

Sosiaali- ja terveysministeriö

Kirjaamo

PL 33

00023 Valtioneuvosto

Lausunto hallituksen esitysluonnoksesta laiksi asiakkaan valinnanvapaudesta sosiaali- ja terveydenhuollossa

Suomen Sydänliitto ry kunnioittaen lausuu seuraavaa:

Lausuntotiivistelmä

Sydänpotilaan hoitoketjun nykytila on Suomessa huono, koska siirtymät erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon välillä eivät toimi riittävän hyvin. Tällä on merkittäviä vaikutuksia toipumiseen ja eliniän ennusteeseen. Rikkinäisiin hoitoketjuihin liittyy uudelleen sairastumisia sekä toiminta- ja työkyvyn menettämistä.

Tämän vuoksi Suomen Sydänliitto keskittyy lausumaan tässä yhteydessä ennen kaikkea niistä mahdollisuuksista ja muutostarpeista, joita lakiesityksestä nousee nykytilanteen parantamiseksi. Kääntäen lausunnosta on myös luettava huoli, että ilman esittämiämme muutoksia sydänpotilaan hoitoketju voi jopa heiketä nykyisestään. Eräiltä osin joudumme toteamaan, että esityksen sanamuodoista ja vaikutustenvaikutuksista ei saa riittävää kuvaa aiotusta muutoksesta, jotta Sydänliitto voisi lausua tarkkoja näkemyksiä.

Lausunnon ensimmäisessä luvussa Sydänliitto esittää kuuteen lakiehdotuksen kohtaan näkemyksensä, joilla voidaan edistää sydänpotilaan ehjää hoitopolkua. Ehdottamme mm. jokaiseen sote-keskukseen sydänhoitajaa sekä prevention ja sekundaariprevention lakisääteistä ja konkreettista näkymistä maakuntastrategiassa, palvelulupauksessa, asiakassuunnitelmassa ja maakunnan ja tuottajien välisissä sopimuksissa.

Toisessa luvussa Sydänliitto lausuu valinnanvapausinstrumenteista, näkökulmana ehjä hoitopolku.

Sote-keskusten eli ns. suoran valinnan vapauden osalta toteamme, että esitetty malli on lähtökohdiltaan mahdollinen, jos ensimmäisessä luvussa esittämämme parannukset tehdään. Tämän hetken tietojen perusteella emme kuitenkaan kykene arvioimaan sote-keskusten rahoitusmallia kokonaisuutena, koska tiedot siitä ovat vielä puutteellisia.

Maakunnan liikelaitoksen myöntämien asiakassetelien osalta lausunto keskittyy erikoissairaanhoidon ja tulee seuraaviin neljään johtopäätökseen:

1. Uudistus ei saa heikentää erikoissairaanhoidon.
2. Yksityisten toimijoiden käyttö ei sinänsä vaaranna tai heikennä erikoissairaanhoidon.
3. Maakunnilla pitää olla oikeus etukäteen määritetyllä ennustavaan tietopohjaan perustuvalla päätöksellä turvata sairaaloiden päivystystoiminta sekä ottaa arvioissaan huomioon myös sairaaloiden järkevä, kustannustehokas ja korkeaan laatuun perustuvan toiminnan vaateet.

4. Maakuntien asiakaseteleitä koskevat päätökset eivät saa johtaa valitusprosesseihin, joissa viimekätisenä uhkana voidaan käyttää vahingonkorvausvaateita teoreettisesti menetetyistä markkinoista, vaan maakuntien linjausten valvonnan kuuluu olla puhtaasti viranomaisvalvontaa joko lupa- ja valvontaviraston tai ministeriön taholta ja perustua ennen kaikkea neuvontaan ja informaatio-ohjaukseen.

Henkilökohtaista budjettia pidämme hyvänä keinona toteuttaa valinnanvaputta etenkin, jos näkemyksemme palveluohjauksesta otetaan huomioon.

Kaikkien valinnanvapausinstrumenttien osalta korostamme tarvetta välittömästi rakentaa kansalliset laaturekisterit, jotta valinnanvapaus voi perustua riippumattomaan tietoon hoitoketjujen laadusta.

Kolmannessa kappaleessa Sydänliitto vaatii realistista arviota sote-uudistuksen kannalta välttämättömän ICT-uudistuksen aikataulusta sekä asiaan sisältyvää riskiarviota koskien terveydenhuoltojärjestelmän toimivuutta, jopa vaarantumista.

1. Ehjät hoitoketjut

Suomen Sydänliitto on jo aiemmassa lausunnossaan pitänyt sote-uudistuksen julkilausuttuja tavoitteita kuten terveyden eriarvoistumisen vähentämistä ja kustannusten kasvun hillitsemistä kannatettavina. Nyt lausunnolla olevan sote-uudistuksen osan kohdalla Sydänliitto pitää tärkeimpänä tavoitteena hoitoketjujen pirstaleisuuden vähentämistä ja ehjiin hoitoketjuihin pääsemistä. Tämä perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon sekä kuntoutuksen ja sopeutumisvalmennuksen ja terveydenedistämisen integrointi on sydän- ja verisuonisairauksien kohdalla poikkeuksellisen tärkeää sen vuoksi, että sekä kansainväliset vertailut että suomalaiset tutkimukset osoittavat, että sydänpotilaan hoitoketjussa on nykyisin vakavia puutteita.

Erikoissairaanhoidon jälkeinen perusterveydenhuolto ja kuntoutus toimivat Suomessa eurooppalaisittain arvioiden huonosti (European Heart Index 2016). Sepelvaltimotautiin sairastuneiden potilaiden jatkohoito jää varsin usein potilaiden tai omaisten oman aktiivisuuden varaan. Sepelvaltimotauti on krooninen sairaus, jota esim. yksi tai useampi pallolaajennus ei paranna. Lääkehoidon ja elintapamuutosten tulee olla elinikäisiä. Koska potilas on toimenpiteen jälkeen usein oireeton ja koska hänen hoitoketjussaan on juuri sillä kohtaan vakava katkosriski, elintapamuutoksen välttämättömyys ja jopa lääkityksen ottaminen voivat unohtua. Ohjeistus jää puutteelliseksi tai saadut ohjeet eivät tule ymmärretyksi.

THL:n Perfect-aineiston mukaan neljäsosa sydäninfarktin sairastaneista ei edes lunasta statiini-reseptiään kolmen kuukauden kuluessa tapahtumasta, vaikka käytännössä kaikki kotiutetaan lääkemääräyksen kera (www.terveytemme.fi/perfect). Sydänliiton kyselystä käy myös ilmi, että hyvin merkittävä osa sepelvaltimotautipotilaista ei pääse Käypä hoito -suositusten mukaisesti vuosittaiselle seurantakäynnille.

Syksyllä 2017 julkaistun tanskalaisen tutkimuksen mukaan suurin osa työikäisistä sepelvaltimotautiin sairastuneista palasi sydäninfarktin jälkeen työelämään. Kuitenkin vuoden kuluttua neljäsosa oli jäänyt pois työelämästä. Näitä potilaita löytyi erityisesti 60 vuotta täyttäneistä, mutta mikä huolestuttavaa, myös alle 40-vuotiasta sairastuneista. Syynä olivat sydänsairaudesta aiheutunut haitta, kuten sydämen vajaatoiminta, mutta myös masennus (Smedegaard L et al. Return to work and risk of subsequent detachment from employment after myocardial infarction: insights from danish nationwide registries. JAHA 2017.)

Ehdyttämällä hoitoketju toimivaksi voisimme taata jokaisella potilaalle oikea-aikaista kuntoutusta ja seurantaa nykyistä paremmin, ja ehkäistä siten uusia sydäntapahtumia ja liitännäissairauksia. Vain siten voimme vähentää yhteiskunnalle aiheutuvia kustannuksia ja tuottaa ihmisille lisää hyviä, toimintakykyisenä elettyjä vuosia.

Tätä taustaa vasten Suomen Sydänliitto lausuu lakiesityksen esittämästä maakunnallisesta hoitoketjusta seuraavassa havaintoja, joista osa vaatii muutoksia lausunnolla olevaan lakiesitykseen ja osa on toteutettavissa hyvällä johtamisella niin maakuntatasolla kuin valtakunnallisin ohjein ja määräyksin. Lausuntomme yhtenä keskeisenä lähteenä olemme käyttäneet tuoretta Duodecimin konsensuslausumaa tarttumattomien sairauksien ehkäisystä 2017, ”Painopiste preventioon”, jonka jalkauttaminen joko onnistuu tai merkittävästi vaikeutuu riippuen siitä, miten havaintomme ehjän hoitoketjun rakentamisesta otetaan hallituksen lopullisessa esityksessä huomioon.

Jotta lausuntomme huomiot ovat riittävän havainnollisia ja konkreettisesti avautuvia, esitellään seuraavissa kohdissa lakiluonnoksen eri instrumentteja Sydänliiton kehittämän Tulppa-kuntoutus –mallin avulla. Vastaavia sopeutumiseen ja/tai kuntoutumiseen kannustavia ja vertaistukea hyväksikäyttäviä työtapoja on useita muitakin ja hyvin monella lääketieteen alalla, mutta tässä lausunnossa käytetään esimerkkinä juuri Tulppa-kuntoutusta, koska se on laajalle levinnyt (käytössä tai tulossa käyttöön 14 sairaanhoitopiirin alueella, koulutettu noin 800 terveydenhuollon ammattilaista ja noin 200 vertaisohjaajaa), vaikuttavaksi ja kustannustehokkaaksi havaittu ja sitä käytetään kansanterveystieteellisesti suurimman potilasryhmän eli sydän-, diabetes 2 – ja aivoinfarktipotilaiden ryhmäkuntoutukseen (www.tulppakuntoutus.fi)

Tulppa-kuntoutus, samoin kuin erilaiset sopeutumisvalmennuksen ja liikunnallisen kuntoutuksen mahdollisuudet sekä ylipäätään kuntoutusverkko ovat Suomessa hyvin hajanaiset. Harvalla lääkäriilläkään on käsitystä alueensa mahdollisuuksista tällä saralla. Osana sote-uudistusta ovat juuri valmistuneet myös Kuntoutuksen uudistuskomitean ehdotukset kuntoutusjärjestelmän uusimiseksi. Tästä mietinnöstä järjestetään erillinen lausuntokierros hieman myöhemmin, mutta Sydänliitto on seuraavassa ottanut soveltavin osin huomioon myös sen, mitä mainitussa komiteamietinnössä sanotaan mm. maakunnan liikelaitoksen laatiman asiakassuunnitelman roolista.

1.a. Maakunnan strategia ja palvelulupaus

Sote-lakien yksi keskeinen instrumentti on kunkin maakunnan laatima ja hyväksymä maakuntastrategia sekä erillinen palvelulupaus. Maakunnilla on lakiesityksen mukaan laaja harkintavalta siitä, mitä näissä asiakirjoissa lukee tai on lukematta, mutta niille annetaan kuitenkin suuri de facto merkitys, kun maakunta myöhemmin toimeenpanee omaa maakunnallista sote-malliaan.

Maakunta voi päätyä jo tässä tärkeimmässä ylätasoin ohjaavassa instrumentissa joko kunnianhimoiseen näkemykseen palveluiden integraatiosta tai tyytyä vain hyvin ylimalkaiseen hahmotelmaan siitä, miten maakunta juuri ja juuri aikoo toteuttaa pakolliset sen vastuulla olevat tehtävät.

Sydänliiton mielestä kunkin maakunnan on sekä maakuntastrategiaassaan että palvelulupauksessaan sitouduttava huolehtimaan, että maakunnan palveluvalikossa ja palveluketjussa ovat kaikki tarpeelliset elintapaohjaukseen, -kannustamiseen, sopeutumisvalmennukseen ja kuntoutukseen käytettävissä olevat instrumentit kuten esimerkiksi Tulppa-kuntoutus. Strategiaassa ja palvelulupauksessa on erikseen kerrottava, millä kaikilla keinoilla (tarkemmin kohdissa 1. b-f), maakunta tulee huolehtimaan, että sen alueella tehdään kustannustehokasta ja vaikuttavaa terveydenedistämistyötä, sairauksien ennaltaehkäisyä sekä jo sairastuneiden kuntouttamista ja uudelleen sairastumisen ehkäisyä.

Sydänliiton mielestä lakiesitystä pitää täsmentää vähintään perustelutekstissä siten, että maakunnilla on maakuntastrategiaassa ja palvelulupauksessa velvollisuus kuvata keinot integraation toteutumiseen ja listata ainakin tärkeimmät järjestölähtöiset toiminnot osana tätä kuvausta. Jos maakunnan johtamisjärjestelmässä ei ole vastuutettu mm. Tulppa-kuntoutuksen ohjaamista kellekään eikä kuntoutuksen toteutumista seurata, syntyy suurella

todennäköisyydellä tilanne, jossa Tulppa-kuntoutusmalli tuhoutuu ilman, että mitään vastaavaa syntyy. Pirstaleinen palvelutuotanto ohjaa kunkin tuottajan tekemään vain sen, mitä heiltä on erikseen ostettu tai edellytetty. Jos taas maakunta on lain tuntemilla instrumenteilla varmistanut mm. Tulppa-kuntoutuksen käyttömahdollisuuden, poistuu lakiehdotukseen sisältyvästä pirstaleisesta päätöksenteko- ja tuotantomallista yksi sen merkittävimmistä riskeistä.

1.b. Hyvinvointikertomus

Sydänliitto korosti edellisessä sote-lausunnossaan, kuinka maakunnan lakisääteisen hyvinvointikertomuksen laatimista koskevaa pykälää tulee täydentää järjestöjen osallistumismahdollisuudella. Kyseinen lainkohta ei sisälly nyt lausunnolla oleviin osiin sote-lakien kokonaisuutta, mutta se liittyy hyvin keskeisesti hoitoketjujen ehjyyteen ja sitä kautta nyt käsillä oleviin lakiluonnoksiin maakunnan velvollisuudesta huolehtia integraatiosta.

Kyseinen lainkohta odottaa eduskunnassa nyt käsittelyssä olevan lakipaketin antamista hallituksen esityksenä. Eduskunta tulee käsittelemään kaikki keskeiset sote-lait yhtenä kokonaisuutena. Siksi on tärkeää tässä lausunnossa todeta, että **Sydänliitto on erittäin tyytyväinen valtioneuvoston piiristä annettuun lupaukseen, että tämä mainittu lainkohta tullaan eduskuntakäsittelyn yhteydessä korjaamaan esittämällämme tavalla.** Kun näin tapahtuu, paranevat maakunnan ja siellä toimivien järjestöjen mahdollisuudet sekä de jure että de facto rakentaa nykyistä eheämpiä ja kustannustehokkaampia hoitoketjuja, joissa järjestöjen vertaistukea ja kokemuskoulutusta sisältävät terveydenedistämisen mallit tulevat käyttöön hoitoketjun kaikissa vaiheissa.

1.c. Maakunnan tekemät sopimukset palveluntuottajien kanssa

Lakiehdotuksessa maakunnalle annetaan mahdollisuuksia asettaa palveluntuottajille laatuvaatimuksia, mitä Sydänliitto pitää hyvänä. Se, miten näillä keinoilla on ajateltu voitavan konkreettisesti toimia, jää esityksessä vielä avoimeksi. Joka tapauksessa maakunta voi asettaa suoran valinnan palveluntuottajille eli sote-keskuksille sekä asiakasetelillä ja henkilökohtaisella budjetilla annettavan palvelun tuottajille palveluiden laatua, voimavaroja ja saatavuutta sekä palveluketjuja ja palveluiden yhteensovittamista koskevia sekä muita palveluiden tuottamiseen liittyviä ehtoja.

Suoran valinnan palveluiden osalta sote-keskuksilla on sopimussuhde maakuntaan. Näillä ns. vakiosopimuksilla kukin maakunta voi ohjata tuottajia yhtenäisin perustein haluamaansa laatutyöhön. Tähän samaan suuntaan maakunta voi vaikuttaa myös tuottajakorvauksella, mistä jäljempänä erikseen.

Asiakasetelipalveluntuottajan kanssa maakunta ei tee vastaavaa sopimusta, mutta lain 42 pykälän mukaan maakunta voi asettaa asiakasetelillä annettavan palvelun tuottajille palvelun laatua, voimavaroja ja saatavuutta sekä palveluketjua ja palveluiden yhteensovittamista koskevia sekä muita palveluiden tuottamiseen liittyviä ehtoja. Lakiluonnoksen yksityiskohtaisissa perusteluissa sanotaan lisäksi, että tuottajan sitoutuessa palvelun tuottamista koskevin ehtoihin, tämän sitoumuksen myötä palveluntuottajan ja maakunnan liikelaitoksen välille syntyy sopimussuhde.

Sydänliiton mielestä olisi maakunnan päätöksenteon demokraattisen hahmottamisen kannalta parempi, että lainkohdat, joissa tästä kokonaisuudesta säädetään, olisivat selviä ja että kaikissa tilanteissa puhuttaisiin yhtenevin termein sopimuksista, joilla varmistetaan laatu ja hoitoketjujen ehjyys. **Joka tapauksessa on päästävä tilanteeseen, jossa maakunnan laatu työ saadaan kaikille näkyväksi ensin maakuntastrategiassa ja palvelulupauksessa sekä sen jälkeen kunkin palvelun osalta tarvittaessa vielä yksityiskohtaisemmin kussakin sopimustyyppissä.** Näin helpotettaisiin myös tämän instrumentin systemaattista käyttöä ja sen demokraattista läpinäkyvyyttä sekä sopimusten noudattamisen valvontaa.

Näissä sopimuksissa tulee Sydänliiton mielestä vastuuttaa kukin palvelutuottaja huolehtimaan potilaan saattaen vaihtamisesta perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon sekä näitä täydentäviin muihin palveluihin ja sydänpotilaiden osalta etenkin Tulppa-kuntoutuksen kaltaisiin järjestölähtöisiin toimintoihin. Mainittakoon, että Kuntaliitto käyttää omassa retoriikassaan näistä sote-keskusten tai erikoissairaanhoidon ja järjestöjen yhteistyötoimintoista termiä yhdyspintapalvelut/toiminnot.

STM valmistelee parhaillaan mallisopimus pohjia. Sydänpotilaan osalta niihin on kirjattava tuottajan velvoite mm. verenpaineen ja veren rasva-arvojen tavoitetasojen saavuttamisesta.

1.d. Asiakassuunnitelma

Lakiesityksen yksi keskeisin instrumentti on asiakassuunnitelma, jonka avulla pyritään edistämään integraatiota keskellä potentiaalisesti pirstaloituvaa palvelukenttää (lain 51 pykälä). Asiakassuunnitelmasta on omalta osaltaan vastuussa sote-keskus, mutta siinä vaiheessa, kun tarvitaan julkisen vallan käytön piiriin kuuluvaa tai muuten maakunnan vastuulle lakiluonnoksessa määriteltyä palvelua, asiakassuunnitelman teko on maakunnan liikelaitoksen vastuulla.

Asiakassuunnitelmalla on sukunäkö nyt jo voimassa oleviin sote-kentän erillislakeihin, joissa puhutaan mm. hoitosuunnitelmista. Näillä mm. terveydenhuoltolain tuntemilla hoitosuunnitelmilla on ollut hyvin vaihteleva merkitys hallinnollisesta ”pakkopullasta” aina hyvinkin kunnianhimoisiin potilaan kokonaistarpeiden kartoituksiin. Yhtä kaikki, näillä hoitosuunnitelmilla ei ole ollut roolia määriteltäessä potilaan oikeuksia tai palveluntuottajien velvollisuuksia tai keskinäistä työnjakoa.

Lakiluonnoksessa asiakassuunnitelma (51. pykälä) näyttäytyy kahdessa roolissa. Siinä on piirteitä tutuista hoitosuunnitelmista, mutta uutena roolina sillä on toimia juridisesti merkittävänä keinona toteuttaa perustuslakivaliokunnan linjausten jälkeen tehtyjen muutosten synnyttämä integraatiotarve. Lakiluonnoksen sanamuodot ja perustelut jättävät asiakassuunnitelman juridisen merkityksen epäselväksi. Asiakassuunnitelma ei näyttäisi olevan valituskelpoinen hallintopäätös, mutta toisaalta se näyttää vahvasti ohjaavan sitä, mihin palveluihin potilas ohjataan ja miten hoitopolun rikkoutuminen estetään ehdotetussa monituottajamallissa.

Tällä juridisella epäselvyydellä on perustuslaillisia ulottuvuuksia, joihin Sydänliitto ei lausunnossaan pureudu syvästi. Näkemysemme on kuitenkin, että asiakassuunnitelman juridinen ja hallinnollinen luonne on syytä eduskuntakäsittelyyn mennessä kirkastaa. Kansalaisen ja asiakassuunnitelmia kirjoittavien ja noudattavien sote-ammattilaisten on tiedettävä, tarkoittaako asiakassuunnitelma sitovaa lupausta saada kaikki siinä mainitut hoitoketjun osat. Voiko potilaalle muissa kuin akuuttitilanteissa tarjota palveluita, vaikka ne eivät ole asiakassuunnitelmassa, mutta sisältyvät esim. Käypä hoito -suosituksiin tai ovat muuten erittäin perusteltuja? Pitääkö, ja jos, niin millä uhalla, sote-keskuksen antaa maakunnan liikelaitoksen asiakassuunnitelmaan kirjoittamia esim. operaation jälkeen tarvittavia palveluita, vaikka sote-keskus olisi niiden tarpeellisuudesta toista mieltä? Vastaavasti, miten viestitään siitä ristiriidasta, jossa maakunnan liikelaitoksen asiakassuunnitelmaan ei kirjoiteta sote-keskuksen näkemystä, vaan esim. suppeampi palveluvalikoima? Missä ja miten asiakassuunnitelmaan voi hakea muutosta? On syytä välttää vakuutusosoikeusprosessista tuttu tilanne, jossa potilas hämmentyy häntä hoitavan lääkärin ja ns. kasvottoman vakuutusosoikeuden lääkärin tulkintojen erilaisuudesta

Joka tapauksessa esitys asiakassuunnitelmasta antaa oikeissa käsissä käytettynä hyvän mahdollisuuden rakentaa ehjä hoitopolku tilanteessa, jossa potilas tarvitsee integraatiota sosiaali- ja terveyspalveluiden tai terveydenhuollon sekä muiden eri toimijoiden kuten järjestöjen, kuntien ja liikunnan kentän välillä. Tässä lausunnossa keskeisenä huolen esitetyn Tulppa-kuntoutuksen näkökulmasta asiakassuunnitelma on suuri mahdollisuus, jos siinä oikeasti

voidaan ohjata potilas myös varsinaisen sote-keskuksen tai erikoissairaanhoidon palveluita täydentäviin järjestölähtöisiin toimintoihin.

Tämän Sydänliiton lausunnon alussa viitattiin tarpeeseen jalkauttaa Duodecimin konsensuslausuman toimenpidevaatimukset. **Sydänliiton mielestä lakiluonnoksen perusteluihin on lisättävä, että asiakassuunnitelmaan on kirjattava myös kuntouttavat toimenpiteet varsinaisten palveluiden rajapinnasta.** Jos tämän selvennyksen läpimentyä maakunnat toimivat tämän lausunnon kohdissa 1.a-f mainituilla tavoilla, syntyy tilanne, jossa hoitoketjujen laatu ja niiden preventiivinen ja sekundaaripreventiivinen osa tunnistetaan asiakassuunnitelmassa tavalla, joka poistaa lakiesitykseen sisältyvät riskit hoitoketjujen pirstaloitumisesta. Jos asiakassuunnitelma on kirjoitettu hyvin ja se tunnistaa maakunnan palveluketjun myös järjestölähtöisten matalan kynnyksen toimintojen osalta, hoitoketjun ehjyyden näkökulmasta on hyvin vähän merkitystä sillä, kuka palvelu tuottaa.

Sydänpotilaan asiakassuunnitelmaan tulee sisällyttää välttämättömänä osana myös sydänkuntoutus. Sydänkuntoutus tarkoittaa potilaan sitouttamista omahoitoon. Kuntoutuksessa annetaan tietoa sairaudesta ja sen hoidosta, opetetaan omahoitoa ja omaseurantaa, opastetaan liikunnassa ja oikeassa ravitsemuksessa, sekä annetaan apua liitännäisongelmissa. Sydänkuntoutuksen on todettu useissa tutkimuksissa parantavan potilaiden ennustetta ja elämänlaatua, sekä vähentävän hoitokustannuksia (uusintapahtumia). Sydänpotilaan kuntoutus voidaan toteuttaa monella tapaa, kuten edellä mainitulla ryhmämuotoisella kuntoutuksella (Tulppa-kuntoutus), digitaalisilla palveluilla (esimerkiksi CHAT-palvelu, jossa mahdollisuus myös esittää kysymyksiä), yksilöohjauksella, liikunnallisena kuntoutuksena, sydänpiirien sopeutusvalmennuskursseina tai Kelan kuntoutumiskursseina.

Yllä kuvatun juridisen tarkennustarpeen kera toteutettu asiakassuunnitelma on Sydänliiton mielestä hyvä työkalu lakiluonnoksessa. Sen käytännön toteuttamiseen liittyy kuitenkin paljon kysymyksiä, joihin ei löydy vastauksia lakiluonnoksesta. Tiedämme, että asiakassuunnitelmien hallinnollinen taakka on pahimmassa tapauksessa kestävä ja että valtioneuvosto on jo ryhtynyt toimiin sähköisten työkalujen rakentamiseksi tätä taakkaa keventämään. Silti Sydänliiton mielestä on vielä viimeistään eduskuntakäsittelyn aikana pystyttävä arvioimaan, kuinka paljon asiakassuunnitelmat vievät sote-järjestelmän resursseja. Keitä ovat nämä asiakassuunnittelijat, jotka käyttävät merkittävää julkista valtaa? Miten heidän kykynsä arvioida sekä hoitoketjuja, että maakunnan taloudellista kantokykyä turvataan? Miten heidän puolueettomuutensa eri palvelutuottajien suhteen varmistetaan? Kuinka heidän osaamisensa mm. järjestölähtöisistä toiminnoista pidetään ajan tasalla?

Asiakassuunnitelmalla on keskeinen liittymäkohta valinnanvapautteen sekä asiakassetelien että henkilökohtaisen budjetin osalta. Jo tästä syystä, mutta myös laajemmin, on selvää, että asiakassuunnitelman laatimisprosessin täytyy olla vuorovaikutuksessa palveluohjauksen kanssa. Palveluohjauksesta lausutaan tässä lausunnossa myöhemmin valinnanvapautta koskevassa osiossa. Tässä kohtaan on kuitenkin todettava, että huolet resurssien riittävydestä, toimijoiden asiantuntemuksessa mm. järjestökentän tai paikallisten pienempien palvelutuottajien suhteen sekä riippumattomuudesta ovat osittain samankaltaisia niin asiakassuunnitelman kuin palveluohjauksen osalta.

1.e. sote-keskuksen palveluvalikko

Lakiluonnoksessa sote-keskukset aloittaisivat ensin aika suppealla monelta osin nykyisiä terveyskeskuksia muistuttavalla palveluvalikolla. Siirtymäajan jälkeen sote-keskuksiin tulisi myös yleisimpien erikoislääkärien konsultointipalveluita. Lisäksi sote-keskus voi lakiluonnoksen mukaan erikoistua johonkin potilasryhmään, mutta ainakaan lakiluonnoksesta ei käy ilmi, että erikoistuvan sote-keskuksen ansaintamalli poikkeaisi muiden sote-keskusten ansaintamallista.

Sydänliitto pitää esitettyä palveluvalikkoa sydänpotilaan kannalta muuten hyvänä, mutta hoitoketjun nykyisen heikkouden ja lakiluonnokseenkin sisältyvän ketjun pirstoutumisriskin vuoksi pidämme tarpeellisena, että **laissa nimenomaisesti mainittaisiin, että sote-keskuksessa täytyy olla sydänhoitaja.**

Sydän- ja verenkiertoelimistön sairaudet ovat yleisin kuolinsyy Suomessa. Sairaudet aiheuttavat suuria kustannuksia, puhumattakaan inhimillisestä kärsimyksestä. Tästä kuvaavin esimerkki on yksi valtimosairauksien ilmentymistä, aivoinfarkti, joka aiheuttaa eniten sairauskohtaisia kustannuksia. Sydänhoitajan toimenkuvaan kuuluu primaaripreventio, eli puuttuminen asiakkaan vaaratekijöihin mahdollisimman tehokkaasti jo ennen sairastumista. Tällaisia vaaratekijöitä ovat ylipaino, tupakointi, diabetes, verenpainetauti ja korkea kolesteroli. Näin suuri osa sairastumisista voitaisiin välttää. Sydänhoitajilla on tärkeä rooli sekundaaripreventiossa, eli sairastuneen potilaan sitouttamisessa hoitoonsa ja ohjaamisessa potilaalle parhaiten sopivan kuntoutuksen piiriin.

Sydämen vajaatoiminta on väestön ikääntyessä yleistyvää oireyhtymä, jolle on tunnusomaista toistuvat sairauden pahenemisvaiheet, päivystyskäynnit ja sairaalahoitojaksot. Lukuisissa tutkimuksissa on osoitettu, että tehokas sydänhoitajien interventio, kuten säännölliset puhelinkontaktit, seurantakäynnit ja kotikäynnitkin vähentävät merkittävästi sairaalaan joutumisia ja siten hoitokustannuksia, sekä myös kokonaiskuolleisuutta. Paitsi ennustetta, sydänhoitajien avulla parannetaan myös potilaiden elämänlaatua ja omahoitokykyä.

Mikäli lakiesitystä ei olla valmiita muuttamaan tämän erittäin kustannustehokkaan ja perustellun esityksen mukaiseksi, esitämme toissijaisesti, että STM myötävaikuttaa sellaisen tilanteen syntyyn, että osassa maakuntia sydänhoitajat lisätään maakunnan päätöksellä sote-keskuksen palveluvalikkoon. Näin luotaisiin samalla myös tutkimusasetelma, jossa nähtäisiin, kuinka tehokas metodi sydän- ja verisuonitautien hoidossa ja preventiossa sydänhoitaja on.

Sydänliitto pitää hyvänä sote-keskusten palveluvalikoiman laajentamista esitetyllä tavalla tiettyihin erikoisaloihin. Se, mitä lakiesityksessä tarkkaan ottaen tarkoitetaan ns. konsultaatiomahdollisuudella, jää epäselväksi. Eduskuntakäsittelyssä viimeistään on voitava täsmentää, miten kussakin maakunnassa oikeasti voidaan toteuttaa tämä merkittävä parannus, jossa yhdeltä osalta integraatiota perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välillä kavennetaan.

Avoterveydenhuollosta tehtävien erikoissairaanhoidon konsultaatioiden järjestelyä tutkittiin kyselytutkimuksella vuosina 2015-2016. Kyselytutkimuksen mukaan eniten konsultoitavat erikoisalajat olivat *geriatria, psykiatria, kardiologia ja sisätaudit*. Geriatrialla konsultaatiota hoidettiin eniten paikan päällä terveyskeskuksen oman geriatrin toimesta. Kardiologialla suurin osa paikan päällä tapahtuvista konsultaatiosta toteutettiin ostopalveluna yksityissektorilta. Näiden yleisimpien neljän erikoisalan konsultaatioiden järjestämisessä ei havaittu selkeää samankaltaisuutta alueellisen toimintatavan tai erikoisalojen suhteen. Vaikuttaa siltä, että konsultaatiot järjestetään paikallisesti siten, miten erikoislääkäreitä on saatavilla. Tavallisin terveyskeskuksessa tehtävä kliininen tutkimus oli rasisuskoe, joka tehdään epäiltäessä sepelvaltimotautia. Viidentenä listalla oli sydämen ultraäänitutkimus. (Lähde: Parhiala et al. Terveyskeskusten avosairaanhoidon järjestelyt – Kyselytutkimuksen tuloksia 4. Erikoislääkärikonsultaatiot ja tutkimukset. THL 12/2016 <https://www.julkari.fi/handle/10024/131694>)

Tulisiko ”konsultaatiomahdollisuus” olla paikan päällä tapahtuvaa konsultointia vai riittääkö vaatimukseksi puhelin-konsultaatio? Konsultaation mahdollisuuksia on monia. Suomessa on kokemusta ”jalkautuvasta” kardiologiasta eli ns. aluekardiologin toiminnasta useilta alueilta, esimerkiksi Keski-Suomesta, Päijät-Hämeestä sekä Pohjois-Suomesta. Nykyaikainen sydämen ultraäänitutkimukseen käytettävä laite on kannettavan tietokoneen kokoinen. Aluekardiologin mallissa kardiologi matkustaa laite mukanaan terveyskeskukseen. Osa työpäivästä käytetään paikallisten potilaiden tutkimiseen, ja lisäksi avoterveydenhuollon lääkäreillä on mahdollisuus konsultoida kardiologia.

Suomessa oli vuonna 2016 253 kardiologia. (Lähde: Suomen Lääkäriliitto: Lääkärit Suomessa 2016) Nykyinen määrä ei ole riittävä toteuttamaan kaikkien tulevien SOTE-keskusten, pientenkin, jalkautuvan kardiologian mallia. **Toiminnassa täytyy turvata myös riittävä osaaminen.** Esimerkiksi sydämen ultraäänitutkimuksen tekeminen ja tulkinta vaativat kokemusta, ja tutkimus sisältää useita virhelähteiden mahdollisuuksia. Olisiko tarpeellisinta määrittää aluekardiologin velvoite tietyn kokoiseen väestömäärään suhteutettuna? Suuren SOTE-keskuksen omana toimintana, tai usean SOTE-keskuksen yhteistoimintana? Aluekardiologin malli on sinällään hyödylliseksi koettu ja tarpeellinen, mutta lain valmistelussa olisi syytä kuvata velvoite selkeämmin.

1.f. Sote-keskusten ns. laatubonukset

Lakiesityksessä hahmotellaan sote-keskusten saamia tuottajakorvauksia kustakin heidät valitsevasta asiakkaasta ns. kapitaatioperiaatteen nojalla sekä jossain määrin tehtyjen toimenpiteiden perusteella. Tämän lisäksi kerrotaan, että maakunnat voivat räätälöidä osuuden sote-keskusten saamista korvauksista maakunnan asettamien latukriteerien nojalla, joista erikseen mainitaan sote-keskuksen sijainti harvaan asutulla seudulla.

Esityksen tuottajakorvausosaan on vaikea ottaa kovin syvällisesti kantaa, kun tarkemmat tiedot rahasummista ja sen myötä myös riskistä joko ali- tai ylihoitoon tai ns. kermankuorintaan, puuttuvat. Myös tuottajakorvausten suhde työterveyspalveluihin tulee arvioida.

Laatubonusten maksaminen avaa kuitenkin hyvissä käsissä hienon mahdollisuuden käyttää instrumenttia keinona rakentaa nykyistä parempaa sydän- ja verisuoniterveyttä. Tämän vuoksi Sydänliitto esittää, että lain perusteluissa mainitaan erikseen, että kroonisten kansatautiennalta ehkäisemisen ja jo sairastuneiden hoidon kannalta laatubonuksia on syytä käyttää sen varmistamiseen, että väestö yleisesti ja korkean riskin omaavat sote-keskusten asiakkaat erityisesti saavuttavat hoitotasapainon verenpaineen, veren rasva-arvojen sekä mahdollisesti painoindexin osalta. Tämä loisi selvän kannustimen jokaiselle sote-keskukselle toteuttaa hoitosuosituksia ja Duodecimin tuoreen konsensuslausuman toimenpide-ehdotuksia sekä ottaa käyttöön Tulppa-kuntoutus ja muut sydän- ja verisuonitautiriskiä vähentävät tukitoimet.

2. Valinnanvapaudesta

Lakiluonnoksessa esitetään yhdeksi tavoitteeksi valinnanvapauden lisäämistä sote-palveluissa. Sydänliitto ei lähtökohtaisesti pidä huonona ajatusta siitä, että potilas voi halutessaan vaihtaa palveluntuottajan. On myös hyväksyttävä ajatus, että kilpailu asiakkaista usein johtaa uusiin innovaatioihin, jossa asiakasta palvellaan aiempaa paremmin, vaikuttavammin ja kustannustehokkaammin. Sekä julkisen että yksityisen terveydenhuollon järjestelmät ovat Suomessa olleet käytössä pitkään. Sydänliitto ei pidä perusteltuna lähtökohtana sitä, että vain jompikumpi voisi jatkossa olla palvelun tuottaja. Sydänliitolla on kokemusta yhteistyöstä niin julkisen kuin yksityistenkin toimijoiden kanssa ja jatkossakin pidämme toivottavimpana tilannetta, jossa voimme tasa- ja monipuolisesti tehdä yhteistyötä molempien tahojen sekä näiden yhteisyritysten kanssa. Tältä osin on välttämätöntä, että järjestöjen mahdollisuudet toimia Stea-rahoitteisesti ja muutenkin yleishyödyllisesti mm. ns. rajapintatoimintojen osalta, varmistetaan sote-uudistuksessa. Lausimme tästä kokonaisuudesta perusteellisesti edellisellä lausuntokierroksella, joten viittaamme tältä osin aiempaan lausuntoomme.

2.a Suoran valinnanvapauden sote-keskuksista

Lakiesityksessä sanotaan, että suoran valinnanvapauden piirissä olevan sote-keskuksen voi perustaa tai omistaa joko julkinen tai yksityinen taho tai se voi olla myös ns. kolmannen sektorin ylläpitämä. Tämän hetken arvioiden mukaan yksikään kolmannen sektori järjestö tai säätiö ei ole perustamassa sote-keskusta. Syyt eivät ole ideologisia vaan puhtaasta markkinoille pääsyn kynnyksen korkeuteen liittyviä ja siten liian korkean riskin sisältäviä. Monien yleishyödyllisten säätiöiden kuin yhdistystenkin säädekirjat, säännöt ja muut julkilausutut periaatteet rajoittavat poikkeuksellisen suuria taloudellisia riskejä.

Näistä riskeistä yksi suurimmista liittyy sote-keskuksilta vaadittaviin investointeihin, juokseviin kuluihin ja osaamiseen koskien sote-ICT:ä. Jos myöhemmin osoittautuu, että pienille toimijoille tai yleishyödyllisille toimijoille on syntymässä jokin kohtuullisen riskin keino täyttää lain ICT-vaatimukset, saattaa tilanne muuttua. Niin ikään nyt nähtävissä olevat velvoitteet valvonnan suhteen sekä markkinoiden avautuessa nähtävissä olevat suurten toimijoiden panostukset markkinointiin ovat vaikuttaneet siihen, ettei tällä hetkellä tiedetä olevan suunnitteilla yhtään järjestölähtöistä sote-keskusta.

Sen sijaan järjestöt ovat jo nyt ja tulevat sote-uudistuksen myötäkin olemaan aktiivisia toimijoita sekä asiakasseteli-markkinoilla että henkilökohtaisen budjetin piirissä olevilla markkinoilla. Järjestöissä pidetään mahdollisena, että kaavailtu sote-uudistus tuo järjestöjen yrityksille kysyntää alihankkijamarkkinoilla.

Sydänliitolla ja muilla järjestöillä on tällä hetkellä toimivia yhteistyömalleja mm. Siunsotessa Pohjois-Karjalassa ja Eksotessa Etelä-Karjalassa. Sydänliiton Hämeenmaan Sydänpiiri on mukana Tampereen Tesoman terveyskeskuksen allianssikokeilussa, jossa mukana on myös mm. Sitra. Tulppa-kuntoutus on näissä kaikissa kolmessa tapauksessa yksi Sydänliitolle tärkeä toiminta.

Sydänliiton pitää nyt esitettyä mallia sote-keskusten osalta mahdollisena tapana toteuttaa valinnanvapautta, jos uudistuksen lopullinen muoto tuottaa yllä esitettyjen kohtien 1. a-f. mukaisen todellisuuden. Sen sijaan, jos uudistus ei tarkennu ylläkuvatulla ja aiemmassa lausunnossamme edellytetyllä tavalla, tulee uudistus pahimmassa tapauksessa heikentämään sydänpotilaiden hoitopolkuja ja Sydänliiton mahdollisuuksia jatkaa mainitun Tulppa-kuntoutuksen kehittämistä ja muitakin ehjään hoitopolkuun tähtäviä toimintojaan.

2.b. Laaturekistereistä

Sydänliitto on koko yli 60-vuotisen historiansa ajan korostanut tieteellisen ja muutenkin luotettavan tiedon merkitystä omassa työssään. Siksi Sydänliitto pitää välttämättömänä, että valinnanvapaus perustuu mahdollisuuteen arvioida sekä palveluiden tuottajia että kokonaisia hoitoketjuja **luotettavien laatuksiteerien nojalla**. Sydänliitto toistaa edellisessä lausunnossaan esittämänsä vaatimuksen **kansallisen laaturekisterien luomiseksi Suomeen nyt heti sote-uudistuksen alusta lähtien**. Mikäli laaturekistereitä ei saada kerralla rakennettua, on kuitenkin välttämätöntä, että eduskunnalle voidaan näyttää uskottava suunnitelma laaturekisterien rakentamisesta mahdollisimman pian.

Sydänliitto on viime kuukaudet kerännyt tietoa ympäri Suomen tekeillä olevista yksittäisistä laaturekistereistä. Ilmaissamme vakavan huolemme, että laaturekistereitä synnytetään nyt ilman kokonaiskuvaa ja tavalla, joka ei edistä hoitoketjujen keskinäistä vertailua. Esiin on tullut vakavia huolia myös sen suhteen, ettei laaturekisterityötä johdeta mistään käsin ja sen myötä nyt rakennettavalle sote-ICT:lle ei pystytä antamaan selviä vaatimuksia rekisterien

tulevaisuuden tarpeista. On erittäin tärkeää, että eduskunta pystyy kevään sote-uudistuskäsittelyssä muodostamaan realistisen kuvan siitä, sisältyykö valinnanvapauteen myös realistinen suunnitelma julkisista laaturekistereistä, joihin nojautuen kansalainen voi tehdä tietoon perustuva valintoja. Paitsi potilaiden hoitopaikan valinnan tueksi, kansallisia laaturekistereitä tarvitaan oman toiminnan kehittämisen vuoksi. Jos emme tiedä, miten onnistumme, miten voimme parantaa toimintaamme? Vertailemalla tuloksia muihin kannustetaan yksiköitä parantamaan toimintaansa.

2.c. Henkilökohtainen budjetti

Sydänliitto pitää periaatteellisesti ajatusta henkilökohtaisesta budjetista hyvänä keinona edistää valinnanvapautta ja potilaan itsemääräämisoikeutta henkilöllä, joka käyttää paljon sote-palveluita. Tämän hetkisillä tiedoilla budjetin suuruudesta sekä palveluneuvonnan saatavuudesta ja laadusta ei asiasta voi lausua tämän tarkemmin.

2.d. Erikoissairaanhoidon asiakassetelit

Sydänliiton kanta asiakaseteleihin erikoissairaanhoidossa perustuu sekin ajatukselle mahdollisimman ehjistä ja vaikuttavista sekä laadultaan vertailtavissa olevista hoitopoluista. Yllä kuvatuin perustein katsomme, että ehjän hoitopolun suurimmat ongelmat ovat terveyden edistämisessä, perusterveydenhuollossa ja kuntoutustoiminnassa. Erikoissairaanhoidossa emme ole nähneet samankaltaisia ongelmia, ellei jo moneen kertaan kuvattua huonoa saattaen vaihtamista erikoissairaanhoidosta perusterveydenhuoltoon lasketa myös erikoissairaanhoidon puutteeksi.

Lakiesityksen mukaan maakunta voi rajata asiakasetelin käyttöönoton laajuutta, jos se on välttämätöntä palvelukonaisuuksien toimivuuden tai palveluiden kustannustehokkaan järjestämisen perusteella. Asiakaseteliä ei voi käyttää, jos asiakas- tai potilasturvallisuus voi vaarantua. Lisäksi tietyissä kohdin (24 pykälän 1 momentti 10 ja 11-kohtien palvelut) säädetään, ettei maakunta voi ottaa käyttöön asiakasetelipalvelua, jos se vaarantaa maakunnan liikelaitoksen lakisääteisistä tehtävistä suoriutumisen. Tältäkin osin näyttää olevan niin, ettei näitä palvelukonaisuuksia voi kokonaan rajata setelien ulkopuolelle vaan vain rajata niiden käyttöönottoa. Suoranainen oikeus kieltäytyä asiakasetelien käytöstä on vain, jos asiakas- tai potilasturvallisuus vaarantuu.

Ylläkuvattu kokonaisuus on hyvin vaikeasti hahmottava. Maakunnat ovat niin erilaisia, että kovin yleispätevää kuvaa siitä, mitä esitys eri maakunnissa voisi tarkoittaa, on vaikea saada. Lääketieteeseen erikoistuneet juristit lukevat säädöskokonaisuutta hyvin toisistaan poikkeavalla tavalla ja valitut sanamuodot jättävät tulkinnanvaraakin myös sen suhteen, millaisiin ennakoiviin arvioihin vaiko jo käsillä oleviin näyttöihin maakunta voi arvionsa rakentaa.

Hurjimmassa tulkinnoissa on kuvailtu, kuinka maakuntaa vastaan voidaan nostaa vahingonkorvauskanteita menetyksistä erikoissairaanhoidon markkinoista, jos maakunnan linjaus ei avaa asiakasetelimarkkinoita maksimaalisesti. Lakiesityksen yksityiskohtaisissa perusteluissa kuitenkin olisi lupa- ja valvontaviraston tehtävä omassa valvonnassaan seurata, ettei asiakasetelin käyttö vaaranna maakunnan liikelaitoksen kykyä hoitaa lakisääteisiä tehtäviään. Sen on toisaalta valvottava, että maakunta ottaa setelin käyttöön lain edellyttämällä tavalla.

Annetuilla tiedoilla on mahdotonta muodostaa kattavaa kuvaa ehdotetuista pykälistä ja niiden vaikutuksesta eri maakunnissa. Näin ollen Sydänliitto pystyy näin vakavassa asiassa arvioimaan säädöskokonaisuuden soveltuvuutta hoitoketjujen eheyden näkökulmasta seuravilla neljällä havainnolla:

1. Uudistus ei saa vaarantaa tai edes heikentää terveydenhuoltomme toimivinta osuutta, erikoissaanhoitoa.

2. Tähänkin asti erikoissairaanhoidossa on käytetty yksityisiä toimijoita, joten yksityisten käyttö sinänsä ei vaaranna tai heikennä erikoissairaanhoidoa.

3. Jos asiakassetelien käytöstä pystytään jatkossa esittämään konkreettisia arvioita ja niiden pohjalta kirjoittamaan nykyistä selkeämpi juridinen kokonaisuus, on kuitenkin kaikissa tilanteissa välttämätöntä, että maakunnilla on oikeus parhaalla etukäteen määritetyllä eteenpäin ennustavalla tietopohjalla tehdyllä päätöksellä turvata sairaaloiden päivystystoiminta kaikilta osin ja ottaa arvioissaan huomioon myös sairaaloiden järkevä, kustannustehokas ja korkeaan laatuun perustuvan toiminnan vaateet.

4. Maakuntien päätökset käyttää tai olla käyttämättä asiakaseteleitä eivät saa johtaa valitusprosesseihin, joissa viimekätisenä uhkana voidaan käyttää vahingonkorvausvaateita teoreettisesti menetetyistä markkinoista. Maakuntien linjausten valvonnan kuuluu olla puhtaasti viranomaisvalvontaa joko lupa- ja valvontaviraston tai ministeriön taholta ja perustua ennen kaikkea neuvontaan ja informaatio-ohjaukseen sekä mahdollisesti tulevaisuudessa tehtäviin muutoksiin.

2.e. Palveluohjauksesta

Lakiesityksen perusteluissa korostetaan oikein, että valinnanvapaus tarvitsee toimiakseen rinnalleen palveluohjauksista. Sydänliitto pitää sekä tätä että sote-keskuksien neuvontapalvelua hyvin keskeisinä toimintoina, kun halutaan, että valinnanvapautta voivat käyttää myös kaikista haavoittuvimmassa asemassa olevat, usein moninaisia palveluita tarvitsevat ihmiset. Siksi pidämme tärkeänä, että eduskuntakäsittelyn yhteydessä vielä tarkennetaan, minkälaisia voimavaroja neuvonta tulee tarvitsemaan, miten varmistetaan, että neuvonta on riippumaton ja että se tuntee myös järjestöjen palvelut. Sydänliiton mielestä palveluohjaus on niin keskeinen seikka koko valinnanvapausrakennelmassa, että sen toiminnassa tulee jokaisessa maakunnassa olla neuvottelukunta, jossa on mukana sekä palveluidentuottajien että sote-järjestöjen edustajia.

2.f. Matkakustannuksista

Valinnanvapauden on lakiesityksen mukaan määrä lisätä kansalaisten yhdenvertaisuutta mm. alueellisesti. Sydänliiton mielestä tämän väitteen tueksi tarvitaan lisälaskelmia siitä, mikä merkitys matkakustannuksilla on potilaan todelliseen mahdollisuuteen valita palveluita. Mikäli matkakustannukset jäävät merkittävältä osin potilaan itsensä maksettaviksi, on syytä ennen päätöksentekoa vielä selvittää, mikä vaikutus tällä on syrjäseutujen asukkailla.

3. Voimaantulosta

Eduskunnan perustuslakivaliokunta nosti esiin sote-uudistuksen porrastamistarpeen. Hallituksen lakiluonnoksessa tämä on otettu huomioon mm. uudistuksen aikataulua kirjoitettaessa. Tässä yhteydessä on syytä nyt esitettyä tarkemmin vielä arvioida uudistuksen voimaantuloaikoja suhteessa rakenteilla olevaan sote-ICT –järjestelmään. Julkisuudessa olleiden arvioiden mukaan järjestelmän valmius ei välttämättä ole riittävä nyt esitettyyn aikatauluun nähden.

Lakiesityksen mukaan asiakkaan valinnanvapauden toteuttamiseksi luodaan valtakunnalliset tiedonhallintapalvelut, joita kaikkien palveluntuottajien on pakko käyttää. Tarkoitus on, että Kansaneläkelaitos (Kela) vastaa palvelun

hallinnoimisesta, seurannasta, maksatuksesta ja palveluntuottajan valintajärjestelmän ylläpidosta. Merkittävässä roolissa tulee olemaan Kelan jo nyt ylläpitämä Kanta-palvelu.

Lakiesityksessä kerrotaan, että Kelan tarvitsema lisäresurssi selviää toimeenpanon suunnittelun tarkentuessa.

Sydänliiton mielestä eduskunnalla täytyy olla sote-uudistuksen kokonaisuutta keväällä arvioidessaan hyvin selvä ja realistinen kuva siitä, missä aikataulussa uudistuksen kannalta välttämätön sote- ICT-uudistus tullaan toteuttamaan. Tällaisen uudistuksen toteuttamisen kulmakivien kuvauksessa on syytä käyttää apuna myös riskikartoituksen metodeja, sillä uudistuksen käytännön toteuttaminen on Suomen terveydenhuollon toimivuuden ja potilasturvallisuuden kannalta aivan keskeinen asia.

Helsingissä 14.12.2017

Suomen Sydänliitto ry



Tuija Brax
pääsihteeri