

Asia: VN/36135/2023

Luonnos hallituksen esitykseksi laeiksi terveydenhuoltolain 7 a §:n, sosiaalihuoltolain ja sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä annetun lain 36 §:n muuttamisesta

Taustatiedot lausunnonantajalta

Organisaatio tai vastaajataho

Hyvinvointialue (ml. Helsingin kaupunki ja HUS-yhtymä)

Kysymys viranomaisille, mikä on lausuntoa käsitelleen toimielimen nimi ja käsittelypäivämäärä?

-

Lausunnonantajan lausunto

Onko ehdotus sosiaali- ja terveydenhuollon palveluvalikoiman periaatteista säätämisestä kannatettava?

Kyllä

Perustelut ja lisähuomiot esityksen kannatettavuutteen liittyen.

Sosiaalihuolto:

Palveluvalikoiman periaatteet ovat sosiaalihuollon näkökulmasta oikeansuuntaiset, sillä ne tukevat yhdenvertaisuutta, avoimuutta ja resurssien kohdentamista vaikuttaviin palveluihin. Haasteena on kuitenkin riittävän sosiaalihuollon vaikuttavuustiedon ja mittareiden puute, mikä vaikeuttaa periaatteiden käytännön soveltamista. On tärkeää varmistaa, että periaatteet eivät johda lakisääteisten palvelujen rajautumiseen kustannusperusteisesti ennen tutkimusnäytön kertymistä. Esityksen kansallisen tason vaikuttavuuden ja kustannusvaikuttavuuden toteutuminen edellyttävät lisäpanostuksia sosiaalihuollon interventioiden vaikuttavuusindikaattoreiden tunnistamiseen ja seuraamiseen muun muassa asiakastietojärjestelmistä saatavien tietojen perusteella.

Soveltamisen onnistuminen edellyttää selkeitä ohjeita, riittävää rahoitusta, osaamisen vahvistamista sekä sosiaalihuollon käsitteiden yhdenmukaista tulkintaa. Periaatteet eivät voi liikaa rajata sosiaalihuollon viranhaltijan mahdollisuutta vastata asiakkaan yksilöllisiin palvelutarpeisiin,

huomioiden kuitenkin ajankohtainen keskustelu, voiko yhdellä ammattiryhmällä olla rajaton oikeus myöntää kalliita palveluita ilman laajempaa arviointia.

Hallituksen esityksessä esitetyt periaatteet ovat käytännössä yhteneväiset sosiaalihuollon ammattihenkilölain mukaisten ammattieettisten velvollisuuksien ja mm. sosiaalihuolto-, asiakas- ja potilas- sekä järjestämislain periaatteiden kanssa. Lisäksi sosiaalihuoltolaki velvoittaa turvaamaan välttämättömän huolenpidon ja toimeentulon. Lain soveltamisen ohjeistuksessa tulisi pyrkiä selventämään, miten laissa määritetyt periaatteet poikkeavat jo nyt olemassa olevista sosiaalihuollon ammattihenkilöiden toimintaa ohjaavien tai palvelujen järjestämistä koskevien lakien toteutuksesta. Läpileikkaavat periaatteet yhdenvertaisuudesta ja ihmisarvon loukkaamattomuudesta sekä muut periaatteet ovat lähtökohtaisesti olemassa sosiaalityön määritelmässä ja tavoitteissa.

Terveydenhuolto:

Terveydenhuollon palveluissa on jo nyt pyritty oman palveluvalikoiman toteutuksessa noudattamaan esitysluonnoksessa esitettyjä periaatteita. Esitysluonnoksen mukainen lainsäädäntö asettaisi hyvinvointialueelle kuitenkin aiempaa vahvemman velvollisuuden arvioida myös nykyistä palveluvalikoimaa lainsäädännön periaatteiden mukaisesti. Tämä tarkoittaa, että palveluvalikoiman käyttöönotto tai laatiminen hyvinvointialueella edellyttää menetelmien arviointitoiminnan kehittämistä. Hyvinvointialueen lisäksi pitää huomioida myös yhteistyöalueiden kanssa tehtävä yhteistyö sekä kansallinen ohjaus.

Terveydenhuollon sisältöohjauksen yhteydessä oleva palveluvalikoiman määrittely, joka perustuisi kokonaisharkintaan ja palveluvalikoimaan kuulumisen edellytyksiin nykyisten poissulkukriteerien sijaan, on kannatettavaa.

Antaako esitysluonnos riittävän ja oikean kuvan lakiehdotusten taloudellisista vaikutuksista (jakso 4.2)? Voitte perustella näkemystänne tähän.

Sosiaalihuolto:

Esitys ei anna riittävää kuvaa taloudellisista vaikutuksista. Sosiaalipalveluissa on edelleen tyydyttymätöntä palvelujen ja tuen tarvetta, mutta näiden kustannusvaikutuksia ei tunneta. Toisaalta ennaltaehkäisyn arvioidaan tuovan säästöjä, mutta sen toteuttaminen oikea-aikaisesti on ollut vaikeaa, koska painopiste on jatkuvasti korjaavissa palveluissa. Ennaltaehkäiseviin palveluihin painottaminen on kannatettava esitys, mutta samaan aikaan rinnalla täytyy huolehtia, että sosiaalihuoltolaissa ei palveluita rajata lailla ainoastaan viimesijaisiksi palveluiksi, vaan sielläkin kuljetetaan rinnalla ennaltaehkäisevien palveluiden merkitystä ja tavoitetta.

Esitys ei anna riittävää kuvaa siitä, miten esitetty muutos johtaisi painopisteen siirtymiseen ennaltaehkäiseviin palveluihin.

Sosiaalipalveluista puuttuu tutkittu tieto vähähyötyisistä palveluista. Ennen kuin tutkimustietoa kertyy, on vaikea määrittää, mitä nämä palvelut ovat.

Hyvinvointialueiden taloudelliset haasteet lisäävät riskiä, että erikseen säädellyt palvelut eivät välttämättä sisälly palveluvalikoimaan. Tarkkojen palveluiden määrittäminen lakiin sisältää sen riskin, että ne ovat samaan aikaan sekä minimi että maksimi eikä asiakkaan tilanne tosiasiallisesti ratkaisekaan, mitä palveluja hän saa. Toisaalta liian epäkonkreettisetkaan kirjaukset palveluvalikoiman periaatteista eivät auta ratkaisemaan, mitä palveluja ne konkreettisesti ovat.

Terveysdenhuolto:

Esityksessä esitetään seuraavasti: ” On arvioitu, että vähähyötyisiin hoitoihin käytetään terveydenhuollossa vuosittain satoja miljoonia euroja. Vähähyötyisillä hoidoilla tarkoitetaan terveydenhuollossa toimia, jotka eivät tuota potilaalle terveyshyötyä tai tuottavat sitä vain vähän. Lisäksi vähähyötyisinä pidetään hoitoja, joissa haitat saattavat ylittää hyödyt tai jotka tuottavat aiheettomia kustannuksia. Vähähyötyisyydestä puhutaan myös silloin, jos käytettävissä olisi vaikuttavampia vaihtoehtoja. (s. 17)”

Esityksessä saattaa olla yliarviota, koska terveydenhuollossa on jo pidempään tehty vähähyötyisten hoitojen arviointia ja poissulkua. Perusterveydenhuollossa erityisesti Käypä hoito –suositukset ovat yhdenmukaistaneet ja ohjanneet toimintaa kustannusvaikuttavaan suuntaan koko suositusten olemassaolon ajan. Erikoissairaanhoidossa on pystytty sekä Palkon että arviointiylilääkäreiden tekemän arviointityön kautta kohdistamaan hoitoja oikeanlaisiin hoitoihin ja palveluihin. Lisäksi esimerkiksi kirurgiassa monet toimintamallit ovat 2000-luvulla muuttuneet tutkimustiedon lisääntyessä.

Esityksen toteutuksessa tulee olemaan haasteita, koska kaikista terveydenhuollon hoidoista ja palveluista ei ole käytettävissä tutkimustietoa hoidon kustannusvaikuttavuudesta. Aina on potilaita, joiden yksilöllisen sairaudenkulun, sairauksien yhdistelmän tai muun yksilöllisen ominaisuuden kohdalla tutkimustietoa ei ole käytettävissä. Tämä on tärkeää huomioida, ettei rajata käytettävissä olevia hoitomuotoja liian yksipuolisiksi.

Oletettavaa kuitenkin on, että taloudelliset vaikutukset ovat merkittäviä, ja siitä syystä muutosesitys on pääosin kannatettava. Samanaikaisesti on todettava, että taloudellisten vaikutusten seuranta tulee olemaan vähintään yhtä hankalaa kuin vaikutusten arviointi nyt. Joidenkin kalliimpien lääkkeiden tai menetelmien kohdalla voisi miettiä ehdollista tai määräaikaista käyttöönottoa; tietyn ajanjakson kuluessa arvioitaisiin saatu RWD-hyöty ja tehtäisiin uusi arvio jatkosta/deimplementaatiosta.

Lisäksi on huomioitava, että hyvinvointialueet ovat todennäköisesti toimineet eri tavoin: toisilla hyvinvointialueilla on palveluvalikoimaa jo arvioitu tarkasti ja toiset vasta aloittavat. Tällä on merkitystä sille, ettei mahdollisia taloudellisia säästöjä yliarvioida. Lisäksi lääketieteen ja uusien hoitomuotojen käyttöönotolle on tärkeää varata myös Suomessa julkista rahaa, mikäli niiden arvioidaan kuuluvan palveluvalikoimaan.

Hyvinvointialueiden näkökulmasta terveydenhuollon palveluissa on jo pitkään tehty palveluvalikoiman arviota ja karsittu vähähyötyisiä hoitoja. Olemassa on erilaisia Shortfall-laskureita (esim. NICE käyttää), joilla voitaisiin arvioida esim. menetettyjä terveitä elinvuosia eri sairaustiloissa. Näin ollen terveydenhuolto on paljon pidemmällä kuin sosiaalihuolto. Tämä on tärkeää huomioida myös rahoituksen kohdistamisessa. Esitys ottaa huomioon palveluiden menetelmien arvioinnin, joka on sekä organisatorista, mutta myös sisällöllistä. Suomessa ei ole määritelty hyväksyttyjä kustannusvaikuttavuusrajoja, mikä vaikeuttaa huomattavasti arviointityötä. Mahdollisia kustannusrajoja voisivat olla esim. 0,5-1,5x BKT/QALY tai sairauden vakavuuteen kytketty raja, jossa hyväksyttäisiin korkeampi ICER-arvo. Raja-arvoissa tulisi olla vaihteluväliä, sillä esim. harvinaissairauksissa jouduttaneen noudattamaan erilaista logiikkaa, mutta terveyshyöty ja resurssien käytön tehokkuus tulisi silti olla mukana. Norjassa on käytössä absoluuttinen QALY-Shortfall -malli, jossa vakavampien sairauksien hoitoihin hyväksytään korkeampi kustannusvaikuttavuusraja. Tällöin esim. juurikin harvinaissairauksien lääkkeitä voi tulla hyväksytyksi raja-arvon ylittävästä ICER-arvosta huolimatta.

Antaako esitysluonnos riittävän ja oikean kuvan lakiehdotusten muista vaikutuksista (jakso 4.2)? Voitte perustella näkemystänne tähän.

Sosiaalihuolto:

Palveluvalikoiman periaatteet linkittyvät monin tavoin uuteen sosiaalihuoltolakiin, ja on tärkeää varmistaa, että periaatteet ja sosiaalihuoltolaki ovat linjassa keskenään.

Sosiaalihuollossa on useita käsitteitä, joita voidaan tulkita eri tavoin, mikä voi vaikeuttaa periaatteiden luomista ja niiden toteuttamista käytännön päätöksissä. Esimerkkejä tällaisista käsitteistä ovat erityisen tuen asiakas ja haavoittuvassa asemassa oleva henkilö, määrärahasidonnainen palvelu versus välttämätön palvelu, subjektiivinen oikeus. Määrärahasidonnaisuus voi johtaa siihen, että palveluvalikoiman periaatteet eivät voi toteutua, jos määrärahat on mitoitettu palveluihin liian niukaksi eikä tarpeeseen sen vuoksi voida vastata.

Ammattinimikkeisiin liittyvien epäselvyyksien korjaaminen on tärkeää huomioida kaikissa lakimuutoksissa. Esimerkiksi sosiaalihoajaajien osaamista tulee hyödyntää asiakkaiden monipuolisessa tukemisessa, neuvonnassa ja ohjaamisessa. Sosiaalityöntekijöiden koulutuksen tuoma osaaminen sen sijaan mahdollistaa sekä yksilö- että rakennetasoisen pitkäkestoisen muutostyön. Selkeät tehtäväkuvat tukevat työnjakoa, vastuullisuutta ja palvelujen laadun varmistamista sekä vähentävät tulkinnanvaraisuutta käytännön työssä.

Terveydenhuolto:

Esitysluonnoksessa voisi korostaa vielä enemmän terveystalouden osalta väestön tarveperusteisuutta. Peruslaissa säädetään julkisen vallan velvollisuudeksi turvata jokaiselle riittävät sosiaali- ja terveystaloudet. Vaikka tämä on huomioitu esityksessä, pitäisi tätä pohtia jatkovalmistelussa vielä enemmän. Mikä on palveluvalikoiman merkitys suhteessa jokaisen oikeuksiin saada riittävät terveystaloudet ja kuka tämän arvioi. Ihan kaikkea ei pystytä

määrittelemään kansallisesti. Lääkärille on perusteltua jättää riittävästi harkintaa valita potilaalleen soveltuva hoitomuoto. Jos julkisen terveydenhuollon palveluita rajataan liikaa, tarkoittaa tämä mahdollisesti huono-osaisuuden kasvua, jos nykyinen työterveyshuollon toimintamalli Suomessa jatkuu. Lisäksi palveluvalikoiman periaatteiden vaikutusten arvioinnissa olisi hyvä vielä pohtia työterveyshuollon sairaanhoidon palveluiden Kela-korvausmallia, koska sekin rahoitetaan osittain julkisista sairausvakuutuslain mukaisista korvauksista.

Onko lakiehdotuksilla jotain sellaisia vaikutuksia, joita esitysluonnoksessa ei vielä ole otettu huomioon, ja jos on, niin millaisia vaikutuksia?

Hyvinvointialueiden näkökulmasta terveydenhuollon palveluissa on jo pitkään tehty palveluvalikoiman arviota ja karsittu vähähyötyisiä hoitoja. Näin ollen terveydenhuolto on paljon pidemmällä kuin sosiaalihuolto. Tämä on tärkeää huomioida myös rahoituksen kohdistamisessa.

Sosiaalihuolto tarvitsee eräänlaista positiivista erityiskohtelua (positiivista diskriminaatiota) saavuttaakseen sille asetetut tavoitteet – myös kustannusnäkökulma huomioiden.

Sosiaalihuollon palveluvalikoimaa varten tulisi olla terveydenhuollon rakenteita vastaavat toimijatahot, jotka käyvät keskustelua vaikuttavuustutkimuksesta, lainsäädännöstä, suosituksista jne. Myös arviointiylilääkäreitä vastaavat vastuulliset viranhaltijat sosiaalihuoltoon tulisi määritellä laissa sekä selkeyttää sitä, kuka hyvinvointialueella lopulta päättää toteutettavasta sosiaalihuollosta tai sosiaalityön kokonaisuudesta. Sosiaalihuolto tarvitsisi terveydenhuoltolain 57 § vastaavan selkeän määrittelyn. Sosiaalihuollossa yksittäisellä sosiaalityöntekijällä on nykyllä lainsäädännössä liian paljon päätäntävaltaa määritellä asiakkaan tarvitsemat sosiaalihuollon palvelut.

Kommenttinne pykälästä ja säännöskohtaisista perusteluista: Terveydenhuoltolaki 7 a §

”Terveyden- ja sairaanhoidon toimenpiteen, tutkimuksen, hoidon tai kuntoutuksen palveluvalikoimaan kuulumista koskeva päätöksenteko perustuu kokonaisharkintaan, ja siinä tulee varmistaa potilaiden yhdenvertaisuus ja ihmisarvon loukkaamattomuus.”

Tähän kohtaan on tärkeää huomioida, että erityisesti erikoissairaanhoidossa on edelleen monia sairauksia, joiden kohdalla palveluvalikoimaa ei ole määritelty. Tällöin tulisi noudatettavaksi seuraava kohta:

”Potilasta voidaan tutkia ja hoitaa palveluvalikoimaan kuulumattomalla lääketieteellisellä tai hammaslääketieteellisellä tutkimus- ja hoitomenetelmällä, jos se on potilaan henkeä tai terveyttä vakavasti uhkaavan sairauden tai vamman takia lääketieteellisesti tai hammaslääketieteellisesti välttämätöntä potilaan terveydentila ja sairauden ennakoitavissa oleva kehitys sekä menetelmällä yksilöllisessä tilanteessa saavutettavissa oleva terveyshyöty huomioon ottaen.”

Tämä kohta ei ole riittävän selkeä lukijalle. Terveysthuollossa on lukuisia sairauksia, joiden hoitokäytännöistä ei ole kattavasti vaikuttavuusnäyttöä, ja siten hoito tapahtuisi yllä olevan lainkohdan perusteella, ja se olisi mahdollista vain potilaan henkeä ja terveyttä vakavasti uhkaavan sairauden tai vamman vuoksi. Tämä tulkinta kuulostaa liian tiukalta ja jättää esimerkiksi monet perusterveydenhuollossa hoidettavat lievät sairaudet hoidon ulkopuolelle. Esimerkiksi selkäkipua, lieviä infektioita, sairauksien ennaltaehkäisyä on vaikea perustella, jos hoitomenetelmien edellytys on kuvattu laissa näin tiukasti. Ehdotamme, että tämän kappaleen muotoilua selkeytetään sekä lisätään kuvaus sopimaan myös perusterveydenhuollossa hoidettaviin lievempiin sairauksiin.

Kommenttinne pykälästä ja säännöskohtaisista perusteluista: Sosiaalihoitolaki 30 a §

Kokonaisesitys on kannatettava.

Painopisteen siirtäminen ennaltaehkäisyyn ja varhaiseen tukeen on perusteltua, mutta korjaavia palveluja tarvitaan jatkossakin. Muutos vie aikaa, ja palvelujärjestelmän on kyettävä vastaamaan myös akuutteihin ja monimutkaisiin tarpeisiin siirtymävaiheen aikana. Hyvinvointialueille täytyy antaa realistinen mahdollisuus huomioida myös sosiaalihoito.

Kommenttinne pykälästä ja säännöskohtaisista perusteluista: Sote-järjestämislaki 36 §

Säädöspohjainen perustelu on johdonmukainen, sillä se nojaa sote-järjestämislakiin (612/2021) ja siihen liittyviin erityislakeihin. Lainsäädäntö määrittää hyvinvointialueiden järjestämisvastuun, palvelujen yhdenvertaisuuden, tarveperustaisuuden, kustannusvaikuttavuuden ja laadun. Lisäksi se velvoittaa laatimaan palvelustrategian, arvioimaan väestö- ja yksilötason tarpeet sekä sovittamaan palvelut yhteen. Näin varmistetaan, että palveluvalikoiman periaatteet tukevat lain tarkoitusta: edistää väestön hyvinvointia ja terveyttä sekä turvata yhdenvertaiset ja kustannusvaikuttavat palvelut koko maassa.

Tällä hetkellä epäsuhta terveydenhuollon ja sosiaalihuollon palveluvalikoiman päättämisen lainsäädännöllisistä reunaehdoista ja toimijoista on selkeä, kun käytännössä vain sosiaalihoitolaki määrittää sosiaalihuollon palvelut, joilla vastataan SHL 11§ määrittämiin sosiaalihuollon palvelun tarpeisiin. Sosiaalihuollon palveluvalikoiman periaatteista keskustelemiseen ja niiden linjaamiseen ei ole olemassa verkostoja, vaan ratkaisut ja linjaukset voivat vaihdella paljonkin eri hyvinvointialueiden välillä. Terveysthuollon keskittämisesetusta vastaavaa lainsäädäntöä tarvittaisiin ohjaamaan sosiaalihuollonkin palveluiden kokonaisuuden toteuttamista. Sosiaalihuollon palveluvalikoimasta päättämisen lisääminen yhteistyöaluesopimukseen on kannatettava.

Ehdotetut muutokset järjestämislain 36 § 3 momentin 8 kohtaan tarkentaisivat hyvinvointialueiden yhteistyösopimuksella sovittavan yhteistyön sisältöä siten, että yhteistyösopimuksessa sovittaisiin sosiaalihuollon menetelmien, palveluiden, toimenpiteiden ja työmuotojen sekä terveydenhuollon

menetelmien käyttöönottoa, käyttöä ja käytöstä poistamista koskevista yhteistyöaluetasoisista yhteistyörakenteista ja ohjauksesta, ottaen huomioon terveydenhuoltolain 7 a § ja sosiaalihuoltolain 30 a § sekä palveluvalikoimaa koskevat valtakunnalliset linjaukset. Verrattuna voimassa olevaan lainsäädäntöön näillä muutoksilla voidaan tarkentaa ja konkretisoida yhteistyötä, yhteistyön rakenteita sekä ohjausta. Kirjaus mahdollistaa edelleen soveltamisen yhteistyöalueen tarpeisiin, mutta voi myös ylläpitää eroavaisuuksia eri yhteistyöalueiden välillä. Tämän vuoksi yhteistyöalueiden valtakunnallinen ohjaus on edelleen tarpeen alueellisen yhdenvertaisuuden varmistamiseksi.

Liittykö esitysluonnoksen mukaisten sosiaali- ja terveydenhuollon palveluvalikoiman periaatteiden soveltamiseen haasteita, ja jos liittyy, niin millaisia ja miten haasteita voisi mielestänne ratkaista?

Sosiaalihuolto:

Sosiaalihuollon palveluista puuttuu pitkälti virallinen tutkimusnäyttö, mikä vaikeuttaa vaikuttavuuden ja kustannusvaikuttavuuden arviointia. Riittävää tutkimusnäyttöä ei ole edes sinänsä hyviksi koetuista palveluista, esimerkkinä systeeminen mallinnus. Tämä voi johtaa palveluiden rajautumiseen ennen vaikuttavuustiedon keräämistä ja vaikuttaa asiakkaiden asemaan.

Sosiaalihuollon vaikuttavuuden ja kustannusvaikuttavuuden arviointi on tällä hetkellä varsin keskeneräistä. Myös henkilöstön osaamisessa voi olla puutteita – ajattelutapa on sosiaalihuollossa edelleen melko vieras.

Koska sosiaalihuollosta puuttuvat tutkimusnäyttö, mittarit ja esimerkiksi Käypä hoito -suositukset, joudutaan käytännön työssä turvautumaan ammatilliseen arvioon ja kokemuseräiseen tietoon palveluiden vaikuttavuudesta. Sosiaalihuollon vaikuttavuusperustainen arviointi edellyttäisi merkittävää panostusta siihen, että sosiaalihuollon tietojärjestelmistä saataisiin tutkimusdataa tutkimuskäyttöä varten.

Hyvinvointialueiden vaikea taloustilanne voi lisäksi hidastaa sosiaalihuollon ripeää kehittämistä. Sosiaalialan osaamiskeskusten riittävän rahoituksen turvaaminen olisi tärkeää sosiaalihuollon ammattihenkilöiden ammatillisen osaamisen, palvelujen kehittämisen ja vahvistamisen tukemiseksi sekä tutkitun tiedon välittämiseksi käytännön toimintaan. Hyvinvointialueilla ei ole taloudellisia mahdollisuuksia osallistua budjettirahallaan sosiaalialan osaamiskeskusten toiminnan laajentamiseen, ja tämä rajoittaa niukan valtionosuusrahoituksen lisäksi osaamiskeskusten laajentamisen mahdollisuuksia. Yhteistyöaluetasoisesti sosiaalialan osaamiskeskuksen tulisi olla aktiivinen toimija palveluiden kehittämisessä ja vaikuttavien käytäntöjen juurruttamisessa.

Miltä periaatteet näyttävät käytännön työssä:

1. Tarveperiaate

- Tarveperiaate koetaan keskeisenä, mutta sen toteutuminen ei ole itsestäänselvyys. Palvelutarpeen arviointi on tärkeää, mutta resurssien niukkuus ja palveluvalikoiman kaventuminen voivat estää tarpeisiin vastaamisen. Kilpailutukset ovat kaventaneet palveluiden tuottajia, mikä heikentää mahdollisuuksia vastata asiakkaiden yksilöllisiin tarpeisiin.
- Työntekijän näkökulmasta tarveperiaatteen rapautuminen huolettaa, ja konsultoiva tuki nähdään positiivisena, kunhan sitä ei rajoiteta liikaa.

2. Turvallisuus

- Turvallisuus liittyy sekä asiakkaan että työntekijän kokemukseen. Esimerkiksi yhteiskuntarauhaan vaikuttaa heikossa asemassa olevien aseman huonontuminen. Luottamus palveluiden jatkuvuuteen ja hoivan saamiseen ikääntyneenä on horjunut.

3. Vaikuttavuus

- Vaikuttavuuden mittaaminen ja arviointi koetaan haastavaksi erityisesti sosiaalityössä, jossa vaikutukset voivat näkyä vasta pitkällä aikavälillä (esim. lasten kanssa tehty työ). Mittareita ja tietojärjestelmiä tarvitaan lisää, jotta vaikuttavuutta voidaan arvioida systemaattisesti.
- Vaikuttavuuden subjektiivisuus nousee esiin: mikä on riittävä ja hyvä vaikuttavuus eri osapuolille.

4. Kustannusvaikuttavuus

- Kustannusvaikuttavuuden korostuminen herättää huolta siitä, että se voi nousta muiden periaatteiden, kuten tarveperiaatteen, yläpuolelle. Säästöpainet ja rahoitusmallit aiheuttavat ristiriitaa periaatteiden ja käytännön välillä.
- On riski, että palveluita järjestetään kustannukset edellä, jolloin palvelutarpeet pitkittyvät ja kokonaiskustannukset nousevat.

5. Yhdenvertaisuus

- Yhdenvertaisuus ei toteudu automaattisesti, sillä asiakkaiden tarpeet ja vaatimustaso vaihtelevat. Osa asiakkaista osaa vaatia enemmän, jolloin toiset jäävät vähemmälle huomiolle.
- Alueelliset erot ja saavutettavuus ovat haasteita, erityisesti haja-asutusalueilla ja saaristossa. Myös kielikysymykset ja maahanmuuttajatausta vaikuttavat yhdenvertaisuuden toteutumiseen.

6. Ihmisarvon loukkaamattomuus

- Periaatteet tukevat asiakkaan ihmisarvon kunnioittamista, erityisesti kielellisten oikeuksien ja palvelun laadun kautta. Kun asiakas saa palvelua ymmärtämällään kielellä, yhdenvertaisuus ja ihmisarvo toteutuvat paremmin.

Mitä lisäarvoa periaatteet tuovat:

- Selkeä selkänaja: Periaatteet tarjoavat työntekijälle perustelut tarveperustaisuudelle ja sosiaalityöntekijän tekemälle tarveharkinnalle.
- Systemaattisuus: Jos yhdenvertaisuus kirjataan näkyvästi periaatteisiin, sen toteutumista voidaan seurata systemaattisemmin.
- Kehittämisen tuki: Periaatteet ohjaavat vaikuttavuuden ja kustannustietoisuuden kehittämistä asiakasrajapinnassa, mikä auttaa resurssien hallinnassa.
- Eettinen pohja: Ne tukevat eettistä työskentelyä ja auttavat arvioimaan, voiko työtä toteuttaa eettisesti myös kustannusvaikuttavuuden korostuessa.
- Asiakkaan aseman vahvistaminen: Periaatteet vahvistavat asiakkaan oikeutta saada palvelua oikeaan aikaan ja tarpeen mukaan.
- Motivaation ja sitoutumisen huomiointi: Työskentelyn vaikuttavuuteen vaikuttaa asiakkaan motivaatio ja sitoutuminen, mikä korostuu periaatteiden kautta.

Yhteenveto

Periaatteet tuovat työhön selkeyttä, eettistä perustaa ja mahdollisuuden kehittää toimintaa systemaattisemmin. Ne auttavat perustelemaan ratkaisuja sekä asiakkaalle että organisaatiolle ja tukevat yhdenvertaisuuden ja ihmisarvon toteutumista. Haasteina ovat kuitenkin resurssien niukkuus, alueelliset erot ja mittaamisen vaikeus, jotka voivat estää periaatteiden täysimääräisen toteutumisen.

Toisesta näkökulmasta katsottuna:

Kannatettavuus:

Ehdotus palveluvalikoiman periaatteista on sinänsä kannatettava, koska se lisää päätöksenteon avoimuutta, yhdenvertaisuutta ja vaikuttavuutta sekä tukee resurssien kohdentamista vaikuttaviin ja kustannusvaikuttaviin palveluihin. Painopisteen siirtäminen ennaltaehkäisyyn on tärkeää, huomioiden, että sen saaminen sinne vie aikaa.

Kriittiset huomiot ja täsmennykset:

Palveluvalikoimaan kuuluvien palvelujen periaatteista säädettäessä on kiinnitettävä huomiota siihen, ettei säädös rajaa pois mahdollisuuksia kehittää palvelujen järjestämistä kohti asiakaslähtöisempiä, tarvittaessa palvelurajat ylittäviä, palveluiden järjestämisen tapoja. Eri sektoreiden välisellä yhteistyöllä voidaan parantaa palveluiden asiakaslähtöistä järjestämistä ja vähentää päällekkäisiä kustannuksia sosiaali- ja terveydenhuollossa. Palveluiden vaikuttavuus ja kustannusvaikuttavuusperiaatteita määritettäessä olisikin erityisen tärkeää kiinnittää huomiota systeemitasoiseen vaikuttavuuden arviointiin.

Periaatteiden ylätasaisuus:

Periaatteet jäävät edelleen melko yleiselle tasolle. Ne antavat suuntaviivat, mutta eivät vielä ohjaa konkreettisesti arjen päätöksentekoa tai priorisointia. Käytännön soveltaminen jää pitkälti hyvinvointialueiden ja ammattilaisten vastuulle, mikä voi johtaa erilaisiin tulkintoihin ja alueellisiin eroihin.

Vaikuttavuus ja kustannusvaikuttavuus:

Näiden periaatteiden korostaminen on hyvä asia, mutta erityisesti sosiaalihuollossa vaikuttavuuden ja kustannusvaikuttavuuden arviointi on vielä erittäin keskeneräistä. Tutkimusnäyttöä, mittareita ja Käypä hoito -suositus puuttuu, ja käytännön työssä joudutaan usein turvautumaan ammatilliseen arvioon.

Huoli palveluvalikoiman rajaamisesta:

Miten voidaan miettiä palveluvalikoimaa, kun ei ole tutkimusnäyttöä palveluista? Miten palveluvalikkoa päivitetään uusien kehitettyjen palveluiden osalta? On riski, että periaatteiden soveltaminen johtaa joidenkin palvelujen tai menetelmien rajaamiseen julkisen palveluvalikoiman ulkopuolelle ennen kuin vaikuttavuusnäyttöä ehditään kerätä. Tämä voi heikentää erityisesti haavoittuvassa asemassa olevien asiakkaiden asemaa, jos vaihtoehtoisia palveluja ei ole tarjolla.

Ennaltaehkäisy ja korjaavien palvelujen tasapaino:

Painopisteen siirtäminen ennaltaehkäisyyn ja varhaiseen tukeen on perusteltua, mutta korjaavia palveluja tarvitaan jatkossakin. Muutos vie aikaa, ja palvelujärjestelmän on kyettävä vastaamaan myös akuutteihin ja monimutkaisiin tarpeisiin siirtymävaiheen aikana.

Ehdotus on askel oikeaan suuntaan, mutta periaatteiden konkretisointi, vaikuttavuuden arvioinnin kehittäminen ja palveluvalikoiman rajaamisen vaikutusten seuranta ovat jatkossa keskeisiä kehittämiskohteita. Ennaltaehkäisyä tulee vahvistaa ja siihen panostaa, jotta tulevaisuudessa ei tarvittaisi niin paljon korjaavia palveluita.

Muita näkemyksiä ja täsmennysehdotuksia?

-

Mäkelä Sanna-Maaria

Varsinais-Suomen hyvinvointialue - sosiaalityön johtaja Soile Merilä ja vt. johtajaylilääkäri Jutta Peltoniemi