

MARKKU PEKURINEN, MAIJALIISA JUNNILA,
ULLA IDÄNPÄÄN-HEIKKILÄ JA KRISTIAN WAHLBECK

Seksuaalisesti hyväksikäytetty lapsi ja hänen läheisensä tarvitsevat tukea ja hoitoa. Lapsi tarvitsee sitä toipuakseen kokemistaan järkytyksistä ja turvattomuudesta, sisarukset muun muassa omien pelkojensa hallitsemiseksi ja vanhemmat kasvatuksensa tueksi. Myös nuorten hyväksikäyttäjien hoidon tarpeeseen on viime vuosina kiinnitetty huomiota. Sen ennalta ehkäisevä merkitys on todennäköisesti varsin suuri.

Lasten seksuaalisen hyväksikäytön vaikutukset sekä lapseen että muihin perheenjäseniin ovat syviä ja pitkäaikaisia. Terapia on sitä tarpeellisempaa, mitä kauemmin hyväksikäyttö on jatkunut. Terapian rinnalla lapsi tarvitsee myös arkipäivän tukea. Lapsen ongelmien huomiointaminen esimerkiksi päiväkodissa, sijaisperheessä tai lastenkodissa tapahtuu samojen periaatteiden mukaan kuin terapia.

Kirjassa luodaan katsaus seksuaalisesti hyväksikäytettyjen lasten hoitomalleihin ja menetelmiin. Siinä tarkastellaan sekä hyväksikäytetyn lapsen että lapsia hyväksikäyttäneiden nuorten oirehdintaa ja kohtaamista. Kirjassa pohditaan myös työntekijöiden jaksamiseen liittyviä kysymyksiä. Tällaista tietoutta aiheesta ei ole suomeksi aikaisemmin ollut saatavilla.

Kirja on koottu Stakesin vuosina 2004–2005 järjestämään Seksuaalinen riisto (seri) -asi-antuntijakoulutukseen osallistuneiden terapeuttien laatimista lopputöistä. Se on tarkoitettu lapsia ja nuoria hoitaville työntekijöille ja erityisesti niille terapeuteille, jotka hoitavat hyväksikäytettyjä lapsia tai nuoria hyväksikäyttäjiä.

ISBN 951-33-1855-9

M222



Sosiaali- ja terveysalan
tutkimus- ja kehittämiskeskus

POSTIMYYNTI: *Stakes / Asiakaspalvelut*
PL 220, 00531, Helsinki
PUHELIN: *(09) 3967 2190,*
(09) 3967 2308
(automaatti)
FAKSI: *(09) 3967 2450*
INTERNET: *www.stakes.fi*



9 789513 318550

STAKES

Pekurinen–Junnila–Idänpään–Heikkilä–Wahlbeck: Terveyspiiri

TERVEYSPIIRI

Eräs alueellisten
sosiaali- ja terveyspalvelujen
järjestämisen malli

STAKES

Markku Pekurinen, Maijaliisa Junnila,
Ulla Idänpään-Heikkilä, Kristian Wahlbeck

Terveyspiiri

Eräs alueellisten sosiaali- ja terveyspalvelujen
järjestämisen malli



Sosiaali- ja terveysalan
tutkimus- ja kehittämiskeskus

Toimitusneuvosto

Mauno Konttinen, puheenjohtaja

Jouko Karjalainen

Tuukka Lahti

Heli Mustonen

Kerttu Perttilä

Marja-Leena Perälä

Riitta Seppänen-Järvelä

Salla Säkkinen

Päivi Voutilainen

© Kirjoittajat ja Stakes

Suomen kielen tarkistus: Sirkka Laukonsuo

Kannen suunnittelu: Harri Heikkilä

Taitto: Christine Strid

ISBN 951-33-1855-9

Onko oikea ISSN?
ISSN?

Gummerus Kirjapaino Oy

Vaajakoski 2006

Esipuhe

Kansallisen terveydenhuollon hankkeen (2002–2007) seurantaryhmän tuore raportti toteaa mm. seuraavaa: ”Seurantaryhmä korostaa, että tarvitaan edelleen rohkeita ja perusteellisia rakenteellisia muutoksia järkevien ja taloudellisten toimintakokonaisuuksien aikaansaamiseksi kuntatalouden kiristyessä ja terveydenhuollon kustannuspaineiden kasvaessa. Myönteistä on ollut se, että kunta- ja palvelurakennepöytäkirjojen virittämänä monella seudulla on pyritty erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon sekä sosiaalitoimen rajapintojen madaltamiseen. Eri tavalla organisoituja terveyspiirejä/sosiaali- ja terveyspiirejä toimii tai niiden toiminnan suunnittelu on käynnistynyt eri puolilla maata.” Toisaalta seurantaryhmä joutuu toteamaan, että erikoissairaanhoidon yksiköiden toiminnallisen yhteistyön ja työnjaon kehittäminen erityisvastuualueittain sekä tarpeettomien toiminnallisten ja hallinnollisten päällekkäisyyksien poistaminen on edistynyt toivottua hitaammin, mutta nämä nykyisiä sairaanhoitopiirejä koskevat järjestelyt todennäköisesti tehostuvat osana kunta- ja palvelurakennehanketta. On selvää, että johtaapa tämä hanke millaiseen kuntarakenteeseen tahansa, sosiaali- ja terveysalalla tarvitaan lähipalvelujen lisäksi seudullisesti ja alueellisesti keskitettäviä palveluja, mikä merkitsee peruskuntia laajempia organisaatioita.

Tämän teoksen kirjoittaneet Stakesin asiantuntijat ovat osallistuneet eri puolilla maata lukuisiin seudullisiin kehittämishankkeisiin, joissa on pyritty yhdistämään perusterveydenhuolto, erikoissairaanhoidon ja osa sosiaalitoimesta seudullisiksi tai alueellisiksi kokonaisuuksiksi. Näistä omakohtaisista kokemuksistaan kirjoittajat ovat työstäneet eräänlaisen prototyypin sosiaali- ja terveyspiirimalliksi. Malli muodostaa tietyn peruskehikon, jota on helppo täydentää yksityiskohteisemmaksi eri seutujen ja alueiden omien erityispiirteiden ja -tarpeiden mukaisesti. Malli tarjoaa erilaisia vaihtoehtoja mm. hallinnollisten ja rahoituksellisten pulmien ratkaisemiseksi, sosiaali- ja terveyspiirin roolin määrittämiseksi sekä tilaaja-tuottajamallin toteuttamiseksi. Hallinnollisissa ratkaisuissa on varmistettava sekä kuntalaisen että kunnan vaikutusmahdollisuus ja turvattava omistajaohjauksen toimivuus.

Kirjoittajat korostavat, että tärkeämpää kuin toimintojen hallinnollinen yhdistäminen on toimintojen määrätietoinen yhteensovittaminen, toimiva yhteistyö ja työnjako. Oleellista mallissa onkin, että siinä toteutuu jo pitkään haikailtu perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon sekä tiettyjen sosiaalipalvelujen yhdistäminen toimivaksi kokonaisuudeksi, jossa korostuvat asiakaslähtöisyys ja saumattomat palvelukokonaisuudet. Jotta malli toimisi toivotulla tavalla, eräs ensimmäisiä toimenpiteitä on varmistaa sekä sosiaali- että terveydenhuollon tietojärjestelmien seudullinen ja alueellinen yhteensopivuus ja rakentaa tarvittavat seudulliset ja alueelliset tietokannat. Saattaa hyvinkin olla, että kuvattu piirimalli ei välttämät-

tä johda sosiaali- ja terveysmenojen suoranaiseen pienentymiseen, mutta kylläkin mm. ikääntymisen aiheuttamien kustannuspaineiden kevenemiseen ja siten suotuisampaan tulevaan menokehitykseen.

Käsillä oleva teos tuo arvokkaan, täydentävän perustietopaketin parhaillaan käytävään kunta- ja palvelurakennepöytäkirjakeskusteluun.

Vappu Taipale
Pääjohtaja

Mauno Kontinen
Ylijohtaja

Terveyspiirimallin laatimiseen osallistuneet Stakesin asiantuntijat

Tässä teoksessa esitetyt toimintamallit pohjautuvat kirjoittajien monissa kehittämishankkeissa testaamiin ajatuksiin hyvästä sosiaali- ja terveydenhuollon tulevaisuuden toimintamallista. Seuraavat Stakesin asiantuntijat ovat tämän teoksen kirjoittajien ohella osallistuneet ja antaneet arvokkaan panoksensa tässä esitettyjen toimintamallien ideointiin alkuperäisten kehittämishankkeiden yhteydessä:

FINNE-SOVERI HARRIET, erikoistutkija; vanhusten palvelut, erikoissairaanhoidon, perusterveydenhuollon ja vanhustenhuollon rajapinnat
 HEIKKILÄ MATTI, ylijohdaja; sosiaalitoimi, sosiaali- ja terveystoimen rajapinta
 HÄKKINEN UNTO, tutkimusprofessori; palvelujen järjestäminen, rahoitus
 HÄNNINEN ESKO, johtaja; alueelliset järjestelyt
 KESKIMÄKI ILMO, tutkimuspäällikkö; palvelujen järjestäminen, rahoitus
 KOKKO SIMO, kehittämispäällikkö; perusterveydenhuolto, palvelujen järjestäminen
 KONTTINEN MAUNO, ylijohdaja; terveydenhuolto, erikoissairaanhoido, rahoitus
 LÖNNFORS TERHI, johtaja; johtaminen, hallinto, organisointi, sosiaali- ja terveystoimen rajapinta
 NORO ANJA, erikoistutkija; vanhusten palvelut, erikoissairaanhoidon, perusterveydenhuollon ja vanhustenhuollon rajapinnat
 PERÄLÄ MARJA-LEENA, tutkimusprofessori; vanhusten palvelut, johtaminen
 PIRKOLA SAMI, projektipäällikkö; mielenterveyspalvelut
 RAUTIO MAARIT, kehittämispäällikkö; vanhustenhuolto, raportin taustatyö
 RIMPELÄ MATTI, tutkimusprofessori; terveyden edistäminen, ennaltaehkäisy, lapset ja nuoret
 SOLANTAUS TYTTI, kehittämispäällikkö; lasten ja nuorten mielenterveyspalvelut
 TEPERI JUHA, tulosaluejohtaja; terveydenhuolto
 TERÄVÄINEN RITVA, kehittämispäällikkö; palvelujärjestelmä
 VOUTILAINEN PÄIVI, kehittämispäällikkö; vanhusten palvelut, erikoissairaanhoidon, perusterveydenhuollon ja vanhustenhuollon rajapinnat
 WIDSTRÖM EEVA, ylilääkäri; hammashuolto

Tämän teoksen kirjoittajat vastaavat yksin tässä esitetyn terveyspiirimallin periaateista, sisällöstä ja esityksen kokonaisuudesta.

Terveyspiirimallin kehittelyyn vaikuttaneet kehittämishankkeet

Tässä teoksessa esitetyt toimintamallit pohjautuvat kirjoittajien monissa kehittämishankkeissa testaamiin ajatuksiin hyvästä sosiaali- ja terveydenhuollon tulevaisuuden toimintamallista. Seuraavat tutkimus- ja kehittämishankkeet ovat keskeisesti vaikuttaneet tässä esitetyn toimintamallin syntymiseen:

- HÄKKINEN U, KESKIMÄKI I, LINNAKKO E, PEKURINEN M. Terveysdenhuollon UNELMA-malli. Teoksessa: Rissanen P, Valtonen H (toim.). Terveystaloustiede 1995. STAKES, Aiheita 4/1995, 8–10. Helsinki 1995.
- PEKURINEN M, JUNNILA M, TUNTURI T, VAINIO J, IHALAINEN R, MÄKITALO R, PITKÄJÄRVI T, SALLI P, SALORANTA K, VINNI K. Sopimusohjaus Pirkanmaalla – Läpinäkyvyyttä ja asiakaslähtöisyyttä erikoissairaanhoidon. Pirkanmaan sairaanhoitopiirin julkaisuja 1/99. Tampere 1999.
- IDÄNPÄÄN-HEIKKILÄ U, PEKURINEN M, HAMMAR T. Karstulan terveyskeskuksen toiminnan arviointi ja kehittäminen. Loppuraportti. Stakes – Kuntapalvelut, Kehittämisselvityksiä 10/2001. Helsinki 2001.
- PEKURINEN M, JUNNILA M, IDÄNPÄÄN-HEIKKILÄ U. Terveysdenhuoltoalue – uusi, innovatiivinen ja tehokas palvelujärjestelmä Mäntän seudun asukkaille. Pirkanmaan sairaanhoitopiirin julkaisuja 2/2001. Tampere 2001.
- PEKURINEN M, SIPILÄ O. Oulun seudun ympäristökunnat, erikoissairaanhoidon tilaajarenkain kustannustenjakomallin kehittäminen. Stakes – Kuntapalvelut, Kehittämisselvityksiä 23/2002. Helsinki 2002.
- PEKURINEN M, JUNNILA M. Selvitys Karjaan kaupungin terveydenhuollon ja vanhustenhuollon menoista ja palvelujen mitoituksesta. Stakes – Kuntapalvelut, Kehittämisselvityksiä 26/2002. Helsinki 2002.
- JUNNILA M, NAARALA M, PEKURINEN M. Kuusankosken kaupunki, selvitys mielenterveys- ja erityispalvelujen järjestämisestä. Stakes – Kuntapalvelut, Kehittämisselvityksiä 29/2002. Helsinki 2002.
- PEKURINEN M, JUNNILA M, IDÄNPÄÄN-HEIKKILÄ U. Forssan seudun terveydenhuollon kuntayhtymän ulkoinen arviointi. Stakes – Kuntapalvelut, Kehittämisselvityksiä 32/2002. Helsinki 2002.
- PEKURINEN M, JUNNILA M. Terveysdenhuollon tulevaisuuden toimintavaihtoehtojen arviointi: Kohti Vakka-Suomen terveydenhuoltoaluetta. Stakes – Kuntapalvelut, Kehittämisselvityksiä 33/2002. Helsinki 2002.
- PEKURINEN M, JUNNILA M, IDÄNPÄÄN-HEIKKILÄ U. Itä-Savon terveydenhuoltopiiri. Selvitystyön loppuraportti. Stakes – Alue- ja kuntapalvelut, Kehittämisselvityksiä 8/2003. Helsinki 2003.

- WAHLBECK K, JUNNILA M, PIRKOLA S, KLAMI P. Vaasan sairaanhoitopiirin aikuispsykiatrian selvitystyön loppuraportti. Slutrapport för utredningen av vuxenpsykiatri i Vasa sjukvårdsdistrikt. Stakes – Alue- ja kuntapalvelut, Kehittämisselvityksiä 10/2004. Helsinki 2004.
- HUJANEN T, MIKKOLA H, PEKURINEN M, HÄKKINEN U, TEITTO E. Terveydenhuollon menot ikä- ja sukupuoliryhmittäin vuonna 2002. Stakes, Aiheita 24/2004. Helsinki 2004.
- JUNNILA M, TERÄVÄINEN R, TUOMINEN E.-L, PEKURINEN M. Mikkelin kaupungin sosiaali- ja terveydenhuolto – väestölähtöinen toimintamalli. Stakes – Alue- ja kuntapalvelut, Kehittämisselvityksiä 11/2004. Helsinki 2004.
- PEKURINEN M. Karjaan kaupungin terveydenhuollon ja vanhustenhuollon menot 1993–2003. Stakes – Alue- ja kuntapalvelut, Kehittämisselvityksiä 13/2005. Helsinki 2005.
- JUNNILA M, NYKÄNEN P, RIPATTI S, TERÄVÄINEN R. Länsi-Pohjan sairaanhoitopiiri, PERES- ja HYVI- projektien tulosten arviointi. Stakes – Alue- ja kuntapalvelut, Kehittämisselvityksiä 15/2005. Helsinki 2005.
- JUNNILA M. Mäntän seudun terveydenhuoltoalueen toteutumisen arviointi, kolme ensimmäistä vuotta. Pirkanmaan sairaanhoitopiirille tuotettu arvioinnin julkaisematon loppuraportti 22.8.2005.
- PEKURINEN M. Etelä-Karjalan terveystyöpiiri. Selvitystyön loppuraportti. Stakes – Alue- ja kuntapalvelut, Kehittämisselvityksiä 21/2005. Helsinki
- PEKURINEN M. Pohjois-Karjalan terveystyöpiiri. Vaihtoehtoja terveystyöpiirin toteuttamiseksi. Stakes – Alue- ja kuntapalvelut, Kehittämisselvityksiä 22/2006. Helsinki.

Sisällys

Esipuhe

Terveyspiirimallin laatimiseen osallistuneet Stakesin asiantuntijat

Terveyspiirimallin kehittelyyn vaikuttaneet kehittämishankkeet

MIKSI TÄMÄ TEOS?	
Tausta	
Tavoite	
Teoksen sisältö	
EHDOTUKSIA TERVEYDENHUOLLON PALVLEURAKENTEIDEN UUDISTAMISEKSI	
Kunta- ja palvelurakennemuutos -hanke	
Keskeisiä keinoja terveydenhuollon ja vanhustenhuollon taloudellisuuden parantamiseksi	
Tilaaaja-tuottajamalli	
Kuntien odotuksia terveyspiirille	
VAIHTOEHTOISIA TAPOJA TOTEUTTAA TERVEYSPIIRI	
Tavoitteet ja keskeiset periaatteet	
Terveyspiirin toiminnan kattavuus	
Terveyspiirin tehtävä	
Palvelujen järjestäminen	
Toimintojen organisointi	
Terveyspiirin hallinto	
Terveyspiirin ohjaus	
Terveyspiirin rahoitus ja kuntalaskutus	
Tuleeko maakunnan kaikkien kuntien kuulua terveyspiiriin?	
Kunnallinen itsehallinto terveyspiirissä	
Henkilöstö	
Muutoksen toteutus	
Yhteenvedo terveyspiiriin toteuttamisvaihtoehdoista	
TERVEYSPIIRIN TOIMINTAMALLIN ARVIOINTIA	
Arviointiperusteet	
Toimintamallin arviointia	
TERVEYSPIIRIT KOKO MAASSA	
LIITE 1. Elämäntapa- ja väestön tarvitsemien palvelujen järjestämisen lähtökohtana	
LIITE 2. Terveyspiirin rahoitus ja kuntalaskutus	

MIKSI TÄMÄ TEOS?

Tausta

Kansallisen terveyshankkeen myötä on terveydenhuollossa käynnistynyt hiljalleen kiihtyvä muutosaalto. Kunta- ja palvelurakenneuudistuksen valmistelun käynnistyminen on osaltaan vilkastuttanut keskustelua koko kuntarakenteen ja kunnallisen palvelutoiminnan syvällisestä uudistamistarpeesta. Terveydenhuollossa etsitään uusia tapoja järjestää terveyspalvelujen tuotanto väestölähtöisesti. Terveyspiiri on usein esitetty vastaus terveydenhuollon järjestämisen ongelmiin (esim. Häkkinen ym. 1995, STM 2002, Tulevaisuusvaliokunta 2004). Terveyspiiri on käsitteenä jäänyt periaatteelliselle, ”otsikkotasolle”, ilman kovin konkreettista sisältöä. Tämä teos pyrkii osaltaan korjaamaan tätä puutetta.

Tässä teoksessa esitetään eräs vaihtoehto toteuttaa terveyspiiri. Esitettävä terveyspiirimalli perustuu kirjoittajien monivuotiseen kokemukseen terveydenhuollon ja sosiaalihuollon kehittämistyöstä lähes kaikkien sairaanhoitopiirien ja lukemattomien kuntien kanssa. Terveyspiirimallin eri osien ideointiin on osallistunut runsaat 20 Stakesin eri alojen senioriasiantuntijaa. Liitteessä esitetyt terveyspiirimallin sisällölliset ehdotukset perustuvat hyväksi ja toimiviksi havaittuihin käytäntöihin.

Terveyspiiri kattaa tässä ehdotuksessa terveydenhuollon ja vanhustenhuollon kokonaisuudessaan. Lisäksi ehdotuksessa on käsitelty terveydenhuollon ja sosiaalitoimen rajapinnassa olevia palveluja, kuten mielenterveys- ja päihdepalveluja. Ehdotus tarjoaa rakennuspuita myös koko sosiaali- ja terveystoimen järjestämiseen alueelliselta pohjalta esimerkiksi sosiaali- ja terveyspiirin muodossa.

Terveyspiirimallin yksityiskohtia on työstetty lukuisissa tutkimus- ja kehittämishankkeissa, joissa teoksen kirjoittajat ovat tarkastelleet sosiaali- ja terveyspalvelujen järjestämisen kysymyksiä eri puolilla maata johtavien virkamiesten ja luottamushenkilöiden kanssa. Teoksen perusajatukset on työstetty rakennettaessa terveyspiirin toimintamallia Itä-Savoon vuonna 2003 ja Etelä-Karjalaan vuonna 2005 ja näitä ennen laadittaessa ehdotusta Mäntän seudun terveydenhuoltoalueesta vuonna 2000. Mielenterveyspalveluja koskeva ehdotus on työstetty Vaasan sairaanhoitopiirille vuonna 2004 laaditun ehdotuksen pohjalta. Itä-Savon kunnat ovat valinneet asteittaisen tien terveyspiirin toteuttamisessa. Mäntän seudun terveydenhuoltoalue on ollut toiminnassa vuodesta 2002 alkaen. Vaasan sairaanhoitopiirille ehdotettua mielenterveyspalvelujen toteuttamismallia on lähdetty työstämään edelleen kolmen sairaanhoitopiirin yhteisessä Pohjanmaa-hankkeessa.

Vaikka tässä teoksessa esitettävien mallien taustalla on alun perin ollut tietyn alueen todellinen väestö ja sen tarvitsemat palvelut, esitettävät mallit on teokseen luonnosteltu yleisellä koko maahan sovellettavissa olevalla tavalla.

Tämän teoksen lähtökohtana on ollut hahmotella terveyspiirin toimintamalli yhden yksittäisen terveyspiirin kannalta ”alhaalta ylöspäin” lähtien liikkeelle alueen väestön palvelujen tarpeesta. Valittu lähestymistapa korostaa kuntalaisia lähellä olevien perustason lähipalvelujen ja ennaltaehkäisyn ensisijaisuutta.

Tässä esitettävä terveyspiirimalli esitetään palvelujen järjestämistapana ja se on luonteeltaan yleinen. Mallissa ei oteta kantaa tilaajan ja tuottajan eriyttämiseen, ei myöskään terveydenhuollon rahoituksen mahdolliseen uudistamistarpeeseen. Tässä esitettävä malli voidaan toteuttaa terveyspiirin ollessa palvelujen järjestäjä, tilaaja tai tuottaja. Se voidaan toteuttaa nykyisen terveydenhuollon rahoitusjärjestelmän vallitessa tai julkiseen sairausvakuutukseen perustuvassa mallissa. Terveyspiiri voidaan toteuttaa myös, jos halutaan säilyttää terveydenhuollon nykyiset keskeiset periaatteet: kuntien järjestämisvastuu ja verorahoitus. Terveyspiiri on kaikissa näissä vaihtoehdoissa terveydenhuollon keskeinen alueellinen toimija. Malli kuvaa erään tavan, miten ja millä periaatteilla väestön tarvitsemat terveyspalvelut ja vanhusten palvelut voidaan järjestää tulevaisuudessa.

Tässä teoksessa kuvattava terveyspiiri kattaa ajatuksellisesti yhden maakunnan tai sairaanhoitopiirin maantieteellisen toiminta-alueen. Maakuntia tai sairaanhoitopiirejä voi olla saman verran tai vähemmän kuin Suomessa nykyisin, terveyspiirin toimintamalli soveltuu kumpaankin tilanteeseen. Tässä teoksessa maakuntaa käytetään yleisnimityksenä kuvaamaan terveyspiirin maantieteellistä kattavuutta. Terveyspiiri voi jakautua seudullisiin terveydenhuoltoalueisiin. Lähipalvelut kuvaavat jokaisessa kunnassa saatavilla olevia terveyspiirin palveluja.

Teos on tarkoitettu kaikille terveydenhuollon, vanhustenhuollon sekä koko sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämisestä kiinnostuneille. Teos tarjoaa rakennuspuita terveyspiirin käytännön suunnitteluun. Teos tarjoaa myös perusteltuja näkemyksiä kaikille tulevaisuuden terveyspalvelujen ja vanhusten palvelujen suunnittelijoille riippumatta siitä, tavoitellaanko terveyspiiriä, sitä laajempaa sosiaali- ja terveyspiiriä, nykyistä suurempaa kuntakokoa vai pelkästään sosiaali- ja terveyspalvelujen kehittämistä modernilla väestölähtöisellä tavalla.

Tavoite

Tämän teoksen avulla tekijät haluavat antaa oman konkreettisen panoksensa kunta- ja palvelurakennemuutostuksen -hankkeen käynnistämään sosiaali- ja terveydenhuollon muutokseen. Tämä teos perustuu tekijöiden näkemyksiin ja kokemuksiin, joita ovat kartuttaneet muun muassa esittelylehdillä luetteloidut kehittämishankkeet.

Teoksen tavoitteena on

- 1) Kuvata terveyspiirin toimintamalli, joka yhdistää erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon yksiköt yhdeksi toiminnalliseksi kokonaisuudeksi tietyllä maantieteellisellä alueella.
- 2) Kuvata terveyspiirin toimintamalli, joka sisältää terveyspalvelujen lisäksi vanhusten palvelut sekä perinteisen sosiaali- ja terveydenhuollon rajapinnassa olevia palveluja.

Teoksen sisältö

Teoksessa kuvataan viime vuosien keskeisiä ehdotuksia terveydenhuollon palvelujärjestelmän uudistamiseksi ja terveyspiiriä palvelujen tulevaisuuden järjestämistapana sekä hahmotellaan vaihtoehtoisia tapoja toteuttaa terveyspiiri. Teoksessa kuvataan terveyspiirin toteuttamisen tavoitteita ja periaatteita, terveyspiirin järjestämiä palveluja ja esitetään näkemyksiä väestölähtöisestä palvelujen toteutuksesta. Liitteessä 1 kuvataan terveyspiirin palvelujen järjestäminen elämäntapa- ja elämäntilanteen mukaan toteutettuna. Liitteessä 2 kuvataan eräs mahdollisuus terveyspiirin rahoituksen ja kuntalaskutuksen toteuttamiseksi.

EHDOTUKSIA TERVEYDENHUOLLON PALVELURAKENTEIDEN UUDISTAMISEKSI

Kunta- ja palvelurakenneuudistus -hanke

Kunta- ja palvelurakenneuudistuksen valmistelun käynnistyminen nopealla aikataululla keväällä 2005 on vilkastuttanut keskustelua koko kuntarakenteen ja kunnallisen palvelutoiminnan syvällisestä uudistamistarpeesta. Hankkeen tavoitteena on valmistella uudistusehdotuksia, joiden tuloksena nykyisin kuntien vastuulla olevat palvelut saavat riittävän vahvan rakenteellisen ja taloudellisen perustan niiden järjestämisen ja tuottamisen turvaamiseksi tulevaisuudessa siten, että palveluiden laatu ja vaikuttavuus, saavutettavuus ja tehokkuus sekä teknologinen kehittäminen on otettu huomioon (Sisäasianministeriö 2005).

Väestörakenteen muutos keskeinen muutosvoima

Hankkeen käynnistymisen taustalla voi nähdä monia syitä. Väestön ikärakenteen muutos on keskeinen muutosvoima. Väestön ikääntyminen tulee merkittävästi kasvattamaan terveydenhuollon ja vanhustenhuollon palvelujen tarvetta ja tarjoaa tulevaisuudessa ja luo samalla paineita tehostaa palvelujärjestelmän toimintaa. Samaan aikaan tapahtuva lasten ja nuorten määrän väheneminen korostaa tarvetta suunnata olemassa olevia voimavaroja uudelleen. Väestörakenteen muutos lisää siten menopaineita ikääntyneiden kohdalla ja samanaikaisesti vähentää menopaineita nuoremmissa ikäryhmissä.

Yhtä aikaa suurten ikäluokkien alkaessa siirtyä eläkkeelle työikäisten määrän ennakoitaan vähenevän. Tämä koskee monia maakuntia, joissa työikäisten määrän ennakoitaan vähenevän muuta maata nopeammin. Työmarkkinoiden muutos vähentää työvoiman tarjontaa, lisää kilpailua ammattitaitoisesta työvoimasta ja synnyttää paineita hoito- ja hoiva-alan palkkatason nostamiseen.

Palveluja tarvitsevien määrän kasvu ja työikäisten veronmaksajien määrän väheneminen merkittävästi pakottaa kuntia ja muita keskeisiä rahoittajainstituu-tioita pohtimaan uusia tapoja parantaa palvelutuotannon taloudellisuutta, tuot-tavuutta ja tehokkuutta sekä etsimään uusia tapoja tuottaa ja rahoittaa kasvava pal-velukysyntä.

Palvelurakenneuudistuksella tavoitellaan sosiaali- ja terveystoimessa toimin-tamalla, joka mahdollistaa perus- ja erityistason hoidon kokonaisuutta koskevat rakenneratkaisut nykyistä paremmin (taloudellisuus-tavoite), varmistaa ohjau-sjärjestelmää kehittämällä ehkäisevän toiminnan sekä perustason palvelujen ase-

maa (kattavuus), edistää tuloshakuisuutta ja vahvistaa siihen johtavia kannusteita (tuottavuus) ja huolehtii siitä, että hyvät käytännöt otetaan kattavasti ja nopeasti käyttöön (vaikuttavuus). (Lehto 2005 a, b.)

Seuraavassa tarkastellaan palvelurakenteiden uudistamista terveydenhuollon ja vanhustenhuollon kannalta ja nostetaan esille seikkoja, jotka ovat keskeisiä pohdittaessa vaihtoehtoja maakunnan kattavan terveystieteiden kannalta.

Rakenteiden uudistamisessa kolme muutosmallia

Kunta- ja palvelurakennemuutos -hankkeen käynnistyminen on synnyttänyt nopeassa tahdissa monia uusia ehdotuksia kuntarakenteen ja palvelurakenteiden uudistamiseksi. Samalla myös monia jo aiemmin esillä olleita ehdotuksia mm. terveyspalvelujen järjestämisestä, tuottamisesta ja rahoituksesta on nostettu uudelleen keskusteluun. Syksyn 2005 aluekierroksella oli esillä kolme keskeisintä vaihtoehtoa toteuttaa uudistus: peruskuntamalli, piirimalli ja aluekuntamalli (Peruspalveluohjelman ministeriryhmä 2005). Näistä yksikään ei saanut kunnilta ja maakunnilta täysin varauksetonta tukea, mutta peruskuntamallia kannatettiin selvästi eniten.

Peruskuntamalli perustuu vahvoihin, nykyistä suurempiin kuntiin, joiden väestöpohja olisi vähintäänkin 20 000–30 000 asukasta. Kunta muodostuu työssäkäyntialueesta tai muusta kokonaisuudesta. Peruskunta vastaa sosiaalihuollon, perusterveydenhuollon ja osan erikoissairaanhoidon peruspalvelujen järjestämisestä. Siirtymävaiheessa kunnat voisivat siirtää vastuun peruspalvelujen järjestämisestä peruspalvelupiirille. Peruskuntia olisi noin 80–100.

Erikoissairaanhoidon vaativammat palvelut ja sosiaalitoimen erityispalvelut, jotka edellyttävät laajempaa väestöpohjaa, kunnat tilaavat sairaanhoitopiireiltä tai muilta palvelujen tuottajilta. Sairaanhoitopiirien määrää vähennetään ja erityisen vaativa hoito keskitetään miljoonapiireihin.

Piirimallissa sosiaalihuolto, perusterveydenhuolto ja erikoissairaanhoidon integroidaan samaan organisaatioon, sosiaali- ja terveystieteisiin. Piirin tarkoituksena on toimintojen järjehtäminen ja tuottavuuden kohottaminen. Sosiaali- ja terveystieteille siirretään palvelujen järjestämisvastuu. Piirimallia voidaan laajentaa kattamaan myös muita palveluja, kuten opetustoimen palveluja.

Sosiaali- ja terveystieteiden väestöpohja olisi vähintäänkin 100 000 asukasta, mieluiten 150 000–200 000 asukasta. Piiri jaetaan palvelualueisiin, joiden vähimmäisväestöpohja on 20 000 asukasta. Lähipalvelut voidaan tuottaa hajautetusti paikallisten tarpeiden mukaan. Piirin ensisijaisena tehtävänä on toimia tilaajan roolissa palvelujen järjestämisessä. Sosiaali- ja terveystieteillä on myös omaa palvelutuotantoa. Erityisen vaativa hoito on keskitetty muutamaan valtakunnalliseen yksikköön. Sosiaali- ja terveystieteitä olisi noin 15–20.

Aluekuntamallissa Suomeen muodostetaan 20–25 aluekuntaa, jotka vastaavat kaikkien kunnallisten palvelujen, ml. sosiaali- ja terveyspalvelut, järjestämisestä. Nykyisistä kunnista tulee lähikuntia. Palvelut tuotetaan aluekunnissa hajautetusti paikallisten tarpeiden ja edellytysten mukaan. Osa palveluista voidaan määrätä lainsäädännöllä lähikuntien järjestämisvastuulle. Aluekunnat voivat lisäksi delegoida tehtäviä lähikunnille.

Aluekunnat tekevät yhteistyötä sopiessaan valtakunnallisesta työnjaosta, esimerkiksi erikoissairaanhoidossa. Aluekuntamallin myötä maakuntien liitot ja suuri osa kuntayhtymistä lakkautetaan.

Palvelujen turvaaminen ikääntyvälle väestölle on uudistuksen keskeisin tehtävä riippumatta siitä, mikä nyt esillä olevista tai tulevista malleista valitaan kunta- ja palvelurakennemuutoksen toteuttamisen pohjaksi.

Mallien keskeiset yhtäläisyydet ja erot

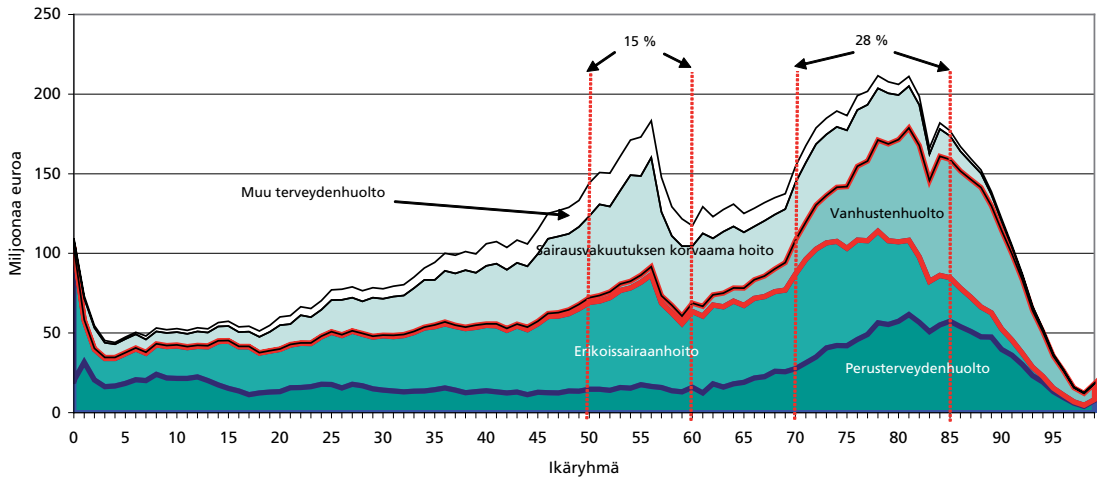
Esitetyt kolme mallia ovat monelta osin samankaltaisia, osin erilaisia. Kunta- ja palvelurakennemuutistus koskisi peruskuntamallissa noin kahta kolmasosaa kunnista ja noin 40 prosenttia väestöstä. Piirimallissa ja aluekuntamallissa uudistus koskisi kaikkia kuntia ja maan koko väestöä. Palvelujen järjestämisvastuu säilyisi peruskuntamallissa nykyisenlaisena, kahdessa muussa mallissa piiri tai aluekunta järjestäisi kaikki sosiaali- ja terveyspalvelut väestölle.

Palvelujen rahoitus toteutuisi peruskunnassa ja aluekunnassa periaatteessa nykyisenlaisena eli kunta saa valtionosuuden palvelujen järjestämiseen ja rahoittaa loppuosan verotuloillaan. Piirimallissa valtionosuudet maksetaan kunnalle, mutta kunnat maksavat piirille palvelujen järjestämisestä etukäteen määritellyn kiinteän väestöpohjaisen maksun. Piirin on mitoitettava toiminta näihin rahoituspuutteisiin.

Sairaanhoitopiirit lakkaavat piirimallissa ja aluekuntamallissa, mutta säilyvät peruskuntamallissa, joskin niitä on nykyistä vähemmän. Palvelujen tilaaminen ja tuottaminen voidaan kaikissa malleissa toteuttaa monilla eri tavoilla.

Palvelurakenteita uudistettaessa keskeisintä on ikäihmisten palvelujen järjestäminen

Hujasen ym. (2004) mukaan terveydenhuollon ja vanhustenhuollon menot asukasta kohti kasvavat jyrkästi 65 ikävuoden jälkeen. Ikävuodesta 65 eteenpäin menot karkeasti ottaen kaksinkertaistuvat iän lisääntyessä kymmenellä vuodella. Tämä on kuitenkin vain osatotuus iän ja menojen suhteesta. Kokonaismenoihin vaikuttaa asukaskohtaisten kulujen lisäksi väestön määrä eri ikäryhmissä. Tervey-



KUVIO 1. Terveydenhuollon ja vanhustenhuollon kokonaismenot ikäryhmittäin ja palveluittain vuonna 2002, miljoonaa euroa

denhuollon ja vanhustenhuollon kokonaismenojen jakautuminen eri ikäryhmiin vuonna 2002 on esitetty kuviossa 1¹.

Kokonaismenojen suhteen voidaan tehdä monia terveydenhuollon ja vanhustenhuollon tulevaisuuden kannalta merkittäviä havaintoja ja päätelmiä. Väestön ikäryhmiä tarkasteltaessa on tällä hetkellä kaksi selkeää menohuippua. Toisen ryhmän muodostavat 70–84-vuotiaat ja toisen 50–59-vuotiaat.

Vanhusten palveluissa tärkeää toiminnallinen kokonaisuus

Ikääntyneiden 70–84-vuotiaiden hoitoon ja hoivaan käytetään 28 prosenttia terveydenhuollon ja vanhustenhuollon kokonaismenoista. Tässä ikäryhmässä merkillepantavaa on, että kaikista kunnallisen terveydenhuollon ja vanhustenhuollon menoista suurin osa koostuu erikoissairaanhoitosta (36 % kokonaismenoista). Vanhustenhuollon ja perusterveydenhuollon osuus menoista on yhtä suuri, hieman alle kolmannes (32 %). Tämä korostaa tarvetta suunnitella ja arvioida ikääntyneiden palvelujen järjestämistä yhtenä integroituna kokonaisuutena ilman perinteisiä sektorirajoja.

¹ Tiedot perustuvat yksityiskohtaiseen analyysiin ikä- ja sukupuoliryhmittäisistä menoista ja ne kattavat noin 93 prosenttia vuoden 2002 terveydenhuollon ja vanhustenhuollon kokonaismenoista. Menotiedot kattavat julkisen ja yksityisen terveydenhuollon, vanhustenhuollon, sairausvakuutuksen korvaaman (kokonaiskustannukset) terveydenhuollon, lääkkeet, kuntoutuksen ja matkat. Menot eivät sisällä ympäristöterveydenhuollon ja terveydenhuollon hallinnon menoja ja julkisia investointeja. Tietosisällöt ja tietojen lähteet on kuvattu yksityiskohtaisesti Hujasen ym. (2004) tutkimuksessa.

Myös lukuisista kehittämishankkeista saatu käytännön kokemus vahvistaa, että vanhusten palveluja ei voi menestyksellisesti suunnitella, ilman että samanaikaisesti suunnitellaan ikäihmisten tarvitsemat perusterveydenhuollon palvelut ja päinvastoin. Tarve suunnitella palvelut integroidusti koskee myös perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon palveluja. Kunta- ja palvelurakennemuutosten aluekierroksen muutosmalleista aluekuntamalli ja piirimalli integroivat perusterveydenhuollon, erikoissairaanhoidon ja vanhusten palvelut yhdeksi toiminnalliseksi kokonaisuudeksi. Peruskuntamallissa merkittävä osa erikoissairaanhoidon jää sairaanhoitopiirin järjestettäväksi, mikä rikkoo hoitoketjuja ja luo uuden vahvan rajalinjan perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon väliin.

Ikääntyvillä painottuu ennaltaehkäisevä toiminta

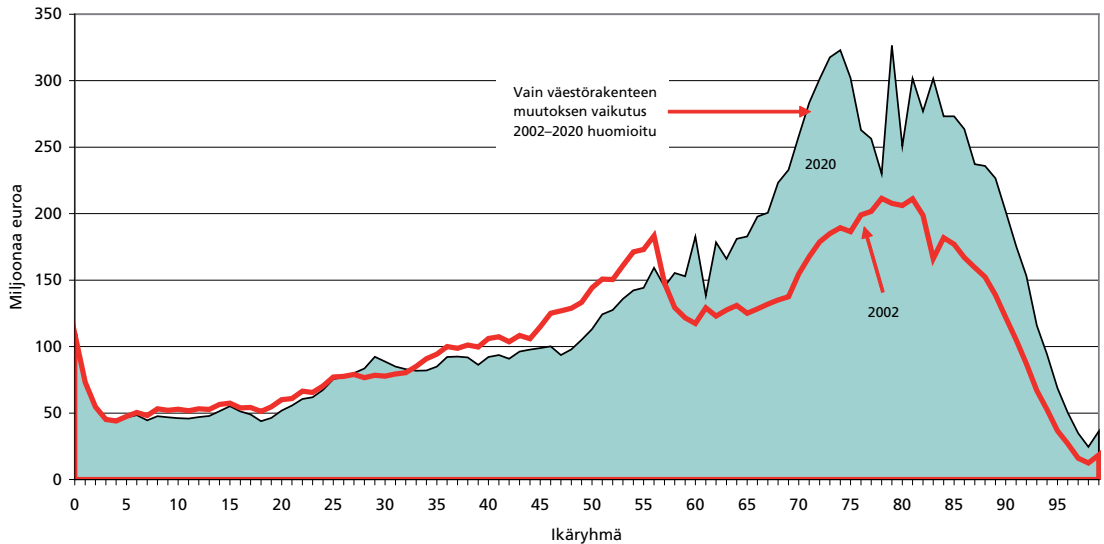
Toisen taloudellisesti merkittävän ryhmän muodostavat eläkeikää lähestyvät 50–59-vuotiaat, joiden hoitamiseen käytetään 15 prosenttia kokonaismenoista. Asukasta kohti menot ovat tässä ikäryhmässä verraten alhaiset, mutta ikäryhmään kuuluvien sodan jälkeen syntyneiden suurten ikäluokkien suuren koon vuoksi kokonaismenot muodostuvat korkeiksi. Tämä korostaa tarvetta panostaa suurten ikäluokkien terveyden edistämiseen ja ennaltaehkäisevään terveydenhuoltoon.

Eläkeikää lähestyvät eivät vielä kuluta voimavaroja henkeä kohti runsaasti, mutta iän karttuessa sitäkin enemmän. Jos ennaltaehkäisevillä toimenpiteillä pystytään muuttamaan tämän väestöryhmän terveystilaa myönteiseen suuntaan, se voi vaikuttaa merkittävästi tämän väestöryhmän terveyspalvelujen ja vanhusten palvelujen käyttöön, tarjontaan ja sitä kautta kokonaismenoihin tulevaisuudessa. Tämä havainto korostaa tarvetta nostaa hyvinvoinnin edistäminen ja ennaltaehkäisevä toiminta keskeiseen rooliin palvelurakenteita uudistettaessa. Tämä on periaatteessa mahdollista kaikissa muutosmalleissa, mutta ennaltaehkäisevää toimintaa voidaan todennäköisesti toteuttaa koordinoitummin, kohdennetummin ja tehokkaammin suurta väestöpohjaa edustavissa aluekunta- ja piirimalleissa.

Väestön vanheneminen vaikuttaa eri tavoin eri palveluihin

Väestön ikärakenteen muutos luo merkittäviä paineita lisätä palvelujen tarjontaa ja menoja. Vuoteen 2020 mennessä terveydenhuollon ja vanhustenhuollon kokonaismenojen ennakoitaan kasvavan pelkästään ikärakenteen muutoksen johdosta runsaalla viidenneksellä (22 %) eli runsaalla 2,4 miljardilla eurolla vuoteen 2002 verrattuna (kuvio 2)². Menojen kasvusta kolmannes johtuu vanhustenhuollosta,

² Vuoden 2020 menot ikäryhmittäin arvioitiin ”naiivilla” ennusteella käyttämällä Hujasen ym. (2004) tutkimuksessa raportoituja ikäryhmittäisiä menotietoja asukasta kohti ja Tilastokeskuksen tuoreimpia väestöennusteita (Tilastokeskus 2005). Käytetty ennakointimenetelmä on yksinkertainen ja mekaaninen tapa arvioida menokehitystä. Väestörakenteen lisäksi minkään muun menotasoon vaikuttavan tekijän ei oleteta muuttuvan vuoteen 2020 mennessä nykyisestä. Väestön oletetaan saavan vuonna 2020 määrältään ja



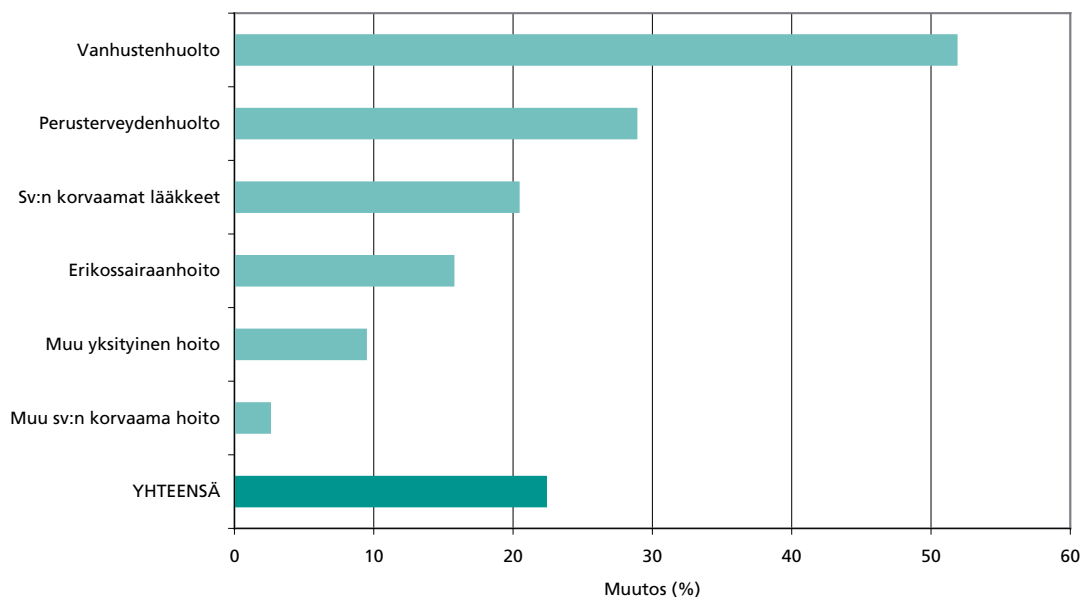
KUVIO 2. Terveydenhuollon ja vanhustenhuollon kokonaismenot ikäryhmittäin vuosina 2002 ja 2020, miljoonaa euroa

runsas neljännes (27 %) perusterveydenhuollosta ja vajaa neljännes (24 %) erikoissairaanhoidosta. Sairausvakuutuksen korvaamien lääkkeiden osuus menojen ennakoitusta kasvusta on noin 11 prosenttia.

Väestön ikärakenteen muutos vaikuttaa hyvin eri tavalla eri palveluihin. Suurimmat menopaineet kohdistuvat vanhustenhuoltoon (kuvio 3, s. 20). Väestön ikääntymisen johdosta vanhustenhuollon menojen ennakoitua kasvavan reaalisesti runsaalla 50 prosentilla, jos palvelujen määrä, laajuus ja laatu suhteessa väestöön säilyvät nykytasolla. Väestön ikääntymisestä aiheutuu perusterveydenhuollolle olennaisesti suurempi taloudellinen haaste kuin erikoissairaanhoidolle. Perusterveydenhuollon menojen ennakoitua kasvavan väestön ikääntymisen johdosta 29 prosenttia ja erikoissairaanhoidon menojen 16 prosenttia. Ikärakenteen muutoksen arvioidaan kasvattavan lääkemenoja jokseenkin saman verran kuin kunnallisen terveydenhuollon menoja eli noin viidenneksen.

Väestön ikärakenteen muutos muuttaa olennaisesti terveydenhuollon ja vanhustenhuollon voimavarojen tarvetta ja kohdentumista. Jos hoitokäytäntöjä ja palvelurakenteita ei merkittävästi uudisteta, valtaosa terveydenhuollon ja vanhustenhuollon voimavaroista tullaan tulevaisuudessa käyttämään entistä vanhempien ikäihmisten hoitoon ja hoivaan.

laadultaan samantasoiset palvelut kuin nyt. Lisäksi oletetaan, että hoitokäytännöissä ja palvelurakenteissa ei tapahdu olennaisia muutoksia, toiminnan tuottavuus polkee paikallaan ja yksikkökustannukset pysyvät reaalisesti ennallaan. Tarkastelu kertoo karkeasti sen, miten pelkästään väestön ikärakenteen muutos vaikuttaa menokehitykseen.



KUVIO 3. Ikärakenteen muutoksen ennakoitu vaikutus terveydenhuollon ja vanhustenhuollon kokonaisuosiin palveluittain vuosina 2002–2020, muutos (%)

Kun vuonna 2002 terveydenhuollon ja vanhustenhuollon kokonaisuosi puolet kului 60 vuotta täyttäneiden hoitoon, vuoteen 2020 mennessä vastaavan iän ennakoitaan siirtyvän yhdeksän vuotta myöhemmäksi ja puolet varoista arvioidaan tuolloin käytettävän 69 vuotta täyttäneiden hoitoon. Myös tämä kehityssuunta korostaa välttämättömyyttä uudistaa palvelurakenteita siten, että tulevaisuuden perusterveydenhuoltoa, erikoissairaanhoitoa ja vanhustenhuoltoa tarkastellaan, suunnitellaan ja toteutetaan yhtenä integroituna kokonaisuutena.

Keskeisiä keinoja terveydenhuollon ja vanhustenhuollon taloudellisuuden parantamiseksi

Kansallinen terveyshankkeen ehdotukset palvelurakenteiden uudistamiseksi

Terveydenhuollon kansallinen kehittämishanke esitti keväällä 2002 lukuisia suosituksia suomalaisen terveydenhuollon kehittämiseksi tulevaisuudessa (STM 2002). Keskeisinä painotuksina nostettiin esiin hoitoon pääsyn turvaaminen kohtuujassa, henkilöstön saatavuuden ja osaamisen varmistaminen sekä terveydenhuollon rakenteiden uudistaminen.

Terveydenhuollon rakenteiden uudistamiseksi hankkeessa nostettiin esiin muun muassa terveyskeskusten koon suurentaminen, tukipalvelujen keskittäminen, sairaanhoitopiirien yhteistyön kehittäminen ja aluesairaaloiden aseman ja roolin selkeyttäminen (STM 2002).

Riittävän suurten ja toimivien terveyskeskusten toteuttamiseksi terveyshanke ehdotti, että terveyskeskuksen väestöpohjan tulisi olla 20 000–30 000 asukasta, mikä merkitsee noin 12–18 lääkärin terveyskeskusta. Ehdotuksen taustalla on näkemys siitä, että riittävän suuri terveyskeskus pystyy varmistamaan lääkäripalvelujen saatavuuden koko terveyskeskuksen alueella, lääkäripäivystys on mahdollista toteuttaa joustavasti ja lääkäreillä on mahdollisuus jossain määrin erikoistua eri potilasryhmien hoitamiseen. Terveyshankkeen ehdottama terveyskeskuksen väestöpohja näyttää siirtyneen sellaisenaan perintönä kunta- ja palvelurakenneuudistus-hankkeen kaavailuihin vahvasta peruskunnasta ja piirimallin palvelualueista.

Tukipalveluista terveyshanke otti kantaa erityisesti laboratoriotoimintoihin. Laboratoriotoimintoja ehdotettiin keskitettäväksi ja rationalisoitavaksi. Taustalla on näkemys siitä, että Suomessa on esimerkiksi muihin Pohjoismaihin nähden runsaasti ylikapasiteettia laboratoriopalveluissa. Ylikapasiteettia esitettiin purettavaksi ja samalla esitettiin sairausvakuutuksen korvausjärjestelmää muutettavaksi niin, että sairausvakuutus korvaisi tutkimuksia vain tehokkaiden laboratoriodien kustannustason mukaan. Laboratoriotoimintojen rationalisointi on edennyt verkkaaisesti.

Erikoissairaanhoidon toiminnan kehittämiseksi terveyshanke ehdotti sairaanhoitopiirien työnjaon selkeyttämistä erityisvastuualueittain (ns. miljoonapiiri). Tässä keskeisiä toimenpiteitä ovat päivystystoiminnan rationalisointi ja keskittäminen sekä päätökset valtakunnallisesti keskitettävästä toiminnasta. Sairaanhoitopiirien tuli laatia suunnitelmat piirien välisen yhteistoiminnan kehittämisestä. Yhteistoiminnan kirjo voi vaihdella sairaanhoitopiirien yhdistymisestä, terveyspiirien muodostamiseen ja työnjaon kehittämiseen. Erikoissairaanhoidon rakennejärjestelyissä ei ole pidetty suurta kiirettä. Kansallisen terveyshankkeen keskeiset suositukset ovat edelleen ajankohtaisia kunta- ja palvelurakenteita uudistettaessa.

Terveyspalvelujen integrointi

Terveydenhuollon ja vanhusten palvelujen integrointia saumattomaksi palvelukonaisuudeksi pidetään keskeisenä keinona parantaa palvelujen saatavuutta sekä toiminnan taloudellisuutta ja tehokkuutta tulevaisuudessa. Terveyspalvelujen ja vanhusten palvelujen yhteensovittamisen taloudellisia vaikutuksia on vaikea etukäteen arvioida luotettavasti. Aikaisempaa kokemusta näiden palvelujen yhdistämisestä yhtä kuntaa suuremmalla alueella ei ole. Aluesairaaloiden ja terveyskeskusten yhdistämisistä on jo jonkin verran kokemuksia, joita voidaan epäsuorasti

hyödyntää ennakoitaessa terveyspalvelujen ja vanhusten palvelujen integroinnin mahdollisia taloudellisia vaikutuksia.

Suomen terveydenhuollossa toteutettiin 1990-luvulla monia palvelurakenteen uudistamiseen tähtäviä toimenpiteitä, joilla pyrittiin parantamaan kuntalaisten saamia palveluja ja samanaikaisesti säästämään kustannuksia. Monilla paikkakunnilla yhdistettiin paikkakunnalla toimiva aluesairaala ja terveyskeskus. Toimenpiteellä pyrittiin parantamaan terveydenhuollon kustannustehokkuutta ja kuntien vaikutusmahdollisuuksia paikallisen erikoissairaanhoidon kehittämiseen.

Aluesairaaloiden ja perusterveydenhuollon yhdyntyminen on merkittävästi kiihtynyt 2000-luvun puoleenväliin tultaessa ja saanut samalla uusia muotoja. Ainakin kolme selkeää kehityssuuntaa on havaittavissa. Eräillä alueilla on toteutettu perinteisiä hallinnollisia fuusioita (Ylä-Savo, Varkauden seutu). Paikoin aluesairaaloiden tulevaisuus on ratkaistu liittämällä sairaala aikaisempaa kiinteämmin osaksi keskussairaalan toimintaa (Raisio, Rauman ja Riihimäen aluesairaalat). Enenevästi on lähdetty rakentamaan täysin uutta terveydenhuoltoalueen toimintamallia (Forssan, Lohjan, Länsi-Uudenmaan, Mäntän ja Pietarsaaren seudut).

Kokemukset aluesairaalan ja terveyskeskuksen yhdistämisistä ovat pääasiassa myönteisiä, vaikka yhdistämiseen johtaneet syyt ovat olleet hyvin erilaisia ja aina paikallisia. Joskus fuusioprosessin on käynnistänyt sairaanhoitopiirin esittämä perusteltu näkemys aluesairaalan ottamisesta kiinteämmäksi osaksi koko sairaanhoitopiirin toimintaa, Kunnat ovat pelänneet päättävällän aluesairaala koskevista asioista siirtyvän niiden ulottumattomiin ja varmistaakseen aluesairaalan säilymisen paikkakunnalla irrottaneet sen sairaanhoitopiiristä ja yhdistäneet aluesairaalan ja terveyskeskuksen. Usein fuusioprosessi on käynnistynyt vaiheessa, jossa aluesairaalan toiminta tai jotkin keskeiset toiminnot, kuten synnytykset, ovat olleet lakautus- tai supistamisuhan alaisina.

Aluesairaalan ja terveyskeskuksen toimintojen yhdistäminen on parantanut hoitoketjujen toimivuutta, vähentänyt hallinnointia ja edistänyt perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhteistoimintaa. Yhdistämisen pitkäkestoisia vaikutuksia terveydenhuollon menoihin on vielä ennenaikaista arvioida. Lyhyen aikavälin vaikutuksia voidaan kuitenkin jo karkeasti arvioida.

Suomessa on 24 paikkakuntaa, jossa on ollut aluesairaala 1990-luvulla³. Näistä kahdellatoista paikkakunnalla aluesairaala on joko fuusioitu terveyskeskuksen kanssa tai siitä on muodostettu alueen keskussairaalan tulosyksikkö. Taulukossa 1 on verrattu näiden paikkakuntien asukasta kohti laskettuja tarvevakioituja terveydenhuollon ja vanhustenhuollon menoja muiden aluesairaalapaikkakuntien vastaaviin menoihin 1993–2004. Terveydenhuollon menot sisältävät tässä tarkastelussa perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon menot. Vanhustenhuollon

³ Espoota ja Vantaata ei ole laskettu mukaan aluesairaalapaikkakunniksi, vaikka niissä sijaitsevat Jorvin ja Peijaksen sairaalat luokitellaankin hallinnollisesti aluesairaaloiksi. Näiden sairaaloiden toiminta vastaa kuitenkin sisällöllisesti vähintäänkin keskussairaala.

TAULUKKO 1. Kunnallisen terveydenhuollon ja vanhustenhuollon tarvekioidut menot asukasta kohti vuosina 1993–2004 indeksinä (aluesairaalaipaikkakunnat = 100). Aluesairaalan ja terveyskeskuksen fuusioitumisvuoden indeksiarvo on valkoisella pohjalla. Lähde: Hujanen ym. (2006).

Vuosi	Jämsä	Imatra	Pieksämäki	Raaha	Kemijärvi	Forssa	Rauma	Mänttä	Riihimäki	Raisio*	Iisalmi	Varkaus
1993	98	92	103	109	104	98	91	102	96	95	98	101
1994	100	93	106	105	108	94	101	98	98	92	98	105
1995	97	94	99	111	101	93	98	97	98	88	96	104
1996	95	90	99	112	105	92	104	103	97	88	96	103
1997	97	83	100	117	100	93	100	107	92	97	96	97
1998	101	90	102	112	105	93	106	117	96	94	95	103
1999	105	88	109	113	101	94	101	102	95	95	91	101
2000	104	83	105	115	108	91	98	99	97	92	89	101
2001	103	79	102	115	101	89	104	108	93	89	88	98
2002	103	85	105	115	95	91	100	104	94	90	92	100
2003	106	91	102	111	96	90	103	94	97	90	91	98
2004	102	88	99	112	97	95	103	97	97	93	92	99

* Fuusio joukuun alusta 2003

menot sisältävät tässä vanhainkotihoidon, kotihoidon ja omaishoidon tuen menot.

Fuusioiden jälkeen terveydenhuollon ja vanhustenhuollon menot ovat kehittyneet paikkakunnilla epäyhtenäisesti. Vuonna 2004 suhteelliset menot olivat fuusioitumisvuotta edeltänyttä vuotta alhaisemmalla tasolla (eli asema aluesairaalaipaikkakuntien yleiseen tasoon parantanut) Mäntässä, Kemijärvellä ja Imatralla, jokseenkin samalla tasolla (suhteellinen asema säilynyt ennallaan) Raahessa, Pieksämäellä, Raumalla ja Riihimäellä ja hieman nousseet (suhteellinen asema heikentynyt) Jämsässä, Forssassa ja Raisiossa. Jämsässä vanhustenhuollon ja Raahessa perusterveydenhuollon korkeat menot nostavat kokonaismenoja selvästi aluesairaalaipaikkakuntien ja koko maan yleistä tasoa korkeammiksi.

Kiintoisaa on, että kaikilla niillä paikkakunnilla, joissa aluesairaalan ja terveyskeskuksen toiminnot on yhdistetty, erikoissairaanhoidon tarvekioidut menot asukasta kohti ovat maan keskitasoa edullisemmat tai korkeintaan keskitasoa. Tämä on jossain määrin yllättävää, koska usein fuusioita on vastustettu sillä perusteella, että erikoissairaanhoidon on odotettu pääsevän fuusioituneessa organisaatiossa toiminnallisesti ja taloudellisesti määrääväan asemaan.

Aluesairaalaipaikkakuntien terveydenhuollon ja vanhustenhuollon menojen tarkastelusta kymmenen vuoden paneeliaineiston perusteella ei voi tehdä pitkälle meneviä päätelmiä siitä, miten kunnan terveydenhuollon menot tulevat kehittymään terveyspalvelujen ja vanhusten palvelujen yhteensovittamisen seurauksena. Useimmilla ns. aluesairaalaipaikkakunnilla terveydenhuollon ja vanhustenhuollon

menot näyttävät tämän tarkastelun perusteella olevan koko maan keskitason alapuolella tai lähellä keskitasoa riippumatta siitä, toimiiko aluesairaala itsenäisenä vai osana laajempaa kokonaisuutta. Yleistävästi voidaan kuitenkin todeta, että fuusion jälkeen aluesairaalaapaikkakunnan terveysmenot ovat pysyneet kohtuullisina ja ovat olleet korkeintaan aluesairaalaapaikkakuntien ja koko maan kuntien keskitasoa.

Tärkeintä toimintojen yhteensovittaminen

Palvelurakennemuutoksen kannalta tarkastelu viittaa vahvasti siihen, että tärkeämpää kuin toimintojen hallinnollinen yhdistäminen on toimintojen orgaaninen yhteensovittaminen; perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon toimintojen määrätietoinen yhteensovittaminen, toimiva yhteistyö ja työnjako. Tämä riippumatta siitä, miten toiminnot järjestetään hallinnollisesti ja organisatorisesti.⁴ Johtopäätös voidaan tulkita myös siten, että valittiinpa kunta- ja palvelurakennemuutoksen toteuttamistavaksi mikä tahansa esillä olevista tai tulevista toimintamalleista, mallien suunnittelu on hyödyllisintä aloittaa väestön palvelutarpeiden näkökulmasta, pikemmin kuin hallinnollisen toimintamallin yksityiskohtien pohdinnasta.

Tilaaaja-tuottajamalli

Kunta- ja palvelurakennemuutuksesta käytävän keskustelun yhtenä pohjavireenä on tilaaaja-tuottajamallin lanseeraaminen kuntakenttään keskeisenä tapana toteuttaa väestön tarvitsemat sosiaali- ja terveyspalvelut. Tilaaaja-tuottajamallia voidaan toteuttaa kaikissa esitetyissä muutosmalleissa. Terveystarpeiden toteutusta tilaaaja-tuottajamalleista on jo jonkin verran kansainvälistä tutkimustietoa.

Monissa maissa terveydenhuollon toiminnan kehittämisen ja tehostamisen keskeiseksi keinoksi nousi viime vuosikymmenellä tilaaajan ja tuottajan eriyttäminen⁵. Aktiivinen kiinnostus tilaaaja-tuottajajärjestelmää kohtaan virisi 1980–1990-lukujen taitteessa, jolloin käynnistyi kaikkialla läntisessä maailmassa laaja terveydenhuollon uudistusten ja uudistusehdotusten sarja, joka laajeni myös itäisen Euroopan maihin niiden yhteiskunnallisten muutosten vanavedessä. Näistä tun-

4 Joillakin aluesairaalaapaikkakunnilla, joissa perusterveydenhuolto ja aluesairaala on fuusioitu (Imatra, Iisalmi, Raisio, Forssa ja Mänttä) terveydenhuollon ja vanhustenhuollon tarvekioidut menot asukasta kohti olivat vuonna 2004 verraten edulliset. Menot olivat edulliset myös paikkakunnilla, joissa fuusioita ei ollut toteutettu (Loimaa ja Vammala). Myös päinvastaisia esimerkkejä löytyy. Raahessa aluesairaala ja terveyskeskus on fuusioitu, mutta menot olivat verrattain korkeat. Hyvinkäällä ja Pietarsaareissa aluesairaala ja terveyskeskukset toimivat vuonna 2004 erillään ja kokonaisuudet olivat korkeahkot, lähinnä erikoissairaanhoidon vuoksi.

5 Tämä luku perustuu osin Konttisen (2005) toimittamaan yhteenvedon tilaaaja-tuottajamallista saaduista kansainvälisistä kokemuksista.

netuimpia ja seuratuimpia olivat Englannin ja Uuden-Seelannin terveydenhuollon uudistukset. Myös Ruotsissa toteutettiin monia alueellisia uudistuksia samassa hengessä pyrkimällä erottamaan tilaajan ja tuottajien roolit toisistaan.

Uudistuksissa keskeisenä tausta-ajatuksena oli tuoda ja soveltaa terveydenhuoltoon markkinatalouden toimintaperiaatteita ja sitä kautta parantaa toiminnan taloudellisuutta. Tilaamisen ja tuottamisen eriyttämisen uskottiin selkeyttävän osapuolten roolia, tehostavan toimintaa ja tarjoavan tilaajalle aiempaa paremmat mahdollisuudet ohjata terveystalouden tuotantoa (Pekurinen ja Jämsén 1992).

Tilaaja-tuottajamallin mahdollisuuksia ja haasteita

Figueras ym. (2005) tiivistävät kansainväliset kokemukset tilaamisen tarjoamista mahdollisuuksista ja odotuksista terveydenhuollon suorituskyvyn parantamiseksi seuraavasti. Väestön saamat palvelut paranevat, kun palvelutilaukset johdetaan terveystaloudellisten tavoitteista ja prioriteeteista. Tilaamisen tuloksena voimavarat kohdentuvat asetettujen tavoitteiden suuntaisesti. Väestön terveystarpeet ja asiakkaiden odotukset voidaan täyttää aikaisempaa paremmin rakentamalla nämä ”tilaamispäätösten sisään”.

Palvelujen tuottajien suoriutumista voidaan parantaa antamalla tilaajille mahdollisuus käyttää sopivia taloudellisia kannustimia ja luomalla ajanmukaisia tuottajan toiminnan seurannan välineitä. Tilaamisen ja tuottamisen eriyttäminen jous-tavoittaa ja ryhdistää johtamista aidan kummallakin puolella.

Tilaajan ja tuottajan eriyttämisellä voidaan synnyttää kilpailua sekä julkisten että yksityisten palveluntuottajien kesken. Näin voidaan markkinamekanismia periaatteita soveltamalla parantaa terveydenhuollon toiminnan taloudellisuutta.

Käytännössä tilaaja-tuottajamalliin kohdistuneet odotukset ovat täyttyneet vain osittain (Jämsén ja Pekurinen 2003, Brommels ym. 2005, Figueras ym. 2005). Erityisesti seuraavat seikat on terveydenhuollon uudistuksista saatujen kansainvälisten kokemusten mukaan syytä ottaa huomioon silloin, kun tilaaja-tuottajamallin käyttöönottoa harkitaan. Olennaisinta on riittävän tilaajaosaamisen turvaaminen varmistamalla tilaajalle ainakin kilpailutuksen, sopimusjuridiikan ja -tekniikan, terveystaloustieteen ja epidemiologian asiantuntemusta. Tilaaja-tuottajamalliin liittyvät sopimuskustannukset voivat nousta suuriksi. Tilaaja-tuottajamallilla tai palvelujen tuottajien kilpailuttamisella ei sinänsä voida hallita terveydenhuollon menojen kasvua ainakaan pitkällä aikavälillä. Malli sopii paremmin toimenpidevaltaiseen toimintaan, mutta huonosti pitkäaikaista hoitoa vaativien kroonisten terveysongelmien hoidon järjestämiseen. Niissä hoitosuhteen jatkuvuuden merkitys korostuu.

Painotus budjettiohjauksesta sopimusohjausjärjestelmään

Kansainvälisten kokemusten mukaan sopimusohjausjärjestelmät edustavat terveydenhuollon kehittyntä ohjausta verrattuna aikaisempaan suoraan budjettiohjaukseen tai passiiviseen kulujen korvaamiseen. Sopimusohjausjärjestelmien maksuperusteisiin sisältyvät kannustimet ovat erityisen vaativa ohjauksen alue. Suoritepohjaiset korvaukset johtavat toiminnan volyymin ja toimialan laajentumiseen ja sitä kautta menojen kasvuun. Menojen kasvua voidaan tehokkaasti hallita kapitaatiopohjaisilla maksujärjestelmillä tai erilaisia palvelukokonaisuuksia koskevilla kokonaissopimuksilla, mutta ne voivat kannustaa ”alihoitamiseen” tai potilaiden ohjaamiseen muualle hoitoon.

Suomessa terveydenhuollon toimintaa on pyritty ohjaamaan ja tehostamaan 1990-luvun alkupuolelta alkaen melko vakaina pysyneillä ohjausmenetelmillä ja palvelujen järjestämis- ja tuottamistavoilla. Taloudellinen ja toiminnallinen tavoitteisto on kuitenkin ollut pitkälti sama, johon tilaaja-tuottajamallilla pyritään. Tärkein kehitysvaihe on ollut sopimusohjauksen kehittäminen. Suomessa ei ole toistaiseksi kovin aktiivisesti tavoiteltu laajamittaista kilpailutusta kansainvälisiin tilaaja-tuottajamalleihin verrattuna. Suomessa esimerkiksi päivistysluonteisen ja ei-elektiivisen toiminnan kilpailuttaminen onkin mahdollista vain muutamissa suurimmassa kaupungissa.

Tilaaja-tuottajamallien tulokset eivät vielä ole vastanneet toiveita

Tilaaja-tuottajamalleihin liitettiin eri maissa suuria toiveita. Poliittisten päättäjien etäännyttämisellä palvelujen tuotannosta uskottiin yksinkertaistettavan päätöksentekoa ja kilpailun uskottiin parantavan toiminnan taloudellisuutta. Käytännössä tilaaja-tuottajamalli ei ole toiminut toivotusti. Vielä yli kymmenen vuoden kokemuksenkin jälkeen ongelmana pidetään tilaajien puutteellista osto-osaamista.

Vaikka tilaaja-tuottajamallien on arveltu tehostaneen johtamista, on herännyt epäilyjä mallien haitallisista vaikutuksista tasa-arvoon ja oikeudenmukaisuuteen sekä kustannuksiin. Tämän seurauksena 1990-luvun lopulla alettiin kilpailuttamisen sijasta puhua yhteistyöstä. Tilaajat ja tuottajat ryhtyivät määrittelemään yksittäisten toimenpiteiden sijasta laajempia kokonaisuuksia, pitkällä aikavälillä, sisältäen useampia tuottajia.

Tilaaja-tuottajamallilla saavutetut taloudelliset edut, tuottavuuden paraneminen, ovat monesti jääneet ohimeneviksi. Pitkävaikutteisemmaksi ongelmaksi näyttää jääneen puutteellinen tilaajaosaaminen. Tilaaja-tuottajamalliin liittyvät sopimuskustannukset ovat vaihdelleet 1–5 prosenttia tilausten vuosikustannuksista.

Kokemukset tilaaja-tuottajamalleista ovat kirjavia. Parhaimmillaan osaavalla tilaamisella on pystytty terävöittämään terveydenhuollon suunnittelua ja toimintaa. Usko tuottajien kilpailuttamisella saavutettaviin pysyviin taloudellisiin etui-

hin on kuitenkin hiipunut, ja tulokset näyttävät jääneen usein ohimeneviksi. Perinteinen hintaa ja määrällistä palvelujen ostamista korostava tilaaminen näyttää terveydenhuollossa jäävän vähitellen taka-alalle. Sen asemasta korostetaan selkeästi aikaisempaa enemmän strategiseen kumppanuuteen perustuvia sopimusohjauksjärjestelyjä palvelujen tilaajien/järjestäjien ja tuottajien kesken. Strategisilla sopimuksilla tuottajien toimintaa pyritään ohjamaan ja kannustamaan entistä paremmin väestön terveystarpeita tyydyttävään suuntaan.

Kuntien odotuksia terveystaloukselle

Seuraavaan on koottu yleisiä näkemyksiä terveystaloukselle toteuttamiseen liittyvistä odotuksista ja peloista. Näkemykset perustuvat terveystaloukselle ja terveydenhuoltoalueita koskevissa kehittämishankkeissa toteutettujen kuntapäätäjien ja keskeisten viranhaltijoiden haastatteluihin (N = 248).

Yleisiä odotuksia

Kaikkien maakunnan tai vastaavan alueen julkisen terveydenhuollon ja vanhuspalvelujen kokoaminen terveystalouksella saman katon alle toivotaan helpottavan palvelujen suunnittelua, kokonaisuuden hallintaa ja palvelujen koordinoimista. Tätä odotetaan koituvan kunnille myös merkittävää taloudellista etua menojen nousun hidastumisena.

Terveydenhuollon sisäisen työnjaon odotetaan paranevan merkittävästi, samoin kuin työnjaon ja yhteistyön muiden sairaanhoitopiirien kanssa. Terveystaloukselle myötä väestön palvelujen tarpeen kokonaisuus selkeytyy ja palvelut (omat ja ostopalvelut) on mahdollista suunnitella aikaisempaa paremmin yhtenä kokonaisuutena.

Kuntien näkemyksen mukaan tiedonkulku ja eri palvelujen tuottajien yhteistyö potilaiden hoitamisessa edellyttävät perinteisten sektoreiden (perusterveydenhuolto, erikoissairaanhoito, vanhustenhuolto) välisten raja-aitojen poistamista. Terveystalouksella nähdään toimivana keinona poistaa toimintaa haittaavat raja-aidat. Terveystalouksella on mahdollista ottaa käyttöön koko maakunnan kattava yhtenäinen terveydenhuollon tietohallinto ja tietojärjestelmät. Tämän odotetaan parantavan merkittävästi tiedonkulkua terveydenhuollossa ja sitä kautta potilaiden hoitamista. Yhtenäisen tietojärjestelmän odotetaan tuovan ajan mittaan myös taloudellisia säästöjä, joskin kunnissa selvästi nähdään, että tietojärjestelmien yhtenäistäminen edellyttää siirtymävaiheessa merkittäviä investointeja.

Ehkäisevälle terveydenhuollossa ja perusterveydenhuollossa toivotaan keskeistä roolia terveystalouksella. Jokseenkin kaikkien kuntien näkemyksissä painotetaan asukkaille tarjottavien perustason palvelujen ensisijaisuutta.

Piirin toivotaan muodostuvan houkuttelevaksi työnantajaksi terveydenhuollon ammattilaisille. Kaiken kaikkiaan terveystieteiden perustamisen odotetaan parantavan lääkäreiden ja muun henkilöstön saatavuutta nykyiseen verrattuna.

Toiminnan joustavuuden uskotaan paranevan terveystieteiden myötä. Samoin revidiirijärjestelmän odotetaan vähenevän, kun kaikki keskeiset palvelut ovat samassa maakunnallisessa organisaatiossa.

Monet kunnat toivovat, että terveystieteiden ryhtyy heti toiminnan käynnistyttyä rakentamaan koko piirin alueelle yhtenäistä terveydenhuollon laatuvarustelmaa.

Palvelut ja hoitaminen

Asiantuntemuksen ja voimavarojen kokoaminen koko maakunnan alueella yhteen terveystieteiden edistää myös potilaan terveysongelmien hoitamista kokonaisuutena ja vähentää hoidon pirstoutumista toisiaan seuraaviin, huonosti yhteen sovitettuihin hoitokäytäntöihin.

Palvelujen ja potilaiden hoitamisen tason ja laadun odotetaan säilyvän vähintäänkin nykyisellä tasolla. Maakunnan terveydenhuollon voimavarojen kokoaminen yhteen organisaatioon nähdään myös keinona turvata riittävä palvelujen saatavuus ja riittävät voimavarat myös tulevaisuudessa.

Terveystieteiden on mahdollista ryhtyä purkamaan palvelujen päällekkäisyyksiä nopeassa tahdissa. Samoin odotetaan, että perinteiset kynnykset terveyspalvelujen eri sektorien välillä häviävät piirissä melko nopeasti ja potilaan polku hoitoketjussa muuttuu sujuvaksi.

Talous

Kunnat eivät odota terveystieteiden tuovan merkittäviä säästöjä terveydenhuollon ja vanhustenhuollon kokonaisuuteen. Näin siksi, että ikääntyneiden määrä tulee kasvamaan merkittävästi tulevaisuudessa. Vaikka ikääntyneet ovat tulevaisuudessa nykyistä terveempiä ja toimintakyky on parempi, väestön palvelujen tarve tulee väestörakenteen muutoksen myötä väistämättä kasvamaan.

Kustannussäästöjen asemasta kunnat asettavat merkittäviä odotuksia menojen kehitykselle ja menokehityksen hallinnalle. Terveystieteiden muodostamisen myötä terveydenhuollon ja vanhustenhuollon menojen kasvun odotetaan olevan hitaampaa kuin jos jatketaan nykyisellä toimintamallilla.

Päällekkäisyyksien karsimisen ja hoitoketjujen sujuvuuden paranemisen myötä kunnat odottavat toiminnan taloudellisuuden paranevan merkittävästi.

Tukipalvelujen kokoaminen samaan organisaation koko maakunnan alueella vähentää päällekkäisyyksiä, tehostaa tukipalvelujen toimintaa sekä vähentää investointi-, toiminta- ja hankintakustannuksia. Terveystieteiden odotetaan tuovan tukipalveluissa selviä taloudellisia säästöjä.

Mahdollisia ongelmia

Kunnat tunnistavat myös merkittäviä ongelma-alueita ja riskitekijöitä, joita terveyspiirin syntyminen voi tuoda mukanaan.

Erilaisten perinteisten ja vakiintuneiden toimintakulttuurien yhdistäminen voi osoittautua hankalaksi ja sen odotetaan vievän useita vuosia. Kuntien selkeä näkemys on, että uuden terveyspiirin on luotava myös uudet toimintatavat ja uusi toimintakulttuuri. Toimintakulttuurin muutos koskettaa kaikkia tahoja, niin kuntia, päättäjiä, johtamista kuin yksittäisiä työntekijöitäkin.

Lähipalvelujen saatavuuden pelätään heikkenevän terveyspiirin syntymisen myötä. Palveluja uskotaan järjestettävän aikaisempaa runsaammin keskitetysti, etäällä peruskunnasta. Palvelujen saamiseksi tehtävien matkojen pelättiin näin pitenevän ja palvelujen käytön matka- ja aikakustannusten kasvavan. Tosin useimmissa kunnissa todetaan, että palvelujen mahdollisesti keskittyessä ne todennäköisesti keskitettäisiin ihmisten luonnollisten asioimis- ja kulkureittien yhteyteen, ja arvioidaan, että asukkaat ryhtyisivät hoitamaan useampia asioita samalla kerralla ja näin välttävän erillismatkoja.

Raja-alueiden kuntien palvelujen järjestäminen voi osoittautua ongelmalliseksi terveyspiirissä. Ongelma on kuitenkin ratkaistavissa. Eräät kunnat epäilevät kuntien halukkuutta järjestää vapaaehtoisesti terveydenhuollon palvelut yhteiseltä pohjalta koko piirin alueella.

Peruskunnan äänen kuuluminen päätöksenteossa nostetaan lähes kaikissa kunnissa uuteen suureen organisaation liittyväksi mahdolliseksi ongelmaksi. ”Päätöksenteko etääntyy kunnista ja kuntalaisista” on tyypillinen lausuma, jolla asia ilmaistaan. Asia nostetaan esille lähinnä siksi, että kunnan vaikutusmahdollisuuksiin, omistajaohjauksen toteutumiseen, kiinnitettäisiin vakavaa huomiota terveyspiirin toimintamallia suunniteltaessa. Samassa hengessä otetaan esille myös terveyspiirin vahva asema kuntien rahan käyttäjänä. Laaja-alaisen terveyspiirin toteutuessa suurin osa kuntien käyttömenosta on kuntien välittömän päätösvallan ulkopuolella.

Eräät kunnat ottavat esille myös huolensa sosiaali- ja terveystoimen yhteistyön toteutumisesta terveyspiirissä. Samoin joidenkin kuntien pelkona on, että itse toiminta ei kuitenkaan muutu, vaikka terveyspiiri poistaisikin sektoreiden (perusterveydenhuolto, erikoissairaanhoito, vanhusten palvelut) väliset hallinnolliset rajat. Nämä kaksi huolenaihetta korostavat sitä, että terveyspiirin toimintamallia suunniteltaessa tulee varmistaa sosiaali- ja terveystoimen yhteistyön sujuvuus ja että pelkkä hallinnollinen toimintojen yhdistäminen ei todennäköisesti johda myönteiseen lopputulokseen.

Nostaessaan esille terveyspiirin perustamiseen liittyviä mahdollisia uhkatekijöitä kunnat haluavat korostaa sitä, että nämä uhkat voidaan välttää, jos niiden olemassaolo tiedostetaan ja ne otetaan huomioon terveyspiiriä suunniteltaessa.

VAIHTOEHTOISIA TAPOJA TOTEUTTAA TERVEYSPIIRI

Tässä luvussa esitetään tiivistetysti muutamia vaihtoehtoja terveystieteiden toteuttamiseksi. Tässä esitettävät vaihtoehdot terveystieteiden toimintamalliksi ovat luonteeltaan periaatteellisia näkemyksiä siitä, miten terveystieteiden toiminta voitaisiin järjestää. Varsinainen terveystieteiden toimintamalli konkretisoituu vasta kun päättäjät valitsevat esitetyistä vaihtoehdoista hyväksyttävimmän ja terveystieteiden toteuttamista ryhtytään suunnittelemaan käytännössä. Vaihtoehdoista valittaessa tulee painottaa toimintaa, palvelujen järjestämistä väestölle, ei niinkään hallinnollista näkökulmaa tai olemassa olevia rakenteita.

Tarkastelun lähtökohdaksi on ollut nykyinen (toukokuu 2006) sosiaali- ja terveydenhuoltoa koskeva lainsäädäntö sekä kuntien vastuu terveyspalvelujen järjestämisestä ja rahoituksesta. Tässä kuvatut toimintaperiaatteet soveltuvat myös tilanteeseen, jossa terveyspalvelujen järjestämis- ja rahoitusvastuu on järjestetty nykyisestä poikkeavalla tavalla.

Tässä esitettävät vaihtoehdot terveystieteiden toimintamalliksi on laadittu pitkän aikavälin toimintamalliksi. Ehdotettavan terveystieteiden tulisi vastata mahdollisimman hyvin väestön palvelujen tarpeeseen vielä 10–15 vuoden kuluttua, ei vain lyhyen aikavälin (2–3 vuotta) muutostarpeisiin.

Tavoitteet ja keskeiset periaatteet

Seuraavassa esitettävät terveystieteiden tavoitteita ja keskeisiä toimintaperiaatteita koskevat linjaukset perustuvat terveystieteilijä ja terveydenhuoltoalueita koskevien kehittämishankkeiden yhteydessä toteutettujen kuntapäätäjien ja viranhaltijoiden haastattelujen (N = 248) pohjalta laadittuihin yhteenvedoihin terveydenhuollon uudistamisen tavoitteista. Terveydenhuollon kehittämiselle asetetuista tavoitteista, terveystieteiden asettavista odotuksista sekä toiminnan keskeisistä periaatteista on keskusteltu laajasti monien kuntien luottamushenkilöjohdon ja virkamiesjohdon kanssa käydyissä keskusteluissa, kuulemistilaisuuksissa, seminaareissa ja eri hankkeiden ohjaus- ja johtoryhmien kokouksissa.

Täysin uudelle terveystieteiden toimintamallille on usein asetettu esimerkiksi seuraavia tavoitteita:

1. Parantaa palvelujen saatavuutta ja sujuvuutta
2. Lisätä asukkaiden valinnanmahdollisuuksia
3. Luoda mahdollisuudet käyttää maakunnan terveydenhuollon voimavaroja järkevästi

4. Säilyttää kuntien vaikutusmahdollisuudet palvelujen suunnittelussa
5. Parantaa menokehityksen hallintaa ja menojen ennakoitavuutta
6. Parantaa palvelutuotannon taloudellisuutta ja tuottavuutta.

Uutta palvelujen järjestämistapaa suunniteltaessa lähtökohtana ovat useimmiten olleet seuraavat periaatteet:

1. Lähtökohtana väestön terveydenhuollon palvelujen tarve
2. Palvelut järjestetään piirin väestölle yhtenä kokonaisuutena ilman sektorirajoja
3. Peruspalvelut ovat ensisijaisia
4. Väestö voi käyttää peruspalveluja kuntarajoista riippumatta
5. Kaikki julkisen terveydenhuollon työntekijät ovat yhden työnantajan palveluksessa
6. Toiminta on järjestetty taloudellisesti.

Terveystieteen toiminnan kattavuus

Terveystieteen voi kattaa hyvin monipuolisen kirjjon palveluja, ja se voidaan ymmärtää suppeasti tai laajasti. Se voi kattaa pelkästään terveydenhuollon palvelut tai terveydenhuollon ja vanhustenhuollon palvelut. Terveystieteen voi kattaa terveyden- ja vanhustenhuollon palvelujen lisäksi näihin läheisesti kytkeytyviä sosiaalitoimen palveluja. Laajimmillaan terveystieteen voi kattaa koko sosiaali- ja terveystoimen, jolloin puhutaan sosiaali- ja terveystieteenistä.

Terveystieteen toiminnan rajaaminen pelkästään terveydenhuollon palveluihin ei nykyoloissa ole perusteltua. Kunnat ovat järjestäneet vanhusten palvelut hyvin eri tavoin. Osassa kuntia vanhusten palvelut ovat osa sosiaalitoimintaa, ja osassa ne kuuluvat perusterveydenhuoltoon tai muodostavat oman toimialan. Useissa kunnissa palvelut ovat jo nyt verkottuneet toimimaan yli perinteisten sektorirajojen väestön tarpeiden mukaisesti.

Monet sosiaalitoimeen kuuluvat palvelut sivuavat tai ovat hyvin kiinteässä yhteydessä terveydenhuollon palveluihin. Näin on esimerkiksi kotihoidossa, perheneuvoloissa ja lastensuojelussa sekä päihdehuollossa ja mielenterveytystyössä, joissa on mukana sekä terveydenhuollon että sosiaalitoimen osaajia. Näitä terveydenhuoltoa sivuavia palveluja ei voi jättää terveystieteen suunniteltaessa tarkastelun ulkopuolelle. Suoraviivaista rajaa terveystieteen kuuluville ja sen ulkopuolelle jääville toimintoille ei voi vetää. Uutta toimintamallia suunniteltaessa on hyvä ottaa mukaan kaikki sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut ja huolehtia, että ainakin toiminnallinen yhteys kaikkien tarvittavien palvelujen ja tahojen kanssa säilyy, vaikka ne eivät olisi terveystieteen toimintaa.

Sekä kaikkien sosiaalipalvelujen ottamista mukaan terveystieteen (sosiaali- ja terveystieteen) että osan rajaamista sen ulkopuolelle omaksi itsenäiseksi kokonai-

suudeksi voi perustella. Esimerkiksi päivähoidolla tai toimeentulotuella ei ole kovin paljon tekemistä terveydenhuollon palvelujen kanssa. Toisaalta sosiaalipalvelujen mukaan ottamista voi perustella käytännön tason yhteistyöllä, jota toteutetaan terveydenhuollon toimijoiden kanssa. Sosiaalitoimen palvelujen jääminen terveyspiirin ulkopuolelle voi heikentää sosiaalitoimen asemaa kuntien palvelutuotannossa. Toimialan tulevaisuuden varmistamiseksi voisi olla perusteltua sosiaalitoimen sisällyttäminen kokonaisuudessaan piirin toiminnaksi, jolloin kyse on sosiaali- ja terveyspiiristä. Toiminnallinen yhteistyö tulee luonnollisesti toteuttaa, vaikka osa perinteisen sosiaali- ja terveydenhuollon rajapinnassa olevista palveluista jäisi organisatorisesti terveyspiirin ulkopuolelle.

Terveyspiirin ei tarvitse itse tuottaa kaikkia sen piiriin kuuluvia palveluja. Väestöpohjasta ja strategisesta työnjaosta riippuen erikoissairaanhoidon palvelut voidaan tuottaa yhteistyössä muiden terveyspiirien kanssa tai ostaa yksityisiltä palvelujen tuottajilta. Vaativa ja erityistason erikoissairaanhoidon hankitaan yliopistosairaaloilta tai niiden kanssa tehdyn keskittämissuunnitelman mukaan tietyiltä sairaaloilta. Osa esimerkiksi vanhustenhuollon, päihdehuollon ja vammaispalveluista voidaan järjestää ostamalla niitä yksityisiltä tai kolmannen sektorin palvelujen tuottajilta. Ostopalvelut suunnitellaan kiinteäksi osaksi terveyspiirin palvelutuotantoa ja ne toimivat piirin hallinnassa ja valvonnassa. Terveyspiirillä on osaamisensa takia paremmat edellytykset varmistaa ostopalvelujen laatu kuin yksittäisellä peruskunnalla.

TERVEYSPIIRIN TOIMINNAN KATTAVUUS – VAIHTOEHTOJA

- A *Terveydenhuollon palvelut*
- B *Terveydenhuollon ja vanhustenhuollon palvelut*
- C *Terveydenhuollon ja vanhustenhuollon palvelut sekä sosiaali- ja terveydenhuollon rajapinnassa olevia palveluja (esim. päihde- ja mielenterveyspalvelut)*
- D *Kaikki sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut (= sosiaali- ja terveyspiiri)*

Terveyspiirin tehtävä

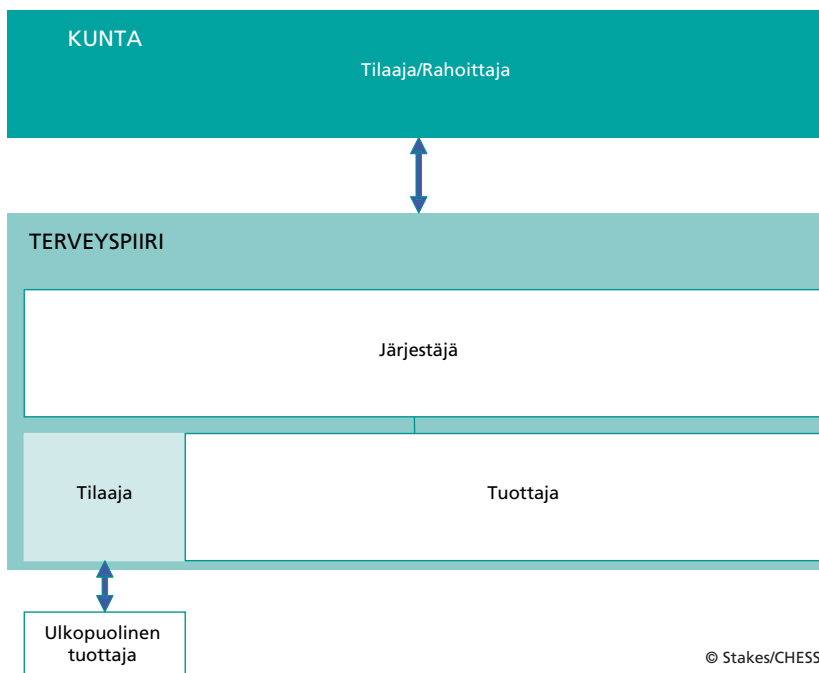
Terveyspiirin tehtävä voidaan ymmärtää useammalla tavalla. Terveyspiiri voi periaatteessa olla terveydenhuollon palvelujen järjestäjä, palvelujen tuottaja tai palvelujen tilaaja, tai se voi toteuttaa kaikkia näitä tehtäviä yhtä aikaa. Viimeksi mainittu kolmen roolin yhdistelmä ei välttämättä ole paras mahdollinen vaihtoehto pitkällä aikavälillä.

Palvelujen järjestäjänä terveystiiri vastaa sovittujen palvelujen järjestämisestä maakunnan väestölle, so. kunnat siirtävät palvelujen järjestämisvastuun terveystiirille. Terveystiiri voi toimia myös palvelujen tuottajana ja tilaajana.

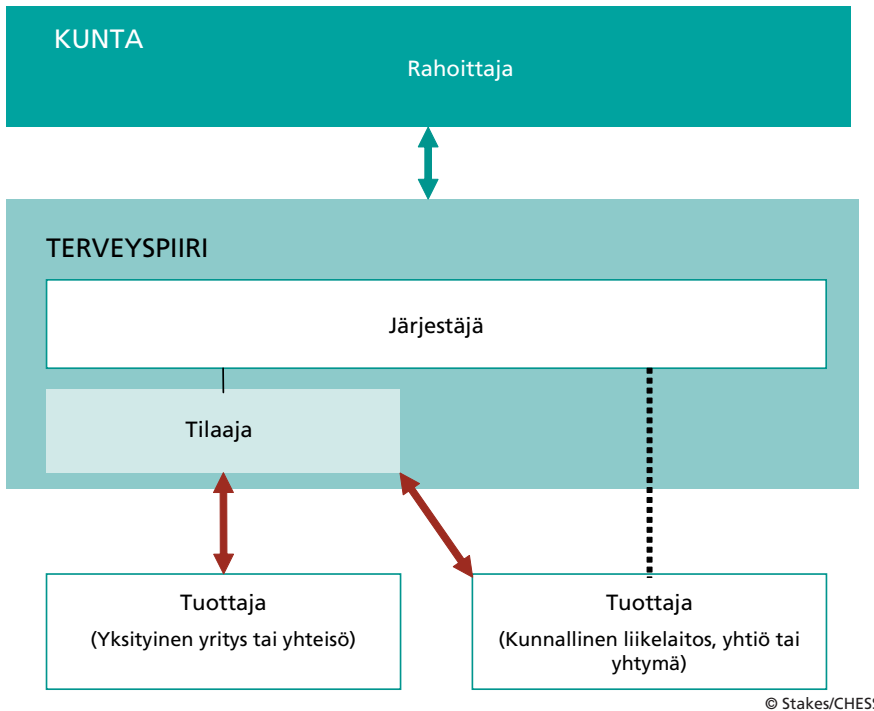
Palvelujen tuottajana terveystiiri tuottaa pääosan väestön tarvitsemista terveydenhuollon, vanhustenhuollon ja muista kuntien kanssa sovitusta palveluista. Kunnat tai kuntien muodostamat tilaajarengas toimivat terveystiirissä palvelujen tilaajina.

Palvelujen tilaajana terveystiiri vastaa väestön tarvitsemien palvelujen hankinnasta kuntien toivomusten ja asettamien rahoitusraamien mukaisesti. Palvelujen tilaaminen ja tuottaminen erotetaan tässä vaihtoehdossa selkeästi toisistaan. Palvelujen tuottajina toimivat julkiset ja yksityiset yhteisöt (kuntayhtymät, liikelaitokset, yritykset, yhdistykset). Terveystiiri palvelujen tilaajana on organisaationa pieni (so. henkilökunnan määrä 20–30), mutta hankintabudjetiltaan suuri.

Terveystiiri voi käynnistämävaiheessa toimia *palvelujen järjestäjänä, tuottajana ja tilaajana* (kuvio 4). Tällöin tiiri toimii sovittujen palvelujen järjestäjänä kuntien tekemien tilausten, toivomusten ja kuntien asettamien rahoitusraamien mukaisesti. Piiri toimii palvelujen tuottajana siltä osin kuin tuotanto on taloudellisesti ja toiminnallisesti tarkoituksenmukaista toteuttaa piirin omana toimintana. Terveystiiri toimii palvelujen tilaajana siltä osin kuin palveluja ei ole taloudellisesti ja toiminnallisesti tarkoituksenmukaista toteuttaa piirin omana toimintana.



KUVIO 4. Terveystiirin mahdollinen tehtävä ja rooli piirin toiminnan käynnistyessä



KUVIO 5. Terveyspiirin mahdollinen tehtävä ja rooli piirin toiminnan vakiinnuttua

Piirin toiminnan käynnistyessä on luontevaa, että *kunta* toimii terveyspiirisä ensisijaisena palvelujen *tilaajana* ja hankkii väestön tarvitsemat palvelut terveyspiiriltä palvelusopimuksilla.

Valittiinpa terveyspiirin tehtäväksi mikä tahansa edellä esitetyistä vaihtoehtoista, on tärkeää, että piirin toiminnan vakiinnuttua, noin 4–5 vuoden kuluttua piirin toiminnan käynnistymisestä, terveyspiirin rooli ja tehtävä arvioidaan uudelleen. Tällöin arvioidaan erityisesti, onko tarvetta muuttaa piirille määriteltävien tehtävien (järjestäjä, tuottaja, tilaaja) painotusta. Yksi mahdollinen vaihtoehto on esitetty kuviossa 5, jossa kunta toimii palvelujen ensisijaisena rahoittajana ja terveyspiiri palvelujen järjestäjänä ja tilaajana koko maakunnan alueella. Terveyspiiri tilaa maakunnan väestön tarvitsemat palvelut julkisilta palvelujen tuottajilta (kunnalliset liikelaitokset, yritykset tai yhtymät) ja yksityisiltä palvelujen tuottajilta (yritykset ja yhteisöt).

TERVEYSPIIRIN TEHTÄVÄT JA ROOLI – VAIHTOEHTOJA

- A Palvelujen järjestäjä
- B Palvelujen tilaaja
- C Palvelujen tuottaja
- D Soveltuvin osin palvelujen järjestäjä, tilaaja ja tuottaja

Palvelujen järjestäminen

Terveystieteeseen palvelut muodostuvat luontevasti kolmen tyyppisistä palveluista:

- Lähipalveluista, joita on saatavilla jokaisessa kunnassa säännöllisesti kunnan toivomassa laajuudessa
- Seudullisista palveluista, joita järjestetään useamman kunnan asukkaille yhteisesti
- Maakunnallisista palveluista, jotka järjestetään koko piirin alueella keskitetysti.

Lähipalvelut tuotetaan kunnassa. Jokaisessa kunnassa on yksi tai useampia lähipalvelupisteitä kunnan väestön tarvitsemien keskeisten peruspalvelujen tuottamiseksi. Kunta määrittelee tahtonsa ja taloudellisten voimavarojensa mukaan, mitkä palvelut tuotetaan lähipalveluna ja mitkä yhteisesti seudullisena palveluna tai koko piirin tasolla maakunnallisena palveluna. Lähipalvelut toteutetaan jokaisen kunnan alueella olevissa lähipalvelupisteissä säännöllisesti, kunnan koosta ja toivomuksista riippuen, jokaisena arkipäivänä tai harvemmin. Seudulliset palvelut ja osin myös maakunnalliset, keskitetyt palvelut tukevat lähipalvelujen toteuttamista sujuvilla konsultaatiokäytännöillä. Terveystieteeseen jäsenkuntien asukkaat voivat käyttää piirin alueella sitä lähipalvelupistettä, joka heille on etäisyyden, liikenneyhteyksien tai asioimissuuntien kannalta paras.

Seudullisiin palveluihin kootaan sellaiset palvelut, jotka on tarkoituksenmukaista järjestää yhteisesti useamman kunnan asukkaille, mutta palveluja voi olla saatavilla myös lähipalveluina. Myös osa maakunnallisesti, keskitetysti järjestettävistä erikoispalveluista voidaan toteuttaa seudullisissa palvelupisteissä.

Seudullisten palvelujen toteuttamista varten terveystieteeseen voidaan tarvittaessa jakaa terveydenhuoltoalueisiin, joiden maantieteellinen kattavuus ja väestöpohja määräytyvät piirin maantieteen ja liikenneyhteyksien perusteella. Terveydenhuoltoalueen luonteva väestöpohja voi olla esimerkiksi 20 000–50 000 asukasta.

Seudulliset palvelut johdetaan ja organisoidaan jokaisella terveydenhuoltoalueella keskitetysti, mutta palveluja voidaan toteuttaa useammassa toimipisteessä tai kunnassa lähipalveluina. Seudullinen palvelupiste voi sijaita pysyvästi yhden kunnan alueella tai vaihtua kunnasta toiseen järjestämistarpeista ja -mahdollisuuksista riippuen. Lähipalvelujen, seudullisten palvelujen ja maakunnallisten palvelujen väliset konsultaatiot järjestetään joustaviksi. Kaikki terveystieteeseen jäsenkuntien asukkaat voisivat periaatteessa käyttää seudullisia palveluja kaikkialla piirin alueella.

Maakunnalliset palvelut johdetaan ja organisoidaan koko piirin alueella yhdestä toimipisteestä keskitetysti, mutta palveluja voidaan toteuttaa useammassa toimipisteessä, jopa lähipalveluna tai kotona (esimerkiksi toimintaterapia osana kuntoutussuunnittelua). Sujuvilla konsultaatiokäytännöillä varmistetaan lähi- ja seudullisten palvelujen tarvitsema erityisasiantuntemus, näin vältetään turhilta siirroilta ja varmistetaan peruspalvelujen ensisijaisuus.

TERVEYSPIIRIN PALVELUT

- *Lähipalvelut ovat saatavilla jokaisessa kunnassa säännöllisesti kunnan toivomassa laajuudessa*
- *Seudulliset palvelut järjestetään useamman kunnan asukkaille yhteisesti terveydenhuoltoalueittain*
- *Maakunnalliset palvelut järjestetään koko piirin alueella keskitetysti*

Toimintojen organisointi

Terveyspiirin toiminnot voidaan organisoida useammalla tavalla. Päävaihtoehtoina on organisoida piirin palvelut elämäntapa- tai toimialamallin mukaan tai hallinnollisesti tuotantopaikan mukaan.

*Elämäntapa-*mallin mukaan piirin toiminnot voidaan organisoida pääosin kolmeen palvelualueeseen: lapsiperheiden palvelut, työikäisten palvelut ja vanhusten palvelut. Näitä täydentävät tukipalvelut ja hyvinvointipalvelut, joita ei ole luontevaa toteuttaa elämäntapa- mukaisesti (kuvio 6).

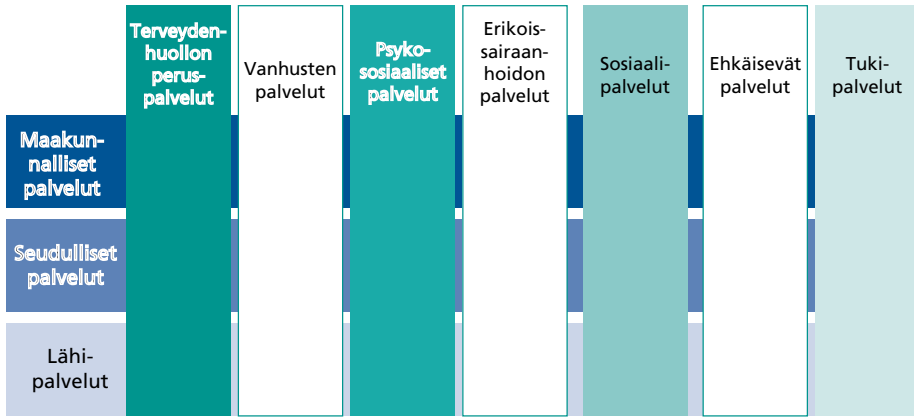
*Toimiala-*mallin mukaan piirin toiminnot organisoidaan esimerkiksi kuuteen toimialaan: perusterveydenhuollon palvelut, vanhusten palvelut, psykososiaaliset palvelut (mielenterveys- ja päihdetyö), erikoissairaanhoidon palvelut, tukipalvelut (laboratorio, kuvantaminen, lääkehuolto, tietohallinto, ym.) ja ehkäisevät palvelut (kuvio 7).

Hallinnollisessa mallissa piirin toiminnot voidaan organisoida palvelujen tuotantopaikkojen mukaan esimerkiksi sairaalakeskukseen ja kolmeen tai neljään sosiaali- ja terveyskeskukseen, jotka jakautuvat edelleen jokaisessa kunnassa toimi-



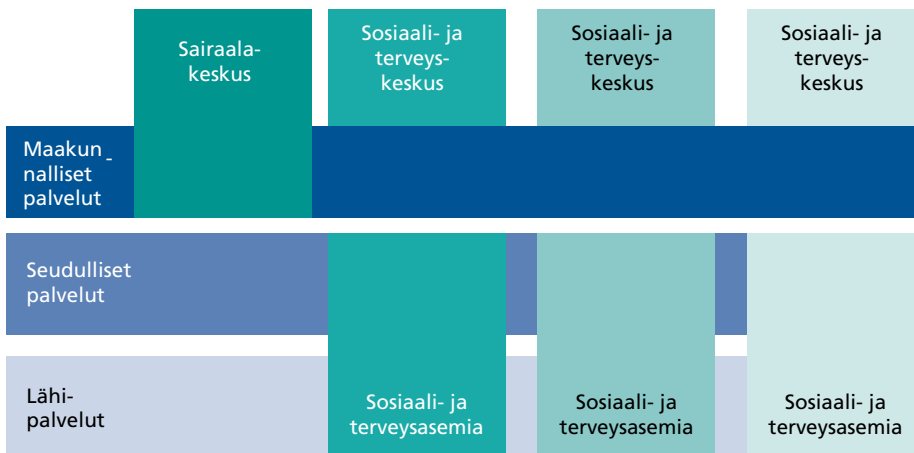
© Stakes/CHESS

KUVIO 6. Terveyspiirin palvelujen organisointi elämäntapa- mallin mukaan



© Stakes/CHES

KUVIO 7. Terveystietein palvelujen organisointi toimialamallin mukaan



© Stakes/CHES

Kuvio 8. Terveystietein palvelujen organisointi hallinnollisen mallin (tuotantopaikan) mukaan

viin sosiaali- ja terveysasemiin (kuvio 8). Nykyisen sairaanhoitopiirin keskussairaalana toimiva sairaalakeskus tai vastaava tuottaa tässä mallissa erikoissairaanhoidon palvelut ja muut maakunnalliset palvelut. Sosiaali- ja terveyskeskukset tuottavat seudulliset palvelut ja niiden osana toimivat sosiaali- ja terveysasemat tuottavat lähipalvelut. Sosiaali- ja terveyskeskukset vastaavat maantieteellisesti edellä kuvattu- ja terveydenhuoltoalueita.

Jos terveystiete ei kata kaikkia sosiaali- ja terveyspalveluja, kaikissa kolmessa mallissa toiminnallinen yhteistyö sosiaalipalvelujen kanssa rakennetaan kiinteäksi kaikkien palvelualueiden/toimialojen/tuotantopaikkojen kanssa. Jos sosiaalipalve-

lut muodostuvat kiinteäksi osaksi piirin toimintaa, toimialamallissa sosiaalipalveluista muodostetaan oma toimiala. Elämänkaarimallissa myös sosiaalipalvelut toteutetaan elämänkaarijattelun mukaisesti integroidusti muiden palvelujen kanssa. Liitteessä 1 on kuvattu yksityiskohtaisemmin terveyspiirin palvelujen järjestäminen elämänkaarimallin mukaan.

TERVEYSPIIRIN PALVELUJEN ORGANISOINTI – VAIHTOEHTOJA

A Elämänkaarimalli, jossa palvelualueina esimerkiksi

- lapsiperheiden palvelut
- työikäisten palvelut
- vanhusten palvelut
- hyvinvointipalvelut
- tukipalvelut.

B Toimialamalli, jossa toimialoina esimerkiksi

- perusterveydenhuollon palvelut
- vanhusten palvelut
- psykososiaaliset palvelut (mielenterveys- ja päihdetyöt)
- erikoissairaanhoidon palvelut
- tukipalvelut (laboratorio, kuvantaminen, lääkehuolto, tietohallinto ym.)
- ehkäisevät palvelut.

C Hallinnollinen malli, jossa tuotantopaikkoina esimerkiksi

- sairaalakeskus tai vastaava
- tarvittava määrä sosiaali- ja terveyskeskuksia, jotka jakautuvat sosiaali- ja terveysasemiin

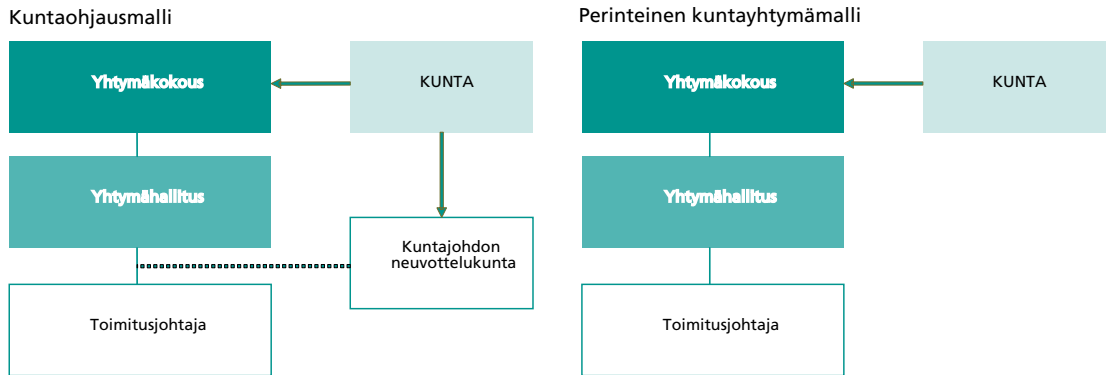
Terveyspiirin hallinto

Terveyspiirin luottamushenkilöhallinto voidaan järjestää useammalla tavalla. Perusvaihtoehtoja ovat kuntaohjausmalli ja perinteinen kuntayhtymämalli.

Kuntaohjausmalli korostaa kuntien suoraan ohjausta ja vaikutusmahdollisuuksia terveyspiirissä sekä mahdollisuutta vaikuttaa päätöksiin jo päätösten valmisteluvaiheessa. Perinteinen kuntayhtymämalli korostaa hallinnollista päätöksentekoa ja epäsuoraa ohjausta. Kuntaohjausmallissa korostuu kuntien rooli ja vastuu palvelujen järjestämisessä ja kuntayhtymämallissa terveyspiirin rooli ja vastuu.

Kuntaohjausmalli

Kuntaohjausmallissa terveyspiirin toimielimet ovat pääosin perinteisiä kuntayhtymän toimielimiä: kuntayhtymäkokous, kuntayhtymähallitus ja terveyspiirin toi-



© Stakes/CHES

KUVIO 9. Terveyspiirin hallintomallin perusvaihtoehdot

mitusjohtaja. Näiden perinteisten toimielimien lisäksi piirin hallinnon olennaisen osan muodostaa kuntajohtajista tai heidän määräämistään kunnan edustajista koostuva terveyspiirin neuvottelukunta (kuvio 9).

Kuntayhtymäkokous on terveyspiirin ylin päättävä elin, Yhtymäkokous koostuu kuntien valitsemista luottamushenkilöistä. Jokainen kunta nimeää edustajan yhtymäkokoukseen. Yhtymäkokous päättää piirin strategiasta ja talousarviosta.

Kuntayhtymän hallitus johtaa ja linjaa kuntayhtymän toimintaa. Yhtymähallitus koostuu luottamushenkilöistä, jotka valitaan sovitusti. Yhtymähallitus ohjaa ja suuntaa piirin toimintaa kuntayhtymäkokouksen määrittelemän strategian ja kuntien tahdon mukaisesti.

Kuntajohdon neuvottelukunta toimii terveyspiirin hallituksessa käsiteltävien asioiden valmistelevana kuntien yhteistyöelimenä ja varmistaa kuntien näkökulman toteutumisen piirin päätöksenteossa ja toiminnassa. Neuvottelukunta sovitaa yhteen kuntien palvelutilaukset ja samalla varmistaa, että piirin palvelutuotanto järjestetään koko piirin alueella taloudellisesti ja tarkoituksenmukaisesti. Neuvottelukunnassa on edustus jokaisesta kunnasta. Kunnan edustaja neuvottelukunnassa voi vaihdella käsiteltävästä asiasta riippuen. Neuvottelukunnan puheenjohtajana toimii kuntien määrääjäksi sopima kunnanjohtaja.

Terveyspiirillä on yksi johtaja, *terveyspiirin toimitusjohtaja*. Terveyspiirillä on piirin operatiivista toimintaa johtava suppea *johtoryhmä*, johon kuuluvat terveyspiirin toimitusjohtajan lisäksi palvelualueiden/toimialojen/tuotantopaikkojen johtajat. Varsinaisen johtoryhmän lisäksi piiriin on tarkoituksenmukaista muodostaa säännöllisesti kokoontuva laajennettu johtoryhmä, johon varsinaisen johtoryhmän lisäksi kuuluvat keskeiset toiminnan vastuuhenkilöt.

Perinteinen kuntayhtymämalli

Perinteisessä kuntayhtymämallissa terveystoiminnalla on kolme keskeistä toimielintä: kuntayhtymävaltuusto, kuntayhtymähallitus ja terveystoiminnan johtaja.

Kuntayhtymävaltuusto on terveystoiminnan ylin päättävä elin. Yhtymävaltuusto koostuu kuntien koko vaalikaudeksi valitsemista luottamushenkilöistä. Yhtymävaltuusto päättää piirin strategiasta ja talousarviosta.

Kuntayhtymähallitus toteuttaa terveystoiminnassa perinteisen kuntayhtymähallituksen tehtäviä. Kuntayhtymän valtuusto valitsee kuntayhtymän hallituksen. Hallituksen jäsenet ovat luottamushenkilöitä. Yhtymähallitus päättää ja linjaa piirin käytännön toimintaa yhtymävaltuuston määrittelemän strategian mukaisesti.

Terveystoiminnan johtajan ja johtoryhmän roolit ja tehtävät määritellään perinteisessä kuntayhtymämallissa pääpiirteissään samalla tavalla kuin kuntaohjausmallissa.

Eri toimielimien suhde kummassakin mallissa on kuvattu kuvioissa 9 (s. 39).

Terveydenhoitojärjestelmän ohjaus

Terveydenhoitojärjestelmän ohjausjärjestelmä, hallintomalli ja johtamisjärjestelmä muodostavat kokonaisuuden, joka tulee suunnitella sellaiseksi, että se mahdollisimman hyvin tukee piirille asetettujen tavoitteiden toteutumista. Terveydenhoitojärjestelmässä jokaisen kunnan ohjausmahdollisuus ja päätäntävalta tulee varmistaa kunnan koosta ja maantieteellisestä sijainnista riippumatta. Terveydenhoitojärjestelmän toteuttamisen kannalta olennaista on, että kunnalla säilyy päätäntävalta kaikista kunnan asukkaille tarjottavista piirin toimialaan kuuluvista palveluista. Ohjausjärjestelmällä tuetaan näitä tavoitteita.

Terveydenhoitojärjestelmän ohjausjärjestelmä muodostuu ideaalitapauksessa viidestä elementistä: strategisesta ohjauksesta, vuosiohjauksesta, toiminnallisesta ohjauksesta, taloudellisesta ohjauksesta ja prosessien ohjauksesta.

Strateginen ohjaus. Koko maakunnan terveydenhuollon ja vanhustenhuollon palvelujen strateginen suunnitteluvastuu on terveystoiminnalla. Piirin toiminnan pitkän aikavälin linjaukset määritellään terveystoiminnan strategiassa, joka muodostaa samalla piirin pitkän aikavälin liiketoimintasuunnitelman. Terveydenhoitojärjestelmän strateginen ohjaus perustuu kuntien laatiin hyvinvointisuunnitelmiin, jotka piiri sovittaa yhteen piirin strategiaksi.

Jokainen kunta valmistelee kunnan hyvinvointisuunnitelman, jonka pohjalta kunta määrittelee vuosittaisen palvelutilauksensa piiriltä. Hyvinvointisuunnitelman taustalla ovat kuntien tekemät osasuunnitelmat, kuten mielenterveys- ja päihdetyön kokonaisuunnitelmat.

Vuosiohjaus ja toiminnallinen ohjaus. Palvelusopimus on keskeinen terveystyön vuosiohjauksen ja toiminnan ohjauksväline. Jokainen kunta tekee piirinsä vuosittain (tai mahdollisesti kunnallisvaalikaudeksi ja tarkistetaan vuosittain) palvelusopimuksen, jossa määritellään kunnan asukkaille järjestettävät palvelut, palvelujen laajuus ja saatavuus (lähipalvelut, seudulliset palvelut ja maakunnalliset palvelut) ja niistä terveystyölle suoritettavat korvaukset. Kuntien palvelusopimuksista muodostuva kokonaisuus määrittelee terveystyöpiiriin toiminnalle vuosittain asetettavat määrälliset, toiminnalliset, sisällölliset, laadulliset ja taloudelliset tavoitteet.

Kuntajohdon neuvottelukunta on olennainen osa terveystyöpiirin toiminnallista ohjausta. Neuvottelukunta toimii osaltaan terveystyöpiirin päätöksiksi valmistelevana kuntien yhteistyöelimenä ja varmistaa kuntien näkökulman toteutumisen piirinsä päätöksenteossa ja toiminnassa. Neuvottelukunta sovittaa yhteen kuntien palvelutilaukset ja samalla varmistaa, että piirinsä palvelutuotanto järjestetään koko piirinsä alueella taloudellisesti ja tarkoituksenmukaisesti.

Taloudellinen ohjaus. Kuntien ja terveystyöpiirin kesken vuosittain solmittava palvelusopimus yhdessä piirinsä käyttöön otettavan rahoitus- ja kuntalaskutusmallin kanssa muodostavat terveystyöpiirin taloudellisen ohjauksen perustan.

Palvelusopimus on terveystyöpiirin taloudellisen ohjauksen keskeinen väline. Koko piirinsä yhteiset palvelujen tuottamisen periaatteet määritellään terveystyöpiirin strategiassa. Kunta voi palvelusopimuksessa määritellä yhteisestä strategiasta poikkeavat yksilölliset tarpeensa ja vastaa niiden kustannuksista.

Kunta voi hankkia kaikki väestön tarvitsemat palvelut terveystyöpiiristä tai vain osan niistä. Kunta voi vapaasti hankkia palveluja myös muilta terveydenhuollon ja vanhusten palvelujen tuottajilta.

Kuntien palvelusopimukset yhdessä määrittelevät terveystyöpiirin palveluvalikoiman, palvelutuotannon laajuuden ja toiminnan kokonaiskustannukset.

Prosessien ohjaus. Terveystyöpiirin toiminnan sisäinen ohjaus toteutetaan ajanmukaisesti, hyviksi havaittuja terveydenhuollon asiakkaiden hoitokokonaisuuksista muodostuvien prosessien ohjausperiaatteita soveltaen.

Terveystyöpiirin ohjausmalli muuttaa täysin perinteisen kuntayhtymien ohjausmallin. Perinteisessä mallissa kunnilla on käytännössä melko vähän keinoja ja mahdollisuuksia vaikuttaa kuntayhtymän toimintaan. Perinteinen kuntayhtymä vastaa väestölle tarjottavien palvelujen suunnittelusta, valmisteleo oman toimintansa ja taloussuunnitelmansa ja määrittelee sen pohjalta kuntien maksuosuudet. Terveystyöpiirissä piirinsä palveluvalikoima, palvelutuotannon määrä sekä toiminta- ja taloussuunnitelma määräytyvät kuntien tekeminen linjausten ja palvelusopimusten kautta. Terveystyöpiirimalli korostaa kuntien vastuuta järjestää palvelut asukkailleen.

TERVEYSPIIRIN OHJAUSJÄRJESTELMÄ

- *Strateginen ohjaus (piirin strategia, kuntien hyvinvointisuunnitelmat)*
- *Vuosiohjaus (palvelusopimus)*
- *Toiminnallinen ohjaus (palvelusopimus, kuntajohdon neuvottelukunta)*
- *Taloudellinen ohjaus (palvelusopimus, rahoitus- ja kuntalaskutusmalli)*
- *Prosessien ohjaus (toiminnan sisäinen ohjaus)*

Terveyspiirin rahoitus ja kuntalaskutus

Terveyspiirin rahoitus (piirin tulojen muodostumisperuste) ja kuntalaskutus (kuntien menojen määräytymisperuste) voidaan toteuttaa monella tavalla. Kyseen tulevana vaihtoehtoina voivat olla ainakin suoritemalli, kapitaatiomalli, meno-osuusmalli, tulo-osuusmalli, kokonaislaskutusmalli tai sekamalli.

Suoritemallissa kunnan vuotuinen maksu terveyspiirille määräytyy kunnan asukkaiden palvelujen käytön mukaan. Suoritemalli toteuttaa aiheuttamisperiaatteen, mutta kunnan kannalta menojen ennakointi on ongelmallista, koska asukkaiden hoitamiseen tarvittavien palvelujen käyttöä voi olla etukäteen vaikea ennustaa. Suoritemallia sovelletaan nykyisin sairaanhoitopiirien jäsenkuntalaskutuksessa.

Kapitaatiomallissa kunnan maksu terveyspiirille määräytyy asukasluvun mukaan, jokaiselle kunnalle samansuuruisena asukasta kohti. Kapitaatiomaksu voi olla myös tarveperusteinen. Maksu asukasta kohti voi vaihdella kunnan väestön palvelujen tarpeen mukaan. Kapitaatiomallissa kunnat menot ovat hyvin ennakoitavissa, koska maksu ei riipu kunnan asukkaiden palvelujen käytön määrästä. Kapitaatiomallia voi luonnehtia kuntien välisen solidaarisuuden malliksi. Kapitaatiomallissa piiri muodostaa rahoitusmielessä kuntien yhteisen vakuutuspoolin ja kapitaatiomaksut ovat kuntien vakuutusmaksuja tälle poolille.

Kapitaatioperiaate soveltuu hyvin uusiin terveyspiiriin käynnistämiin palveluihin. Vakiintuneiden palvelujen kohdalla kapitaatioperiaatteen soveltaminen voi olla ongelmallista, koska se aiheuttaa merkittäviä muutoksia kuntien nykyisiin terveysmenoihin ja muuttaa olennaisesti kuntien keskinäisiä maksuosuuksia. Lopputulokset on kuntien kannalta sama, sovellettiinpa kapitaatiolaskutuksessa kunnittain samansuuruisia tasamaksua tai kunnan väestön tarpeen mukaan vaihtelevaa maksua. Kapitaatioperusteisen kuntalaskutuksen käyttöönotto edellyttää useamman vuoden siirtymäaikaa, jonka aikana palvelujen tarjonta ja palvelurakenne sopeutetaan kunnittain väestön palvelujen tarvetta vastaavaksi.

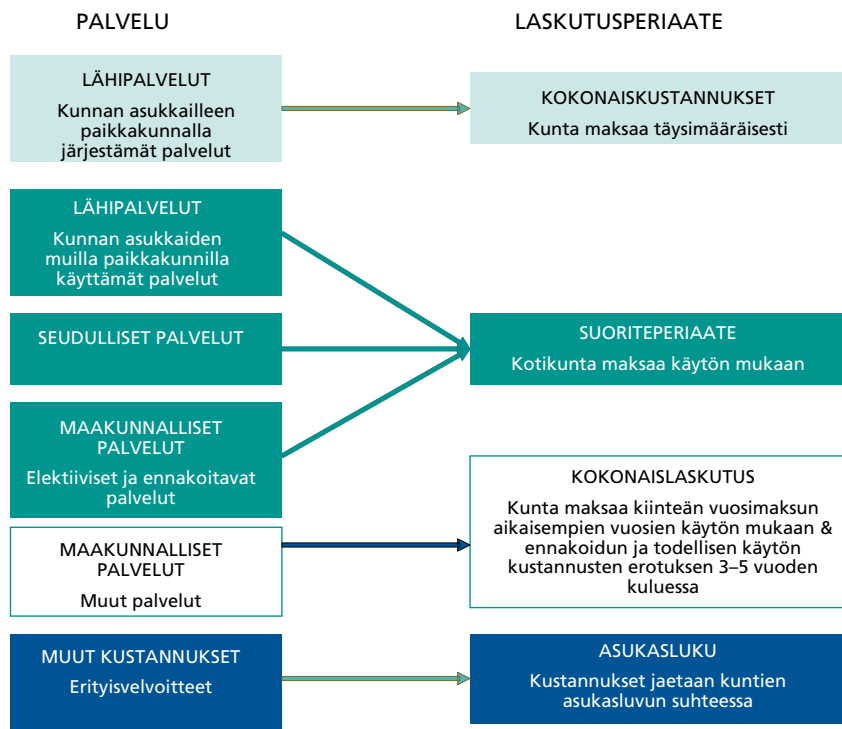
Meno-osuusmallissa kunnan maksu terveyspiirille määräytyy sovittuna prosenttiosuutena piirin kokonaismenoista. Kunnan menot ovat hyvin ennakoitavissa, sillä ne eivät riipu palvelujen käytöstä, vaan terveyspiirin perustamisajankohdan menotasosta. Meno-osuusmalli heijastaa kuntien erilaisia painotuksia ja palvelu-

näkemyksiä. Mallin toteuttaminen ei merkitse merkittäviä muutoksia kunnan menoihin terveystoiminnan käynnistyessä (pl. yleisen kustannustason muutos). Meno-osuusmalli ei muuta kuntien rahoitusosuuksia lähtötilanteeseen verrattuna.

Tulo-osuusmallissa kunnan maksu terveystoiminnalle määräytyy prosenttiosuutena kunnan laskennallisesta verorahoituksesta. Tämä vastaa Kainuussa noudatettavaa maakunnan rahoitusmallia. Kunnan menot ovat tässä mallissa hyvin ennakoitavissa. Kunnan menot eivät riipu kunnan asukkaiden palvelujen käytöstä, vaan kunnan tuloista.

Kokonaislaskutusmallissa kunta maksaa terveystoiminnalle kiinteän vuosimaksun, joka määräytyy kunnan asukkaiden aikaisempien vuosien palvelujen käytön mukaan. Kunnan asukkaiden todellista palvelujen käyttöä ja sen kustannuksia seurataan vuositasolla. Kunta maksaa vuosimaksun ja todellisen käytön mukaisten todellisten kustannusten erotuksen esimerkiksi 3–5 vuoden kuluessa. Kunnan menot ovat tässä mallissa melko hyvin ennakoitavissa. Kokonaislaskutusmallia käytettäessä ei tarvita erillistä tasausrahastoa kalliiden hoitojen kustannusten rahoittamiseen.

Sekamallissa sovellettava maksuperiaate riippuu palvelusta. Sekamallissa sovelletaan edellä kuvattujen rahoitus- ja kuntalaskutusmallien periaatteita eri tavalla erityyppisissä palveluissa. Kunnan menot ovat sekamallissa melko hyvin ennakoitavissa. Menot riippuvat vain osin asukkaiden palvelujen käytöstä. Yksi esimerkki sekamallista on esitetty kuviossa 10.



© Stakes/CHES

KUVIO 10. Esimerkki terveystoiminnan rahoituksen ja kuntalaskutuksen toteuttamisesta sekamallilla

TERVEYSPIIRIN RAHOITUS JA KUNTALASKUTUS – VAIHTOEHTOJA

- A Suoritemalli*
- B Kapitaatiomalli*
- C Meno-osuusmalli*
- D Tulo-osuusmalli*
- E Kokonaislaskutusmalli*
- F Sekamalli*

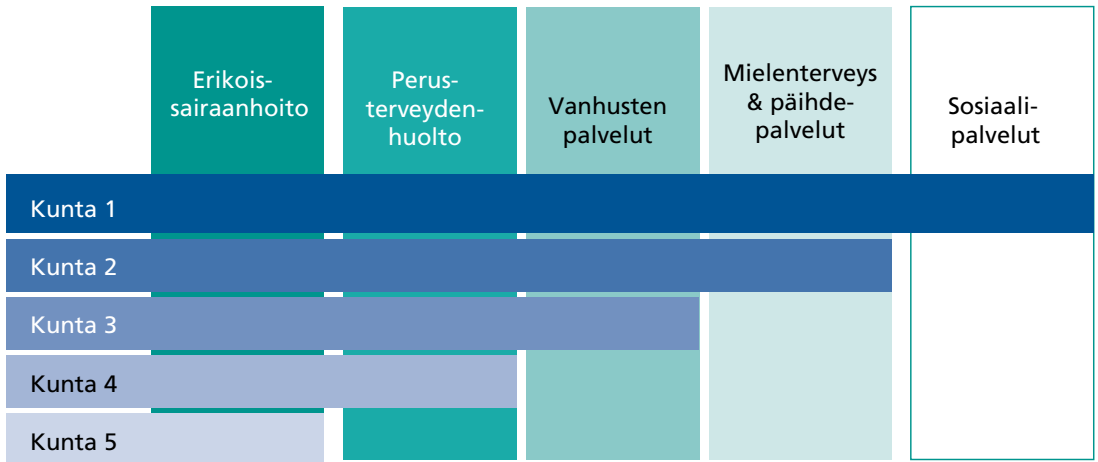
Tuleeko maakunnan kaikkien kuntien kuulua terveyspiiriin?

Maakunnan kuntien kannalta paras vaihtoehto pitkällä aikavälillä on, että kaikki maakunnan kunnat kuuluvat terveyspiiriin alusta alkaen kaikkien palvelujen osalta. Tämä vahvistaa terveyspiirin taloudellista ja toiminnallista pohjaa ja tarjoaa vahvan aseman kilpailtaessa terveydenhuollon osajista ja neuvoteltaessa yhteistyökysymyksistä muiden terveyspiirien tai sairaanhoitopiirien kanssa. Ratkaisulla saavutetaan koko maakunnan kannalta merkittävää taloudellista ja toiminnallista etua.

Kunnat ovat järjestäneet palvelut hieman toisistaan poikkeavalla tavalla. Tämä koskee erityisesti perusterveydenhuollon ja vanhusten palveluja. Lyhyellä aikavälillä voi olla perusteltua edetä terveyspiirin perustamisessa vaihteittain ja antaa kunnille mahdollisuus valita omalta kannalta luontevin tapa osallistua terveyspiirin toimintaan.

Terveyspiirin käynnistäessä toimintansa voi olla tarkoituksenmukaista tarjota maakunnan kunnille erilaisia vaihtoehtoja tulla mukaan terveyspiirin toimintaan. Paras vaihtoehto on, että kaikki kunnat järjestävät palvelut terveyspiirin toimesta. Tällöin kunnalla on päätäntävalta ja vaikutusmahdollisuus piiriin kaikkeen toimintaan. Toinen vaihtoehto on, että kaikki maakunnan kunnat kuuluvat terveyspiirin erikoissairaanhoidon osalta. Tällöin kunta toteuttaa sairaanhoitopiiriin kuulumisvelvoitteensa ja sillä on päätäntävalta erikoissairaanhoidosta. Tämän lisäksi osa kunnista toteuttaa myös muut palvelut terveyspiirin toimesta ja osa muulla tavoin. Ne kunnat, jotka osallistuvat piiriin toimintaan valikoidusti, voivat luonnollisesti olla mukana päättämässä vain niistä toiminnoista, joihin kunta osallistuu.

Kuviossa 11 on esitetty kuntien eri vaihtoehtoja kuulua terveyspiiriin piirin toiminnan käynnistyessä.



© Stakes/CHES

Kuvio 11. Kuntien erilaisia vaihtoehtoja kuulua terveyspiiriin toiminnan käynnistyessä

Kunnallinen itsehallinto terveyspiirissä

Terveykspiirissä kuntien itsenäinen päätäntävalta säilyy ja jopa vahvistuu. Kunta ottaa uudella tavalla vastuuta palvelujen järjestämisestä asukkailleen. Kunta laatii hyvinvointisuunnitelman, jonka perusteella se päättää asukkailleen tarjottavien palvelujen valikoiman, määrän ja kokonaiskustannukset. Kunta maksaa asukkaidensa käyttämien palvelujen kustannukset täysimääräisinä ajan mittaan. Kunta nimeää edustajansa piirin toimielimiin.

Kunta laatii hyvinvointisuunnitelman, jonka kunnanvaltuusto hyväksyy. Kunnan hyvinvointisuunnitelma on osa koko terveyspiirin strategiaa. Kunta neuvottelee terveyspiirin kanssa palvelusopimuksen, joka määrittelee piirin roolin kunnan hyvinvointisuunnitelman toteuttamisessa. Palvelusopimus on keskeinen ohjausväline, jolla kunta ohjaa terveyspiirin toimintaa.

Kunnanjohtaja tai hänen määräämänsä henkilö toimii kuntajohdon neuvottelukunnassa kunnan edustajana kuntaohjausmallissa. Neuvottelukunta on olennainen osa piirin terveyspiirin toiminnallista ohjausta ja varmistaa kuntien näkökulman toteutumisen piirin päätöksenteossa ja toiminnassa.

Henkilöstö

Koko julkisen terveydenhuollon ja vanhustenhuollon henkilöstö on yhden työnantajan, terveystiimin, palveluksessa. Nykyinen vakituinen henkilöstö siirtyy terveystiimin palvelukseen vanhoina työntekijöinä. Jokaisella terveystiimin työntekijällä on ensisijainen sijoituspaikka, mutta on mahdollista, että työntekijä voi toimia useammassa toimipisteessä. Työntekijän sijoituspaikka voi muuttua palvelutarpeiden tai palvelujen toteutustavan muuttuessa.

Palvelujen järjestäminen asiakkaan näkökulmasta elämäntapaorganisaationa tarkoittaa työskentelyä monenlaisista osaajista koostuvan työryhmän jäsenenä. Aikaisemmin eri sektoreissa tai verkostoissa työskennelleet asiantuntijat kootaan yhteiseen yksikköön, jossa asiakasta palvellaan tarpeiden lähtökohdista yhtenä kokonaisuutena. Siirtyminen uudella tavalla toimiviin monien osaajien yksiköihin edellyttää työntekijöiltä uudenlaista orientaatiota sekä sitä tukevaa koulutusta ja johtamista.

Terveystiimi tarjoaa henkilöstölle aikaisempaa paremman mahdollisuuden hakeutua työtehtäviin, jossa kukin työntekijä voi parhaiten hyödyntää omaa osaamistaan. Terveystiimissä henkilöstöä ja henkilöstön osaamista käytetään tasapuolisesti palvelemaan koko tiimin väestöä. Näin varmistetaan, että henkilöstön asiantuntemusta ja uusia hyväksi havaittuja toimintamalleja hyödynnetään laajasti koko tiimin alueella.

Terveystiimissä työskentelee suuri joukko hyvin koulutettuja terveydenhuollon ja vanhustenhuollon asiantuntijoita. Tämän vuoksi terveystiimin henkilöstöjohtamisessa korostuvat osaamisen johtaminen ja kehittyminen omassa ammatillisessa ja johtamisosaamisessa.

Uudenlaiseen toimintakulttuuriin siirtymisen edellytyksenä on, että terveystiimin henkilöstö otetaan mukaan muutosten suunnitteluun ja toteuttamiseen alusta alkaen. Henkilöstön osaamisesta ja työssä jaksamisesta huolehditaan. Koko henkilöstölle järjestetään uuteen terveystiimin toimintamalliin valmentavaa, osaamista vahvistavaa ja muutoksen toteuttamista tukevaa täydennyskoulutusta.

Muutoksen toteutus

Terveystiimi voidaan perustaa useammalla tavalla. Perusvaihtoehtoja on kaksi: perustetaan täysin uusi maakunnallinen kuntayhtymä tai toteutetaan terveystiimi muuttamalla maakunnan sairaanhoitopiirin kuntayhtymän perussopimusta. Edellinen vaihtoehto lienee neutraalimpi.

Täysin uudenlaisen terveystiimin aloittaessa toimintansa olisi luontevaa käynnistää toiminta perustamalla sitä varten uusi maakunnallinen terveystiimin kuntayhtymä ja aloittaa tiimin toiminta ”puhtaalta pöydältä”. Koko maakunnan laa-

juinen terveystiiri kattaisi nykyiset erikoissairaanhoidon, perusterveydenhuollon, vanhustenhuollon ja mahdollisesti myös kaikki perinteiset sosiaalitoimen palvelut. Uuden kuntayhtymän perustamisen myötä maakunnan nykyisen sairaanhoitopiirin kuntayhtymän toiminta lakkaisi ja sen tehtävät siirtyisivät täysimääräisinä terveystiirille.

Toinen vaihtoehto on perustaa terveystiiri muuttamalla nykyisen sairaanhoitopiirin kuntayhtymän perussopimusta siten, että piirin toimialaa laajennetaan kattamaan erikoissairaanhoidon lisäksi perusterveydenhuollon, vanhustenhuollon ja muut sosiaalitoimen palvelut. Samalla muutetaan kuntayhtymän nimi terveystiiriksi. Nykyisen kuntayhtymän perussopimuksen muuttaminen olisi todennäköisesti joutuisin tapa perustaa koko maakunnan kattava terveystiiri. Tämä vaihtoehto herättänee jonkin verran epäilyjä erikoissairaanhoidon roolin säilymisestä dominoivana käynnistyvässä terveystiirissä.

TERVEYSTIIRIN PERUSTAMINEN – VAIHTOEHTOJA

- A** *Perustetaan uusi maakunnallinen kuntayhtymä – maakunnallinen terveystiiri*
- B** *Laajennetaan nykyisen sairaanhoitopiirin toimialaa perussopimuksen muutoksella ja muutetaan kuntayhtymän nimi terveystiiriksi*

Yhteenveto terveystiirin toteuttamisvaihtoehdoista

Taulukkoon 2 (s. 48) on koottu yhteenveto terveystiirin perustamisvaihtoehdoista. On syytä huomata, että sarakkeilla esitettyjen vaihtoehtojen järjestys (A–E) ei kuvaa millään tavalla vaihtoehtojen paremmuus- tai suosituimmuusjärjestystä. Tämän teoksen kirjoittajien näkemys vaihtoehtojen suotavuudesta on valkoisella pohjalla taulukossa 2.

TAULUKKO 2. Yhteenvedo terveystiiriin perustamisvaihtoehdoista

	Vaihtoehto A	Vaihtoehto B	Vaihtoehto C	Vaihtoehto D	Vaihtoehto E
Terveystiiriin toiminnan kattavuus	Terveydenhuollon palvelut	Terveydenhuollon ja vanhustenhuollon palvelut	Terveydenhuollon ja vanhustenhuollon palvelut sekä sosiaali- ja terveydenhuollon rajapinnassa olevia palveluja (esim. päihde- ja mielenterveyspalvelut)	Kaikki sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut (= sosiaali- ja terveystiiri)	
Terveystiiriin tehtävä ja rooli	Palvelujen järjestäjä	Palvelujen tilaaja	Palvelujen tuottaja	Soveltuvin osin palvelujen järjestäjä, tilaaja ja tuottaja	
Palvelut	Lähipalvelut ovat saatavilla jokaisessa kunnassa säännöllisesti kunnan toivomassa laajuudessa. Seudulliset palvelut järjestetään useamman kunnan asukkaille yhteisesti terveydenhuolto-alueittain. Maakunnalliset palvelut järjestetään koko piirin alueella keskitetysti				
Palvelujen organisointi	Elämänkaari-malli, palvelu-alueina esimerkiksi: – Lapsiperheiden palvelut – Työkäisten palvelut – Vanhusten palvelut – Hyvinvointipalvelut – Tukipalvelut	Toimialamalli, toimialoina esimerkiksi: – Perusterveydenhuollon palvelut – Vanhusten palvelut – Psykososiaaliset palvelut (mielenterveys- ja päihdetyö) – Erikoissairanhoidon palvelut – Tukipalvelut (laboratorio, kuvantaminen, lääkehuolto, tietohallinto, ym.) – Ehkäisevät palvelut	Hallinnollinen malli, tuotantopaikkoina esimerkiksi: Sairaalakeskus tai vastaava ja useita sosiaali- ja terveyskeskuksia, jotka jakautuvat useisiin sosiaali- ja terveysasemiin		
Terveystiiriin hallintomalli	Kuntaohjausmalli	Kuntayhtymämalli	Muita vaihtoehtoja (esim. keskuskunta, kunnallinen liikelaitos, kunnallinen yhtiö)		
Terveystiiriin ohjaus	Strateginen ohjaus (piirin strategia, kuntien hyvinvointisuunnitelmat) Vuosiohjaus (palvelusopimus) Toiminnallinen ohjaus (palvelusopimus, kuntajohdon neuvottelukunta) Taloudellinen ohjaus (palvelusopimus, rahoitus- ja kuntalaskutusmalli) Prosessien ohjaus (toiminnan sisäinen ohjaus)				

	Vaihtoehto A	Vaihtoehto B	Vaihtoehto C	Vaihtoehto D	Vaihtoehto E
Rahoitus ja kuntalaskutus	Suoritemalli	Kapitaatiomalli	Meno-/tulo-osuusmalli	Kokonaislaskutusmalli	Sekamalli
Terveyspiiriin kuuluminen	Erikoissairaanhoido	Erikoissairaanhoido ja perusterveydenhuolto	Erikoissairaanhoido, perusterveydenhuolto ja vanhustenhuolto	Erikoissairaanhoido, perusterveydenhuolto, vanhustenhuolto ja sosiaali- ja terveydenhuollon rajapinnassa olevia palveluja	Koko sosiaali- ja terveystoimi
Terveyspiirin perustaminen	Perustetaan uusi maakunnallinen kuntayhtymä – terveyspiiri	Laajennetaan sairaanhoitopiirin toimialaa perussopimuksen muutoksella ja muutetaan kuntayhtymän nimi terveyspiiriksi			

TERVEYSPIIRIN TOIMINTAMALLIN ARVIOINTIA

Arviointiperusteet

Terveyspiirin toimintamallin arvioinnissa keskeisiä yleisiä arviointiperusteita ovat terveyspiirille edellä luvussa *Tavoitteet ja keskeiset periaatteet* asetetut tavoitteet:

1. Parantaa palvelujen saatavuutta ja sujuvuutta
2. Lisätä asukkaiden valinnanmahdollisuuksia
3. Luoda mahdollisuudet käyttää maakunnan terveydenhuollon voimavaroja järkevästi
4. Säilyttää kuntien vaikutusmahdollisuudet palvelujen suunnittelussa
5. Parantaa menokehityksen hallintaa ja menojen ennakoitavuutta
6. Parantaa palvelutuotannon taloudellisuutta ja tuottavuutta.

Arviointiperusteista voi yleisesti todeta, että terveyspiiri ei välttämättä sinänsä tuo automaattisesti kovin paljon muutoksia maakunnan terveydenhuollon toimintaan. Muutosten merkittävyys riippuu ratkaisevasti siitä, miten terveyspiiri käytännössä toteutetaan ja erityisesti siitä, missä määrin tässä teoksessa ehdotetut toimenpiteet terveyspiirin muodostamiseksi toteutetaan. Jos esimerkiksi perusterveydenhuolto ja erikoissairaanhoido yhdistetään vain hallinnollisesti, ilman että samalla toteutetaan merkittäviä toiminnallisia muutoksia, tai jos palvelujen tuottamistavat ja yleensäkin toimintatavat pysyvät ennallaan tai palvelujen päällekkäisyyksiä ei pureta, tulokset terveyspiiristä voivat jäädä vaatimattomiksi.

Seuraavassa arvioinnissa lähtökohtana on, että terveyspiiri toteutetaan tämän teoksen kirjoittajien ensisijaisena pitämällä tavalla (taulukko 2, s. 48). Tällöin terveyspiiri rakennettaisiin seuraavien periaatteiden mukaisesti:

- Terveyspiiri kattaa kaikki sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut (= sosiaali- ja terveyspiiri)
- Terveyspiiri on toiminnan käynnistyessä soveltuvin osin palvelujen järjestäjä, tilaaja ja tuottaja
- Palvelut toteutetaan lähipalveluina, seudullisina palveluina ja maakunnallisina palveluina
- Palvelut organisoidaan elämäntaakkarimallin mukaan lapsiperheiden palveluihin, aikuisten palveluihin ja vanhusten palveluihin sekä näitä tukeviin ja täydentäviin hyvinvointipalveluihin ja tukipalveluihin
- Terveyspiirin hallinto toteutetaan kuntaohjausmallin mukaisesti
- Terveyspiirin ohjaus rakentuu useista ohjausvälineistä ja -tasoista
- Rahoitus ja kuntalaskutus toteutetaan sekamallilla.

Toimintamallin arviointia

Terveyspiirin toimintamallista voidaan todeta edellä esitettyjen arviointiperusteiden mukaisesti seuraavaa.

Terveyspiirin toimintamalli verrattuna nykyiseen toimintamalliin

Tällä hetkellä perusterveydenhuollon, erikoissairaanhoidon ja vanhusten palvelut on toteutettu maakunnissa yleensä erillisissä organisaatioissa. Maakunnassa on tavallisesti kansanterveystyön kuntayhtymiä ja yhden kunnan terveyskeskuksia, jotka tuottavat perusterveydenhuollon palvelut. Jokaisessa kunnassa on kunnan omat vanhusten palvelut. Psykososiaalisia palveluja tuotetaan sosiaalitoimen, perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon toimesta. Jokainen kunta järjestää itse tai muiden kanssa yhteistyössä sosiaalitoimen palvelut. Lisäksi maakunnan sairaanhoitopiirissä on keskussairaala ja usein myös yksi tai useampia aluesairaaloita. Isommissa kaupungeissa on usein myös suurehkoja terveyskeskusten vuodeosastoina toimivia sairaaloita. Joidenkin sairaanhoitopiirien keskussairaala toimii samalla erityisvastuualueen eli ns. miljoonapiirin yliopistollisena sairaalana.

Terveyspiirissä kaikki perusterveydenhuollon, erikoissairaanhoidon, vanhustenhuollon ja psykososiaaliset palvelut ja mahdollisesti myös kaikki sosiaalitoimen palvelut, järjestetään yhden organisaation toimesta, joka toteuttaa palvelut kuntien toivomassa laajuudessa. Terveyspiiri hankkii osan kuntien toivomista palveluista muilta maakunnan tai muiden maakuntien tai sairaanhoitopiirien palvelujen tuottajilta ostopalveluina. Terveyspiiri hankkii tarvittavat erityistason vaativaa sairaanhoitoa edellyttävät palvelut erityisvastuualueensa yliopistosairaalasta tai muusta vastaavasta valtakunnallisesta keskukselta.

Parantaa palvelujen saatavuutta ja sujuvuutta

Palvelujen saatavuus paranee terveyspiirissä monella tavalla nykyiseen verrattuna. Potilaiden mahdollisuus valita perustason hoitopaikka joko luonnollisen asiointisuunnan (esimerkiksi työpaikan sijainnin mukaan) tai henkilöstön perehtyneisyyden mukaan (esimerkiksi diabetespotilaiden hoitoon) parantaa maakunnan väestön palvelujen saatavuutta ja laatua.

Perustason sisäisillä ja erikoissairaanhoidon konsultaatiokäytännöillä varmistetaan, että mahdollisimman laaja asiantuntemus on käytettävissä potilaan hoidossa kaikilla tasoilla.

Uudistuvat alueelliset potilastietojärjestelmät mahdollistavat tiedon saannin terveyspiirissä hoidon eri tasoilla aina kun sitä tarvitaan. Tämä edistää myös niukkojen voimavarojen monipuolista hyödynnettävyyttä ja sitä kautta parantaa palvelujen saatavuutta.

Palvelujen järjestäminen elämäkkaarajattelun mukaan, jossa palvelut tuotetaan asiakkaan tarpeista lähtien eri ammattiryhmien ja palvelusektoreiden yhteistyönä parantaa palvelujen saatavuutta ja sujuvuutta. Palvelujen sujuvuus paranee myös terveystieteisiin rakennettua toimivat, perustasolta erikoissairaanhoidon ulottuvat hoitoketjut tavallisimpien sairauksien hoitoon. Hoitoketjujen rakentamista ja sujuvuutta parantaa myös kaikkien terveydenhuollon ja vanhusten palvelujen järjestäminen sama organisaation toimesta.

Lisää asukkaiden valinnanmahdollisuuksia

Terveyspiiri parantaa merkittävästi asukkaiden valinnanmahdollisuuksia nykyiseen maakunnan terveydenhuollon ja vanhustenhuollon toimintamalliin verrattuna, erityisesti lähipalveluissa.

Terveyspiirissä kuntaraja ei enää ole esteenä palvelujen saamiselle, vaan kaikki piirin alueella tuotettavat julkiset terveydenhuollon lähipalvelut ovat kaikkien asukkaiden käytettävissä asuinpaikasta riippumatta. Erikoissairaanhoidon saamiseksi hakeudutaan ensisijaisesti oman lääkärin hoitoon, lukuun ottamatta erikseen sovittuja sairauksia tai päivystysaikana syntyneitä hoidon tarvetta. Oma lääkäri konsultoi asianomaista erikoislääkärinä joko suoraan itse tai lähettämällä potilaan erikoissairaanhoidon. Sairauskertomustietojen yhteiskäyttö varmistaa konsultoitavien osapuolien hoitoneuvottelujen laadun, ja turhilta siirroilta erikoissairaanhoidon välttämisen.

Terveyspiirissä voidaan kaikki piirin alueella olevat maakunnan julkisen terveydenhuollon voimavarat jakaa ja kohdentaa siten, että palveluja on tarjolla juuri siellä, missä niitä eniten tarvitaan ja missä väestö haluaa palveluja ensisijaisesti käyttää. Kaikki terveydenhuollon voimavarat ovat siten koko alueen väestön käytössä ja kohdentuvat väestön luonnollisten käyttötottumusten ja asiointisuuntien mukaisesti. Alueen terveys- ja sosiaalipalvelujen rationaalinen suunnittelu ja kohdentaminen helpottuvat.

Asukkaat vaikuttavat terveystieteisiin omilla käyttöpäätöksillään ja valinnoillaan merkittävästi erityisesti lähipalvelujen sijoitteluun terveystieteisiin alueella. Asukkaiden vaikutusmahdollisuudet palvelujen järjestämiseen paranevat terveystieteisiin merkittävästi nykyiseen verrattuna.

Luo mahdollisuudet käyttää maakunnan terveydenhuollon voimavaroja järkevästi

Terveyspiiri kokoaa kaikki maakunnan julkisen terveydenhuollon ja mahdollisesti myös sosiaalitoimen palvelut ja henkilöstön saman ”katon” alle. Terveyspiiri tarjoaa kunnille nykyistä paremmat ja laajemmat mahdollisuudet järjestää ja toteuttaa

kunnan asukkaiden tarvitsemat terveydenhuollon ja vanhustenhuollon palvelut kuntien yhteistyönä sovittujen linjausten mukaisesti.

Monien kuntien pienen väestömäärän vuoksi monet palvelut joudutaan nykyisin hoitamaan yhden tai muutamien ammattilaisten voimin. Tulevaisuudessa tällaisiin työpaikkoihin on entistä vaikeampaa saada nuoria, ammattitaitoisia työntekijöitä, joista jo nyt ennakoidaan tulevan pulaa. Terveyspiirissä palvelut järjestetään suurina kokonaisuuksina. Ammatillinen kehittyminen varmentuu kun työntekijä toimii osana laajaa työyhteisöä. Suurissa yksiköissä henkilöstövoimavaroja on myös mahdollista suunnata toiminnan edellyttämällä tavalla taloudellisesti. Terveyspiiri on vetovoimainen työyhteisö.

Johtamista ja hallinnollista työtä keskitetään terveyspiirissä siten, että potilasta ja asiakastyössä oleville jää enemmän aikaa varsinaiseen työhönsä ja lähijohtajille työn organisointiin ja henkilöstöjohtamiseen. Johtajiksi ja vastuuhenkilöiksi valitaan henkilöitä, jotka ovat näihin tehtäviin halukkaita ja valmiita kehittämään itseään johtajina.

Terveyspiirissä henkilökunnalle tarjotaan mahdollisuus muotoilla työtään oman kiinnostuksensa ja elämäntilanteensa mukaiseksi. Henkilökunnalla on mahdollisuus tehdä tarpeen mukaan, esimerkiksi perhetilanteesta johtuen, lyhennettyä tai tavanomaista pidempää työaika. Itsensä kehittäminen ja erikoistuminen kiinnostuksen mukaan on mahdollista myös terveyspiirin perustasolla lähipalveluissa. Terveyspiiri houkuttelee itsensä ja toiminnan kehittämisestä innostuneita työntekijöitä.

Useiden yleisten ja keskeisten sairauksien ja ongelmaryhmien hoidon koordinoimiseksi terveyspiirissä suunnitellaan hoito- ja palveluketjut, joiden sisällä sovitaan sekä hyvistä hoitokäytännöistä että palvelujen sujuvasta toteuttamisesta. Yhteiset tietojärjestelmät ja sairauskertomustietojen yhteiskäyttö parantaa sujuvaa yhteistyötä hoitoketjun eri vaiheissa. Terveyspiirin toteuttaminen parantaa hoidon jatkuvuutta varsinkin monitahoisten psykososiaalisten ongelmien hoidossa. Organisaatioiden väliset rajat madaltuvat olennaisesti tai poistuvat kokonaan.

Säilyttää kuntien vaikutusmahdollisuudet palvelujen suunnittelussa

Terveyspiiri parantaa kuntien vaikutusmahdollisuuksia terveyspalvelujen ja sosiaalipalvelujen järjestämisessä nykyiseen verrattuna merkittävästi. Kunta laatii hyvinvointisuunnitelman ja päättää itsenäisesti asukkailleen tarjottavien palvelujen valikoiman, määrän ja palvelujen järjestämiseen varattavan rahamäärän. Samalla kunta joutuu terveyspiirissä ottamaan nykyistä suuremman, tietoisesti vastuun palvelujen järjestämisestä asukkailleen.

Kunta määrittelee terveyspiirin roolin kunnan asukkaiden palvelujen tuottamisessa palvelusopimuksella, joka on keskeinen ohjausväline. Palvelusopimuksella kunta ohjaa terveyspiirin toimintaa haluamaansa suuntaan. Kunta voi palvelusopi-

muksessa painottaa väestölle tarjottavia palveluja muista kunnista poikkeavalla tavalla ja vastaa näin syntyvistä kustannuksista. Kunnan tulee kuitenkin yhdessä terveystyöryhmän kanssa varmistaa, että palvelujen oikeudenmukainen ja tasa-arvoinen toteutuminen terveystyöryhmän sisällä toteutuu asuinkunnasta riippumatta.

Kunta ei ole sidottu käyttämään kaikkia terveystyöryhmän palveluja, vaan kunta voi niin halutessaan hankkia palveluja vapaasti myös muilta terveyspalvelujen ja vanhusten palvelujen tuottajilta. Siten kunta voi hankkia kaikki väestön tarvitsemat palvelut terveystyöryhmästä tai vain osan niistä.

Kunta vaikuttaa terveystyöryhmän toimintaan myös työryhmän toimielimiin valitsemisensa edustajien kautta. Kunnan edustuksellinen ohjaus järjestetään kuntaohjausmallissa nykyisestä poikkeavalla tavalla kuntajohtoon neuvottelukunnan kautta, mikä parantaa kunnan mahdollisuuksia vaikuttaa terveystyöryhmän toimintaan jo asioiden valmisteluvaiheessa myös sen toimielimien kautta.

Parantaa menokehityksen hallintaa ja menojen ennakoitavuutta

Terveystyöryhmässä menojen hallintaa ja ennakoitavuutta voidaan parantaa nykyiseen toimintamalliin verrattuna kahdella tavalla: sekä kuntien ja terveystyöryhmän välisellä palvelusopimuksella että uudella kuntalaskutusmallilla.

Palvelusopimuksella kunta määrittelee kunnan asukkaille terveystyöryhmästä hankittavien palvelujen valikoiman, palvelujen määrän ja sitä kautta myös kunnan maksettavaksi koituvat palvelujen kokonaiskustannukset. Palvelusopimus parantaa kunnan mahdollisuuksia varautua tuleviin menoihin, joiden ennustettavuus varmennetaan uudella kuntalaskutusmallilla.

Terveystyöryhmälle esitetty palvelujen luonteen mukainen kuntalaskutusmalli parantaa merkittävästi menojen ennakoitavuutta nykyiseen kuntalaskutusmalliin verrattuna. Esimerkkilaskelmien perusteella voidaan arvioida, että todellisten menojen poikkeama budjetoiduista menoista on ehdotetussa kuntalaskutusmallissa olennaisesti vähäisempää kuin nykyisin käytössä olevassa kuntalaskutusmallissa (ks. luku 8.3.2). Ehdotettu palvelujen luonteen mukainen kuntalaskutusmalli toteuttaa myös kuntien toivoman aiheuttamisperiaatteen muutaman vuoden kuluessa.

Parantaa palvelutuotannon taloudellisuutta ja tuottavuutta

Terveystyöryhmän ei odoteta tuovan varsinaisia taloudellisia säästöjä kuntien terveydenhuollon ja vanhustenhuollon kokonaismenoihin. Näin siksi, että ikääntyneiden määrä tulee kasvamaan merkittävästi tulevaisuudessa. Vaikka ikäihmiset ovat tulevaisuudessa nykyistä terveempiä ja heidän toimintakykynsä on parempi, väestön palvelujen tarve ja sitä kautta menot tulevat väestörakenteen muutoksen myötä väistämättä kasvamaan merkittävästi.

Menokehitys on terveystieteissä todennäköisesti maltillisempaa kuin, jos maakunnassa jatketaan nykyisellä toimintamallilla. Terveystieteissä on nykyistä helpompaa karsia päällekkäisiä toimintoja ja päällekkäistä palveluvarustusta sekä suunnata palveluja tarkoituksenmukaisesti. Vanhusten palvelujen tavoitteiden täsmentäminen ja mitoitus on tästä usein hyvä esimerkki.

Erikoissairaanhoidon menojen hallitsematonta kasvua pidetään suurena taloudellisena uhkana. Terveystieteen antaa mahdollisuuden vaikuttaa tähän, jos peruspalvelujen toimivuudesta ja niiden ensisijaisuudesta huolehditaan. Tähän on mahdollista vaikuttaa, jos perusterveydenhuollon, erikoissairaanhoidon ja vanhustenhuollon palvelut järjestetään samassa organisaatiossa ja yhtenä kokonaisuutena.

Tukipalvelujen kokoaminen samaan organisaation vähentää merkittävästi päällekkäisyyksiä, tehostaa tukipalvelujen toimintaa sekä vähentää investointi-, toiminta- ja hankintakustannuksia. Yhtenäisen tietohallinnon ja yhtenäisten tietojärjestelmien, esimerkiksi yhtenäisen potilastietojärjestelmän, avulla on mahdollista parantaa potilaiden hoitamista, palvelujen sujuvuutta ja toiminnan taloudellisuutta merkittävästi. Terveystieteen voi odottaa tuovan tukipalveluissa selviä taloudellisia säästöjä.

Terveystieteen parantaa merkittävästi hyvinvoinnin edistämisen toteuttamismahdollisuuksia koko piirin alueella myös yli hallintokuntien ja merkitsee siten suurta toiminnallista muutosta nykyiseen toimintamalliin verrattuna. Hyvinvoinnin edistämisen ja ehkäisevän terveydenhuollon nostaminen terveystieteissä keskeiseksi toiminnan tavoitteiksi voi ajan mittaan tuoda merkittävää taloudellista etua koko maakunnalle.

Terveystieteen toteuttaminen elämäntapaajattelun mukaisesti tuo merkittävän muutoksen nykyiseen perusterveydenhuollon toimintamalliin verrattuna, koska malli edellyttää ja samalla antaa mahdollisuuden uudenlaisen moniammatillisen ja sektorirajat ylittävän toimintamallin toteuttamiselle. Mallissa monet erikoissairaanhoidon avopalvelut siirtyvät toteutettavaksi seudullisesti esimerkiksi perhepalvelukeskuksessa. Tämä hälventää perinteisiä rajoja ja korostaa eri tasojen osaaamista sekä perustason ensisijaisuutta. Elämäntapamallin toteuttaminen parantaa osaltaan merkittävästi toiminnan taloudellisuutta ja tuottavuutta nykyiseen toimintamalliin verrattuna.

TERVEYSPIIRIT KOKO MAASSA

Tässä teoksessa terveystieteitä on käsitelty ensisijaisesti yhden piirin näkökulmasta ja kuvattu, millä periaatteilla tietyille maantieteelliselle alueella muodostettava terveystieteitä tulisi rakentaa. Koko maan kattava terveystietoverkko loisi vahvan perustan sosiaali- ja terveystieteiden järjestämiselle tehokkaasti ja laadukkaasti palvelujen tasavertainen saatavuus turvaten myös tulevaisuudessa. Seuraavassa kuvataan lyhyesti, mitä näkökohtia tulisi ottaa huomioon, jos terveystietojärjestelmä ulotetaan koko maata kattavaksi tavaksi järjestää sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut.

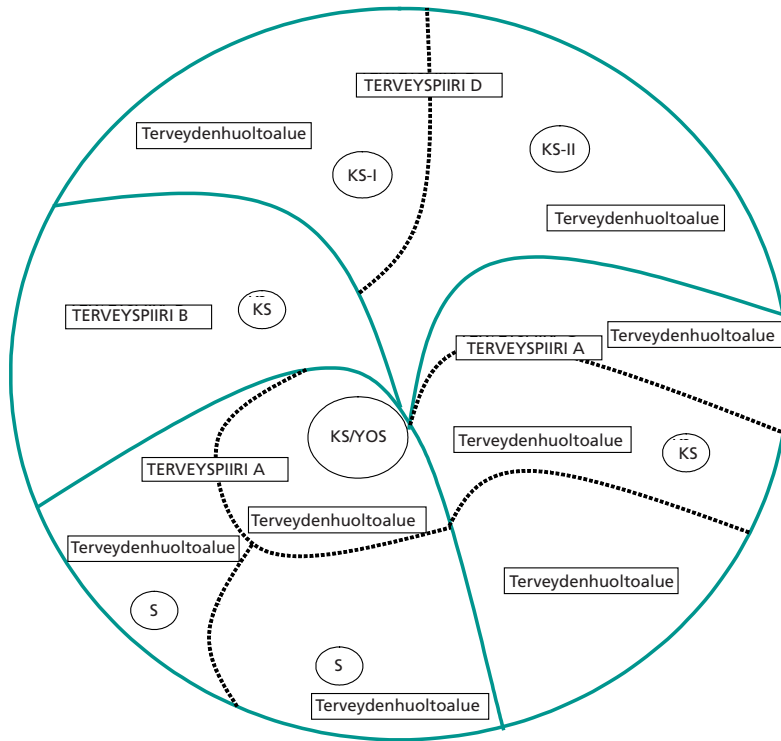
Suomen tapaisessa maassa, jossa kuntakoko, asukastiheys, etäisyydet ja kielitiedot vaihtelevat maan eri puolilla, ei ole mahdollista rakentaa yhtä kaikkialle sopivaa ja toimivaa terveystietojärjestämismallia. Terveystietojärjestelmä on suunniteltava ja rakennettava paikallisten tarpeiden mukaisesti. Maan eri osissa palveluvarustus ja -rakenteet ovat aikojen kuluessa kehittyneet hyvinkin erilaisiksi vastaamaan alueen tarpeita ja ominaispiirteitä. Myös tämä tulee luonnollisesti ottaa huomioon terveystietojärjestämisessä. Terveystietojärjestelmän valmisteltaessa tulee varmistaa, että kansalaiset saavat tarvitsemansa terveystietopalvelut valtakunnallisia periaatteita noudattaen sujuvasti, oikea-aikaisesti ja laadukkaasti asuinpaikasta riippumatta.

Terveystietojärjestelmän tavoitteet toteutunevat parhaiten silloin, kun sen toiminta rahoituu riittävän suurelle väestöpohjalle. Terveystietojärjestelmän väestöpohja tulisi olla vähintäänkin 100 000 asukasta, mieluiten 150 000–200 000 asukasta. Käytännössä tämä merkitsisi 15–20 terveystietojärjestelmän muodostamista maahan.

Terveystietojärjestelmä voi jakautua terveydenhuoltoalueisiin, joiden väestöpohjan tulisi olla vähintäänkin 20 000 asukasta, mieluiten 50 000 asukasta. Terveydenhuoltoalueella voi olla yksi tai useampia erikoissairaanhoidon palveluja tuottavaa sairaalaa. Samalla paikkakunnalla toteutettavassa erikoissairaanhoidossa tulee poistaa toiminnalliset ja hallinnolliset päällekkäisyydet. Palveluja järjestettäessä on lisäksi otettava huomioon toimipisteiden maantieteellinen ja toiminnallinen läheisyys. Erikoissairaanhoidossa suppeat erikoissairaalat ja niiden päivystyksen järjestämisen vaatimukset asettavat omia vaateita riittävälle väestöpohjalle.

Kaikkissa terveystietojärjestelmissä ei ole tarvetta muodostaa terveydenhuoltoalueita, vaan toiminnot voidaan luontevasti johtaa ja organisoida ilman hallinnollista aluejakoa. Kaikkissa terveystietojärjestelmissä tulee kuitenkin todennäköisesti olemaan tarvetta muodostaa seudullisia palveluyksiköitä, jotka koordinoivat useamman kunnan väestölle järjestettäviä seudullisia palveluja. Eräs hypoteettinen esimerkki terveystietojärjestelmällistä ja työnjaosta on esitetty kuviossa 12.

Kuviossa 12 on kuvattu terveystietojärjestelmien muodostuminen yliopistollisten keskussairaaloiden erityisvastuualueetason eli ns. miljoonapiirissä. Esimerkin miljoonapiirissä on neljä terveystietojärjestelmää A–D, joissa kussakin on nollasta kolmeen terveyden-



KUVIO 12. Hypoteettinen esimerkki terveyspiirimallista yliopistosairaalan erityisvastuualueella (ns. miljoonapiirissä). Jokaisessa terveyspiirissä ja terveydenhuoltoalueella on lähipalveluja ja seudullisia palveluja tuottavia sosiaali- ja terveystoimen yksiköitä, näitä ei ole piirretty kuvioon. Kuviossa on esitetty vain terveyspiirien sairaalat (KS = keskussairaala, KS-I ja II = keskussairaalan toimipisteitä, IVOS = yliopistosairaala, S = nykyinen pieni keskussairaala tai aluesairaala).

huoltoaluetta. Jokaisessa terveyspiirissä ja terveydenhuoltoalueella on lähipalveluja ja seudullisia palveluja tuottavia sosiaali- ja terveystoimen yksiköitä, näitä ei ole piirretty kuvioon. Terveyspiirien ja terveydenhuoltoalueiden sairaalat on esitetty kuviossa.

Terveyspiirissä A on kolme terveydenhuoltoaluetta, joissa kussakin on sairaala. Terveyspiirin keskussairaala toimii samalla koko erityisvastuualueen (miljoonapiirin) yliopistosairaalana. Sairaala tuottaa erityistason sairaanhoidon palvelut kaikille erityisvastuualueen neljälle terveyspiirille ja erikoissairaanhoidon palvelut oman terveyspiirin ja oman terveydenhuoltoalueen asukkaille. Terveyspiirin kaksi muuta sairaalaa ovat entisiä pieniä keskussairaaloita tai aluesairaaloita. Ne tuottavat erikoissairaanhoidon palvelut omien terveydenhuoltoalueidensa asukkaille terveyspiirissä sovitun työnjaon mukaisesti.

Terveyspiiriin B väestö on sijoittunut maantieteellisesti hyvien kulkuyhteyksiin pään piiriin keskuskunnasta ja piiriin sisäiset etäisyydet ovat sen verran lyhyitä, että piiriä ei ole tarkoituksenmukaista jakaa terveydenhuoltoalueisiin. Piirissä on yksi sairaala, terveyspiiriin keskussairaala.

Terveyspiirissä C on kolme terveydenhuoltoaluetta, joista vain yhdessä on sairaala, terveyspiiriin keskussairaala. Piiri on maantieteelliseltä rakenteeltaan sellainen, että etäisyydet piiriin keskuskuntaan voivat muodostua kohtuuttoman pitkiksi. Siksi piiriin on tarkoituksenmukaista muodostaa useampia terveydenhuoltoalueita, nykyisten vahvojen terveyskeskusten ympärille.

Terveyspiirissä D on kaksi terveydenhuoltoaluetta, joissa kummassakin on sairaala. Piirissä on yksi keskussairaala, joka on jakautunut kahteen toimipisteeseen, KS-I ja KS-II. Tämä helpottaa terveyspiirien muodostamista nykyisiä sairaanhoitopiirejä suuremmille väestöpohjille ja samalla säilyttää saman hallinnon alle yhdistettävien sairaaloiden korkean statuksen.

Terveyspiirejä muodostettaessa lähtökohtana tulisi olla, että piirille rakentuu vahva ja elinvoimainen keskuskunta tai kuntarypäs, joka samalla toimii alueensa talouselämän ”veturina”. Erään luontevan lähtökohdan terveyspiirien muodostamiselle muodostaa nykyinen sairaanhoitopiirijako. On kuitenkin huomattava, että sairaanhoitopiirien ja niitä edeltäneiden keskussairaalaapiirien ja vastaavien rajat ovat pysyneet vuosikymmeniä pääosin muuttumattomina. Kulkuyhteyksien paraneminen, työssäkäyntialueiden ja asiointisuuntien muuttuminen yhdessä kuntien uusien yhteistyösuhteiden kanssa perustelevat tarvetta ajatella piirijakoa uudelleen ”puhtaalta pöydältä”. Terveyspiirijakoa tulee harkita palvelujärjestelmän toimivuuden näkökulmasta luomalla koko maahan toimiva palveluverkko, joka rakentuu palvelujen järjestämisen kannalta riittäviin väestöpohjiin. Terveyspiirijakoa suunniteltaessa tavoitteena tulisi olla, että syntyvät terveyspiirit ovat elinvoimaisia vielä 15–20 vuoden kuluttua.

Jokaisen kunnan tulee kuulua johonkin terveyspiiriin. Kunnille tulisi kuitenkin jättää mahdollisuus itse valita, mihin terveyspiiriin ne kuuluvat. Kuntien sijoittuminen terveyspiireihin määräytyy luontevasti esimerkiksi luonnollisten talousalueiden ja väestön luontevien asiointisuuntien mukaan. Kuntien valintojen perusteella muodostuvien terveyspiirien rajat eivät välttämättä noudata nykyisiä sairaanhoitopiirien tai maakuntien rajoja.

Terveyspiirissä kunnat toimivat palvelujen tilaajina. Kun suurella osalla nykyisistä kunnista ei välttämättä ole riittävää asiantuntemusta kaikkien terveyspalvelujen tilaamiseen, kunnat voivat muodostaa kuntien yhteistyöhön perustuvia tilaajarenkaita toteuttamaan tilaajatoiminto. Tilaajarenkaiden väestöpohja voi vaihdella paikallisten olosuhteiden ja tarpeiden mukaan. Kunnat valmisteleva tilaajarenkassa piiriltä ja muilta tahoilta hankittavat palvelut. Kunta tai tilaajarengas voi hankkia palveluja omalta terveyspiiriltä, muilta piireiltä tai muilta tahoilta.

Kunnat rahoittavat terveyspiirien toiminnan, edellä luvussa *Terveyspiirin rahoitus ja kuntalaskutus* ja liitteessä 2 esitetyn rahoitusmallin mukaisesti. Valtionosuudet ohjataan kunnille kuten nykyisin. Kuntien ja valtion välisten rahoitusvas- tuudet ja tehtäväsiirtojen osalta noudatetaan valmisteilla olevia suunnitelmia.

Terveyspiirimallissa erillisiä sairaanhoitopiirejä ei enää tarvita, koska terveys- piiri vastaa myös erikoissairaanhoidosta. Nykyisten sairaanhoitopiirien erityis- tehtävät (esim. päivystys, kriisivalmius, varmuusvarastointi, koulutus, yhteistyö perusterveydenhuollon kanssa ja koordinointi) siirtyvät terveyspiirille. Yliopisto- sairaaloiden erityisvastuualueet (ns. miljoonapiirit) säilyvät jokseenkin entisenlai- sina. Vaativan erityistason sairaanhoidon järjestämisessä noudatetaan valmisteil- la olevia suunnitelmia (esim. tutkimus ja koulutus, valtakunnallisesti keskitettävät hoidot, kriisivalmius).

Eduskunnan tulevaisuusvaliokunnalle laaditussa raportissa (Kuusi ym. 2006) on esitelty useita eri vaihtoehtoja uudistaa terveydenhuollon järjestämis- ja tuot- tamistapoja. Terveyspiirimallin käsittelyn yhteydessä on esitetty myös ehdotus ko- ko maan kattavaksi terveyspiirijakoiksi. Taulukkoon 3 on laadittu sovellus kyseisestä ehdotuksesta. Ehdotuksen mukaan koko maassa olisi noin 15 terveyspiiriä ja noin 40 terveydenhuoltoaluetta.

Terveyspiirien ja terveydenhuoltoalueiden muodostamisperiaatteita ei ole Kuusen ym. (2006) raportissa kuvattu, mutta pääpiirteissään piirien ja alueiden muodostamisen taustalla olevat näkökohdat näyttäisivät olevan tämän teoksen kirjoittajien tulkinnan mukaan seuraavanlaisia:

Helsingin ja Uudenmaan terveyspiiri muodostuu nykyisestä HUS-piirin alueesta. Pääkaupunkiseudun kunnat (Helsinki, Espoo, Kauniainen, Van- taa) muodostavat yhden terveydenhuoltoalueen ja näin vahvistavat alu- eella jo käynnistynyttä kehityssuuntaa. Kolme muuta terveydenhuolto- aluetta muodostuvat nykyisistä sairaanhoitoalueista kuitenkin niin, että Lohjan ja Länsi-Uudenmaan sairaanhoitoalueista muodostuu yksi ter- veydenhuoltoalue.

Pohjois-Suomen terveyspiiri kokoaisi yhteen nykyisten Pohjois-Pohjan- maan, Lapin ja Länsi-Pohjan sairaanhoitopiirien alueella tuotettavat pal- velut. Maantieteellisesti piiri on hyvin iso. Pohjois-Suomen terveyspiiris- sä olisi kuusi terveydenhuoltoaluetta. Länsi-Pohjan terveydenhuoltoalue kokoaa yhteen nykyisen sairaanhoitopiirin alueella olevat palvelut. Ou- lu ja sen ympäristökunnat muodostavat yhden terveydenhuoltoalueen ja näin vahvistavat jo käynnissä olevaa kuntien luonnollista yhteistoimin- taa. Raahe ja Kuusamo ympäristökuntineen muodostavat kaksi muuta terveydenhuoltoaluetta. Molemmissa on vakiintunutta paikallista eri- koissairaanhoidon palvelutuotantoa. Rovaniemi ympäristökuntineen muodostaa luontevan eteläisen Lapin kattavan terveydenhuoltoalueen. Pitkien etäisyyksien ja mittavien turistimäärien vuoksi Pohjoisimpaan

Lappiin voisi olla tarpeellista muodostaa väestöpohjaltaan pienehkö terveydenhuoltoalue.

Pirkanmaan terveystpiirin neljä terveydenhuoltoaluetta rakentuisivat luontevasti alueen aluesairaaloiden ympärille, Tampereen kaupungin muodostaessa oman erillisen terveydenhuoltoalueensa.

Varsinais-Suomen terveystpiiri pitäisi sisällään myös Ahvenanmaan maakunnan. Piiri koostuisi Ahvenanmaan ja Turun kaupungin lisäksi kolmesta muusta nykyisten aluesairaaloiden ympärille muodostuvista luonnollisista terveydenhuoltoalueista.

Pohjanmaan terveystpiiri muodostuisi nykyisten Etelä-Pohjanmaan, Keski-Pohjanmaan ja Vaasan sairaanhoitopiirien alueista. Piirissä olisi neljä terveydenhuoltoaluetta. Etelä- ja Keski-Pohjanmaan terveydenhuoltoalueet vastaisivat nykyisten sairaanhoitopiirien maantieteellistä aluetta. Jo nykyisin toimiva Malmin terveydenhuoltoalue jatkaisi entisellään ja loppuosa Vaasan sairaanhoitopiirin alueesta muodostaisi oman terveydenhuoltoalueen.

Keski-Suomen terveystpiiri kattaisi nykyisen sairaanhoitopiirin maantieteellisen alueen ja pitäisi sisällään kolme terveydenhuoltoaluetta: Jyväskylän seutu sekä pohjoinen ja eteläinen terveydenhuoltoalue. Pohjoisella terveydenhuoltoalueella ei olisi paikallista erikoissairaanhoidoa tuottavaa sairaalaa.

Pohjois-Savon terveystpiiri kattaisi nykyisen sairaanhoitopiirin maantieteellisen alueen ja pitäisi sisällään kolme terveydenhuoltoaluetta, joissa kaikissa olisi erikoissairaanhoidoa tuottava sairaala: Kuopio ja ympäristökunnat, Iisalmen seutu ja Varkauden seutu.

Satakunnan terveystpiirissä olisi kaksi terveydenhuoltoaluetta, jotka muodostuisivat Porin ja Rauman ja niiden ympäristökuntien ympärille. *Päijät-Hämeen terveystpiirimallia* ollaan parhaillaan kehittämässä ja ehdotuksen mukaan piirissä olisi neljä terveydenhuoltoaluetta.

Kymenlaakson terveystpiiriin muodostuisi kaksi terveydenhuoltoaluetta, toinen kattaisi Kuusankosken ympäristökuntineen ja toisen alue kattaisi nykyisen sairaanhoitopiirin muut kunnat. *Pohjois-Karjalan ja Etelä-Karjalan terveystpiirit* vastaisivat päällisin puolin nykyisten sairaanhoitopiirien alueita. Pohjois-Karjalan terveystpiirissä olisi mahdollisesti kolme terveydenhuoltoaluetta. Etelä-Karjalassa ei liene tarvetta hallinnolliseen terveydenhuoltoaluejakoon.

Etelä-Savon terveystpiiri yhdistäisi nykyisten Etelä- ja Itä-Savon sairaanhoitopiirien kunnat yhteen piiriin. Terveystpiirissä olisi kaksi terveydenhuoltoaluetta, jossa kummassakin on erikoissairaanhoidoa tarjoava sairaala.

Kanta-Hämeen terveyspiiri rakentuisi luontevasti kahdesta terveydenhuoltoalueesta. Forssan seudulla toteutetaan jo terveydenhuoltoalueen toimintaperiaatteita käytännössä. Muut Kanta-Hämeen kunnat muodostaisivat toisen terveydenhuoltoalueen.

Kainuu muodostaa poikkeuksen terveyspiirien muodostamisperiaatteisiin. Kainuussa käynnissä olevan maakuntahallintokokeilun vuoksi Kainuuseen ei ole perusteltu syytä perustaa erillistä terveyspiiriä. Maakunta vastaa jo nykyisin kaikkien sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen järjestämisestä.

Edellä tarkasteltiin pääpiirteittäin terveyspiirien toteuttamista nykyisen sairaanhoitopiirijaon pohjalta, ilman että olisi huolellisesti arvioitu terveyspiirijako yksittäisten kuntien kautta, kuten edellä menettelytavaksi ehdotettiin. Tarkastelu antaa kuitenkin viitteitä siitä, millainen terveyspiirijako ja terveydenhuoltoaluejako voisi käytännössä olla. Tarkastelussa ei ole otettu huomioon maakuntien kieliolosuhteita. Omakielisten palvelujen turvaaminen on olennainen kysymys Ahvenanmaalla, Länsi-Uudenmaan ja Porvoon sairaanhoitoalueilla, Turunmaan sairaalaa ylläpitävissä kunnissa ja Vaasan sairaanhoitopiirissä.

TAULUKKO 3. Eräs mahdollisuus terveyspiirien ja terveydenhuoltoalueiden muodostamiseksi

TERVEYSPIIRIT (suluissa nykyiset sairaanhoitopiirit)	Terveydenhuolto- alueiden määrä	Asukasluku
Helsingin ja Uudenmaan terveyspiiri (pääkaupunkiseutu muodostaa yhden terveydenhuoltoalueen)	4	1 425 000
Pohjois-Suomen terveyspiiri (Pohjois-Pohjanmaa, Länsi-Pohja, Lappi)	6	562 000
Pirkanmaa	4	459 000
Varsinais-Suomi (ml. Ahvenanmaa)	5	458 000
(Etelä)Pohjanmaan terveyspiiri (Vaasa, Keski-Pohjanmaa, Etelä-Pohjanmaa)	4	437 000
Keski-Suomen terveyspiiri	3	266 000
Pohjois-Savon terveyspiiri	3	250 000
Satakunnan terveyspiiri	2	228 000
Päijät-Hämeen terveyspiiri	4	208 000
Kymenlaakson terveyspiiri	2	181 000
Pohjois-Karjalan terveyspiiri	3	171 000
Etelä-Savon terveyspiiri (Etelä-Savo, Itä-Savo)	2	170 000
Kanta-Hämeen terveyspiiri	2	167 000
Etelä-Karjalan terveyspiiri	-	129 000
Kainuun terveyspiiri	-	83 000

KIRJALLISUUTTA

- Brommels M, Eloheimo O, Kekomäki M. Asiantuntijaehdotus. Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveydenhuollon omistajaohjauksen kehittäminen, toiminnan organisointi ja palvelujen rahoitus, elokuu 2005. www.phshp.fi/terveydenhuoltoapiiri/asiantuntijaehdotukset
- Eskola N, Luoto R, Raitanen J. Mielenterveyden häiriöt, niiden hoito ja hyvinvointia uhkaavat tekijät Pirkanmaalla. Pirkanmaan sairaanhoitopiirin julkaisuja 14/2003. Tampere 2003.
- Figueras J, Robinson R, Jakubowski E (toim.) Purchasing to Improve Health Systems Performance. European Observatory on Health Systems and Policies Series. Open University Press 2005.
- Hujanen T, Mikkola H, Pekurinen M, Häkkinen U, Teitto E. Terveydenhuollon menot ikä- ja sukupuoliryhmittäin vuonna 2002. Stakes, Aiheita 24/2004. Helsinki 2004.
- Hujanen T, Pekurinen M, Häkkinen U. Terveydenhuollon ja vanhustenhuollon alueellinen tarve ja menot 1993–2004. Terveystaloustieteen keskus CHESS, Stakes 2006. Käsikirjoitus.
- Häkkinen H. Ehkäisevät kotikäynnit vanhuksille. Kuntakyselyn tulokset sekä kotimaisia ja ulkomaisia käytäntöjä. Suomen Kuntaliitto. Helsinki 2002.
- Häkkinen U, Keskimäki I, Linnakko E, Pekurinen M. Terveydenhuollon UNELMA-malli. Teoksessa: Rissanen P, Valtonen H (toim.). Terveystaloustiede 1995. STAKES, Aiheita 4/1995. Helsinki 1995.
- Ikäihmisten hoitoa ja palveluja koskeva laatusuositus. Sosiaali- ja terveysministeriö. Suomen Kuntaliitto. Oppaita 2001:4. Helsinki 2001.
- Junnila M, Teräväinen R, Tuominen E-L, Pekurinen M. Mikkelin kaupungin sosiaali- ja terveydenhuolto – väestölähtöinen toimintamalli. Stakes – Alue- ja kuntapalvelut, Kehittämissektoria 11/2004. Helsinki 2004.
- Junnila M. Mäntän seudun terveydenhuoltoalueen toteutumisen arviointi - kolme ensimmäistä vuotta. Julkaisematon tutkimusraportti. Helsinki 22.8.2005
- Jämsén R, Pekurinen M. Terveydenhuollon 1990-luvun uudistusaallon tulokset. Suomen Lääkärilehti 2003, 9, 1067–1070.
- Kansallinen projekti terveydenhuollon tulevaisuuden turvaamiseksi -työryhmän muistio. Sosiaali- ja terveysministeriö. Työryhmämuistioita 2002:3. Helsinki 2003.
- Kansallinen sosiaalialan kehittämisprojekti. Selvityshenkilöiden väliraportti. Sosiaali- ja terveysministeriö. Työryhmämuistioita 2003:3. Helsinki 2003.
- Konttinen M (toim.). Tilaaja-tuottamalli terveydenhuollossa. Stakesin asiantuntijoiden näkemyksiä. Stakes, Työpapereita 10/2005. Helsinki 2005.
- Kouluterveydenhuolto 2002. Opas kouluterveydenhuollossa, peruskouluille ja kunnille. Stakes. Oppaita 51. Gummerus Kirjapaino Oy. Saarijärvi. 2002.
- Kuusi O, Kinnunen J, Ryyänen O-P, Myllykangas M, Lammintakanen J. Suomen terveydenhuollon tulevaisuudet. Eduskunnan tulevaisuusvaliokunta, Teknologian arviointeja 24/2006. Helsinki 2006.
- Terveydenhuollon alueellinen järjestäminen - Delfoi-prosessin II kierroksen tulosten tulkintaa. Moniste 3.10.2005
- Laaksonen P, Alho A, Luotonen M. Nuorten mielenterveyspalvelujen selvitys. Stakes. Aiheita 6/2000. Helsinki 2000.
- Lastenneuvolatoiminnan asiantuntijatyöryhmän muistio. Opas lastenneuvolatoiminnan järjestämiseksi kunnissa. Sosiaali- ja terveysministeriön työryhmämuistioita 2003:7. Helsinki 2003.
- Lehto M. Takaisin tulevaisuuteen – valtion ja kuntien yhteinen taival. Polemia-sarjan julkaisu nro 56. Kunnallisan alan kehittämissektori. Vammala 2005a.
- Lehto M. Palvelurakennemuutoksen lähtökohdista. Kalvosarja 25.5.2005, sosiaali- ja terveysministeriö. Helsinki 2005b.
- Mielekäs elämä! -ohjelman toimenpidesuosituksat. 2003. Sosiaali- ja terveysministeriö. Oppaita 2003:9. Helsinki 2003.
- Mielenterveyspalvelujen laatusuositus. Sosiaali- ja terveysministeriö. Oppaita 2001:9. Helsinki. 2001.
- Pekurinen M, Jämsén R. Terveydenhuollon ohjauksen ja rahoituksen uudet suunnat Euroopassa. Suomen Lääkärilehti 1992, 47, 1353–1356.

- Pekurinen M, Junnila M, Tunturi T, Vainio J, Ihalainen R, Mäkitalo R, Pitkämäki T, Salli P, Saloranta K, Vinni K. Sopimusohjaus Pirkanmaalla – Läpinäkyvyyttä ja asiakaslähtöisyyttä erikoissairaanhoidon. Pirkanmaan sairaanhoitopiirin julkaisu 1/99. Tampere 1999.
- Pekurinen M, Junnila M, Idänpään-Heikkilä U. Terveydenhuoltoalue – uusi, innovatiivinen ja tehokas palvelujärjestelmä Mäntän seudun asukkailla. Pirkanmaan sairaanhoitopiirin julkaisu 2/2001. Tampere 2001.
- Pekurinen M, Junnila M, Idänpään-Heikkilä U. Itä-Savon terveydenhuoltoapiiri. Selvitystyön loppuraportti. Stakes – Alue- ja kuntapalvelut, Kehittämisselvityksiä 8/2003. Helsinki 2003.
- Peruspalveluohjelman ministeriryhmä. Kunta- ja palvelurakennemuutos. Peruspalveluohjelmaa valmistelevalle ministeriryhmälle linjaukset aluevaiheeseen. Muistio 28.9.2005.
- Piha J, Kaivosoja M, Salomaa K. Lasten mielenterveyspalveluselitys. Stakes. Aiheita 4/2000. Helsinki 2000.
- Päihdepalvelujen laatusuosituksen. Sosiaali- ja terveysministeriö. Suomen Kuntaliitto. Sosiaali- ja terveysministeriön oppaita 2002:3. Helsinki 2002.
- Päijät-Häme. Ehdotus Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveyspiirin toimintojen järjestämiseksi ja organisoimiseksi 4.11.2005.
- Päivystysvalmiustyöryhmän loppuraportti. Päivystyksen ylläpidon ja erityisvelvoitteiden kustannukset yliopistosairaaloissa. Helsinki. 17.6.2003.
- Saimaan kaupunkiselvitys. Sosiaali- ja terveystoimen virkamiestyöryhmän loppuraportti. 27.9.2002.
- Sininen Kainuu – ajatuksesta toiminnaksi. Selvitysmies Juhani Perttusen ehdotukset Kainuun hallintotoiminnan toteuttamiseksi. Sisäasiainministeriön julkaisu 8/2002.
- Sisäasiainministeriö. Kunta- ja palvelurakennemuutos -hankkeen asettaminen. Asettamispäätös 11.5.2005. SM043:00/2005)
- Tilastokeskus. <http://v2000.stat.fi/database/Vennuste/Vennuste.asp? Tulostettu> 1.9.2005.
- Tulevaisuusvaliokunta. Suomen terveydenhuollon tulevaisuudet. Skenaariot ja strategiat palvelujärjestelmän turvaamiseksi. Esiselvitys (Ryynänen O-P, Kinnunen J, Myllykangas M, Lammintakanen J, Kuusi O). Eduskunnan kanslian julkaisu 8/2004. Helsinki 2004.
- Vaarama M, Luomahaara J, Peiponen A, Voutilainen P. Koko kunta ikääntyneiden asialle. Näkökulmia ikääntyneiden itsenäisen selviytymisen sekä hoidon ja palvelujen kehittämiseen. Stakes. Raportteja 259/2001. Gummerus Kirjapaino Oy. Saarijärvi 2001.
- Valtioneuvosto. Valtioneuvoston periaatepäätös terveydenhuollon tulevaisuuden turvaamiseksi 11.4.2002.
- Valtioneuvoston periaatepäätös varhaiskasvatuksen valtakunnallisista linjauksista. Sosiaali- ja terveysministeriö. Julkaisu 2002:9. Helsinki 2002.
- Wahlbeck K, Junnila M, Pirkola S, Klami P. Vaasan sairaanhoitopiirin aikuispsykiatrian selvitystyön loppuraportti. Stakes – Alue- ja kuntapalvelut, Kehittämisselvityksiä 10/2004. Helsinki 2004.

LIITE 1

ELÄMÄNKAARIAJATTELU VÄESTÖN TARVITSEMIEN PALVELUJEN JÄRJESTÄMISEN LÄHTÖKOHTANA

Sisällys

PALVELUJEN SUUNNITTELU ELÄMÄNKAAREN MUKAAN	
LAPSIPERHEIDEN PALVELUT	
Yleiset periaatteet	
Palvelut	
Perhepalvelukeskus	
Perheneuvonta	
Oppilashuolto	
Lasten ja nuorten kehityksen tuki	
TYÖIKÄISTEN PALVELUT	
Yleiset periaatteet	
Palvelut	
Perusterveydenhuollon avosairaanhoito	
Suun terveydenhuolto	
Työterveyshuolto	
Perusterveydenhuollon akuutti vuodeosastohoito	
Psykososiaaliset palvelut	
Somaattisen erikoissairaanhoidon palvelut	
Sairaanhoidolliset tukipalvelut	
Muut tukipalvelut	
Kuntoutus, fysioterapia- ja toimintaterapiapalvelut sekä apuvälinehuolto	
VANHUSTEN PALVELUT	
Yleiset periaatteet	
Palvelut	
Määrälliset tavoitteet	
Palvelujen organisointi	
Palvelujen toteutus	
VAMMAIS- JA KEHITYSVAMMAPALVELUT	
HYVINVOINNIN EDISTÄMINEN JA EHKÄISEVÄ TOIMINTA	
ALUEELLINEN YHTEISTYÖ SOSIAALIHUOLLOSSA	
ERIKOISSAIRAANHOITO	
MUUT ERIKOISPALVELUT	

PALVELUJEN SUUNNITTELU ELÄMÄNKAAREN MUKAAN

Lähtökohtana terveyspiirin toimintamallin suunnittelussa on ensisijaisesti alueen väestön terveyspalvelujen tarve. Väestön palvelujen tarvetta arvioidaan lähtien ihmisen elämänsä eri vaiheissa tarvitsemista palveluista. Tämän mukaisesti palveluja jäsennetään kolmena elämänvaiheiden mukaisena kokonaisuutena: lapsuus, nuoruus ja vanhemmuus; aikuisuus; ja vanhuus. Eri elämänvaiheessa ihmisellä on erilaisia tarpeita ja palvelujen organisointi edellyttää erilaista asiantuntemusta, työtettä ja yhteistyöverkostoa. Palvelut järjestetään toiminnoittain siten, että eri toiminnot verkostoituvat palveluista huolehtivien tasolla ja muodostavat joustavan palvelukokonaisuuden kunkin elämänvaiheen tarpeisiin.

Toiminnan suunnittelun lähtökohtana on väestön/asiakkaan tarpeiden selvittäminen, ja tavoitteena on saada aikaan myönteisiä muutoksia asiakkaiden elämäntilanteissa vaikuttavuudeltaan hyväksi todettujen palvelujen avulla. Kaikki terveyspalveluja täydentävät sosiaalitoimen palvelut ovat terveyspiirin suunnitteluvaiheessa mukana. Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen kiinteä toiminnallinen yhteistyö tulee säilyttää ja rakentaa riippumatta siitä, mitkä palvelut viime kädessä otetaan mukaan terveyspiiriin toiminnaksi. Toiminnan suunnittelussa tulee ottaa huomioon myös omaisten, vapaaehtoistyön, järjestöjen ja yritysten osuus palvelukokonaisuudessa. Hyvinvointia edistävän ja ehkäisevän työn edellytys on, että palvelut suunnitellaan yhteisölähtöisesti ja toteutetaan moniammatillisesti eri sektorien yhteistyönä. Tämä toteutuu parhaiten muodostamalla toiminnallisesti selkeitä kokonaisuuksia.

Elämänkaarimallin suunnittelussa painotetaan työotteena ja palvelujen suunnittelun lähtökohtana hyvinvoinnin ja terveyden edistämistä. Hyvinvointipalvelut suunnitellaan niille asetettujen haasteiden mukaan toiminnallisiksi kokonaisuuksiksi ilman sektorirajojen muodostamia esteitä. Toimintaa rakennetaan väestön palvelutarpeista lähtien toiminnallisena mallina, joka voidaan toteuttaa, vaikka kaikki palvelut eivät tulevaisuudessa kuuluisikaan terveyspiiriin.

Elämänkaariajattelu toiminnan organisoitumisen perustana kannustaa sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstöä kehittämään asiantuntemustaan ja toimintaansa ihmisen elämänvaiheesta, elämäntilanteesta, elinoloista ja voimavaroista lähtien. Elämänkaaren eri vaiheilla on omia piirteitä, joiden mukaisesti tarvittava tuki vaihtelee ja palvelujen tuottamiseen tarvitaan erilaisia verkostoja. Lähestymistavassa kyse on ennen kaikkea ajattelutavan muutoksesta asiakkaiden palvelussa, mutta se voi tarkoittaa myös palvelujärjestelmän muutosta asiakkaan elämäntilanteesta lähteväksi. Nykyinen sektorijakoon perustuva organisaatio korvataan hyvin johdetulla asukkaiden tarpeita paremmin palvelevalla verkostoja monipuolisesti hyödyntävällä organisaatiolla.

Asiakaslähtöisyyttä toteutetaan tarjoamalla asiakkaalle hänen elämäntilanteensa sopiva palvelu lähipalveluna, jota tuetaan seudullisten ja maakunnan tason palvelujen osaamisella. Lähipalveluna on tärkeä toteuttaa kaikki sellaiset palvelut, joita väestö tarvitsee toistuvasti. Lähipalveluissa toteutuu pysyvä hoitosuhde parhaiten, henkilöstö oppii tuntemaan asiakkaansa ja yhteydet kunnassa toimiviin, terveystieteiden ulkopuolisiin palveluihin säilyvät parhaiten. Asukkaan palvelutarpeiden selvittäminen ja hoidon toteuttaminen on helpompaa, kun työ organisoidaan osaavien, moniammatillisten ja nykyiset sektorirajat ylittävien tiimien pohjalle. Erityisasiantuntemuksen tuominen näihin moniammatillisiin ja poikkialhallisiin tiimeihin seudullisista tai maakunnallisista palveluista parantaa myös prosessin sujuvuutta ja tuo palvelun lähemmäksi asiakasta. Toimintamalli korostaa peruspalvelujen ensisijaisuutta, osaamisen kehittämistä ja vahvaa osaamisen johtamista, koska asiantuntijatiedon asema palvelussa vahvistuu.

Terveystieteiden suunnitteluvaihe antaa mahdollisuuden hyödyntää hyviksi havaitut uudet toimintamallit, joiden avulla voidaan vastata aikaisempaa paremmin väestön palvelutarpeisiin. Erityisesti kuntatasolla moniammatilliset lähipalvelut toimivat yhteistyössä perinteisistä sektorirajoista riippumatta. Tavoitteena on myös hyödyntää nykyisen henkilöstön osaamista mahdollisimman laajasti ja lisäksi varmistaa erityisosaamista vaativien palvelujen (erityispalvelut) saatavuus kaikilla tasoilla (maakunnalliset, seudulliset ja lähipalvelut).

Palvelujen organisointi uudenaikaisina kokonaisuuksina ja erilaisten osaajien kokoaminen yhteen toimimaan lähipalveluissa ja seudullisissa palveluissa korostaa asiantuntijuutta ja edellyttää uusien toimintamallien luomista ja yhteistä suuntautumista, uusia näkökulmia ja uudenaikaisen työotteen omaksumista. Aiemmin mahdollisesti väljänä verkostona toimineet työntekijät toimivat terveystieteiden yhdessä työyksikössä. Uudenaikaisen näkökulman ja työotteen omaksuminen edellyttää henkilöstöltä oppimista, jota varten tarvitaan muutosprosessia tukevaa koulutusta.

Palvelut voidaan terveystieteiden järjestää myös perinteisen ja tutun toimintokohtaisen mallin mukaan. Seuraavassa järjestäminen kuvataan elämäntilanteen mukaisesti. Monet yksittäiset terveystieteiden palvelut koskettavat useampia elämäntilanteen vaiheita. Seuraavassa yksittäiset palvelut kuvataan sen elämäntilanteen vaiheen alla, johon toiminnan painopiste kohdistuu. Joidenkin palvelujen kohdalla on esitetty konkreettisia suosituksia palvelujen mitoitukseksi terveystieteiden palvelukuvausten yksityiskohtaisuus vaihtelee palveluittain riippuen toiminnan luonteesta ja siitä, kuinka hyvin palveluista on saatavissa yleisesti hyvänä pidettyjä toimintaohjeita ja laatusuosituksia.

LAPSIPERHEIDEN PALVELUT

Yleiset periaatteet

LAPSIPERHEIDEN PALVELUT

Kattavat elämänkaaresta lapsuus-, nuoruus- ja vanhemmuusvaiheen. Palvelujen piiriin kuuluvat asiakasperheet, joissa on alle 18-vuotiaita.

Terveyspiiri laatii koko aluetta koskevan lapsi- ja perhepoliittisen ohjelman, jonka kunnat hyväksyvät. Lapsi- ja perhepoliittinen ohjelma on osa piirin hyvinvointisuunnitelmaa. Lapsi- ja perhepoliittisen strategiatyön avulla luodaan terveyspiirin kunnille ja eri hallintokunnille yhteinen näkemys, miten lapsen terve kehitys, kasvu ja oppiminen sekä lapsen hyvinvointi turvataan. Strategiatyössä määritellään tarvittavat palvelut, niiden toimintaperiaatteet sekä määritellään eri hallintokuntien ja toimijoiden rooli ja tapa toimia yhdessä.

Lapsiperheiden palveluihin kuuluvat perinteisistä sosiaali- ja terveyspalveluista

- äitiys- ja lastenneuvola, perhesuunnittelu ja perhetyö (perheneuvonta)
- erityispäivähoito ja päivähoidon erityistyö
- oppilas- ja opiskelijahuolto
- erityistyöntekijöiden palvelut
- kasvatus- ja perheneuvola
- lasten ja nuorten mielenterveyspalvelut (lasten ja nuorten kehityksen tukiyksikkö)
- lastensuojelu ja lapsiperheiden sosiaalityö
- vammaispalvelut, palveluohjaus ja vammaisten lasten ja nuorten sosiaalityö
- lapsiperheiden kotihoito
- päihdetyö
- lasten ja nuorten perustason avosairaanhoito
- lasten erikoissairaanhoito
- lasten ja nuorten suun terveydenhuolto
- omaishoidontuki.

Lapsiperheiden tarpeet ovat muuttuneet erityisesti 1990-luvun alkupuolelta lähtien ja sitä varten on kehitetty lukuisia uusia, osin päällekkäisiä palveluja. Monet näistä uusista palveluista on myös järjestetty tehottomasti, esimerkiksi perhetyötä saatetaan yhdessä ja samassa kunnassa toteuttaa sosiaalityön, äitiys- ja neuvolatyön ja päivähoidon yhteydessä. Näitä uudenlaisia palveluja tarvitaan, mutta tulokselli-

suuden varmistamiseksi tarvitaan myös kokonaan uudenlaista ajattelua palvelujen järjestämisessä.

Terveyspiirissä lapsiperheiden palveluja tarkastellaan kokonaisuutena ja sovi-taan eri palvelujen rooli tässä kokonaisuudessa. Nykyisistä lapsiperheiden palveluis-ta muodostetaan toiminnallinen kokonaisuus, jossa päällekkäisyydet on poistettu ja jokaisella asiantuntemusalueella on oma selkeä rooli. Palveluja suunniteltaessa nykyisiä rakenteita tarkastellaan ennakkoluulottomasti. Esimerkiksi, miten oppi-lashuolto (koulukuraattorit, koulupsykologit, kouluterveydenhoitajat, erityisope-tus ja koulunkäyntiavustajat) saataisiin toimimaan yhtenä koulutyötä ja oppilaa-n kasvua ja kehitystä tukevana kokonaisuutena. Myös esimerkiksi perheneuvolan an-siokasta työtä tulisi tarkastella uusista lähtökohdista, koska samaan tehtäväkent-tään on tullut paljon uusia työmuotoja (perhetyö, oppilashuolto ja siinä erityisesti koulupsykologit). Tulisiko osa perheneuvolan palveluista liittää osaksi uutta perhe-neuvonta-palvelukokonaisuutta ja osa lastensuojelun tai lasten kehityksen tukiyk-sikön toimintaa.

Lapsiperheiden palvelujen suunnittelun lähtökohtana on lapsen terveen kehi-tyksen ja kasvun turvaaminen ja peruspalvelujen ensisijaisuus; lapsen tarpeisiin ja elämäntilanteeseen liittyvät ongelmat hoidetaan mahdollisimman varhain ja lähel-lä lapsen kasvuyhteisöä ennen kuin ongelmat ovat kasaantuneet. Palveluja suunni-teltaessa varmistetaan, että hyvinvoinnin edistäminen, ehkäisevä työ ja varhainen puuttuminen mahdollistuvat eri asiantuntijoiden yhteistyönä asiakkaan/perheen tilanteen ja tarpeen mukaisesti saumattomasti ja oikea-aikaisesti. Jos erityisasian-tuntemuksen tarvetta on, hoidetaan se ensisijaisesti konsultoimalla, tavoitteena on välttää hoito erityistasolla. Jos hoitaminen erityistasolla osoittautuu välttämättö-mäksi, yhteistyöllä varmistetaan, että siirtyminen takaisin perustasolle tapahtuu joustavasti ja saumattomasti.

Lasten ja nuorten palveluissa tarvitaan erityisesti useiden sosiaali- ja terveydenhuollon asiantuntijoiden verkostomaista yhteistyötä. Lasten ja nuorten palve-lut koskevat lähes aina tavalla tai toisella koko perhettä. Organisaation rajat eivät saa olla esteenä yhteistyölle. Malli voidaan toteuttaa myös toiminnallisena, vaikka palvelut kuuluisivat eri organisaatioihin.

Yhteistyötä kunnan eri hallintokuntien, kolmannen sektorin ja vapaaehtois-järjestöjen kanssa tiivistetään niin että ne ovat aktiivinen osa lapsiperheiden tarvit-semien palvelujen kokonaisuutta.

Palvelut

Perhepalvelukeskus

Lasten ja nuorten palveluissa tarvitaan monien eri sosiaali- ja terveydenhuollon toimijoiden yhteistyötä, jotta lasten ja lapsiperheiden terveyttä ja hyvinvointia kye-

tään edistämään tehokkaasti. Yhteistyön tulee olla kiinteää myös kunnan muiden toimijoiden, yksityisen ja kolmannen sektorin sekä vapaaehtoisjärjestöjen kanssa. Yhteistyötä ja osaamista tarvitaan myös, jotta lisätukea tarvitsevat lapset ja heidän perheensä kyetään tunnistamaan ja auttaminen käynnistyy ennen kuin häiriö on vakava.

Lapsiperhetyötä tekevien yhteistyötä edistää, jos kaikki lapsiperhetyötä tekevien palvelut kootaan perhepalvelukeskukseen. Perhepalvelukeskuksen toiminnan tulisi kattaa perheneuvonnan, oppilas- ja opiskelijahuollon, lasten ja nuorten kehityksen tukiyksikön (lasten- ja nuorten mielenterveyspalvelut) palvelut, joihin kuuluu myös pääosa kasvatus- ja perheneuvolan työstä, päivähoidon erityistyön ja lastensuojelun. Perheiden tarpeista lähteviä palveluja tulisi organisoida yhtenä toiminnallisena kokonaisuutena, vaikka osa sosiaali- ja terveyspalveluista ei kuuluisi hallinnollisesti terveyspiiriin.

Perhepalvelukeskus toimii seudullisena palveluna. Lähipalveluna toimiva perhepalvelutiimi saa osan asiantuntijapalveluista perhepalvelukeskuksesta, osa asiantuntijoista toimii tiimin sijaintipaikkakunnalla. Palvelujen yhteensovittaminen kunnassa toteutuu moniammatillisena yhteistyönä lähipalvelutiimissä.

Perheneuvonta

Äitiys- ja lastenneuvola sekä perhesuunnittelu uudistetaan *perheneuvonnaksi*, jossa myös isät ovat alusta lähtien mukana. Terveysneuvonnan ohella psykososiaalista tukea lisätään niin, että varhainen puuttuminen ja lasten sekä perheiden tukeminen mahdollistuu. Perheneuvonnassa tuetaan lapsen kasvun ja kehityksen lisäksi molempien vanhempien valmiuksia oman lapsen kehityksen parhaina tukijoina. Palvelut suunnitellaan kunkin perheen tarpeiden mukaan. Rutiininomaisia kontrolloita terveille äideille ja lapsille vähennetään.

Perheneuvonta jakaantuu lapsen iän ja *kasvuyhteisön* perusteella kahteen vaiheeseen: Raskauden alusta noin 3-vuotiaaksi, jolloin lasta hoidetaan pääosin kotona ja jolloin lapsen ja vanhemman vuorovaikutuksen tukemiseen tulisi kiinnittää erityistä huomiota. Lapsen ollessa 3-6-vuotias, kasvuyhteisönä on kodin lisäksi *päivähoito*, jonka kanssa perheneuvonta on tiiviissä yhteistyössä. Esimerkiksi 5-vuotistarkastukset ja koulukypsyysarvioinnit on hyvä suorittaa päiväkodissa, vanhemmat ovat luonnollisesti silloinkin mukana.

Perheneuvonta ottaa roolia perinteiseltä kasvatus- ja perheneuvolalta, jonka alkuperäinen tehtävä on ollut toimia lasten mielenterveyden avopalveluna ja kasvatusneuvonnan antajana. Perheneuvonnan tulisi toimia lasten ja perheiden tukena sekä kodin, päivähoidon että koulun tukena ja työhajaajana.

Perheneuvonnan tiimiin kuuluvat lääkäri, terveydenhoitaja, psykologi, sosiaalityöntekijä ja perhetyöntekijä. Terveydenhoitaja ja lääkäri vastaavat terveys-

neuvonnasta ja tarvittavista määräaikaistarkastuksista. Psykologi tekee päiväkotien tarvittavat testaukset. Psykologin ensisijainen työskentelypaikka on päivähoidon toimipisteet. Hyvinvointineuvonnasta vastaa koko työryhmä. Perheneuvonnassa korostuu ehkäisevä työ ja se mahdollistaa varhaisen puuttumisen.

Perhetyöllä tarkoitetaan ensisijaisesti kotikäynteinä toteutettavaa ehkäisevää työtä erityistä tukea tarvitseissa perheissä. Perhetyöntekijä kuuluu perheneuvonnan tiimiin, mutta myös päivähoito ja sosiaalitoimi voivat ohjata asiakkaita perhetyöntekijälle. Vanhemmat voivat myös itse hakeutua perhetyön asiakkaaksi. Asiakassuhteissa säilyy jatkuvuus, kun perhetyöntekijä toimii myös perheen yhdyshenkilönä perheneuvonnan, päivähoidon ja koulun kanssa. Kotipalvelu tuottaa lapsiperheille tarvittavan kunnallisen kotiavun.

Perheneuvonta toteutetaan lähipalveluna kunnassa, mutta koordinoidaan perhepalvelukeskuksesta yhteistyössä lähipalvelutiimin kanssa. Koko tiimin perhetyön ja varhaisen vuorovaikutuksen tukemisen osaamista tulee vahvistaa.

Oppilashuolto

Oppilashuollon tehtävänä on kouluikäisten lasten ja nuorten kasvun tukeminen, terveyden edistäminen ja koulunkäytiongelmien ennaltaehkäisy. Tärkein tehtävä on edistää kouluyhteisön turvallisuutta ja rakentaa suvaitseva, kasvua tukeva ja terveyttä sekä mielenterveyttä suojaavaa oppimis- ja kasvuypäristö.

Oppilashuolto jakaantuu lasten iän ja kouluvaiheen perusteella kolmeen tasoon ala-asteen oppilashuolto (7–12-vuotiaat), yläasteen oppilashuolto (13–15-vuotiaat) ja toisen asteen (lukio ja ammattioppilaitos) oppilashuolto (16–18-vuotiaat).

Oppilashuoltoryhmä on koulun sisällä toimiva moniammatillinen tiimi, johon kuuluvat koulun rehtorin ja muiden työntekijöiden (opettaja, erityisopettaja, opinto-ohjaaja tarpeen mukaan) lisäksi koulupsykologi, koulukuraattori, kouluterveydenhoitaja ja koululääkäri. Koulupsykologin, koulukuraattorin ja kouluterveydenhoitajan työ tapahtuu pääosin koululla, jossa he osallistuvat alansa asiantuntijoina kouluyhteisön toiminnan sekä opetus- ja kasvatustyön suunnitteluun ja kehittämiseen. Oppimisvaikeuksien kartoittaminen ja mielenterveysongelmat pyritään selvittämään ensisijaisesti koululla, tutussa elämäntilanteessa oppilashuollon tiimin asiantuntemuksella ja konsultoimalla. Jos siirtäminen perhepalvelukeskuksen asiakkaaksi on kuitenkin tarpeellista, niin oppilashuollon lähityöntekijä ”kulkee mukana”. Samalla varmistetaan oppilashuollon kyky ottaa vastaan oppilas, kun jaksopäiväkeskuksessa on päättynyt.

Koulupsykologin, koulukuraattorin ja kouluterveydenhoitajan työ organisoidaan lähipalveluna ja he kuuluvat myös kunnan lähipalvelutiimiin, vaikka työ tapahtuu pääosin koululla oppilashuollon tiimissä. Näin varmistetaan lasten ja nuorten ja heidän perheidensä hyvinvoinnin edistäminen kokonaisuutena.

Lasten ja nuorten kehityksen tuki

Lasten ja perheen kehityksen tukeminen ja terapiat toteutetaan ”lasten ja nuorten kehityksen tukiyksikössä”. Tukiyksikön palveluihin kuuluvat lasten terapiat ja perheterapiat, pääosa kasvatus- ja perheneuvolan työstä, päivähoidon erityistyö ja lastensuojelu. Nämä lasten ja perheiden tarpeista lähtevät palvelut tulisi organisoida yhtenä toiminnallisena kokonaisuutena, vaikka osa edellä luetelluista palveluista ei kuuluisikaan hallinnollisesti terveystieteisiin.

Tiedot lastenpsykiatristen palvelujen tasosta ja tarpeesta Suomessa ovat epätarkkoja, koska mielenterveyspalvelut jakaantuvat usealle eri hallinnonalalle. Suurin osa lastenpsykiatrista palveluista annetaan avoterveydenhuollossa, osa sosiaalitoimeen kuuluvissa perheneuvoloissa. Ainostaan erikoissairaanhoidosta on olemassa kohtuullisen luotettavat tilastot.

Lasten ja nuorten mielenterveyspalvelujen järjestämisen suurimpia ongelmia ovat niukat resurssit, hajanainen palvelukenttä ja työntekijäpuula.

Noin kahdeksalla prosentilla 1–12-vuotiaista lapsista arvioidaan olevan vakavia mielenterveysongelmia. Tavallisimmat ongelmat ovat käytös-, tarkkaavaisuus- ja tunne-elämän häiriöt sekä vakava masennus. Lasten ongelmat ovat kauaskantoisia, koska ne vaikuttavat lapsen kasvuun ja kehitykseen, toverisuhteisiin ja koulussa selviytymiseen ja sitä kautta koko elämään. Lasten mielenterveyden tukeminen tapahtuu lapselle suoraan annetun avun lisäksi tukemalla lapsen kasvuyhteisöjä (koti, päivähoito ja koulu).

Jopa neljänneksen 13–25-vuotiaista nuorista arvioidaan kärsivän ajoittain mielenterveyden oireilusta. Tavallisimmat ongelmat ovat ahdistuneisuus, syömishäiriöt ja masennus. Nuoriin kohdistuvaa mielenterveystyötä tehdään useissa eri paikoissa ja monilla hallinnonaloilla, kuten terveydenhuollossa, sosiaalihuollossa ja kouluissa. Myös työvoimatoimiston ja Kelan osuus on tärkeä muun muassa opiskelun ja työllistymisen tukijoina. Lasten ja nuorten mielenterveyspalveluja ja psykiatrista avohoitoa johdetaan terveystieteissä yhtenä kokonaisuutena.

Lastensuojelun ensisijaisena tavoitteena on lasten kasvuolojen turvaaminen ja kasvattajien tukeminen heidän kasvatustehtävässään. Lastensuojelu pyrkii vastaamaan siitä, että lapselle voidaan kaikissa elämäntilanteissa turvata riittävä huolenpito ja huolto. Myös sovittelu, huoltajuus- ja tapaamisoikeuskiistat sekä arviot toteutetaan lastensuojelussa.

Lasten ja nuorten kehityksen tukemisessa ja palvelujen järjestämisessä on tärkeää, että verkosto toimii aukottomasti ja että kaikilla lasten ja nuorten hyvinvoinnin, terveyden ja mielenterveyden parissa toimivilla on yhteiset tavoitteet ja toimintamallit. Myös työnjaon ja hoitovastuiden tulee olla selkeät organisaatiosta riippumatta.

Palvelujen organisointi

Lasten ja nuorten kehityksen tukiyksikkö on osa perhepalvelukeskuksen toimintaa. Tukiyksikön vastuuhenkilö vastaa palvelujen yhtenäisestä toteuttamisesta koko terveyspiirin alueella sekä kehittämisestä alueen hyvinvointisuunnitelman ja mielenterveystyön linjausten mukaisesti.

Lasten ja nuorten kehityksen tukiyksikkö toimii terveyspiirin alueella yhdessä tai useammassa toimipisteessä.

Lasten ja nuorten kehityksen tukiyksikön toimintaan kuuluvat

- lasten ja perheen kasvun ja kehityksen tutkiminen, tukeminen ja terapiat
- walk in -vastaanotto, jonne voi tulla ilman lähetettä
- erikoislääkärin vastaanotto
- kriisityö, jossa moniammatillinen tiimi tekee kotikäyntejä ja antaa akuutin vaiheen avun kriisissä olevien lasten ja perheiden auttamiseksi.

Kehityksen tukiyksikkö toimii lasten ja nuorten mielenterveyspalveluja koordinoivana linkkinä sekä peruspalvelujen että erikoissairaanhoidon laitoshoidon suuntaan. Kehityksen tukiyksikössä toimii moniammatillinen tiimi, joka on verkostoitunut perhepalvelukeskuksen ja lähipalveluyksiköiden terveydenhuollon, lastensuojelun ja koulutoimen erityistyöntekijöiden sekä lapsi- ja perhetyötä tekevien tiimien kanssa.

Avohoidossa pyritään toimimaan niin, että laitoshoidon tarvetta ei tulisi. Sairaalahoittoon siirrytään lapsen edun niin vaatiessa, joskus myös tutkimuksia varten. Kun lasta tai nuorta hoidetaan jossakin hoitopaikassa, tulee sen aina tapahtua vain lapsille tai nuorille tarkoitetuissa yksiköissä, lastenkodissa tai sairaalassa. Jos hoitopaikka on kovin kaukana, tulisi lähellä olevia lastenkoteja käyttää hoitopaikkana. Tällöin avohoito järjestää tarvittavan sosiaalipsykologisen tuen hoitavalle yksikölle ja vastaa hoidosta kokonaisuutena.

TYÖIKÄISTEN PALVELUT

Yleiset periaatteet

TYÖIKÄISTEN PALVELUT

Palvelujen piiriin kuuluvat kaikki täysi-ikäiset asiakkaat ja asiakasperheet, joissa ei ole alle 18-vuotiaita lapsia. Lapsiperheiden palvelujen piirissä olevat aikuiset kuuluvat omissa asioissaan työikäisten palvelujen piiriin. Yli 65-vuotiaat siirtyvät joustavasti työikäisten palveluista vanhusten palvelujen piiriin, kun he tarvitsevat järjestettyjä vanhusten palveluja.

- Työikäisten palvelujen piiriin kuuluvat perinteisistä sosiaali- ja terveysterveystoimista
- terveyden edistäminen ja ehkäisevä työ
 - avosairaanhoidon (perus- ja erikoissairaanhoidon); sisältää myös omalääkärin vastuun tavanomaisten mielenterveys- ja päihdehäiriöiden hoidosta
 - työterveyshuolto
 - akuutti vuodeosastohoito (perus- ja erikoissairaanhoidon); sisältää katkaisuhoidon perustasolla
 - kuntoutus
 - suun terveydenhuolto
 - mielenterveystyö ja psykiatrian toimivat konsultaatiokäytännöt
 - päihdehuolto
 - aikuisten sosiaalityö ja toimeentulotuki
 - aikuisten kotihoidon
 - vammaispalvelut ja vammaisten aikuisten sosiaalityö ja asumispalvelut
 - kehitysvammaispalvelut ja kehitysvammaisten aikuisten sosiaalityö ja asumispalvelut
 - omaishoidontuki.

Työikäisten palvelujen keskeisiä tarpeita on palvelun nopea toteuttaminen, jotta työkyky voitaisiin palauttaa ja työkyvyttömyysaika jäisi lyhyeksi. Nopea hoitoon pääsy säästää potilaskohtaisia terveydenhuollon kokonaismenoja. Työikäiset muodostavat terveydenhuollon ja vanhustenhuollon kokonaismenoista hieman alle puolet (48 %). Työikäisistä merkittävin yksittäinen ikäryhmä on 50–59-vuotiaat, jotka aiheuttavat 15 prosenttia kokonaismenoista. Tässä eläkeikää lähestyvässä ikäryhmässä terveydenhuollon menot henkeä kohti ovat alhaiset, mutta kokonaismenot ovat kaikista ikäryhmistä toiseksi korkeimmat, koska näissä suurissa ikäluokissa on runsaasti ihmisiä. Tulevina vuosina tämän nyt eläkeikää lähestyvän ikäluokan terveysmenot tulevat merkittävästi kasvamaan ja siksi heidän terveysterveystyönsä on tärkeä vaikuttaa.

Työikäisten palveluja tarkastellaan kokonaisuutena ja sovitaan eri palvelujen rooli ja yhteistyöverkostojen tarve. Erityisesti perusterveydenhuollon ja työterveyshuollon sekä opiskelijaterveydenhuollon keskinäisiä tehtäviä ja työnjakoa tulee selkiyttää päällekkäisyyksien poistamiseksi. Tasa-arvoinen palvelujen saatavuus tulee varmistaa myös niille, jotka eivät kuulu työterveyshuollon tai opiskelijaterveydenhuollon piiriin.

Kansalaisjärjestöillä, säätiöillä ja muilla kolmannen sektorin palvelujen tuottajille on merkittävä rooli aikuisväestön hyvinvoinnin ja terveyden edistäjinä. Tämä työ tulisi liittää entistä tiiviimmin osaksi julkisesti tuotettuja palveluja. Myös asiakkaan omat voimavarat ja mahdollisuus osallistua aktiivisesti, tulisi ottaa huomioon

palveluja suunniteltaessa. Erityisesti tietojärjestelmien kehittyminen mahdollistaa asiakkaan osallisuuden kokonaan uusista lähtökohdista.

Tavoitteena on muodostaa työikäisten palveluista yksi toiminnallinen kokonaisuus, jossa päällekkäisyydet on poistettu, jokaisella asiantuntemusalueella on oma selkeä roolinsa kokonaisuudessa ja verkostomainen väestön tarpeita palveleva yhteistyö toteutuu. Palvelua suunniteltaessa tulee varmistaa, että myös terveyden edistäminen, ehkäisevä työ ja varhainen puuttuminen mahdollistuvat eri asiantuntijoiden yhteistyönä asiakkaan tilanteen ja tarpeen mukaisesti saumattomasti.

Työikäisten palveluissa tarvitaan useiden sosiaali- ja terveydenhuollon eri asiantuntijoiden verkostomaista yhteistyötä. Organisaation rajat eivät saa olla esteenä yhteistyölle. Malli voidaan toteuttaa myös toiminnallisena, vaikka palvelut kuuluisivat eri organisaatioihin.

Yhteistyötä kunnan eri hallintokuntien, kolmannen sektorin ja vapaaehtoisjärjestöjen kanssa tiivistetään niin että ne ovat aktiivinen osa työikäisten tarvitsemien palvelujen kokonaisuutta.

Työikäisten palvelut tulee suunnitella myös joustavasti niin, että lähipalveluja on mahdollista saada muutenkin kuin omasta kunnasta, esimerkiksi työpaikan tai jonkin muun luonnollisen asiointisuunnan mukaan.

Palvelut

Perusterveydenhuollon avosairaanhoito

Terveyspiirissä perusterveydenhuollon ydin on hyvin toimiva *vastaanottopalvelu*, johon kuuluvat avosairaanhoidon ja avoterveydenhuollon (osittain ehkäisevää toimintaa) lääkärin ja hoitajien (terveydenhoitaja, sairaanhoitaja, lähihoitaja) vastaanotot. Hyvin toimiva vastaanottopalvelu vähentää päivystyskäyntien määrää ja erikoissairaanhoidon käyttöä. Toimivaan avovastaanottoon kuuluu, että lääkäreillä ja hoitajilla on mahdollisuus tarvittaessa tehdä myös ammatillisen kiinnostuksensa mukaista sektorityötä.

Potilaiden oikeudesta hoitoon huolehditaan asettamalla valtakunnallisten linjausten mukaisia tavoitteita hoitoon pääsystä.

Vastaanottopalvelut toteutetaan ensisijaisesti lähipalveluna peruskunnissa lääkärin ja sairaanhoitajan yhteistyönä. Lääkäreiden ja hoitajien työnjakoa selkiytetään, sovitaan tarvittavista tehtävien siirroista ja tarpeettomien töiden (todistukset, kontrolli- ja seurantakäynnit ym.) karsimisesta. Lääkäreiden ja hoitajien välinen uusi työnjako kirjataan ja tarvittavasta perehdyttämisestä huolehditaan.

Lääkäri toimii vastuuväestönsä omalääkärinä ja vastaavasti hoitaja toimii omahoitajana. Lääkäri hoitaa lääkärin työpanosta vaativat akuutit vaivat, pitkäaikaisairaudet ja tavallisimmat mielenterveys- ja päihdeongelmat sekä päivystyspo-

tilaat päiväaikana. Hoitajalla on oma vastaanotto, joka tarvittaessa toimii ”seulana” lääkärin vastaanotolle. Lisäksi sairaanhoitaja huolehtii ajanvarauksesta, määrittelee hoidon kiireellisyyden ja antaa potilaille tarvittavat hoito-ohjeet. Eri arvioiden mukaan lääkäreiden ja hoitajien työnjaon tarkistaminen mahdollistaa, että noin 20 prosenttia lääkärin työstä voidaan siirtää hoitajille. Tällä voidaan vaikuttaa joko vastuuväestön määrään tai mahdollistaa ammatillisen kiinnostuksen mukainen sektorityö.

Terveyspiirissä asiakkailta on mahdollisuus hakeutua hoitoon kuntarajat ylittäen. Lääkäri-hoitajatiimin vastuuväestö voidaan painottaa myös sen mukaan, mistä sairausryhmistä tai terveysongelmasta lääkäri ja hoitaja ovat kiinnostuneet. Näin voidaan parantaa hoidon laatua perustasolla. Tällaista sektorityötä voisivat olla perheneuvonta, vanhustenhuolto, kotisairaanhoito, akuutti vuodeosastohoito tai tautikohtaisesti diabetes, keuhkosairaudet, sydänsairaudet jne.

Terveyspiirin mukaisessa työskentelyssä sekä lääkäri että hoitaja saavat tehdä laaja-alaista perusterveydenhuollon työtä ja samalla perehtyä johonkin ongelma-alueeseen syvällisemmin. Perustasolle muodostuu eri vahvuusalueiden verkosto, joka tekee tiivistä hoitoyhteistyötä erikoissairaanhoidon osaajien kanssa ja toimii asiantuntijoina muille perusterveydenhuollon lääkäreille ja hoitajille. Yhtenäisten sovittujen hoitoketjujen toteuttaminen varmistuu, kun myös perustasolla on hoidon koordinoinnista vastaava taho.

Kaikki lähipalvelupisteet, pääsääntöisesti omat lähipalvelutiimit, hoitavat saman päivän aikana hoitoa vaativat asiakkaat (päivystyspotilaat) kello 8:n ja 16:n välillä. Lähipalvelutiimin sisäinen työnjako ja ajanvarausohjelma suunnitellaan niin, että tämä mahdollistuu. Ne lähipalvelupisteet, joissa toimii samanaikaisesti useampia lääkäreitä, työskentelevät porrastetusti niin, että yhden lääkärin vastaanotto jatkuu kello 18:aan asti. Hän hoitaa päivystyspotilaat sekä työssäkäyvät, jotka eivät voi tulla vastaanotolle päiväaikaan.

Suun terveydenhuolto

Suun terveydenhuollon palvelut järjestetään valtakunnallisten tavoitteiden mukaisesti. Palvelut kohdistuvat koko väestöön, ja palvelujen tuottamisessa on hyödynnetty eri ammattiryhmien antama mahdollisuus työnjakoon.

Suun terveydenhuolto järjestetään terveyspiirissä yhtenä toiminnallisena kokonaisuutena, jolla on yksi johtaja ja yksi yhteinen henkilöstö. Suun terveydenhuolto ja ennaltaehkäisevä työ on osa hyvinvointisuunnitelmaa ja siinä korostuvat terveystieteiden ja riskiryhmien tunnistaminen.

Suun terveydenhuollon palvelut järjestetään tarpeenmukaisesti kaikille ikäryhmille. Järjestelmälliset hammashuollon palvelut suunnataan erityisesti riskiryhmille, kuten kroonista tautia sairastaville, syöpäpotilaille, sosiaalisesti ongelmallisille ym.

Suun terveydenhuollon palvelut organisoidaan perusterveydenhuollon muiden palvelujen mukaisesti. Palvelujen yhteensovittaminen kunnassa toteutuu moniammatillisena yhteistyönä lähipalvelutiimissä.

Hammaslääkäripalvelut tuotetaan ensisijaisesti seudullisesti ja suuri osa suuhygienistien palveluista lähipalveluna kunnissa, joissa työpisteenä ovat koulut, päiväkodit ja vanhustenhuollon laitokset. Tarvittaessa asiakkaita kuljetetaan keskitetysti palvelujen piiriin tai vaihtoehtoisena mallina on perustaa liikkuva hammasklinikka, jossa hoidetaan suun terveydenhuollon peruspalvelut.

Hammashuollon ajanvaraus ja neuvonta hoidetaan piirissä keskitetysti. Päivystys on terveystieteissä yhdessä pisteessä kaikkina päivinä, myös viikonloppuna. Yhteispäivystyksessä hoidetaan kaikkia niitä potilaita, jotka eivät ole saaneet kiireellistä aikaa omalta hammaslääkäriltä. Alueella päivystetään tarvittaessa joinakin arkipäivinä, esimerkiksi kahtena päivänä viikossa, ja hoidetaan ensisijaisesti oman alueen päivystyspotilaita.

Terveystieteissä hammashuollon henkilöstörakenne ja määrä suhteutetaan työn vaatimusten mukaiseksi. Yhden hammaslääkärin väestöpohja on 2 500–3 000 asukasta. Väestöpohjan suuruus riippuu muun henkilökunnan määrästä ja työnjaosta sekä alueen yksityispalvelujen tarjonnasta.

Terveystieteiden alueella tarvitaan yksi tai useampia klinisiä erikoishammaslääkäreitä, jotka hoitavat hankalat juurihoidot, proteesit, proteettisen hoidon komplikaatiot ja muut erityisosaamista vaativat tehtävät. Osa hammaslääkäreistä, esimerkiksi yksi jokaisella alueella, keskittyy oikomishoitoihin. Suuhygienistit ja osittain myös hammashoitajat hoitavat itsenäisesti suuren osan lasten ja vanhusten hammashuollosta ja terveystieteiden kasvatuksesta. Hammashoitajat avustavat hammaslääkäreitä, huoltavat instrumentit ja työnjaon mukaan vastaavat terveystieteiden kasvatuksesta ja tekevät itsenäistä vastaanottotyötä. Hammashoitajia tarvitaan yksi jokaista klinistä työtä tekevää hammaslääkäreitä kohti ja lisäksi joitakin itsenäistä työtä tekeviä. Suuhygienistejä tarvitaan yksi 2 800:ta alle 20-vuotiasta kohden, vanhustenhuollon tehtävät kuitenkin lisäävät tarvetta jonkin verran.

Hammas-, suu- ja leukasairaudet

Hammas-, suu- ja leukasairaudet hoidetaan terveystieteiden klinisenä erikoisalana (1 klinikko/40 000 asukasta). Kliinikko toimii yhteistyössä muiden erikoisalojen kanssa ja hoitaa sairaalapotilaiden suun ja leuan alueen traumoja, kasvaimia ja muita erikoisalan osaamista vaativia tapauksia. Vaativa hammashuolto, joka ei edellytä sairaalahoitoa, hoidetaan yhdessä pisteessä seudullisessa suun terveydenhuollon yksikössä.

Työterveyshuolto

Terveyspiirissä työterveyshuollon palvelut järjestetään seudullisesti yhdellä tai useammalla alueella. Työnantajille tarjotaan sekä lakisäteisen työterveyshuollon palveluja että sairaanhoitosopimuksia. Työterveyshuollon palvelut tuoteistetaan siten, että niiden sisältö on asiakasorganisaatioiden ja työterveyshuollon kannalta niin selkeä, että palvelut voidaan hinnoitella kannattaviksi. Henkilökunnan määrä mitoitetaan sopimusten ja työn sisällön mukaiseksi.

Hyvin toimivana työterveyshuolto on tärkeä toimija hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen verkostossa. Työterveyshuollon tulee toimia aktiivisena työikäisten kuntoutustarpeen, mielenterveys- ja päihdeongelmien sekä työstä syrjäyttämistä varten olevien asiakkaiden ongelmien havaitsijana ja kuntoutukseen ohjaajana. Yhteistyö sosiaali- ja työvoimaviranomaisten sekä Kelan kanssa on erittäin tärkeää.

Työterveyshuolto toimii terveyspiirin alueella yhtenä yksikkönä. Työterveyshuollolla on vastuulääkäri, joka on työterveyshuollon erikoislääkäri, ja osastonhoitaja. Nämä työntekijät vastaavat työterveyspalvelujen yhtenäisestä sisällöstä ja laadusta sekä toiminnan koordinoinnista ja yhteensovittamisesta muiden vastaavien palvelujen (terveyden edistäminen ja ehkäisevä toiminta, sairaanhoito ja kuntoutus) kanssa.

Työterveyshuollon ajanvarauksen tulisi olla keskitetty. Ajanvarausten suunnittelu ja asiakkaiden neuvonta paranee, jos ajanvaraajana toimii terveydenhoitaja.

Perusterveydenhuollon akuutti vuodeosastohoito

Terveyspiirissä varmistetaan perusterveydenhuollon akuutin vuodeosastohoidon tarve ja vanhustenhuollon akuuttihoitoon saatavuus muuttamalla vuodeosastohoidon ja laitoshoidon luonnetta ja tavoitteita. Pitkäaikaishoito nykyisillä terveyskeskuksen vuodeosastoilla lopetetaan ja vastaava pitkäaikaishoito järjestetään hoivatasoisena laitoshoidona osana vanhustenhuollon palveluja. Vuoro- ja lyhytaikaishoito toteutetaan ensisijaisesti palvelutaloissa tai vanhainkodeissa. Käytännössä tämä tarkoittaa, että vanhustenhuollossa hoidetaan vastaisuudessa enemmän aktiivista kuntoutusta ja myös sairauksien hoitoa vaativia potilaita. Tämä tulee ottaa huomioon palvelujen mitoituksessa.

Perusterveydenhuollon vuodeosastohoito tarjoaa akuutin vaiheen hoitoa, tutkimuksia ja leikkausten ja joidenkin tautitilojen jälkeistä kuntouttavaa hoitoa. Osastot järjestävät tarvittaessa kuntouttavia, kotona hoitamista tukevia hoitojaksoja. Akuutti vuodeosastohoidon palveluja tarjotaan terveyspiirissä kahdessa tai kolmessa pisteessä. Tavoitteena on, että akuuttihoitoon enimmäishoitoaika on 30 vuorokautta ja keskimääräinen hoitoaikataavoite 12 vuorokautta. Vuodeosastohoitoa vaativa katkaisuhuolto toteutetaan akuuttihoito-osastolla. Myös mielenterveys-

ongelmat, joiden hoidossa ei tarvita erikoislääkärijohtoista osastohoitoa, hoidetaan akuutilla vuodeosastolla.

Psykososiaaliset palvelut

Yleistä

Psykososiaalisten erikoispalveluiden toimintamalli perustuu kansallisiin suosituksiin, paikallisiin olosuhteisiin ja kansainvälisiin kokemuksiin. Tavoitteena on luoda toimintamalli, jonka avulla varmistetaan tehokkaat, ihmistä kunnioittavat ja oikeudenmukaiset, nykyisten ja tulevaisuuden vaatimusten mukaiset palvelut. Mallissa korostetaan, että psykososiaaliset peruspalvelut tulee tarjota lähipalveluina. Palvelujen tulee olla helposti saatavilla ja niiden tulee kattaa kaikki potilasryhmät.

Noin neljäsnes väestöstä oireilee psyykkisesti. Vuoden aikana noin 5 prosenttia aikuisista sairastaa masennusta. Vuosituhannen vaihteessa runsaat 4 prosenttia aikuisista kärsi alkoholihäiriöistä. Määrän arvioidaan tämän jälkeen lisääntyneen. Psykososiaalisten palvelujen tarpeen odotetaan kasvavan yhteiskunnallisten muutosten takia.

Mielenterveyspalvelujen hajauttaminen kuntiin ja monet eri toimijat vaikeuttavat kokonaiskuvan saamista mielenterveyspalvelujen resursseista. Tavanomaiset mielenterveysongelmat hoidetaan perusterveydenhuollossa. Näiden potilaiden määrää on kuitenkin vaikea arvioida, koska kaikissa terveyskeskuksissa ei tilastoida diagnoosimerkintää. Myös yhteys erikoissairaanhoidon on usein heikko muun muassa erikoissairaanhoidon puutteellisista resursseista johtuen. Lisäksi on paljon erilaisia mielenterveyspalveluja tuottavia toimijoita.

Psykososiaalisten erikoispalveluiden toimivuus edellyttää tyypillisesti koko terveyspiirin väestöpohjan. Asiakkaiden etäisyyksiä psykososiaalisiin palveluihin tulee minimoida sijoittamalla erikoispalveluiden henkilökuntaa (esim. psykiatrien sairaanhoitaja) seudullisten palvelujen yhteyteen tai ylläpitämällä sivuvastaanottoja.

Psykososiaalisiin erikoispalveluihin kuuluvat lastensuojelu, erityissosiaalityö, perhe- ja kasvatusneuvolat, nuorisoasemat, lasten- ja nuorisopsykiatrisen avohoidon, mielenterveystoimistot, kriisikeskukset, A-klinikat, katkaisuasemat, kehitysvammahuollon avotoiminta, päivä- ja toimintakeskukset, suoja-, vastaanotto- ja kuntoutuskodit. Terveyspiiri voi tuottaa näitä psykososiaalisia erikoispalveluja itse tai hankkia ne ostopalveluina muilta palvelujen tuottajilta.

Päihdehuollon irrallisuus terveyspalveluista korostaa päihdeongelmaisten eriarvoisuutta ja haittaa hoidon jatkuvuutta ja moniammatillista yhteistyötä. Terveyspiirissä päihdehuolto tuodaan yhteen psykososiaalisten palveluiden kokonaisuuteen.

Psykososiaalisissa palveluissa painotetaan kansalaislähtöisten monitahoisten palveluntuottajien roolia. Tavoitteena on siirtää julkisten sosiaali- ja terveyspalveluiden roolia palvelutuotannosta koordinoivaan laadunvarmistusrooliin ja lisätä kansalaisten omaehtoista osallistumista mielenterveys- ja päihdetyöhön. Kansalaisten voimaantuminen ja sosiaalitalouden kehittyminen nähdään tärkeinä keinoina edistää väestötason mielenterveyttä.

Mielenterveystyön onnistumisen ehtona on mielenterveyden huomioon ottaminen kaikessa yhteiskunnallisessa päätöksenteossa. Mielenterveyspalveluissa onnistumiseen vaikuttavat palvelujen saumattomuus, monipuolisuus ja asiakaslähtöisyys. Ihmisten elämäntilanteen ja tarpeiden huomioon ottaminen on asiakaslähtöisten palvelujen edellytys. Kuntien ratkaisut ja voimavarat mielenterveyspalvelujen järjestämiseksi ovat erilaiset. Niukat resurssit ja erityishenkilöstön huono saatavuus ovat kuntien yleisiä ongelmia.

Sosiaalisen hyvinvoinnin puuttumista voidaan pitää uhkatekijänä mielenterveydelle. Sosiaalista hyvinvointia voidaan tarkastella esimerkiksi väestön ikääntymisen, koulutusasteen, työttömyyden, toimeentulon ja asumisen näkökulmasta. Terveyspiirin tulee laatia mielenterveys- ja päihdetyön kokonaissuunnitelma, joka ottaa huomioon alueen sosiaalisen hyvinvoinnin tason ja jossa määritellään mielenterveystyön tavoitteet ja mielenterveystyötä tekevien tahojen sekä palvelujen järjestäjien ja tuottajien tehtävät ja työnjako. Mielenterveys- ja päihdetyön suunnitelma on osa koko terveyspiirin hyvinvointisuunnitelmaa.

Psykososiaalisten palvelujen suunnittelun lähtökohtana tulee olla palvelujen tarvisijoiden ja nykyisin käytössä olevien resurssien tunnistaminen. Palveluja kartoitettaessa tulee julkisen sektorin palvelujen lisäksi kartoittaa myös yksityiset ja kolmannen sektorin palvelut sekä vapaaehtoistyö. Mielenterveyspalvelut kartoitetaan, suunnitellaan ja järjestetään yhtenä kokonaisuutena päihdehuollon palvelujen kanssa.

Tässä ehdotettava malli aikuisten psykososiaalisten palveluiden järjestämiseksi korostaa palvelujen hyvää saatavuutta, erityisosaamista, avohoidon ja perusterveydenhuollon ensisijaisuutta. Nykyiset kuntien ja erikoissairaanhoidon resurssit kootaan yhteen toimimaan suurempina alueellisina kokonaisuuksina muutamissa aluekeskuksissa yhden johdon alaisuudessa. Aikuisten mielenterveystyö ja päihdeongelmaisten hoito kattaa myös vanhusten mielenterveysongelmat.

Organisointimalli

Psykososiaaliset palvelut järjestetään asiakaslähtöisesti seudullisina, paikalliset olosuhteet huomioon ottavina, toimivina kokonaisuuksina, kehittämällä koordinaatiota ja yhteistyötä kuntien, perus- ja erikoispalveluiden, sosiaali- ja terveyssektorin, työterveyshuollon, eri ammattiryhmien sekä muiden toimijoiden (kolmas

sektori, yksityiset palvelujen tuottajat, seurakunnat) välillä, huomioiden lähipalveluperiaatetta.

Tavoitteena on, että terveyspiirin alueella on väestön tarpeita vastaavat psykososiaaliset palvelut, jotka perustuvat hyvin toimivaan avohoittoon ja eri toimijoiden väliseen kiinteään yhteistyöhön.

Mielenterveyspalveluissa avohoidon kehittäminen perustuu näkemykseen, että myös mielenterveyden häiriöistä kärsivät henkilöt ovat täysivaltaisia yhteiskunnan jäseniä ja että heidän elämänlaatunsa paranee, kun heillä on mahdollisuus osallistua avoimeen yhteiskuntaan. Mielenterveyspalvelut on suunniteltava siten, että ne vähentävät mielenterveyden häiriöistä kärsivien leimautumista ja syrjintää.

Aikuisten psykososiaaliset palvelut järjestetään terveyspiirissä yhtenä kokonaisuutena yhteisen johdon alaisuudessa. Psykososiaalisen työn kokonaisvaltainen koordinointi edellyttää vahvaa johtamista. Mielenterveys- ja päihdetyö pitää nähdä laaja-alaisena toimintana, joka kattaa useita yhteiskunnan sektoreita ja joka sisältää niin mielenterveyden ja päihde- ja päihdeongelmien edistämisen ja häiriöiden ehkäisemisen kuin mielenterveys- ja päihdepalvelujen tuottamisen. Mielenterveys- ja päihdehuollon erikoispalveluiden koordinointi on välttämätöntä, jotta palvelutarjonnassa ei syntyisi aukkoja tai päällekkäisyyksiä. Monilla päihdehuollon asiakkaila on myös psyykkisiä häiriöitä, kuten myös mielenterveyshäiriöistä kärsivillä päihdeongelmia. Pirstaloituneet palvelut vaikeuttavat hoidon saamista.

Mielenterveys- ja päihdetiimit toimivat seudullisesti ja työntekijät jalkautuvat tarvittaessa lähipalveluihin. Ammatillisen konsultaation ja tiimityön mahdollistamiseksi työntekijät kuuluvat kaikki seudulliseen tiimiin. Mielenterveys- ja päihdepotilaita hoidetaan tiiviissä yhteistyössä väestövastuussa olevien perusterveydenhuollon lääkäreiden kanssa. Tämä varmistetaan sujuvilla konsultaatiokäytännöillä ja säännöllisillä yhteistyöpalavereilla.

Psykososiaalisten palveluiden johtaja vastaa aikuisten psykososiaalisten palvelujen kokonaisuudesta, johon kuuluvat:

- mielenterveystyön moniammatilliset tiimit aluekeskuksissa
- päihdetiimit aluekeskuksissa
- erikoissairaanhoidon psykiatrinen vuodeosastohoito, joka on avohoidon tukitoimi
- päihdehuollon laitoshoido
- päiväosastohoito, joka on tukitoimi avohoitopainotteiselle hoidolle ja korvaa osittain vuodeosastohoitoa
- mielenterveys- tai päihdepotilaille suunnattu päiväkeskustoiminta
- kuntoutus- ja asumispalvelut, joista suurin osa järjestetään ostopalveluina
- kehitysvamma- ja mielenterveyspalvelut

- vanhusten mielenterveysongelmien hoidon tuki, johon kuuluvat vanhusten mielenterveysongelmien kartoitus, lääkitysten arvioinnit ja muut tarvittavat konsultaatiot
- vankilasta vapautuneiden tukitoimet.

Mallissa terveyspiiriin perustetaan psykososiaalisen työn neuvottelukunta, jonka toiminta kattaa psykososiaalisen työn suunnittelun ja koordinoinnin palveluntuottajasta riippumatta. Neuvottelukunnan keskeisin tehtävä on palveluiden yhteensovittaminen. Erikoissairaanhoidon § 10 velvoittaa kaikki sairaanhoitopiirit tähän.

Neuvottelukunnassa ovat edustettuina terveyspiirin psykososiaaliset toimintot, sosiaalihuolto, kolmas sektori sekä potilas- ja omaisjärjestöt. Psykososiaalisen työn neuvottelukunta vastaa sairaanhoitopiirin psykososiaalisen työn strategisesta suunnittelusta. Strategia operationalisoidaan piirin psykososiaalisen työn kokonaissuunnitelmassa. Suunnittelutyö tehdään yhdessä kuntien, perusterveydenhuollon, sosiaalihuollon, kolmannen sektorin sekä potilas- ja omaisjärjestöjen kanssa.

Piiritason suunnitelma antaa suuntaviivat kunnallisille psykososiaalisen työn kokonaissuunnitelmille. Nykyiset kunnalliset mielenterveystyön kokonaissuunnitelmat, päihdetyön suunnitelmat ja hyvinvointisuunnitelmat päivitetään sairaanhoitopiirin kokonaissuunnitelmassa esitettyjen, yhteisesti hyväksytyjen suuntaviivojen mukaisesti. Kunnat, joilla ei tällä hetkellä ole po. suunnitelmia, laativat yhteisten ja kunnan omien tavoitteiden mukaisiksi.

Aikuisten mielenterveyspalvelut järjestetään asiakaslähtöisesti seuraavia periaatteita noudattaen:

- Apua saa kiireellisessä tarpeessa saman päivän aikana tai viimeistään kolmen päivän sisällä
- Kaikille asiakkaille laaditaan yhdessä asiakkaan/potilaan ja tarvittaessa omaisten kanssa kirjallinen hoito- ja kuntoutussuunnitelma
- Avohoito on aina ensisijainen hoito
- Kaikessa hoidossa on kuntouttava ote
- Asiakkaalla/potilaalla on aina tiedossa henkilö kenen puoleen hän voi asiassaan kääntyä hoitoonsa ja kuntoutukseensa liittyvissä asioissa.

Palvelujärjestelmän sisällä:

- Palvelut toteutetaan moniammatillisena tiiminä, jossa tiimin sisäisessä työnjaoissa hyödynnetään joustavasti kunkin asiantuntemusta ja erityisosaamista
- Vastaanotolle pääsy varmistetaan jättämällä ohjelmaan vara-aikoja ja päivyytysaika arkipäivisin. Vastaanotolle on mahdollista tulla myös ilman lähetettä.
- Palvelujen johtamis- ja koordinoitavista sovitaan selkeästi

- Henkilöstön määrä ja rakenne määritellään osana mielenterveystyön kokonaissuunnitelmaa
- Palveluja ja toimintaa seurataan säännöllisesti ja seurantatietoja hyödynnetään toiminnan suunnittelussa
- Mielenterveyden edistämistoimet, ehkäisevä työ ja osa palveluista toteutetaan yhteistyössä muiden hallinnonalojen, yksityisten palvelujen tuottajien, kolmannen sektorin ja vapaaehtoisjärjestöjen kanssa.

Mielenterveystyö lähipalveluna

Mielenterveys- ja päihdetyö on osa lähipalvelutiimien työtä. Lähipalveluissa hoidetaan lievistä ja yleisimmistä mielenterveys- ja päihdehäiriöistä kärsivät potilaat. Mielenterveys- ja päihdeongelmaisia otetaan vastaan myös päivystysluontoisesti seulontaa ja ensivaiheen apua varten. Vaikeammat, monipuolista arviointia ja lääkehoitoa vaativat mielenterveys- ja päihdeongelmaiset lähetetään seudullisten tiimien hoitoon. Perustason työntekijöiden osaamista ja päätöksentekoa vahvistetaan sujuvilla konsultaatiokäytännöillä.

Mielenterveysongelmien määrän ja tason seuraamiseksi on välttämätöntä, että diagnoosit tilastoituvat sairauskertomuksiin myös lähipalveluissa. Ensivaiheen tavoitteena olisi luokitella käynti mielenterveyskäynniksi. Jatkossa voisi suunnitella mielenterveyskäyntien jaotusta neljään ryhmään: päihdeongelmainen, psykoottinen, mielialaongelmainen ja ahdistuspotilas.

Mielenterveyspotilaiden asumispalvelut järjestetään ensisijaisesti lähipalveluna, mutta koordinoidaan seuduittain. Asumispalvelu voi olla tuettua asumista tai kuntouttavaa asumispalvelua. Asumispalveluja järjestetään yhteistyössä alueen erilaisten palvelujentuottajien kanssa.

Päihdeongelmaisten hoito

Päihdehaittojen ehkäisy ja päihdeongelmaisten hoito edellyttävät tietoista suunnittelua ja strategiaa. Pienten kuntien mahdollisuudet ohjata päihdeongelmaisten hoitoa ovat rajalliset. Päihdehaittojen kokonaiskustannukset nousevat jyrkästi, jos päihdepotilaiden hoito tapahtuu erikoissairaanhoidossa. Etenkin päihdehuollon erityispalvelujen järjestäminen helpottuu ylikunnallisena yhteistyönä. Yhdessä on myös helpompi varmistaa palvelujen saatavuus ja laatu. Hyvin toimivat päihdepalvelut ovat tärkeä osa sosiaalisen syrjäytymisen ehkäisyä, hyvinvoinnin lisäämistä ja terveydellisen tasa-arvon vahvistamista.

Terveyspiirissä laaditaan piirin mielenterveystyön ja päihdehuollon kokonaissuunnitelma (psykososiaalisen työn kokonaissuunnitelma), joka on osa alueen hyvinvointisuunnitelmaa. Suunnitelmassa määritellään, miten ehkäistään päihdehuollon haittojen syntymistä ja miten päihdepalvelut on järjestetty sekä määri-

tellään eri toimijoiden välinen yhteistyö. Myös uusien hoitomuotojen käyttö koordinoidaan strategiатыn kautta.

Palvelujen suunnittelussa ja mitoituksessa otetaan huomioon päihhteiden kulutuksessa tapahtuvat muutokset. Alkoholin lisäksi huumeiden käyttö ja muut päihdehaitat, kuten rauhoittavien ja kipulääkkeiden ongelmakäyttö sekä päihhteiden sekakäyttö, ovat lisääntyneet viime vuosina.

Päihdepalvelut kuuluvat terveystiirissä psykososiaalisten palvelujen johdon alaisuuteen, mutta toiminta organisoidaan pääasiallisesti seututasolla. Näitä ovat esimerkiksi A-klinikat, nuorisoasemat, päihdepysäkit, kuntoutusarviot, päiväkeskukset, kuntoutuslaitokset ja asumispalvelut.

Päihdehuollon tiimi toimii osana psykososiaalisia palveluja. Päihdeongelmaiset ovat monasti myös psykiatrisia potilaita, mikä edellyttää mielenterveystiын ja päihdehuollon saumatonta yhteistyötä. Joitakin päihdehuollon erityistason palveluja, kuten opiaattiriippuvaisten hoito, järjestetään maakunnallisesti.

Palvelujen järjestämisen asiakaslähtöisinä periaatteina ovat

- esteetön pääsy palveluihin
- asiakkaan osallistuminen oman kuntoutuksensa suunnitteluun
- palveluohjaus
- avohoidon ensisijaisuus.

Päihdepalvelujärjestelmän keskeisiä periaatteita ovat

- toiminta tiiviissä yhteydessä mielenterveyspalvelujen kanssa
- avohoidon ja peruspalvelujen keskeinen osuus palveluissa, mm. katkaisuhoidon järjestetään ensisijaisesti terveyskeskuksen akuutin vuodeosastohoidon yhteydessä
- verkostomainen yhteistyö sosiaali- ja terveydenhuollon eri toimijoiden kanssa, ml. työterveyshuolto ja oppilashuolto
- erityispalvelujen järjestäminen vapaaehtoisjärjestöjen (mm. omais- ja vertais-tuki), yksityisten ja kolmannen sektorin kanssa.

Somaattisen erikoissairaanhoidon palvelut

Keskeisiä periaatteita terveystiirin näkökulmasta erikoissairaanhoidon rakennemuutosta ja mitoitusta suunniteltaessa ovat:

- Terveystiirissä palvelut suunnitellaan hoito- ja palvelulinja -mallilla erikoissairaanhoidon ja peruspalvelujen yhteistyönä siten, että palvelut toteutetaan tarkoituksenmukaisella hoidon porrastuksen tasolla.
- Asiantuntijayhteistyö sekä konsultaatiokäytännöt erikoissairaanhoidosta peruspalveluihin ja päinvastoin rakennetaan erikoisalan vastuulääkärin ja -hoi-

- tajan sekä perustason lääkärien ja hoitajien välille sellaisiksi, että potilasta pystytään hoitamaan mahdollisimman laajasti perustasolla.
- Erikoissairaanhoidon palveluissa korostuu avohoitopainotteisuus ja konsultoiva työote.
 - Sairaalahoidossa korostuu päiväkirurgia ja myös konservatiivisissa palveluissa suunnitellaan lyhythoito-ohjelmia.
 - Hoidon suunnittelussa painotetaan oikea-aikaista nopeaan kuntoutumiseen tähtäävää palvelua.

Terveyspiirin alueella järjestetään kaikkia väestön tarvitsemia erikoissairaanhoidon palveluja. Erityistason palvelujen työnjako sovitaan kuitenkin erikseen valtakunnan tasolla. Erikoissairaanhoidon sairaaloiden välinen työnjako suunnitellaan terveyspiirin alueella laadittavassa strategisessa suunnitelmassa. Suppeiden erikoisalojen ja vaativien erikoissairaanhoidon palvelujen järjestämisen työnjako sovitaan terveyspiirin sisällä siten, että laadulle ja kustannustehokkuudelle asetetut vaatimukset täyttyvät. Terveydenhuoltoalueilla järjestetään vähintään kaikki ne erikoissairaanhoidon palvelut, jotka koskevat yleisiä sairauksia ja jotka hoidetaan perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhteistyönä. Näissä palveluissa tarvitaan usein tueksi erikoissairaanhoidon konsultaatioita diagnosoinnissa ja hoidossa.

Potilaiden hoitoa lähipalveluissa ja seudullisissa palveluissa tuetaan järjestämällä joustavat ja oikea-aikaisesti saatavat erikoissairaanhoidon konsultaatiopalvelut. Konsultaatiot toteutetaan kehittyneen tietotekniikan aikana pääosin sähköisinä tai puhelinkonsultaatioina. Eri hoitopisteiden kuuluminen samaan organisaatioon poistaa potilaita koskevan tiedon siirtämisen esteitä. Erikoisalan konsultaatioita järjestetään tarvittavassa laajuudessa myös hajautettuina seudullisesti ja lähipalveluina.

Hoito- ja palveluketjut

Useiden yleisten ja keskeisten sairaus- ja ongelmaryhmien hoidon koordinoimiseksi suunnitellaan hoito- ja palveluketjut, joiden sisällä sovitaan sekä hyvästä hoitokäytännöstä että palvelun sujuvasta toteuttamisesta hoidon ja asiakkaan kannalta oikeassa paikassa. Samalla varmistetaan, että erikoisalan asiantuntemus on saumattomasti potilasta perustasolla hoitavan tiimin käytössä. Hoito- ja palveluketjut sovitaan terveyspiirin toimintojen yksityiskohtaisemman suunnittelun yhteydessä. Hoito- ja palveluketjujen suunnittelusta, toteuttamisesta ja koordinoinnista vastaavat tautiryhmäkohtaiset asiantuntijoiden ryhmät, joissa on osajia palveluketjun eri vaiheista: erikoissairaanhoidosta, peruspalveluista ja sosiaalitoimesta.

Päivystys, päivystysoasto, puhelinneuvonta

Terveyspiirissä ilta- ja yöpäivystys keskitetään erikoissairaanhoidon päivystyspisteisiin. Nämä päivystyspisteet ovat myös ainoat ilta- ja yöpäivystysaikaan poti-

laita sisään ottavat yksiköt. Päivystyspisteissä järjestetään myös psykososiaalinen päivystys. Arkisin iltaisin terveyskeskusten vastaanottoajan päätyttyä sekä viikonloppuisin perusterveydenhuollon päivystys toteutetaan näissä pisteissä. Terveyspiirin perusterveydenhuollon lääkärit vastaavat päivystyksestä paitsi yöllä, jolloin erikoissairaanhoidon päivystäjät hoitavat myös perusterveydenhuollon päivystyspotilaat.

Päivystyspisteessä on perus- ja erikoissairaanhoidon yhteinen akuuttihoidon päivystys/tarkkailuosasto, jossa erikoissairaanhoidon, perusterveydenhuollon ja vanhustenhuollon kliininen osaaminen yhdistyvät. Päivystysosastolle ohjataan päivystyksestä tarkkailua, vuodeosastohoitoa ja erikoissairaanhoidon konsultatiota tai hoitotoimenpiteitä tarvitsevat potilaat jatkotutkimuksia ja diagnoosin määrittämistä varten. Mikäli potilas on selvästi erikoissairaanhoidon tarpeessa, hänet ohjataan suoraan asianmukaiselle erikoisalalle. Päivystysosaston tehtävä on määrittää diagnoosi ja hoidon sekä kuntoutuksen tarve, minkä jälkeen potilas mahdollisimman nopeasti kotiutetaan tai lähetetään jatkohoitoon työnjaon mukaan sovitun hoitopaikkaan.

Päivystystoiminnan yhteyteen perustetaan puhelinneuvontapalvelu, jossa tehtävään koulutetut sairaanhoitajat vastaavat asiakkaiden hoitoa koskeviin kysymyksiin. Keskuksen toiminnan suunnittelussa lähdetään alueen tarpeesta ohjata palvelujen käyttöä ja varmistaa palvelujen saatavuus. Mallia tähän otetaan kansallisista ja kansainvälisistä hyvistä kokemuksista.

Peruspalveluiden keskitetyn päivystyksen voi järjestää kahdella tavalla. Vaihtoehtoina on, että kaikki alueen perusterveydenhuollon lääkärit osallistuvat keskitettyyn päivystykseen tai että perusterveydenhuollon omista ja ulkopuolisista lääkäreistä perustetaan päivystystä hoitava pooli. Päivystykseen osallistuisivat ensisijaisesti ne lääkärit, jotka sitä haluavat.

Päiväaikaan lähipalvelupisteiden/terveyskeskuksen omalääkäri hoitaa saman päivän aikana myös kiireellistä hoitoa vaativat asiakkaansa. Tiimin sisäinen työnjako ja ajanvarausohjelma suunnitellaan niin, että tämä mahdollistuu. Ne lähipalvelupisteet, joissa toimii samanaikaisesti useampia lääkäreitä, työskentelevät porrastetusti niin, että vuorollaan yhden lääkärin vastaanotto jatkuu iltaan asti. Hän hoitaa päivystyspotilaat sekä työssäkäyvät, jotka eivät voi tulla vastaanotolle päiväaikaan.

Etuna tässä järjestelyssä on, että omalääkäri terveyskeskuksessa hoitaa suurimman osa omista päivystyspotilaistaan, perusterveydenhuollon lääkäreiden päivystysrasite pienenee ja asiakkaat saavat palvelut yhdestä pisteestä. Monista terveyskeskuksista saadut kokemukset osoittavat, että päivystyskäyntien määrä tällöin vähenee. Keskitetty päivystys edistää sujuvia konsultointikäytäntöjä ja luo paremmat tutkimusmahdollisuudet päivystysaikana.

Sairaanhoidolliset tukipalvelut

Kuvantamispalvelut

Kuvantamisessa teknologia etenee kohti digitaalista kuvanottoa ja kuvien siirtoa ja arkistointia. Tämä tulee johtamaan toiminnan ja kuvien oton keskittämiseen viimeistään siinä vaiheessa, kun nykyisissä hajautetuissa pisteissä joudutaan uusimaan laitekantaa. Hoitoa helpottava kuvien digitaalinen siirto ja telekonsultaatiot vaativat digitaalisia laitteita.

Terveyspiirissä kuvantamistoiminta johdetaan keskitetysti. Kuvantamista toteutetaan koko piirin alueella muutamissa työnjaon yhteydessä sovituisissa pisteissä.

Laboratoriopalvelut

Laboratoriopalveluiden keskittäminen on useissa kustannusselvityksissä todettu tarkoituksenmukaiseksi ja toteutuksesta on myönteisiä kokemuksia. Palvelujen keskittäminen on myös valtakunnallisten linjausten mukaista.

Terveyspiirissä laboratoriotoiminta johdetaan ja laboratorioanalytiikka toteutetaan keskitetysti erikoissairaanhoidon yhteydessä. Laboratoriopalveluissa automatiikka kehittyy nopeasti, ja uusien laitteiden avulla suurienkin näytemäärien analytiikka tapahtuu nopeasti ja tehokkaasti. Kun lisäksi tulosten välittäminen tapahtuu nopeasti tietotekniikan avulla, on keskittäminen järkevää ja taloudellista.

Näytteidenotto toteutetaan seudullisesti ja tarvittaessa myös lähipalveluissa siten, että keskittäminen ei hankaloita asiakkaiden palvelujen saantia kohtuuttomasti. Alueellisissa pisteissä, joissa on akuuttihoiton vuodeosasto, turvataan mahdollisuus sovittuun päivystystä tukevaan laboratoriovalmiuteen.

Muut tukipalvelut

Sairaankuljetus organisoidaan keskitetysti osana aluehälytyskeskusta. Sairaankuljetusajoneuvojen sijaintipaikkoja voi olla hajautetusti piirin eri osissa, jotta ensihoitotasoinen sairaankuljetus olisi tasavertaisesti saatavilla. Ensihoitoa kehitetään seudullisesti ja osana päivystystoiminnan järjestelyjä

Lääkehuolto- ja hankinta, apuvälinehuolto, ravintohuolto (ml. ravitsemusterapia), hankinta ja varastointi järjestetään terveyspiirissä keskitetysti.

Terveyspiirin taloushallinto järjestetään keskitetysti, mutta se voidaan käytännössä toteuttaa esimerkiksi yhden kunnan toimesta.

Terveyspiirin tietohallinto järjestetään keskitetysti. Myös piirin hankintatoimi ja keskusvaraston toiminta toteutetaan keskitetysti.

Kuntoutus, fysioterapia- ja toimintateriapalvelut sekä apuvälinehuolto

Kuntoutus

Terveyspiirissä kuntoutus nähdään laajana hyvinvointia edistävänä kokonaisuutena, jonka periaatteet kirjataan alueen hyvinvointisuunnitelmaan. Terveyspiirissä on aktiivisen kuntoutuksen ote, jota toteutetaan kaikessa toiminnassa. Kuntoutuspalvelujen suunnittelussa otetaan huomioon kaikkien sairauden, vamman, psyykkisen tilan tai vanhuuden vuoksi kuntoutusta tarvitsevien tarpeet.

Kuntoutumis- ja työkykyarvioiden tekeminen keskitetään yhteen pisteeseen terveyspiirissä.

Sairauden tai toimenpiteen vuoksi kuntoutusta tarvitseville järjestetään suunnitelmallinen, tarpeen mukainen kuntoutus joko perusterveydenhuollon akuuttihoiton osastoilla tai vaativia kuntoutuspalveluja tuottavassa yksikössä terveyspiirissä.

Vanhusten kuntoutuksen periaatteet määritellään vanhustenhuollon suunnitelmassa ja resurssit suunnitellaan sen mukaisesti. Kotona selviytymistä tukevat kuntouttavat jaksot järjestetään vanhustenhuollon hoivahoidossa, perusterveydenhuollon akuuttihoiton osastoilla tai tarvittaessa vaativaa kuntoutusta antavissa toimipisteissä piirissä.

Psykiatristen ja päihdepotilaiden kuntoutuksen periaatteet suunnitellaan alueellisessa mielenterveys- ja päihdetyön kokonaissuunnitelmassa. Yhteistyötä tehdään alueen yksityisten ja kolmannen sektorin palvelujen tuottajien kanssa.

Kuntoutuksen suunnittelussa ja sen toteuttamisessa hyödynnetään alueen kaikkia kuntoutusvoimavaroja ja osaamista.

Terapiapalvelut

Terveyspiiriin muodostetaan terapiakeskus, joka kattaa kaikki terapiat lukuun ottamatta psykoterapiapalveluja.

Terveyspiirissä fysioterapia- ja toimintateriapalvelut järjestetään yhtenä kokonaisuutena. Palveluja tuottava henkilöstö muodostaa yhden toiminnallisen yksikön, jonka henkilöstö toimii alueilla tai lähialuepisteissä vakiintuneissa työpis-teissä seudullisten- tai lähialuepisteiden jäsenenä.

Yksi toiminnallinen kokonaisuus mahdollistaa yhtenäisten kuntoutuslinjausten toteuttamisen, resurssien suuntaamisen piirin väestön tarpeen mukaisesti ja osaamisen suunnitelmallisen kehittämisen.

Terveyspiirissä puheterapiapalvelut järjestetään yhtenä kokonaisuutena ja palveluja tuottava henkilöstö muodostaa yhden toiminnallisen yksikön. Työt jaetaan joko alueellisesti tai asiakasryhmien mukaan. Puheterapeutit pitävät vastaanottoa, konsultoivat ja hoitavat aluetasolla tai tarvittaessa lähialuepisteillä.

Apuvälinehuolto

Apuvälinepalvelujen tehokas järjestäminen terveyspiirissä edellyttää, että alueen kunnat ja terveyspiiri sopivat yhteistyöstä, toimintalinjoista ja vastuunjaosta, apuvälineiden hankinnasta, varastoinnista huollosta ja jakelusta. Tavoitteena on, että yhteishankinnoilla pystytään säästämään kustannuksissa ja että olemassa olevia apuvälineitä pystytään hyödyntämään paremmin, kun säästytään päällekkäiseltä varastoinnilta. Apuvälineet huolletaan ja kunnostetaan yhdessä asian osaavassa terveyspiirin yksikössä. Apuvälinepalvelujen keskittämistä yhteen pisteeseen tuetaan varasto- ja lainaustietojärjestelmällä.

Apuvälineiden jakelusta vastaa kussakin kunnassa yksi henkilö (fysioterapeutti tai kotihoiton työntekijä), jolla on myös suppea varasto yleisemmin käytettäviä apuvälineistä.

VANHUSTEN PALVELUT

Yleiset periaatteet

VANHUSTEN PALVELUT

Palvelujen piiriin kuuluvat yli 65-vuotiaat asiakkaat, silloin kun he tarvitsevat vanhustenhuollon palveluja ja tukea. Muut vanhusikäiset kuuluvat ensisijaisesti työikäisten palvelujen piiriin.

- Vanhusten palvelujen piiriin kuuluvat perinteisistä sosiaali- ja terveyspalveluista
- vanhusten terveydenhoito ja ennaltaehkäisevä työ
 - avosairaanhoito (perus- ja erikoissairaanhoito)
 - akuutti vuodeosastohoito (perus- ja erikoissairaanhoito)
 - kuntoutus
 - vanhustenhuollon sosiaalityö
 - kotihoito; sisältää kotipalvelun, kotisairaanhoidon, yöpartio toiminnan, tukipalvelut, ym.
 - omaishoito ja omaishoidon tuki
 - asumispalvelut
 - laitoshoido
 - mielenterveyspalvelut ja päihdehuolto
 - vammaispalvelut.

Vanhusten palveluja tarkastellaan sosiaalitoimen, vanhustyön, perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon kokonaisuutena siten, että hoiva, hoito ja kuntoutus sekä ehkäisevä työ muodostavat saumattoman palvelukokonaisuuden. Terveyspiirissä vanhustenhuollon keskeisenä tavoitteena on vanhusten kotona selviytyminen mahdollisimman pitkään. Kotona selviytymistä tuetaan eri hallintokuntien yli tehtävällä yhteistyöllä. Turvallinen ympäristö, esteetön liikkuminen ja asuntojen perusparannustyö ovat keskeisiä vanhusten toimintaympäristöön liittyviä itsenäistä selviytymistä tukevia tekijöitä. Vanhusten palvelujen tarvetta ennakoidaan erilaisilla järjestelmällisillä kartoituksilla, niin että tuki voidaan antaa ajoissa ja siten välttää tai siirtää pysyvä hoivan tarve. Terveyspiirissä vanhusten palvelujen tarve arvioidaan kattavasti ja systemaattisesti ja hoitomuodon valinta perustuu testattuihin ja validoituihin arviointimenetelmiin.

Vanhusten määrä kasvaa ja elinikä pitenee, samalla kasvaa myös niiden vanhusten määrä, joilla on viime elinvuosinaan useita terveys- ja muita ongelmia, joiden hoitamiseen he tarvitsevat useiden palvelujen apua. Vanhukset tarvitsevat vanhustenhuollon palvelujen lisäksi myös runsaasti perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon palveluja (kuvio 1, sivu 14). Tämä pakottaa eri toimintojen ja palvelupisteiden työntekijät saumattomaan, vanhusten näkökulmasta lähtevään yhteistoimintaan ja verkostoitumiseen. Terveyspiirissä toimintojen kuuluminen samaan organisaatioon vähentää yhteistyön esteitä.

Omaishoito on tulevaisuudessa yksi laajeneva kotona hoitamisen muoto. Omaishoitajan työn onnistumisen edellytyksenä on, että sitä tuetaan säännöllisellä vuorohoidolla ja että akuutit ongelmat hoidetaan viiveettä. Omaishoitajat tulisi ottaa osaksi palvelujärjestelmää ja heidän kouluttamisestaan ja jaksamisestaan tulisi huolehtia.

Verkoston muodostamisessa tulee vapaaehtoisjärjestöt, kolmannen sektorin ja yksityiset palvelujen tuottajat ottaa mukaan suunnittelemaan vanhusten palveluja. Terveyspiiriin tulee edistää alueellaan myös sellaista yritystoimintaa, jota kautta alueen väestölle ja erityisesti vanhuksille tarjotaan palveluja, jotka helpottavat arjessa selviytymistä.

Vanhusten palvelut toteutetaan pääosin lähellä vanhusta, usein hänen kotonaan. Vanhuksen tarvitsemat terveydenhuollon palvelut tulisi voida toteuttaa viivymättä, jotta vanhuksen toimintakyky voidaan säilyttää ja pitkäaikaiseen laitoshuoltoon joutuminen voidaan estää tai siirtää mahdollisimman pitkälle.

Vanhustenhuollon kustannusten kasvua hallitaan parhaiten, kun vanhustenhuollossa toimii hyvin koulutettu ja osaava henkilöstö. Hoivan laatua ja henkilöstön osaamista parantaa, jos palvelut suunnitellaan järjestelmällisen hoidon tarpeen arvioinnin perusteella.

Lisäksi yhteistyötä kunnan eri hallintokuntien, kolmannen sektorin ja vapaaehtoisjärjestöjen kanssa tiivistetään niin, että ne ovat toimiva osa vanhusten tarvitsemien palvelujen kokonaisuutta.

Palvelut

Määrälliset tavoitteet

Vanhusten määrä kasvaa nopeasti, mutta on todennäköistä, että samalla vanhusten terve ikä pitenee, toimintakyky säilyy aikaisempaa korkeampaan ikään, sairaudet tiivistyvät loppuvaiheeseen ja apua tarvitaan runsaasti vasta 85 ikävuoden jälkeen. Kuntien tavoitteena on edistää vanhusten hyvinvointia ja toimintakyvyn säilymistä, jotta vanhusten kyky asua omassa kodissaan säilyy mahdollisimman pitkään. Vanhusten hyvinvoinnista huolehditaan ennakoidulla tulevia ongelmia, tekemällä muun muassa ehkäiseviä kotikäyntejä, terveystarkastuksia, konsultaatioita, toimintakyvyn arvioita sekä arvioimalla vanhuksen kodin kunnostustarve.

Vanhusten palvelujen suunnittelussa tulee ottaa huomioon erityisryhmät, kuten mielenterveys- ja päihdeongelmaiset sekä dementoituneet, joiden määrän oletetaan tulevaisuudessa kasvavan. Lisäksi suunnittelussa tulee ottaa huomioon vammat, joiden odotettu elinikä nousee koko ajan.

Kuntien yhdessä laatima vanhustenhuollon strategia määrittelee palvelujen järjestämistä terveyspiirin alueella. Tavoitteena tulee olla, että vähintään 90 prosenttia yli 75-vuotiaista asuu kotona tai kodinomaisissa olosuhteissa. Omassa kodissa asumista, koti- ja tukipalveluja sekä asumispalveluja painotetaan ensisijaisina palvelumuotoina. Vanhusten laitoshoidon toteutetaan tehostettuna palveluasumisena ja hoivakotihoitona. Palveluasuminen toteutetaan omalla henkilökunnalla. Sekä hoivakotihoitoon että palveluasumiseen peittävyys on viisi prosenttia yli 75-vuotiaista. Pitkällä aikavälillä intensiivinen kotona hoitaminen korvaa palveluasumisen ja osa tavallisesta palveluasumisesta muuttuu tehostetuksi palveluasumiseksi. Ostopalveluilla tuetaan kuntien omaa palvelutarjontaa ja kevennetään investointipainetta. Ostopalvelujen tulee olla toimiva osa terveyspiirin vanhustenhuollon palvelujärjestelmää.

Palvelujen mitoituksessa käytetään apuna vanhustenhuollon valtakunnallisia laatusuosituksia, esimerkiksi kotihoitosta, palveluasumisesta ja laitoshoidosta. Valtakunnalliset laatusuositukset tarjoavat mahdollisuuden arvioida ja mitoittaa vanhusten palvelut ja palvelurakenne vanhusten hoidon ja hoivan tarvetta vastaavaksi. Kuntien toiminta ja resurssitietojen perusteella voidaan vanhustenhuollon nykyisestä mitoituksista verrata suosituksiin ja tuleviin palvelutarpeisiin.

Palvelujen organisointi

Periaatteet

Vanhusten palvelut suunnitellaan ja organisoidaan terveyspiirissä yhtenä kokonaisuutena, mutta toteutetaan pääosin lähipalveluina kotona tai lähellä kotia. Yhdessä laadittu vanhustenhuollon strategia, kuntien tahto ja viimeisin tieto hyvistä käytännöistä ja palvelumalleista ohjaa palveluja suunnittelua.

Vanhusten palveluja johtaa vanhustalvelujen johtaja, joka on terveyspiirin johtoryhmän jäsen. Vanhusten palvelujen budjetti koostuu kuntien hyvinvointisuunnitelman perusteella määrittelemistä vanhustenhuollon budjeteista. Vanhusten palvelujen henkilöstö on koko toimialan yhteistä, mutta toimii alue- ja lähipalveluissa. Tämä mahdollistaa osaamisen suunnitelmallisen kehittämisen ja henkilöstöresurssin joustavan käytön palvelutarpeiden muuttuessa.

Suurin osa vanhusten palveluista tuotetaan lähipalveluina, mutta niitä koordinoidaan seudullisesti. Vanhusten akuuttihoito ja kuntoutus järjestetään seudullisen palveluna tai keskitetysti. Tavoitteena on tarjota apu vanhusten terveyttä tai toimintakykyä haittaavaan ongelmaan viiveettä, jotta vanhus pääsisi takaisin kotiinsa tai hoitopaikkaansa mahdollisimman nopeasti.

Jokaisella kunnalla on vanhustenhuollon vastuuhenkilö, joka vastaa kunnan kaikista vanhustenhuollon palveluista: kotihoidosta, erilaisista kotona hoitamisen tukimuodoista, asumispalveluista ja laitoshoidosta. Kunnan vanhustenhuollon vastuuhenkilö toimii samalla palveluohjaajana, joka huolehtii alueen vanhusten oikeasta hoitopaikasta ja tarvittavasta tuesta. Kunnan vanhustenhuollon vastuuhenkilö kuuluu kunnan lähipalvelutiimiin, ja näin varmistetaan yhteys kunnan muihin peruspalveluihin.

Vanhusten hoidon kunnassa toteuttaa vanhustenhuollon lähipalvelutiimi, joka tuottaa kaikki vanhustenhuollon palvelut. Kullekin apua tarvitsevalle vanhuksele nimetään vastuuhenkilö, joka on yleensä vanhustenhuollon työntekijä, mutta voi olla myös omaishoitaja. Vastuuhenkilö koordinoi vanhuksen hoitoa. Vastuuhenkilö on vanhuksen joutuessa esimerkiksi sairaalaan yhteydessä sinne, seuraava sairaalahoidon etenemistä, osallistuu jatkohoidon suunnitteluun ja valmistelee kotiutusta.

Hyvinvoinnin, terveyden ja toimintakyvyn edistäminen

Vanhusten hyvinvoinnin, terveyden ja toimintakyvyn edistäminen on vanhustenhuollon strategian ja toiminnan suunnittelun lähtökohtana. Kuntien yhdessä laatima vanhustenhuollon strategia on osa terveyspiirin hyvinvointisuunnitelmaa.

Hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen toteutetaan vanhustenhuollon ja terveydenhuollon yhteistyönä. Myös asunto-, liikunta- sekä kulttuuritoimi, kolmas sektori, julkinen liikenne ja yritystoiminta tulee nivoa ehkäisevän työn verkostoon ikäihmisen kotona asumisen tukemiseksi. Erityistä huomiota kiinnitetään vanhusten sosiaalisten verkostojen toimivuuteen ja läheisten apuun. Tämä ns. epävirallinen apu on nähty ensisijaisena kotona selviytymistä edistävänä tekijänä.

Vanhusten hyvinvointia edistetään kaikissa vanhusten palvelujen järjestämiseen liittyvissä toimissa kautta linjan. Hyvinvoinnin edistäminen ei ole pelkästään hoivan antamista vaan myös niiden keinojen käyttämistä, jotka pitävät vanhuokset mahdollisuuksiensa mukaan aktiivisina omista asioistaan päättäviä ja huolehtivina kansalaisina.

Palvelujen toteutus

Ehkäisevät kotikäynnit

Ehkäisevällä kotikäynnillä tarkoitetaan palvelujen piiriin kuulumattomille vanhuksille tehtäviä kotikäyntejä, joiden tavoitteena on kartoittaa vanhusten tuen tarve, toimintakyky ja terveys. Tällöin arvioidaan paitsi vanhuksen omaa toimintakykyä myös hänen asuntonsa kuntoa ja muutostarvetta. Toiminnan tavoitteena on edistää vanhusten hyvinvointia ja kotona asumista mahdollisimman pitkään.

Ehkäisevien kotikäyntien tavoitteet, kohderyhmä, sisältö ja toimintatapa suunnitellaan moniammatillisesti vanhustenhuollon ja terveydenhuollon asiantunteumuksella. Ehkäisevät kotikäynnit voidaan kohdistaa tietyille vanhusikäryhmälle tai vanhusten elämäntilanteeseen liittyen. Ehkäisevistä kotikäynneistä voisivat hyötyä esimerkiksi syrjäseuduilla yksin asuvat, sosiaalisesti eristäytyneet, äskettäin leskeksi jääneet, terveydentilansa huonoksi kokevat, alkavista muistihäiriöistä kärsivät, mielialaltaan alavireiset tai masentuneet ja päihdeongelmaiset ikäihmiset.

Ehkäiseviä kotikäyntejä tekeviä työntekijöitä koulutetaan vähintäänkin yksi työntekijä jokaiselle seudulle. Lisäksi huolehditaan, että kaikilla kotipalvelun työntekijöillä on valmiudet arvioida asiakkaidensa kokonaistilannetta myös ehkäisevässä mielessä.

Kotihoito

Kotihoidolla on keskeinen rooli vanhustenhuollon palvelujen järjestämisessä. Suunnittelun lähtökohta on, että vanhuksat asuvat esisijaisesti turvallisesti kotona ja sinne räätälöidään vanhuksen tarvitsemat palvelut. Kotona hoitamista tuetaan tarvittaessa vuorohoidolla tai kuntouttavilla hoitajaksoilla. Asiakkaan tarpeet ja hoitoisuus ohjaavat palvelujen järjestämistä. Kotihoidon eri palveluille määritellään yhtenäiset myöntämisperusteet, joiden tukena käytetään testattuja hoitoisuusmittareita. Kotihoito muuttuu nykyistä intensiivisemmäksi ja se kohdennetaan paljon apua tarvitseville. Kotihoidon palvelujen piirissä on 25 prosenttia yli 75-vuotiaista.

Kotihoito sisältää kotipalvelun, kotisairaanhoidon ja tukipalvelut. Kotihoito toteutetaan ympärivuorokautisena palveluna ja sen intensiteetti vaihtelee avuntarpeen mukaan. Palvelut kohdennetaan ensisijaisesti enemmän apua tarvitseville. Kotihoidon tulee saada joustavasti konsultaatioapua kunnan muilta peruspalveluilta ja tarvittaessa erityistyöntekijöiltä, akuuttihoidosta tai erikoissairaanhoidosta.

Kotihoidon palvelut kohdennetaan ensisijaisesti kotona asuvien vanhusten selviytymisen tukemiseen. Palveluasuminen miehitetään ensisijaisesti pysyvällä henkilökunnalla, jota vahvistetaan hoidon tarpeen tilapäisesti muuttuessa kotihoiton työntekijöillä.

Terveyspiirissä tulisi olla tavoitteena, että tukipalvelut kattavat 20 prosenttia yli 75-vuotiaista.

Kotihoito toimii yhteistyössä yksityisten kodinhoitoa ja tukipalveluja antavien yrittäjien kanssa. Näiden palveluja ohjataan ennen kaikkea vähän tai tilapäisesti apua tarvitseville.

Kotihoito käynnistää tehostetun kotiuttamisen palvelun, jonka tavoitteena on mahdollistaa vanhusten turvallinen kotiutuminen akuuttihoiton jälkeen mahdollisimman varhain ja kasvattaa erikoissairaanhoidosta ja akuuttihoitosta suoraan kotiin palaavien määrää. Kotiutumisen alkuvaiheessa palvelut räätälöidään akuutin tarpeen mukaisesti hyvinkin laajoiksi ja niiden määrää lasketaan toimintakyvyn palautumisen mukaisesti. Vastuuhoitaja toimii tiiviissä yhteistyössä vanhusta akuuttivaiheessa hoitavan yksikön kanssa ja valmistelee kotiutusta.

Kotihoidon ja kotisairaanhoidon henkilöstö kunnissa yhdistetään yhdeksi toiminnalliseksi kotihoidon yksiköksi. Työt organisoidaan yhtenä tai useampana toimivan kokoisena tiiminä. Henkilökunnan tulee olla koulutettu tunnistamaan avun tarve ja toimimaan vanhuksen vastuuhoidajana ja palvelujen koordinoijana.

Omaishoidon tuki

Omaishoidon tukea ryhdytään käyttämään aikaisempaa aktiivisemmin korvaamaan ja ennalta ehkäisemään laitoshoidoa. Omaishoidon tuen myöntämisperusteet ja käyttö koordinoidaan alueellisesti. Tuen myöntämisperusteille määritellään kriteerit, joilla mitattu hoitoisuus ja sen muutokset määrittävät tuen määrän ja muodon, myös mielenterveysongelmat ja dementiaoireet otetaan huomioon hoitoisuutta arvioitaessa. Yhtenäisellä ja selkeällä järjestelmällä turvataan se, että vähemmän hoitoa tarvitsevat saavat vähemmän ja enemmän hoitoa tarvitsevat enemmän omaishoidon tukea.

Myös asiakasmaksukäytäntöjen yhdenmukaistamisesta huolehditaan. Asiakasmaksuja ja omaishoidon tukea tulisi käsitellä yhtenä kokonaisuutena, jos omaishoitaja ja hoidettava asuvat samassa taloudessa. Omaishoitajan lakisääteinen vapaa-aika ei saisi lisätä asiakasmaksuja.

Omaishoitajan lakisääteisen vapaan pitäminen varmistetaan sisällyttämällä sijaishoidon järjestäminen omaishoidosta tehtäviin sopimuksiin. Omaishoitajien jaksamisesta huolehditaan suunnitelmallisesti. Omaishoitajan voimavarat läheisensä hoitamisessa ovat yksilölliset, siksi tuen tarve voi olla hyvinkin erilaista. Omaishoitoa haittaavia ongelmia voidaan lieventää, kun käytössä olevia palveluja ja toimintamuotoja kohdennetaan suoraan myös omaishoitajaan.

Dementoituneiden hoito

Nykyisin arvioidaan, että noin kolmannes yli 85-vuotiaista sairastaa dementoivaa sairautta. Dementiapotilaiden hoidon tarve ja palvelujen rakenne tulee arvioida

kokonaisuutena ja huomioida nykyaikaiset dementiahoidon periaatteet ja uusien lääkkeiden antamat mahdollisuudet lieventää tai siirtää vaikeiden oireiden esiintymistä.

Dementiapotilaiden hoito vaatii erityisosaamista. Lisäksi usein levottomien dementoituneiden hoito muiden vanhusten joukossa häiritsee ja vaikeuttaa rauhallisten hoito-olosuhteiden järjestämistä. *Vaativa* dementiahoito järjestään hoitokodissa. Dementiapotilaille tarvitaan tulevaisuudessa myös eriaisteisia hoitomuotoja, ympärivuorokautisen hoivahoidon lisäksi kotihoidon ja omaishoitajan antamaa tukea.

Tavoitteena ovat ennakoiva hoito ja monipuoliset palvelut (muistiseulat, dementianeuvonta, lääkeshoidon mahdollisuuksien hyödyntäminen, hoivan tarpeen mukaiset palvelut).

Dementianeuvoja tai -neuvojat ovat terveystieteiden yhteisiä, mutta toimipiste voi sijaita alueella. Dementianeuvojat konsultoivat seututiimejä ja lähipalveluja, lisäksi he tukevat ja kouluttavat omaishoitajia.

Palveluasuminen

Vanhusten palveluasuminen toteutetaan omalla henkilökunnalla ja sen peittävyys on viisi prosenttia yli 75-vuotiaista. Intensiivinen kotona hoitaminen korvaa nykyisen kevyemmän palveluasumisen ja palveluasuminen muuttuu ympärivuorokautista hoivaa ja hoitoa antavaksi palveluasumiseksi.

Palveluasuntoja käytetään joustavasti ja ne miehitetään joustavasti hoidon tarpeen muuttuessa. Tämä edellyttää, että pieni osa vanhustenhuollon henkilökunnasta on hoidon tarpeen mukaan ”liikkuvaa” henkilökuntaa.

Jatkossa ostopalvelut suunnitellaan kiinteänä osana vanhustenhuollon palvelujärjestelmää. Tarpeen tulee ohjata palvelujärjestelmää tarjonnan sijasta. Tämä tarkoittaa, että myös ostettujen asumispalvelujen tulee mukautua hoitoisuuden perusteella arvioitavan hoidon tarpeen muutosten mukaan. Ostopalvelusopimukset tulee määritellä niin, että niiden avulla terveystieteiden ohjaa palveluja toivomallaan tavalla ja että ne mahdollistavat laadunseurannan ja kiinteän yhteistyön palvelujen tuottajan kanssa.

Hoivakotihoito

Pitkäaikainen hoito, jota toteutetaan kunnissa tällä hetkellä vanhainkotihoitona, pitkäaikaishoitona terveyskeskuksessa ja osin tehostettuna asumispalveluna, järjestetään tulevaisuudessa uudella tavalla hoivakodeissa ja tehostettua hoitoa antavissa palveluasunnoissa. Tavoitteena on viiden prosentin peittävyys yli 75-vuotiaille.

Pitkäaikaishoito terveyskeskuksissa loppuu kokonaan. Hoivakodeissa hoideetaan myös sairaanhoitoa vaativia vanhuksia. Osaamisen varmistamiseksi vanhusten pitkäaikaishoito on syytä keskittää aluetasolla. Hoidossa korostuu kodinomaisuus ja tarpeenmukainen vanhusta aktivoiva hoiva. Vuorohoito ja muu kotona selviytymistä tukeva hoito järjestetään ensisijaisesti hoivakodissa.

Vanhustenhuollon perustason akuuttisairaanhoito järjestetään perusterveydenhuollon vuodeosastolla. Perustason akuuttihoitoon lisäksi osastot järjestävät kuntouttavat kotona hoitamista tukevat hoitajaksot sekä erikoissairaanhoitoon ja leikkausten jälkeisen kuntoutuksen.

Erikoissairaanhoitoon osaamista vaativa akuuttihoito ja kiireisen avun tarve yöllä järjestetään erikoissairaanhoitoon päivityksessä ja päivitysosastolla, jonne ohjataan tarkkailua tai vuodeosastohoitoa vaativat vanhukset, jotka tarvitsevat erikoissairaanhoitoon konsultaatiota.

Muut palvelut

Vanhusten avokuntoutus ja fysioterapia toteutetaan lähipalveluna, tarvittaessa kotona.

Suun terveydenhuolto vanhuksille järjestetään lähipalveluna, tuodaan tarvittaessa kotiin tai laitokseen. Suuhygienistit tuottavat suurimman osan vanhusten suun terveydenhuollon palveluista.

Pitkäaikaishoito toteutetaan hoivakodeissa, mahdollisesti keskittäen huonokuntoisimmat omalle osastolleen. Tällä tavoin pidetään muun muassa erityisvälineiden hankintojen kustannukset hallinnassa. Terveyskeskuksessa olevia tiloja voidaan hyödyntää hoivakotihoidon järjestämisessä.

Erikoissairaanhoitoon avo- ja vuodeosastohoito toteutetaan keskitetysti: keskeisimpinä sisätaudit, kirurgia, psykiatria, neurologia, geriatria ja kuntoutus. Korva-, nenä- ja kurkkutautien sekä silmätautien palveluja toteutetaan avopalveluina. Konsultaatioita tuodaan myös lähipalveluihin, tarvittaessa myös kotiin.

Niissä tapauksissa, joissa lähipalveluissa todetaan tarvetta arvioinnille, geriatrinen arvio ja dementia-diagnosointi tapahtuvat seudullisissa tai yhteisissä palveluissa. Dementoituneiden laitoshoidon järjestetään seudullisena palveluna.

VAMMAIS- JA KEHITYSVAMMAPALVELUT

Vammaisia ihmisiä on hieman alle prosentti väestöstä, ja näistä vaikeavammaisia, runsaasti palveluja tarvitsevia 0,4–0,8 prosenttia. Vammaisten palvelutarpeet tulee kartoittaa. Vammaiselle henkilölle laaditaan henkilökohtainen palvelusuunnitel-

ma. Toimintaedellytysten parantamiseksi tarvitaan useimmiten yksilöllisiä palveluja ja tukitoimenpiteitä, joita on määritelty erityislainsäädännön avulla. Kunnissa tulee varmistaa, että vammaisen henkilö ja hänen läheisensä saavat halutessaan yksilöllistä tietoa oman kunnan ja alueen palveluista sekä siitä, miten eri palvelujen piiriin hakeudutaan. Pienillä kunnilla voisi olla yhteinen palveluohjaaja, joka tuntee erityislainsäädännön ja alueen kuntien, järjestöjen ja yksityisten tarjoamat palvelut. Selvitysten mukaan ylikunnallista yhteistyötä tarvitaan eniten juridisissa kysymyksissä, tulkkipalveluissa ja kuljetuspalveluissa.

Asumispalvelut

Vammaisten asumispalveluita voidaan järjestää sosiaalihuoltolain, vammaispalvelulain tai kehitysvammalain perusteella, ja niiden tulee muodostaa riittävän kattava ja monipuolinen kokonaisuus. Kunta voi tuottaa palvelut itse tai ostaa ne ulkopuoliselta. Pienten kuntien on hyvä tehdä yhteistyötä asumispalvelujen suunnittelussa ja järjestämisessä.

Vammaisten ihmisten hyvä asumispalvelu edellyttää kunnan yleisten rakteiden (ympäristö, asunnot, yleiset palvelut) esteettömyyttä ja käytettävyyttä. Vammaisten tarpeet tulee huomioida kuntasuunnitelmassa ja linkittää ne alueen hyvinvointisuunnitelmaan. Vammaisten mahdollisimman laaja itsenäisyys ja omaisuus on myös kuntien etu.

Kunnan asuntotarvetta arvioitaessa tulee asunnottomien lisäksi ottaa huomioon myös kehitysvammalaitoksissa, sairaaloissa tai muissa laitoksissa asunnon puutteen vuoksi asuvat sekä vanhempiensa luona asuvat vammaiset ja heidän tarpeensa tulevaisuudessa. Asuntojen ja asuinympäristön esteettömyys tulee varmistaa uudisrakentamisessa, korjausrakentamisessa ja asunnon muutostöissä.

Kotihoito

Kotihoito toteuttaa vammaisten asumista tukevat kotipalvelut joko osittain tai kokonaan. Kotihoidon henkilöstön vammaishuollon osaamista tulee vahvistaa.

Henkilökohtainen avustaja

Vammaisen henkilökohtainen avustaja ei ole pelkästään kuntouttaja. Henkilökohtainen avustaja auttaa vammaista myös päivittäisissä toiminnoissa, jotta vammaisen yksin kotona asuminen mahdollistuisi. Työnantajana toimii useimmiten vammaisen itse. Vammaisen henkilön tosiasiallista mahdollisuutta toimia työnantajana tulee tukea kunnan toimesta, esimerkiksi alueen palveluohjaaja voi toimia tässä roolissa.

Omaishoitaja

Omaishoitajia käytetään vammaispalveluissa silloin kun tuettua asumista ei ole mahdollista tai järkevää järjestää. Omaishoitajan mahdollisuus lepoon ja virkistykseen tulee järjestää kuten vanhustenhuollossa.

Apuvälineet

Vammaispalveluissa tarvittavat apuvälineet hankitaan alueelle perustettavan terveyspiirin apuvälinekeskuksen kautta. Apuvälinekeskus hoitaa apuvälineiden hankinnan, huollon ja varastoinnin.

Tulkkipalvelut

Vammaispalvelulain mukaisia tulkkipalveluja tulee kehittää kuntien ja vapaaehtoisjärjestöjen (kuurojen yhdistykset, kuulonhuoltoliitto) yhteistyönä. Terveyspiiriin tulee perustaa tulkkipalvelukeskus, joka huolehtii myös asioimistulkki- ja tulkkipalvelujen organisoimisesta ja palkkioiden maksusta.

HYVINVOINNIN EDISTÄMINEN JA EHKÄISEVÄ TOIMINTA

Terveyspiirissä toteutetaan hyvinvoinnin edistämistä ja ehkäisevää toimintaa kuntien hyväksymän ja yhdessä laaditun hyvinvointisuunnitelman ohjaamana. Terveyspiirissä on hyvinvoinnin edistämisen ja ehkäisevän toiminnan johtaja. Hän vastaa hyvinvoinnin edistämisen ja ehkäisevän toiminnan suunnittelusta, toteuttamisen koordinoimisesta sekä toteuttamisen ja vaikutusten seurannasta.

Johtajan tehtävänä on piirin väestön terveydentilan ja sosiaalisten ongelmien seuranta ja neuvonta kaikilla kuntalaisten elämänpiirin kuuluvilla ja vaikuttavilla alueilla, sosiaali- ja terveyspalvelujen lisäksi myös esimerkiksi sivistystoimessa, kaavoituksessa ja rakentamisessa.

Johtaja konsultoi, kouluttaa, koordinoi, ohjaa ja tukee asiantuntijoita sekä huolehtii, että paikallisia toimintaohjeita on riittävästi, ja päättää seulonnoista. Hän toimii eri palvelualueiden johdon konsulttina. Tavoitteena on, että terveyttä edistävä ja terveyshaittoja ehkäisevä, yhteisölähtöinen työote on palvelujen suunnittelun ja toteuttamisen lähtökohtana. Erityistä huomiota kiinnitetään päihteettömyyden ja mielenterveyden edistämiseen.

Hyvinvoinnin edistämisen ja ehkäisevän toiminnan johtaja johtaa terveyspiirin hyvinvointipalveluja ja on piirin johtoryhmän jäsen. Asema organisaatiossa mahdollistaa, että ”hyvinvointi-intressi on haastavana voimana päätöksenteossa”.

Terveysvalvonta, johon sisältyvät ympäristöterveydenhuolto ja eläinlääkintähuolto, on olennainen osa ennaltaehkäisevää työtä. Alueen tarvitsema terveysvalvonnan henkilöstö ja toiminnot sijoitetaan terveyspiirissä hyvinvoinnin edistämisen ja ehkäisevän toiminnan yhteyteen.

Ennaltaehkäisevä päihde- ja mielenterveystyö toteutetaan tiiviissä yhteistyössä psykososiaalisten erityispalveluiden kanssa tarveanalyysin pohjalta.

ALUEELLINEN YHTEISTYÖ SOSIAALIHUOLLOSSA

Kuntalaiset tarvitsevat monia erityispalveluja, joita yksittäisen pienen kunnan on mahdotonta järjestää yksinään. Myös erityisasiantuntijoiden saaminen kuntaan ilman kollegoiden tai toimivan verkoston tukea on usein vaikeaa. Kuntien yhteistyönä voidaan tuottaa monia erityis- tai erityisosaamista vaativia palveluja. Selvitysten mukaan tavallisimpia ylikunnallisia tai kuntien yhdessä tuottamia palveluja ovat lastensuojelu, päihdehuolto, vammais- ja kehitysvammaispalvelut ja niistä ensisijaisesti erityisosaamista vaativa työ.

Kuntien tulee huolehtia, että tulevaisuudessa vähintäänkin erityisasiantuntemusta vaativat sosiaalialan erityispalvelut organisoidaan ja palvelut linjataan kuntien yhteistyönä, jos nämä palvelut eivät sisälly terveyspiirin toimintaan. Samalla tulee varmistaa verkostoituminen terveyspiirin erityispalvelujen kanssa. Palveluja voidaan myös tuottaa organisaatorajoista riippumatta yhteisesti samalla henkilökunnalla.

Yhteistyön tulee pohjautua sopimukseen, jossa kunnat sitoutuvat tuottamaan sosiaalialan peruspalvelut yhdessä sekä toteuttamaan yhteistä sosiaalipolitiikkaa ja kehittämishankkeita. Käytännön yhteistyö toteutuu neuvotellen ja tilannekohtaisesti esimerkiksi sosiaali- ja perusturvajohtajista kootussa johtajistossa.

Erityispalvelut

Erityistä tukea tarvitsevien lasten määrä päivähoidossa on viime vuosina kasvanut. Erityisen tuen tarvetta arvioidaan olevan noin seitsemällä prosentilla päivähoitolapsista. Suurimpia ryhmiä ovat kielelliseen ja sosiaalis-emotionaaliseen kehityksensä tukea tarvitsevat lapset. Tarpeet ovat moninaisia ja koskevat laajalti lasten ja perheiden elämäntilanteita. Päivähoidolta odotetaan yhä enemmän ja monipuolisempaa tukea lapsen kasvulle ja kehitykselle.

Lapsen kasvun ja kehityksen tukemiseen tarvitaan erityispalveluja, joita kuntien olisi järkevää tuottaa yhdessä (alueellisen verkoston avulla). Tarvittavia erityispalveluja ovat erityispäivähoidon, puheterapeutin, psykologin ja perhetyön palvelut.

Päivähoidon erityisen tuen tarvetta tulisi arvioida alueella kokonaisuutena. Tarvittavat erityispalvelut voidaan toteuttaa yhteistyössä terveystieteiden kanssa.

Lastensuojelu

Lastensuojelussa suurin ylikunnallinen yhteistyön tarve on yleensä kriisipalveluissa, joita tarvitaan virka-ajan ulkopuolella, juridisissa kysymyksissä, sijaishuollon suunnittelussa ja lastensuojelun yksityisten palvelujen arvioinnissa.

ERIKOISSAIRAANHOITO

Terveystieteiden vastaa erikoissairaanhoidon koskevien lakien mukaisen toiminnan toteuttamisesta toiminta-alueellaan. Erikoissairaanhoidon järjestämistavan uudistamisessa tavoitteena on aikaansaada toiminnallinen kokonaisuus, joka kykenee tuottamaan korkeatasoisia erikoissairaanhoidon palveluja laaja-alaisesti, jatkuvasti ja kustannustehokkaasti. Toimenpide-ehdotuksilla pyritään takaamaan laadukkaita palveluita väestölle oikeudenmukaisesti kaikkialla maassa, minkä vuoksi palvelujen järjestäminen tulee räätälöidä keskeisiä periaatteita noudattaen alueen väestön tarpeiden mukaan.

Erikoissairaanhoidossa on perusteltua yhdistää palvelutuotanto nykyistä selvästi suurempiin toiminnallisiin yksiköihin, joiden muodostamisessa keskeisiä periaatteita ovat toiminnan edellyttämien erityisosaamisen turvaaminen sekä toimintojen tehostaminen ja voimavarojen tarkoituksenmukainen käyttö. Terveystieteiden on erikoissairaanhoidon järjestämisen perusyksikkö, jossa toteutetaan em. periaatteita. Vaikka erikoissairaanhoidon palveluita liitetäänkin suuremmiksi yksiköiksi, se suunnitellaan siten, että se toimii saumattomasti yhdessä perusterveydenhuollon kanssa. Terveystieteiden erikoissairaanhoidon tukee peruspalveluja järjestämällä konsultaatiopalvelut ja erikoissairaanhoidon osaamista vaativat palvelut sujuvasti osana hoito- ja palveluketjuja. Osa erikoissairaanhoidon avopalveluista voidaan tuottaa seudullisina tai lähipalveluina.

Terveystieteiden erikoissairaanhoidon rakentuu kansallisen terveydenhuolto-ohjelman ehdottamalla tavalla (Kansallinen projekti 2003). Terveystieteiden tuottaa erikoissairaanhoidon palvelut ensisijaisesti itse, mutta se voi myös ostaa osan pal-

veluista muilta julkisilta palvelujen tuottajilta (terveyspiireiltä), yksityisiltä tai kolmannen sektorin palvelujen tuottajilta. Terveyspiiri voi sopia osaamiseen perustuvasta työnjaosta lähipiirin kanssa ja ostaa erityisen vaativan hoidon yliopistolliselta sairaalalta.

Yhteistyön ja työnjaon tulee perustua tietoiseen toimintastrategiaan. Työnjaon tavoitteena on varmistaa, että toiminnot toteutetaan sairaalassa, jossa väestöpohja ja toiminnan laajuus riittävät ammattitaidon säilyttämiseksi ja että laadulle ja kustannustehokkuudelle asetetut vaatimukset täyttyvät. Terveyspiirin erikoissairaanhoidon käsittää sovitun toiminnallisen työnjaon mukaan erikoissairaanhoidon ja vaativaa erikoissairaanhoidon.

Väestön palvelujen saavutettavuuden turvaamiseksi ja väestön näkökulmasta erikoissairaanhoidon työnjako tulisi toteuttaa niin, että yleisten, usein poliklinikakäyntejä vaativien ongelmien erikoissairaanhoidon palvelut järjestetään kattavasti lähisairaaloissa lähellä asukkaita. Harvoin tarvittavat palvelut voidaan järjestää etäämpänäkin.

Lastenpsykiatrian erikoissairaanhoidon on lasten ja nuorten tukiyksikön alainen erityispalveluja ja konsultaatioita tarjoava yksikkö. Vastaavasti aikuisväestön psykiatrisen erikoissairaanhoidon tukee psykososiaalisia palveluja ja sen toimintaa kohtaa psykososiaalisten palvelujen johtaja.

MUUT ERIKOISPALVELUT

Päivystyksen ja kriisipalvelun järjestäminen suunnitellaan terveyspiirissä erikseen. Yö- ja viikonloppupäivystys keskitetään terveyspiirin keskussairaalaan, jossa on valmius myös vaativaan erikoissairaanhoidon. Muuna aikana päivystys järjestetään kussakin erikoissairaanhoidon yksikössä yhdessä terveyskeskusten kanssa. Päivystyspisteiden jakaantumiseen vaikuttavat myös päivystystapausten määrä ja etäisyydet alueella.

Tukipalvelut, kuten laboratorio- ja kuvantamispalvelut, apuvälinepalvelut sekä hankinta ja varmuusvarastointi, järjestetään terveyspiirissä koko maakunnan laajuisena palveluna ja niiden hajauttaminen terveyspiirin alueella suunnitellaan keskitetyksi.

Erityistyöntekijöiden palvelut suunnitellaan terveyspiirissä ensisijaisesti koko maakunnan laajuisena palveluna, mutta palvelut tuotetaan ensisijaisesti seudullisena palveluna. Tällaisia voisivat olla esimerkiksi kaikki kuntoutukseen liittyvät terapiapalvelut, kuten fysioterapia, toimintaterapia, puheterapia jne. Myös erityisasiantuntemusta vaativa lasten ja aikuisten vammaispalvelu organisoitetaan koko maakunnan laajuisena palveluna terveyspiirissä.

Liitetaulukossa 1 on esitetty pääpiirteittäin terveyspiirin palvelujen sijoittuminen asukkaiden elämänkaaren mukaan.

LIITETAULUKKO 1. Esimerkki terveystiimin järjestämien palvelujen sijoittumisesta pääpiirteittäin asukkaiden elämäntien mukaan

	Lapsiperheiden palvelut	Työikäisten palvelut	Vanhusten palvelut	Hyvinvointipalvelut	Tukipalvelut
Maakunnalliset palvelut	Erikois- ja akuutti sairaanhoito ml. psykiatrisen ja päihdehuollon laitoshoidon Päivystys Vammaispalvelujen palveluohjaus ja ostopalvelut Kuntoutusarviointi, kuntoutus ja apuvälinehoito	Ehkäisevä työ Erikoissairaanhoito ml. psykiatrisen ja päihdehuollon laitoshoidon Päivystys Kuntoutusarviointi, kuntoutus ja apuvälinehoito Vammaispalvelujen palveluohjaus ja ostopalvelut Toimeentulotuki	Ehkäisevä työ Erikoissairaanhoito ml. vanhuspsykiatria Päivystys Dementia- ja geriatrisen arviointi Dementianeuvoja Kuntoutussuunnittelu	Ympäristöterveydenhuollon hallinto Hyvinvoinnin edistämisen johtaminen	Laboratorio (näytteenotto, tutkimus, logistiikka) Kuvantaminen Lääkehoito Talous-, tieto-, potilas- ja henkilöstöhallinto Kiinteistö- ja laitoshuolto Ravintohuolto Laite-, väline- ja varastohuolto
Seudulliset palvelut	Perhepalvelukeskus (Ehkäisevä työ) Erityistyöntekijöiden palvelut (oppilashuolto, päivähoidon erityistyöntekijät) Lastensuojelu ja perheiden sosiaalityö Lasten ja nuorten kehityksen tukikeskus (mielenterveyspalvelut, perheneuvola) (Korjaava) hammashoito	Erikoissairaanhoitokonsultaatiot Mielenterveys- ja päihdehoito Aikuisten sosiaalityö Työterveyshuolto Perustason akuutti vuodeosastohoito Erityistyöntekijöiden palvelut (Korjaava) hammashoito	Akuutti vuodeosastohoito ja kuntoutus Dementiayksikkö Mielenterveystyö Vanhusneuvola (ehkäisevä työ) (Korjaava) hammashoito	Ympäristöterveydenhuollon palvelut Eläinlääkäripalvelut Kuluttajaneuvonta	Laboratorio (näytteenotto, tutkimus) Kuvantaminen Fysioterapia
Lähipalvelut	Avovastaanotto Suun terveydenhuolto Perheneuvonta (äitiys- ja lastenneuvola, perhesuunnittelu ja perhetyö) Oppilashuolto (yhteinen palvelu, toteutuu kouluilla) Kotihoito Omaishoidon tuki Perhetyö Erityispäivähoito (yhteinen palvelu, toteutuu päiväkodeissa)	Avovastaanotto (ml. ehkäisevä työ ja mielenterveystyön peruspalvelut) Erikoissairaanhoitokonsultaatiot Mielenterveys-, päihde-, vammais- ja kehitysvammaispalvelut Suun terveydenhuolto Kotihoito Asumis- ja tukipalvelut Omaishoidon tuki	Avosairaanhoito Dementian perusarviointi Perus mielenterveys- ja päihdehoito Suun terveydenhuolto Kotihoito (sis. kotisairaanhoito) Omaishoito ja omaishoidon tuki Pitkäaikaishoito ja intervallihoito Tehostettu palveluasuminen Palveluasuminen		

LIITE 2

TERVEYSPIIRIN RAHOITUS JA KUNTALASKUTUS

Sisällys

SOPIMUSOHJAUS	
KUNTALASKUTUS	
Aiheuttamisperiaate ja menojen ennakoitavuus.....	
Kuntalaskutuksen vaihtoehtoja	
Kapitaatioperiaate parantaa menojen ennakoitavuutta, mutta muuttaa merkittävästi kuntien maksuosuuksia	
Palvelujen luonteen mukainen kuntalaskutus	
KOKONAISLASKUTUSMALLI.....	
Kokonaislaskutuksen periaate	
Kokonaislaskutus käytännössä	

SOPIMUSOHJAUS

Tässä liitteessä kuvataan ehdotus terveystyöpiiriin ja sen jäsenkuntien taloudellisten suhteiden järjestämisen periaatteiksi. Ehdotus perustuu seuraaviin keskeisiin periaatteisiin: kuntien mahdollisuudet vaikuttaa terveydenhuollon menojen tasoon ja kehitykseen paranevat, terveydenhuollon menojen ennakoitavuus paranee ja aiheuttamisperiaate toteutuu ”ajan mittaan”. Nykyisten kuntayhtymien purkamiseen ja uuden kuntayhtymän perustamiseen liittyviä omaisuusjärjestelyjä ei käsitellä tässä.

Terveystyöpiirin talouden ja toiminnan ohjauksessa keskeisin väline on kuntien ja piirin välinen sopimusohjausmenettely (Pekurinen ym. 1999). Jokainen jäsenkunta ja terveystyöpiiri tekevät kaikista piirin kunnalle tarjoamista palveluista (lähipalvelut, seudulliset palvelut, maakunnalliset palvelut) ja piirin välittämistä palveluista (mm. ostopalvelut nykyisistä yliopistosairaanhoidopiireistä) palvelusopimuksen. Palvelusopimuksessa määritellään kunnan asukkaille tarjottavien palvelujen määrä, saatavuus, tuotantopaikka ja laatuvaatimukset sekä kunnalle palveluista aiheutuvat kokonaiskustannukset.

Terveystyöpiirin yhteiset palvelujen tuottamisen periaatteet määritellään piirin strategiassa. Kunta voi palvelusopimuksessa määritellä yhteisestä strategiasta poikkeavat yksilölliset tarpeensa ja vastaa niiden kustannuksista.

Kuntien palvelusopimukset yhdessä määrittelevät terveystyöpiirin kokonaispalveluvalikoiman, palvelutuotannon laajuuden ja toiminnan kokonaiskustannukset.

Terveystyöpiirin budjettiin sisällytetään kaikki piirin toiminnasta aiheutuvat kustannukset. Siten piirin budjetti kattaa sekä piirin omasta tuotannosta että ostopalveluista (piirin jäsenkuntien asukkaille hankkimat ostopalvelut) kunnille aiheutuvat menot.

Kaikista piirin tuottamista palveluista laaditaan vuosittain palveluhinnasto, jossa eritellään tuotettavien palvelujen sisältö ja yksikköhinta. Kaikki piirin tuottamat palvelut hinnoitellaan toimintolaskennan mukaisesti. Lähipalveluissa ja muissa palveluissa noudatetaan toisistaan poikkeavia laskutusperiaatteita.

KUNTALASKUTUS

Aiheuttamisperiaate ja menojen ennakoitavuus

Kunnat pitävät suotavana, että terveydenhuollon kuntalaskutusmalli toteuttaisi yhden budjettivuoden aikana yhtä aikaa kaksi tavoitetta: toisaalta sen, että menot olisivat hyvin ennakoitavissa ja toisaalta sen, että jokainen kunta maksaisi palve-

luista asukkaidensa todellisen käytön mukaan. Nykyisillä kuntalaskutusmalleilla, vain jompikumpi näistä tavoitteista voidaan saavuttaa, tämä koskee etenkin erikoissairaanhoidoa.

Koko terveystasolla kokonaisuudet ovat hyvin ennakoitavissa, koska menot määräytyvät suurelta osin piirin palveluksessa olevan henkilöstön määrän ja palkkatason mukaan. Piirin kokonaisuuden kehityksen arviointi ei siten ole ongelmallista. Ongelmallista on yksittäisen kunnan terveydenhuollon menokehityksen ennakointi, silloin kuin kuntalaskutuksessa sovelletaan suoriteperiaatetta. Näin siksi, että yksittäisen kunnan väestön sairastavuutta, sairastavuudesta aiheutuva palvelujen käyttöä ja siitä syntyviä kuntalaskutettavia suoritteita ja siten kunnan terveysmenoja on vaikea etukäteen ennakoida. Näin on erityisesti pienissä kunnissa.

Nykyoloissa ei ole mahdollista rakentaa sellaista hyväksyttävää suoriteperusteista kuntalaskutusmallia, joka yhden budjettivuoden aikana varmistaisi sen, että yksittäisen kunnan menot ovat hyvin ennakoitavissa ja että jokainen kunta maksaa palveluista asukkaidensa todellisen palvelujen käytön mukaan.

Menojen ennakoitavuutta voidaan parantaa melko helposti, jos kunnat voivat hyväksyä, että yksikään kunta ei maksa terveyspalvelujen, erityisesti erikoissairaanhoidon, käytön todellisia kustannuksia tiettyinä poikkileikkausvuonna, vaan jokainen kunta maksaa todelliset kustannukset muutaman vuoden kuluessa.

Kuntalaskutuksen vaihtoehtoja

Terveystasoin rahoitus (piirin tulojen muodostumisperuste) ja kuntalaskutus (kuntien menojen määräytymisperuste) voidaan toteuttaa monella tavalla. Kyseeseen tulevat vaihtoehdot voivat olla ainakin suoritemalli, kapitaatiomalli, meno-osuusmalli, tulo-osuusmalli, kokonaislaskutusmalli tai sekamalli.

Suoritemallissa kunnan vuotuinen maksu terveystasoinille määräytyy kunnan asukkaiden palvelujen käytön mukaan. Suoritemalli toteuttaa aiheuttamisperiaatteen, mutta kunnan kannalta menojen ennakointi on ongelmallista, koska asukkaiden hoitamiseen tarvittavien palvelujen käyttöä voi olla etukäteen vaikea ennustaa. Suoritemallia sovelletaan nykyisin sairaanhoitopiirien jäsenkuntalaskutuksessa.

Kapitaatiomallissa kunnan maksu terveystasoinille määräytyy asukasluvun mukaan, jokaiselle kunnalle samansuuruisena tasamaksuna asukasta kohti. Kapitaatiomaksu voi olla myös tarveperusteinen. Tällöin maksu asukasta kohti vaihtelee kunnan väestön palvelujen tarpeen mukaan. Kapitaatiomallissa kunnat menot ovat hyvin ennakoitavissa, koska maksu ei riipu kunnan asukkaiden palvelujen käytön määrästä. Kapitaatiomallia voi luonnehtia kuntien välisen solidaarisuuden malliksi. Kapitaatiomallissa piiri muodostaa rahoitusmielessä kuntien yhteisen vakuutuspoolin ja kapitaatiomaksut ovat kuntien vakuutusmaksuja tälle poolille.

Meno-osuusmallissa kunnan maksu terveystiirille määrytyy sovittuna prosentiosuutena piirin kokonaismenoista. Kunnan menot ovat hyvin ennakoitavissa, silla ne eivat riipu palvelujen kaytosta, vaan terveystiirin perustamisajankohdan menotastosta. Meno-osuusmalli heijastaa kuntien erilaisia painotuksia ja palvelunakemyksia. Mallin toteuttaminen ei merkitse merkittavia muutoksia kunnan menoihin terveystiirin toiminnan kaynnistyessa (pl. yleisen kustannustason muutos). Meno-osuusmalli ei muuta kuntien rahoitusosuuksia lahtotilanteeseen verrattuna.

Tulo-osuusmallissa kunnan maksu terveystiirille määrytyy prosentiosuutena kunnan laskennallisesta verorahoituksesta. Tämä vastaa Kainuussa noudatettavaa maakunnan rahoitusmallia. Kunnan menot ovat tässä mallissa hyvin ennakoitavissa. Kunnan menot eivat riipu kunnan asukkaiden palvelujen kaytosta, vaan kunnan tulotasosta.

Kokonaislaskutusmallissa kunta maksaa terveystiirille kiinteän vuosimaksun, joka määrytyy kunnan asukkaiden aikaisempien vuosien palvelujen kayton mukaan. Kunnan asukkaiden todellista palvelujen kayttoa ja sen kustannuksia seurataan vuositasolla. Kunta maksaa vuosimaksun ja todellisen kayton mukaisten todellisten kustannusten erotuksen esimerkiksi 3–5 vuoden kuluessa. Kunnan menot ovat tässä mallissa melko hyvin ennakoitavissa. Kokonaislaskutusmallia kaytettaessa ei tarvita erillistä tasausrahastoa kalliiden hoitojen kustannusten rahoittamiseen.

Sekamallissa sovellettava maksuperiaate riippuu palvelusta. Sekamallissa sovelletaan edella kuvattujen rahoitus- ja kuntalaskutusmallien periaatteita eri tavalla erityyppisissa palveluissa. Kunnan menot ovat sekamallissa melko hyvin ennakoitavissa. Menot riippuvat vain osin asukkaiden palvelujen kaytosta.

Kapitaatioperiaate parantaa menojen ennakoitavuutta, mutta muuttaa merkittävästi kuntien maksuosuuksia

Kapitaatiopohjaisessa, asukaslukuun perustuvassa, kuntalaskutuksessa kunnan menot ovat tarkasti ennakoitavissa. Kapitaatioperiaatetta on viime aikoina usein esitetty terveystiirien tai vastaavien rahoituksen perustaksi (esim. Brommels ym. 2005, Lehto 2005a,b, Päijät-Häme 2005). Kapitaatioperiaate voidaan toteuttaa esimerkiksi siten, että terveystiirin budjetoidut menot jaetaan kaikkien jäsenkuntien kesken asukasluvun perusteella. Kapitaatioperiaatteen mukaan tehtävässä kustannustenjaossa voidaan ottaa huomioon kunnan väestön palvelujen tarvetta ja siten palvelujen kayton määrää määrittävät tekijät kuten väestön ikärakenne, sairastavuus, yms. Kapitaatioperiaatteen mukaisessa kustannustenjaossa tarvittavat tarvetiedot ovat jo nyt saatavilla kuntakohtaisesti vuosittain (Hujanen ym. 2006).

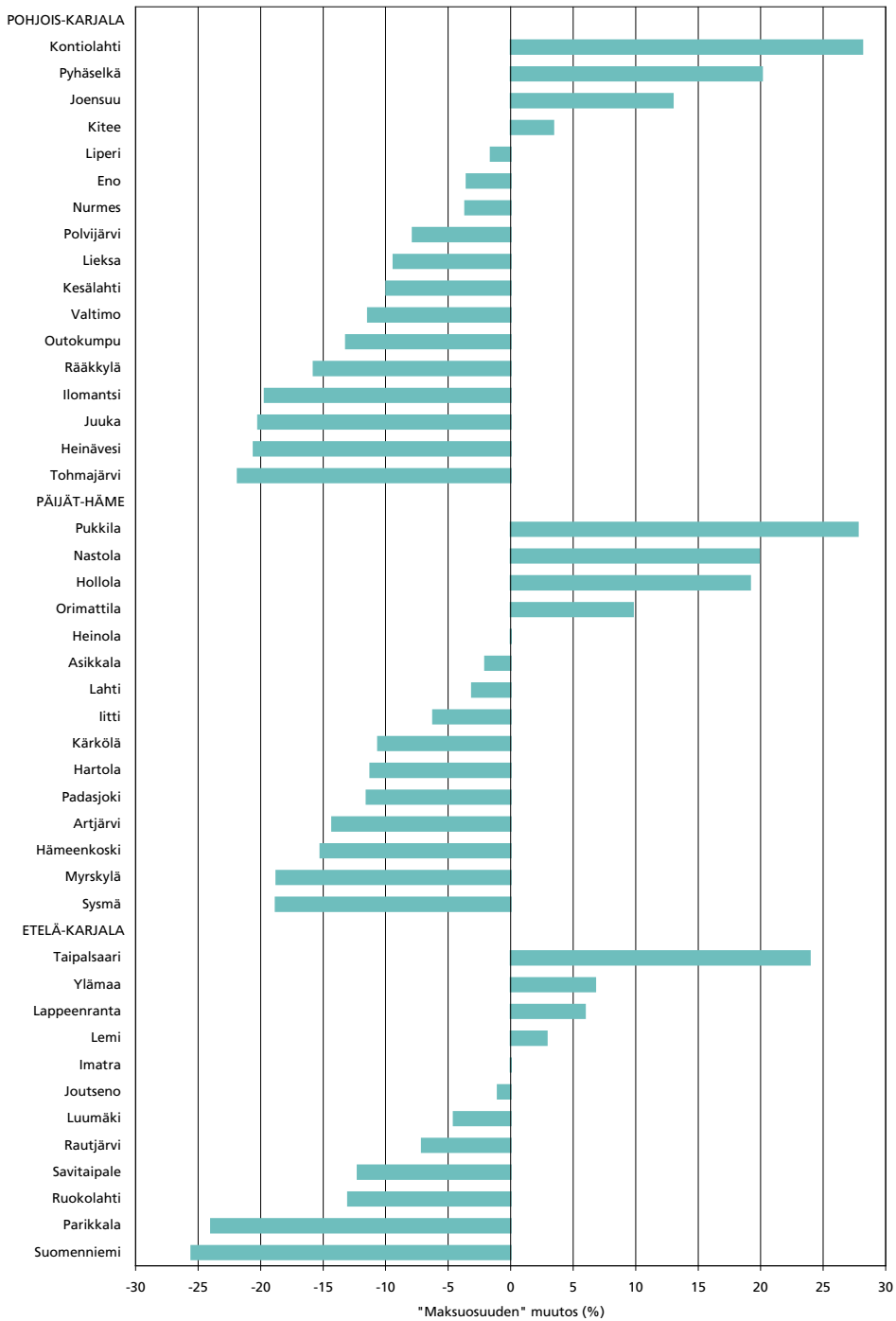
Kapitaatioperusteisessa laskutuksessa kunnan ennakkomaksu ja lopullinen lasku ovat yhtä suuret. Kuntalaskun suuruus voi muuttua vuodesta toiseen terveyspiiristä ja kunnasta johtuvista syistä. Kuntalasku muuttuu terveyspiirin palvelutarjonnan määrän ja valikoiman sekä työvoimakustannusten muuttuessa. Kunnan saama lasku muuttuu myös kunnan väestön määrän, ikärakenteen ja sairastavuuden muuttuessa.

Kapitaatioperiaate soveltuu hyvin uusiin terveyspiirin käynnistämiin palveluihin. Vakiintuneiden palvelujen kohdalla kapitaatioperiaatteen soveltaminen voi olla ongelmallista, koska se aiheuttaa merkittäviä muutoksia kuntien nykyisiin terveysmenoihin ja muuttaa olennaisesti kuntien keskinäisiä maksuosuuksia. Johtopäätös on kuntien kannalta sama, sovellettiinpa kapitaatiolaskutuksessa kunnittain samansuuruista tasamaksua tai kunnan väestön tarpeen mukaan vaihtelevaa maksua. Liitekuviossa 1 on havainnollistettu samansuuruisen tasamaksun vaikutusta Etelä-Karjalan, Pohjois-Karjalan ja Päijät-Hämeen kuntien (N = 44) terveydenhuollon ja vanhustenhuollon menoihin ja liitekuviossa 2 (s. 112) tarveperusteisen kapitaatiomaksun vaikutusta kuntien menoihin (Pekurinen 2005).

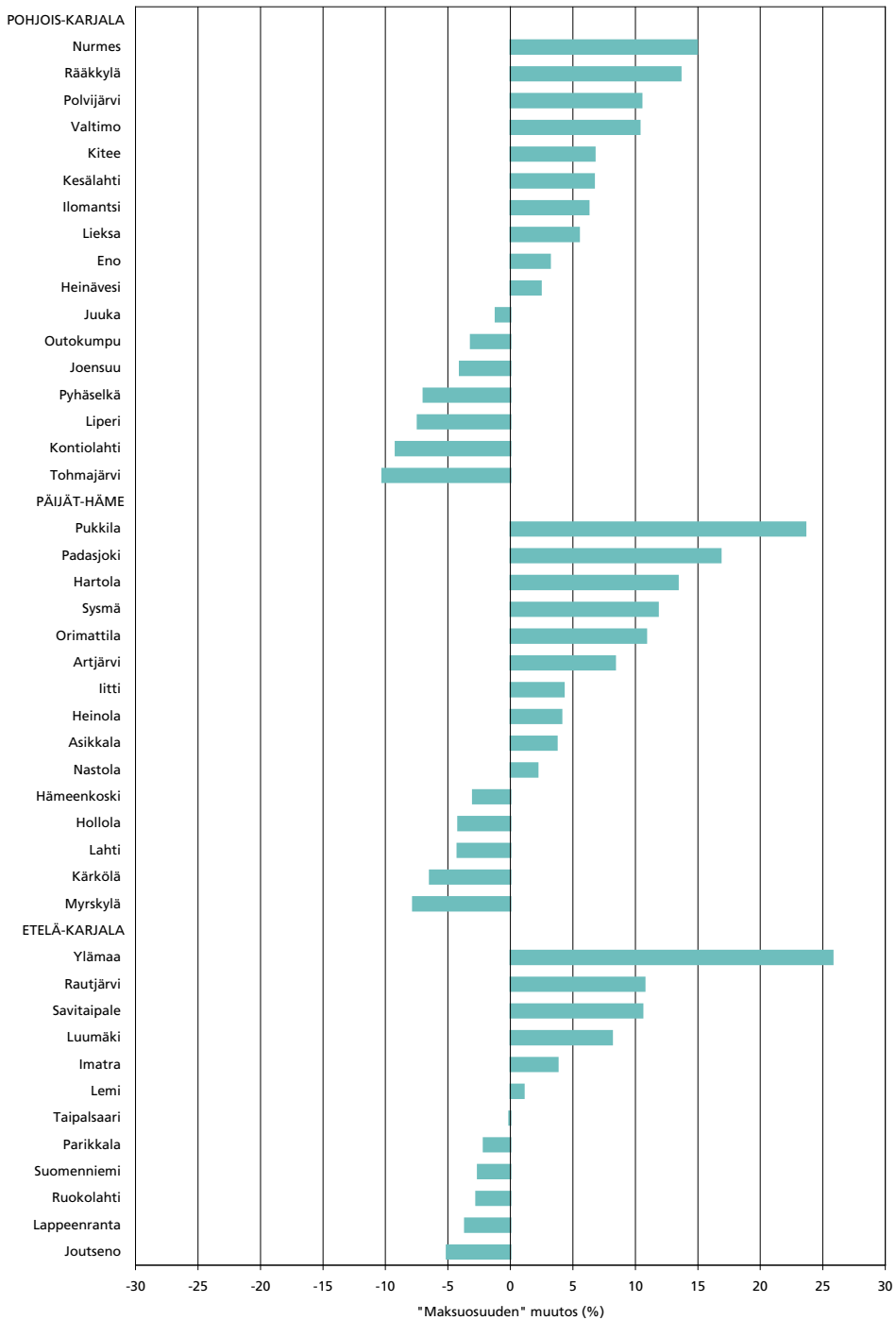
Tasamaksu ja tarveperusteinen kapitaatiomaksu kohtelevat eri kuntia hyvin eri tavoin. Jos kapitaatiomallissa sovelletaan kaikille kunnille yhtä suurta tasamaksua, vain noin joka neljännen kunnan kokonaismenojen muutos on alle viisi prosenttia nykyiseen verrattuna. Tarveperusteinen kapitaatiomaksu vähentää kuntien menomuutoksia tasamaksuun verrattuna, mutta tällöinkin yli puolessa kuntia menojen muutos nykyiseen verrattuna on yli viisi prosenttia. Tasamaksun kohdalla suurimmat kuntien kokonaismenojen muutokset ovat \pm 20 prosentin luokkaa ja tarveperusteisen kapitaatiomaksun tapauksessa pääosin sitä pienempiä.

Jos terveyspiirin rahoitus ja kuntalaskutuksessa sovelletaan kapitaatioperiaatetta, näyttäisi siltä, että järjestelystä hyötyisivät nykytilanteeseen verrattuna sellaiset kunnat, jotka tarjoavat väestölleen runsaat terveyspalvelut tai ovat järjestäneet palvelut kalliisti, so. epätaloudellisesti. ”Maksajan rooliin” joutuvat kunnat, jotka ovat järjestäneet palvelut edullisesti tai kunnan järjestämät terveyspalvelut ovat väestön palvelutarpeisiin nähden riittämättömät, so. palvelujen saatavuus on huono.

Kapitaatioperusteiseen kuntalaskutukseen siirtyminen edellyttää useamman vuoden siirtymäaikaa, jonka aikana palvelujen tarjonta ja palvelurakenne sopeutetaan kunnittain väestön palvelujen tarvetta vastaavaksi.



LIITEKUVIO 1. Arvio kapitaatioperiaatteen mukaisen tasamaksun vaikutuksesta Etelä-Karjalan, Pohjois-Karjalan ja Päijät-Hämeen kuntien terveydenhuollon ja vanhustenhuollon kokonaismenoihin 2004



LIITEKUUVIO 2. Arvio tarveperusteisen kapitaatiomaksun vaikutuksesta Etelä-Karjalan, Pohjois-Karjalan ja Päijät-Hämeen kuntien terveydenhuollon ja vanhustenhuollon kokonaismenoihin 2004.

Palvelujen luonteen mukainen kuntalaskutus

Terveyspiirin jäsenkuntalaskutuksessa sovelletaan palvelujen luonteen mukaista laskutusta. Kaikissa palveluissa ei sovelleta samoja laskutusperiaatteita, vaan huolellisesti harkitaan, millaiset laskutusperiaatteet parhaiten soveltuvat kullekin palvelulle. Laskutusperiaatteita määriteltäessä otetaan huomioon kunkin palvelun erityisluonne, miten kuntalaskutus tukee potilaiden hoitamista tarkoituksenmukaisesti ja kokonaisedullisesti ja mitä mahdollisuuksia potilaalla itsellään tai häntä hoitavalla lääkärillä on vaikuttaa palvelujen käyttöön ja kysyntään. Palvelujen luonteen mukainen laskutus parantaa kuntien terveydenhuollon menojen ennakoitavuutta ja toteuttaa aiheuttamisperiaatteen 3–5 vuoden kuluessa.

Lähipalvelut. Jokainen kunta maksaa paikkakunnalla kunnan asukkaille järjestettävistä ja tuotettavista kunnan päättämistä lähipalveluista aiheutuvat kokonaiskustannukset täysimääräisinä vuosittain. Näiden kustannusten määrittäminen ja ennakointi on melko ongelmaton, koska kunnalle aiheutuvat menot riippuvat pääosin lähipalveluissa työskentelevien henkilöiden määrästä, tehtävästä ja palkkatasosta.

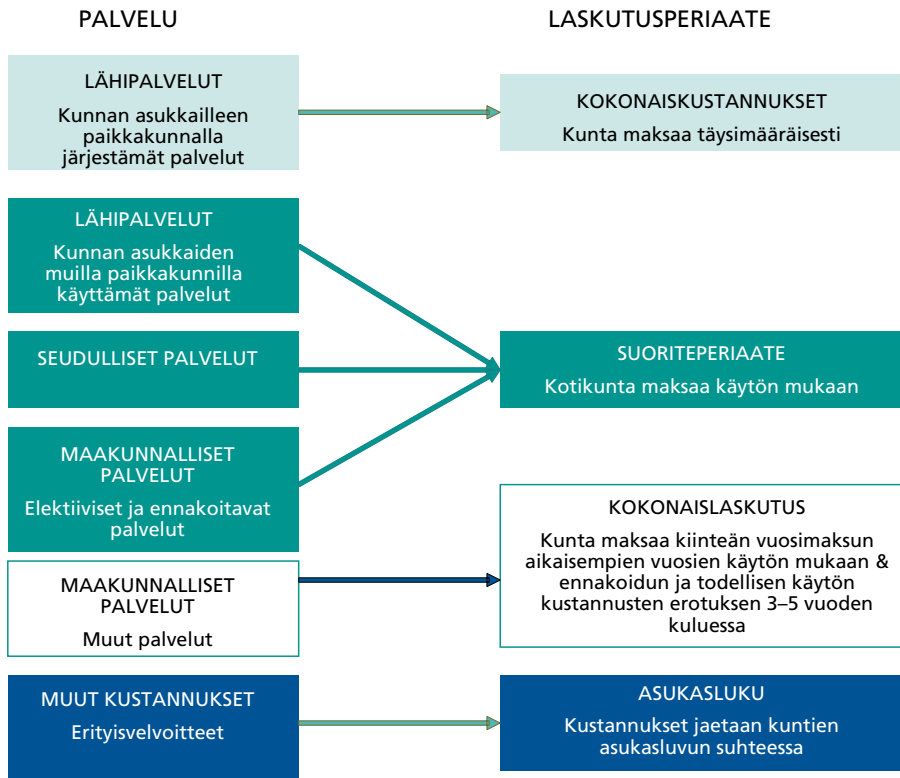
Seudulliset ja ennakoitavat maakunnalliset palvelut. Palvelusopimuksessa sovitut elektiiiset ja muut ennakoitavat seudulliset ja maakunnalliset palvelut laskutetaan vuosittain kunnan asukkaiden todellisen palvelujen käytön mukaan suoriteperusteisesti. Terveyspiiri laskuttaa muita kuntia toisen kunnan alueella tuotettavien lähipalvelujen käytöstä piirin palveluhinnaston mukaisesti suoriteperusteisesti.

Muut jäsenkuntien palvelut. Jäsenkuntien asukkaiden käyttämien muiden palvelujen kustannukset, mukaan lukien ostopalvelut, laskutetaan jäsenkunnilta kokonaislaskutusperiaatteella.

Erityisvelvoitteet. Lainsäädännöstä johtuvat erityisvelvoitteet, joiden kustannuksia ei voida suoraan kohdistaa yksittäiseen jäsenkuntaan, samoin kuin ulkomaalaisten hoidosta aiheutuvat kustannukset, jaetaan jäsenkuntien kesken asukasluvun suhteessa, eli laskutuksessa sovelletaan kapitaatioperiaatetta.

Ulkokunnat. Muiden kuin jäsenkuntien asukkaiden palvelujen käyttö laskutetaan suoriteperusteisesti.

Terveyspiirin rahoituksen ja kuntalaskutuksen yleiset periaatteet on esitetty liitekuviossa 3 (s. 114).



© Stakes/CHES

LIITEKUVIO 3. Terveyspiirin rahoituksen ja kuntalaskutuksen yleiset periaatteet

KOKONAISLASKUTUSMALLI

Kokonaislaskutuksen periaate

Kokonaislaskutusperiaatteen mukaan laskutettavissa palveluissa kunnan maksu terveyspiirille muodostuu kahdesta osasta: kiinteästä vuosimaksusta ja tasausmaksusta.

Kiinteä vuosimaksu määräytyy kokonaislaskutuksen piiriin kuuluvissa palveluissa kunnan asukkaiden palvelujen käytön ja siitä aiheutuvien kustannusten mukaan osuutena terveyspiirin edellisen vuoden menoista. Terveyspiiri laskuttaa jäsenkunnilta kokonaislaskutuksen piiriin kuuluvien palvelujen kustannukset vuosittain edellisen vuoden käytön ja siitä aiheutuvien kustannusten suhteessa (= vuosimaksu).

Tasausmaksu määräytyy, kun kunnan asukkaiden todellista palvelujen käyttöä ja siitä aiheutuvia todellisia kustannuksia seurataan vuositasolla. Kunta maksaa vuosimaksun ja todellisen käytön mukaisten todellisten kustannusten erotuksen 3–5 vuoden kuluessa (= tasausmaksu). Korko- ja inflaatiotekijät otetaan täysimääräisinä huomioon kunnalle koituvan tasausmaksun suuruutta määriteltäessä.

Kokonaislaskutusperiaatteen toteuttaminen parantaa merkittävästi kunnan terveydenhuollon menojen ennakoitavuutta. Vuosimaksu ja aikaisemmilta vuosilta kertynyt tasausmaksu ovat kunnan tiedossa, kun se laatii seuraavan vuoden budjettia. Tasausmaksun osuus kunnan vuotuisista terveystenoista on todennäköisesti melko pieni.

Kokonaislaskutusperiaate toteuttaa aiheuttamisperiaatteen 3–5 vuoden kuluessa. Aiheuttamisperiaate toteutuu vain poikkeustapauksissa yksittäisen kunnan kohdalla vuositasolla. Esitetty menettely varmistaa sen, että keskipitkällä aikavälillä jokainen kunta maksaa asukkaidensa palvelujen käytöstä aiheutuvat kustannukset täysimääräisenä, ja siten kunnat eivät joudu maksamaan toisen kunnan asukkaiden palvelujen käytön kustannuksia.

Kokonaislaskutus käytännössä

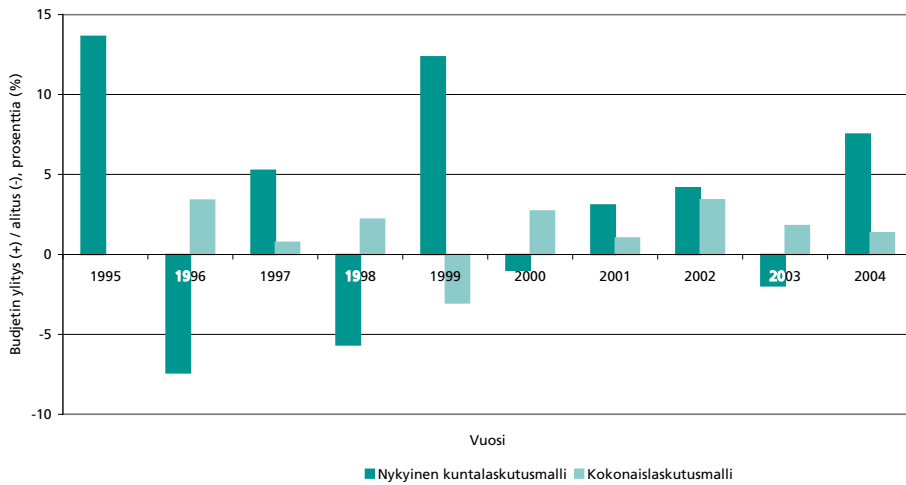
Kokonaislaskutusperiaatteen toimivuutta käytännössä arvioitiin simuloimalla erään noin 7 000 asukkaan kunnan erikoissairaanhoidon kuntalaskutusta ehdotetun kokonaislaskutusmallin mukaisesti ja vertaamalla mallin tuloksia kunnan todellisuudessa maksamiin erikoissairaanhoidon menoihin 10 vuoden ajanjaksolta.

Kunnan vuotuiset erikoissairaanhoidon menot ovat 3,6–6,2 miljoonaa euroa vuodessa. Nykyisessä suoriteperusteisessa kuntalaskutusmallissa kunnan todelliset erikoissairaanhoidon menot poikkeavat budjetoiduista menoista noin -7–14 prosenttia vuodessa, mikä vastaa vuositasolla noin -0,3–0,5 miljoonaa euroa (liitekuvio 4, s. 116). Kokonaislaskutusperiaatteen mukaisessa kuntalaskutusmallissa kunnan todelliset erikoissairaanhoidon menot poikkeavat budjetoiduista menoista noin -3,0–3,4 prosenttia vuodessa, mikä vastaa vuositasolla noin -0,1–0,1 miljoonaa euroa.

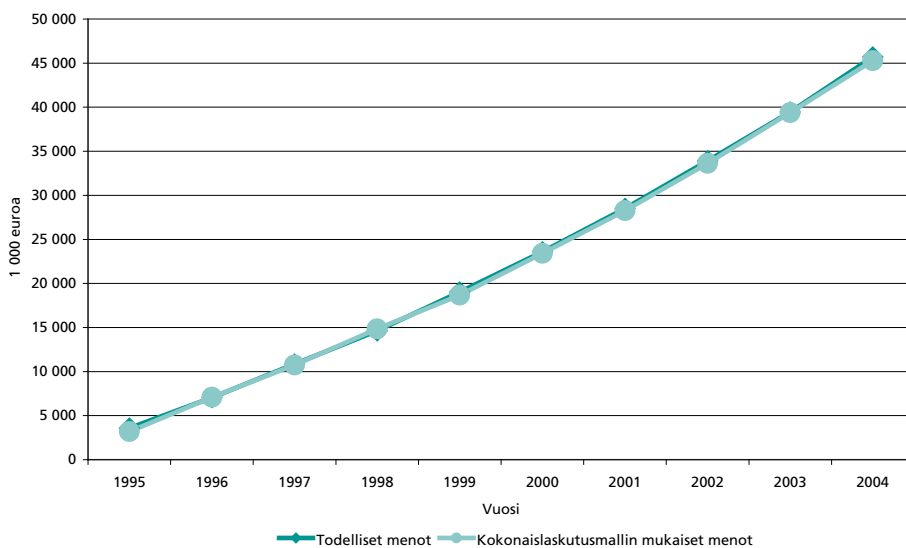
Liitekuviossa 5 (s. 116) on tarkasteltu kunnan asukkaiden palvelujen käytöstä aiheutuneita todellisia menoja ja verrattu niitä kokonaislaskutusperiaatteella laskutettaviin menoihin kumulatiivisesti 10 vuoden ajanjaksolla. Kokonaislaskutusperiaate toteuttaa aiheuttamisperiaatteen pääpiirteissään, ero palvelujen käytön todellisten kustannusten ja kokonaislaskutusperiaatteella laskutettujen menojen välillä on keskimäärin noin -0,5 %. Koska kokonaislaskutusmalli kattaa pitkällä aikavälillä kunnan asukkaiden palvelujen käytöstä aiheutuneet todelliset menot, liitekuvion 5 kuvaajat ovat kutakuinkin päällekkäin.

Tehdyn tarkastelun perusteella voidaan todeta, että

- kokonaislaskutusmalli parantaa kunnan menojen ennakoitavuutta merkittävästi.
- todellisten menojen poikkeama budjetoiduista menoista on kokonaislaskutusmallissa olennaisesti vähäisempää kuin nykyisin käytössä olevassa kuntalaskutusmallissa.
- kokonaislaskutusmalli toteuttaa aiheuttamisperiaatteen muutaman vuoden kuluessa.



LIITEKUVIO 4. Esimerkkikunnan erikoissairaanhoidon toteutuneiden ja budjetoitujen menojen erotus nykyisessä suoriteperusteisissa kuntalaskutusmallissa ja kokonaislaskutusmallissa, ylitys (+), alitus (-)



LIITEKUVIO 5. Esimerkkikunnan erikoissairaanhoidon todellisten menojen ja kuntalaskutusmallin mukaan maksettujen menojen kumulatiivinen kertymä 10 vuoden aikana