

## Sote-työvaliokunnan esitys (7.1.2010)

### **Sote-työvaliokunnan kokoonpano:**

Pääkkönen Tuomo, sosiaali- ja terveysjohtaja, pj.  
Ahonen Esa, hallintoylilääkäri  
Nykänen Päivi, ympäristöterveydenhuollon johtaja  
Saari Mauno, terveysjohtaja  
Selesniemi Pirjo, talouspäällikkö  
Tolonen Eija, vanhuspalvelujohtaja  
Ylävaara Helena, perhepalvelujohtaja  
Pikkarainen Marita, kehittämispäällikkö, siht.

### Henkilöstön edustaja:

Turunen Orvokki  
(Heikkinen Asta, varajäsen)  
Sote-ltk:n edustaja:  
Väisänen Sanni

### Kuntien edustajat:

Heikkinen Pekka, Kuhmo  
(Korhonen Marja-Leena, Sotkamo, varajäsen)  
Kurkinen Yrjö, Ristijärvi  
(Kemppainen Tapani, Hyrynsalmi, varajäsen)  
Okkonen Arto, Kajaani  
(Hekkala Raija, Suomussalmi, varajäsen)





## Sisällys

1. Taustaa .....	1
1.1 Tulevaisuuden haasteet .....	1
1.2 Palvelutarve .....	2
2. Asiakasnäkökulma .....	4
3. Ohjausjärjestelmä .....	5
4. Sosiaali- ja terveydenhuollon palveluiden järjestämismallit Kainuussa .....	7
5. Päätöksentekorakenteiden ja tehtävien järjestelyiden vertailu .....	12
6. Talous .....	15
7. Tehtävien rajapinnat suhteessa kuntiin .....	18
8. Sosiaali- ja terveydenhuollon näkökulmat .....	18
9. Tutkimus-, kehittämis- ja suunnittelutoiminta .....	20
10. Soten esityksen valmisteluprosessi .....	20
11. Sote-työvaliokunnan esitys .....	21

Liite 1 Alatyöryhmän raportti

Liite 2 "Palveluympyrät" (5 kpl)

Liite 3 Nykyinen sote-organisaatiokaavio



# Sosiaali- ja terveydenhuollon toiminnan järjestäminen Kainuussa hallintokokeilun loputtua v. 2012

## 1. Taustaa

### 1.1 Tulevaisuuden haasteet

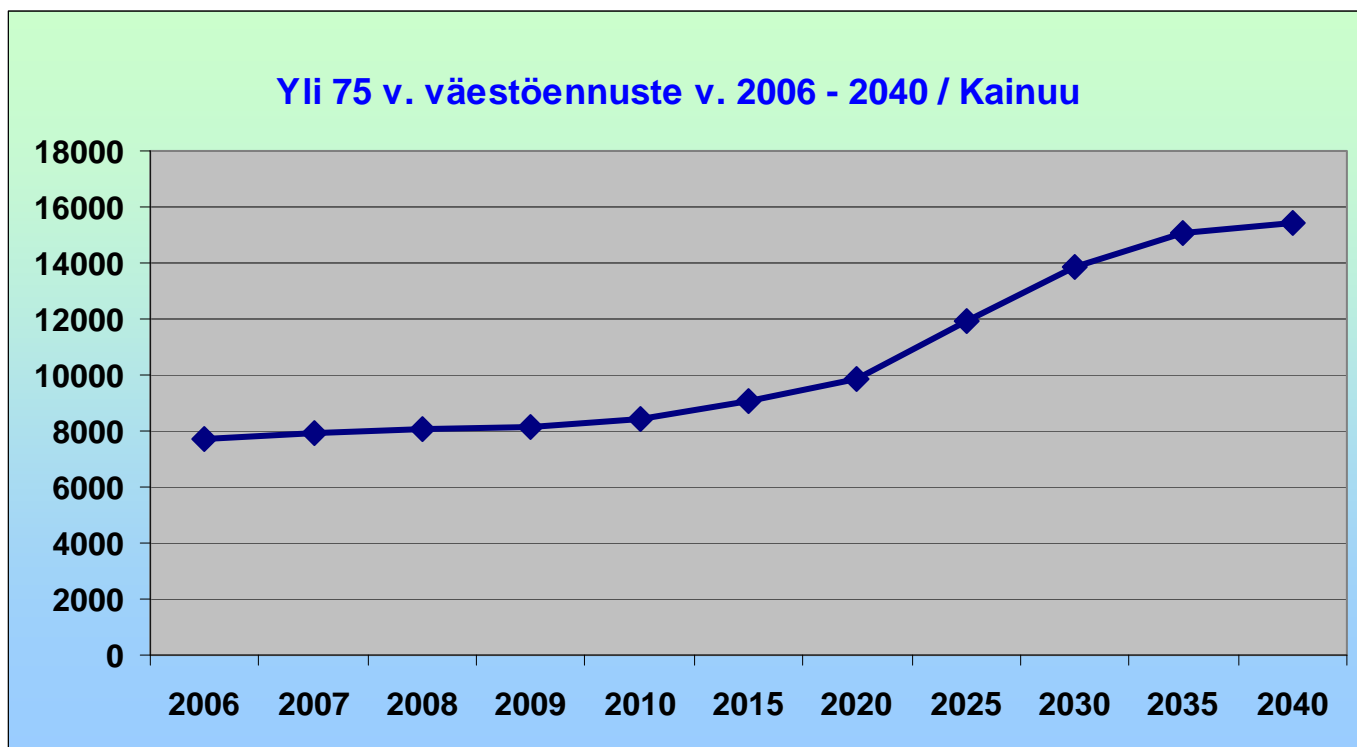
Mikäli kainuulaisten terveydentila ja etenkin ikääntyvän väestön toimintakyky jää jatkossakin nykyiselle tasolle, olemme v. 2030 tilanteessa, jossa Kainuun sosiaali- ja terveydenhuollon palvelutarve on 50 % nykyistä korkeampi.

Samanaikaisesti käytettävissä olevat työvoimaresurssit vähenevät 30 %.

Tulevaisuuden selviytymisen kannalta on merkittävää:

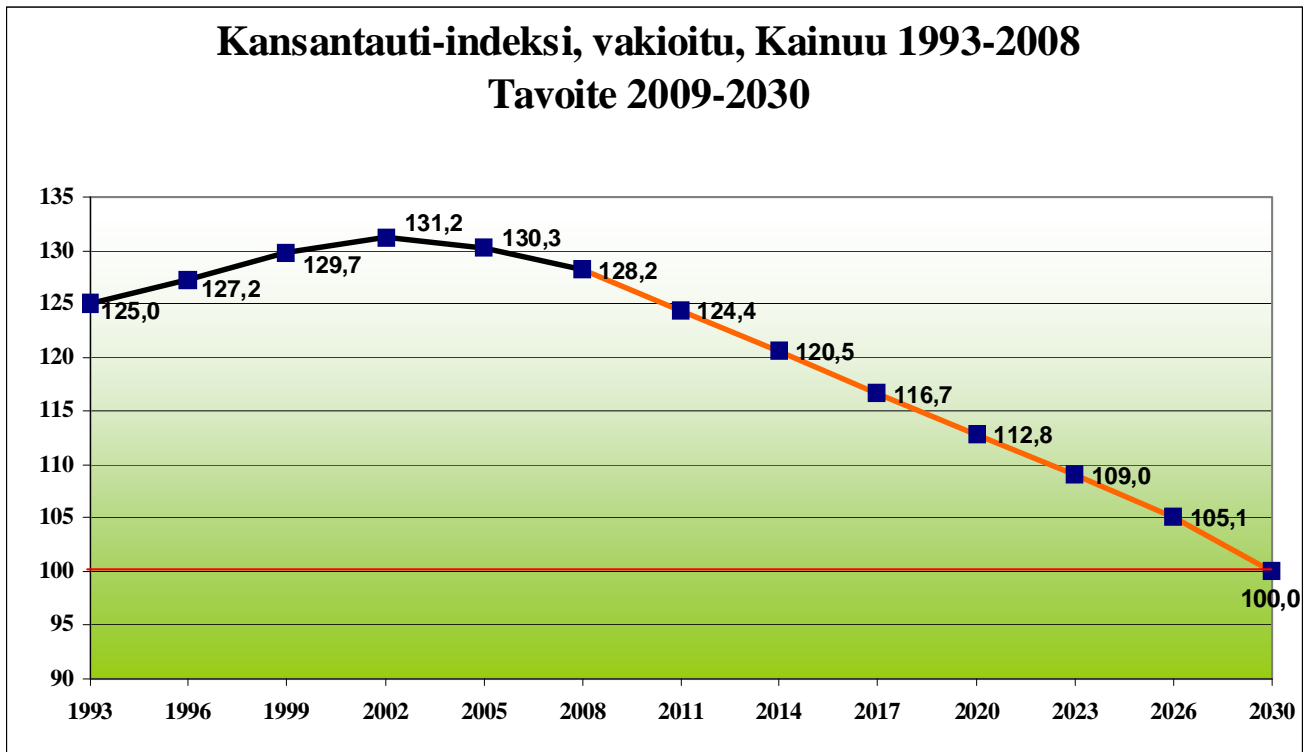
- väestön terveydentilan ja erityisesti ikääntyvän väestön toimintakyvyn parantuminen
- työn tuottavuuden jatkuva kasvu
- työllisyys
- uusien toimintatapojen etsiminen
- kainuulainen elinvoima

Kainuun maakunta ikääntyy tällä hetkellä maan nopeinta tahtia.



Koko väestön, mutta erityisesti ikääntyvien terveyttä ja toimintakykyä tulee edistää mm. ihmisten omaa ja yhteisön vastuuta tukien. Hyvinvointia ja terveyttä edistävät toimenpiteet hidastavat palvelutarpeen ennakoitua kasvua.

Kainuulaisten kansantauti-indeksi on lähtenyt lievästi kehittymään myönteiseen suuntaan. Mikäli nyky-suunta jatkuisi, olisimme v. 2030 yhtä terveitä ja toimintakykyisiä kuin muutkin suomalaiset. Tässä on kyse kainuulaisten omista valinnoista sekä palvelujärjestelmän kyvyttä vastata oikea-aikaisesti palvelutarpeeseen.



Palvelujen saatavuutta on turvattu lainsäädännön avulla. Palvelutarpeen kasvaessa joudutaan entistä enemmän priorisoimaan vaikuttavuudeltaan parhaisiin hoitoihin ja suuntaamalla palveluja niihin väestöryhmiin, joiden palvelujen vahvistaminen tuottaa suurimman terveys-hyödyn.

Työikäisen väestön merkittävä väheneminen 2010-luvulta alkaen edellyttää, että sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut tuotetaan uusilla tavoilla esim. kehittämällä asiakkaan omatoimi-suutta edistäviä palvelukonsepteja, tieto- ja viestintäteknologiaa ja sähköisiä palveluja.

## 1.2 Palvelutarve

### Palvelutarpeeseen ja järjestämiseen vaikuttavat mm.

- väestön määrä, ikärakenne ja asutuksen rakenne, maantieteellinen laajuus
- alueen sosio-ekonominen rakenne ja sosiaalinen hyvinvointi, elinolosuhteet, va-rallisuus, työllisyys
- väestön kansanterveydellinen rakenne ja tilanne, sairastavuus

Kainuun maakunnan sosiaali- ja terveystalouden nykytilanne ja tulevaisuuden haasteet liittyvät keskeisesti **väestörakenteeseen**. Kainuussa väestön ennustetaan vähenevän vuo-desta 2006 vuoteen 2030 mennessä 10 % samalla, kun työikäiset vähenevät viidenneksen ja yli 85-vuotiaiden osuus lisääntyy 145 %. Kasvava ikääntyvien osuus näkyy lisääntyvänä vanhustalouden tarpeena ja sen aiheuttamina kustannuspaineina.

**Kotitalouksien tulojen alueittaisilla eroilla** on merkitystä palveluiden kysynnän kannalta. Keskimääräiset käytettävissä olevat tulot ovat Kainuussa muuta maata alhaisempia. Kainuussa ja erityisesti Kehys-Kainuun kunnissa pitkittyneesti pienituloisten osuus on merkittävästi suurempi kuin Suomessa yleisesti. Tuloerot liittyvät muun muassa koulutusrakenteen ja ikärakenteen eroihin. Sosiaali- ja terveystalouden kannalta pienituloisuuden yhteys alhaiseen koulutustasoon tarkoittaa kohonnutta riskiä terveys- ja hyvinvointierojen kasautumisesta.

**Kainuussa kansantauteja** esiintyy selvästi enemmän kuin maassa keskimäärin. Kainuun sairastavuus on keskimääräistä korkeampaa.

Kainuussa **kodin ulkopuolelle sijoitettuja lapsia** (0-17-vuotiaat) on suhteessa ikäryhmään vähemmän kuin maassa keskimäärin, mutta lastensuojelun avohuollon piirissä taas on enemmän lapsia kuin maassa keskimäärin. Kainuun perhepalveluissa onkin tehty ratkaisuja avohuollon tukitoimien ja varhaisen tuen perhetyön ja ennaltaehkäisevän työn vahvistamiseksi. Tehtyjen panostusten tavoitteena on, että kodin ulkopuolelle sijoitettujen lasten määrä saataisiin laskemaan vuosittain.

Kainuussa 18–24 -vuotiaiden **nuorten toimeentulotukea hakevien osuus** on pysytellyt lähellä maan keskiarvoa (kuva 12). Toimeentulotuen tarvetta tulee kuitenkin nostamaan työmarkkinatuen ulkopuolelle jääneiden nuorten osuus, joka näyttää kasvavan vuosittain, ollen vuonna 2008 jo noin 200 henkilöä.

**Koulutuksen ulkopuolelle jääneiden nuorten osuus** kuvaa selvästi nuorten ja koko perheiden hyvinvoinnin tilannetta. Opintojen katkeaminen ja koulutuksen ulkopuolelle jääminen ovat keskeinen riskitekijä myös työelämään kiinnittymisessä ja syrjäytymisessä. Kainuussa keskeyttää opinnot vuosittain noin 120 nuorta. Kainuussa toisen asteen koulutuksessa on kiinnitetty huomioita tukipalveluihin ja tätä kautta pyritty ehkäisemään opintojen keskeytymistä.

(Tarkemmin: Taustapaperi Kainuun mallin jatkokeskustelun tueksi – sosiaali- ja terveydenhuollon näkökulma.27.2.2009).

Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelutarve kasvaa Kainuussa voimakkaasti tulevaisuudessa. Tiedossa olevien tulevaisuuden näkymien mukaan kuntien tulot ovat jatkossakin niukat.

Kainuussa 1.1.2005 toimintansa aloittanut sote-organisaatio näyttää tällä hetkellä pystyvän vastaamaan näihin haasteisiin kohtuullisen hyvin. Tässä toimintamallissa on toteutettu sosiaalitoimen, erikoissairaanhoidon, perusterveydenhuollon ja erityishuollon syvälle integroitua työtappaa.

## 2. Asiakasnäkökulma

Asiakkaan aseman vahvistumisen lähtökohdat ovat Suomen ratifioimissa ihmisoikeussopimuksissa. Asiakkaan asemaan ja oikeuksiin liittyvä lainsäädäntömme on syntynyt ihmisoikeussopimusten ja vahvojen ammattieettisen lähtökohtien mukaisesti. Suomen uudistettu perustuslaki tuli voimaan vuonna 2001. Perusoikeusuudistus antoi julkiselle vallalle perusoikeuksien edistämismisveloitteen. Lainsäädäntömme ja sitä tukevat ohjauskeinot uudistuivat ottamalla huomioon sopimus- ja säädösmuutokset. Nykyinen kehitys on merkinnyt aktiivisten ja toimintakykyisten kansalaisten oikeuksien toteutumisen vahvistumista. Samaan aikaan eriarvoisuus on kasvanut. Asiakkaan aseman muuttuminen ja eriarvoisuuden lisääntyminen ovat suuri haaste palvelujärjestelmälle.

Asiakaslähtöisyys kirjattiin arvoksi myös sosiaali- ja terveydenhuollon strategioihin 1990-luvun lopulla, kun liike-elämän käyttämä strategisen johtamisen viitekehys tasapainotettu tulostittaritavo (BSC) otettiin käyttöön. Asiakkaan asema vahvistui, sillä tuloksellisuus edellytti toiminnan ja sen laadun arviointia. Palvelujen kehittämisessä asiakas ei ole enää objekti, jolle järjestetään palveluja vaan subjekti, joka tuo arjen asiantuntemuksen, inhimilliset ja palvelujen toimivuuteen liittyvät näkökohdat esiin. Samalla kun asiakasnäkökulma korostuu, ei tule unohtaa terveydenhuollossa potilaan ja työntekijän väliseen kohtaamiseen liittyviä erityispiirteitä. Hyvän hoidon ja palvelun peruslähtökohtana on, että asiakas kohdataan hänen ihmisarvoaan ja yksityisyyttään kunnioittaen.

Väestön koulutustaso, tiedon saatavuus sekä tieto- ja viestintäteknologia mahdollistavat asiakkaalle tiedon hakemisen mm. terveydestä, hyvinvoinnista, sosiaaliturvasta, hoito-ohjelmista, suosituksista sekä hoito- ja palveluketjujen kokonaisuudesta. Tiedon luotettavuus ja välityskanavat voivat tuottaa asiakkaalle ongelmia. Tähän asiakas tarvitsee ammattihenkilön ohjausta ja tukea. Tietoverkkojen ja -teknologian hyödyntäminen antaa monia mahdollisuuksia palvelujärjestelmälle mm. palvelun laadun kehittämiseen.

Eri tavoin tapahtuva palveluohjaus on haaste sosiaali- ja terveydenhuollossa. Asiakkaalla tulee olla tosiasiallinen mahdollisuus osallistua ja vaikuttaa palvelujen suunnitteluun ja toteutukseen. Asiakkaalle tulee mahdollistaa valinnan vapaus. Tällä hetkellä käytössä on mm. palveluseteli ja kotitalousvähennys. Kainuussa vanhuspalveluissa palvelusetelin käyttö on laajinta, palveluseteli-asiakkaita on n. 200. Muuttunut lainsäädäntö mahdollistaa palvelusetelin nykyistä laajemman käytön (palvelustrategia). Valinnan vapaus toteutuu luontevasti laadittaessa hoito- ja palvelusuunnitelmia. Lisäksi Kainuussa asiakkailta on oikeus valita vapaasti toimipiste, josta hän saa sosiaali- ja terveystaloudelliset palvelut. Osa asiakkaista tarvitsee tietoa ja tukea valintojen tekemiseen.

Uudet toimintatavat edistävät osaltaan väestön, asiakkaan oman ja yhteisön vastuun ottamista terveydestä ja hyvinvoinnista. Palveluinnovaatiot syntyvät eri osaamisalojen rajapinnoilla yhteistyössä asiakkaan ja heitä edustavien tahojen, mm. tukiverkoston kanssa. Palvelujärjestelmän tulee mahdollistaa ja tukea asiakkaan omahoitoa. Tietoteknologian avulla asiakkaiden ja työntekijöiden kohtaamiset monipuolistuvat mm. sosiaalinen media on käyttämätön voimavara julkisissa palveluissa. Tulevaisuudessa asiakkaan asema korostuu myös oikeutena hallita omia asiakas- ja potilastietoja. Myös asiakkaan kuluttajansuojaan liittyvät näkökohdat korostuvat tulevaisuudessa nykyistä enemmän.

### 3. Ohjausjärjestelmä

#### Keskeisiä sosiaali- ja terveystoimialaan vaikuttavia lainsäädäntöuudistuksia ja muita kansallisia linjauksia

90 – luvun alkupuolella valtio-osuusjärjestelmän muuttuessa Suomessa siirryttiin sosiaali- ja terveydenhuollon alalla hyvin laajasti **informaatio-ohjaukseen**. Samanaikaisesti normiohjausta vähennettiin ja järjestämisvastuu siirtyi kunnille, alkoi syntyä kuntakohtaisia eroja palveluissa. Kuntien järjestämää palvelutuotantoa pyritään ohjaamaan myös **suosituksilla**. Suositusten teho on kuitenkin jäänyt heikoksi ja näyttää siltä että lähivuosina monet suositusluonteiset asiat muuttuvat lakisääteiksi velvoitteiksi.

Valtiovalta näyttää siirtyvän voimakkaasti **normiohjaukseen**, koska palvelujen laadussa ja saatavuudessa on syntynyt eroja maan eri alueiden välillä. Normiohjauksen avulla pyritään käytäntöjen yhtenäistämiseen koko Suomessa.

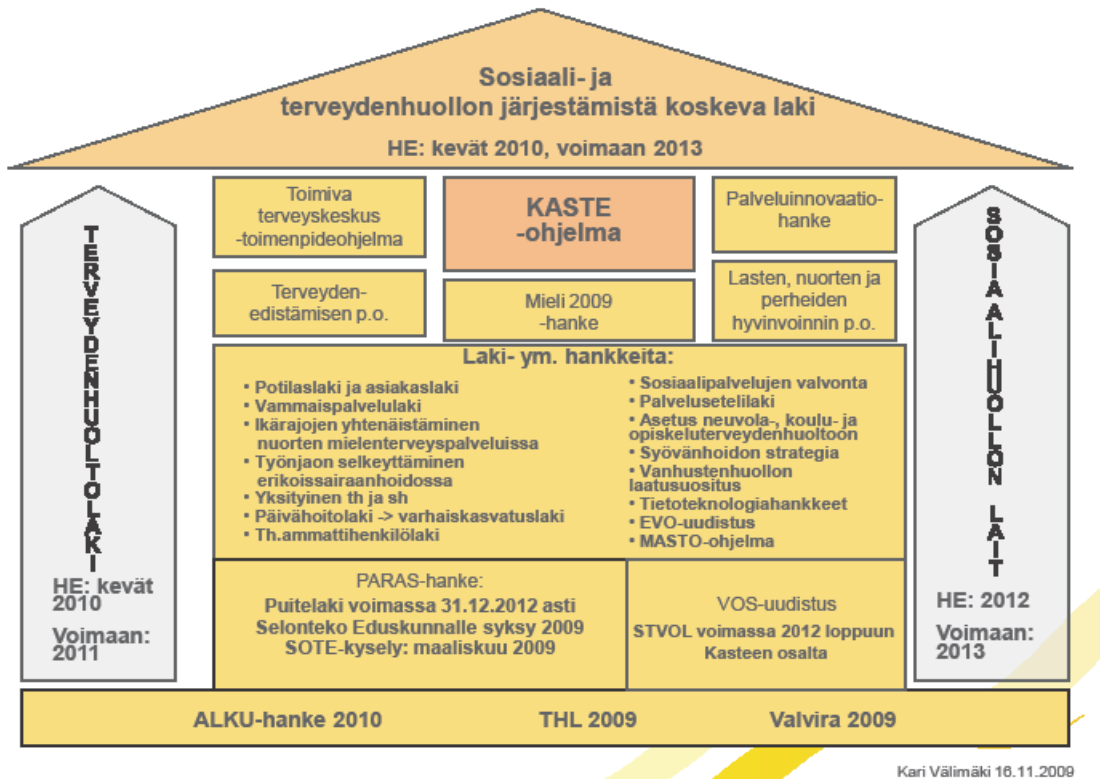
Nykyisin voimassa oleva lainsäädäntö ja vireillä olevat lainsäädäntöuudistukset:

Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelutuotannon järjestämistä säädetään voimakkaasti laeilla. Valtion ohjauksen välineenä käytetään yhä enemmän lainsäädäntöä, joka luo subjektiivisia oikeuksia ja velvoittaa tuottamaan monia palveluita määrääjassa.

- *Lastensuojelulaki*: velvoittavat määrääajat ja henkilöstön pätevyysvaatimukset lastensuojeluilmoitusten, lastensuojelutarpeen selvittämisen, huostaanoton valmistelussa asiakassuunnitelmien laadinta
- *Toimeentulotukilaki*: velvoittavat määrääajat etuuksien käsittelyssä ja sosiaalityöntekijän tai -ohjaajan vastaanotolle pääsystä
- *Vammaispalvelulaki*: velvoittavat määrääajat palvelutarpeen arvioinnissa ja palvelusuunnitelmien laatimisessa
- *Sosiaalihuoltolaki*: yli 75-vuotiaiden palvelutarpeen arvioinnin velvoittavat määrääajat
- Hoidon saatavuudesta säädetty velvoitteet (esim. aikavelvoitteet hoitoon pääsystä)
- Nuorten psykiatrisen hoidon ikärajan nostaminen 23 vuoteen.
- Sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstön mitoitusuositukset (2012)
- Eläinlääkintähuoltolaki (765/2009)
- Laki ympäristöterveydenhuollon yhteistoiminta-alueesta (410/2009)
  - valvontayksikön minimikoko 10 henkilötyövuotta
  - yhteistoiminta-alueen on aloitettava toimintansa viimeistään 1.1.2013
- Ikäihmisten palvelujen laatusuositukset
- Omaishoidon tuen ja toimeentulotuen perusosan siirtyminen Kelalle?
- Vanhuspalvelulaki, joka tulee voimaan ehkä vuonna 2012 tai 2013
- Henkilötietolaki 523/1999
- Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992
- Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista 812/2000 Mielenterveyslaki 1116/1990
- Kansanterveyslaki 66/72
- Erikoissairaanhoidon laki 1062/89
- Laki kehitysvammaisten erityishuollosta 519/77
- Laki Sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä 159/2007
- Laki sähköisestä lääkemääräyksestä 61/2007
- Arkistolaki 831/1994
- Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista 734/1992

- Terveydenhuoltolaki xxx
- Perustuslaki
- Hallintolaki

Sosiaali- ja terveyshuoltoa koskevan lainsäädännön uudistukset



Kainuun sosiaali- ja terveydenhuollon tulevan toiminnan ja organisaation suunnittelun tekee haasteelliseksi sosiaali- ja terveydenhuoltoon keskeisesti vaikuttavan lainsäädännön uudistustyö.

#### **4. Sosiaali- ja terveydenhuollon palveluiden järjestämismvaihtoehdot Kainuussa**

Vertailun kohteena ovat seuraavat järjestämistavat:

1. Tehtävien järjestäminen maakuntatasolla yhdessä organisaatiossa nykyisessä laajuudessa.
2. Tehtävien järjestäminen erillisissä maakunnan laajuisissa kokonaisuuksissa, jossa sosiaali- ja terveydenhuolto on yksi kokonaisuus, toisen asteen koulutus toinen ja alueiden kehittämistehtävät kolmas kokonaisuus.
3. Erikoissairaanhoidon, ammatillisen koulutuksen ja maakunnan liiton tehtävät järjestään omina maakunnan laajuisina kokonaisuuksinaan ja sosiaali- ja perusterveydenhuolto sekä lukiokoulutuksen järjestetään pienemmillä alueilla.

- **Vertailussa esitetty ensin yhteenveto vaihtoehtojen vaikutuksista (meta-impact)**

## Sosiaali- ja terveydenhuollon rajapintojen ja yhteistyön järjestäminen sekä niiden kustannusvaikutukset

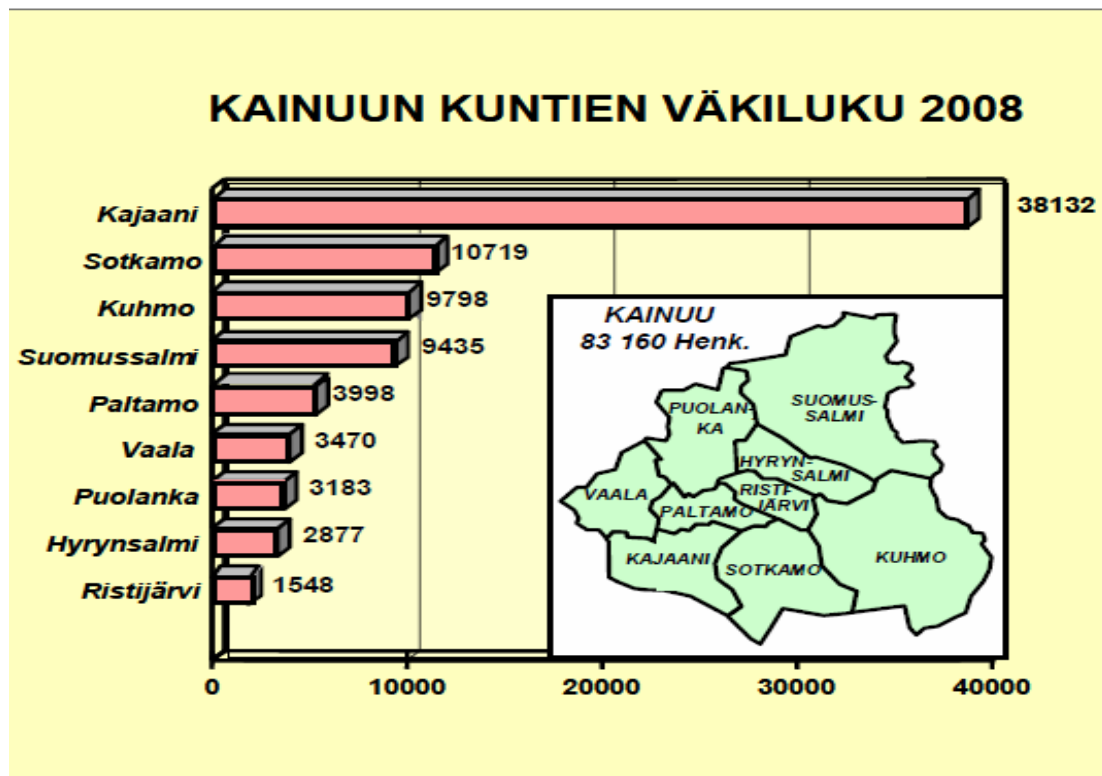
VAIHTOEHTO- VERTAILU	1. Yksi organisaatio, nykyinen laajuus	2. Erilliset maakunta- kokonaisuudet (Sote / toisen asteen koulu- tus / Kainuun Liitto)	3. a) Esh, amm. koulutus ja Kainuun liitto omina maa- kuntakokonaisuuksina sekä b) Sote ja lukiokoulutus pienempinä yhteistoiminta- alueina
⇒ keskeinen vaikutus	⇒ Alueen sote-palveluiden kokonaisuuden turvaaminen ⇒ Palveluiden tuottaminen perustuu alueen väestön muuttuvaan palvelutarpeeseen.	⇒ Ei vaikutuksia sote-toimialan sisäisiin rajapintoihin ja yhteistyöhön. Aluekehityksen eriytyminen palvelutuotannosta nopeutuu.	⇒ Perustason soten (perusth + sosiaalipalvelut) integraatio esh:n kanssa purkautuu. ⇒ Palvelutarpeenarviointi pirstoutuu. Tasapainoisen palveluiden tuottamistavan arviointi vaikeutuu.
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>miten päätökset yhteistyöasioista tehdään ja miten päätöksentekoa ohjataan?</i></li> </ul>	Elämänkaariorganisaation mahdollistama prosessijohtaminen mahdollistaa poikkisektorisen ja eri tasojen välisen hallinnan	Riskinä päätöksenteon hidastuminen ja tarpeettomien rakenteiden syntyminen (esim. yhteistyö- ja rahoitusneuvottelut).  Aluekehityksen jääminen erillisen viranomaistyön ja lakisääteisen suunnittelun varaan.	Terveydenhuollon (esh + perusth) ja sosiaalihuollon integrointi ja toiminnan johtaminen elämänkaariorganisaationa päättyy ja palautuu sektorikohtaiseksi ja portaittaiseksi.  Päätöksenteon ohjaus kokonaisuuden kannalta heikentyy ja hidastuu.
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>miten palveluprosessi etenee rajapinnan yli eri palveluissa eri vaihtoehdoissa?</i></li> </ul>	Yhteinen organisaatio mahdollistaa rajapintayhteydet ilman tarpeetonta organisaatio- tai johtamiskitkaa	Ei vaikutuksia soten palveluprosesseihin.	Rajapintayhteyksissä riski sektoroitumisen palautumiseen sekä tiedonkulun ja erityisesti kokonaisuuden hallinnan heikkenemiseen.
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>miten rajapinta vaikuttaa palveluprosessin kehittämiseen?</i></li> </ul>	Asiakasprosessin suuntainen organisaatio mahdollistaa kokonaiskehittämisen	Ei vaikutuksia.	Kehittäminen joudutaan erikseen rakentamaan ja rahoittamaan osina kokonaisuuden sijasta. Perustason soten mahdollisuudet kehittämiseen palautuvat heikommiksi.
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>vaikutukset kustannuksiin</i></li> </ul>	Mahdollisuus kustannusten kasvun hallintaan kokonaisuutena.	Voi aiheuttaa rahoitusriskiä koulutuksen kanssa.	Kustannukset kääntyvät kasvuun erillisten organisaatioiden myötä.
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Vaikutukset kuntien toiminnan laajuuteen ja toimintojen sijoittumiseen</i></li> </ul>	Kuntien tehtävät jäävät nykyisiksi.	Ei vaikutuksia.	Kunnat joutuvat organisoi- maan ja rahoittamaan perustason soten, koulutuksen ja esh:n erillisinä toimintoina. Pienten kuntien voimavarat eivät riitä rinnakkaisiin hallintotoimiin.

## Esh:n ja perusth:n rajapintojen ja yhteistyön sekä niiden kustannusvaikutukset

VAIHTOEHTO- VERTAILU	1. Yksi organisaatio, nykyinen laajuus	2. Erilliset maakuntakokonaisuudet (Sote / koulutus / Kainuun Liitto)	3. a) Esh, amm. koulutus ja Kainuun liitto omina maakuntakokonaisuuksina sekä b) Sote ja lukiokoulutus pienempinä yhteistointialueina
⇒ keskeinen vaikutus	⇒ Terveystieteiden kokonaisvastuu yhdellä organisaatiolla, jolloin terveyshyötyjen tehokas tuottaminen mahdollistuu.	⇒ Ennaltaehkäisevän työn järjestäminen vaikeutuu.	⇒ Perusth:n ja esh:n yhteistointiminta heikkenee ja synergiaedut menetetään.  Kustannukset kasvavat
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>miten päätökset yhteistyöasioista tehdään ja miten päätöksentekoa ohjataan?</i></li> </ul>	Tulosalueittainen johtorakenne ei ole sidoksissa perusth:n ja esh:n jakoon, vaan ohjaa toimintaa kokonaisuutena. ⇒ Yksi organisaatio mahdollistaa yhteisen strategisen suunnitteluun ja strategian toteuttamiseen	Ei vaikutuksia.	Tarvitaan yhteistointimintaa koordinoivia erillisiä rakenteita.
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>miten palveluprosessi etenee rajapinnan yli eri palveluissa eri vaihtoehdoissa?</i></li> </ul>	Mahdollistaa saumattoman rajapintayhteyden ja sen hallinnan.	Ei vaikutuksia.	Rajapintayhteyksissä riski sektoroitumisen palautumiseen sekä tiedonkulun ja erityisesti kokonaisuuden hallinnan heikkenemiseen.
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>miten rajapinta vaikuttaa palveluprosessin kehittämiseen?</i></li> </ul>	Asiakasprosessin suuntainen organisaatio mahdollistaa kokonaiskehittämisen	Ei vaikutuksia.	Kehittäminen joudutaan erikseen rakentamaan ja rahoittamaan osina kokonaisuuden sijasta. Perustason soten mahdollisuudet kehittämiseen palautuvat heikommiksi.
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>vaikutukset kustannuksiin</i></li> </ul>	Mahdollisuus kustannusten kasvun hallintaan kokonaisuutena.	Ei vaikutuksia.	Kustannukset kääntyvät kasvuun erillisten organisaatioiden myötä.
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Vaikutukset kuntien toiminnan laajuuteen ja toimintojen sijoittumiseen</i></li> </ul>	Kuntien tehtävät jäävät nykyisiksi.	Ei vaikutuksia.	Kunnat joutuvat organisoimaan ja rahoittamaan perustason soten, koulutuksen ja esh:n erillisinä toimintoina. Pienten kuntien voimavarat eivät riitä rinnakkaisiin hallintotoimiin.

Mikäli nykyinen Kainuun sote organisaatio pilkottaisiin pienemmiksi osiksi kunnittain tai seuduittain jouduttaisiin jatkosuunnittelu tekemään pääosin PARAS lain puitteissa. Tuleva terveydenhuoltolaki vaikuttaisi myös erikoissairaanhoidon järjestelyihin.

Perusterveydenhuollossa mielekkäitten PARAS lain mukaisten kokonaisuuksien rakentaminen seudullisesti on mahdotonta.



Sairaanhoitopiirien ja erikoissairaanhoidon asema tässä vaiheessa on epäselvä. Mikäli edettäisiin aiemman terveydenhuoltolakiluonnokset (v. 2008) mukaisin linjauksin, Kainuun tulisi liittyä esim. Pohjois-Savon sairaanhoitopiiriin tai Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiiriin. Tällöin vaikutusmahdollisuudet erikoissairaanhoidon järjestämiseen heikentyisivät ja jo nyt rakentunut syvä integraation yhteistyö perusterveydenhuollon ja sosiaalitoimen kanssa rikkoutuisi perusteellisesti.

Edellä mainituista syistä vaihtoehto 3 ei ole realistinen.

Erityisen merkittävää on, että vaihtoehdossa 1 on pystytty kokoamaan alueen niukat suunnittelu- ja kehittämisresurssit yhteen tulevaisuuden haasteista ei selvitä ilman alueellista tehosta tutkittuun tietoon perustuvaa toiminnan suunnittelua.

## Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisen vaihtoehdot väestönäkökulmasta

VAIHTOEHTO- VERTAILU	1. Yksi organisaatio, nykyinen laajuus	2. Erilliset maakuntakokonaisuudet (Sote / toisen asteen koulutus / Kainuun Liitto)	3. a) Esh, amm. koulutus ja Kainuun liitto omina maakuntakokonaisuuksina sekä b) Sote ja lukiokoulutus pienempinä yhteistoimintalueina
⇒ keskeinen vaikutus	⇒ Yksi, yhtenäinen organisaatio, joka turvaa mahdollisuudet koko väestön hyvinvoinnin ja terveyden edistämiseksi yhdenvertaisuutta noudattaen.	⇒ Terveyden ja hyvinvoinnin edistämisen yhteistyö heikkenee nuorisostaan eriytyminen myötä.	⇒ Pilkkominen sirpaloi vaikutusmahdollisuuksia, eriarvoistaa alueita, mutta voi tuoda toimintoja asukkaita ”läemmäksi”.
<ul style="list-style-type: none"> <li>• palvelutarpeeseen perustuva palveluitten järjestäminen</li> </ul>	Yksi organisaatio mahdollistaa saumattoman asiakas-suuntaisen palvelutuotannon perustasolta (lähipalveluita) erityistasoon (keskitettyihin palveluihin)	Ei vaikutuksia soten palveluihin vaihtoehtoon 1 verrattuna.	Palvelutasojen eriyttäminen pilkkoo asiakkaan tarpeiden suuntaisten palveluprosessien yhtenäisen tuottamisen → raja-aidat palaavat perus- ja erityistason väliin.
<ul style="list-style-type: none"> <li>• terveyden ja hyvinvoinnin edistämisen mahdollisuudet</li> </ul>	Mahdollistaa yhteisen strategisen suuntaamisen väestöön, laajat toimenpideohjelmat sekä tasaveroisen organisoinnin.	Toisen asteen eriyttäminen heikentää terveyden edistämisen koordinaatiota nuorisokohderyhmässä.	Rajoittaa ja eriarvoistaa terveyden edistämisen organisoitua → jossakin organisaatiossa voidaan panostaa, toisaalla ei riitä resursseja. Pilkkoo sen useisiin osiin → erilliset perustason, esh:n ja koulutusorganisaatioiden resurssit.
<ul style="list-style-type: none"> <li>• kansalaisten vaikuttamismahdollisuudet.</li> </ul>	Kansalaisilla yksi sote-toimiala, johon kohdistaa odotuksia, kehittämisvaatimuksia ja olla osallisena vaikuttamassa palveluihin.	Ei vaikutuksia soten palveluihin vaihtoehtoon 1 verrattuna.	Kokonaisuuksien ja hallinnon pirstoutuminen voivat olla sekavia, mutta mahdollisesti ”läheppänä” kansalaisia (pienemmät organisaatiot ja mahdolliset maantieteellisten etäisyyksien pienentymisen).

## 5. Päätöksentekorakenteiden ja tehtävien järjestelyiden vertailu

### Vertailun kohteena ovat seuraavat päätöksentekorakenteet:

1. Nykyinen laaja maakuntahallinto, jossa maakuntavaltuusto valitaan vaaleilla ja maakuntajohtaja on poliittisen maakuntahallituksen puheenjohtaja.
2. Nykyinen laaja maakuntahallinto perinteisenä kuntayhtymänä, jossa maakuntavaltuusto valitaan kuntien toimesta ja maakuntajohtajalla tavanomainen virkamiesstatus ja tehtävät.
3. Nykyisten tehtävien hoitaminen useassa tavallisessa kuntayhtymässä tai isäntäkunta - järjestelyssä.

### Vertailtavia asioita ovat:

- kansalaisten osallistumismahdollisuudet päätöksentekoon ja osallistumisen laajuus, missä otetaan huomioon myös päätöksenteon läpinäkyvyys ja suora kansalaisvaikuttaminen;
- maakunnan tai tehtäviä hoitavan organisaation ja kuntien suhteet eri rakenteissa; sekä
- päätöksenteon kussakin rakenteessa vaatima yhteensovittamistyö.

### Kansalaisten osallistumismahdollisuudet päätöksentekoon, osallistumisen laajuus, päätöksenteon läpinäkyvyys ja suora kansalaisvaikuttaminen

VAIHTOEHTO- VERTAILU	1. Nykyinen laaja maakuntahallinto, vaaleilla valittava valtuusto	2. Nykyinen laajuus, mutta kuntien valitsema valtuusto	3. Nykyiset tehtävät, useissa kuntayhtymissä
⇒ keskeinen vaikutus	⇒ Vaaleilla valittu valtuusto toteuttaa edustuksellista demokratiaa parhaiten.	⇒ Kuntien valtuustojen kautta toteutuu edustuksellinen demokratia.	⇒ Malli kansalaisten näkökulmasta hajanainen, mahdollisesti ei niin läpinäkyvä kuin yhden organisaation mallissa.
<ul style="list-style-type: none"> <li>• päätöksentekijöiden valintaprosessin välittömyys / välillisuus kansalaisten vaikuttamisen mahdollisuuksien näkökulmasta</li> </ul>	Kansalaisten vaikutusmahdollisuudet välittömät ja yhtäläiset poliittisten päätöksentekijöiden valintaan.	Kunnallisvaalien tulosten perusteella on kansalaisilla välillisesti mahdollisuus vaikuttaa valtuuston kokoonpanoon.	Kansalaisten vaikutusmahdollisuudet erittäin vähäiset ja välilliset, koska päätöksentekijät useisiin organisaatioihin valitaan kunnallispoliittisin päätöksin ja näihin vaikuttavat useat eri voimasuhteet (kuntien osuudet, poliittiset voimasuhteet). Lisäksi päätöksenteon fragmentoituneisuus heikentää kansalaisten mahdollisuuksia seurata kokonaisuuksia.
<ul style="list-style-type: none"> <li>• kuinka moni voi osallistua suoraan/edustukselliseen päätöksentekoon?</li> </ul>	Kaikki vaalikelpoiset maakunnan asukkaat suoraan maakuntavaaliin; 59 jäsentä maakuntavaltuustossa, lautakuntien jäsenet	59 jäsentä maakuntavaltuustossa, lautakuntien jäsenet	Kuntayhtymien hallitusten ja muiden toimielinten jäsenet.  Päätöksentekojäsenyyksiä mahdollisesti määrällisesti enemmän, mutta kohdentuuko ne useammille yksilöille?

<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>kuinka monia päätöksiä ja kuinka monella tasolla poliittisia päätöksentekijöitä on ja millaisissa elimissä keskeiset päätökset tehdään?</i></li> </ul>	<p>Lautakunnat → maakuntahallitus → maakuntavaltuusto.</p> <p>Toimialoittain päätökset lautakunnissa / hallituksen esityksestä valtuustossa.</p>	<p>Lautakunnat → maakuntahallitus → maakuntavaltuusto.</p> <p>Toimialoittain päätökset lautakunnissa / hallituksen esityksestä valtuustossa.</p>	<p>Kuntayhtymien tai vastaavien hallitukset → kuntien lautakunnat → kuntien valtuustot.</p> <p>Useita eri organisaatiota tekevässä rinnakkain päätöksiä samasta asiasta omalta kohdaltaan.</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>kuinka julkista ja näkyvää keskeisen päätöksenteko on?</i></li> </ul>	<p>Valtuuston päätöksenteko julkista.</p> <p>Lautakuntien päätöksenteko on suljettu ellei toisin päätetä. Edustuksellinen demokratia luo erityisiä paineita tiedottamiseen ja julkiseen keskusteluun.</p>	<p>Valtuuston päätöksenteko julkista.</p>	<p>Useille eri tahoille hajautettu päätöksenteko hämärtää julkista ja näkyvää päätöksentekoa. Valtuustotason käsittely julkista.</p> <p>Eri toiminnoissa voi olla eri julkisuusikäntöjä</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>vaikutukset kuntien toiminnan laajuuteen ja toimintojen sijoittumiseen?</i></li> </ul>	<p>Kuntien toiminta siirtyy kuntayhtymälle sovituilta osin. Toiminnot mahdollista sijoittaa eri perustein kunta-, seutu- tai maakuntakeskuksiin.</p>	<p>Kuntien toiminta siirtyy kuntayhtymälle sovituilta osin. Toiminnot mahdollista sijoittaa eri perustein kunta-, seutu- tai maakuntakeskuksiin.</p>	<p>Kunnat joutuvat toimimaan useiden yhtymien kanssa, jolloin eritasoisia toimintoja voi olla sijoittuneena eri perustein eri puolille.</p>

## Maakunnan tai tehtäviä hoitavien organisaatioiden ja kuntien suhteet

VAIHTOEHTO- VERTAILU	1. Nykyinen laaja maakuntahallinto, vaaleilla valittava valtuusto	2. Nykyinen laajuus, mutta kuntien valitsema valtuusto	3. Nykyiset tehtävät, useissa kuntayhtymissä
⇒ keskeinen vaikutus	⇒ Maakuntavaltuustolla on päätösvalta.  Kunnilla neuvonantava rooli perussopimuksen mukaisissa kuntaneuvotteluissa.	⇒ Maakuntavaltuustolla on päätösvalta.	⇒ Kunnilla ratkaiseva valta rahoituksesta.  Toiminnallinen vaikutusmahdollisuus ambivalenttinen.
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>onko kunnalla ohjausvaltaa ko. organisaatioon nähden ja miten se on toteutettu?</i></li> </ul>	<p>Kunnat päättävät kuntayhtymän perussopimuksesta ja siihen liittyvästä kuntien maksuosuuden määräytymisestä.</p> <p>Valtuusto päättää vuosittain kuntia kuuluttamaan kuntien maakunnalle perussopimuksen mukaan kuuluvasta maksuosuudesta eli rahoitusprosentista.</p>	<p>Kunnat päättävät kuntayhtymän perussopimuksesta ja rahoituspohjasta, mutta valtuusto päättää resurssien käytöstä.</p>	<p>Kunnat päättävät yhtymien / organisaatioiden toiminnasta ja rahoituksista.</p> <p>Kunnat joutuvat hajauttamaan resurssiaan useisiin suuntiin, jolloin hallinta / valta voi painottua keskeisiksi koettuihin organisaatioihin.</p>

<ul style="list-style-type: none"> <li>• millaiset ovat suhteet päätettäessä toiminnan rahoituksesta</li> </ul>	Tämä ratkaistaan rahoitustyöryhmän linjausten mukaan	Tämä ratkaistaan rahoitustyöryhmän linjausten mukaan	Tämä ratkaistaan rahoitustyöryhmän linjausten mukaan
<ul style="list-style-type: none"> <li>• millaiset ovat suhteet päätettäessä toiminnan sisällöstä</li> </ul>	Kunnat tekevät kuntaneuvotteluissa esityksiä talous- ja toimintasuunnitelmiin.	Kunnat tekevät kuntaneuvotteluissa esityksiä talous- ja toimintasuunnitelmiin.	Kunnat voivat vaikuttaa toiminnan sisällöistä yhtymien sopimusten mukaisesti
<ul style="list-style-type: none"> <li>• millainen on kunnan suora edustus toimielimissä, joissa em. asioita päätetään</li> </ul>	Ei suoraa edustusta.	Kuntien valtuustojen nimeämät edustajat.	Kuntien edustajat näiden päätösten ja perussopimusten mukaisesti.

### Maakunnan tai tehtäviä hoitavien organisaatioiden ja kuntien suhteet

VAIHTOEHTOVERTAILU	1. Nykyinen laaja maakuntahallinto, vaaleilla valittava valtuusto	2. Nykyinen laajuus, mutta kuntien valitsema valtuusto	3. Nykyiset tehtävät, useissa kuntayhtymissä
⇒ keskeinen vaikutus	⇒ Mitä vähemmän organisaatioita, sitä vähemmän päällekkäisyyksiä		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• kuinka moni toimielin tekee päätöksiä samoista asioista alueella</li> </ul>	Yhden organisaation toimielimet.  Lautakunnat → maakuntahallitus → maakuntavaltuusto	Yhden organisaation toimielimet.  Lautakunnat → maakuntahallitus → maakuntavaltuusto	Useita, riippuen yhteistoiminta-alueiden määrästä.
<ul style="list-style-type: none"> <li>• kuinka monen hallintoyksikön toimielimet tekevät päätöksiä samoista asioista alueella</li> </ul>	Jos hallintoyksikkö = kunta / kuntayhtymä, niin kuntia = 9, kuntayhtymiä = 1.  Jos hallintoyksikkö on esim. toimiala, niin kunnissa = toimialat * 9, kuntayhtymässä 3 (sote-ltk, koul.ltk, mh)	Jos hallintoyksikkö = kunta / kuntayhtymä, niin kuntia = 9, kuntayhtymiä = 1.  Jos hallintoyksikkö on esim. toimiala, niin kunnissa = toimialat * 9, kuntayhtymässä 3 (sote-ltk, koul.ltk, mh)	Jos hallintoyksikkö = kunta / kuntayhtymä, niin kuntia = 9, kuntayhtymiä tai vastaavia = x.  Useita rinnakkaisia päätöksiä tekeviä toimielimiä, jolloin aluetason päätöksenteko erittäin haastavaa.

## 6. Talous

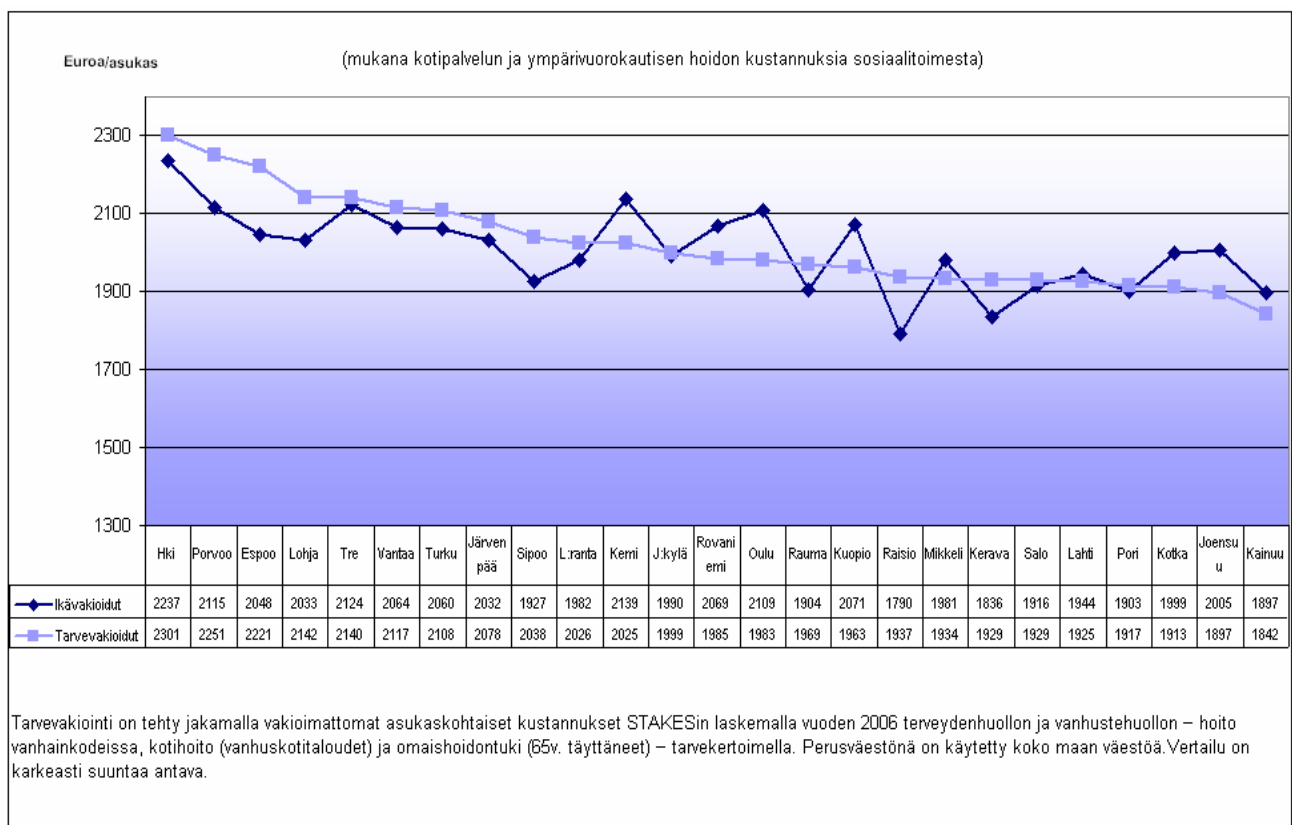
Maakuntakokeilun alussa yleiseksi talouden tavoitteeksi asetettiin ehto, että menojen kasvu ei saa olla tulojen kasvua suurempaa. Lisäksi ensimmäiselle valtuustokaudelle vuosille 2005 - 2008 asetettiin tätäkin tiukempi tavoite eli menojen kasvun puolittaminen aiempaan sosiaali- ja terveysten menojen kasvuun verrattuna. Pyrkimyksenä oli helpottaa kuntien aiempina vuosina syntyneiden alijäämien kattamista.

Maakunta -kuntayhtymän toimintakulujen kasvu on ollut vuosilta 2005 – 2008 4,4 prosenttia vuosittain. Jos kuluva vuosi 2009 otetaan mukaan tarkasteluun, maakunnan menojen kasvu on keskimäärin n. 4,7 prosenttia vuosittain. Sosiaali- ja terveysten menojen valtakunnallinen kasvu vuosina 2005 – 2009 on ollut 6,2 prosenttia. Näin maakunnan toimintamenojen kasvu on ollut keskimäärin 1,5 prosenttia alle valtakunnan keskimääräisen sosiaali- ja terveysten menojen kasvun. Kainuun kuntien sosiaali- ja terveysten menojen kasvu vuosina 2002 - 2004 ennen kokeilun alkua oli keskimäärin 6,9 prosenttia vuodessa.

Kainuun sosiaali- ja terveystoimialan toiminta on kokonaisuudessaan ollut kustannustehokasta.

Tarvevakioidussa vertailussa tämä näkyy erityisen selvästi.

### Keskisuurten kuntien sosiaali- ja terveystoimen kustannusvertailu v. 2008



Terveyden- ja vanhustenhuollon tarve- ja olosuhdevakioidut menot sairaanhoitopiireittäin ja kunnittain 2007  
Timo Hujanen, Unto Häkkinen, Mikko Peltola, CHESS/Terveiden ja hyvinvoinnin laitos THL 27.2.2009

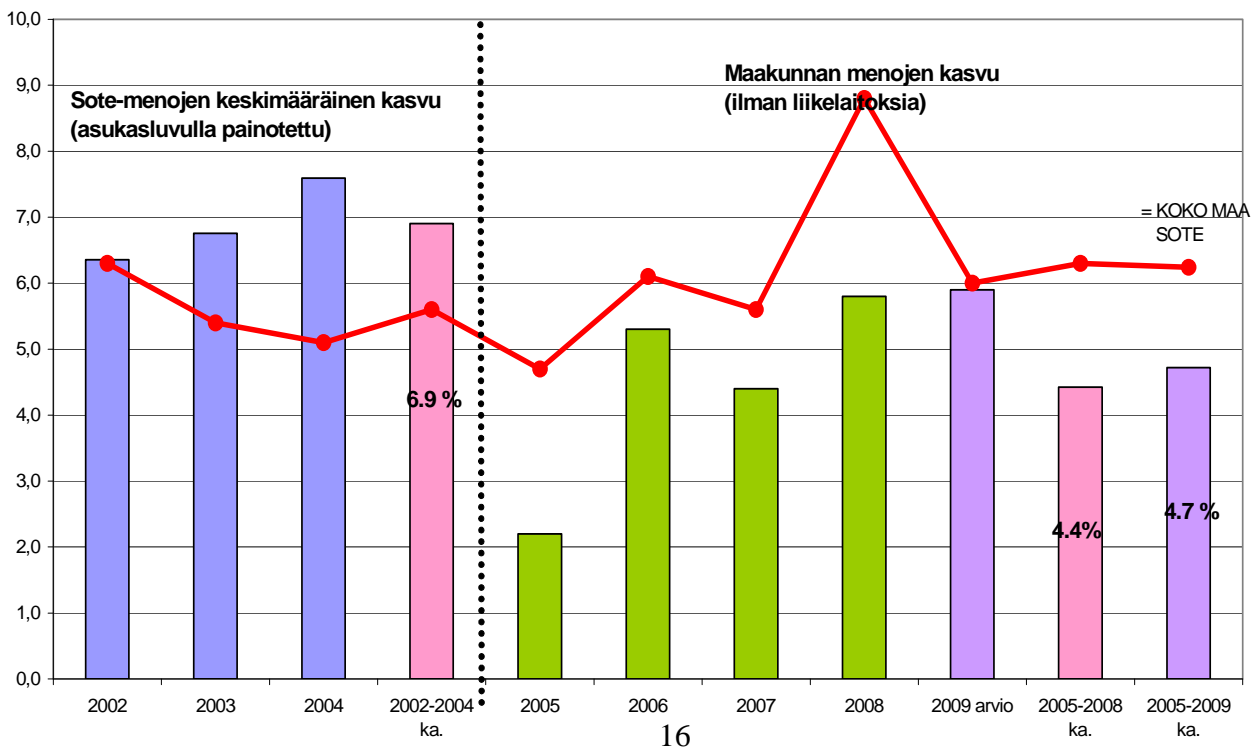
<http://groups.stakes.fi/CHESS/FI/tilastotuotteet/index.htm>

Sairaanhoitopiiri	Terveyden- ja vanhustenhuollon tarvevakioidut menot 2007				Terveyden- ja vanhustenhuollon tarve- ja olosuhdevakioidut menot 2007			
	Nettomenot Euroa/asukas	Nettomenot, indeksi Manner- Suomi=100	Tarvekerroin Manner- Suomi=1,00	Tarvevakioidut menot, indeksi Manner-Suomi=100	Nettomenot*	Nettomenot, indeksi* Manner- Suomi=100	Tarve- ja olosuhdekerroin* Manner-Suomi=1,00	Tarve- ja olosuhdevakioidut menot, indeksi* Manner-Suomi=100
Helsinki ja Uusimaa	1608	93	0,84	110	1662	94	0,88	106
Varsinais-Suomi	1762	102	1,01	100	1817	102	1,02	100
Satakunta	1806	104	1,08	96	1849	104	1,05	99
Kanta-Häme	1716	99	1,04	95	1752	99	1,01	97
Pirkanmaa	1715	99	0,99	100	1762	99	0,96	103
Päijät-Häme	1567	90	1,05	86	1602	90	1,02	88
Kymenlaakso	1778	102	1,11	93	1818	102	1,08	95
Etelä-Karjala	1804	104	1,10	95	1842	104	1,07	97
Etelä-Savo	1949	112	1,21	93	1983	112	1,18	95
Itä-Savo	2092	121	1,22	98	2115	119	1,19	100
Pohjois-Karjala	1864	107	1,15	93	1893	107	1,13	95
Pohjois-Savo	1890	109	1,13	96	1924	108	1,11	98
Keski-Suomi	1759	101	1,05	96	1789	101	1,03	98
Etelä-Pohjanmaa	1864	107	1,15	93	1898	107	1,12	95
Vaasa	1907	110	1,05	105	1943	109	1,08	101
Keski-Pohjanmaa	1839	106	1,06	100	1862	105	1,09	96
Pohjois-Pohjanmaa	1688	97	0,98	99	1716	97	0,96	101
<b>Kainuu</b>	<b>1849</b>	<b>107</b>	<b>1,16</b>	<b>92</b>	<b>1880</b>	<b>106</b>	<b>1,15</b>	<b>92</b>
Länsi-Pohja	1923	111	1,09	101	1950	110	1,07	103
Lappi	1872	108	1,04	103	1899	107	1,07	100
<b>Helsingin ja Uudenmaan shp (HUS) jaettuna sairaanhoitoalueisiin</b>								
HYKS sha	1612	93	0,83	112	1669	94	0,89	106
Hyvinkään sha	1465	84	0,82	103	1514	85	0,80	107
Lohjan sha	1656	95	0,88	108	1698	96	0,90	107
Länsi-Uudenmaan sha	2018	116	1,04	112	2056	116	1,09	106
Porvoon sha	1599	92	0,88	104	1643	92	0,93	100

Ei voi verrata aikaisempina vuosina julkaistuihin tietoihin, koska tarvetekijät ja kertoimet sekä laskentamenetelmät ovat muuttuneet

Mikäli maakunnan menojen kasvu olisi ollut vuosina 2005 - 2009 valtakunnan keskimääräisen kasvun suuruinen, menot olisivat olleet kumulatiivisesti yhteenlaskettuna n. 61 milj. euroa suuremmat kuin ko. vuosina toteutunut menojen kasvu oli. Jos vastaavasti kasvu olisi ollut Kainuun kuntien vuoden 2002 - 2004 keskimääräisen kasvun suuruinen eli 6,9 prosenttia, menot olisivat olleet 98 milj. euroa toteutunutta suuremmat.

### Yhteensä kunnat / maakunta



## **Kustannusten hallintaan vaikuttavat tekijät**

Hallintokokeilun aikana sote-toimialan kustannusten hallinta on onnistunut hyvin. Tärkeimpinä vaikuttavina tekijöinä voidaan pitää seuraavia asioita:

Toiminta suunnitellaan ja ohjataan väestön tarpeiden mukaisesti. Laskutettavat tuotteet ja niistä saatavat tulot eivät enää ohjaa toimintaa.

### **1. Rahoitusjärjestelmä**

Hallintokokeilun aikana rahoitus on perustunut järjestelmään, jossa jaetaan tuloja. Rahoitusjärjestelmän merkitys kustannusten hallinnassa on merkittävä.

### **2. Sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatorakenne**

Sosiaali- ja terveystalot on Kainuussa tuotettu hallintokokeilun aikana organisaatiossa, jossa on toteutettu erikoissairaanhoidon, perusterveydenhuollon ja sosiaalihuollon syvä integraatio. Erityisesti erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon toimintaketjun hallinta on tuonut toimintaan taloudellisuutta ja tehokkuutta. Päällekkäistä toimintaa on pystytty eliminoimaan.

### **3. Työn tuottavuus / kustannustietoisuus**

Koko toiminnan aikana on kiinnitetty erityistä huomiota työn tuottavuuteen ja henkilökunnan kustannustietoisuuden kasvattamiseen. Tässä on myös onnistuttu.

### **4. Toiminnan avopainotteisuus**

Toimintaa on suunnattu avopainotteisemmaksi ja tällä on pystytty keventämään kustannusrakennetta.

### **5. Tietojärjestelmät**

Asiakkuutta tukevaa kehitystä ei ole tapahtunut riittävästi tietojärjestelmissä. Potilastietojärjestelmien toimivuus ja yhteensopivuus ei ole kehittynyt odotetulla tavalla. Toisaalta sosiaalihuollossa on tietojärjestelmiä pystytty kehittämään mm. toimeentulotuen ”sähköistäminen”.

### **6. Yhteistyö**

Erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon yhteistyötä on haitannut erityisesti terveyskeskuslääkäripula.

## 7. Tehtävien rajapinnat suhteessa kuntiin

Sote -työvaliokunta on arvioinut nykyisiä tehtäviään suhteessa kunnissa tehtävään työhön.

Mikäli tehtäväkokonaisuudet määriteltäisiin asiakasnäkökulmasta (lapset, nuoret), olisi kunnille nyt kuuluva perusopetus ja lasten päivähoido siirrettävä myös maakunnallisiksi tehtäviksi, jolloin kokonaisvastuu lasten ja nuorten hyvinvoinnin edistämisestä olisi selkeä. Vanhemmat ja perhe, päivähoido ja perusopetus muodostavat lapsen tärkeimmät kasvu- ja kehitysympäristöt. Kun päivähoido ja perusopetus jäävät kuntien järjestettäviksi palveluiksi, myös vastuu lasten ja nuorten hyvinvoinnista on pääosin kunnilla. Maakunnalliset lasten ja nuorten sosiaali- ja terveystalvet toteutuvat ainoastaan asiantuntijakontakteina lapseen, hänen perheensä ja kasvuympäristöihinsä. Erityistä huomiota on kiinnitettävä yhteistyön ja yhteisvastuun kehittämiseen kuntien ja maakunta -kuntayhtymän välillä.

Palo- ja pelastustoimen siirtämistä maakunnalle harkitaan ja tässä on synergiaetujen mahdollisuus lähinnä ensihoito- ja sairaankuljetustoiminnan kanssa.

Työttömyys/työllisyys kysymyksessä on maakunnan ja kuntien sekä muiden alueen toimijoiden kanssa nyt ja jatkossakin laajat rajapinnat. Yhteistyö näiden asioiden tiimoilta on välttämätöntä ja lisääntyvää.

Hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen on myös toimintoa, missä kuntien rooli on keskeinen. Tämä usein mielletään pelkäksi sote-kentän tehtäväksi, mutta toimialan rooli on vain n. 15 % vaikuttavuudeltaan tässä kokonaisuudessa. Maakunnallinen sote on luonnollinen toimija terveyden ja hyvinvoinnin edistämisessä nimenomaan asiantuntijana ja aloitteentekijänä.

Vanhustenhuolto on myös tyypillinen esimerkki osa-alueesta, missä on maakunnan soten ja kuntien sekä muiden toimijoiden yhteistyö on välttämätöntä.

## 8. Sosiaali- ja terveydenhuollon näkökulmat

Suomessa koko sosiaali- ja terveydenhuollon kenttä on voimakkaassa rakenteiden ja toimintojen muutoksessa. Valtakunnallisesti uusia rakenteita suunniteltaessa arviointia käydään myös voimakkaasti sosiaalitoimen, perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon sekä erityishuoltopiirien toimintojen tarpeista. Nämä näkökulmat on otettava myös Kainuun suunnitellussa huomioon.

### Sosiaalihuollon näkökulma

Hallintokokeilun aikana rakennetussa sote-toimialan organisaatio- ja työskentelymallissa on koottu aiemmin, erityisesti sosiaalihuollon puolella pirstaleiset rakenteet ehjäksi kokonaisuudeksi, missä alueen sisällä voidaan erityisosaamista (esim. lastensuojelukysymykset) jakaa tarpeen mukaisesti. Yhteistyö erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon kanssa on helppottunut ja tiivistynyt. Asiakaslähtöisten palveluiden ja prosessien kehittämisessä on päästy hyvään alkuun.

Asiakasnäkökulma on pystytty ottamaan esille aiempaa paremmin, tämä tulee olemaan erityinen haaste myös tulevaisuudessa.

Erityisesti lasten, nuorten ja nuorten lapsiperheiden sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut olivat aiemmin kunnissa hyvin pirstaleiset. On ehdottoman tärkeää, että nämä palvelut orga-

nisoidaan jatkossakin asiakaslähtöisesti, jolloin sosiaali- ja terveydenhuollon toimintaa on entisestään vain tiivistettävä.

Ennen hallintokokeilua oli pelkona, että sosiaalihuolto polkeutuisi terveydenhuollon jalkoihin. Tämä ei ole toteutunut, vaan sosiaalihuolto on säilyttänyt sille kuuluvan vahvan asemansa.

## **Terveydenhuollon näkökulma**

Kainuussa perusterveydenhuolto ja erikoissairaanhoidon organisatorisesti yhdistetty, samoin sen johtaminen. Uuden kokonaisuuden rakentaminen on selkeästi tehostanut toimintaa erityisesti talouden näkökulmasta. Perusterveydenhuollon lääkäripulan takia ei kaikkia hyötyjä ole vielä saatu kaikilta osin esille.

Jatkossa on huolehdittava siitä, että Kainuun sosiaali- ja terveyspalvelut muodostavat tulevaisuudessa sellaisen kokonaisuuden, joka vastaa tulevan terveydenhuoltolain väestöpohjawaateisiin ja takaa sekä perusterveydenhuollon että erikoissairaanhoidon keskeisten osaluoiden palveluiden säilymisen Kainuussa.

Palvelutuotannon ryhmittely elämänkaarimallin pohjalle on pääsääntöisesti asiakaslähtöistä ja estää erilaisten palveluprosessien pirstoutumisen. ”Yhden luukun periaate” tukee erityisesti moniongelmaisten selviytymistä ja oikein ajoittuvaa tarpeen mukaista tuen ja avunsaantia.

Kokeilun aikana laboratorio, radiologia ja lääkehuolto on järjestetty ”yhden yksikön mallina”, toimipisteitä on kuitenkin maakunnassa edelleen hajallaan. Hajautettu toiminta ja keskitetty johtaminen on parantanut laatua sekä laskenut kustannuksia.

## **Ympäristöterveydenhuolto**

Kainuun kuntien ympäristöterveydenhuollon resurssit yhdistettiin ja tähänkin rakennettiin malli, jossa johtaminen on keskitetty ja toiminta hajautettu.

Sekä terveysvalvonnassa että eläinlääkintähuollossa toimintamalli on mahdollistanut erikoistumisen, jolloin asiantuntemusta on voitu kehittää tietyille tehtäväalueille. Isompi yksikkö on helpottaa sijaisjärjestelyjä aiempaa paremmin.

Eläinlääkintähuollossa suurempi päivystysrinki on helpottanut päivystysjärjestelyitä ja vaikuttanut näin myös yksittäisten työntekijöiden työhyvinvointiin.

Ympäristöterveydenhuollon sijoittaminen sote -toimialan kokonaisuuteen on osoittautunut onnistuneeksi ratkaisuksi myös lukuisten ympäristöterveydenhuollon ja muun terveydenhuollon yhteisten valvontatehtävien näkökulmasta.

Ympäristöterveydenhuollon nopeasti muuttuvaan lainsäädäntöön on pystytty vastaamaan paremmin kuin jos toiminta olisi ollut edelleen hajautuneena yksittäisiin kuntiin.

## **Tukipalvelut**

Kainuun maakunta -kuntayhtymässä tukipalvelut, talous-, henkilöstö-, tila- ja ateriapalvelut tuotetaan maakunnan hallintopalveluiden toimesta. Jatkossa on syytä tarkastella sote -toimialan ja hallintopalveluiden välistä työnjakoa. Nykyisellään valta ja vastuu eivät kaikilta osin organisaation sisällä kohtaa. Sote -toimialan sisällä myös johtamista on kehitettävä.

Koko maakunta -kuntayhtymässä on tarkasteltava myös toimielinten roolia, työnjakoa, päätösvaltaa ja vastuuta suhteessa viranhaltijoihin. Johtaminen ja organisointi -alatyöryhmän tuloksia tullaan hyödyntämään jatkossa.

## **9. Tutkimus-, kehittämis- ja suunnittelutoiminta**

Sosiaali- ja terveydenhuollon tutkimus-, kehittämis- ja suunnittelutoiminta on palvelujen uudistamista ja toiminnan kehittämistä tukevaa sekä innovointiin haastavaa. Toiminnassa korostuu yhteistoiminta asiakaspalveluyksiköiden kanssa sekä verkostoituminen ja kumppanuudet, tavoitteena on kehittämisen ja tutkimuksen antoisa yhteistyö.

Tulevaisuuden haasteet edellyttävät, että alueen omiin tutkimustarpeisiin pystytään vastaamaan. Tätä varten tarvitaan sekä omaa tutkimushenkilöstöä että erityisesti yhteistyötä kansallisten tutkimuslaitosten kanssa sekä yhteistyötä alueellisten toimijoiden kanssa.

Jatkossakin suunnittelu- ja kehittämisvoimat on koottava yhteen sekä rakennettava että vahvistettava verkostoa muiden kansallisten ja kansainvälisten toimijoiden kanssa.

## **10. Soten esityksen valmisteluprosessi**

Sosiaali- ja terveyslautakunnalla oli seminaari 21.5.2008, jossa se arvioi sote-toimialan toimintaa sekä visioi tulevaisuutta eri vaihtoehtojen näkökulmasta. Taustana pohdinnalle oli Paras -hanke ja sote -lainsäädännön muutokset. Pohdinnan lopputuloksena sote -lautakunta päätyi jo tuolloin näkemykseen, että Kainuun on syytä jatkaa nykyisen kaltaisella mallilla sosiaali- ja terveyspalveluiden toteuttamista.

Kuntapäättäjät kokoontuivat 10.3.2009 starttitilaisuuteen koskien hallintokokeilun jälkeisen ajan suunnittelua.

Tuossa tilaisuudessa kuntapäättäjien kanta oli, että sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut tuotettaisiin jatkossakin nykyisellä organisaatiolla. Organisaatiossa ja sen toiminnassa havaitut epäkohdat korjataan ja tarkastellaan, onko toimialalle asetettu tehtäväkenttä paras mahdollinen.

Tätä työtä varten asetettiin sote-toimialan sisälle työvaliokunta ja kaksi alatyöryhmää, joista toinen tarkastelee organisaatiota ja johtamista sekä toinen palveluiden ryhmittämistä lähi-, seudullisiin ja keskitettyihin palveluihin. Sote-työvaliokunnan työ käynnistyi elokuussa 2009 ja se kokoontui kahdeksan kertaa. Viimeinen kokous oli tammikuun alussa 2010. Palvelujen ryhmittämistä lähipalveluihin, seudullisiin ja keskitettyihin palveluihin tarkasteleva työryhmä sai työnsä valmiiksi lokakuussa 2009. Johtamista ja organisaatorakennetta tarkasteleva työryhmä puolestaan jatkaa edelleen työskentelyään.

Näillä taustarajauksilla sote-työvaliokunta on tehnyt esityksen, joka jätetään hallintokokeilun jatkoa valmistelevalle työvaliokunnan käyttöön 8.1.2010.

## 11. Sote-työvaliokunnan esitys

Taustatietojen ja vertailujen perusteella sote-työvaliokunta on päätenyt seuraavaan ehdotukseen.

### Sosiaali- ja terveydenhuollon linjaukset:

- Asiakasnäkökulma
- Valinnan vapauden toteutuminen
  - tarkentuu laadittavan palvelustrategian kautta
- Palvelujen saatavuuden turvaaminen; lähipalvelut, seudulliset ja keskitetyt palvelut (liitteenä alatyöryhmän raportti)
- Palveluiden järjestäminen ja tuottaminen kainuulaisille tasapuolisesti, ottaen huomioon realistisesti pitkien etäisyyksien tuomat haasteet
  - tietoteknologian mahdollisuudet
- Terveyden- ja hyvinvoinnin edistäminen (terveyserojen kaventaminen)
- Kustannustehokkuus
- Keskitetty johtaminen ja hajautettu toiminta
- Sosiaali- ja terveyslautakunnan rooli; palvelutarpeen määrittäjä ja palvelujen tilaaja

**Sote-työvaliokunta esittää, että sote-palvelut toteutettaisiin v. 2012 jälkeen pääpiirteittäin nykyisellä toimintatavalla. Lähtökohtana on nykyisenkaltainen organisaatio, jossa esiin nousseet epäkohdat korjataan. Jatkon kannalta on erityisen tärkeää, ettei pyritä staattisiin rakenteisiin ja työtapoihin vaan säilytetään valmius jatkuvaan muutokseen. Tavoitteena on uusiutumiskykyinen organisaatio, joka pystyy nopeasti reagoimaan väestön muuttuviin tarpeisiin.**

Esimerkiksi nykyinen palvelutuotannon ryhmittely lähi-, seudullisiin ja keskitettyihin palveluihin on jo nyt osittain osoittautunut kankeaksi. Näyttöön ja tutkittuun tietoon perustuva lääketieteen ja hoitotyön kehittäminen mahdollistaa terveydenhuollon uusi- en toimintatapojen käyttöönoton. Samoin sosiaalityössä kehitetään toimintatapoja, jotka entistä täsmällisemmin vastaavat väestön ja yksittäisten asiakkaiden tarpeisiin. Samanaikaisesti asiakkaan muuttuva asema pakottaa palveluntuottajia toimimaan asiakaslähtöisemmin. Tieto- ja viestintäteknologian tuomat mahdollisuudet edesauttavat asiakkaan valinnanvapautta ja itsehoidon toteutumista. Nämä muutokset on pys- tyttävä huomioimaan ja ne tulevat vaikuttamaan niin organisaatorakenteisiin kuin itse toimintaan ja sen johtamiseen.

Myös monikanavainen sosiaali- ja terveydenhuollon kokonaisrahoitusjärjestelmä kai- paa uudistamista. Nykyinen kokonaisrahoitusjärjestelmä on osoittautunut ongelmalli- seksi niin valtakunnallisesti kuin paikallisestikin. Kainuu olisi valmis kokeilemaan uu- dentyypistä, läpinäkyvää ja yksinkertaisempaa rahoitusjärjestelmää.

Kehityksen suunta on kohti prosessiorganisaatiota, jossa asiakkaan asema vahvistuu, palvelut järjestetään joustavasti ja oikea-aikaisesti pohjautuen asiakkaan palvelutar- peeseen. Lisäksi hallinnollinen byrokratia vähenee.

**Kainuun maakunta -kuntayhtymässä tuotettavien sosiaali- ja terveysten palveluiden  
järjestäminen ja tuottaminen lähipalveluina,  
seudullisina palveluina ja keskitettyinä palveluina**

**TYÖRYHMÄN RAPORTTI**

Mauno Saari, puheenjohtaja  
Ritva Grönfors  
Mauno Heikkinen  
Tapani Kemppainen  
Asta Komulainen  
Kaija Komulainen  
Marja-Leena Korhonen  
Risto Makkonen  
Heli Moilanen  
Päivi Nykänen  
Olavi Pyykkönen  
Tauno Ronkainen  
Unto Sirkeinen  
Raili Tervo  
Eija Tolonen  
Maija Vasunta  
Helena Ylävaara  
Maija Heikkinen, sihteeri 24.9.09  
Marjatta Repo  
Ritva Valtanen, sihteeri 14.8.2009



## Sisällysluettelo

1.	Johdanto.....	1
1.1	Aiemmat Kainuun maakunta- kuntayhtymässä tehdyt määräykset.....	1
1.1.1	Kainuun maakuntakokeilun suunnittelu.....	1
1.1.2	Kainuun maakunta – kuntayhtymän hallintoelinten päätökset .....	1
2.	Esimerkkejä erilaisista kansallisista ja alueellisista terveyspalveluiden luokitteluista lähipalveluihin, seudullisiin palveluihin ja keskitettyihin palveluihin .....	2
2.1	Suomen Kuntaliiton määräykset ja luokittelut.....	2
2.1.1	Lähipalvelut Suomen kuntaliiton mukaan.....	2
2.1.2	Seudulliset palvelut Suomen kuntaliiton mukaan .....	2
2.1.3	Keskitetyt palvelut Suomen kuntaliiton mukaan .....	2
2.2	”Kansallinen hanke terveydenhuollon tulevaisuuden turvaamiseksi ” selvityshenkilöraportin toimenpide- ehdotukset.....	2
2.3	Pohjois-Savon perusterveydenhuollon, erikoissairaanhoidon ja sosiaalipalvelujen arviointityöryhmä .....	3
2.4	Pohjois-Karjalan kunta- ja palvelurakennemuutoksen suunnittelu.....	3
3.	Palveluidenryhmittelytyöryhmän työskentely.....	4
4.	Ryhmittelytyöryhmän näkemys alatyöryhmien esityksiin sosiaali- ja terveyspalveluiden ryhmittelyksi Kainuun maakunta – kuntayhtymässä .....	4
4.1	Ympäristöterveydenhuolto .....	4
4.2	Sairaanhoidon palvelut.....	4
4.3	Terveyden- ja sairaanhoidonpalvelut .....	5
4.4	Perhepalvelut .....	5
4.4.1	Nuorten mielenterveyspalvelut.....	5
4.4.2	Toimeentulotukipäätösten käsittely .....	5
4.4.3	Kehitysvammaisten asumispalvelut .....	6
4.5	Vanhuspalvelut.....	6



## 1. Johdanto

Kainuun hallintokokeilun jälkeisen ajan toiminnan suunnittelu käynnistyi kuntien ja maakunnan edustajien yhteisessä kokouksessa 10.3.2009.

Kokouksessa asetettiin ohjausryhmä ja työvaliokunta, joka kokouksessaan 21.4.2009 asetti ala- sosiaali- ja terveystoimialalle kolme valmistelutyöryhmää, jotka ovat:

- a. Työvaliokunta, jonka tehtävänä on tarkastella sosiaali- ja terveystoimialan prosesseja ja ohjata sosiaali- ja terveystoimialan sisäistä jatkovalmistelua.
- b. Johtamista ja organisaatorakennetta tarkasteleva työryhmä, jonka tehtävänä on tarkastella johtamista sosiaali- ja terveystoimialalla ja tehdä tästä näkökulmasta mahdollisesti tarvittavat organisaatorakennemuutosesitykset
- c. Palveluiden ryhmittämistä lähipalveluihin, seudullisiin palveluihin ja keskitettyihin palveluihin tarkasteleva työryhmä.

Palveluiden ryhmittämistä selvittävällä työryhmällä on pohjana maakuntavaltuuston kokouksessaan 29.11.2007 hyväksymät palveluiden ryhmittelyn linjaukset.

Työryhmän on määrä saada esityksensä valmiiksi lokakuuhun 2009 mennessä ja tehdä myös tarvittavat v. 2010 toiminta- ja taloussuunnitelmaan tehtävät muutosesitykset.

Työryhmätyöhön liittyvä kansalaisten kuuleminen käynnistyi terveysasemilla pidettävillä kuulemistilaisuuksilla. Näissä tilaisuuksissa oli kansalaisilla mahdollisuus keskustella nykyisistä järjestelyistä, tuoda esiin mielipiteitään ja esittää muutosehdotuksia. Kansalaisten mielipiteet ja ehdotukset on koottu ja näiden pohjalta on järjestetty syksyllä 2009 vielä kuulemis- ja keskustelutilaisuudet terveysasemilla.

### 1.1 Aiemmat Kainuun maakunta- kuntayhtymässä tehdyt määritykset

#### 1.1.1 Kainuun maakuntakokeilun suunnittelu

Kainuun maakuntakokeilun suunnittelun yhteydessä päädyttiin sosiaali- ja terveydenhuollon toimintojen porrastuksessa palveluiden kolmijakoon lähipalveluihin, seudullisiin palveluihin ja maakunnallisiin palveluihin. Lähipalvelut määriteltiin koko sosiaali- ja terveystoimen alueella yleisellä tasolla väestön usein tarvitsemiksi palveluiksi, jotka tuotetaan kussakin peruskunnassa. Näin määriteltäviä lähipalveluita ei suunnitteluasiakirjassa yksilöity eikä tarkempia kriteereitä palveluiden yksilöimiseksi määritetty. Seudullisiksi palveluiksi määriteltiin harvemmin tarvittavat lähipalvelut, jotka tuotetaan seudullisina Kajaanin, Ylä-Kainuun ja Kuhmo-Sotkamon Seuduilla. Myöskään harvemmin tarvittavia lähipalveluita ei yksilöity eikä palvelun tarpeen vuotuisista määrää joko koko kohdeväestössä tai väestön eri ikäryhmissä tämän yksilöimisen pohjaksi määritelty. Maakunnallisesti toteutettaviksi palveluiksi määriteltiin erityisosaamista vaativat palvelut.

#### 1.1.2 Kainuun maakunta – kuntayhtymän hallintoelinten päätökset

Kainuun maakunta- kuntayhtymän sosiaali- ja terveyslautakunta, maakuntahallitus ja maakuntavaltuusto ovat käsitelleet sosiaali- ja terveystoimialan tulosalueiden palvelutuotannon jakautumisesta lähipalveluihin, seudullisiin palveluihin ja maakunnallisiin palveluihin alla olevan taulukon mukaisesti. (Tauluko1).

Taulukko1. Sosiaali- ja terveyspalveluiden ryhmittelyn käsittely kainuun maakunta- kuntayhtymän toimielimissä.

Sosiaali- ja terveyslautakunta	§ 165	20.6.2007
Sosiaali- ja terveyslautakunta	§ 252	14.11.2007
Maakuntahallitus I	§ 257	19.11.2007
Maakuntavaltuusto	§ 127	29.11.2007

## **2. Esimerkkejä erilaisista kansallisista ja alueellisista terveyspalveluiden luokitteluista lähipalveluihin, seudullisiin palveluihin ja keskitettyihin palveluihin**

### **2.1 Suomen Kuntaliiton määritykset ja luokittelut**

Suomen Kuntaliiton mukaan Palvelut voidaan jakaa saatavuuden perusteella kolmeen ryhmään palveluketjuajattelun mukaisesti: lähipalvelut, etäämmällä sijaitsevat seudulliset palvelut ja laajaa väestöpohjaa edellyttävät keskitetyt palvelut.

#### **2.1.1 Lähipalvelut Suomen kuntaliiton mukaan**

Lähipalveluita käytetään toistuvasti, jopa päivittäin. Ne tarjotaan kuntalaisten lähiympäristössä, niiden piiriin on helppo hakeutua, tai ne tuodaan ihmisille kotiin. Lähipalveluiden tulee olla myös vammaisten saavutettavissa. Kaksikielisissä kunnissa palveluja tulisi tarjota sekä suomen että ruotsin kielillä. Lähipalveluilta edellytetään maantieteellistä ja ajallista saavutettavuutta, aisti- ja kommunikaatioesteettömyyttä, mahdollisuutta matalankynnyksen ensikontaktiin ja nopeaan puuttumiseen. Useimmat kansalaiset tarvitsevat palveluja päivittäin.

Järjestämisvastuu voi kuulua laajan väestöpohjan kuntayhtymälle tai erityisvastuualueelle. Käytännössä valtaosan lähipalveluista järjestää vähintään 20 000 asukkaan kunta tai kuntayhtymä. Terveystieteiden tutkimuskeskuksen tutkimuksen mukaan (Uudistuvat lähipalvelut, Kuntalaisen PARAS, ss. 7-8; Suomen Kuntaliitto, Helsinki 2007).

#### **2.1.2 Seudulliset palvelut Suomen kuntaliiton mukaan**

Seudulliset palvelut sijaitsevat etäämmällä ja ne ovat saavutettavissa joko omalla kulkuneuvolla tai julkisella liikennevälineellä. Valtaosan seudullisistakin palveluista järjestää vähintään 20 000 asukkaan kunta tai kuntayhtymä. Palveluiden seudullisen järjestämisen kriteereitä ovat riittävä asiakaspohja ja osaavan henkilöstön määrä, tarkoituksenmukainen toiminnallinen kokonaisuus, sekä palvelujen käyttäjän että tuottajan logistiikka, kohtuullinen ajankäyttö ja etäisyys, moniammatillisen tiimityön tarve, luontaiset asiointisuunnat ja se seikka, että pääosa väestöstä ei käytä palvelua päivittäin.

#### **2.1.3 Keskitetyt palvelut Suomen kuntaliiton mukaan**

Laajaa väestöpohjaa edellyttävät palvelut täydentävät lähipalveluita ja seudullisia palveluita. Harvemmin tarvittavat palvelut kannattaa keskittää kaupungin tai maakunnan keskusta-alueeseen esimerkiksi silloin, kun laadukas palvelu edellyttää vaativaa erityisosaamista, erityislaitteistoa tai moniammatillisia työryhmiä. Nämäkin palvelut tulee turvata myös vammaisille ihmisille, jolloin kuljetuspalvelut on usein ulotettava pidemmälle kuin vain naapurikuntaan. Laajaa väestöpohjaa edellyttävät palvelut järjestää yleensä laajan väestöpohjan kuntayhtymä. Keskitetysti tuotetaan sellaisia palveluita joiden tuottaminen edellyttää riittävän väestöpohjan vaatimaa erikoistumista (osaaminen, laitteisto, tilat), erikoisosaamista edellyttäviä työryhmiä, kallista laitekantaa ja erityistä tilantarvetta. Harvoin tarvittavat palvelut syytä tuottaa keksitetysti samoin sellaiset palvelut, jotka toteutetaan uudella vakiintumattomalla toimintatavalla ja joihin liittyy tieteellinen tutkimus hoidon tai palvelun vaikuttavuudesta.

## **2.2 ”Kansallinen hanke terveydenhuollon tulevaisuuden turvaamiseksi ” selvityshenkilöraportin toimenpide-ehdotukset**

Terveyspalveluiden järjestämisen yleisiksi periaatteiksi selvityshenkilöt esittivät mm. seuraavaa.

Lähipalveluiksi määriteltävät palvelut tulisi järjestää seutukunnallisina palvelukokonaisuuksina kuntien välistä yhteistyötä tiivistämällä nykyistä suuremmille väestöpohjille. Tällöin muun muassa kysynnän ja kustannusten satunnaisvaihteluja voidaan hallita nykyistä paremmin. Seudullinen yhteistyö on erityisen tärkeää kunnille, joiden on sopeutettava palvelujen tarjontaa väestön määrän vähentyessä ja veropohjan supistuessa. On haettava kuntarajat ylittäviä ratkaisuja, joissa kuntien lisäksi voi olla mukana myös yksityisiä tai kolmannen sektorin palvelutuottajia.

Lähipalvelujen saatavuus ja toiminnan tehokkuus tulee turvata koko henkilökunnan osaamista hyödyntämällä. Henkilöstöryhmien työnjaon on oltava joustava ja jokaisen ammatillista osaamista ja kehittymistä vahvistava. Henkilöstön joustavaa käyttöä on edistettävä palveluiden tarpeesta lähtevällä, tavoitteellisella ja toiminnan laatutavoitteet turvaavalla täydennyskoulutuksella.

Selvityshenkilöt ehdottavat, että terveydenhuollon lähipalvelut järjestetään seutukunnittain väestövastuun periaatteella.

Seutukunnalla tarkoitetaan kuntien luonnollista yhteistoiminta-aluetta, jonka piirissä palvelujen saatavuus turvataan palvelupisteiden oikealla sijoituksella.

Selvityshenkilöiden näkemyksen mukaan toiminnallinen kokonaisuus, joka palvelee noin

20 000–30 000 asukkaan väestöpohjaa ja luo hyvät toimintaedellytykset noin 10–15 lääkärille, on usein myös hallinnollisesta näkökulmasta parhaiten perusteltu seutukunnallisten lähipalvelujen tuottajan vähimmäiskoko.

Toimipisteverkon muodostamisessa tulee kuitenkin ottaa huomioon myös asukastiheys ja etäisyyksien asettamat vaatimukset, sekä toisaalta kehittyvien tietojärjestelmien ja tehokkaan kuljetuksen suomat mahdollisuudet.

Kuntaliiton esittämästä poiketen selityshenkilöt esittävät terveydenhuoltopalveluista lääkärin ja hoitajan vastaanottopalveluiden järjestämistä kunnittain sijaitsevista palvelupisteistä. (Ihalainen R, Brommels M; Toimenpide-ehdotukset palvelujärjestelmän toiminnallisten ja hallinnollisten rakenteiden uudistamiseksi sekä tehokkuuden ja taloudellisuuden lisäämiseksi; STM 125:01/2001)

### **2.3 Pohjois-Savon perusterveydenhuollon, erikoissairaanhoidon ja sosiaalipalvelujen arviointityöryhmä**

Arviointityöryhmän mielestä lähipalveluja tulee tarkastella vähintään 20.000 asukkaan väestöpohjalta. Eräitä lähipalveluja on tarkasteltava myös aikaviiveen kannalta esim. ensihoidon vasteaika maksimissaan puoli tuntia. Lähipalvelu on mahdollista nähdä myös työntekijän liikkumisena asiakkaan lähelle. Lähipalveluja määriteltäessä käytetään seuraavia kriteerejä: Palvelun tarpeen tiheys, asukasmäärä, maantieteellinen etäisyys sekä palvelun järjestämiseen liittyvät logistiset (työntekijöiden ja potilaiden/asiakkaiden liikkuminen) tekijät. Samalla on huomioitava tietotekniikan vaatimukset ja mahdollisuudet sekä palvelun laatuvaatimukset

### **2.4 Pohjois-Karjalan kunta- ja palvelurakennemuutoksen suunnittelu**

Suunnitelmassa yleislääkärin, terveydenhoitajan ja sairaanhoitajan vastaanotto toiminta määriteltiin kuntakohtaisesti toteutettavaksi lähipalveluksi. Tällöin kunnan vähimmäisväestömääränä pidettiin kuitenkin 5000 asukasta. Pohjois-Karjalan sosiaali- ja terveystieteiden palveluiden porrastus on kuvattu seuraavassa pääpiirteissään. Lähipalvelut; vähintään 5 000 asukasta tai noin 30 min tavoitettavuusaika. Seudulliset palvelut; vähintään 20 000 asukkaan väestöpohja. Maakunnalliset palvelut; tuotetaan keskitetysti yhdessä paikassa Pohjois-Karjalassa.

Kaikki palvelut eivät välttämättä ole kunnan tuottamia ja vaikka palveluvastuu olisi keskitetty, niin palvelun tuottaja/työntekijä voi matkustaa sivutoimipisteisiin. (Aaltonen Elli. Kunta – ja palvelurakennemuutos. Sosiaali- ja terveystieteiden palvelut, Itä-Suomen lääninhallitus).

### 3. Palveluidenryhmittelytyöryhmän työskentely

Työryhmä kokoontui työkokouksiin 14.8.2009 ja 24.9.2009.

14.8.2009 käytiin läpi palveluiden tuottamisen nykytila tulosalueittain. Työryhmä jaettiin alatyöryhmiin jotka saivat tehtäväkseen valmistella esityksensä palveluiden ryhmittelystä. Alatyöryhmien tehtäväksi annettiin laatia ihmisiin kohdistuvien vaikutusten arviointi kakkien niiden sosiaali- ja terveydenhuollon palveluiden osalta, joihin ryhmät päätyivät esittämään muutoksia nykytilaan verrattuna. Ryhmät saivat lyhyen perehdytyksen arvioinnin suorittamisesta ennen työskentelyn käynnistymistä.

Alatyöryhmillä oli käytettävissään Valtioneuvoston kunnille 16.2.2009 suuntaamassa kyselyssä käytetty lomake, jossa eri tasoilla tuotettavat sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut on kuvattu kattavasti

Ryhmiä esitykset koottiin ryhmittelytyöryhmän yhteiseksi käsitykseksi 24.9.2009. Kunkin alatyöryhmän tuottaman ihmisiin kohdistuvan arvioinnin (arviointitaulukot) jälkeen kirjattiin ryhmittelytyöryhmän näkemys asiassa. Niillä osa-alueilla, joilla ryhmä ei pystynyt tuottamaan yhteistä näkemystä, kirjattiin ryhmässä syntyneet erilaiset näkemykset arviointitaulukkojen yhteyteen. Äänestysmenettelyä yhteisen näkemyksen tuottamiseksi ei tässä yhteydessä käytetty. Erilaisten näkemysten kyseessä ollen valinta eri vaihtoehtojen välillä jää Kainuun maakunta – kuntayhtymän toimielinten päätettäväksi.

### 4. Ryhmittelytyöryhmän näkemys alatyöryhmien esityksiin sosiaali- ja terveysterveyspalveluiden ryhmittelyksi Kainuun maakunta – kuntayhtymässä

#### 4.1 Ympäristöterveydenhuolto

Alatyöryhmä: Olavi Pyykkönen (puheenjohtaja), Päivi Nykänen (sihteeri), Heli Moilanen, Maija Vasunta ja Esa Ahonen

##### **Ryhmittelytyöryhmän näkemys:**

***Ympäristöterveydenhuollon palveluiden ryhmittelyä valmistellut työryhmä ei esittänyt muutoksia palveluiden nykyiseen ryhmittelyyn. Ryhmittelytyöryhmä yhtyi yksimielisesti alatyöryhmän esitykseen. (Liite 1, sivu x ja Liite 2)***

#### 4.2 Sairaanhoidon palvelut

Alatyöryhmä: Olavi Pyykkönen (puheenjohtaja), Päivi Nykänen (sihteeri), Heli Moilanen, Maija Vasunta

Alatyöryhmä esitti muutoksina nykytilaan Puolangan ja Paltamon radiologisten lähipalveluiden lakkauttamista ja ensihoidon järjestämistä keksitetysti kuntayhtymän omana toimintana johdettuna.

Puolangan ja Paltamon terveysasemien radiologian lähipalvelujen lakkauttamiselle työryhmä esitti seuraavia perusteita. Analogisista kuvauksista ollaan luopumassa. Digitaaliset kuvat liikkuvat tietoverkossa, ovat helposti katsottavissa ja kuvan laatu on parempi. Puolangan kuvauslaite on vanha ja tutkimukset ovat sen vuoksi kalliita. Digitaalisen laitteiston hankinta Puolangalle tulisi maksamaan yli 200.000 €. Paltamossa uudempi laite (osa laitteistosta testamenttivaroin hankittu), mutta Paltamon läheinen sijainti Kajaaniin nähden on merkittävä.

Röntgenhoitajien saatavuus "periferiaan" tulevaisuudessa vaikeaa, mikä puoltaa toiminnan keskittämistä.

##### **Ryhmittelytyöryhmän näkemys:**

***Ryhmittelytyöryhmä ei tuottanut yksimielistä kannanottoa alatyöryhmän esitykseen ja ryhmä tuotti kaksi erilaista näkökulmaa:***

- 1. Radiologiapalvelut pääosin tuotetaan seudullisina palveluina, kuten tälläkin hetkellä (Paltamon ja Puolangan radiologiatoiminnot säilyvät)***
- 2. Puolangan ja Paltamon radiologiapalveluiden osalta toiminnat väistyvät laitekannan vanhetessa (Edetään alatyöryhmän esityksen mukaisesti.)***
- 3. Ensihoito järjestetään keskitetysti kuntayhtymän omana toimintana***

***Lisäksi ryhmä esittää, että liikkuvan radiologisen yksikön käyttökelpoisuus ja toimintamahdollisuudet selvitetään.***

(Liite 1, sivu, Liite3).

### 4.3 Terveyden- ja sairaanhoidonpalvelut

Alatyöryhmä: Tapani Kemppainen (puheenjohtaja), Asta Komulainen (sihteeri), Hilikka Heikkinen, Risto Makkonen, Saari Mauno, Unto Sirkeinen, Taina Paulomäki (Unto Sirkeisen varajäsen, läsnä alatyöryhmässä xxxxx).

Alatyöryhmä kokoontui yhteensä kolme kertaa ja päätyi esittämään, että lähipalveluina järjestetään nykyisen käytännön mukaisesti kansanterveyshoitajan vastaanottopalvelut, suun terveydenhuoltopalvelut, apuvälinepalvelut ja mielenterveystyön palvelut.

Seudullisena palveluna jatkuvat nykykäytännön mukaisesti fysioterapia- ja erityisterapiapalvelut, lyhytaikainen terveyskeskussairaalahoido, päihdehuollon katkaisuhoido- ja vastaanottopalvelut. Erikoissairaanhoidon osalta toiminta jatkuu ennallaan. Sote- työvaliokunta ottaa omassa raportissaan kantaa erikoissairaanhoidon tulevaan toimintaan Kainuussa.

Nykykäytännöstä poikkeavaa palveluiden ryhmittelyä esitettiin ainoastaan lääkärin ja sairaanhoitajan virka-aikaiseen vastaanotto- ja päivystystoimintaan. Alatyöryhmä suoritti ihmisiin kohdistuvien vaikutusten arvioinnin kahden eri vaihtoehdon osalta. Vaihtoehtoina käsiteltiin yhtäältä palveluiden järjestäminen jokaisella terveysasemalla virka- aikana viitenä päivänä viikossa ja toisaalta palveluiden järjestäminen 5000 asukkaan väestöpohjaan perustuen.

#### **Ryhmittelytyöryhmän näkemys:**

***Lääkärin virka-aikainen vastaanotto- ja päivystystoiminta -esityksestä käytiin ryhmittelytyöryhmässä keskustelua eri vaihtoehdoista ja esityksen vaihtoehto, jossa edellytettävä väestöpohja olisi vähintään 5000 asukasta, pois suljettiin sen edellyttämän mittavan ennakkosuunnittelun ja rakenteellisen uudelleen järjestelyn vuoksi.***

***Toisen vaihtoehdon osalta ryhmittelytyöryhmä esittää näkemyksensä, että vanhusväestön ja pitkäaikais-sairaiden tarvitsemat palvelut tuotetaan lähipalveluina terveysasemakohtaisesti. Tavoitteena on, että myös muun väestön lääkärinvastaanottotoiminta toteutetaan terveysasemakohtaisena kuitenkin siten, että niissä tilanteissa, joissa yksittäisen terveysaseman käytössä ei ole lainkaan lääkäriyöpanosta palvelu turvataan muilta terveysasemilta, jos se on mahdollista, tai potilaat voivat hakeutua hoitoon muille terveysasemille maakunnassa hyväksytyyn vapaan valinnan periaatteen mukaisesti.***

***Hoitajan virka-aikaisen vastaanotto- ja päivystystoiminnan todettiin olevan sidoksissa lääkärin virka-aikaiseen vastaanotto- ja päivystystoimintaan ja sen järjestäminen vaatii virka-aikaisen hoitajan työpanoksen. (Liite 1 sivu x)***

### 4.4 Perhepalvelut

Alatyöryhmä: Kaija Komulainen (puheenjohtaja), Raili Tervo, Marja-Leena Korhonen, Helena Ylävaara (sihteeri)

Alatyöryhmä nosti kehitettäväksi palvelukokonaisuuksiksi nuorten mielenterveyspalvelut, toimeentulotukipäätösten käsittelyn ja kehitysvammaisten palvelut.

#### **4.4.1 Nuorten mielenterveyspalvelut**

Työryhmä esitti koulupsykologisten palveluiden ja nuorten mielenterveyspalveluiden tuottamista seudullisina palveluina kuitenkin siten että koulupsykologit ja psykiatriset sairaanhoitajat sijoittuvat seuduille, mutta työskentelevät kouluilla. Muutokset edellyttävät kuuden koulupsykologin ja kolmen psykiatrisen sairaanhoitajan viran perustamista maakunta- kuntayhtymään. (Liite 4)

#### **4.4.2 Toimeentulotukipäätösten käsittely**

Alatyöryhmä esitti, että lähipalveluina säilyy toimeentulotukihakemusten jättö ja suuri osa hakemusten käsittelystä. Muu sosiaalityö tuotetaan seudullisena palveluna siten että seudun sosiaalityöntekijä siirtyy tiettyinä päivinä pitämään vastaanottoaan eri kuntiin. Asiakkaat voivat asioida kotikunnassaan. Vastaanottopäivien määrä eri kunnissa riippuu väestön tarpeesta. Suuremmissa kunnissa vastaanotto toimii kaikkina arkipäivinä.

Toimeentulotuen käsittely ja päätösten teko toteutetaan osin keskitetysti jossakin Kainuun kunnista.

Sähköistä asiointia laajennetaan koko väestön käyttöön. (Liite4)

#### **4.4.3 Kehitysvammaisten asumispalvelut**

Osa Kuusanmäen Palvelukeskuksessa laitospaikoista (10 paikkaa) muutetaan avohuollon ryhmäkodeiksi, jotka toimivat tilapäishoidon yksikköinä.

#### **Ryhmittelytyöryhmän näkemys:**

***Ryhmittelytyöryhmä yhtyi alatyöryhmän esitykseen koskien koulupsykologien ja psykiatristen sairaanhoidtajien toimintaa, toimeentulotuen käsittelyä ja kehitysvammaisten tilapäishoitoa. Ryhmässä nousi esiin myös tarve kehitysvammaisten tilapäishoidon järjeistämiseksi tarvittaessa lähipalveluna.***

#### **4.5 Vanhuspalvelut**

Alatyöryhmä: Tauno Ronkainen (puheenjohtaja), Eija Tolonen (sihteeri), Ritva Grönfors

Vanhuspalvelujen tulosalueen tehtävänä on tuottaa, järjestää ja koordinoita sosiaali- ja kansanterveystyön mukaisia kotona asumista tukevia palveluja, omais- ja perhehoitoa, lyhytaikaishoitoa, pitkäaikaishoitoa, asumispalveluja maakunnan omissa ja yksityisissä hoito- ja palvelukodeissa sekä toteuttaa vanhussosiaalityötä.

Vanhuspalvelut ovat pääosin lähipalveluita maakunnan jokaisella seudulla. Lähipalveluna toteutetaan aina vanhus-ten kotihoitoa ja omaishoitoa.

Osittain seudullisena palveluna voidaan tuottaa pitkä- ja lyhytaikaista laitoshoidon sekä ympärivuorokautista asumispalvelua. Seudullisena tai yli seutujen tapahtuvissa sijoituksissa otetaan aina mahdollisuuksien mukaan huomioon asiakkaan ja hänen omaistensa toivomukset.

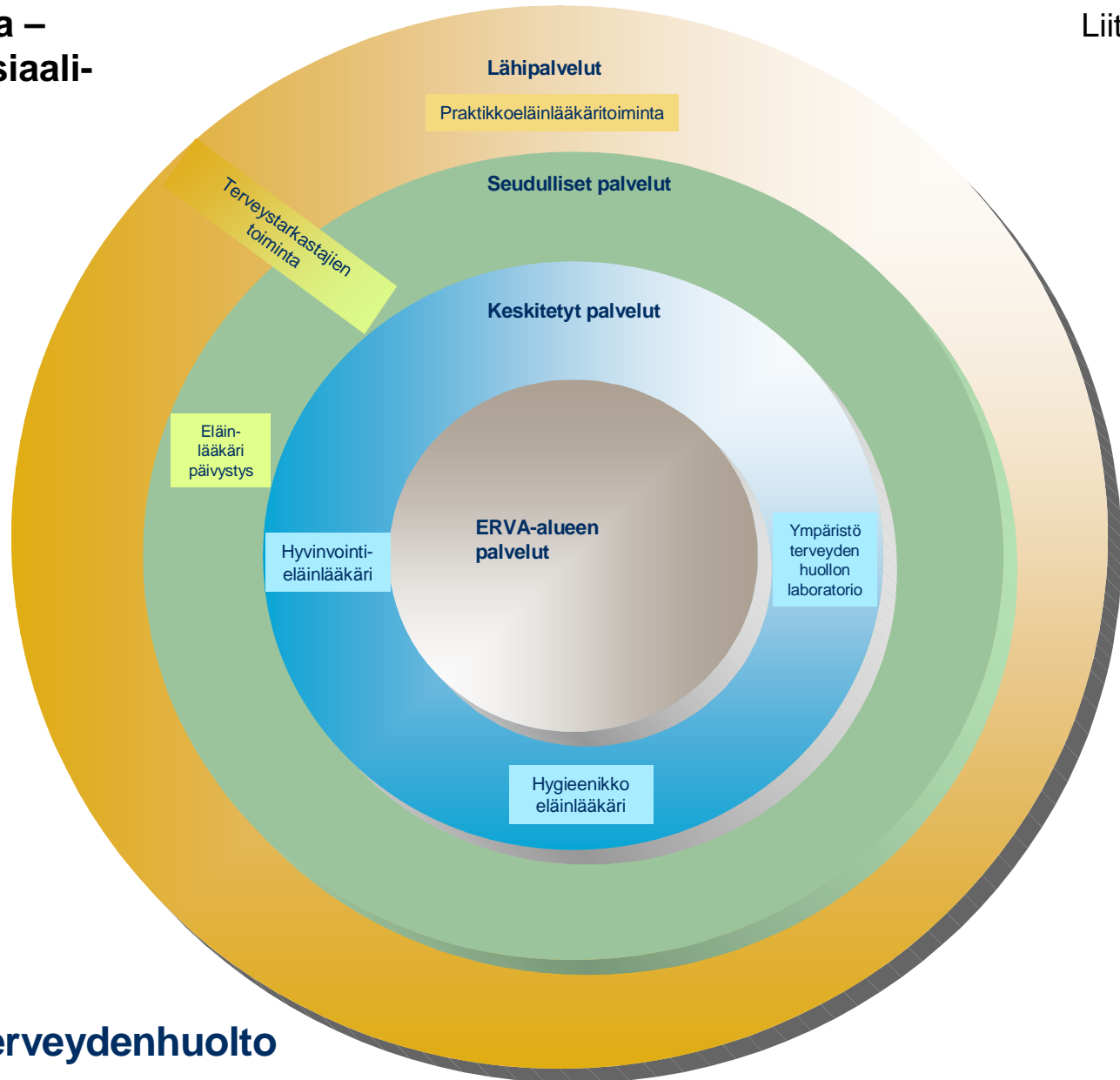
Vanhussosiaalityö järjestetään seudullisesti. (Liite 1 sivu xx)

#### **Ryhmittelytyöryhmän näkemys**

***Alatyöryhmä esitti, että vanhuspalvelujen osalta ei ole tarkoituksenmukaista lähteä esittämään oleellisia muutoksia tämänhetkiseen palvelujen ryhmittämiseen. Suurin osa vanhuspalveluista on tällä hetkellä ja myös tulevaisuudessa lähipalvelua, sillä ko. palvelujen käyttö on toistuvaa ja usein myös päivittäistä. Ryhmittelytyöryhmä yhtyi alatyöryhmän esitykseen.***

# Kainuun maakunta – kuntayhtymän sosiaali- ja terveystoimiala

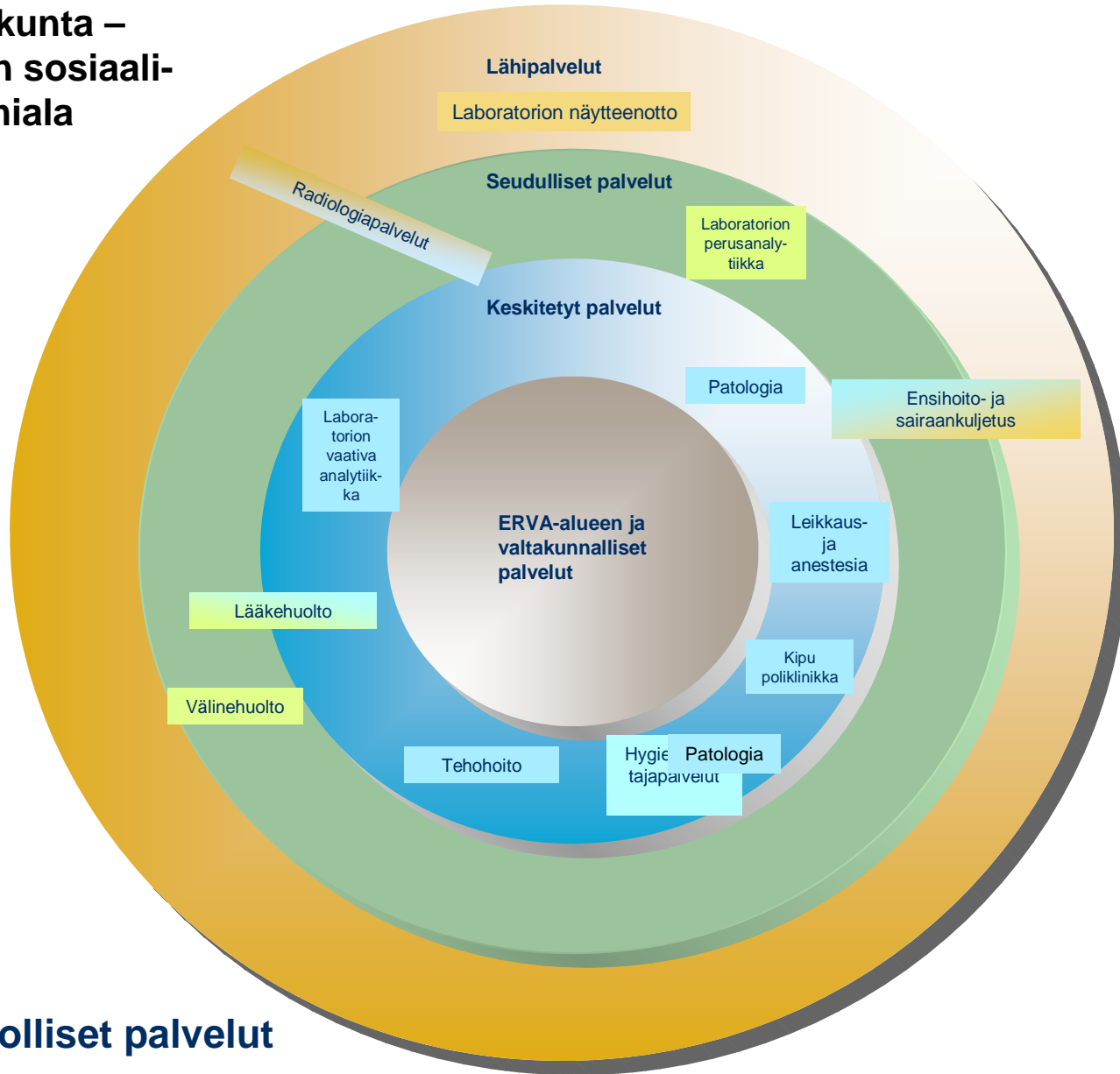
Liite 2



**Ympäristöterveydenhuolto**

# Kainuun maakunta – kuntayhtymän sosiaali- ja terveystoimiala

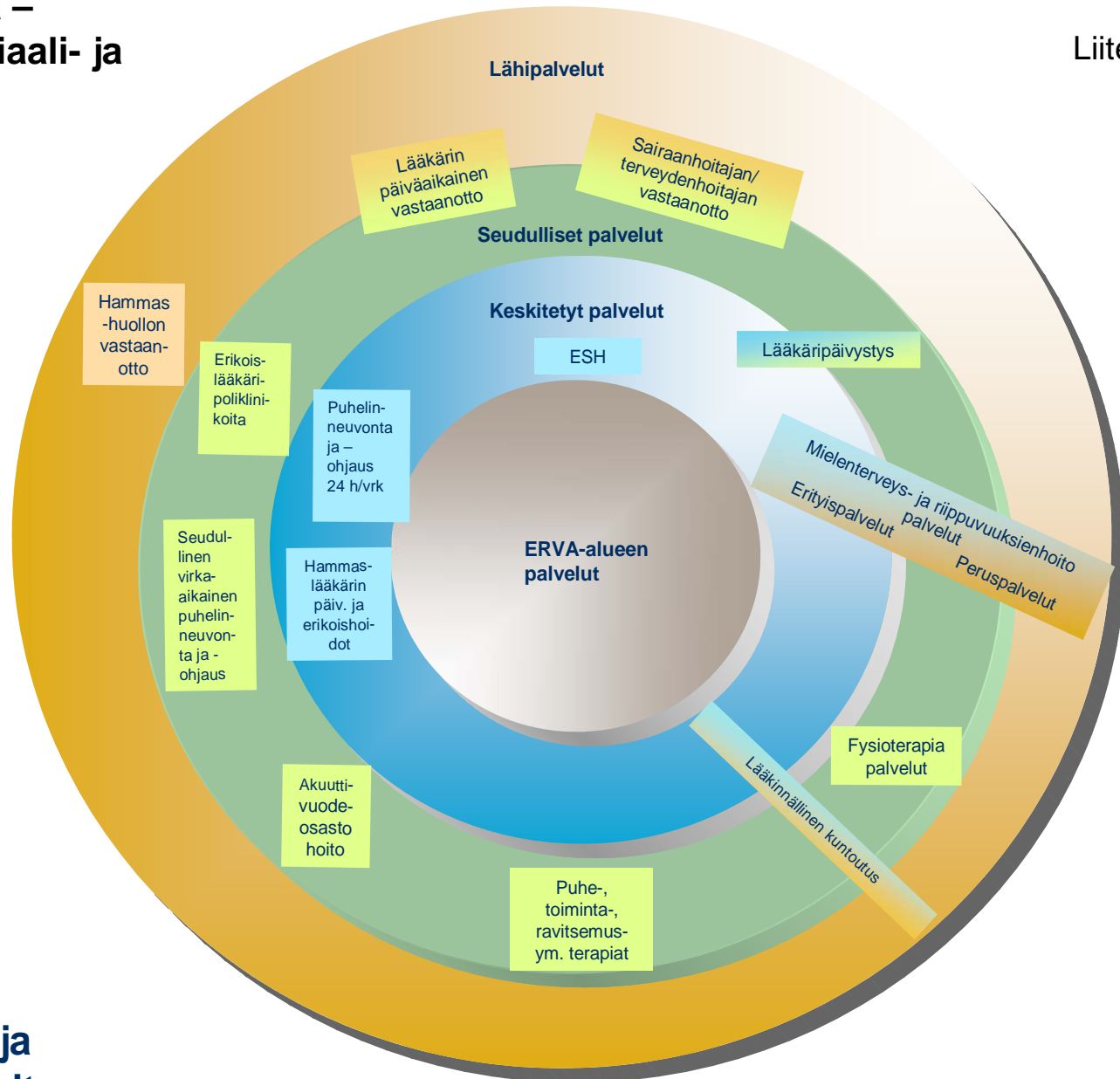
Liite 2



Sairaanhoidolliset palvelut

# Kainuun maakunta – kuntayhtymän sosiaali- ja terveystoimiala

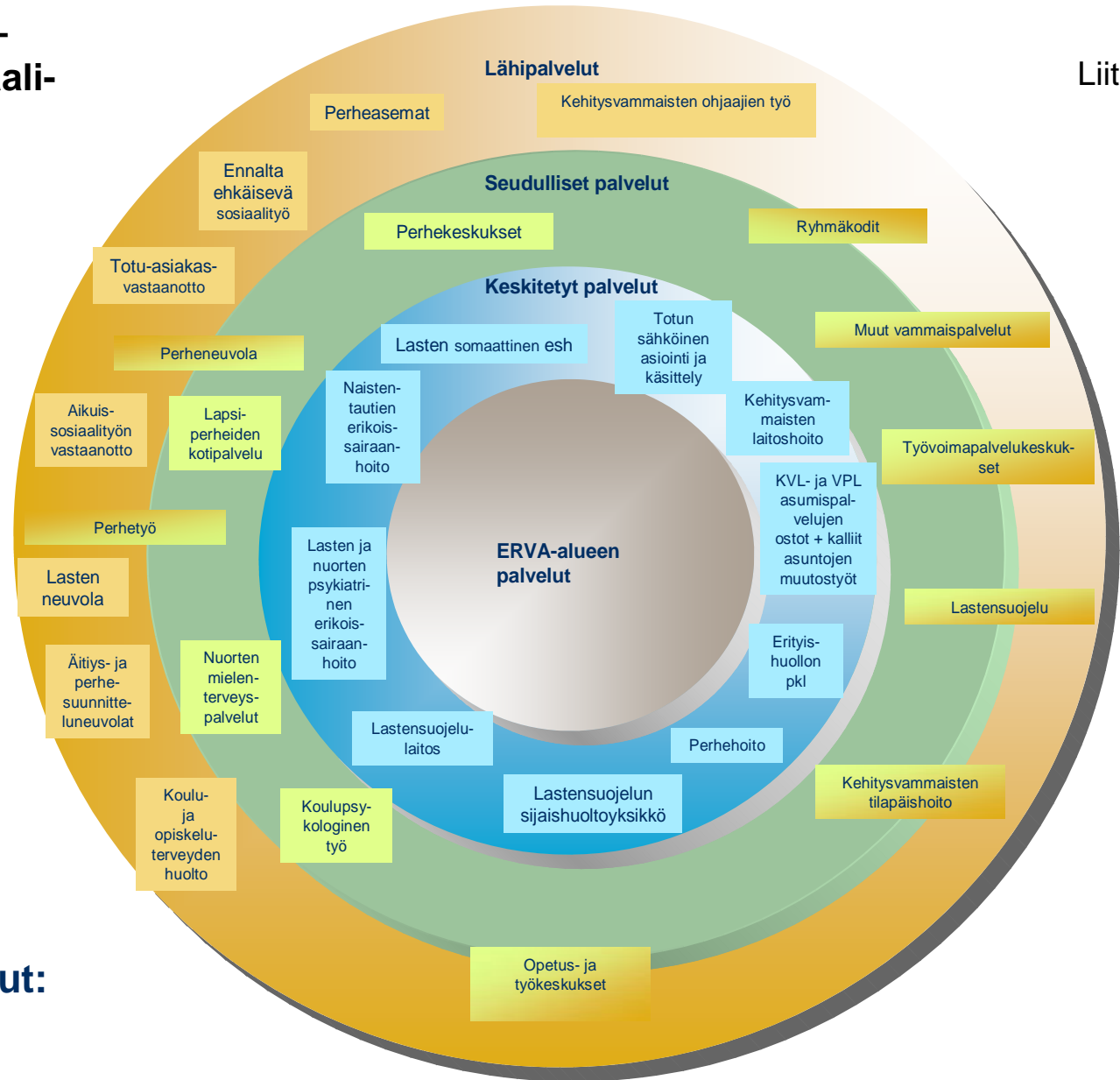
Liite 2



**Terveyden- ja  
sairaudenhoito**

# Kainuun maakunta – kuntayhtymän sosiaali- ja terveystoimiala

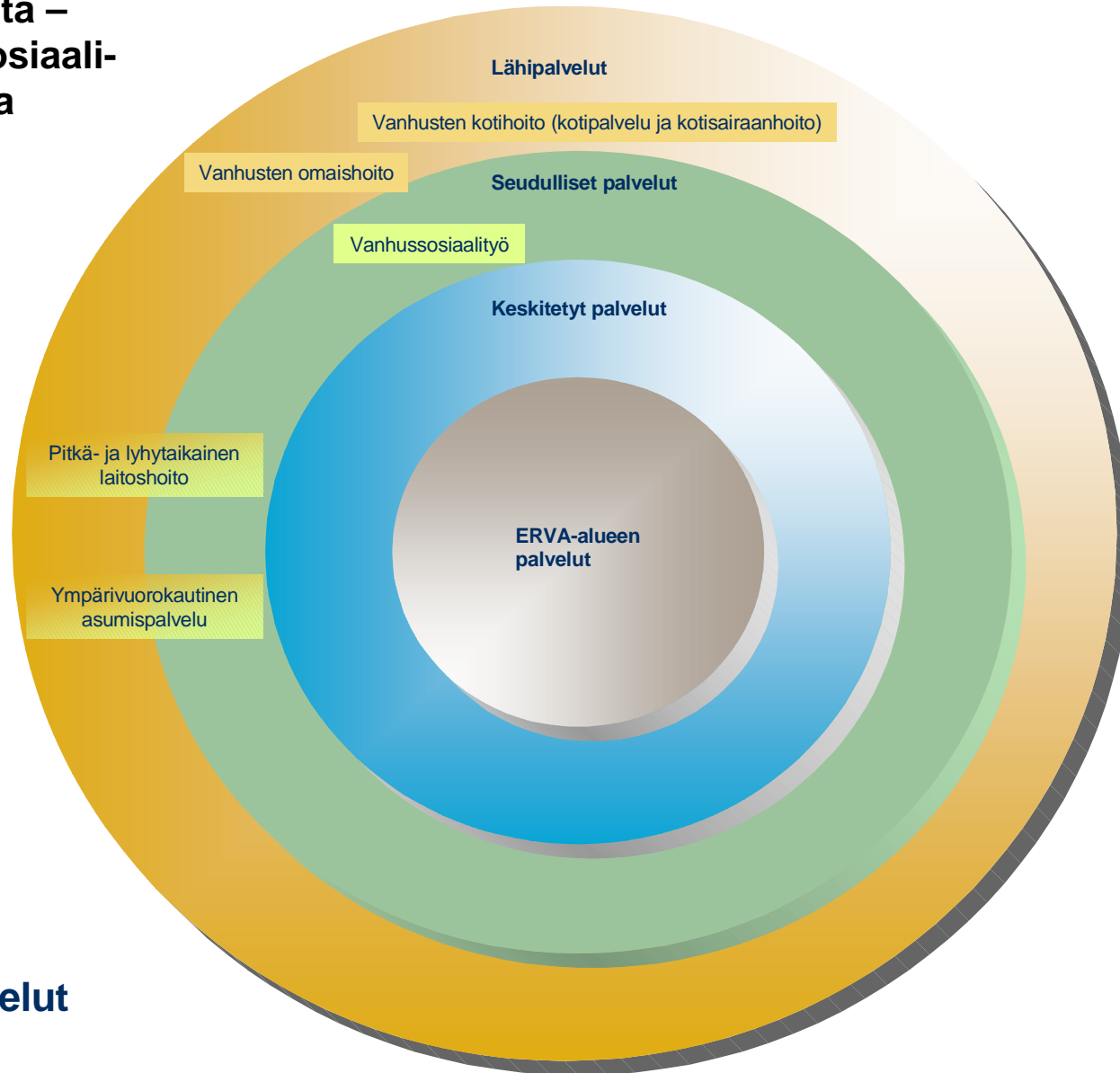
Liite 2



**Perhepalvelut:**

# Kainuun maakunta – kuntayhtymän sosiaali- ja terveystoimiala

Liite 2



**Vanhuspalvelut**

