

TERVEYSALAN AMMATTILEHTI

1•2026

Terveys&Talous

Potilasvahinkoilmoituksia
tehtiin vuonna 2025
ennätyksellisen paljon

Milloin viimeksi olet
varannut kalenteriisi
aikaa ajattelulle?

Väitöstutkija Satu Kauhanen:

**”Tekoäly paljastaa,
missä organisaatio
on valmis, missä ei”**

HYVINVOINTI- PALVELUIDEN JOHTAMINEN

asiantuntijaohjelma 15 op

Vahvista johtamistaitojasi hyvinvointialan murroksessa

Hyvinvointipalveluiden johtaminen -asiantuntijaohjelma tarjoaa työkaluja julkisten ja yksityisten hyvinvointipalveluiden johtamiseen ja kehittämiseen rohkealla ja uudistavalla otteella.

Ajankohta: 19.5. – 25.11.2026

Kesto: 10 lähiopiskelupäivää, joista 4 Helsingissä ja 6 Lahdessa.

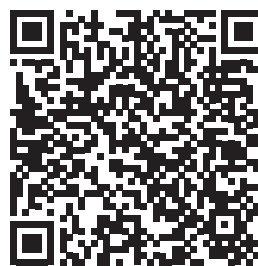
Asiantuntijaohjelman sisältö:

- Johtajuus hyvinvointialalla 5 op
- Johtamisviestintä kompleksissa toimintaympäristössä 2 op
- Kestävä taloudenhallinta 3 op
- Prosessien johtaminen 5 op

Voit opiskella ohjelman kokonaisuutena tai poimia itsellesi parhaiten sopivat moduulit.

» lut.fi/hyvinvointipalveluiden-johtaminen

TUTUSTU TARKEMMIN
JA ILMOITTAUDU!



LUT-täydennyskoulutus tarjoaa monipuolisia koulutuspalveluja yrityksille ja yksilöille: asiantuntijaohjelmia, moduuleja sekä yrityskohtaisesti räätälöityjä koulutuksia. Ytimenä on yliopiston oma osaaminen ja tutkimus, tekniikkaa ja taloutta yhdistäen yli 30 vuoden kokemuksella. Puhdas energia, vesi ja ilma ovat elämän edellytyksiä, joihin LUT-yliopisto etsii ratkaisuja tekniikan, talouden ja yhteiskuntatieteiden osaamisella. Autamme yhteiskuntaa ja yrityksiä uudistumaan kestävästi. Kansainvälisessä tiedeyhteisössämme on jo yli 9000 jäsentä. Kampuksemme sijaitsevat Lappeenrannassa ja Lahdessa.

6

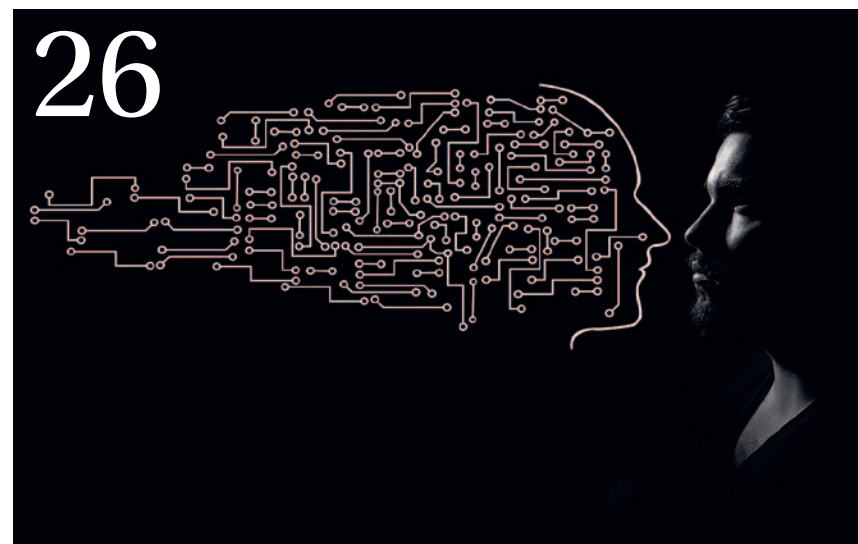


13

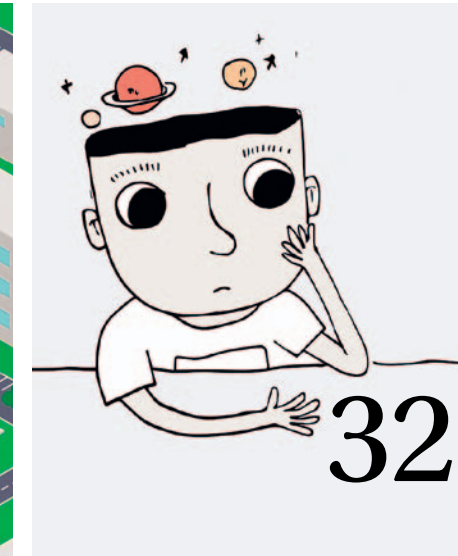


22

26



30



32

Tässä lehdessä

- 5 | Pääkirjoitus
- 6 | Potilasvahingoista maksetaan vuosittain miljoonien eurojen korvaukset
- 9 | Suomi on lakisääteisen potilasvakuutuksen edelläkävijämaa
- 10 | Ajatuksia aluedemokratian organisoitumisen malleista
- 13 | Espanjan terveydenhuollon uudistukset
- 16 | Teknologia tukee ikääntyneen arkea
- 18 | Työelämän turbulenssit eivät suoraan heijastu työhyvinvointiin
- 22 | Data ohjaamaan sosiaali- ja terveydenhuollon johtamista ja taloutta
- 26 | Tekoälyn aikakausi ja organisaation sisäisen järjestyksen koetus
- 29 | Puheenjohtajan palsta
- 30 | Onko meillä varaa säästää väärästä paikasta?
- 32 | Aikaa ajattelulle: se on johtajan tärkeintä työtä
- 34 | Häiriötilanteiden hallinta normaali- ja poikkeusoloissa sosiaali- ja terveydenhuollossa
- 36 | Mielipiteet: Suuruuden ekonomia
- 37 | Jäsenmaksu 2026, Tapahtumat
- 38 | SET-Pakina

Kannen kuva:
Väitöstutkija Satu Kauhanen

KUVA: MIIKA KEIHÄNEN

Miele

Hygienia on muutakin kuin korkea lämpötila.

Miele Professional -astianpesukoneet pesevät ja huuhtelevat puhtaalla vedellä. Pesuallas on ruostumatonta terästä, saumaton ja likaa hylkivä.

Kolmessa tasossa sijaitsevien teräksisten suihkuvarsien suuttimet suihkuttavat eri pesuvaiheissa erilaisia vesisuihkuja: irrottavia tai huuhtelevia. Tehokas, Q-max. 390 l/min, vaihtuvataajuuksinen kiertovesipumppu.

Helppokäyttöinen ja aina valmis. Monipuoliset pesuohjelmat ja tietysti desinfioiva loppuhuuhTELULÄMPÖTILA.

Täyttää testatusti (wfk) vaaditut standardit. Ammattikäyttöön ammattikone. Testattu kestämaan 28 000 käyttökertaa.

Miele Professional. Immer Besser.



www.miele-professional.fi



Lukijan palsta

Julkaisemme lukijoidemme kommentteja lehden kirjoituksiin tai muihin ajankohtaisiin yhteiskunnallisiin aiheisiin.

Kirjoita mielipiteesi lyhyesti ja napakasti, maksimissaan voit kirjoittaa 2000 merkin kirjoituksen.

Kirjoitusten on oltavat lakien ja hyvien tapojen mukaisia. Liitä kirjoitukseesi nimesi ja tittelisi. Voit laittaa meille myös kuvasi. Emme julkaise nimettömiä kirjoituksia. Kirjoituksista ei makseta palkkiota.

Kätevästi verkossa!
terveysjatalous.fi



+ PÄÄKIRJOITUS

Yhteinen johtamismalli häiriötilanteisiin: kohti toimivaa valtakunnallista kokonaisuutta



LASSE KYLÉN
Turvallisuus- ja valmiusjohtaja, Pohjois-Pohjanmaan hyvinvointialue

SOSIAALI- JA TERVEYDENHUOLLON häiriötilanteiden ja poikkeusolojen hallintaa koskevaa lainsäädäntöä on vahvistettu merkittävästi sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämislakiin tehdyillä muutoksilla, joita sosiaaliturvaministeri Sanni Grahn-Laasonenkin edellisessä Terveys ja talous -lehdessä avaa. Järjestämislain muutoksen yhtenä keskeisenä tavoitteena on ollut vahvistaa kansallista ja alueellista johtamista sekä selkeyttää vastuita ja taakanjakoa. Erityisesti viiden yhteistyöalueen roolia korostetaan nyt entistä enemmän häiriötilanteiden johtamisessa ja resurssien yhteensovittamisessa.

Kansallisen valmiusryhmän asettaminen vakavien häiriötilanteiden ja poikkeusolojen varalta oli osa lakimuutosta. Kansallista valmiusryhmää tarvitaan tilanteissa, joissa yksittäisen yhteistyöalueen voimavarat eivät riitä väestön turvallisuutta, terveydentilaa ja hyvinvointia uhkaavan tilanteen hoitamiseen sekä tilanteissa, joiden laajuus edellyttää voimavarojen kohdentamista valtakunnallisesti tarkoituksenmukaisella tavalla.

Lainsäädäntö mahdollistaa nyt sosiaali- ja terveydenhuollon toimimisen kansallisena kokonaisuutena, mutta se rakennetaan hyvinvointialueilla yhdessä yhteistyöalueiden ja ministeriön kanssa. Nyt kun kansallinen johtamisrakenne ja päätöksenteko on lainsäädännöllä varmistettu, täytyy kansallinen sekä yhteistyöalueiden ja hyvinvointialueiden häiriötilannejohtaminen yhteensovittaa yhteneväiseksi kansalliseksi kokonaisuudeksi siten, että kaikki johtamisen tasot toimivat samoilla periaatteilla ja prosesseilla.

HÄIRIÖTILANTEET TULEVAT yleensä yllättäen ja ne vaativat nopeaa päätöksentekoa, mikä takia vakavien häiriötilanteiden ja poikkeusolojen johtamisrakenteet ja organisaatiot on sovittava ja niiden toimintakyky varmistettava etukäteen, ennen häiriötilanteiden syntymistä.

Yhteistyöalueen häiriötilanteisiin ja poikkeusoloihin varautumisesta sovitaan hyvinvointialueiden välisessä yhteistyösopimuksessa. Sovittava on ainakin yhtenäisistä valmiuden säätelyn tasoista. On sovittava mekanismeista, joilla yliopistollista sairaalaa ylläpitävä hyvinvointialue tukee muita hyvinvointialueita tai ottaa häiriötilanteen johtaakseen, sekä periaatteista, joilla yhteistyöalueen hyvinvointialueiden voimavaroja voidaan käyttää toisella yhteistyöalueella.

Hyvinvointialueiden tulee luonnollisesti huomioida yhteistyöalueella sovitut rakenteet oman hyvinvointialueensa häiriötilanteiden johtamisessa sekä varmistaa oman hyvinvointialueensa päätöksentekokyky. On määriteltävä ja luotava häiriötilanteiden johtamisen rakenteet ja menetelmät sekä huomioitava toimivaltaan liittyvät poikkeukset, joista voidaan poiketa välttämättömän syyn vuoksi vakavassa häiriötilanteessa ja poikkeusoloissa tai hyvinvointialueen palveluiden turvaamiseksi ja tilanteen normalisoimiseksi.

On tärkeää, että kaikilla johtamisen tasoilla johtamisrakenteet ja mekanismit on etukäteen selkeästi sovittu, suunniteltu ja koulutettu sekä harjoiteltu häiriötilanteiden johtamiseen liittyviä rakenteita, johtamismenetelmää sekä siihen liittyviä työkaluja.

Meillä Pohjois-Suomessa vuoden 2025 painopisteenä oli häiriötilanteiden ja poikkeusolojen johtaminen. Tässä tavoitteessa onnistuimme ja saimme Pohjois-Suomen yhteistyöalueelle sovittua häiriötilanteiden ja poikkeusolojen tehtäväjohtamismallin ja suunnitteluohjeen. Siitä, mitä Pohjois-Suomessa näiden asioiden eteen teimme, on oma artikkeli tässä lehdessä sivuilla 34–35.

Potilasvahingoista maksetaan vuosittain miljoonien eurojen korvaukset

Vuonna 2025 potilasvahinkoilmoituksia tehtiin kaikkien aikojen ennätysmäärä. Vakuutuskorvaukset ovat vain jäävuorenhuippu: potilasvahinkojen on arvioitu aiheuttavan yhteiskunnalle miljardiluokan kustannukset.

teksti: TIMO SILLANPÄÄ • kuva: EEVA MURTOLAHTI

Potilasvahinkolain perusteella on 2020-luvulla maksettu korvauksia noin 25 miljoonaa euroa vuosittain. Kun mukaan lasketaan korvausten käsittely- ja hallintokulut, potilasvakuutusjärjestelmän ylläpitokustannukset ovat yli 40 miljoonaa euroa.

– Summa ei kerro koko totuutta potilasvahinkojen aiheuttamista kustannuksista. Vahinkojen korjaamisesta, kuten lisäleikkauksista ja hoitopäivistä, on arvioitu aiheutuvan yhteiskunnalle miljardin euron vuosikustannukset, sanoo johtaja **Minna Plit-Turunen** Potilasvakuutuskeskuksesta (PVK).

Potilasvahinkoilmoitusten määrä on hiljalleen kasvanut 15 viime vuoden aikana. Vuonna 2025 ilmoituksia tehtiin kaikkien aikojen ennätysmäärä, yli 10 700. Edellisenä vuonna ilmoituksia kirjattiin 9 518. Runsaan kymmenen prosentin lisäys herättää Plit-Turusen mukaan aiheellisen kysymyksen kasvun syistä.

– Pyrimme luonnollisesti analysoimaan, miksi ilmoitusten määrä pomppasi viime vuonna niin voimakkaasti. Ovatko hyvinvointialueet purkaneet jonojaan erityisen ahkerasti vuonna 2025? Onko heikko taloudellinen tilanne saanut aikaisempaa useammat ihmiset arvioituttamaan kokemansa haitan korvattavuutta?

Ilmoituksissa oli havaittavissa joitakin vuosia sitten samankaltainen piikki, kun terveydenhuolto purki koronapandemian vuoksi synnytyneitä toimenpidejonoja. Toisaalta korona-aikana vahinkoilmoitukset vähenivät, kun pan-

demian hoito vei aikaa muilta toimenpiteiltä.

– Ilmoitusten määrä korreloi tehtyjen toimenpiteiden määrän kanssa. Kun vahinkoilmoitukseen tulee piikki, päätöksistä voidaan tutkia esimerkiksi se, korostuuko ilmoituksissa jokin tietty toimenpide tai hoito.

VUOSITTAINEN 25 MILJOONAN euron korvaussumma sisältää pääosin ennen maksuvuotta tehtyjen vahinkopäätösten korvauksia.

– Esimerkiksi ansionmenetyskorvauksia sekä sairaanhoito- ja lääkekuluja maksetaan vahinkoa kärsineelle niin pitkään kuin niitä potilasvahingosta aiheutuu, jopa vuosikymmenten ajan, Plit-Turunen tarkentaa.

Pitkäaikaisten korvausten määrä on pysynyt suunnilleen samalla tasolla, sillä korvattavien määrän vähentyessä luonnollisen poistuman kautta tilalle tulee uusia korvattavia.

Keskimäärin potilasvahingoista maksetaan noin 3 000 euron korvaus. Vakavissa vahingoissa yksittäiselle henkilölle maksettavat korvaukset voivat kuitenkin vuosien saatossa nousta miljooniin euroihin. Korvaussummaan vaikuttaa se, aiheuttaako vahinko ohimenevän vai kenties koko loppuelämän jatkuvan haitan.

– Suurimmat kustannukset muodostuvat synnytyksissä tapahtuneissa vahingoissa, joissa lapsi vammautuu pysyvästi. Vakuutuksesta voidaan korvata koko elämänkaaren aikana erilai-

JATKUU SEURAVALLA AUKEAMALLA ►



Potilasvahinko on aina pysähtymisen paikka

Minna Plit-Turunen mukaan hoitavan tahon tulisi suhtautua aina vakavasti, kun se saa tiedon potilasvahinkoilmoituksesta tai myönteisestä korvauspäätöksestä. Teoriassa "toisin toimien" suurin osa vahingoista voitaisiin välttää.

– Potilasturvallisuuden parantamiseksi on tehtävä koko ajan töitä. Vahinko tulee nähdä oppimisen paikkana. Silloin on hyvä analysoida, onko hoidon organisoinnissa jokin pielessä tai onko kenties osaamisessa joitakin puutteita.

sia hoito-, kuntoutus- ja lääkekuluja sekä ansionmenetyksiä.

Plit-Turunen korostaa, että valtaosassa potilasvahingoista ei aiheudu pysyvää haittaa tai haitta on lievä.

– Korvausten määrästä ei voi suoraan päätellä sitä, miten paljon potilasvahinkoja tapahtuu. Kaikista potilasvahingon edellytykset täyttävistä tapauksista ei todennäköisesti tehdä vahinkoilmoitusta. Vuositasolla maksettavien korvausten määrä on säilynyt viime vuodet jokseenkin ennallaan, kuten myös korvattavien vahinkojen osuus ilmoitetuista vahingoista.

Vuonna 2025 korvausratkaisuja tehtiin määrällisesti paljon, minkä vuoksi myönteisiä ratkaisuja on aiempaa enemmän. Lisäksi korvausprosessissa tehtiin muutos, jossa priorisointiin myönteisten tapausten käsittelyä. Korvaukset tulevat näin maksuun aiempaa nopeammin.

VAIKKA VAHINKOILMOITUSTEN määrä viime vuonna kasvoi selvästi edelliseen vuoteen verrattuna, Plit-Turunen ei uskalla asiaa tutkimatta sanoa, että sillä olisi yhteyttä sote-uudistukseen. Mikä sitten Potilasvakuutuskeskuksen näkökulmasta muuttui, kun hyvinvointialueet aloittivat toimintansa?

– Hyvinvointialueiden aloittaessa toimintansa vakuutuksenottajaksi tuli sairaanhoitopiirin sijaan hyvinvointialue, ja alueissa tapahtui pieniä muutoksia. Potilasvakuutuksen näkökulmasta mikään muu ei olennaisesti tässä yhteydessä muuttunut, Plit-Turunen toteaa.

– Verkkosivuiltamme löytyvässä vuosiraportissa näkyy jokaisen hyvinvointialueen korvattavien potilasvahinkojen määrä. Me emme vertaile hyvinvointialueita potilasvahinkojen suhteen, koska se olisi miltei mahdotonta alueiden erilaisuuden vuoksi.

Potilasvakuutuksen piiriin kuuluvat lakisääteisesti kaikki julkisen ja yksityisen terveydenhuollon toimijat – siis myös kaikki hyvinvointialueet. Potilasvakuutusjärjestelmän kustannuksista vastaavat vakuutusyhtiöt.

Potilasvakuutuskeskus ei saa suoraan rahaa valtiolta tai kunnilta, mutta välillisesti verovaroja kulkeutuu järjestelmän rahoitukseen hyvinvointialueiden ottamien vakuutusten kautta. Lisäksi rahoitusta tulee yksityisen terveydenhuollon vakuutusten kautta.

– Potilasvakuutuskeskuksen palkkalistoilla on noin sata työntekijää. Pää-

töksenteon apuna meillä on säännöllisesti noin 50 asiantuntijalääkärilääketieteen eri aloilta. Lisäksi käytössämme on pari sataa asiantuntijalääkärinä, joiden kokemusta tarvitaan erityistapauksissa.

Jokainen vahinkotapaus vaatii asiantuntijalääkärin, joskus kahden tai useammankin, arvion.

Vakuutusjärjestelmä muuttui jonkin verran, kun potilasvakuutuslaki uudistui vuonna 2021. Ennen lakiuudistusta terveydenhuollon toimijat ottivat potilasvakuutuksia myös Potilasvakuutuskeskukselta, muutoksen jälkeen pelkäätiin vakuutusyhtiöiltä.

– Koska yhtiöt vastaavat hinnoittelusta, terveydenhuollon toimijat voivat kilpailuttaa vakuutuksia määrääjoin. Kaikkien vakuutusjärjestelmän jäsenyhtiöiden on tarjottava potilasvakuutuslain mukaista vakuutusta samansältöisenä.

Plit-Turunen lisää, että vakuutusyhtiöt eivät voi vaikuttaa Potilasvakuutuskeskuksen tekemiin korvauspäätöksiin.

VUONNA 2025 noin 24 prosenttia vahinkoilmoituksen tehneistä sai myönteisen korvauspäätöksen.

– Korvaushakemus voidaan hylätä sen vuoksi, että ilmoitetusta tapahtumasta ei aiheutunut potilaalle henkilövahinkoa. Esimerkiksi hoidon viive ei ole johtanut sairauden pahenemiseen tai raskaampiin hoitoihin. Päätös voi olla kielteinen myös siksi, ettei haitallinen seuraus olisi ollut vältettävissä toisin toimienkaan: vaikka potilas olisi saanut hoidon aikaisemmin, seurausta ei olisi voinut välttää.

Potilaan näkökulmasta korvauksen hakeminen on tänä päivänä yksinkertaista: siihen riittää verkkolomakkeen täyttäminen. Potilasvakuutuskeskus hankkii sen jälkeen tarvittavat lisätiedot potilasta hoitaneilta tahoilta.



On ymmärrettävää, että potilas haluaa puolueettoman tahon arvioimaan vahinkoa. Ja meidän roolimme on nimenomaan puolueeton.

– Meidän mielestämme olisi hyvä, että potilas keskustelisi hoitaneen tahon kanssa ennen korvauksen hakemista. Onko tapahtunut tietokatkos tai väärinymmärrys? On toki ymmärrettävää, että potilas haluaa puolueettoman tahon arvioimaan vahinkoa. Ja meidän roolimme on nimenomaan puolueeton, Plit-Turunen korostaa.

Hakuprosessin alkuvaiheessa potilasasiavastaavat voivat olla tukena potilaille, jotka ovat tyytymättömiä saamaansa hoitoon. Markkinoille on tullut potilasvahinkohakemuksiin juridista asiantuntija-apua tarjoavia tahoja – usein potilaan oikeusturvavakuutuksen vipuvoimalla.

Plit-Turunen harmittelee sitä, että jotkut potilaat käyttävät turhaan tuhansia euroja juridiseen apuun.

– Potilasvakuutuskeskus tekee päätöksen aina lakiin perustuen sekä oman arvionsa ja faktojen pohjalta. Meidän päätökseemme tyytymätön potilas voi hakea muutosta kielteiseen korvauspäätökseen tai pyytää ratkaisusuositusta liikenne- ja potilasvahinkolautakunnalta. Meidät voi myös haastaa oikeuteen. Sinne päätyy vuosittain korkeintaan kymmenen tapausta.

YLI 90 PROSENTTIA potilasvahingoista on niin sanottuja hoitovahinkoja. Niissä tilanteissa arvioidaan, olisiko terveydenhuollon ammattilaisen tullut toimia tilanteessa toisin. Olisiko haitallinen seuraus vältetty toisin toimien?

Tyypillinen potilasvahinko tapahtuu toimenpiteissä, joita tehdään runsaasti. Näitä ovat esimerkiksi tuki- ja liikuntaelinsairauksiin liittyvät leikkaukset. Lisäksi hammashoidossa hammasproteettiset hoidot sekä juurihoidot ovat tavallisimpia vahinkoilmoitusten aiheita.

Myös viivästynyt diagnoosin teko voi johtaa potilasvahinkoon. Jos esimerkiksi aivoinfarktin varhaisia oireita ei tunnisteta ajoissa, seurauksena voi olla pysyvä vammautuminen tai vakavammat seuraukset kuin ilman hoidon viivettä. Diagnoosin ja hoidon viiveet ovat viime vuosina olleet kasvussa.

Potilasvahingoissa näkyy myös se, että lääketieteellisten toimenpiteiden määrä lisääntyy iän karttuessa. 50–69-vuotiaille tapahtuneet vahingot kattavat lähes 40 prosenttia kaikista korvatuista potilasvahingoista. Infektiovahinkojen osuus potilasvahingoista on sitä suurempi, mitä vanhemmasta ikäryhmästä on kyse.

Suomi on lakisääteisen potilasvakuutuksen edelläkävijämaa

teksti: TIMO SILLANPÄÄ

VUONNA 1980 sosiaali- ja terveysministeriö asetti toimikunnan selvittämään, voitaisiinko Suomeen rakentaa potilasvakuutusjärjestelmä hoitovahinkojen ja -virheiden varalle. Mietintö johti potilasvahinkolautakunnan perustamiseen vuonna 1984 sekä potilasvahinkolain säätämiseen.

– Suomi on lakisääteisen potilasvakuutuksen edelläkävijä maailmassa, vaikka alkujaan mallia otettiin Ruotsin vakuutusyhtiöpohjaisesta järjestelmästä, kertoo johtaja **Minna Plit-Turunen** Potilasvakuutuskeskuksesta.

Toukokuussa 1987 voimaan tulleen potilasvahinkolain myötä syntyi myös Potilasvakuutuskeskus (aluksi Potilasvakuutusyhdistys). PVK huolehtii keskitetysti terveydenhuollon yhteydessä aiheutuneiden henkilövahinkojen korvaamisesta Suomessa.

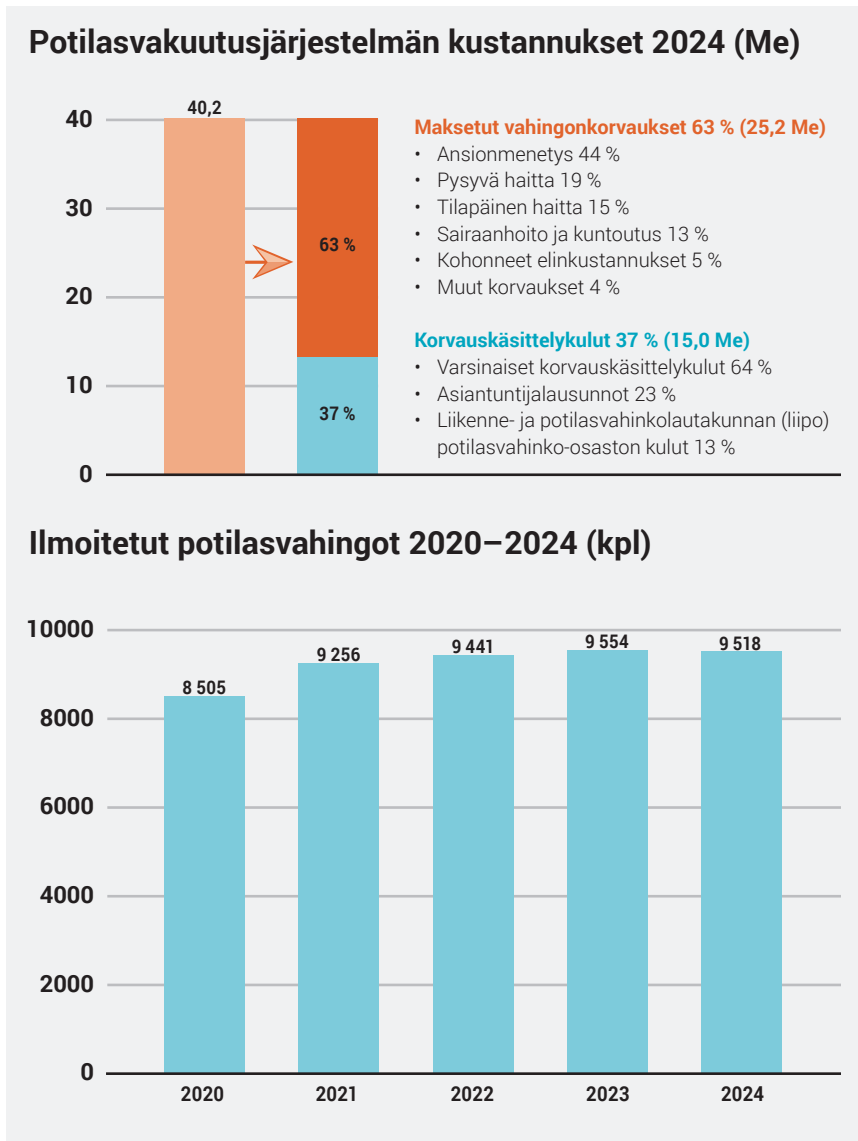
– Uudistuksella on ollut useita etuja. Potilaiden tilanne on helpottunut, kun korvauksia ei enää ole tarvinnut hakea esimerkiksi oikeusteilse, vaan keskitetysti Potilasvakuutuskeskuksesta.

– Terveydenhuollon ammattilaisilta potilasvakuutusjärjestelmä puolestaan poisti suurimmalta osin riskin henkilökohtaisesta korvausvastuusta työssä aiheutettujen vahinkojen varalta. Kun korvaukset maksetaan erillisestä potilasvakuutusjärjestelmästä, riski joutua vastaajaksi vahingonkorvausoikeudenkäyntiin väheni merkittävästi, Plit-Turunen kertoo.

Kaikissa Pohjoismaissa on samankaltainen potilasvakuutusjärjestelmä. Viime vuosina vastaavia järjestelmiä on rakennettu muun muassa Viroon ja Liettuaan.

– Malli kiinnostaa myös muualla Euroopassa. Olin joitakin vuosia sitten esittelemässä järjestelmäämme Sloveniassa, Plit-Turunen sanoo.

POTILASVAKUUTUSKESKUKSEN TEHTÄVÄ on maksaa lain mukaiset korvaukset aiheutuneista potilasvahingoista riippumatta sii-



LÄHDE: POTILASVAKUUTUSKESKUS, VUOSIRAPORTTI 2024. GRAFIikka: TIMO SILLANPÄÄ

tä, mistä vakuutusyhtiöstä potilasvakuutus on otettu.

– Potilasvakuutus on lakisääteinen vakuutus, joka on oltava kaikilla terveyden- ja sairaanhoitotoimintaa harjoittavalla. Vakuutus otetaan potilasvakuutuksia myöntävästä vakuutusyhtiöstä. Se korvaa potilasvakuutuslaissa säädetyin edellytyksin terveyden- ja sairaanhoidon yhteydessä aiheutuneita henkilövahinkoja, mikäli jokin laissa säädetyistä korvausperusteista täyttyy.

Potilasvahinkolaki uudistui vuonna 2021. Plit-Turunen arvioi, että lain sisältöön tulee lähitulevaisuudessa pieniä muutoksia.

– Tekniikan kehittyminen voi merkitä esimerkiksi sitä, että potilas ja leikkausroboti ovat hoitohetkellä Suomessa, mutta leikkaava kirurgi Suomen rajojen ulkopuolella. Kun etälääketiede yleistyy, on lakiin saatavat selkeät määritelmät siitä, milloin hoito on annettu Suomessa.

Mikä on potilasvahinko?

- Potilasvahinko tarkoittaa henkilövahinkoa, joka on sattunut Suomessa annetun terveyden- tai sairaanhoidon yhteydessä ja joka täyttää potilasvakuutuslaissa säädetyt korvattavuuden edellytykset.
- Yleisimmin korvauksia maksetaan tilanteessa, jossa vahinko olisi voitu välttää, jos kokenut ammattilainen olisi toiminut toisin.
- Potilasvakuutuskeskus (PVK) käsittelee kaikki terveyden- ja sairaanhoitoa koskevat potilasvahinkoilmoitukset Suomessa.

Hyvinvointialueiden lautakunnat suurennuslasin alla:

Ajatuksia aluedemokratian organisoitumisen malleista

Santeri Lajusen artikkelissa on esitelty tiiviisti hyvinvointialueiden toimielinjärjestelmien taustaa ja hyvinvointialueiden erilaisia ratkaisuja erityisesti lautakuntaorganisaatioissa.

teksti: SANTERI LAJUNEN • kuvat: PIXABAY, FCG / STUDIO TORKKELI

Hyvinvointialueuudistus toi mukanaan suuria muutoksia Suomen julkisen hallinnon rakenteisiin ja julkisten palveluiden johtamiseen. Kaiken myllerryksen keskellä hyvinvointialueet uudistivat myös suomalaisen edustuksellisen demokratian rakenteita luomalla Suomeen uuden demokratian tason – aluedemokratian.

Uusi demokratian taso on perustamisensa hetkellä ja ensimmäisen valtuustokauden aikana saanut kuitenkin osakseen yllättävän vähän huomiota. Julkisen keskustelun sekä hyvinvointialueiden arjen työn ja johtamisen fokus on ollut ensin toiminnan käynnistämisessä ja sittemmin isojen taloudellisten haasteiden ratkaisemisessa.

Olen itse saanut seurata aitiopaikalta aluedemokratian käynnistymistä ja kehittämistä niin tutkijana kuin konsulttina. Väitöskirjatutkimuksessani olen tutkinut hyvinvointialueiden toimielinjärjestelmiä ja lautakuntarakenteita vertailemalla hyvinvointialueiden hallintosääntöjä. Konsultin roolissa olen saanut olla mukana tukemassa hyvinvointialueiden toimielinjärjestelmien rakentamista ja lautakunta- ja valiokuntajärjestelmien käynnistymistä.

Jo ensimmäisellä valtuustokaudella useampi hyvinvointialue arvioi toimielinjärjestelmien mahdollisia muutostarpeita, ja onnekseni pääsin mukaan myös näihin pohdintoihin.

Hyvinvointialueiden toimielinmallien tausta

Lainsäädäntö asettaa tietyt reunaehdot sille, miten hyvinvointialueiden tu-

lee toimielinjärjestelmänsä organisoida. Laki hyvinvointialueesta muistuttaa tältä osin pitkälti kuntalakia ja hyvinvointialueiden poliittisten toimielinten rakenteen perusidea noudattelee kunnista tuttua mallia, jossa vaaleilla valittu aluevaltuusto käyttää ylintä päätösvaltaa ja sen alaisuudessa aluehallitus vastaa aluevaltuuston päätösten valmistelusta ja toimeenpanosta.

Kuten kuntia koskevassa lainsäädännössä, myös hyvinvointialueita ohjaavassa lainsäädännössä on määrätty muutamasta muusta pakollisesta toimielimestä (tarkastuslautakunta, aluevaalilautakunta ja joillakin alueilla kieli-lautakunnat). Muutoin hyvinvointialueet voivat kuntien tapaan perustaa harkintansa mukaisesti muita toimielimiä, kuten lautakuntia, johtokuntia tai jaostoja sekä toimikuntia.

Vaikka hyvinvointialueiden toimielinjärjestelmiä ohjaava lainsäädäntö on tullut pitkälti perintönä kunnista, on tärkeää huomioida, että hyvinvointialueet eroavat kunnista monella tavoin. Jo hyvinvointialueiden tehtävät ja niiden vastuulla olevat julkiset palvelut eroavat kuntien tehtäväkentästä.

Hyvinvointialueiden tehtäväkokonaisuudet – sosiaali-, terveys- ja pelastuspalvelut – ovat toiminnallisesti lähellä toisiaan, mikä korostaa integraation tarvetta ja merkitystä hyvinvointialueilla huomattavasti enemmän kuin kunnissa (jossa toimialojen siiloutuminen on toki myös haaste).

Toinen selkeä ero kuntiin on hyvinvointialueiden erilainen itsehallinnon asema sekä ajoittain hyvinkin tarkka

palveluiden ja toiminnan säätely. Siksi hyvinvointialueiden päätöksenteon liikkumavara on ajoittain pienempää kuntiin verrattuna. Nämä eroavaisuudet ovat osaltaan vaikuttaneet hyvinvointialueiden ratkaisuihin toimielinten organisoinnissa ja kehittämisessä.

Hyvinvointialueiden toimielinjärjestelmien organisoinnin taustalla vaikuttavat myös kunnissa pitkään vallinneet kehityssuunnat. Erityisesti kuntien lautakunnat ovat olleet myllerryksessä. Lautakuntien määrät ovat kunnissa romahtaneet viime vuosikymmeninä ja suuressa osassa kuntia lautakuntaorganisaatiot ovat tiivistyneet hyvin kompakteiksi.

Lisäksi perinteisen lautakuntamallin rinnalle on lainsäädäntöönkin tuo-

tu valiokuntamalli, jossa kunnanhallitukseen ja lautakuntiin valitaan vain valtuutettuja ja varavaltuutettuja sekä puheenjohtajamalli, jossa kunnanhallituksen jäseniä valitaan lautakuntien (tai valiokuntien) puheenjohtajiksi.

Vaikka kyseisiä malleja ei löydy hyvinvointialuelaista, ovat kunnissa 2000-luvulla innovoidut mallit vaikuttaneet selvästi hyvinvointialueiden toimielinjärjestelmiin.

Toimielinmallit kiteytettynä

Hyvinvointialueiden erilaiset toimielinratkaisut ilmenevät erityisesti lautakunnissa, joiden roolin, tehtävien ja kokoonpanon osalta hyvinvointialueet ovat tehneet selkeästi erilaisia ratkai-

suja. Suuressa osassa hyvinvointialueita lautakunnat on perustettu pääosin poikkihallinnollisiksi toimielimiksi, joilla on tiettyyn teemaan (esimerkiksi hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen, kehittäminen ja tulevaisuus, osallisuus ja yhteistyö tai eri asiakassegmentit) liittyviä tehtäviä.

Nämä lautakunnat ovat lähes poikkeuksetta puhtaasti valmistelevia eli päätöksentekoa tukevia toimielimiä, joilla on itsenäistä päätösvaltaa vähän tai ei lainkaan. Päätösten tekemisen sijaan nämä lautakunnat tukevat viranhaltijavalmistelua ja päätösvaltaisia toimielimiä, eli aluehallitusta ja -valtuustoa, seuraamalla ja arvioimalla hyvinvointialueen toimintaa ja antamalla tehtäväalueeseensa liittyviä lausuntoja

tai kehittämisideoita.

Joillakin alueilla on hallintosäännössä määrätty kuntien valiokuntamallin mukaisesti, että lautakuntiin voidaan valita osittain tai kokonaan vain valtuutettuja tai varavaltuutettuja.

Toinen tapa lautakuntien organisoimiselle on kunnista tuttu perinteinen malli, jossa lautakuntia on perustettu toimialakohtaisesti ja hyvinvointialueen henkilöstöorganisaation eri toimialoille löytyy vastinparinsa lautakuntaorganisaatiosta.

Joillakin hyvinvointialueilla lautakuntien on hallintosäännössä määritelty olevan vastuussa omasta toimialastaan ja lautakunnille on delegoitu

JATKUU SEURAAVALLA AUKAEMALLA ▶

päätösvaltaa toimialansa talouteen ja toimintaan liittyvissä asioissa. Tällaisia lautakuntia löytyy pelastustoimen osalta lähes kaikilta hyvinvointialueilta, mutta vain kourallinen hyvinvointialueita on perustanut myös sosiaali- ja terveyspalveluille omia toimialalautakuntiaan.

Hyvinvointialueilta löytyy myös hybridimalleja, joissa on toimialajaon mukaisia lautakuntia, mutta niille ei ole delegoitu merkittävää päätösvaltaa, vaan ne toimivat temaattisten lautakuntien tavoin päätöksentekoa ja sen valmistelua tukevana toimieliminä.

Selkeimmin perinteisen toimialakohdainten ja toimivaltaisten lautakuntien mallin ovat ottaneet käyttöönsä Varsinais-Suomen ja Pohjois-Savon hyvinvointialueet. Muut hyvinvointialueet ovat lähteneet liikkeelle selkeästi perinteisestä mallista poikkeavalla organisaatiolla, vaikkakin tarkemmissa yksityiskohdissa on isoja eroavaisuuksia hyvinvointialueiden välillä.

Mallien vahvuuksista ja heikkouksista

Toimielinten organisointitavalla on käytännön vaikutusta siihen, miten päätöksenteko hyvinvointialueella toimii. Koska toimielinten organisoinnissa on johtamisen lisäksi kyse politiikasta ja arvovalinnoista, ei varmasti-kaan ole yksiselitteistä vastausta siihen, kumpi malli on parempi. Konsultointityön kautta olen huomannut, että molemmissa malleissa – niin perinteisessä kuin uudessa – on sekä hyviä että huonoja puolia.

Perinteinen toimialakohtaisiin ja toimivaltaisiin lautakuntiin perustuva lautakuntien organisointitapa on monille kunnista tuttu ja siksi sen toimintalogiikka on suurelle osalle luottamus-henkilöitä ainakin lähtökohtaisesti tunnettu. Mallissa päätöksenteko hajautuu useammalle toimielimelle ja suuremmalle joukolle luottamushenkilöitä, mikä usein nähdään päätöksenteon demokraattisuutta lisäävänä elementtinä.

Päätöksenteon hajautuminen aiheuttaa kuitenkin myös ongelmia ja kunnistakin tutut huolet päätöksenteon ja johtamisen pirstaloitumisesta, siiloutumisesta ja osaoptimoinnista ovat selkeitä riskejä perinteisessä lautakuntamallissa.

Poikkihallinnollisten ja valmistele-
vien lautakuntien mallissa valta on toimi-



Virallisten rakenteiden ohella yhtä tärkeitä ovat hyvät ja yhteisesti sovitut toimintamallit ja toimivat päätöksenteon prosessit.

elinjärjestelmässä keskitetypää, min-
kä usein nähdään mahdollistavan tehokkaamman ja parempaan kokonaiskuvaan perustuvan päätöksenteon. Keskitetympi päätöksenteko tuo kuitenkin mukanaan myös haasteita niin demokratian kuin käytännön toimivuuden kannalta.

Demokraattisuuden näkökulmasta kriittiseksi kysymykseksi nousee se, miten hyvin poikkihallinnolliset ja valmistele-
vat lautakunnat tai valiokunnat pystyvät aidosti vaikuttamaan päätöksentekoon. Usein huolena on se, että ilman selkeää päätösvaltaa toimielimet jäävät kahvittelukerhoiksi, joilla ei todellisuudessa ole vaikutusmahdollisuuksia.

Keskitetympi malli myös korostaa aluehallituksen roolia ja on ajoittain johtanut aluehallitusten merkittävään kuormittuneisuuteen. Joillakin alueilla on pohdittu, kykeneekö aluehallitus ilman toimialalautakuntia muodostamaan riittävän vahvan sillan kaikkiin hyvinvointialueen toimialoihin.

Ajatuksia tulevasta

Rakenteellisista eroavaisuuksista huolimatta hyvinvointialueita yhdistää se, että ne ovat aidosti olleet uuden äärelä aluedemokratian malleja rakentaessaan. Hyvinvointialueilla ovat kohdanneet monet erilaiset taustat, kun luottamus-
henkilöt ja viranhaltijat ovat tulleet erilaisista organisaatioista, kuten kunnista, sairaanhoitopiireistä tai valtionhallinnosta. Siksi yhteistä näkemystä toimielinten organisoinnista ei ole automaattisesti ollut, vaan toimivinta ratkaisua on lähdetty etsimään avoimin mielin.

Ensimmäisellä valtuustokaudellaan hyvinvointialueet ovat koeajaneet erilaisia järjestelmiä ja jo ennen toisia

aluevaaleja osa hyvinvointialueista on hionut omia toimielinrakenteitaan. Kehityssuunta ei kuitenkaan näytä vielä selvältä, sillä liikehdintää on ollut kumpaankin suuntaan. Osa hyvinvointialueista otti käyttöönsä toimialakohtaiset lautakunnat, ja toiset kehittivät lautakuntien poikkihallinnollisuutta ja valmistele-
vää roolia. Aika näyttää, mitkä ratkaisut ja mallit ovat tulleet jäädäkseen.

Oma kokemukseni on, että virallisten rakenteiden ohella yhtä tärkeitä ovat hyvät ja yhteisesti sovitut toimintamallit ja toimivat päätöksenteon prosessit. Kummankin toimielinmallin heikkouksia voidaan kitkeä, kun esimerkiksi valmistele-
vien lautakuntien tai valiokuntien vaikuttamisen tavat ja paikat ovat ennalta suunniteltuja ja yhteisesti sovittuja.

Myös toimialalautakuntien malli vaatii osakseen poikkihallinnollisuutta ja yhteistä tilannekuvaa tukevia toimintatapoja ja -muotoja, jotta päätöksenteko pysyy jouhevana rakenteellisesta hajautuneisuudesta huolimatta.

Poliittisen päätöksenteon prosessit ja luottamus-
henkilöiden ja viranhaltijoiden välisen yhteistyön toimintatavat eivät kuitenkaan synny hetkessä. Nyt, toisella valtuustokaudella, hyvinvointialueilla on hyvä tilaisuus arvioida omien rakenteiden toimivuutta ja kehittää päätöksenteon prosesseja ja toimintatapoja.



Kirjoittaja

Santeri Lajunen

Konsultti, FCG Finnish Consulting Group Oy
Tampereen yliopiston jatko-opiskelija

ESPANJAN TERVEYDENHUOLLON UUDISTUKSET



La Pazin yliopistollinen sairaala sijaitsee Fuencarral-El Pardon kaupunginosassa Madridissa.

Hajautetun järjestelmän opit, vahvuudet ja rakenteelliset jännitteet

Espanja on yksi Euroopan kiinnostavimmista terveydenhuollon vertailumaista. Se yhdistää kolme usein ristiriitaisena pidettyä ominaisuutta: verorahoitteisen universaalin kattavuuden, pitkälle hajautetun hallintomallin sekä korkean väestötason terveysvaikuttavuuden suhteellisen maltillisilla kustannuksilla.

teksti: JAAKKO HERRALA • kuvat: SHUTTERSTOCK, PIXABAY

Espanjan väkiluku nousi 48,6 miljoonaa vuonna 2024. Keskimääräinen elinajanodote syntymähetkellä oli 84,0 vuotta vuonna 2024, mikä on selvästi EU:n keskiarvoa korkeampi (81,7 vuotta). Nykyiset terveydenhuoltomenot henkeä kohti ovat jatkaneet nousuaan viime vuosina, mutta suhteessa bruttokansantuotteeseen terveydenhuoltomenot ovat pysyneet vakaina ja olivat 9,3 prosenttia vuonna 2019.

COVID-19-pandemian seurauksena terveydenhuoltomenojen dramaattinen kasvu nosti menot kuitenkin 11 prosenttiin suhteessa BKT:seen vuonna 2020 ja laski tasolle 9,5 prosenttia BKT:sta vuonna 2024.

Julkisen terveydenhuollon rahoitus katetaan pääosin valtion verotuloista, ja itsehallintoalueet hallinnoivat valtaosaa terveydenhuollon resursseista (92,2 prosenttia julkisista terveydenhuoltomenoista vuonna 2020).

Espanjan terveydenhuoltojärjestelmä (Sistema Nacional de Salud, SNS) tuottaa EU:n kärkitasoa olevia tuloksia, vaikka terveydenhuollon kokonaismenot suhteessa BKT:seen ovat EU-keskiarvon tuntumassa. Tämä tekee Espanjasta erityisen mielenkiintoisen maille, jotka etsivät kustannustehokkaita mutta laadukkaita ratkaisuja terveydenhuollon uudistamiseen.

Rakenne ja uudistusten kehys

Espanjan terveydenhuollon keskeinen institutionaalinen ratkaisu on ollut toimivallan siirtäminen itsehallintoalueille (Comunidades Autónomas). Kaikki 17 aluetta vastaavat terveyspalvelujen järjestämisestä, sairaalaverkosta, henki-

löstöstä, investoinneista sekä operatiivisesta rahoituksesta.

Valtio puolestaan määrittää peruspalvelukokonaisuuden (cartera común), kansalliset laatu- ja turvallisuusperiaatteet, lainsäädännön kehyksen sekä alueiden välisen koordinaation interterritoriaalisen terveysneuvoston kautta.

Tämä malli ei ole sattumaa, vaan tietoinen poliittinen valinta, joka juontaa juurensa Espanjan perustuslailliseen aluehallintoon. Terveidenhuolto on pidetty nimenomaan sellaisena julkisena palveluna, jossa alueellinen läheisyys ja kontekstuaalinen joustavuus ovat keskeisiä.

Keskeisenä oppina voidaan todeta, että hajauttaminen ei ole ollut itsessään ongelma, mutta se on vaatinut vahvan yhteisen viitekehyksen ja jatkuvan poliittisen koordinaation.

Miten uudistukset on toteutettu?

Espanjan uudistukset eivät ole olleet yksittäisiä suuria ”reformejä”, vaan jatkuva, vaihteellinen muutosprosessi, jossa painopisteet ovat vaihdelleet. Ensin 2000-luvulla toteutettiin palveluiden universaalin kattavuuden laajentamisen ja sairaalaverkon modernisointi.

Taluskriisin aikana 2010-luvun alussa tarvittiin kustannusten tarkkaa ohjausta ja menokuria. Sen jälkeen, 2018 alkaen, palautettiin oikeuksia palveluihin, perusterveydenhuoltoa lähdettiin vahvistamaan ja lisättiin sosiaalista oikeudenmukaisuutta.

COVID-19-sairausaalto kehitti järjestelmän resilienssiä ja henkilöstövoimavaroja sekä panostusta palveluiden digitaalisuuteen ja mielenterveysasioihin.

Tämä inkrementaalinen (askel askeleelta etenevä) lähestymistapa on mahdollistanut järjestelmän sopeutumisen ilman suuria hallinnollisia katkoksia.

Vuoden 2019 uusi strategia (Primary and Community Care Strategy) merkitsi selkeää poliittista signaalia: järjestelmän kestävyyttä ei ratkaista sairaaloissa, vaan perustasolla. Tärkeä valinta oli perusterveydenhuollon strateginen uudelleenpainotus. Strategia painotti moniammatillisia tiimejä, pitkäaikaissairauksien hallintaa, väestövastuuta sekä sosiaali- ja terveyspalvelujen rajapintaa.

Tämä ei ole jäänyt pelkäksi strategiksi, vaan useat alueet ovat uudistaneet terveyskeskusrakenteitaan, laajentaneet hoitajavetoisia palveluja ja siirtäneet painopistettä pois sairaalakeskisydestä.

Keskeiset menestystekijät

Espanjan ehkä merkittävin yksittäinen menestystekijä on ollut vahva portinvartijamalli. Potilas ei pääsääntöisesti pääse erikoissairaanhoidon ilman perhelääkärin arviota. Perhelääkäri vastaa hoidon jatkuvuudesta ja sairaalat keskittyvät aidosti erikoistuneeseen hoitoon. Tämä näkyy alhaisempana vältettävissä olevien sairaalahoitojen määränä, parempana kroonisten sairauksien hallintana ja maltillisempana kustannuskehityksenä.

Espanjan järjestelmä perustuu asu-misperusteiseen oikeuteen hoitoon. Tämä on ollut keskeinen tekijä järjestelmän yhteiskunnallisessa hyväksyt-

vyydessä. Taloudelliset suojamekanismit, erityisesti lääkkeiden osalta, ovat vähentäneet hoidon lykkäämistä taloudellisista syistä.

Espanja on onnistunut poikkeuksellisen hyvin alueiden välisessä digitaalisessa yhteentoimivuudessa. Sähköinen resepti toimii alueiden yli, potilastiedot ovat käytettävissä kansallisella tasolla ja kansalliset kriisitilanteet, kuten pandemia, pystyttiin hallitsemaan nopeasti tiedon avulla. Tämä on merkittävä saavutus hajautetussa järjestelmässä ja tarjoaa tärkeän esimerkin muille maille.

Järjestelmän keskeiset haasteet

Suurin rakenteellinen haaste on perhelääkärien ja hoitajien riittävyys. Väestön ikääntyminen, eläkepoistuma ja työn kuormittavuus uhkaavat järjestelmän perustaa. Ilman henkilöstöratkaisuja perusterveydenhuollon vahvistaminen jää retoriikaksi.

Hajautettu malli tuottaa väistämättä eroja hoitoonpääsyajoissa, investoinneissa ja palveluvalikoimassa. Vaikka kansallinen ohjaus pyrkii tasaamaan



Espanjan ehkä merkittävin yksittäinen menestystekijä on ollut vahva portinvartijamalli. Potilas ei pääsääntöisesti pääse erikoissairaanhoidon ilman perhelääkärin arviota.

näitä, poliittinen todellisuus on se, että alueiden väliset erot muodostavat pysyvän jännitteen.

Monilla alueilla sairaalaverkko on edelleen historiallisesti rakentunut, epätarkoituksenmukainen, osin päällekkäinen ja kallis ylläpitää. Koska sairaalat ovat aluepoliittisesti herkkiä, niiden rakenteellinen uudistaminen ete-

nee hitaammin kuin perusterveydenhuollon kehittäminen.

Missä Espanja erottuu positiivisesti muihin verrattuna?

Espanjan perusterveydenhuoltoa pidetään jopa länsimaista parhaiten toimivana. Järjestelmä on rahoitettu yksikanavaisesti verovaroin ja sitä hallinnoivat itsehallintoalueet. Käynnit ovat maksuttomia ja omalääkärimalli on käytössä. Perhelääkärit hoitavat myös pääosin päivystystoiminnan virka-ajal-

aan. Espanja erottuu edukseen erityisesti Euroopan korkeimpina elinajanodotteina, hyvänä maana terveysvaikuttavuudessa suhteessa kustannuksiin, vahvana perusterveydenhuollon toimijana myös suurissa kaupungeissa ja toimivana digitaalisuuden kehittäjänä hajaute-

tussa mallissa. Monessa mielessä Espanja osoittaa sen, että tehokkuus ei edellytä markkinaistamista, vaan selkeästi ohjattu julkinen järjestelmä voi tuottaa hyviä tuloksia. Espanjan opit muille EU-maille on kuvattu edellisen sivun taulukossa.

Johtopäätökset

Espanjan kokemus osoittaa, että terveydenhuollon uudistaminen ei vaadi yhtä suurta rakennemuutosta, vaan pitkäjänteistä ja systemaattista kehittämistä, jossa perusterveydenhuolto asetetaan etusijalle, sairaalat nähdään osana kokonaisuutta, ei järjestelmän keskukse-

na, hajautus ja yhdenvertaisuus tasapainotetaan, digitaalisuus toimii integraation välineenä. Keskeinen viesti on selvä: sairaalaverkon tulevaisuus ratkaistaan pitkälti sairaalan ulkopuolella. Espanja osoittaa, että vahva perustaso on paras sairaala-uudistusstrategia.

Lähde: Spain Health system review. European Observatory on Health Systems and Policies. Vol. 26, No. 3, 2024.

Kirjoittaja

Jaakko Herrala
LT, eMBA,
emeritus Pirkanmaan sote-muutosjohtaja

Espanjan terveydenhuoltouudistusten ydinkohdat

Teema	Espanjan ratkaisu	Opit muille
Hallinto	Hajautus + kansallinen koordinaatio	Yhteiset minimi välttämättömiä
Rahoitus	Verorahoitteinen universaalimalli	Legitimiteetti tukee uudistuksia
Perustaso	Portinvartijamalli	Hillitsee sairaalakuormaa
Digitaalisuus	Alueiden välinen yhteentoimivuus	Rakenteellinen, ei tekninen kysymys
Sairaalat	Alueellinen vastuu	Uudistukset poliittisesti herkkiä





Kirjoittajat

Heidi Halonen ↑
Hankepäällikkö

Henna Niemi (ei kuvaa)
Viestintäasiantuntija

Irene Huupponen ↑
Projektipäällikkö

Marja Kavilo ↑
Palveluysikköjohtaja,
kotiin annettavat palvelut

KUVAT: RIIKKA MYÖHÄNEN / POHJOIS-SAVON HYVINVOINTIALUE

Pohjois-Savon hyvinvointialue on menestynyt teknologisten ratkaisuiden käyttöönotossa

Teknologia tukee ikääntyneen arkea

Hyvinvointialueiden käynnistyminen vuoden 2023 alussa pakotti tarkastelemaan sosiaali- ja terveyspalveluiden järjestämistä uudesta näkökulmasta.

Palvelutarpeen kasvu, henkilöstöpula ja tiukat taloudelliset reunaehdot edellyttivät ratkaisuja, joissa yhdistyvät palveluiden vaikuttavuus, kustannustehokkuus sekä asiakaslähtöisyys.

Pohjois-Savon hyvinvointialueen ikääntyneiden palveluissa huomattiin nopeasti, että palvelujärjestelmä oli sekä kallis että asiakkaiden näkökulmasta epätasa-arvoinen.

Hyvinvointialueen tuottavuus- ja taloudellisuusohjelman tavoitteena oli turvata palvelukyky, investointikyky sekä henkilöstön riittävyys unohtamatta samalla kustannusten kasvun hillitsemistä. Valtiovarainministeriöltä saatu rahoitus toiminnan vakiinnuttamiseen ja kehittämiseen suunnattiin ikääntyneiden palveluissa tuottavuus- ja taloudellisuusohjelman toimeenpanoon.

Ikääntyneiden palveluissa kehittämistyön painopisteeksi valittiin yhtenäistäminen ja vaikuttavuusperusteen uudistaminen. Teknologiset palvelut tunnistettiin yhdeksi merkittäväksi keinoksi, jolla toimintaa voidaan tehostaa suhteellisen nopeasti ilman, että palveluiden laatu heikkenee. Lisäksi tunnistettiin, että teknologisilla palveluilla on mahdollista parantaa palveluiden saatavuutta sekä kohdentaa henkilöstöresursseja sinne, missä hoitajan

fyysinen läsnäolo on aidosti välttämätöntä.

– Olemme kahden vuoden aikana laittaneet paukkuja ikääntyneiden kotihoidon kehittämiseen lääkeautomaattien lisäämisen, etähoivan ja yhtenäisen turvapalvelukokonaisuuden avulla. Tulokset osoittavat, että teknologian avulla voidaan samanaikaisesti hillitä kustannuksia ja parantaa palveluiden saatavuutta, toteaa kotiin annettavien palveluiden palveluysikköjohtaja **Marja Kavilo**.

Yhtenäiset toimintatavat otettiin käyttöön projektien voimin

Ikääntyneiden palveluissa lääkeautomaattien, etähoivan ja turvapalveluiden kehittämistä sekä käyttöönottoa vietin eteenpäin projektijohtoisesti. Uusia yhtenäisiä toimintatapoja kehitettiin ja otettiin käyttöön hyvinvointialuetasoi-

sesti. Samalla huolehdittiin, että henkilöstö sai tukea muutokseen vertaismenutorinnin, yhteisten asiakastarkastelujen ja selkeiden ohjeiden avulla.

– Keskeinen onnistumisen edellytys oli toimintatapojen yhdenmukaistaminen. Kun jokaisessa yksikössä toimitaan samoilla periaatteilla, voidaan teknologisia palveluita tuottaa kustannustehokkaasti ja hallitusti, kertoo projekteista vastannut projektipäällikkö **Irene Huupponen**.

Uusien toimintatapojen vakiinnuttamiseksi perustettiin teknologiatiimi, jonka vastuulla on teknologisten palveluiden hallinta sekä jatkuva asiantuntijatuki henkilöstölle projektin jälkeen.

Lääkeautomaatit vapauttavat aikaa kotihoidon asiakastyöhön

Yksi merkittävimmistä kotihoidon tuottavuutta parantaneista ratkaisuista on ollut lääkeautomaattien laajamittainen käyttöönotto. Lääkeautomaatit huolehtivat lääkkeiden oikea-aikaisesta annostelusta, mikä vähentää hoitajien tarvetta käydä asiakkaan luona pelkästään lääkehoidon vuoksi. Erityisesti aamun ruuhkatunnit ovat kotihoidossa kuormittavia, ja juuri näihin ajankohtiin lääkeautomaatit ovat tuoneet merkittävän helpotuksen.

Lääkeautomaattia käyttää tällä hetkellä jo 27 prosenttia säännöllisen kotihoidon asiakkaista. Alkuperäinen tavoite, 20 prosenttia, saavutettiin etuajassa ennen vuoden 2025 päättymistä.

Lääkeautomaattien käyttöönotto on mahdollistanut sen, että kotihoidon asiakkaille myönnettyjen palvelutuntien määrää on saatu vähennettyä jopa 21 prosenttia. Tämä kehitys poikkeaa valtakunnallisesta keskiarvosta, sillä vertailutiedon mukaan lääkeautomaattien käyttöönotto on laskenut palvelutunteja muilla alueilla keskimäärin muutamalla prosentilla.

Palvelutuntien määrän vähentyminen on mahdollistanut uusien asiakkaiden ottamisen kotihoidon piiriin sekä henkilöstöresurssien kohdentamisen paljon palvelua tarvitseville kotihoidon asiakkaille.

Etähoiva hillitsee kustannusten kasvua

Lääkeautomaatit eivät ole ainoa teknologinen ratkaisu, jolla kotihoitoa on uudistettu. Etähoivan laajentaminen on ollut toinen keskeinen kehityskohde. Etähoivassa hoitaja ja kotihoidon asi-

akas kohtaavat videoyhteyden välityksellä. Etähoivan käynneillä voidaan esimerkiksi seurata asiakkaan vointia, varmistaa asiakkaan lääkkeenotto ja ravitsemus ja ohjata kuntoutusharjoitteita. Palvelu soveltuu erityisen hyvin asiakkaalle, jolla on paljon kotihoidon käynnejä, jolloin osa käynneistä voidaan korvata etähoivalla. Osa asiakkaista voi pärjätä myös pelkän etähoivan turvin.

Kotihoidossa toteutetaan noin 700 etähoivan käyntiä vuorokaudessa, mikä tarkoittaa yli 20 000 etäkohtaamista kuukaudessa. Tavoitteena on, että säännöllisen kotihoidon käynneistä 10 prosenttia toteutuu etäyhteydellä. Tällä hetkellä etähoivan käyntien osuus on jo 9 prosenttia.

Etähoivan avulla on onnistuttu hillitsemään kotihoidon kustannusten kasvua Pohjois-Savossa poikkeuksellisen hyvin. Kuuden kuukauden tarkastelujaksolla kotihoidon kokonaiskustannusten nousu on ollut maltillisinta vertailualueisiin nähden.

Kotihoidon kustannukset asiakasta kohden ovat olleet pienimmät kaikista vertailussa mukana olleista alueista, noin 1 200 euroa kuukaudessa. Ero kalteimpaan alueeseen on jopa 1 100 euroa asiakasta kohden kuukaudessa.

Turvapalvelukeskukseen 5 000 asiakkaan hälytykset

Kotihoidon ohella myös ikääntyneen asiakkaan turvapalvelut on uudistettu hyvinvointialuetasoiseksi kokonaisuudeksi. Aiemmin turvahälytykset ohjautuivat useissa kunnissa yksityisille toimijoille erilaisten kuntakohtaisten sopimusten perusteella. Nyt turvapalvelut on keskitetty omaan turvapalvelukeskukseen, jonne ohjautuu vajaan 5 000 asiakkaan turvahälytykset.

Turvahälytyksiä vastaanottaa hyvinvointialueen oma turvapalvelukeskus, jossa työskentelevällä henkilöstöllä on käytössään hyvinvointialueen asiakas- ja potilastietojärjestelmät sekä kotihoidon toiminnanohjausjärjestelmä.

– Tämä mahdollistaa systemaattisen avuntarpeen arvioinnin ja vähentää tarpeettomia turva-auttajakäynnejä. Elokuussa 2025 vain noin 23 prosenttia turvahälytyksistä johti fyysiseen hoitajan käyntiin asiakkaan luona, kertoo Irene Huupponen.

Myös turvalaitteiden asennustoiminta on siirretty hyvinvointialueen omaksi toiminnaksi. Asennuksista vastaavat hyvinvointitekniikka-asentajat, ja hoi-

tajien työaikaa on vapautunut varsinaiseen asiakastyöhön. Yhtenäinen laitehallinta parantaa kustannusten hallintaa ja palvelun laatua koko alueella.

Tietoon perustuva johtaminen on ollut muutoksen tukena

Laajan kehittämistyön taustalla on ollut vahva luottamus tietoon ja vertaiskehittämiseen. Kotihoidon yksiköt ovat mukana valtakunnallisessa vertaiskehittämisessä, jonka ansiosta käytössä on ajantasaista ja vertailukelpoista tietoa toiminnan tehokkuudesta, kustannuksista ja laadusta.

– Tämä on mahdollistanut aidosti tietoon perustuvan johtamisen ja auttanut suuntaamaan toimenpiteitä sinne, missä niillä on suurin vaikutus, kertoo Kavilo.

Teknologian avulla on pystytty varmistamaan, että niukkenevat resurssit kohdistuvat asiakastyöhön ja niihin asiakkaisiin, jotka tarvitsevat fyysistä läsnäoloa. Samalla työn hallittavuus on parantunut, aamun ja illan ruuhkat ovat keventyneet ja henkilöstön kuormitus on tasaantunut.

– Kokemuksemme osoittavat, että hyvin johdettu ja yhtenäisiin toimintatapoihin perustuva teknologian käyttöönotto voi tuottaa merkittäviä hyötyjä. Kyse ei ole vain kustannussäästöistä, vaan ennen kaikkea siitä, että oikea palvelu voidaan tarjota oikeaan aikaan, myös tilanteissa, jossa palvelutarve kasvaa ja resurssit niukkenevat, pohtii Kavilo.

Pohjois-Savon hyvinvointialue ja ikääntyneiden palvelut pähkinänkuoressa

• 19 kuntaa

• sote- ja pelastuspalveluja noin 250 000 asukkaalle

• erikoissairaanhoidtoa noin miljoonalle suomalaiselle

• 12 800 työntekijää, joista
• ikääntyneiden palveluissa 3 400 työntekijää
• kotihoidossa 1 600 työntekijää
• säännöllisessä kotihoidossa noin 3 500 asiakasta
• turvapalveluissa noin 5 000 asiakasta

Työterveyslaitoksen pääjohtaja Antti Koivula kutsuu kaikki hyvinvointialueet mukaan työhyvinvointitutkimuksiin, sillä ne mahdollistavat oppimisen ja hyvien käytäntöjen jakamisen alueiden kesken.

Työelämän turbulenssit eivät suoraan heijastu työhyvinvointiin

teksti: PIA TERVOJA • kuvat: TYÖTERVEYSLAITOS

Hyvinvointialueiden henkilöstön työhyvinvointi on kehittynyt pääosin parempaan suuntaan organisaatioiden muutoksista ja paineista huolimatta. Nuoret työntekijät palautuvat työstä huomomin kuin muut ikäluokat. He kokevat myös enemmän psyykkistä rasittuneisuutta. Pelastuspalveluiden henkilöstö kokee työkykynsä paremmaksi kuin muut tutkitut ammattiryhmät.

Hyvinvointialueiden henkilöstön työhyvinvointi on kehittymässä pääosin parempaan suuntaan osoittavat laajat kyselyaineistot.

Työterveyslaitos on seurannut sosiaali- ja terveysalan työhyvinvointia ja siihen vaikuttavia tekijöitä vuodesta 2000 lähtien toistuvilla kyselyillä organisaatioissa, jotka nykyisin kuuluvat viiteen hyvinvointialueeseen. Näiden viiden alueen lisäksi kolme hyvinvointialuetta osallistui vuosien 2023 ja 2025 Mitä kuuluu? -tutkimuksiin.

– Työhyvinvoinnin kehittämisessä ei ole pikavoittoja, joten on hienoa nähdä, että määrätietoinen työ vie eteenpäin, sanoo Työterveyslaitoksen pääjohtaja Antti Koivula.

Hän nostaa esiin hyvinvointialuei-

den henkilöstön voimavaroina työyhteisön yhteistyön toimivuuden ja oikeudenmukaisen lähiesihenkilötyön. Kyselyiden mukaan valtaosa vastaajista piti omaa työyhteisöään toimivana.

Hyvinvointialueiden työhyvinvointitutkimuksen tutkimusjohtaja **Mika Kivimäki** pitää tärkeänä kehityksenä pitkän aikavälin muutosta johtajuudessa. Vuonna 2000 noin 60 prosenttia koki lähijohtamisen oikeudenmukaisena, kun vuonna 2023 luku oli noussut jo 74 prosenttiin.

– Isojen organisaatiomuutosten keskellä on voitu tehdä oikeita asioita ja pitää kiinni hyvästä lähijohtamisesta.

MIKA KIVIMÄEN mukaan myönteistä on myös se, että sote- ja pela-alan työnte-

kijät kokevat työnsä merkitykselliseksi ja he ovat myös hyvin sitoutuneita työhönsä.

Kaikista vastaajista lähes 90 prosenttia kertoi panostavansa paljon työhönsä ja yli 70 prosenttia oli tyytyväinen työn mielekkyyteen, henkilökohtaiseen kehitykseen työssään ja siihen, että työssä oli voinut saada aikaan jotain merkittävää.

Työ koetaan nyt palkitsevammaksi kuin vuonna 2023. Työn koki palkitsevaksi edellisessä kyselyssä 27 prosenttia ja tuoreimmassa kyselyssä 31 prosenttia. Kivimäki uskoo, että palkkojen harmonisointi on vaikuttanut myönteisesti kokemukseen työn palkitsevuudesta.

Hyvinvointialueiden veto- ja pitovoimasta kertoo myös se, että vastaajista reilusti yli puolet eli hieman yli 60 prosenttia uskoi jatkavansa työssään eläkeikään saakka ja suosittelee työnantajansa ystävälleen.

Toisaalta noin puolet oli silti harkinnut työpaikan vaihtoa. Vaihtoaikkeitä oli eniten henkilöillä, jotka eivät olleet esihenkilöasemassa.

Henkilöstön kokemaa työstressiä on pysynyt 25 vuoden aikavälillä melko vakiona. Koronavuonna 2021 ja myös vuonna 2025 stressistä raportoi hieman suurempi osa vastaajista kuin muina vuosina. Tuoreimmassa kyselyssä 19 prosenttia vastaajista koki työstressiä.

Työterveyslaitoksen asiantuntijoiden mukaan vuonna 2025 työstressin taustalla ei ollut työkuormituksen kasvu vaan kokemus siitä, ettei omaan työhön ole tarpeeksi sananvaltaa. Viime vuoden kyselyssä peräti 55 prosenttia vastaajista oli tätä mieltä.

HYVINVOINTIALUEIDEN henkilöstön työhyvinvoinnin tilannekuvasta löytyy myös muita harmaampia sävyjä.

Työntekijät kokevat työssään melko paljon epävarmuutta. Sosiaalipalvelujen henkilöstöstä jopa puolet on kokenut epävarmuutta työmäärän lisääntymisestä yli oman sietokyvyn. Vähiten vastaavaa epävarmuutta kokivat pelastuspalveluiden työntekijät. Heillä luku oli 30 prosenttia.

Mitä kuuluu? -tutkimusjohtaja **Jaana Laitisen** mukaan eri ammattiryhmissä työpaineita koetaan hieman eri tavalla. Lähes 40 prosenttia niistä henkilöistä, jotka eivät olleet esimiesasemassa, koki työpaineita. Johtajista työpaineita koki puolet.

– Työstä palautuminen ja koettu työ-



Jaana Laitinen.

kyky on kehittynyt hyvään suuntaan vuodesta 2023 vuoteen 2025, mutta edelleen vain 39 prosenttia kaikista palautuu hyvin ja kolmasosa huonosti.

– Työkykynsä raportoi hyväksi 66 prosenttia vastaajista vuonna 2025. Tuoreimmassa kyselyssä kaikista vastaajista 24 prosenttia raportoi työkykynsä kohtalaiseksi ja kymmenesosa huonoksi.

KUN PALAUTUMISTA tarkastellaan aseman mukaan ja ikäryhmittäin, eroja alkaa löytyä. Hyvin työstä palautuneita oli eniten päälliköissä ja johtajissa ja vähiten ei-esihenkilöasemassa olevissa. Huonoimmin palautuvat nuoret, alle 30-vuotiaat työntekijät, joista melkein 40 vastasi palautuvansa huonosti.

– Psyykinen rasittuneisuus on yleistä nuorilla ja he tarvitsevat tukea työssä jaksamiseen, Laitinen sanoo.

– Nuorten tilanne on huolestuttava työkyvyn ja työssä jaksamisen osalta. Tämä laajenee jopa yhteiskunnalliseksi kysymykseksi.

Huomionarvoista on, että pelastuspalveluissa olevat työntekijät kertoivat palautuvansa työstään selvästi paremmin kuin sosiaali- ja terveystalvelujen



Mika Kivimäki.

henkilöstö. Pelastuspalveluissa hyvin palautuvia oli 62 prosenttia, kun taas esimerkiksi sosiaalipalveluissa luku oli 35 prosenttia.

Vastauksissa oli hieman ristivetoa, sillä toisaalta pelastuspalveluiden henkilöstöstä vain alle puolet arvioi, että aikoo jatkaa työssään eläkeikään saakka. Sosiaali- ja terveystalveluissa luku oli sen sijaan hieman yli 60 prosenttia.

ANTTI KOIVULA pitää hyvänä sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämislain uudistamista, sillä jatkossa laki edellyttää, että hyvinvointialueiden henkilöstön työhyvinvointia seurataan aktiivisesti.

– Tällöin saadaan pohjaa kehittämälle ja voidaan hahmottaa paremmin, miten asiat paranevat.

Hän kutsuu myös kaikki hyvinvointialueet mukaan työhyvinvointitutkimuksiin, sillä ne mahdollistavat oppimisen ja hyvien käytäntöjen jakamisen alueiden kesken.

Tänä vuonna saadaan tietoa myös yksityisten sote-palvelujen henkilöstön tilanteesta. Laitisen mukaan kevään aikana yksityiselle sektorille tehdään oma kysely ja tulokset valmistuvat alkukesän 2026 aikana.

Mitä ovat hyvinvointialueiden työhyvinvointi- ja Mitä kuuluu? -kyselytutkimukset?

- Hyvinvointialueiden työhyvinvointitutkimuksen kyselyt käynnistyivät vuonna 2000. Mitä kuuluu? -tutkimus alkoi vuonna 2018 ja toteutetaan vuosittain. Mitä kuuluu? -tutkimukseen ovat tervetulleita osallistumaan kaikki hyvinvointialueet, jotka eivät vielä ole mukana Työterveyslaitoksen tutkimuksissa.

- Vuoden 2025 Hyvinvointialueiden työhyvinvointitutkimukseen ja Mitä kuuluu? -tutkimuksen kyselyihin vastasi yhteensä noin 47 320 vastaajaa, mikä on hieman yli puolet kahdeksan hyvinvointialueen koko henkilökunnasta.
- Tutkimukset havainnoivat, analysoivat ja kehittävät hyvinvointialueiden työhyvinvointia.



Akustiikkaratkaisut puhdastiloihin ja kontrolloituihin ympäristöihin

Puhdastilat on suunniteltu pitämään pienimmät hiukkaset poissa, mutta yksi epäpuhtaus vivahtaa usein mukaan: melu. Oikeilla akustiikkaratkaisuilla on mahdollista hallita ääniympäristöä ja luoda tiloja, jotka kuulostavat yhtä puhtailta kuin miltä ne näyttävät – täyttämällä sekä hygieniä että käyttäjien hyvinvointia koskevat vaatimukset.

Teksti ja kuvat: **ECOPHON**

Puhtaiden ja kontrolloitujen ympäristöjen vaatimukset vaihtelevat sairaaloista lääketeollisuuteen ja elintarvikeprosessien tuotantotiloihin. Vaatimukset liittyvät esimerkiksi puhdistukseen, desinfiointiin, vedenkestävyyteen tai partikkelien hylkimiseen.

Yhteistä tiloille on kuitenkin akustiikan laiminlyönnin riski: jos sisäkatto, seinät ja lattiat ovat kauttaaltaan kovia materiaaleja, ääni heijastuu ja leviää hallitsemattomasti. Se nostaa taustamelua, kuormittaa henkilöstöä ja heikentää puheen ymmärrettävyyttä – juuri siellä, missä tarkkuus ja selkeä viestintä ovat kriittisiä.

Meluisa työympäristö lisää stressiä ja väsymystä sekä kasvattaa sairauspoissaoloja ja henkilöstön vaihtuvuutta.

HYVÄLLÄ ÄÄNIYMPÄRISTÖLLÄ ON MERKITYSTÄ

Hyvin suunniteltujen akustiikkaratkaisujen asentaminen voi muuttaa työympäristön täysin. Nykyaikaiset korkean suorituskyvyn akustiikkakalevyt on suunniteltu täyttämään puhtaiden alojen tiukat standardit, joissa yhdistyvät hygieniä, turvallisuus ja hyvinvointi.

Tarkoituksenmukainen ja toimiva akustinen ratkaisu vähentää yleistä äänitasoa, mikä tekee tilasta rauhallisemman, parantaa viestinnän selkeyttä ja auttaa työntekijöitä pysymään keskittyneimpinä.

LAAJA VALIKOIMA AKUSTIIKKARATKAISUJA SAIRAALATILOIHIN

– Puhdistettavuudesta ei pidä tinkiä,

mutta keskittyminen ja työssä jaksaminen edellyttävät hyvää ääniympäristöä. Ratkaiseva tekijä pintamateriaalin valinnassa onkin se, täyttääkö tuote vaaditut standardit puhdistettavuuden, hiukkaspäästöjen ja kemikaalikestävyyden osalta, huomauttaa terveydenhuollon tilojen ja kestävä kehityksen konseptikehittäjä **Tiia Huuskonen** Ecophonilta.

Kattavassa Ecophon Hygiene™ -valikoimassa on kaikkiin näihin hygieniavaatimuksiin sopivia äänenvaimennusratkaisuja. Kaikilla Ecophon Hygiene™ -tuotteilla on standardin ISO 14644-1:2015 mukainen luokitus, ja akustiikkakalevyjen pinnan kulutuskestävyys on testattu standardin 11998:2006 mukaan.



Puhtaita ja kontrolloituja tiloja yhdistävät tarve melun hallintaan ja korkeat hygieniavaatimukset, jotka liittyvät esimerkiksi puhdistukseen, desinfiointiin, vedenkestävyyteen tai partikkelien hylkimiseen. Laajassa Ecophon Hygiene™ -tuotevalikoimassa on kaikkiin näihin vaatimuksiin sopivia äänenvaimennusratkaisuja. Kuvassa sairaala Novan leikkaussali.

Helposti puhdistettavia, hygieenisia ja ääntä vaimentavia alakatto- ja seinäratkaisuja tarvitaan monenlaisissa puhdastiloissa. Kuvat ylhäältä alas: laboratoriotilat (Syddansk Universitet) ja välinehuollon tilat (Tyks).



OTA YHTEYTTÄ

Konseptikehittäjä Tiia Huuskonen, Ecophon
☎ 040 506 7895
✉ tiia.huuskonen@saint-gobain.com
www.ecophon.fi

LUE LISÄÄ



Ecophon Hygiene™ - tuoteperheen toiminnalliset ominaisuudet

		Hygiene™ Clinic	Hygiene™ Meditec	Hygiene™ Protec	Hygiene™ Performance	Hygiene™ Advance
Puhdistet- tavuus	Imuointi ja pyyhintä	•	•	•	•	•
	Nihkeäpyyhintä	•	•	•	•	•
	HPV	•	•	•	•	•
	UVC	•	•	•	•	•
Pinnan kulutus- kestävyys	Kestää 200 sykliä (ISO 11998)	–	•	•	•	•
	Kestää ISO 11998 -standardia pidempiä syklejä	–	–	–	–	•
Kemikaali- kestävyys	Desinfiointikemikaalien käyttö (ISO 11998)	–	2/vuosi	2/vuosi	2/vuosi	Päivittäin
	Etanoli	–	70 %	70 %	70 %	70 %
	Natriumhypokloriitti	–	0,1 %	0,1 %	0,1 %	0,5 %
	Vetyperoksidi	–	–	–	0,5 %	0,5 %
Homeen ja bakteerien vastustuskyky	Home, menetelmä A (ISO 846)	Luokka 0	Luokka 0	Luokka 0	Luokka 0	–
	Bakteerit, menetelmä C (ISO 846)	Luokka 0	Luokka 0	Luokka 0	Luokka 0	Luokka 0
	Sienet ASTM D3273-16	Luokka 10	Luokka 10	Luokka 10	Luokka 10	Luokka 10
Puhdastila	Puhdastilaluokitus (ISO 14644-1)	ISO 4	ISO 4	ISO 3	ISO 4	ISO 3
	Partikkeleiden hylkimistason testaus (NFS 90-351)	CP _(0,5) 5	CP _(0,5) 5	CP _(0,5) 1	CP _(0,5) 5	CP _(0,5) 1
Paloluokka	Luokka A2-s1,d0 (EN 13501-1)	•	•	•	•	•
Kierrätettävyyys	Täysin kierrätettävä	•	•	•	•	•
Ympäristö- jalanjälki	Verifioitu ympäristöseloste (EPD)	•	•	•	•	•



Eeva Ketola toimii Esperi Caren laatujohtajana. Esperissä on rakennettu laaturaportointia systemaattisesti vuodesta 2020 lähtien, ja nykyään se on olennainen osa johtamista.

Tavoitteista tuloksiin

Data ohjaamaan sosiaali- ja terveydenhuollon johtamista ja taloutta

Systemaattinen raportointi tukee strategiaa, talouden ohjausta ja laadun kehittämistä sekä mahdollistaa tulosten läpinäkyvän johtamisen päätöksenteon tueksi.

teksti: EEVA KETOLA • kuva: VILJA VUOLLE

Sote-uudistus ja talouden paineet lisäävät hyvinvointialueiden kuormitusta. Lisäksi Suomessa on merkittäviä alueellisia eroja: etäisyydet, asukastiheys ja palvelutarpeet vaihtelevat suuresti.

Vaikka taloudelliset haasteet ovat mittavia, palveluja tulisi uudistaa ja parantaa. Kuntalaisen täytyy saada tarvitsemansa palvelut oikea-aikaisesti, oikeassa paikassa ja turvallisesti.

Samaan aikaan odotukset tehokkuudesta, tuloksellisuudesta ja laadusta kiristyvät. Tässä ympäristössä organisaatioiden kyky mitata ja johtaa tuloksia ei ole enää kilpailuetu – se on edellytys vaikuttavalle ja vastuulliselle toiminnalle.

Mitä konkreettiset esimerkit paljastavat?

Kokonaisuutta on helpompi lähestyä konkreetilla. Esimerkiksi iäkkään painehaava aiheuttaa merkittävää kipua ja kärsimystä. Samalla se on kallis ja kuormittaa koko hoitoketjua.

Jos noin 10–20 prosenttia verisuonikirurgian hoitojaksoista liittyy painehaavoihin, tarkoittaisi tämä THL:n hoitoilmoitusrekisteri Hilmon tilastojen perusteella arviolta 5 400–10 800 hoitojaksoa vuodessa.

Verisuonikirurgisten toimenpiteiden, kuten alaraajan ohitusleikkausten tai ihonsiirteiden, hoitoajat vaihtelevat suuresti potilaan iän ja yleistilan mukaan. Iäkkäillä ja huonokuntoisilla potilailla vuodeosastohoito pitkittyy usein merkittävästi. Painehaavat syntyvät makaamisesta – kotona, vuodeosastolla

tai hoivayksikössä. Jo tilastojenkin valossa painehaavoja kannattaisi ehkäistä kaikin tarkoituksenmukaisin keinoin.

Toinen esimerkki on ikäihminen, joka ei enää pärjää kotona yleistilan heikentymisen vuoksi. Kotihoito tai omaiset tilaavat ambulanssin, ja potilas vietään päivystykseen. Siellä häntä tutkitaan ja hänet palautetaan kotiin tai siirretään vuodeosastolle ja sieltä takaisin joko kotiin tai jonottamaan kuntoutus- tai hoivapaikkaa.

Tämä ruletiksi muodostuva ketju voi pyöriä lukuisia kertoja ennen kuin todetaan, ettei koti ole enää oikea paikka. Ambulanssikyydeistä, päivystyskäynneistä, vuodeosastopäivästä ja kotihoidon käynneistä koostuvat kustannukset ovat merkittäviä. Hoidon tarve on todellinen, mutta sen toteutus ei ole tarkoituksenmukainen.

Siiloissa kotihoito, päivystys, ensihoito, vuodeosasto, kuntoutus ja sosiaalihoito tarkastelevat kukin vain omia resurssejaan. Kun hoitojonot eivät vedä ja ihminen on väärässä paikassa, hän ja hänen läheisensä uupuvat pomotteiluun – ja kokonaiskustannus kasvaa.

Usein kokonaisarvio tehdään vasta useiden käyntien jälkeen. Arvioin-

ti tulisi tehdä aiemmin. Oikea-aikainen hoidon tarpeen arvio ja nimetty hoivakoordinaattori ovat keskeisiä erityisesti ikäihmisille, joilla on toistuvia päivystyskäyntejä.

Sitä tehdään, mitä mitataan

Työn ja palvelutuotannon mittaamisen merkitys ei ole vain numeerinen. Se auttaa hahmottamaan hyvinvoinnin, palveluiden laadun ja talouden välistä vuorovaikutusta. Johtamisessa tarvitaan kokonaisnäkemyksiä palveluista, alueellisista tarpeista ja kustannuksista – mutta myös strategisista painopisteistä ja laadusta.

Laaturaportointi ja tuloksellinen toiminta kulkevat käsi kädessä. Poikkeamiin puututaan, koska komplikaatiot maksavat aina tuplasti. Tämä on tuttua esimerkiksi niille, jotka työskentelevät sairaanhoidon DRG-laskennan parissa. Diagnosis-Related Group (DRG) on luokittelujärjestelmä, jossa sairaalahoidot ryhmitellään diagnoosin ja hoidon perusteella kustannusten määrittämiseksi.

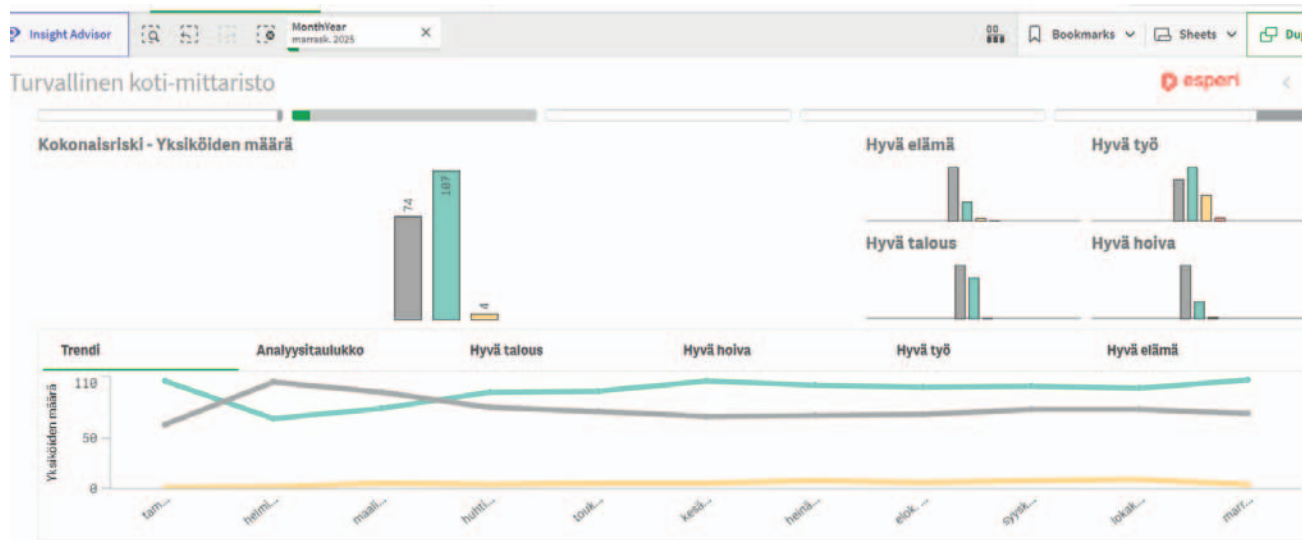
Potilasturvallisuuden kannalta on kriittistä tunnistaa riskit ajoissa ja siirtä ennakoivaan toimintaan.

Vanha totuus pitää yhä paikkansa: sitä tehdään, mitä mitataan. Systemaattinen raportointi tukee strategiaa, talouden ohjausta ja laadun kehittämistä sekä mahdollistaa tulosten läpinäkyvän johtamisen päätöksenteon tueksi.

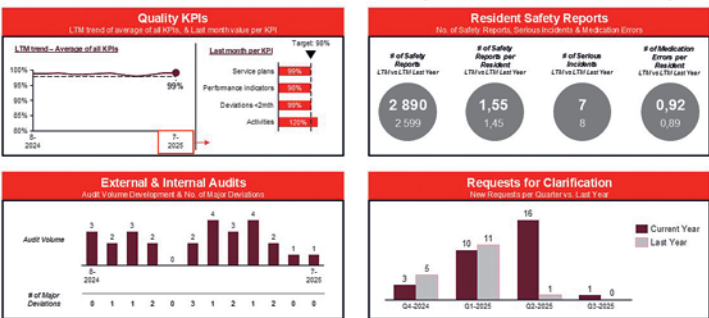
JATKUU SEURAVALLA AUKEAMALLA ►



Vaikka taloudelliset haasteet ovat mittavia, palveluja tulisi uudistaa ja parantaa.



Disabled & Mental Care Quality Report - Summary



Esperillä kuukausittaiset tulokset käydään läpi yksikötasoa myöten, ja tietoa hyödynnetään johtamisessa. Turvallinen koti -mittariston trendi ja viimeisin jakauma mittaavat Esperin strategisten tavoitteiden – hyvä hoiva, hyvä työ ja hyvä talous – toteutumista. Laaturaportti kokoaa keskeiset laatu- ja asiakasturvallisuusmittarit yhteen näkymään.

Laaturaportointi osana johtamista

Högreve ym. (2017) tekivät analyysin palveluketjun ja tuottavuuden yhteydestä. Tulokset olivat selkeitä: jos henkilöstö osaa työnsä, työprosessit ja työkalut ovat kunnossa ja työhyvinvointi paranee. Samalla paranevat asiakastytyväisyys ja tuottavuus.

Tämä on loogista. Hyvinvoivat työntekijät pysyvät, osaaminen kertyy, sijaisten käyttö vähenee ja samalla myös komplikaatioiden ja laatupoikkeamien määrä pienenee.

Johdolla täytyy olla mahdollisuus tehdä tiedon perusteella korjausliikkeitä ja kohdentaa tukea sitä tarvitseviin yksiköihin ennen kuin niistä tulee riskiyksiköitä. Hyvin toimivat yksiköt puolestaan toimivat esimerkkeinä muille. Mittaristo mahdollistaa oikea-aikaisen tuen ja auttaa pureutumaan juurisyihin.

Miten muutos tapahtuu?

Usein sanotaan, että kulttuuri syö strategian aamupalaksi. Toimintatapojen muuttaminen onkin suuri haaste.

Se vaatii muutosjohtamista, tiukkaa sitoutumista yhteisiin tavoitteisiin, systemaattista raportointia ja tulosten perusteella tehtävää jatkuvaa parantamista – nöyrästi ja sinnikkäästi.

Tämä vaatii myös poliitikoilta sitoutumista ja kykyä nähdä kokonaisuuksia hyvinvointialueiden sisällä tehtyjen kuntakohtaisten osaoptimointien sijaan.

Yhteisiä tavoitteita on johdettava strategisilla ja taktisilla mittareilla. Samalla on kerrottava, miksi asioita tehdään ja mitä toimenpiteillä tavoitellaan.

Ilman selkeitä tavoitteita ja yhteistä ymmärrystä syntyy vain irtopisteitä ja siiloissa tapahtuvaa osaoptimointia – se ei tuota laatua tai pienennä kokonais-kustannuksia.

Hyvinvointialueille kriittisten, suurivolyymisten ja runsaasti verorahoja vaativien ilmiöiden ja diagnoosikokonaisuuksien hoito vaatii yhteisiä kannustimia yli toimialarajojen. Kokonaisuus ratkaisee.

Kansalaisten tulee saada tasalaatuis-

ta hoitoa ja hoivaa. Tämä edellyttää, että hankintapäätöksiä tehdessä tunnetaan oman toiminnan kustannukset ja laatu, vaaditaan sama taso kaikilta tuottajilta ja ohjataan perustuslain ja sosiaalihuoltolain 1 §:n mukaisesti palvelu sine, missä se toteutuu parhaiten – olipa kyse omasta toiminnasta tai ostopalvelusta.

Hankintapäätöksiä ja kilpailutuksia kannattaisi rakentaa yhdessä, yhteisin kansallisin kriteerein.

Lähde: Högreve J, Iseke A, Derfuss K, Eller T. A meta-Analytic Test of a comprehensive theoretical framework. Journal of Marketing 2017:81

Kirjoittaja

Eeva Ketola

Laatujohtaja, Espero Care LT, dos., yleislääketieteen erikoislääkäri, eMBA

Resursointi hallintaan. Henkilöstötiedot yhteen paikkaan.

Sote-arjessa muutokset ovat jatkuvia: sijaisuudet, työaikamuutokset ja osaamisvaatimukset elävät.

Solveon on suomalaisen työelämän ratkaisualusta, joka tuo työvuorojen hallinnan ja keskitetyt henkilöstötiedot samaan kokonaisuuteen. Kun tieto on ajantasaista ja yhdessä paikassa, päätöksenteko nopeutuu ja arki sujuu.

Skannaa koodi ja tutustu Solveoniin!
solveon.fi/tarinamme

Henkilöstön perustiedot keskitetysti
– ajantasainen tieto kaikille

Työvuorot ja sijaisuudet hallitusti
– vähemmän manuaalityötä

Parempi näkyvyys resursseihin ja kustannuksiin

Suomalainen kehitys ja suomenkielinen tuki

Terveys&Talous

Seuraava lehti ilmestyy

13.5.2026

Kätevästi verkossa!
terveysjatalous.fi

24 | TERVEYS JA TALOUS 1 · 2026

TERVEYS JA TALOUS 1 · 2026 | 25



Kun data puhuu, kuka kuuntelee?
AI paljastaa terveydenhuollon näkymättömät jännitteet.

Tekoälyn aikakausi ja organisaation sisäisen järjestyksen koetus

Tekoälystä puhutaan terveydenhuollossa usein kuin teknisestä läpimurrosta, mutta todellisuudessa se toimii paljon syvempänä ilmiönä: se muuttaa näkyväksi organisaation rakenteellisen hermoston ja paljastaa, mihin sen kyvykkyys lopulta kiinnittyy. Väitöstutkija Satu Kauhanen tarkastelee tutkimuksessaan tekoälyn ja organisaatorakenteiden välistä suhdetta erityisesti julkisen terveydenhuollon muutoskyvykkyuden näkökulmasta.

teksti: SATU KAUKHANEN • kuvat: PIXABAY, MIIKA KEIHÄNEN

Teknologinen murros ei ensisijaisesti kerro mitään koneista, vaan ihmisistä, yhteisöistä ja tavoista ymmärtää todellisuutta. Kun tekoäly tuottaa signaaleja ja ennakoivaa tietoa, perimmäinen kysymys ei kohdistu siihen, miten älykäs järjestelmä on, vaan siihen, mihin kohtaan organisaatiossa signaali katkeaa ja miksi.

Terveydenhuollon toimintaympäristössä datan määrä kasvaa tasaisesti, mutta sen merkitys ei lisääntynyt samalla vauhdilla. Data kyllä virtaa, järjestelmät oppivat ja ennustemallit havaitsevat riskejä ennen kuin ne näkyvät arjen työssä. Ja silti, päätöksiä tehdään usein kuin algoritmeja ei olisi lainkaan olemassa.

Tämä ristiriita ei johdu teknologian puutteista, vaan siitä, että organisaatiot toimivat edelleen 1990-luvun hallintalogiikan varassa: kontrollin, hierarkian ja yksikkötason optimoinnin maailmassa.

Kun datatalouden logiikka vaatii verkostomaisuutta, reaaliaikaisuutta ja läpinäkyvää ymmärrystä yhteisestä tilannekuvasta, vanhat rakenteet pyrkivät suojelemaan tuttuja ajattelumalleja. Siirtymä ei ole vain tekninen, vaan kulttuurinen ja jopa filosofinen.

Muutos näkyy konkreettisesti siinä, miten tekoälyyn suhtaudutaan. Jos data koetaan uhkana, se kertoo enemmän organisaation sisäisestä järjestyksestä kuin itse teknologiasta. Vastarinta paljastaa, missä kohtaa merkityksenanto ei enää kohtaa todellisuuden vaatimuksia: missä tieto ei muutu yhteiseksi ymmärrykseksi ja missä rakenteet eivät ole valmiita sietämään epävarmuutta.

TERVEYSALAN KOMPLEKSISESSA arjessa työntekijät elävät jo valmiiksi jatkuvien muutosten keskellä. Siksi tekoäly ei "vaikeuta työtä", vaan nostaa pintaan ne jännitteet, jotka ovat olleet läsnä jo ennen teknologian saapumista: rooliristiriidat, siiloutuneet johtamismallit ja tunteen siitä, että kokonaiskuva on pirstaleinen.

Juuri tässä kohtaa tekoäly toimii kuin hermoston jatke. Se kerää, yhdistää ja tulkitsee signaaleja, joita yksittäisen ammattilainen ei kykene havaitse-

maan. Mutta järjestelmä ei yksinkertaisesti voi toimia täydessä potentiaalisuudessaan, jos organisaation sisäinen rakenne ei ole valmis kuulemaan sen viestejä.

Ensimmäinen väitösartikkelini nostaa esiin saman ilmiön: tekoälyn hyödyntämisen ongelmat eivät synny siitä, että algoritmi olisi heikko, vaan siitä, että organisaatiolla ei ole vielä riittävää kollektiivista kantokykyä tulkita ja hyödyntää sen tarjoamaa tietoa. Kyse on siis oppimisjärjestelmästä, ei ohjelmistosta.

TÄTÄ DYNAMIIKKAA kuvaa AI-Human Capability Loop – kolmen toisiinsa kietoutuvan kyvykkyuden kokonaisuus.

Ensimmäinen kyvykkyys on kognitiivinen ymmärrys eli kyky muodostaa yhteinen ajatteluperusta datalle: nähdä sen taustaoletukset, rajat ja mahdollinen tulkintapotentiaali siten, että tieto muuttuu kontekstuaaliseksi eikä jää pelkäksi numeeriseksi ilmentymäksi.

Toinen on kollaboratiivinen luottamus: se, että ihminen ja algoritmi käyttävät jatkuvaa dialogia, jossa kone ei korvaa asiantuntijan harkintaa, vaan tekee siitä entistä terävämmän.

Kolmas on eettinen sopeutumiskyky: ymmärrys siitä, milloin järjestelmän tuottama signaali on oikea, milloin se vaatii täydentämistä ja milloin se täytyy kyseenalaistaa. Näiden leikkauk-

kohta, AI-kantokyky, määrittää lopulta sen, onko tekoälystä hyötyä vai jääkö se irralliseksi kokeiluksi.

Terveydenhuollossa tämä ajattelutapa on erityisen tärkeä. Päätöksenteon kohteena on ihminen ja hänen hyvinvointinsa, ei prosessi tai suorite. Siksi tekoäly ei voi olla pelkkä tehokkuuden työkalu, vaan sen täytyy tukea ammattietoutta, kollektiivista harkintaa ja haavoittuvassa tilanteessa olevan potilaan maailmaa.

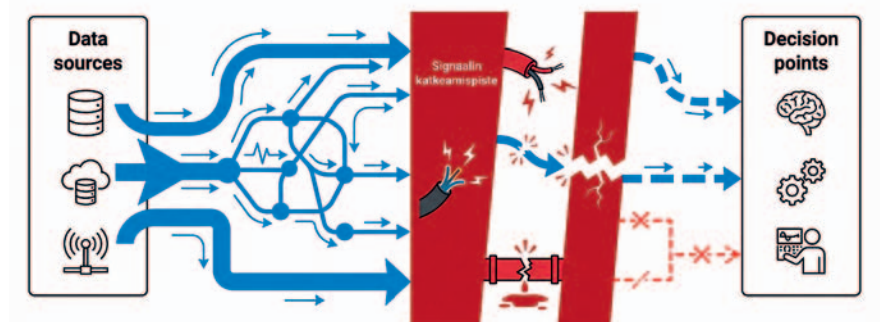
Tieto ei ole koskaan neutraalia. Se kantaa mukanaan arvoja, historiaa sekä rakenteita. Siksi tekoälyn esiin nostamat signaalit ovat aina myös kutsu käydä keskustelua siitä, millaista hoitoa, johtamista ja tulevaisuutta organisaatio aidosti haluaa rakentaa.

On kiinnostavaa huomata, että tämä muutos muistuttaa monin tavoin antiikin stoalaista filosofiaa. Stoalaiset eivät korostaneet olosuhteiden hallintaa, vaan kykyä järjestää oma sisäinen maailmansa tavalla, joka mahdollistaa selkeän harkinnan ja toiminnan.

Sama pätee organisaatioon: teknologia ei voi täysin hallita, mutta organisaation sisäinen järjestys – sen kulttuuri, päätöksenteon periaatteet ja eettinen selkäranka – voidaan rakentaa sel-

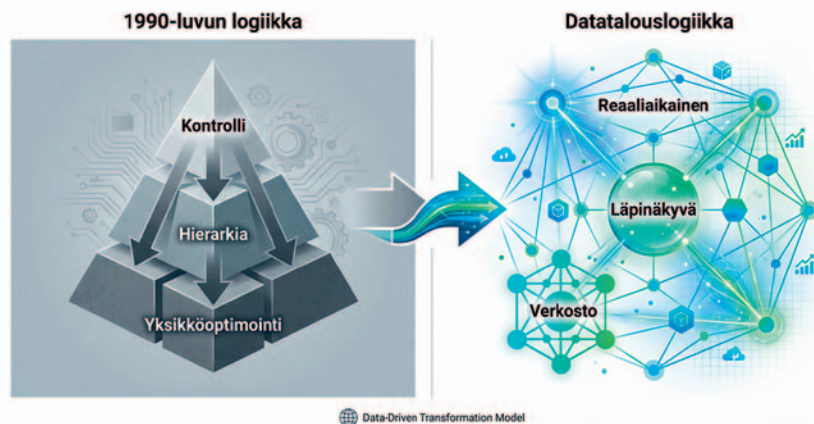
JATKUU SEURAAVALLA AUKEAMALLA ▶

Missä signaali katkeaa?



Visualisointi tekoälyn ja datavirtojen etenemisestä organisaatiossa: missä kohtaa signaali muuttuu häiriöksi ja miksi tieto ei välity päätöksenteon tueksi. (Kuva tuotettu tekoälyn avulla.)

1990-luvun hallintalogiikka vs. datatalouslogiikka



Vertailu osoittaa siirtymän 1990-luvun kontrolli- ja hierarkialogiikasta kohti datatalouden verkostomaista, läpinäkyvää ja reaaliaikaista toimintatapaa. (Kuva tuotettu tekoälyn avulla.)

AI-Human Capability Loop



Tutkimuksessa esiin nouseva AI-Human Capability Loop kuvaa kolmea toisiaan vahvistavaa kyvykkyyttä: kognitiivista ymmärrystä, kollaboratiivista luottamusta ja eettistä sopeutumiskykyä. (Kuva tuotettu tekoälyn avulla.)

laiseksi, että tekoälyn tuottama tieto ei horjuta, vaan vahvistaa. Tämä sisäinen järjestys on se, mikä erottaa ketterän ja oppivan organisaation niistä, jotka jäävät teknologisen murroksen ulkoreunalle.

JULKINEN SEKTORI tulee tässä kehityksessä pitkälti takamatkalta. Yksityisellä sektorilla kyvykkyyden kasvattaminen on ollut aina toiminnallisuuden elinehto. Julkisella sektorilla sen sijaan rakenteet, ohjausmallit ja päätöksentekotavat ovat rakentuneet vakauden ympärille.

Tekoäly murtaa tämän rakenteen ja edellyttää uutta johtajuutta: sellaista, joka pystyy kokoamaan moniammatillisen ymmärryksen, rakentamaan yh-

teistä kieltä ja johtamaan organisaation sisäistä hermostoa yhtä paljon kuin ulkoisia prosesseja.

Kyse ei ole teknisestä muutoksesta, vaan sivilisaatiotason ajattelumuutoksesta: siitä, että organisaatiot oppivat



Jos data koetaan uhkana, se kertoo enemmän organisaation sisäisestä järjestyksestä kuin itse teknologiasta.

tulkitsemaan ympäristöään uudella tavalla ja käyttämään tekoälyn tarjoamia signaaleja kulttuurisen muutoksen kiihdyttimenä.

Tässä mielessä tekoäly ei ole tulevaisuuden ratkaisu, vaan nykyhetken paljastaja. Se näyttää, missä organisaatio on jo valmis ja missä ei. Missä se on oppiva ja missä vielä kiinni menneissä malleissa. Toivo syntyy vasta, kun mahdollisuus toimia toisin avataan. Sama pätee digitaaliseen murrokseen: tekoäly ei itsessään luo resilienssiä, mutta se näyttää täsmälleen, missä sen edellytykset odottavat rakentumistaan.

Tämä hetki, jossa data puhuu ja organisaatio oppii kuuntelemaan, määrittää tulevaisuuden terveydenhuollon enemmän kuin yksikään tekninen innovaatio.



Kirjoittaja

Satu Kauhanen

Väitöstutkija (johtaminen) Oulun yliopisto
Data-analyytikko, Pohjois-Savon hyvinvointialue

Vuosi 2026 paljastaa, toimiko sote-uudistus – vai jäikö se puolitiehen

Vuosi 2026 on sosiaali- ja terveydenhuollolle totuuden hetki. Suuret rakenteelliset uudistukset on jo tehty, hyvinvointialueet ovat aloittaneet työnsä ja järjestelmä on siirtynyt pysyvään toimintavaiheeseen. Nyt ei enää riitä puhe uudistamisesta, vaan on katsottava rehellisesti, mitä uudistus on saanut aikaan – ja missä se on epäonnistunut.

Sote-uudistuksen perusajatus oli oikea: palvelujen yhdenvertaisuus, parempi integraatio ja kustannusten hallinta. Käytännössä vuosi 2026 näyttää kuitenkin, että rakenteet yksin eivät ratkaise ongelmia.

Monilla alueilla kamppaillaan edelleen hoitoon pääsyn, henkilöstöpulan ja talouspaineiden kanssa.

Kansalaisen näkökulmasta järjestelmä ei ole vielä muuttunut niin sujuvaksi kuin luvattiin.

SOSIAALITURVAN KIRISTYKSET, jotka astuvat voimaan vuonna 2026, heijastavat hallituksen vahvaa painotusta työllistymiseen ja julkisen talouden tasapainottamiseen. Tavoite on ymmär-

rettävä, mutta riskinä on, että järjestelmä kohtelee liian samalla tavalla ihmisiä, joiden elämäntilanteet ovat hyvin erilaisia.

Jos sosiaaliturva alkaa näyttäytyä ensisijaisesti velvollisuuksina eikä tukena, vaarana on syrjäytymisen syveneminen – ei sen ehkäisy.

SAMAAN AIKAAN sote-ammattilaisten arki kertoo karua viestiä järjestelmän kestävydestä. Henkilöstöpula ei ratkea organisaatiokaavioita muuttamalla, vaan panostamalla työoloihin, johtamiseen ja urakehitykseen.

Ilman motivoitunutta ja riittävää henkilöstöä yksikään uudistus ei toimi, oli lainsäädäntö kirjoitettu kuinka hyvin tahansa. Tässä kysymyksessä hallituskauden aikana tehdyt ratkaisut ovat jääneet varovaisiksi.

DIGITALISAATIO ON odotettu paljon, ehkä liikaakin. Digitaaliset palvelut ja parempi tiedonhallinta voivat helpottaa ammattilaisten työtä ja parantaa palvelujen saavutettavuutta, mutta ne eivät korvaa ihmistä silloin, kun ihminen on se, mitä tarvitaan.

Vuonna 2026 on viimeistään myönnettävä, että digiratkaisut ovat väline, eivät ratkaisu sinänsä.

TÄMÄN HALLITUSKAUDEN suurin kysymys onkin, uskalletaanko sote-uudistusta vielä aidosti jatkaa vai tyydyttääkö paikkaamaan näkyvimpiä ongelmia. Tarvittaisiin rohkeampaa otetta henkilöstöpolitiikkaan, realistisempaa suhtautumista sosiaaliturvan kannustavuuteen ja selkeämpää valtion ohjausta alueellisten erojen kaventamiseksi.



JAAKKO HERRALA
Terveys ja talous ry:n hallituksen puheenjohtaja

Muuten vaarana on se, että hyvinvointialueet vakiinnuttavat toimintamallit, jotka eivät lopulta ole sen parempia kuin vanha järjestelmä.

Vuosi 2026 ei ole uuden sote-uudistuksen alku, mutta se voi olla hetki, jolloin päätetään, tehdäänkö tästä järjestelmästä aidosti toimiva. Jos tämä mahdollisuus hukataan, seuraava uudistuspuhe alkaa liian pian – ja liian monelle liian myöhään.



Tämän hallituskauden suurin kysymys onkin, uskalletaanko sote-uudistusta vielä aidosti jatkaa vai tyydyttääkö paikkaamaan näkyvimpiä ongelmia.

Hyvinvointialueiden talous ja kiinteistöhuolto

Onko meillä varaa säästää väärästä paikasta?

Jos kiinteistön ylläpito olisi ollut asianmukaisesti resursoitu ja korjaussuunnitelmia noudatettu, monet kymmenien tai jopa satojen miljoonien eurojen uudisrakennusprojektit Suomessa olisivat olleet täysin tarpeettomia.

teksti: JUKKA TUOMINEN

Kun hyvinvointialueet etsivät säästöjä, kiinteistöhuolto joutuu toistuvasti leikkauksilistalle. Päätökset näyttävät vastuullisilta, koska ne eivät kohdistu suoraan hoitotyöhön.

Todellisuudessa ne lykkäävät kustannukset tulevaisuuteen: sisäilmaongelmiin, väistötiloihin ja lopulta satojen miljoonien eurojen uudisrakennuksiin. Kiinteistöistä säästäminen on usein kalkein mahdollinen säästökeino.

Näkymätön kuluerä – helppo mutta väärä säästökohde

Hyvinvointialueiden tiukka talous laittaa alueet miettimään viimeisetkin säästökohteet. Usein niin näkymätön kiinteistöjen ylläpito, kuten kiinteistöhuoltokin, on helppo, mutta väärä paikka säästää. Pikavoitot voivat tuntua houbuttelevilta, mutta seuraukset ovat usein kalliit.

Kiinteistöhuollon kulut eivät näy suoraan palvelujen käyttäjille. Tosin käyttäjät eivät usein myöskään tiedä, mihin huoltoon ja ylläpitoon kohdistuvat säästöt voivat vaikuttaa.

Päätöksentekijöille huoltoon kohdis-

tuvat säästöt ovat helppoja ja ne saavutetaan usein ilman suurta kritiikkiä. Kun huollosta säästetään, saadaan lyhyellä aikavälillä rahaa kassaan, mutta piilevät riskit kasaantuvat hiljalleen. Esimerkiksi ulkoalueiden huollosta saavutettu säästö voi kilpistyä vuoden liukaimpaan aikaan vakavina liukastumisia tai jopa kolareina.

Ennakoiva ylläpito on investointi, ei menoerä

Ennakoivalla kiinteistön ylläpidolla tarkoitetaan suunnitelmiin perustuvia peruskorjauksia, huoltoja ja kiinteistön kunnosta huolehtimista. Tämä ei ole kuluerä, vaan strateginen investointi, joka maksaa itsensä takaisin pitkällä aikavälillä.

Nykyaikaisen rakennuksen elinikä on hyvin pitkä, usein 50–80 vuotta, mutta tämän iän saavuttaminen edellyttää, että kiinteistön kunnosta on huolehdittu, eikä siitä ole tehty organisaation suurinta säästökohdetta.

Uuden sairaalan tai terveyskeskuksen rakentamista voidaan saada lykättyä kymmeniä vuosia, kunhan ylläpi-

don resursseista on pidetty huolta.

Suunnitelmallinen huolto ja peruskorjaukset auttavat välttämään äkillisiä ja kalliita korjaustarpeita. Kun esimerkiksi sairaalan lämmitys- ja ilmanvaihtojärjestelmät pidetään kunnossa, ei tarvitse investoida kiireellisesti kokonaan uusiin järjestelmiin. Samoin katujen, julkisivujen ja putkistojen säännöllinen tarkastus ja korjaus voivat siirtää uudisrakentamisen tarvetta vuosikymmenillä.

Ennakoiva ylläpito ei siis ole kuluerä, vaan strateginen investointi, joka turvaa palvelujen jatkuvuuden.

Kun huollosta säästetään liikaa, seuraukset näkyvät ihmisissä

Osin jo säästökohteena oleva kiinteistön ylläpito aiheuttaa myös oireilevia ihmisiä. Kiinteistö ajautuu sisäilmaongelmaiseksi kohteeksi, kun kiinteistön tekniikasta ja rakenteista ei huolehdita asiantuntijoiden tekemien suunnitelmien mukaisesti.

Kun sisäilmaongelmia ilmenee, on kiinteistön kunnosta monesti jo säästetty liikaa.



Kirjoittaja

Jukka Tuominen

Kiinteistöalan asiantuntija

Sisäilmaongelmat voivat ilmetä monin tavoin: henkilöstön lisääntyneenä poissaolona, väsymyksenä, päänsärkinä tai allergioina. Potilaiden ja asiakkaiden hyvinvointi heikkenee, mikä voi johtaa esimerkiksi palvelujen hidastumiseen.

Väistötilat ovat todella kallis vaihtoehto, monesti moninkertainen verrattuna suunnitelmalliseen huoltoon. Näin ollen säästö, joka alun perin näytti pieneltä, muuttuu moninkertaiseksi kuluksi - sekä taloudellisesti että inhimillisesti.

Maksammeko nyt vanhojen säästöjen hintaa?

Kuinka moni hyvinvointialue maksaa nyt vanhoista säästöistä? Onko Suomessa aloitettu satojen miljoonien eurojen sairaalaprojekteja, kun edellinen sairaala rapautuu? Olisiko tilanne voinut olla toinen asiantuntevalla ja oikein resursoidulla kiinteistön ylläpidolla?

Usein kiireelliset rakennusprojektit ovat seurausta siitä, että vanhaa kiinteistöä ei ole hoidettu riittävästi.

Jos kiinteistön ylläpito olisi ollut asi-

anmukaisesti resursoitu ja korjaussuunnitelmia noudatettu, monet kymmenien tai jopa satojen miljoonien eurojen uudisrakennusprojektit Suomessa olisivat olleet täysin tarpeettomia. Vähintäänkin näiden ajoitus olisi voinut suunnitella hallitusti pitkällä aikavälillä.

Aiheellinen kysymys onkin: maksako yhteiskuntamme nyt siitä, että aiemmin säästöjä on tehty väärästä paikasta? Ongelma ei siis koske pelkästään alueiden päättäjiä, vaan myös veronmaksajia.

Missä säästäminen voi olla järkevää?

No, voidaanko jostain sitten säästää? Kyllä! Esimerkiksi energiatehokkuuteen monella hyvinvointialueella voitaisiin panostaa entistä enemmän. Monet energiatehokkuuden hankkeet säästävät itsensä takaisin muutamassa vuodessa. Potentiaalia on reilusti.

Myös tilatehokkuudessa on merkittäviä säästöpotentiaaleja. Etätyön yleistyminen vähentää tarvetta perinteisille toimistotiloille, ja tilojen yhteiskäyttö voi vähentää kustannuksia merkittävästi. Organisaatioiden tulisi tarkastella toimistojen käyttöastetta, tilajärjestelyjä ja mahdollisuuksia joustaviin työympäristöihin. Samalla tilankäytön optimointi voi parantaa työntekijöiden viihtyvyyttä ja työtehoa.

Lisäksi ylläpidon ja energiatehokkuuden optimointi voidaan yhdistää dataohjattuun johtamiseen: sensorit ja analytiikka auttavat havaitsemaan poikkeamat, suunnittelemaan huollot ajoissa ja välttämään turhia korjauskustannuksia. Näin säästö ei ole satunnainen leikkaus, vaan pitkäjänteinen, strateginen päätös.

Jokainen kiinteistösuunnitelma tuo mukanaan pitkän aikavälin huoltokorjaukset – ja monessa organisaatiossa niitä katsotaan vain euroina. Totta

kai osaa huolloista voidaan lykätä, mutta säästäminen ei saa tapahtua pelkän talouslukujen ehdoilla. Ilman teknistä asiantuntemusta seuraukset voivat kosta tautua kalliina korjauksina, sisäilmaongelmina ja henkilöstön oireiluna.

Suunnitelmallisuus maksaa vähemmän kuin kiireiset säästöt

Tekemällä oikeilta valintoja voidaan säästää merkittävästi sekä rahaa että ihmisten hyvinvointia. Pitkän aikavälin suunnittelu, asiantuntijoiden ohjaama huolto ja energiatehokkaat ratkaisut eivät ole ylimääräisiä kuluja. Ne ovat sijoitus, joka maksaa itsensä moninkertaisesti takaisin.

Jos kiinteistöjen ylläpito olisi aina oikein resursoitua ja energiaratkaisut yhtä suunnitelmallisia, moni kalliiksi tuleva uudisrakennusprojekti voitaisiin välttää. Sen sijaan liian usein tehdään säästöjä vääristä kohdista: huoltosopimuksia purkamalla, järjestelmiä rapauttamalla, rakennusten kuntoa laiminlyömällä.

Näiden päätösten hinta mitataan kalliina korjauksina, sisäilmaongelmina, henkilöstön sairauspoissaoloina ja lopulta uusina miljoonien eurojen rakenushankkeina.

Säästö ei ole koskaan pelkkiä euroja, se on valinta. Kun halutaan maksaa suunnitelmallisuudesta kiinteistöjen ylläpidossa, niin saavutetaan säästöjä, mutta samalla huomataan saavamme terveet kiinteistöt sekä terveet kiinteistöjen käyttäjät.

Oikeilla päätöksillä säästöt ovat todellisia, väärillä päätöksillä ne muuttuvat kalliiksi taakaksi tulevaisuudelle.

Kirjoitus perustuu kirjoittajan yleiseen asiantuntemukseen eikä edusta minkään organisaation virallista kantaa.



Aikaa ajattelulle: se on johtajan tärkeintä työtä

Ajattelua voi ja pitää ruokkia myös organisaation ulkopuolelta. Kirjat, artikkelit, podcastit, keskustelut ja uudet tutkimustiedot avaavat näkökulmia, joita ei synny pelkästään omassa työhuoneessa istumalla.

teksti: TARU HAKANEN • kuva: ARTO JALONEN • grafiikka: PIXABAY

”Aikaa ajattelulle” on ollut koko täydennyskoulutussektorilla ja jatkuvan oppimisen parissa tekemäni työn ajan slogan, joka on puhutellut paitsi itseäni myös koulutusten osallistujia vuodesta toiseen. Mitä suurempia, monimutkaisempia ja hallitsemattomammilta tuntuvia kokonaisuuksia johdettavana on, sitä tärkeämmäksi strateginen ajattelu nousee, sillä se on johtamisen ydin. Silti juuri ajattelulle on yhä vähemmän aikaa.

Sote-alalla tämä ristiriita on erityisen näkyvä. Uutta järjestelmää on rakennettu keskellä arkea, samaan aikaan, kun palvelutarpeet kasvavat ja taloudel-

liset reunaehdot kiristyvät. Johtajien kalenterit täyttyvät palaverista, päätöksistä, raporteista ja akuuttien ongelmien ratkomisesta.

Sote-järjestelmä on monimutkainen kokonaisuus, jossa asiat kytkeytyvät toisiinsa. Yksi muutos vaikuttaa toiseen, ja vaikutukset näkyvät usein viiveellä ja yllättävissä paikoissa. Juuri siksi johtaminen vaatii laaja-alaista, systeemistä ajattelua ja kykyä hahmottaa kokonaisuuksia yksittäisten toimenpiteiden sijaan.

Tämä ei synny kiireessä eikä palaverista toiseen juostessa. Käsi ylös ne, joilla on kalenterissa varaus ajattelulle! Sil-

lä juuri sitä johtaja tarvitsisi. Ajattelu ei ole tauko työstä, vaan johtajan tärkeintä työtä.

Johtajan ydintehtävä on linjata suuntaa, tehdä valintoja epävarmuuden valitessa ja kantaa vastuuta päätöksistä, joiden seuraukset näkyvät usein vasta pitkän ajan kuluttua. Sote-johtamisessa päätöksillä on vaikutuksia paitsi talouteen myös ihmisten arkeen, hyvinvointiin ja luottamukseen järjestelmää kohtaan. Tällaisessa ympäristössä johtaminen ilman ajattelua on riskialtista.

AJATTELU ON yksi keino huolehtia omasta johtamiskyvystä. Jos aikaa ajattelulle ei ole, johtaminen kaventuu. Katse painuu helposti vain siihen, mikä on kiireellisintä, ei siihen, mikä on tärkeintä. Päätöksenteko muuttuu reaktiiviseksi, strateginen näkymä sumenee ja organisaation arki on jatkuvaa selviytymistä. Tämä ei edistä hyvinvointia organisaatiossa. Se voi näkyä väsymyksenä, kyynistymisenä ja kokemuksena siitä, että ollaan koko ajan hieman myöhässä.

Johtajan vastuu ei kuitenkaan rajoitu rakenteisiin ja prosesseihin. Uudistustyön tekevät ihmiset. Työntekijöiden työhyvinvoinnista, sitoutumisesta ja kokemuksesta huolehtiminen ei ole pehmeä sivuteema, vaan muutoksen onnistumisen edellytyksiä. Ajan varaaaminen ajattelulle on konkreettinen tapa tukea vastuullista ja kestävää johtajuutta.

Usein johtaja on ajattelutyössään yksin. Omien keskeneräisten ajatusten purkamiseen omassa organisaatiossa saatetaan liittää odotuksia, pelkoja tai valtasuhteita. Silti yksin ei kukaan osaa ajatella kaikkia niitä ajatuksia, joita pitäisi. Ajattelu tarvitsee vuorovaikutusta toisten ihmisten kanssa.

TYÖSSÄNI OLEN siksi varannut koulutuspäiviin yhä enemmän aikaa ajattelulle ja keskustelulle.

Yksi keinoista on, että ensin pysähdytään pohtimaan itsekseni: mitä tästä asiasta todella ajattelen? Vasta sen jälkeen ajatuksia rikastetaan vuorovaikutuksessa muiden kanssa, erityisesti sellaisten, jotka katsovat samaa asiaa hieman eri kulmasta.

Parikeskustelut ja koulutuspäivien jälkeiset ”kilauta kaverille” -tehtävät tarjoavat turvallisen tilan sanoittaa keskeneräistä ja huomata, ettei ole ajatustensa kanssa yksin. Vertaisen kans-



Kirjoittaja

Taru Hakanen

Asiakkuuspäällikkö, Tampereen yliopiston Jatkuvan oppimisen palvelut

sa ventilointi auttaa ajattelun kehitymisessä.

Ajattelua voi ja pitää ruokkia myös organisaation ulkopuolelta. Kirjat, artikkelit, podcastit, keskustelut ja uudet tutkimustiedot avaavat näkökulmia, joita ei synny pelkästään omassa työhuoneessa istumalla. Organisaatioissa ja toimialoilla tarvitaan aina uusia ajatuksia, ja uudet ajatukset syntyvät harvoin siellä, missä kaikki jo ajattelevat samalla tavalla.

STRATEGINEN AJATTELU vaatii tilaa irrottautua hetkellisestä kiireestä ja ky-

syä, mikä on olennaista juuri nyt ja tulevaisuudessa. Jatkuva oppiminen voi parhaimmillaan toimia ajattelun mahdollistajana.

Sote EMBA -ohjelmassa osallistujat kuvaavat usein arvokkaimmaksi anniksi juuri sen, että heille syntyy tila pysähtyä, ajatella ja keskustella vertaisryhmässä. Aina ei kaivata valmiita vastauksia tai ratkaisuja, vaan aikaa ja tilaa kuuntelulle, kysymyksille ja ajatuksia laajentavalle keskustelulle.

Lopulta kyse on valinnoista. Ajattelulle ei koskaan synny aikaa itsestään, ellei sitä tietoisesti varaa. Siksi kehoitan jokaista sote-johtajaa tarkastelemaan omaa kalenteriaan myös strategisen ajattelun näkökulmasta: milloin viimeksi sinne on varattu aikaa pysähtyä, hahmottaa suuntaa ja katsoa arkea pidemmälle?

Ehkä tärkein johtamisteko juuri nyt on pysähtyä.



Ajattelu ei ole tauko työstä, vaan johtajan tärkeintä työtä.

Häiriötilanteiden hallinta normaali- ja poikkeusoloissa sosiaali- ja terveydenhuollossa

Häiriötilanteiden hallinta ei tarkoita mikromanageerausta tai kontrolloivaa johtamista vaan päinvastoin. Palvelujärjestelmän resilienssi syntyy siitä, että hyvinvointialueiden autonomia säilyy mahdollisimman pitkälle häiriötilanteissakin.

teksti: JUHA MATTILA

Yhteistyöalueilla toteutettava keskitetty suunnittelu ja selkeät lainsäädännölliset puitteet muodostavat perustan, jonka varassa hyvinvointialueet voivat tehdä tilanteen edellyttämiä itsenäisiä päätöksiä.

Lainsäädäntö ei muodosta yksityiskohtaista tehtävälistaa, vaan se asettaa yhtenäiset ja selkeät raamit, joiden sisällä hyvinvointialueet ja yhteistyöalueet voivat toimia joustavasti. Tämä tukee tehtäväjohtamisen periaatetta: päätöksenteko ja vastuu säilyvät mahdollisimman lähellä toimintaa, mutta kokonaisuus pysyy koordinoituna.

Lainsäädäntö ja käytännön johtaminen muodostavat toimivan kokonaisuuden, jossa laki antaa perusteet ja autonomiaa kunnioittava tehtäväjohtaminen mahdollistaa paikallisen asiantuntemuksen hyödyntämisen, tilanteeseen sopivien toimintatapojen valinnan sekä resurssien nopean kohdentamisen kriittisiin kohteisiin.

Pohjois-Suomen yhteistyöalueen häiriönhallinta

Pohjois-Suomen yhteistyöalueella keväällä 2025 pidetyssä koulutuksessa

otettiin käyttöön tehtäväjohtamisen malli sekä suunnitteluohje, jolla vahvistettiin sosiaali- ja terveydenhuollon johtoryhmien osaamista ennakoidussa suunnittelussa, päätöksenteossa sekä normaali- ja poikkeusolojen häiriötilanteiden hallinnassa.

Koulutus toteutettiin kahtena toisinaan täydentävänä kokonaisuutena, jotka kohdistuivat yhteistyöaluetason strategiseen johtamiseen sekä hyvinvointialuetason taktiseen ja operatiiviseen toimintaan. Yhteistyöaluetason koulutus keskittyi strategisen ennakkoinnin ja päätöksenteon vahvistamiseen useita hyvinvointialueita koskevissa tilanteissa.

Hyvinvointialuetasolla painopiste oli yhteistyöaluetasojen linjausten toimeenpanossa, hyvinvointialueen sisäisessä johtamisessa ja operatiivisen toiminnan yhteensovittamisessa.

Koulutus vahvisti yhteistyöalueen ja hyvinvointialueiden välistä yhteistoimintaa, selkeytti johtamis- ja päätöksentekokäytäntöjä sekä tuki valmiussuunnittelun ja käytännön toimeenpanon välistä kokonaisuutta.

Häiriötilanteiden johtamisvastuu sosiaali- ja terveydenhuollossa

Toimialueiden operatiivinen johtaminen on silta, joka vie hyvinvointialueen strategian arjen toiminnaksi. Se on strategian toimeenpanoa: resurssien kohdentamista, prosessien ohjausta ja tilannekuvan ylläpitoa. Hyvinvointialueet, HUS-yhtymä ja Helsingin kaupunki vastaavat valmiussuunnittelusta, palvelujen jatkuvuuden turvaamisesta sekä häiriötilanteisiin ja poikkeusoloihin varautumisesta.

Yliopistollista sairaalaa ylläpitävä hyvinvointialue ja HUS koordinoivat yhteistyöalueensa tilannekuvaa sekä ohjaavat valmiussuunnittelua valtakunnallisten periaatteiden mukaisesti. Yhteistyöalueilla sovitaan yhteistyösopi-

muksin muun muassa yhteisistä valmiustasosta, hälytysjärjestelyistä ja nettelyistä eri häiriötilanteissa. Tarvittaessa yliopistosairaalaa ylläpitävän hyvinvointialueen hallintosäännössä määrätty viranhaltija voi kiireellisessä tilanteessa johtaa koko yhteistyöalueen toimintaa.

Kansallisella tasolla STM vastaa normaaliolojen häiriötilanteiden ja poikkeusolojen johtamisesta, mikäli se on tarpeen voimavarojen tarkoituksenmukaisen käytön, palvelujen turvaamisen tai toiminnan yhteensovittamisen vuoksi. Päätösten valmistelussa ministeriötä tukee kansallinen valmiusryhmä.

Näin muodostuu nelitasoinen johtamisjärjestelmä: toimialuetaso, jossa suorituskyky tuotetaan, alueellinen taso, jossa hyvinvointialueet ja HUS ylläpitävät valmiutta ja johtavat palveluja, yhteistyöalue, jossa koordinoidaan useiden hyvinvointialueiden voimavaroja, sekä kansallinen taso, jossa STM ohjaa kokonaisuutta ja tarvittaessa ottaa johtovastuun häiriötilanteessa.

Tehtäväjohtaminen yhteisenä johtamismallina

Tehtäväjohtaminen on yksi konkreettinen operatiivisen johtamisen menetelmä. Se keskittyy siihen, miten yksittäiset tehtävät johdetaan selkeästi ja tehokkaasti, jotta kokonaisuus pysyy hallinnassa.

Tehtäväjohtaminen perustuu neljään periaatteeseen: tarkoituksen ja päämäärän selkeyteen, toimivallan hajauttamiseen, toiminnan vapauteen sekä luottamukseen. Tehtäväjohtamisen malli muodostaa häiriötilanteissa yhteisen johtamisen perustan.

Selkeä tehtävien ja vastuiden määrittely, päätöksenteon siirtäminen mahdollisimman alas ja koordinoitu kokonaisuus mahdollistavat nopean ja johdonmukaisen toiminnan. Päätökset tehdään siellä, missä ajantasainen tie-

KUVA: SANNA KROOK

Kirjoittaja

Juha Mattila

Vt. riskienhallintapäällikkö, Pohjois-Pohjanmaan hyvinvointialue, TtM, evp ammattisotilas

to ja käytettävissä olevat resurssit ovat.

Hyvinvointialueiden autonomia ei tarkoita hajanaista toimintaa, vaan se toteutuu osana yhteisesti suunniteltua ja koordinoitua kokonaisuutta. Kansallinen taso linjaa periaatteet, yhteistyöalueet koordinoivat resurssien jakamista ja hyvinvointialueet toteuttavat alueellista strategiaa ja toimialueet tekevät operatiiviset päätökset.

Autonomia perustuu vastuuseen ja läpinäkyvyyteen, ei yksityiskohtaiseen ohjaukseen.

Yhtenäinen suunnitteluohje ja suunnittelurytmi

Tehtäväjohtamisen toimivuus edellyttää koko yhteistyöalueen kattavaa yhtenäistä suunnitteluohjetta ja säännöllistä suunnittelurytmiä. Suunnitteluohje määrittää yhteiset periaatteet, käsitteet, vastuut sekä suunnittelun vaiheet ja tuotokset. Suunnittelu etenee sekä ylhäältä alas asetettuina tavoitteina että alhaalta ylös muodostuvan tilannekuvan ja resurssitiedon kautta. Riskien-

hallinta sisältyy suunnitteluohjeen jokaiseen vaiheeseen.

Suunnittelurytmi muodostuu neljästä toisiaan tukevasta kokonaisuudesta: pitkäjänteisestä ennakoidusta suunnittelusta, säännöllisestä alueellisesta ja kansallisesta yhteensovittamisesta, operatiivisesta suunnittelusta ja jatkuvasta tilannekuvan päivittämisestä sekä harjoituksista ja simulaatioista.

Keskitetty suunnittelu tukee johtamista

Keskitetty suunnittelu vahvistaa alueellista ja kansallista resurssien ennakoin-



Tehtäväjohtaminen on yksi konkreettinen operatiivisen johtamisen menetelmä.

tia ja koordinoitua. Tavoitteena on ennakoida häiriötilanteita, optimoida resurssien käyttö sekä selkeyttää vastuuta ja taakanjakoa. Yhteistyöalueilla keskitetty suunnittelu sisältää ennakoidun tilannekuvan muodostamisen, kriittisten resurssien kartoituksen sekä harjoitusten ja simulaatioiden suunnittelun.

Keskitetty suunnittelu tukee tehtäväjohtamista siten, että suunnitelmat konkretisoidaan eri tasoille selkeiksi tehtäviksi, joissa yksityiskohtainen päätöksenteko säilyy hyvinvointialueilla. Tämä mahdollistaa nopean ja joustavan toiminnan muuttuvissa tilanteissa vahvistaen palvelujärjestelmän resilienssiä.

Suorituskyky tuotetaan toimialueella

Hyvinvointialueen palvelujen jatkuvuus tuotetaan toimialueilla. Tämä perustuu paikalliseen operatiiviseen johtamiseen, riittäviin henkilöstö- ja materiaaliresursseihin sekä ajantasaisen tilannekuvan ylläpitämiseen osana hyvinvointialueen strategiaa. Toimialueet vastaavat omista palvelukokonaisuuksistaan, kuten perusterveydenhuollosta, erikoissairaanhoidosta, ikääntyneiden palveluista ja sosiaalipalveluista.

Toimialueen valmiussuunnittelu on keskeinen osa häiriötilanteisiin varautumista. Siihen kuuluvat tietoturvaluokitellun aineiston tarkoituksenmukainen rajaaminen ja hyödyntäminen toimialueen johtoryhmän tasalle, henkilöstön sisäiseen käyttöön keskeisten hoitoprosessien ja toimintaohjekorttien määrittely sekä omavalvonta- ja pelastussuunnitelmien laatiminen ja ylläpito.

Näiden avulla varmistetaan, että toiminta on turvallista, johdonmukaista ja nopeasti sopeutuvaa myös normaali- ja poikkeusolojen häiriötilanteissa.

Kehitystarpeet

Häiriötilanteiden hallinnan kehittäminen edellyttää tehtäväjohtamisen ja suunnitteluohjeen juurruttamista pysyväksi osaksi normaalia johtamiskultuuria kaikilla tasoilla.

Keskitetyn suunnittelun vahvistamista yhteistyöalueilla ja kansallisella tasolla.

Yhteneväisen suunnittelurytmin käyttöä tukemaan harjoitusten ja simulaatioiden systemaattista integrointia osaksi arjen toimintaa, joka parantaa valmiutta ja ennakoidua toimintaa.

Suuruuden ekonomia

Suuruuden ekonomia puskee taas pintaan, kun jokin aika sitten julkaistussa sote-uudistuksen väliarviointiraportissa tuodaan esille, että Suomessa voitaisiin pärjätä 6–11 hyvinvointialueella. Suuruuden ekonomialla tarkoitetaan sitä, että toiminnan kasvassa yksikkökustannukset alenevat ja tuotavuus paranee.

Sote-palvelujärjestelmässä tämä ilmiö ei kuitenkaan toteudu kaikkialla samalla mekanismilla kuin teollisessa tuotannossa, koska palvelut perustuvat työntekijöiden ja asiakkaiden väliseen vuorovaikutukseen. Siksi suuruuden ekonomia toimii vain tietyissä osissa sote-palvelujärjestelmää ja toisissa taas ei.

SUURUUDEN EKONOMIA toimii parhaiten silloin, kun palvelut ovat kalliita, erikoistuneita ja vaativat korkeaa osaamista tai investointeja. Esimerkiksi elinsiirrot, vaativat leikkaukset ja harvinaissairauksien hoito hyötyvät keskittämisestä, koska suuret yksiköt kykenevät keräämään riittävästi potilaita, jolloin osaaminen kasautuu ja laitteet ovat tehokkaammin käytössä. Samoin tukipalveluissa – kuten ICT-ratkaisuissa, hankinnoissa, logistiikassa ja laboratoriotoiminnassa – suuret volyymit laskevat kustannuksia ja mahdollistavat standardoinnin.

Myös päivystyksessä ja ympärivuorokautisissa palveluissa riittävän suuri väestöpohja saattaa parantaa tehokkuutta, koska resurssit eivät jää vajaakäytölle. Toisaalta suuruuden ekonomia ei toimi palveluissa,



Kirjoittaja

Hermann Hyttiä
FM

jotka ovat luonteeltaan lähipalveluja, työvoimavaltaisia tai intensiivistä vuorovaikutusta vaativia.

Perusterveydenhuollon vastaanotot, neuvolat, mielenterveyspalvelut, kotihoito ja vanhushoiva ovat tehokkaita ja vaikuttavia silloin, kun ne ovat lähellä asiakkaita ja helposti saavutettavissa. Niiden laatu ja kustannustehokkuus eivät parane keskittämäl-

lä, koska henkilöstöä tarvitaan yhtä paljon riippumatta yksikön koosta.

Lisäksi suuret organisaatiot voivat menettää ketteryytensä: hallinto paisuu, päätöksenteko hidastuu ja koordinaatiosta tulee kallista ja monimutkaista, mikä johtaa niin sanottuun suuruuden haittaan (diseconomies of scale).

HARVAAN ASUTUILLA alueilla keskittäminen voi nostaa kokonaiskustannuksia pitkien välimatkojen vuoksi. Tällöin puhutaan niin sanotuista dynaamisista vaikutuksista arjen työssä ja asiakasrajapinnassa.

Yksi keskeisistä riskeistä on myös se, että organisaatiosta tulee niin suuri, että johto ei enää tiedä, miten arjen työ todellisuudessa toimii ja saavatko asiakkaat oikeasti apua. Kun organisaation koko kasvaa, väliporaat lisääntyvät ja tieto suodattuu matkalla.

Johto voi tällöin toimia enemmän raporttien kuin konkreettisten havaintojen ja työntekijöiden ja asiakkaiden kokemusten varassa.

Tätä ongelmaa saatetaan yrittää ratkaista kehittämällä tietojohtamista: lisäämällä mittareita, seurantaa ja raportointia. Ironisesti tämä voi kuitenkin ylläpitää tai jopa vahvistaa etäisyyttä arkeen, jos dataa käytetään korvikkeena todelliselle ymmärrykselle siitä, miten asiakkaat ja ammattilaiset kokevat palvelut käytännössä. Tällöin mittarit voivat näyttää vihreää, vaikka arki kertoo ihan toista.

senttia suomalaisista. Heistä moni epäilee, että heidän elimensä eivät kelpaisi luovutettavaksi. Tiedot selviävät Munuais- ja maksaliiton teettämästä Kansalaisten asenteet elinluovutukseen -gallupkyselystä (Verian 2025).

Useampi kuin kaksi viidestä (44 %) suomalaisesta on ilmaissut elinluovutustah- tonsa.

Voimassa olevan lain mukaan jokainen suomalainen on elinluovuttaja, jos tämä ei ole kieltänyt sitä elässään.

LYHYESTI

Suurin osa suomalaisista on valmis luovuttamaan elimensä kuoleman jälkeen

Suomessa tehtiin viime vuonna Suomes- sa 410 elinsiirtoa. Munuaisensiirtoja tehtiin eniten, yhteensä 268. Vaikka valtaosa munuaisensiirroista tehdään edelleen kuolleelta luovuttajalta, terve aikuinen voi luovuttaa munuaisensa jo elässään.

Elävältä luovuttajalta tehtyjä munuaisensiirtoja tehtiin viime vuonna 28. Maksansiirtoja tehtiin 67, keuhkosiirtoja 27, sydänsiirtoja 23 ja haimansiirtoja 25. Kaikki elinsiirrot Suomessa tehdään HUSin sairaaloissa Helsingissä.

– Elinsiirto muuttaa dramaattisesti elin- siirtoa tarvitsevan elämän. Elinsiirto on kirjaimellisesti elämän jatkoaika, kertoo viestintäpäällikkö **Petri Inomaa** Munuais- ja maksaliiton hallinnoimasta KYLLÄ elinluovutukselle -toiminnasta.

Suomalaisista merkittävän suuri osa on valmis auttamaan muita ihmisiä oman kuolemansa jälkeen. Valtaosa eli 90 prosenttia suomalaisista on valmis luovuttamaan eli- mensä toisen ihmisen sairauden hoitoon.

Luovutuksen kieltää vain kahdeksan pro-



Jäsenmaksu 2026

Voit nyt maksaa vuoden 2026 Terveys ja talousyhdistyksen jäsenmaksun alla olevin tiedoin.

Maksun tiedot

Saaja:	Terveys ja talous ry
Tilinumero:	FI06 1012 3000 2275 36
BIC-koodi:	NDEAFIHH
Viesti laskulle:	Jäsenen nimi / jäsenmaksu 2026

Varsinainen jäsen

Maksu sisältää Terveys ja Talous -lehden ja jäsenmaksun.

Veroton arvo:	33,18 e
Alv osuus:	1,82 e
Maksu yhteensä:	35,00 e

Perhejäsen

Maksu sisältää jäsenmaksun (varsinainen jäsen samassa taloudessa).

Veroton arvo:	15,00 e
Alv osuus:	0,00 e
Maksu yhteensä:	15,00 e

Tapahtumat 2026

• Pirkanmaan Terveys ja Talous ry vuosikokous 10.2. klo 16 alkaen. Paikka Finnmedi 1, Arvo Ylpön katu 6, Tampere. Teams-linkin saa yhdistyksen sihteeriltä [pirjo.paakkonen\(at\)pirha.fi](mailto:pirjo.paakkonen(at)pirha.fi).

• Terveys ja Talous ry hallituksen kevään kokoukset 26.3. ja järjestöseminaarin yhteydessä 22.5.

• Terveys ja Talous ry järjestöseminaaari 22.–23.5. Lisätietoa lähetetään piakkoin paikallisyhdistysten hallituksille.

• Terveys ja talouspäivät 26.–27.8. Rovaniemellä. Lisätietoa yhdistyksen sivustolta www.terveysjatalous.fi.

Terveys&Talous

Terveysalan ammattilehti
89. vuosikerta

ISSN 1797-8475

JULKAISIJA JA KUSTANTAJA

Terveys ja talous ry
Y-tunnus: 0222659-9

PÄÄTOIMITTAJA

Jaakko Herrala
jaakko.herrala@elisanet.fi

VIESTINTÄNEUVOSTO

Jaakko Herrala
Outi Kalske
Virpi Pitkänen
Lasse Kylén
Markus Pelttari

TILAUKSET, OSOITTEENMUUTOKSET JA JÄSENASIAT

Outi Kalske
outi.kalske@gmail.com

ILMOITUSMARKKINOINTI

Saarsalo Oy
Timo Lepistö
timo.lepisto@saarsalo.fi
p. 044 534 9878

ULKOASU, TAITTO JA ILMOITUSAINESTOT

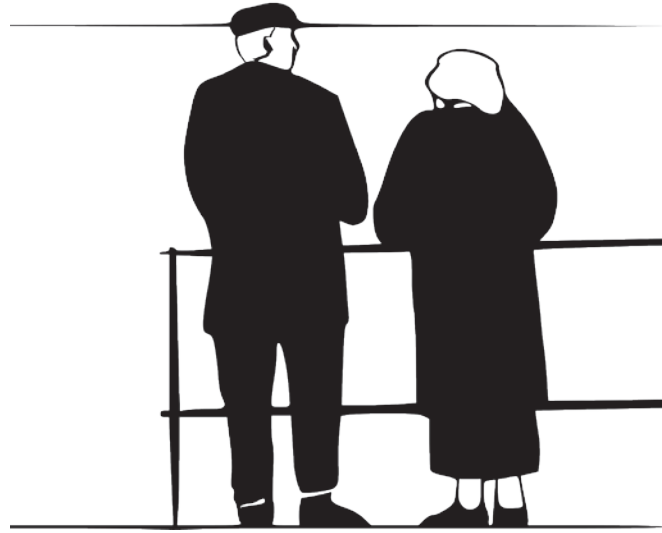
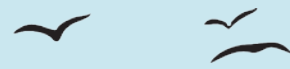
Viestintä-Paprico Oy
timo.sillanpaa@paprico.fi
ismo.myllyla@paprico.fi

PAINO

PunaMusta Oy

Lehden artikkeleiden kopiointi ilman kustantajan lupaa on kielletty.

www.terveysjatalous.fi



Hei, me ikäännytään!

Vuosiluvut vaihtuvat eikä sille voi kukaan mitään. Joka vuosi olemme vuoden vanhempia kuin edellisenä vuonna eikä sillekään voi kukaan mitään. Tätä me kutsumme ikääntymiseksi huolimatta siitä, että jotkut näyttävät parikymmentä vuotta vanhemmilta kuin oikeasti ovat tai sitten siitä, että jotkut toiset näyttävät nelikymppisiltä, vaikka oikeasti ovat 60-vuotiaita.

VÄESTÖTASOLLA IKÄÄNTYMINEN tarkoittaa ikäjakauman siirtymistä kohti vanhempaa. Sen aiheuttavat kokonaishedelmällisyyssluvun lasku ja samanaikainen aikuisten ja ikääntyneiden ihmisten kuolleisuuden lasku.

Iso kysymys on, miten yhteiskunnalle käy, kun väestö koko ajan ikääntyy. Suomessa yli 65 vuotta täyttäneiden osuuden kasvu koko väestöstä on ollut 53 prosenttia vuosien 2000–2020 välillä eli Euroopan ykköstopiaa, ja sama jatkuu. Samaan aikaan syntyvyys on laskenut huomasti. Nykyisin se on 1,25 lasta naista kohden, kun väestön uusiutumiseen tarvittaisiin 2,1 lasta.

Lapsia siis pitäisi tehdä! Mistäköhän se on kiinni, naisten vai miesten haluista vai ehkäisyvälineistä? Ratkaisu tähän voisi olla, että ehkäisyvälineiden ostamista ja tuottamista pitäisi verottaa kunnolla. Kiinassa on näin taidettu tehdä.

Entä sitten työvoima? Työvoimapula ja talouskehitys ovat myös ikärakennekehityksen seurausta. Niiden ratkaisuksi on ehdotettu maahanmuuton lisäämistä. No, jokainen asiaita seuraava voi sen nähdä, etteivät kaikki hallitukset sitä halua.

Sen sijaan on käynnistetty niin sanottua keskustelua eläkeiän nostosta. Muuten hyvä, mutta onko joku laskenut, miten paljon niveltulehdusten, eturauhasongelmi-

en, muistisairauksien, digiongelmaisten etc. vanhuusvaivojen runtelema eläkeläiset – vaikkakin halukkaat – saavat tuottavuutta kasvatetuksi? Ratkaisu tähän on, että emme saa vieroksua Suomen senioreita emmekä mistä vain maasta muuttavaa työvoimaa. On niitä muitakin maita kuin Filippiinit, Intia ja Kiina.

HOITAAKO KAIKEN teknologia? Maailmankaikkeuden alusta lukien ihminen on luottanut siihen, että kaikkien ongelmien ratkaisuun löytyy välineet kulloinkin valitsevan kulttuurin uskomuksista, tieteistä ja innovaatioista. Totta kai ikääntymisen ongelmien hoitelemista varten on syntynyt erilaisia menetelmiä etenkin lääketieteen puolelta, mutta myös muualta. Niitä löytyy myös verkkokaupoista, apteekkien tv-mainoksista ja kaikkeen osuvilta some-sivuilta.

Mitenköhän tähän pitäisi suhtautua? Ihan satavarmaa on, että tutkimus ja tieteet tulevat mullistamaan asioita – myös ikääntymistä. Arvostamani filosofi ja futuristi Yuval Noah Harari on sanonut, että lääketiede ja kaikki muukin tulee niin kehittymään, että ihmiseen voidaan asettaa siru tai vastaava, joka paitsi hälyttää kehon ja elinten ongelmista myös jotenkin niitä voi huoltaa ja korjailla.

TULEVAISUUDESSA OLLAAN siis tilanteessa, jossa 90-vuotiaat lapset hoitavat 120-vuotiaita vanhempiaan kotosalla, jos hoitokotienkin henkilöstö on jo eläköitynyt.

Minä itse en tiedä, miten suhtautua ikääntymiseen. Jossain vaiheessa arvelin, että parasta on unohtaa koko juttu, mutta ei se ikääntymiseni siihen loppunut.

Terveys ja talous ry hallituksen jäsenet 2024–2026



JAAKKO HERRALA

hallituksen puheenjohtaja
TT-lehden päätoimittaja

Emeritus sote-
muutosjohtaja, eläk.
p. 045 125 2222
jaakko.herrala@elisanet.fi



KIRSI VARHILA

hallituksen varapuheenjohtaja

kirsi.varhila@gmail.com



LASSE KYLÉN

hallituksen jäsen,

turvallisuus- ja valmiusjohtaja
Pohjois-Pohjanmaan
hyvinvointialue

p. 050 313 3589
lasse.kylen@pohde.fi



SARI KOSKINEN

hallituksen jäsen

erityisasiantuntija
sosiaali- ja terveysministeriö
sari.koskinen@icloud.com



MERJA ILOMÄKI

hallituksen jäsen

ruokapalvelujohtaja
Keski-Pohjanmaan hyvinvointialue
Tedy ry:n pj.

p. 0400 145 519
merja.ilomaki@soite.fi



NIINA KELA-KORHONEN

hallituksen jäsen

Hankinta- ja logistiikkapäällikkö
Pohjois-Savon hyvinvointialue

p. 044 717 4224
niina.kela-korhonen@
pshyvinvointialue.fi



OUTI KALSKE

sihteeri / talousvastaava

hankintajohtaja
Pohjois-Savon hyvinvointialue

p. 040 541 5125
outi.kalske@gmail.com



VIRPI PITKÄNEN

hallituksen jäsen

johtava asiantuntija,
hyvinvointi ja sote
FCG Finnish Consulting Group Oy
p. 044 784 4572
virpi.pitkanen@fcg.fi



MARKUS PELTTARI

hallituksen jäsen

talouspäällikkö
HUS, Pää- ja kaulakeskus

p. 09 4711
markus.pelttari@hus.fi



TARJA MIETTINEN

hallituksen jäsen

hankehallinnoija
Pohjois-Savon hyvinvointialue

p. 044 714 2664
tarja.miettinen@
pshyvinvointialue.fi

Liity jäseneksi

Terveys ja talous ry:n tarkoituksena on toimia sairaaloiden, terveyskeskusten ja muun terveydenhuollon hallinnon ja talouden sekä toimintaan liittyvien tukipalvelujen alalla työskentelevien ja näistä asioista kiinnostuneiden henkilöiden yhteistyöelimenä.

Tavoitteena on kehittää alan toimintoja ja toimintaedellytyksiä.

Liity Terveys ja talous -yhdistyksen jäseneksi. Saat jäsenetuna Terveys ja talous -lehden ja kontakteja alasi ihmisiin.

Voit liittyä jäseneksi kätevästi netin kautta www.terveysjatalous.fi kohdasta jäsenhakemus tai sähköpostilla yhdistyksen sihteerille outi.kalske@terveysjatalous.fi. Jäsenmaksu on 30 euroa/vuosi.

Terveys ja talous -päivien ohjelma

Aika ja paikka: 26.–27.8.2026, Santa's Hotel Santa Claus, Rovaniemi



Tiistai 25.8.2026

klo 19.00 alkaen verkostoitumisilta

Keskiviikko 26.8.2026

Teema: Hyvinvointialueet käännekohtassa

- 8.30– Ilmoittautuminen. Verkostoituminen alkaa ja näyttelyn avaus
- 9.30–9.40 Päivien avaus – Tervetuloa Terveys ja talouspäiville 2026
Johanna Kunnari, puheenjohtaja, Lapin Terveys ja Talous ry
- 9.40–10.00 Tervetuloa Rovaniemelle ja Lappiin
Jari Jokela, hyvinvointialuejohtaja, Lapin hyvinvointialue
- 10.00–10.30 Sote 2040 – millainen on tulevaisuuden visio
Veli-Mikko Niemi, kansliapäällikkö, STM
- 10.30–11.00 Paneeli: Arviointimenettely – mitä opimme ja mitä seuraavaksi?
Jari Jokela, Lapin hyvinvointialuejohtaja
Max Lönnqvist, Itä-Uudenmaan hyvinvointialuejohtaja
Piia Vuorela, johtaja, Fimea
- 11.00–11.25 Tavoitteiden ja realiteettien törmäyskurssilta hallitun uudistamisen väylälle – työvälineitä ja tukea navigointiin
Toni Haapala, SoTe -sektorin johtaja, KPMG
Karri Vainio, Senior Manager, KPMG
- 11.25–11.30 Keskustelua
Lounas ja näyttelyyn tutustuminen

Teema: Muuttuva toimintaympäristö

- 12.45–13.15 Mitkä palvelut rahoitetaan julkisista varoista ja miten poistaa vaikuttamattomat interventiot?
Miia Turpeinen, professori, OYS:n johtaja, Pohjois-Pohjanmaan hyvinvointialue
- 13.15–13.45 YTA-yhteistyö – Uudenlainen tapa tehdä yhdessä: YTA konttori
Kirsti Ylitalo-Katajisto, SoTe -järjestämisjohtaja, Pohjois-Pohjanmaan hyvinvointialue
- LapHan ja Pohteen yhteinen ICT – Uudelleen muotoiltu tukipalvelu
Mikko Päckilä, tietohallintojohtaja, Pohjois-Pohjanmaan ja Lapin hyvinvointialue
- 13.45–14.25 Kahvi ja näyttelyyn tutustuminen
- 14.25–14.55 Hyvinvointialueet Nato ja Suomi – Vaikutukset ja muutostarpeet?
"Puhuja varmistuu myöhemmin"
- 14.55–15.35 Paneeli: Kuntien elinvoima ja asiakaslähtöiset palvelut
Tapani Kiminkinen, lääkäri, Saarijärvi
Dina Solatie, kaupunginjohtaja, Kemijärvi
Matti Ruotsalainen, kaupunginjohtaja, Kemi
- 15.35–16.00 "Aihe varmistuu myöhemmin"
Toimitusjohtaja Ulla Nikkanen, Azets
- Keskiviikko 26.8. klo 17.30 alkaen verkostoitumisilta

Torstai 27.8.2026

Teema: Sote 2.0: Strategia ja resurssit puntarissa

- 9.00–9.30 Uudistuksen suunta – käännekohtasta kohti vaikuttavia ratkaisuja
"Puhuja vahvistuu myöhemmin"
- 9.30–10.00 Palvelujärjestelmän nykytila – miten tästä eteenpäin?
Ilmo Keskimäki, professori (evp), Terveystieteiden tutkimuskeskus
- 10.00–10.40 Paneeli: Hyvinvointialueiden strateginen johtaminen – ratkaisut ja resurssit
Arja Pesonen, ekonomisti, Hyvili
Eeva Ketola, laatujohtaja, Espero Care Oy
Jukka Mattila, politiikan toimialan johtaja, Suomen Lääkäriliitto
Mikko Komulainen, hyvinvointialuejohtaja, Keski-Pohjanmaan hyvinvointialue
- 10.40–11.05 Tekoäly talousprosessien tehostajana
Heli Moilanen, johtaja, BearingPoint
- 11.05–12.10 Lounas ja näyttelyyn tutustuminen

Teema: Vaikuttavuutta rakenteisiin ja tuotantotapoihin?

- 12.10–13.10 Business Battle 1.
Palvelutuotannon tulevaisuus – yksityinen ja julkinen
Ismo Partanen, toiminnanjohtaja, Lääkäripalveluyritykset ry
Mikko Häikiö, toimialajohtaja, Lapin hyvinvointialue
- Business Battle 2.
Keskitetyt vai hajautetut palvelut
Miia Palo, toimialajohtaja, terveyspalvelut, Lapin hyvinvointialue
"keskustelupari vahvistuu myöhemmin"
- 13.10–13.35 Palveluverkko, toimitilat ja investointivelka – Mistä ratkaisut?
Anne Korhonen, tekninen johtaja, Lapin hyvinvointialue
- 13.35–13.55 Kahvi ja näyttelyyn tutustuminen
- 13.55–14.25 Kohti seuraavaa hallitusohjelmaa – "big bang" vai korjaussarjoja?
Sirku Pikkujäämsä, lääkintöneuvos, sosiaali- ja terveysministeriö
- 14.25–14.50 Oikeat kirjaamistyökalut oikeaan työtehtävään
Olavi Valkama, toimitusjohtaja, Diktamen Oy
- 14.50–15.00 Keskustelua
Terveys ja talouspäivät 2027 – kapulanvaihto
Kiitos ja näkemiin.

Muutokset ohjelmaan mahdollisia.