojärjestelmiin.

Pohjois-Savossa on käynnistymässä syksyllä 2013 ensimmäisiä terveysasemakohtaisia terveyshyötymallin käyttöä koskevia koulutuksia. Tulevaisuudessa koulutuksia ja muita mallin käytön yleistämiseen tähtäviä toimia voimistetaan ja varaudutaan hoitamaan alueen omin voimin.

Malli näyttää myös aktivoivan kysymyksiä siitä, miten terveyskeskuksissa pitäisi varustautua erityyppisiä pitkäaikaissairauksia sairastavien henkilökohtaiseen hoitotyöhön. Erikoissairaanhoidon kulttuurin johdonmukaisena odotuksena näyttäisi olevan eri sairauksien mukaan nimettävien asiantuntijahoitajien verkoston luominen terveyskeskuksiin. Tämä olisi kuitenkin pitkälle vietyä sekä epärealistinen tavoite että samalla perusterveydenhuollon peruslähtökohtiin vaikeasti soveltuva. Lähtökohtanaan on suomalaisessakin perusterveydenhuollossa yleislääkärin ja yleisosaajan roolissa toimivan vastaanoton hoitajatyöskentelyn ja näiden kahden hyvän yhteistyön ja työnjaon varaan rakentaminen. Sen sijaan, että kaikille pitkäaikaissairaille osoitettaisiin kymmenien erikoistumisalueiden joukosta aina erikseen hoitaja, erityisasiantuntemus ja yleisosaaminen on sijoitettava perusterveydenhuoltoon soveltuvin tavoin palveluverkkoihin. Tämä tarkoittaa esimerkiksi sitä, että diabeteksen tai sydän- ja verisuonitautien alojen hoitajat eivät pyri ottamaan kaikkia näitä laaja-alaisia kansantauteja sairastavia omaan hoitoonsa, vaan he toimivat sisäisinä konsultteina. He voivat ottaa vastuulleen kaikkein vaativimmat potilaat, mutta tärkeää olisi asiantuntijana ja toisten hoitajien työn tukijoina toimiminen. Samaa yleisperiaatetta on sovellettu menestyksellisesti myös lääkäreiden työhön ammattikunnan sisällä perusterveydenhuollossa.

Avosairaanhoidon kehittämistoimien yhtenä hallitsevana periaatteena pitäisi kaikissa terveyskeskuksissa olla perusterveydenhuollon lääkärin ja hoitajan työn kehittäminen siten, että työntekijän oma vapaus ja vastuu työn tekemisestä ja järjestelyistä laajenevat. Näihin sisältyvät myös yksilölliset työajan ja työsuhteen ehtojen järjestelyt. Tärkeää on myös huolehtia uusina työntekijöinä alalla tulevien lääkäreiden ja hoitajien perehdyttämisestä, koulutuksesta ja seniorituesta. Tällaisilla keinoilla työhön sitoutumista, työvoiman rekrytointia ja työsuhteissa pysymistä voidaan parhaiten edistää.

3) *Päivystyksen ja muiden eri tavoin kiireellisten perusterveydenhuollon palveluiden kehittäminen; suhde sairaalatoimintaan eri tasoilla*

Tämän suunnitelman luvussa 2.3.2. kirjattiin yhteisen tahdon ja sopimisen ilmaukseksi ne tavoitteet ja toimet, joilla perusterveydenhuollon päivystyshoito saatetaan vuoden 2015 alkuun mennessä uuden päivystysasetuksen säädösten mukaiseksi.

Tätä kirjoitettaessa syksyllä 2013 oletetaan, että kolmeen erikoissairaanhoidon yhteydessä toimivaan ympärivuorokautiseen päivystyspisteeseen keskittämisen rinnalla terveyskeskuksilla tulee olemaan

virka-ajan ulkopuolella tarjottavia palveluja. Päivystyksen ja muiden siihen liittyvien palveluiden lisäksi samalla on tarkasteltava kokonaisuutta, jonka muodostavat päivystyksen lisäksi erikoissairaanhoidon ja terveyskeskusten sairaalapalvelut, ensihoidon toiminta, väestölle eri kanavia pitkin suunnattava palveluneuvonta, sosiaalipäivystys sekä mahdollisesti tehtävät uudet järjestelyt päihtyneiden selviämisasematyypisessä palvelussa. Tämän rinnalla on varauduttava suun terveydenhuollon päivystysjärjestelyjen muutoksiin ja suunniteltava tarvittavat toiminnalliset ym. ratkaisut.

Päivystystoiminnan järjestelyistä on käyty ainakin KYSin piirissä laajaa keskustelua, koska toimintaa on haluttu muuttaa siten, että päivystyksen palveluita käyttäisivät vain ne, jotka tarvitsevat kiireellistä apua. Koska tämän ideaaliperiaatteen toteuttaminen on tunnetusti suuren työn takana ja silloinkin altis erilaisille häiriötiloille ja päiväaikaisen palvelun puuttumisille, akuuttiluonteisten palveluiden kokonaisuutta pitäisi arvioida ja suunnitella ottaen eri toimijat ja toiminnan kentät huomioon. Tässä kohdassa ehdotetaan, että päivystyksen ja muun akuuttityypisen hoidon tasapainoisen kehittämisen ympärille rakennetaan tämän suunnitelman kehittämislinja nro 3.

Pitkäaikaishoidon yhteydessä tavoitteena oli muuttaa hoitoa aikaisempaa järjestelmällisemmäksi ja asiakaslähtöiseksi siten, että hoito sovitettaisiin asiakkaan/potilaan tarpeiden ja valmiuksien mukaiseksi. Päivystysluonteisessa hoidossa tavoitteena pitäisi olla perusterveydenhuollon palveluiden sisällä tarvittavan sopivan tasapainon löytäminen akuuttihoidon, pitkäaikaishoidon, ennaltaehkäisyyn ja kuntoutuksen toimintojen välillä. Nyt eletään kehitysvaihetta, jossa akuuttihoito dominoi liikaa ja valtaa alaa muilta tärkeiltä perusterveydenhuollon tehtäviltä. Liika tarkoittaa tässä yhteydessä ennen kaikkea suhteettoman suuren huomion ja voimavarojen kohdistumista äkillisiin itsestään paraneviin virusinfektioihin, tai muihin arkisiin sairauksiin tai pikku vammoihin. Voimavarojen sitomista näihin tarkoitukseen lisää luonnollisesti sairauslomatoiminnan tarve, mutta silti suomalaiset käyttävät päivystysluonteisia palveluja suhteellisesti enemmän kuin muissa maissa eikä näiden palveluiden terveyshyötyä voida pitää kokonaisuudessaan käytettäviin voimavaroihin nähden merkittävänä. Tällä ei toki tarkoiteta sitä, että päivystyspalveluista karkotettaisiin hengitystieinfektioiden vuoksi hakeutujat pois, mutta hyvänä tavoitteena voisi pitää omatoimisen hoidon ja elimistön omilla keinoilla paranemisen odottelun lisäämistä.

Tässä kohdin tarvittavassa kehittämistyössä on syytä ottaa käyttöön uusia yhteydenpidon, neuvonnan ja tuen välineitä ja menettelyjä. Kehittämistyön tuloksena ja hyvänä tavoitteena voisi olla sellaisen muutoksen toteutuminen, jossa eri palveluntuottajat ja toimijat ovat yhdessä määritelleet hyvät ja palveluiden käyttäjille kelpaavat menettelytavat. Samalla on tarpeen korjata päivystysjärjestelyissä kehittyneitä vinoutumia, esimerkiksi vähentää palveluasumisen asiakkaiden epätarkoituksenmukaista hakeutumista päivystykseen saamaan sellaista palvelua, jota voidaan antaa päiväsaikaankin. Päivystyksen kehittämisen yksi avain on väestölle suuntautuvan tiedottamisen ja yksilötasolle ulottuvan neuvonnan monipuolistaminen ja tehostaminen. Suomessa on näistä menettelyistä jo paljon kokemuksia, joita on paikallaan tutkia ja arvioida Pohjois-Savon tarpeisiin.

4) *Kotiin tuotettavien palveluiden vahvistaminen; vakavasti otettavan vaihtoehdon rakentaminen sairaalahoidolle*

Väestö ikääntyy. Useita sairauksia samanaikaisesti sairastavien lukumäärät kasvavat, vaikka ikääntyneet ovatkin edeltäviä sukupolvia paremmassa kunnossa. Jo parin vuosikymmenen ajan maassa ja myös Pohjois-Savossa on tähdätty sellaiseen palvelurakennemuutokseen, jossa sairaalahoitoa ja laitoshoidoa korvataan kotiin tuotettavilla palveluilla. Suurimpia muutoksia ovat olleet vanhainkotien korvautuminen laitoshoidolla usein muistuttavalla palveluasumisella. Kotiin tai kodinomaisiin ryhmä- tai palvelukoteihin tuotettavat palvelut ovat vahvistuneet, mutta eivät vielä tarpeeksi. Pullonkaulana on ennen kaikkea ilta- ja viikonloppuajan palvelu, etenkin se, miten vastataan odottamatta syntyviin tarpeisiin tai ongelmiin. Nyt on aika vahvistaa virka-ajan ulkopuolista palvelua uusilla avauksilla ja myös käyttämällä hyväksi ensihoidon ja nykyaikaisen kommunikaatioteknologian tarjoamia mahdollisuuksia. Tätä kehitystä tarvitaan kaikissa Pohjois-Savon kunnissa. Kotihoidossa ja erityisesti monissa ympärivuorokautisesti miehitetyissä palveluasumisen yksiköissä esiintyy terveydenhuollon asiantuntijoiden palveluiden, sekä lääkäreiden että hoitajien työpanoksen riittämättömyyttä. Tämä on johtanut Pohjois-Savossa, kuten valtakunnallisen päivystyskartoituksen mukaan ympäri maata, epätarpeellisen päivystyspalveluiden käyttöön. Kotiin tuotettavien palveluiden vahvistamisen pitää näkyä lääkäreiden ja sairaanhoitajien palveluiden järjestelmällisenä toteutumisena sekä kotihoidossa että palveluasumisen piirissä.

Kaupunkipaikkakunnilla ja soveltuvin osin kirkonkylätaajamissa edistetään ikääntyneiden palveluissa ns. kampus-ajattelua, joka on vahva toimintalinja kotona asumisen tukemiseksi.

5) *Terveyskeskussairaalaverkon ja lyhytaikaisen hoidon kapasiteetin sekä terveyskeskussairaaloiden perustehtävien selventäminen sekä tältä pohjalta nousevien tarpeellisten muutos- ja kehittämistoimien liikkeelle saattaminen*

Pohjois-Savossa on ollut kansanterveyslain luomien rakenteiden myötä valtakunnallisesti korkea terveyskeskussairalahoidon kapasiteetti väestöpohjaan nähden. Nyt pitkäaikaishoito on hyvää vauhtia poistumassa näistä sairaaloista. Pohjois-Savossa jo kolmannes kunnista on siirtänyt tällaisen hoidon tapahtumaan muualla. Muissakin kunnissa samansuuntainen kehitys on käynnissä. Samaan aikaan on tarkasteltava lyhytaikaisen hoidon kapasiteettia ja tehtäviä, jotta varmistetaan palveluiden tehokkuus ja tarpeellisuuden mukaisuus. Palveluita tiivistäviä muutoksia on jo viime vuosina tapahtunut, mutta sijaa vo-lyymien ja perustehtävien tarkastelulle on edelleenkin. Terveyskeskussairaaloilla on kaksi tärkeää tehtävää: 1) näihin sairaaloihin soveltuva akuuttihoito sekä 2) kuntoutus. Näiden rinnalla on joukko mittasuhteiltaan suppeampia tehtäväkokonaisuuksia, jotka voivat liittyä vanhusten sekavuus-tilojen selvittelyyn ja hoitoon, mielenterveys- ja päihdepalveluiden valikoivaan tukemiseen sairaalahoidolla, suunniteltuun intervallihoidon silloin, kun hoidon saaja hyötyisi sairaalamaisesta hoidosta tai esimerkiksi pitkäaikaissairaudesta ja sen lääkehoidon tasapainotuksesta tai säätämisestä. Lisäksi saattohoidon tukeminen osastohoidon keinoin on tärkeä ja terveyskeskussairaaloille soveltuva tehtävä. Terveyskeskusvierailuilla terveyskeskussairaaloiden edustajat toivatkin saattohoidon esille tehtävänä, jon-

ka katsotaan kuuluvan tarvittaessa terveystieteiden keskukselle. Osastoilla oli tehty tätä varten erilaisia tilajärjestelyjä ja luotu mahdollisuuksia omaisten osallistumiseen ja jopa yöpymiseen saattohoidon yhteydessä.

Terveystieteiden keskuksien verkoston kehittämisen vaikea puoli tulee varmaankin olemaan sairaalapasentein poistaminen käytöstä silloin, kun kapasiteettia on yli kriittisesti arvioidun tarpeen tai silloin, kun tilat eivät sovellu käyttöön. Tässä hahmoteltava kokonaiskapasiteetin hallittu supistaminen ja perustehtävien määrittely edellyttävät huolellista suunnittelua ja neuvotteluja eri osapuolten välillä. Tämän vuoksi terveystieteiden keskuksien tulevaisuutta ryhdytään rakentamaan erillisen kehittämishankekokonaisuuden avulla.

6) Perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon palveluiden integrointia viedään eteenpäin alueelle soveltuvissa muodoissa

Sote-uudistuksen yleisinä periaatteina, joita ei ole itse asiassa uudistuksesta käydyssä poliittisessa keskustelussa asetettu lainkaan kyseenalaisiksi, ovat olleet sosiaali- ja terveydenhuollon integrointi sosiaali- ja terveydenhuollon sekä perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välillä. Sosiaali- ja terveydenhuollon hallinnollista ja toiminnallista yhdistymistä on viety maassamme eteenpäin jo vuosikymmenien ajan. Sosiaali- ja terveydenhuollon on määrä tulla yhdistetyksi jo voimassa olevan PARAS-lainsäädännön pohjalta sekä Helsingin kaupungin päätösten mukaisesti lähivuosina. Sen sijaan perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhteen liittämisen kokemukset ovat tuoreempia ja koskevat muutamaa sairaanhoitopiiriä ja useita ns. aluesairaala-aluekuntia. Näiden joukossa ovat Pohjois-Savosta Ylä-Savon sote ja Varkauden kaupunki. Lisäksi Kuopion kaupungilla on ollut jo vuosien ajan erikoissairaanhoidon palveluja kaupungin itse järjestäminä.

Perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon integrointi on sekä hallinnollis-teknisesti että näiden kahden toiminnan tason välille kehittyneiden toimintakulttuurien erojen vuoksi haastavaa. On selvää, että yhdistämistoimet olisivat nykyistä yksinkertaisempia toteuttaa, jos sekä perusterveydenhuollon että erikoissairaanhoidon järjestämisvastuu ja rahoitus olisivat samoissa käsissä. Koska järjestämisvastuun rakenteiden uskotaan ratkeavan vasta sote-uudistuksen ja sen ytimessä olevan palveluiden järjestämislain myötä, tämän suunnitelman voimassaolokaudella, ei ole kovin realistista odottaa, että integraatiota voitaisiin viedä laajalla rintamalla eteenpäin kovin pian.

Sen sijaan on mahdollista tarttua suunnittelun ja kehittämistoimien merkeissä niihin palvelukokonaisuuksiin, joissa integraation edistäminen näyttää suoraviivaiselta ja hyödylliseltä. Tällaisia yhteisiä alueita ovat mielenterveyspalvelut, päivystyspalvelut sekä päivystykseen suoraan liittyvän sairaalaosastohoidon palvelut.

Jo nyt alueella on valtakunnallisestikin erityispiirteisiä ratkaisuja, esimerkiksi Kuopion psykiatrian keskus (KPK), joka sijaitsee ”yhteisellä” maaperällä. Yhteispäivystykset, kuntoutus, integroidut tai yhteen liitetyt poliklinikat edustavat samaa kehitystä. Samoin kehittämistoimet ja arvioinnit ovat tarpeen kehitettäessä perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhteistä sairaalaosastohoidoa, jollainen on rakentumassa KYSin päivystyksen yhteyteen. Terveystieteiden tarvitsemat erikoissairaanhoidon tutki-

mukset, konsultaatiot ja muut palvelut kuuluvat tämän tarkastelun ja kehittämistyön piiriin. Tässä tarkoitettavaa integraatiota tuetaan monin toimin. Jos integraatiossa ei onnistuta, koko hallinnollisen yhteenliittämisen hyödyt voivat jäädä saamatta tai ainakin vähäisiksi.

Tässä tarkoitettavan kehittämissuunnan tuella voidaan ideoida kokonaan uusia toiminnallisia ratkaisuja jopa synnyttää kehittämis- tai kokeilumielessä uusia yksiköitä.

7) *Kehitetään terveydenhuollon ja sosiaalipalveluiden yhteisen kehittämisen kulttuuria yhteisillä palveluketjuilla ja –kokonaisuuksilla kehittämissuunnalla*

Kuten aikaisemmin todettiin perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välille sijoittuvien hoitopolkukuvausten ja työnjakosopimusten valmistelussa odotetaan KYSin tuottavuusohjelman linjauksia. Sen sijaan on käyty alustavia neuvotteluja sosiaalialan osaamiskeskuksen (ISO) sekä alan järjestöjen kanssa 1) muistisairauksia sairastavien palvelukokonaisuuden kehittämisestä erityisesti perustason sosiaali- ja terveyspalveluissa, 2) kehitysvammaisten palvelupolun sekä päihdeongelmien hoidon kehittämisestä sosiaali- ja terveyspalveluiden väliset rajat ylittävänä yhteistyönä.

8) *Kuntoutuksen työnjakoa sekä kuntoutuksen toiminta- ja hoitopolkuja selkeytetään*

Erikoissairaanhoidossa ollaan selvittämässä, miten vaativin kuntoutus esimerkiksi aivohalvauksen tai lonkkamurtuman vuoksi kuntoutusta tarvitseville järjestettäisiin. Terveyskeskukset ovat laajalti tarjolla kuntoutuksen toteutuksen ja palveluiden paikoiksi, mutta palveluita pitää kehittää ja rakentaa keskittämiseen perustuvia porrastuksia, jotta toiminnan laatu voidaan varmistaa. Samalla tuetaan apuvälinetoinnin alueellista saman organisaation alaiseksi keskittämistä.

Yleisenä suuntana tulee olla kuntoutuksen asiantuntemuksen ja palveluiden porrastaminen siten, että palveluiden tarve ja myös perustellut arviot kuntoutustoimista hyötymisestä ohjaavat palvelukokonaisuuden suunnittelua. Tämän suunnitelman liitteenä on lääkinnällisen kuntoutuksen palveluja kartoittava ja arvioiva muistio (Eeva Hillukkala. Lääkinnällisen kuntoutuksen palvelut Pohjois-Savossa). Siinä tuodaan esille yhtenäisistä perusteista sopimisen ja yleisen kehittämisen tarpeita. KYSin tuottavuusohjelmassa suunnitellaan kuntoutuksen palveluita ja rakennetaan ennen kaikkea vaativimmalle kuntoutukselle toimintamallit.

Terveyskeskuksille luodaan tässä puheena olevan kehittämissuunnituksen avulla mahdollisuus kehittää kuntoutusta kokonaisuudessaan perusterveydenhuollon ja myös sosiaali- ja terveyspalveluiden yhteisiä tarpeita liikkeelle lähtien. Yksi osa tätä työtä tulee olemaan terveyskeskussairaaloiden roolin selkeyttäminen kuntoutuksen toteuttamisessa. Näin luodaan pohjaa sellaisella palveluiden yleisrakenteelle, jollainen voi syntyä Pohjois-Savoon sote-uudistuksen myötä. Tällöin tulee olemaan tärkeää kytkeä järjestöjen ja yksityisen sektorin kuntoutustoiminta tukemaan kunnallisesti järjestettävän kuntoutuksen kokonaisuutta. Tähän kokonaisuuteen kytketään myös apuvälinepalvelu, jonka oletetaan siirtyvän koko sairaanhoitopiiriin alueella yhteiseksi toiminnaksi.

On realistista odottaa, että lisää voimavaroja ei voida saada kuntoutuksenkaan alalle terveydenhuoltoon. Sen vuoksi yhteistyön tiivistäminen, tärkeysjärjestysten määrittäminen ja entistä määrätietoisempi suunnitelmallisuus ovat avainasemassa. Sairaanhoidopiirin sosiaali- ja terveystalveissa voidaan hyvin ottaa tavoitteeksi sellaisen henkilökohtaisen hoito- ja palvelusuunnitelmakäytännön kehittäminen, jossa kuntoutuksen tehtävät ja suunnitelmat ovat mukana siinä missä pitkäaikaisten sairauksienkin hoidon vastaavat suunnitelmat.

9) Rakennetaan yhteistyötä, yhteistä suunnittelua ja koordinoitua tukeva tietokanta alueen palveluista; tietokanta voidaan laajentaa myöhemmin koko sosiaali- ja terveystalveiden kentän kattavaksi.

Perusterveydenhuollon yksikkö on toiminut syksyn 2013 mennessä nykyisessä kokoonpanossaan erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon eräänlaisella sauma-alueella runsaan vuoden ajan. Tähän aikajaksoon on sisällytynyt laaja terveystalveksiin tutustumisvierailujen ohjelma, rajapintojen kartoitusta erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon saumakohtaisissa sekä osallistuminen tuottavuusohjelman työskentelyyn. Yleinen huomio kuluneelta ajalta on, että erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon tuntevat toistensa toimintaa ja rakenteita varsin tilkkutäkkimäisesti, ja yleensä silloinkin yksittäisten asiantuntijoiden aktiivisuuteen tai omalla työuralla kertyneeseen kokemukseen perustuen.

Riittämätön toisen tunteminen johtaa epätarkoituksenmukaisuuksiin, tiedon kulun ja jatkohoidon ontumiseen. Samalla on harmillista huomata, miten asiantuntevia verkostoja ja koulutuksen ponnisteluun aikaan saatuja rakenteita on jo nyt olemassa, mutta ei aina läheskään mahdollisuuksien mukaisessa käytössä.

Perusterveydenhuollon yksikössä on varauduttu edellä kuvatun kaltaisen toistaiseksi vaikeasti tai vain palasina esille saatavan tiedon saattamiseen järjestelmälliseen muotoon. Tiedon tulisi olla käytettävissä yhteistyön kummankin osapuolen toimesta, tyypillisesti intranet-pohjaisena tietokantana. Tietokannasta voitaisiin keskussairaalan osastolla tai päivystyksessä selvittää, miten kunnassa A tai B on sovittu toimittavaksi ohjattaessa potilasta jatkohoitoon terveystalveksen sairaalaan tai kirkonkylässä sijaitsevaan kotiin tiiviin kotihoidon tuella. Tietokanta tuntisi terveyden edistämisen yhteistyöverkoston ja sen toimijat. Samoin siihen voitaisiin sisällyttää tietoja kuntoutuksesta, mielenterveyshuolteista, järjestöjen mahdollisuuksista jne.

Hahmotellun tietokannan, tai ”tietopankin” rakentaminen voitaisiin tehdä tietoteknisten sovellusten pystyttämistä lukuun ottamatta yksikön omana työnä, kunhan voitaisiin varmistua, että eri osapuolet ovat asiassa mukana ja ymmärtävät tarvittavan vähäisen vaivannäön tarpeen. Tietokanta voidaan rakentaa sillä periaatteella, että mukaan voidaan ottaa vaiheittain myös sosiaali- ja terveystalvet.

Luettelo järjestämissuunnitelman liitteistä

- 1) Järjestämissuunnitelman tilastoliite, pääosin Sotkanet-tietokannan tiedoista koonnut Simo Kokko
- 2) Laasanen A, Purhonen M, Metelinen J, von Koch R, Sulku R. (Toive ryhmä). Pohjois-Savon sairaanhoitopiirin kuntien mielenterveys- ja päihdepalveluselvityksen tuloksia ja pohdintaa
- 3) Hillukkala E. Perusterveydenhuollon lääkinnällisen kuntoutuksen palvelut Pohjois-Savon sairaanhoitopiirin alueella
- 4) Lehmusaho M. Terveyden ja hyvinvoinnin edistäminen Pohjois-Savon kunnissa v. 2012

Viitteet

Duodecim 2013, käypä hoito-julkaisujen esittely, <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/etusivu>

Eu Primecare 2013; <http://www.euprimecare.eu/>

Kinnunen Ulla-Mari, Antikainen Marianne, Lappalainen Sirkka, Peltola Pirjo, Poikolainen Pekka & Miettinen Merja 2009. Selvitys Pohjois-Savon sairaanhoitopiirin alueen hoitohenkilökunnan eläköitymisestä ja työvoiman ennakoinnista 2009–2025. Pohjois-Savon sairaanhoitopiirin julkaisuja 70/2009.

Koivuranta-Vaara P, Punnonen H, Paavilainen M. Terveydenhuoltolain mukainen järjestämissuunnitelma. Kuntaliiton yleiskirje 21/80/2011

Lehmusaho M. Terveyden ja hyvinvoinnin edistäminen Pohjois-Savon kunnissa v. 2012. Terveempi Itä-Suomi –hanke, Pohjois-Savon shp, perusterveydenhuollon yksikkö, Kuopio 2013

Partanen A, Moring J, Nordling E, Bergman V (toim). Kansallinen mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2009-2015. Suunnitelmasta toimeenpanoon 2009. THL Avauksia 16/2010, Helsinki 2010.

Rautiainen H, Saukkonen S-M. AvoHILMO 2013. Perusterveydenhuollon avohoidon ilmoitus 2013. Määrittelyt ja ohjeistus, Luokitukset, termistöt ja tilasto-ohjeet 2012/6, THL 2012.

Reissell E, Kokko S, Milen A, Pekurinen M, Pitkänen N, Blomgren S, Erhola M. Sosiaali- ja terveydenhuollon päivystys Suomessa 2011. THL:n Raportti 30/2012, Helsinki 2012.

Satakunnan sydänpiiri, Verkkopuntari 2011. <http://www.satakunnansydanpiiri.fi/verkkopuntari>

Sydänliitto 2013, Neuvokas perhe-hanke; <http://www.sydanliitto.fi/neuvokas-perhe>

THL 2013, Kansallinen lihavuusohjelma 2012 – 2015;

http://www.thl.fi/fi_FI/web/fi/tutkimus/ohjelmat/kansallinen_lihavuusohjelma_2012_2015K

THL, Kotihoidon laskenta 30.11.2012. Tilastoraportti, THL 2012.

THL, Tilasto- ja indikaattoripankki SOTKANet 2005-2013, www.sotkanet.fi

Lait ja asetukset

Terveydenhuoltolaki 1326/2010. Saatavissa: <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326>

Sosiaali- ja terveysministeriön asetus kiireellisen hoidon perusteista ja päivystyksen erikoisalakohtaisista edellytyksistä. annettu 29.8.2013.

Valtioneuvoston asetus terveydenhuollon järjestämissuunnitelmasta ja erikoissairaanhoidon järjestämissopimuksesta. Asetus 337/2011, annettu 6.4.2011.

Valtioneuvoston asetus neuvolatoiminnasta, koulu- ja opiskeluterveydenhuollosta sekä lasten ja nuorten ehkäisevästä suun terveydenhuollosta. Asetus 338/2011, annettu 6.4.2011.
