



TERVEYDEN JA
HYVINVOINNIN LAITOS

Eeva Reissell
Marja Veikkolainen
Markku Pekurinen
Merja Kovasin
Harriet Finne-Soveri
Marina Erhola

Kanta-Hämeen maakunnallinen terveydenhuoltoselvitys

TYÖPAPERI

TYÖPAPERI 30/2013

Eeva Reissell, Marja Veikkolainen, Markku Pekurinen,
Merja Kovasin, Harriet Finne-Soveri, Marina Erhola

Kanta-Hämeen maakunnallinen terveydenhuoltoselvitys



TERVEYDEN JA
HYVINVOINNIN LAITOS

© Kirjoittajat ja Terveyden ja hyvinvoinnin laitos

ISBN 978-952-245-977-0 (painettu)

ISBN 978-952-245-978-7 (verkkojulkaisu)

ISSN 2323-363X (verkkojulkaisu)

URN:ISBN:978-952-245-978-7

<http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-245-978-7>

Juvenes Print – Suomen Yliopistopaino Oy
Tampere 2013



Sisällys

1	SELVITYSTEHTÄVÄ	5
1.1	Taustaa.....	5
1.2	Toimeksianto	6
1.3	Selvitystyön tavoite	6
2	SELVITYSTYÖN TOTEUTUS	7
2.1	Selvitystyön organisointi.....	7
2.2	Selvitystyön eteneminen	7
2.3	Selvitystyön menetelmät	8
3	KANTA-HÄMEEN MAAKUNTA	10
3.1	Taustaa.....	10
3.2	Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämismallit	11
3.2.1	Hämeenlinnan seutukunta.....	12
3.2.2	Riihimäen seutukunta.....	12
3.2.3	Forssan seutukunta.....	13
3.3	Sairaanhoitopiiri	14
3.4	Muut maakunnalliset palvelut.....	14
3.5	Sosiaali- ja terveystalvelujen kehittämishankkeita Kanta-Hämeessä.....	14
4	VERTAILUMAAKUNNAT	16
4.1	Etelä-Karjala	16
4.2	Päijät-Häme	16
4.3	Kainuu	17
4.4	Satakunta.....	17
5	TILASTOKATSAUS	18
5.1	Väestö ja väestöennusteet	18
5.1.1	Kanta-Häme	18
5.1.2	Vertailumaakunnat.....	20
5.2	Sairastavuus	22
5.3	Tarvekertoimet ja tarvevakioidut menot	23
5.3.1	Tarvekertoimet.....	23
5.3.2	Kanta-Hämeen ja vertailualueiden tarvekertoimet 2010	23
5.3.3	Palveluiden tarpeiden kehitysennusteet	25
5.3.4	Tarvevakioidut menot.....	27
5.4	Sosiaali- ja terveystalveluiden menot.....	29
5.4.1	Ikäryhmittäiset menotiedot ja ennusteet.....	29
5.4.2	Perusterveydenhuollon, erikoissairaanhoidon ja sosiaalitoimen nettokustannukset	29
6	TERVEYSTALVELUT JA IKÄÄNTYNEIDEN TALVELUT	34
6.1	Perusterveydenhuollon avovastaanotot	34
6.1.1	Kanta-Hämeen ja vertailumaakuntien terveystalveskusten lääkäritilanne.....	35
6.1.2	Avo- ja laitoshoitoidikaattorit.....	37
6.1.3	Perusterveydenhuollon hoidon saatavuus	39
6.2	Terveyden edistäminen	40
6.2.1	Neuvolat ja koulu- sekä opiskelijaterveydenhuolto	40
6.2.2	Työterveyshuolto	40
6.3	Suun terveydenhuolto	40
6.3.1	Suun terveydenhuollon vastaanottojen perustiedot	40
6.3.2	Hoidon saatavuus	41
6.4	Ikääntyneiden palvelut.....	42
6.4.1	Kotihoito.....	42
6.4.2	Vanhusten hoivapaikat.....	42
6.4.3	Palveluiden käyttö	43

6.5	Somaattinen erikoissairaanhoido	48
6.5.1	Kanta-Hämeen sairaanhoitopiiri	48
6.5.2	FSTKY ja Forssan sairaala	50
6.5.3	Erikoissairaanhoidon päivystys ja ensihoito	51
6.5.4	Erikoissairaanhoidon palveluiden käyttö	52
6.5.5	Erikoissairaanhoidon tuottavuus.....	53
6.6	Tukipalvelut	58
6.6.1	Sairaanhoidolliset tukipalvelut	58
6.6.2	Muut tukipalvelut	59
6.7	Mielenterveys ja päihdepalvelut.....	59
7	KEHITTÄMISKOHTEET	61
8	TERVEYDENHUOLLON JÄRJESTÄMISMALLIT	63
8.1	Sote-uudistuksen kansalliset linjaukset	63
8.2	Kanta-Hämeen kuntien palaute STM:n selvityshenkilöryhmän esitykseen	63
8.3	Kanta-Hämeen -Hämeen maakunnallisessa terveydenhuoltoselvityksessä kehitetyt järjestämismallivaihtoehdot	66
8.3.1	Tuotannollisesti hajautettu maakunnallinen sote-alue – vaihtoehto A.....	66
8.3.2	Kolmen sote-alueen ja keskussairaalan maakunta – vaihtoehto B	66
8.3.3	Maakunnallinen sote-alue – vaihtoehto C	67
8.4	Koordinaatioryhmän (ns. Orpon työryhmä) linjaus kuntauudistuksen sekä sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakennemuutoksen yhteensovittamiseksi esitykseen	67
8.5	Sote-linjaukset Kanta-Hämeen kannalta	68
9	JOHTOPÄÄTÖKSET JA SUOSITUKSET	69
9.1	Nykyinen järjestämismalli	69
9.2	Väestökehitys ja menopaineet	69
9.3	Tulevaisuuden haasteet	69
9.4	Järjestämismallivaihtoehdot tulevaisuudessa.....	70
9.5	Jatkovalmistelu	70
	LÄHTEET	71
	LIITE 1: Kuntahaastatteluissa haastatellut henkilöt ja haastattelijat.....	72
	LIITE 2: Perusterveydenhuoltoa ja ikäihmisten palveluja koskeva kysely perusturvajohtajille tilanteesta 31.1.2013	74
	LIITE 3: Väiseminaarissa 7.1.2013 esitellyt alustavat Kanta-Hämeen sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämismallivaihtoehdot	84
	LIITE 4: Ohjausryhmän jatkotyöstettäväksi valitsemat Kanta-Hämeen sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämismallit.....	85
	LIITE 5A: Tarkastellut vaihtoehtoiset mallit Kanta-Hämeen sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämiseksi tulevaisuudessa.....	90
	LIITE 5B: Tarkasteltujen Kanta-Hämeen sosiaali- ja terveydenhuollon vaihtoehtoisten järjestämismallien mahdollisia eroja sekä etuja ja haittoja nykyiseen toiminta-malliin verrattuna.	92
	LIITE 6: Kuntien väestö 2012 ja väestöennusteet vuosille 2020 ja 2030	93
	LIITE 7: Kuntien järjestämän terveyden- ja vanhustenhuollon kokonaismenot Kanta-Hämeen kunnissa, ikäryhmittäin 2010, 2020 ja 2040	97
	LIITE 8: Kuntakohtaiset nettokustannukset Kanta-Hämeen kunnissa ja seutukunnissa vuonna 2011	103
	LIITE 9: Kuntakohtaiset nettokustannukset Kanta-Hämeen kunnissa 2006-2011	104
	LIITE 10: Terveyspalvelujen käyttötietoja Kanta-Hämeen kunnissa 2006-2010	105
	LIITE 11: Kanta-Hämeen keskussairaalan erikoislääkäritilanne keväällä 2013.....	106
	LIITE 12: Kanta-Hämeen sosiaali- ja terveydenhuollon vaihtoehtoisten järjestämismallien riskianalyysi ...	108

1 SELVITYSTEHTÄVÄ

1.1 Taustaa

Suomen sosiaali- ja terveydenhuolto on murroksessa. Viime vuosien taloustilanne ja –ennusteet, euroopalaisittainkin nopeasti ikääntyvä väestö ja rajallinen työvoiman saatavuus sekä sosiaalisten ongelmien lisääntyminen vaativat pikaisia toimenpiteitä koko maassa. Erityisesti vanhuspalveluiden kestävyys on uhattuna seuraavien vuosikymmenten aikana ja erikoissairaanhoidon kustannukset kasvavat jatkuvasti.

Nykyhallitus on aloittanut vahvoihin peruskuntiin perustuvan kunta- ja palvelurakennemuutoksen, sosiaali- ja terveystoimen rakenteiden uudistus seuraa kuntarakennemuutosta. Hallitusohjelmassa tulee myös selvästi esiin kuntien vastuu palveluiden järjestämisestä ja rahoituksesta sekä tarve tuottavuuden, tuloksellisuuden ja vaikuttavuuden parantamisesta. Lisäksi hallitusohjelmantavoitteena on asukkaiden valinnan mahdollisuuksien lisääminen sosiaali- ja terveydenhuollon palveluissa. Tähän tavoitteeseen vaikuttaa myös vuoden 2013 lopussa voimaan tuleva EU:n ns. potilasdirektiivi vapaasta liikkuvuudesta (2011/24/EU) sekä terveydenhuoltolain mukainen julkisen terveydenhuollon valinnanvapauden laajeneminen koko Suomen kattavaksi 2014.

Sosiaali- ja terveydenhuollon rakenteiden uudistamistyö perustui edellisten hallituskausien aikana Paraslain säädäntöön ja Paras-puitelaki oli voimassa vuoden 2012 loppuun saakka. Nykyisen hallitusohjelman mukaan sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakennetta uudistetaan osana kuntarakenteen uudistamista. Lähtökohtana on sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämis- ja rahoitusvastuun säilyminen kunnilla. Toisena lähtökohtana on muodostaa järjestämis- ja rahoitusvastuuseen kykeneviä vahvoja kuntia tai poikkeusvaihtoehtona väestöpohjaltaan riittävän suuret soite-alueet. Sairaanhoidopiirien hallintorakenne on kytketty kuntauudistukseen ja tultaneen ratkaisemaan sen mukaan, minkälaiseen lopputulokseen kuntauudistuksessa päädytään. Nykyinen keskussairaalaverkosto tulee todennäköisesti muodostamaan erikoissairaanhoidon palvelutuotannon perustan myös tulevaisuudessa. Sosiaalihuollon palvelujen liittäminen tiiviimmin yhteen terveydenhuollon palvelurakenteen kanssa on keskeinen osa rakennemuutosta. Sosiaali- ja terveysministeriö asetti hallitusohjelman mukaisesti 21.3.2012 sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakennemuutosta valmistelevalle työryhmän, jonka toimikausi päättyi 31.12.2012. Alueellisten erityisolosuhteiden ja kuntakentän eroavaisuuksien vuoksi valmistelua täydennettiin asettamalla selvityshenkilötyöryhmä, jonka esitykset julkaistiin 19.3.2013. Hallituksen puolivälin kehysriihi esitti 21.3.2013 kansalliset linjaukset, joiden perusteella terveydenhuollon järjestämislain valmistelu aloitettiin antamalla valmisteluryhmän asettamispäätös 4.4.2013. Lisäksi pääministerin asettama koordinaatioryhmä linjasi 8.5.2013 sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämislain keskeiset periaatteet kuntauudistuksen sekä sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakennemuutoksen yhteensovittamiseksi.

THL on toistuvasti ottanut kantaa sosiaali- ja terveystoimien järjestämisen ja rahoituksen uudistamisen puolesta. THL:n mukaan jokaisella sosiaali- ja terveystoimien järjestäjätaholla tulee olla riittävän suuri väestöpohja ja tähän liittyvä taloudellinen kantokyky. Erityisesti erikoissairaanhoidon laadukas järjestäminen edellyttää kansainvälisten kokemusten mukaan selvästi suurempia väestöpohjia kuin mitä monessa nykyisessä sairaanhoidopiirissä on eli vähintään 200 000 – 400 000 asukasta.

Hämeen liitto, Kanta-Hämeen sairaanhoidopiiri ja THL käynnistivät elokuussa 2012 Kanta-Hämeen maakunnallisen terveydenhuoltoselvityksen, jossa arvioidaan maakunnan kuntien selviytymistä seuraavien vuosikymmenten haasteista parhaalla mahdollisella sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakenteella. Uutta palvelujen järjestämistapaa suunniteltaessa lähtökohtana ovat väestön terveydenhuollon palvelujen tar-

ve, palvelujen järjestäminen kokonaisuutena ilman sektorirajoja ja peruspalvelujen nostaminen ensisijaisiksi. Uudistuksen tavoitteena on parantaa palvelujen saatavuutta ja sujuvuutta, lisätä asukkaiden valinnanmahdollisuuksia sekä luoda mahdollisuudet käyttää maakunnan terveydenhuollon voimavaroja järkevästi. Tärkeätä on myös säilyttää kuntien vaikutusmahdollisuudet palvelujen suunnittelussa, parantaa menokehityksen hallintaa ja menojen ennakoitavuutta sekä palvelutuotannon taloudellisuutta ja tuottavuutta.

Selvityksen aikana on arvioitu useiden eri palveluiden järjestämismallien toimivuutta Kanta-Hämeen väestön hyvinvoinnin turvaamiseksi. Kansalliset linjaukset ja Sosiaali- ja terveysministeriön selvityshenkilöiden suositukset on huomioitu esitettyjen järjestämismallien arvioinnissa.

1.2 Toimeksianto

Selvitys on yhteisrahoitteinen hanke, jossa toteuttajina ovat Terveiden ja hyvinvoinnin laitos (THL), Kanta-Hämeen sairaanhoitopiiri ja Hämeen liitto. Kaikki maakunnan 11 kuntaa ovat mukana hankkeessa sairaanhoitopiirin, Hämeen liiton ja hankkeen ohjausryhmän kautta. Terveystieteiden tutkimuskeskuksen/kehittämissuunnitelmassa linjataan se, mikä olisi tehokkaasti toimiva terveyspalvelujen malli maakunnan kattavana järjestelmänä. Selvityksen sisältöä määrittävät asiasisällöt ovat:

- eritasoisille palveluille ja yksiköille tarvittavat väestöpohjat
- terveysasema- ja sairaalaverkko
- päivystysten järjestäminen
- erikoissairaanhoidon alueellistaminen/keskittäminen toimialoittain
- työnjako erityisvastuualueella
- perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon rajojen madaltaminen asiakkaan näkökulmasta lähtien

Selvityksessä ensisijaista on palveluiden saatavuuden suunnittelu ja järjestelmän toiminnallisuus. Mahdolliset organisaatiomuutokset ja uudet hallinnolliset rakenteet ovat toissijaisia näihin tavoitteisiin nähden. Järjestelmämuutoksilla pyritään vaikuttamaan välillisesti myös rahoitusongelmien purkamiseen tulevaisuudessa.

Toimeksiannon rajausta täsmennettiin ensimmäisessä ohjausryhmän kokouksessa, jossa päädyttiin rajaamaan muut sosiaalipalvelut paitsi ikäihmisten hoiva selvityksen ulkopuolelle. Aikaisemmista selvityksistä tiedetään hyvin, että erikoissairaanhoidon ja vanhusten hoito ovat kuntien talouden ja henkilöstön saatavuuden kannalta keskeiset ongelmat ja ratkaisevat seuraavien vuosien aikana palvelujen rahoituspohjan kestävyys.

1.3 Selvitystyön tavoite

Selvityksen tarkoituksena oli päätyä kehittämissuunnitelmaan siitä, mikä on Kanta-Hämeen maakunnan alueen asukkaiden palveluiden saannin kannalta tarkoituksenmukaisin terveydenhuoltojärjestelmä. Tässä selvityksessä arvioidaan myös terveydenhuoltoon liittyvien sosiaalipalveluiden järjestämismalli eli ohjausryhmän rajausten mukaisesti ikäihmisten palvelut.

Tavoitteena on perusterveydenhuollon, erikoissairaanhoidon ja keskeisten (iäkkäiden) hoivapalveluiden järjestäminen mahdollisimman kustannustehokkaasti seuraavien 20 vuoden ajan sekä perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon rajojen madaltaminen asiakkaan näkökulmasta. Samalla arvioidaan terveydenhuollon toimintojen järjestämismallivaihtoehtoja tuoreimpien kansallisten linjausten pohjalta.

2 SELVITYSTYÖN TOTEUTUS

2.1 Selvitystyön organisointi

THL:n, Kanta-Hämeen sairaanhoitopiirin ja Hämeen liiton hanketta valmisteleavassa kokouksessa 7.8.2012 linjattiin (kts. maakuntahallituksenpöytäkirja 18.6.2012 § 79), että terveydenhuollon vaihtoehdot selvitetään kolmessa vaiheessa. Lähtökohtana on, että selvityksessä tarkastellaan

- a) Kanta-Hämeen terveydenhuollon peruslähtökohtia, väestöpohjaa, palvelutarpeita ja kysyntää
- b) Kanta-Hämeen terveydenhuollon toimintojen järjestämisvaihtoehtoja kansallisten linjausten pohjalta
- c) Terveydenhuollon palveluihin kytkeytyvien sosiaalihuollon palveluiden järjestämistä Kanta-Hämeessä.

Hankkeelle perustettiin ohjausryhmä, johon kutsuttiin edustaja jokaisesta Kanta-Hämeen kunnasta, Kanta-Hämeen sairaanhoitopiiristä, Hämeen liitosta ja THL:stä. Ohjausryhmä kokoontui syksyn 2012 aikana neljä kertaa (3.9., 1.10., 19.11. ja 17.12.) ja kevään 2013 aikana neljä kertaa (21.1., 11.2., 18.3 ja 20.5.). Ohjausryhmä osallistui myös 7.1.2013 järjestettyyn väliseminaariin sekä tutustumismatkalle Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveystieteisiin (Eksote) 21.1.2013.

THL nimitti hankkeen toteutusta varten oman sisäisen projektiryhmän, johon kuuluivat Markku Pekurinen, Eeva Reissell, Marja Veikkolainen ja Merja Kovanen.

Selvitystyön vastuullisena johtajana toimi tutkimusprofessori, osastajohtaja Markku Pekurinen. Selvitystyön käytännön toteutusta johti THL:ssä hallintoylilääkäri Eeva Reissell, joka toimi myös THL:n yhdyshenkilönä sairaanhoitopiiriin, maakuntaliittoon ja kuntiin. THL kutsui eri toimialoilta asiantuntijoita mukaan selvitystyöhön. Osa asiantuntijoista jalkautui kuntakierrokselle haastattelemaan kuntien päättäjiä ja virkamiesporrasta.

Kanta-Hämeen terveydenhuoltoselvitykseen osallistuneet THL:n asiantuntijat: TA4: Marina Erhola, Merja Kovanen; PALO/PAKE: Pia Maria Jonsson, Liisa Heinämäki, Ilmo Keskimäki, Jukka Kärkkäinen, Markku Pekurinen, Eeva Reissell, Marja Veikkolainen; PALT: Anna-Mari Aalto, Timo Sinervo, Vesa Syrjä; IIPA: Sirpa Andersson, Teija Hammar, Harriet Finne-Soveri, Anja Noro, Britta Sohlman; MIPO: Mauri Marttunen; LAPO: Arja Hastrup, Anneli Pouta; MEKA: Anu Muuri ja TIETO: Hanna Rautiainen.

2.2 Selvitystyön eteneminen

Hankkeen toteutusaikataulu oli 1.8.2012 – 31.5.2013.

Selvitystyö toteutettiin kuudessa vaiheessa:

1. LÄHTÖTILANTEEN KARTOITUS 3.9.- 1.10.2012

Kanta-Hämeen alueen terveydenhuollon ja siihen läheisesti liittyvien palveluiden tulevaisuuden tarveanalyysi vuoteen 2030

2. KUNTAHAASTATTELUT 1.10.-30.11.2012

Kanta-Hämeen kuntien päättäjät ja luottamushenkilöt sekä selvitystehtävän kannalta keskeiset virka-

miehet, tavoitteena kartoittaa kuntien näkemys terveydenhuollon nykytilasta ja seuraavien vuosien palvelutarpeista (haastateltavat ja haastattelijat on esitetty liitteessä 1)

3. NYKYISTEN PALVELUJEN JA VOIMAVAROJEN KARTOITUS 1.10.2012- 31.3.2013

Perusterveydenhuollon ja ikäihmisten palvelujen nykytila kartoitettiin kunnille suunnatulla kyselyllä, poikkileikkauksena 31.1.2013 palvelukapasiteetista. Erikoissairaanhoidon nykytilan kartoitus tehtiin Kanta-Hämeen sairaanhoitopiirin ja Forssan seudun terveydenhuollon kuntayhtymän toimintakertomusten, Kanta-Hämeen järjestämissuunnitelman sekä TAYS erva-alueen järjestämissopimuksen pohjalta. Erikoislääkäritilannetta kartoittavalla kyselyllä arvioitiin myös selvitykseen valittujen vertailumaakuntien nykytilanne.

4. KANTA-HÄMEEN TERVEYSPALVELUJEN JÄRJESTÄMISVAIHTOEHTOJEN SUUNNITTELU 17.12.2012-20.5.2013

Kansallisten sosiaali- ja terveystalouden palvelurakennelinjausten pohjalta suunniteltiin ja jatkotyöstettiin Kanta-Hämeen terveystalouden järjestämisvaihtoehtoja ohjausryhmän kokouksissa ja hankkeen väliseminaarissa 7.1.2013.

5. ARVIOINNIN TUOTTAMIEN SUOSITUSTEN JA TAUSTA-AINEISTON VIIMEISTELY HELMI-HUHTIKUU 2013

Eri järjestämisvaihtoehtojen arvioinnin ja tausta-aineistojen lisäksi laadinnan viimeisteltiin vertailumaakuntien katsaus.

6. LOPPURAPORTOINTI TOUKOKUU 2013

2.3 Selvitystyön menetelmät

a) tilastollinen vertailuanalyysi

Kanta-Hämeen väestörakennetta ja väestöennusteita tarkasteltiin ikäryhmittäin sekä sukupuolen mukaan. Palvelujen käyttöä ja tarvetekijöitä tarkasteltiin kunnittain, seutukunnittain ja sairaanhoitopiireittäin. Menotiedoista esitetään nettohintaisia menoja asukasta kohti sekä tarvevakioituja menoja. Kaikissa ennusteissa hyödynnettiin Tilastokeskuksen tuottamia tietoja väestörakenteesta, väestöennusteesta ja kuolleisuudesta. Tilastokeskuksen väestötietoina käytettiin vuonna 2012 päivitettyjä tietoja.

Kanta-Hämeen perusterveydenhuollon, vanhuspalveluiden ja erikoissairaanhoidon nykytilan kartoittamiseksi analysoitiin väestön palvelujen tarvetta, käyttöä, kustannuksia ja saatavuutta aikasarjana (pääosin vuosilta 2006-2010) sekä vertailuna muihin maakunnan kuntiin, koko maahan ja valittuihin vertailumaakuntiin.

Kanta-Hämeen maakunnan vertailuaineistoksi päätettiin ohjausryhmän keskusteluiden pohjalta ottaa neljä muuta maakuntaa. Vertailukohteiksi valittiin Päijät-Häme (Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveystalouden), Etelä-Karjala (Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveystalouden), Satakunta (Satakunnan sairaanhoitopiiri) ja Kainuun maakunta (Kainuun sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymä).

Palvelujen käyttöä koskevien tietojen lähteenä on THL:n Sotkanet-tietokanta sekä hoitoilmoitustietokanta (HILMO). Erikoissairaanhoidon benchmarking -tietokantaa ja Sairaaloiden tuottavuus 2011-raporttia käytettiin episodi- ja DRG-pohjaisten kustannusten ja sairaaloiden tuottavuuden vertailuun. Somaattisen erikoissairaanhoidon menotiedot ja muut menoerätiedot ovat peräisin THL:n sekä Kuntaliiton aineistoista. Terveystaloustieteen keskuksen Chessin tilastoista saatiin tarvevakioidut kustannukset. THL:n hoitoonpääsy eli HILMO- ja avoHILMO-tietokannoista haettiin ilmoitetut hoidon saatavuustiedot lokakuussa 2012 ja maaliskuussa 2013.

b) Nykyisten palvelujen ja voimavarojen kartoitus

Kuntien perusturvajohtajille osoitettiin kysely (liite 2), jossa kysyttiin perusterveydenhuollon palveluiden sekä hoivapalveluiden järjestämistä ja tuotantoa läpileikkauksena 31.1.2013. Näitä tietoja hyödynnettiin kuntien välisessä vertailussa. Samassa yhteydessä kartoitettiin perusterveydenhuollossa käytettävissä olevat voimavarat sekä erilaiset asumis- ja hoivapalvelut. Voimavaroilla tarkoitetaan lääkäri-, eriasteisia hoitaja- ja muun keskeisen henkilöstön vakanssimääriä ja vakanssien täyttöasteita kyseisenä ajankohtana. Palveluiden saatavuutta kuntalaisen kannalta yritettiin myös arvioida tuntimäärinä viikossa, mutta vastustarkkuus ei tähän riittänyt.

Kanta-Hämeen sairaanhoitopiirin käytössä olevat voimavarat kartoitettiin realistisen kuvan saamiseksi käytössä olevasta kapasiteetista. Forssan ja Riihimäen alueiden erikoissairaanhoidon sekä koko maakunnan alueen tukipalveluiden tilanne arvioitiin vastaavasti. Tietoja verrattiin rajoitetusti vertailumaakuntien tietoihin. Tiedot kerättiin talous- ja toimintakertomuksista, erityisvastuualueen järjestämissopimuksesta (TAYS) sekä Kanta-Hämeen järjestämissuunnitelmasta. Mielenterveyspalveluista on tehty THL:n toimesta kattava selvitys vuonna 2009, joten tämä selvitys koskee pääosin somaattista erikoissairaanhoidoa, ellei toisin mainita.

c) Järjestämismallien arviointi ja suunnittelu

Kunnissa toteutetun haastattelukierroksen tavoitteena oli selvittää alueen kuntien keskeisten päättäjien ja johtavien viranhaltijoiden näkemyksiä nykytilanteesta ja selviytymisestä tulevaisuudessa. Haastatteluisissa kysyttiin keskeisiä muutostarpeita ja ongelmakohtia toiminnoissa, rakennemuutoksen keskeisiä tavoitteita, mitä palveluja ei missään tapauksessa saisi siirtää pois kuntien vastuulta sekä muutoksen reunaehdoja ja muutosvalmiuksia.

Haastattelun ja keskustelujen pohjaksi oli valittu kolme järjestämismallia:

1. Kanta-Hämeen kattava yhtenäinen sote-alue
2. Kanta-Hämeen kattava sote-alue, joka koostuu kolmesta toimijasta: Forssa, Riihimäki, Hämeenlinna
3. Ei maakunnallista sote-aluetta, järjestäminen alueittain, palvelut eri paikoista eikä sairaanhoitopiiriä rakenteena enää ole.

Kuntakierroksen ja sosiaali- ja terveysministeriön asettaman palvelurakennetyöryhmän esittämien kansallisten linjausten selvittyä joulukuussa 2012 ohjausryhmälle esitettiin neljä vaihtoehtoista mallia, jotka olivat esillä tammikuussa 2013 järjestetyssä väliseminaarissa (liite 3). Saadun palautteen perusteella malleista otettiin jatkokäsittelyyn kaksi (mallit 3 ja 4). Näistä malleista työstettiin edelleen kolme mallia (A, B, C), joiden toimivuutta arvioitiin kevään ohjausryhmän kokouksissa (liite 4).

STM:n selvityshenkilöt esittivät oman kyselynsä kunnille sote-palveluiden järjestämisestä alkuvuodesta 2013. Kanta-Hämeen kuntien antamat lausunnot esitetään järjestämismallien yhteydessä. Oikeuskanslerin vaatimuksesta hallitus asetti hallituspuolueiden työryhmän valmistelemaan kuntarakennelain ja sote-uudistuksen yhteensovittamista huhtikuussa 2013. Työryhmän esitys julkistettiin 8.5.2013 ja nämä linjat käsitellään lyhyesti järjestämismalliosiossa.

3 KANTA-HÄMEEN MAAKUNTA

3.1 Taustaa

Kanta-Häme koostuu 11 kunnasta ja jakautuu kolmeen seutukuntaan. Hämeenlinnassa on taustalla kunnan kuntaliitos vuonna 2009, jolloin Hauho, Kalvola, Lammi, Renko ja Tuulos liittyivät Hämeenlinnaan. Hattula ja Janakkala jäivät kuntaliitoksen ulkopuolelle, mutta seudullista yhteistyötä tehdään Hämeenlinnan seutukunnassa (93 378 asukasta).

Maakunnan eteläosassa Riihimäen seutukunnan muodostavat Riihimäki, Hausjärvi ja Loppi, jotka selvittivät kuntaliitosta vuonna 2007 Uudenmaan maakuntaan kuuluvan Hyvinkään kanssa (45 891 asukasta). Nämä seutukunnat ja niiden suuret taajamat muodostavat Kanta-Hämeen ydinalueen, joka on samalla pääradan ja valtatie 3 ympärille kehittynyt valtakunnallisesti merkittävä aluerakenteen kehityskäytävä Helsingistä Tampereelle (VM 2012).

Kanta-Hämeen länsiosan Forssan seutukunta muodostaa oman seudullisen kokonaisuutensa, jolla on sidoksia Varsinais-Suomeen. Seutukunnan kunnat ovat Forssa, Humppila, Jokioinen, Tammela ja Ypäjä (35 286 asukasta).

Taloudellisesti Kanta-Häme oli neljänneksi vahvin maakunta vuonna 2010. Maakunnan kunnat ovat velkaantuneita, sillä peruskuntien nettovelka on maan kolmanneksi suurin ja konsernivelka seitsemänneksi pienin (VM 2012).

Taulukko 1. Kanta-Hämeen kuntien ja seutukuntien väestö 31.12.2011 ja osuudet (%) koko maakunnan asukkaista.

Kunta	Väestö 31.12.2011	Osuus maakunnan asukkaista %
Forssa	17 833	10,2
Humppila	2 503	1,4
Jokioinen	5 676	3,2
Tammela	6 554	3,7
Ypäjä	2 550	1,5
Forssan seutu	35 116	20
Hattula	9 682	5,5
Hämeenlinna	67 270	38,4
Janakkala	16 960	9,7
Hämeenlinnan seutu	93 912	53,6
Hausjärvi	8 807	5
Loppi	8 377	4,8
Riihimäki	29 018	16,6
Riihimäen seutu	46 202	26,4
YHTEENSÄ	175 230	100

Kuntauudistuksen keskeiset suuntaviivat Kanta-Hämeen alueella 2012

Valtiovarainministeriön arvion mukaan maakunnan eri osissa kuntien kuntaliitostarve on erilainen. Hämeenlinnan vuonna 2009 toteutettu kuuden kunnan kuntaliitos on jo suurelta osin koonnut samaa toiminnallista aluetta yhdeksi kunnaksi lukuun ottamatta Hattulaa ja Janakkalaa. Etelässä ja lännessä kuntarakennatarkaisut ovat sen sijaan vielä tekemättä. Valtiovarainministeriö on ehdottanut Kanta-Hämeen alueelle kolmea erityistä kuntajakoselvitystä seuraavien uusien kuntien muodostamiseksi:

- Hämeenlinna, Hattula ja Janakkala,
- Hyvinkää, Riihimäki, Hausjärvi ja Loppi sekä
- Forssa, Humppila, Jokioinen, Tammela ja Ypäjä.

Varsinais-Suomessa sijaitseva Somero voisi valita kuntaliitosselvityksen suunnaksi joko Salon tai Forssan. Yhdyskuntarakenteen perusteella Ypäjän kunnan ns. asemaseudulla olisi mahdollisuus valita Forssan sijasta selvityssuunnakseen myös Loimaa (VM 2012).

3.2 Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämismallit

Kuntien yhteistoimintaa tehdään Kanta-Hämeessä pääosin seutukuntien mukaisesti. Hämeenlinna on tällä hetkellä ainoa keskuskaupunki, joka ei kuulu sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistoiminta-alueeseen. Hämeenlinnan seutukunta jakautuukin Hämeenlinnan kaupunkiin ja Hattula-Janakkala yhteistoiminta-alueeseen. Riihimäen seudun kunnat kuuluvat terveyskeskuskuntayhtymään ja Forssan seudun kunnat kuuluvat terveydenhuollon kuntayhtymään. Tyypillinen seutukunnittain järjestettävä terveydenhuollon toiminta on ympäristöterveydenhuolto, jonka suhteen ainoastaan Janakkalan kunta poikkeaa yhteistoimintamallista.

Kuva 1. Kanta-Hämeen maakunnan alueen sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämismallit vuonna 2012.



3.2.1 Hämeenlinnan seutukunta

Hämeenlinnan kaupunki

Hämeenlinna järjestää sosiaali- ja terveydenhuollon palvelunsa itse. Taustalla on iso organisaatiomuutos: 1.1.2009 Hauho, Hämeenlinna, Kalvola, Lammi, Renko ja Tuulos liittyivät kuntaliitoksen kautta yhteen yhdeksi kaupungiksi, jonka nimeksi tuli Hämeenlinna. Hattula ja Janakkala jäivät tällöin kuntaliitoksen ulkopuolelle. Kuntaliitoksen yhteydessä kansanterveystyön kuntayhtymät (Hämeenlinnan seudun kansanterveystyön kuntayhtymä ja Lammin-Tuuloksen kansanterveystyön kuntayhtymä) purettiin. Samassa yhteydessä otettiin käyttöön sopimusohjaus- ja osittain elämäntaakariorganisaatio, uusi lautakuntarakenne sekä tilaaja-tuottajamalli. Hämeenlinnan Terveyspalvelut -liikelaitos tuottaa palvelusopimuksen mukaisesti avosairaanhoidon ja suun terveyden huollon palvelut, hoidolliset tukipalvelut sekä sairaala- ja geriatriset palvelut Hämeenlinnan kaupungin asukkaille ja kaupungin muille tuottajayksiköille.

Toimintaa on jatkuvasti kehitetty ja mm terveyshyötymallia on implementoitu perusterveydenhuollossa. Organisaatiotasolla vuoden 2012 alussa palvelutuotannossa yhdistyivät ikäihmisten koti- ja asumispalvelujen palvelualue ja ikäihmisten pitkäaikaishoiva uudeksi ikäihmisten hoito- ja hoivapalvelujen palvelu-alueeksi. Lisäksi vuonna 2012 Terveyden ja toimintakyvyn lautakunnan alaisesta sosiaalisen tuen palvelusta päihdepalvelut siirrettiin henkisen hyvinvoinnin palvelujen tehtäväalueelle. Mielenterveyspalveluiden rakennemuutosta jatkettiin vuoden 2012 alussa siten, että kuntoutuspoliklinikka ja päivöosasto siirtyivät Kanta-Hämeen sairaanhoitopiiriltä Hämeenlinnan kaupungin toiminnoiksi.

Sopimusohjauksessa lautakuntien rahoitus- ja järjestämisvastuu toteutuu palvelusopimusten kautta, jotka tehdään kaupungin oman palvelutuotannon, konsernin sisäisen palvelutuotannon ja ulkoisten palveluntuottajien kanssa.

Hattula-Janakkala yhteistoiminta-alue

Janakkalassa on kaksi isoa taajamaa, Turenki (asukkaita 7 350) ja Tervakoski (4 056), yhteensä kunnassa on asukkaita 16 900. Janakkalan sijainti Hämeenlinnan eteläpuolella 3-tien varrella on keskeinen, samoin kuin Hattulan (asukkaita 9 682) Hämeenlinnan pohjoispuolella. Janakkala ja Hattula ovat muodostaneet perusterveydenhuollon yhteistoiminta-alueen isäntäkuntamallilla 1.1.2009 lähtien, asukkaita alueella oli vuonna 2011 yhteensä 26 549. Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä vastaa perusturvalautakunta, perusturvalautakunnan terveysjaosto on Janakkalan ja Hattulan yhteinen toimielin, jonka tehtävänä on huolehtia yhteistoiminta-alueen perusterveydenhuollon järjestämisestä. Hattulan terveydenhuollon palvelut tuottaa pääosin Pihlajalinna Oy (avoterveydenhuolto, vuodeosastohoito) ja Janakkalan palvelut yhteistoiminta-alue. Sosiaalipalvelut on lasten päivähoidon lukuun ottamatta suunniteltu siirrettäväksi yhteistoiminta-alueelle vuonna 2015.

3.2.2 Riihimäen seutukunta

Riihimäen seudun kunnat sijaitsevat Kanta-Hämeen keskussairaalan (n. 35 km) ja Hyvinkään sairaalan (n. 15 km) välissä erinomaisten liikenneyhteyksien varrella. Riihimäen seudun terveyskeskuksen kuntayhtymä perustettiin vuonna 1977. Kuntayhtymän omistajakunnat ovat Riihimäki, Hausjärvi ja Loppi, joiden yhteenlaskettu väestöpohja on noin 45 000. Riihimäen väestöpohja on noin 60 % (27 500) alueen väestöstä. Hausjärvi ja Loppi ovat molemmat hieman yli 8 000 asukkaan kuntia. Riihimäellä oli aiemmin Kanta-Hämeen sairaanhoitopiirin aluesairaala, jolla oli oma vastuualue ja hallinto. Vuonna 2004 sairaalan itsenäinen toiminta päättyi, kun sairaanhoitopiiri liitti aluesairaalan keskussairaalan yhteydessä toimivaksi Riihimäen yksiköksi (RYKS), jonka toimintaa johdetaan keskussairaalaan tulosyksiköittäin ilman maantieteellistä vastuualueita. Riihimäen yksikössä ei siitä lähtien ole ollut omaan erillistä johtajaa

tai hallintoa. Sairaalan tilannetta on hankaloittanut pula työntekijöistä ja päivystyksen lopettamisesta on käyty kiivasta paikallista keskustelua. Erikoissairaanhoidon päivystys keskitettiin Kanta-Hämeen keskussairaalan tiloihin 1.10.2012.

Vuonna 2007 Riihimäen seudun kunnat asettivat tavoitteeksi rakentaa eheä toiminnallinen sosiaali- ja terveystoimen kokonaisuus ja vuonna 2009 aloitettiin RYKS:n kehittämiseen johtavat selvitykset. Vuonna 2010 Riihimäen seudun sosiaali- ja terveyspalvelujen rakenneselvityksessä ehdotettiin kuntayhtymän purkamista perussopimusta muuttamalla ja muutuskuntayhtymän perustamista viideksi vuodeksi (Junnila et al 2010). Muutuskuntayhtymään yhdistettävien toimintojen ja organisaatioiden oli tarkoitus kattaa kaikkien kolmen jäsenkunnan perusturva pl. päivähoito sekä terveyskeskuksen kuntayhtymän koko toiminta. Muutuskuntayhtymän yhteydessä yhteistyötä RYKSin kanssa suunniteltiin tiivistettäväksi (mm. yhteiset virat ja konsultaatiokäytännöt), mutta hallinnollisesti sairaalan suunniteltiin jäävän sairaanhoitopiirin alaisuuteen.

Nykyisen Riihimäen seudun terveyskeskuksen kuntayhtymän toiminta jatkuu kolmen jäsenkunnan voimin vuoden 2014 loppuun asti.

3.2.3 Forssan seutukunta

Forssan kaupunki sekä Humppilan, Jokioisten, Tammelan ja Ypäjän kunnat perustivat vuonna 2000 Forssan seudun terveydenhuollon kuntayhtymän (FSTKY). Erikoissairaanhoidon palveluita tuottanut Forssan sairaala ja perusterveydenhuollon palveluita tuottanut Lounais-Hämeen kansanterveystyön kuntayhtymä yhdistettiin seutukunnalliseksi terveydenhuollon kuntayhtymäksi, joka aloitti toimintansa vuonna 2001. Kuntayhtymän alueella on noin 34 400 asukasta. Keskuskunnan Forssan väestö on noin puolet alueen väestöstä. Humppilassa ja Ypäjällä on noin 2 500 asukasta ja Tammelassa ja Jokioisissa noin 6 000 asukasta.

Yhdistyminen toteutui kuntien omasta aloitteesta ja tavoitteena oli säilyttää monipuoliset palvelut ja paikallinen päätöksenteko alueella sekä parantaa terveydenhuollon ohjausta ja kustannusten hallintaa. Kuntayhtymän kunnat ovat suunnitelleet sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistoiminta-alueen muodostamista eli sosiaalihuollon palveluiden siirtoa yhteistoiminta-alueelle lasten päivähoitoa lukuun ottamatta vuonna 2015 (Hyvinvointikuntayhtymä). Someron kaupungin ja Urjalan kunnan edustajat ovat osallistuneet suunnitteluun ja kunnilla on mahdollisuus neuvotella jäsenkunnaksi liittymisestä. Myös Loimaan kaupungin kanssa tehdään maakunnan rajan ylittävää terveydenhuollon yhteistyötä.

Forssan mallia pidetään erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon integraation edelläkävijänä kansallisella tasolla. Mallia on arvioitu mm. Riihimäen seudun muutuskuntayhtymäselvityksessä seuraavasti (Junnila 2010): FSTKY on hallinnollisesti itsenäinen ja päätökset tehdään lähellä kuntalaisia. Kuntayhtymä hallinnoi kuntien kaikkia terveydenhuollon menoja ja voi siis suunnitella terveydenhuoltoa ja vanhustenhoitoa kokonaisuutena. Perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon saumaton yhteistyö ja yksi budjetti sekä yhteiset tietojärjestelmät myös kuntien vanhustenhuollon kanssa ovat kuntayhtymän etuja. Kunnat ovat tyytyväisiä sopimusohjausjärjestelmään, jossa on kiinteä vuosisopimus ja kunnan maksuosuus seuraavan vuoden budjetista määräytyy 2,5 vuoden aikaisemman hinnaston mukaisen käytön perusteella. Yksijohtajajärjestelmä sekä avoin ja ennakoiva johtaminen ovat myös Forssan seudun menestystekijöitä (Junnila 2010).

FSTKY hankkii palveluita yli maakuntarajojen mm. Varsinais-Suomesta sekä suoraan TAYS:stä. Kanta-Hämeen sairaanhoitopiiri onkin selvittänyt hiljattain Audiapron avulla FSTKY:n toiminnan taloudellisia heijastusvaikutuksia.

3.3 Sairaanhoidopiiri

Kanta-Hämeen kunnat kuuluvat Kanta-Hämeen sairaanhoidopiirin kuntayhtymään, jonka tehtävänä on tuottaa sen jäsenkuntien ja sairaanhoidopiirin järjestämisvastuuseen kuuluvia erikoissairaanhoidon palveluja sekä järjestää palvelusopimuksessa sovittu erikoissairaanhoido- ja kehitysvammahuolto. Kuntayhtymän tehtävänä on lisäksi huolehtia muista sairaanhoidopiirille säädetyistä tehtävistä. Ensihoitotoiminta käynnistyi sairaanhoidopiirin vastuulla vuoden 2012 alusta lukien ja siitä on tehty yhteistoimintasopimus Kanta-Hämeen pelastuslaitoksen kanssa. Erikoissairaanhoidon päivystys keskitettiin Kanta-Hämeen keskussairaalan tiloihin 1.10.2012.

Kanta-Hämeen sairaanhoidopiiri kuuluu Tampereen yliopistollisen sairaalan erityisvastuualueeseen yhdessä Pirkanmaan ja Etelä-Pohjanmaan sairaanhoidopiirien sekä Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymän (PHSOTEY) kanssa. Vaasan sairaanhoidopiiri siirtyi Turun yliopistollisen keskussairaalan erityisvastuualueen piiriin 1.1.2013 (väestöpohja 167 000). PHSOTEY (väestöpohja 213 262) on tehnyt valtioneuvostolle aloitteen siirtymisestä HUS alueelle. TAYS erva väestöpohjan supistuminen asettaa suuria haasteita erityisvastuualueen toiminnalle ja taloudelle seuraavien vuosien aikana.

Vuoden 2011 lopussa TAYS erva-alueella oli 1 244 153 asukasta. Vaasan sairaanhoidopiirin irtaantumisen jälkeen väestöpohja on nyt 1 076 664. Mikäli Päijät-Häme saa valtioneuvostolta luvan siirtyä HUS-piiriin, jää TAYS erva väestöpohjaksi 863 402 (Pirkanmaa 489 501, Etelä-Pohjanmaa 198 671 ja Kanta-Häme 175 230).

TAYS erva-alueen strategia tähtää sairaanhoidopiirien väliseen kumppanuuteen ja toimintojen tarpeenmukaiseen keskittämiseen. Kanta-Hämeen rooli erva-alueen erikoissairaanhoidon palvelutuotannossa on alueen järjestämissopimuksen mukaan suhteellisen vaatimaton: nykyisessä erityistason konsultaatiotoiminnassa osaamista on ainoastaan lastenortopediassa, onkologiassa ja laboratoriopalveluissa. Kanta-Hämeen sairaanhoidopiirillä ei järjestämissopimuksen mukaan ole lainkaan mahdollisuuksia tarjota konsultaatioapua muille erva-alueen sairaanhoidopiireille.

3.4 Muut maakunnalliset palvelut

1.1.2012 alkaen Hämeenlinnan kaupunki on tuottanut sosiaalipäivystyspalvelun isäntäkuntamallilla kaikille Kanta-Hämeen kunnille. Kaikki kunnat kuuluvat maakunnalliseen perhepankkiin, jonka toiminta keskittyy pääasiassa lastensuojeluun. Perhepankki etsii sijoitettaville lapsille sijaisperheitä sekä lastensuojelun avohuollon tuki- ja kriisiperheitä. Perhehoidossa voidaan hoitaa myös nuoria, kehitysvammaisia, pitkäaikaissairaita, mielenterveyspotilaita ja vanhuksia. Kunnat järjestävät kehitysvammaisten asumis- ja muut tukipalveluita Etelä-Suomessa toimivan ETEVAN kautta. Hämeen päihdehuollon kuntayhtymä toimii 26 kunnan alueella Kanta-Hämeessä, Pirkanmaalla ja Päijät-Hämeessä ja ylläpitää Mainiemen kuntoutumiskeskusta Lammilla.

3.5 Sosiaali- ja terveyspalvelujen kehittämishankkeita Kanta-Hämeessä

Kanta-Hämeessä on meneillään lukuisia alueellisia ja seudullisia terveyspalvelujen ja ikääntyneiden palvelujen kehittämishankkeita. Yksi laajoista hankkeista on Kaste-ohjelman Potku-hanke. POTKU – hankkeen tavoitteena on parantaa pitkäaikaissairauksien ennaltaehkäisyä ja hoitoa terveyshyötymallin (Chronic Care Model) mukaisesti. Toimintamallissa kehitetään suunnitelmallisia, tarpeenmukaisia ja terveyshyötyä

tuottavia palveluja pitkäaikaissairaille. Keskeisenä tavoitteena on potilaiden mukaan ottaminen oman hoidonsa suunnitteluun ja hoidon toteutukseen kehittämällä omahoitoa tukevia palveluja terveyskeskuksissa. Hämeenlinnan Terveyspalvelut -liikelaitos on mukana hankkeessa. Vuoden 2012 marraskuusta käynnistynyt POTKU II jatkaa edellisen hankkeen tavoitteita ja mukana ovat Forssan ja Riihimäen seutukunnat sekä Hämeenlinna.

MaaliPotku on Sastamalan perusturvakuntayhtymän, Vammalan aluesairaalan, Forssan seudun terveydenhuollon sekä Riihimäen seudun terveyskeskuksen kuntayhtymien yhteinen Väli-Suomen Potkun osahanke. Osahankkeen tavoitteena on kehittää valituille potilasryhmille oikea-aikaisia palveluja yhteistyössä kuntien sosiaalitoimen, perusterveydenhuollon, erikoissairaanhoidon ja kolmannen sektorin kanssa niin, että palvelut kohdennetaan asiakaslähtöisesti terveyspalvelujen suurkuluttajille. Hankkeessa kartoitetaan paljon palveluja käyttävien asiakkaiden/potilaiden ryhmät ja valitaan paikallisesti keskeiset potilasryhmät, joiden kohdalla aloitetaan terveyshyötymallin pilotointi.

Kanta-Hämeen Polkka-hanke (Palvelujen, Osaamisen ja Laadun Kehittäminen Kanta-Hämeessä Asiakaslähtöisesti) on kesällä 2009 käynnistynyt ikäihmisten palveluiden kehittämishanke, jonka rahoitus tulee STM:n KASTE-ohjelmasta. Riihimäen kaupunki on mukana hankkeessa omarahoitusosuudella. Riihimäen seudun Polkka-hankkeen toiminta-alueeseen kuuluvat myös Loppi, Hausjärvi, Hattula ja Janakkala.

Lisäksi on käynnissä mm. ikäihmisten palvelurakennehanke, eOmahoidon ja eReseptin käyttöönotto sekä sähköisen palvelusetelin käyttöönoton selvittäminen, tavoitteena seutukunnallinen yhteinen järjestelmä (Hattula, Hämeenlinna, Janakkala). Asiakaspalautetta kerätään ja asiakastyytyväisyysmittauksia tehdään eri organisaatioissa vaihtelevasti.

4 VERTAILUMAAKUNNAT

4.1 Etelä-Karjala

Etelä-Karjalassa on 10 kuntaa, joissa asukkaita on yhteensä 133 703. Kunnat muodostavat kaksi seutukuntaa eli Imatra, Parikkala, Ruokolahti ja Rautjärvi (asukasluku 43 932) sekä Lappeenranta, Luumäki, Taipalsaari, Savitaipale, Lemi ja Suomenniemi (asukasluku on 89 771). Etelä-Karjalan kunnat kuuluvat Suomenniemeä lukuun ottamatta Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveystieteiden (Eksote), joka tuottaa Imatran lukuun ottamatta kuntien sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut kokonaisuudessaan. Imatra kuuluu Eksoteen erikoissairaanhoidon osalta ja tuottaa itse perusterveydenhuollon ja sosiaalihuollon palvelunsa sekä pienimuotoista erikoissairaanhoidon palveluita. Eksoten erikoissairaanhoidon palvelut tuotetaan keskussairaalassa Lappeenrannassa. Piirin rahoitusmalli on ns. sekamalli: siinä on kapitaatio-osuus (15 %), tarvepilotettu kapitaatio-osuus (21 %) sekä suoritepohjaisen laskutuksen osuus (64 %). Kokonaislaskutuksessa ei ole käytössä tasausten menetelmää ja kuntalaskutus perustuu kolmen vuoden keskiarvoon. Eksoten sosiaali- ja terveystieteiden malli on edelläkävijä sosiaali- ja terveydenhuollon toimintojen integroinnissa yhdeksi kokonaisuudeksi maakunnan alueella, mutta jäsenkunnat painivat talousongelmien kanssa. Väestön ikääntyminen on maakunnassa merkittävä ongelma tulevina vuosina.

4.2 Päijät-Häme

Päijät-Hämeen maakunta koostuu 11 kunnasta, joissa on asukkaita yhteensä 201 772. Eniten asukkaita on Lahdessa, jossa on 101 588 asukasta. Kaikki Päijät-Hämeen kunnat kuuluvat Lahden seutukuntaan. Päijät-Hämeessä nykyiset sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistoiminta-alueet on muodostettu ilman Lahden ja Heinolan kaupunkeja.

Hollola, Asikkala, Kärkölä, Hämeenkoski ja Padasjoki muodostavat yhteistoiminta-alueen, Peruspalvelukeskus Oiva-liikelaitoksen, jonka isäntäkuntana on Hollola. Nastolan, Orimattilan, Hartolan ja Sysmän sekä Pukkilan (Uusimaa), Myrskylän (Uusimaa) ja Iitin (Kymenlaakso) sosiaali- ja perusterveydenhuollon palvelut tuottaa kuntayhtymän ylläpitämä Peruspalvelukeskus Aava. Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymä, jonka käyttönimi on Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveystieteiden aloitti toimintansa 1.1.2007. Yhtymän toimialat ovat erikoissairaanhoidon, sosiaali- ja perusterveydenhuolto sekä ympäristöterveydenhuolto. Sosiaali- ja terveystieteiden yhteistyö tuottaa erikoissairaanhoidon palveluja 14 jäsenkunnalle yli maakunnan rajojen. Yhtymän asukasluku oli 31.12.2011 yhteensä 213 262. Yhtymä tuottaa myös sosiaali- ja perusterveydenhuollon palvelut Aavan jäsenkunnille. Oiva-kunnat hankkivat yhtymältä laboratorio- ja kuvantamispalvelut, lääkehuollon sekä apuvälinehuollon toiminnan perusapuvälineiden osalta. Heinola ja Lahti järjestävät perustason palvelut itse. Heinolan terveyskeskuksessa tuotetaan kuntalaisten tarpeisiin joitakin erikoissairaanhoidon peruspalveluja.

PHSOTEY laskutus on suoriteperusteinen, somaattisessa erikoissairaanhoidossa DRG-pohjainen ja sopimukset ovat yhden vuoden mittaisia. Sopimuksessa asetetaan toiminnan euromääräiselle kasvulle kokonaistavoite huomioiden kustannusten nousu. Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveystieteiden vuoden 2012 toimintakulut kasvoivat 10,4 prosenttia vuodesta 2011. Vuonna 2011 kasvu oli 5,8 prosenttia. Toimintamenojen kasvua viime vuonna selitti osaltaan yhteispäivystyskeskus Akuutti24:n toiminnan käynnistyminen.

4.3 Kainuu

Kainuu on harvaan asuttu, pitkien etäisyyksien maakunta, jossa yhdyskuntarakenne ja taajamat eivät muodosta yhtenäistä rakennetta. Myös kuntatalouden tila ja ikääntymisongelma ovat alueella vaikeita. Kainuussa on 9 kuntaa, joissa asukkaita oli vuonna 2011 yhteensä 82 073. Kunnat muodostavat kaksi seutukuntaa eli Kajaanin, Paltamon, Ristijärven, Sotkamon ja Vaalan seutukunnan sekä Kehys-Kainuun seutukunnan, johon kuuluvat Kuhmo, Puolanka, Suomussalmi ja Hyrynsalmi.

Kainuussa toteutettiin Kainuun hallintokokeilu vuodesta 2005 vuoden 2012 loppuun saakka. Kokeilussa olivat mukana kahdeksan Kainuun maakunnan yhdeksästä kunnasta. Vaalan kunta ei ollut mukana kokeilussa, kunta on mukana Oulunkaaren yhteistoiminta-alueessa ja kuuluu Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiiriin. Hallintokokeilussa maakunta vastasi perussopimuksen mukaan terveydenhuollosta kokonaisuudessaan ja sosiaalihuollosta päivähoitoa lukuun ottamatta. Puolangan kunta teki päätöksen olla osallistumatta hallintokokeilun jatkoon. Tämän vuoksi Kainuun hallintokokeilu päättyi vuoden 2012 loppussa. Kainuussa kaikki sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut pl. lasten päivähoito jatkavat hallintokokeilun loppumisesta huolimatta yhden organisaation vastuumallilla. Kainuun maakunta -kuntayhtymässä rahoitus muodostuu kuntien maksaman sovitun rahoituspohjan mukaan (prosenttiosuus kuntien saamista valtion avuista ja verotuloista).

4.4 Satakunta

Satakunta on 21 kunnan maakunta, jossa asukkaita oli 227 031 vuonna 2011. Asukasluvultaan maakunnan suurin kunta on Pori, jossa on 83 032 asukasta ja seuraavaksi suurin on Rauma (39 715). Maakunnassa on alle 5 000 asukkaan kuntia yksitoista ja kuntien keskimääräinen pinta-ala on selvästi alle maan keskiarvon. Alueella on kuusi sosiaali- ja terveystalvelujen yhteistoiminta-alueita. Kaikki Satakunnan kunnat kuuluvat Satakunnan sairaanhoitopiiriin lukuun ottamatta Kiiikoista, joka kuuluu Pirkanmaan sairaanhoitopiiriin. Sairaanhoitopiirin sairaaloista keskussairaala sijaitsee Porissa sekä psykiatrisen ja kuntoutussairaala Harjavallassa. Useiden erikoisalojen palveluja tuottava Rauman aluesairaala siirtyi sairaanhoitopiiriltä Rauman kaupungin omistukseen ja toiminnaksi 1.1.2012. Kuntalaskutus tapahtuu suoriteperusteisena ja budjettiohjaus hyväksytään vuosittain.

5 TILASTOKATSAUS

5.1 Väestö ja väestöennusteet

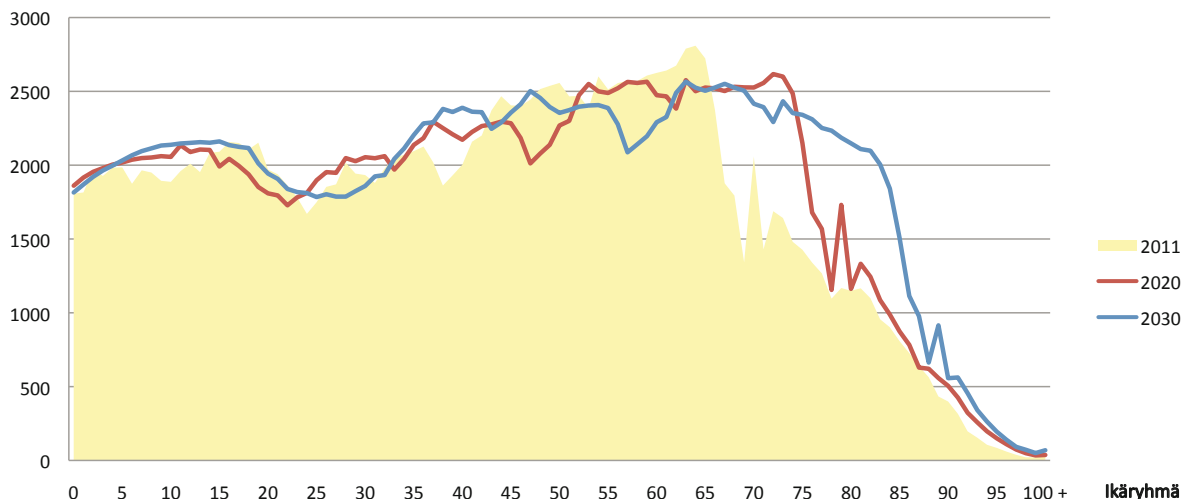
5.1.1 Kanta-Häme

Kanta-Hämeen väkiluku oli 175 230 vuonna 2011 (taulukko 2). Erityisesti Riihimäen ja Hämeenlinnan seudun kunnat ovat väestörakenteeltaan maan parasta luokkaa. Forssan seudulla näkyy väestön painottuminen 50- 70 -vuotiaisiin. Erityisesti Humppilassa ja Ypäjällä syntyvät ikäluokat ovat pieniä.

Taulukko 2. Kanta-Hämeen kuntien ja seutukuntien väestömäärä ikäryhmittäin vuonna 2011.

Väestö 31.12.2011	IKÄLUOKKA										
	0-9	10-19	20-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70-79	80-89	90 -	YHTEENSÄ
Forssan seutukunta	3493	4009	3375	3638	4464	5449	5181	3242	1959	306	35116
Forssa	1565	1859	1990	1841	2103	2689	2839	1784	1012	151	17833
Humppila	271	276	200	286	311	424	350	217	150	18	2503
Jokioinen	660	761	442	600	795	879	755	468	272	44	5676
Tammela	755	820	503	650	919	1057	856	564	366	64	6554
Ypäjä	242	293	240	261	336	400	381	209	159	29	2550
Hämeenlinnan seutukunta	10057	11062	10418	10656	12490	13118	12696	8010	4608	797	93912
Hattula	1206	1220	925	1166	1371	1424	1290	678	358	44	9682
Hämeenlinna	6799	7685	8056	7484	8643	9320	9194	5895	3553	641	67270
Janakkala	2052	2157	1437	2006	2476	2374	2212	1437	697	112	16960
Riihimäen seutukunta	5619	5478	4860	5651	6550	6730	5769	3344	1875	326	46202
Hausjärvi	1131	1113	653	1096	1362	1384	1059	614	344	51	8807
Loppi	1091	1054	607	984	1215	1198	1126	701	349	52	8377
Riihimäki	3397	3311	3600	3571	3973	4148	3584	2029	1182	223	29018
KANTA-HÄME YHTEENSÄ	19169	20549	18653	19945	23504	25297	23646	14596	8442	1429	175230

Kuva 2. Kanta-Hämeen väestö 2011 ja väestöennuste 2020 ja 2030. Lähde: Tilastokeskuksen väestöennuste 2012.



Kanta-Hämeen ennustettu väestön kasvu on 18 745 henkeä vuodesta 2011 vuoteen 2030. Maakunnassa on ennusteiden mukaan 185 000 asukasta vuonna 2020 ja 194 000 asukasta vuonna 2030. Hämeenlinnan ja Riihimäen väestöprofiilit muistuttavat hyvin paljon koko Kanta-Hämeen väestöprofiilia. Forssan alueen väestö näyttää ikääntyvän hieman voimakkaammin. Maan keskiarvoon verrattuna väestön kehitys on kuitenkin hyvää tasoa.

Kuntakohtaisessa tarkastelussa väestö näyttäisi lisääntyvän kaikissa Kanta-Hämeen kunnissa paitsi Forssan seudun pienissä kunnissa vuosina 2010 - 2030 (taulukko 3). Ypäjällä, Humppilassa ja Jokioisilla väestöennusteet vuoteen 2030 ennustavat väestön määrän laskua. Seutukuntakohtaisessa tarkastelussa Riihimäen seutu tulee kasvamaan voimakkaimmin ja Forssan seutukunnan väestö vähentymään. Kuntakohtaiset väestöennusteet on esitetty liitteessä 6.

Taulukko 3. Kanta-Hämeen väestöennusteet kunnittain vuosille 2020 ja 2030 sekä muutos prosentteina vuoteen 2011 verrattuna. Kunnat esitetään seutukuntakohtaisessa järjestyksessä.

	2011	2020	2030	Muutos vuodesta 2011-2030	Muutos % 2011-2030
Forssa	17 833	17 706	17 885	52	0
Humppila	2 503	2 403	2 390	-113	-5
Jokioinen	5 676	5 570	5 580	-96	-2
Tammela	6 554	6 523	6 618	64	1
Ypäjä	2 550	2 428	2 429	-121	-5
Hattula	9 682	10 132	10 545	863	9
Hämeenlinna	67 270	71 452	75 574	8 304	12
Janakkala	16 960	18 350	19 543	2 583	15
Hausjärvi	8 807	9 153	9 569	762	9
Loppi	8 377	9 118	9 697	1 320	16
Riihimäki	29 018	31 687	34 145	5 127	18
KANTA-HÄME	175 230	184 522	193 975	18 745	11

Yli 75-vuotiaiden osuus

Yli 75-vuotiaiden osuus on keskeinen tekijä tulevaisuuden palveluiden tarpeen arvioinnissa. Kanta-Hämeen yli 75 -vuotiaiden määrän on ennustettu lisääntyvän vuodesta 2010 vuoteen 2040 mennessä 120 %. Prosentuaalisesti suurimmat kasvut vuoteen 2030 mennessä on ennustettu Hattulaan, Lopelle, Riihimäelle ja Janakkalaan (Taulukko 4).

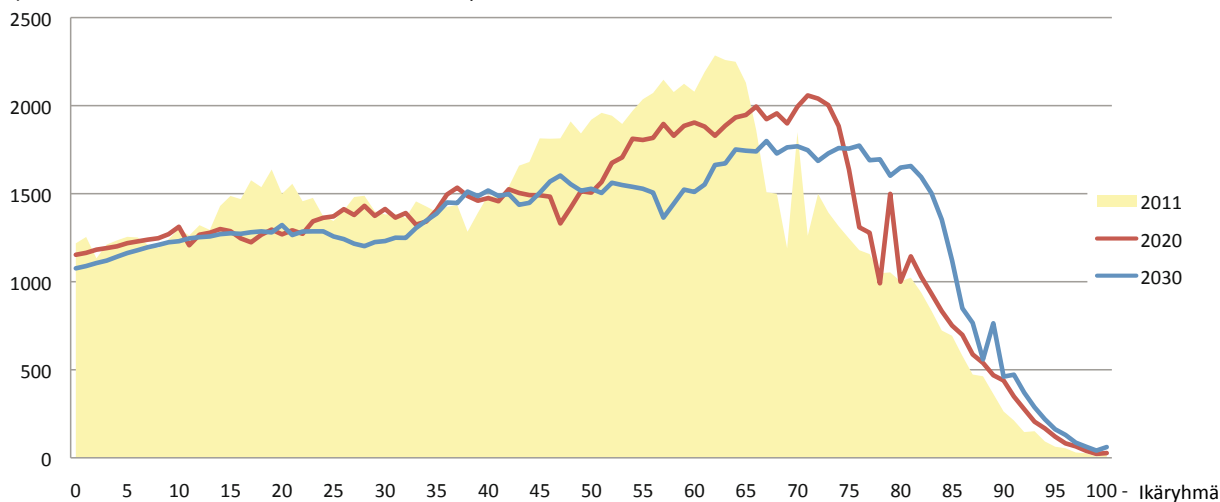
Taulukko 4. Yli 75-vuotiaiden määrän kasvu Kanta-Hämeessä vuoteen 2030 mennessä. Kunnat esitetään seutukunta-kohtaisessa järjestyksessä. Lähde: Tilastokeskus, väestöennuste 2012

Kunta	Vuosi 2010		Vuosi 2020		Vuosi 2030	
	75+ asukkaita	75+ osuus (%)	75+ asukkaita	Muutos (%) vuoteen 2010	75+ asukkaita	Muutos (%) vuoteen 2010
Forssa	1 924	11	2 405	25	3 595	87
Humppila	274	11	280	2	405	48
Jokioinen	516	9	599	16	918	78
Tammela	679	10	702	3	1 009	47
Ypäjä	294	12	274	-7	401	36
Hattula	655	7	923	41	1 393	113
Hämeenlinna	6 544	10	8 141	24	11 962	83
Janakkala	1 338	8	1 829	37	2 643	98
Hausjärvi	662	8	802	21	1 271	92
Loppi	661	8	937	42	1 390	110
Riihimäki	2 235	8	2 831	27	4 511	102
KANTA-HÄME	15 782	9	19 723	25	29 498	87

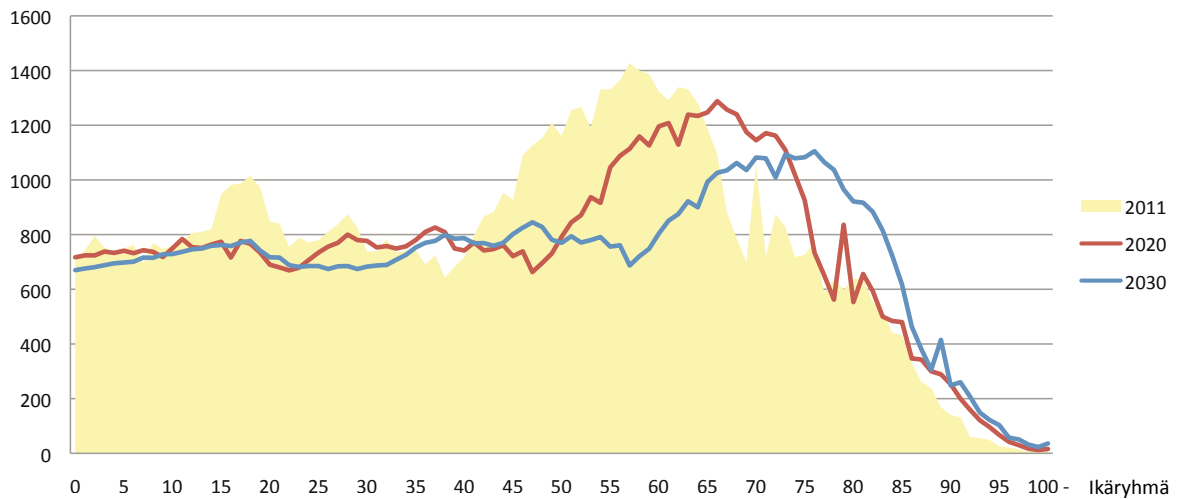
5.1.2 Vertailumaakunnat

Etelä-Karjalan ennustettu väestömäärän lasku vuodesta 2011 vuoteen 2030 on 3 646 henkeä (Kuva 3). Väestökehitys painottuu Lappeenrannan kaupunkiseudun ytimeen ja lähiympäristöön. Kainuun maakuntaan ennustetaan väestömäärän laskua 5 876 henkeä samalla ajanjaksolla (Kuva 4) ja Satakuntaan väestömäärän laskua 5 145 hengellä (Kuva 5). Päijät-Hämeen maakuntaan ennustetaan väestömäärän kasvua 13 225 henkeä vuodesta 2011 vuoteen 2030 (kuva 6) ja Kanta-Hämeen maakuntaan, kuten edellisessä kappaleessa todetaan, väestön kasvua 18 745 hengellä (VM 2012, Tilastokeskuksen väestöennuste 2012).

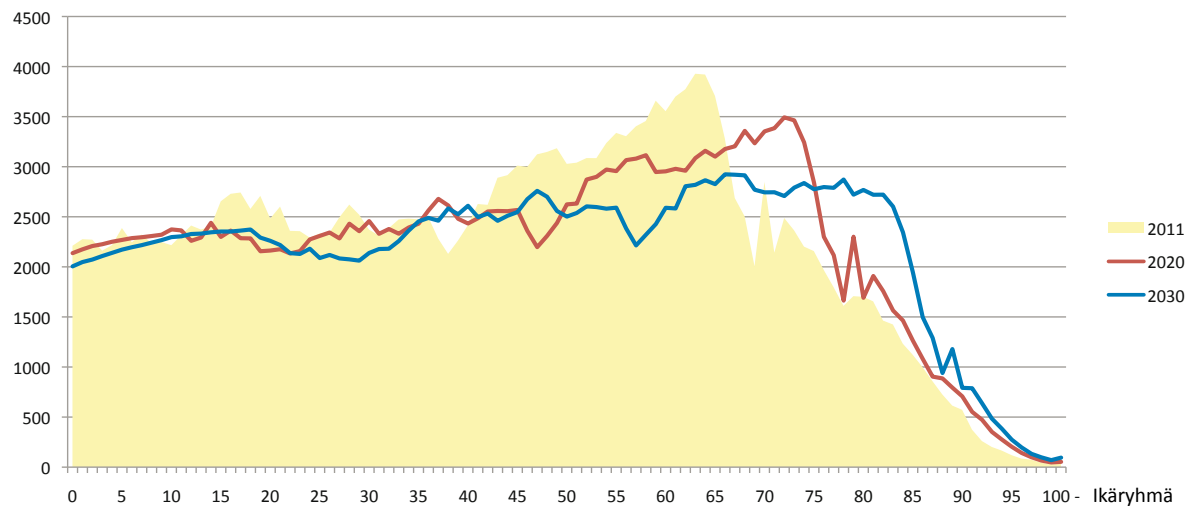
Kuva 3. Eksoten väestöprofiili 2011 ja väestöennuste ikäryhmittäin 2020 ja 2030 b. (Lähde: Tilastokeskuksen väestöennuste 2012)



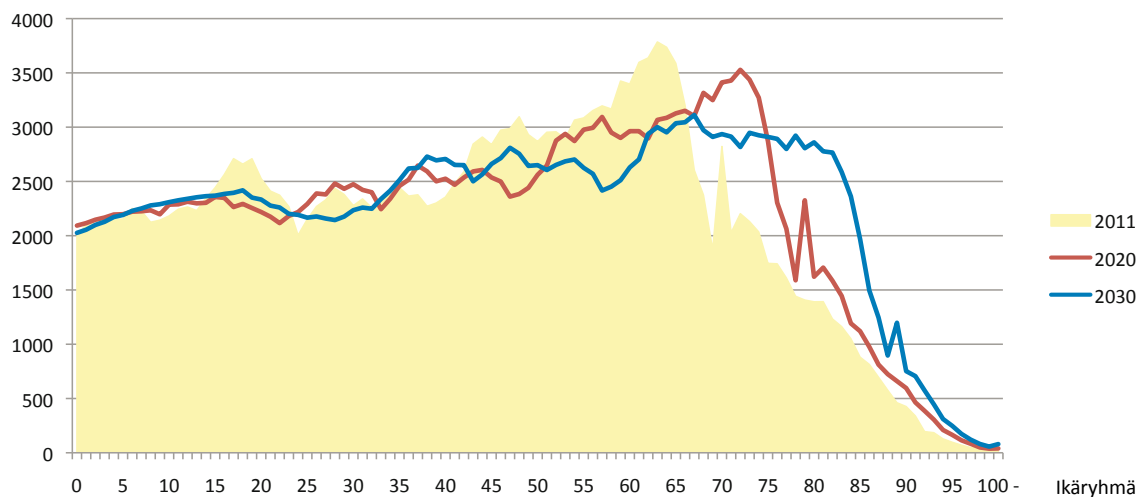
Kuva 4. Kainuun väestöprofiili 2011 ja väestöennuste ikäryhmittäin 2020 ja 2030
(Lähde: Tilastokeskuksen väestöennuste 2012)



Kuva 5. Satakunnan väestöprofiili 2011 ja väestöennuste ikäryhmittäin 2020 ja 2030
(Lähde: Tilastokeskuksen väestöennuste 2012)



Kuva 6. Päijät-Hämeen väestöprofiili 2011 ja väestöennuste ikäryhmittäin 2020 ja 2030
(Lähde: Tilastokeskuksen väestöennuste 2012)



Etelä-Karjalan ja Kainuun väestö on jo nyt ikääntynyt eikä odotettavissa ole suuria muuttoliikkeitä maakuntiin tulevana vuosina. Väestön kehitys seuraavina vuosikymmeninä on näin ollen negatiivinen eli väestön määrä laskee. Samalla myös yli 75-vuotiaiden määrä laskee. Myös Satakunnan väestökehitys on ollut vähenevä. Erityisesti pohjoisen kunnissa väestömäärä on vähentynyt viimeisen viidenkymmenen vuoden aikana jopa yli 40 prosenttia (VM 2012). Näihin kolmeen maakuntaan verrattuna Päijät-Hämeen ja Kanta-Hämeen maakuntien väestönkehitys näyttää siis kohtuulliselta vuoteen 2030 arvioituna pelkkien numeroiden valossa. Kanta-Hämeen väestönlisäys on kuitenkin Tilastokeskuksen laskelmien mukaan pääasiassa työelämästä eläköitynyttä.

5.2 Sairastavuus

Sairastavuutta on kuvattu vakioimattomilla Kelan julkaisemilla indekseillä vuodelta 2011. Sairastavuusindeksi on tarkoitettu sairastavuuden alueellisen vaihtelun ja yksittäisten alueiden sairastavuuskehityksen mittariksi. Jokaiselle Suomen kunnalle lasketun indeksin avulla pyritään havainnollistamaan sitä, miten tervettä tai sairasta alueen väestö on suhteessa koko maan väestön keskiarvoon (= 100). Indeksillä ilmoitetaan sekä sellaisenaan että ikä- ja sukupuolivakioituna. Kokonaissairastavuusindeksi on kolmen osaindeksin (erityiskorvaukset, kuolleisuus ja työkyvyttömyys) aritmeettinen keskiarvo. Kanta-Hämeen maakunnan sairastavuusindeksi oli vuonna 2011 97,4, kuolleisuusindeksi 98,7, lääkekorvausindeksi 98,6 ja työkyvyttömyysindeksi 94,8. Koko maahan verrattuna maakunnan väestön sairastavuus oli siis keskimääräistä alhaisempaa.

Taulukko 5. Sairastavuusindeksi ja sen osakomponentit Kanta-Hämeen kunnissa, ikävakioitu, vuosi 2011. Lähde Kela, Kelasto.

Alue	Sairastavuusindeksi	Kuolleisuusindeksi	Lääkekorvausindeksi	Työkyvyttömyysindeksi
Forssa	106,4	101,0	104,3	113,8
Humppila	102,2	96,9	106,1	103,6
Jokioinen	93,7	95,2	99,5	86,5
Tammela	95,6	90,6	99,8	96,4
Ypäjä	100,0	113,0	91,8	95,3
Hämeenlinna	95,3	93,9	96,6	95,5
Hattula	93,4	105,3	97,6	77,3
Janakkala	95,5	101,9	98,8	85,9
Riihimäki	101,5	109,7	99,5	95,2
Hausjärvi	97,6	99,6	99,1	94,1
Loppi	93,5	99,0	92,5	95,0
Kanta-Häme	97,4	98,7	98,6	94,8

Ikävakioitua sairastavuusindeksiä voidaan käyttää myös aluevertailuun. Indeksillä on Kanta-Hämeen maakunnassa korkein Forssassa, Humppilassa ja Riihimäellä. Hattulassa ja Jokioisilla indeksi on matalin eli väestön sairastavuus on muita kuntia vähäisempää. Sairastavuusindeksi perustuu kolmeen tilasto- ja rekisterimuuttuun eli kuolleiden osuuteen väestöstä, työkyvyttömyyseläkkeellä olevien osuuteen 16–64-vuotiaista sekä erityiskorvattaviin lääkkeisiin oikeutettujen osuuteen väestöstä. Pienissä kunnissa kuolleisuus voi vaihdella huomattavasti ja siksi indeksin laskeminen perustuu kolmen peräkkäisen vuoden keskiarvoon. Ypäjällä kuolleisuusindeksi oli tästä huolimatta muita kuntia suurempi vuoden 2011 laskennassa. Sairastavuus Kanta-Hämeessä vertailumaakuntiin nähden on vähäisempää (taulukko 6). Korkeinta sairastavuus on Kainuussa.

Taulukko 6. Sairastavuusindeksit maakunnittain 2011.

Maakunta	Sairastavuus- indeksi	Kuolleisuus- indeksi	Lääkekorvaus- oikeusindeksi	Työkyvyttömyys- indeksi
Etelä-Karjala	102,7	106,1	95,7	106,3
Kainuu	120,9	110,8	120,2	131,8
Päijät-Häme	100,5	107,2	96,0	98,3
Satakunta	101,3	102,3	96,2	105,3
Kanta-Häme	97,4	98,7	98,6	94,8

5.3 Tarvekertoimet ja tarvevakioidut menot

5.3.1 Tarvekertoimet

Palvelujen tarpeeseen ja sitä kautta palvelujen käyttöön ja menoihin vaikuttavat kunnan väestön ikä- ja sukupuolirakenne sekä muut tarvetekijät, kuten sairastavuus ja sosioekonomiset tekijät. Tarvetekijät selittävät osan kuntien välisistä eroista. Tarvekertoimien laskentamenetelmä, tarvekriteerit ja tarvittavat kertoimet on esitetty yksityiskohtaisesti Häkkisen ym. (2009) raportissa, jossa on kuvattu tarvekertoimien laskenta yhdelle kunnalle. Tarvekertoimet kuvaavat palvelujen tarpeen suhteita verrattuna koko maan tarpeen keskiarvoon, joka on 1,0. Sairaanhoidopiireissä tai kunnissa, joissa tarvekertoimet ovat alle 1,0 on väestö keskimääräistä nuorempaa ja/tai sairastavuus on alhainen. Vastaavasti alueilla, joissa väestö on keskimääräistä vanhempaa ja/tai sairastavuus on keskimääräistä korkeampi, on tarvekerroin yli 1,0. Tarvekertoimien avulla alueiden sosiaali- ja terveystoimen palvelujen käyttöä, menoja ja toimintaa voidaan helposti verrata toisiinsa. Väestörakenteeltaan vanhusvoittoisessa kunnassa terveystoimen palvelujen ja vanhus-tenhuollon palvelujen käyttö on runsaampaa ja menot korkeammat kuin muissa kunnissa.

5.3.2 Kanta-Hämeen ja vertailualueiden tarvekertoimet 2010

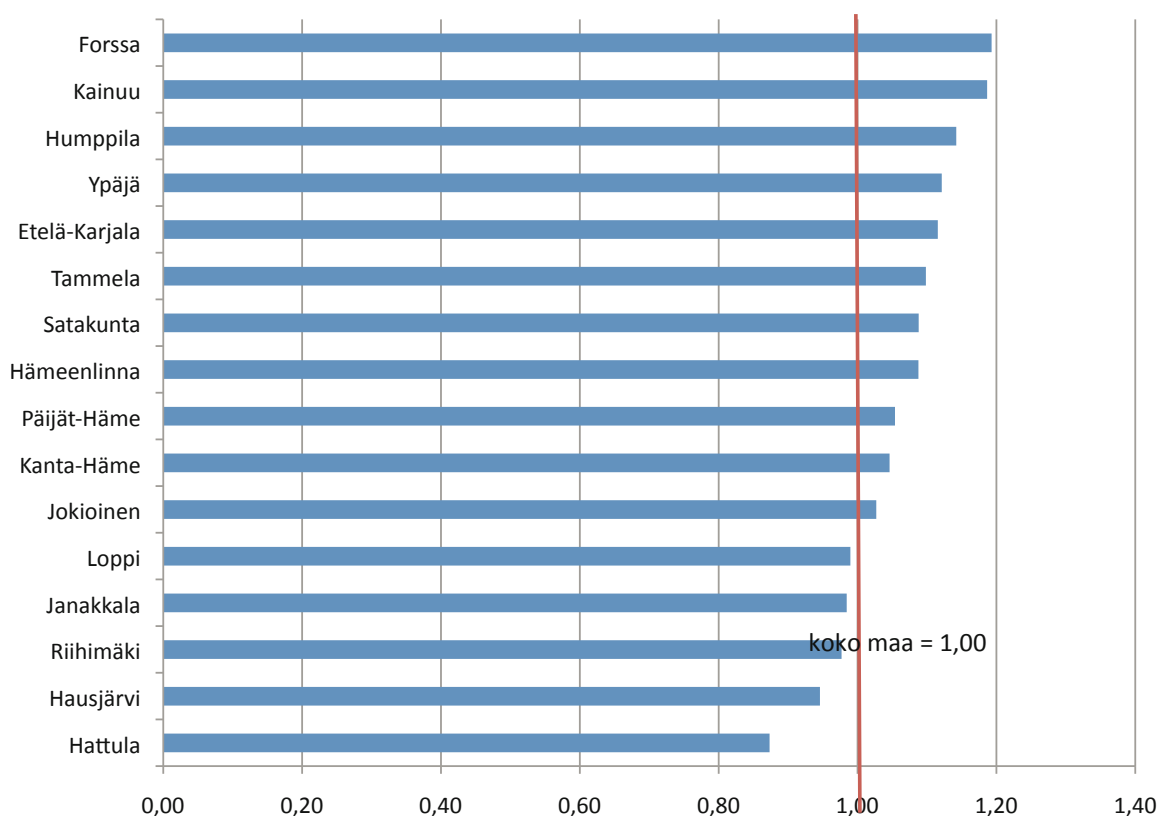
Terveyden- ja vanhustenhuollon tarvekerroin on Kanta-Hämeen sairaanhoidopiirissä 1,05. Kerroin 1,05 kertoo, että Kanta-Hämeen sairaanhoidopiirin terveyden- ja vanhustenhuollon palveluita tarvitaan 5 prosenttia ($=100 \cdot (1,05 - 1)$) enemmän kuin koko maassa keskimäärin. Vertailualueiden Etelä-Karjalan, Satakunnan ja erityisesti Kainuun sairaanhoidopiirien terveyden- ja vanhustenhuollon tarve on Kanta-Hämeen sairaanhoidopiiriä suurempi.

Taulukko 7. Tarvekertoimet ja tarvevakioidut menot vertailusairaanhoitopiireissä 2011. Lähde: CHES, THL.

	Nettomenot	Nettomenot, indeksi	Tarvekerroin	Tarvevakioidut menot, indeksi
Sairaanhoitopiiri	Euroa/asukas	Koko maa=100	Koko maa=1,00	Koko maa=100
Etelä-Karjala	2197	105	1,12	94
Kainuu	2438	116	1,19	98
Kanta-Häme	2083	99	1,05	95
Päijät-Häme	1965	94	1,05	89
Satakunta	2323	111	1,09	102

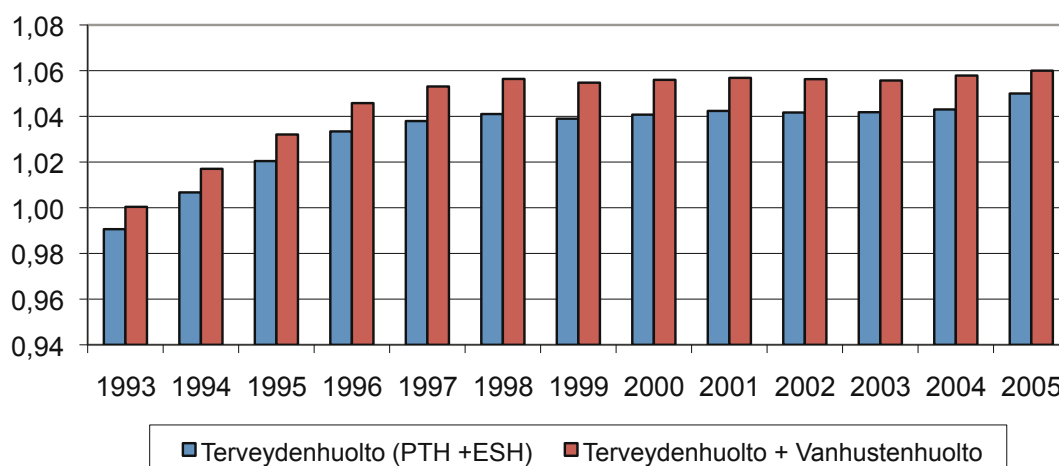
Kanta-Hämeen kuntien tarvekertoimia tarkasteltaessa ilmenee, että eroja kuntien terveyden- ja vanhustenhuollon tarpeiden välillä on melko paljon (Kuva 7). Forssan seutukunnan kuntien tarvekertoimet ylittävät maan keskiarvon. Hämeenlinnan tarvekerroin on Hämeenlinnan seudun korkein (9 % maan keskitasoa suurempi tarve). Hattulan ja Hausjärven tarvekertoimet ovat puolestaan Kanta-Hämeen maakunnan matalimmat ja tämä johtuu siitä, että väestö on keskimääräistä nuorempaa ja/tai terveempää.

Kuva 7. Kanta-Hämeen kuntien ja eräiden vertailumaakuntien terveyden ja vanhustenhuollon tarvekertoimet 2011. Punainen katkoviiva kuvaa koko Suomen tarvekerrointa (=1,00). Lähde: Satu Kapiainen, Timo Hujanen, Mikko Peltoja, Unto Häkkinen, CHESS/Terveysten ja hyvinvoinnin laitos.



Kanta-Hämeen sairaanhoitopiirin alueella ovat tarvetekijät kasvaneet vuosien 1993–2005 välillä niin, että vuonna 1993 olivat tarvetekijät vielä koko maan keskiarvon luokkaa, mutta jo vuonna 1994 ne ylittivät maan keskiarvon. Kuvasta 8 on nähtävissä tarvetekijöiden kasvu 1993–2005 välillä. Tässä tarvetekijöiden aikasarjatarkastelussa on tiedot kiinnitetty vuoteen 2005, jolloin koko maa = 1,00, tiedot eivät siis ole kunkin yksittäisen vuoden poikkileikkaustietoja. Aikasarjatieto kuvaa siis miten palvelutarpeet ovat kehittyneet suhteessa vuoden 2005 tilanteeseen Kanta-Hämeessä.

Kuva 8. Kanta-Hämeen sairaanhoitopiirin terveydenhuollon (perusterveydenhuolto + erikoissairaanhoito) ja vanhusten hoivan tarvetekijät vuosina 1993-2005. Koko maa keskimäärin 2005=1,00. Lähde: THL, Chess

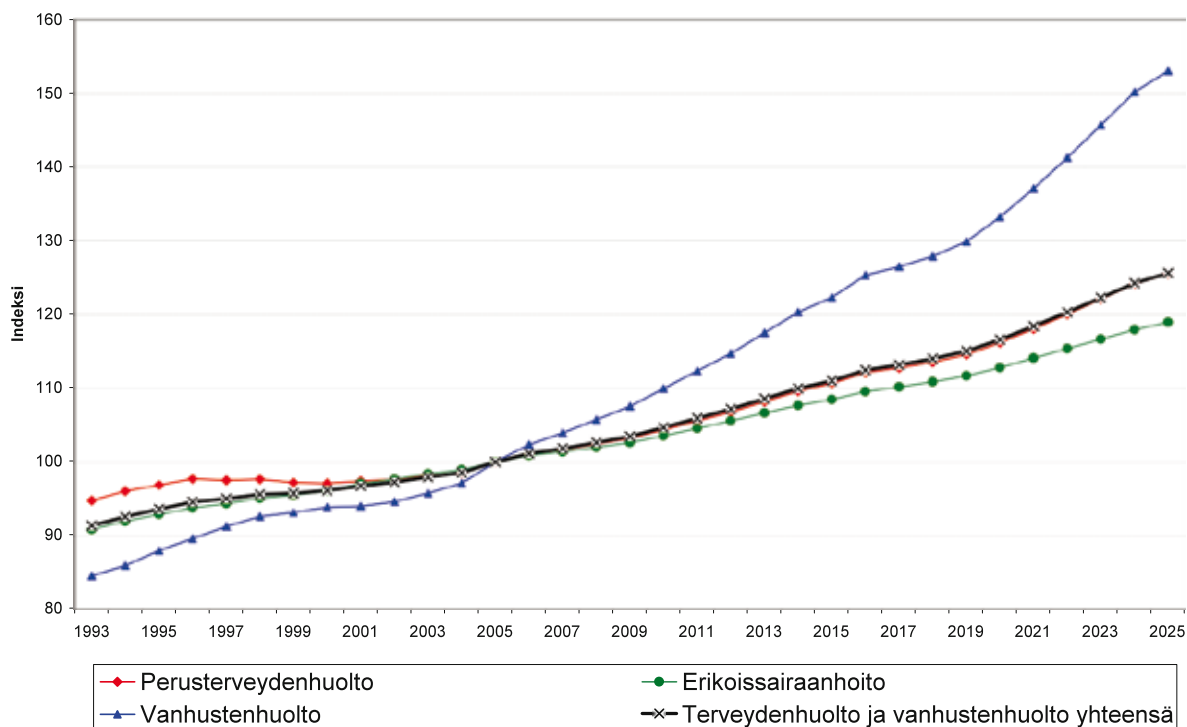


5.3.3 Palveluiden tarpeiden kehitysennusteet

Palvelujen tarpeen kehitystä kuvataan ennustamalla tarvekertoimien kehitystä. Ennusteet pohjautuvat THL:n Chessin laskelmiin. Ennusteiden laskennassa käytetyt tarvekertoimet 1993–2005 ovat todellisia ja niiden laskenta on kuvattu raportissa Hujanen ym. (2006). Tarvekerroinnusteet on laskettu Tilastokeskuksen väestöennusteen ja ikäryhmittäisten kustannuspainojen avulla. Tiedot on laskettu aikasarjana siten, että koko maan tarvekerroinindeksi vuonna 2005 on 100. Tarvekertoimet laskettiin koko maan osalta erikseen perusterveydenhuollolle, erikoissairaanhoidolle, vanhustenhuollolle sekä terveydenhuollolle ja vanhustenhuollolle yhteensä, mutta sairaanhoitopiireittäin ja kunnittain voitiin tuottaa tiedot vain terveydenhuollolle ja vanhustenhuollolle yhteensä.

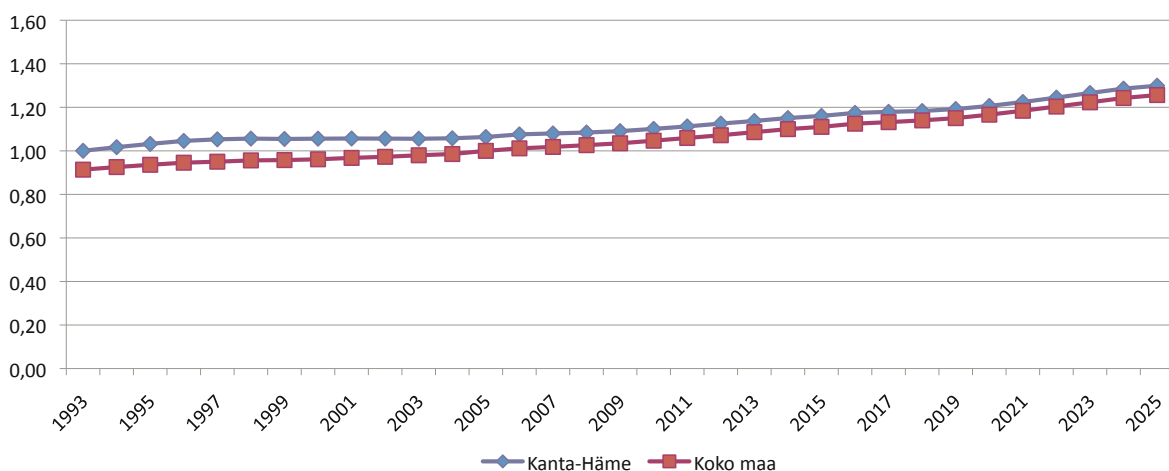
Kuvasta 9 on nähtävissä, että koko maan ennusteen mukaan vanhustenhuollon suhteellinen palvelutarve kasvaa voimakkaimmin. Vanhustenhuollon tarvekerroin on ennusteen mukaan vuonna 2015 noin 22 % ja vuonna 2025 noin 53 % vuoden 2005 tasoa korkeampi. Perusterveydenhuollon tarvekerroin olisi vuonna 2015 noin 11 % ja vuonna 2025 noin 26 % vuoden 2005 tasoa korkeampi. Erikoissairaanhoidon tarvekerroinnusteet pysyttelevät perusterveydenhuollon ja vanhustenhuollon alapuolella tulevaisuudessa. Ennusteen mukaan erikoissairaanhoidon tarvekerroin on vuonna 2015 noin 8 % ja vuonna 2025 noin 19 % vuoden 2005 tasoa korkeampi. Ennuste antaa siis vahvistusta sille, että tulevaisuudessa väestön vanhene-
misen ja/tai sairastavuuden myötä palveluita tulee kohdentaa erityisesti vanhustenhuoltoon.

Kuva 9. Tarvekertoimet 1993–2005 sekä ennuste koko maassa vuoteen 2025 asti. Koko maa vuonna 2005=1,00. Lähde: Chess, THL.



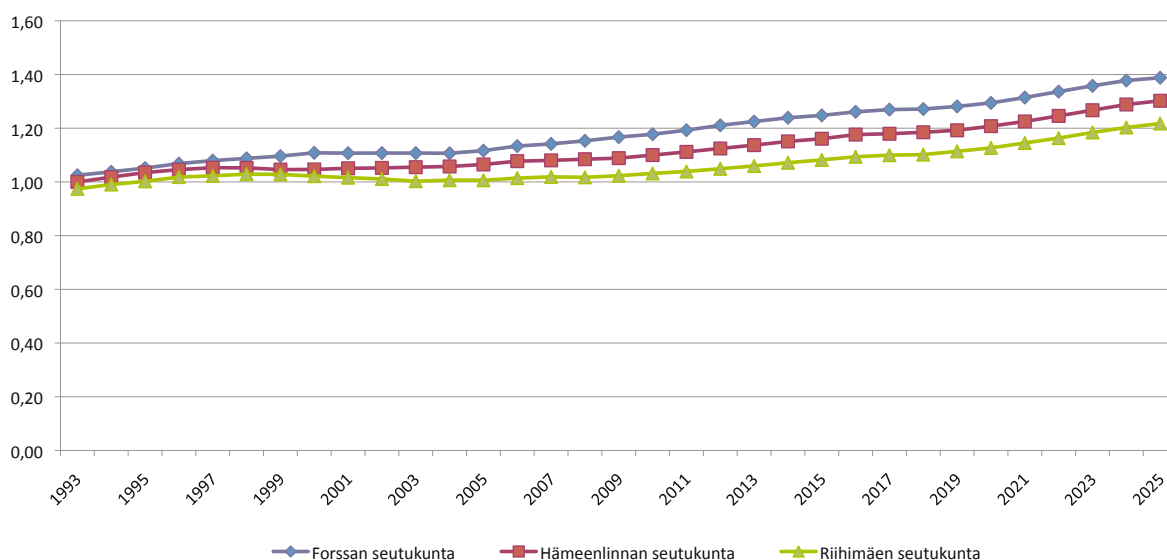
Kanta-Hämeen palvelutarpeiden (tarvekertoimien) ennuste on esitetty kuvassa 10. Kanta-Hämeen sairaanhoitopiirin terveydenhuollon ja vanhustenhuollon (yhteensä) tarvekertoimet pysyttelevät ennusteen mukaan koko maan keskiarvoa korkeampina myös tulevaisuudessa. Vuonna 2015 ennustetaan tarvekertoimen olevan Kanta-Hämeessä noin 16 % ja vuonna 2025 noin 30 % vuoden 2005 koko maan tasoa korkeammalla tasolla.

Kuva 10. Terveystenhuollon ja vanhustenhuollon (yhteensä) suhteellinen palvelutarve 1993–2005 sekä ennuste vuoteen 2025 Kanta-Hämeessä ja koko maassa. Koko maa vuonna 2005=1,00. Lähde: THL Chess.



Seutukunnittain tarkasteluna (kuva 11) Forssan seutukunnassa ennustetaan palvelutarpeen olevan vuonna 2015 noin 25 % ja 2025 noin 39 % vuoden 2005 koko maan tasoa korkeammalla. Hämeenlinnan seutukunnassa vastaavasti tarvekertoimien ennusteet ovat vuosille 2015 noin 16 % ja 2025 noin 30 % vuoden 2005 koko maan tasoa korkeammalla. Vuonna 2015 ennustetaan Riihimäen seutukunnan tarvekertoimen olevan noin 8 % ja vuonna 2025 noin 22 % vuoden 2005 koko maan keskiarvoa korkeammalla. Riihimäen seutukunnan palvelutarve on ennusteen mukaan 2015 ja 2025 koko maan tarve-ennustetta alhaisempi, kun taas Forssan ja Hämeenlinnan seutukunnissa tarvekertoimet ovat koko maan ennusteita korkeampia.

Kuva 11. Terveydenhuollon ja vanhustenhuollon (yhteensä) suhteellinen palvelutarve 1993–2005 sekä ennuste vuoteen 2025 seutukunnittain Kanta-Hämeen. Koko maa vuonna 2005=1,00. Lähde: THL Chess.

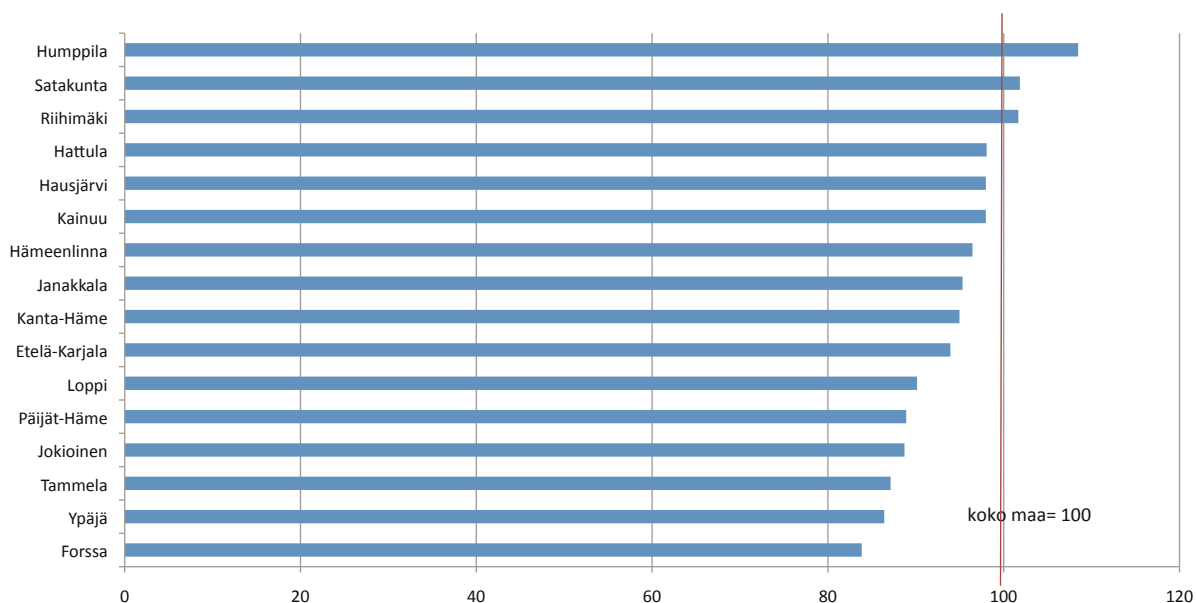


5.3.4 Tarvevakioidut menot

THL:n Chessin mukaan tarvevakioidut menot kertovat käyttäkö kunta runsaasti, niukasti vai tavanomaisesti rahaa palvelujen järjestämiseen suhteessa väestön tarpeisiin. Menotietojen perusteella ei voida kuitenkaan suoraan päätellä kunnan järjestämien palvelujen laatua, toiminnan taloudellisuutta tai tarkoituksenmukaisuutta. Tarvevakioidut menot voidaan käyttää toiminnan kriittisessä arvioinnissa apuvälineenä. Mikäli kunnan menot ovat korkeat, voidaan pohtia tarjoaako kunta tavanomaista tasoa runsaammat ja laadultaan muita paremmat palvelut asukkaalleen. Eroja selittäviä tekijöitä voi myös olla kunnan palveluprosessissa, toiminnan organisoinnissa tai johtamisessa. Toisaalta alhaiset menot suhteessa muihin voi olla merkki siitä, että palvelujen määrä ja laatu eivät ole toivotulla tasolla tai että väestö jää kokonaan ilman joitakin palveluja. Kanta-Hämeen sairaanhoitopiirin tarvevakioidut terveyden- ja vanhustenhuollon menot olivat vuoden 2011 tietojen mukaan 5 % koko maan menoja pienemmät, kuten nähtävissä kuvassa 12. Kanta-Hämeen kunnista alhaisimmat tarvevakioidut menot on Forssassa (16 % koko maan menoja pienemmät) ja korkeimmat Humppilassa (8 % koko maan menoja suuremmat).

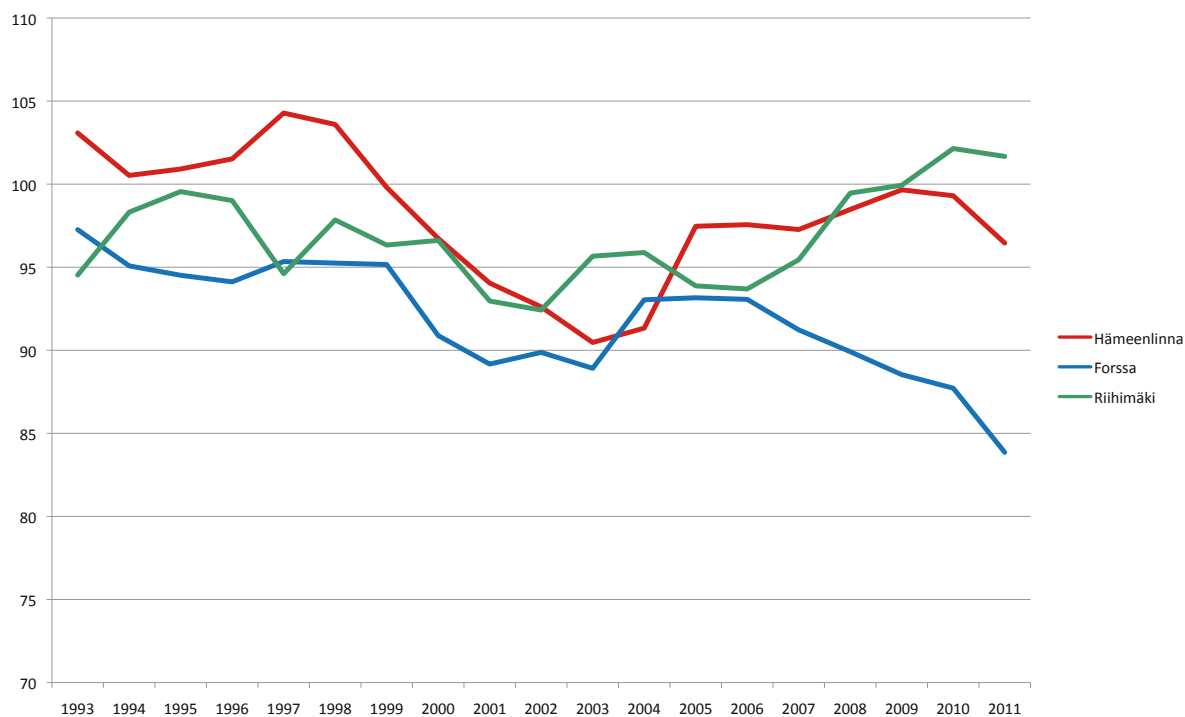
Vertailusairaanhoitopiireistä Päijät-Hämeellä, Etelä-Karjalalla ja Kainuulla oli Kanta-Hämettä alhaisemmat tarvevakioidut menot (Päijät-Hämeessä 11 %, Etelä-Karjalassa 6 % ja Kainuussa 2 % alle koko maan keskiarvon). Satakunnassa menot olivat 2 % yli maan keskitason ja 7 % korkeammat kuin Kanta-Hämeessä (Taulukko 7).

Kuva 12. Kanta-Hämeen kuntien indeksoidut tarvevakioidut menot 2011. Lähde: Terveyden- ja vanhustenhuollon tarvevakioidut menot sairaanhoitopiireittäin ja kunnittain 2010. Satu Kapiainen, Timo Hujanen, Mikko Peltola, Unto Häkkinen, CHES/Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.



Tarvevakioituja menoja voidaan tarkastella myös aikasarjana (kuva 13), jota voidaan käyttää esimerkiksi seutukuntien väliseen vertailuun. Kuvaan 13 on merkitty nuolella Forssan seudun terveyskeskuksen kuntayhtymän perustamisajankohta eli 2001. Forssan seutukunnan tarvevakioitujen menojen kehitys on ollut huomattavan edullinen vuodesta 2006 lähtien. Myös Hämeenlinnan tarvevakioitujen menojen kustannuskehitys on ollut vuoden 2009 organisaatiomuutosten jälkeen suotuisa.

Kuva 13. Terveyden- ja vanhustenhuollon tarvevakioidut menot Kanta-Hämeessä seutukunnittain vuosina 1993 -2011 (koko maa = 100). FSTKY:n perustamisajankohta on merkitty nuolella (2001).

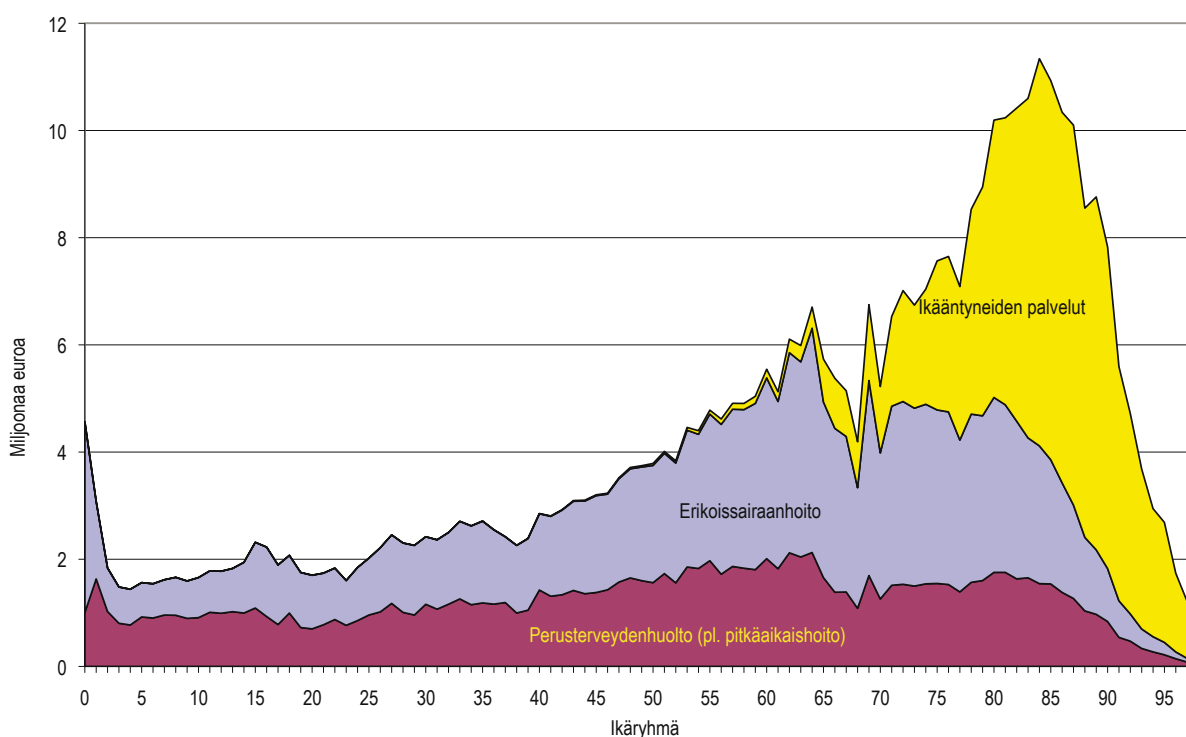


5.4 Sosiaali- ja terveystalveluiden menot

5.4.1 Ikäryhmittäiset menotiedot ja ennusteet

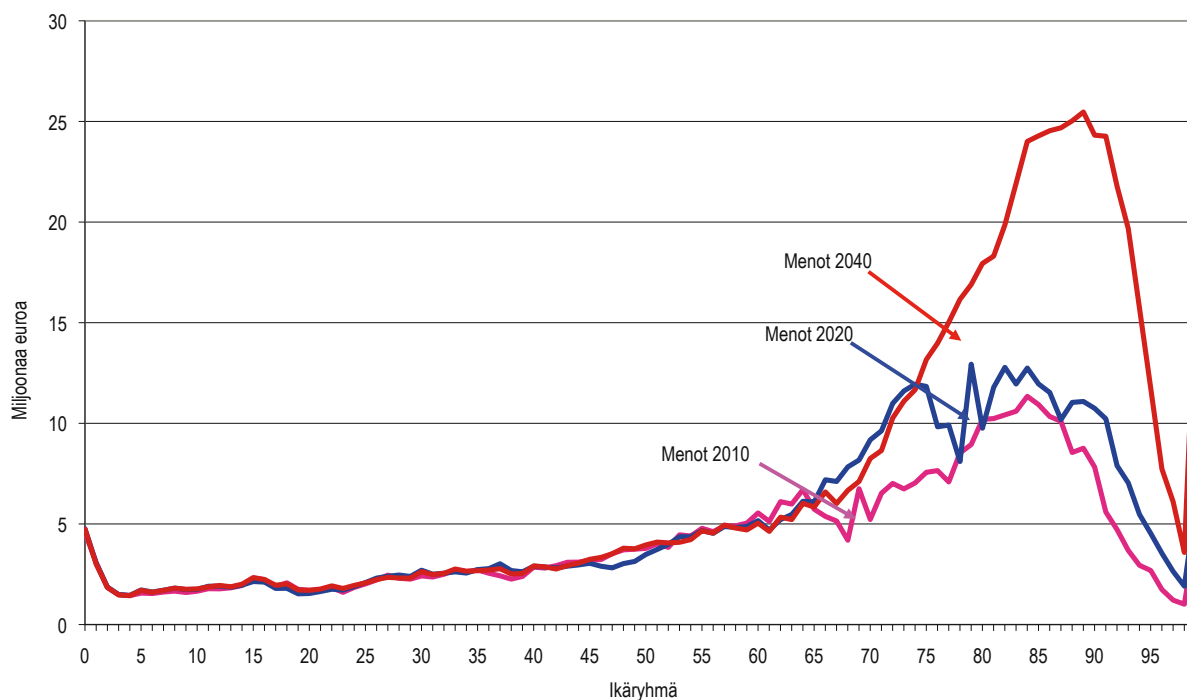
Kanta-Hämeen alueen ikä- ja sukupuolivakioidut menolaskelmat pohjautuvat THL:n Chessin laskelmiin. Menotiedot perustuvat vuoden 2006 yksivuotisikäryhmittäin ja sukupuolittain laskettuihin menotietoihin. Tiedot on päivitetty vuoden 2010 kustannustasoon kunnallisen terveydenhuollon hintaindeksillä. Menojen ennusteissa on huomioitu Tilastokeskuksen väestöennusteen (2012 ennusteen) mukainen ikärakenteen muutos, mutta ei muita sosiaali- ja terveystalveluihin vaikuttavia mahdollisia muutoksia tulevaisuudessa. Menotiedot ovat laskennallisia tietoja eivätkä siten vastaa täysin kuntien toimintamenoja. Menotiedot kattavat kuntien järjestämän terveyden- ja vanhustenhuollon menot.

Kuva 14. Kuntien järjestämän terveyden- ja vanhustenhuollon kokonaismenot ikäryhmittäin 2010 Kanta-Hämeessä. Lähde:THL, Chess



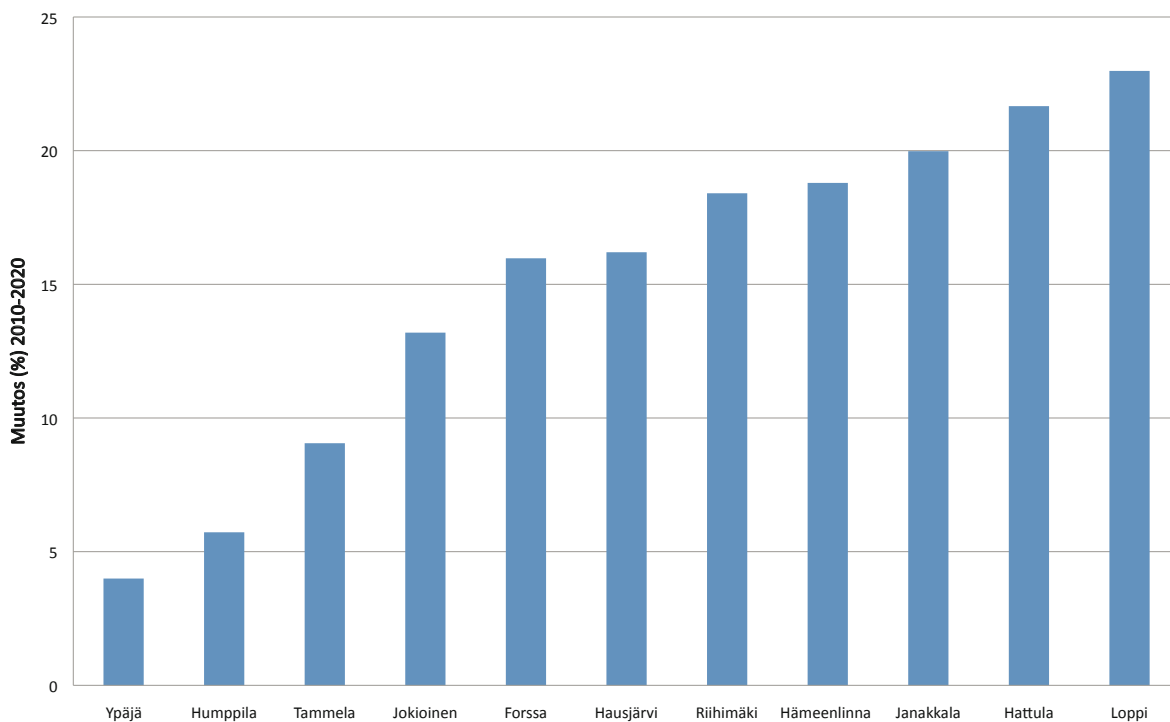
Kuvassa 14 esitetään Kanta-Hämeen kunnallisen terveydenhuollon ja vanhustenhuollon laskennalliset menotiedot 2010 ikäryhmittäin sekä menojen jakautuminen perusterveydenhuollon, erikoissairaanhoidon ja vanhustenhuollon välillä. Kokonaismenotietoihin vaikuttaa väestön määrä eri ikäryhmissä. Kasvu kiihtyy 65- ikävuoden jälkeen ja karkeasti ottaen menot kaksinkertaistuvat iän lisääntyessä kymmenellä vuodella. Liitteessä 7. esitetään samat tiedot kuntakohtaisesti.

Kuva 15. Kuntien järjestämän terveyden- ja vanhustenhuollon kokonaismenot Kanta-Hämeessä ikäryhmittäin 2010, 2020 ja 2040. Lähde:THL, Chess



Kanta-Hämeen kuntien järjestämän terveyden- ja vanhustenhuollon kokonaismenot olivat 428 miljoonaa euroa vuonna 2010 ja ennustettu kasvu vuoteen 2020 mennessä on 18 % ja vuoteen 2040 mennessä 70 % (eli 725 miljoonaa euroa).

Kuva 16. Terveyden- ja vanhustenhuollon kuntakohtainen kokonaismenojen muutosennuste Kanta-Hämeessä vuosille 2010-2020 (%)

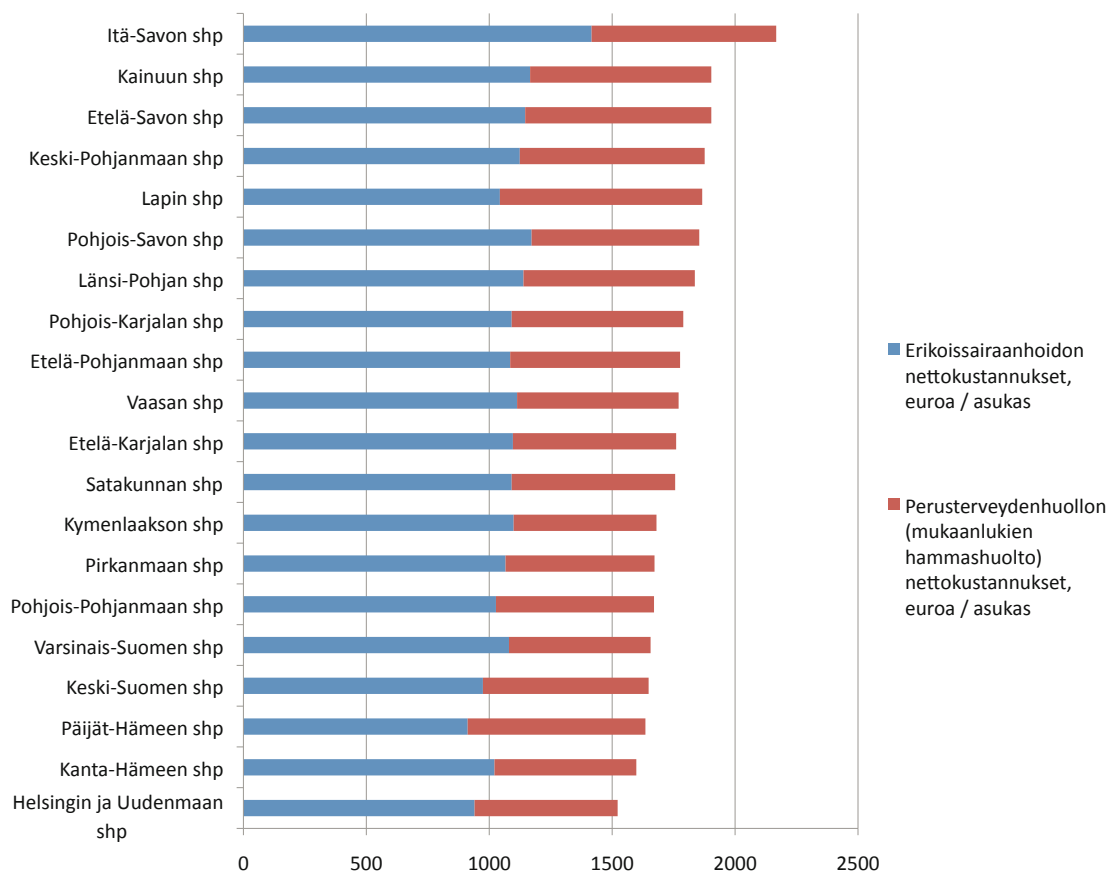


Kanta-Hämeen kunnista ikärakenteen muuttuminen vaikuttaa menoihin 2010-2020 eniten Lopella ja Hattulassa.

5.4.2 Perusterveydenhuollon, erikoissairaanhoidon ja sosiaalitoimen nettokustannukset

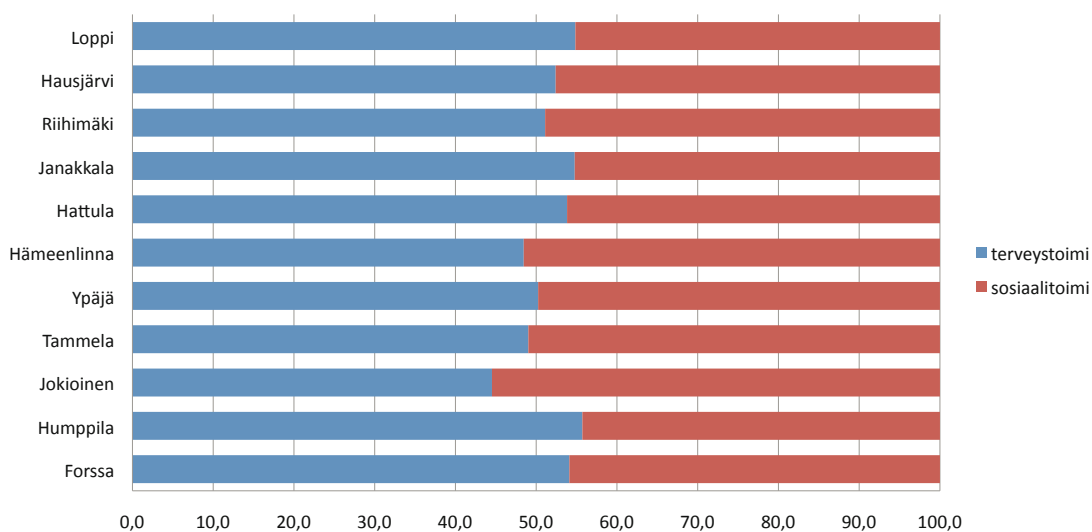
Kanta-Hämeen sairaanhoitopiirin terveydenhuollon vuosittaiset nettokustannukset olivat maan toiseksi alhaisimmat Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin jälkeen. Erikoissairaanhoidon nettokustannukset olivat 1021 euroa asukasta kohden ja perusterveydenhuollon 577 euroa/asukas vuonna 2011.

Kuva 17. Sairaanhoitopiirien erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon nettokustannukset euroa/as, 2011.
Lähde: SOTKANet

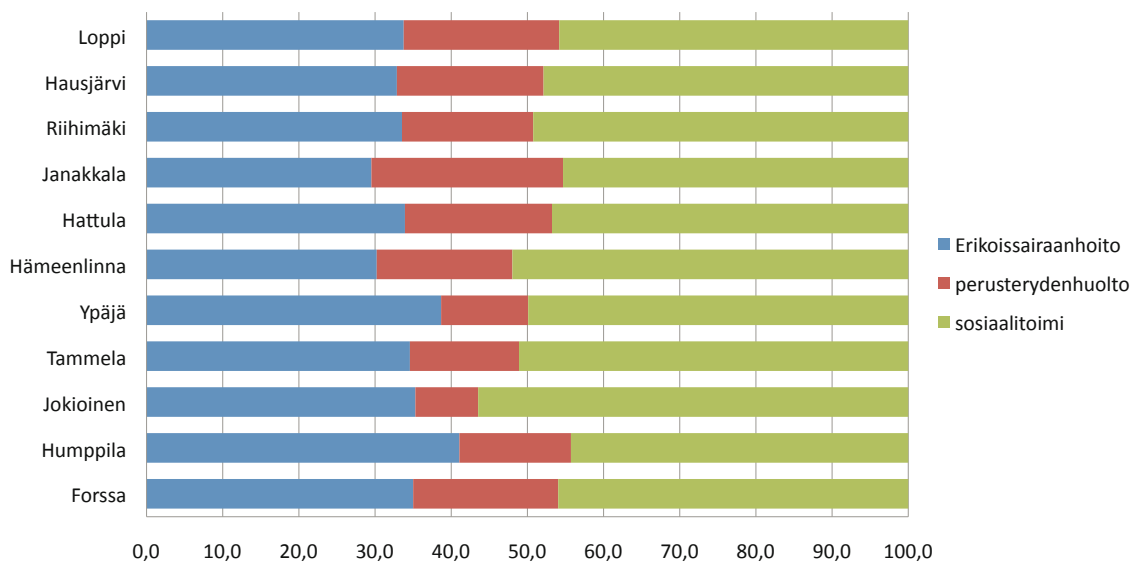


Kuntakohtaisessa tarkastelussa suurimmat nettokustannukset kertyivät Humppilalle, jossa myös erikoissairaanhoidon kustannukset olivat merkittävästi muita korkeammat. Alhaisimmat kokonaisnettokustannukset olivat Jokioisissa, jossa perusterveydenhuollon nettokustannukset ovat muuhun maahan verrattunakin poikkeuksellisen matalat eli 163 euroa/asukas (ei sisällä hammashoitoa). Forssan seudulla perusterveydenhuollon osuus terveydenhuollon kokonaiskustannuksista on matala ja muissa seutukunnissa se on luokkaa 30-44 %, joista Janakkalassa se on suurin. Seutukunnittain kokonaiskustannukset ovat kautta linjan vajaat 1 500 euroa/asukas. Liitteessä 8 esitetään kuntakohtaiset nettokustannukset Kanta-Hämeen kunnissa ja seutukunnissa (keskiarvo) niin, että perusterveydenhuollon kustannuksista on vähennetty hammashoidon kustannukset.

Kuva 18. Kanta-Hämeen nettokustannukset, euroa/asukas, v.2011, sosiaalitoimen ja terveystoimen %-osuudet kuntakohtaisesti. Lähde: SOTKANet



Kuva 19. Kanta-Hämeen nettokustannukset, euroa/asukas, v.2011, sosiaalitoimen ja terveystoimen %-osuudet kunta-kohtaisesti, erikoissairaanhoido ja perusterveydenhuolto eriteltynä. Lähde: SOTKANet

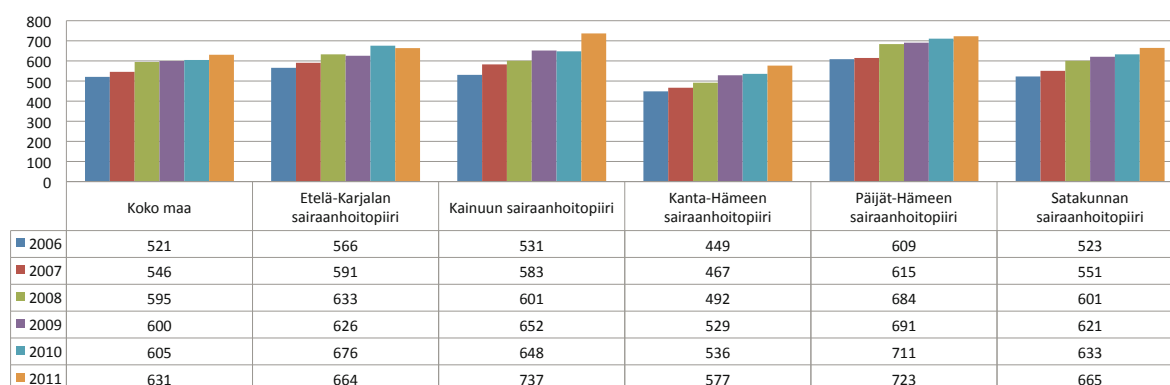


Liitteessä 9 on kuvattu aikasarjoina kuntakohtaiset nettokustannukset vuosilta 2006-2011. Korkeimmat perusterveydenhuollon nettokustannukset olivat vuonna 2011 Janakkalassa, jossa kyseisenä vuonna olivat matalimmat erikoissairaanhoidon kustannukset. Matalimmat perusterveydenhuollon nettokustannukset olivat vuonna 2011 Jokioisilla, jossa Ypäjän lisäksi trendi seurantajaksolla oli laskeva. Muissa Kanta-Hämeen kunnissa panostus perusterveydenhuoltoon on lisääntynyt.

Korkeimmat erikoissairaanhoidon kustannukset asukasta kohden olivat vuosina 2009-2011 Humppilassa. Lopella ja Forssassa on kustannuskehitystä onnistuttu hillitsemään, mutta pääosin erikoissairaanhoidon nettokustannuskehitys on kuntatasolla kasvava.

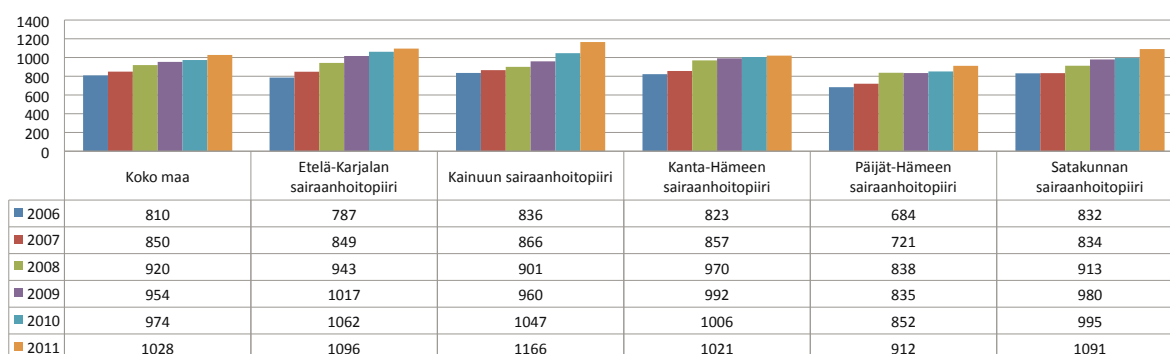
Sosiaalitoimen ja vanhustenhuollon kustannusten arviointia vaikeuttaa kuntien erilainen tapa tilastoida näitä palveluita. Suurimmat sosiaalitoimen nettokustannukset olivat vuonna 2011 Hämeenlinnassa ja pienimmät Hattulassa. Erot selittyvät ainakin osaksi sillä mitä kussakin kunnassa kuulusosiaalitoimen alaisuuteen. Esimerkiksi vanhusten laitoshuolto voi olla joko sosiaalitoimen tai perusterveydenhuollon toimintana. Samoin yhdistetty kotihoito (kotisairaanhoito ja kotipalvelu) voi olla joko sosiaalitoimen tai perusterveydenhuollon toimintaa. Lasten päivähoitokustannukset kuuluvat sosiaalitoimen piiriin, mutta esiopetus voi kunnan päätöksellä olla joko sosiaalitoimen tai koulutoimen alainen. Sosiaalitoimen menoihin vaikuttaa myös työttömyys, erityisesti jos kunnassa on paljon pitkäaikaistyöttömiä. Vertailussa sosiaalitoimen nettokustannukset olivat korkeimmat Hämeenlinnassa, Jokioisilla ja Riihimäellä vuonna 2011. Alhaisimmat kustannukset olivat Hattulassa, Lopella ja Janakkalassa.

Kuva 20. Perusterveydenhuollon (mukaan lukien hammashuolto) nettokustannukset euroa/asukas 2006-2011, vertailu maakunnittain ja koko maan luvut.



Koko maan nettokustannuksia korkeampia asukaskohtaisia lukuja oli vuonna 2011 kaikissa vertailumaakunnissa, mutta Kanta-Hämeessä kustannukset olivat alle koko maan tason (kuva 20). Seurantajakson aikana (2006-2011) Etelä-Karjalan kustannukset nousivat vähiten (17,1%) ja Kainuun eniten (38,8%).

Kuva 21. Erikoissairaanhoidon nettokustannukset euroa/asukas 2006-2011, vertailu-shp



Erikoissairaanhoidon kustannukset olivat vuonna 2011 alhaisimmat Päijät-Hämeen sairaanhoitopiirissä ja korkeimmat Kainuussa (kuva 21). Kanta-Hämeessä kustannusten kasvu oli ajanjaksolla maltillisinta (19,4%) ja Kainuussa sekä Etelä-Karjalassa korkeimmat eli n. 28%.

6 TERVEYSPALVELUT JA IKÄÄNTYNEIDEN PALVELUT

6.1 Perusterveydenhuollon avovastaanotot

Kuva 22. Kanta-Hämeen perusterveydenhuollon avovastaanotot, hammashoitolat ja neuvolat – toimipisteet 31.1.2013. Taustalla näkyvä pisteytys kuvaa maakunnan asujaimistoja.



Forssan seudun terveydenhuollon kuntayhtymä (FSTKY) tuottaa kaikki perusterveydenhuollon avovastaanottopalvelut Forssan seutukunnalla väestövastuumallilla. Forssan seudun viidessä kunnassa on tällä hetkellä kussakin yksi perusterveydenhuollon avovastaanottoja tarjoava terveysasema.

Hämeenlinnan perusterveydenhuollon toimipisteistä suljettiin kolme Hämeenlinnan kaupungin alueella sijaitsevaa terveysasemaa vuodenvaihteessa 2012-13 ja niiden toiminta siirrettiin samaan osoitteeseen. Uudessa Hämeenlinnan perusterveydenhuollon yksikössä on myös otettu käyttöön terveyshyötymalli (Chronic care model), jossa korostetaan potilaan omaa osuutta. Henkilökunta tekee potilaan kanssa yhdessä hoitosuunnitelman, asettaa tavoitteita ja ratkaisee ongelmia sekä seuraa potilaan terveydentilaa. Muitakin toimintamalleja on vaihtelevasti käytössä. Lääkärivakansseja on kunnassa yhteensä 32,5, mutta täyttöasteita tai toiminnan ajallisia rajoitteita ei raportoitu.

Hattulassa on yksi toimipiste Parolan terveysasemalla, jossa kaikki toiminta tuotetaan ostopalveluna (Pihlajalinna Oy). Toimintamalli on lääkäri-hoitajatyöparimalli. Janakkalassa on kaksi toimipistettä eli Turenkin ja Tervakosken terveysasemat. Toimintamalli näissä on osin työparimalli, mutta tämä on vielä kehitysvaiheessa.

Hausjärvellä on kaksi terveysasemaa eli Oitin ja Ryttylän terveysasemat. Näiden terveysasemien sekä Lopen terveysaseman toiminta on aikaisemmin ulkoistettu Mediverkko Oy:lle ja vuoden 2013 aikana Atten-dolle. Lopen terveysaseman toimintamallina on työparityöskentely. Riihimäellä on toiminnassa yksi terveysasema, jossa toimitaan lääkäri-hoitaja työparimallilla ja väestövastuuperiaatteilla.

Perusterveydenhuollon päivystysaikainen toiminta on keskitetty seutukuntien keskuskaupunkeihin sekä Hämeenlinnan yhteispäivystykseen.

Taulukko 8. Kanta-Hämeen perusterveydenhuollon avovastaanotot 31.1.2013

Kunta	Toimipisteiden määrä	Lääkäri-vakanssit	Hoitaja-vakanssit	Lääkäri/hoitajat
Forssa	1	12	3	4,0
Humppila	1	1	1	1,0
Jokioinen	1	3	1	3,0
Tammela	1	3	1	3,0
Ypäjä	1	2	1	2,0
Hattula	1	4	5	0,8
Hämeenlinna	8	32,5	38 *	0,9
Janakkala	2	12	5	2,4
Hausjärvi	2	5	**	-
Loppi	1	4	5	0,8
Riihimäki	1	14,5	17	0,9

* ei sisällä ilmoitettuja lähihoitajien vakansseja

** ei tiedossa

6.1.1 Kanta-Hämeen ja vertailumaakuntien terveyskeskusten lääkäritilanne

Lääkäriliitto selvittää säännöllisesti terveyskeskusten lääkäritilannetta. Janakkalan terveyskeskuksen vakanssien määrä suhteessa asukasluukuun on selvästi muita Kanta-Hämeen terveyskeskuksia vähäisempi (taulukko 9). Terveyskeskukseen väestöpohjaan sisältyy myös Hattula, jonka lääkäriyövoima ostetaan yksityiseltä tuottajalta eikä lääkärimääriä ole välttämättä ilmoitettu tarkasti Lääkäriliiton kyselyyn. Pihlajalinnan Oy:n mukaan avoterveydenhuollon lääkäriresursointi vaihtelee viikonpäivän mukaan, joten kaikissa kyselyissä on tämän suhteen epätarkkuuksia. Tässä kyselyssä lääkärimääräksi Hattula-Janakkalan yhteistoiminta-alueella saadaan 16, jolloin vakanssien määrä tuhatta asukasta kohden on edelleen varsin matala eli tasan 6. Janakkalassa itsessään vakanssien määräksi saadaan 7,08. Omassa 31.1.2013 vakanssien tilannetta koskevassa kyselyssämme saatiin myös Riihimäen vakanssipohjaksi 23,5 lääkäriä eikä 38,5, kuten Lääkäriliiton kyselyssä taulukossa 9. Kyseisellä vakanssimäärällä on lääkäreitä selvästi vähemmän 1000 asukasta kohden kuin muiden Kanta-Hämeen terveyskeskusten alueella eli 5,08. Vertailumaakunnista vakanssien määrä suhteessa väestöön on alhaisin Päijät-Hämeessä sekä osassa Satakuntaa.

Taulukko 9. Kanta-Hämeen ja vertailumaakuntien terveyskeskusten lääkäritilanne Lääkäriliiton selvityksen mukaan lokakuussa 2012. Lähde: Lääkäriliiton tilastot

Terveyskeskus	Vakanssit	Asukasluku	Vakanssit / 1000 asukasta	Asukkaita / vakanssi
Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveyspiiri/terveyskeskus	72	104 055	6,92	1 445
Kainuun terveyskeskus	56	77 984	7,18	1 393
Forssan seudun terveyskeskus	25	35 116	7,12	1 405
Hämeenlinnan terveyskeskus	55,5	67 270	8,25	1 212
Janakkalan terveyskeskus	14	26 642	5,25	1 903
Riihimäen seudun terveyskeskus	38,5	46 202	8,33	1 200
Lahden terveyskeskus	52	102 308	5,08	1 967
Peruspalvelukeskus Oiva/Hollola	28	40 815	6,86	1 458
Päijät-Hämeen terveyskeskus	33	49 975	6,60	1 514
Keski-Satakunnan terveyskeskus	16	27 050	5,91	1 691
Pohjois-Satakunnan terveyskeskus	17	20 189	8,42	1 188
Porin seudun terveyskeskus	59	105 759	5,58	1 793
Rauman terveyskeskus	32	39 820	8,04	1 244

Lääkäriliiton selvityksen mukaan Forssan viroista lokakuussa 2012 oli ostopalveluna tuotettu yhtä virkaa vastaava työpanos, Hämeenlinnassa 6 ja Riihimäen seudun terveyskeskuksissa 0,5 virkaa vastaava työpanos. Lääkärivajetta kyseisenä ajankohtana ilmoittivat Janakkalan terveyskeskus (1,5) ja Riihimäen terveyskeskus (1). Riihimäki on ulkoistanut tämän mukaan 11,5 viran täytön.

31.1.2013 tässä selvityksessä täyttöasteiksi saatiin avovastaanottoinnassa Forssassa 83 % ja Tammelasassa 93 % lääkäreiden osalta, muuten henkilövakanssit on seutukunnassa täytetty. Janakkala-Hattulan perusterveydenhuollon avovastaanottojen vakanssien täyttöasteeksi raportoidaan 100 %. Riihimäellä ja Lopella täyttöaste n. 80 %. Hämeenlinna ei raportoinut virkojen täyttöasteita.

THL kysyy perusterveydenhuollon hoitoon pääsyn toteutumista kaksi kertaa vuodessa. Lokakuun 2012 kyselyn mukaan lääkärinviroista oli täyttämättä 10-20 % Kainuun kaikissa terveyskeskuksissa sekä puolessa Etelä-Karjalan terveyskeskuksista. Alle 10 % viroista oli täyttämättä Kanta-Hämeen terveyskeskuksista kaikissa muissa paitsi Hämeenlinnassa, joka raportoi kaikkien virkojen olevan täytettyjä. Muissa vertailusairaanhoitopiireissä virkojen täyttöaste oli kohtalaisen hyvä. Maaliskuun 2013 kyselyssä muiden Kanta-Hämeen terveyskeskusten tilanne oli pysynyt entisenä, mutta Riihimäen terveyskeskuksessa täyttämättömien virkojen määrä oli lisääntynyt (yli 20%).

Kyselyn mukaan lääkärinvirkojen täyttöaste vakinaisella viranhaltijalla, joka ei ole virkavapaalla oli seuraava: Forssan seudun terveyskeskuksessa kaikki virat on täytetty, Hattula/Janakkalassa täyttöaste on 80-90 %, mutta muissa maakunnan terveyskeskuksissa alle 60 %. Kainuussa vakinaisia viranhaltijoita on vähän työtehtävissä (taulukko 10). Maaliskuun 2013 kyselyssä Hämeenlinnan terveyskeskuksissa tilanne oli parantunut merkittävästi (90-100%).

Taulukko 10: Kuinka monta % lääkärin viroista on täytetty vakinaisella viranhaltijalla, joka ei ole virkavapaalla, THL hoitopääsyttilastot, lokakuu 2012.

Vertailualue	90-100%	80-89 %	70-79%	60-69%	alle 60%
Etelä-Karjala			100		
Kainuu					100
Kanta-Häme	25	25			50
Päijät-Häme	33		33		33
Satakunta		43		43	14

Kanta-Häme tk	90-100%	80-89 %	70-79%	60-69%	alle 60%
Forssan seutu	100				
Hämeenlinna					100
Janakkala/ Hattula		100			
Riihimäen seutu					100

6.1.2 Avo- ja laitoshoidindikaattorit

Taulukko 11. Perusterveydenhuollon avosairaanhoidon ja laitoshoidon keskeiset indikaattorit vuonna 2010 Kanta-Hämeessä ja vertailumaakunnissa. Lähde:SOTKANet, THL.

Perusterveydenhuollon indikaattorit	Etelä-Karjala	Kainuu	Kanta-Häme	Päijät-Häme	Satakunta	Koko maa
Perusterveydenhuollon avohoidon kaikki lääkärikäynnit / 1000 asukasta	1368	1653	1487	1570	1749	1562
Perusterveydenhuollon muut avohoitokäynnit (muu ammattiryhmä kuin lääkäri) / 1000 asukasta	1536	2431	1371	1467	1640	1391
Perusterveydenhuollon vuodeosastohoidon potilaat / 1000 asukasta	21,5	36,8	18,8	28,3	37,7	28,2
Perusterveydenhuollon vuodeosastohoidon hoitopäivät / 1000 asukasta	1592	1344	939	1857	1349	1163
Perusterveydenhuollon vuodeosastohoito, keskimääräinen hoitoaika	32,5	22,7	34,4	40,5	22,7	24,8

Perusterveydenhuollon hoitokäytännöissä on eroja sairaanhoitopiireittäin (taulukko 11). Perusterveydenhuollon avohoidon kaikki lääkärikäyntimäärät tuhatta asukasta kohti ovat Satakunnassa ja Kainuussa korkeammat kuin muissa maakunnissa. Etelä-Karjalassa ja Kanta-Hämeessä käyntejä on vähiten. Kansallinen ja kansainvälinenkin trendi on siirtää lääkäreiden tehtäviä muille ammattiryhmille, lähinnä hoitajille. Kanta-Hämeessä on vähemmän tehtävien siirtoa muille ammattiryhmille kuin vertailusairaanhoitopiireissä. Kainuussa lääkärripula on puolestaan toiminut tälle muutokselle ajurina. Kanta-Hämeessä on perusterveydenhuollon hoitopäiviä tuhatta asukasta kohti vähemmän kuin koko maassa ja selvästi vähemmän kuin Päijät-Hämeessä. Myös perusterveydenhuollon hoitajaksojen kesto on selvästi pitempi Päijät-Hämeessä kuin muissa sairaanhoitopiireissä tai koko maassa.

Kanta-Hämeen kuntakohtaisesti tarkasteltuna lääkärikäyntejä on enemmän Ypäjällä, Jokioisissa ja Forssassa ja Humppilassa kuin muissa maakunnan kunnissa (taulukko 12). Muiden ammattiryhmien kuin lääkärin luona tehtyjä käyntejä on selvästi eniten Janakkalassa ja vähiten Riihimäellä. Suurimmalla osalla kunnista nämä käyntimäärät kasvoivat vertailuajanjakson aikana (liite 10). Perusterveydenhuollon lääkärikäyntien määrä on noussut seurantajakson, vuosien 2006-2010, aikana ainoastaan Lopella ja Ypäjällä. Eniten käyntejä tuhatta asukasta kohden oli vuonna 2010 Janakkalassa ja vähiten Hämeenlinnassa. Suurin lasku vastaanottokäyntien määrässä on ollut Hämeenlinnassa, jossa laskua lääkärikäyntimäärässä on ollut noin kolmannes ajanjaksolla 2006-2010 (liite 10).

Perusterveydenhuollon avohoidon lääkärin potilasmäärä sisältää lääkärin potilasmäärän vuoden aikana eri toimipisteissä ja yhdellä potilaalla saattaa olla useampia käyntejä vuoden aikana. Väestötietona käytetään vuoden viimeisen päivän tietoa. Forssan seutukunnan perusterveydenhuollon lääkäri tapasi vuosien 2006-2010 välisenä aikana väestöstä suhteellisesti eniten ja selvästi eniten väestöstä kuuluu perusterveydenhuollon piiriin Ypäjällä, jossa peittävyys oli vuonna 2010 yli 80% (liite 10). Selvästi pienin osa väestöstä kuuluu perusterveydenhuollon lääkärin potilaisiin Hämeenlinnassa, jossa vain noin puolet asioi perusterveydenhuollon avovastaanotoilla.

Vuodeosastohoidon potilaiden määrä/1000 asukasta, hoitopäivät ja keskimääräiset hoitoajat vaihtelevat merkittävästi kunnittain Kanta-Hämeessä (taulukko 12). Forssan seudun pienissä kunnissa vuodeosastohoitopäiviä oli selvästi muita kuntia vähemmän vuosina 2006-2010. Tämä johtuu siitä, että Forssan seudun kuntien perusterveydenhuollon vuodeosaston hoitopäivät tilastoituvat FSTKY:n vuodeosaston hoitopäiviin. Vuonna 2010 FSTKY:n vuodeosaston hoitopäiviä oli Jokioisilla 314 (55 hoitopäivää/1000 asukasta), Forssassa 27 359 (1532 hoitopäivää/1000 asukasta), Humppilassa 64 (26 hoitopäivää/1000 asukasta), Ypäjällä 136 (53 hoitopäivää/1000 asukasta) ja Tammelassa 245 (37 hoitopäivää/1000 asukasta).

Prosentuaalisesti eniten yksityislääkärikäyntejä oli vuonna 2010 Hämeenlinnassa ja Riihimäellä ja vähiten Ypäjällä. Riihimäellä ja Hämeenlinnassa yksityislääkäripalveluiden käyttö on ollut kasvussa viime vuosina (liite 10). Vaihtelua selittää yksityissektorin palveluiden tarjonta sekä yksityislääkäreiden palveluiden käyttökuultuuri.

Taulukko 12. Perusterveydenhuollon indikaattorit Kanta-Hämeen kunnissa vuonna 2010.

Perusterveydenhuollon indikaattorit	Forssa	Hattula	Hausjärvi	Humppila	Hämeenlinna	Janakkala	Jokioinen	Loppi	Riihimäki	Tammela	Ypäjä
Perusterveydenhuollon avohoidon kaikki lääkärikäynnit / 1000 asukasta	1955	1371	1409	1923	1249	1514	1905	1468	1583	1583	2355
Perusterveydenhuollon muut avohoitokäynnit (muu ammattiryhmä kuin lääkäri) / 1000 asukasta	1605	1250	1528	1606	1203	2209	1253	1401	1143	1274	1251
Perusterveydenhuollon vuodeosastohoidon potilaat / 1000 asukasta	17,2	20,5	19,7	5,2	21,2	21,5	5,8	23,4	17,8	8,8	3,9
Perusterveydenhuollon vuodeosastohoidon hoitopäivät / 1000 asukasta	1617	442	1128	64	778	1639	68	1180	1046	75	74
Perusterveydenhuollon vuodeosastohoito, keskimääräinen hoitoaika	58,5	12,3	48,1	8,6	30,1	30,7	10,1	39,3	43,6	7,0	14,7

6.1.3 Perusterveydenhuollon hoidon saatavuus

Terveydenhuoltolain (1326/2010 § 51) mukaan terveyskeskuksen tulee järjestää toimintansa siten, että potilas voi saada arkipäivisin virka-aikana välittömästi yhteyden terveyskeskukseen (Ohje terveyskeskussille välittömästä yhteydensaannista STM/424/2011). Kansallisella tasolla välitön yhteydensaanti toteutui 77 % terveyskeskuksista lokakuussa 2012 THL:n perusterveydenhuollon hoitoon pääsyn seurannan mukaan. Terveyskeskuksista 23 % raportoi ajoittaisia ongelmia, mutta jatkuvia ongelmia ei ollut. Maaliskuussa 2013 tilanne oli vastaava. Vertailumaakuntien terveyskeskuksissa välitön yhteydensaanti toteutui Etelä-Karjalassa, Kainuussa ja Päijät-Hämeessä 100 %:sesti, mutta Satakunnassa 71 %. Siellä oli ajoittaisia ongelmia 29 % terveyskeskuksista. Kanta-Hämeessä tavoite toteutui 50 % terveyskeskuksista: Välitön yhteydensaanti toteutui Hämeenlinnassa ja Janakkala/Hattulassa 100 %, mutta Forssan ja Riihimäen seudulla oli ajoittaisia ongelmia. Maaliskuussa 2013 tilanne oli parantunut niin, että kaikissa Kanta-Hämeen terveyskeskuksissa tavoite toteutui ongelmitta.

Terveydenhuoltolain (1326/2010 § 51) mukaan terveydenhuollon ammattihenkilön on tehtävä hoidon tarpeen arviointi viimeistään kolmantena arkipäivänä siitä, kun potilas otti yhteyden terveyskeskukseen, jollei arviota ole voitu tehdä ensimmäisen yhteydenoton aikana. Tavoite toteutuu Kanta-Hämeen kunnissa ja kaikissa vertailumaakunnissa täysin samoin kuin kansallisella tasolla 147 vastanneesta terveyskeskuksesta.

Terveydenhuoltolain (1326/2010 § 51) mukaan hoidon tarpeen arvioinnin yhteydessä lääketieteellisesti tai hammaslääketieteellisesti tarpeelliseksi todettu hoito on järjestettävä potilaan terveydentila ja sairauden ennakoitavissa oleva kehitys huomioon ottaen kohtuullisessa ajassa, kuitenkin kolmessa kuukaudessa siitä, kun hoidon tarve on arvioitu. Lokakuussa 2012 sai kahden viikon kuluessa ajan terveyskeskukseen 19 % koko maan väestöstä. Väestöstä 63 % asui sellaisen terveyskeskuksen alueella, jossa kiireettömän ajan terveyskeskuslääkärin vastaanotolle sai 2–4 viikon kuluessa. Jonotusaika lääkärin vastaanotolle oli kaikissa Etelä-Karjalan ja Kainuun terveyskeskuksissa 2-4 viikkoa. Kanta-Hämeessä pääsi lääkärin vastaanotolle alle 2 viikossa Forssassa ja Riihimäen seudulla, Päijät-Hämeessä 67 % ja Satakunnassa 57 % väestöstä. 2-4 viikkoa joutui Kanta-Hämeessä odottamaan Hämeenlinnassa ja Hattula/Janakkalassa ja Päijät-Hämeessä 33 % ja Satakunnassa 29 % väestöstä. Satakunnassa 14 % väestöstä joutui odottamaan vastaanottoa 5-12 viikkoa. Hattula/Janakkalassa hoitajan vastaanotolle joutui odottamaan pitempään eli 4-7 päivää. Muualla Kanta-Hämeessä vastaanotolle pääsi alle kolmessa päivässä. Vertailumaakunnista Päijät-Häme ja Satakunta pystyivät takaamaan hoitajan vastaanotolle pääsyn alle kolmessa päivässä ja Etelä-Karjalassa tavoite toteutui 50 %. Kainuussa hoitajan vastaanotolle pääsi 100 % väestöstä vasta 4-7 päivän sisällä. Maaliskuun 2013 päivityksessä lääkärin vastaanotolle pääsy oli huonontunut Hattula-Janakkalan ja Riihimäen terveyskeskuksissa ollen 5-12 viikkoa. Myös hoitajan vastaanotolle pääsy oli Riihimäellä vaikeutunut maaliskuussa 2013 ollen yli 7 päivää.

Hoitoon pääsykysely selvittää myös sitä, miten usein terveyskeskuksissa on tilanne, että vastaanottoaikaa lääkärille ei ole antaa. Kanta-Hämeen terveyskeskuksista Forssa, Päijät-Hämeen terveyskeskuksista 33 % ja Satakunnan terveyskeskuksista 43 % ilmoitti, ettei tällaisia tilanteita esiinny lainkaan. Kuukausittain tai harvemmin esiintyviä ongelmia raportoi 100 % Etelä-Karjalan terveyskeskuksista, 67 % Päijät-Hämeestä ja 29 % Satakunnasta. Viikoittaisia ongelmia raportoivat 100 % Kainuun, Hämeenlinnan ja Hattula/Janakkalan (50 % Kanta-Hämeestä) ja 29 % Satakunnan terveyskeskuksista. Päivittäisiä ongelmia raportoi Kanta-Hämeen terveyskeskuksista neljäsosa eli Riihimäen seutu. Maaliskuussa 2013 Riihimäen terveyskeskuksessa ongelmat olivat enää kuukausittaisia ja muissa tilanne oli entisellään.

6.2 Terveyden edistäminen

6.2.1 Neuvolat ja koulu- sekä opiskelijaterveydenhuolto

Terveyden edistämiseen liittyviin toimintoihin laskettiin kunnille osoitetussa kyselyssä erilaiset lakisääteiset neuvolapalvelut kuten lasten-, äitiys- ja perhesuunnitteluneuvolat. Muita terveyden edistämiseen ja sairauksien ennaltaehkäisyyn perustettuja uusia palvelumuotoja ovat erilaiset perhe- ja aikuisten neuvolat. Neuvolat voivat sijaita täysin erillään muusta perusterveydenhuollon toiminnasta tai olla kiinteä osa perusterveydenhuollon toimintaa. Tyypillisesti neuvoloissa on oma terveydenhoitajapainotteinen henkilökuntansa, mutta lääkäriresurssit on jaettu avovastaanotto- tai muun toiminnan kanssa. Työterveyshuolto sekä koulu- ja opiskelijaterveydenhuolto kuuluvat myös kunnan järjestämisvastuulle. Aikuisneuvoloita ja erilaisia hyvinvointineuvoloita on esimerkiksi Forssan seudulla. Nämä kuuluvat usein psykiatrisen hoidon vastuualueeseen.

6.2.2 Työterveyshuolto

Forssan seudulla on terveyskeskuksen oma työterveyshuolto, joka hoitaa kuntien oman henkilöstön ja muiden työterveyshuoltoa tarvitsevien terveydenhuollon. Janakkalan terveyskeskus hoitaa kunnan lakisääteisen työterveyshuollon ja sairaanhoidon kunnan työntekijöille sekä muille tarvitseville. Muut kunnat ovat ulkoistaneet toiminnat - Hattula on ulkoistanut työterveyshuoltonsa yksityiselle yritykselle. Hämeenlinnan kaupunki ja sairaanhoitopiiri ovat ulkoistaneet työterveyshuoltonsa Työsyke Oy:lle, joka tuottaa työterveyshuollon palvelut näiden organisaatioiden henkilöstölle sekä terveyskeskuksen asiakkaille. Riihimäen seudun terveyskeskus on ulkoistanut työterveyshuoltonsa yksityiselle toimijalle.

6.3 Suun terveydenhuolto

6.3.1 Suun terveydenhuollon vastaanottojen perustiedot

Hämeenlinnan kaupungin suun terveydenhuollon vastaanotoista on käytettävissä ainoastaan Hämeenlinnan toimittamat tiedot vuodelta 2011. Tällä hetkellä toimipisteitä on Hämeenlinnassa yhteensä seitsemän. Taulukossa 13 kuvataan muut toimipisteet ja niiden vakanssit kunnittain.

Taulukko 13. Forssan, Hattula-Janakkalan ja Riihimäen seudun suun terveydenhuollon vakanssit 31.1.2013.

Kunta	Toimipisteet	Hammaslääkärit		Hammashoitajat ja suuhygienistit yhteensä		Hammaslääkärit / muut
		vakanssien määrä	täyttöaste (%)	vakanssien määrä	täyttöaste (%)	
Forssa	2	10	68	13	95	0,8
Humppila	1	1,5	100	1	100	1,5
Jokioinen	1	3	67	3,5	88	0,9
Tammela	1	3	100	4	100	0,8
Ypäjä	1	1,5	100	2,5	100	0,6
Hattula	1	3,5	99	6	100	0,6
Janakkala	2	7	43	12	90	0,6
Hausjärvi	2	3	87	2	80	1,5
Loppi	1	3	88	2	100	1,5
Riihimäki	3	15	100	6	100	2,5

6.3.2 Hoidon saatavuus

Välitön yhteydensaanti suun terveydenhuollossa toteutui lokakuussa 2012 THL kyselyssä kansallisella tasolla 76 % terveyskeskuksista ja muissa oli ajoittaisia ongelmia. Forssan, Hattula/Janakkalan ja Riihimäen seudulla yhteydensaanti onnistui ongelmitta, mutta Hämeenlinnan terveyskeskuksissa oli ajoittaisia ongelmia. Etelä-Karjalan terveyskeskuksissa yhteydensaanti toteutui 50 %, Kainuussa oli 100 % ajoittain ongelmia, Päijät-Hämeessä yhteydensaanti toteutui 100 % ja Satakunnassa 86 %. Missään sairaanhoitopiirissä ei ollut jatkuvia ongelmia yhteydensaannissa.

Hoidon tarpeen arviointi kolmen arkipäivän sisällä toteutui ongelmitta koko maassa lukuun ottamatta osaa (25 %) Päijät-Hämeen terveyskeskuksista.

Hoitoon pääsyn toteutuminen kuudessa kuukaudessa suun terveydenhuollossa toteutui koko maassa 87 % terveyskeskuksista. Ajoittain ongelmia esiintyi 9 % terveyskeskuksista. Etelä-Karjalassa, Päijät-Hämeessä ja Satakunnassa hoitoon pääsy toteutui alle kuudessa kuukaudessa täysin. Kanta-Hämeessä Hattula-Janakkala raportoi ajoittaisia ongelmia ja muissa tavoite toteutui. Kainuu oli hoitoon pääsyn suhteen ongelmallisimman ja ongelmia oli kaikissa terveyskeskuksissa jatkuvasti.

Jonotusaika hammaslääkärivastaanotolle lokakuussa 2012 kuvataan taulukossa 14. Ongelmallisimman jonotusaika eli 91-180 päivää oli Kanta-Hämeessä Forssan seudun terveyskeskuksissa, muissa (75 %) odotusaika oli 22-90 päivää. Maaliskuussa 2013 jonotusaika oli pidentynyt Hattula-Janakkalan ja Riihimäen terveyskeskuksissa 91-180 päivään.

Taulukko 14. Jonotusaika hammaslääkärin vastaanotolle vertailumaakunnissa, lokakuu 2012.

sairaanhoitopiiri	0-3 päivää (%)	4-21 päivää (%)	22-90 päivää (%)	91-180 päivää (%)	yli 180 päivää (%)
Etelä-Karjala		50		50	
Kainuu					100
Kanta-Häme			75	25	
Päijät-Häme		25	25	50	
Satakunta			71	29	

Jonotusaika suuhygienistin vastaanotolle oli kaikissa Kanta-Häme terveyskeskuksissa 22-90 päivää lokakuussa 2012 eli sama kuin Kainuun terveyskeskuksissa. Etelä-Karjalassa hoitoon jonotusaika oli 8-14 päivää (50%) tai 15-21 päivää (50%). Päijät-Hämeessä hoitoon pääsi vaihdellen 4-7 päivästä 22-90 päivään. Satakunnassa hoitoon pääsi alle kolmessa päivässä (14 %), mutta 57 % terveyskeskuksista raportoi 22-90 päivän jonotusaikoja. Kanta-Hämeessä hoitoon pääsy oli maaliskuun 2013 kyselyssä samankaltainen. Suun terveydenhuollon virkojen määrä vertailumaakunnissa oli suurin Forssassa ja alhaisin Etelä-Karjalassa (4,3 ja 2,6 hammaslääkärinä 10 000 asukasta kohden). Suuhygienistien määrä 10 000 asukasta kohden oli myös Forssassa suurin eli 2,3 ja alhaisin Satakunnassa, eli 1,3. Hammashoitajia vastaavasti oli eniten Kainuussa (8,0) ja vähiten Satakunnassa (4,7).

Vuokratyövoimaa käyttivät lokakuussa 2012 kaikki Kanta-Hämeen terveyskeskukset suun terveydenhuollon palveluiden turvaamiseksi, yhteensä 12 henkilötyövuotta. Vastaavia vuokratyövoimapanoksia käyttivät myös Satakunnan ja Päijät-Hämeen terveyskeskukset.

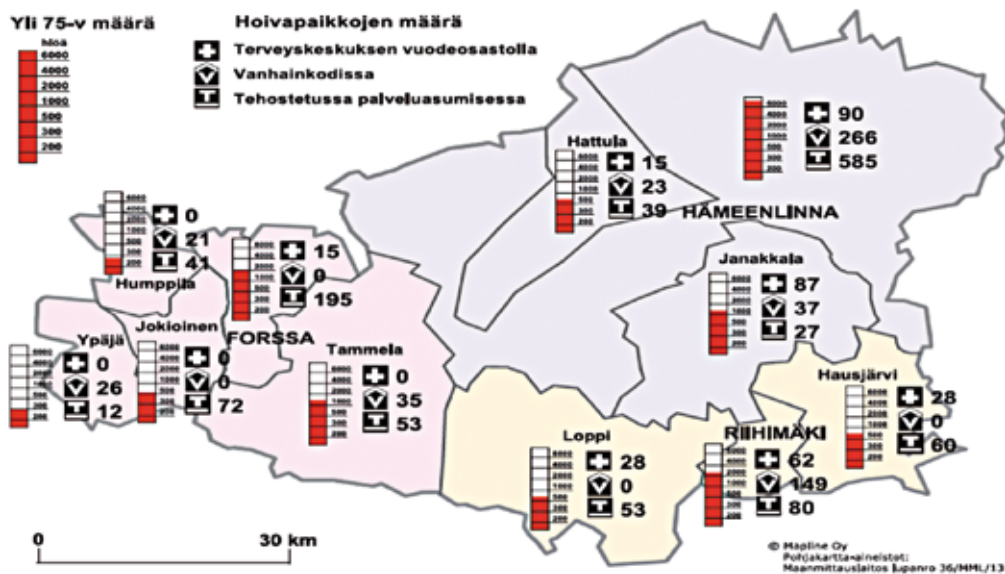
6.4 Ikääntyneiden palvelut

6.4.1 Kotihoito

Kotisairaanhoido ja kotipalvelu on yhdistetty muissa kunnissa paitsi Humppilassa ja kaikissa kolmessa Riihimäen seudun kunnassa. Haastatteluissa, erityisesti Riihimäellä, pidettiin erillisiä toimijoita epäkohtana, joka tulisi mahdollisimman pikaisesti korjata. Useissa kunnissa kotihoidon palveluissa on myös rajoitteita eikä palvelu ole saatavilla ympärivuorokautisesti seitsemänä päivänä viikossa. Rajoitteita kotihoidossa on Humppilassa, Tammelassa, Janakkalassa, Riihimäellä ja Lopella. Lääkäripalveluita kunnissa on saatavissa vaihdellen Humppilan 0,5 tunnista viikossa Riihimäen 37 tuntiin/viikko.

6.4.2 Vanhusten hoivapaikat

Kuva 23. Ikäihmisten hoivapaikat ja 75 vuotta täyttäneiden määrä Kanta-Hämeen kunnissa 31.1.2013.



Forssan seutukunnalla laitospaikkoja on yhteensä 470, joista terveyskeskusvuodeosastopaikkoja on 15. Jokioinen luokittelee Intalankartanon paikat yhtenä kokonaisuutena, eikä niistä ole eroteltu vanhainkotipaikkoja ja tehostetun palveluasumisen paikkoja. Lukumäärä on 72. Vanhainkotipaikoiksi on luokiteltu 82 paikkaa ja tehostetun palveluasumisen paikkojen määrä jää avoimeksi luokittelupuutosten vuoksi.

Hämeenlinnan kaupungissa Terveyspalvelut – liikelaitos tuottaa Vanajaveden sairaalassa terveyskeskusvuodeosastohoitoa 90 paikalla. Hämeenlinnan kaupungin omaa palvelutuotantoa vanhainkodin tai tehostetun palveluasumisen muodossa on Impivaarassa, Uppsalankaareissa, Kanta-Voutilassa, Lammin vanhainkodissa, Hoi-vatuudessa, Koivurinteen vanhainkodissa, Koivukodossa, Naskalissa ja Raitaharjun palvelukodissa. Yhteensä näissä yksiköissä on 266 paikkaa. Omaa tehostetun palveluasumisen tuotantoa oli 31.1.2013 kolmessa yksikössä. Ostopalveluina täydennetään tehostetun palveluasumisen paikkoja useilta säätiöiltä ja yksityisiltä yrityksiltä. Oman tuotannon paikkamäärä on 73 ja yhteensä ostopalveluiden kanssa 585.

Hattula-Janakkalan seudulla on kaksi terveyskeskusvuodeosastoa, joissa on 15 paikkaa (Hattula) ja 87 paikkaa (Janakkala). Molemmista kunnissa on yksi vanhainkoti, joissa on Hattulassa 23 ja Janakkalassa 37 paikkaa. Tehostetun palveluasumisen paikkoja on vastaavasti Hattulassa 39 ja Janakkalassa 27 paikkaa. Hattulan paikkamäärät painottuvat siis tehostettuun palveluasumiseen kun taas Janakkalassa on paljon terveyskeskusvuodeosastopaikkoja. Yhteensä Hämeenlinnan seutukunnalla on laitospaikkoja terveyskes-

kusten vuodeosastoilla 192, vanhainkodeissa 326 ja tehostetun palveluasumisen yksiköissä 651. Alueella on ympärivuorokautisen hoidon paikkoja yhteensä 1169.

Riihimäen seudulla on terveyskeskusvuodeosastopaikkoja 118, joista pääosa Riihimäellä. Vanhainkoti on vain Riihimäellä, ja siellä on 149 paikkaa. Tehostetun palveluasumisen paikkoja seutukunnalla on yhteensä 193. Kaiken kaikkiaan ympärivuorokautiseen hoivaan käytettyjä paikkoja on seutukunnalla 460.

Maakunnassa on vanhustenhuollon ympärivuorokautisia hoivapaikkoja kaiken kaikkiaan 2 115 perusterveydenhuollon tai sosiaalitoimen omana tuotantona. Hoitohenkilökunnan määrää ei ole toistaiseksi arvioitu.

6.4.3 Palveluiden käyttö

Sosiaali- ja Terveysministeriön suositus valtakunnalliseksi palvelurakenteeksi vuoteen 2012 mennessä oli, että 75 vuotta täyttäneistä henkilöistä:

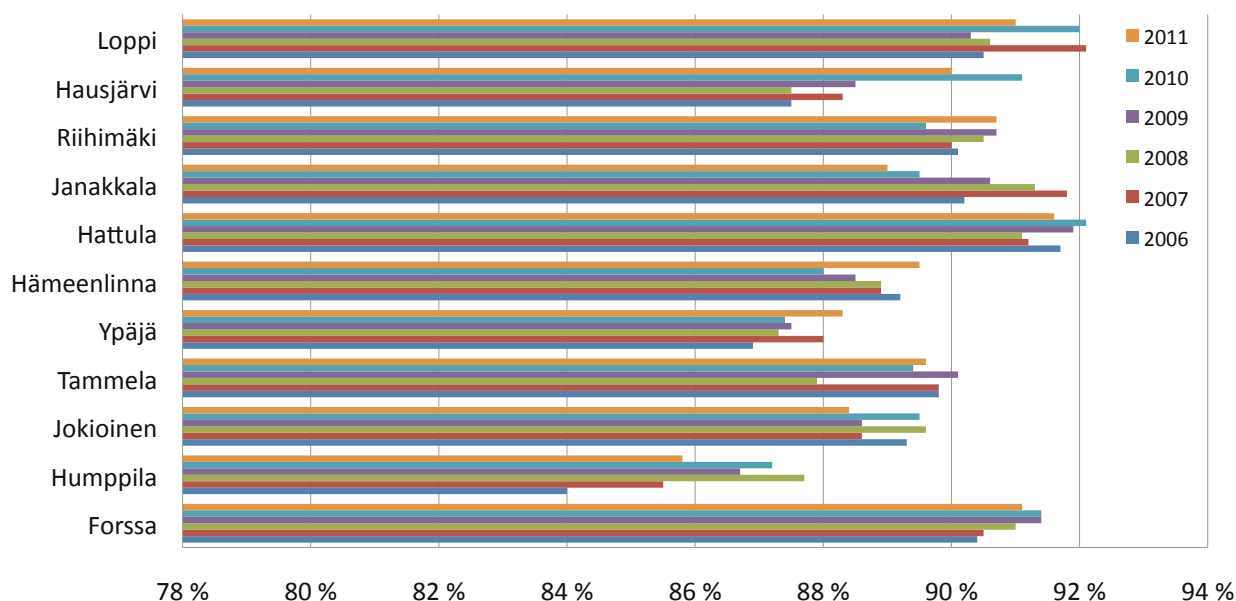
- 91–92 % asuu kotona itsenäisesti tai kattavan palvelutarpeen arvioinnin perusteella myönnettyjen tarkoituksenmukaisten sosiaali- ja terveyspalvelujen turvin
- 13–14 % saa säännöllistä kotihoitoa
- 5–6 % saa omaishoidon tukea
- 5–6 % on tehostetun palveluasumisen piirissä
- 3 % on hoidossa vanhainkodeissa tai pitkäaikaisessa hoidossa terveyskeskusten vuodeosastoilla.

Seuraavissa kuvissa käsitellään kuntakohtaisia aikasarjoja suositusten toteutumisesta (Lähde: Ikäihmisten palvelujen laatusuositus, STM julkaisu 2008:3).

Kotona asuvat

Kanta-Hämeen maakunnassa asui 1572 seitsemänkymmentä viisi vuotta täyttänyttä henkilöä vuoden 2012 lopussa. Iäkkäiden lukumäärä vaihteli kunnittain 274 – 6544.

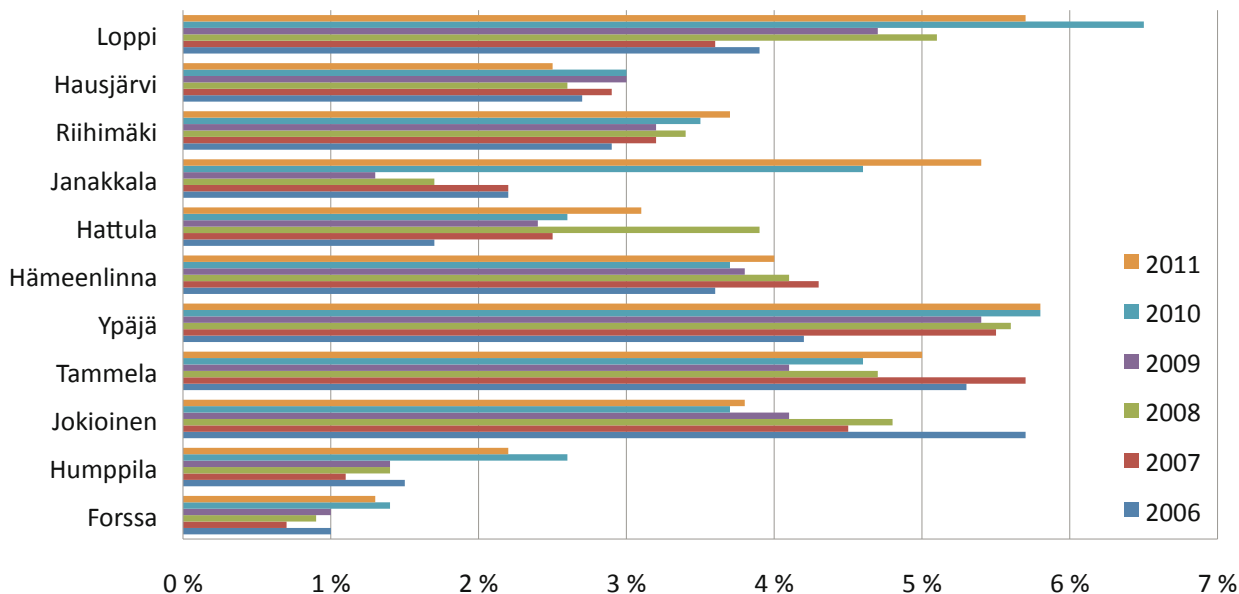
Kuva 24. Kotona asuvat 75 vuotta täyttäneet, % vastaavanikäisestä väestöstä. Lähde: SOTKANet



Suhteellisesti eniten yli 75 -vuotiaita kotona asuvia oli vuonna 2011 Hattulassa, Lopella, Hausjärvellä ja Forssassa. Nämä neljä kuntaa ovat ainoita, jotka yltyvät laatusuosituksen asettamaan tavoitteeseen. Suhteellisesti vähiten (87 % 75 -vuotiasta) asui kotonaan Humppilassa, eikä aikasarjojen perusteella ole havaittavassa olennaista muutosta (Kuva 24). Haastattelussa Humppilassa nostettiin esiin kotihoidon kehittäminen. Haastatteluhetkellä esimerkiksi lauantai- ja sunnuntai-iltapäiville ei ollut tarjolla kotihoitoa, mikä vähentää avun tarpeessa olevien iäkkäiden mahdollisuuksia asua kotona. Janakkalassa kotona asuminen on vähentynyt 2007-2011.

Kuva 25. Omaishoidon tuen 75 vuotta täyttäneet asiakkaat vuoden aikana, % vastaavanikäisestä väestöstä.

Lähde: SOTKANet



Kansallinen tavoite yli 75-vuotiaiden omaishoidon tuesta täyttyi vuonna vain 2011 Janakkalassa, Lopella, Tammelassa ja Ypäjällä (Kuva 25). Omaishoitosopimus oli merkittävästi alihyödynnetty Humppilassa ja erityisesti Forssassa, missä oli tiukat kriteerit omaishoidon tuen saamiseksi.

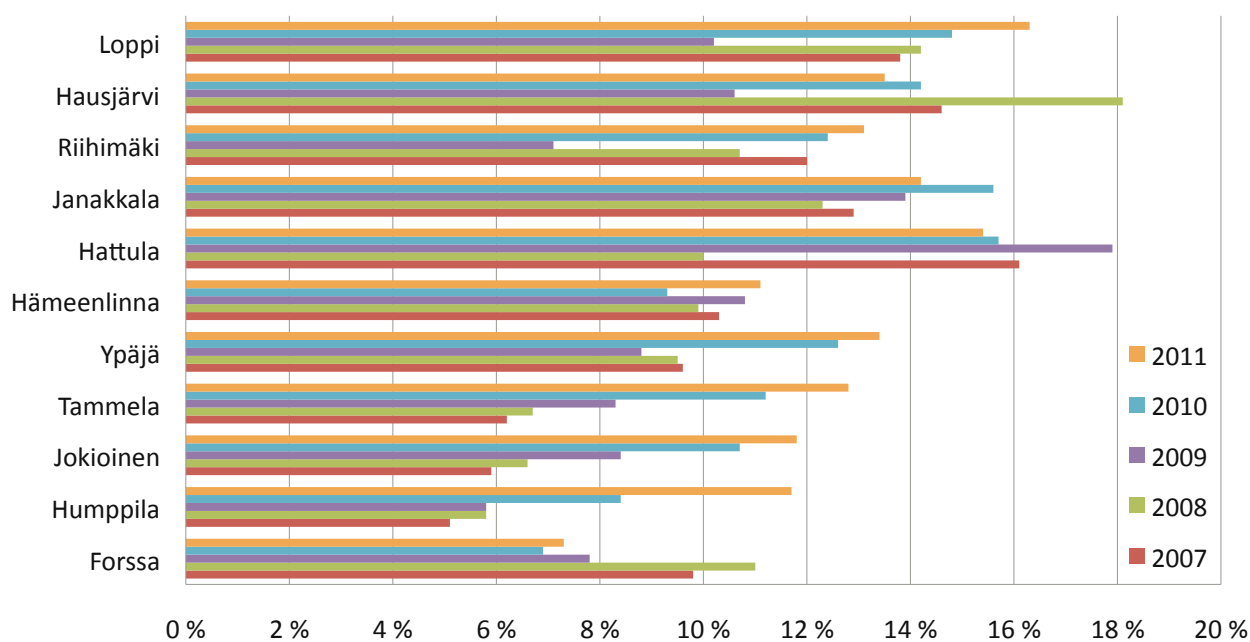
Kansallinen tavoite säännöllisen kotihoidon 75 vuotta täyttäneiden asiakkaiden osuudeksi on 13-14 %. Tilapäiselle asiakkuudelle ei toistaiseksi ole tavoitetta. Taulukossa 15 on esitetty kotihoidon toimintaa ja asiakasmääriä kunnittain ja siitä ilmenee tilapäisten asiakkaiden kuntien väliset erisuuruiset osuudet.

Vertailtaessa 75 vuotta täyttäneiden säännöllistä kotihoitoa saaneiden osuutta kunnittain (kuva 26) on nähtävissä kotihoitoa saaneiden osuuden nousua viimeksi kuluneiden viiden vuoden aikana ainakin viidessä kunnassa. Kansalliseen tavoitteeseen (13-14 % 75 -vuotta täyttäneistä saa säännöllistä kotihoitoa) ylsivät vuonna 2011 Hausjärvi, Hattula, Janakkala, Riihimäki, Loppi, sekä Ypäjä eli vain noin puolet Kanta-Hämeen kunnista.

Taulukko 15: Yhteenveto Kanta-Hämeen kuntien kotihoidosta 31.1.2013 (asiakasmäärät ja käynnit 2012). Lähde: kuntien toimittamat tiedot ja Tilastokeskus.

Kunta	Säännöllisen kotihoidon asiakkaat, lkm	Tilapäisen kotihoidon asiakkaat lkm (% kaikista)	Asiakkaat yhteensä	Kotihoidon käynnit (2012)	Kunnan 75 vuotta täyttäneiden lukumäärä
Forssa	230	30 (11,5)	260	73 546	1 924
Hausjärvi	127	15 (10,6)	142	35 466	662
Hattula	95	54 (36,2)	149	71 479	655
Humppila	29	6 (17,4)	35	17 088	274
Hämeenlinna	600	70 (10,4)	670	360 000	6 544
Janakkala	322	167 (34,1)	489	74 358	1 338
Jokioinen	56	56 (50,0)	112	-	516
Loppi	203	muutamia	203	46 853	661
Riihimäki	312	38 (10,9)	350	108 942	2 235
Tammela	147	390 (72,6)	537	54 672	679
Ypäjä	52	66 (55,9)	118	27 852	294
Yhteensä	2173	noin 892	3065	870 256	15 782

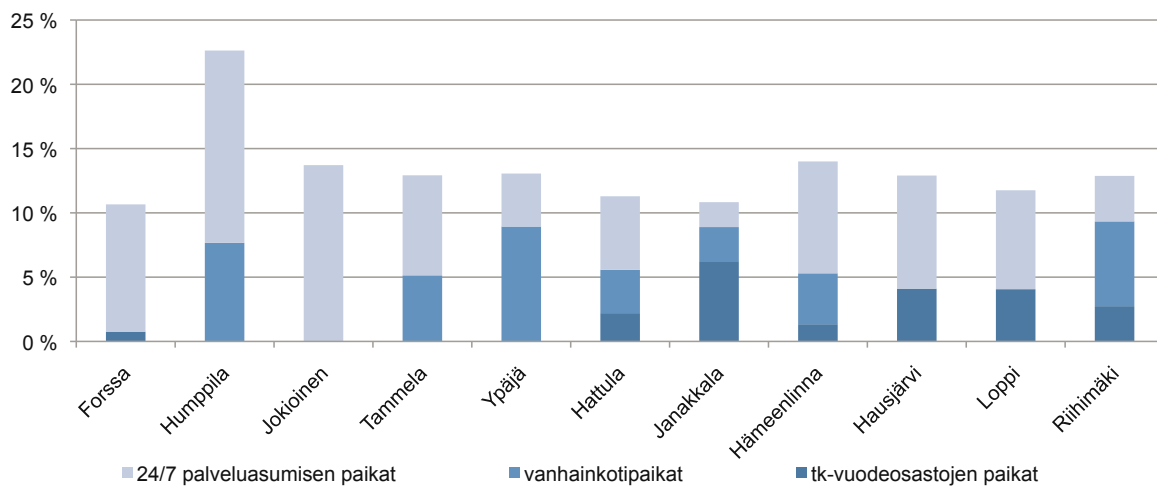
Kuva 26. Säännöllistä kotihoitoa saaneet 75 vuotta täyttäneet asiakkaat, % vastaavanikäisestä väestöstä. Lähde:SOTKanet



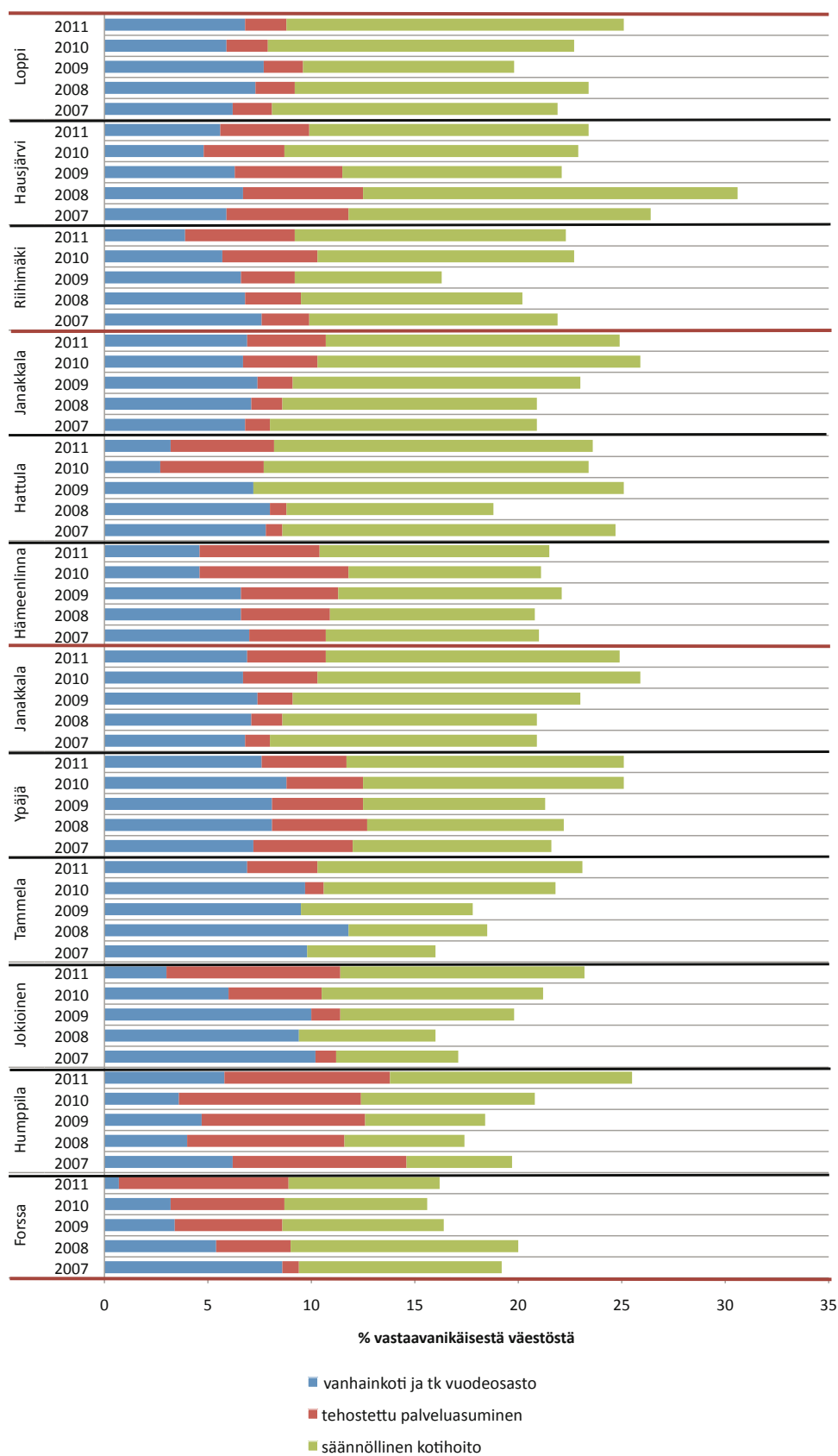
Ympäri vuorokautinen hoito laitoksessa tai tehostetussa palveluasumisessa

Ympäri vuorokautista hoivaa ja hoitoa voi saada kotona, asumispalveluyksiköissä kuten palvelutaloissa, vanhainkodeissa tai terveyskeskuksen vuodeosastoilla. Heinäkuussa 2013 voimaan astuva ns. vanhuspalvelulaki edellyttää kuitenkin kotihoidon ensisijaisuutta ja vasta toissijaisesti asumisen järjestämistä muualla kuin kotona. Kuvassa 27 esitetään kuntien hoivapaikkojen peittävyys 75 vuotta täyttäneelle väestölle. Kuva 28 osoittaa ikäihmisten palveluiden jakaumaa eri kunnissa vuosina 2009-2011 ja osoittaa säännöllisen kotihoidon ja ympäri vuorokautista hoivaa tarjoavien palveluiden 75 vuotta täyttäneiden saajien kokonaisuuden vakiintuneen puolessa kunnista 20-24 % tasolle (Hausjärvi, Hattula Hämeenlinna, Janakkala, Riihimäki, Tammela). Kuitenkin Forssassa vastaava luku oli 16,2 %, kun taas neljässä kunnassa näitä palveluja oli tarjolla kaikkiaan 25 %:lle tai yli (Humppila, Janakkala, Loppi, Ypäjä). Hoidon tyyppi oli eri kunnissa lisäksi erilainen, jolloin voidaan päätellä Kanta-Hämeen 75 vuotta täyttäneiden asukkaiden olleen asuinkunnasta riippuen keskenään hyvinkin eriarvoisessa asemassa (kuvat 27 ja 28).

Kuva 27. Hoivapaikkojen peittävyys Kanta-Hämeen kunnissa 75 vuotta täyttäneelle väestölle 31.1.2013.



Kuva 28. Ikääntyneiden säännöllinen kotihoito ja ympärivuorokautista hoivaa tarjoavien asumispalvelujen 75 vuotta täyttäneiden asiakkaiden osuus, % vastaavanikäisestä väestöstä. Lähde: SOTKANet



Väestön ikääntymisen heijastuminen palvelutarpeeseen

Yli 75-vuotiaiden osuus on keskeinen tekijä tulevaisuuden palveluiden tarpeen arvioinnissa. Kanta-Hämeen yli 75 -vuotiaiden määrän on ennustettu lisääntyvän vuodesta 2010 vuoteen 2040 mennessä 120 %. Prosentuaalisesti suurimmat kasvut vuoteen 2030 mennessä on ennustettu Hat-tulaan, Lopelle, Riihimäelle ja Janakkalaan. Tämä tulee heijastumaan myös kotihoidon, palveluasumisen ja laitospaikkojen tarpeeseen. Taulukossa 16 kuvataan seutukuntaakohtaiset arviot palveluiden tarpeista vuonna 2030. Voimassa olevia STM:n laatusuosituksia on käytetty arvion pohjana.

Taulukko 16. Kanta-Hämeen yli 75 -vuotiaiden kotihoidon-, palveluasumisen- ja laitospaikkojen tarve suositusten* mukaan vuosina 2015 ja 2025. (Lähde: Tilastokeskus, Yli 75 v. ennuste)

	Forssan seutu		Hämeenlinnan seutu		Riihimäen seutu		Kanta-Häme yhteensä	
	2015	2025	2015	2025	2015	2025	2015	2025
Kotihoito								
Suositus 25 % 75 + vuotiaista	894	1212	2166	3104	932	1398	3991	5713
Palveluasunnot								
suositus 3 % mukaan	107	145	260	372	112	112	479	686
suositus 5 % mukaan	179	242	433	621	186	280	798	1143
Laitoshoito**								
suositus 5 % mukaan	179	242	433	621	186	280	798	1143
suositus 7 % mukaan	250	339	606	869	261	391	1117	1600

* STM Oppaita 2001:4, ** Sisältää vanhainkotihoidon, terveyskeskuksen vuodeosastohoidon, ei sisällä erikoissairaanhoitoa

6.5 Somaattinen erikoissairaanhoito

6.5.1 Kanta-Hämeen sairaanhoitopiiri

Kanta-Hämeen keskussairaalalla on toimintayksiköt Hämeenlinnassa ja Riihimäellä. Hämeenlinnan yksikkö palvelee koko sairaanhoitopiirin noin 175 000 asukasta. Forssan seudulla on oma sairaala, joka palvelee pääasiassa oman seutukunnan asujaimistoa (35 000). Riihimäen yksikkö palvelee ensisijaisesti Riihimäen seudun kuntien asukkaita eli yhteensä noin 46 000 asukasta. Viimeisen vuoden aikana Riihimäen yksikön toimintaa on siirretty enemmän päiväkirurgiseen suuntaan ja kaikki erikoissairaanhoidon pävyystys on keskitetty Hämeenlinnaan. Sairaanhoitopiirin toimintakertomuksen 2011 mukaan valtuuston asettamat toiminnalliset tavoitteet toteutuivat kohtuullisen hyvin. Painopiste toiminnassa siirtyi edelleen avohoitopainotteiseksi. Toimintaa hankaloittivat erityisesti pitkät hoitojonot poliklinikoille ja kasvava lähetemäärä (5,0 %). Kysynnän ja palvelutarjonnan välillä on ollut epäsuhtaa, joka heijastuu erityisesti taloudellisten resurssien puutteena. Vuoden 2011 lopussa alijäämän määräksi muodostui kaikkiaan 5,2 miljoonaa euroa. Talousarviolitykset koostuivat pääasiassa ulkopuolisten sairaaloiden käytössä, jossa menolisäys oli vuositasolla 15,5 %. Ulkopuolisten tahojen läheteet lisääntyivät kaikilla tulosalueella, eniten ortopediassa. Psykiatrian erikoisalojen läheteistä eniten lisääntyivät lastenpsykiatrian läheteet (25,2 %). Toimintakertomuksessa hoidon saatavuuden tilannetta Kanta-Hämeen sairaanhoitopiirissä pidettiin huonona vuonna 2011.

Taulukko 17. Sairaanhoidopiirin jäsenkuntien väestömäärä 31.12.2011 ja kuntamaksut 2011.

Kunta	Väestö 31.12.2011	Osuus (%) maakunnan asukkaista	Sairaanhoidopiirin kuntamaksut (1 000 euroa)					
			Oma toiminta	%	Ostot	%	Yhteensä	%
Forssa	17 833	10,2	6 070	4,6	3 683	13,7	9 783	6,1
Humpkala	2 503	1,4	385	0,3	1 267	4,7	1 652	1,0
Jokioinen	5 676	3,2	1 968	1,5	805	3,0	2 773	1,7
Tammela	6 554	3,7	2 360	1,8	1 113	4,2	3 473	2,2
Ypäjä	2 550	1,5	859	0,6	515	1,9	1 374	0,9
Forssan seutu	35 116	20,0	11 670	8,8	7 383	27,5	19 053	11,9
Hattula	9 682	5,5	7 591	5,7	1 254	4,7	8 845	5,5
Hämeenlinna	67 270	38,4	61 447	46,3	9 103	34,0	70 550	44,2
Janakkala	16 960	9,7	13 069	9,8	2 031	7,6	15 100	9,5
Hämeenlinnan seutu	93 912	53,6	82 106	61,8	12 388	46,2	94 494	59,2
Hausjärvi	8 807	5,0	6 760	5,1	1 421	5,3	8 181	5,1
Loppi	8 377	4,8	6 633	5,0	1 083	4,0	7 716	4,8
Riihimäki	29 018	16,6	25 682	19,3	4 525	16,9	30 207	18,9
Riihimäen seutu	46 202	26,4	39 074	29,4	7 029	26,2	46 103	28,9
Kanta-Häme	175 230	100	132 850	100	26 800	100	159 650	100

Kanta-Hämeen sairaanhoidopiirin vuoden 2011 toimintalukuja ja menoja on kuvattu taulukossa 18. Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveysyhtymän lukuihin verrattuna hoitopäivien ja -DRG-jaksojen määrässä ei ole suuria eroja. Sairaansijojen määrä on Kanta-Hämeen keskussairaalassa 430 ja PHSOTEY:ssä 505. Merkittävin ero sairaanhoidopiirien välillä on palveluiden ostoissa, Kanta-Hämeessä käytetään selvästi enemmän ostopalveluja.

Taulukko 18. Kanta-Häme sairaanhoidopiirin toimintalukuja ja menot (1000 euroa) vuodelta 2011.

Toimintaluvut	Konservatiivinen tulosalue	Operatiivinentu- losalue	Psykiatrinen tulosalue	Yhteensä
Hoitopäivät	45 486	45 259	23 498	114 243
DRG-jaksot	10 190	15 518	1 070	26 778
Käynnit yht.	103 938	73 124	39 578	216 640
Leikkaukset		10 083		10 083
Päiväkirurgia (%)		56,5		
Sairaansijat	170	163	97	430

Toimintamenot	Konservatiivinen tulosalue	Operatiivinen tulosalue	Psykiatrinen tulosalue	Yhteensä
Palkat	28 338	25 415	12 098	65 851
Materiaalit	9 271	9 142	234	18 647
Palvelujen ostot	52 826	46 666	4 562	104 054
Toimintamenot yh- teensä	90 505	81 450	17 154	189 109

Sairaanhoitopiiri on talvella 2012-2013 selvittänyt alueen erikoissairaanhoidon talouden näkymiä (Laesterä, Audiapro, sairaanhoitopiiriltä saatu selvitys). Selvityksen mukaan Kanta-Hämeen sairaanhoitopiiri toimii hyvin, erikoissairaanhoidon käyttö on selvästi pienempää kuin vertailualueilla ja keskussairaala toimii taloudellisesti. Vuoden 2012 ja todennäköisesti 2013 kehityksen jälkeen sairaanhoitopiiri on kuitenkin yksi nettovelkaisimmista sairaanhoitopiireistä. Investoinnit ovat olleet niin suuria, että lainakanta on kasvanut. Talouden tila on vakavasti heikentynyt ja edelleen heikkenevä sillä sairaanhoitopiirin ongelmat alkavat olla sekä käyttötalouden että rahoituksen ongelmia.

Erikoissairaanhoidon päivystyksen suhteen samainen selvitys suosittaa päivystyksestä luopumista ja erikoissairaanhoidon päivystyksen siirtoa Tampereelle tai Helsinkiin. Siirto voisi selvityksen mukaan tuoda säästöjä ja olisi laadukasta (yle.fi/uutiset 7.12.2012, www.kunnat.net/fi/Kuntaliitto/media/tiedotteet/2012/12/).

Erikoislääkäritilanne 31.1.2013

Keskussairaalassa toimii 139 erikoislääkärinä. Kokonaisvakanssimäärästä 105 eli 76 % on täytetty. Erikoislääkäreistä 16 on yli 58-vuotiaita. Sijaisten määrä suhteessa vakinaiseen henkilökuntaan ovat sairaanhoitopiirissä samoin kuin ostopalveluiden kustannukset henkilöstömenoissa Auditorin tuoreen selvityksen mukaan suuret. Suurimmat puutokset työvoimassa on niillä erikoisalajoilla, joissa joudutaan käyttämään ostopalveluita tilanteen paikkaamiseksi. Näitä ovat endokrinologia, nefrologia, neurologia, patologia, suu- ja leukakirurgia, urologia ja kliininen neurofysiologia ja kliininen fysiologia/isotooppilääketiede. Nämä erikoisalajat ovat neurologiaa ja patologiaa lukuun ottamatta 1-2 lääkärin vakanssipohjaisia ja yhden lääkärin puutos aiheuttaa suuren tyhjiön työvoimaresursseissa. Suurimmat puutokset absoluuttisina määrinä on anestesia/tehohoitolääkäreistä, neurologeista, lastenpsykiatreista, psykiatreista, patologeista ja röntgenlääkäreistä. Erikoistuvien lääkäreiden vakansseja on keskussairaalassa yhteensä 37, joista 13 yleiskirurgiassa ja 7 sisätaudeilla. Geriatrian vakansseja on keskussairaalassa yksi ja toinen sairaanhoitopiirin alueella FSTKY:ssä. Molemmat vakanssit on täytetty, mutta silti panos on tulevaisuuden vanhusväestön ajatellen vaatimaton. Eksotessa näitä vakansseja on kaksi ja PHSOTEY:ssä yksi.

Korjaus- ja uudisrakentaminen

Kuntaliitto on kerännyt talvella 2013 tietoja sairaanhoitopiirien korjaus- ja uudisrakentamisen suunnitelmista. Toistaiseksi julkaisemattoman selvityksen mukaan Kanta-Hämeen sairaanhoitopiiri on toteuttanut aivan viime vuosina niin merkittäviä perusparannustöitä, ettei yksiköihin jouduta vielä tekemään suuria rakentamisinvestointeja. Talusrakennuksen ja psykiatrian tilojen peruskorjaus ovat suunnitelmissa ja niiden yhteinen kustannusarvio on noin 15,6 miljoonaa euroa. Suuremmat investoinnit ovat laskennassa eli vuodeosastorungon peruskorjaus sekä ns. kuuma-sairaalan rakentaminen (kompleksi, jossa sijaitsevat leikkaus- ja anestesiaosasto, synnytyssaliosasto, teho- ja sydänvalvontayksikkö sekä vastasyntyneiden teho).

6.5.2 FSTKY ja Forssan sairaala

Forssan seudulla terveyskeskus ja aluesairaala yhdistyivät 1.1.2001 hallinnollisesti uudeksi terveydenhuoltoalueeksi, Forssan seudun terveydenhuollon kuntayhtymäksi, joka voi itsenäisesti tuottaa ja hankkia tarvitsemiaan terveydenhuollon palveluja. Vuonna 2011 FSTKY:n taloudellinen tulos oli alijäämäinen. Tämä johtui pääosin asiakaspalveluiden ostoista (talousarvio). Ympäri vuorokautinen päivystystoiminta on Forssan sairaalassa ulkoistettu, operatiivinen päivystys ja synnytykset lopetettu, lastenosaston toiminta on lopetettu vuonna 2007. Päiväkirurgian osuus toimenpiteistä on 60 % eli suurempi kuin Kanta-Hämeen keskussairaalassa. Sairaansijojen sairaalassa on sisätaudeilla 21+19 ja kirurgiassa 36.

Vuonna 2011 sairaalan perusterveydenhuollon vuodeosasto 21:n tiloissa aloitti toimintansa Vanhustenhuollon ja kuntoutuksen osaamiskeskus. Osaamiskeskuksessa toimivat intensiivikuntoutuksen, kuntouttavan jaksohoidon ja sen sisällä päiväsairaalan, saattohoidon ja hyvinvointiteknologian tiimit hyvin läheisessä yhteistyössä FSTKY:n avosairaalan ja kaupungin Kotiin sairaalasta –tiimin kanssa. Toiminnan muutokset heijastuvat vuodeosastopäivien määriin viime vuosina ja myös avohoitokäynnit ovat lisääntyneet.

Erityisesti Forssan seudulla on pyritty vertikaaliseen integraatioon jalkauttamalla hoitoa perusterveydenhuoltoon. Kanta-Hämeen sairaanhoitopiirin vuoden 2011 toimintakertomuksessa esitetään taulukossa 19 näkyvä arvio maakunnan alueella toimivista erikoislääkäreistä perusterveydenhuollossa. Forssan seudulla erikoislääkäreitä on tämän jälkeen saatu muun muassa ihotauteihin ja kardiologiaan. Taulukon mukaan muilla alueilla erikoislääkäreiden työpanos perusterveydenhuollossa on edelleen vaatimaton ja painottuu konservatiivisiin erikoisaloihin.

Taulukko 19. Erikoissairaanhoidon lääkärit perusterveydenhuollossa Kanta-Hämeessä 2011. Kanta-Hämeen sairaanhoitopiirin toimintakertomus.

	Forssan seutu 35 286 as.	Hämeenlinna 66 829 as.	Riihimäen seutu 45 891 as.	Janakkala 16 892 as.	Hattula 9 657 as.
Geriatrit/neurologit	2	3		ostopalvelua	ostopalvelua
Sisätautilääkärit	3	3	1	1	ostopalvelua toimenpiteissä = rasiusekg:ssä
Psykiatrit	7	2		1	ostopalvelua
Keuhkolääkärit	ostopalvelua	1			
Radiologit	3 vakanssia, hoidetaan yhteistyössä KHSHP:n kanssa	1,5		lausunnot + UÄ ostop.	ostopalvelua lausunnot + UÄ
Korvalääkärit	ostopalveluna			1 + ostopalvelua	
Gastrokirurgi	sairaalassa				ostopalvelua toimenpiteissä endoskopiassa
Ortopedia	sairaalassa				

6.5.3 Erikoissairaanhoidon päivystys ja ensihoito

Hämeenlinnaan muodostettiin erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon yhteispäivystys vuonna 2007 ja kaikki maakunnan ympärivuorokautinen erikoissairaanhoidon päivystys keskitettiin sinne vuonna 2012. Ensivassa hoidetaan yli 45 000 potilasta vuosittain ja siihen käydään tutustumassa maan rajojen ulkopuoleltakin. Ensihoidon, joka on otettu terveydenhuoltolain mukaisesti sairaanhoitopiirin vastuulle ensimmäisenä Suomessa 1.1.2012, kanssa tehdään tiivistä yhteistyötä. Perusterveydenhuollon päivystyksen ulkoistamisesta on siirrytty omien, talossa koulutettujen perusterveydenhuollon päivystävien lääkäreiden varaan kesäkuussa 2012. Toiminnan laatua seurataan tiiviisti samoin kuin hoidon kiireellisyyssluokituksen onnistumista. Päivystyslääketieteen tutkimukseen ja koulutukseen panostetaan. Forssan seudun terveydenhuollon kuntayhtymän (FSTKY) sairaalan päivystys on vuoden 2012 alusta kokonaisuudessaan ulkoistettu ja Riihimäen seudun erikoissairaanhoidon päivystys on siirretty Hämeenlinnaan. Perusterveydenhuollon päivystys toimii RYKS:n tiloissa iltaisin klo 22 saakka.

Ensihoitopalvelujen järjestämisvastuu siirtyi terveydenhuoltolain (1326/2010) mukaan kunnilta sairaanhoitopiireille viimeistään 1.1.2013. Laissa veloitetaan sairaanhoitopiirejä määrittelemään ja tekemään päätöksen ensihoidon palvelutasosta. Kaikki sairaanhoitopiirit ovat määritelleet potilaiden tavoittamisviiveet sekä henkilöstön koulutus- ja osaamisvaatimukset. Kanta-Hämeen ensihoidon palvelutasopäätös sisältää pääosin luokan 1-2 riskialueita (Ari Palomäki, henkilökohtainen tiedonanto). STM on tehnyt kyselyn sairaanhoitopiireille ensihoitopalveluista. Alustavien tietojen mukaan ensihoitopalveluiden kustannukset olisivat maakunnittain seuraavat: Kanta-Häme 30€/asukas, Etelä-Karjala 30€/asukas, Kainuu 58€/asukas, Päijät-Häme 34€/asukas ja Satakunta 26€/asukas (maan keskiarvo 38€/asukas). Arvioitu ensihoidotehtävien määrä maakunnassa on 31 000 (maan ka 40500). Kanta-Hämeen hoitotason ambulanssien määrä on 13 ja perustason 4, näistä kaikki ovat välittömässä lähtövalmiudessa. Muussa kuin välittömässä lähtövalmiudessa ei maakunnassa ole lainkaan yksiköitä. Kiireettömät siirrot toteutetaan osana ensihoidon järjestelmää.

6.5.4 Erikoissairaanhoidon palveluiden käyttö

Somaattisen erikoissairaanhoidon palvelujen käyttöön, kuten kaikkien muidenkin sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen käyttöön, vaikuttaa huomattavasti alueen väestön rakenne sekä sairastavuus.

Taulukko 20. Somaattisen erikoissairaanhoidon indikaattorit 2010. Sotkanet, THL.

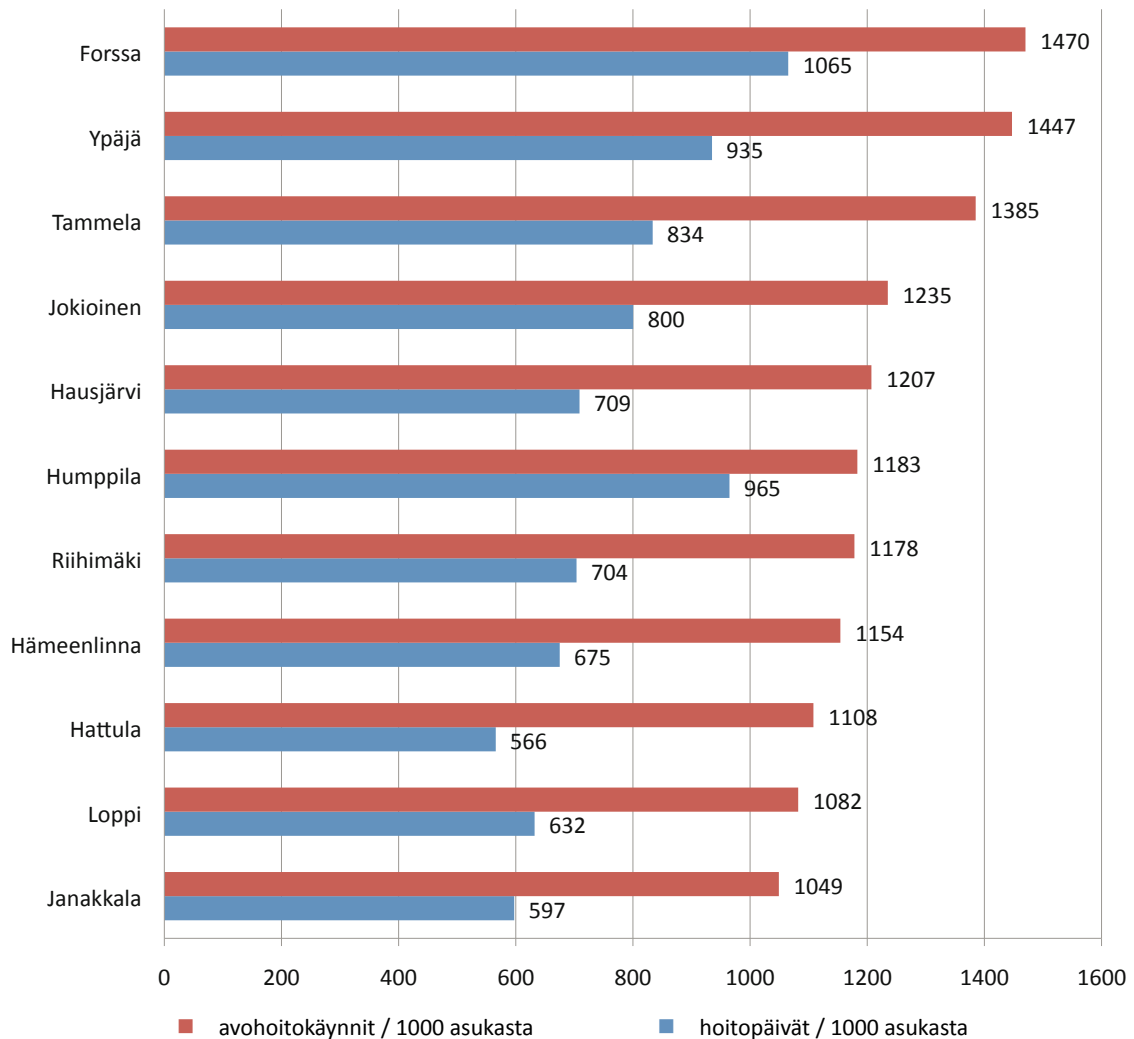
Erikoissairaanhoidon indikaattorit	Etelä-Karjala	Kainuu	Kanta-Häme	Päijät-Häme	Sata-kunta	Koko maa
Somaattisen erikoissairaanhoidon avohoitokäynnit / 1000 asukasta	1265	1265	1162	1081	1284	1158
Somaattisen erikoissairaanhoidon hoitajakset / 1000 asukasta	185,23	202,88	187,2	183,4	212,4	181,84
Somaattisen erikoissairaanhoidon hoitopäivät / 1000 asukasta	818,3	730,3	739	632,2	717,4	661,8
Somaattisen erikoissairaanhoidon potilaat / 1000 asukasta	124,2	134,1	124	126,5	138,7	121,3
Somaattinen erikoissairaanhoito, keskimääräinen hoitoaika	4,4	3,5	4	3,5	3,5	3,6

Erikoissairaanhoidon avohoitokäyntien määrässä näkyy paikallinen hoitokulttuuri ja todennäköisesti myös sairastavuus, joka siis Kanta-Hämeessä on kaikista vertailussa mukana olevista sairaanhoitopiireistä alhaisinta. Kanta-Hämeessä on polikliinisen hoidon osuus Päijät-Hämeen ohella säästeliästä ja koko maan lukemissa. Tämä hoitokäytäntö ei kuitenkaan heijastu perusterveydenhuollon avovastaanottojen käyttöasteeseen mukaan lukien muut ammattiryhmät kuin lääkärit tai vuodeosastojen käyttöön. Erikoissairaanhoidon vuodeosastojen hoitajaksoja on vähemmän kuin muissa sairaanhoitopiireissä ja perusterveydenhuollon hoitopäiviä myös selvästi vähemmän ja alle koko maan tason (ks luku 6.1.3).

Myös kuntakohtaisessa tarkastelussa sairastavuuden ja iän merkitys hoitajaksojen määrässä on selvä: Forssassa oli Kanta-Hämeen kunnista korkein sairastavuusindeksi (taulukko 5), prosenttiosuus iäkkäistä väestöstä Kanta-Hämeen keskiarvoa hieman suurempi (2 % suurempi vuonna 2010) (taulukko 4) se-

kä somaattisen erikoissairaanhoidon palveluiden käyttö suurinta (kuva 29). Forssan seutukunnan alueella somaattisen erikoissairaanhoidon potilaita oli vuosina 2006-2010 muita seutukuntia enemmän 1000 asukasta kohti (liite 10). Yleisesti koko maan tasolla suuntaus on ollut laskeva viime vuosina. Kanta-Hämeessä osassa kunnista suuntaus on ollut tästä poikkeava, esim. Tammela, Ypäjä ja Hausjärvi. Koko maahan verrattuna ainoastaan Hämeenlinnan seutukunnassa, erityisesti Hattulassa ja Janakkalassa, on vähemmän erikoissairaanhoidossa hoidettuja potilaita.

Kuva 29. Somaattisen erikoissairaanhoidon palveluiden käyttö Kanta-Hämeen kunnissa / 1000 asukasta vuonna 2011.



6.5.5 Erikoissairaanhoidon tuottavuus

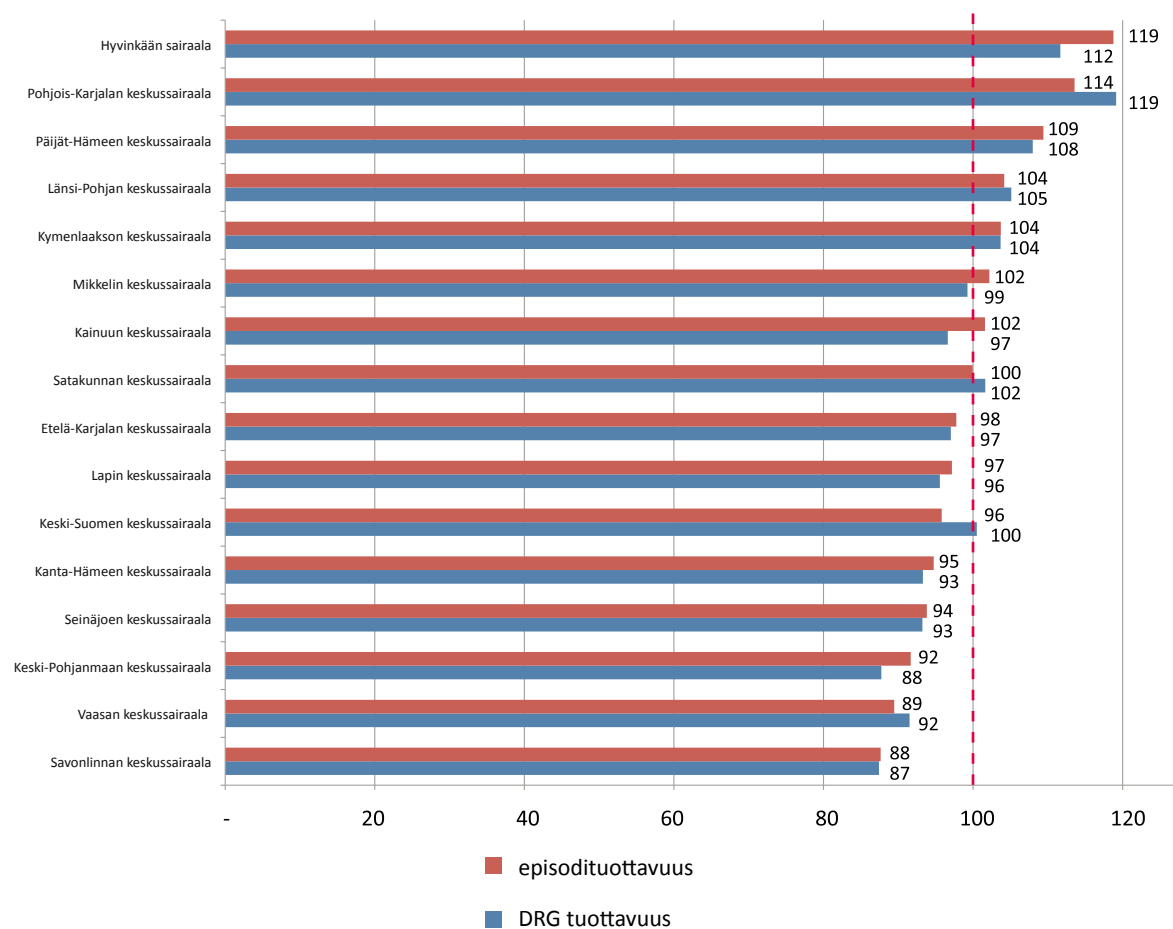
Sairaaloiden tuottavuuden kehitykseen vaikuttavat sekä kustannukset että palvelutuotannon määrä. THL seuraa sairaaloiden palvelutuotannon määrää ja kustannuksia alueellisesti ja erikoisaloittain. Tiedot ovat saatavilla julkaisumuodossa sekä tietokantana (Häkkinen 2013, http://www.thl.fi/fi_FI/web/fi/tilastot/aiheittain/erikoissairaanhoido/sairaaloiden_tuottavuus).

Sairaaloiden tuottavuustietojärjestelmässä tuotosta mitataan kahdella tavalla: Välisuoritteina, joita ovat hoitajaksot (DRG) ja avohoitokäynnit (DRG) sekä loppusuoritteina, joita ovat episodit. Episodi on toiminnan varsinainen lopputuote ja lähellä hoitokokonaisuus-käsitettä. Tuottavuusaineistoissa episodi kattaa potilaan yhden kalenterivuoden aikana tapahtuneen hoidon tietyn terveysongelman vuoksi. Episodia

käytetään mittarina sekä tuottajatarkastelussa että alueellisessa tarkastelussa. Tuotoksia laskettaessa erityyppisten episodien määrät painotetaan (kerrotaan) niille lasketuilla painokertoimilla. Sairaalan tai erikoisalalan kokonaistuotos saadaan laskemalla yhteen painotettujen episodien määrät.

Tuottavuutta on kuvassa 30 tarkasteltu näillä kahdella eri mittausmenetelmällä (välisuoritteet DRG painotettuina ja episodit) ja tulokset ovat samansuuntaisia. Keskussairaaloiden välisessä vertailussa tähän luokkaan kuuluva Hyvinkään sairaala on episodituottavuudeltaan paras (indeksi 119 koko maa = 100) ja Päijät-Hämeen keskussairaala kolmas (109). Etelä-Karjalan (98) ja Kanta-Hämeen (95) keskussairaalat puolestaan sijaitsevat keskimääräisen tuottavuusluvun alapuolella. Forssan sairaala on luokiteltu muiden sairaaloiden luokkaan tuottavuusvertailussa. Sairaala sijoittuu tuottavuusvertailussa kolmanneksi Vammalan ja Valkeakosken aluesairaaloiden jälkeen. Episodituottavuuden tuottavuusluku on Forssassa 110 (koko maa = 100) ja DRG- tuottavuuden luku 109.

Kuva 30. Keskussairaaloiden tuottavuus 2011; sairaalatyyppin keskimääräinen tuottavuusluku=100



Palvelutuotantoa mitataan episodeilla. Aikasarjana arvioiden painotettujen episodien määrä nousi Etelä-Karjalassa 14% ajanjaksolla 2007-2011, Kanta-Hämeen keskussairaalassa 9% ja Päijät-Hämeessä 7%. Forssan sairaalan episodien määrä nousi ajanjaksolla 7% ja tuottavuus 2%.

Kustannukset eli panokset: Sairaalan kokonaiskustannukset ilman psykiatriaa muodostetaan sairaalan toimintakuluista, käyttöomaisuuden poistoista sekä vieraan pääoman kuluista. Toimintakulut koostuvat pääosin henkilöstömenoista, materiaalien ja palvelujen ostoista sekä vuokramenoista. Kustannustietoja on yhdenmukaistettu vertailukelpoisuuden parantamiseksi. Kokonaiskustannuksista vähennetään ne kustannuserät, jotka eivät liity erikoissairaanhoidon toimintoihin tai sairaalan omiin palveluihin välittö-

mästi tai välillisesti tukipalveluina. Kehitysvammahuollon ja perusterveydenhuollon kustannukset on jätetty pois niissä sairaanhoito-/terveydenhuoltopiireissä, jotka vastaavat myös näiden palvelujen tuottamisesta (Häkkinen 2012).

Hoitotoiminnan kokonaiskustannukset nousivat reaalisesti Itä-Savon keskussairaalaan lukuun ottamatta kaikissa muissa keskussairaaloissa vuosina 2007–2011. Kustannukset nousivat eniten Kainuun keskussairaalaan (+21 %). Ajanjaksolla Kanta-Hämeen keskussairaalan reaaliset kustannukset nousivat 7%, Päijät-Hämeessä 9% ja Etelä-Karjalassa 15%. Forssassa kustannukset nousivat samalla jaksolla 5%. Taulukossa 22 on esitetty somaattisen erikoissairaanhoidon ikä- ja sukupuolivakioitu palvelujen käyttö episodeina ja laskennalliset kustannukset sairaanhoitopiiri-, sairaanhoitoalue- tai kuntakohtaisesti. Taulukossa on esitetty myös kustannusten poikkeama maan keskitasosta euromääräisenä. Kustannusten poikkeama on lisäksi jaettu palvelujen käytöstä ja tuottavuudesta johtuvaan poikkeamaan.

Taulukko 21. Somaattisen erikoissairaanhoidon ikä- ja sukupuolivakioidut episodit ja laskennalliset kustannukset asukaasta kohti sekä kustannusten ero maan keskiarvoon alueittain vuonna 2011. Lähde THL, sairaaloiden tuottavuus.

	Vakioidut episodit / as, indeksi koko maa=100	Vakioidut laskennalliset kustannukset/ as, indeksi koko maa=100	Kustannusten poikkeama maan keskiarvoon		
			Kustannusten poikkeama yhteensä € / 10 000 as	Käytöstä johtuva kustannusten poikkeama € / 10 000 as	Tehottomuudesta johtuva kustannusten poikkeama € / 10 000 as
Etelä-Karjalan shp	100	101	52 707	-23 237	75 945
Etelä-Pohjanmaan shp	90	95	-480 795	-941 329	460 534
Etelä-Savon shp	104	102	213 459	433 937	-220 478
Itä-Savon shp	113	127	2 681 524	1 275 257	1 406 266
Kainuun shp	109	110	911 678	896 429	15 249
Kanta-Hämeen shp	100	102	188 797	-21 661	210 459
Keski-Pohjanmaan shp	102	110	928 691	147 002	781 689
Keski-Suomen shp	92	89	-1 029 911	-737 186	-292 724
Kymenlaakson shp	110	102	195 591	942 168	-746 576
Lapin shp	101	103	297 092	138 105	158 987
Länsi-Pohjan shp	117	114	1 333 428	1 563 674	-230 245
Länsi-Uudenmaan sha	104	102	186 903	384 248	-197 344
Pirkanmaan shp	96	106	550 358	-340 386	890 744
Pohjois-Karjalan shp	98	85	-1 402 247	-188 025	-1 214 222
Pohjois-Pohjanmaan shp	108	108	670 473	692 788	-22 315
Pohjois-Savon shp	115	106	597 854	1 419 148	-821 293
Päijät-Hämeen shp	95	88	-1 104 406	-448 342	-656 063
Satakunnan shp	98	100	19 193	-217 063	236 256
Vaasan shp	103	92	-707 704	244 162	-951 867
Varsinais-Suomen shp	106	108	693 562	541 266	152 296

Taulukon 21 mukaan somaattisen erikoissairaanhoidon palvelujen käyttö episodeilla mitattuna oli vuonna 2011 Kanta-Hämeessä ja Etelä-Karjalassa maan keskimääräisellä tasolla (vakioitujen episodien indeksi 100, koko maa = 100). Päijät-Hämeessä käyttö oli 5 % ja Satakunnassa 2 % alle maan keskitason. Vastaa- vat laskennalliset kustannukset olivat Kanta-Hämeessä 2 % ja Etelä-Karjalassa 1 % yli maan keskitason eli palveluita tuotettiin hiukan maan keskiarvotasoa korkeammin kustannuksin. Päijät-Hämeessä laskennal- liset kustannukset olivat 12 % alle maan keskikustannustason johtuen paitsi siis alhaisemmasta palvelujen käytöstä myös palvelujen tuotantokustannusten suhteellisesta edullisuudesta. Satakunnassa laskennalliset kustannukset ovat maan keskitasoa.

Erikoisalakohmainen tarkastelu

Episodituottavuutta arvioidaan myös erikoisalakohmaisesti. Sisätautien episodituottavuuden kehitys oli ajanjaksolla 2007–2011 Kanta-Hämeessä +1%, Etelä-Karjalassa -12% ja Päijät-Hämeessä -12%. Forssan sairaalassa sisätautien episodituottavuus nousi 9%. Kirurgian episodituottavuus nousi Etelä-Karjalassa ja Kanta-Hämeessä 12%, kun Päijät-Hämeessä tuottavuus laski 7%. Forssan sairaalan kirurgian tuottavuus- kehitys oli omassa sarjassaan paras, nousua 10%.

Sisätautien tuotantokustannuksissa Etelä-Karjalan väestö käyttää palveluita 12 % alle maan keskitason ja palveluiden tuotanto on maan keskitasoa kustannuksiltaan. Kanta-Hämeessä käyttö on maan keskitasoa episodeiltaan, mutta palvelutuotanto on suhteellisen tehotonta ja johtaa kohonneisiin kustannuksiin (va- kioidut laskennalliset kustannukset asukasta kohden 9 % yli maan keskiarvon). Päijät-Hämeessä väestö käyttää sisätautien palveluita 15 % alle maan keskitason ja tuotantokustannukset heijastavat palvelutuot- tannon suhteellista tehokkuutta.

Vastaavasti kirurgiassa Etelä-Karjalassa (4 %), Kanta-Hämeessä (7 %) ja Päijät-Hämeessä (2 %) käytetään palveluita maan keskitasoa enemmän. Etelä-Karjalassa havaittiin palvelutuotannon tehottomuudesta aiheutuvaa kustannusten nousua, kun taas Kanta-Hämeessä tehottomuudesta ei aiheutunut merkittävää kustannustason nousua. Päijät-Hämeessä palvelutuotanto kirurgian alalla oli vuonna 2011 näin mitattuna maan kolmanneksi edullisinta Pohjois-Karjalan ja Pohjois-Savon sairaanhoitopiirien jälkeen.

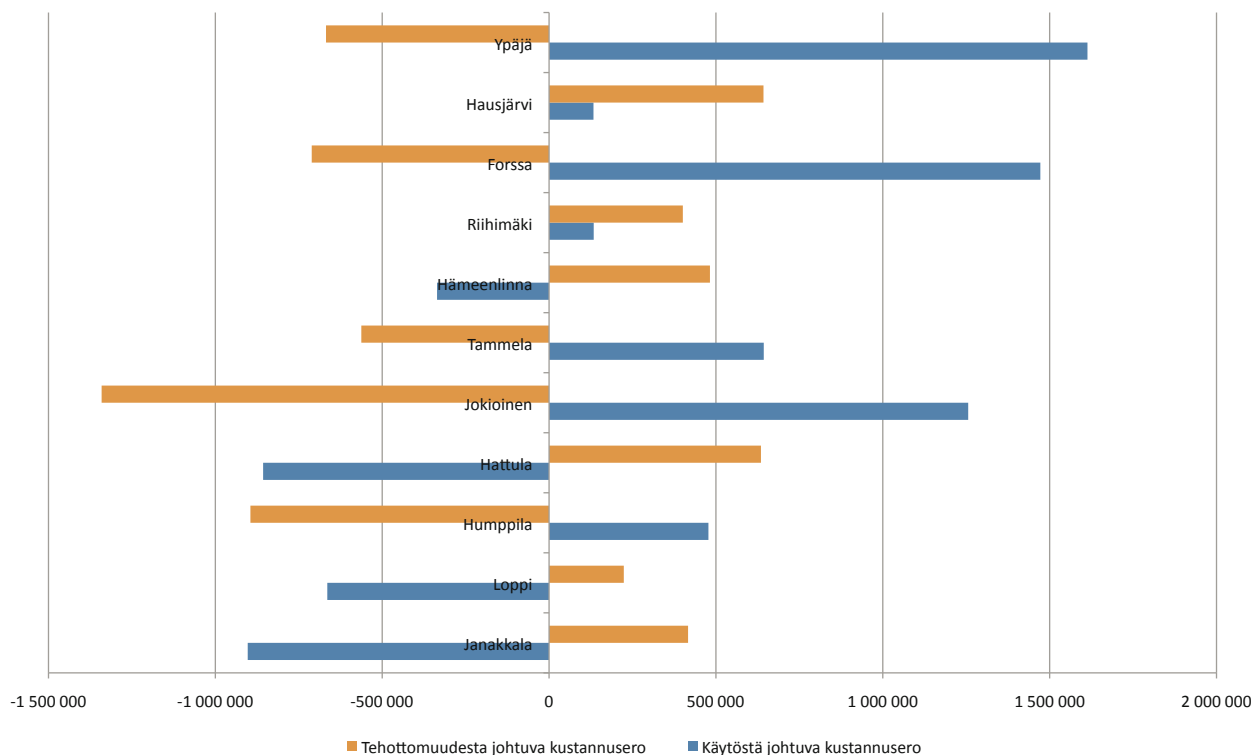
Naistentautien ja synnytyspalveluja käytettiin vuonna 2011 Etelä-Karjalassa 6 % ja Kanta-Hämeessä 12 % enemmän palveluita maan keskitasoon nähden ja Päijät-Hämeessä 3 % alle maan keskitason. Palvelui- den tuotantokustannukset olivat Kanta-Hämeessä vertailualueista edullisimmat. Lastentautien palvelui- den käyttö oli runsainta Etelä-Karjalassa (+17 %) ja alle maan keskitason sekä Kanta-Hämeessä (-19 %) ja Päijät-Hämeessä (-16 %). Palveluiden tuotantokustannusten vertailussa Etelä-Karjalan tuotantokustan- nukset olivat alhaisimmat vertailusairaanhoitopiireistä.

Kuntakohtainen tarkastelu

Kanta-Hämeen kuntien somaattisen erikoissairaanhoidon menojen edullisuuteen tai 'kalleuteen' on vuon- na 2011 vaikuttanut pääosin kuntalaisten palvelujen käyttö, ei niinkään käytettyjen sairaaloiden toimin- nan tehokkuus tai tehottomuus (kuva 31).

Janakkalan, Lopen, Humppilan ja Hattulan erikoissairaanhoidon menot olivat koko maan kuntien kes- kitason alapuolella, mikä johtui pääosin näiden kuntien asukkaiden keskimääräistä vähäisemmästä eri- koissairaanhoidon palvelujen käytöstä (pl. Humppila, jonka edulliset kustannukset johtuivat kuntalaisten käyttämien sairaaloiden tehokkuudesta). Ypäjän ja Forssan keskimääräistä korkeammat erikoissairaanhoidon menot johtuivat asukkaiden runsaasta erikoissairaanhoidon käytöstä, kuntalaisten käyttämien sai- raaloiden tehokkuus kompensoi kuluista runsaat 40 %. Riihimäen ja Hämeenlinnan keskitasoa hieman korkeammat erikoissairaanhoidon kustannukset johtuivat näiden kuntien asukkaiden käyttämien sairaaloiden keskitasoa huonommasta tuottavuudesta eli tehottomuudesta.

Kuva 31. Kanta-Hämeen kuntien erikoissairaanhoidon kustannusten poikkeama koko maan keskiarvosta, ositettuna palvelujen käytöstä ja käytettyjen sairaaloiden tehottomuudesta / tehokkuudesta johtuviin kustannuksiin vuonna 2011. Lähde: THL, sairaaloiden tuottavuus.



Potilasmateriaali

Sairaaloiden toiminnan sisältöä ja vaikeusastetta voidaan kuvata erilaisilla tunnusluvuilla, kuten laitos- ja avohoitajaksojen lukumäärällä sekä ajanvarauskäynneillä ja päivystyskäynneillä. Sairaaloiden hoitama potilasmateriaali vaihtelee vaikeusasteeltaan ja keskinäistä vertailtavuutta esimerkiksi kustannusten tai hoitajaksojen suhteen voidaan parantaa painottamalla case-mixindekseillä, joka kuvaa potilasmateriaalin vaikeusastetta (Taulukko 22).

Taulukko 22. Vertailumaakuntien keskussairaaloiden potilasmateriaalin vaikeusaste eli casemix-indeksi arvoina vuosina 2007-2011 (THL, sairaaloiden tuottavuus tietokanta).

Keskussairaala	2007	2008	2009	2010	2011
Etelä-Karjalan ks	0,88	0,87	0,85	0,89	0,91
Kainuun ks	0,83	0,81	0,81	0,83	0,86
Kanta-Hämeen ks	0,87	0,90	0,92	0,93	0,93
Päijät-Hämeen ks	1,01	0,93	0,97	0,99	0,98
Satakunnan ks	0,90	0,89	0,87	0,87	0,85

Keskussairaaloiden hoitamien potilaiden vaikeusaste oli vuonna 2011 korkein Päijät-Hämeessä ja alhaisin Satakunnassa. Forssan sairaalassa casemix-indeksi oli 0,82 vuonna 2011 ja 0,94 vuonna 2007. Muutoksen taustalla on onnistunut panostus avohoitopainotteiseen toimintaan sekä päiväkirurgiaan.

6.6 Tukipalvelut

6.6.1 Sairaanhoidolliset tukipalvelut

Sairaanhoidollisista tukipalveluista arvioitiin laboratoriodien näytteenottoa ja analytiikkaa sekä radiologisia tutkimuksia alueella. Kanta-Hämeen sairaanhoitopiirin kuntien terveystalveluiden järjestämissuunnitelmassa (2012) käsitellään kattavasti myös muiden tukipalveluiden asemaa.

Vuonna 2011 päätetyssä ja 1.4.2012 tapahtuneessa yhdistymisessä Kanta-Hämeen sairaanhoitopiiri myi laboratoriotuimintonsa Fimlab Laboratoriot Oy:lle. Fimlab Laboratoriot Oy:n omistavat Pirkanmaan sairaanhoitopiirin kuntayhtymä ja Kanta-Hämeen sairaanhoitopiirin kuntayhtymä (15 % osuus). Fimlab Laboratoriot Oy tuottaa laboratoriotuimintuuta (lukuun ottamatta patologiaa) sekä laboratoriotuimintuuta ja tutkimusta Pirkanmaan ja Kanta-Hämeen sairaanhoitopiirien julkiselle terveydenhuollolle. Fimlabilla on Kanta-Hämeen alueella kymmenen toimipistettä. FSTKY:lla on oma laboratorioanalytiikka. Kansallisesti on linjattu, että näytteenoton tulisi säilyä lähipalveluna. Taulukossa 23 kuvataan kuntakohtaiset laboratorionäytteenottomahdollisuudet. FSTKY:n alueella kaikki kuvantamistutkimukset on keskitetty Forssan sairaalaan ja valikoima sisältää mm, magneettikuvaukset.

Kanta-Hämeen sairaanhoitopiirin röntgenosasto tarjoaa diagnostisen kuvantamisen palveluita Hämeenlinnan ja Riihimäen yksiköiden poliklinikoiden ja osastojen asiakkaille sekä erillisin sopimuksin Forssan sairaalalle, alueen terveyskeskuksille ja muille laitoksille. Keskussairaalan Riihimäen yksikön röntgenosasto tarjoaa diagnostisen kuvantamisen palveluja keskussairaalan Riihimäen ja Hämeenlinnan yksiköiden potilaille, Riihimäen, Janakkalan, Lopen, Oitin ja Ryttylän terveysasemien asiakkaille, Hämeenlinnan terveysaseman muistipoliklinikan asiakkaille, Forssan sairaalan potilaille sekä Riihimäen varuskunnalle.

Hämeenlinnan terveystalvelut liikelaitoksen pääterveysasemalla sekä Lammin terveysasemalla tehdään luuston ja keuhkojen röntgentutkimuksia sekä ultraäänitutkimuksia. Janakkalassa Turengin terveysasemalla röntgenlääkäri on paikalla päivän viikossa; palvelun tuottaa yhteistoiminta-alue. Hämeenlinnan seutukunnalla Hattula ostaa kuvantamispalvelut Hämeenlinnan terveystalvelut liikelaitokselta Viipurintien terveysasemalta. Riihimäen seutukunnalla kuvantamistutkimuksia saadaan Riihimäen pääterveysasemalla ja KHKS Riihimäen yksikössä ostopalveluna sairaanhoitopiiriltä. Radiologien saatavuus on kuitenkin ollut ongelmaalista ja vajeita on jouduttu paikkaamaan ostopalveluilla. FSTKY:n alueella lääkehuolto on keskitetty kuntayhtymän Lääkekeskukselle. Kanta-Hämeen sairaanhoitopiiri tuottaa lääkehuollon muille seutukunnille.

Taulukko 23. Sairaanhoidolliset tukipalvelut, näytteenotto kunnissa 31.1.2013

Kunta	Laboratorionäytteenotto toimipisteet	Laboratorio-näytteenotto tuntia/viikko
Forssa	2	40
Humppila	1	3
Jokioinen	1	5,5
Tammela	1	4
Ypäjä	1	4
Hattula	1	12,5
Hämeenlinna	6	133
Janakkala	2	28-30
Hausjärvi	2	22
Loppi	1	20
Riihimäki	1	36,5

Alueellinen apuvälinekeskus -liikelaitos vastaa sekä erikoissairaanhoidon että perusterveydenhuollon lääkinnällisen kuntoutuksen apuvälinepalvelun toteuttamisesta, lukuun ottamatta kuulovammaisten apuvälinepalvelua. Kuulovammaisten apuvälinepalvelu on keskitetty keskussairaalan korvatautien poliklinikalle. Forssan seutukunnalla apuvälinejakelu on keskitetty sairaalan yhteyteen fysioterapiayksikköön. Muiden kuntien apuvälinelainaamoita on myös terveysasemilla.

Kuntoutus

FSTKY on perustanut 25 paikkaisen osaamiskeskuksen kuntoutustoimintaa varten sairaalan yhteyteen ja seutukunnan kuntoutus on keskitetty pääosin sinne. Humppilan ja Jokioisten palvelukeskuksissa on omat fysioterapeutit. Hattulan koti- ja asumispalveluissa toimii yksi fysioterapeutti. Janakkalan 144 laitospaikasta on 20 kuntoutus- tai intervallipaikkoja ja Kiipulan kuntoutuskeskus tuottaa myös avokuntoutuspalveluita. Hämeenlinnan Vanajaveden sairaalassa on osasto 2 varattu aivohalvaus- ja lonkkamurtumapotilaiden kuntoutukseen. Hausjärven kunta tuottaa Koivumäen asumispalveluissa 3 intervallipaikkaa kuntoutusta varten. Riihimäen terveyskeskuksen kuntoutusosastolla on seutukunnan potilaille 20 kuntoutuspaikkaa. Riihikodissa on kaupunkilaisille oma 18-paikkainen kuntoutusyksikkö.

6.6.2 Muut tukipalvelut

Muiden tukipalveluiden kuin sairaanhoidollisten palvelujen osalta järjestämissuunnitelma antaa suuntaviivoja toimintojen selvittelyyn ja mahdollisiin keskittämissuunnitelmiin seudullisesti ja erä-alueella. Näitä palveluita ovat erilaiset huollon ja hallinnon tehtävät, hankintatoimi, sekä varastointi. Fyysisiä varastoja on Hämeenlinnan seudulla kolme, Forssan seudulla yksi (siellä seudullinen varastointi) ja Riihimäen seudulla kolme. Kuljetusten osalta useampi organisaatio on katsonut järjestämissuunnitelman mukaan olevan tarvetta lisätä yhteistyötä ja yhteistä koordinoitua.

Koko sairaanhoitopiirissä on käytössä yhteinen digitaalinen kuvantamistoiminnan toiminnanohjausjärjestelmä (RIS) ja arkistointijärjestelmä (PACS). Järjestelmään on liitetty sairaanhoitopiirin lisäksi alueen terveyskeskukset. Potilastietojärjestelmänä keskussairaala sekä kaikki alueen terveyskeskukset käyttävät yhteistä alue-Effica järjestelmää. Sairanhoitopiiri toimii rekisterinpitäjänä ja potilaan tietoja voidaan lähettää hoitoyksikköjen välillä, kun potilasta on informoitu asiasta.

Kotihoidon osalta mukana tietojärjestelmässä ovat myös Hämeenlinnan seudun kolme kuntaa ja Riihimäen seudun kunnat.

6.7 Mielenterveys ja päihdepalvelut

THL on selvittänyt Kanta-Hämeen maakunnan mielenterveyspalvelut kattavasti vuonna 2009.. Kanta-Hämeeseen perustettiin tuolloin alueellinen työryhmä, joka mielenterveys- ja päihdepalveluiden suunnittelua varten. Tavoitteena oli, että psykiatrisia avopalveluja painotetaan.

FSTKY tuottaa keskitetysti päihdepalvelut Forssan A-klinikalla ja psykiatrista hoitoa on saatavilla psykiatrian poliklinikan akuuttiryhmästä, joka toimii osana psykiatrista erikoissairaanhoidoa. Päihdepalvelut tuotetaan Riihimäen alueella seutukunnallisesti ostopalveluina A-klinikoilta. Riihimäen kaupunki tuottaa myös nuorten päihdepalveluita. Mielenterveyspalvelut on järjestetty väestövastuisesti ja kullakin alueella toimii psykiatrisen sairaanhoitaja.

Hämeenlinnan A-klinikkatoimeen (säätöperusteinen) on keskitetty seutukunnan päihdepalvelut ostopalveluina kumppanuussopimuksella. Hämeenlinnan kaupungilla on Ankkuri-toimintaa ja kaikilla terveysasemilla toimii psykiatrinen sairaanhoitaja.

7 KEHITTÄMISKOHTEET

Kanta-Hämeen maakunnassa on merkittävä pirstoutumisen riski – Forssan seutukunta suuntautuu länteen ja suunnittelee yhteistoimintaa Loimaan ja/tai Someron kanssa. Riihimäen seutu sekä Janakala katsovat vuorostaan etelään Hyvinkään suuntaan. Hattula ei myöskään ole halukas kuntaliitoksiin Hämeenlinnan kanssa. Kuntauudistus tulee muovaamaan Hämeenlinnan asemaa maakunnan keskuskaupunkina, mutta vaarana on keskussairaalan toimintojen alasajo järjestävän ja rahoittavan väestöpohjan kapeutuessa. Väestöpohja nykyisestä supistuessaan ei tule riittämään ainakaan erikoissairaanhoidon kattavan ympärivuorokautisen päivystyksen ylläpitoon. Vaatimustasona väestöpohjalle on kansainvälisten suositusten mukaan jopa 300 000-400 000 asukasta. Kuntien tulisikin päättää, ovatko ne valmiita hakemaan erikoissairaanhoidon kattavat palvelut muista yksiköistä ja miten ensihoidon palvelut alueella turvataan. Samalla on punnittava TAYS erityisvastuualueen tuleva rooli maan pienimpänä erityisvastuualueena.

Sairaanhoitopiirin tulisi myös miettiä, onko ajankohta otollinen erikoissairaanhoidon painopisteiden terävöittämiselle ja strategiselle kumppanuudelle jonkin toisen tai useamman erityisvastuualueen sairaalan kanssa. Rungas ostopalveluiden sekä lääkäri työvoiman sijaisten käyttö ei ole pidemmän päälle kestävä. Lisäksi sairaanhoitopiirin tulisi pyrkiä aktiivisemmin perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon rajojen madaltamiseen asiakkaan näkökulmasta. Tällä hetkellä toiminta on varsin sidottu keskussairaalan ja Riihimäen yksiköihin eikä ns jalkautuvia malleja tai uusia konsultatiomalleja tiettävästi ole. Sairaanhoitopiirin kuntayhtymän jäsenkuntien tulisi ymmärtää kertyvän alijäämän ongelma.

Forssan malli on monilta osin esimerkillinen ja syventyyä vertikaalista ja horisontaalista integraatiota voi käyttää mallina muuallakin kuin Kanta-Hämeessä. Leikkaustoiminnan jatkaminen useassa toimipisteessä maakunnassa luo kuitenkin kilpavarustelun sairaanhoitopiirin alueella ja on aiheellista kysyä tarvitaanko Forssan sairaalassa lainkaan leikkaustoimintaa.

Perusterveydenhuollon palveluissa on tapahtunut paljon keskittämistä, mutta edelleen tulisi miettiä Hausjärven Ryttylän toimipisteen ja yksittäisten neuvolatoimipisteiden tarpeellisuutta väestölle. Tehävien hallittua siirtoa sairaanhoitajille tulisi arvioida samoin kuin suuhygienistien osuutta suun terveydenhuollon toiminnoissa.

Neljässä kunnassa havaitut kotihoidon palvelun rajoitteet (toimintaa ei ole 24/7) eivät vastaa nyky-suosituksia samoin kuin se, että kotipalvelun ja sairaanhoidon palvelut ovat edelleen erillisessä organisaatiossa. Kansalliseen tavoitteeseen (13–14 % 75 –vuotta täyttäneistä saa säännöllistä kotihoitoa) ylsivät vuonna 2011 vain noin puolet Kanta-Hämeen kunnista. Järjestämällä palvelut yhden kunnan perusturvaa laajemmalla väestöpohjalla voitaisiin palvelutuotantoa tehostaa ja kohdentaa niukkoja resursseja tarkoituksenmukaisemmin.

Myös hoivapaikkojen käyttöä ja erikoistumista tulisi maakunnassa suunnitelmallisesti edistää. Hoivapaikkojen määrä ja laatu kunnissa on kirjavaa ja alustavan tarkastelun mukaan myös hoitajaresurssointi on niukka huomioiden tuleva vanhuspalvelulaki. Kaikista kunnista ei saatut tietoa dementia-paikoista tai muista kohdennetuista hoiva/kuntoutuspaikoista. FSTKY on panostanut päiväsairaalaan ja kuntoutustoimintaan ja seudulla on myös oma geriatri. Ikäihmisten määrän kasvua ajatellen näitä palveluita tulisi määrätietoisesti lisätä koko maakunnan alueella.

Tukipalvelujen keskittäminen on käynnistynyt maakunnassa ja työtä tulisikin määrätietoisesti jatkaa.

Tämä selvitys rajattiin koskemaan ainoastaan terveydenhuoltopalveluita ja niihin läheisesti liittyviä sosiaalipalveluita eli käytännössä ikäihmisten palveluita. Kuntahaastatteluissa kävi kuitenkin ilmi, että lasten ja nuorten hyvinvointi huolettaa sekä kuntapäätäjii että työntekijöitä. Tähän selvitykseen ei ole avattu kattavasti neuvola-, koulu- ja opiskelijaterveydenhuollon saatavuutta ja henkilöstön riittävyyttä kunnissa. Asiaa koskeva aineisto on kerättyä ja selvitystä voidaan jatkossa täydentää tältä osin.

8 TERVEYDENHUOLLON JÄRJESTÄMISMALLIT

8.1 Sote-uudistuksen kansalliset linjaukset

Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakennemuutoksen tavoitetta määrittävät keskeisimmät linjaukset ovat

- Pääministeri Kataisen hallitusohjelma 22.6.2011
- Sosiaali- ja terveystieteiden ministerityöryhmän (sotepol) linjaus 15.11.2012 kuntarakennelakiuudistuksen lausuntopyynnön yhteydessä
- Selvityshenkilöiden toimeksianto 23.11.2012 ja sotepolin täydentävät linjaukset 13.12.2012
- Palvelurakennetyöryhmän loppuraportti 11.1.2013
- Selvityshenkilöiden raportti 19.3.2013
- Hallituksen kehysriihen linjaukset 21.3.2013
- Sote-järjestämislain valmisteluryhmän asettamispäätös 4.4.2013
- Koordinaatioryhmän (ns. Orpon työryhmä) linjaus kuntauudistuksen sekä sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakennemuutoksen yhteensovittamiseksi sekä sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämislain keskeisiksi periaatteiksi 8.5.2013

Yhteenvedon voidaan todeta, että sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakennemuutoksen peruslähtökohta noudattaa aiempia hallituksen linjauksia ja että uudistuksen tavoitteena on vahvoihin kuntiin perustuva, pääsääntöisesti kaksitasoinen integroitu sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakenne, jossa uuden laajan perustason tehtävien järjestämis- ja rahoitusvastuu on kunnilla. Sosiaali- ja terveydenhuollon palveluiden uudistusta viedään hallituksen linjausten perusteella eteenpäin yhdessä kuntauudistuksen kanssa. Palvelut tullaan järjestämään kuntapohjaisesti ja ns. laajan perustason sosiaali- ja terveystieteiden palvelut järjestetään pääsääntöisesti vastuukuntamallilla.

Seuraavassa kuvataan lyhyesti tämän selvitystyön kannalta keskeiset etapit Kanta-Hämeen sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämismallien hahmottelusta. Ensimmäisen esitetään yhteenveto Kanta-Hämeen kuntien vastauksista sosiaali- ja terveysministeriön selvityshenkilötyöryhmän kysymyksiin kuntien kannalta suotavimmista järjestämisvaihtoehdoista. Tämän jälkeen kuvataan lyhyesti tämän selvitystyön ohjausryhmän hahmottelemat järjestämisvaihtoehdot. Luvun lopuksi kuvataan pääministeri Kataisen nimittämän koordinaatioryhmän linjaukset ja niiden merkitys Kanta-Hämeen sosiaali- ja terveystieteiden palveluiden järjestämisen kannalta.

8.2 Kanta-Hämeen kuntien palaute STM:n selvityshenkilötyöryhmän esitykseen

STM:n selvityshenkilötyöryhmän lähetti Kanta-Hämeen sairaanhoitopiirin alueen kuntajohtajille 23.1.2013 lausuntopyynnön koskien sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä tulevaisuutta. Tällöin 24 on koottu kuntien vastaukset kysymykseen miten kunta aikoo tulevaisuudessa toteuttaa sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisen kuulemistilaisuudessa esitettyjen linjausten mukaisesti.

Forssan seutukunnan kunnat linjasivat ykkösvaihtoehdoksi mallin Forssan seudun kuntayhtymästä (joko terveydenhuollon ky tai hyvinvointi ky). Forssan seudun hyvinvointikuntayhtymän on tarkoitus järjestää kaupungin ja kuntien sosiaali- ja terveydenhuolto lastenpäivähoitoa lukuun ottamatta viimeistään vuonna 2015. Toiseksi vaihtoehdoksi linjattiin Forssan seudun yhteistoiminnan laajentaminen Varsinais-Suomen suuntaan. Mahdolliset yhteistyökumppanit tulevaisuudessa olisivat Loimaan seutu ja Someron kaupunki. Keskussairaala nähdään kolmen sote-alueen yhteisesti omistamana sairaalana joko kuntayhtymänä, liikelaitoksena tai osakeyhtiönä. Keskussairaala voi olla myös osa keskuskunnan organisaatiota ja toimii puhtaasti palvelujen tuottajana. Myös tilaaja-tuottajamalli nähtiin vaihtoehtona.

Hämeenlinnan seudun kunnat painottivat linjauksissaan hieman eri näkökohtia. Hämeenlinnan väestöpohja riittää perustason sosiaali- ja terveystalouden järjestämiseen. Hämeenlinna linjasi luontevimmaksi palveluiden rahoitus- ja järjestämismalliksi seutukunnan (Hämeenlinna, Hattula ja Janakkala). Janakkala ainoana toivoi maakunnallista ratkaisua järjestämismalliksi, mutta esitti lisäksi neljä vaihtoehtoa joista yksi myös Riihimäen suuntaan. Hattula toivoi valtiollista otetta erikoissairaanhoidon hallinnointiin ja rahoitukseen. Sairaaloiden tulisi organisoitua yliopistosairaaloiden yhteyteen siten, että niiden kunkin rooli ja erikoistuminen määriteltäisiin tarkoituksenmukaisella tavalla. Sairaaloiden tehtävä on antaa sitä erikoissairaanhoidon, jota ei voida tuottaa peruspalveluiden yhteydessä. Keskussairaala nähtiin Hämeenlinnan seudulla joko kolmen sote-alueen yhteisenä kuntayhtymänä tai järjestämistalouden olevien seutujen palvelutuotanto-organisaationa.

Riihimäen seudun kuntien mukaan alueella toteutettaisiin Riihimäen seutukunnallinen malli ja vaihtoehtoisesti vahvaan peruskuntaan perustuva malli. Tarpeellisena pidettiin vielä selvittää suuntautumista Hyvinkään suuntaan. Keskussairaala olisi kolmen sote-alueen yhteinen palvelutuotanto-organisaatio ja siis puhtaasti palvelutuottaja.

Taulukko 24. Kuntien näkemykset sosiaali- ja terveysthuollon järjestämisestä tulevaisuudessa

Lähde: kuntien antamat lausunnot STM:n selvityshenkilöryhmälle

Kunta	Malli 1	Malli 2	Malli 3	Keskussairaala
Forssa	Forssan seudun hyvinvointikuntayhtymä (ts kolmen sote-alueen malli)	Forssan seudun hyvinvointikuntayhtymä, Somero ja Loimaa mukana, siirtyminen Varsinais-Suomeen?		Kuntayhtymäpohjainen erikoissairaanhoidon palveluja sote-alueille tuottava sairaala
Hattula	Yhteistoiminta-alue Janakkalan kanssa			Sairaalat organisoitava yo-sairaaloiden yhteyteen (rooli ja erikoistuminen määriteltävä)
Hausjärvi	Riihimäen seutukunnallinen malli (3 sote-alueen malli)	Koko maakunnan kattava sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistoiminta-alue		Kolmen seutukunnan yhteistoiminta-alueet yhdessä hallinnoivat keskussairaala, Oy tai liikelaitoskuntayhtymä. RYKS Riihimäen sotelle.
Humpkala	Forssan seudun hyvinvointikuntayhtymä			Osa jonkin kunnan tai sote-alueen organisaatiota tai useamman sotealueen kuntayhtymä. Palveluntuottaja, mahdollisesti osa erva
Hämeenlinna	Seutukunta-pohjainen malli (Hämeenlinna, Hattula, Janakkala)	Hämeenlinnan kaupunki		Aluesairaalat osaksi seudun peruspalveluita rahoitus- ja järjestämisvastuussa olevat seudut määrittelevät keskussairaalan palvelutuotannon sisällön, järjestämistavan sekä hallinnointi- ja organisaatiomallin, erva koordinoi
Janakkala	Maakunnallinen malli	Kolmen sote-alueen malli ky muutoisena, suunta joko 1) Riihimäki tai 2) Hämeenlinna	Janakkala-Hattula yhteistoiminta-alue	Kolmen sote-alueen yhteinen ky (ei keskuskaupungin). Aluesairaaloiden hallintorakenteet tulisi integroida osaksi sote-alueita.
Jokioinen	Forssan seudun hyvinvointikuntayhtymä (ts kolmen sote-alueen malli)	Forssan seudun hyvinvointikuntayhtymä, Somero ja Loimaa mukana, siirtyminen Varsinais-Suomeen?		Keskussairaala sijaintikunnan liikelaitokseksi. Sote-alueet ostavat palvelut em. sairaaloilta. Aluesairaalat jäävät nykyisten ylläpitäjiensä hoidettavaksi
Loppi	Seutukunnallinen (Hausjärvi, Loppi ja Riihimäki) sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymä. yta	Selvitettävä myös Hyvinkää, Riihimäki, Loppi ja Hausjärvi		Kolmen sote-alueen yhteinen kuntayhtymä - tai Oy tuotanto-organisaatio, tilaaja-tuottajamalli, koordinaatiotehtävät sotealueelle
Riihimäki	Vahva peruskunta	Riihimäen, Lopen ja Hausjärven sote-alue vastuukuntamallilla		3 sote-alueen yhteinen palvelutuotanto-organisaatio
Tammela	Forssan seudun kuntayhtymä (joko terveydenhuollon ky tai hyvinvointiky)			Kolmen sote-alueen yhteinen kuntayhtymä - tai Oy tuotanto-organisaatio, tilaaja-tuottajamalli
Ypäjä	Forssan seudun hyvinvointikuntayhtymä (ts kolmen sote-alueen malli)	Forssan seudun hyvinvointikuntayhtymä, Somero ja Loimaa mukana, siirtyminen Varsinais-Suomeen?		Kolmen sote-alueen pohjalta yhteinen kuntayhtymä tai Oy

8.3 Kanta-Hämeen -Hämeen maakunnallisessa terveydenhuoltoselvityksessä kehitetyt järjestämismallivaihtoehdot

Seuraavassa kuvataan lyhyesti ohjausryhmän yksityiskohtaisemmin tarkastelemat kolme vaihtoehtoa Kanta-Hämeen sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämiseksi tulevaisuudessa. Järjestämismallit on kuvattu yksityiskohtaisesti liitteissä 4, 5a ja 5b. Kanta-Hämeen kuntien edustajien laatima riskianalyysi tarkastelluista malleista on esitetty liitteessä 12.

Tarkastellut vaihtoehdot ovat:

- (A) Tuotannollisesti hajautettu maakunnallinen sote-alue
- (B) Kolmen sote-alueen ja keskussairaalan maakunta
- (C) Maakunnallinen sote-alue

8.3.1 Tuotannollisesti hajautettu maakunnallinen sote-alue – vaihtoehto A

Tässä mallissa Kanta-Hämeessä on koko maakunnan kattava sote-alue, joka muodostuu kolmesta perusterveydenhuollon ja sosiaalihuollon palveluja tuottavasta seudullisesta peruspalvelujen tuotantoalueesta ja erikoissairaanhoidon tuottavasta keskussairaala-

Järjestämisvastuu kaikista maakunnan sosiaali- ja terveystalvuluista on yhdellä taholla, maakunnallisella sote-alueella. Palvelujen tuotantovastuu perustason palveluista on kolmella tuotantoalueella (Forssan seutu, Hämeenlinnan seutu, Riihimäen seutu) ja erikoissairaanhoidon palveluista keskussairaalaalla (nykyinen Kanta-Hämeen keskussairaala). Tämän mallin mukaisen järjestäjän väestöpohja oli vuonna 2011 runsaat 175 000 asukasta ja väestöennusteen mukaan sote-alueen väestö on vuonna 2030 noin 194 000 asukasta.

Palvelujen rahoitusvastuu on kunnilla. Kunnat maksavat sote-alueelle palvelujen järjestämisestä vuosittain tarveperusteisen kapitaatiomaksun. Sote-alueen päättävät elimet päättävät alueen voimavarojen kohdentamisesta erikoissairaanhoidon ja perustason sote-palvelujen järjestämiseen.

8.3.2 Kolmen sote-alueen ja keskussairaalan maakunta – vaihtoehto B

Kanta-Hämeessä on kolme kuntien muodostamaa perustason sote-alueita, jotka rakentuvat seutukunnittain tai muulla periaatteella. Nykyinen Kanta-Hämeen keskussairaala toimii erikoissairaanhoidon palvelujen tuottajana ja siitä muodostetaan sote-alueiden omistama liikelaitoskuntayhtymä tai osakeyhtiö.

Järjestämisvastuu maakunnan sosiaali- ja terveydenhuollon palveluista (ml. erikoissairaanhoidon) on kolmella seudullisella sote-alueella. Kaikkien sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen rahoitusvastuu on kunnilla. Erikoissairaanhoidon palvelujen tuotantovastuu on sote-alueiden omistamalla keskussairaalaalla. Sote-alueilla voi olla jossain määrin myös omaa erikoissairaanhoidon palvelutuotantoa. Tämän mallin mukaisten sote-alueiden väestöpohja vaihteli vuonna 2011 noin 35 000 asukkaasta 93 000 asukkaaseen. Väestöennusteen mukaan vuonna 2030 sote-alueiden väestöpohja vaihtelisi 35 000 asukkaasta 106 000 asukkaaseen.

Palvelujen rahoitusvastuu on kunnilla. Kunnat maksavat sote-alueelle palvelujen järjestämisestä vuosittain tarveperusteisen kapitaatiomaksun.

8.3.3 Maakunnallinen sote-alue – vaihtoehto C

Tässä vaihtoehdossa Kanta-Hämeessä on koko maakunnan kattava sote-alue, joka järjestää sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut maakunnan asukkaille.

Järjestämisvastuu kaikista maakunnan sosiaali- ja terveyspalveluista on yhdellä taholla, maakunnallisella sote-alueella. Tämän mallin mukaisen palvelujen järjestäjän väestöpohja oli vuonna 2011 runsaat 175 000 asukasta ja väestöennusteen mukaan vuonna 2030 noin 194 000 asukasta.

Palvelujen rahoitusvastuu on kunnilla. Kunnat maksavat sote-alueelle palvelujen järjestämisestä vuosittain tarveperusteisen kapitaatiomaksun.

8.4 Koordinaatioryhmän (ns. Orpon työryhmä) linjaus kuntauudistuksen sekä sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakennemuutoksen yhteensovittamiseksi esitykseen

Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakennemuutoksen jatkovalmistelun perusteina ovat pääministeri Kataisen nimittämän koordinaatioryhmän 8.5.2013 sopimien linjausten ja pääministeri Kataisen eduskunnalle 16.5.2013 antaman valtioneuvoston ilmoituksen mukaan seuraavat lähtökohdat:

Sote-alueella on vastuu alueensa kuntien asukkaiden kaikkien sosiaali- ja terveyspalvelujen järjestämisestä. Järjestämisvastuu käsittää kaikki sosiaali- ja terveyspalvelut (sosiaalipalvelut, kehitysvammaisten erityishuolto, perusterveydenhuolto, erikoissairaanhoido). Sote-alue järjestää palvelut pääasiassa vastuukuntamallilla. Maakuntien keskuskaupungit toimivat sote-alueen vastuukuntana. Kuntayhtymä on mahdollinen, jos vastuukunnan asukasluku on alle 50 % sote-alueen asukasluvusta. Sote-alueen kunnat osallistuvat sen hallintoon vastuukunnassa olevan yhteisen toimielimen kautta. Sote-alueen kustannuksista vastaavat sote-alueen kunnat.

Vähintään noin 50 000 asukkaan kunta voi järjestää laajan perustason palveluita eli kaikkia lakisääteisiä sosiaali- ja terveyspalveluja, edellyttäen että sillä on laissa määritelty riittävä kantokyky (osaaminen, infrastruktuuri ja muut palvelujen järjestämisen edellytykset). Sote-alueet ja niihin kuuluvat kunnat säädetään valtioneuvoston asetuksella. Alueiden muodostamisesta kuullaan kuntia enne asetuksen antamista.

Vähintään noin 20 000–50 000 asukkaan kunnalla on oikeus järjestää perustason sosiaali- ja terveyspalvelut asukkailleen. Perustason palveluilla tarkoitetaan lähinnä palveluja, jotka terveyskeskukset ja kuntien sosiaalitoimi järjestävät nykyisen lainsäädännön mukaan. Vähintään 20 000 asukkaan kunta voi toimia toiminnallisen kokonaisuuden vastuukunta ja järjestää sote-palvelut myös tähän kokonaisuuteen kuuluville alle 20 000 asukkaan kunnille.

Perustason sote-palvelujen lisäksi sosiaali- ja terveysministeriö voi myöntää laissa säädettyjen poikkeuskriteerien perusteella kunnalle oikeuden järjestää joitakin peruserikoissairaanhoidon palveluja. Edellytyksenä on, että perustason palvelut järjestävässä kunnassa tai alueella on uudistuksen voimaan tullessa jo olemassa integraatioita tukevia palvelurakenteita.

Jos yli 20 000 asukkaan kunta toimii perustason alueen vastuukuntana, muut alueen kunnat osallistuvat sen hallintoon. Laajan perustason palvelujen järjestämisvastuun toteuttamiseksi 20 000-50 000 asukkaan kunnan on kuuluttava sote-alueeseen. Jos kunta toimii vastuukuntana alle 20 000 asukkaan

kunnalle peruspalvelujen järjestämiseksi, perustason alue osallistuu sote-alueen hallintoon. Perustason alueet säädetään valtioneuvoston asetuksella.

Alle 20 000 asukkaan kunnalla on rahoitusvastuu sote-palveluista, mutta ei oikeutta järjestää itse sote-palveluja. Kunnan tulee kuulua sote-alueeseen tai perustason alueeseen. Jälkimmäisessä tapauksessa kunta kuuluu sote-alueeseen perustason alueen kautta.

8.5 Sote-linjaukset Kanta-Hämeen kannalta

Kanta-Hämeen 11 kunnasta vain Hämeenlinnassa on yli 50 000 asukasta (39 % maakunnan väestöstä) ja Riihimäellä yli 20 000 asukasta. Tämän perusteella koordinaatioryhmän linjauksia suoraviivaisesti tulkiten Kanta-Hämeessä olisi mahdollista yksi kuntayhtymäpohjainen tai vastuukuntamallilla toteutettu sote-alue ja yksi yhden tai useamman kunnan muodostama perustason alue. Käytännössä sote-palvelujen järjestämismahdollisuuksien kirjo on vivahteikkaampi.

Koordinaatioryhmän linjausten perusteella Kanta-Hämeessä voisi tulevaisuudessa olla yksi sote-alue, joka vastaisi kaikkien sosiaali- ja terveysthuollon palvelujen järjestämisestä maakunnan asukkaille. Sote-alueen vastuukuntana toimisi maakunnan keskustaajama Hämeenlinna. Koska Hämeenlinnan asukasluku on alle puolet maakunnan väestöstä, sote-alue voitaisiin toteuttaa myös kuntayhtymänä kuntien niin halutessa.

Riihimäki voisi järjestää perustason sote-palvelut itsenäisesti, mutta voisi toimia myös ympäristökuntien perustason alueen vastuukuntana. Riihimäen, Hausjärven ja Lopen kunnanjohtajat ehdottivat 13.5.2013 kuntarakenneselvityksen tekemistä joko kolmen kunnan kesken tai lisäksi Janakkalan ja Hyvinkään kanssa. Toteutuessaan Riihimäen, Hausjärven ja Lopen liitoksesta muodostuisi noin 50 000 asukkaan kunta, joka voisi mahdollisesti järjestää itse kaikki lakisäätöiset sosiaali- ja terveysthuollon palvelut.

Forssan seudulla ei ole yhtään yli 20 000 asukkaan kuntaa, mutta seudun kokonaisväestömäärä on yli 35 000. Kuntaliitosten myötä Forssan kaupungin asukasluku voi hyvin nousta yli 20 000, jolloin Forssa voisi järjestää itse perustason sote-palvelut ja joitakin peruserikoissairaanhoidon palveluja sosiaali- ja terveysthuollon ministeriön luvalla. Samalla Forssa voisi toimia perustason alueen vastuukuntana seutukunnan muille kunnille. Poikkeussäännösten joustavuudesta riippuen saattaa myös perustason sote-kuntayhtymä tulla kysymykseen.

Mahdollisten kuntaliitosten myötä Kanta-Hämeessä voisi tulevaisuudessa olla yksi laajan perustason palvelujen järjestämisestä vastaava sote-alue (vastuukuntana Hämeenlinna tai kuntayhtymä) ja kaksi perustason aluetta vastuukuntina Riihimäki ja Forssa.

Koordinaatioryhmän ehdotukset muovautuvat varsinaisessa lainvalmistelussa eikä lopputuloksesta ole varmuutta ennen eduskuntakäsittelyä keväällä 2014. Myös perusratkaisut esimerkiksi vahvasti porrastetuista kuntien tehtävistä tai vastuukuntamallista voivat muuttua merkittävästi muun muassa perustuslain asettamista vaatimuksista johtuen. Tämä lainsäädännöllinen epävarmuus tulee ottaa huomioon jatkovalmistelussa.

Kanta-Hämeen terveysthuollon selvityksen ohjausryhmä linjasi viimeisessä kokouksessaan 20.5.2013 maakunnan sosiaali- ja terveysthuollon palvelujen järjestämisen perusteet tulevaisuudessa. Maakunnan kuntien kannalta suotavaa olisi toteuttaa sote-palvelujen järjestäminen Kanta-Hämeessä niin, että laajan perustason palvelujen järjestämisvastuu on maakunnallisella sote-alueella, joka on kuntayhtymä. Tämän lisäksi perustason palvelujen järjestämisvastuu on kolmella perustason alueella, jotka voidaan toteuttaa joko vastuukuntana tai kuntayhtymänä.

9 JOHTOPÄÄTÖKSET JA SUOSITUKSET

9.1 Nykyinen järjestämismalli

Kanta-Hämeessä sosiaali- ja terveyspalvelujen järjestämisestä vastaa käytännössä neljä aluetta (Forssan ja Riihimäen seutukunnat, Hattula-Janakkalan yhteystoiminta-alue, Hämeenlinnan kaupunki). Sairaanhoidopiiri toimii kuntayhtymämallilla, mutta koko väestö ei ole täysin sen erikoissairaanhoidon palveluiden varassa.

Forssan seutukunnalla on oma kuntayhtymä, joka tuottaa ja ostaa laajasti sote-palveluita kuntalaisille, ml. peruserikoissairaanhoido. Hattula-Janakkalan alueen järjestämismalli on syntynyt Paras-hankkeen väestöpohjavaatimusten pohjalta. Hattula toimii kuitenkin suhteellisen itsenäisesti. Riihimäen seutukunnassa on pitkä perinne yhteisestä terveydenhuollon kuntayhtymästä, mutta rasitteena on ollut iäkkään organisaation uudistumattomuus, mm. kotipalveluissa organisaatiomallit eivät vastaa nykykäsitteitä (palvelut ja sairaanhoito ovat erillisinä). Riihimäen alueella näkyvät kansallisten linjausten tempoilevuus viime vuosina kyvyttömyytenä tehdä organisatorisia uudistuksia, joiden tarve on hyvin tunnistettu.

9.2 Väestökehitys ja menopaineet

Kanta-Hämeen väestönkasvu on tuoreiden ennusteiden mukaan vuoteen 2030 selvästi suurempi kuin useimmissa vertailumaakunnissa. Forssan seudun väestökehitys on kuitenkin epäedullinen ja vaikka esimerkiksi Hämeenlinnan väestömäärän ennakoitaan kasvavan merkittävästi vuoteen 2030 mennessä, kasvu painottuu eläkeikäisiin. Maakunta tulee vääjäämättä kohtaamaan Itä-Suomessa jo todentuneen ikääntymisongelman lähivuosina.

Tällä hetkellä terveyden- ja vanhustenhuollon palvelut on järjestetty edullisesti Kanta-Hämeessä. Tarvetekijät huomioiden menot ovat Kanta-Hämeessä noin 5 % koko maan keskitasoa edullisemmat, mutta useimpia vertailumaakuntia korkeammat. Kuntien välillä menoerot ovat suuria, korkeimmillaan 29 %.

Tulevaisuudessa väestön ikääntymisen ennakoitaan kasvattavan palvelutarpeita ja menoja Kanta-Hämeessä selvästi muuta maata nopeammin. Menojen ennakoitaan kasvavan vuoteen 2020 mennessä reaalisesti 18 % ja vuoteen 2040 mennessä 70 %.

9.3 Tulevaisuuden haasteet

Vaikka Kanta-Hämeen maakunta on Suomen olosuhteissa vauras, väestömäärältään kasvava ja erinomaisessa maantieteellisessä asemassa, tulee myös Kanta-Hämeessä tulevaisuuden haasteet ottaa huomioon ajoissa. Samat haasteet ovat jo toteutuneet itäisissä maakunnissa, jotka ovat joutuneet muuttamaan sosiaali- ja terveydenhuollon palveluiden järjestämismalleja ja toimintatapoja merkittävästi viime vuosina. Palvelutarpeet ja palveluiden tarvevakioidut menot tulevat lähivuosina kasvamaan ikääntymisen ja pääosin positiivisen väestönkasvun mukana Kanta-Hämeessäkin. Ikääntyneiden palvelurakenne ei tällä hetkellä osassa kunnissa vastaa voimassa olevia suosituksia ja laitusrakenne asettaa asukkaita eriarvoiseen asemaan. Rungas laitospaikkojen määrä herättää kysymyksen henkilökunnan riittävydestä täyttämään tulevan vanhuspalvelulain vaatimukset. Kotihoidon tehostaminen on tarpeen erityisesti niissä kunnissa, joissa kotipalveluita ja kotisairaanhoidoa ei ole yhdistetty.

Maakunnan erikoissairaanhoidon ei ole rakentanut määrätietoisesti kilpailukykyään suhteessa muihin lähietäisyydellä oleviin sairaaloihin, vaikka sinänsä keskussairaalan toiminta on tehostunut ja kustannuskorjauksia on onnistuttu hillitsemään. Erikoissairaanhoidon päivystys tulee lähivuosina todennäköisesti myös keskittymään, sillä lisääntyneet laatuvaatimukset suosivat varsin laajoja väestöpohjia. Hämeenlinnan keskussairaalan päivystyksen asema useiden vireiden päivystyspisteiden keskiössä voi uhata sen asemaa.

Haastattelujen ja sote-selvitysten perusteella voi harkitsemattomista ratkaisuista seurata mahdollisuus, että Kanta-Hämeen maakuntaa uhkaa pirstaloituminen - Forssan seutukunta tähyää länteen, Riihimäen seutu etelään ja Hämeenlinnan seutukunnan kunnista osa ei myöskään ole halukas uusiin kuntaliitoksiin. Maakunnan mahdollisesti hajaantuessa onkin ilmeistä, ettei Hämeenlinnassa sijaitseva keskussairaala tule pysymään nykyisen kaltaisena laajan osaamisen sairaalana vaan muuttuu todennäköisesti Hämeenlinnan kaupungin omaksi sairaalaksi tai osaksi muuta organisaatiota. Toiminnot tulisi tuolloin sopeuttaa supistuneeseen väestöpohjaan.

9.4 Järjestämismallit tulevaisuudessa

Selvitystyön aikana päädyttiin tarkemmin tarkastelemaan kolmea järjestämismallia: a) tuotannollisesti hajautettua maakunnallista sote-alueita, b) kolmen sote-alueen ja keskussairaalan maakuntaa ja c) maakunnallista sote-alueita. Kuntien edustajista koostuneessa selvitystyön ohjausryhmässä oli erilaisia näkemyksiä eri mallien suotavuudesta, pääosin kuitenkin ohjausryhmä kallistui kolmen sote-alueen ja keskussairaalan vaihtoehdon kannalle.

Selvitystyön aikana julkistettiin useampia virallisia esityksiä Suomen sosiaali- ja terveyspalvelujen järjestämisen periaatteista tulevaisuudessa. Toukokuussa 2013 pääministerin asettama koordinaatioryhmä päätti linjauksista kuntauudistuksen sekä sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakennemuutoksen yhteensovittamiseksi sekä sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämislain keskeisiksi periaatteiksi.

Ottaen huomioon hallituksen tuoreimmat päätökset Kanta-Hämeen terveydenhuoltoselvityksen ohjausryhmä linjasi viimeisessä kokouksessaan 20.5.2013 maakunnan sosiaali- ja terveyspalvelujen järjestämisen perusteet tulevaisuudessa. Maakunnan kuntien kannalta suotavaa olisi toteuttaa sote-palvelujen järjestäminen Kanta-Hämeessä niin, että laajan perustason palvelujen järjestämismallia on maakunnallisella sote-alueella, joka on kuntayhtymä. Tämän lisäksi perustason palvelujen järjestämismallia on kolmella perustason alueella, jotka voidaan toteuttaa joko vastuukuntana tai kuntayhtymänä.

9.5 Jatkovalmistelu

Nyt tehdyn maakunnallisen selvitystyön pohjalta on tarpeen välittömästi jatkaa sote-ratkaisujen jatkotyöstämistä huomioiden alueelliset tarpeet sekä valtakunnallisten linjausten ja lainsäädännön täsmenlyminen. Ensivaiheessa on tarvetta yhteen sovittaa kunnilta marraskuussa 2013 edellytetyt ehdotukset muun muassa perustason alueiksi ja sote-alueiksi.

Suosittelua on, että maakunnallisen terveydenhuollon kehittämissuunnitelman ohjausryhmän työskentelyä jatketaan tässä vaiheessa vuoden 2014 loppuun. Kunnille tarjotaan mahdollisuus arvioida edustuksensa ohjausryhmässä huomioiden ohjausryhmän asettamisen jälkeen tapahtuneiden muutosten sekä jatkotyöskentelyn tarpeet. Ohjausryhmän puheenjohtajana toimii Hämeen liiton edustaja. Ohjausryhmän on perusteltua asettaa työskentelynsä tueksi lisäksi sote-kysymysten asiantuntijavirkamiehistä muodostuva valmisteluryhmä, jonka puheenjohtajana toimii Kanta-Hämeen sairaanhoitopiirin edustaja ja jossa on edustus ainakin jokaisesta kunnasta. Ohjausryhmä voi päättää erikseen ulkopuolisen asiantuntemuksen hankkimisesta tarvittavan selvitys- ja valmistelutyön tueksi.

LÄHTEET

- Häkkinen U, Nguyen L, Pekurinen M, Peltola M. Tutkimus terveyden- ja vanhustenhuollon tarve- ja valtionosuuskriteereistä. Terveyden- ja hyvinvoinnin laitos, Raportti 3/2009
- Ikäihmistien palvelujen laatusuositus (STM:n julkaisuja 2008:3)
- Junnila, ML ja THL:n asiantuntijaryhmä. Riihimäen seudun sosiaali- ja terveystalouden rakenneselvitys - Ehdotus muutokuntayhtymän perustamiseksi. 2010.
- Kapiainen S, Hujanen T, Peltola M, Häkkinen U. Terveyden- ja vanhustenhuollon tarvevakioidut menot sairaanhoitopiireittäin ja kunnittain 2010, Chess, THL.
- Hujanen T, Pekurinen M, Häkkinen U. Terveydenhuollon ja vanhusten hoivan menot ja tarvekertoimet sairaanhoitopiireittäin ja kunnittain 2005. Stakes, Terveystaloustieteen keskus 2007.
- Häkkinen P. Sairaaloiden tuottavuus 2011. THL, nettisivut, <http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe201302111807>
- Pekurinen M, Junnila ML, Idänpään-Heikkilä U, Wahlbeck K. Terveyspiiri. Eräs alueellisten sosiaali- ja terveyspalvelujen järjestämisen malli. Stakes 2006.
- Valtiovarainministeriö. Elinvoimainen kunta- ja palvelurakenne. Kunnallishallinnon rakennetyöryhmän selvitys 5a/2012.
- Kuntien, kuntayhtymien ja yhteistoiminta-alueiden keskeiset asiakirjat: strategia, toiminta- ja taloussuunnitelmat, toiminta- tai hyvinvointikertomukset, tilinpäätökset, henkilöstöraportit, valtuuston ja hallituksen päätökset terveyspalvelujärjestelmän tai vanhusten palvelujen muutoksista tai muutossuunnitelmista, kunnan ostopalveluihin ja toimeksiantosopimuksiin liittyvät asiakirjat, terveyspalveluja koskevat selvitykset, kehittämissuunnitelmat, asiakastytyväisyyskyselyt

LIITE 1: Kuntahaastatteluissa haastatellut henkilöt ja haastattelijat

Kunta	haastateltavat	haastattelijat*
Forssa	FSTKY:n yhtymäjohtaja Markku Puro kaupunginvaltuuston pj. Sirkka-Liisa Anttila kaupunginhallituksen pj. Eino Järvinen perusturvalautakunnan pj. Jouni Mäkelä kaupunginjohtaja Minna Lintonen perusturvajohtaja Katja Tommiska sosiaalipalvelujohtaja Jaakko Leskinen talousjohtaja Leena Järvenpää	Merja Kovasin Markku Pekurinen
FSTKY	yhtymäjohtaja Markku Puro, Perusterveydenhuollon johtava lääkäri Jarmo Ruohonen, Erikoissairaanhoidon johtava lääkäri Kari Österberg, Mielenterveystyö: ylilääkäri Sirpa Lindroos, Sairaanhoidolliset palvelut: va. vastuualueen johtaja, osastonhoitaja Kirsti Ruohonen, Hoitopalvelut: johtava ylihoitaja Anna Palin FSTKY luottamushenkilöt: yhtymähallituksen pj. Ansa Mikkola, varapj. Nina Pajanti-Raudus, jäsenet Jorma Hacklin, Timo Saarto, Marjut Kallio, Seppo Viikari ja Juhani Kaunela. Yhtymävaltuuston pj. Taisto Teräs, varapj:t Pauli Perho ja Hannu Ylitalo	Merja Kovasin Markku Pekurinen
Hattula	kj. Heidi Rämö kh:n pj. Jouko Tuomola terveysjaoston pj. Heikki Pajuoja vpj Kari Ventola perusturvajohtaja Mirja Saarni Vanhustyönjohtaja Erja Ylämurto	Eeva Reissell Marja Veikkolainen Arja Hastrup Teija Hammar
Hattula-Janakkala	terveysjaoston puheenjohtaja Mikko Kautto, ylilääkäri Mira Uunimäki, perusturvajohtaja Matti Valtonen	Eeva Reissell Marja Veikkolainen Arja Hastrup Teija Hammar
Hausjärvi	Kunnanjohtaja Päivi Terävä Perusturvajohtaja Teija Suorsa-Salonen Kunnanhallituksen pj. Risto Tiippa Kunnanhallituksen I vpj. Pekka Lokinperä Kunnanvaltuuston I vpj Timo Silván Kunnanvaltuuston II vpj Jonas Jansson	Eeva Reissell Marja Veikkolainen Vesa Syrjä
Humppila	Sos. Joht. Jaana Paasikangas, vanhustyönjoht. Marjatta Palojarvi, Vast. sairaanhoitaja Liisa Rämö, kj. Esko Tonteri, kunnanhallituksen pj Anja Syrjälä, sosiaalilautakunnan pj Reijo Syrjälä, Ritva Savolainen	Eeva Reissell Marja Veikkolainen Merja Kovasin
Hämeenlinna	HAASTATELU RYHMÄ 1 Tilaajajohtaja Jukka Lindberg , tilaajaylilääkäri Markku Nurmikari (osavastuualue terveyspalvelut), tilaajapäällikkö Leena Harjula (vastuualue ikäihmisten palvelut), tilaajapäällikkö Liisa Lepola (osavastuualue mielenterveyspalvelut), kasvua tukevien palveluiden tilaajapäällikkö Jari Pekuri (lasten ja nuorten kasvua tukevat palvelut.) Risto Mäkinen, toimitusjohtaja	Merja Kovasin Markku Pekurinen Ilmo Keskimäki Marja Veikkolainen Jukka Kärkkäinen Leena Nuorteva

Kunta	haastateltavat	haastattelijat*
Hämeenlinna	<p>HAASTATTELU RYHMÄ 2 Ikäihmisten hoidon ja hoivan palvelujohtaja Satu Ala-Kokko, toimintakyvyn palveluiden palvelujohtaja Risto Jokinen. Palvelutuotannon johtaja Päivi Raukko</p> <p>HAASTATTELU RYHMÄ 3 Kaupunginhallituksen pj Tapio Vekka kaupunginhallituksen vpj Aarne Kauranen Palvelutuotannon johtaja Päivi Raukko</p>	Merja Kovasin Markku Pekurinen Ilmo Keskimäki Marja Veikkolainen Jukka Kärkkäinen Leena Nuorteva
Janakkala	kunnanjohtaja Anna-Mari Ahonen, kh:n pj:t Merja Taponen, Kalevi Ilmarinen, Petri Ojanen	Merja Kovasin Sari Jokinen Arja Hastrup Vesa Syrjä
Jokioinen	kunnanjohtaja Jarmo Määttä, sosiaalijohtaja Kaisa Lepola, Forssan valtuustossa vanhustyönjohtaja Merja Toivonen hallintojohtaja Mika Teevantala	Eeva Reissell Marja Veikkolainen
Loppi	kunnan johtaja Karoliina Viitanen perusturvajohtaja Riitta Lehtinen vanhustenhuollon johtaja Sisko Haapanen	Merja Kovasin Timo Sinervo
Riihimäki	<p>HAASTATTELU 1 hallintojohtaja Jukka Savola, perusturvajohtaja M-L Lindfors, vanhustenhuollon palvelualuepäällikkö Sari Aalto, palvelualuepäällikkö Olli-Pekka Alapiessa (sosiaalitoimi, vammaispalvelut)</p> <p>HAASTATTELU 2 kaupunginjohtaja Seppo Keskiruokanen</p> <p>HAASTATTELU 3 Kaupunginhallituksen puheenjohtaja Kai Heimonen Kaupunginvaltuuston puheenjohtaja Kirsti Tolvanen Kaupunginhallituksen vpj Ilpo Ropponen</p>	Eeva Reissell Merja Kovasin Timo Sinervo
RSTKY	yhtymäjohtaja Tero Pitkämäki, johtajaylilääkäri, johtava ylihoitaja NIMET PUUTTUVAT	Merja Kovasin Timo Sinervo
Tammela	sosiaalijohtaja Annukka Kuusmin, kunnanjohtaja Matti Setälä kunnanvaltuuston pj. Esa Ryhtä kunnanhallituksen pj. Harri Kaunisto	Merja Kovasin Marja Veikkolainen Timo Sinervo
Ypäjä	kh:n puheenjohtaja Markku Leppälahti vanhus- ja vammaistyön johtaja Taina Haavisto sosiaalijohtaja Eila Puolamäki kunnanjohtaja Vesa Ketola	Merja Kovasin Leena Nuorteva

*päähaastattelija listassa ensimmäisenä

LIITE 2: Perusterveydenhuolto ja ikäihmisten palveluja koskeva kysely perusturvajohtajille tilanteesta 31.1.2013.

Perustietolomake kunnan virka-aikaisten perusterveydenhuollon palveluiden saatavuudesta 31.1.2013 /Kanta-Hämeen maakunnallinen terveydenhuoltoselvitys

Tällä lomakkeella pyrimme saamaan **Kanta-Hämeen perusterveydenhuollon ja niihin kiinteästi liittyviä sosiaalitoimen** palveluista kattavan kuvan tietynä ajankohtana eli virka-aikana 31.1.2013. Tämä kysely ei koske erikoissairaanhoidon palveluita eikä päivystysaikaa, ellei sitä erikseen mainita.

Olemme esittäneet kaavakkeen osittain, mutta kaikilta osin tarvittavat tiedot eivät ole ajan tasalla tai niiden tulkinta on haastavaa. Tämän johdosta pyydämme teitä kirjaamaan puuttuvat tiedot ja korjaamaan selkeät epäkohdat tiedoissamme. Joidenkin palveluiden kohdalla kysytään ajankohtaista palvelun tuotannon tasoa 31.1.2013, esimerkiksi lääkärimäärää ja lääkäriyötunteja/viikko kullakin terveysasemalla. Näitä tietoja ei saada luotettavasti muista tietolähteistä.

Kysymme myös palveluiden tuottajaa, jolloin toivomme saavamme vastauksen siinä muodossa, että voimme erotella julkisen palveluntuottajan yksityisestä yrityksestä. Kokonaiset palveluntuotannon ulkoistukset ja ostopalvelut tai palvelusetelien käyttö olisi myös hyvä merkitä, samoin kuin 31.1.2013 palvelujen tuottamiseen liittyneet mahdolliset ongelmat esimerkiksi henkilöstön saatavuuden vuoksi.

Vastaamme mielellämme kysymyksiinne koskien lomakkeen täyttämistä ja tarvittaessa voi myös lomakkeeseen lisätä rivejä taulukoihin. Pyytäisimme, että täyttäisitte lomakkeen puuttuvat osat tai korjaisitte työryhmän virheelliset tai puutteelliset merkinnät mahdollisimman pikaisesti, mutta kuitenkin niin, että kaavake palautetaan sähköpostitse viimeistään 5.2.2013 Marja Veikkolaiselle.

Kiitos yhteistyöstä, työryhmän puolesta,

Eeva Reissell, hallintoylilääkäri, THL

eeva.reissell@thl.fi

puh 029 5247655

Marja Veikkolainen, projektipäällikkö, THL

marja.veikkolainen@thl.fi

029 524 7616

Kunnan nimi _____

1. Vastaajan nimi, asema ja yhteystiedot: _____
2. Vastaajan nimi, asema ja yhteystiedot: _____

A1. Avosairaanhoidon ei-päivystyspalvelut: toimipaikat ja toimintamalli (erottele suun terveydenhuollon toimipisteet selvästi, esim merkinnällä hammashoitola)

Toimipaikka	Osoite	Toimintamalli, esim. hoitaja-työparityöskentely tai väestövastuu	Toimipaikan palveluntuottaja**
A			
B			
C			
D			
E			
Muita huomioita*			

* vapaamuotoinen kommentti tarvittaessa, ** kirjaa yksityisille yrityksille ulkoistetut palveluyksiköt (ULK), ostopalvelut (OSTO), palveluseteli (PASE), ja lisää palveluyrityksen nimi.

A2. Avosairaanhoidon ei-päivystyspalvelut: toimipaikat ja tuotanto 31.1.2013.

Kirjaa mahdolliset yksityisille yrityksille ulkoistetut palveluyksiköt (ULK), ostopalvelut (OSTO), palveluseteli (PASE), ja lisää palveluyrityksen nimi.

Toimipaikka*	Lääkäriavustaanotot (kpl määrä)	Lääkäripalvelut saatavilla t/vko	Hoitajavastaanotot (kpl määrä)	Hoitajapalvelut saatavilla t/vko	Suun terveydenhuolto: hammaslääkäri t/vko	Suun terveydenhuolto: hammaslääkäri ja suuhygienistien vastaanotot yht. t/vko
A						
B						
C						
D						
E						
F						
Vakanssien määrä ja täyttöaste**						
Muita huomioita						

*sama kuin taulukossa A1, **vakanssien täyttöaste= vakanssien määrä ja täyttöaste= kirjaa toimipisteissä yhteensä lääkäri ja hoitajavakanssit sekä tiedossa olevat resurssiongelmat

B1. kunnan järjestämä väestön terveydentilan seuranta, terveyden edistäminen ja sen osana terveysneuvonta ja terveystarkastukset 31.1.2013.
Kirjaa mahdolliset yksityisille yrityksille ulkoistetut palveluyksiköt (ULK), ostopalvelut (OSTO), palveluseteli (PASE), ja lisää palveluyrityksen nimi.

	Toimipaikka	Lastenneuvola, äitiys- ja perhe-suunnitteluneuvola	Lisähuomiot neuvolatoiminnasta	Lääkäri t/vko	Hoitaja* t/vko	Perheneuvola	Lääkäri t/vko	Hoitaja t/vko
A	Toimipaikka							
	Osoite							
B	Toimipaikka							
	Osoite							
c	Toimipaikka							
	Osoite							
D	Toimipaikka							
	Osoite							
	Vakanssien määrä ja täyttöseaste**							
	Muita huomioita							

* terveyden- ja sairaanhoitajat yhteensä, **vakanssien määrä ja täyttöseaste= kirjaa toimipisteissä yhteensä lääkäri ja hoitajavakanssit sekä tiedossa olevat resurssiongelmat

B2. kunnan järjestämä väestön terveydentilan seuranta, terveyden edistäminen ja sen osana terveysneuvonta ja terveystarkastukset 31.1.2013

Kirjaa mahdolliset yksityisille yrityksille ulkoistetut palveluyksiköt (ULK), ostopalvelut (OSTO), palveluseteli (PASE), ja lisää palveluyrityksen nimi.

	Aikuisneuvola	Lääkäri t/vko	Hoitaja t/vko	Työterveyshuolto*	Lääkäri t/vko	Hoitaja t/vko	Muu mahdollinen toimipaikka**	Lääkäri t/vko	Hoitaja t/vko
A	Toimipaikka								
	Osoite								
B	Toimipaikka								
	Osoite								
c	Toimipaikka								
	Osoite								
D	Toimipaikka								
	Osoite								
	Vakanssien määrä ja täyttöaste								
	Muita huomioita								

* kunnallinen työterveyshuolto, ** muita terveydenedistämisen tai terveysneuvonnan toimipaikkoja, joita ei ole osattu kysyä.

B3. Koulu- ja opiskelijaterveydenhuolto kunnan alueella 31.1.2013.

Kirjaa mahdolliset yksityisille yrityksille ulkoistetut palveluyksiköt (ULK), ostopalvelut (OSTO), palveluseteli (PASE), ja lisää palveluyrityksen nimi.

	Peruskoulut (määrä)	Lääkäri t/vko	Hoitaja t/vko	Lukiot (määrä)	Lääkäri t/vko	Hoitaja t/vko	Ammattikorkeakoulut (määrä)	Lääkäri t/vko	Hoitaja t/vko
Montako koulua /toimipistettä kunnan alueella yhteensä									
Toimipaikan tuotantomalli									
Oppilasmäärä yhteensä									
Vakanssien määrä ja täyttöaste*									
Muita huomioita									

* vakanssien määrä ja täyttöaste= kirjaa toimipisteissä yhteensä lääkäri ja hoitajavakanssit sekä tiedossa olevat resurssiongelmat

C. Kotisairaanhoido ja kotipalvelut (lisää rivejä tarvittaessa) 31.1.2013.

Kirjaa mahdolliset yksityisille yrityksille ulkoistetut palveluyksiköt (ULK), ostopalvelut (OSTO), palveluseteli (PASE), ja lisää palveluyrityksen nimi.

	Palvelun järjestäjä (esim. sosiaalivirasto, Kotihoidoyksikkö)	Palveluntuottajat (luettele myös mahdolliset yksityiset palveluntuottajat)	Lääkäripalvelut saatavilla t/vko	Sairaanhoidajat (kpl määrä)	Perus- ja lähihoitajat (kpl määrä)	Palvelun rajoitteet (esim. ei palvelua la-su)
Kotihoito (sis. Kotisairaanhoido + kotipalvelu)*						
Kotisairaanhoido						
Kotipalvelu						
Vakanssien määrä ja täyttöaste**						
Kotihoidon tunnusluvut, 2012 lopussa	säännöllisen kotihoidon asiakkaat					
	tilapäisen kotihoidon asiakkaat					
Muita huomioita	kotihoidon käynnit					

* täytä tälle riville, mikäli kotihoito ja kotisairaanhoido on yhdistetty, muuten kyseiselle riville.

**vakanssien määrä ja täyttöaste= kirjaa toimipisteissä yhteensä lääkäri ja hoitajavakanssit sekä tiedossa olevat resurssi-ongelmat

D1. Perusterveydenhuollon vuodeosasto- ja hoivapaikat 31.1.2013

Kirjaa mahdolliset yksityisille yrityksille ulkoistetut palveluyksiköt (ULK), ostopalvelut (OSTO), palveluseteli (PASE), ja lisää palveluyrityksen nimi.

	Toimipaikan tiedot	Onko toimipaikka a) Terveyskeskus vuodeosasto b) Vanhainkoti c) Tuettu palveluasuminen d) Tehostettu palveluasuminen	Palvelun tuottaja
A	Toimipaikka (nimi) Osoite		
B	Toimipaikka (nimi) Osoite		
C	Toimipaikka (nimi) Osoite		
D	Toimipaikka (nimi) Osoite		
E	Toimipaikka (nimi) Osoite		
F	Toimipaikka (nimi) Osoite		
G	Toimipaikka (nimi) Osoite		
H	Toimipaikka (nimi) Osoite		
	Muita huomioita		

D2. Perusterveydenhuollon vuodeosasto- ja hoivapaikat iäkkäille (kopioi taulukko tai lisää rivejä tarvittaessa)

Toimipaikka*	Paikkamäärä 24h henkilökunnalla	Hoitotyöntekijät	Lääkäri t/vko	Dementiapaikkojen määrä	Intervalli- tai muut lyhytaikaispaikkojen määrä
A					
B					
C					
D					
Muita huomioita					

*sama kuin taulukossa D1

D3. Perusterveydenhuollon vuodeosasto- ja hoivapaikat kunnassanne iäkkäille: yhteenveto 31.1.2013

Terveyskeskus vuodeosastopaikat yhteensä	Vanhainkotipaikat yhteensä	Tehostetun palveluasumisen paikat yhteensä	Tuetun palveluasumisen paikat yhteensä	Lääkärivakanssit ja täyttöaste yhteensä	Hoitajavakanssit ja täyttöaste yhteensä

E1. Perusterveydenhuollon tukipalvelut 31.1.2013.

Kirjaa mahdolliset yksityisille yrityksille ulkoistetut palveluyksiköt (ULK), ostopalvelut (OSTO), palveluseteli (PASE), ja lisää palveluyrityksen nimi.

	Kuntalaisten fysioterapiapalvelu	Kuntalaisten toimintaterapiapalvelu	Apuvälinejako	Kuntoutus*
Tuottaja				
Toimipaikka				
Osoite				
Toimipaikka				
Osoite				
Kuvaile lyhyesti tukipalvelu (erityisesti kuntoutus)				
Muita huomioita				

* muu kuin sairaala tai tk vuodeosastokuntoutus

E2. Perusterveydenhuollon tukipalvelut 31.1.2013.

Kirjaa mahdolliset yksityisille yrityksille ulkoistetut palveluyksiköt (ULK), ostopalvelut (OSTO), palveluseteli (PASE), ja lisää palveluyrityksen nimi.

	Laboratorio näytteenotto	Laboratorioanalytiikka	Kuvantamispalvelut	Lääkehuolto
Tuottaja				
Toimipaikka				
Osoite				
Toimipaikka				
Osoite				
Muita huomioita	Lab näytteenotto: tuntia/vko Kuvantamispalveluiden lyhyt kuvaus:			

F. Päihde- ja mielenterveyspalvelut oman kunnan alueella 31.1.2013

Kirjaa mahdolliset yksityisille yrityksille ulkoistetut palveluyksiköt (ULK), ostopalvelut (OSTO), palveluseteli (PASE), ja lisää palveluyrityksen nimi.

	Päihdepalvelu	Nuorison päihdepalvelut	Psykiatriset ns. matalan kynnyksen palvelut*	Muu päihde- tai mielenterveyspalvelu
Palvelun tuottaja				
Toimipaikka				
Osoite				
Lääkärimäärä				
Lääkärivo t/vko				
Hoitajamäärä				
Hoitajavo t/vko				
Psykiatrin tai muun erikoislääkärin konsultaatio saatavissa kyllä/ei				
Muita huomioita**				

* matalan kynnyksen palveluihin ei tarvita lähetettä. Terveysasemien psykiatristen ja depressiohoitajien toimipaikat voi luetteloida jatkamalla taulukkoa.

LIITE 3: Väliseminaarissa 7.1.2013 esiteltyt alustavat Kanta-Hämeen sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämismvaihtoehdot

Alkuvaiheen käsittelyssä järjestämismvaihtoehtoja oli kolme, kuntahaastattelujen pohjalta laadittiin ohjausryhmän toimesta väliseminaariin neljäs vaihtoehto.

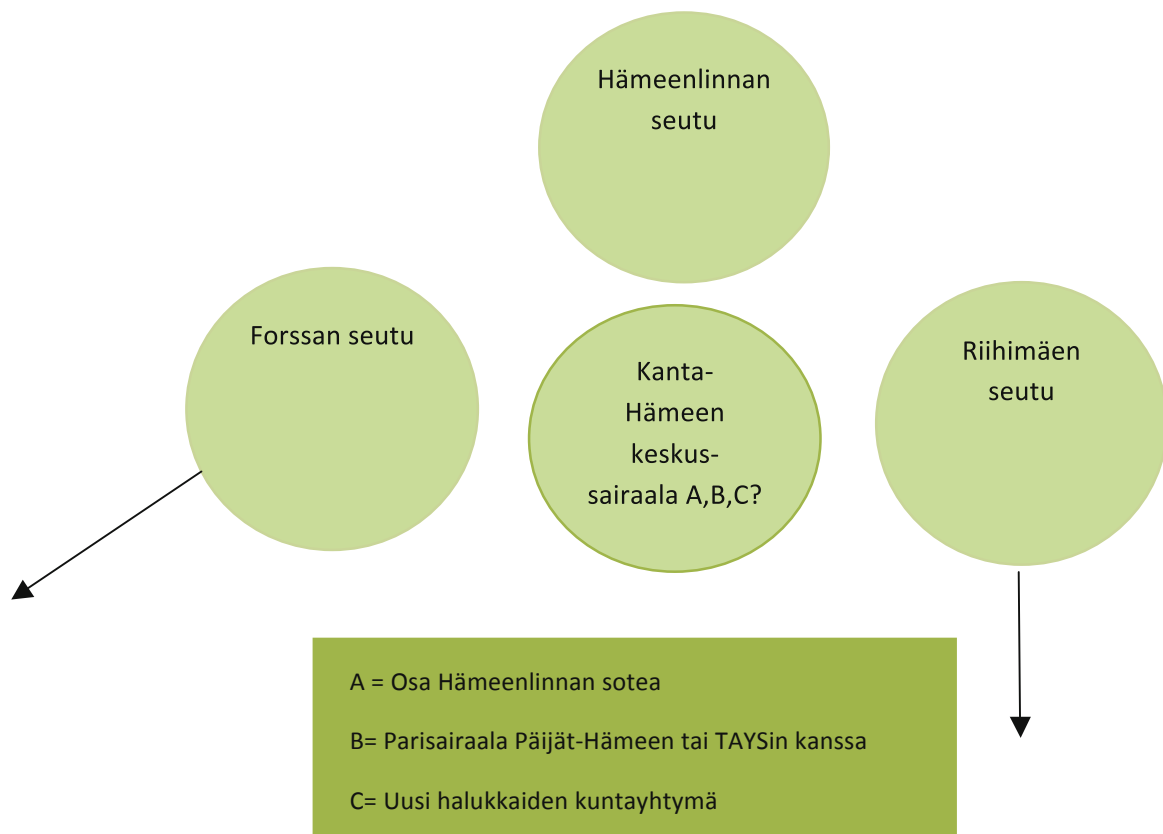
1. Maakunnan terveydenhuolto hajoaa - ”Kuntahaastatteluista rakentuva tulevaisuus”

- Forssan seutu suuntautuu Varsinais-Suomeen
- Riihimäen seutu suuntautuu Uudenmaan suuntaan
- Hämeenlinna järjestää palvelut nykyiseen tapaan
- Hattula ja Janakkala jatkavat nykyisellä toimintamallilla (2 kunnan sote-alue, esh palvelut ostetaan) - Janakkalan hajoaminen myös mahdollista

Kanta-Hämeen keskussairaala tulevaisuudessa

- A. Osa Hämeenlinnan kaupungin sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatiota
- B. Muodostaa parisairaalan Päijät-Hämeen keskussairaalan tai TAYSin kanssa (osa TAYSiä)
- C. Uusi sairaalakuntayhtymä, jonka omistavat sairaalan ylläpitämisestä kiinnostuneet kunnat

Malli 1: Maakunnan terveydenhuolto hajoaa

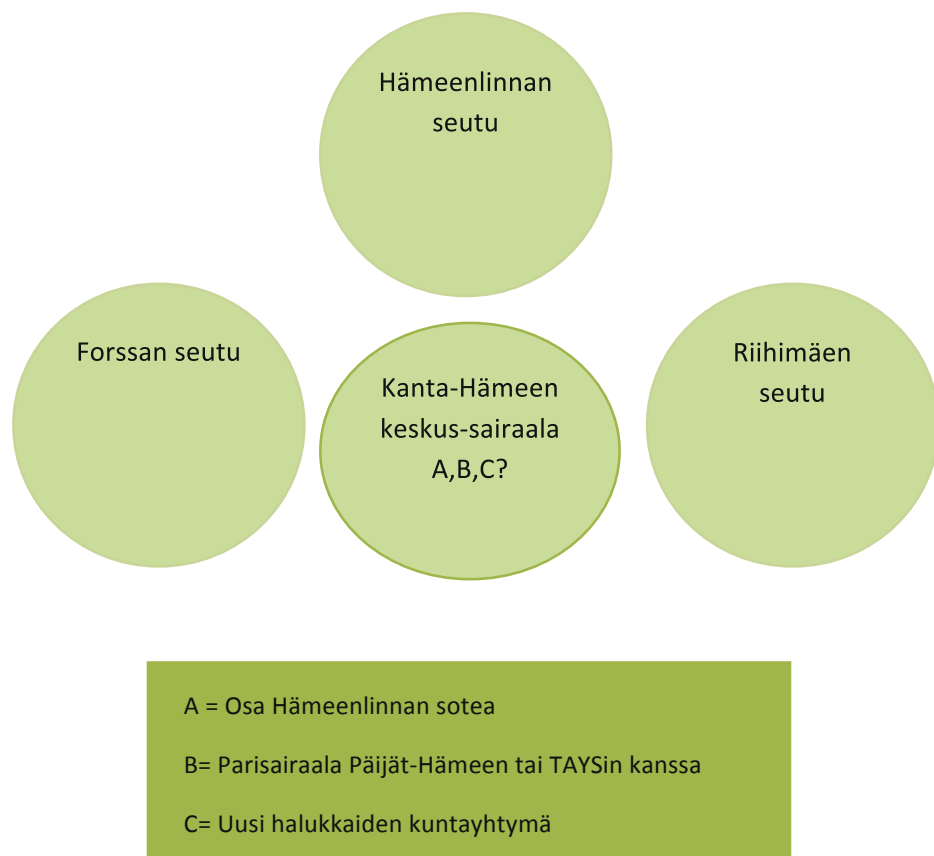


2. Maakunnan terveydenhuolto jatkaa kokonaisuutena, ei yhtenäistä sote-aluetta

- Vahva peruskunta Hämeenlinna (Hattula ja Janakkala hankkivat palvelut vastuukunnalta)
- Forssa seutu jatkaa nykyisellä toimintamallilla, mutta joutuu etsimään uusia jäsenkuntia muodostaakseen riittävän väestöpohjan sote-alueelle
- Riihimäen seudun kunnat muodostavat sote-alueen (46 000 asukasta) tai Riihimäki ylläpitää oman sotea ja muut kunnat suuntautuvat Hyvinkään suuntaan

Kanta-Hämeen keskussairaala tulevaisuudessa – vaihtoehdot kuten kohdassa 1.

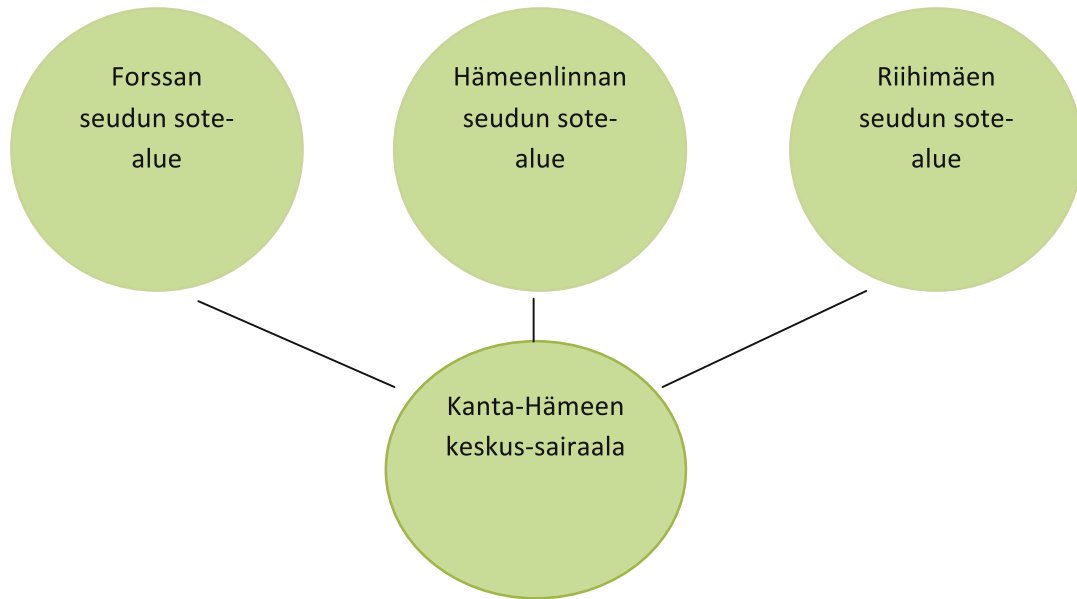
Malli 2: Maakunnan terveydenhuolto jatkaa muuntuneena kokonaisuutena



3. Kanta-Hämeen kattava sote-alue, joka koostuu kolmesta toimijasta: Forssan, Riihimäen ja Hämeenlinnan seudun sote-alueet (so. Pohjois-Suomen malli)

- Perusterveydenhuollon ja sosiaalitoimen järjestämisvastuu kolmella toimijalla
- Erikoissairaanhoidon järjestämisvastuu kolmen sote-alueen omistamalla erikoissairaanhoidon liikelaitoskuntayhtymällä tai keskussairaala osa Hämeenlinnan sote-organisaatiota

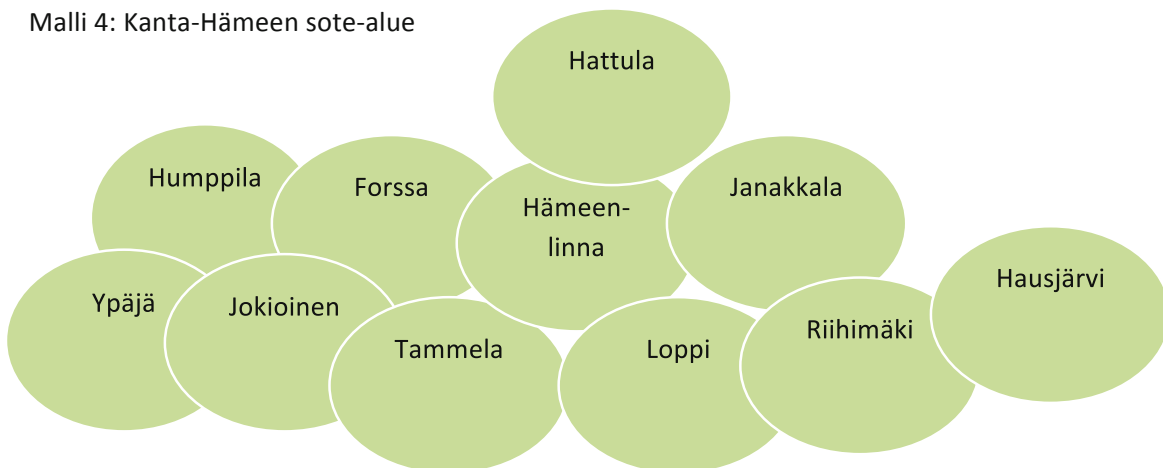
Malli 3: Kanta-Hämeen sote-alue ja esh



4. Kanta-Hämeen kattava yhtenäinen sote-alue (so. Eksote-malli)

- Kuntien yhdessä muodostama sote-alue
- Kattaa koko sosiaali- ja terveystoimen

Malli 4: Kanta-Hämeen sote-alue



LIITE 4: Ohjausryhmän jatkotyöstettäväksi valitsemat Kanta-Hämeen sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämismallit

Seuraavassa kuvataan lyhyesti ohjausryhmän jatkokäsittelyyn valitsemat kolme vaihtoehtoa Kanta-Hämeen sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämiseksi tulevaisuudessa. Tarkasteltavat vaihtoehdot ovat:

- (A) TUOTANNOLLISESTI HAJAUTETTU MAAKUNNALLINEN SOTE-ALUE
- (B) KOLMEN SOTE-ALUEEN JA KESKUSSAIRAALAN MAAKUNTA
- (C) MAAKUNNALLINEN SOTE-ALUE

(A) Tuotannollisesti hajautettu maakunnallinen sote-alue

Malli. Kanta-Hämeessä on koko maakunnan kattava sote-alue, joka muodostuu kolmesta perusterveydenhuollon ja sosiaalihuollon palveluja tuottavasta seudullisesta peruspalvelujen tuotantoalueesta ja erikoissairaanhoidon tuottavasta keskussairaala (kuvio A).

Perusajatus. Järjestämisvastuu kaikista maakunnan sosiaali- ja terveystalvueluista on yhdellä taholla, maakunnallisella sote-alueella. Palvelujen tuotantovastuu perustason palveluista on kolmella tuotantoalueella (Forssan seutu, Hämeenlinnan seutu, Riihimäen seutu) ja erikoissairaanhoidon palveluista keskussairaalla (nykyinen Kanta-Hämeen keskussairaala).

Järjestämisvastuu. Sosiaali- ja terveystalvuelujen järjestämisvastuu on maakunnallisella sote-alueella. Tämän mallin mukaisen järjestäjän väestöpohja oli vuonna 2011 runsaat 175 000 asukasta ja väestöennusteen mukaan sote-alueen väestö on vuonna 2030 noin 194 000 asukasta.

Rahoitusvastuu. Palvelujen rahoitusvastuu on Kanta-Hämeen kunnilla. Kunnat maksavat sote-alueelle palvelujen järjestämisestä vuosittain tarveperusteisen kapitaatiomaksun. Rahoitus on mahdollista toteuttaa myös sekamallilla (kapitaatio, suorite, tulo-osuus, ym.).

Tuotantoalueiden rahoitus. Sote-alueen yhtymäkokous/-hallitus päättää alueen voimavarojen (rahan/budjetin) kohdentamisesta erikoissairaanhoidon palvelujen (keskussairaala) ja perustason sote-palvelujen järjestämiseen. Perustason sote-palvelujen järjestämiseen osoitetut voimavarat (rahat) kohdennetaan tuotantoalueilla tarveperusteisesti (so. kerättyjen tarveperusteisten kapitaatiomaksujen suhteessa) ottaen huomioon koko sote-alueella tehtävät palvelurakennatkaikut.

Sote-integraatio. Sote-integraatio toteutuu vähintäänkin perustason sosiaali- ja terveystalvueluissa. Terveystalvuelun integraatio (vertikaalinen integraatio) on mahdollista toteuttaa jossain määrin, riippuen tuotantoalueen palveluvalikoimasta. Koko sosiaali- ja terveydenhuollon integraatio toteutuu vain hallinnollisesti sote-alueen tasolla.

Hallinto. Sote-alueen hallintomalli voi olla kuntayhtymä, jolla on päättävänä eliminä yhtymäkokous ja yhtymähallitus. Kunnat valitsevat edustajansa yhtymäkokoukseen. Seudullisilla peruspalvelujen tuotantoalueilla voi olla kuntien valitsema tuotantoalueen johtokunta. Johtokunta valmistelee omaa aluettaan koskevat esitykset sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen toteuttamiseksi seutukunnan alueella ja toimii valmistelevana elimenä sote-alueen yhtymähallitukselle. Yhtymähallitus yhteen sovittaa johtokuntien esitykset ja päättää palvelujen (perusterveydenhuolto, sosiaalihuolto, erikoissairaanhoido) toteuttamisesta maakunnas-

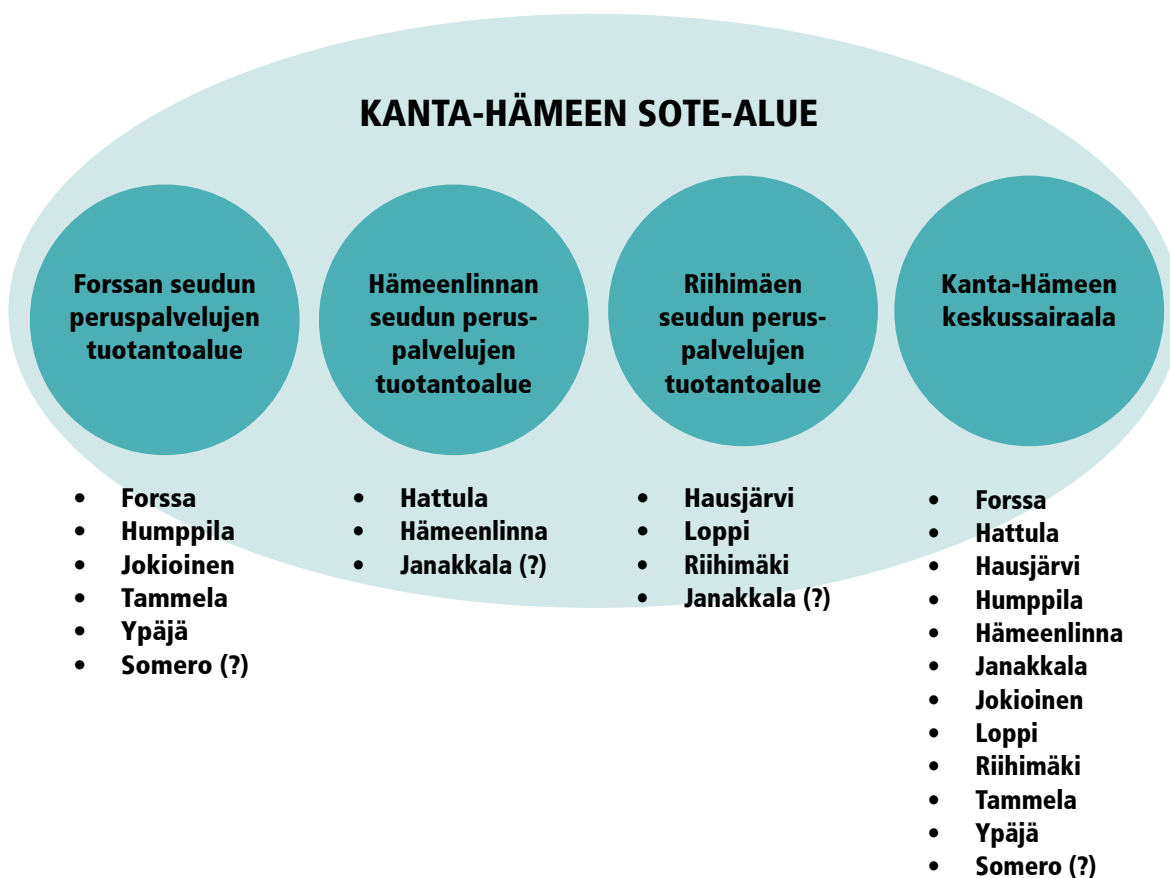
sa. Palvelutuotannon yhteensovittamisesta johtuvat muutostarpeet tuotantoalueiden voimavaroissa otetaan huomioon voimavarojen kohdentamisessa tuotantoalueille (so. täydentää tarveperusteisuutta).

Ohjaus. Sote-alueen toiminnan ja talouden ohjaus kuntien toimesta toteutuu (epäsuorasti) kuntayhtymähallinnon kautta ja tuotantoalueiden johtokuntien kautta. Kuntien on mahdollista ohjata sote-alueita, niin halutessaan, suoraan perustamalla esimerkiksi kuntajohtajista koostuva kuntajohdon neuvottelukunta (tai vastaava), joka kokoontuu säännöllisesti käsittelemään sote-alueen johdon kanssa talouteen ja voimavarojen kohdentamiseen liittyviä kysymyksiä.

Johtaminen. Sote-alueita johdetaan yksijohtajajärjestelmän mukaisesti. Sote-alueella on yksi johtaja (yhtymäjohtaja, toimitusjohtaja, ym.), joka vasta maakunnan sosiaali- ja terveystoimen strategisesta johtamisesta. Tuotantoalueiden ja keskussairaalan operatiivisesta johtamisesta vastaavat (toimiala)johtajat, jotka yhdessä sote-alueen johtajan kanssa muodostavat sote-alueen johtoryhmän (täydennettynä muilla tarvittavilla henkilöillä).

Henkilöstö. Koko henkilöstö (ml. keskussairaalan) on sote-alueen palveluksessa. Tuotantoalueilla ja keskussairaalalla ei ole tällöin erikseen omaa henkilöstöä. Tämä mahdollistaa koko sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstön joustavan käytön koko maakunnan alueella. [Vaihtoehto B: Henkilöstö voi olla myös tuotantoalueiden ja keskussairaalan palveluksessa, tällöin kuitenkin henkilöstön joustava käyttö on vaikeampaa kuin henkilöstön ollessa sote-alueen palveluksessa.]

Kuvio A. Tuotannollisesti hajautettu maakunnallinen sote-alue – vaihtoehto A



(B) Kolmen sote-alueen ja keskussairaalan maakunta

Malli. Kanta-Hämeessä on kolme kuntien muodostamaa perustason sote-alueita, jotka rakentuvat seutukunnittain tai muulla periaatteella. Nykyinen Kanta-Hämeen keskussairaala toimii erikoissairaanhoidon palvelujen tuottajana ja siitä muodostetaan sote-alueiden omistama liikelaitoskuntayhtymä tai osakeyhtiö. Kuvio B havainnollistaa tätä vaihtoehtoa.

Perusajatus. Järjestämisvastuu maakunnan sosiaali- ja terveydenhuollon palveluista (ml. erikoissairaanhoido) on kolmella seudullisella sote-alueella. Erikoissairaanhoidon palvelujen tuotantovastuu on sote-alueiden omistamalla keskussairaalalla. Sote-alueilla voi olla jossain määrin myös omaa erikoissairaanhoidon palvelutuotantoa.

Järjestämisvastuu. Sosiaali- ja terveyspalvelujen järjestämisvastuu on kolmella sote-alueella. Tämän mallin mukaisten sote-alueiden väestöpohja vaihteli vuonna 2011 noin 35 000 asukkaasta 93 000 asukkaaseen. Väestöennusteen mukaan vuonna 2030 sote-alueiden väestöpohja vaihtelisi 35 000 asukkaasta 106 000 asukkaaseen.

Rahoitusvastuu. Kaikkien sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen rahoitusvastuu on Kanta-Hämeen kunnilla.

Sote-alueen rahoitus. Sote-alueeseen kuuluvat kunnat maksavat sote-alueelle kaikkien sosiaali- ja terveyspalvelujen järjestämisestä vuosittain tarveperusteisen kapitaatiomaksun. Rahoitus on mahdollista toteuttaa myös sekamallilla (kapitaatio, suorite, tulo-osuus, ym.).

Keskussairaalan rahoitus. Sote-alueet maksavat keskussairaalle erikoissairaanhoidon palvelujen tuottamisesta tarveperusteisen kapitaatiomaksun (esim. 40 % rahoituksesta) (korvaa päivystys-, ym. palvelujen käytön määrästä riippumattoman perusvalmiuden ylläpidon kustannukset) ja sote-alueen asukkaiden palvelujen käytön määrän ja sisällön mukaan määräytyvän suoriteperusteisen korvauksen (esim. 60 % rahoituksesta).

Sote-integraatio. Toiminnallinen sote-integraatio mahdollista toteuttaa perusterveydenhuollon ja sosiaalihuollon kesken sote-alueilla. Terveystenhuollon integraatiota mahdollista toteuttaa jossain määrin, riippuen siitä missä laajuudessa sote-alueen palveluvalikoimaan kuuluu erikoissairaanhoidon palveluja.

Hallinto – sote-alue. Sote-alueen hallintomalli voi olla kuntayhtymä, jolla on päättävänä eliminä yhtymäkokous ja yhtymähallitus. Jos sote-alueeseen kuuluvat kunnat ovat väestömäärältään hyvin erikokoisia ja suurin kunta muodostaa reilusti yli puolet koko alueen väestöstä, voi olla luontevaa toteuttaa sote-alueen hallinto vastuukunta-mallin mukaisesti.

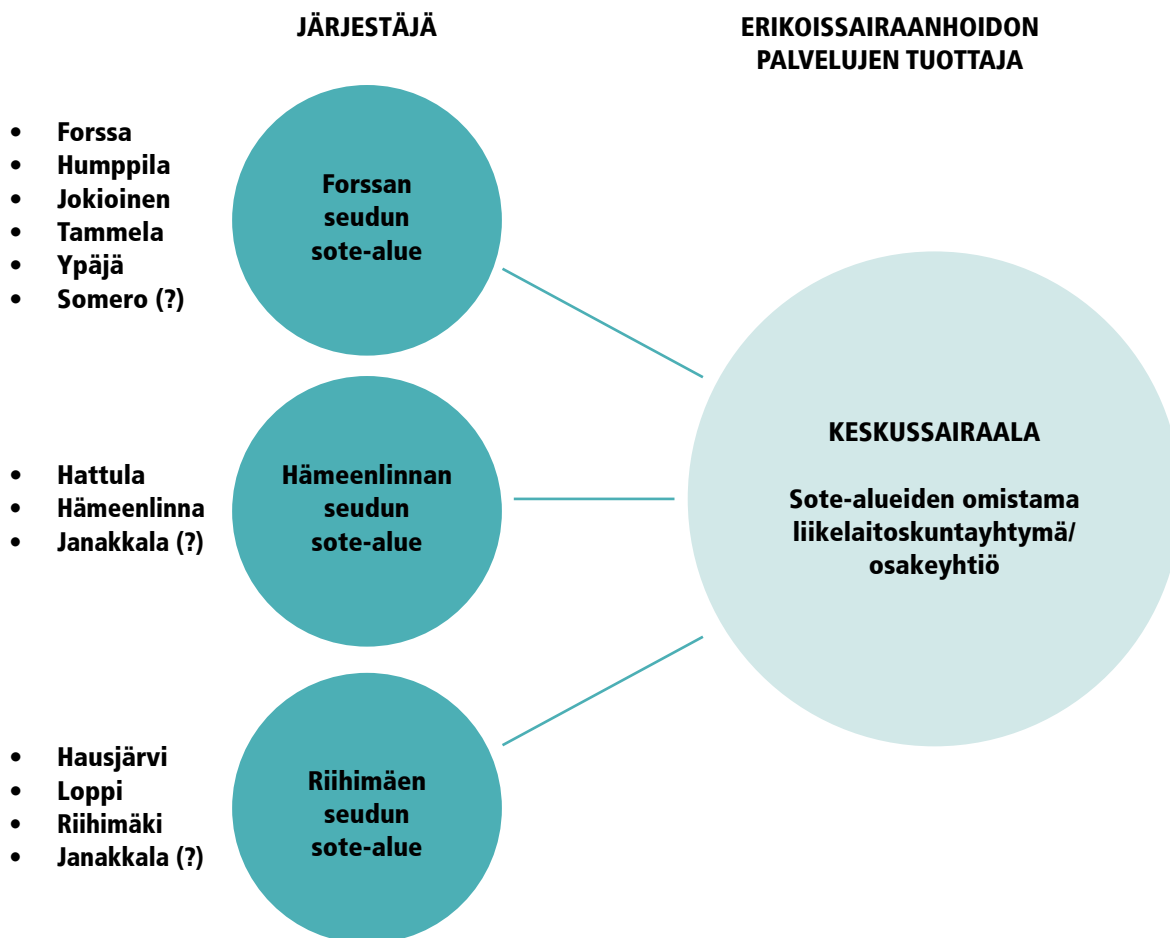
Hallinto – keskussairaala. Keskussairaala voi olla sote-alueiden omistama liikelaitoskuntayhtymä tai osakeyhtiö. Liikelaitoskuntayhtymän päättävät elimet ovat yhtymäkokous ja johtokunta, osakeyhtiön päättävät elimet ovat yhtiökokous ja hallitus.

Ohjaus – sote-alue. Sote-alueen toiminnan ja talouden (epäsuora) ohjaus kuntien toimesta toteutuu kuntayhtymähallinnon kautta. Vastuukuntamallilla toteutettu sote-alue on osa vastuukunnan organisaatiota ja toiminnan ohjaus on vastuukunnan osalta suurempaa kuin kuntayhtymämallissa, muiden kuntien ohjaus toteutuu yhteislautakunnan kautta. Kuntien on mahdollista ohjata sote-alueita, niin halutessaan, välittömämmin perustamalla esimerkiksi kuntajohtajista koostuva kuntajohdon neuvottelukunta (tai vastaava), joka kokoontuu säännöllisesti käsittelemään sote-alueen johdon kanssa talouteen ja voimavarojen kohdentamiseen liittyviä kysymyksiä.

Johtaminen. Kutakin sote-alueita johdetaan yksijohtajajärjestelmän mukaisesti. Kullakin sote-alueella on yksi johtaja (yhtymäjohtaja, toimitusjohtaja, ym.), joka vasta alueen operatiivisesta johtamisesta.

Henkilöstö. Perusterveydenhuollon, sosiaalihuollon ja soveltuvin osin erikoissairaanhoidon henkilöstö on sote-alueen palveluksessa. Keskussairaalan henkilöstö on, hallintomallista riippuen, kolmen sote-alueen omistaman liikelaitoskuntayhtymän tai osakeyhtiön palveluksessa.

Kuvio B. Kolmen sote-alueen ja keskussairaalan maakunta - vaihtoehto B



(C) Maakunnallinen sote-alue

Malli. Kanta-Hämeessä on koko maakunnan kattava sote-alue, joka järjestää kaikki sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut maakunnan asukkaille. Kuvio C havainnollistaa tätä vaihtoehtoa.

Perusajatus. Järjestämisvastuu kaikista maakunnan sosiaali- ja terveystalviteista on yhdellä taholla, maakunnallisella sote-alueella.

Järjestämisvastuu. Sosiaali- ja terveystalviteiden järjestämisvastuu on maakunnallisella sote-alueella. Tämän mallin mukaisen palvelujen järjestäjän väestöpohja oli vuonna 2011 runsaat 175 000 asukasta ja väestöennusteen mukaan vuonna 2030 noin 194 000 asukasta.

Rahoitusvastuu. Palvelujen rahoitusvastuu on Kanta-Hämeen kunnilla. Kunnat maksavat sote-alueelle palvelujen järjestämisestä vuosittain tarveperusteisen kapitaatiomaksun. Rahoitus on mahdollista toteuttaa myös sekamallilla (kapitaatio, suorite, tulo-osuus, ym.).

Sote-integraatio. Sote-integraatio on mahdollista toteuttaa koko sosiaali- ja terveydenhuollon kattavasti. Mahdollistaa sekä vertikaalisen (peruspalvelut-erityispalvelut) että horisontaalisen (sosiaalipalvelut-terveyspalvelut) integraation toteuttamisen.

Hallinto. Sote-alueen hallintomalli voi olla kuntayhtymä, jolla on päättävänä eliminä yhtymäkokous ja yhtymähallitus. Kunnat valitsevat edustajansa yhtymäkokoukseen. Yhtymähallitus päättää palvelujen (perusterveydenhuolto, sosiaalihuolto, erikoissairaanhoido) toteuttamisesta maakunnassa.

Ohjaus. Sote-alueen toiminnan ja talouden (epäsuora) ohjaus kuntien toimesta toteutuu kuntayhtymähallinnon kautta. Kuntien on mahdollista ohjata sote-aluetta, niin halutessaan, välittömämmin perustamalla esimerkiksi kuntajohtajista koostuva kuntajohdon neuvottelukunta (tai vastaava), joka kokoontuu säännöllisesti käsittelemään sote-alueen johdon kanssa talouteen ja voimavarojen kohdentamiseen liittyviä kysymyksiä.

Johtaminen. Sote-aluetta johdetaan yksijohtajajärjestelmän mukaisesti. Sote-alueella on yksi johtaja (yhtymäjohtaja, toimitusjohtaja, ym.), joka vasta maakunnan sosiaali- ja terveystoimen strategisesta johtamisesta. Oman palvelutuotannon johtaminen voidaan toteuttaa monella tavalla ja toteutustapa määrittää sote-alueen johtoryhmän kokoonpanon.

Henkilöstö. Koko henkilöstö on sote-alueen palveluksessa.

Liitteen 5 taulukossa on esitetty yhteenveto edellä tarkastelluista Kanta-Hämeen sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisen vaihtoehdoista.

Kuvio C. Maakunnallinen sote-alue - vaihtoehto C



LIITE 5A: Tarkastellut vaihtoehtoiset mallit Kanta-Hämeen sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämiseksi tulevaisuudessa.

	(A) Tuotannollisesti hajautettu maakunnallinen sote-alue	(B) Kolmen sote-alueen ja keskussairaalan maakunta	(C) Maakunnallinen sote-alue
Kuvaus	Maakunnan kattava sote-alue, jossa on kolme seudullista peruspalvelujen tuotantoaluetta ja keskussairaala	Maakunnassa kolme sote-aluetta ja keskussairaala	Maakunnan kattava sote-alue
Perusajatus	<u>Järjestämisvastuu</u> maakunnan sote-palveluista on yhdellä taholla. <u>Tuotantovastuu</u> on tuotantoalueilla ja keskussairaalalla.	<u>Järjestämisvastuu</u> maakunnan sote-palveluista on kolmella sote-alueella ja sote-alueella yhdellä taholla. <u>Erikoissairaanhoidon tuotantovastuu</u> on sote-alueiden omistamalla keskussairaalalla.	<u>Järjestämisvastuu</u> maakunnan sote-palveluista on yhdellä taholla. Palvelujen <u>tuotantovastuu</u> voidaan toteuttaa monella tavalla.
Järjestäjä	Sote-alue	Kolme sote-aluetta	Sote-alue
Järjestämisvastuun laajuus	Kaikki sosiaali- ja terveyspalvelut	Kaikki sosiaali- ja terveyspalvelut	Kaikki sosiaali- ja terveyspalvelut
Järjestäjän väestöpohja	175 000 asukasta	Forssan seudun sote-alue 35 000–44 000 asukasta, Hämeenlinnan seudun sote-alue 77 000–94 000 asukasta, Riihimäen seudun sote-alue 46 000–63 000 asukasta	175 000 asukasta
Rahoittaja	Kunnat	Kunnat	Kunnat
Järjestäjän rahoitus	Tarveperusteinen kapitaatiomaksu kunnilta. Voi perustua myös sekamalliin (kapitaatio, suorite, tulo-osuus ym.).	Tarveperusteinen kapitaatiomaksu kunnilta. Voi perustua myös sekamalliin (kapitaatio, suorite, tulo-osuus ym.). <u>Keskussairaala:</u> Tarveperusteinen kapitaatiomaksu kunnilta. Voi perustua myös sekamalliin (kapitaatio, suorite, tulo-osuus ym.).	Tarveperusteinen kapitaatiomaksu (esim. 40 %) ja suoritekorvaus sote-alueilta (esim. 60 %)
Hallintomalli	Kuntayhtymä	Kuntayhtymä tai vastuukunta <u>Keskussairaala:</u> Liikelaitoskuntayhtymä tai osakeyhtiö	Kuntayhtymä
Hallinto	Yhtymäkokous ja yhtymähallitus. Tuotantoalueilla johtokunta. Entä keskussairaala (?)	Sote-alue: Yhtymäkokous ja yhtymähallitus (kuntayhtymä), valtuusto, hallitus ja yhteislautakunta (vastuukunta) <u>Keskussairaala:</u> Yhtymäkokous ja yhtymähallitus (liikelaitoskuntayhtymä); yhtiökokous ja hallitus (yhtiö)	Yhtymäkokous ja yhtymähallitus

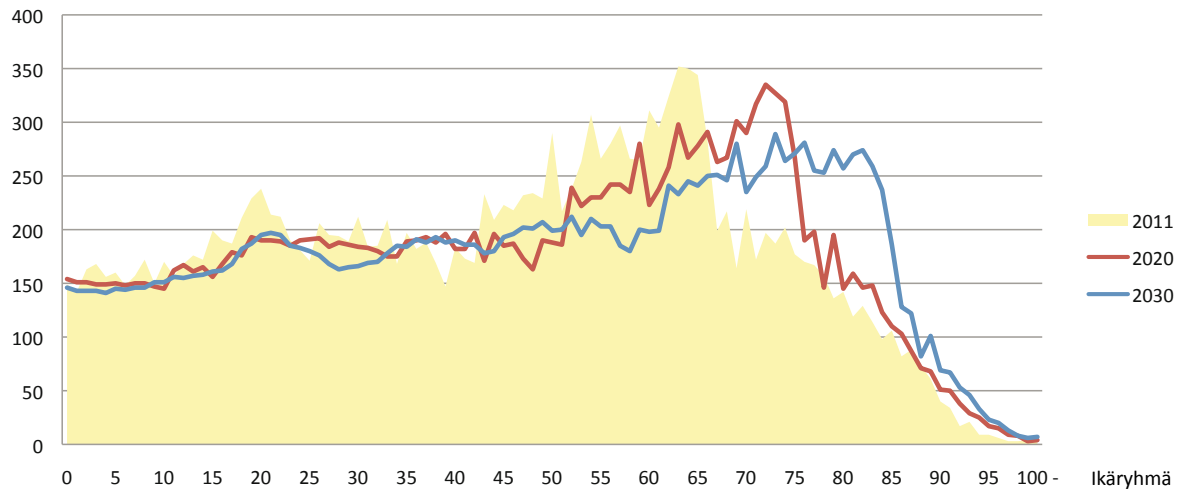
Johtaminen	Yksijohtajajärjestelmä. Sote-alueella yhtymäjohtaja/toimitusjohtaja. Tuotantoalueilla ja keskussairaalalla toimialajohtajat.	Yksijohtajajärjestelmä. Kullakin sote-alueella on yhtymäjohtaja/toimitusjohtaja.	Yksijohtajajärjestelmä. Sote-alueella yhtymäjohtaja/toimitusjohtaja.
Kuntien ohjaus	Toiminnan ja talouden ohjaus kuntayhtymähallinnon kautta, suora ohjaus mahdollista esim. perustamalla kuntajohdon neuvottelukunta	Toiminnan ja talouden ohjaus kuntayhtymähallinnon tai vastuukunnan kautta. Kuntayhtymien suora ohjaus mahdollista esim. perustamalla kuntajohdon neuvottelukunta.	Toiminnan ja talouden ohjaus kuntayhtymähallinnon kautta, suora ohjaus mahdollista esim. perustamalla kuntajohdon neuvottelukunta
Sosiaali- ja terveydenhuollon integraatio	Sote-integraatio toteutuu vähintään perustason sote-palveluissa. Terveydenhuollon integraatio mahdollista.	Perustason sote-palvelujen integraatio toteutuu. Terveydenhuollon integraatio voi toteutua jos-sain määrin.	Sote-integraatio toteutuu
Henkilöstö	Sote-alueen palveluksessa [vaihtoehto B: tai tuotantoalueiden ja keskussairaalan palveluksessa]	Kolmen sote-alueen ja keskussairaalan palveluksessa	Sote-alueen palveluksessa

LIITE 5B: Tarkasteltujen Kanta-Hämeen sosiaali- ja terveydenhuollon vaihtoehtoisten järjestämismallien mahdollisia eroja sekä etuja ja haittoja nykyiseen toiminta-malliin verrattuna.

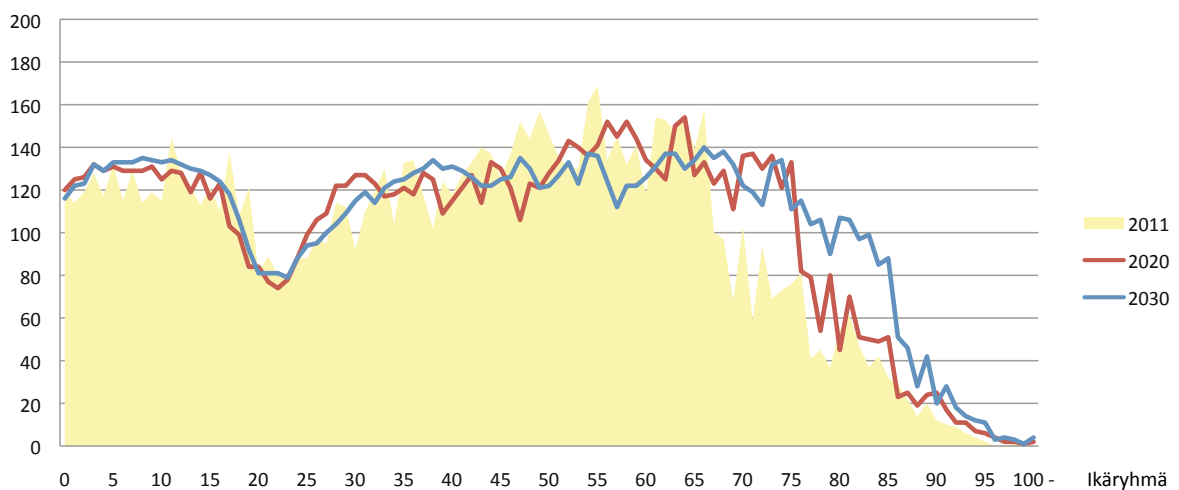
	(A) Tuotannollisesti hajautettu maakunnallinen sote-alue	(B) Kolmen sote-alueen ja keskussairaalan maakunta	(C) Maakunnallinen sote-alue
Sosiaali- ja terveydenhuollon integraatio	Sote-integraatio parane Integraatio toteutuu vähintään perustason sote-palveluissa Terveydenhuollon integraatio mahdollista jossain määrin	Sote-integraatio parane jossain määrin Perustason sote-palvelujen integraatio toteutuu Terveydenhuollon integraatio ei toteudu	Sote-integraatio parane olennaisesti Sote-integraatio toteutuu kattavasti
Voimavarojen (rahan) kohdentaminen erityispalveluista perustason palveluihin	Mahdollisuudet paranevat jossain määrin	Ei olennaista muutosta	Mahdollisuudet paranevat olennaisesti
Maakunnan voimavarojen käytön tehostaminen	Henkilöstön ja tilojen käyttö perustason sote-palveluissa ja tukipalveluissa tehostuu	Henkilöstön ja tilojen käyttö perustason sote-palveluissa tehostuu	Mahdollistaa henkilöstön ja tilojen tarkoituksenmukaisen ja joustavan käytön
Keskussairaalan asema	Säilyy maakunnallisen päätöksenteon piirissä Osa sote-aluetta - yksi neljästä tuotanto-alueesta Nykyistä kiinteämpi osa sotea	Säilyy maakunnallisen päätöksenteon piirissä Sote-alueiden omistama esh-palvelujen tuottaja Ei merkittävää muutosta nykyiseen	Säilyy maakunnallisen päätöksenteon piirissä Osa sote-aluetta Nykyistä olennaisesti kiinteämpi osa sotea
Kuntien vaikutusmahdollisuudet palvelujen suunnittelussa / ohjaus	Vaikutus epäselvä	Vaikutus epäselvä	Vaikutus epäselvä
Menokehityksen hallinta ja ennakoitavuus	Paranee osaoptimoinnin vähentyessä	Paranee perustason sote-palvelujen osalta jonkin verran, esh:n osalta riippuu tuottajan korvauserusteista	Paranee olennaisesti osaoptimoinnin vähentyessä
Taloudellisuus ja tuottavuus	Vaikutus epäselvä	Vaikutus epäselvä	Vaikutus epäselvä
Palvelujen saatavuus	Palvelujen saatavuus voi parantua nykyisestä	Perustason sote-palvelujen saatavuus voi parantua nykyisestä	Palvelujen saatavuus paranee nykyisestä
Palvelujen saavutettavuus	Palvelujen saavutettavuus voi heikentyä, jos perustason (ja esh:n) sote-palvelujen tuotantoa keskitetään nykyistä harvempiin tuotantopisteisiin	Palvelujen saavutettavuus voi jossain määrin heikentyä, jos perustason sote-palvelujen tuotantoa keskitetään nykyistä harvempiin tuotantopisteisiin	Palvelujen saavutettavuus heikkenee, jos palvelujen tuotantoa keskitetään nykyistä harvempiin tuotantopisteisiin
Palvelujen laatu	Vaikutus epäselvä	Vaikutus epäselvä	Vaikutus epäselvä
Asukkaiden valinnanmahdollisuudet	Ei muutosta nykyiseen	Ei muutosta nykyiseen	Ei muutosta nykyiseen

LIITE 6: Kuntien väestö 2012 ja väestöennusteet vuosille 2020 ja 2030

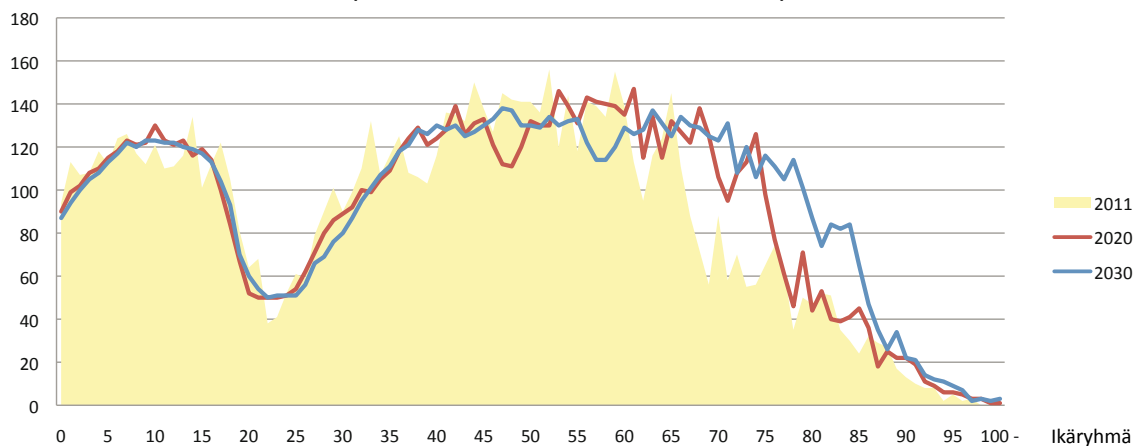
Forssan väestöprofiili 2012 ja väestöennuste ikäryhmittäin 2020 ja 2030
(Lähde: Tilastokeskuksen väestöennuste 2012)



Hattulan väestöprofiili 2011 ja väestöennuste ikäryhmittäin 2020 ja 2030
(Lähde: Tilastokeskuksen väestöennuste 2012)

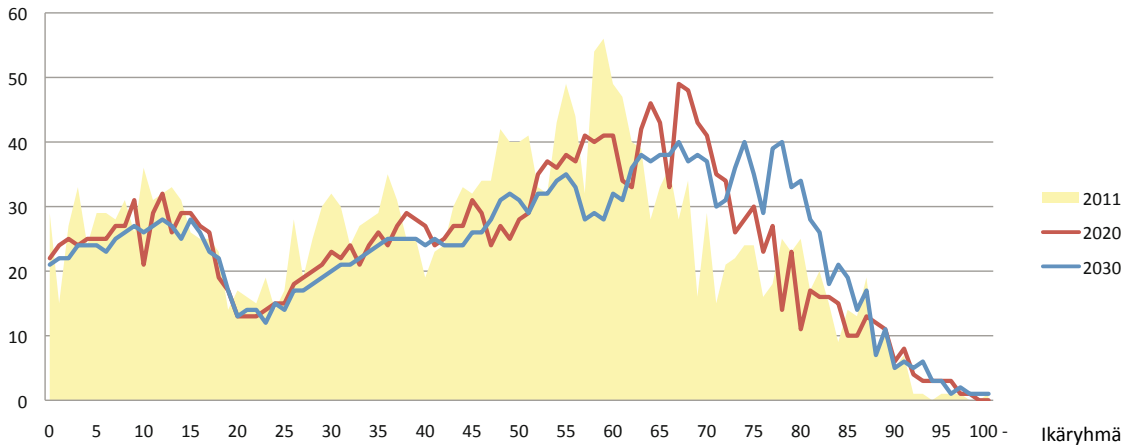


Hausjärven väestöprofiili 2012 ja väestöennuste ikäryhmittäin 2020 ja 2030
(Lähde: Tilastokeskuksen väestöennuste 2012)



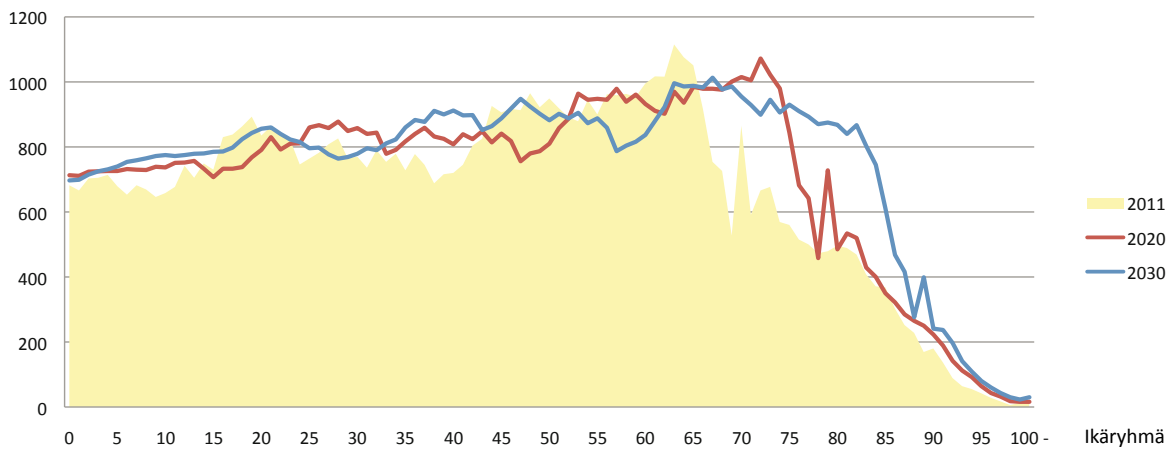
Humppilan väestöprofiili 2011 ja väestöennuste ikäryhmittäin 2020 ja 2030

(Lähde: Tilastokeskuksen väestöennuste 2012)



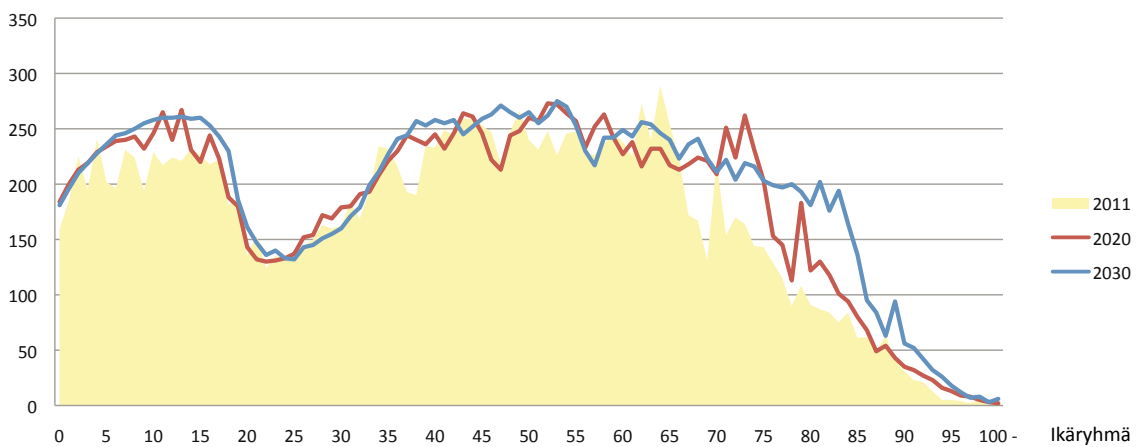
Hämeenlinna väestöprofiili 2012 ja väestöennuste ikäryhmittäin 2020 ja 2030

(Lähde: Tilastokeskuksen väestöennuste 2012)



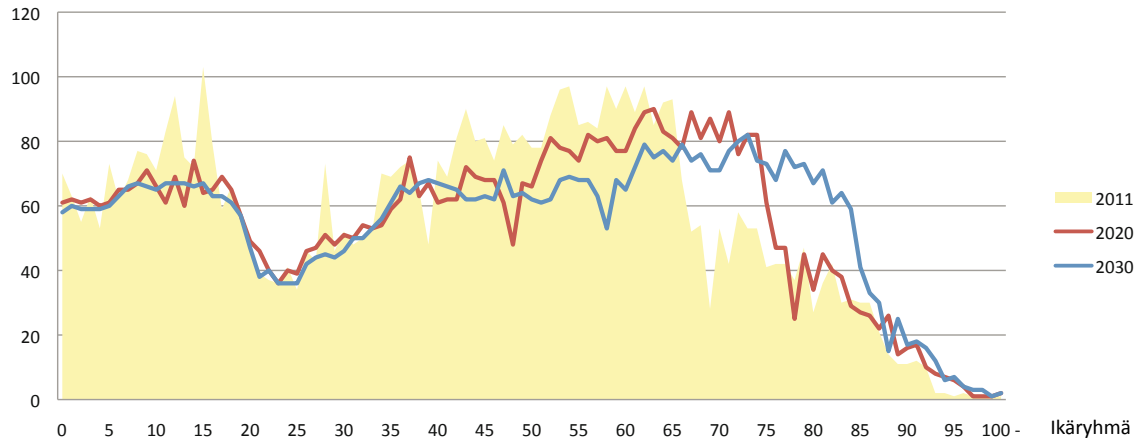
Janakkala väestöprofiili 2011 ja väestöennuste ikäryhmittäin 2020 ja 2030

(Lähde: Tilastokeskuksen väestöennuste 2012)



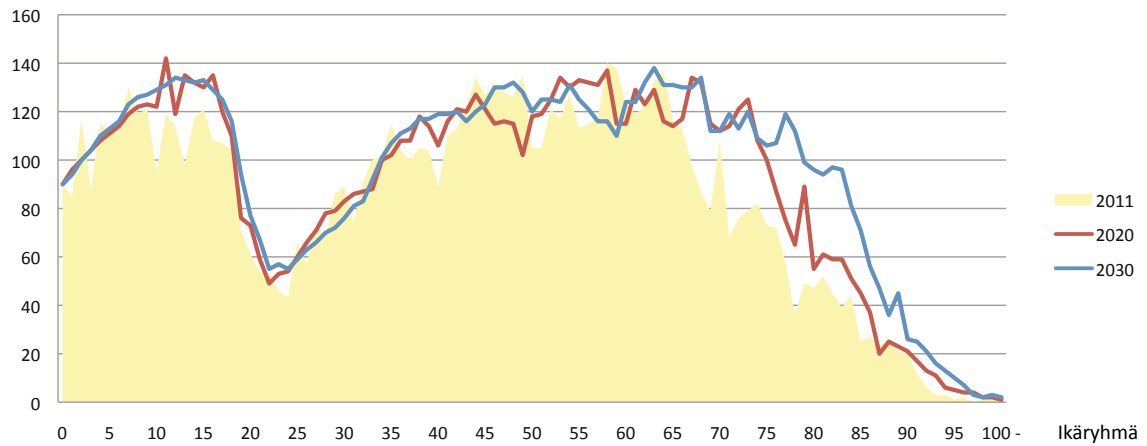
Jokioinen väestöprofiili 2011 ja väestöennuste ikäryhmittäin 2020 ja 2030

(Lähde: Tilastokeskuksen väestöennuste 2012)



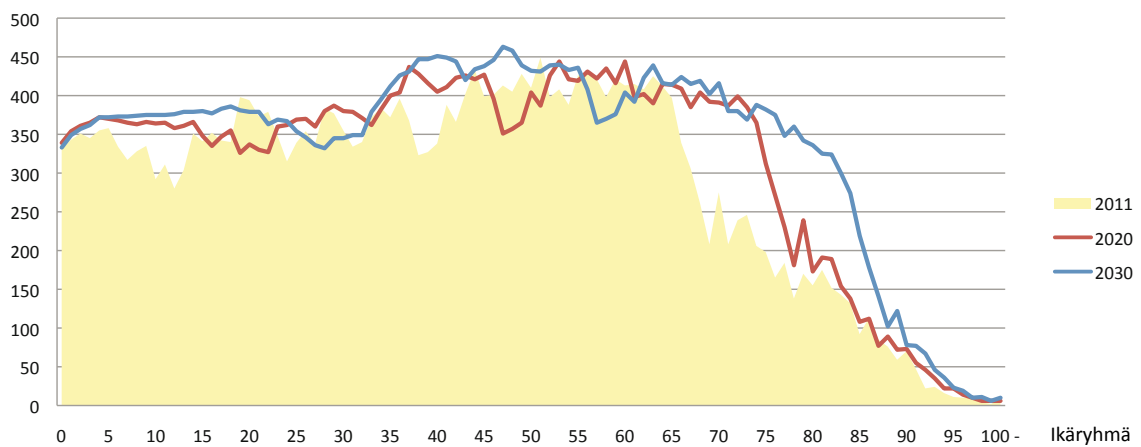
Loppi väestöprofiili 2012 ja väestöennuste ikäryhmittäin 2020 ja 2030

(Lähde: Tilastokeskuksen väestöennuste 2012)



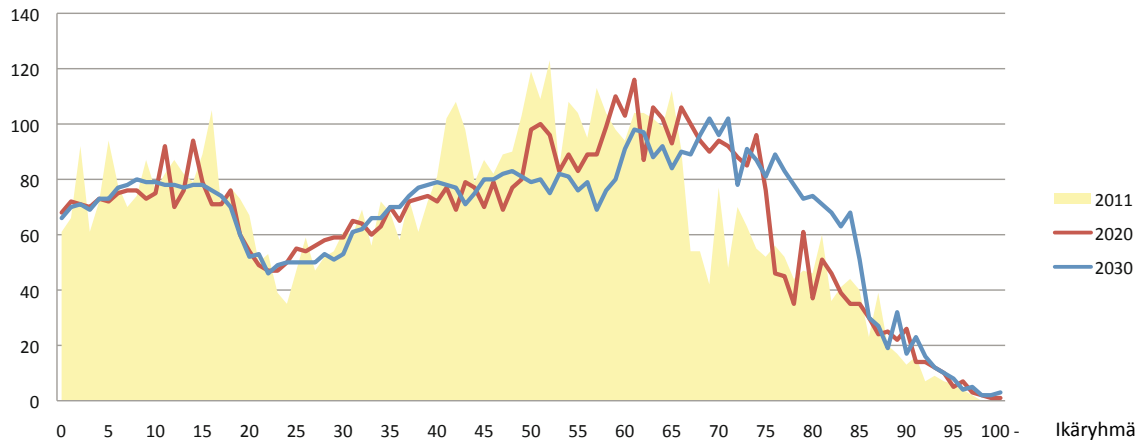
Riihimäki väestöprofiili 2011 ja väestöennuste ikäryhmittäin 2020 ja 2030

(Lähde: Tilastokeskuksen väestöennuste 2012)



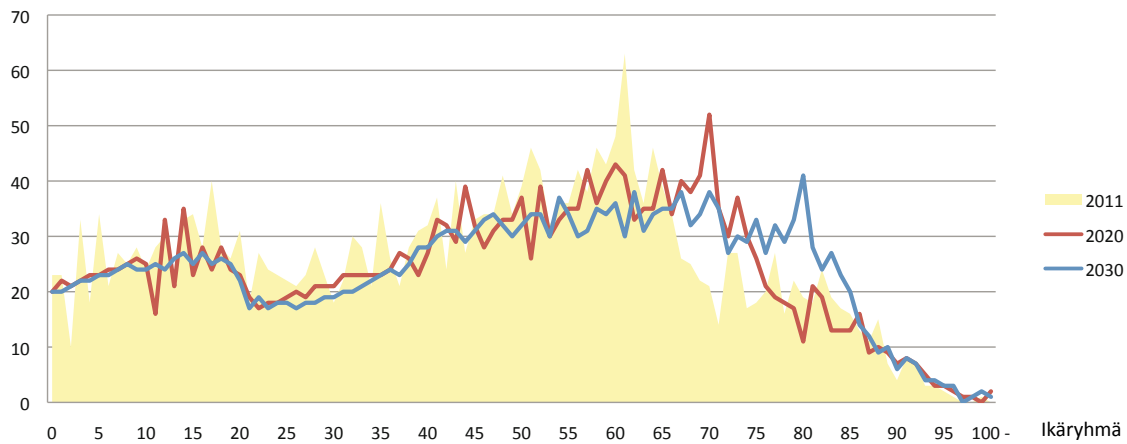
Tammelan väestöprofiili 2011 ja väestöennuste ikäryhmittäin 2020 ja 2030

(Lähde: Tilastokeskuksen väestöennuste 2012)

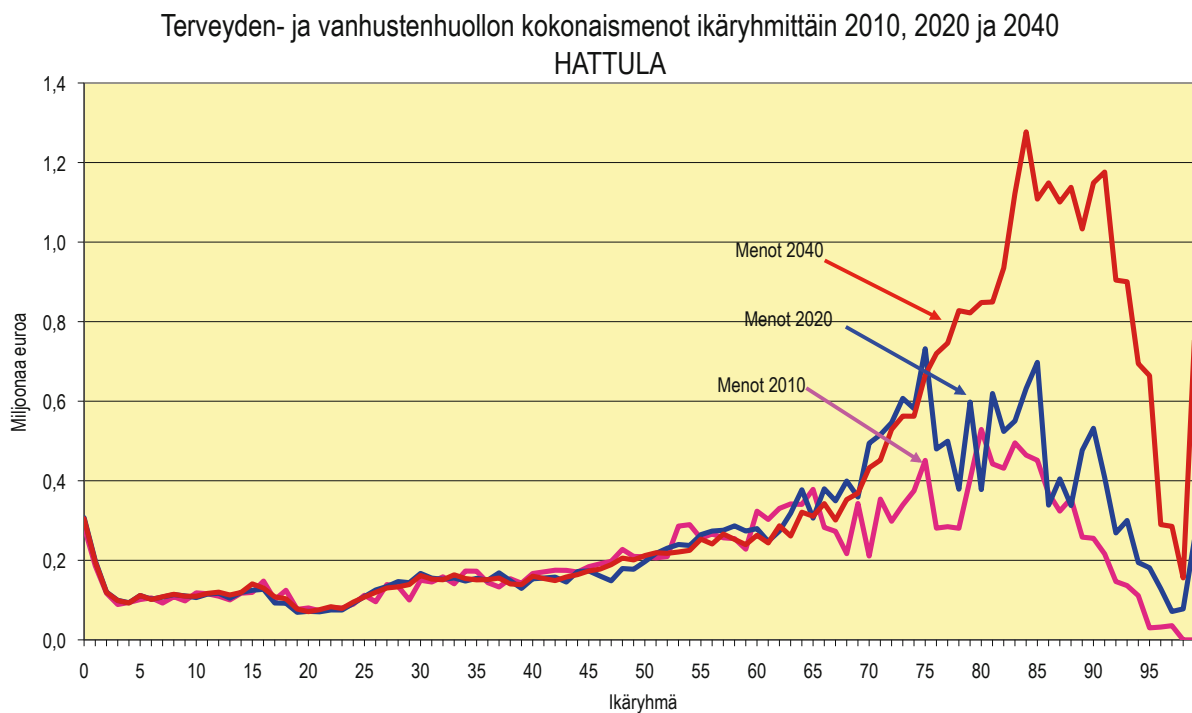
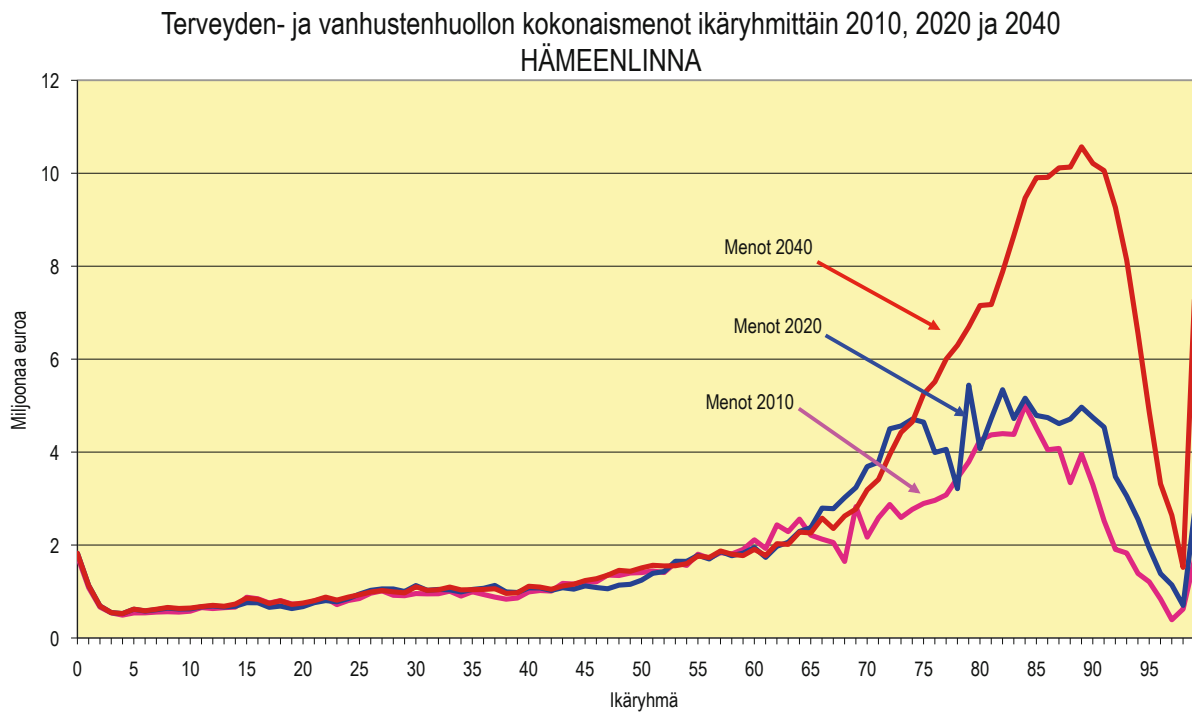


Ypäjän väestöprofiili 2011 ja väestöennuste ikäryhmittäin 2020 ja 2030

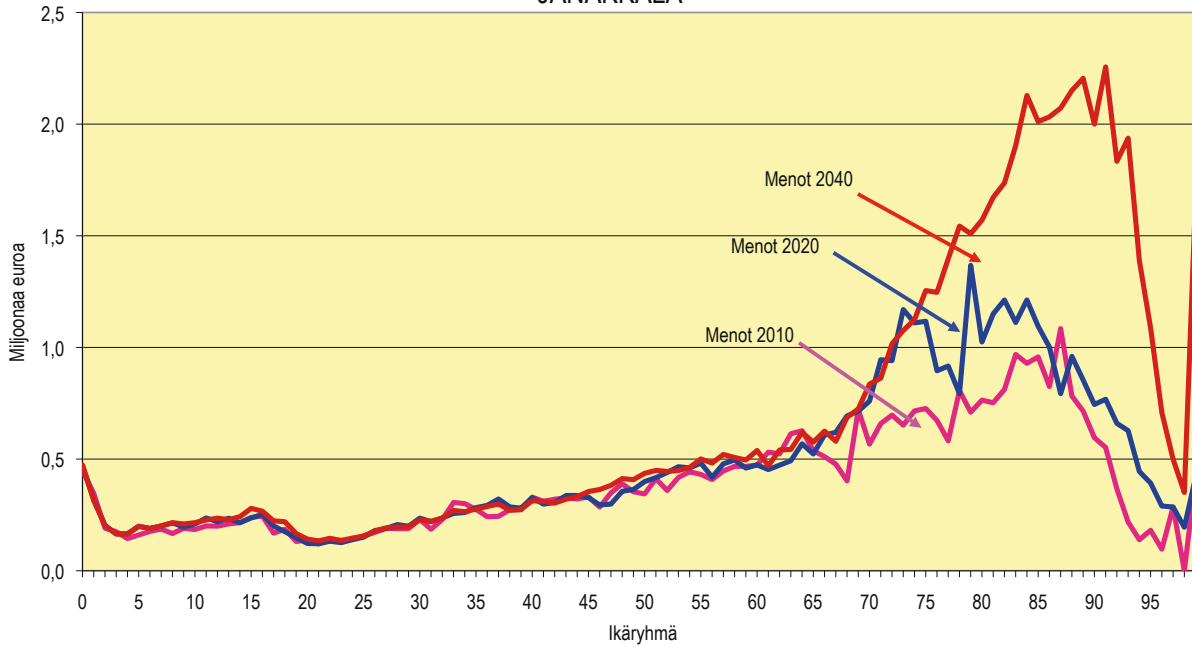
(Lähde: Tilastokeskuksen väestöennuste 2012)



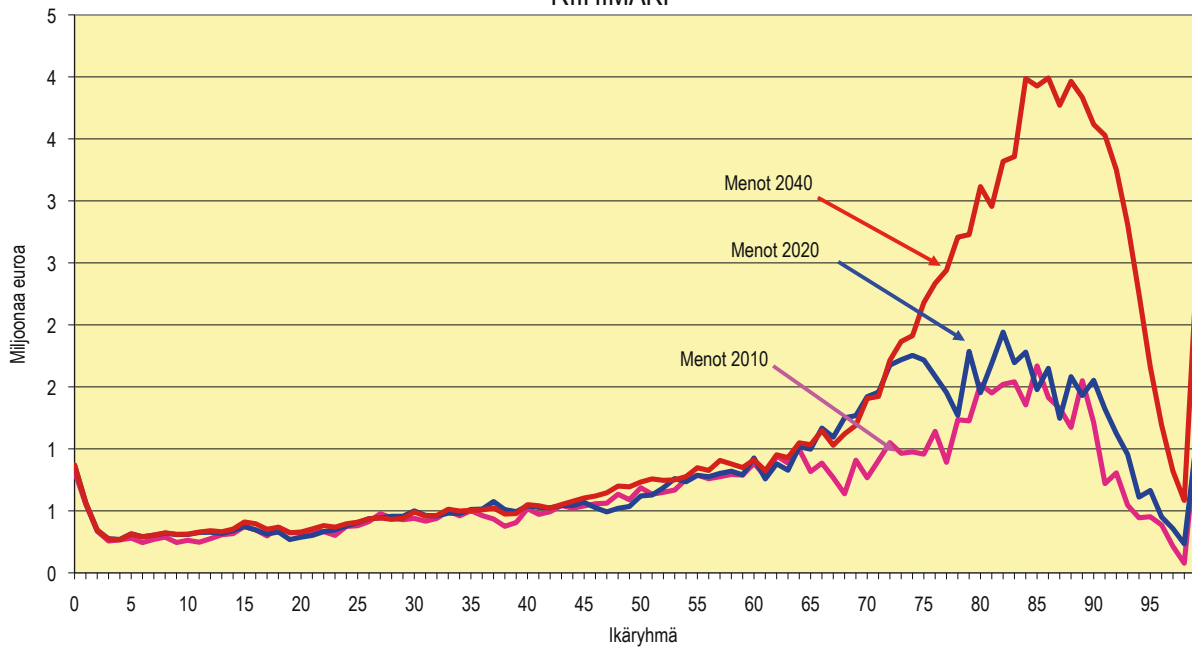
LIITE 7: Kuntien järjestämän terveyden- ja vanhustenhuollon kokonaismenot Kanta-Hämeen kunnissa, ikäryhmittäin 2010, 2020 ja 2040. Lähde: THL, Chess



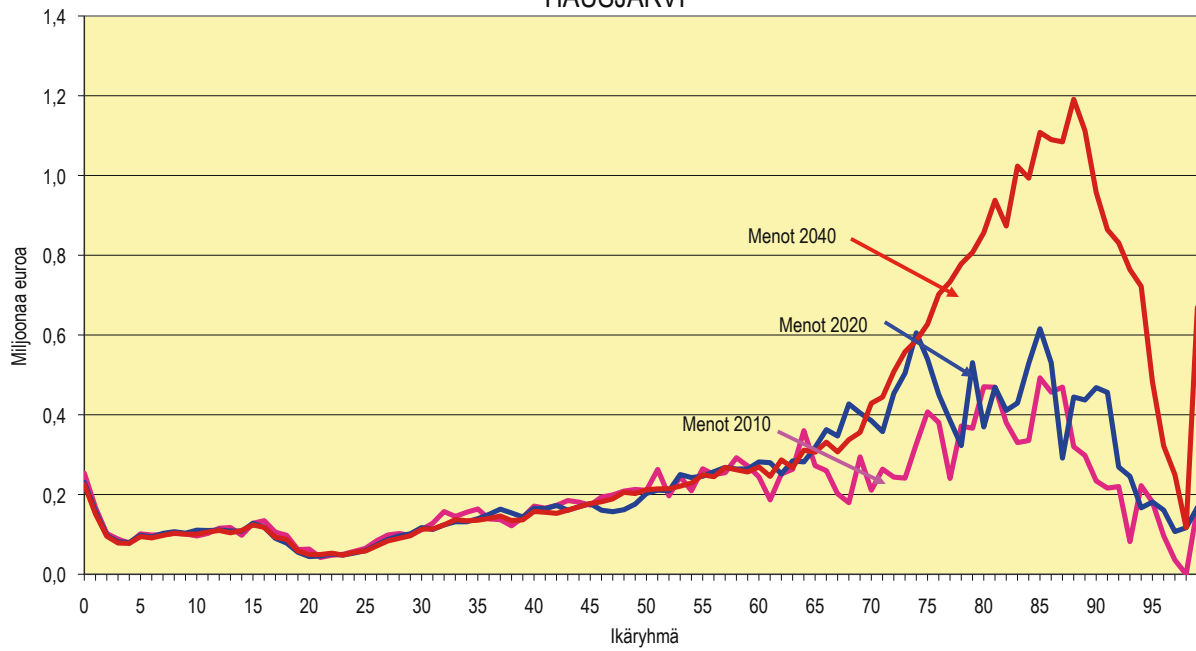
Terveys- ja vanhustenhuollon kokonaismenot ikäryhmittäin 2010, 2020 ja 2040
JANAKKALA



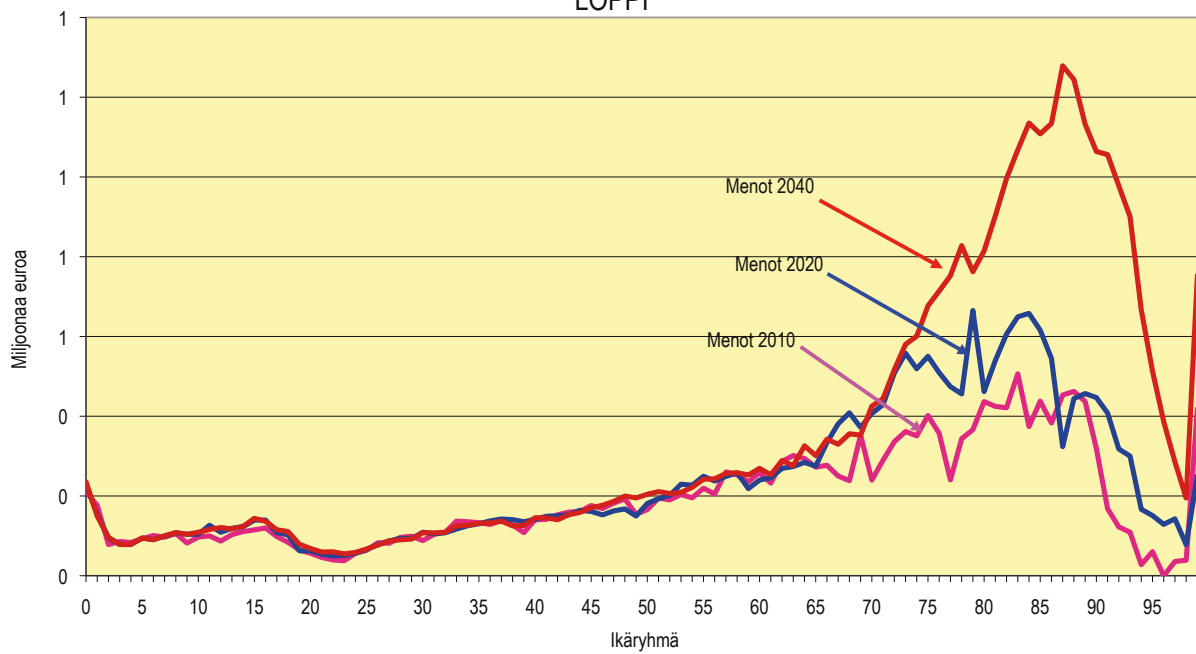
Terveys- ja vanhustenhuollon kokonaismenot ikäryhmittäin 2010, 2020 ja 2040
RIIHIMÄKI



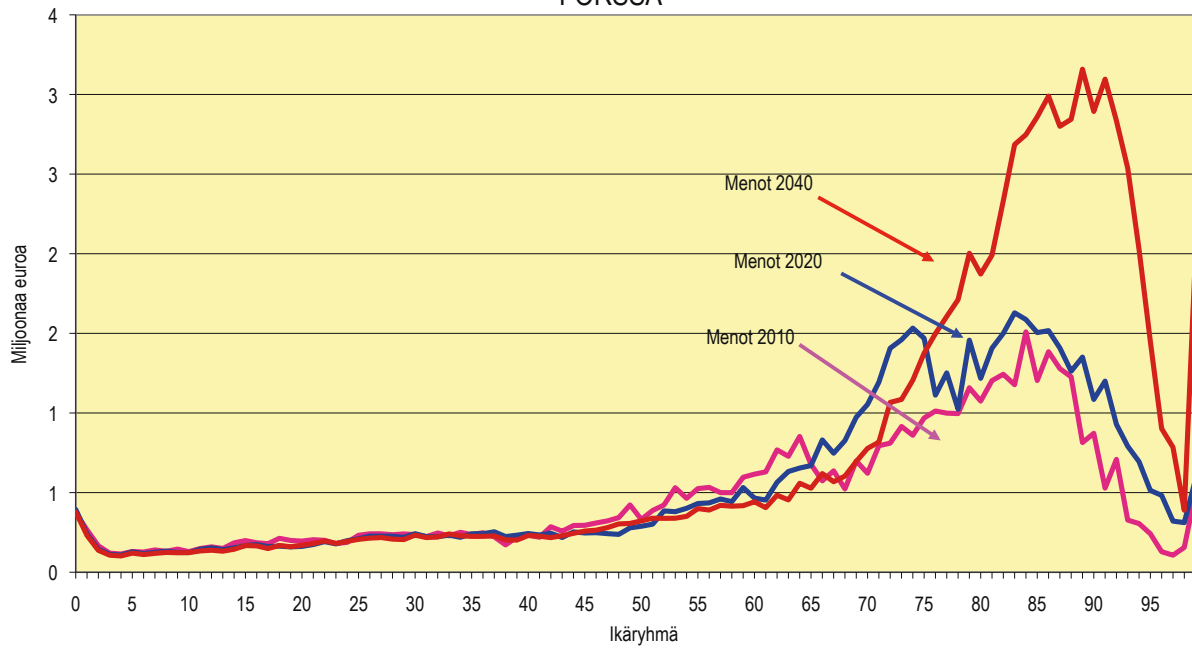
Terveyden- ja vanhustenhuollon kokonaismenot ikäryhmittäin 2010, 2020 ja 2040
HAUSJÄRVI



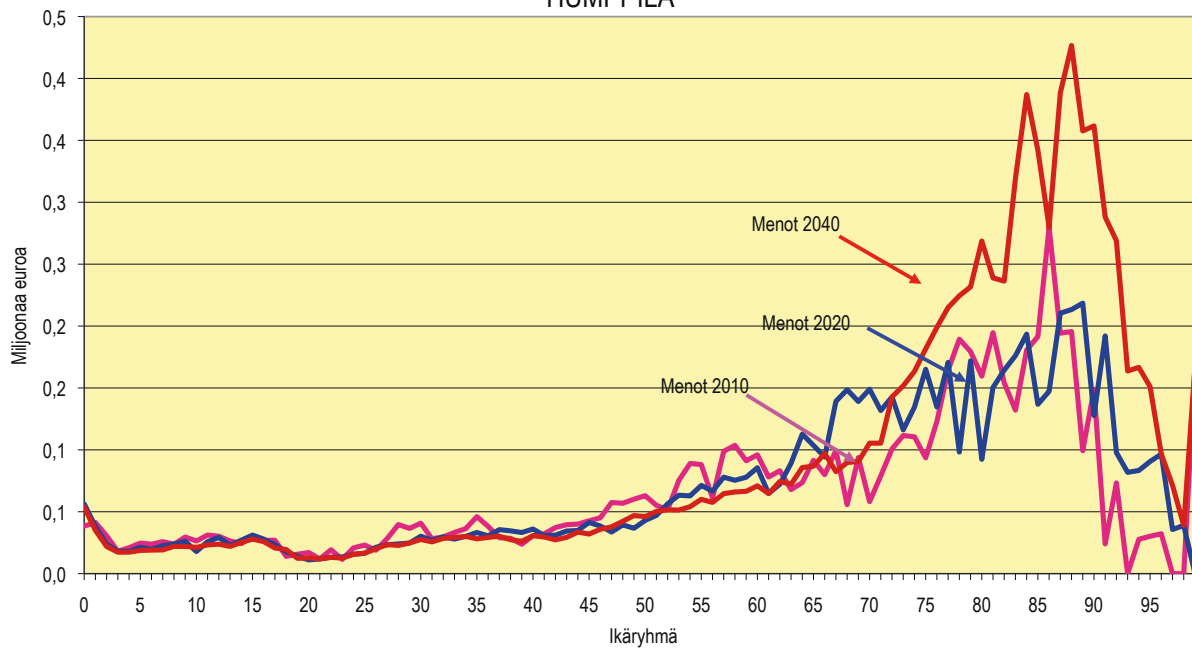
Terveyden- ja vanhustenhuollon kokonaismenot ikäryhmittäin 2010, 2020 ja 2040
LOPPI



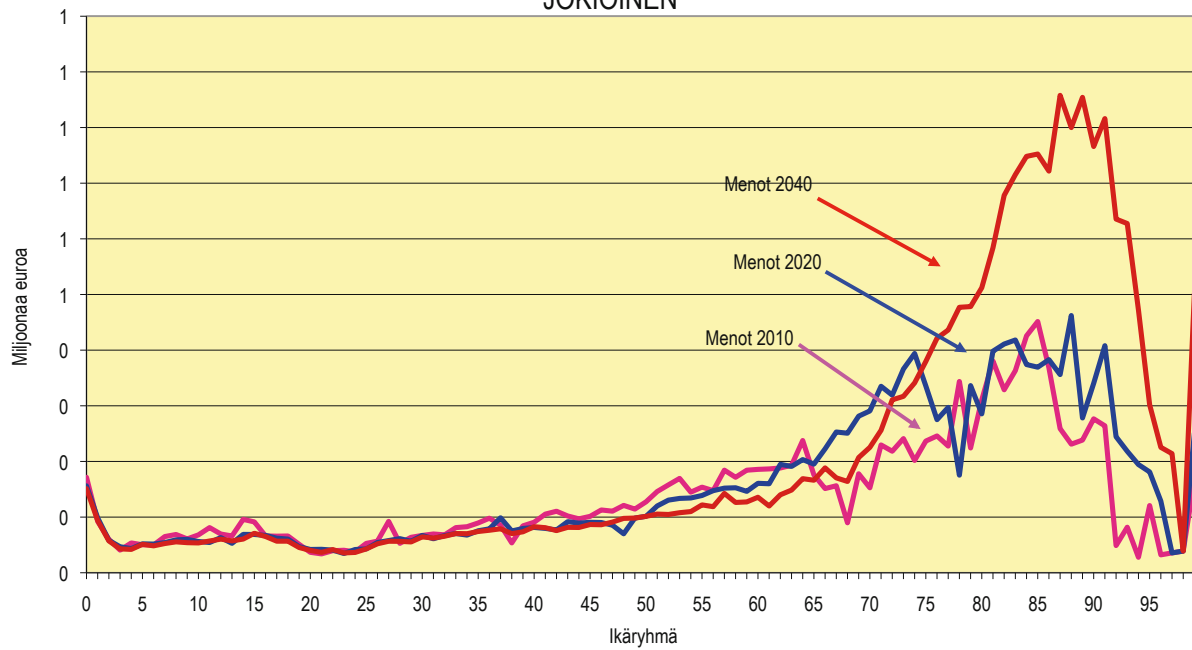
Terveys- ja vanhustenhuollon kokonaismenot ikäryhmittäin 2010, 2020 ja 2040
FORSSA



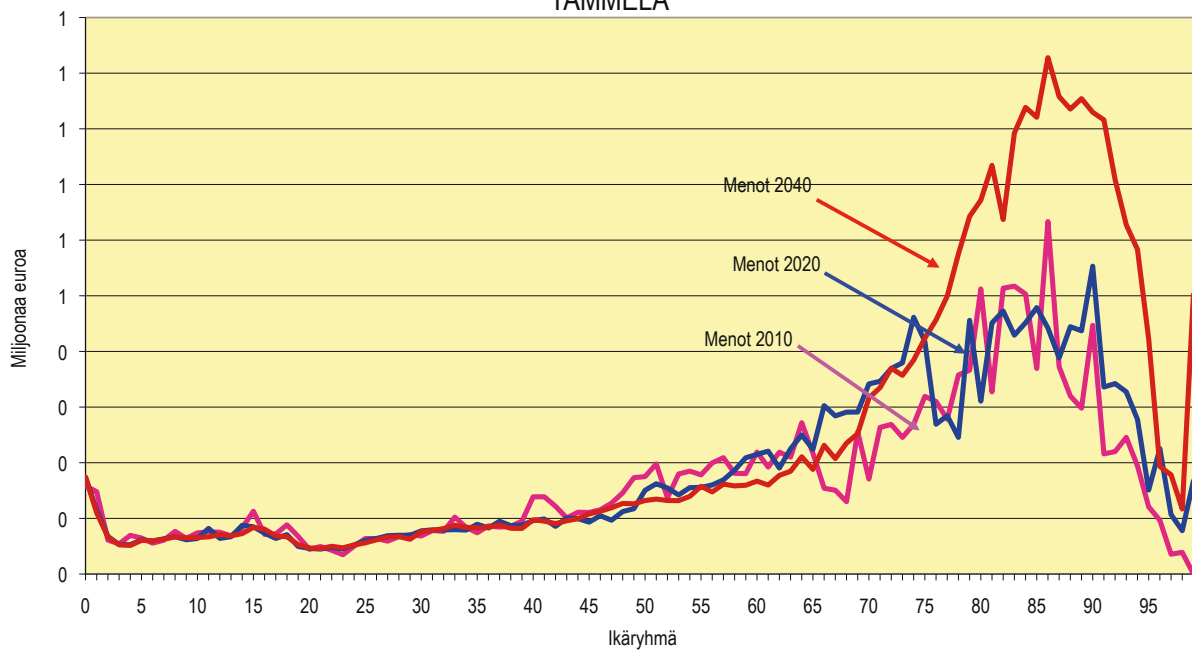
Terveys- ja vanhustenhuollon kokonaismenot ikäryhmittäin 2010, 2020 ja 2040
HUMPPILA

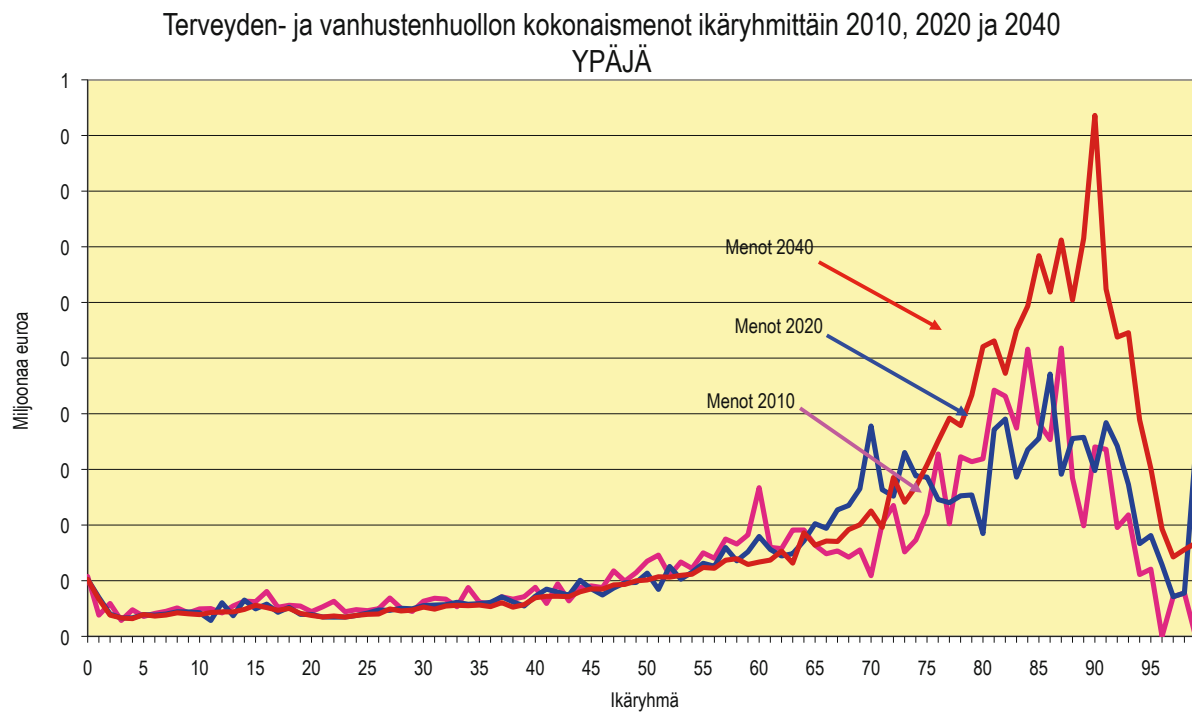


Terveys- ja vanhustenhuollon kokonaismenot ikäryhmittäin 2010, 2020 ja 2040
JOKIOINEN



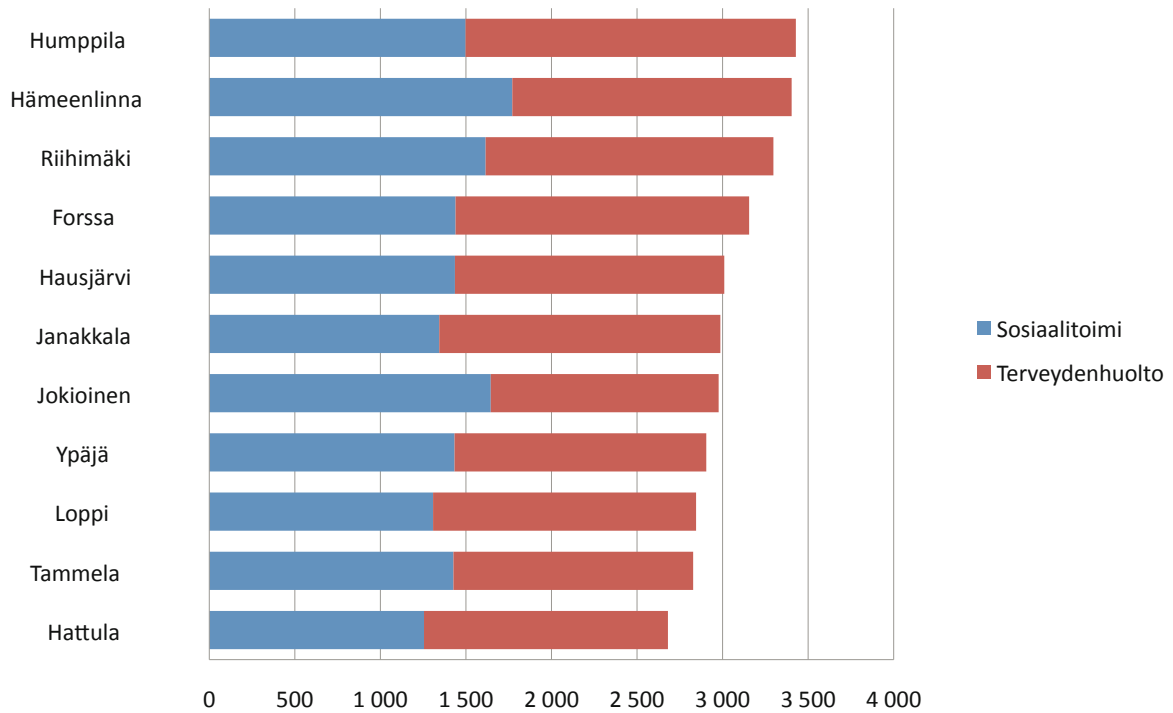
Terveys- ja vanhustenhuollon kokonaismenot ikäryhmittäin 2010, 2020 ja 2040
TAMMELA



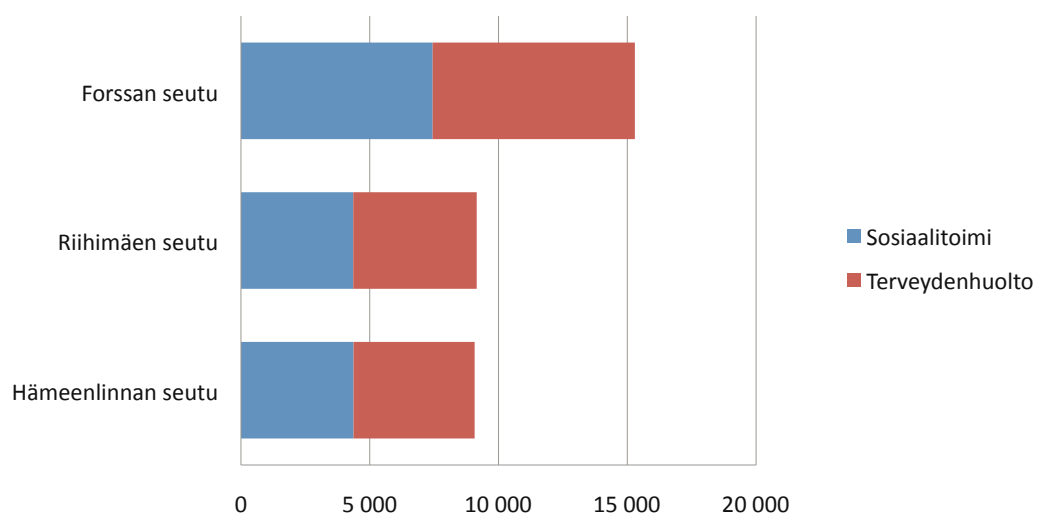


LIITE 8: Kuntakohtaiset nettokustannukset Kanta-Hämeen kunnissa ja seutukunnissa vuonna 2011

Sosiaalitoimen ja terveydenhuollon (sis. pth ja esh) nettokustannukset v. 2011

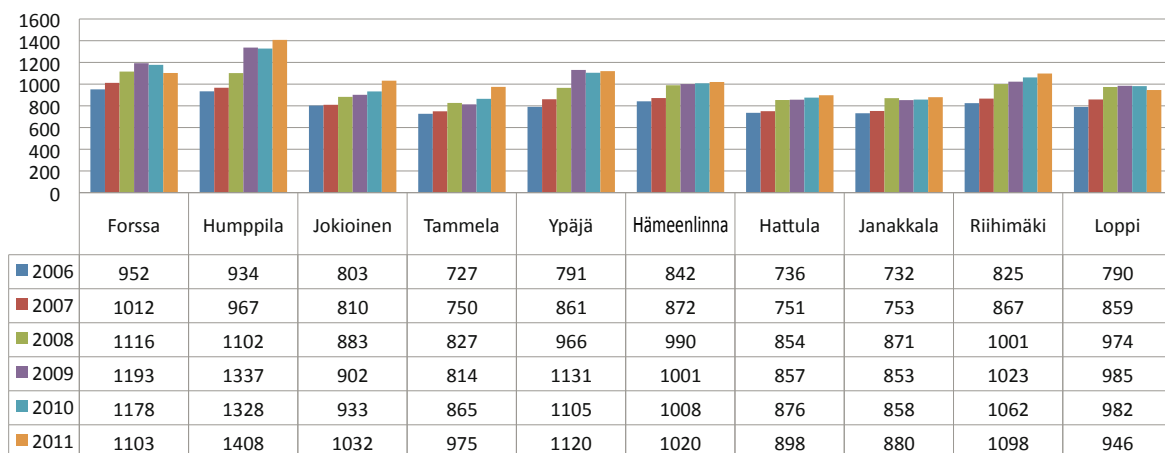


Sosiaalitoimen ja terveydenhuollon (sis. pth ja esh) nettokustannukset v. 2011

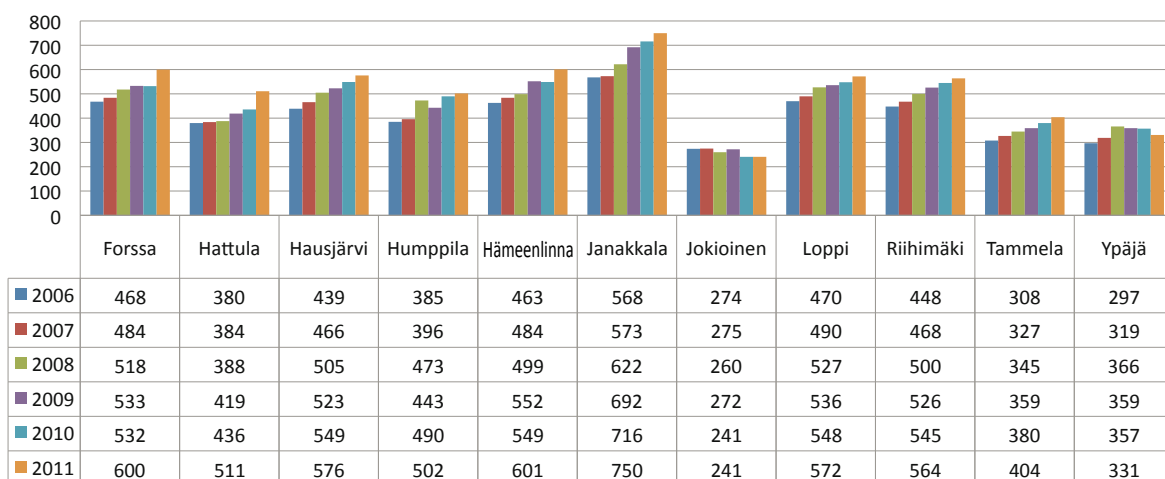


LIITE 9: Kuntakohtaiset nettokustannukset Kanta-Hämeen kunnissa 2006-2011

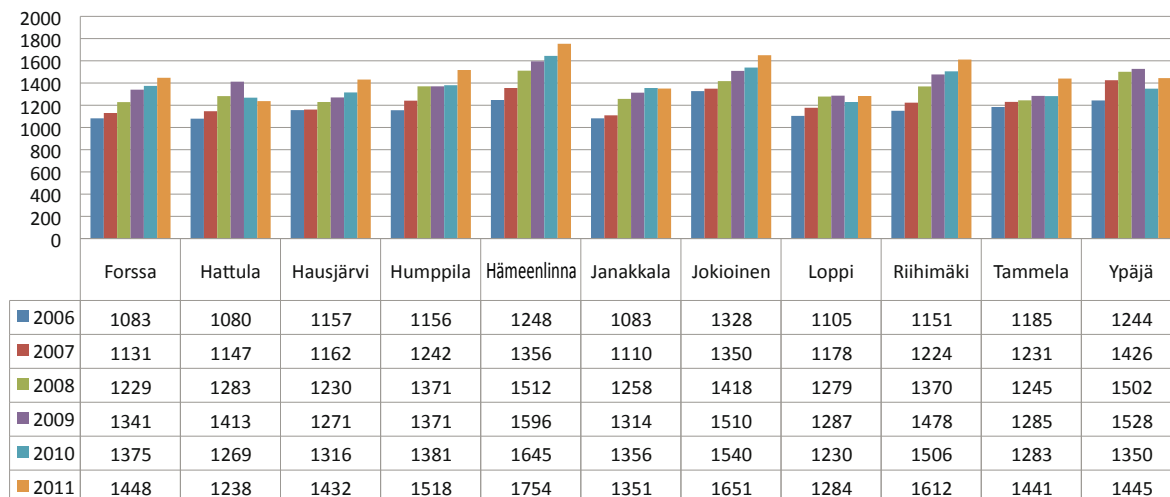
Erikoissairaanhoidon nettokustannukset, euroa / asukas



Perusterveydenhuollon (mukaanlukien hammashuolto) nettokustannukset, euroa / asukas

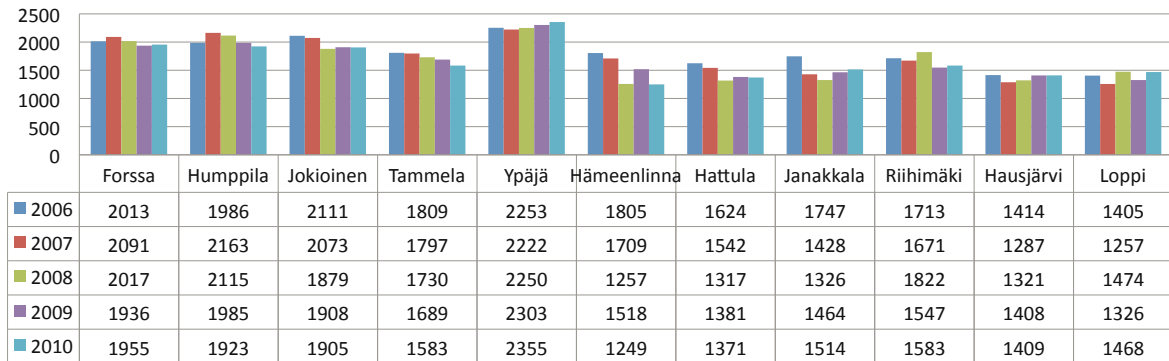


Sosiaalitoimen nettokustannukset, euroa / asukas

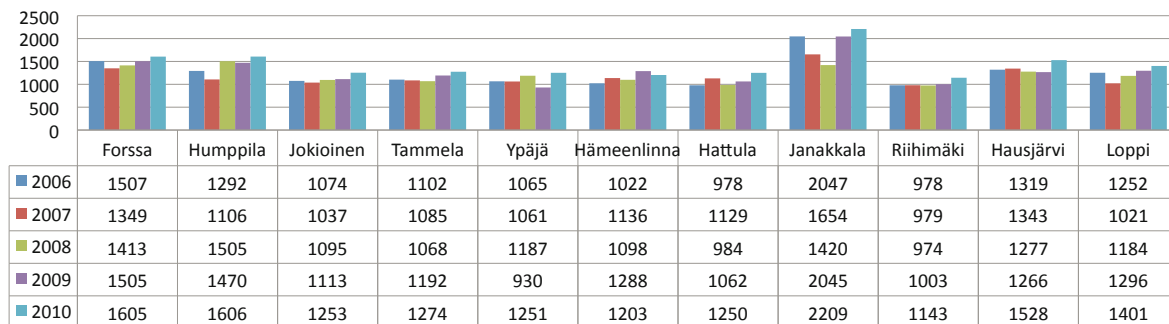


LIITE 10: Terveyspalvelujen käyttötietoja Kanta-Hämeen kunnissa 2006-2010

**Kanta-Hämeen kuntien perusterveydenhuollon avohoidon kaikki lääkärikäynnit /
1000 asukasta**



**perusterveydenhuollon muut avohoitokäynnit (muu ammattiryhmä kuin lääkäri) /
1000 asukasta**



LIITE 11. Kanta-Hämeen keskussairaalan erikoislääkäritilanne keväällä 2013

Erikoisala	KHKS erikoislääkäri- vakanssien määrä 31.1.2013	KHKS erikoislääkäri vakanssien täyttöaste 31.1.2013	Yli 58-vuotiaat / vakanssi/ KHKS (lkm)	KHKS ulkopuolisen työvoiman käyttö / ostopalvelu (erikoislääkärit)
Anestesiologia ja tehohoito	12	8,1	2	
Endokrinologia	1			0,5
Foniatria				
Fysiatria	2	2	2	
Gastroenterologia	3	2,6		0,4
Gastroenterologinen kirurgia	4	4		
Geriatría	1	1	1	
Ihotaudit ja allergologia	2	1,8		
Infektiosairaudet	1	1		
Kardiologia	4	2,8	1	
Kuuhkosairaudet ja allergologia	5	4,5	1	
Kl. farmakologia ja lääkehoito				
Kl. fysiologia ja isotooppi-lääketiede	2	1		
Kl. Hematologia	3	3		
Kl. kemia				
Kl. mikrobiologia				
Kl. neurofysiologia	2	1	1	
Korva-, nenä- ja kurkkutaudit	7	6,7		
Käsikirurgia				
Lastenkirurgia	1	0,6		
Lastenneurologia	2	1,8		
Lastenpsykiatria	5	3	1	
Lastentaudit	7	5,5		0,4
Liikuntalääketiede				
Naistentaudit ja synnytykset	7	7		
Nefrologia	1		1	0,5
Neurokirurgia				
Neurologia	8	3,8		1
Nuorisopsykiatria	5	4,8		
Oikeuslääketiede				
Oikeuspsykiatria				
Ortopedia ja traumatologia	6	4,4	2	
Patologia	5	2,6	1	0,8
Perinnöllisyytlääketiede				
Plastiikkakirurgia	1	0,8		0,2
Psykiatria	9	6	1	2,4
Radiologia	11	8,6		0,8
Reumatologia	2	2		

Silmätaudit	5	3,5	1	
Sisätaudit	4	3,4		
Suu- ja leukakirurgia	2	0,7		
Sydän- ja rintaelinkirurgia				
Syöpätaudit	2	2	1	
Terveydenhuolto				
Työterveyshuolto				
Urologia	2	1		0,5
Verisuonikirurgia	1	1		
Yleiskirurgia	4	3		
Yleislääketiede				

LIITE 12. Kanta-Hämeen sosiaali- ja terveydenhuollon vaihtoehtoisten järjestämismallien riskianalyysi

Kuntien edustajia pyydettiin tekemään riskianalyysi kolmesta ehdotetusta järjestämismallista (ks. liite 4). Riskianalyysikaaviossa riskit oli alustavasti jaoteltu seuraavasti:

1. Palveluihin ja prosesseihin liittyvät riskit
2. Asiakkuuteen liittyvät riskit (asiakasnäkökulma, asiakaslähtöisyys)
3. Talouteen ja rahoitukseen liittyvät riskit
4. Hallintoon ja johtamiseen liittyvät riskit
5. Henkilöstöön ja osaamiseen liittyvät riskit
6. Tietotekniikkaan ja tietojärjestelmiin liittyvät riskit
7. Muut riskit?

Riskianalysissä kysyttiin riskin kuvausta, vaikutusta ja seurauksia, riskin toteutumisen todennäköisyyttä sekä varautumista riskiin.

Riski määriteltiin mahdollisena tapahtumana tai tapahtumaketjuna, joka voi vaarantaa taloudellisten tai toiminnallisten tavoitteiden saavuttamisen lyhyellä tai pitkällä aikavälillä tai uhata organisaation mainetta. Riski ei ole ainoastaan negatiivisen asian mahdollinen tapahtuminen, vaan myös se, että jokin voimavarojen mahdollistama hyvä jää toteutumatta.

Yhteenvedossa esitetään saaduista vastauksista (10) laadittu yhteenveto vaihtoehtomallien ja riskiluokittelun mukaisesti

1 Tuotannollisesti hajautettu maakunnallinen sote-alue (A)

Maakunnan kattava sote-alue, jossa on kolme seudullista peruspalvelujen tuotantoaluetta ja keskussairaala. Järjestämisvastuu maakunnan sote-palveluista on yhdellä taholla. Tuotantovastuu on tuotantoalueilla ja keskussairaalalla.

1.1 Palveluihin ja prosesseihin liittyvät riskit

Sosiaali- ja terveystalouteen sekä prosesseihin liittyvinä riskinä pidettiin erityisesti sitä, että integraatio toteutuu eriasteisesti maakunnan alueella ja palvelujen kokonaissuunnittelu jää heikoksi. Riskinä ovat kuntien hyvinvointia ja terveyttä edistävien rakenteiden irrallisuus palvelukokonaisuudesta, kilpavarustelun lisääntyminen ja keskussairaalan pysyminen toiminnallisesti erillisenä ja dominoivana yksikkönä. Palveluiden saatavuuden ja saavutettavuuden sekä asukkaiden palvelutarpeiden tuntemuksen pelätään heikenevän eikä yhdenvertaisuustavoitetta saavuteta. Erilliset tuotantoalueet voivat aiheuttaa osaoptimointia henkilöstön ja laitteiden käytössä. Riskeihin varautumisessa määritellään, mitkä palvelut kukin tuotantoalue tuottaa ja mitkä tuotetaan muiden toimesta tiukassa ohjauksessa ja tarkoin sopimuksin. Palvelustrategia on sovittava yhdessä ja resurssien allokointi etukäteen esim. tarve- ja ikävakioiduin kapitaatioperustein. Järjestämisvastuussa oleva yhteinen taho huolehtii siitä, että asukkaat ovat tasavertaisessa asemassa koko sote-alueella. Myös avoimempi palveluiden kilpailuttaminen edistää riskeihin varautumista.

1.2 Asiakkuuteen liittyvät riskit

Asiakasnäkökulmasta riskinä pidettiin yhdenvertaisuusperiaatteen vaarantumista ja lähipalveluiden etäännyttäminen, esimerkiksi pitkäaikaishoitopaikkojen erikoistumisen seurauksena muistisairaalan hoi-

topaikka voi sijaita muualla kuin kotikunnassa. Erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon integraatio ei toteudu riittävästi.

Riskien toteutumisen ennaltaehkäisyksi suositeltiin työnjaon kehittämistä ja palvelujen järjestäjän määrittelemiä yhtenäisiä palvelukriteerejä ja tuotantotapoja, mutta toisaalta haluttiin tuotantoalueille riittävä autonomia. Järjestämisvastuussa olevalle yhteiselle taholle vastuutetaan väestön yhdenvertaisuusperiaatteen ja vertikaalisen integraation toteutuminen.

1.3 Talouteen ja rahoitukseen liittyvät riskit

Palvelujen järjestämisen todettiin säilyvän edelleen kunnallisen rahoituksen varassa eikä rahoituksellisesti synny ”leveämpiä hartioita” tai vahvempaa ja vakaampaa toimijaa eikä keskeinen SOTE -uudistuksen tavoite toteudu. Maakuntataso ei tuota lisäarvoa prosessiin, talouden ja toiminnan ohjaus monimutkaistuu. Palveluiden rahoitus- ja järjestämisvastuu on eri tahoilla, mikä voi johtaa siihen, että järjestämisvastuu irtautuu rahoittajan realiteetista ja toteuttaa palveluita reilusti rahoittajan mahdollisuuksia laajempina. Toisaalta riskinä nähtiin erikoissairaanhoidon rahoituksen supistuminen toimintaa heikentävästi. Julkisen talouden rahoitusongelma pahenee ja lopulta räjähtää kriisiksi, kuntien taloudellinen ohjausvaikeus on heikko.

Talouteen ja rahoitukseen liittyviin riskeihin varautuminen tapahtuu selkeällä ohjausjärjestelmällä, jossa rahoittaja määrittelee kuntansa tahtotilan, rahoittajan ja järjestäjän kesken. Järjestämisvastuussa olevan alueen ja tuotannosta vastaavien seutujen ja keskussairaalan vuoropuhelun on oltava avointa ja läpinäkyvää. Eri palveluiden vaikuttavuutta on seurattava tarkasti.

1.4 Hallintoon ja johtamiseen liittyvät riskit

Malli lisää hallintotasoja ja päällekkäisyyttä, josta saattaa aiheutua ”kitkaa” saumakohtiin ja hallinnon kustannukset lisääntyvät. Alueita ei johdeta tarvelähtöisesti vaan valta voi keskittyä vahvemmalle taholle. Järjestäjän ja tuottajan väliset vastuut ja valta voivat hämärtyä, jolloin syntyy kiistaa, tuhlataan resursseja ja asiakkaat kärsivät.

Kokonaissuunnittelu voi olla puutteellista akselilla sote – muut hyvinvointipalvelut ja johtaa epätarkoituksenmukaisiin kokonaisratkaisuihin. Koko sote-alueen johtamisessa ei huomioida seutujen ja keskussairaalan tarpeita eikä suora demokratia toteudu – sote-alue ei nauti kuntien luottamusta. Johtokunnilla ei ole todellista päätösvaltaa. Laaja järjestämisvastuu kerää reilusti yli puolet kunnallisesta rahoituksesta päätettäväksi kuntarakenteen yläpuolella, riskinä ovat kuntien ja seutujen vähäiset vaikutusmahdollisuudet rahoituksen tasoon ja palvelujen sisältöön.

Varautuminen edellyttää yksiselitteisesti määriteltyjä toimivaltoja ja seurantajärjestelmää, vahvaa yhtymähallintoa ja vahvaa strategista ohjausta joka perustuu yhteisesti sovittuihin arvoihin. Järjestämisvastuussa olevan alueen ja tuotannosta vastaavien seutujen ja keskussairaalan vuoropuhelun on oltava avointa ja läpinäkyvää suunnittelussa sekä seurannassa.

1.5 Henkilöstöön ja osaamiseen liittyvät riskit

Henkilöstö ei tosiasiaa muodostu yhteiseksi vaan jää tuotantoalueille, jolloin henkilöstön yhteiskäytön hyötyjä ei saavuteta ja tuotantoalueet kilpailevat pätevistä henkilöstöstä. Tuotantoalueiden palvelut eivät ole tasalaatuisia, jos henkilöstöpanos ja osaaminen vaihtelevat voimakkaasti. Tämä johtaa asiakkaiden eri-arvoisuuteen eri alueilla. Nykyiset henkilöstöongelmat säilyvät, mm. erityisosaamisen niukkuus. Sosiaali- ja terveydenhuollon todellinen integraatio perustasolla tulee olemaan haasteellista, koska vaatii aikai-

semmasta poikkeavaa työtettä ja johtamista. Yksijohtajajärjestelmä voi johtaa yksipuoliseen palvelujen kehittämiseen. Lisäksi riskinä sisältäpäin tapahtuva ohjohtaminen ja perinteissä kieriskely (aluesairaala-kaipuu) voi korostua.

Riskeihin varautumista on hyvin suunniteltu johtaminen, integraatio ja strategia. Henkilöstön rekrytoinnissa ja osaamisen tason ylläpidossa huomioidaan seutujen ja yksikköjen tarpeet yhteisellä avoimella suunnittelulla sekä tehtäväkierrolla. Palvelujen järjestäjän edellyttämät laatuvaatimukset, osaamistaso ja koulutus pienentävät em. henkilöstöön ja osaamiseen liittyviä riskejä.

1.6 Tietotekniikkaan ja tietojärjestelmiin liittyvät riskit

Maakunnassa on yhteinen Efficca -tietojärjestelmä, mutta erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon välillä on ongelmia. Tietotekniikan kustannuskehitys on huolenaiheena. Yhteinen sote -alueelle sopiva järjestelmä puuttuu. Riskinä tietojärjestelmien häiriöttömän toiminnan haavoittuvuus, mikäli ylläpito ja osaaminen eivät ole asianmukaisia.

Valtakunnallinen linjaus tietojärjestelmistä nähdään tarpeellisena, minimissään tarvitaan koko maakunnassa yhteiset ja yhteensopivat järjestelmät ja arkistointi. Hankinnat on suunniteltava ja resursoitava hyvin.

2 Kolmen sote-alueen ja keskussairaalan maakunta (B)

Järjestämisvastuu perustason sosiaali- ja terveystalvveluista on samalla taholla. Erikoissairaanhoidon järjestämisvastuu sote-alueiden omistamalla liikelaitoskuntayhtymällä

2.1 Palveluihin ja prosesseihin liittyvät riskit ja vaikutus

Vaihtoehdon A ongelmat vahvistuvat tässä mallissa. Riskinä todettiin olevan riittämätön väestöpohja erityis- palvelujen tuottamiseen (sosiaalipalvelut), jolloin osa palveluista on lähtökohtaisesti tuotettava toisaalla. Eri alueilla olevien erilaisten palvelujen ja prosessien seurauksena yhteensovittaminen perus- ja erityis- palvelujen välillä tulee olemaan hajanaista, palvelujärjestelmän pirstoutuu ja alueiden kilpavarustelu on mahdollista. Riskinä pidettiin lisäksi palvelujen keskittymistä sote-alueen sisällä, saatavuus ja saavutettavuus heikkenivät jossain määrin eikä yhdenvertaisuustavoitetta saavuteta koko maakunnan tasolla. Terveiden ja hyvinvoinnin edistämisen prosessit erilaistuvat tai katkeavat suhteessa erikoissairaanhoidon. Riskinä ovat lisäksi peruspalvelujen ja erikois- palveluiden puutteellinen integraatio, integraatio tapahtuu eri tavoin ja eria- steisesti sote-alueilla, sosiaalitoimen vaativien palvelujen vastuutahon määrittäminen ja keskussairaalan asema.

Riskeihin varautuminen tapahtuu kuntien ja sote -alueiden yhteisen strategisen valmistelun avulla. Seutujen yksilölliset palvelutarpeet ja lähipalvelupainotteisuus otetaan huomioon. Tarkennettava missä on perustason ja erikoissairaanhoidon palveluiden/prosessien raja, joka aidosti voidaan integroida perusterveydenhuollon toiminnaksi.

2.2 Asiakkuuteen liittyvät riskit

Riskinä on todennäköisesti laaja- alaisen koordinoinnin puute, palvelujen epätasainen jakautuminen, seutujen kykenemättömyys järjestää riittäviä palveluja, jolloin eriarvoisuus on todennäköinen sote- alueiden asiakkaiden välillä. Peruspalvelujen ja erikoissairaanhoidon prosessilla on eri omistaja eikä hoitopolku ole portaaton ja osaoptimointi on mahdollista. Toisaalta nähtiin soten tuovan mukanaan mahdollisuuden kat-

soa paremmin asiakkuutta hoitoketjuna. Vastuukuntamalli ei kateussyistä ehkä toteudu. Potilaan valinnanvapaus suhteessa palvelutuotannon vaikuttavuuteen on huomioitava. Erikoislääkäripalvelujen ja yleisesti henkilöstön rekrytointi saattaa olla ajoittain hankalaa, vaikka toistaiseksi kaikki K-H:een seudut ovat siinä onnistuneet varsin hyvin. Riskeihin varautumisen keinona pidettiin sote -alueiden vastuuta erikoissairaanhoidon strategisesta suunnittelusta.

2.3 Talouteen ja rahoitukseen liittyvät riskit

Ongelmat kuten vaihtoehdossa A, kuntien ja erikoissairaanhoidon väliin tuleva sote-tason muodostama ”lisäseula” ei yksinkertaista esh -rahoituksen järjestämistä tai päätöksentekoa. Rahoitusvastuun säilyessä kunnilla pienen kunnan mahdollisuudet sopeuttaa talouttaan palvelutuotannon muutoksilla heikkenevät, seutujen taloudelliset resurssit pienenevät ja palvelutuotannon ylläpitämisessä on vaikeuksia. Kapeamman rahoituspohjan kuntien mahdollisuudet vaikuttaa ovat vähäiset lukuun ottamatta vastuukuntaa. Rahoitusvastuun ja järjestämisvastuun erkautuessa vastakkain asettelu kuntien, sote -alueiden ja erikoissairaanhoidon välillä on todennäköistä. Kunnan vaikutusmahdollisuudet pienenevät entisestään, riskinä tässä mallissa on turvata resurssien siirtyminen perustasolle. Perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon palvelut jäävät erilleen, erikoissairaanhoido jää irralliseksi, ongelmana omistajaohjauksen hajanaisuus suhteessa keskussairaalaan ja epäselvät pelisäännöt sekä alibudjetointi.

Varautumiskeinoissa omistajaohjauksen todettiin olevan (keskussairaala) myös mahdollisuus, mutta päätöksenteko on keskitettävä keskussairaalan ”omistamisen” osalta vain vastuukunnille. Kuntarakennetta ja sote-alueita tulisi yhtenäistää

2.4 Hallintoon ja johtamiseen liittyvät riskit

Riskinä on pirstaleinen, hajanainen järjestelmä ja moninkertainen hallinto maakunnassa. Hallintomalli on byrokraattinen ja kankea, useita johtoryhmiä, todellisen järjestämisveloitteen ohjaus on epäselvä. Erikoissairaanhoido painottuu todennäköisesti resursseissa ja erikoissairaanhoidon liikelaitos elää omaa elämänsä, johon sote -alueiden on vaikea puuttua.

Varautuminen tapahtuu riittävällä strategisella valmistelulla ennen käytäntöön panoa. Liikelaitoksen (esh) omistajaohjauksen pitää olla asiantuntevaa ja tiukkaa. Yhtymäjohtajan, tuotantoaluejohtajien ja luottamushenkilöiden vastuut ja valta on määriteltävä tarkasti

2.5 Henkilöstöön ja osaamiseen liittyvät riskit

Riskeinä ovat henkilöstöresurssien ja osaamisen eroavuudet seuduittain, erityisosaamisen niukkuus, kilpailu pätevistä henkilöstöstä ja rekrytointivaikeudet. Toisaalta sote tuo mahdollisuuden työnjaon tarkentamiselle. Henkilöstö ei tosiasiaa muodostu yhteiseksi vaan jää tuotantoalueille, yhteiskäytön hyödyt jäävät saavuttamatta ja erikoissairaanhoido todennäköisesti painottuu resursseissa.

Varautumisessa tarkennettava kuka tai mikä taho johtaa sote -aluekokonaisuuden työnjakoa, osaamista ja koulutusta? Ennaltaehkäisyssä on olennaista henkilöstön koulutus, tehtävien kierto ja johtamisen jämäkkyys.

2.6 Tietotekniikkaan ja tietojärjestelmiin liittyvät riskit

Riskit kuten vaihtoehdossa A, sote-puolelle jää mahdollisuus erillisjärjestelmien suosimiseen. Yhteinen tietohallintostrategia puuttuu. Efficca nähdään riskinä, ohjelmat eivät ole synkronissa eri sote - alueilla eivätkä tietojärjestelmien tai tietokantojen yhdistäminen helpotu

Varautuminen kuten vaihtoehdossa A. Tuotannon hajautuksesta huolimatta yhteisen tietohallinnon strategian suunnittelu ja ylläpito pitää varmistaa.

3 Maakunnallinen sote-alue (C)

Maakunnan kattava sote-alue. Järjestämisvastuu maakunnan sote-palveluista on yhdellä taholla

3.1 Palveluihin ja prosesseihin liittyvät riskit

Mallia pidettiin selkeänä, mutta riskinä nykyisten lähipalveluiden vaikuttavuuden turvaaminen. Keskittymisriski on tässä mallissa suurin, seudullisia palvelutarpeita ei huomioida riittävästi. Perusterveydenhuolto ja lähipalvelut eivät mahdollisesti kehity haluttuun suuntaan. Joustavuus ja paikallisten erityispiirteiden huomioiminen vähenee.

Varautumisessa on tärkeää prosessien integroituminen ja muutosten toteutumisen aikataulu sekä terveydenhuoltolain järjestämissuunnittelun toteutuminen. Seuduilta on oltava riittävä asiantuntijapanos palvelujen ja prosessien suunnitteluun. Kunnat tilaavat palvelut järjestäjältä. Erikoissairaanhoidossa turhien ”rönsyjen” karsiminen omistajaohjauksessa.

3.2 Asiakkuuteen liittyvät riskit

Ongelmana, että koko sote-sektori irtaantuu kunnista, kuntien tehtävät ja kansalaisten halukkuus maksaa kunnallisveroa vähenevät. Perustason valtaa yksityiset palveluntuottajat, ja kunnalliset peruspalvelut jäävät sekundaarisiksi, toisen luokan palveluiksi. Palvelut keskittyvät, lähipalvelut vähenevät, asiointimatkat pitenevät, saavutettavuus voi heikentyä. Pitkäaikaishoitopaikat voivat erikoistua esim. muistisairaiden hoitoon ja asiakkaita ei hoidetakaan enää omassa kotikunnassa. Järjestäjä on etäinen ja kasvoton, vastuutahon tavoittaminen on hankalaa. Riskeinä ovat lisäksi erilaiset palvelut eri alueilla peruspalveluiden ja erikoispalveluiden puutteellinen integraatio, sosiaalitoimen vaativien palvelujen vastuutaho, keskussairaalan asema. Pienten kuntien ns. vapaamatkustaminen on mahdollista. Sosiaalisektori on ongelmallinen jos siihen suunnatut valtionosuudet ovat edelleen ohjattuna ”itsenäisille” kunnille.

Riskeihin varaudutaan mm. sopimalla selkeästi vastuista ja suunnitteleamalla palveluverkko yhdessä rahoittajien (kunnat) kanssa. Asiakkaille tiedottaminen ja helpot reklamaatiokanavat varmistetaan. Seuduilta saadaan riittävä asiantuntijapanos palvelujen ja prosessien suunnitteluun. Palveluiden saavutettavuus (läheisyys) voi heikentyä mutta toisaalta saatavuus voi parantua kun kunta- tai sote -alueiden rajat eivät ole esteenä hoitopaikan valinnassa. Kuntarakenteen tulisi olla sellainen, että kunnat pystyvät laajasti peruserikoissairaanhoidon myöten vastaamaan sote – palveluista. Toisen tason muodostavat erva tason palvelut. Tavoitteena kaksiportainen malli, jossa rahoitus ja järjestämisvastuu ovat mahdollisimman paljon samalla tasolla eli kunnilla. Kuntien yhteistoiminnalla vastataan vain vaativimmista palveluista

3.3 Talouteen ja rahoitukseen liittyvät riskit

Vaihtoehdossa A ja C pienen kunnan vaikutusmahdollisuus rahoitukseen on vähäisin, jollei olematon. Kustannukset kasvavat edullisten palvelujen kunnilla. Riskinä sote -alueen rakentamisen kustannukset ja rahoituksen riittävyys suuriin muutoksiin (esim. tietojärjestelmien yhtenäistämiseen tarvittavat investoinnit). Palkkojen harmonisointi lisää henkilöstökustannuksia. Valtionosuudet, rahoituksen keskittäminen, rahoituksen kohdentaminen ts. kyetäänkö rahoitus ohjaamaan (vos) sote-alueelle? Riskinä nähtiin myös läpinäkyvän suunnittelun ja seurannan puuttuminen.

Varautumiskeinona suunnittelun ja seurannan läpinäkyvyydestä huolehtiminen kaikissa vaiheissa, esim. sopimusohjausjärjestelmällä, kunnat tilaavat palvelut ja tekevät vuosittaiset euromääräiset palvelusopimukset. Palkkaustason nousu voi parantaa henkilöstön rekrytointimahdollisuuksia.

3.4 Hallintoon ja johtamiseen liittyvät riskit

Hallintomalli on selkeä jos valtionosuudet, rahoituksen keskittäminen, rahoituksen kohdentaminen on hyväksytty tapa toimia. Riskinä on kokonaisuuden hahmottaminen, haltuunotto ja hallinta, kaksiportaisuuden suhde peruskuntiin ja kunnalliseen itsehallintoon ja vapaamatkustaminen. Lähidemokratia heikenee, kuntien vaikutusmahdollisuudet vähenevät paikallisissa ratkaisuisissa ja seutujen huomiointi päätöksenteossa jää pieneksi. Läpinäkyvä suunnittelu ja seuranta voi olla puutteellista. Asiantuntemuksessa ja osaamisessa on haasteita. Esteinä muutoksille todettiin mahdollisesti olevan poliittisista tavoitteista ja valankäytöstä johtuva kuntaitsenäisyyden säilyttämisessä roikkuminen. Mikäli tuloksena on vastuukuntamalli, on seutujen äänen kuulumattomiin jäämisen riski maksimaalinen

Integroitu ja keskitetty palvelutuotanto voi toisaalta lisätä tehokkuutta ja resurssien käytön optimointia.

3.5 Henkilöstöön ja osaamiseen liittyvät riskit

Riskinä ovat ison organisaation isot murheet ja johtamisen haasteet sekä delegoinnin onnistuminen. Seutujen huomiointi päätöksenteossa jää pieneksi. Henkilöstön rekrytointi seuduille ei ole tasavertaista. Mikäli tuloksena on vastuukuntamalli, on seutujen äänen kuulumattomiin jäämisen riski maksimaalinen.

Varautumisessa pidetään huolta suunnittelun ja seurannan läpinäkyvyydestä kaikissa vaiheissa, esim. sopimusohjausjärjestelmä.

3.6 Tietotekniikkaan ja tietojärjestelmiin liittyvät riskit

Riskinä Effican tai muun järjestelmän soveltuminen soite-järjestelmätarpeisiin (kokonaisuus) ja järjestelmien integroinnin onnistuminen. Tiedon kulku ja yhteensovittaminen vaikeutuu.

Tietojärjestelmien häiriöttömän toiminnan haavoittuvuus, mikäli niiden ylläpidon osaamiseen ja kapasiteettiin ei panosteta riittävästi.

Varautuminen kuten vaihtoehdossa A: tarvitaan valtakunnallinen linjaus tietojärjestelmistä, minimissään koko maakunnassa yhteiset ja yhteensopivat järjestelmät ja arkistointi.