

*Hyvinvointialueiden rahoitusperusteita uudistaminen niin, että perustason palvelujen ja terveyden edistämisen perusteella alueille suuntautuu lisärahoitusta.*

Hyvinvointialueilla perustason palvelujen kehittäminen, hoitoon pääsy sekä asiakkaan/potilaan kokema hyöty terveyden ja hyvinvoinnin edistymisestä ei toistaiseksi ole toteutunut toivotusti. Tarvittaisiin lisärahoitusta ja taloudellista lisäkannustinta esim. omalääkäri- ja omatiimimallin käyttöön ottamiseksi alueilla.

Hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen perusteella kanavoituva rahoitus on määrältään ja prosenttiosuudeltaan vaatimaton. Sitä tulisi kasvattaa nykyisestä sekä samalla kannustaa alueelliseen ja paikalliseen HYTE-yhteistyöhön hyvinvointialueiden, kuntien ja alueella toimivien järjestöjen kesken.

*Alueilla oltava riittävä autonomia omien palvelujensa kehittämisessä ja mahdollisuus päättää, mitä palveluja eri toimintayksiköt tarjoavat.*

Alueilla tulisi olla vahvempi autonomia päättää esimerkiksi eri erikoisalojen päivistyspalvelujen, kiireellisen hoidon ja operatiivisen hoidon järjestämisestä ja palveluja tarjoavista toimintayksiköistä oman alueen asukkaiden palvelutarpeen mukaisesti.

*Hyvien käytäntöjen ja parhaiden palvelumallien jakamista alueiden kesken kannustettava palkitsemalla tietojen vaihdosta sekä tavoitteiden saavuttamisesta.*

Alueilla on huomattavia eroja esimerkiksi jonotusajoissa, tietyn palvelun jälkeisessä sairauspoissaolon tarpeessa, tietyn palvelun hinnassa tai yleisten kansansairauksien hoitotavoitteiden saavuttamisessa. Alueiden kannustamisessa voidaan hyödyntää mahdollisuutta lisärahoitukseen, kun tavoitteita saavutetaan, tai voidaan järjestää parhaiden käytäntöjen kilpailuja. Alueet eivät toistaiseksi riittävästi hyödynnä toistensa kokemuksia esimerkiksi etsittäessä keinoja hoitojonojen lyhentämiseen tai tietyn toimenpiteen kustannuksien optimointiin.

*Kaikkien ammattilaisryhmien osaaminen voitava hyödyntää palvelutuotannossa, ja perusteettomia reviirirajoja tulee poistaa.*

&

*Hoitohenkilöstön, tukipalveluhenkilöstön ja sosiaalipalvelujen ammattilaisten roolia ja tehtävänkuvia vahvistettava.*

Hoidon ja palvelujen laatua ja turvallisuutta vaarantamatta voidaan tarkastella nykyisiä tehtävänkuvia ja laajentaa eri ammattiryhmien rooleja. Samalla voidaan saavuttaa säästöjä ja parantaa kustannustehokkuutta.

Ensinnäkin tukipalveluhenkilöstön tehtäviä ja palvelussuhteita on karsittu liikaa. Lääkärit ja sairaanhoitajat suorittavat korkeammalla palkalla ja hitaammin tehtäviä, jotka ovat välttämättömiä ja joita aiemmin on tehnyt esimerkiksi osastonsihteerit tai välinehuoltajat.

Uuden lääkärinviran sijaan toimivampi ratkaisu saattaisi olla uusi osastonsihtööri, joka auttaa tehostamaan nykyisten lääkärin työajan käyttöä potilaiden parhaaksi.

Fysioterapeuttien kustannustehokkaasta suoravastaanotosta tuki- ja liikuntaelinongelmissa on hyviä kokemuksia, mutta silti tämä tapa organisoida palveluja ei ole käytössä koko Suomessa. Sairaanhoidajien erityisosaamista tiettyjen potilasryhmien ohjaamisessa ei hyödynnetä riittävästi. Esimerkiksi kokenut diabeteshoitaja neuvoo potilasta paremmin ja kustannustehokkaammin kuin kokematon nuori lääkäri.

Sairaanhoidajat voisivat myös huolehtia eräistä lausunnoista, varsinkin hoivan tarpeeseen liittyvistä, joita nyt laativat lääkärit.

Sosionomien työnkuvaa voisi samoin nykyisestä laajentaa. Osin näitä kehittämistoimia voidaan toteuttaa palvelujen organisoinnin kautta tarvittaessa henkilöstölle täydennyskoulutusta tarjoten, muutamat toimet vaativat säädösmuutoksia (mm. jotta eräitä lääkärin tai sosiaalityöntekijöiden nykyisiä tehtäviä voidaan delegoida edelleen).

*Hyvinvointialueiden hallintorakenteessa henkilöstöasioihin keskittyvä jaosto, jossa suurimmat henkilöstöjärjestöt ovat edustettuina.*

Jaostossa tulisi olla suurimpien henkilöstöryhmien edustus henkilöstöjärjestöjen esityksien mukaisena, hyvinvointialueiden johtoa sekä poliittisin perustein nimettyjä jäseniä. Hyvinvointialueen maine työnantajana on monilla alueilla kärsinyt, pulaa osaajista esiintyy laajasti ja samanaikaisesti niin nuoret työntekijät kuin kokeneet konkarit uupuvat ja turhautuvat. Jaostossa tulisi käydä TES/VES-asioita laaja-alaisemmin konkreettisiin työolosuhteiden parannuksiin ja toimenpiteisiin johtavaa dialogia, jotta hyvinvointialueet säilyvät hyvämaineisina ja vetovoimaisina työnantajina sekä työntekijät eri ammattilaisryhmissä voivat työssään hyvin. Työssä jaksaminen, työolojen parantaminen, työkyvyn tuen mahdollisuudet sekä nykyistä laaja-alaisempien työterveyshuollon palvelujen tarjoaminen tulisi olla dialogin teemoina. Henkilöstö on myös asiantuntija oman työnsä ja työn organisoinnin kehittämisessä, ja henkilöstön edustajien näkemyksiä näissä tulisi kuulla ja kuunnella tarkasti.

*Työkykyyn liittyvissä ongelmissa tai työhön paluun tukemisessa hyvinvointialueiden tulee lähettää työsuhteessa olevat potilaat työterveyshuollon palvelujen asiakkaaksi.*

Työterveyshuollon lakisääteinen minimi kattaa työolosuhteiden mukaan suunniteltavat ennaltaehkäisevät palvelut sekä työkyvyn tuen. Sairaanhoidon palvelut ovat työnantajalle vapaaehtoisia. Vaikka työnantajien enemmistö sisällyttää työterveyshuollon sopimukseen ainakin joitain perustason sairaanhoidon palveluja, on vaihteluväli työpaikasta toiseen laajaa. Mikäli kyse on vakavammasta sairaudesta tai sen epäilystä, jolloin tarvitaan laaja-alaisia tutkimuksia ja hoitoja, käyttää työssäkäyvä potilas yleensä aina julkisia palveluja. Joissain tapauksissa mahdollinen terveystakuutus saattaa korvata mm. leikkauksia yksityisellä sektorilla.

Julkisissa palveluissa ei ole tarkempaa tietoa työolosuhteista eikä erityisosaamista työkyvyn arviointiin tai työhön paluun tukeen. Pitkien rutiininomaisten sairauspoissaolojen sijasta potilas voidaan ohjata työterveyshuoltoon, joka auttaa työn muokkauksessa ja keventämisessä tai esim. osasairauspäivärahan hyödyntämisessä. Yhteistyötä julkisen erikoissairaanhoidon ja työterveyshuollon kesken on aloitettu rajatuille potilasryhmille Työote-hankkeessa hyvin tuloksin. Yhteistyömalleja tulee kuitenkin laajentaa sekä alueellisesti että kattamaan kaikki suurimmat potilasryhmät. Julkinen sektori pystyy paremmin keskittymään omiin ydintoimintoihinsa, kun jatkohoito ja työkykyyn liittyvät palvelut ja arviot ohjataan työterveyshuoltoon. Julkinen sektori ei vielä riittävästi tunne työterveyshuollon palveluja ja toimintamahdollisuuksia.

Hyötyjinä olisivat ne työpaikat, joiden työntekijöillä on pitempää työkyvyttömyyttä tai työkyvyttömyyden uhkaa aiheuttavia sairauksia. Varovaisesti arvioiden näistä tilanteista on kyse vähintäänkin silloin, kun sairauspäivärahan tarve kestäisi yli 30 arkipäivää. Kelan mukaan vuonna 2022 alkaneissa päiväraha-kausissa näitä tapauksia tilastoitiin noin 110 000 kpl.