

## **STM/ Lausuntopyyntö maakuntien sote-muutosjohtajille Etelä-Savon vastaukset**

### **1. Voidaanko ehdotetulla valinnanvapauslailla osaltaan kaventaa väestön terveys- ja hyvinvoin- tieroja sekä parantaa palvelujen yhdenvertaista saatavuutta?**

Palveluihin pääsy paranee, mutta laki ei muuta maantiedettä eikä siihen liittyviä palveluiden saatavuusongelmaa kuten lääkäripulaa. Palveluiden saatavuus paranee siis parhaiten kasvukeskuksissa, mutta harvaan asutulla seudulla ei palvelutarjontaan suurella todennäköisyydellä tule muutoksia. Siirtyminen kauempaa paremman palvelujen tarjonnan piiriin saattaa jopa vaikuttaa negatiivisesti, kun siirtyjiä olisivat ne, joiden mahdollisuudet siirtyä ovat keskimääräistä parempia. Palveluiden pirstoutuminen voi estää pyrkimykset kaventaa hyvinvointi- ja terveyseroja. Asiakkaiden yhdenvertaisuus valita palveluntuottajia mahdollistuu, mutta hyvinvointi- ja terveyserojen kaventaminen edellyttää onnistunutta sosiaali- ja terveydenhuollon integraatiota. Nyt lakiluonnos jättää avoimeksi miten maakunta voisi moniportaisessa tuottajarakenteessa varmistaa tarvittavan palveluintegraation.

### **2. Antaako lakiluonnos asiakkaille riittävät mahdollisuudet hakeutua asiakkaan omaan tilanteeseen sopivaan palveluun?**

Ehdotettu malli tarjoaa asiakkaalle valinnanmahdollisuuden perustuen ensisijaisesti tämän omiin mielikuviin. Palveluohjaukseen on kiinnitettävä entistä enemmän huomiota. Asiakkaan valintaan tulevat vaikuttamaan palveluntuottajan markkinointi sekä sen tarjoamien ammattilaisten profiilit. Asiakas tulee näin ollen todennäköisesti valitsemaan palveluntuottajakseen palvelukeskuksen, jossa lääkereinä on erikoislääkäreitä tai pitkän kokemuksen kerryttäneitä lääkäreitä, tilanteessa jossa lääkärin erityisosaamiselle ei välttämättä ole tarvetta. Tämä voi johtaa nuorten, uraansa ja erikoistumisestaan aloittavien lääkäreiden vähempään potilasmäärään ja näin heikentää lääkäreiden osaamista ja koulutusta.

Laissa tulisi määritellä yksityiskohtaisesti koulutusvelvoite sekä velvoittaa valinnanvapauslain piirissä olevat, julkista rahoitusta saavat terveydenhuollon palveluyksiköt ottamaan erikoislääkäriskolttettavia yksikköihinsä alueen lääketieteellistä koulutusta antavan yliopiston määrittelemien perusteiden. Tämä on tärkeää huomioiden se näkökohta, että erikoistuvan lääkärin tekemä toimenpide tai tutkimus voi olla ajallisesti huomattavasti pidempikestoisen kokemukseen lääkäriin verrattuna. Lääkärin toimenpide tai hänen suorittamansa tutkimus voi vaatia sekä merkittävää avustavan henkilökunnan että konsultoivan lääkärin työpanosta. Tämä puolestaan nostaa taloudellisia yksikkökustannuksia ja voi kannustaa siihen, että yksiköt eivät omaehtoisesti panosta koulutukseen. Asiakas ei enää voi valita kenelle silmälääkärille menee tai fysioterapeutille. Hän on valinnoissaan kerran valitsemansa palveluntuottajan ja maakunnan armoilla. Ikääntyvän palvelutarpeisiin tulee vastata mahdollisimman oikealla palvelulla ja oikea-aikaisesti, ensisijaisesti aina kevyimmällä mahdollisella tavalla yhdistettynä ikääntyneen ja hänen lähipiirinsä omiin voimavaroihin. Jäljellä olevien voimavarojen säilymistä tuetaan.

lääkäiden osalta on oleellista osata ohjata riskiryhmiin kuuluvat kohdennettuihin toimenpiteisiin. Riskiin vaikuttamalla voidaan estää tai vähentää palvelujen tarvetta. Riskitekijöitä, jotka ennakoivat toimintakyvyn

heikkenemistä ovat muun muassa alttius kaatumisille ym. tapaturmille ja luunmurtumat. Riskitekijöitä ovat myös ulkona liikkumisen väheneminen ja liikkumisen ongelmat, tasapaino-ongelmat ja lihasvoimien väheneminen sekä ravitsemustilan poikkeamat, laihtuminen; hauraus-raihnaus -oireyhtymään viittaavat merkit (HRO) kuten lihaskato, laihuus ja hidas liikkuminen. Riskitekijöitä ovat edelleen muistin heikkeneminen, muistihäiriöt, mielialan lasku ja mielenterveyshäiriöt kuten masennus ja runsas päihteiden käyttö. Näiden ohella riskejä ovat koettu yksinäisyys, runsas sosiaali- ja terveyspalvelujen käyttö ja erilaiset siirtymät, esimerkiksi sairaalasta kotiutumistilanteet. Sosiaalisia riskitekijöitä ovat pienituloisuus, puolison menettäminen, perhe- tai läheisväkivalta tai sen uhka.

### **3. Jos asiakkaalla on laaja-alaisia palveluntarpeita, toteutuuko lakiluonnoksen perusteella asiakkaan mahdollisuus saada tarpeen mukaisella tavalla yhteen sovitettuja palveluja?**

Lakiluonnoksessa edellytetään kuhunkin sote-keskukseen liikelaitoksen moniammatillinen työryhmä, jonka vastuulla on palvelutarpeen arviointi, julkisen vallan käyttö on aina liikelaitoksen viranhaltijoilla. Asiakkaalla tulee olla yksi asiakassuunnitelma, jonka laatimisesta ja noudattamisesta vastaa liikelaitoksen viranhaltija ja sitä tulee kaikkien palveluita tuottavien tahojen noudattaa. Käytännössä esitys on vaikeasti toteutettavissa ja edellyttää valtavaa resursointia sekä suunnitelmien tekemiseen, niiden päivittämiseen että toteutumisen valvontaan.

Asiakas valitsee suoran valinnan sote-keskuksen ja suunhoidon yksikön. Yhdessä säännöllisen kotihoidon tai asumispalvelujen tuotantoyksikössä asiakkailla voi siis olla useita eri suoranvalinnan palvelujen tuottajia, joiden kanssa yksikön henkilöstön on tehtävä asiakkaan hoidon kokonaisuudessa yhteistyötä. Nykyjärjestelmässä yhdellä tuotantoyksiköllä on usein yksi yhteinen asiakkaiden hoidosta vastaava lääkäri tai suunhoidon ammattilainen, joka antaa konsultaatioapua ja tukea yksikön hoitotyön sisältöjen ja omavalvonnan kehittämisessä.

Mikäli asiakassetelien osalta palveluntuottajalle asetettaviin vaatimuksiin määritellään, että palveluntuottajalla tulee olla esim. yleislääkärin palvelut asiakkaalle, nostaa se asiakassetelin arvoa. Samalla säännöllisen hoidon piirissä olevan asiakkaan osalta kapitaatiokorvaus suoranvalinnan palveluntuottajalle vääristyy.

Haasteellista asiakkaan valinnan kannalta voi olla se, että palveluntuottaja voi määritellä millä alueella se tuottaa palveluyksikkönsä ulkopuolelle annettavia palveluja. Mikäli asiakas tarvitsee yleislääketieteen alaan kuuluvia terveydenhuollon ammattihenkilön kotikäyntejä, mutta palveluntuottaja on rajannut asiakkaan asuinsijan toiminta-alueensa ulkopuolelle, voiko asiakas jäädä vaille tarvitsemaansa hoitoa.

Valinnanvapauslakiluonnos ei selkeästi määrittele, mikä ero on 18 §:ssä määritellyt terveydenhuollon ammattihenkilöiden kotikäynnillä verrattuna 24 §:ssä määriteltyihin liikelaitoksen vastuulla olevaan kotipalveluun, kotihoitoon tai kotisairaanhoidon. Eli jos asiakas esimerkiksi saattohoitotilanteessa tarvitsee kotiin yleislääkärin kotikäyntejä, niin tulevatko ne asiakkaan valitsemasta suoranvalinnan sote-keskuksesta vai osana kotihoidon / kotisairaanhoidon kokonaisuutta?

Lakiehdotus pirstaloi preventiivisen neuvonta- ja ohjaustoiminnan. Tämä on iso riski sille, että voidaan vaikuttavasti edistää iäkkäiden terveiden elinkuukausien ja -vuosien määrään.

Lakiehdotuksessa myös lääkinnällisen kuntoutuksen kuntoutusneuvonta ja ohjaus sekä toiminta- ja työkyvyn ja kuntoutustarpeen arviointi on määritelty suoranvalinnan sote-keskuksen tehtäväksi. Monissa sairauksissa, vammoissa ja tilanteissa, joissa toimintakyky on alentunut, tarvitaan moniammatillista yhteistyötä ja erityisasiantuntemusta kuntoutustarpeen arvioinnissa ja sen myötä myös neuvonnassa ja ohjauksessa.

Ikääntyneiden neuvonta sekä asiakas- ja palveluohjaus edellyttää monialaista osaamista ja tietotaitoa. I&O kärkihankkeen hankesuunnitelmassa todetaan: ” Palveluohjauksessa keskeistä on ns. yhden luukun periaate. Asiakkaan ei tarvitse itse tietää mitä ja mistä palvelua haetaan, vaan yhteydenotto riittää; asiakkaan tilanne selvitetään ja palvelutarve arvioidaan monialaisesti ja luotettavia menetelmiä käyttäen ja tämän tiedon perusteella arvioidaan mahdollisesti tarvittavat tuet ja/tai palvelut. Tukea/palvelua hakeva henkilö voidaan ohjata keskitettyyn palveluohjaukseen useita eri väyliä pitkin: omasta tai omaisten aloitteesta, sosiaali- tai terveydenhuollon ammattihenkilöstön, naapurien tai viranomaisten esityksestä.”

Neuvonnan irrottaminen asiakas- ja palveluohjauksesta valinnanvapauslakiluonnoksen esityksen mukaisesti on selkeästi ristiriidassa hallituksen meneillään olevan I&O-kärkihankkeen yhden päätavoitteen kanssa.

#### **4. Antaako esitys maakunnille riittävät edellytykset järjestämisvastuun toteuttamiseen?**

Asiakasseteli: 24 § 2 mom ” Päättyessään 1 momentissa tarkoitetuista asiakassetelillä maksettavista palveluista maakunta voi rajata asiakassetelin käyttöönoton laajuutta kussakin 1 momentissa tarkoitettussa palvelussa, jos se on välttämätöntä palvelukokonaisuuksien toimivuuden tai palvelujen kustannustehokkaan järjestämisen perusteella.” Mutta 26 §:ssä todetaan asiakassetelipalveluntuottajan valinnasta: Asiakkaalla on oikeus valita asiakassetelillä annettavan palvelun tuottajaksi yksityinen palveluntuottaja, jonka jokin maakunta on hyväksynyt asiakasseteli-palveluntuottajaksi.

Rajaus menettää merkityksensä tilanteessa, jossa oma maakunnan rajatessa, asiakas voi valita toisen maakunnan, jossa rajausta ei ole. Järjestämisvastuuseen kuuluu, että maakunta antaa asukkaalleen palvelulupauksen sekä tekee järjestämissuunnitelman, jossa on kuvattu mitä palveluita maakunta asukkaalleen järjestää, missä laajuudessa, mitkä ovat käytettävissä olevat resurssit ja mitkä ovat maakunnan määrittämät myöntämisperusteet palveluille.

Asiakas voi valita myös muun kuin asuinmaakuntansa maakunnan liikelaitoksen. Maakunnan liikelaitos arvioi palvelutarpeen liikelaitoksen tuotantovastuulla oleviin palveluihin. Asiakkaan asuinmaakunta kuitenkin vastaa hoidon ja palvelun kustannuksista. Lailla ei voitane sallia tilannetta, jossa yksi arvioi ja myöntää palvelun toisen päätyessä myönnetyn palvelun maksajaksi. Mikäli tämä on lain tarkoitus, saattaa se ajan myötä synnyttää sote-turismia eli hakeutumista sen maakunnan liikelaitoksen asiakkaaksi, mistä itselle löytyy mieleisin palveluratkaisu.