



Pohjois-Pohjanmaan sosiaali- ja terveydenhuolto
osana tulevaisuuden maakuntaa

Sisällys

Alkusanat	4	6 Sosiaali- ja terveystalvet maakunnassa	38
1 Johdanto	5	6.1 Palveluverkon periaatteet	38
2 PoPSTer hankkeena	6	6.2 Lasten ja perheiden palvelut	40
2.1 Projektin lähtökohdat ja tavoitteet.....	6	6.3 Toimintakyky ja laaja-alainen kuntoutus.....	42
2.2 Projektin eteneminen	7	6.3.1 Toimintakyky ja kuntoutus	42
3 Nykytila ja väestön palvelutarpeet Pohjois-Pohjanmaalla	9	6.3.2 Nuoret aikuiset ja työikäiset.....	43
4 Asiakaslähtöiset ja integroidut sosiaali- ja terveystalvet.....	11	6.3.3 Mielenterveys- ja päihdepalvelut.....	44
4.1 Asiakaslähtöisyys	11	6.3.4 Vammaispalvelut	45
4.2 Integraatio	11	6.4 Ikäihmisten palvelut ja sairaalatoiminta	46
4.3 Valinnanvapaus	12	6.5 Välittömän avun tarve	49
4.4 Palveluneuvonta ja -ohjaus	13	6.6 Avohoito ja vastaanotto	50
4.5 Kansalaisten osallisuus.....	16	6.7 Tukipalvelut	53
5 Sote-palveluiden järjestäminen	17	6.8 Työterveyshuolto	54
5.1 Järjestämisvastuu	17	6.9 Ehdotus palveluverkoksi	55
5.2 Omistajaohjaus soten näkökulmasta.....	19	7 Alustavaa arviointia vaikutuksista.....	64
5.3 Viranomaistoiminnot ja asiakkuuksiin liittyvä päätöksenteko	20	8 Miten tästä eteenpäin?	66
5.4 Monituottajuus	22	Liitteet	71
5.5 Ohjausmekanismit	23		
5.6 Taloudelliset tavoitteet	24		
5.7 Yhteistyöalue.....	28		
5.8 Verkostot ja vuoropuhelu	30		
5.9 Hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen	31		
5.10 Johtaminen	32		
5.11 Koulutus ja opetus.....	35		
5.12 Tutkimus ja kehittäminen	36		

Alkusanat

PoPSTer-hankkeen (Pohjois-Pohjanmaan sosiaali- ja terveydenhuolto osana tulevaisuuden maakuntaa) loppuraportti on työstetty vuoden 2016 ja kevään 2017 linjausten ja aikataulujen pohjalta. Loppuraporttia viimeisteltäessä heinäkuussa 2017 lakiesitykset olivat eduskunnan käsittelyssä. Perustuslakivaliokunta jätti 29.6.2017 lausuntonsa sosiaali- ja terveysvaliokunnalle hallituksen esityksistä. Lausunnon mukaisesti maakunnan ei mm. voida edellyttää yhtiöittävän sosiaali- ja terveydenhuollon julkista tuotantoa. Hallitus on ilmoittanut 5.7.2017 tekevänsä perustuslakivaliokunnan vaatimat muutokset lakiesityksiin ja antavansa uuden esityksen valinnanvapauslain osalta alkuvuodesta 2018. Tästä aiheutuu aikataulutuksen merkittävä muutos. Lakiehdotukset ovat vasta maaliskuussa 2018 eduskunnassa käsittelyssä ja voimaantulo alkaa lakipohjaisena kesäkuussa 2018. Uudistuksen toteutus siirtyy alkavaksi 1.1.2020.

Raporttiin on vain eräin kohdin otettu maininta valinnanvapauslainsäädännön ja aikataulujen muuttumisesta. Muutoin sitä ei ole lähdetty korjaamaan.

Raportissa on käsitelty Pohjois-Pohjanmaan sosiaali- ja terveydenhuollon tilannetta, ongelmia ja haettu pääasiallisia linjoja palveluiden kehittämiseksi. Tarkoituksena on, että näiden pohjalta jatkovalmistelussa syvennetään ja konkretisoidaan sekä ohjelmoidaan kehittämistyö.

Raportin luvussa 8: ”Miten tästä eteenpäin” tuodaan työskentelyn pohjalta ajatuksia jatkovalmistelun sisällöiksi.

Oulussa 7. heinäkuuta 2017

Hannu Leskinen, selvityshenkilö
Kirsi Paasovaara, projektipäällikkö
Anu Vuorinen
Hannu Kallunki
Johanna Kiiskilä
Leena Pimper-Koivisto
Mirka Lohva
Sanna Salmela
Sirkka-Liisa Olli
Sirkku Pikkujämsä

1 Johdanto

Sote- ja maakuntauudistus on suurimpia hallinnon ja toimintatapojen uudistuksia, mitä Suomessa on tehty. Kuntien ja valtion väliin perustetaan 18 maakunnasta uusi väliportaan hallinto. Maakunnat järjestävät kaikki alueensa sosiaali- ja terveyspalvelut. Lisäksi maakunnille siirtyy tehtäviä nykyisistä ELY-keskuksista, TE-toimistoista, aluehallintovirastoista, maakuntien liitoista ja kuntien pelastustoimesta. Uudet maakunnat on tarkoitus perustaa vuoden 2017 aikana ja niille siirtyvien tehtävien järjestämisvastuu on tarkoitus alkaa 1.1.2019.

Muutos koskettaa Pohjois-Pohjanmaalla noin 20 000 ihmisen työtä ja kaikkien kansalaisten palveluja. Maakuntien palvelukseen siirtyy liikkeenluovutuksen periaatteiden mukaisesti kuntien ja kuntayhtymien sosiaali- ja terveydenhuollon sekä pelastustoimen henkilöstö ja osa tukipalveluiden työntekijöistä sekä valtion aluehallinnon työntekijöitä.

Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä annettavalla lailla siirretään kunnallisen sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisvastuu perustettaville maakunnille. Hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen jää kuntien tehtäväksi, minkä lisäksi maakuntien pitää omassa toiminnassaan huolehtia hyvinvoinnin ja terveyden edistämisestä. (HE 15/2017.)

Palvelujen järjestäminen ja tuottaminen erotetaan toisistaan. Palvelujen tuottamiseksi jokaiseen maakuntaan perustetaan maakunnan liikelaitos. Sen vastuulla on merkittävää julkista valtaa sisältävien palvelujen sekä sosiaali- ja terveydenhuollon erityispalvelujen tuottaminen. Palvelutuotantoa monipuolistetaan siten, että maakunnan omilla sekä yksityisillä ja kolmannen sektorin palvelun tuottajilla on tasapuoliset toimintaedellytykset tuottaa kaikkia markkinoilla olevia palveluja.

Valtion mahdollisuutta ohjata sosiaali- ja terveydenhuoltoa vahvistetaan. Valtioneuvosto vahvistaa joka neljäs vuosi sosiaali- ja terveydenhuollon strategiset tavoitteet, jotka maakuntien tulee ottaa huomioon omassa toiminnassaan ja myös maakuntien välisten yhteistyösopimusten valmistelussa.

Maakuntien toiminta rahoitetaan pääosin yleiskatteellisella valtion rahoituksella, joka määräytyy laskennallisesti maakunnan asukasluvun, palvelujen tarpeen ja olosuhdetekijöiden perusteella. Osa rahoituksesta muodostuu palvelujen käyttäjiltä perittävistä asiakasmaksuista.

Uudistuksen tavoitteena on vähentää julkisen talouden kestävyysvajetta siten, että vuoteen 2030 mennessä sosiaali- ja terveydenhuollon kustannukset ovat vuositasolla 3 miljardia euroa alemmat kuin ne olisivat ilman uudistusta.

Kansallisella tasolla sote- ja maakuntauudistuksen tavoitteena on hyvinvointi- ja terveyserojen kaventaminen, toimivammat palvelut ja hallinnon sujuvoittaminen, palveluiden yhdenvertainen saatavuus sekä laaja-alainen toimintatapojen muutos. Lisäksi päämääränä on kustannusten kasvun hillintä, vaikuttavuuden ja kustannustehokkuuden edistäminen sekä taloudellisen kasvun vauhdittaminen. Tavoite kansalaisten suorien vaikutusmahdollisuuksien lisäämisestä kytkeytyy mm. valinnanvapauden periaatteisiin.

Kesäkuussa 2017 lakiesitykset ovat eduskunnan käsittelyssä. Perustuslakivaliokunta on jättänyt 29.6.2017 lausuntonsa sosiaali- ja terveysvaliokunnalle hallituksen esityksistä. Lausunnon mukaisesti maakunnan ei voida edellyttää yhtiöittävän sosiaali- ja terveydenhuollon julkista tuotantoa. Hallitus on ilmoittanut tekevänsä perustuslakivaliokunnan vaatimat muutokset lakiesityksiin ja jättävänsä uuden hallituksen esityksen valinnanvapauslaiksi.

2 PoPSTer hankkeena

2.1 Projektin lähtökohdat ja tavoitteet

Hallitus teki syksyllä 2015 linjauksia, joiden mukaisesti maassamme luovutaan kuntien järjestämisvastuuseen perustuvasta sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen järjestämisestä ja tuottamisesta ja siirrytään enintään 18 itsehallinnollisen alueen rakenteeseen. Pohjois-Pohjanmaalla tämä merkitsee järjestämisvastuun siirtymistä 30 kunnalta yhdelle maakunnan laajuiselle toimijalle.

Maakunnan kuntajohtajat linjasivat 17.12.2015 Pohjois-Pohjanmaan liiton kuntajohtajakokouksessa, että maakunnallista sote-valmistelua lähdetään toteuttamaan hankkeistamalla valmistelu- ja kehittämistyö. Hanketta valmisteltiin yhteistyössä kaikkien Pohjois-Pohjanmaan kuntien kanssa. Käytännön valmistelu tehtiin alueen kuntien ja kuntayhtymien sosiaali- ja terveystoimintajohtajien, Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin ja Pohjois-Pohjanmaan liiton asiantuntijoiden yhteisessä työryhmässä.

PoPSTer-hankkeen tavoitteeksi asetettiin luoda mallit ja toimintatavat, joilla sosiaali- ja terveydenhuollon uudessa palvelurakenteessa voidaan toteuttaa palveluintegraatio ja eheät palveluketjut nykyisen Pohjois-Pohjanmaan maakunnan alueella ottaen huomioon maakunnan erityispiirteet; mm. väestö, väestörakenne ja niiden kehittyminen, palvelurakenne (julkinen ja yksityinen), alueen taloudelliset- ja henkilöstöresurssit sekä teknologian hyödyntämisen mahdollisuudet.

Hankkeen tavoitteena on parantaa Pohjois-Pohjanmaan sosiaali- ja terveyspalvelujen vaikuttavuutta ja tehokkuutta kehittämällä palvelukokonaisuuksia ja palvelurakennetta asiakastarpeiden ja asiakasprosessien integraation pohjalta. Ensisijaista on lähipalvelujen varaan rakentuva arjen tuki ja palvelujen toteuttaminen siten että erikoisosaaminen tukee perustason toimintaa.

Tavoitteena on, että hankkeen tuloksena syntyy ehdotus siitä, millä tavalla sosiaali- ja terveyspalvelut järjestetään ja tuotetaan 1.1.2019 alkaen

syntymässä olevan lainsäädännön edellyttämällä tavalla. Ehdotuksen tulee sisältää toimenpiteet, joilla päästään soten kustannusten kasvun puolittamiseen.

Hanketyön ulkopuolelle rajattiin niitä asioita, jotka valmistellaan osana maakuntaudistuksen kokonaisuutta: itsehallintoalueen johtamisjärjestelmä, henkilöstön hallinnollinen asema, osa tukipalveluista, omaisuus ja rahoitus.

PoPSTer-hankkeen tavoitteena on:

- 1) asiakaslähtöisyyden varmistaminen kaikissa alueen väestölle tuotettavissa sosiaali- ja terveyspalveluissa;
- 2) palvelujen kehittämisen, suunnittelun ja tuottamisen osalta integraatiohyötyjen varmistaminen (eri palvelukokonaisuuksien ja prosessien välillä ja osana);
- 3) sosiaali- ja terveyspalvelujen tehokkuuden, vaikuttavuuden ja säästöjen suunnittelu ja kehittäminen Pohjois-Pohjanmaan alueella alueen eri osat (niiden erityispiirteet ja olemassa oleva infrastruktuuri, yksityinen ja kolmas sektori ym.) ja asukkaiden palvelutarpeet huomioon ottaen;
- 4) alueen asukaskohtaisten sosiaali- ja terveydenhuollon kustannusten nettokasvun puolittaminen pysyvästi palvelujen taso (=laatu ja määrä suhteessa tarpeeseen) turvaten sekä
- 5) Pohjois-Pohjanmaan tarvevakioitujen (THL) sosiaali- ja terveydenhuollon nettomenojen indeksiluku max. 95 (koko maa = 100).

Hankkeelle saatiin rahoitus Euroopan aluekehitysrahastosta ajalle 12.2.2016–30.6.2017. Hankkeen kestoja jatkettiin myöhemmin 28.2.2018 saakka. Saadulla rahoituksella hankkeeseen palkattiin selvityshenkilö, projektipäällikkö ja 7 asiantuntijaa sekä kevästä 2017 alkaen viestintäassistentti (40–100 prosentin työpanoksilla).

2.2 Projektin eteneminen

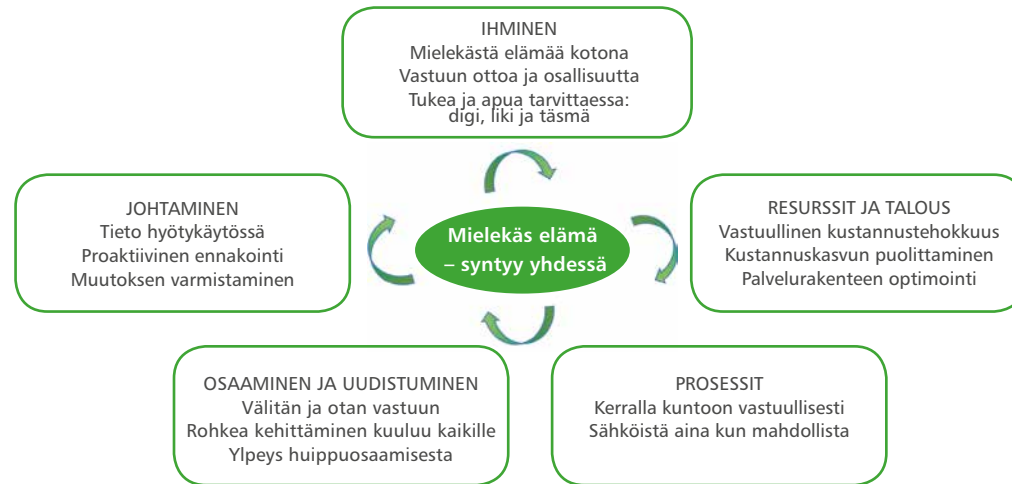
Hanketyö aloitettiin luomalla Pohjois-Pohjanmaan sote-uudistukselle visio ja strategiset päämäärät. Niissä kuvataan näkymää sitä, mitä haluamme olla vuonna 2030, ja miten pääsemme kohti tavoiteltua tulevaisuutta. Visioksi muodostui: ”Mielekäs elämä – syntyy yhdessä”.

Valmistelutyössä ei haluttu lähteä perinteisen toiminnallisen jaon, perusterveydenhuollon, sosiaalipalveluiden ja erikoissairaanhoidon, pohjalta. Palvelukokonaisuudet haluttiin strategiatyön jälkeen koostaa asiakaslähtöisyyden, toiminnallisen integraation, optimointipotentiaalin ja yhdyspintojen näkökulmasta.

Valmistelutyö toteutettiin palvelukokonaisuuksien mukaisissa työryhmissä. Työryhmiin pyydettiin osallistujia kaikista Pohjois-Pohjanmaan kunnista ja sote-kuntayhtymistä, ammattijärjestöistä, järjestöistä, yrittäjistä, koulutus- ja tutkimuslaitoksista sekä muilta yhteistyötahoilta – yhteensä noin 250 henkilöä. Työryhmien (16) työskentely käynnistyi toimeksiantojen mukaisesti loppukesällä 2016 painottuen ensivaiheessa järjestämisen näkökulmaan. PoPSTer-hankkeen asiantuntijat toimivat työryhmätyöskentelyn tukena – kummeina.

Työryhmät valmistelivat väliraportit (liite 1) annetun ohjeistuksen mukaisesti lokakuun 2016 loppuun mennessä ja sen jälkeen PoPSTer-henkilöstö kiersi kunnissa kertomassa valmistelutilanteesta ja kuulemassa palautetta jatkotyöhön. Työryhmien loppuraportit (liite 2) valmistuivat helmikuussa 2017, minkä jälkeen PoPSTer-henkilöstö koosti yhteenvedon työryhmien tekemistä ehdotuksista. Toukokuussa pyydettiin kuntien kirjalliset kommentit alustavasta luonnoksesta Pohjois-Pohjanmaan sote-palveluverkoksi. Samanaikaisesti toteutettiin toinen kuntakierros, jonka tilaisuudet olivat avoimia kaikille maakunnan asukkailla.

PoPSTer-hankkeessa tehtyä valmistelutyötä ohjasi poliittinen ohjausryhmä, johtoryhmä (kuntajohtajat) ja sote-ryhmä (kuntien ja

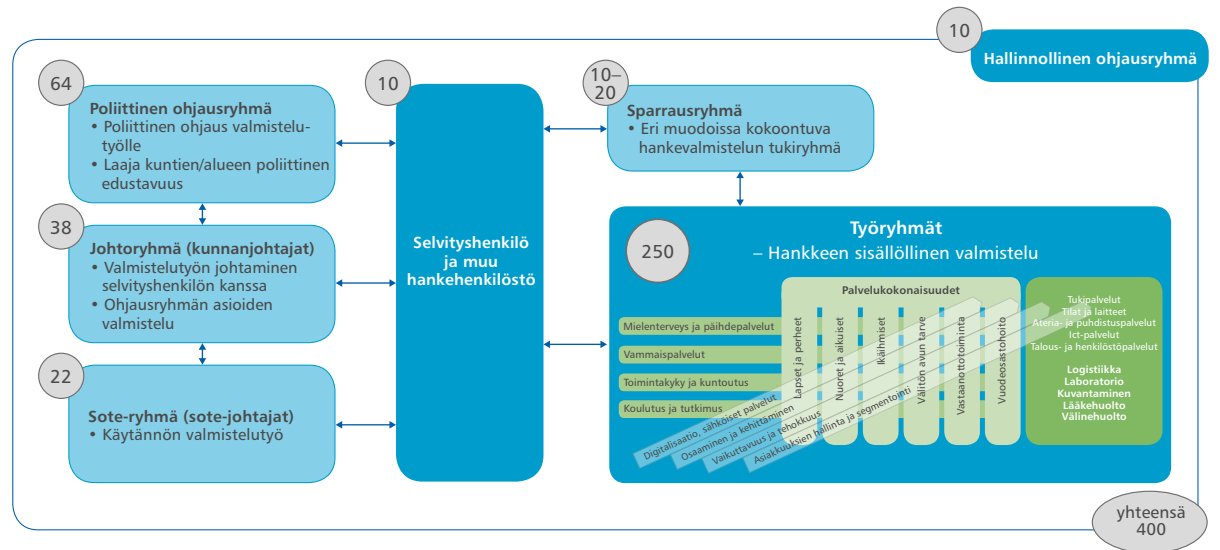


Kuvio 1. Pohjois-Pohjanmaan sote-uudistuksen visio ja strategiset päämäärät.



Kuvio 2. Palvelukokonaisuudet ja teemat.

kuntayhtymien sote-johtajat). Työryhmien käynnistyttyä sote-ryhmän kokoukset yhdistettiin työryhmien puheenjohtajien kokoontumisiin, mikä edisti kaikkien hankkeessa mukana olevien tahojen osallisuutta ja tiedon avointa jakamista. Hankkeen viestintää toteutettiin viestintäsuunnitelman mukaisesti. Pohjois-Pohjanmaan sote-valmistelun eri ryhmissä, joko varsinaisena tai varajäsenenä, oli nimettynä yhteensä lähes 400 henkilöä.



Kuvio 3. PoPSTer-hankkeeseen osallistuneet tahot.

3 Nykytila ja väestön palvelutarpeet Pohjois-Pohjanmaalla

Pohjois-Pohjanmaan nykytilaa ja väestön palvelutarpeita on kuvattu liitteessä 3. Maakuntamme on maapinta-alaltaan Suomen toiseksi suurin maakunta. Eteläisimmän ja pohjoisimman pisteen välinen etäisyys on lähes 400 km, ja itä-länsisuunnassakin suurin etäisyys on yli 200 km. Asukkaita on tällä hetkellä maakunnan kolmessakymmenessä kunnassa 411 000. Väkiluvultaan pienimmän ja suurimman kunnan välinen ero on suuri (noin 990 vs. 200 500). Noin kolmasosa kunnista on väkiluvultaan pieniä alle 5000 asukkaan kuntia. Myös asukastiheys on pieni suurimmassa osassa kuntia (alle 10 asukasta/km²). Yli 80 % maakunnan asukkaista asuu taajamissa (336 000 henkilöä).

Maakunnassa on paljon lapsia, nuoria ja lapsiperheitä, joiden joukossa on runsaasti myös lapsirikkaita, useampilapsisia perheitä. Väestö on korkeammin koulutettua kuin maassa keskimäärin. Työsikäyväien huoltotaakka on suurempi kuin koko maassa: Sataa työkäistä asukasta kohti on 62 ei-työkäistä, ja sataa työllistä kohti on 162 ei-työllistä. Työllisten osuus väestöstä on pienempi ja työttömien ja nuorisotyöttömien osuus suurempi kuin maassa keskimäärin. Pitkäaikaistyöttömyyttä on toisaalta vähemmän kuin maassa keskimäärin, ja rakennetyöttömyydessä Pohjois-Pohjanmaa on koko maan tasoa. Pienituloisuusrajan alapuolelle jääviä kotitalouksia on koko maata enemmän, mutta asutokuntien väliset tuloerot ja toimeentulotukea saaneiden osuudet ovat koko maata pienemmät. Työllisyys ja toimentulo vaihtelevat kuitenkin merkittävästi kunnittain (esim. työttömien osuus 9–18 prosenttia ja yleinen pienituloisuusaste 8–22 prosenttia).

Pohjois-Pohjanmaa elää rakennemuutoksen aikaa. Maakunnan väkiluku kasvaa vuoteen 2030 mennessä 25 000 henkilöllä (+6,1 %), mutta kunnittain tarkasteltuna väkiluku kasvaa vain seitsemässä kun-

nassa (Oulu, Liminka, Kempele, Tyrnävä, Lumijoki, Ii, Ylivieska). Väestö vähenee eniten Koillismaalla ja maakunnan eteläisen osan itäisissä kunnissa. Väestö keskittyy kasvukeskuksiin, ja oululaisten osuus väestöstä kasvaa nykyisestä 48 prosentista 53 prosenttiin. Lasten ja nuorten sekä työikäisten osuudet laskevat, mutta lukumäärissä tapahtuva muutos ei ole merkittävä vielä vuoteen 2030 mennessä. Eläkeikäisten osuus kasvaa samassa ajassa lähes 6 %, mikä tarkoittaa, että 65 vuotta täyttäneitä on vuonna 2030 yli 30 000 enemmän kuin tällä hetkellä.

Palvelutarpeita on kuvattu yksityiskohtaisemmin PoPSTer-hankkeen palvelukokonaisuuskohtaisten työryhmien loppuraporteissa (liite 2). Tässä luvussa palvelutarpeita tarkastellaan yhtenä kokonaisuutena nostaen esiin muutama keskeinen näkökulma.

Maakuntien välisessä vertailussa kansantautien sairastavuus on korkein Pohjois-Pohjanmaalla. Myös kahdessa yleistä sairastavuutta kuvaavassa indeksissä Pohjois-Pohjanmaa on neljän sairastavimman maakunnan joukossa. Koko maahan verrattuna sairastavuus on suurta sepelvaltimo- ja aivoverisuonitauksissa, tuki- ja liikuntaelin-sairauksissa, mielenterveydessä ja dementiassa. Korkeasta sairastavuudesta huolimatta maakuntamme asukkaiden kuolleisuusindeksi on neljänneksi pienin, ja myös ennen 80 ikävuotta tapahtuvien kuolemien takia menetetyt elinvuodet ovat maakuntien keskitasoa.

Väestön ikä- ja sukupuolirakenteeseen, sairastavuuteen ja sosioekonomiseen asemaan perustuva, asukkaiden palvelutarpeita kuvaava asukaskohtainen sote-huollon tarvekerroin on Pohjois-Pohjanmaalla 1,04 eli vain hieman koko maan arvoa (1,0) suurempi. Kuntien tarvekerroin vaihtelee välillä 0,87–1,37. Sosioekonomisia haasteita maakunnassamme ovat työttömyys ja pienituloisuus, joihin voi kytkeytyä

syrjäytymistä, mielenterveyshäiriöitä, päihteiden käyttöä ja käyttäytymisen häiriöitä. Osa nuorista jää koulutuksen ulkopuolelle ja osalla on vaikeuksia siirtymisessä aikuisuuteen. Nämä tekijät lisäävät merkittävästi palvelutarvetta. Myös maahanmuutto vaikuttaa palvelutarpeeseen.

Väestörakenteen muutos lisää ikäihmisten lukumäärää, mikä puolestaan lisää heille suunnattujen palvelujen tarvetta. Esimerkiksi vähintään keskivaikeaa muistisairautta sairastavien 75 vuotta täyttäneiden määrä kasvaa vuoteen 2030 mennessä noin 3900 henkilöllä. Samanaikaisesti lapsia ja perheitä sekä työikäisiä koskevat palvelutarpeet säilyvät suunnilleen ennallaan.

Tavoitteena on toimintakulttuuri, jossa ihmisten tarpeisiin vastataan varhaisessa vaiheessa siellä, missä he elävät arkeaan. Toimintakulttuurin muutoksen myötä väestön ja asiakasryhmien palvelutarpeiden kuvaaminen edellyttää uudenlaisia mittareita. Palvelutarpeita voidaan tarkastella esimerkiksi arjessa pärjäämisen näkökulmasta. Palvelutarpeiden arvioinnin kannalta on tärkeää, että tieto nostaa esille sekä kuntien välisiä että alueiden (esim. kaupunginosien, kylien ja asuinalueiden) välisiä eroja. Pohjoispoh-janmaalaisten palvelutarpeiden suhteen huomionarvoista on, että kuntien väliset erot kaikissa edellä mainituissa palvelutarpeisiin liittyvissä tekijöissä ovat suuret. Tämä on huomioitava maakunnallisia palveluja järjestettäessä.

Liitemateriaalia 3 kattavampi tietopaketti Pohjois-Pohjanmaan nykytilanteesta on saatavilla elokuun 2017 lopussa PoPSTer-hankkeen internetsivuilta.

4 Asiakaslähtöiset ja integroidut sosiaali- ja terveyspalvelut

4.1 Asiakaslähtöisyys

Sote-uudistuksen keskeisenä tavoitteena on, että asiakkaan tarpeisiin vastataan kokonaisvaltaisesti yhdistelemällä erilaista osaamista ja keinoja niin, että palvelu on laadukasta ja vaikuttavaa. Asiakaslähtöisten palvelujen rakentamiseen vaaditaan ammattitaitoa, tarvitaan aitoa ihmisten kohtaamista ja vuorovaikutuksellista kanssakäymistä, jotta tunnistetaan palveluiden arkivaikutukset vallitsevissa olosuhteissa. Se on ennen kaikkea asiakastarpeiden tunnistamista ja asiakaskokemusten hyödyntämistä. Asiakaslähtöisyys vaatii nykyistä syvempää asiakasymmärrystä, jossa lähtökohtana on asiakkaan palvelutarve ja asiakkaan osallistaminen omaan palvelupolkuunsa. Se on prosessien ja myös johtamisen suunnittelua ja vaatii uutta ajattelua ja asennetta sekä luottamusta.

Nykyisin käytetyt laajat terveys- ja toimintakykymääritelmät muuttavat asiakaslähtöisyyden tausta-ajatusta. Terveydellä tarkoitetaan ihmisen kykyä sopeutua ja ohjata itse elämänsä erilaisten haasteiden keskellä. Toimintakyky ymmärretään laajana, ihmisen valmiutena toimintaan sekä kykenevyyttä ottaa käyttöön omia voimavaroja osallistuessaan elämän eri tilanteisiin. Ihmisen terveys ja toimintakykyisyys on kykyä pärjätä arjessa ja näin ollen asiakaslähtöisen palvelun keskeinen tulos tarkoittaa ihmisen pärjäämistä arjessa ja hänen luottamistaan arjessa pärjäämiseensä.

Asiakaslähtöisien palveluiden suunnittelun perustana on monialainen tieto ja näkökulmat palvelutarpeesta sekä monen toimijan yhteinen tulkinta tilanteesta. Kun asiakastarpeet tunnistetaan ja tulkitaan, voidaan asiakkuuksia ryhmitellä eli segmentoida ja luoda näille ryh-

mille integroituja ja vaikuttavia toimintamalleja (ks. palveluneuvonta ja -ohjaus -kappale).

Haasteena asiakaslähtöisyyden näkökulmasta on saada sote- ja maakuntauudistuksella aikaan palvelujärjestelmä, joka on yksilöllinen ja asiakkaalle räätälöity palvelukokonaisuus ja tuottajien näkökulmasta selkeä, vaikuttava ja kustannustehokas toimintamalli. Tavoitteena on, että maakuntien asiakkaille tarjotaan selkeät palveluketjut, jotka eivät pysähdy kuntien, maakuntien tai valtion organisaatioiden rajalle. Asiakaslähtöinen palvelusuunnittelu ja sen käytännön toteutus tulee olemaan yksi maakuntien keskeisimpiä tehtäviä.

4.2 Integraatio

Integraatiolla eli yhdentymisellä tarkoitetaan sosiaali- ja terveydenhuollon kaikkien tehtävien ja palveluiden kokoamista joustavaksi ja tehokkaaksi kokonaisuudeksi yhden toimijan eli maakunnan alaisuuteen. Palveluintegraatiolla tarkoitetaan sekä perus- ja erikoistason palvelujen yhtenäistä kokonaisuutta että kahden tai useamman erillisen sosiaali- ja terveydenhuollon asiantuntijuuden tai organisaation tarjoaman palvelun yhdistämistä toimivaksi kokonaisuudeksi. Tietojärjestelmäintegraatiossa keskeistä on tiedon siirtyminen tietojärjestelmien välillä siten, että toiminnallinen palvelukokonaisuus voidaan toteuttaa järkevästi tarpeen arvioinnista toteutukseen asti. Asiakkaan näkökulmasta sote-integraatiolla turvataan paremmin toimivia palveluita, joissa palveluketjut ovat sujuvia ja siirtyminen palvelusta toiseen on saumatonta ja tarvittava tieto kulkee mukana.

Asiakaslähtöisyyttä on tukea asiakasta tarpeen mukaisilla palveluilla siten, että hän pärjää mahdollisimman hyvin arjessa.

Asiakaslähtöisyyttä ei "tuoteta" vaan se rakennetaan kerta toisensa jälkeen jokaisessa palvelutapahtumassa asiakas keskiössä.

Integroitujen palveluiden johtaminen niin järjestämisen kuin tuotannon tasolla edellyttää uutta ajattelua, osaamista ja asennetta sosiaali- ja terveydenhuollon rakenteissa, toimintatavoissa ja -kulttuurissa.

Maakunta- ja sote-uudistus antaa mahdollisuuden tiiviiseen yhteistyöhön eri toimintojen välillä. Todellinen yhdistyminen integraation kaikilla tasoilla on pitkäjänteisen työn tulos ja voi vaatia vuosia.

Jotta integraatiolla saavutetaan kaikki mahdolliset hyödyt, tulee integraatiota tapahtua eri tasoilla. Järjestämisen tulee integroitua eli yksi taho vastaa maakunnan palveluiden järjestämisestä. Lisäksi järjestäjän vastuulla on sote-palveluiden vaikuttavuuden, kustannustehokkuuden ja laadun arviointi sekä näistä kertyvän tiedon julkaisu alueen asiakkaiden sote-palveluiden valintojen tueksi.

Rahoitus on integroitua, jolloin kaikki sote-rahoitus kulkee palveluiden järjestäjän eli maakunnan kautta palveluiden tuottajille. Tiedon tulee liikkua sujuvasti järjestäjän ja palveluiden tuottajien välillä, tarvitaan tiedon integraatiota. Palveluketjujen integraatio on erityisen tärkeää niiden asiakkaiden hoidossa, joilla on useita palvelutarpeita. Palvelusta toiseen siirtymisen on oltava sujuvaa ja tiedon on oltava koko ketjun ajan käytössä. Tarvitaan myös tuotannollista integraatiota, jotta palveluita pystytään tarjoamaan tarpeenmukaisina kokonaisuuksina. Palveluja ja rakenteita tulee yhdistää ja yhteistyötä lisätä sekä perus- ja erikoistason että eri palveluiden välillä.

Eri ammattilaisten ja palveluntuottajien välillä voidaan ottaa systemaattisesti käyttöön integroitua työvälineitä kuten yhteisiä palvelutarpeen arviointimalleja, konsultaatio- ja lähetekäytäntöjä sekä yhteisiä asiakassuunnitelmia. Merkittävä integraation muoto on myös tahdon ja asenteiden integraatio: järjestäjän ja tuottajien yhteinen tahtotila, jolla integraatio saadaan tarkoituksenmukaisesti toteutettua.

Kansainvälisten tutkimusten mukaan integraatiolla on osoitettu muun muassa laadun, terveydentilan ja asiakastytyväisyyden parantuneen, on pystytty vastaamaan paremmin asiakkaiden tarpeisiin. Tutkimukset osoittavat myös terveyspalveluiden käyttöasteen pienenneen ja kliinisen tehokkuuden parantuneen. Talousvaikutuksista on raportoitu, että erityisesti kustannussäästöihin ei ole päästy, mutta kustannuksiin vaikuttaviin osatavoitteisiin on päästy paremmin (esim. sairaalalähteet tai sairaalassa vietetty aika). Työtyytyväisyys on parantunut, kun on pystytty vastaamaan paremmin asiakastarpeisiin. Pelkästään organisaatiotason yhdistäminen ei näytä olevan välttämätöntä tai riittävää tuottamaan asiakkaille hyvin integroitua palvelua. Samaan organisaatioon kuulumisen ei takaa palveluketjujen saumattomuutta ja muutosvaiheessa samaan organisaatioon siirrettyjen palvelujen väliset raja-aidat saattavat jopa korostua.

4.3 Valinnanvapaus

Hallituksen esitys valinnanvapaudesta annettiin eduskunnalle 9.5.2017 keskeneneräisen luonnosversion käytyä aiemmin kevään 2017 aikana laajan lausuntokierroksen. Asian käsittely eduskunnassa on kesken. Hallitus antaa uuden hallituksen esityksen perustuslakivaliokunnan lausunnon pohjalta.

Käsittelyssä olevan esityksen mukaan kansalaisten mahdollisuutta valita sote-palveluidensa tuottajia voimakkaasti laajennetaan. Valinnanvapauden elementeiksi nousevat uusina muotoina 1) suoran valinnan palvelut (perustason sote-palvelut sote-keskuksissa ja suunhoidon yksiköissä, 2) perus- ja erityispalveluissa käyttöön otettavat asiakassetelit (esim. sote-keskuksesta myönnettävä puheterapia tai liikelaitoksesta myönnettävä asumispalvelu tai kaihitoimenpide) ja 3) henkilökohtainen budjetti tietyille ryhmille (ikäihmiset, vaikea- ja kehitysvammaiset). Suoran valinnan suun terveydenhuollon yksiköt sekä asiakasseteli ja henkilökohtainen budjetti kunkin maakunnan päättämässä palveluissa tulee ottaa käyttöön heti 1.1.2019. Alkuperäisen lakiesityksen mukaan sote-keskukset aloittavat 1.7.2019.

Valinnanvapauden piirissä olisi karkean skaalauksen mukaan noin kolmannes maakunnan koko sote-budjetista: suoran valinnan palveluissa vähintään n. 0,21 mrd€, asiakassetelipalveluissa n. 0,12 mrd€ ja henkilökohtaisen budjetin piirissä n. 0,11 mrd€. Tarkempi jakautuminen riippuu maakunnan päätöksistä, mitä mihinkin valinnanvapausmuotoon sisällytetään.

STM tukee valinnanvapauslain toimeenpanoa ja tarjoaa valtionavustusta valinnanvapauslain mukaisten pilottien käynnistämiseen. Pilotteja on mahdollista kohdentaa sote-keskuksen palveluiden tai henkilökohtaisen budjetin kokeilua varten. Pohjois-Pohjanmaalla aloitetaan henkilökohtaisen budjetin (HKB) pilotoinnin valmistelu tavoitteena maakunnan kuntien yhteinen hakemus toiseen hakuvaiheeseen 14.8.–29.9.2017. HKB-pilotointi ei vaadi kunnallisen toiminnan yhtiöittämistä ja pilotin piiriin kuuluvat palvelut voidaan maakunnassa itse määrittellä. Pilotoinnin aikana luotaisiin valmiudet henkilökohtaisen budjetin toteuttamiselle ennakoon koko maakunnassa huomioiden, että henkilökohtainen budjetti tulee ottaa joka tapauksessa käyttöön heti vuoden 2019 alusta.

Samassa yhteydessä toteutettaisiin kansallisesti kehitetyn digitaalisen palveluseteli- ja ostopalvelujärjestelmän (PSOP) laajamittainen käyttöönotto, jossa henkilökohtaisen budjetin koko hallinnointiprosessi toteutuu sähköisenä. Lisäarvona saataisiin valmiudet myös asiakassetelin ja ostopalveluiden digitalisointiin samaa järjestelmää hyödyntäen.

STM koordinoi maakuntien avuksi laaja-alaista valmistelua valinnanvapauden piiriin kuuluvien palvelukokonaisuuksien kuvaamiseksi, tuottajien mallisopimusten valmistelemiseksi ja tuottajien korvausten määrittelemiseksi.

Mikäli valinnanvapauslaki etenee, on maakunnan kansallisten linjausten, ohjeiden ja kansallisten järjestelmien lisäksi valmistettava ja päätettävä mm.:

- Miten kansalaisten informointi ja ohjaus toteutetaan?
- Millaiset ovat käytännön toimintamallit ja mekanismit toteuttaa valinnanvapaus käytännössä?
- Mitä palveluita sisällytetään lakisääteisten lisäksi (15§) suoran valinnan palveluiksi ja mitä asiakassetelin ja henkilökohtaisen budjetin piiriin?
- Miten kuvataan tarkemmin tuottajille asetettavat ehdot ja korvaukset (mm. palveluiden laatu, sisältö, palvelukuvaukset, ”sääntökirjat”, kiinteät kapitaatiokorvaukset, muut korvaukset, kannustimet/sanktiot)?
- Millainen ohjausjärjestelmä ja menettelyt tarvitaan järjestäjämaakunnan ja tuottajien välille kansallisten järjestelmien lisäksi? Mitä tietoa ja raportointia tarvitaan?
- Miten todennetaan julkisen toimijan kustannusten kohdentuminen ja läpinäkyvyys?
- Miten varmistetaan palveluita tuottavien yhtiöiden kilpailukyky (liiketoimintastrategia) ja miten yhtiöittäminen (mm. henkilöstön siirto) käytännössä toteutetaan? Miten omistaja-ohjaus toteutetaan?
- Miten varmistetaan järjestäjän osalta palveluiden asiakaslähäinen integraatio monitoimijaisessa palvelujärjestelmässä ja prosesseissa?
- Miten toteutetaan tuottajien valvonta?

4.4 Palveluneuvonta ja -ohjaus

Maakunnan on huolehdittava siitä, että kansalaisille on tarjolla tarpeenmukaista neuvontaa ja ohjausta järjestämismallillaan olevien palveluiden osalta. Palveluneuvonnan ja ohjauksen tarve tulee lisääntymään sosiaali- ja terveyspalveluissa erityisesti laajenevan valinnanvapauden ja siihen liittyvien uusien palveluiden järjestämistapojen, suoran valinnan, asiakassetelin ja henkilökohtaisen budjetin myötä.

Lisääntyviin neuvonnan ja ohjauksen tarpeisiin voidaan pääosin vastata lisäämällä, kehittämällä ja hyödyntämällä voimakkaasti digitaalisia neuvonta- ja ohjauspalveluita. Neuvonta- ja ohjausvelvoite on lainsäädännössä määritelty maakunnan ja sen liikelaitoksen lisäksi myös suoran valinnan palveluntuottajille. Erityistä huomiota on kiinnitettävä erityisen tuen tarpeessa oleviin asiakkaisiin, jotka tarvitsevat laaja-alaisesti yhteen sovitettavia tai paljon palveluita.

Palveluneuvontaa ja -ohjausta voidaan kuvata jakamalla se kolmelle porrastuksen tasolle. Ensimmäisen tason muodostaa ns. yleinen palveluneuvonta, joka sisältää laajasti hyvinvointia ja terveyttä edistävää matalan kynnyksen neuvontaa ja ohjausta. Tavoitteena on tunnistaa riskitekijöitä ja palvelutarpeita ja ohjata henkilö tarvittaessa oikean tasoiseen palvelutarvearviointiin. Toteuttajatahona yleisessä palveluneuvonnassa toimivat niin julkiset toimijat (kunnat, maakunta, valtio) kuin yksityiset toimijat ja kolmas sektori.

Toisen tason muodostaa ns. case management, jossa asiakkaan palvelutarpeet selvitetään ja palvelut järjestetään asiakassuunnitelman perusteella ja asiakkaalle nimetään omatyöntekijä. Palveluohjauksen intensiteetti on keskitasoinen ja työskentelyn painotus on ehkäisevä ja tukeva. Tulevaisuudessa suoran valinnan palveluissa sote-keskuksissa ja suun terveydenhuollossa korostuu case management -tason palveluohjaus.

Kolmantena tasona on ns. intensiivinen palveluohjaus, joka kohdistuu laaja-alaisesti palveluita ja ohjausta tarvitseviin asiakkaisiin ja jossa palveluohjauksellinen ote on samalla sekä tukeva että korjaava. Palveluohjauksen intensiteetti on koko palveluprosessin ajan korkea ja asiakkaalle on nimetty omatyöntekijä, jonka tehtävänä on asiakkaan kokonaistilanteen kartoittaminen ja palveluiden yhteensovittaminen.

Laajan ja monimuotoistuvan valinnanvapausjärjestelmän käyttöönotto edellyttää maakunnalta merkittävää valmistelua ja päätöksentekoa sekä tuottajien ja väestön informoimista jo vuosina 2017–2018.



Kuvio 4. Palveluohjauksen porrastuksen tasot (Honkakoski & Kinnunen & Vuorijärvi 2014).

Tulevaisuudessa maakunnan liikelaitoksen vastuulla on laaja-alaisimman ja intensiivisimmän palveluohjauksen järjestäminen.

Palveluohjaus on kokonaisuus, jossa asiakkaan tarpeet, palvelujärjestelmä palveluineen ja yhteiskunnan asettamat taloudelliset ja hallinnolliset reunaehdot kohtaavat. Palveluohjaus edustaa samaan aikaan sekä palveluhallinnon toteuttamistapaa että asiakastyön menetelmää. Toimiva palveluohjaus on suunnitelmallista ja siinä pyritään asiakkaan näkökulman oivaltamiseen ja ymmärtämiseen. Palveluohjauksen ammattilainen on monipuolinen osaaja, joka tuntee hyvin sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmän, mutta osaa hyödyn-

tää laaja-alaisesti myös muita ihmisen arkea tukevia toimijoita, mm. omaisten ja 3. sektorin tukea.

Asiakkaan näkökulmasta neuvonta- ja ohjausprosessin on oltava selkeä. Palvelun tulee olla hyvin saatavilla ja sen tulee tuottaa kulloiseenkin tarpeeseen olennainen ja riittävä tieto ja ohjaus. Asiakassegmentointi on asiakaskunnan ryhmittelyä palvelutarpeen ja ohjauksen näkökulmasta mielekkäisiin, yhteydenpito- ja ohjaustarpeiltaan yhtenäisiin ryhmiin. Asiakkuuden määrittelyn tekee yleensä asiakas itse – joko yksin tai yhdessä ammattilaisen kanssa. Asiakkuusprofilointi viitoittaa tietä erilaisiin asiakaslähtöisiin palvelukokonaisuuksiin. Valittu asiakkuusstrategia ja palvelutarve määrittää sen, miten ohjaus, hoito ja palvelut järjestetään.

Strategisen tason palveluohjaus voidaan ymmärtää väestötasoisien asiakkuuksien ja asiakassegmenttien tunnistamisena ja niiden perusteella esim. alueellisiin palvelutarpeisiin vastaamisena. Tietoon perustuvan strategisen arvioinnin mukaisesti palveluohjauksen eri tasoja pystytään resursoimaan eri kohderyhmittäin.

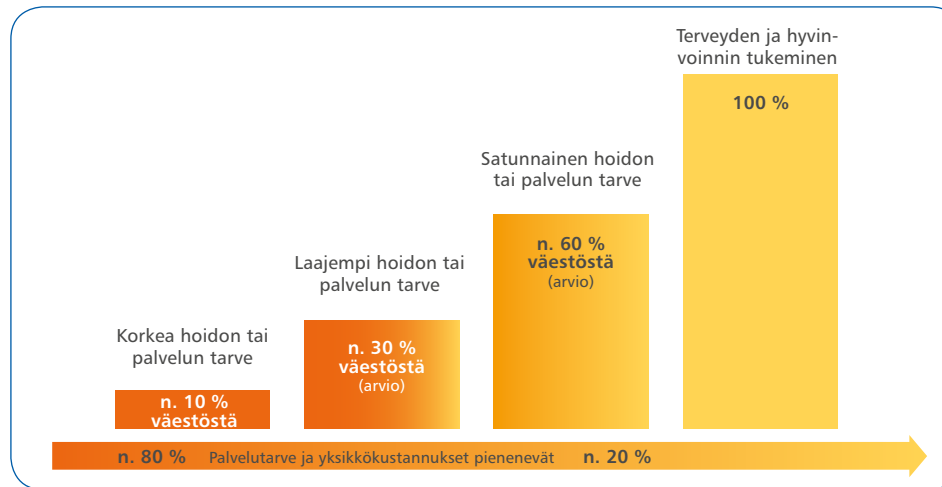
Asiakkaiden tiedonsaanti ja kyky arvioida tietoon perustuvia vaihtoehtoja vaihtelevat väestöryhmittäin. Terveyden ja hyvinvoinnin tukemiseen ja valinnanvapauden käyttöönottoon liittyvät neuvonta ja ohjaus kohdentuvat koko väestöön. Suurin osa väestöstä kykenee hakeutumaan omaan tilanteeseensa sopivaan palveluun, kun tietoa on riittävästi tarjolla. Suurin osa väestöstä kykenee itse omatoimisesti koordinoimaan palveluitaan ja hyötyy eniten digitaalisista palveluista. Tulevaisuuden palveluneuvonnan tulee olla monikanavaista ja digitaaliatiota voimakkaasti hyödyntävää, mutta eri ikä- ja asiakasryhmien tarpeet huomioivaa.

Kansallista digitaalisten palveluiden kehitystyötä kannattaa hyödyntää osana maakunnallista palveluneuvonnan ja -ohjauksen kehittämistä, esimerkiksi Suomi.fi, Omat digiajan hyvinvointipalvelut (ODA) ja parastapalvelua.fi (PSOP-palvelut). Olemassa olevia ja kehittyviä kolmannen sektorin toimijoiden ylläpitämiä sähköisiä neuvontakanavia (toimeksi.fi, ihmiset.fi) on hyödyllistä linkittää osaksi maakunnan hyvinvointia edistävää palveluneuvonnan kokonaisuutta. Kansalaisneuvonnan sisällöllistä kehittämistä tehdään yhteistyössä myös kuntien hyvinvointityön kanssa. Keskitettyä asiakas- ja palveluohjausta parannetaan (ns. KAAPPO-hankkeet) myös STM:n kärki-

hankkeessa, jossa kehitetään ikäihmisten kotihoitoa ja vahvistetaan kaikenikäisten omaishoitoa (I&O). Pohjois-Pohjanmaalla tässä hankkeessa suunnitelmallisesti kehitetään yhtenäisiä palveluohjauksen menetelmiä erityisesti ikäihmisille.

Uudistuvan lainsäädännön lähtökohtana on, että asiakkaalla on nimetty selkeästi yksi omatyöntekijä, vaikka asiakkuus olisikin jakautunut useammalle toimijalle. Jos asiakkuus on pelkästään suoran valinnan palveluissa (sote-keskus tai suun terveydenhuolto), nimeetään omatyöntekijä sieltä. Jos kyseessä on ns. yhteisasiakkuus eli asiakkuus on sekä sote-keskuksessa että maakunnan liikelaitoksessa, tulee maakunnan liikelaitoksen nimetä aina asiakkaalle omatyöntekijä palvelutarvearvion yhteydessä. Omatyöntekijöiden merkitys on suuri erityisesti heikoimmassa asemassa oleville ja monimutkaisempien palvelukokonaisuuksien asiakkaille. Arviolta noin 30 % asiakkaista tarvitsee jossain vaiheessa elämää tai osa jopa jatkuvasti omatyöntekijän tukea palveluidensa koordinoinnissa ja noin 10 %:lla hoidon ja palvelun tarve on korkea ja intensiivinen. Hyvin toimivalla ja oikein porrastetulla neuvonnalla ja palveluohjauksella voidaan saavuttaa merkittäviä laatu- ja kustannushyötyjä. Asiakkaan näkökulmasta henkilökohtainen palveluohjaus on lähipalvelua huomioiden digitaalisten palveluiden mahdollisuudet.

Suoran valinnan palveluntuottajalla on velvoite yhteistyöhön maakunnan liikelaitoksen kanssa yhteisasiakkuuksien osalta. Jotta palveluintegraatio ja yhteinen asiakasvastuu toteutuvat sujuvasti ja optimaalisella tavalla, tulee maakunnan edellyttää palvelusopimuksissa yhteisasiakkuuksien osalta suoran valinnan palveluiden tuottajilta yhteyshenkilön nimeämistä vastinpariksi maakunnan liikelaitoksen omatyöntekijälle. Suoran valinnan palveluissa ja maakunnan liikelaitoksessa tapahtuvat neuvonnan ja palveluohjauksen rooli, vastuut ja velvoitteet määritellään ja kuvataan palvelusopimukseen. Asiakkaan ja hänen asiaansa hoitavien tahojen yhteinen työskentelyväline on strukturoitu ja mallinnettu asiakassuunnitelma. Palveluohjauksen ja päätöksenteon vaikuttavuuden ja yhdenvertaisuuden turvaamiseksi tulee ottaa koko maakunnassa käyttöön yhteiset palvelutarvearvioinnin työvälineet ja palvelukriteerit.



Kuvio 5. Palvelutarve ja kustannukset asiakkaan eri tilanteissa (alueuudistus.fi).

Ehdotetaan, että:

- Maakunta kehittää digitaalisia neuvonta- ja ohjauspalveluita hyödyntäen kansallista digitaalisten palveluiden kehitystyötä.
- Kansalaisneuvonnan sisällöllistä kehittämistä tehdään yhteistyössä maakunnan kuntien ja kolmannen sektorin kanssa.
- Maakunta täsmentää maakunnan liikelaitoksen ja suoran valinnan palveluntuottajien neuvonta- ja ohjausvastuut osana palvelusopimuksia/sopimusohjausta.
 - Maakunta edellyttää palvelusopimuksissa suoran valinnan palveluiden tuottajilta yhteyshenkilön nimeämistä vastinpariksi maakunnan liikelaitoksen omatyöntekijälle.
- Maakunnan liikelaitos perustaa arvioidun asiakastarpeen perusteella alueelliset monialaiset tiimit intensiiviseen palveluohjaukseen ja nimeää omatyöntekijät kaikille laajasti palveluita tarvitseville.
- Maakunnassa yhtenäistetään palvelukriteerit, otetaan käyttöön yhtenäiset palvelutarvearvioinnin työvälineet ja strukturoitu asiakassuunnitelma.

Hyvin toimivilla neuvonta- ja ohjauspalveluilla vastataan kansalaisten tiedon tarpeisiin.

Palveluohjaus toteutetaan asiakaslähtöisesti huomioiden eri asiakasryhmien tarpeet.

Sote-uudistuksen yhteydessä luodaan vuorovaikutteista ja monikanavaista muutosviestintää, joka puhuttelee ihmisiä ja kannustaa toimimaan konkreettisesti – osallistumaan.

4.5 Kansalaisten osallisuus

Maakuntalain mukaisesti maakunnan asukkailla ja palvelujen käyttäjillä on oikeus osallistua ja vaikuttaa maakunnan toimintaan. Laissa säädetään mm. kansalaisten aloiteoikeudesta ja vaikuttamistoimielimistä kuten vanhus-, vammais- ja nuorisoneuvostoista. Maakunnan on otettava asukkaiden näkemykset huomioon, kun maakunta valmistelee palvelulupausta, maakuntien yhteistyösopimusta ja yhteistyöalueen ehdotusta sosiaali- ja terveysministeriölle valtakunnallisista tavoitteista.

Uusissa maakunnissa asukkaiden palvelutarve on palvelujen lähdekohta ja sote-palvelut ovat integroitua asiakaslähtöisesti. Asukkaat vaikuttavat ja valitsevat, joten uuden maakunnan pitää tarjota asukkailla sosiaalisen osallisuuden kokemus. Tulevaisuuden haaste onkin voimakkaasti yhteisöllinen ja viestinnällinen asia, sillä ratkaisujen hyväksyttävyys syntyy vuorovaikutuksessa, aidossa keskustelussa. Kyse on suunnitelmallisesta, säännöllisestä keskustelusta ja konkreettisten vastausten antamisesta ihmisten huoliin ymmärrettävällä ja kuulijoiden mukaan sovitettulla kielellä ja sanastolla. Myös heikommassa asemassa olevia tulee kuulla ja tukea kaikkia osallisuuteen. Vaikeitakin asioita voidaan valaista hyvillä esimerkeillä ja tarinoilla.

Kokemuksen mukaan tarvitaan erilaisia kanavia palautteen antamiseen ja vuorovaikutukseen. Henkilöstön ja kuntalaisten tavoittamisen lisäksi on hyvä muistaa, ettei asukkaiden kiinnostus yhteisten asioiden valmisteluun ole aina itsestäänselvyys. Ennen kuin ihmiset innostuvat osallistumaan, heidät pitää saada kiinnostumaan tekeillä olevasta uudistuksesta. Järjestökumppanuuksia ja erilaisia alueverkostoja hyödynnetään valmistelun ja muutoksen aikana.

Uudessa maakunnassa kumppanuudet ja vuorovaikutusverkostot ovat tärkeässä roolissa ja tulevat olemaan suunniteltu ja integroitu osa maakunnallista järjestämistä. (Vrt. Verkostot ja vuoropuhelu -kappale) Avoimuuden ja osallisuuden periaatteet jatkuvat muutoksen jälkeenkin sekä soten että maakunnan viestinnässä. Avoimen palautteen ja suoran yhteydenoton mahdollisuuksia luodaan niin sähköisiin kuin muihinkin vuorovaikutuskanaviin niin, että ne ovat kaikkien kansalaisten saavutettavissa. Olemassa olevia kansalaisfoorumeja ja alustoja (esim. ihmiset.fi) rohkaistaan käyttämään ja hyödynnetään

enemmän. Lakisääteiset neuvostot perustetaan viipymättä uuden maakunnan aloittaessa toimintansa ja ne tulevat toimimaan kiinteässä yhteistyössä kunnissa olevien vastaavien neuvostojen ja myös järjestöjen sekä muiden kolmannen sektorin toimijoiden kanssa.

Ehdotetaan, että

- avoimen ja matalan kynnyksen vuorovaikutuksen mahdollisuudet ulotetaan kaikille kansalaisille mm. sähköiset alustat aloitteille, kysymyksille ja niiden vastauksille;
- järjestetään säännöllisesti kansalaisten vapaita foorumeja, kyselytunteja tai muita tilaisuuksia seurata, osallistua ja vaikuttaa asioiden valmisteluun, päätöksentekoon ja yhteisiin asioihin;
- kehitetään uusia tapoja kohdata ja osallistua yhdessä eri kohderyhmien kuten ikäihmisten, nuorison tai erityisryhmien kanssa;
- lakisääteiset neuvostot perustetaan välittömästi maakunnan aloittaessa toiminnan.

5 Sote-palveluiden järjestäminen

5.1 Järjestämisvastuu

Maakuntalain (MaakL) 7§:n mukaan maakunta voi järjestää tehtäviensä hoitamisen itse tai sopia järjestämisvastuun siirtämisestä toiselle maakunnalle. Maakunta vastaa asukkaan laissa säädettyjen oikeuksien toteutumisesta ja palvelukokonaisuuksien yhteensovittamisesta sekä järjestettävien palvelujen ja muiden toimenpiteiden yhdenvertaisesta saatavuudesta; tarpeen, määrän ja laadun määrittelemisestä; tuottamistavasta; tuottamisen ohjauksesta ja valvonnasta sekä viranomaiselle kuuluvan toimivallan käyttämisestä.

Maakunta voi tuottaa järjestämisvastuulleen kuuluvat palvelut itse, yhteistoiminnassa muiden maakuntien kanssa tai hankkia ne sopimukseen perustuen muilta palvelujen tuottajilta, jollei lailla toisin säädetä. Julkisen hallintotehtävän maakunta voi antaa muulle kuin viranomaiselle vain, jos siitä lailla erikseen säädetään. (MaakL 8§)

Lakiehdotuksessa sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä (SoteJL) täydennetään maakunnan järjestämisvastuuta. Järjestämisvastuuseen kuuluu toiminnan yhteensovittaminen kunnan, valtion ja maakunnan muiden palvelujen kanssa. Järjestämisvastuussa oleva maakunta huolehtii lisäksi siitä, että palvelun tuottajat toimivat keskenään yhteistyössä siten, että asiakkaiden käytössä on yhteen sovitettuja palveluja (SoteJL 9§).

Lain 4§:n mukaan sosiaali- ja terveydenhuolto on suunniteltava ja toteutettava sisällöltään, laajuudeltaan ja laadultaan sellaisina kuin asiakkaiden tarve edellyttää. Palvelut on toteutettava yhteen sovitettuina palvelukokonaisuuksina sekä maakunnan väestön tarpeet huomioon ottaen lähellä asiakkaita. Palveluja kootaan suurempiin kokonaisuuksiin silloin, kun palvelujen saatavuus ja laadun turvaaminen edellyttävät erityisosaamista tai kalliita investointeja tai kun palvelujen tarkoituksenmukainen, kustannusvaikuttava ja tehokas toteuttaminen edellyttävät sitä.

Maakunnan on huolehdittava laaja-alaisesti yhteen sovitettuja palveluja tarvitsevien asiakasryhmien ja asiakkaiden tunnistamisesta, palveluketju-

jen ja palvelukokonaisuuksien määrittelemisestä sekä asiakasta koskevan tiedon hyödyntämisestä eri tuottajien välillä (SoteJL 13§).

Maakunnan on laadittava pitkän aikavälin tavoitteet sisältävä sosiaali- ja terveydenhuollon palvelustrategia. Siinä päätetään myös yksityisiltä sosiaali- ja terveydenhuollon palvelun tuottajilta hankittavien palvelujen vähimmäismäärää koskevat tavoitteet. Strategiassa on lisäksi määriteltävä, mikä osa hankinnoista kilpailutetaan palvelujen innovatiivisuutta ja kustannusvaikuttavuutta parantavien uusien ratkaisujen kehittämiseksi (SoteJL 14§).

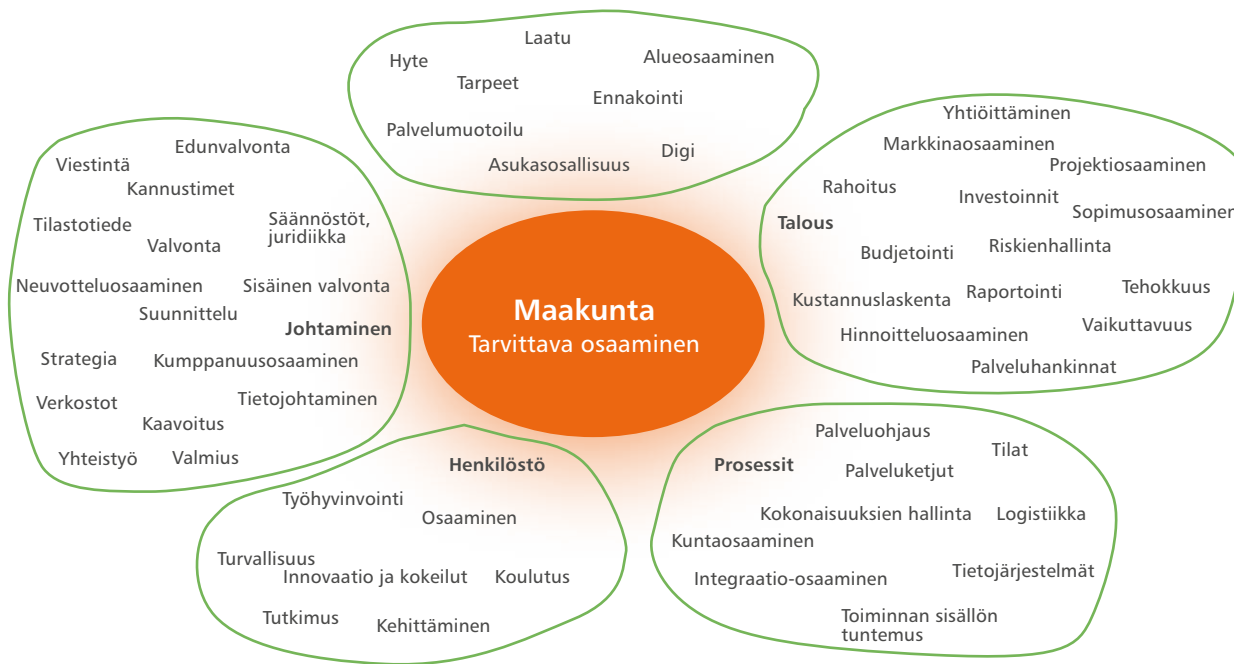
Palvelulupaus kertoo maakunnan asukkaille siitä, miten maakunta toteuttaa sosiaali- ja terveystaloudelliset palvelut. Palvelulupaus voidaan laatia osana maakuntastrategiaa (SoteJL 15§). Maakunnan on järjestettävä sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut siten, että asiakkaalla on mahdollisuus valita palvelun tuottaja (SoteJL 12§).

Järjestäjän on oltava vahva osaja, sillä onnistuminen on kiinni järjestäjän vahvuudesta ja kyvykkyydestä ohjata koko toimintaa. Tavoitteet, linjaukset ja valinnat on kyettävä muuttamaan palveluketjuiksi ja korvauksiksi eri toimijoille. Järjestäjä ei saa olla neuvotteluissa tuottajien, ei omaan konserniin kuuluvien eikä muidenkaan, juoksutettavissa. Sen on kyettävä tietoon perustaen rakentamaan tarvittavat palvelukokonaisuudet ja varmistamaan asiakaslähtöinen integraatio.

Maakunnan sotea vastaavasta liikelaitoksesta tulee väistämättä paitisi iso organisaatio myös osaamiselta vahva organisaatio. Sen rahoitus on samankaltaisessa asemassa kuin kunnat rahoittajina – sairaanhoitopiiri. Suhde on koettu vaikeaksi, erityisesti siinä on ollut tiedon ylivalta tuottajalla. Järjestäjän onkin löydettävä hyvä muoto tavoitteenasettelulle ja mittaroinnille ja omattava riittävä osaaminen tasavertaisen vuoropuhelun aikaansaamiseksi. Tavoitteen asettelu ja ohjauksen pitää kuitenkin jättää liikkumatila tuottajalle.

Monituottajamallissa on jo nyt runsaasti julkisesti rahoitettua yksityistä toimintaa (yritykset, kolmas sektori), joissa palveluintegraatiole olisi suuri tarve. Uudistus merkitsee selvää lisäystä toimijakirjoon ja korostaa integraation tarvetta. Järjestäjän onkin kyettävä erimuotoisin päätösin, sopimuksin ja hankinnoin ohjamaan, edistämään ja johtamaan yhteistyötä (MaakL9§). Järjestäjä vastaa siitä, että palvelut muodostavat yhtenäisen ja toimivan palveluketjun. Tiedon kulkeminen ja integraatio eli tietojärjestelmien toiminta on avainroolissa.

Järjestäjälle kuuluvien tehtävien pohjalta voidaan myös alkaa rakentaa tarvittavaa osaamista. Osaamisalueita voisi kuvata esimerkiksi seuraavasti:



Kuva 6. Maakunnan järjestäjän osaamistarpeet.

Perinteisen konsernin johtamisen osaamisen lisäksi erityisesti sopimusehtojen määrittely suoran valinnanvapauden tai muun hankitun palvelun (asiakasseteli, henkilökohtainen budjetti) osalta haastavat järjestäjää. Sen on sopimuksellisin keinoin kyettävä hallitsemaan eri tuottajista koostuvaa kokonaisuutta sekä tuottajien korvauksia ja vastuuta. Maakunnan onkin vahvistettava sopimusoosaamistaan. Sen on myös kyettävä arvioimaan markkinatilannetta ja kehittämään markkinoita.

Sopimus-, palveluketju-, talous-, hyvinvointi- ja terveystietouden lisäksi sekä valmistelijoilla että päättäjillä on oltava avointa mieltä ja harkintakykyä siitä, mitä kannattaa tehdä itse, mitä antaa markkinoille laissa säädetyn lisäksi ja mitä tehdä toisten maakuntien kanssa yhdessä. Tällöin tulee kyetä ammattimaisesti ja oman tuotannon intresseistä riippumattomalla tavalla arvioimaan oman tuotannon tehokkuutta. Järjestäjän on arvioitava myös laatua ja vaikuttavuutta.

Samalla kun korostetaan järjestäjän vahvuutta, on paikallaan painottaa myös sitä, että tuottajilla pitää olla riittävästi vapautta toimintamuotojen valinnassa ja työnsä organisoinnissa. Kilpailun keskeisimpinä hyötyinä nähdäänkin useasti innovaatioiden käyttöönottoa edistävä vaikutus.

Aiemmin kuvatun pohjalta järjestäjän vastuussa korostuu:

- palvelutarpeen ja sen kehityksen arviointi
- vaikuttavuus ja palvelukyky
- valinnat strategisesti tärkeistä asioista
- optimaalisen palveluverkon suunnittelu
- strategiset tavoitteet ja niistä johdetut toiminnalliset tavoitteet (strategia, palvelustrategia, palvelulupaus)
- palveluiden kokonaisuuden hallinta: asiakaslähtöinen palveluintegraatio (asiakas- ja palveluohjaus)
- asiakkuuksien hallinta
- toimittajaverkoston hallinta, sopimusvalvonta, laadun arviointi
- palveluiden kehittäminen yhdessä tuottajien kanssa; innovaatioiden käyttöönotto

- markkinoiden arviointi ja kehittäminen
- kumppanuuden ja luottamuksen rakentaminen
- tuki kuntien ja muiden toimijoiden hyvinvoinnin ja terveyden edistämiseksi
- palvelutuotannon valvonta
- poliittisten valintojen tekeminen

Järjestäjän mahdollisuutta onnistua tehtävässään tukee/tukisi seuraavat työkalut:

- toimivat tietojärjestelmät
- ajantasainen ja luotettava tieto
 - strateginen ohjaaminen
 - operatiivinen johtaminen
 - asiakastarpeiden ennakointi
 - palveluiden/hoidon porrastus, prosessien johtaminen, palvelurakenteen muutokset, valinnanvapauden toteutuminen, kustannusten hallinta ja laadun toteutuminen
 - asiakkaiden kokemustieto
 - sopimusten toteutuminen
- vertailukelpoinen tieto palveluntuottajien laadusta, kustannuksista ja vaikuttavuudesta
- integraatiovälineet (asiakassuunnitelma, case managerit, personal trainerit)
- päättäjän check-lista: vaihtoehtojen arviointi (itse, yhdessä, markkinoilta)
- uudenlaiset yhteistyömallit: allianssimallit, yhteisyritykset, vaikuttavuusinvestointimallit, integraattorimallit, kumppanuusmallit
- systemaattinen ja määrämuotoinen vuoropuhelu kumppaneiden kanssa
- yhteisen tietopohjan rakentaminen (yhteistyöalue)

Näistä osa on täysin maakunnan omista käsissä. Osa – lähinnä tietoon ja tietojärjestelmiin liittyvät kysymykset – ovat ainakin osin kansallisten ratkaisujen takana.

Tuleva tilanne haastaa maakunnan luomaan toimivat vuoropuhelun muodot paitsi kuntien ja eri tuottajien kanssa myös tutkimus- ja koulutusorganisaatioiden, järjestöjen ja elinkeinoelämän sekä innovaatiotoimijoiden kanssa unohtamatta omaa henkilöstöä. Luottamus ja sen myötä menestyksellinen toiminta syntyy vain avoimen systemaattisen vuoropuhelun kautta.

Maakunnan järjestäjänä tulee

- laatia palvelustrategia ja palvelulupaus;
- toteuttaa asiakaslähtöinen palveluintegraatio ja määritellä palveluketjut ja -kokonaisuudet valinnanvapautta koskevat säännökset huomioiden;
- laatia sopimusehdot (sisältäen mm. laatukriteerit, korvausperusteet ja kannusteet);
- arvioida markkinatilannetta ja kehittää markkinoita;
- ohjata eri toimijoiden yhteistyötä ja vuoropuhelua.

Järjestäjän on oltava vahva osaaja, joka sopimuksellisin keinoin kykenee hallitsemaan kokonaisuutta, tuottajien korvauksia ja vastuita sekä asiakkaiden palveluketjuja.

5.2 Omistajaohjaus soten näkökulmasta

Maakuntavaltuustolle ja -hallitukselle kuuluu omistajana ja rahoittajana nykyisten kunnanvaltuuston ja -hallituksen tavoin vastuu konsernin kokonaisohjauksesta, johon myös omistajaohjaus kuuluu (MaakL 16§). Maakunnalla on oltava strategia, jossa maakuntavaltuusto päättää maakunnan toiminnan ja talouden pitkän aikavälin tavoitteista. Maakunnan strategiassa tulee käsitellä mm. omistajapolitiikkaa.

Maakunta asettaa liikelaitokselleen ja tytäryhteisöilleen tavoitteet mm. tehokkuuden ja tuottavuuden suhteen. Se kantaa myös huolta niiden toiminta- ja kilpailukykyvystä.

Maakuntakonsernin ohjaamisen osaamiseen tarvitaan samoja taitoja, joita kuntakonsernissa on tarvittu. Tällöin tulee kyetä ammatillisesti ja oman tuotannon intresseistä riippumattomalla tavalla arvioimaan oman tuotannon tehokkuutta.

Maakuntien käynnistäessä toimintaansa kannattaa perehtyä maamme kunnallishallinnon ja kansainvälisiin kokemuksiin tilaaja-tuottaja-malleista, analysoida niitä ja rakentaa niidenkin pohjalta uutta ohjausmallia.

Aiemmin on jo korostettu järjestäjän palveluintegraation roolia ja merkitystä. Uusiin tapoihin ja ituihin kannattaa perehtyä ja oppia niistä.

Järjestäminen ja siihen liittyvä toimintafilosofia haastaa päättäjiä tulevalla vaalikaudella-maakunnissa. Näyttää selvältä, että järjestämisestä vastuullisen on oltava paitsi riittävän vahva ja osaava myös halukas ja kyvykäs asettumaan oman tuotannon johtamisen sijasta kokonaisuuden hallintaan.

Maakuntavaltuustoa sen päätöstehtävässä avustavat maakuntahallitus ja sen tukena oleva konsernijohto. Toiminnan käynnistyessä 1.1.2019 niitä haastavat erityisesti:

- omistajapolitiikan luominen;
- palvelujen tuottamista koskevat linjaukset;
- onnistuneen konserniorganisaation luominen (ml. järjestämisen ja omistajaohjauksen rakenteiden määrittely);
- (valinnanvapauden aiheuttama) kilpailukykyisen tuotannon suunnittelu ja toteutus;
- liikelaitosten lukumäärästä ja sisällöstä päättäminen;
- kilpailukykyisen yhtiörakenteen suunnittelu ja toteutus riittävän aikaisessa vaiheessa;
- sen ratkaiseminen hallintosäännöllä, miten tytäryhtiöiden omistajaohjaus toteutetaan;
- konserniinsa kuuluvan henkilöstön motivaatiosta huolehtiminen muutostilanteessa, sillä halu tehdä työnsä hyvin on merkittävä tuottavuuteen vaikuttava tekijä.

5.3 Viranomaistoiminnot ja asiakkuuksiin liittyvä päätöksenteko

Maakunta vastaa sosiaali- ja terveydenhuollon viranomaistoimintojen järjestämisestä. Liikelaitoksen viranhaltijat voivat tehdä viranomaispäätöksiä ja käyttää julkista valtaa. Esimerkkinä julkisen vallan käytöstä ovat tahdosta riippumattomat hoidot ja sosiaalihuollon viranomaispäätökset. Julkinen sosiaali- ja terveydenhuolto koostuu pääasiassa tosiasiallisesta hallintotoiminnasta, kuten huollosta ja hoidosta, missä ei käytetä julkista valtaa. Viranomaistoimintaan liittyy oikeus käyttää tarvittaessa pakkokeinoja päätösten täytäntöön panemiseksi.

Suomen perustuslain 124 §:ssä on ilmaistu ns. virkamieshallinto-periaate. Julkinen hallintotehtävä voidaan antaa muulle kuin viranomaiselle vain lailla tai lain nojalla. Merkittävää julkisen vallan käyttöä sisältäviä tehtäviä voidaan kuitenkin antaa vain viranomaiselle. Virkamieshallintoperiaatteen tarkoituksena on turvata julkisen vallan käyttöä koskevan päätöksenteon lainmukaisuus, yhdenvertaisuus ja puolueettomuus.

Lainsäädäntöuudistusten seurauksena ammatillisen harkinnan osuus on lisääntynyt. Käypä hoito -suositusten tapaisia keinoja pitäisi sosiaalihuollossa kehittää. Suositukset tukisivat viranhaltijoiden harkintaa vaativassa asiakastyössä. Asiakkaan ottaminen mukaan omien palvelujensa suunnitteluun tuo lisäelementtejä harkintaan. Asiakas-teli, henkilökohtainen budjetti ja monet terveydenhuollon hoitopäätökset jättävät potilaalle harkintavaltaa ja myös vastuuta.

Erityislainsäädännöllä edellytetään, että määrätty tehtävät kuuluvat viranhaltijoiden tehtäviksi. Perusoikeuksien rajoittamisesta sosiaali- ja terveydenhuollossa säädetään kehitysvammaisten erityishuollosta annetussa laissa, (jäljempänä kehitysvammalaki), mielenterveyslaissa, lastensuojelulaissa, päihdehuoltolaissa ja tartuntatautilaissa (liite 4).

Sosiaalihuollossa viranomaistoimintaa sisältyy sosiaalihuoltoon liittyvään palvelutarpeen arviointiin, asiakassuunnitelman tekoon ja päätöksentekoon, ilmoitusten vastaanottamiseen ja niistä seuraaviin toimiin, asiakasmaksuja koskevaan päätöksentekoon, lastenvalvojan tehtäviin sekä adoptioon liittyviin tehtäviin. Terveydenhuollossa vi-

ranomaistoimintaa liittyy esimerkiksi kuolemansyyn selvittämiseen sekä virka-apupyntöihin.

Terveydenhuoltolain 57 §:n mukaan terveydenhuollon toimintayksikössä on oltava vastaava lääkäri, jonka on johdettava ja valvottava toimintayksikön terveyden- ja sairaanhoitoa. Potilaan sairaanhoidon aloittamisesta ja lopettamisesta sekä potilaan siirtämisestä toiseen toimintayksikköön päättää vastaava lääkäri tai hänen antamiensa ohjeiden mukaan muu laillistettu ammattihenkilö. Henkilön, jonka tehtäviin kuuluu julkisen vallan käyttö, on oltava virkasuhteessa kuntaan tai kuntayhtymään. Lisäksi suunhoidon yksikössä on oltava hammaslääketieteellisestä toiminnasta vastaava henkilö.

Kunnalla on oltava johtosäännössä määrätty sosiaalihuollon johtava viranhaltija, joka täyttää sosiaalihuoltolain 46a §:n 1 momentin mukaiset kelpoisuusvaatimukset. Johtavan viranhaltijan tehtävät liittyvät mm. lastensuojelulain mukaisiin päätöksiin. Johtava viranhaltija voi määrätä jonkun virkasuhteessa olevan sosiaalityöntekijän tekemään kyseisiä päätöksiä.

Vanhuspalvelulain mukaan on järjestettävä neuvontapalveluja. Lisäksi on tarjottava hyvinvointia, terveyttä, toimintakykyä ja itsenäistä suoriutumista tukevia terveystarkastuksia, vastaanottoja tai kotikäyntejä. Neuvontaa ja ohjausta annetaan asiakkaille ilman, että palvelun antamisesta asiakkaalle olisi tehtävä hallintopäätös. Sosiaalihuollon asiakkuus alkaa vasta, kun henkilön hakemusta tai muulla tavoin viereille tullutta asiaa aletaan käsitellä tai kun hän on aloittanut tietyn sosiaalipalvelun käyttämisen. Ihmistien hoidon ja palvelujen sujuvuuden näkökulmasta on oleellista, että viranomaistoiminnot saadaan organisoitua asiakaslähtöisesti liikelaitoksen ja muiden palveluntuottajien välillä.

Sosiaali- ja terveydenhuollon valvonta

Sosiaali- ja terveydenhuollon kokonaisuudistuksen myötä valvonnan tehtävä korostuu. Painopiste siirtyy omavalvontaan ja tavoitteena on oikea-aikainen ja merkittäviin asiakokonaisuuksiin keskittyvä valvonta. Valtion valvonta- ja lupavirasto hoitaisi jatkossa mm. sosiaali- ja terveydenhuollon lainsäädännön toimeenpano-, ohjaus- ja valvontatehtäviä. Osin tehtäviä hoitaa Lääkealan turvallisuus- ja

kehittämiskeskus Fimea ja osa tehtävistä siirretään sosiaali- ja terveysministeriöön. Iso kokonaisuus on sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilöiden rekisteröinti ja valvonta sekä yksityisten ja julkisten sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatioiden rekisteröinti, lupahallinto, ohjaus ja valvonta. Muiden tehtäväkokonaisuuksien lisäksi uuteen virastoon kootaan raskauden keskeyttämisasiat ja sterilisaatioasiat, adoptiolain mukaiset tehtävät ja adoptiolautakunnan tehtävät, hedelmöityshoidon luvat sekä sosiaali- ja terveydenhuollon tietojärjestelmien valvonta. Lisäksi virastolle perustettaneen uusi oikeuslääkinnän valvontatehtävä.

Fimealle kuuluvia tehtäviä ovat terveydenhuollon laitteiden ja tarvikkeiden valvonta sekä biopankkien ohjaus-, valvonta- ja rekisteröintitehtävät. Lisäksi Fimealle kuuluvat erinäiset kudoslakiin perustuvat lupa- ja valvontatehtävät ja geenitekniikkalain mukaiset valvontatehtävät. Yksikköön perustettaneen uusi tehtävä muun kuin kliinisen lääketieteelliseen tutkimuksen valvonnassa. Sosiaali- ja terveysministeriölle kuuluu jatkossa Valtion lupa- ja valvontaviraston ohjaus toimialallaan, minkä lisäksi nykyisen TUKIJAn (Valtakunnallinen lääketieteellinen tutkimuseettinen toimikunta) uudistettava tehtäväkokonaisuus siirretään ministeriön yhteyteen.

Asiakasmaksut

Asiakasmaksulainsäädännön kokonaisuudistus on valmisteilla. Tällä hetkellä asiakasmaksut voivat vaihdella asiakasmaksulain sääntelyn rajoissa. Mikäli enimmäismäärä ei ole säädetty, voi maksu olla enintään palvelujen tuottamisesta aiheutuvien kustannusten suuruinen. Uudistuksen yhteydessä määritellään asiakasmaksujen rajaukset ja maakunnat määrittelevät asiakasmaksut alueellaan. Uudistamistyössä terveydenhuollon ja sosiaalihuollon maksuperusteita lähennetään palvelujen yhteensovittamisen helpottamiseksi.

Tärkeä asiakasmaksuihin liittyvä tarkennettava kohta liittyy henkilökohtaisen budjetin ja asiakaseteleiden asiakkuuksien omavastuuosuuksiin. Mikäli ko. valinnanvapauden elementeillä tuotetuista palveluista ei saisi periä asiakasmaksuja, laajenisivat nykyisin vammaispalveluihin liittyvät maksuttomat palvelut myös vanhuspalveluihin, sillä henkilökohtainen budjetti on tarkoitus ottaa käyttöön myös

Maakunta ei voi siirtää suoran valinnan palveluihin tehtäviä, joihin sisältyy julkisen vallan käyttöä, jolle tehtävän antamisesta muulle kuin viranomaiselle ole säädetty erikseen.

Maakunnalla tulee olemaan vahva sosiaali- ja terveydenhuollon valvontatehtävä.

vanhuspalveluissa. Tämä on tärkeä yksityiskohta pitkien etäisyyksien ja ikääntyvän väestön olosuhteissa. Mikäli käyttäjät joutuvat edelleen maksamaan palveluista, tulee omavastuiden kohtuullisuus tärkeäksi osatekijäksi yhdenvertaisuuden näkökulmasta (esim. asumisen vuokrataso).

Viranomaistoimintojen osalta tulee valmistella:

- julkisen vallan päätöksenteon delegointisäännöt (monijäseniseltä toimielimeltä viranhaltijoille),
- sosiaali- ja terveydenhuollon vastuuviranomaisten määrittelyt hallintosääntöön,
- palvelujen myöntämisen kriteeristöjen määrittely ja yhdenmukaistaminen,
- asiakasmaksujen määrittelemine uudistuvan asiakasmaksulainsäädännön tarkennusten myötä,
- valvontaan liittyvien tehtävien kokonaisuuden määrittelemine ja vastuujao.

5.4 Monituottajuus

Maakuntien tuleva perustehtävä on palveluiden järjestäminen asukkaille. Monituottajuutta koskevat strategiset tavoitteet ja linjaukset sisällytetään osaksi maakunnan palvelustrategiaa, jossa huomioidaan kansalliset tavoitteet. Linjattavia asioita ovat mm. yksityisiltä palveluntuottajilta hankittavien palvelujen vähimmäismäärää koskevat tavoitteet sekä innovatiivisuutta ja kustannusvaikuttavuutta parantavien uusien ratkaisujen osuus hankinnoista. Palvelustrategiassa linjataan myös, missä laajuudessa, palveluissa, aikataulussa ja periaattein asiakasseteli ja henkilökohtainen budjetti toteutetaan maakunnassa.

Monituottajuuden optimaalisella hyödyntämisellä ja aktiivisella johtamisella voidaan parhaimmillaan saavuttaa merkittävää kokonaistaloudellista vaikuttavuutta sosiaali- ja terveyspalveluiden saa-

tavuuden, laadun ja talouden näkökulmista. Samaan aikaan monituottajuudella luodaan uudenlaisia mahdollisuuksia myös alueen elinvoiman kehittymiselle. Vaikuttavinta järjestämistapaa arvioidessa tulee monituottajuuden näkökulmasta ottaa huomioon asiakkaiden palvelutarpeiden lisäksi mm. markkinatilanne niin palveluittain kuin maakunnan eri alueilla. Markkinoiden aktiivinen kehittäminen, markkinatuntemus, ennakointi ja markkinavuoropuhelun ylläpitäminen eri toimijoiden kanssa ovat järjestämisen ydintehtäviä, joilla voidaan paitsi tehokkaasti kehittää markkinoita haluttuun suuntaan niin myös vaikuttaa ei-toivottujen markkinapuutostilanteiden syntymiseen. Myös markkinakäyttäytymiseen liittyvää analysointia ja ennakointia tarvitaan järjestämisen hallinnassa. Erityisesti suoran valinnan palveluiden osalta markkinakäyttäytymisen arvioiminen ennakkoon on haasteellista. Ennakoinnissa voidaan hyödyntää soveltaen valinnanvapauspilottien kokemuksia.

Maakunnan strategisen hankinnan roolina on arvioida hankintoja kokonaisuutena maakunnan strategisten painopisteiden ja kokonaisedun kannalta. Monituottajuuden hallintaan sisältyy myös sen arvioiminen, voidaanko hankinnassa käyttää yhteishankintoja tai sidosyksiköitä ja voidaanko joitakin palveluja toteuttaa kumppanuudessa muiden kanssa. Tärkeä osa strategista hankintaa on uudenlaisten innovaatioiden kehityksen tukeminen erilaisten hankintamallien käytön kautta yhdistettynä markkinatuntemukseen ja -vuoropuheluun.

Monituottajuuden hallinnassa verkostomainen toimintatapa ja eri tahojen yhteistyö korostuvat. Markkinoiden ja innovaatioiden syntymisen edistämiseksi on tärkeää se, että yritysten ja yrittäjäjärjestöjen kanssa käydään säännöllistä vuoropuhelua palvelutuotantoa koskevista suunnitelmista ja tarpeista. Maakunnan alueella tehdään jo ennen uuden maakunnan aloittamista kattava markkina-analyysi, jonka perusteella voidaan tunnistaa monituottajuuden kehitystarpeet ja mahdollisuudet sekä asettaa konkreettiset kehitystavoitteet osana maakunnallista palvelustrategiaa.

Ehdotetaan että:

- Vuosina 2017–2018 tehdään kattavat markkina-analysit monipuolista näkemystä hyödyntäen.
- Täsmennetään maakunnan ja maakunnan liikelaitoksen roolit monituottajuuden toteuttamisessa strategisen ja operatiivisen toiminnan osalta.
- Monituottajuutta koskevat järjestämisen strategiset tavoitteet ja linjat sisällytetään osaksi maakunnan palvelustrategiaa:
 - yksityisiltä sosiaali- ja terveydenhuollon palvelun tuottajilta hankittavien palvelujen vähimmäismäärää koskevat tavoitteet,
 - innovatiivisuutta ja kustannusvaikuttavuutta parantavien uusien ratkaisujen osuus hankinnoista,
 - linjat, missä laajuudessa, palveluissa ja aikataululla sekä periaattein asiakasseteli ja henkilökohtainen budjetti toteutetaan maakunnassa.
- Sovitaan säännöllisen vuoropuhelun tavat yrittäjäjärjestöjen ja kaupakamarin kanssa.

5.5 Ohjausmekanismit

Kansallisen ohjauksen tavoitteena on palvelurakenteen jatkuva kehittäminen ja uudistaminen siten, että se ottaa huomioon maakunnan asukkaiden ja asiakkaiden tarpeet sekä maakuntien edellytykset järjestää palvelut kestäväällä tavalla. Keskeiset ohjauksen elementit ovat julkisen talouden suunnitelma (JTS), valtion talousarvio sekä maakuntia koskeva lainsäädäntö. Sosiaali- ja terveydenhuollon yleinen ohjaus, suunnittelu, kehittäminen ja valvonta kuuluvat jatkossakin STM:lle. Ministeriöön perustetaan ohjausyksikkö, joka huolehtii kansallisten tavoitteiden valmistelusta sekä niiden huomioimisesta maakunnissa. Lisäksi valtiovarainministeriön yhteydessä toimii jatkossa maakuntatalouden neuvottelukunta, jonka tehtävänä on edistää strategisten linjausten toteutumista ja eri toimijoiden välistä yhteistyötä.

Kansalliset, strategisen tason tavoitteet vahvistetaan valtioneuvostossa neljän vuoden välein. Samassa yhteydessä määritellään tarvittaessa maakuntakohtaiset strategiset tavoitteet sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämiselle. Valtakunnallisiin tavoitteisiin sisältyisivät mm. linjat maakuntien väliseen yhteistyöhön, laajakantoisiin investointeihin, tuotantorakenteen ja tapojen sekä tiedonhallinnan kehittämiseen liittyen. Valtioneuvoston vahvistamat strategiset linjat täydentävät sosiaali- ja terveydenhuollon lainsäädäntöä ja nostavat esiin ajankohtaisia palvelujen uudistamis- ja kehittämistarpeita.

Keskeinen osa valtion ja maakuntien välisiä ohjausmekanismeja ja vuoropuhelua ovat vuosittaiset lakiin kirjatut neuvottelut, joissa arvioidaan miten maakuntien vastuulle kuuluvat sosiaali- ja terveyspalvelut sekä hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen ovat toteutuneet ja miten niitä pitäisi edelleen kehittää. Lisäksi käydään läpi maakunnan taloutta, kustannuskehitystä ja mahdollisten sopeutustoimien tarvetta sekä käsitellään mm. maakuntien investointisuunnitelmia. Neuvottelujen vetovastuussa on valtionvarainministeriö. On tärkeää, että neuvottelumekanismista rakentuu vuorovaikutteinen, vaikuttava ja maakuntien palvelutarpeet ja erityispiirteet huomioiva. Valtion ja maakuntien välisten neuvottelujen lisäksi maakunnan ja sen alueen kuntien tulee neuvotella valtuustokausittain mm. tehtävien hoitamiseen liittyvästä yhteistyöstä, tavoitteista ja työnjaosta.

Vahvistuva valtion ohjaus ja maakuntien itsehallinto on tärkeää pystyä sovittamaan aidosti yhteen. Yleiskatteellinen rahoitus sekä maakuntien ja valtion väliset vuotuiset neuvottelut tukevat osaltaan itsehallinnon toteutumista. Yleiskatteellisuuden periaatteen mukaan maakunta päättää, miten ja millä perusteilla se kohdentaa rahoituksen maakunnan eri tehtäviin.

Jatkossa monialaisiin maakuntiin kohdistuu toiminnallisia ja taloudellisia tavoitteita useista eri ministeriöistä ja muilta kansallisilta toimijoilta. Valtiovallan on kyettävä toteuttamaan maakuntien ohjaus yhden tahon kautta siten, että valtion eri toimijoiden ohjaus on yhteen sovitettu.

Ohjausjärjestelmästä tekee haastavan mm. se, että maakunnat ovat väestöpohjaltaan, ikärakenteeltaan, palvelutarpeiltaan, toimintakulttuuriltaan ja maantieteellisiltä olosuhteiltaan hyvin erilaisia. On pystyttävä sovittamaan yhteen kansallisen ja maakuntien tason strate-

Monituottajuuden hyödyt otetaan optimaalisesti käyttöön maakunnassa järjestäjän aktiivisella otteella markkinoiden johtamisessa, kehittämisessä ja kumppanuuden hallinnassa.

giset ja toiminnalliset tavoitteet. Pohjois-Pohjanmaalla mm. väestön ikääntyminen, kaupunki- ja maaseututoimintaympäristö sekä pitkät etäisyydet on huomioitava resurssien allokoinnissa.

Syksystä 2017 alkaen kaikki maakunnat osallistuvat maakuntatalous- ja sen ohjauksen kansalliseen simulointiin. Simuloinnin avulla on mm. tarkoitus ottaa haltuun maakuntien talous- ja ohjausprosessi, pienentää epätarkkuuksia budjetoinnissa ensimmäisinä vuosina, saada maakunnittain näkemys rahoituksen riittävydestä ja sopeutus- tarpeista sekä saada tietoa talous- ja ohjausprosessien sisällöllisestä ja aikataulullisesta toimivuudesta.

Maakunnan sisäiset ohjausmekanismi kytkeytyvät mm. maakuntakonsernin sekä järjestäjän, liikelaitoksen ja yhtiöiden toimintaan. Ylintä päätösvaltaa maakunnassa käyttää valtuusto. Maakuntakonsernia on johdettava tavoitteellisesti ja kokonaisoptimointi varmistuen. Kriittistä on toimivan johtamisjärjestelmän rakentaminen sekä mekanismit vaikuttavalle omistajaohjaukselle.

Maakunnissa on tärkeä löytää kustannusten ja rahoituksen tasapaino sosiaali- ja terveydenhuollon sekä maakunnan muiden tehtävänäalojen välillä. Järjestäjän tehtävänä on jakaa resurssit vaikuttavasti palvelutarpeisiin sekä maakunnan strategisiin linjauksiin pohjautuen. Lisäksi on huomioitava maakunnan eri alueiden olosuhteet, erityispiirteet ja mm. markkinatilanne. Resurssien kohdentamisen on oltava tavoitteellista sekä asiakaslähtöiseen kehittämiseen ja uudistamiseen ohjaava. On löydettävä säännöt ja mekanismit rahoituksen allokoinnille. Samoin on tarkasteltava erilaisia kannustinelementtejä sekä mm. tuottajakorvausjärjestelmän rakentamista kustannustehokkaaksi ja vaikuttavaksi. Lukuisat maakunnan tehtävistä ovat luonteeltaan viranomaistoimintaa, jolloin mahdollisuudet rahoituksen kohdentamiseen ovat osin rajalliset.

Maakunnissa tarvitaan jämäkkää, asiakaslähtöistä ja palvelutarpeisiin pohjautuvaa päätöksentekoa, jotta esitetyt linjaukset ja uudistukset konkretisoituvat. Päätöksissä on pystyttävä tarkastelemaan maakunnan kokonaisuutta, ennakoitava tulevaa sekä kyettävä irtautumaan entisistä toimintamalleista ja rakenteista. Tehdyt päätökset on toimeenpantava suunnitelmallisesti.

Toimivat ohjausmekanismi edellyttävät:

- Vahvistuva valtion ohjaus ja maakuntien itsehallinto on pystyttävä sovittamaan aidosti yhteen.
- Valtiovallan on kyettävä toteuttamaan maakuntien ohjaus yhden tahon kautta siten, että valtion eri toimijoiden ohjaus on yhteensovitettu.
- Valtion ja maakuntien välinen vuotuinen neuvottelumekanismi on rakennettava vuorovaikutteiseksi, vaikuttavaksi ja maakuntien erityispiirteet huomioivaksi.
- Kriittistä on onnistuminen toimivan johtamisjärjestelmän rakentamisessa maakuntaan.
- Päätöksenteon on oltava jämäkkää, asiakaslähtöistä, palvelutarpeisiin pohjautuvaa ja koko maakunnan etu huomioivaa. Tehdyt päätökset on toimeenpantava suunnitelmallisesti.
- Yleiskatteellisuuden periaatteen mukaan järjestäjä vastaa maakunnan rahoituksen kohdentamisesta palvelutarpeet, olosuhteet, erityispiirteet ja mm. markkinatilanne huomioiden. Tähän on maakunnassa oltava toimivat säännöt ja mekanismit. Samoin on löydettävä tasapaino monialaisten maakunnan eri tehtävänäalojen välillä.

5.6 Taloudelliset tavoitteet

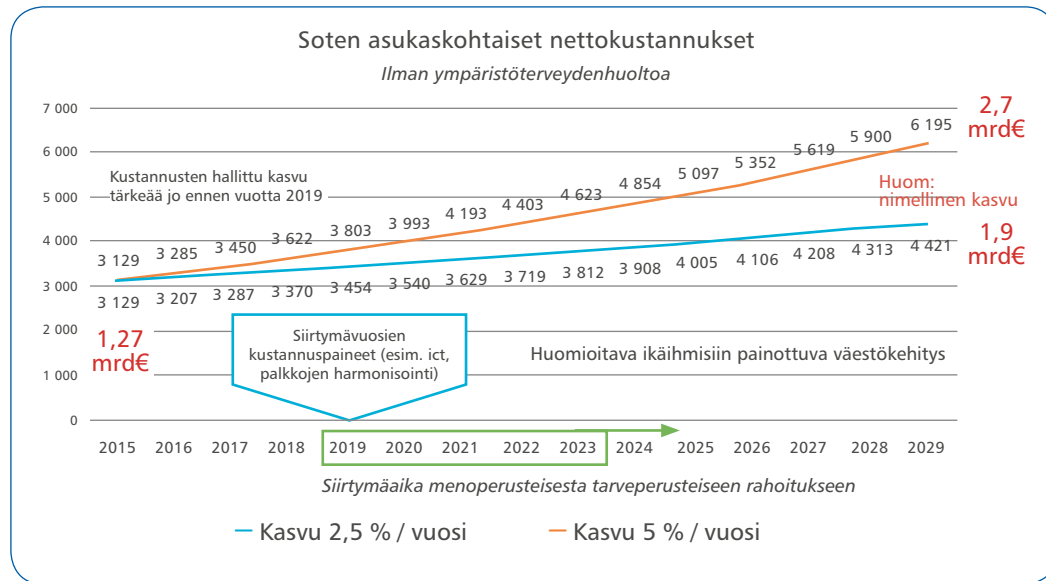
Keskeisenä tavoitteena PoPSTerissa on maakunnan asukaskohtaisten sote-kustannusten nettokasvun taittaminen pysyvästi palvelujen laatu turvaten. STM:n laskelmien mukaan kansalliset sote-menot kasvavat nimellisesti noin 4,4 %/vuosi ajalla 2020–2029. Tasapainotustavoitteen saavuttaminen edellyttäisi kasvun hillitsemistä alle 3 %:iin. Asiantuntija-arvioiden mukaan tavoite on kunnianhimoinen, mutta mahdollinen.

Kansalliset ja maakunnan linjaukset huomioiden PoPSTerin työryhmille asetettiin tasapainotustavoitteet. Niin Pohjois-Pohjanmaalla kuin koko maan tasolla sote-kustannukset tulevat kasvamaan mm.

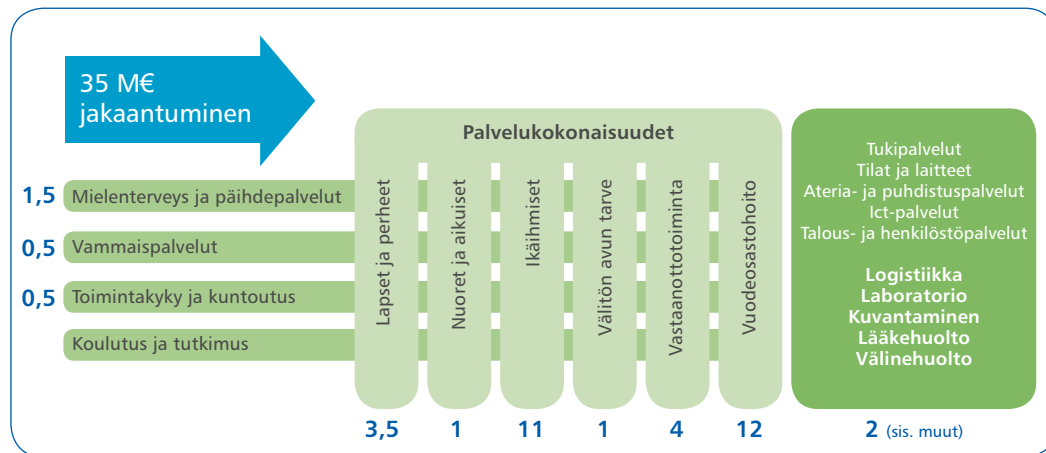
ikäntyminen ja siihen liittyvät palvelutarpeet huomioiden. Kyse on siis kustannusten kasvun pitämisestä hallittuna, ei niinkään varsinaisista säästöistä. Niin sanotut temppuratkaisut eivät riitä, vaan kustannuskäyrä on saatava matalammalle kasvu-uralle pysyvästi. Mikäli esimerkiksi 5 %:n vuotuinen asukaskohtainen nettokasvu pystytään puolittamaan, tarkoittaa tämä Pohjois-Pohjanmaalla tarkastelujakson alussa noin 35 miljoonaa euroa matalampia vuotuisia sote-kustannuksia. Vuoteen 2029 mennessä ero kehitysurissa kasvaa merkittäväksi.

Asukaskohtaisten kustannusten taittamisen tavoite (n. 35 M€/vuosi) jaettiin PoPSTERin työryhmille huomioiden lakiesityksen taustamateriaalina olevat vaikutusten arvioinnit, Pohjois-Pohjanmaan erityispiirteet sekä väestörakenteen ja palvelutarpeiden kehitys, optimointipotentiaali, sähköisten palveluiden ja teknologian mahdollisuudet sekä hyvien käytäntöjen laajentaminen maakunnan tasolle. Kustannusten lisäksi on huomioitava myös muut resurssit, kuten henkilöstö ja kiinteistöt. Yksittäisten palvelukokonaisuuksien tarkastelua tärkeämpää on varmistaa maakunnan tasolla resurssien kokonaisoptimointi ja uudelleen kohdentaminen. Tasapainotustavoitteet eivät myöskään kehity ajassa tasaisesti, vaan siirtymävuosiin ja uudistuksen toimeenpanoon liittyy huomattavia kustannuspaineita. Samoin tietyt rakennemuutokset ovat aikaan sidottuja, kuten esimerkiksi tulevaisuuden sairaalan rakennusaikataulu. Muutoksen alkuvaiheessa on varauduttava kustannusten nousuun liittyen mm. hallinnon uudelleen organisoitumiseen, palkkojen harmonisointiin ja tietojärjestelmien uudistamiseen. Muutostalustusten painopiste on arvioitu vuosille 2017–2024, joskin kustannuspaineita ilmenee varmasti myös tämän jälkeen. Olennaista on pystyä hillitsemään sote-kustannuksia jo ennen vuotta 2019.

Kaikki työryhmät päätyivät siihen lopputulokseen, että asetetut tasapainotustavoitteet on mahdollista saavuttaa. Se edellyttää merkittäviä muutoksia rakenteisiin, prosesseihin ja toimintakäytäntöihin. Eri toimijoilta vaaditaan innovatiivisia ratkaisuja ja rohkeaa uudistamista.



Kuva 7. Soten asukaskohtaiset nettokustannukset



Kuva 8. Työryhmille asetetut tasapainotustavoitteet.

Työryhmien keskeisimmät esitykset kustannuskehityksen taittamiseen:

Asiakaslähtöiset, toimivat palvelut

- Asiakaslähtöinen ohjaus ja neuvonta, palveluohjaus sekä palvelutarpeen arviointi toimivat.
- Palvelut ovat saatavilla ja saavutettavissa asiakkaan palvelutarpeeseen perustuen oikea-aikaisesti, oikean tasoisine ja sujuvina palveluketjuina.
- Sähköiset ja liikkuvat palvelut mahdollistavat uudenlaisia lähipalveluja, ”digi on liki”. Teknologiaa ja robotiikkaa on hyödynnettävä huomattavasti nykyistä tehokkaammin.
- Palvelut joustavat asiakkaiden muuttuvien palvelutarpeiden mukaan.
- Paljon palveluja tarvitseville varmistetaan integroidut ohjaus- ja palveluprosessit.
- Asiakkaat kytketään tiiviimmin mukaan prosesseihin ja niiden kehittämiseen.
- Kuntalaisten ja asiakkaiden/potilaiden omaa roolia ja vastuuta vahvistetaan.

Palvelurakenne ja -verkko

- Palveluja tarjotaan pääsääntöisesti ihmisten arkiympäristöissä. Kalleimpien/raskaimpien palveluiden epätarkoituksenmukaista käyttöä vähennetään hallitusti ja ennaltaehkäiseviä palveluja sekä avopainotteisuutta vahvistetaan. Mielekkään ja turvallisen arjen ja mm. työllisyyden hoidon uusien keinojen avulla hillitään raskaimpien palveluiden tarvetta.
- Maakunnan tasolla selkeytetään priorisointia ja toteutetaan sen edellyttämät toimenpiteet, kuten esim. palveluverkon ja -rakenteen tarkastelu.
- Erikoistuneissa ja vaativimmissa palveluissa laatua ja vaikuttavuutta parannetaan keskittämällä osaamista varmistaen kuitenkin samalla riittävä tuki koko maakunnan alueelle.

Resurssien käyttö

- Resurssit kohdennetaan maakunnan alueella palvelutarpeisiin ja mm. maakunnan eri osien erityispiirteisiin ja olosuhteisiin perustuen. Koko maakunnan alueella hyödynnetään parhaita käytäntöjä.
- Työn tehokkuutta ja tuottavuutta lisätään ja olemassa olevat resurssit hyödynnetään mahdollisimman vaikuttavasti. Otetaan käyttöön mm. tarvittavat toiminnanohjausjärjestelmät.
- Tiedon on seurattava asiakasta, jotta vältetään päällekkäistä ja resursseja tuhlaavaa työtä.
- Palveluiden kysyntää vähennetään esim. hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen keinoin.

Monituottajuus ja kumppanuudet

- Monituottajuus nähdään strategisena voimavarana ja normaalina toimintamallina palvelutuotannossa.
- Yhdyspinnat kuntiin ovat toimivat ja 3. sektori, kuten järjestöt ja seurakunnat, ovat kumppaneita.
- Hyödynnetään ja luodaan innovatiivisia verkostoja palvelujen tuotannossa ja kehittämistyössä.

Kokonaiskuvan hahmottamiseksi työryhmien esitysten perusteella on laadittu yhteenvetoja (ns. resurssikarttoja) resurssien uudelleen kohdentamisesta palvelukokonaisuuksien sisällä ja niiden välillä. Esimerkiksi avopalveluiden vahvistaminen ja sähköisten palveluiden hyödyntäminen muuttavat resurssien käytön painopisteitä. Tyypillisesti raskaampien palveluiden vähentäminen edellyttää muilta palvelukokonaisuuksilta vahvaa tukea, joka vaikuttaa myös resurssien allokointiin.

Lakiesityksen mukaan valtaosa rahoituksesta kohdennetaan maakuntiin asukkaiden palvelutarpeeseen pohjautuen. Kansalaisten yhdenvertaisuuden ja palveluiden saatavuuden näkökulmasta malli ohjaa resursseja niihin maakuntiin, joissa sote-kustannukset ovat

laskennallisia palvelutarpeita matalammat, kuten esim. Pohjois-Pohjanmaalla on tilanne. Myös maakuntien sisällä rahoituksen kohdentamisen tulee pohjautua palvelutarpeisiin. Tällä hetkellä resurssit eivät kaikilta osin jakaannu oikein ja yhdenvertaisesti.

Kansallisten tasapainotustavoitteiden toteutuminen edellyttää, että kaikissa maakunnissa pyritään enintään tarpeita vastaaviin kustannuksiin palveluiden laatu turvaten. Maakuntien välisten kustannusten vertailussa voidaan hyödyntää THL:n tarvekertoimia. Mikäli kaikki maakunnat pystyisivät julkisten menojen osalta toimimaan tarvevakiointi huomioiden Pohjois-Pohjanmaan kustannustasolla, olisi laskennallinen säästöpotentiaali kansallisesti n. 1,37 miljardia euroa. Jos laskelmiin otetaan mukaan KELA:n korvaaman yksityisen hoidon kustannukset, nousee potentiaali 1,6 miljardiin.

Vaikka Pohjois-Pohjanmaalla tarvevakioidut kustannukset ovat maan matalimmat, on maakunnan sisällä sote-kustannuksissa olennaista vaihtelua. Jatkossa maakunnan tehtävänä on päättää rahoituksen kohdentamisesta siten, että resurssit ovat tasapainossa palvelutarpeiden ja olosuhdetekijöiden kanssa. Ohjauksen tavoitteena on suunnata toimintaa maakunnan strategisten linjausten mukaisesti sekä kannustaa mm. asiakaslähtöisyyteen, kehittämiseen ja rohkeaan uudistamiseen sekä kokonaisoptimointiin.

Lakiesityksen mukaan siirtyminen menoperustaisesta tarveperustaiseen rahoitukseen tapahtuisi vaiheittain, ja laskennallinen rahoitus olisi täysimääräisesti käytössä vuonna 2024. Siirtymäaikana monialaisten maakuntien tulee pystyä sopeuttamaan toiminta rahoitusperusteita vastaavaksi varmistuen samalla toiminnan laatu ja vaikuttavuus. Myös maakunnan sisäisesti on asetettava tavoitteita ja ohjattava toimintaa siten, että viimeistään siirtymäajan jälkeen resurssit kohdentuvat palvelutarpeisiin pohjautuen.

Maakunnat ovat kantokyvyiltään hyvin erilaisia uudistuksen käynnistymisvaiheesta lähtien. Maakunnalle voitaisiin tarvittaessa myöntää maksuvalmiusongelmiin lyhytaikaista lainaa, valtiontakauksia tai valtionavustuksia sekä harkinnanvaraista lisärahoitusta. Lähtökohtaisesti lakiesitys velvoittaa maakuntia budjetoimaan menot käytettävissä olevan rahoituksen mukaan. Mahdollisiin ongelmiin tulisi puuttua jo varhaisessa vaiheessa mm. maakuntien ja valtion välisissä neuvotteluissa. Taloudellisiin vaikeuksiin joutuneessa maakunnassa voitai-

siin myös käynnistää arviointimenettely, jossa maakunnan tilannetta tarkastellaan kokonaisvaltaisesti eri asiantuntijatahojen toimesta.

Laissa esitetty rahoitusmalli jättää auki kysymyksiä sen kannustinvaikutuksista maakuntien näkökulmasta. Ns. hyte-kerroin on tulossa mukaan maakuntien rahoitukseen vuodesta 2022 alkaen. Hyte-kerroimen osuus rahoituksesta on pieni, vain n. 1 %. Jatkossa tulisi arvioida, voidaanko rahoitukseen liittää mukaan myös muita kannustinelementtejä esim. THL:n ikävakioituun sairastavuusindeksiin liittyen.

Jotta palvelutarpeisiin perustuva laskennallinen rahoitus riittää maakunnassa:

- Maakunnan resurssien kohdentamisen tulee perustua palvelutarpeisiin ja asiakaslähtöisyyteen.
- Johtamisessa eri tasoilla on onnistuttava.
 - Päätöksenteon ja johtamisen on perustuttava tietoon.
 - On oltava osaamista ja kykyä päättää asioista sekä toimeenpanna tehdyt päätökset johdonmukaisesti.
- Asiakaslähtöisen palveluintegraation on toteuduttava.
 - Raskaimpien/kalleimpien palvelujen epätarkoituksenmukaista käyttöä on vähennettävä hallitusti ja samalla vahvistettava ennaltaehkäiseviä palveluja ja avopainotteisuutta. Palvelurakenne ja -verkkoratkaisut edistävät tätä tavoitetta.
 - Paljon palveluja tarvitseville on varmistettava integroidut ohjaus- ja palveluprosessit, jotka perustuvat asiakassuunnitelmiin.
- Asiakaslähtöisiä sähköisiä ja liikkuvia palveluja, teknologiaa ja robotiikkaa on hyödynnettävä huomattavasti nykyistä laajemmin.
- On rakennettava yhteiset ja yhteen sovitettut tietojärjestelmät.
- On laadittava analyysi markkinoiden toiminnasta ja samalla arvioitava oman toiminnan tehokkuutta, vaikuttavuutta ja laatua.
- Työn tehokkuutta ja tuottavuutta on lisättävä ja olemassa olevat resurssit on hyödynnettävä mahdollisimman tehokkaasti. Parhaat käytännöt on levitettävä koko maakuntaan.

Kaikki PoPSTERin työryhmät päätyivät siihen lopputulokseen, että asetetut tasapainotustavoitteet on mahdollista saavuttaa. Se edellyttää merkittäviä muutoksia rakenteisiin, prosesseihin ja toimintakäytäntöihin.

5.7 Yhteistyöalue

Yhteistyöalueeseen kuuluvien maakuntien on tarkoitus sovittaa yhteen sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut niin, että alueellisesti toimiva ja tarkoituksenmukainen kokonaisuus mahdollistuu. Yhteistyösopimuksessa on huomioitava yhteistyöalueen asukkaiden palvelutarpeet ja sosiaali- ja terveydenhuollon valtakunnalliset tavoitteet. Yhteisesti on sovittava toimenpiteistä, joilla toteutetaan koko yhteistyöalueella vaikuttava, laadukas ja kustannustehokas tuotantorakenne. Pohjois-Suomen yhteistyöalueen muodostavat Keski-Pohjanmaan, Pohjois-Pohjanmaan, Kainuun ja Lapin maakunnat.

Yhteistyöalue
– maakuntien välinen yhteistyö



Kuvio 9. Maakuntien välinen yhteistyö.

Kuviossa esitetään lakiesityksen mukaisia maakuntien välistä yhteistyötä koskevia säännöksiä. Tärkein näistä säännöksistä on järjestämislain 16 §, jonka mukaan:

- Sosiaali- ja terveydenhuollon alueelliseksi yhteensovittamiseksi sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistyöalueeseen kuuluvien maakuntien on tehtävä yhteistyösopimus. Sopimus on laadittava valtuustokausittain. Sopimuksessa on otettava huomioon asiakkaiden tarpeet sekä 26 §:n mukaiset sosiaali- ja terveydenhuollon valtakunnalliset tavoitteet. Sopimuksen toteutumista on seurattava ja arvioitava vuosittain. Sopimusta on tarvittaessa muutettava.
- Yhteistyösopimuksessa on sovittava:
 - 1) toimenpiteistä palvelujen integraation ja yhdenvertaisen saatavuuden, asiakkaiden osallistumisoikeuksien ja vaikutusmahdollisuuksien sekä kielellisten oikeuksien varmistamiseksi;
 - 2) toimenpiteistä vaikuttavan, laadukkaan ja kustannustehokkaan sosiaali- ja terveydenhuollon tuotantorakenteen varmistamiseksi;
 - 3) maakuntien työnjaosta ja yhteistyöstä ympärivuorokautisen päivystyksen tuottamisessa siltä osin kuin siitä ei säädetä 11 §:ssä tai muualla;
 - 4) ensihoidon yhteistyöstä ja sovittamisesta yhteen muun toiminnan kanssa sekä ensihoitokeskuksen toiminnan rahoittamisesta;
 - 5) maakuntien työnjaosta ja yhteistyöstä muiden kuin 3 ja 4 kohdassa tarkoitettujen sosiaali- ja terveystieteiden ja tukipalvelujen järjestämisessä, muun toiminnan yhteensovittamisesta sekä uusien menetelmien käyttöönoton periaatteista;
 - 6) yhteistyöalueen investointisuunnitelmasta, johon sisältyy maakuntalain 12 §:ssä tarkoitettu maakuntien yhteinen esitys valtioneuvostolle sosiaali- ja terveydenhuollon taloudellisesti merkittävistä tai sosiaali- ja terveydenhuollon toiminnan tai palvelujärjestelmän kannalta muutoin laajakantoisista investoinneista;

- 7) maakuntien yhteistyöstä ja työnjaosta koulutuksen, tutkimuksen ja kehittämistoiminnan toteuttamisessa;
 - 8) sosiaali- ja terveydenhuollon tiedonhallinnan ja sähköisten palvelujen kehittämisestä ja asiakas- ja potilastietojen käytön yhteensovittamisesta sekä julkisen hallinnon tietohallinnon ohjauksesta annetun lain (634/2011) mukaisen alueellisen kokonaisarkkitehtuurin määrittelystä yhteistyöalueella;
 - 9) häiriö- ja poikkeustilanteisiin varautumisen edellyttämisestä toimenpiteistä;
 - 10) muusta sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistyöstä.
- Edellä 2 momentin 4 ja 5 kohdassa tarkoitettujen työnjakojen on edistettävä asiakas- ja potilasturvallisuutta ja muuta laatua sekä tarkoituksenmukaisen, kustannusvaikuttavan ja tehokkaan tuotantorakenteen toteutumista. Työnjaossa on lisäksi varmistettava, että yhteistyösopimuksen perusteella palveluja antavassa toimintayksikössä on tehtävän hoitamiseksi riittävät taloudelliset ja henkilöstövoimavarat sekä osaaminen.
 - Valtioneuvoston asetuksella voidaan lisäksi antaa tarkempia säännöksiä 2 momentissa tarkoitetuista asioista, joista on sovittava yhteistyösopimuksessa.

Yhteistyöalueeseen kuuluvien maakuntien on sovittava soten kehittämistoiminnan yhteistyöstä. Lisäksi on tehtävä yhteistyötä uusien menetelmien, tuotteiden ja palvelujen kehittämisessä sekä soten osamistarpeen arvioinnin osalta. Yhteistyötahoja näissä asioissa ovat yliopistot, korkeakoulut, järjestöt ja elinkeinoelämä. (SL 35 §)

Edeltävän lisäksi maakunnilla on mahdollisuus toteuttaa yhdessä eri asioita. Tällaisia voisivat esimerkiksi olla seuraavat:

Pohjoisen yhteistyöalueen (PYTTY) yhteistyökohteet



Kuvio 10. Pohjoisen yhteistyöalueen yhteistyökohteet.

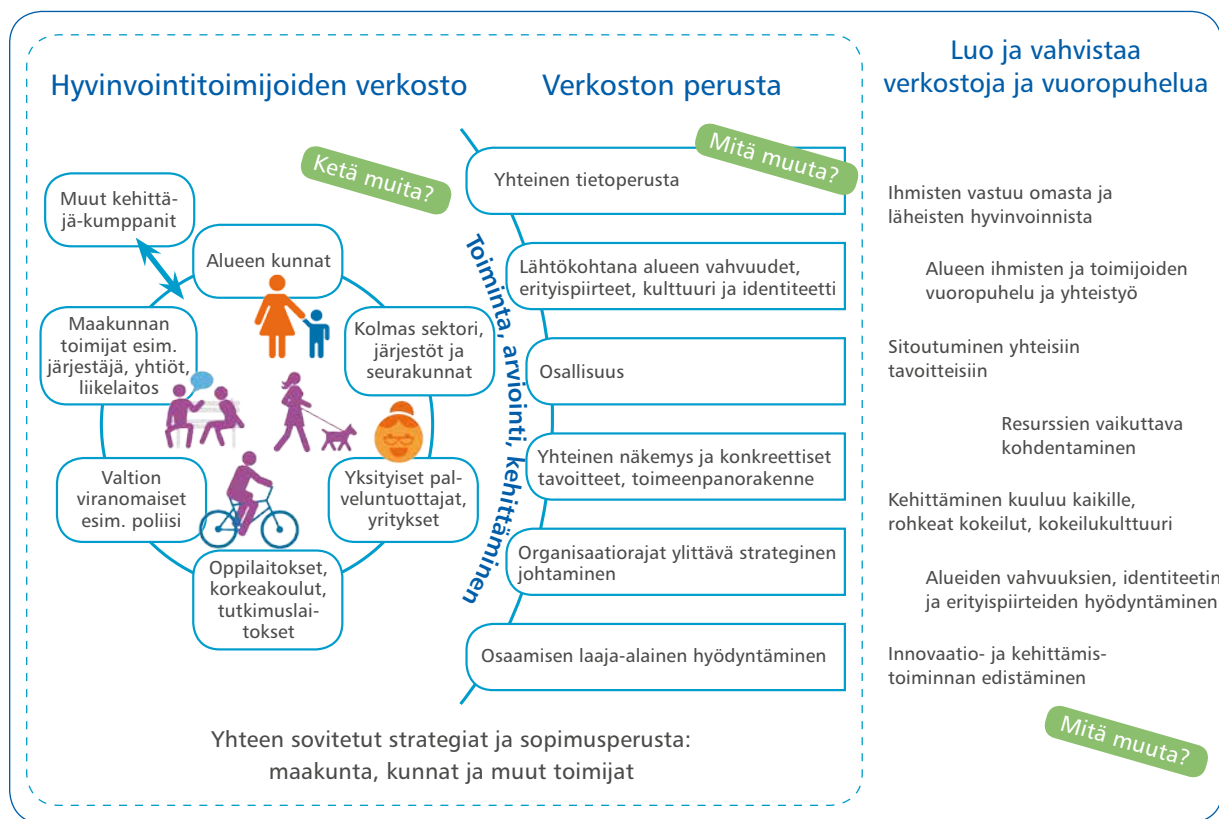
Tavoiteltavaa on, että maakunnat kykenevät luomaan yhteisiä tukirakenteita esimerkiksi tietotuotannossa. Tästä hyötyisivät veronmaksajat, eikä autonomiakaan kärsi siitä, jos tietoa kerätään, jalostetaan sekä analysoidaan ja hyödynnetään yhdessä. Myös tuottamisratkaisuissa olisi löydettävissä yhteisiä tehokkuutta kasvattavia ratkaisuja. Tällaisiksi ja tarkemman selvittelyn kohteeksi voi listata mm. laboratoriotoiminnan, kuvantamisen ja patologian.

Pohjoisen yhteistyöalueen on:

- valmisteltava yhteistyösopimus,
- luotava yhteinen hanke, jolla selvitetään
 - mitä toimintoja kannattaa tehdä yhdessä,
 - missä tuotannon toteutus vaatii yhteisiä ratkaisuja,
 - mitä ovat yhteisen tietotuotannon mahdollisuudet.

5.8 Verkostot ja vuoropuhelu

Maakunnan sosiaali- ja terveystalvelujen järjestäminen ja tuottaminen edellyttää yhteistyörakenteiden luomista maakunnan sisällä kuntien, järjestöjen, seurakuntien, yritysten, koulutus- ja tutkimusorganisaatioiden sekä valtionhallinnon toimijoiden kanssa sekä säännöllistä vuoropuhelua näiden toimijoiden ja alueen ihmisten kesken. Lisäksi tarvitaan säännöllistä vuoropuhelua ministeriöiden kanssa valtakunnallisiin tavoitteisiin ja rahoitukseen liittyvän ohjauksen, arvioinnin ja seurannan toteuttamiseksi. Pohjois-Pohjanmaan maakunnalla on



Kuvio 11. Hyvinvointitoimijoiden verkosto.

myös vastuu yhteistoiminta-alueen yhteistoimintasopimuksen ja siihen liittyvän yhteistyön rakentamisessa.

Kuntien kanssa tapahtuva vuoropuhelu tulee olla säännöllistä maakuntastrategian ja palvelustrategian laatimisessa ja seurannassa sekä erityisesti hyvinvoinnin ja terveyden edistämiseen liittyvän yhteisen tavoiteasetannan ja seurannan osalta. Hyvinvointikertomus muodostaa tässä yhteisen tieto- ja arviointipohjan. Kuntien kanssa käytävää vuoropuhelua varten tarvitaan säännöllisesti toimivat yhteistyörakenteet, joissa voidaan tarkastella alueellisesti ja kuntakohtaisesti väestön hyvinvointia, siihen vaikuttavia tekijöitä sekä kunnan ja maakunnan työnjakoa ja palvelujärjestelmien toimivuutta. Erityisesti lasten ja perheiden palvelujen ja ikäihmisten arjen sujuvuuden kannalta toimivalla yhteistyöllä ja työnjaolla on tärkeä toiminnallinen merkitys ja myös kustannusvaikutus. Kuntien ja maakunnan välinen yhteistyö edellyttää myös alueellisia/seudullisia yhteistyörakenteita, jotka voidaan muodostaa sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmän alueellisen organisoinnin mukaisesti huomioiden myös muut maakunnan tehtävät.

Kolmannen sektorin ja siellä toimivien järjestöjen merkitys ihmisten sosiaalisten verkostojen, vertaistuen, palvelutarpeiden esille tuomisen ja arjen sujuvuuden kannalta on tärkeä. Maakunnan tasolla tarvitaan nykyistä järjestöneuvottelukuntaa vastaava yhteistyörakenne, jossa järjestöjen näkemykset ja tarpeet saadaan maakunnan toiminnan suunnittelun ja johtamisen käyttöön. Lisäksi järjestöjen ja vapaaehtoisten toimintaa tulee kytkeä osaksi asiakasprosesseja ja sen vuoksi tarvitaan palvelukokonaisuuksittain koottuja yhteistyöryhmiä tai yhteistyöverkostoja. Esimerkkeinä näistä ovat ikääntyneiden ihmisten palveluihin liittyvät järjestöt ja vapaaehtoistyö, lasten ja perheiden toimintaan liittyvät järjestöt sekä eri potilasryhmien toimintaan liittyvät järjestöt. Koska valtaosa järjestöistä toimii paikallisesti kunnissa tai seudullisesti, kuntien rooli järjestöjen kanssa tehtävässä yhteistyössä on tärkeä etenkin sellaisen kolmannen sektorin toiminnan osalta, joka liittyy lähiyhteisöjen tarjoamaan arjen tukeen. Järjestöjen taloudellinen tukeminen tulee määritellä yhteistyössä maakunnan ja kuntien kanssa. Tässäkin mielessä järjestöneuvottelukuntaa vastaava yhteistyörakenne on perusteltua.

Vuoropuhelu ja verkostojen toiminta pohjautuu maakunnan, kunnan ja muiden toimijoiden paikallistasolla yhteen sovitettuihin strategioihin sekä palvelujen järjestämistä ja tuottamista koskeviin sopimuksiin. Tästä prosessista ja sen johtamisesta vastaa paikallistasolla kunta ja maakuntatasolla maakunta.

Yritysten rooli palveluntuottajina lisääntyy ja tästä syystä tarvitaan maakunnan sosiaali- ja terveydenhuollon ja yrityssektorin säännöllistä vuoropuhelua ja rakenteen luomista tätä varten. Kauppakamarien ja yrittäjäjärjestöjen sekä maakunnan elinkeinojen edistämisorganisaatioiden kanssa on tarpeen luoda yhteistyörakenne, jossa voidaan tarkastella sosiaali- ja terveydenhuollon markkinatilannetta ja sen kehittymistä. Sosiaali- ja terveysalaan liittyvien palveluntuottajien (julkisten, yksityisten ja järjestöjen) kanssa yhdessä tulee tarkastella palvelutuotannon edellytyksiä, sille asetettavia vaatimuksia ja kustannustasoa ja markkinoiden kehittymistä sekä etsiä keinoja uusien innovaatioiden löytämiseksi palvelujen tuottamiseen.

Maakuntalaki sekä sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämislaki antavat valtiovarainministeriölle ja sosiaali- ja terveysministeriölle oikeudet ohjata maakunnan sosiaali- ja palvelujärjestelmän kustannustasoa ja palveluja ja asettaa niitä koskevia tavoitteita yhdessä maakuntien kanssa. Tästä syystä maakunta järjestäjänä käy säännöllistä vuoropuhelua näiden tahojen kanssa maakunnan väestön palvelutarpeesta ja kustannuksista sekä rahoituksen riittävydestä. Myös valvontaviranomainen tulee olemaan keskeinen yhteistyökumppani, jonka kanssa tulee luoda lainsäädäntöön pohjautuva käytännön työnjako valvontaan liittyvissä kysymyksissä.

Maakuntien välinen vuoropuhelu ja kokemusten vaihto tulee olemaan varsinkin uudistuksen valmisteluvaiheessa ja käynnistämisessä tärkeää ja sen lisäksi Pohjois-Pohjanmaan maakunnalla on vastuu yhteistoiminta-alueen yhteistyön organisoinnissa ja johtamisessa.

Maakunnan järjestämistehtävää organisoitaessa ja resursoitaessa tulee huomioida edellä olevat yhteistyötarpeet ja vastuutta yhteistyörakenteiden synnyttäminen osana järjestämiseen liittyvää tehtävää. Yhteistyövelvoite ja siihen liittyvät käytännöt tulee ottaa osaksi eri toimijoiden kanssa tehtäviä sopimuksia.

Ehdotetaan, että:

- Kuntien kanssa käytävää vuoropuhelua varten luodaan säännöllisesti toimivat yhteistyörakenteet.
- Maakunnan tasolle luodaan nykyistä järjestöneuvottelukuntaa vastaava yhteistyörakenne.
- Järjestöjen ja vapaaehtoisten toiminta kytketään osaksi asiakasprosesseja esimerkiksi muodostaen palvelukokonaisuuksittain koottuja yhteistyöryhmiä tai yhteistyöverkostoja.
- Järjestöjen taloudellinen tukeminen määritellään yhteistyössä kuntien kanssa.
- Kauppakamarin, yrittäjäjärjestöjen ja maakunnan elinkeinojen edistämisorganisaatioiden kanssa luodaan yhteistyörakenne.
- Alan yritysten kanssa käydään säännöllistä vuoropuhelua mm. palveluiden vaatimustasoista, kustannuksista ja korvauksista.

Vuoropuheluun tarvitaan säännölliset ja toimivat rakenteet.

5.9 Hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen

Elinvoimaisen kunnan ja maakunnan perusta muodostuu hyvinvointiväestöstä. Väestön hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen puolestaan edellyttää kestävästi kasvavaa taloutta ja tasapainoista luontosuhdetta eli ekologista kestävyyttä. Näitä näkökulmia yhdistämällä on mahdollista luoda kokonaisvaltaista ihmisten hyvinvointia, jossa päämääränä on arjen erilaisista haasteista huolimatta pärjäävä, omaa elämänsä ohjaava sopeutumis- ja selviytymiskykyinen yksilö.

Asukas- ja asiakaslähtöinen hyvinvoinnin edistäminen edellyttää maakunnan ja kuntien yhteistä toimintaa, johon tarvitaan mukaan koko edellisessä luvussa kuvattu hyvinvointitoimijoiden verkosto. Myös kuntien ja maakunnan sisällä tarvitaan yhteistyötä ja sen johtamista toimi- ja tehtäväalojen yli ja välillä. Hyvinvoinnin edistäminen onkin erityisesti julkisten organisaatioiden strateginen tehtävä, jossa

Pohjois-Pohjanmaalla tavoitteena on luoda hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen pysyvät kunnalliset ja maakunnalliset rakenteet, joiden kautta hyvinvointityö kytetään osaksi strategista johtamista ja hyödynnetään monipuolisesti vuorovai-
kutteisia yhteistoimintakäytäntöjä.

vastuu kuuluu ylimmälle johdolle ja joka edellyttää määrätietoista johtamista sekä osaamisen ja resurssien varmistamista ja suuntaamista.

Tuleva maakunta on julkishallinnollinen instituutio, jolla on maakunnan laajuinen Hyte-näkökulma ja -vastuu. Lähtökohdat ekosysteemiin pohjautuvalle hyvinvointityölle ovat hyvät, sillä monitoimijaisista hyvinvoinnin yhteistyötä on tehty maakunnassa jo pitkään. Muun muassa Hyvinvointiohjelman 2008–2017 arviointi osoitti, että ohjelmatyön tarjoama maakunnallinen tuki on koettu hyödylliseksi. Kehittämistarpeita on edelleen mm. yhteistyön verkostomaisuudessa, hyvien käytäntöjen jalkauttamisessa, tavoitteiden määrätietoisemmassa toteuttamisessa ja hyvinvointityön viestinnässä ja tunnettuudessa. Arviointi osoitti myös sen, että hyvinvoinnin edistämisen maakunnallisten tukitoimien roolia on mahdollista kasvattaa. Koko hyvinvoinnin edistämisen onnistumisen avain on johtaminen.

Kuntien keskeisenä hyvinvointirakenteena on poikkitoiminnallinen hyvinvointiryhmä tai muu vastaava. Pohjois-Pohjanmaan kuntien hyvinvointiryhmien jäsenille toukokuussa 2017 suunnatun kyselyn mukaan ryhmissä koetaan olevan paljon hyvää ja toimivaa, mutta selkeitä kehittämistarpeitaakin löytyy. Vain alle puolet kokee, että kunta-laisten hyvinvointihaasteita pidetään yhtä tärkeänä kuin taloudellisia haasteita ja että kaikki hallinnonalat kantavat vastuuta hyvinvoinnin edistämisestä. Vertailu vuonna 2014 tehtyyn kyselyyn osoittaa, että ryhmien toiminnassa on tapahtunut sekä myönteistä että kielteistä muutosta. Toisaalta monelta osin muutosta ei näytä kolmen vuoden aikana tapahtuneen. Tuleva maakunta voisikin tukea kuntien hyvinvointiryhmiä niiden toiminnan jatkuvaan kehittämiseen. Kyselyn mukaan kunnissa kohdistetaan maakuntaan paljon hyvinvoinnin edistämiseen liittyviä odotuksia strategiselta tasolta konkretiaan asti. Tuoreita kyselytuloksia hyödynnetään maakunnan hyvinvointityön suunnittelussa. Nykyisiä toimivia yhteistyön muotoja on syytä kehittää tulevaa maakuntaa ajatellen niin, että esille tullessiin kehittämistarpeisiin vastataan tulevaan toimintaympäristöön soveltaen.

Helmikuusta 2017 lähtien Pohjois-Pohjanmaalla on valmisteltu maakunnallista hyvinvointikertomusta, joka valmistuu syksyllä. Valmistelussa hyödynnetään PoPSTer-hankkeen työryhmien erityisosaamista, minkä lisäksi valmisteluun osallistuvat kunnat, tulevan maakunnan muut tehtävänälat (maakuntauudistuksen työryhmien

kautta), poliisi, seurakunnat, kolmas sektori, aluehallintovirasto, koulutus- ja tutkimusorganisaatiot ja yrityssektori. Asukkaiden osallisuus toteutuu jonkin verran järjestöjen kautta.

Hyvinvoinnin ja terveyden edistämiseksi

- määritellään hyvinvoinnin edistäminen strategiseksi päämääräksi kaikille palvelutuotannosta vastaaville tahoille,
- luodaan yhteistyörakenne, joka varmistaa strategian ja siitä johdettujen tavoitteiden toteuttamisen ja seurannan kaikkien palvelutuotannosta vastaavien organisaatioiden toiminnassa,
- luodaan yksi yhteinen rakenne, jolla kuntien, maakunnan ja muiden toimijoiden hyvinvointityötä voidaan koordinaoida ja ohjata yhteisten tavoitteiden pohjalta samaan suuntaan,
- kytetään maakunnallinen hyvinvointikertomus maakuntastrategian valmisteluun sekä toiminnan ja talouden suunnitteluun,
- edistetään asukkaiden osallisuutta hyvinvointityöhön ja sen suunnitteluun.

5.10 Johtaminen

Maakuntauudistukseen liittyy erilaista kytköksellisyyttä ja riippuvuussuhteita, useita toimijoita, sisältöalueita, yhdyspintoja, tasoja ja näkökulmia. Kompleksisuutta muutoksessa aiheuttavat myös toimintaympäristön nopea muutos, erilaiset rakenteelliset muutokset, verkostot, kumppanuudet ja tietoteknologian käytön lisääntyminen. Kokonaisuutena tilanne voidaan nähdä kysymykseksi kompleksisesta muutoksesta ja sen johtamisesta, jossa hyödynnetään tietopohjaista päätöksentekoa ja kokonaisvaltaisesti erilaisia tieto-, arviointi- ja tutkimusaineistoja.

Jatkuvan muutoksen ”uusi normaali” asettaa yksilöiden osaamiselle isoja vaatimuksia ja myös organisaation valmius toimia enna-

koimattomassa maailmassa tulee tärkeämmäksi. Kompleksisuusajattelu (toisin kuin siilomainen hallintorakenne) ottaa huomioon, että organisaatiot toimivat jatkuvan muutoksen olosuhteissa. Siilomaisen hallintorakenteen organisaatio- ja sektorirajat eivät tue ongelmien kokonaisvaltaista käsittelyä, eivätkä joustavaa yhteistyötä eri organisaatioiden ja hallintokuntien välillä. Monimutkaistuvassa yhteiskunnassa johtamiseen ja vallankäyttöön tarvitaan uusia välineitä. Maakunta- ja sote-uudistuksessa on kyse kokonaisvaltaisesta uudistuksesta, jossa on tehtävä valintoja valtakunnallisen ohjauksen ja erilaisten paikallisten sekä alueellisten intressien välillä. Viime vuosikymmenten kunta-, palvelu- ja aluerakenneuudistuksia peilaten on kyse myös politiikkaohjauksen vahvistumisesta ja tietynlaisesta paluusta verkostoista hierarkiaan. Soten valinnanvapauden lisääntymisen myötä tärkeäksi ohjausmekanismiksi verkostojen ja hierarkioiden lisäksi tulee markkinamekanismi.

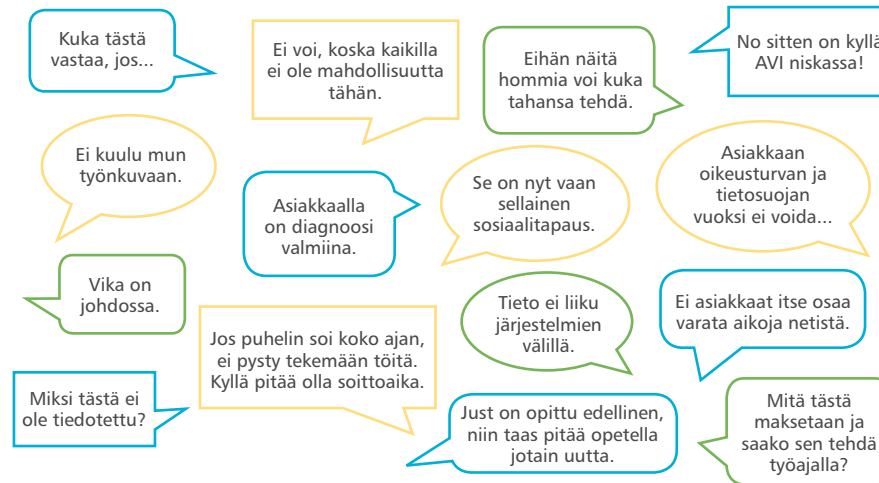
Organisaation eri tasojen välisissä suhteissa yksi tärkeä kysymys on keskitys ja hajautus. Kirjallisuuden perusteella asioiden keskittämällä pyritään yhdenmukaisuuteen ja luomaan kokonaisuuksia, jotka voivat lisätä pätevyyttä hoitaa asioita. Hajauttamalla kyetään pääsemään lähemmäs toimintaa, esimerkiksi reagoimaan paikallisiin olosuhteisiin. Julkishallinnossa on aina kyse myös asioiden valmistelusta, päätöksenteosta ja toimeenpanosta. Parhaimmillaan asioiden valmistelussa huomioidaan, sekä ylimmän päätöksentekoelementin (maakuntavaltuusto) tekemät strategiset päätökset, että operatiivisesta toiminnasta vastaavien (viranhaltijoiden) kohtaamat tilanteet.

Tutkimusten mukaan hallinnon ja palvelujen kehittämisessä olennaista on organisointiperiaate. Organisointiperiaate voi olla alue tai funktio, eli alueita tai tehtäviä lähtökohtaisesti priorisoiva lähestymistapa. Alueellisessa organisoinnissa annetaan tehtäviä tietyille alueille riippumatta siitä, ovatko ne kooltaan optimaalisia kyseisen palvelun tehokkaaseen tuotantoon. Oikean suuruista väestöpohjaa tärkeämpää on, että vastuu erilaisten palvelujen järjestämisestä, niiden rahoituksesta ja valvonnasta kiinnittyy tiettyihin samoihin alueyhteisöihin. Näitä alueita ohjaa sisäinen yrittäjäyys, elinvoiman tavoittelu ja kilpailu. Aluemallin suurimpana heikkoutena on, että kaikki palvelut eivät ole optimaalisesti järjestettävissä alueen sisällä. Alueellisen organi-

soinnin lisäksi tarvitaan siis myös tehtäviä priorisoivia lähestymistapoja.

Täytäntöönpanossa ja johtamisessa operoidaan tiedolla. Oleellista on luottamus ja vuoropuhelu eri toimijoiden ja järjestelmien välillä. Myös talouden hallinta ja toiminnan kehittäminen pohjautuvat viime kädessä eri osajärjestelmien väliseen vuoropuheluun ja luottamukseen. Yhteiskunnalliset uudistukset pohjautuvat arvoihin; yhteiseen näkemykseen siitä, mitä pidetään tavoiteltavana ja minkä pitäisi muuttua, jotta yhteiskunta kehittyä kansalaisten parhaaksi. Sote-palveluissa on sekä kansallisen tason, että PoPSTer-hankkeen selvitysten perusteella lukuisia tunnistettuja nykytilan ongelmia, mm. laitosvaltaisuus ja pirstaleinen palvelurakenne. Yhteiskunnallisesti on pitkälti yksimielisyys siitä, että sote-muutos tarvitaan. Uudistuksessa ihminen ja hänen palvelutarpeensa tulee palauttaa sote-palveluiden keskiöön. Uudistus tarvitsee tuekseen taitavaa, pitkäjänteistä ja kokonaisvaltaista muutosjohtamista. Uudistuksen hyväksyttävyyttä syntyy paitsi vuorovaikutuksesta ja luottamuksesta myös yhdessä tekemisestä. Mikäli soten ammattihenkilöt eivät koe uudistusta mielekkääksi, jää uudistus pelkäksi hallinnolliseksi pohdinnaksi, eikä uudistuksen tavoitteita saavuteta. Johtamisen kulmakivenä on innostuneisuus, jotta asiat saadaan liikkeelle. Johtamisen tulee myös olla selkeää, johdonmukaista ja määrätietoista. Itse asiassa johtamisessa on kyse palvelutyöstä.

PoPSTer-hankkeen tavoitteena on ihmisten mielekkään elämän mahdollistaminen. Missiomme edellyttää uudenlaista toimintakulttuuria ja keinoja tavoitteisiin pääsemiseksi. Toimintamme päämäärä on asiakkaiden ja heidän perheidensä paras. Nykyinen sote-järjestelmä ei palvele tätä tarkoitusta parhaalla mahdollisella tavalla. On pohdittava sitä, mitä ihmiset haluavat ja mitä tietoa ja kyvykkyyttä sekä uusia innovaatioita se vaatii sote-järjestelmältä. Palvelujen tulee olla joustavia ja saavutettavia. Tarvitaan uutta asennetta ja asioiden kerralla kuntoon hoitamista hyvää asiakaskokemusta vaalien. Tähän tarvitaan uudistumiskykyä ja uskallusta kokeiluihin esim. teknologisten mahdollisuuksien rohkeaa ja ennakkoluulotonta hyödyntämistä. Luovuus ja empatia ovat tärkeitä kyvykkyyden osa-alueita. Sote-järjestelmässä tarvitaan kopin ottajia, eikä siirtäjiä ja torjujia. Tarvitaan uudistuvaa asennetta ja palvelukykyä. Hyvään palveluun on talouden suhdanteista riippumatta aina varaa. Toisaalta julkisella sote-palve-



Kuvio 12. Esimerkkejä sote-järjestelmän asenneilmapiiiristä nykytilan analyysissä.

Perinteinen tapa ajatella julkisista organisaatioista	Älykäs julkinen organisaatio
Kömpelö	Älykäs
Taaksepäin katsova	Ennakoiva ja tulevaisuuteen suuntautuva
Johtamiset autoritäärisyys	Johtamisen refleksiivisyys
Muuntautumiskyvytön	"Jatkuva muutos on uusi normaali"
Staatinen johtamisfilosofia	Dynaaminen johtamisfilosofia
Rutiineihin takertuva	Kokeiluihin ja kehittämiseen kannustava
Uudistumiskyvyltään hidas	Uudistumiskyvyltään nopea
Suljettu	Avoin ja verkostoituva
Virheitä tunnistamaton	Toimii oppivan organisaation tavoin
Kompromisseihin tyytyvä	Erilaisia argumentteja hyödyntävä
Vähään tyytyvä	Erinomaisuuteen tähtäävä
Huonomainen	Edistysellinen
Suositsematon säännöissä pysyttäytyjä	Avarakatseinen sääntöjen tulkitsija, mahdollisuuksien hakija
Omaan napaa tuijottava	Kumppani

Lähde: mukaillen Jari Stenvall 2015

Kuvio 13. Yhteisen tekemisen suuntaaminen uudistuskäytännön ja kokeiluihin uskaltavaan toimintaan.

lutuotannolla on lukuisia vahvuuksia, mm. henkilöstön vahva erityisosaaminen ja sitoutuminen, hyvien käytäntöjen jakaminen sekä osaaminen erityisesti paljon erilaisia palveluja tarvitsevien palvelujen tuottamisen osalta.

Myös johtaminen tarvitsee uudistamista asiakaslähtöisyyden, vaikuttavuuden, tehokkuuden sekä laadukkaiden palvelujen turvaamiseksi. Tarvitaan uudenlaisia kannusteita ja asioiden hyväksyttävyyttä. Toiminnan arviointi on osa palvelujen jatkuvaa uudistustyötä ja parempaan pyrkimistä. Keskeisiä onnistumisen elementtejä on selkeä visio ja näkemys tulevaisuudesta. Hyvä toimintakulttuuri muodostuu työn merkityksellisyydestä ja luottamuksesta, jolloin "ihminen voi ja haluaa antaa parastaan". Tulee myös uskaltaa luoda uusia ajatusmalleja ja suunnata katse pitemmälle tulevaisuuteen. Tarvitsemme yhteistä tekemistä; dynamiikkaa, joka vie asioita oikeaan suuntaan. Johtaminen on jatkuva prosessi ja sitä luonnehtivat ajoittaiset tasapainon hetket jatkuvasti muuttuvassa ympäristössä. Tällaisessa ympäristössä johtamistyö vaatii taitoa ja ennakointikykyä. Osallistavilla johtajilla on hyvät mahdollisuudet selviytyä monimutkaisista kysymyksistä, kun he ottavat henkilöstön mukaan ratkaisuvaihtoehtojen etsimiseen.

Erilaisten verkostojen ja kumppanuuksien maailmassa organisaatioiden keskeiseksi kilpailutekijäksi nousee se, minkälaisina yhteistyökumppaneina pystymme olemaan. On pohdittava, mitä haluamme ja mihin suuntaan organisaation toimintaa viedään ja kehitetään? Sen mukaisesti määräytyy toimintakulttuuri ja erilaisten kyvykkyyksien rakentaminen tavoitteisiin pääsemiseksi.

Aidon asiakaslähtöisyyden saavuttamiseen tarvitaan uutta asennetta ja rohkeaa kokeilukulttuurin omaksumista.

Ehdotetaan, että

- laaditaan moderni henkilöstöstrategia
- maakunnan henkilöstöpoliittisissa periaatteissa tulee syventää ja linjata:
 - muutosta ja sen tukemista esimerkiksi muutosagenttiverkon luomisella,
 - asiakaskohtaamisen ja -palvelun merkitystä,
 - esimiestaitojen vahvistamista toimintakulttuurin muuttamiseksi ja kykyä muutoksen johtamiseen,
 - tavoitteiden mukaiseen toimintaan kannustamisen sisältöjä ja muotoja,
- luodaan johtamisen käsikirja osana maakuntastrategian jalkauttamista.

5.11 Koulutus ja opetus

Sote-uudistukseen liittyy sekä määrällisiä että laadullisia osaamisen haasteita. Tulevaisuudessa on tärkeää huolehtia työvoiman alueellisesti riittävydestä ja saatavuudesta Pohjois-Pohjanmaan maakunnan ja koko Pohjois-Suomen alueella. Jo tällä hetkellä on ongelmia työntekijöiden riittävydessä mm. bioanalyytikkojen, sosiaalityöntekijöiden ja tiettyjen erikoisalojen erikoislääkäreiden osalta. Alueella ja myös kansallisesti on tärkeää vaikuttaa sote-alojen koulutuksen aloituspaikkojen säilyttämiseksi ja osin myös lisäämiseksi. Alueella tulee panostaa sote-alojen ja -koulutuksen markkinointiin nykyistä paremmin. Pienenevä nuori ikäluokka ei välttämättä hakeudu alalle yhtä hyvin kuin tällä hetkellä.

Alan koulutusta tulee uudistaa vastaamaan tuleviin työelämän tarpeisiin. Tämä edellyttää perus-, erikois-, täydennys- ja lisäkoulutuksen sisältöjen päivittämistä huomioiden uudet palvelurakenteet ja osaamisen tarpeet. Työelämäoppimista tulee uudistaa ja koulutuksessa tulee ottaa käyttöön uudenlaisia innovatiivisia koulutusratkaisuja (mm. e-oppiminen). Koulutuksen ja työelämän yhteistyötä tulee tii-

vittää entisestään. Opetusresursseja tulee suunnata tehokkaammin ja koulutuksen monialaisuutta ja yhteistyötaitoja tulee lisätä. Myös näyttöön perustuvia, tutkittuja työmenetelmiä ja -käytänteitä tulee ottaa käyttöön entistä tehokkaammin sekä koulutus- että palvelujärjestelmän puolella.

Kaikkiin tuleviin palvelukokonaisuuksiin liittyy omia mutta myös kaikille palvelukokonaisuuksille yhteisiä osaamisen päivittämistarpeita. Nykyisten ja tulevien osaajien asennoitumista uuteen toimintatapaan tulee vahvistaa. Tämä edellyttää muun muassa asiakkaiden tarpeista lähtevän ajattelun ja toiminnan tehostamista. Toiminnan ja palvelujen lähtökohtana tulee olla asiakaslähtöisyys sekä kuntouttava ja ennakkoiva työote. Monialaista osaamista on vahvistettava ja yhteistyön mahdollisuudet tunnistettava. Tulevissa palveluissa tulee hyödyntää entistä tehokkaammin teknologian tuomia mahdollisuuksia ja siten sekä työntekijöiden että asiakkaiden digiosaamista tulee vahvistaa. Koska palvelurakenteet ja toimintamallit uudistuvat, myös esimies- ja johtamisosaamiseen tulee panostaa vahvemmin. Asiakkaiden palvelutarpeisiin tulee pystyä vastaamaan entistä tehokkaammin. Muun muassa palvelutarpeiden arviointiin liittyvä osaaminen korostuu, samoin osaamista on lisättävä mm. asiakkaiden kotiin tuotavien palvelujen osalta.

Osaamisen kehittäminen työyhteisöissä on keskeistä. Osaamisen kehittäminen on jatkuva prosessi, jonka tavoitteena on syventää työntekijöiden ammattitaitoa sekä parantaa työn tuloksellisuutta ja työelämän laatua. Osaamisen arvioinnin ja kehittämisen on oltava suunnitelmallista ja jatkuvaa toimintaa. Esimiehillä on tärkeä rooli työyhteisön osaamistarpeiden määrittämisessä ja osaamisen kehittämisessä, mutta tulevaisuudessa korostuu erityisesti jokaisen työntekijän oma vastuu ammatillisesta kehittymisestä.

Monialaista osaamista ja yhteistyötä vahvistetaan koulutus- ja tutkimusorganisaatioiden sekä työelämän kanssa.

Koulutuksen ja opetuksen kehittämiseksi maakunnassa:

- luodaan koordinoiva elin, jonka tehtävänä on koulutuksen ja tarvittavan osaamisen sekä työvoimatarpeen ennakointi;
- vahvistetaan asiantuntemusta koulutukseen ja opetukseen liittyvien sopimusten hallinnoinnissa sekä koulutuksen ja osaamisen laadunarvioinnissa;
- liitetään koulutuksen arvioinnin ja kehittämisen rakenne osaksi yhteistä koulutuksen, tutkimuksen ja kehittämisen rakennetta;
- määritellään osaamisen kehittämisen vastuut: mitä palvelujärjestelmä kouluttaa ja mistä koulutuksesta vastaa koulutusorganisaatiot tai muut toimijat;
- huomioidaan tulevissa rakenteissa yhteistyöalueen maakuntien välinen työ osaamisen ennakoinnissa ja kehittämisessä.

5.12 Tutkimus ja kehittäminen

Maakunta vastaa alueensa sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämisestä sekä alue- ja organisaatorajat ylittävistä kehittämisyhteistyöstä. Lisäksi maakunta koordinoi ja ohjaa tuottajatasolla tapahtuvaa integroitua kehittämistyötä, tukee kuntia hyvinvoinnin ja terveyden edistämistyössä ja osallistuu kansalliseen kehittämistyöhön. Pirkanmaan, Pohjois-Pohjanmaan, Pohjois-Savon, Uudenmaan ja Varsinais-Suomen maakuntien on kehittämistehtäväänsä liittyen sovittava yhteistyöstä muiden samaan yhteistyöalueeseen kuuluvien maakuntien kanssa. Lisäksi maakuntien on tehtävä yhteistyötä uusien menetelmien, tuotteiden ja palvelujen kehittämisessä korkeakoulujen, järjestöjen ja elinkeinoelämän kanssa. Osaamistarpeen arviointia ja ammatillisen osaamisen kehittämistä on tehtävä yhteistyössä korkeakoulujen kanssa. Kaikkien maakunnan järjestämisvastuulla olevia palveluja tuottavien yhtiöiden ja yhteisöjen on osallistuttava palvelujen kehittämiseen maakunnan määrittelemällä tavalla.

Maakuntien on asetettava nelivuotiskaudeksi kerrallaan yhteinen sosiaali- ja terveystieteellinen tutkimustoimikunta, jossa on monitieteellinen edustus maakuntien toimintayksiköistä. Valtion varoista voidaan korvata yliopistotasoisesta sosiaali- ja terveystieteellisestä tutkimuksesta maakunnille sekä muille sote-palveluntuottajille aiheutuvia kustannuksia. STM määrittelee yhteistyössä tutkimustoimikuntien kanssa korvausten perusteena olevan tutkimuksen painoalueet ja tavoitteet sekä päättää rahoituksen myöntämisestä.

Maakunta tarvitsee tutkimustietoa toiminnan ja päätöksenteon tueksi. Tutkimus on investointi, ja Pohjois-Pohjanmaalla on hyvä mahdollisuus profiloitua edelläkävijänä tutkimus- ja innovaatiomaakunnaksi. Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen integraatio ja toimivuus edellyttävät vahvaa tietopohjaa. Tutkimustiedolla on iso merkitys palvelujen kehittämistyössä ja maakunnan asukkaiden terveyden ja hyvinvoinnin edistämisessä. Tutkimus lisää terveydenhuollon ja sosiaalityön ammattilaisten asiantuntijuutta. Maakunnan vahva tutkimuspanostus on myös vetovoimatekijä.

Nykytilan ongelmana on mm. tutkimuksen siiloutuminen. Monitieteellistä tutkimusta olisi lisättävä esimerkiksi houkuttelevilla rahoitusmalleilla. Tarvetta olisi maakunnan tutkimusohjelmalle, jossa terveys- ja sosiaalitaloustutkimus ovat mukana. Sosiaalityöstä puuttuu näyttöön perustuvien tutkittujen työmenetelmien käytäntö (vrt. käytäntö). Kuntouttavan sosiaalityön tutkimusta on tarpeen kehittää.

Yliopistollisesta sairaalasta maakunnalle siirtyy velvoitteita, joiden resursointi tulee huomioida:

- erityisvastuualueen koordinaatiotehtävät, asiantuntijatehtävät, valmiussuunnittelu;
- kansalliset tehtävät (Kansallinen syöpäkeskus, FICAN, Biopankki);
- tutkimus ja koulutus (MRC Oulu, kokeellinen kirurgia, kliinisten taitojen oppimiskeskus, CRC);
- elinvoiman ja elinkeinoelämän kehittäminen (OIA/Oulu Health ja OuluHealthLabs);
- sosiaalityön tutkimuksen resursoiminen.

Posken Oulun toimintayksikön PoPSTer-hankkeelle tekemän selvityksen mukaan tällä hetkellä varsinaista tutkimuksellista tietoa käytetään palvelujärjestelmän kehittämistyössä vähän ja sen hyödyntäminen koetaan hankalaksi. Tutkimuksen vähäisen käytön syyinä on mm. sen hajanaisuus, heikko näkyvyys ja vaikea löydettävyyys. Toisaalta koetaan, että päätöksenteon tarpeet ja tutkimustieto eivät kohtaa. Tarvitaan ennakointitietoa, tietoa palveluiden vaikutuksista sekä kokoavaa, monitieteellistä arviointitietoa. Tutkimustietoa tarvitaan laajemmin kuin sote-näkökulmasta. Yksittäisten tutkimusten tai opinnäytteiden hyödyntäminen on tällaisissa kysymyksissä hankalaa. Tulevien rakenteiden tietotarpeiden määrittelyn lisäksi tarvitaan analyysejä olemassa olevan tiedon hyödynnettävyyden ja käytettävyyden parantamiseksi.

Lyhykestoisiin hankkeisiin ja olemassa olevaan käytännön tietoon perustuva kehittämistoiminta on riittämätöntä sellaisten syvälle menevien ajattelu- ja toimintatapojen muutosten aikaan saamiseksi, joita palvelurakenteiden muutokset sekä uudistuva lainsäädäntö edellyttävät. Tarvitaan nykyistä tutkimuksellisempaa ja pitkäjänteisempää otetta palvelujen kehittämiseen sekä tiiviimpää yhteistyötä tutkimuksen, käytäntöjen kehittämisen ja opetuksen välille. Uudenlaisen yhteistyön onnistumisen lähtökohtana on tutkimuksen ja käytännön erilaisten lähestymistapojen tunnistaminen ja toimijoiden yhdyspinnan mahdollisuuksien hyödyntäminen. Yhteistyömallin on mahdollistettava monitieteellisyys sekä erityyppisen osaamisen, traditioiden ja professioiden yhdistyminen. Tarvitaan uudenlainen yhteistyön ja vuorovaikutuksen malli tutkimuksen ja käytännön välille.

Muutos edellyttää sosiaali- ja terveyspalvelujen kehittämisen ja yliopistojen ja ammattikorkeakoulujen tutkimus- ja kehitystoiminnan sekä opetuksen yhteistyösuhteiden uudelleen tarkastelua. Nykyisillä yhteistyön rakenteilla ja toimintatavoilla sosiaali- ja terveyspalveluiden kehittämistarpeet ja yliopistojen ja ammattikorkeakoulujen tutkimuksellinen ja opetuksellinen potentiaali eivät integroidu riittävästi. Toimintatapa ei synnytä riittävästi synergiaa eikä tieto- ja osaamispääoman kasautumista, jota sote-palvelujen rakenteellinen, sisällöllinen ja taloudellinen uudistaminen edellyttää.

Ehdotetaan, että:

- monitieteelliseen tutkimukseen ja tavoitteelliseen kehittämistoimintaan varataan riittävästi resursseja,
- huomioidaan maakunnalle siirtyvän yliopistosairaalan veloitteiden aiheuttamat kustannukset,
- korkeakoulut ovat mukana maakunnan tulevassa päätöksenteossa myös toimielimissä,
- rakennetaan tutkimustoimijoiden kanssa maakunnan ja pohjoisen yhteistyöalueen tutkimusohjelma, jossa määritellään eritasoiset tietotarpeet, keskeiset sisällöt ja teema-alueet,
- opinnäytteet kytketään maakunnan kehittämiseen systemaattisesti,
- tehdään alusta, johon tutkimusohjelman mukaisia aineistoja kerätään ja josta tuore tutkimustieto on löydettävissä,
- perustetaan koordinoiva yksikkö mahdollistamaan tutkimusinfrastruktuurin tehokkaan yhteiskäytön ja toiminnalliset synergiaedut,
- vahvistetaan alueen ICT Terveys -erityisosaamista ja sen tutkimusta,
- vahvistetaan terveys- ja sosiaalitaloustieteellisen tutkimuksen edellytyksiä,
- tutkimusta tuetaan siten, että tuki mahdollistaa nykyisten resurssien tehokkaamman käytön ja luo edellytyksiä parempaan menestymiseen täydentävän rahoituksen hankkimisessa.

Tutkimus on maakunnallinen investointi, joka parantaa palvelujen laatua, alueen elinvoimaa ja turvaa osaajien saatavuutta.

Monitieteellistä tutkimusta tarvitaan monialaisen maakunnan päätöksenteon ja toiminnan tueksi.

6 Sosiaali- ja terveyspalvelut maakunnassa

6.1 Palveluverkon periaatteet

Sosiaali- ja terveydenhuollon palveluiden asiakaslähtöisyys ja integraatio ovat sote- ja maakuntauudistuksen kansalliset päätavoitteet. Järjestämislaissa veloitetaan sote-palveluiden suunnittelussa toteuttamaan läheisyysperiaatetta, jonka mukaan julkisen vallan päätökset tulisi tehdä mahdollisimman lähellä ihmisiä ja käsitellä asioita alhaisimmalla mahdollisella tasolla. Ylemmille tasolle tulisi viedä vain sellaiset päätökset, joita ei alemmilla tasoilla voida tehdä.

Palveluverkon suunnittelua ohjaavat keskeiset elementit:

- palvelutarpeet,
- yhdenvertaisuus,
- saatavuus,
- saavutettavuus,
- laatu ja potilasturvallisuus,
- rahoituksen riittävyys,
- tehokkuus ja vaikuttavuus,
- toimivuus ja haavoittuvuus,
- osaajien riittävyys ja saatavuus

Sote-palveluiden tuleva palveluverkko Pohjois-Pohjanmaalla perustuu palvelurakenteen muutoksen asettamiin vaatimuksiin. Palveluiden saatavuus- ja saavutettavuuskriteerit ohjaavat tuotantoyksiköiden sijoittumista tai palvelupisteiden alueellista sijaintia. Uudenlaisen mahdollisuuden palveluiden yhdenvertaisen saatavuuden ja saavutettavuuden näkökulmasta luovat yhä moninaisemmat digitaaliset ja

sähköiset palvelut sekä palveluiden valinnanvapauden ja sen myötä monituottajuuden laajentuminen.

Pohjois-Pohjanmaan maakunta on maantieteellisesti, väestöllisesti ja sosioekonomisesti hyvin heterogeeninen maakunta. Väestön tasolla sekä terveyden ja hyvinvoinnin erot että palvelutarpeet vaihtelevat. Maakunnassa on nähtävissä väestön tiheyden ja osaamisen keskittymistä kasvukeskuksiin sekä selkeitä työmatkojen ja palveluiden käytön kulkusuuntia (pendelöintiä). Tulevan palveluverkon on huomioitava maakunnan niin alueelliset kuin asiakaskohtaisetkin palvelutarpeet ja saavutettavuuden vaatimukset, jotta kansalaisten yhdenvertaisuus toteutuu.

Työvoiman tarve sosiaali- ja terveydenhuollossa näyttäisi säilyvän korkeana, vaikka ehdotetut palvelurakenteen muutokset toteutetaan. Työn vaatimukset tulevat muuttumaan kohti avopainotteisuutta ja kotiin suuntautuvan työn osaamista. Palveluiden tarve Pohjois-Pohjanmaalla jatkuu korkeana, eivätkä palveluverkkoehdotukset vähennä työntekijöiden kokonaismäärää. Tulevaisuuden haasteena on työvoiman riittävyys, joten tästäkin näkökulmasta palvelurakenteen uudistaminen on perusteltua.

Järjestämislain (§16) mukaan maakuntien välistä yhteistyötä on tehtävä yhteistyösopimukseen perustuen, jotta mahdollistetaan alueellisesti toimiva ja yhdenmukainen sosiaali- ja terveydenhuollon kokonaisuus. Tavoitteena on toteuttaa palvelujärjestelmä, joka mahdollistaa käytännössä kansalaisille yhdenvertaiset palvelut. Säännös ei määrittele, miltä etäisyydeltä palveluja on oltava saatavissa, mutta palvelurakenteen on oltava samanaikaisesti vaikuttava, laadukas ja kustannustehokas.

Pohjois-Pohjanmaan sote-valmistelussa on huomioitu kansalliset tavoitteet, alueelliset ja väestölliset vaatimukset, tulevaisuuden osaamisen, henkilöstön saatavuuden ja digitalisaation mahdollisuudet.

Strategian mukaisesti visiona on, että jokainen saa elää mielekästä elämää kotona tai arjen ympäristössä tarvittavan tuen avulla. Jokaisen palvelukokonaisuuden rakennetta on käsitelty ja pohdittu kolmijakoisen palvelurakennemallin näkökulmasta: matalan kynnyksen palvelut, erityistason palvelut ja vaativat palvelut. Ehdotuksen palveluverkkoa on kuvattu sekä periaatteiden että karttojen avulla.

Mahdollisuuksien mukaan palveluita tarjotaan sähköisesti tai muilla digitaalisilla menetelmillä. On tärkeä tunnistaa myös ne asiakasryhmät, joita digitalisaatio ei tule tavoittamaan. Kun tuki, neuvonta, ohjaus tai muu palvelu voidaan toteuttaa digitaalisesti, vapauttaa se resurssia niihin palvelumuotoihin, joissa välitön kontakti on tarpeellinen tai välttämätön. Digitaalisin ja sähköisin keinoin palvelu voidaan ulottaa aina kotisohvalle saakka – silloin palvelu ei ole etä- vaan lähipalvelua.

Palvelut, joita tarvitaan joko usein tai joihin ei ole perusteltua kulkea pitkiä matkoja, ovat saatavissa läheltä kotia jatkossakin. Maakunnan alueella joukkoliikenneyhteydet ovat rajalliset, mikä asettaa tiettyjä ehtoja näiden palvelujen osalta palveluverkolle. Avopalveluiden osalta hyvinvointikeskuksien ja hyvinvointiasemien palvelukokonaisuudet kootaan kyseisten alueiden asukkaiden palvelutarpeiden mukaisesti. Palvelukokonaisuudet on esitetty ottamatta kantaa, onko palveluntuottaja julkinen vai yksityinen toimija tai mitä valmistelussa oleva valinnanvapauslainsäädäntö tulee niistä määrittämään. Arkea tukevia palveluita voidaan ja on perusteltuakin integroida esimerkiksi päiväkotien, koulujen tai toimintakeskuksien yhteyteen. Uutta palvelumuotoilua edustaa myös esim. kauppa- tai kulttuurikeskuksien matalan kynnyksen palvelut erityisesti neuvonnan ja palveluohjauksen toteuttamiseksi (mm. hyvinvointikioskit, järjestöjen palvelupisteet) sekä ”pyörien päällä” kulkevat hoitoyksiköt.

Hyvinvointikeskukset ja -asemat muodostavat alueellisia verkostoja, joissa voi olla useampia toimintayksiköitä erilaisilla palvelukokonaisuuksilla. Näin pystytään takaamaan sote-palveluiden käytössä olevien kiinteistöjen ja laitteistojen sekä osaamisen tehokas käyttö palveluiden tarpeita vastaavaan ja integraatiota toteuttavaan toimintaan. Ehdotuksessa toimintayksiköitä tulee olemaan jokaisessa kuntakeskuksessa, jotta palveluiden saavutettavuus on hyvä. Organisoituminen esitetään toteutettavaksi verkostomaisesti, jotta turhia

hallinnollisia kerroksia vältetään ja mahdollinen työvoiman käyttö verkostossa olisi ketterää. Myös logistiikkaa voidaan tehostaa ja koordinoita verkostomaisessa toiminnassa entistä paremmin.

Soten avopalveluiden ja kotiin vietävien palveluiden vahvistamisen, uudistamisen ja tehostamisen onnistuessa voidaan nykyisten terveyskeskuksien yhteydessä olevien vuodeosastojen kapasiteettia ja sairaansijojen määrää vähentää. Lainsäädännön mukaan em. vuodeosastot tulevat olemaan maakunnan liikelaitoksen toimintaa ja niistä ehdotetaan käytettäväksi nimitystä sairaala, jonka vastuuhenkilönä olisi erikoislääkäri. Sairaaloiminta pystyisi tukeutumaan ympärivuorokautisiin laajoihin päivystyspalveluihin ja siellä olisi saatavissa sairaanhoidollisia tukipalveluita kuten kuntoutus-, laboratorio- ja kuvantamispalveluita. Sairaansijat ja kapasiteetti suunnataan vain lääketieteellistä hoitoa tarvitseville potilaille, joten palveluverkkoa ehdotetaan supistettavaksi kansallisten ja laskennallisten suosituksien mukaisesti.

Tehostetun palveluasumisen yksiköitä on ehdotuksen mukaisesti kaikissa kunnissa, jotta koti- ja avohoitoa pystytään tukemaan saumattomasti läheltä ja omaiset pystyvät olemaan asukkaiden tukena. Lyhtyaikainen hoito ja hoiva kuten intervallahoito, omaishoidettavan vapaiden aikainen hoito ja saattohoito toteutuisivat jatkossa pääsääntöisesti tehostetun palveluasumisen yksiköissä, ellei tilanne vaadi erityistä sairaalahoitoa. Pitkäaikaisesta laitoshoidosta pystytään tulevaisuudessa luopumaan kokonaan.

Pohjois-Pohjanmaalla maakunnallisten palveluiden kokonaisuutta ohjaa sekä osaamisen ja muiden resurssien saatavuus että väestön tarpeet. Vaativien palveluiden koordinoitu keskittäminen on perusteltua, jotta turvataan palveluiden saatavuus myös erityistilanteissa. Pienet erikoisosaamista vaativat yksiköt on todettu palveluketjujen sujuvuuden ja osaamisen kannalta haavoittuviksi. Perustasolle voidaan ulottaa vaativia palveluita silloin, kun se on työnajallisesti ja resurssien ohjauksen kannalta järkevää ja vastaa alueen väestön palvelutarpeeseen. Palveluiden laadun, kustannustehokkuuden ja turvallisuuden kannalta tiettyjen palveluiden keskittäminen ns. osaamiskeskuksiin on perusteltua. Niitä palveluita, joita tarvitaan vain hyvin harvoin ja jotka vaativat erityistä osaamista, tiloja tai laitteita on tarkoituksenmukaista tuottaa keskitetysti.

- Palvelurakenteen muutos ohjaa palveluverkon muodostumista:
 - arjen, kotona selviämisen tuki, palveluohjaus, palvelutarpeen arvio,
 - matalan kynnyksen, erityistason ja vaativat palvelut.
- Palveluiden saatavuus, saavutettavuus ja läheisyys -periaatteet ohjaavat rakennetta.
- Digitalisaatio lisääntyy ja monipuolistuu.
- Hyvinvointikeskuksien ja -asemien avo- ja kotiin vietävien palveluiden kokonaisuudet kootaan palvelutarpeiden mukaisesti.
- Tehostetun palveluasumisen yksiköt tukevat koti- ja avohoittoa:
 - Lyhytaikainen hoito ja hoiva toteutuu tehostetun palveluasumisen yksiköissä.
 - Ikäihmisten pitkäaikaisesta laitoshoidosta luovutaan.
- Vaativan tason palveluiden keskittäminen turvaa ja parantaa laatua, osaajien saatavuutta, kustannustehokkuutta sekä asiakas- ja potilasturvallisuutta.
- Palvelurakenteen ja -verkon tarpeet määrittävät sosiaali- ja terveydenhuollon käyttöön tarvittavat tilat ja laitteet sekä tukipalvelut.

6.2 Lasten ja perheiden palvelut

Pohjois-Pohjanmaan lasten ja perheiden palvelujen nykytilan keskeisiä ongelmia ovat toiminnan pirstaleisuus ja koordinoimattomuus sekä järjestelmä- ja erityislainsäädäntökeskeisyys. Lasten ja perheiden palvelujen toimijoita ovat perustason sosiaali- ja terveyspalveluiden lisäksi vaativat sote-erityispalvelut mm. lastensuojelu ja erikoissairaanhoidon sekä merkittävänä yhdyspintana peruskuntien varhaiskasvatus- ja opetustoimi, nuoriso- ja vapaa-aikapalvelut sekä kolmas sektori. Saman lapsen ja perheen ympärillä voi toimia kymmeniä eri toimijoita. Palvelujärjestelmä on rakentunut pääosin kuntakohtaisesti.

ti. Palveluiden kokonaisuus, sisältö, määrä, toimijoiden roolit ja vastuut vaihtelevat maakunnan alueella suuresti kunnittain.

Nykytilassa on ongelmaksi koettu, että lasten ja perheiden tuki ennalta ehkäisevin ja varhaisen tuen palveluin lähellä kasvu- ja kehitysympäristöä ei toteudu, vaan palvelut painottuvat liian voimakkaasti korjaaviin, raskaisiin ja kalliisiin palveluihin. Osin palvelut kohdennetaan väärin, kun raskaisiin palveluihin ohjautuu lapsia perustason osaamisvajeen ja keinojen puutteen vuoksi. Toisaalta selkeästi erityis- ja palveluiden tarpeessa olevia lapsia voi jäädä tunnistamatta ja asianmukaisia palveluita vaille. Palvelujärjestelmän laitospainotteisuus näkyy mm. lastensuojelun laitoshuollon korkeina kustannuksina, lasten ja nuorten ympärivuorokautisten laitoshoidon yksiköiden ja paikkojen suurena määränä maakunnassa (yhteensä 531 paikkaa) sekä lasten ja nuorten psykiatrisen hoidon painottumisena sairaalahoidon.

Tavoitteena on tarjota lapsille ja perheille pärjäämisen ja omatoimisuuden tueksi matalan kynnyksen neuvonta- ja ohjauspalveluita monikanavaisesti mm. uudenlaiset yhteydenottokanavat mahdollistaen. Tavoitteena on muuttaa palvelutarjontaa avopainotteisemmaksi, koordinoitua sekä monimuotoisemman varhaisemman avun ja tuen suuntaan, lähelle lasten ja perheiden arkea ja kasvu- ja kehitysympäristöihin. Tämä edellyttää palvelujärjestelmän suunnittelua alueellisesti kattavaksi ja yhdenvertaiseksi väestön palvelutarpeen mukaisesti tarkoituksenmukaisella, monimuotoisella ja osaamisen saatavuuden huomioon ottavalla mallilla. Monialaista arviota ja osaamista tarvitsevien asiakkaiden palveluissa korostuu integraatio ja yhteinen suunnittelu. Monialainen tai moniammatillinen tiimi tekee palvelusuunnitelman yhdessä asiakkaan ja perheen kanssa. Uusia palvelumuotoja mm. digipalveluja, yhteisöllisiä alustoja ja ryhmätoimintoja tulee kehittää yhdessä kolmannen sektorin sekä kehittäjäasiakkaiden kanssa. Tavoitteena on erityis- ja palveluiden tarpeessa oleville vaikuttava, laadukas ja tehokas palvelukokonaisuus yhteistyössä perustason toimijoiden kanssa siten, että mahdollisuuksien mukaan palataan nopeasti normaaliin arkeen.

Lapsia ja perheitä arjessa kohtaavien toimijoiden käytettävissä on oltava työmalleja (mm. Lapset puheeksi -toimintamalli ja huolipolkumalli) sekä osaamista, joissa arviointia, tukea, tutkimusta ja hoitoa tarvitsevat lapset kyetään tunnistamaan varhain. Valtaosaan huolen-

aiheista on pystyttävä vastaamaan perustasolla. Toisaalta perustasolla tulee tunnistaa merkit ja huolenaiheet, joissa on nopeasti saatava erityistason sosiaalipalveluiden tai terveydenhuollon erityisosaamista arvion, tutkimuksen ja hoidon toteuttamiseksi. Tarvitaan maakunnalliset ja poikkihallinnolliset kuvaukset ja työmallit sekä toimijoiden roolien määrittely, miten edetään eriateisen huolen herättyä ja varmistetaan lapsen ja perheen ohjaus ja pääsy oikeiden palveluiden piiriin. On otettava huomioon, että mm. koulupsykologi ja -kuraattoripalvelut ovat jatkossa peruskuntien järjestämisvastuulla.

Perustason sote-toimijoiden osaamista on jatkuvasti kehitettävä ja ylläpidettävä, sillä erityisosaajien saatavuus on osin haasteellista. Erityisosaamisella tulee enenevästi tukea peruspalveluita mm. etä vastaanottojen ja -konsultaatioiden avulla sekä vaativissa sosiaalipalveluissa että terveydenhuollon somaattisessa ja psykiatrisessa erikoissairaanhoidossa. Toisaalta erityisosaaminen ja -osaajat on kyettävä turvaamaan vaativimmissa sosiaalipalveluissa (vaativin lastensuojelu) ja erikoissairaanhoidossa. Vastaanottopalveluiden luvussa on tarkemmin selvitetty perus- ja erityistason terveydenhuollon toimintojen porrastusta, toteuttamista ja periaatteita yleisellä tasolla. Nämä ovat sovellettavissa myös lasten somaattisen ja psykiatrisen erikoissairaanhoidon eri toimintoihin. Perustettavat osaamis- ja tukikeskukset (OT) palvelevat keskitetysti koko pohjoista yhteistyöaluetta. OT-keskusten toimintaa suunnitellaan hallituksen lape-kärkihankkeen tuella. OT-keskusten toimintakenttää ovat erityisen harvinaiset ilmiöt ja/tai tilanteet, joissa erityispalveluissa tarvitaan tiivistä yhteistä työtä, tukea ja osaamista.

Palvelujärjestelmä on sisällöllisesti muuttumassa kolmiportaiseksi kansallisten linjausten mukaisesti: Matalan kynnyksen palvelut, erityistason palvelut ja vaativan tason palvelut. Perhekeskustoimintamalli toimii yhdyspintana erityisen ja vaativan tason palveluille. Matalan kynnyksen palveluihin tarvitaan sisällöllistä uudistamista siten, että vastataan perheiden määrittelemiін ja kokemiін todellisiin tarpeisiin varhaisemmassa vaiheessa konkreettisin, arkea tukevin toimenpitein, kuten lisäämällä voimavaroja lapsiperheiden kotipalveluun. Kunnat ovat tulevaisuuden LAPE-palvelurakenteessa keskeisessä asemassa. Palvelukokonaisuuden maakunnallisessa uudistamisessa on vahvistettava erityisesti varhaiskasvatuksen ja koulun sekä kunnan

muiden kuin sosiaali- ja terveyspalvelujen sekä kolmannen sektorin toimijoiden roolia lasten ja perheiden hyvinvoinnin edistämässä. Lapset puheeksi -toimintakokonaisuuden ja hyvinvointikouluajattelun juurtumisen myötä sekä perhekeskustoimintamallia kehittämällä rakennetaan kasvu- ja kehitysympäristöihin kasvatus- ja opetustyötä tukeva verkosto, joka tähtää laaja-alaiseen perheiden hyvinvoinnin ja terveyden vahvistamiseen.

Tässä kokonaisuudessa ja tavoitteisiin tähdäten hyödynnetään maakunnan omaa LAPE-muutosohjelman kärkihanketta, ”Toimiva arki lapsille ja perheille Pohjois-Pohjanmaalla” vuosina 2017–2018. Ohjelmassa tuetaan maakunnallista muutosta ja rakennetaan kuntien kanssa yhteistä näkemystä matalan kynnyksen palveluiden kokonaisuudesta. Hankkeessa ovat mukana kaikki maakunnan kunnat ja merkittävänä kumppaneina toimivat alan järjestöt sekä seurakunnat.

Esitetään, että:

- Perheiden kanssa toteutettu palvelun ja hoidon suunnittelu varmistaa palvelujen oikea-aikaisuuden ja tarvelähtöisyyden. Palvelujärjestelmä rakentuu sisällöllisesti kolmeen tasoon: matalan kynnyksen palvelut, erityistason palvelut ja vaativan tason palvelut.
- Toteutetaan verkostomaisesti toimiva perhekeskusmalli siten, että palvelut tavoitetaan matalalla kynnyksellä ja ne toimivat koordinoitusti ja tieto kulkee.
- Määritellään maakunnalliset kuvaukset ja toimintamallit sekä eri toimijoiden roolit, miten edetään eriateisen huolen herättyä. Varmistetaan lapsen ja perheen ohjaus ja pääsy oikeiden palveluiden piiriin. Maakunnalliset kuvaukset tehdään monitoimijaisesti.
- Erityistaso toimii mahdollisuuksien mukaan avopalveluina tiiviissä yhteistyössä muiden palveluiden ja toimijoiden kanssa.
- Vaativat sosiaali- ja terveydenhuollon erityispalvelut (lastensuojelu, somaattinen ja psykiatrisen erikoissairanhoidon) toteutetaan integroidusti, vaikuttavasti ja tehokkaasti (OT-keskukset).

Hyvinvoinnin perustan muodostavat lapsen ja perheen arkiympäristö, koti, varhaiskasvatus ja koulu. Palvelut toteutetaan pääsääntöisesti peruspalveluilla kasvu- ja kehitysympäristössä.

Erityisosaamisella tuetaan perustason toimijoita konsultaatioilla, kouluttamisella ja tarkoituksenmukaisesti jalkautumalla.

6.3 Toimintakyky ja laaja-alainen kuntoutus

Toimintakyvyn ja laaja-alaisen kuntoutuksen palvelukokonaisuus koostuu seuraavien työryhmien raportoinnista: toimintakyky ja kuntoutus, aikuiset ja työikäiset, mielenterveys- ja päihdepalvelut sekä vammaispalvelut.

6.3.1 Toimintakyky ja kuntoutus

Toimintakyky ymmärretään laajana, ns. ICF-mallin mukaisena ihmisen valmiutena mihin tahansa toimintaan sekä kykyä ottaa käyttöön omia voimavaroja osallistuessaan elämän eri tilanteisiin. Malli huomioi toimintakyvyn ja sen rajoitteet (ruumiin toiminnot ja rakenteet sekä suoriutumisen ja osallistumisen) sekä kontekstuaaliset tekijät (ympäristön ja yksilön). Toimintakyvyn arviointi tehdään tarkoituksenmukaisesti ja riittävän laaja-alaisesti käyttäen tilanteeseen sopivia, päteviä ja luotettavia arviointimenetelmiä.

Kuntoutus on tukea, sitoutumista ja yhteistyötä, jolla parannetaan kuntoutujan fyysistä, psyykkistä ja sosiaalista toimintakykyä ja sillä tuetaan ihmisten itsenäistä selviytymistä ja hyvinvointia sekä arkielämässä että elämänkaaren eri siirtymävaiheissa. Kehittämisen kohteena on erityisesti kotona tapahtuva kuntoutus, jolla tuetaan kotona selviytymistä sekä ikäihmisten että muiden erityisryhmien kohdalla. Kuntoutuksen tavoitteena on myös edistää kuntoutujan osallistumismahdollisuuksia – omaa kuntoutumista. Kaikelle kuntoutumiselle määritellään mielekkäät, ihmisen hyvinvointia ja toimivaa arkea tukevat tavoitteet. Selviytyminen omassa arjessa on laaja-alaisen toimintakyky- ja kuntoutusarvion sekä palveluohjauksen perusta.

Kuntoutuksen osajärjestelmät ovat hajanaiset ja autonomiset (mm. rahoitus, saatavuus, määrittely). Nykyinen kuntoutusjärjestelmä mahdollistaa ihmisen putoamisen osajärjestelmien väliin, jolloin kuntoutuksen kokonaistavoitetta ei tunnisteta ja kuntoutuksen saanti voi olla vaikeaa tai epätasaista.

Kuntoutujan kuntoutuspolku ja -suunnitelma tehdään niin, että kuntoutuja itse, viranomaiset, kolmas sektori ja yksityiset palveluntuottajat (monituottajuus) osallistuvat joustavasti kuntoutusprosessin eri vaiheisiin. Osioptimoinnin sijaan kyetään näkemään niin ihmisen kuin kuntoutumisprosessi toimijoineen yhtenä kokonaisuutena.

Kuntoutujalähtöiset tavoitteet ovat arkisia, käytännönläheisiä ja toiminnallisia ja lisäksi ne korostavat kuntoutujan omaa roolia koko kuntoutumisen ajan – myös arviointivaiheessa.

Vaikuttava kuntoutus eli kuntoutuminen edellyttää ihmisen ja hänen toimintakykynsä asettamista toiminnan ytimeen. Vaikuttavuus ja hyödyt osoitetaan yli toimija- ja asiakasrajapintojen. Kuntoutustoimenpiteet valitaan vaikuttavuusnäyttöön perustuen. Kuntoutuksen palvelukuvaukset perustuvat hyviin ja vaikuttaviksi osoitettuihin käytäntöihin.

Jotta toimintakyvyn muutosta ja kuntoutumista pystytään arvioimaan, tulee kuntoutumisen tavoitteet määritellä toimintakyvyn parantumisen näkökulmasta. Tällöin kuntoutuja kykenee sitoutumaan kuntoutukseensa, eikä resursseja kulu vaikuttamattomiin kuntoutustoimenpiteisiin.

Sosiaali- ja terveysministeriö on asettanut kuntoutuksen uudistamiskomitean, jonka tehtävänä on arvioida kuntoutuksen lainsäädännön ja rahoituksen muutostarpeet sekä tehdä ehdotus uudistetuksi kuntoutusjärjestelmäksi ja sen edellyttämiksi säädösmuutoksiksi (syksyllä 2017). Sote-uudistuksen yhteydessä on tarkoitus luoda tarpeen mukaiset uudet ohjausmekanismit, jotta monialainen ja riittävä kuntoutusyhteistyö toteutuu. Kuntoutuksen valtakunnallinen ohjaus ja alueellinen yhteistyö varmistetaan sote-palvelurakenteen uudistuksen yhteydessä.

Kuntoutusprosessin kokonaisuuden hallinta edellyttää yhteistä ymmärrystä toimintakyvystä ja kuntoutuksesta sekä yhteentoimivia tietojärjestelmiä. Tietoa on kirjattava aktiivisesti ja rakenteisesti yhteisesti käytettäviin tietotalteisiin tmv. ja tiedon tulee olla käytössä kaikilla kuntoutumisprosessin osatoimijoilla. Näin turvataan yhteisen asiakas- ja kuntoutussuunnitelman ajantasaisuus ja monituottajuuden näkökulmasta myös tiedon yhteinen käyttö.

Uudenlaisen ammattitaidon ja osaamisen kokonaisuuksia ovat muun muassa toimintakyvyn laaja ymmärrys, kuntoutujan voimavaroihin luottaminen, digitaalisuuden osaaminen, moniammatillinen ja verkostomainen työskentely, innovatiivinen työote.

Tavoitteena on, että kuntoutujan toimintakyky on riittävä arjessa pärjäämiseen. Tarkoitus on, että kuntoutuminen toteutuu vaikuttavien hyvien käytäntöjen, toimintamallien ja -kriteeristöjen mukaisesti.

ti. Kokonaisuudessaan tavoitteena on, että ihmisen kuntoutusketjusta tulee yksilöllisen tarpeen ja toimintakyvyn huomioiva kokonaisuus, joka perustuu monialaiseen kuntoutussuunnitelmaan. Kuntoutus ja kuntoutuminen tulee toteutua juuri niin monialaisena ja -muotoisena kuin asiakas omassa elämänvaiheessaan tarvitsee.

Ehdotetaan, että:

- Maakunnassa lisätään kotikuntoutusta erityisesti ikäihmisille niin, että tavoitteet kotona asuvien ikäihmisten määrässä saavutetaan.
- Digitaaliset kuntoutumista tukevat palvelut otetaan käyttöön pikaisesti ja niiden käyttömahdollisuudet arvioidaan aina; palveluiden käyttöä opastetaan ja arvioidaan jatkuvasti.
- Kuntoutuksen vaativien palveluiden osaaminen sekä tutkimuksen ja kehittämisen koordinaatio kootaan alueellisesti ns. osaamiskeskuksiin, mutta varmistetaan tarvittava osaamisen tuki koko maakuntaan.
- Erityistason palveluiden osaaminen ja saatavuus varmistetaan maakunnan liikelaitoksen yksiköihin ja matalan kynnyksen palveluiden saatavuus sote-keskuksiin tai peruskunnan palveluihin.
- Monituottajuutta vahvistetaan kaikilla palvelurakenteen tasoilla ja alueellisesti kattavasti.
- Palveluiden kehittämisessä huomioidaan osallisuus ja kokemustieto, mm. kehittäjäasiakkaiden kautta.

6.3.2 Nuoret aikuiset ja työikäiset

Matala sosioekonominen asema aiheuttaa suuremman terveysriskin kuin lihavuus tai runsas alkoholinkäyttö. Pohjois-Pohjanmaan alueella 17–24-vuotiaasta väestöstä koulutuksen ulkopuolelle jää 6,8 % ja 18–24-vuotiaasta työvoimasta nuorisotyöttömien osuus on 10,1 % (kasvu 1,4 %). Työmarkkinatuen kuntaosuudet jatkavat myös kasvuaan. Perustoimeentulotukea pitkäaikaisesti saavien 18–24-vuo-

tioiden osuus on edelleen lisääntyvä. 18–24-vuotiaiden pienituloisuusaste (tulot alle 60 % väestön mediaanitulosta) on 29,7 %, (kasvu 7,1 %). Nuorena psyykkisesti sairastuneen sekä pätkätöitä tehneiden henkilöiden eläkkeet ovat pienet ns. takuueläke. Yksin asuvissa henkilöissä on paljon pienituloisia ja jopa köyhyysrajassa eläviä. Lähes puolet työmarkkinoiden ulkopuolelle jääneistä miehistä asui yksin tai laitoksessa tai heillä ei ollut asuntoa lainkaan.

Jotta toiminta on vaikuttavaa, syrjäytymisuhanalaisten nuorten, aikuisten ja heidän perheidensä tunnistaminen on tehtävä riittävän varhain ennen kuin syrjäytymiskehitys on pitkittynyt ja vaikeutunut. Sosio-ekonomisen tilanteen puheeksi ottaminen ja taloudellisen tuen tarve on aina arvioitava mm. neuvolassa, koulu- ja opiskelijaterveydenhuollossa ja aikuisten terveyspalveluissa. Työttömät, joilla työttömyys uhkaa pitkittyä tai joilla on työ- ja toimintakyvyn liittyviä ongelmia ja työllistyminen ei edisty, hyötyvät henkilökohtaisesta palveluohjauksesta, jossa vastuutyöntekijä ohjaa, neuvoo ja tukee asiakasta suunnitelman toteuttamisessa. He tarvitsevat monialaista yhteispalvelua sosiaali- ja terveys-, työllisyys- ja Kelan palveluiden kanssa. Sosiaalinen asuminen toteutetaan kunnan asuntotoimessa ja sosiaalipalvelut vastaa asiakaskohtaisesta päätöksenteosta mm. asumisenohjauspalveluista. Syrjäytymiseen liittyvät riskit ja siitä johtuvat tuen tarpeet on huomioitava myös maahanmuuttajapalveluissa.

Aikuisten ja etenkin alle 40-vuotiaiden työkyvyttömyyseläkkeiden saajien määrä mielenterveyden tai käyttäytymisen häiriöiden perusteella kasvaa lähes 10 % vuosittain. Eniten on kasvanut 20–24-vuotiaiden eläkeläisten määrä. Itsemurhakuolleisuus on kasvanut 25–29-vuotiaiden ikäryhmässä 100 000 vastaavan ikäistä nuorta kohden 18,6 %:sta 24,7 %:iin. Maantieteellisesti itsemurhat painottuvat työttömyysalueille Pohjois- ja Itä-Suomeen. Nuorten ja aikuisten psykiatriset palvelut ovat laitosvaltaisia. Kodin ulkopuolelle sijoitettujen nuorten osuus vastaavan ikäisestä väestöstä sekä laitospalveluiden osuus kasvaa tasaisesti.

Avohoito ja -palvelut (perus- ja erityistaso) järjestetään myös liikuvina palveluina nuorten toimintaympäristöihin kuten opiskelupaikkoihin, nuorisotoimeen, perheen/asiakkaan luokse kotikäynnin ja kotona tapahtuvina kokonaispalveluina. Asiakkaita aktivoidaan kotoa ulospäin kunnan peruspalveluihin kuten liikunta- ja kulttuuripal-

Toimintakyvyn arviointia tehdään palvelurakenteen kaikilla tasoilla, jotta kuntoutuksen tarve saadaan tunnistettua mahdollisimman varhain. Keskeinen paikka on sote-keskus, jossa kuntoutuksen tarpeen arviointia tukevat myös sosiaalityön palvelut. Aikuissosiaalityön kordinoiva rooli korostuu erityisesti sosiaalisessa kuntoutuksessa.

Jotta toiminta on vaikuttavaa, syrjäytymisuhanalaisten nuorten, aikuisten ja heidän perheidensä tunnistaminen on tehtävä riittävän varhain ennen kuin syrjäytymiskehitys on pitkittynyt ja vaikeutunut. Sosioekonomisen tuen on kohdistuttava oikea-aikaisesti ja vaikuttavasti omia voimavaroja vahvistaen.

veluihin. Asiakkaan lähiverkosto tulee ottaa tiiviimmin mukaan, jotta läheisverkoston tuki mahdollistuu asiakkaalle ja läheisverkosto saa myös tukea. Palveluohjauksen tarve korostuu, kun arvioidaan lasten tilannetta aikuisten asiakkuuksissa (mielenterveys-, päihde, vakavat somaattiset sairaudet ym.). Tällöin huomioidaan perheen palveluiden tai tuen tarve, kun vanhempi tai vanhemmat ovat asiakkaina aikuisten palveluissa.

Laitoshoitoa- ja palvelua tarvitsevien nuorten (alle 18-vuotiaat) ja nuorten aikuisten palvelutarpeeseen vastataan uudenaikaisilla laitoksilla. Psykiatristen nuoris-osastojen ja koulukotien integraatio vähentää nykyisiä laitospaikkoja ja nuorten siirtymistä laitoksesta laitokseen (lastensuojelu, lasten- ja nuorisopsykiatria, päihdehoito).

Nykyinen palvelujärjestelmä ei toimi integroidusti. Lainsäädäntö (ThL, SHL, VPL, EHL, LSL, MtL ym.) ohjaa toimintaa siilomaiseen suuntaan, esimerkiksi yhteisten palvelusuunnitelmien tekeminen yhteen asiakastietojärjestelmään ei ole mahdollista. Kehitysvammaisten ja vammaisten (VPL) sosiaali- ja terveystyö on turvattu vahvalla lainsäädännöllä. Asiakkaan siirtyminen perustasolta erityistason tai vaativan tason palveluihin on jäsentymätöntä; ei ole selkeitä kriteerejä siitä, mitkä asiakkaat kuuluvat erityistason tai vaativan tason palveluihin. Erityispalveluita tarvitsevien asiakkaiden ympärillä on paljon toimijoita, vastuutyöntekijää ei nimetä. Asiakkaan siirtämisen toimintakulttuuri vallitsee. Perhepalvelut eivät tavoita nuorten perheitä.

Paljon palveluita tarvitsevien asiakkaiden ja perheiden kohdalla palveluiden koordinointi ja integraatio toteutetaan yhden ja yhteisen asiakas-/palvelusuunnitelman, -ohjauksen, asiakaskohtaisen työryhmän ja vastuutyöntekijän avulla. Paljon palveluita tarvitsevalla asiakkaalla on mm. useita diagnooseja. Työryhmän jäsenenä ovat esimerkiksi lastensuojelun (1), nuorisopsykiatrian (1) ja aikuisten päihdepalveluiden työntekijä (1). Asiakas-/palvelusuunnitelman arviointi ja sen mukaiset toimenpiteet tehdään sovitusti ja säännöllisesti. Asiakkaan/perheiden parissa työskentelevien asiantuntijoiden määrää vähennetään yhdessä sovitulla työnjaolla, joka tehdään asiakassuunnitelman yhteydessä. Työparityöskentely arvioidaan aina asiakaskohtaisesti niin, että samasta palvelusta ei ole useita työpäiviä, esim. lastensuojelu tai mielenterveyspalvelut.

- Paljon palveluita tarvitseville asiakkaille ja perheille tehdään yhdessä asiakkaan ja/tai lähiympäristön kanssa yksi ja yhteinen asiakassuunnitelma.
- Asiakkaan saamien palveluiden koordinoitua ja integroitua varmistetaan palveluohjauksen, asiakaskohtaisen työryhmän ja vastuutyöntekijän avulla.
- Palveluiden kokonaisvaikuttavuutta parannetaan hallintobyrokratian keventämisellä kuten lääkärintodistusten vähentämisellä (useita diagnooseja ja useita hoitovastuutahoja samalla henkilöllä), määräraikasten palvelupäätösten karsimisella, asiakassuunnitelman ja palvelupäätöksen laatimisella samanaikaisesti ja yhteisen toimintakykyarvioinnin käyttöönotolla.
- Esitetään selkeytettävien käypähoitosuosituksien/hoitotakuukriteereitä/lainsäädäntöä, jotka nyt ohjaavat toimintaa.

6.3.3 Mielenterveys- ja päihdepalvelut

Mielenterveyshäiriöt ovat yleisiä ja mahdollisuus saada oikea-aikaista, ammattitaitoista psykiatrista arviota ja hoitoa on puutteellista ja alueellisesti vaihtelevaa. Vain 1/5 mielenterveyshäiriöistä kärsivistä on riittävässä hoidossa ja yli puolet on vailla mitään hoitoa. Hoitokustannuksista psykiatrian osuus on pieni verrattuna siihen, että sairauksien aiheuttamista epäsuorista kustannuksista psykiatrian osuus on suurin. Mielenterveysindeksin mukaan Pohjois-Pohjanmaan väestön näiden palveluiden tarve on noin 32 % suurempi kuin maassa keskimäärin.

Maakunnan palvelujen suunnittelussa tulee huolehtia mielenterveyspalveluiden saatavuudesta, riittävästä voimavaroista ja laadusta. Koko ajan kehittyvien, vaikuttavien psykiatristen hoitomuotojen järjestäminen oikeille ihmisille edellyttää osaamista ja maakunnan kokoista mielenterveys- ja päihdepalveluiden integroitua ja koordinoitua kokonaisuutta. Maakunnan liikelaitoksen mielenterveysosastoon voisi kuulua nykyisen OYS:n palveluiden lisäksi mielenterveys- ja päihdehoidon alueelliset työryhmät, yleissairaaloitten yhteydessä

olevat psykiatriset osastot ja seurantapaikat sekä psykiatriset hoitajat yhteispäivystyksissä.

Psykiatrasta, psykoterapeuttista ja päihdeosaamista tulee vahvistaa koulutuksen, tutkimustiedon ja riittävien suurien yksiköiden avulla. Hoitojen tulee perustua tutkimusnäyttöön, jotta saatavilla on vaikuttavaa hoitoa. Lisäksi tarvitaan kansallisia laatu- ja vaikuttavuusindikaattoreita sekä rekistereitä. Sähköiset palvelut mahdollistavat avun osittain ajasta ja paikasta riippumatta. Uusien potilaiden pääsy sote-keskusten mielenterveyspalveluihin voidaan helpottaa mm. sote-keskusten mielenterveyspalvelujen rajauksella sekä aika- tai käyntimäärärajatulla sihti-tyyppisellä toiminnalla potilaiden alkuarvioissa.

Mielenterveys- ja päihdeongelmiin liittyy negatiivista leimaantumista, mikä nostaa avun hakemisen kynnyksiä ja johtaa helposti huonoon kohteluun sekä palvelujen aliresursointiin. Leimaantumista voidaan vähentää lisäämällä tietoa ja muokkaamalla asenteita sekä mielenterveys-, päihde- ja muiden sosiaali- ja terveyspalveluiden paremmalla integroinnilla.

Koska mielenterveys- ja päihdepalvelujärjestelmä on pirstaleinen ja alueellisesti vaihteleva, tulee eri toimijoiden työjaosta ja yhteistyöstä sopia selvästi. Toimintatapoja yhdenmukaistetaan yhteisillä, maakunnallisilla käypähoitoon perustuvilla ohjeilla (mm. korvaushoito, mielialahäiriöt, psykoottiset häiriöt ja syömishäiriöt). Lisäksi tulee perustaa integroitua mielenterveys- ja päihdehoidon työryhmiä ja määritellä, mitä potilasryhmiä sote-keskuksessa voidaan hoitaa ja lisäksi määritellä potilasryhmäkohtaiset kriteerit maakunnan liikelaitokseen lähettämisestä.

Kuntouttava psykiatrinen malli on jäsentymätön eikä yksityisten palvelukotien toiminnalle ole asetettu yhtenäisiä kriteerejä tai kuntouttamisvelvoitetta. Tulee luoda hoitojärjestelmään integroitu porrasteinen kuntoutusjärjestelmä, asettaa laatukriteerit kuntoutuspalveluille ja seurata niiden toteutumista. Palvelukokonaisuutta tulee järkevöittää koko hoitoketjun mittaisella, säännöllisesti päivitettävällä asiakassuunnitelmalla sekä palvelujen koordinaattoreiden tai vastuutyöntekijöiden käytöllä.

Paheneva psykiatripula vaikeuttaa toimivan mielenterveys- ja päihdehoitojärjestelmän luomista alueelle. Työnjakoa eri ammattiryhmien ja toimijoiden välillä on kehitettävä. Muiden työntekijöiden psykiat-

rista, päihde- ja psykoterapeuttista osaamista on lisättävä. Psykiatrit ovat mahdollisesti jatkossa vahvemmin konsultoitavien asiantuntijoiden roolissa myös etäyhteyksin. Erityisosaamista vaativat arvioinnit ja hoidot on harkitusti keskitettävä. Työpaikkojen vetovoimasta tulee huolehtia.

- Työnjakoa ja vastuita eri ammattiryhmien ja toimijoiden välillä uudistetaan niin mielenterveys- kuin päihdepalveluissakin, jotta yhdenvertainen palveluiden saatavuus turvataan.
- Toimintatapoja yhdenmukaistetaan maakunnallisilla käypähoitoon perustuvilla ohjeilla ja luodaan toiminnan sisällölle ja laadulle kriteerit.
- Päihdepalveluissa otetaan kehittämiskohteeksi selviämishoidon palveluketju, korvaushoidon hoitoketju sekä ikäihmisten, nuorten ja erityisryhmien päihdepalveluiden erityiskysymykset.

6.3.4 Vammaispalvelut

Vammaispalvelujen sosiaalityön laadussa on vaihtelua maakunnan tasolla. Palvelutarpeen arvioinnissa ja palveluohjauksessa tarvitaan vahvaa ja monipuolista osaamista. Palvelutarpeen arvioinnissa tarvitaan nykyistä parempia yhteisiä mittareita asiakkaan toimintakyvyn ja tarpeiden arvioimisen tueksi. Palvelujen myöntämisperusteiden yhtenäistäminen on yksi tärkeä asia, johon täytyy kiinnittää huomiota heti 1.1.2019 alkaen.

Vammaispalveluissa ja varsinkin kehitysvammaisten osalta asumisen järjestämisessä tuottaa ongelmia se, että asiakkaiden siirtyminen kevyempään yksikköön on vaikeaa itsemääräämisoikeuden ja palvelujen joustamattomuuden vuoksi. Asumisen ja asumista tukevien palvelujen erottaminen ja vaihtoehtojen lisääminen on tässä kohtaa yksi ratkaisu. Palvelujen tulee muuttua joustavasti silloin kun asiakkaan palvelutarve muuttuu. Tavoitteena tulee olla vammaisen henkilön mahdollisimman itsenäinen ja omatoiminen elämä. Keinona edelliseen on kevyempien asumispalveluratkaisujen luominen ja omatoi-

Mielenterveys- ja päihdepalvelut toteutetaan palvelutarpeen mukaisesti yhdenmukaistamalla palveluiden sisältö ja laatu, toteuttamalla järkevä työnjako sekä varmistamalla osaaminen ja yhtenäiset toimintamallit.

Palvelutarpeen arvioinnissa ja palveluohjauksessa tarvitaan vahvaa ja monipuolista osaamista. Asumisen ja asumista tukevien palvelujen tulee muuttua joustavasti asiakkaan palvelutarpeen muutoksissa. Tavoitteena on vammaisen henkilön mahdollisimman itsenäinen ja oma-toiminen elämä eli toimintaa ohjaava ns. normaaliuden periaate.

misuuden vahvistaminen teknologiaa hyödyntämällä. Itsenäisen ja omatoimisen elämän tukemiseen tarvitaan myös tiivistä yhteistyötä asiakkaiden eri sidosryhmien kesken.

Laitos asumisen purkaminen kehitysvammahuollossa on jo toteutettu Pohjois-Pohjanmaalla. Jatkossa on turvattava asumispalvelujen kehittyminen niin, että tuetaan riittävästi asiakkaiden selviytymistä arjessa. Asiakkaiden asumista tukevia palveluja tulee olla riittävästä tarjolla, jotta vältetään uudet laitosjaksot ja jaksojen pitkittyminen. Asumista tukeviin palveluihin tulee luoda 24/7 – palvelukonsepti. Myös kriisitilanteiden ennakkoinnilla ja erityispalvelujen riittävän varhaisella tuella vältetään vaativien palvelujen pidempiaikainen tarve.

Teknologian hyödyntäminen erityisesti asumista tukevista palveluissa on ollut vähäistä. Olemassa olevaa teknologiaa on otettava enemmän käyttöön ja uusiin innovaatioihin tällä saralla on suhtauduttava avoimesti. Sähköisiä asiointipalveluja tarjotaan jatkossa yhä enenevässä määrin asiakkaiden kotiin.

Kehitysvammaisille henkilöille on päivätoimintoja tarjolla, mutta ne ovat varsin työkeskummallisia. Niitä tulee uudistaa ja kehittää nykypäivän asiakkaiden tarpeita ja kykyjä vastaaviksi monimuotoisiksi avopalveluiksi kehitysvammaisten ammatilliset valmiudet huomioiden Työelämän osallisuus (TEOS) -työryhmän linjausten mukaisesti.

Omaisten luona asuvien vammaisten henkilöiden asumispalvelujen muuttuviin tilanteisiin ja tarpeisiin tulee varautua. Omaisten jaksamisen tukemiseen tulee kiinnittää erityistä huomiota, sillä omaishoidollaan on merkittävä rooli palvelujen tuottamisessa.

Viimeisten vuosikymmenten aikana kehitysvammaisten henkilöiden odotettavissa oleva elinikä on kasvanut voimakkaasti, mikä on huomiotava palvelujen järjestämisessä. Palvelujen piirissä on ja tulee olemaan yhä enemmän ikääntyneitä kehitysvammaisia henkilöitä. Maakunnassa tulee selvittää mahdollisuudet matkojen yhdistelykeskuksen käyttöönottoon.

- Eri palvelumuotojen kriteerit ja toimintamallit uudistetaan ja yhdenmukaistetaan maakunnassa.
- Vammaispalvelujen sosiaalityötä yhdenmukaistetaan ja osaamistasoa nostetaan.
- Avopalveluiden kehittämisessä hyödynnetään joustavasti teknologisia ratkaisuja.
- Työ- ja päivätoimintoja kehitetään Työelämän osallisuus -työryhmän (TEOS) linjausten mukaisesti.
- Asumisen monimuotoisuutta ja joustavuutta lisätään. Alaikäisten ja maahanmuuttajataustaisten erityisryhmiin kuuluvien henkilöiden asumisjärjestelyt selvitetään ja ohjeistetaan.

6.4 Ikäihmisten palvelut ja sairaalatoiminta

Tulevassa maakunnassa ikäihmisten palveluiden, kuten kotihoidon, omais- ja perhehoidon sekä erilaisten ympärivuorokautista hoitoa tarjoavien yksiköiden ja sairaalatoiminnan saumaton yhteistyö on edellytyksenä palvelurakenteiden uudistamiselle. Lisäksi tarvitaan mm. toimivaa palveluohjausta, sujuvia avopalveluja sekä mm. laaja-alaista osaamista toimintakyvyn ja kuntoutumisen arviointiin ja kehittämiseen.

Pohjois-Pohjanmaa on nopeimmin ikääntyvä maakunta. Yli 65-vuotiaiden osuus väestöstä on noin 17 %. Ikärakenne kunnissa on erilainen ja osassa kunnista vanhusten absoluuttisen määrän ennustetaan kasvavan jopa 40 %:iin vuoteen 2025 mennessä. Vaikka yli 75-vuotiaiden terveys ja toimintakyky paranee tulevaisuudessa, haastavat pitkäaikaissairauksien, muistisairauksien ja erilaisten vakavien sairauksien ilmaantuvuus koko sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmää.

Ikäihmisten palvelujen palvelurakenne painottuu nykyisin ympärivuorokautiseen hoitoon. Ikäihmisten palveluiden laatuosuituksen mukainen kotona asuvien osuus on alle tavoitteen, vaikka säännölli-

sen kotihoidon ja omaishoidon tuen kattavuudet ovat korkeita. Kuntien palvelurakenteissa on selkeitä eroja, ja palveluita saa erilaisin perustein.

Järjestelmällinen varhainen puuttuminen ikäihmisten tilanteisiin eri palveluissa on hajanaista ja tarpeeseen nähden kustannuksiltaan raskaat palvelut alkavat liian nopeasti. Asiakkaalle yhteydensaanti ja apu eivät toteudu joustavasti. Kotona-asumista tukevien tukipalveluiden sisältö ja valikoima on suppea ja teknologian hyödyntäminen palveluissa on vähäistä ja yksipuolista. Ympäri vuorokautinen kotihoito ei toteudu koko maakunnan alueella. Kotona-asumista ja toimintakykyä tukeva kuntoutus on tarpeeseen nähden vähäistä. Palveluohjausmallit ja -kriteerit sekä asiakas/palvelumaksut eivät ole yhtenäiset.

Tavoitteena on, että pohjoispohjalainen ikäihminen asuu kotona erilaisissa asumisympäristöissä oman näköistään elämää, tarvitsemansa tuen ja palvelujen turvin. Kukaan ei asu terveyskeskuksen vuodeosastolla eikä pitkäaikaisesti laitoshoidossa. Pitkäaikainen laitoshoido on kunnissa ja vuodeosastoilla viime vuosina vähentynyt, mutta usein vielä terveyskeskussairaaloitten osastoilla vastataan erityyppisiin kuntoutuksen, asumispaikan odottelun ja vuorohoidon ja omaishoidon vapaiden käyttötarpeisiin.

Yhdenvertaisuuden lisäämiseksi palvelutarpeen arviointi tehdään maakunnassa yhtenäisin menetelmin käyttäen sovitun toimintakykyä arvioivia järjestelmiä (esim. RAI). Palveluohjaus ja palveluista päättäminen on keskitetysti johdettua, perustuu maakunnan kriteereihin ja linjauksiin, ja toteutuu lähellä asiakasta. Asiakkaan yhteinen asiakassuunnitelma pohjautuu normaaliuden ja voimavarojen lähtökohtien periaatteisiin; mitä ihminen itse kykenee ja osaa. Teknologiaa on käytössä kattavasti ikäihmisen arjessa ja palveluissa. Kotiin annettavat palvelut ja kotihoito ovat ensisijainen palvelumuoto.

Tavoitteena on, että vuoteen 2030 mennessä vähintään 94 % 75-vuotiaista asuu kotona itsenäisesti, omaishoidon tai perhehoidon turvin. Kotona asumista tuetaan kehittämällä moniammatillista kuntoutumista edistävää kotiin annettavaa apua ja tukea sekä toimivaa avohoidtoa. Korkeintaan 6 % 75-vuotiaista asuu pitkäaikaisesti ympärivuorokautisissa hoivayksiköissä. Näistä korkeintaan 5 % asuu tehostetussa palveluasumisessa ja korkeintaan 1 % pitkäaikaisessa sosiaalihuoltolain mukaisessa laitoshoidossa. Pitkäaikaista laitoshoi-

toa toteutetaan vain vanhuspalvelulain mukaisilla lääketieteellisillä, asiakas- tai potilasturvallisuuden erityisperusteilla.

Palvelurakennemuutos toteutetaan siirtymällä ympärivuorokautisesta hoidosta kotona asumista tukevaan rakenteeseen. Ennaltaehkäisevät, hyvinvointia edistävät palvelut tähtäävät kunnissa ikäihmisten kotona asumisen mahdollisuuksiin ja heidän toimintakykyä tukevaan yhteisöllisyyteen. Maakunnassa toteutetaan yhtenäistä palveluohjausmallia ja -kriteereitä (mm. kotiin annettavat ja kotona asumista tukevat palvelut, omaishoidon tuki, ympärivuorokautiset palvelut).

Palveluiden saatavuutta ja laatua turvataan 24/7-yhteydensaantikeskuksella ja teknologian ennakkoluulottomalla kehittämisellä ja hyödyntämisellä. Kotona asumista tukevia palveluja kehitetään valikoiman ja vaikuttavuuden osalta niin, että kustannuksiltaan raskaampien palveluiden tarve vähenee.

Palvelurakennemuutos edellyttää siirtymistä hoitamisen kulttuurista arjessa avustamiseen, toimintakyvyn tukemiseen sekä kuntouttavaan toimintaan. Henkilöstössä tulee olla toimintaympäristön muutoksen vaatimaa, kuten digitalisaation vaatimaa uutta osaamista, sekä sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisia, joilla on palvelujen, palvelutarpeen arvioinnin ja palvelujärjestelmän osaaminen ja kokemus. Henkilöstö tunnistaa asiakkaan voimavarat sekä käytettävissä olevat resurssit ja ohjaa asiakasta omavastuuseen toimintaan.

Perustason sairaala- ja vuodeosastohoito

Perustason sairaala- ja vuodeosastohoito on kohdentunut pääasiassa ikääntyneeseen väestöön (yli 70 % potilaista yli 75-vuotiaita). Vaikka on odotettavissa, että yli 75-vuotiaat ovat tulevaisuudessa sangen hyväkuntoisia, niin vakavien sairauksien ilmaantuvuus nousee iän myötä. Tämä tulee kuormittamaan sekä erityistason että perustason sairaalapalveluita.

Nykytilanteessa perustason vuodeosastopalvelujen palveluverkko on hajanainen. Vuodeosastoja on 21:llä eri paikkakunnalla, joista 13 paikkakunnalla vuodeosaston koko on alle 30 sairaansijaa. Vain viidellä paikkakunnalla lääkäri(t) on paikalla myös viikonloppuisin eikä esim. diagnostiikka- ja kuntoutuspalveluita ole saatavilla kattavasti.

Ikäihmisten palveluiden, avosairaanhoidon ja sairaalatoiminnan saumaton yhteistyö on edellytyksenä palvelurakenteiden uudistamiselle. Keskeistä on avohoidon kehittyminen, aktiivinen kuntoutus ja riittävät kotiin annettavat palvelut.

Sairaaloissa hoidetaan laadukkaasti ja turvallisesti ne potilaat, jotka ovat sairaalahoidon tarpeessa. Sairaansijojen määrä maakunnassa vastaa palvelutarvetta.

Sairaalakapasiteetti on akuuttihoitoon tarpeen näkökulmasta osin epätarkoituksenmukaisessa käytössä.

Tulevassa maakunnassa painotetaan sairaalahoidossa sekä erityisesti perustasolla lääketieteellisiä perusteita, oikea-aikaisuutta, tehokkuutta, laatua ja potilasturvallisuutta väestön palvelutarpeen mukaan. Tavoitteena on, että perustason sairaansijojen määrä vastaa palvelutarvetta ja sairaaloissa hoidetaan vain potilaita, jotka ovat sairaalahoidon tarpeessa. Perustasolla tavoitteena on sairaansijojen määrän vähentäminen 915:sta 785 sairaansijaan vahvistamalla ja kehittämällä avohoidon ja kotona ja asumisyksiköissä tapahtuvia palveluita, aktiivisella kuntoutuksella sekä kohdentamalla sairaalahoidon oikein. Tavoite perustuu vuoden 2015 toimintalukujen arviointiin sairaansijojen tarpeesta, jos vuodeosastoilla ei ole pitkäaikaispotilaita eikä jatkohoitopaikkaa odottavia ja osastojen täyttöaste on noin 100 %.

Tulevat perustason sairaalat ovat vahvoja, suurempia yksiköitä, joiden koko on vähintään noin (40-)50 sairaansijaa. Ehdotuksena on, että vuodeosasto-nimen sijasta käytetään sairaala-nimeä. Ne tukevat alueittensa 24/7 päivystysyksiköihin ja vastaavat perustason päivystyksellisestä sairaalahoidosta. Kaikissa yksiköissä on lääkäri-, laboratorio-, röntgen- ja terapiapalvelut saatavilla vähintään jokaisena viikonpäivänä. Osaaminen sekä hoitaja- että lääkärityön osalta on kyettävä varmistettava kaikissa sairaaloissa. Vaadittavien osaamisen, tilojen, laitteiden ja tukipalveluiden vuoksi sairaalahoidon ei lueta lähipalveluksi.

Erikoissairaanhoitoon sairaalahoidon uudistamista ei ole pääsääntöisesti selvitetty PoPSTer-hankkeessa, vaikka erikoissairaanhoitoon toimijat ovat olleet tiiviisti mukana eri palvelukokonaisuustyöryhmissä. Erikoissairaanhoitoa koskevat valtakunnalliset säädökset ja linjaukset (mm. päivystysasetus ja erikoissairaanhoitoon keskittämismasetus) voivat vaikuttaa maakunnassa mm. synnytystoiminnan ja operatiivisen erikoissairaanhoitoon järjestelyihin merkittävästi ja keskittää näitä toimintoja. Tällöin mahdollisesti vapautuva kapasiteetti tulee otettavaksi huomioon muun sairaalatoiminnan järjestelyissä.

Tulevaisuuden sairaala 2030 -hankkeessa valmistellaan yliopistosairaalan toiminnan ja tilojen uudistamista. Hanke koskee kaikkea erikoissairaanhoitoon avo- ja sairaalatoimintaa. Tilojen uudisrakentamisen ja peruskorjauksen lisäksi on tavoitteena toiminnan ja pro-

sessien voimakas uudistaminen ja tehostaminen. Tässä vaiheessa on tehty päätökset lasten ja naisten sairaalan sekä ns. kuumasairaalan rakentamisesta. Tulevaisuuden sairaala -hankkeessa on menossa oma laaja-alainen itsenäinen valmistelu, joka tulee jatkossa koordinoitavaksi maakuntavalmistelun kanssa.

Peruskorjauksia koskevien investointien ja tilojen koordinoinnissa tulee selvittää myös vaihtoehto Oulun seudun perustason vuodeosastopaikkojen keskittämisestä Kontinkankaalle hyödyntäen alueen monipuoliset konsultointi- ja tutkimusmahdollisuudet sekä välttämällä turhat osasto- ja sairaalasiirrot.

Tulevaisuudessa tulee koko sairaalahoitotoiminta tarkastella siten, että erityistaso ja perustaso muodostavat toimivan integroidun kokonaisuuden. Kokonaisuutta hallitaan yhteisellä toiminnanohjausjärjestelmällä.

Ehdotetaan, että:

- Tehdään palvelurakennemuutoksen tueksi henkilöstörakenteen muutossuunnitelma.
- Asiakasarviointijärjestelmä RAI otetaan käyttöön koko maakunnan alueella asiakastyön ja johtamisen tueksi.
- Rakennetaan toimenpideohjelma teknologisten ratkaisujen hyödyntämiseksi kotona asumisen tueksi.
- Maakunta kehittää ikäihmisten ja erityisryhmien asumisen uusia, yhteisöllisiä ratkaisuja kuntien kanssa.
- Omais- ja perhehoidon tueksi perustetaan maakunnan alueille osaamisverkosto.
- Kotona asumisen tueksi laaditaan sosiaali- ja terveydenhuollon yhteinen moniammatillisuuden varmistava palvelumalli (perustason vastaanottotoiminta, ml. etä vastaanotot/-diagnostiikka sekä kotikuntoutus, kotisairaala, kotisaattohoito, kotihoiva 24/7 ja asumisyksiköiden asukkaiden lääketieteellinen hoito)
- Integroidaan erityistason ja perustason sairaalatoiminta yhdeksi kokonaisuudeksi ja varmistetaan tehokkaat ja vaikuttavat hoitajaksot. Integrointi hankkeistetaan jatkovalmistelussa erillisillä työryhmillä ja toimeksiannoilla.

- Otetaan käyttöön yhteinen toiminnanohjausjärjestelmä.
- Sulautetaan Tulevaisuuden sairaala 2030-hankkeen suunnittelu maakuntavalmisteluun.
- Kehitetään voimakkaasti avopalveluita ja avovastaanotto toimintaa (kuvattu vastaanotto toiminnan ja välittömän avun kohdalla)
- Varmistetaan perustason sairaaloiden riittävät lääkäri-, tutkimus- ja kuntoutuspalvelut joka päivä.
- Selvitetään perustason nykyisten sairaaloiden ja vuodeosastojen toiminta ja tilojen kunto ja valmistellaan ehdotus sairaalakapasiteetin optimoinniksi asteittain kokonaistaloudellisesti ja koko maakunnan alue huomioon ottaen.

6.5 Välittömän avun tarve

Välittömän avun tarve on tilanteesta riippuen tiedon, neuvonnan, arvion tai ohjauksen tarvetta tai varsinaisten sosiaali- ja terveyspalveluiden tarvetta. Välitön apu pitää olla saavutettavissa ja saatavilla koko maakunnan alueella 24/7. Usein jo tieto miten toimia oma-aloitteisesti ja mihin palveluun hakeutua virka-aikana, voi riittää kansalaiselle. Välittömän avun kohderyhmä on lähtökohtaisesti koko väestö, josta on lisäksi tunnistettu muutamia erityisryhmiä ja -tapauksia: ikäihmiset, mielenterveys- ja päihdeongelmat, lastensuojelu ja perhe- tai lähisuhdeväkivalta, paljon palveluita käyttävät ja toisaalta vakavassa terveys- tai hyvinvointiriskissä olevat. Ensihoidon ja päivystysten pääasiallisen kohderyhmän tulisi olla akuutisti vakavasti sairastuneet tai loukkaantuneet tai välittömässä sosiaalipalveluiden tarpeessa olevat. Muut asiat tulisi pystyä hoitamaan neuvonnalla, ohjauksella ja muissa kuin päivystyspalveluissa. Tämä edellyttää virka-aikaisten sote-avopalveluiden hyvää saatavuutta, joustavuutta ja uusia toimintamalleja ja virka-ajan ulkopuolisten mm. digipalveluiden lisäämistä.

Ongelmakohdiksi nykytilanteessa on tunnistettu osin vaikeaksi koettu yhteydensaanti palveluihin tai saavutettavuus, vaikeus oikean tiedon löytämisessä, tiedonkulun katkokset, palvelutuotannon kirja-

vuus ja pirstaleisuus (toimintamallit, osaaminen, palveluvalikoima, laatu, vastuiden epäselvyys, erilliset tietojärjestelmät) sekä peruspalveluiden saatavuuden alueelliset vaihtelut ns. virka-aikana ja sen ulkopuolella. Kansalaisten palveluiden tarve ja palveluiden tarjonta eivät kohtaa optimaalisesti, ja etenkin ns. virka-ajan ulkopuolella turvaututaan turhan raskaisiin palveluihin, mikä aiheuttaa kustannuksia.

Tavoitteina on turvata ensihoito sekä sosiaali- ja terveydenhuollon päivystyspalvelut alueellisesti tarkoituksenmukaisesti, laadukkaasti ja kokonaistaloudellisesti ottaen huomioon välimatkat, väestötiheys ja väestörakenne. Varsinaiset päivystyspisteet ovat todellisia yhteispäivystyksiä, joissa on kattavasti perus- ja erityistason terveydenhuollon, mielenterveys- ja päihdepalveluiden sekä monipuolisen sosiaalipalveluiden osaaminen. Maakunnallisesti koordinoidaan sairaalatoiminta, yhteispäivystykset (sisältäen sosiaalipäivystyksen) ja ensihoito 24/7. Ensilinjassa etenkin ensihoidossa ja päivystyksissä on turvattava riittävä osaaminen ja palvelun laatu siten, että palvelutarpeen arvio ja toteutus on mahdollisimman tarkoituksenmukaista alusta lähtien. Sosiaalipalveluiden päivystyspalveluissa panostetaan lastensuojelun lisäksi muiden erityisryhmien palveluiden (mm. ikäihmiset, mielen- terveys- ja päihdeasiakkaat) toteuttamiseen, jotta epätarkoituksenmukaisesti ei ohjauduta terveydenhuollon palveluihin ja sairaalahoitoon, jos tuen tarve on esim. kotona pärjäämisessä tai arjen tuessa.

Kansalaisten näkökulmasta kotiin ja asumisyksiköihin tuodaan koko maakunnan alueella ensihoidon tekemä arviointi, diagnostiikka ja hoito, sosiaalipäivystyksen toteuttama palvelu sekä esimerkiksi kehitettävien liikkuvien terveydenhuollon tiimien avulla kotisairaala ja kotisaattohoitotoiminta. Kansalaisten turvallinen tiedon saanti (omahoidon tukeminen) sekä yhteys ja ohjaus palveluihin on toteutettava joustavasti ja monikanavaisesti 24/7 koko maakunnan alueella. Vastaavasti ammattilaisille ja eri viranomaisille pitää turvata joustavat konsultaatiomahdollisuudet 24/7 koko maakunnan alueella niin, että nykyistä enemmän voitaisiin hoitaa kotona ilman siirtoja ja sairaala- ja vuodeosastohoitajaksoja. Asiakastiedon katkeamattomuus, tietojen vaihto viranomaisten välillä sekä keinot tunnistaa ja ohjata arvioon ja oikeisiin palveluihin erityisen tuen tarpeessa olevat asiakkaat ja asiakasryhmät tulee varmistaa.

Monikanavainen neuvonta, ohjaus ja tarvittaessa välitön apu taataan 24/7 koko maakunnan alueella.

Uusina palveluina kehitetään monikanavaisia digitaalisia ja sähköisiä ohjaus- ja neuvontapalveluita mm. ODA (digiajan omahoitopalvelut), virtuaalisairaala/päivystystalo sekä internetin avulla, puhelimitse ja chatillä tavoitettavia neuvontapalveluita ja integroidaan näihin myös sosiaalipalvelut. Näin kansalaisille saataisiin yksi väylä, josta saa ohjausta kaikissa välitöntä tukea tarvittavissa sote-asioissa. Kotiin ja asumisyksiköihin tarpeen mukaan 24/7 vietäviä liikkuvia palveluita kehitetään (kotihoito, kotisairaala, arjen ohjaus, teknologia). Näiden toteuttamisessa pyritään innovatiivisesti hyödyntämään alueellisesti kaikki käytössä olevat toimijat ja palvelumuodot mm. ensihoito, asumisyksiköt, etäkonsultaatiot ja etädiagnostiikka jne. Perustason sote-palveluiden kiirevastaanotot laajennetulla aukioloajalla iltaisin ja viikonloppuisin tulevat pohdittavaksi, jotta yhteispäivystykset eivät kuormitu epätarkoituksenmukaisesti ja etäisyydet palveluihin pystytään pitämään kohtuullisina. Päällekkäisyyttä palvelujärjestelmässä tulee kuitenkin välttää.

Ehdotetaan, että

- perustetaan maakunnallinen tieto-, yhteys- ja konsultatiokeskus, joka palvelee sekä kuntalaisia että ammattilaisia ympärivuorokautisesti;
- laajennetaan sähköiset palvelut ja otetaan käyttöön uudet digitaaliset palvelut (ODA, virtuaalisairaala, chat) koko maakunnan alueella;
- otetaan käyttöön yhteiset potilas- ja asiakastietojärjestelmät;
- varmistetaan ammattilaisten välinen yhteydenpäänti ja konsultaatiomahdollisuudet sekä osaaminen;
- suunnitellaan ja otetaan käyttöön innovatiivisesti, miten alueellisesti pystytään toteuttamaan kotiin ja asumisyksiköihin vietävät sote-palvelut (arviointi, tutkimus, hoito, kuntoutus, kotisairaala, kotisaattohoito) tarpeen mukaan 24/7 siten, että asiakkaiden turhaa siirtelyä, päivystyskäyttöä ja sairaalajaksoja voidaan välttää;
- käyttöön otetaan mm. teknologia, etädiagnostiikka ja keveät liikkuvat tiimit siten, että kaikki alueella olevat voimavarat on hyödynnetty tarkoituksenmukaisesti.

6.6 Avohoito ja vastaanotto

Yhtenä sote-uudistuksen ja valinnanvapauden lisäämisen valtakunnallisena tavoitteena on ollut vahvistaa perustasolla tapahtuvaa vastaanottotoimintaa ja parantaa sen saatavuutta. Väestö on kokenut yhteydensaannin, neuvonnan ja ohjeistuksen ja itse vastaanottopalveluiden saatavuuden vaikeaksi, kynnyksen korkeaksi ja jatkuvuuden huonoksi sekä perus- että erityistasolla. Sen sijaan varsinaiseen toiminnan sisältöön, asiantuntemukseen ja eettisyyteen on pääosin vahva luottamus.

Valinnanvapauslakiluonnoksen mukaan pääosa nykyisistä perusterveydenhuollon vastaanottotoiminnoista toteutettaisiin jatkossa sote-keskuksissa, joita voisivat julkisen lisäksi tuottaa yritykset, järjestöt, osuuskunnat ja niin edelleen. Kansalaiset valitsisivat oman sote-keskuksensa järjestelmään ilmoittautuneista tuottajien keskuksista. Maakunta määritteli palveluille sisällön, laatuvaatimukset ja tuottajille määriteltävät korvaukset, jotka olisivat kaikille tuottajayhtiöille samat. Lisäksi osana asiakassetelijärjestelmää maakunta määritteli, mitä erikoistoimintoja tai erikoislääkäripalveluja toteutettaisiin asiakassetelin kautta.

Jotta monen muun palvelukokonaisuuden ja palvelurakennemuutosten (mm. ikäihmisten palveluiden laitosvaltaisuuden purku) tavoitteet toteutuvat, on väestön omaehtoinen terveydestään ja hyvinvoinnistaan huolehtiminen ja sairauksien avovastaanottotoiminnan kehittäminen yksi oleellisimpia työkaluja. Tavoitteena on varmistaa laadukas sairauksien tutkimus ja hoito oikea-aikaisesti, oikeassa paikassa ja oikealla tasolla koko maakunnan alueella.

Perusterveydenhuollossa hyvällä hoidolla ja kokonaisvaltaisella moniongelmaisten asiakkaiden terveysongelmien hallinnalla voidaan ehkäistä raskaampien palveluiden tarvetta. Vaikka kehittämistyötä väestön omatoimisuuden lisäämiseksi, ammattiryhmien välisen työnjaon järjestyttämiseksi sekä toiminnan tehostamiseksi on tehty, toiminnalla tuotettu terveyshyöty vaihtelee ja resursseja kuluu lievien, itsestään paranevien infektioiden hoitoon ja tuki- ja liikuntaelinsairauksien selvittelyyn.

Perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon keskinäinen suhde on ollut monimutkainen. Perustason näkökulmasta erikoissairaanhoidon valta ja osuus resursseista on ollut liian suuri ja määräävä. Toisaalta

asiakkaita on saattanut ohjautua perustasolta erikoistason palveluihin perusteettomasti, jos asiakasta ei ole pystytty tai osattu hoitaa perustasolla. Resurssi- ja osaajapulasta johtuen erityistasolla on ollut epäluottamusta perustason kykyyn huolehtia perustehtävästään. Erillinen lainsäädäntö ja tavoitteet (mm. hoitotakuu) ovat osaltaan luoneet järjestelmää, missä ongelmana ovat olleet potilaiden lähettäminen paikasta toiseen ja pitkät odotusajat.

Osa erikoissairaanhoidon toiminnoista edellyttää jatkossakin sairaalolosuhteita (mm. teho-osastot, leikkaustoiminta). Toisaalta osa toiminnoista on toteutettavissa kansalaisille lähipalveluina. Osa aiemmin erikoissairaanhoidon toiminnoiksi luetuista tutkimus- ja hoitomenetelmistä muuttuu lääketieteen kehittyessä perustason tai kansalaisten itse toteuttaman palvelun suuntaan. Tältä osin erikoissairaanhoidon ja perustason rajat muuttuvat jatkuvasti, mikä on otettava huomioon toimintoja ja työnjakoa suunniteltaessa.

Palveluiden saatavuudessa, sisällössä ja laadussa on eroja maakunnallisesti. Asiakassegmentoinnin merkitystä ei ole riittävästi ymmärretty ja asiakkaan kokonaisuuden hallinta on puutteellista. Käytössä ei ole yhteistä asiakassuunnitelmaa. Hoitoketjuja ja yhteisiä toimintamalleja on luotu, mutta niiden mukainen toiminta on osin standardoimatta, eikä niitä kattavasti noudateta. Erilliset asiakastietojärjestelmät ja tiedonkulku aiheuttavat ongelmia. Tilat ja laitteet ovat vajaakäytöllä erityisesti iltaisin. Uusin teknologia on kehitysvaiheessa eikä esimerkiksi etäteknologiaa ole onnistuttu integroimaan päivittäiseen toimintaan riittävästi.

Tavoitteena on, että kansalaiset ovat voimavarojensa mukaan kiinnostuneita terveytensä ja hyvinvointinsa ylläpitämisestä, näin säilyttävät toimintakykynsä pitkään ja pärjäävät kotona. Tähän tarjotaan monimuotoisesti ja monikanavaisesti asiakassegmenttien mukaista ohjausta, neuvontaa ja varsinaisia eri ammattilaisten vastaanottopalveluita. Ohjausta, neuvontaa ja ennaltaehkäisyä sekä omahoidon ja -seurannan kannustamista toteutetaan jokaisessa asiakaskontaktissa, mutta myös lisääntyvästi hyödyntämällä erilaisia digitaalisia palveluita. Omien terveystietojen ylläpito ja testit terveydenhuollon järjestelmillä sekä terveystietojen monitorointi mahdollistetaan sellaisilla henkilökohtaisilla menetelmillä ja laitteilla, joiden vaikuttavuudesta on näyttöä. Peruskunnan palveluiden ja muiden toimijoiden, esimerkiksi järjestöjen, kanssa tehdään poikkitoiminnallista yhteistyötä.

Sähköisiä palveluita (ODA, virtuaalisairaala, chat ym.) kehitetään voimakkaasti siten, että osa väestöstä pystytään palvelemaan niillä kokonaan. Näin vapautuu resursseja sen väestön hoitoon, joka tarvitsee henkilökoh- taisempaa palvelua kasvotusten. Palveluita sujuvoitetaan kansalaisten näkökulmasta esimerkiksi monimuotoistamalla omien ajanvarausten sekä ohjauksen ja neuvonnan toteuttamista ja hallintaa. Sähköistä viestintää ja konsultointia ammattilaisten kesken ja asiakkaiden ja ammattilaisten välillä parannetaan.

Hoidon ja palvelutarpeen arvioon sekä suunnitelmallisuuteen ja jatkuvuuteen panostetaan. Palveluiden ja osaamisen integraation merkitys korostuu erityisesti monia eri palveluita tarvitsevilla ja pitkäaikaissairailla kansalaisilla. Yhteinen, asiakaslähtöinen, tarpeen mukaan räätälöity ja päivittyvä asiakassuunnitelma on tässä edellytys. Paljon palveluita tarvitsevien ja toisaalta palvelukatveessa olevien tunnistaminen ja vastuullinen tilanteeseen tarttuminen, tarvittaessa moniammatillisesti, on varmistettava. Fyysisen vastaanottopalvelun lisäksi tarjotaan etävastaanottoja ja vastaanottojen jalkautumista mm. palvelukoteihin.

Moniammatillista työnjakoa edistetään. Esimerkiksi hoitajien itsenäinen vastaanottotoiminta ja päätöksenteko hoidon ja palvelutarpeen arviossa sekä pitkäaikaissairauksien seurannassa ja hoidossa lisääntyy. Perustason vastaanottotoiminnan yhteydessä huolehditaan riittävän mielen- terveys- ja päihdeosaamisen, kuntoutuksen sekä tiettyjen erityis- palveluiden osaamisesta sekä riittävästä tutkimusmahdollisuuksista riippumatta palveluiden tuottajatahosta (sote-keskus vai liikelaitos). Henkilöstön kannalta monipuolinen osaaminen ja sen ylläpito nousevat keskiöön ja etätyö ja digitaalinen toiminta tulevat lisääntymään. Ammattiryhmien välistä työnjakoa kehitetään siten, että työn sisältö on järkevää ja vastaa ammattiosaamista. Toimenkuvat kehittyvät ja monipuolistuvat.

Erityisosaamista viedään monikanavaisesti perustason tueksi. Teknologiaa ja digiä hyödynnetään mm. etävastaanottojen, etädiagnostiikan ja etäkonsultaatioiden avulla. Kotiin ja asumisyksiköihin viedään kuntoutusta, kotisairaala- ja kotisaattohoitoa. Virka-aikaisilla palveluilla ja mahdollisilla kiirevastaanotoilla pyritään alueellisesti vastaamaan palveluihin siten, että ensihoito ja päivystysjärjestelmä eivät turhaan kuormitu. Pääleikkäisiä palveluita pyritään kuitenkin välttämään.

Lääke- ja hammaslääketieteellisen toiminnan porrastusta, periaatteita ja toteuttamisvaihtoehtoja on kuvattu erillisessä liitteessä (liite X.). Yk-

Vastaanottopalvelujen on toimitettava, jotta tavoitteet kotona pärjäämiseksi ja toimintakyvyn ylläpitämiseksi toteutuvat ja palvelurakennemuutos mahdollistuu.

Sähköisiä palveluita ja digitalisatiota hyödynnetään varmistamaan tehokas, joustava ja kansalaisille lähipalveluina näyttäytyvä palvelukokonaisuus.

sityiskohtainen suunnittelu pitää toteuttaa potilas- tai ongelmaryhmittäin, erikoisaloittain ja -toiminnoittain sekä alueellisesti ottaen huomioon mm. väestöprofiili ja etäisyydet. Avopalveluina perustason palveluiden yhteydessä tai joka tapauksessa alueellisesti useammas- kuin yhdessä toimipisteessä pyritään tarjoamaan yhä lisääntyvästi erityisosaamista tai -aloja. Lisäksi jalkautetaan tiettyjen kansansairauksien tutkimusta, hoitoa ja seurantaa (ainakin erityishoitajavastaanotot) sekä lääketieteellisiä volyymitutkimuksia ja -hoitoja sekä suuri osa suun terveydenhuollon erikoisaloista. Kaikilla erikoisaloilla tähdätään lisäksi toimintamallin muutokseen lisäten konsultaatiota, etävastaanottoja ja hoitoja teknologiaa hyödyntäen, jos se on tarkoituksenmukaista ja järkevää.

Sen sijaan vain perusteellisen harkinnan jälkeen jalkautetaan tai hajautetaan niiden erikoisalojen palveluita, joita asiakas tarvitsee vain harvoin tai kerran elämässään tai joissa asiakasvolyyymi on pieni, niin että jalkauttaminen kokonaisuutena ei ole järkevää tai joissa osaamisen saatavuus on haasteellista.

Suun terveydenhuollon palvelut

Suuri osa suun ja hampaiston sairauksista on ehkäistävissä päivittäisellä hyvällä suun hoidolla ja hampaiden harjaamisella. Suun sairaudet ovat kansanterveydellinen ongelma, joka sitoo voimavaroja ehkäistävissä olevien sairauksien, mm. kariesin hoitoon ja lisäksi suun sairaudet voivat aiheuttaa ja hankaloittaa monia yleissairauksia. Ongelmaksi nykytilassa on koettu osin vaikea pääsy julkisen suun terveydenhuollon palveluihin, riittämätön tai vaikuttamaton ennalta ehkäisy ja erikoispalveluiden epäyhtenäinen saatavuus. Suun terveydenhuollon julkinen palveluverkko on pirstaloitunut, ja toimintaa toteutetaan pienissä hammashoitoloissa, mikä aiheuttaa tuotannollista tehottomuutta. Suun terveydenhuollon tilat vaativat erikoisvarustelun ja laitteiston käyttöasteen tulisi olla korkea. Uusia, innovatiivisia toimintamalleja ja liikkuvia tai jalkautuvia palveluita on otettu käyttöön vielä vain vähän.

On arvioitu, että valinnanvapausjärjestelmässä osa aikuisväestöstä, joka nyt käyttää pelkästään yksityisen suun terveydenhuollon palveluita, siirtyisi julkisen järjestelmän rahoituksen piiriin.

Jatkossa maakunnassa tulee panostaa suun terveyden ennalta ehkäisyyn ja ylläpitoon sekä yhdenmukaistaa käytäntöjä. Määritellään ja varmistetaan maakunnalliset yhtenäiset hoitoketjut ja toimintamallit ja varmistetaan erikoishammaslääkäripalvelut yhdenvertaisesti koko alueen väestölle. Otetaan käyttöön uusia, tuotannollisesti ja taloudellisesti tehokkaita innovatiivisia vastaanoton malleja, jotka yhä useammin mahdollistavat asian hoitumisen asiakaslähtöisesti jo yhdellä käynnillä. Tämä mahdollistuu parhaiten isommissa, useiden yksiköiden hammashoitoloissa, joissa myös laitteiden käyttöaste ja tukipalveluiden sekä automaation ja toiminnanohjausjärjestelmien hyödyntäminen voidaan varmistaa. Huolehditaan saavutettavuudesta liikkuvien ja jalkautuvien toimintojen avulla. Tässä erityisinä kohderyhminä on tunnistettu lapset, nuoret, opiskelijat ja palvelukoti- / laitosasumisissa asuvat.

Ehdotetaan, että:

- laajennetaan sähköiset palvelut ja otetaan käyttöön uudet digitaaliset palvelut (ODA, virtuaalisairaala, chat) koko maakunnan alueella. Sujuvoitetaan ajanvarausta ja hoidon tarpeen arviota sekä kansalaisen informointia.
- varmistetaan ammattilaisten välinen yhteydenpääsy ja konsultaatiomahdollisuudet eri tasoilla. Tuetaan lääkärin ja hoitajien vastaanottotoiminnalla kotona ja asumisyksiköissä pärjäämistä.
- otetaan käyttöön yhteinen asiakassuunnitelma.
- suunnitellaan ja otetaan käyttöön innovatiivisesti, miten alueellisesti pystytään toteuttamaan kotiin ja asumisyksiköihin viettävät sote-palvelut (arviointi, tutkimus, hoito, kuntoutus, kotisairaala, kotisaattohoito) tarpeen mukaan 24/7 siten, että asiakkaiden turhaa siirtelyä, päivystyskäyttöä ja sairaalajaksoja voidaan välttää. Otetaan käyttöön mm. teknologia, etädiagnostiikka ja keveät liikkuvat tiimit.
- Laajennetaan hoitajien ja erityistyöntekijöiden itsenäistä vastaanottotoimintaa (fysioterapeutit, kansansairauksien hoito, kiirevastaanotot) varmistaen lääkärin.

- Tehdään selvitys, miten ilta- ja viikonloppuajainen lievempien terveysongelmien kiirevastaanotto toiminta on tarkoituksenmukaista toteuttaa.
- Määritellään ja jalkautetaan asiakaslähtöiset ja tehokkaat hoitoketjut yhdistämällä eri ammattilaisten, toimijoiden ja erikoisalojen osaaminen. Luodaan rakenne ja toimintamallit hoitoketjujen päivittämiseksi.
- Varmistetaan erikoisaloittain, miten osaamisella pystytään tukemaan perustasoa monimuotoisesti ja monikanavaisesti.

6.7 Tukipalvelut

Pohjois-Pohjanmaan maakunnan sairaanhoidollisiin tukipalveluihin kuuluvat lääkehuolto, kuvantaminen, kliininen neurofysiologia, laboratorio ja patologia. Ei-sairaa hoidollisiin tukipalveluihin kuuluvat välinehuolto, tilat, laitteet ja laitehuolto sekä logistiikka ja tavarahan-kinta.

Maakunnan tukipalveluille on ominaista, että toiminta on hajautunutta ja sisältää runsaasti pieniä yksiköitä. Tilat ovat osin toiminnallisesti vanhakantaisia ja huonokuntoisia ja niihin liittyy vanhaa tekniikkaa. Pienissä yksiköissä työntekijöiden työnkuvat ovat kirjavia sekä kaipaavat standardoimista. Osaavien henkilöiden rekrytointi on haasteellista erityisesti lyhytaikaiseen tarpeeseen. Pienten yksiköiden kehittäminen jää usein vähäiseksi koska riittävää osaamista ja investointipotentiaalia ei ole.

Yhteisen tietojärjestelmän ja tietoverkon puuttuminen alueella aiheuttaa tyhjäkäyntiä, tulosten odottelua ja turhia päällekkäisiä toimintoja sekä turhia potilaiden tutkimuksia. Tavaroiden sekä kuljetusten jakelulogistiikka on hajautunut. Terveystuotteiden, lääkkeiden, tekstiilihuollon, laboratorionäytteiden sekä ateriahuollon kuljetukset hoidetaan omina erillisinä kuljetuksina. Maakunnassa on hajautettuja varastoja, muutamia keskusvarastoja sekä useita pieniä käyttöpisteissä olevia varastoja, joiden toimintaa ei riittävästi koor-dinoida.

Pohjois-Pohjanmaan tukipalvelujen tavoitteena on hajautetun toiminnan koordinointi yhtenäisinä toimintokokonaisuuksina ja laadun standardointi palvelutuotannossa. Keskittämisen myötä tilamäärä vähenee ja tilojen käyttöaste paranee. Energiansäästöön on kiinnitettävä huomioita. Lisäksi tavoitteena on alueen laitekannan yhtenäistäminen ja laitehallinnan lisääminen sekä tehostaminen. Kaikkien tukipalvelujen logistiikka yhdistetään ja kuljetukset suunnitellaan yhtenä keskitettynä kuljetusverkkona hyödyntäen yhteistyötä muiden toimintojen kanssa.

Tukipalveluita, joita tuotetaan suoraan kuntalaisille, esim. kuvantaminen, laboratorio ja lääkehuolto, kehitetään innovatiivisesti, jotta palvelujen saatavuus ja saavutettavuus paranevat. Tuottamistavat monipuolistuvat ja hyödynnetään esim. liikkuvia palveluita, etämittauksia ja monitorointia sekä omahoitopalveluja. Tukipalvelut voivat myös saada uusia muotoja tai sisältöjä ja niitä voidaan tuottaa kumppaneiden tai verkostojen kanssa. Tukipalveluiden kehittämistyö on kiinteä osa muuta kehittyvää ja uudistuvaa palvelujärjestelmää.

Esim. lääkehoidon toteuttamiseen luodaan uusia toimintakäytäntöjä, jotka tukevat asiakkaan tarpeen mukaisten palveluiden toteuttamista ja ammattilaisten työtä. Lääkkeiden annosjakelu, lääkehoidon arvioinnit, lääkehoidon neuvonta ja sitouttaminen sekä lääkkeiden annosjakelu toteutetaan lähipalveluna ja määritellään moniammatillisesti maakunnan tasolla.

Diagnostisten tutkimusten tavoitteena on tutkimusten laadun parantaminen ja se, että potilaat saavat hoitosuosittelun mukaisia, indisoituja tutkimuksia. Diagnostisen toiminnan tavoitteena on ajanmukaisten tutkimusindikaatioiden noudattaminen, millä parannetaan hoitoprosessien laatua, tutkimusten oikea-aikaisuutta ja hallitaan kustannuksia. Diagnostisten palveluiden tuotanto suunnitellaan siten että palvelut ovat tarkoituksenmukaisesti siellä, mihin maakunnassa on suunniteltu avohoidon, sairaalatoiminnan tai päivystyksen yksiköitä. Harvinaisissa ja kalliissa tutkimuksissa tehdään yhteistyötä muiden yliopistosairaaloiden diagnostisten palvelujen kanssa.

Keinona tavoitteisiin pääsemiseksi on toiminnan toteuttaminen yhtenäisinä toiminnallisina kokonaisuuksina. Pieniä yksiköitä ryhmitellään isommiksi yksiköiksi, jolloin niihin saadaan riittävä laitekanta, toimintavarmuus ja riittävä henkilöstöresurssi. Yhtenäisillä toimin-

Toiminnan suuntaaminen nykyistä isompiin yksiköihin vahvistaa osaa-mista, toimintavarmuutta, laatua ja turvallisuutta. Tavoitteena on tilojen käytön tehostaminen ja käyttöas-teen nostaminen sekä muunneltavuuden ja monikäyttöisyyden lisääminen.

Lääkehoidon vahva asiantuntemus tukee sote-palveluiden vaikutta-vuutta ja mm. ikäihmisten kotona asumista. Julkisen lääkehuollon ja avoapteekkien yhteistyössä on monia mahdollisuuksia tulevassa maakunnassa.

Kuvantaminen on tarkoituksenmu-kaisesti siellä, missä on muutakin palvelua tai päivystys-toimintaa. Mobiilit yksiköt (kuten MRI-rekka, mammografiaseulonta) ja telera-diologiset palvelut voivat lisätä saavutettavuutta, vaikka toimintoja keskitettäisiin.

Laboratoriopalveluiden tulee olla saumaton osa hoitoprosessia ilman viiveitä, optimoituna ja tarkoituk-senmukaisina.

nallisilla kokonaisuuksilla varmistetaan yhtenäinen laatutaso sekä voidaan hyödyntää automaatiota siellä, missä sen käyttäminen on mahdollista. Uudet tilainvestoinnit suunnitellaan ja toteutetaan vain palvelurakennetta ja palvelujen uudistamista tukeviin hankkeisiin.

Hankinnoissa toiminnan tehokkuus, oikea-aikaisuus ja alueellinen kattavuus saavutetaan koordinoitulla kilpailuttamisella ja varastoverkoston alueellisella suunnittelulla. Samalla voidaan tarkoituksenmukaisella tavalla optimoida esimerkiksi välinehuollon kertakäyttömateriaalin käyttö. Osa palvelutuotantoa toteutetaan maakuntatasoa laajemmalle alueelle. Uudet toiminnalliset mallit mahdollistavat myös palvelutason parantamisen, esimerkiksi aukiolojen laajentamisen diagnostiikassa.

Tukipalveluihin liittyy paljon logistiikkaa. Logistiikan tehokkuutta parannetaan erilaisten kuljetusten yhdistämisellä ja jakelureitistön hyvällä suunnittelulla; esimerkiksi lääkkeit, laboratoriotuotteet, ruokakuljetukset, posti ja hoitotarvikkeet voidaan hoitaa samalla kuljetuksella ja niihin voidaan liittää tarvittaessa myös uusia lisäarvopalveluita. Maakunnan alueen ylittävä yhteistyö Pohjois-Suomessa mahdollistaa kustannustehokkaamman tavaralogistiikan ja varmistaa katkeamattomat hoitoketjut sekä tasalaatuiset palvelut.

Tukipalvelujen osalta ehdotetaan, että:

- työnkuvia standardoidaan;
- tiloja keskitetään, jolloin tilamäärä vähenee ja tilojen käyttöaste paranee;
- lääkehoidon toteuttamiseen tuodaan uusia toimintakäytäntöjä, jotka tukevat asiakaslähtöisten palveluiden toteuttamista ja sote-ammattilaisten työtä. Hyödynnetään julkisen lääkehuollon ja avoapteekkien yhteistyötä;
- logistiikan tehokkuutta parannetaan mm. kuljetusten yhdistämisellä ja jakelureitistön hyvällä suunnittelulla;
- tehdään selvitykset eri tukipalveluiden innovatiivisista hankinta- ja tuottamistavoista yksityisiltä palveluntuottajilta ja muilta toimijoilta sekä yhteistyössä muiden maakuntien ja kuntien kanssa.

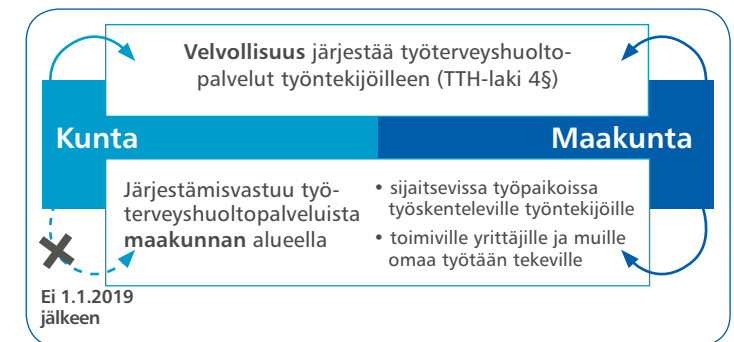
6.8 Työterveyshuolto

Popster-valmistelussa ei ole syvemmin kohdattu työterveyshuollon ja sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistä jäsentymistä eikä myöskään maakunnan työterveyshuollon toimintaa osana maakunnan järjestämisvastuuta. Myöskään työterveyshuollon palveluiden järjestäminen maakunnan henkilöstölle ei ole ollut sen työlliställä.

Jokaisessa maakunnassa on ratkaistava, miten työterveyspalvelut järjestetään osana sosiaali- ja terveyspalveluita, kun palvelut siirtyvät maakunnille 1.1.2019. Tavoitteena on työterveyshuollon saumaton toiminnallinen integraatio perusterveydenhuollon, erikoissairaanhoidon, sosiaalipalveluiden ja kuntoutuksen palvelukokonaisuudessa. Sote-uudistuksessa työterveyshuollolla on erityinen rooli ja asiantuntemus työkyvyn arvioinnissa, ylläpitämisessä ja palauttamisessa.

Kuntien velvollisuus työterveyspalvelujen järjestämiseen supistuu 1.1.2019. Kunnan tulee huolehtia jatkossa palveluiden järjestämisestä vain omille työntekijöilleen. Maakunta järjestää omien työntekijöidensä työterveyshuollon sekä huolehtii siitä, että työterveyspalvelut ovat kaikkien maakunnan alueella toimivien yrittäjien tavoitettavissa.

Työterveyshuollon maakunnallisen järjestämisen helpottamiseksi on tehty maakuntapohjainen tietopaketti, joka kokoaa olemassa olevan tilastotiedon maakunnan työikäisestä väestöstä, heidän tarpeistaan, maakunnan työnantajista, maakunnan alueella toimivista työterveyshuolloista ja heidän asiakaskunnastaan. Tietopakettiin on



Kuva 14. Työterveyshuollon järjestämisvelvollisuus ja vastuu 1.1.2019. (Työterveyslaitos, 2017.)

koottu päätöksenteon kannalta keskeinen lainsäädäntö sekä työterveyshuollon järjestämisen ja tuottamisen eri vaihtoehdot seurauksiineen. Materiaalit löytyvät tll.fi:stä. Pohjois-Pohjanmaan maakunnan alueen kuntien ja kuntayhtymien työterveyshuollon toimijat on kartoitettu ja nykytila kuvattu.

Keskustelua on käyty em. tietopohjien perusteella jatkotoimenpiteistä Työterveyslaitoksen, STM:n, Kevan ja Pohjois-Pohjanmaan maakunta- ja sote-valmistelijoiden kanssa. Maakunnan työterveyshuollon valmistelu tekee yhteistyötä Työterveyslaitoksen valtakunnallisen Verkostoilla tehoa soteen, työkyvyn tukeen ja työikäisten terveyteen -hankkeen (TYÖKE) kanssa. Hankkeen tavoitteena on rakentaa toiminnallinen integraatio työterveyshuollon ja muun sosiaali- ja terveydenhuollon sekä kuntoutustoimijoiden kanssa osana sote-muutosta. Toiminnallinen integraatio on käytännössä työikäisten työkykyasioiden huomioon ottamista ja hoitamista yhteistyössä, konsultaatioita työkykyasioissa, työikäisten saumattomien maakunnallisten hoitoketjujen rakentamista, työhön liittyvien sairauksien ennaltaehkäisyä, tunnistamista, hoitamista ja esimerkiksi tietojärjestelmiin liittyvien yhteistyön esteiden purkamista. Yhteisesti eri työterveyshuollon toimijoiden ja asiantuntijoiden kanssa valmistellaan työterveyshuollon roolia osana maakunnan sote-palveluiden järjestämistä ja tuottamista.

Tulevan maakunnan työntekijöiden työterveyshuollon tuotannon valmistelu on osa maakunnallista valmistelua. Henkilöstön siirtymistä maakunnan palvelukseen valmistelee erillinen henkilöstötyöryhmä ja näin ollen siirtyvän henkilöstön työterveyshuollon toteutus tulee soveltavaksi siinä yhteydessä vuoden 2017 aikana.

Ehdotetaan, että:

- Rakennetaan toiminnallisen integraation malli työterveyshuollon ja muun sosiaali- ja terveydenhuollon sekä kuntoutustoimijoiden kanssa yhdessä Työterveyslaitoksen TYÖKE-hankkeen kanssa.
- Siirtyvän henkilöstön työterveyshuollon toteutus suunnitellaan osana maakunnan henkilöstöasioiden valmistelua.

6.9 Ehdotus palveluverkoksi

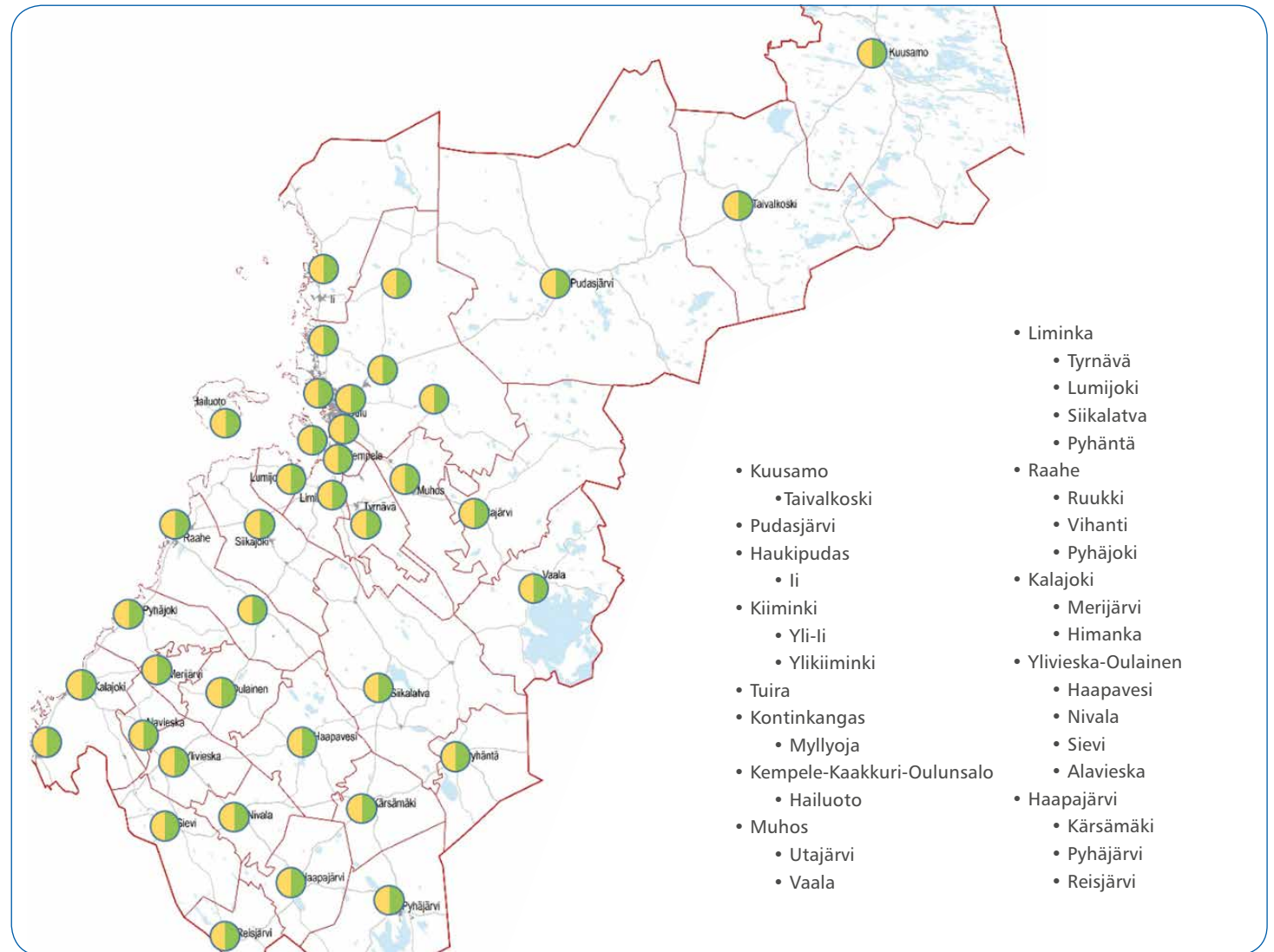
Palveluverkkoa koskeva ehdotus perustuu kansalaisen arjen tukemiseen, palveluneuvonnan ja palveluohjauksen vahvistamiseen, digitaalisten palveluiden nykyistä voimakkaampaan hyödyntämiseen ja palvelurakenteen muutokseen. Pohjana ovat myös edellä, erityisesti luvussa 6.1, kuvatut palveluverkon periaatteet.

Suurin osa ihmisistä saa kaikki tarvitsemansa avopalvelut hyvinvointikeskuksista tai hyvinvointiasemilta. Palvelut voi tuottaa maakunnan liikelaitos, julkinen yhtiö tai yksityinen yritys. Hyvinvointikeskukset ja -asemat eroavat palveluvalikoimaltaan toisistaan. Kuviossa on lueteltu ensin niitä palveluita, jotka toteutuvat kaikissa hyvinvointikeskuksissa ja -asemilla. Hyvinvointikeskuksen palveluvalikoima kattaa laajimmillaan kaikki kuviossa luetellut palvelut. Yksittäisten keskusten ja asemien palveluvalikoiman tarkempi konkreettointi tehdään valmistelun edetessä.

- 
- Neuvola-, koulu- ja opiskelijaterveydenhuolto
 - Hoitajien vastaanotto
 - Lääkärin vastaanotto
 - Suun terveydenhuolto
 - Laboratorionäytteenotto
 - Mielenterveys- ja päihdepalvelut
 - Työterveyshuolto
 - Toiminta- ja työkyvyn arviot
 - Kuntoutus (terapiat, apuvälinepalvelut)
 - Kuvantaminen (mm. röntgen)
 - Monialaista arviota ja hoitoa tarvitsevat ja niistä hyötyvät (paljon palveluita käyttävien ongelmat)
 - Erityisosaaminen, mm:
 - Geriatria
 - Psykiatriat ja päihdehoito
 - Sisätautien kansansairaudet (diabetes, reuma)
 - Kivun hoito
 - Palliatiivinen- ja saattohoito, elämän loppuvaiheen hoito
 - Sosiaaliohjaus, arjen tuki
 - Kotona asumista tukevat palvelut (mm. ateriapalvelut, turvapalvelut, vuoroahoito)
 - Kotihoito ja perhepalvelut (lapsiperheet, ikäihmiset ja erityisryhmät)
 - Toimintakyvyn ja palvelutarpeen arvio
 - Aikuissosiaalityö
 - Perheneuvola
 - Sosiaalinen kuntoutus
 - Työllistymistä tukeva toiminta
 - Työhön valmennus
 - Työ- ja päivätoiminta
 - Perheoikeudelliset palvelut
 - Asumispalvelut
 - Kotoutumisen edistäminen
 - Erityisosaaminen, mm:
 - Vammaispalvelun sosiaalityö
 - Kehitysvammahuolto
 - Lastensuojelu

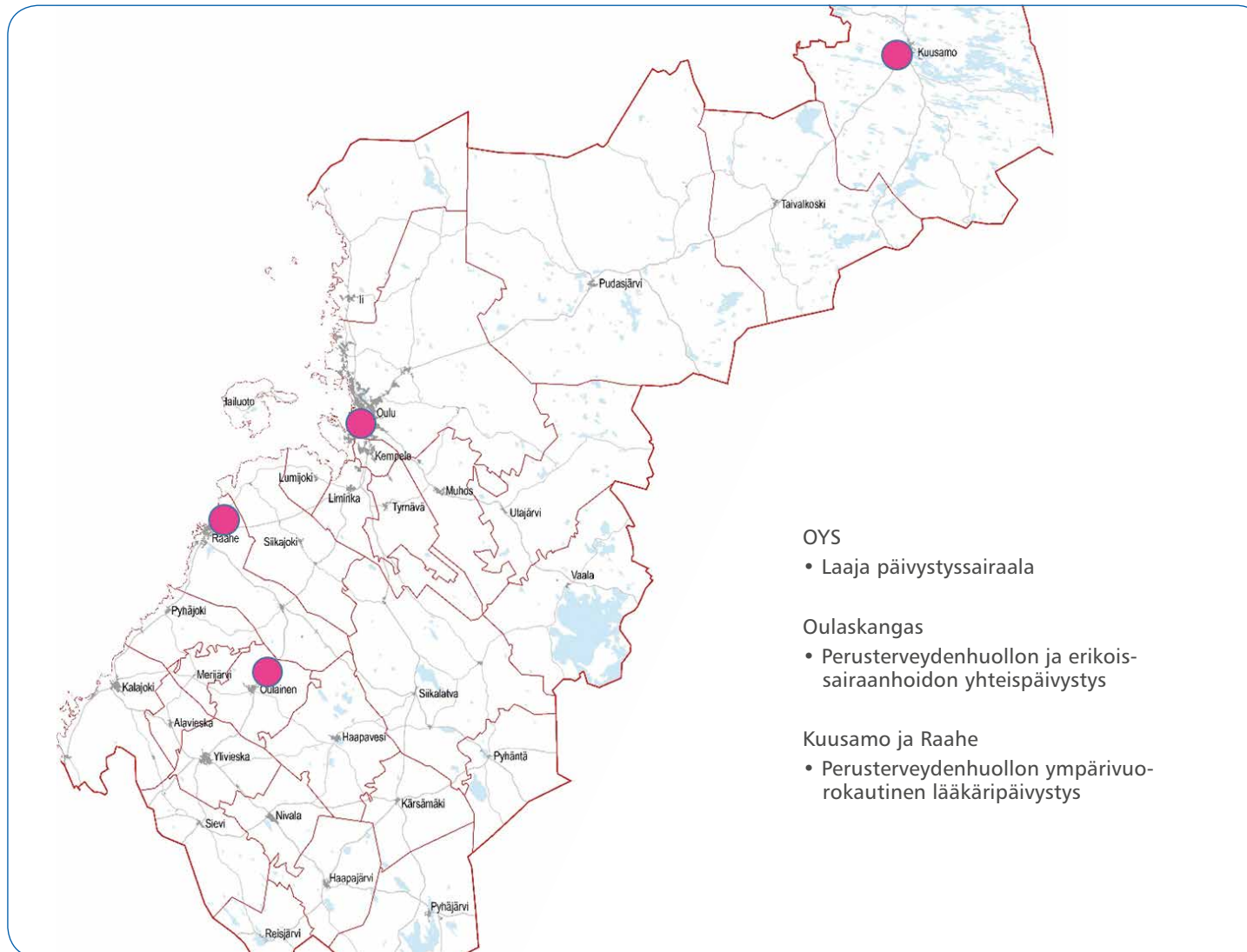
Kuvio 15. Palvelut hyvinvointikeskuksissa ja osin hyvinvointiasemilla

Asiakaslähtöisyyden ja saavutettavuuden toteutumiseksi ehdotetaan, että jokaisessa maakunnan kunnassa on vähintään yksi hyvinvointikeskus tai -asema. Hyvinvointikeskuksella ja asemalla tarkoitetaan valinnanvapauslakiehdotuksen mukaista sote-keskusta laajempaa käsitettä, eikä se rajaa yksittäisen asiakkaan valinnanmahdollisuuksia.



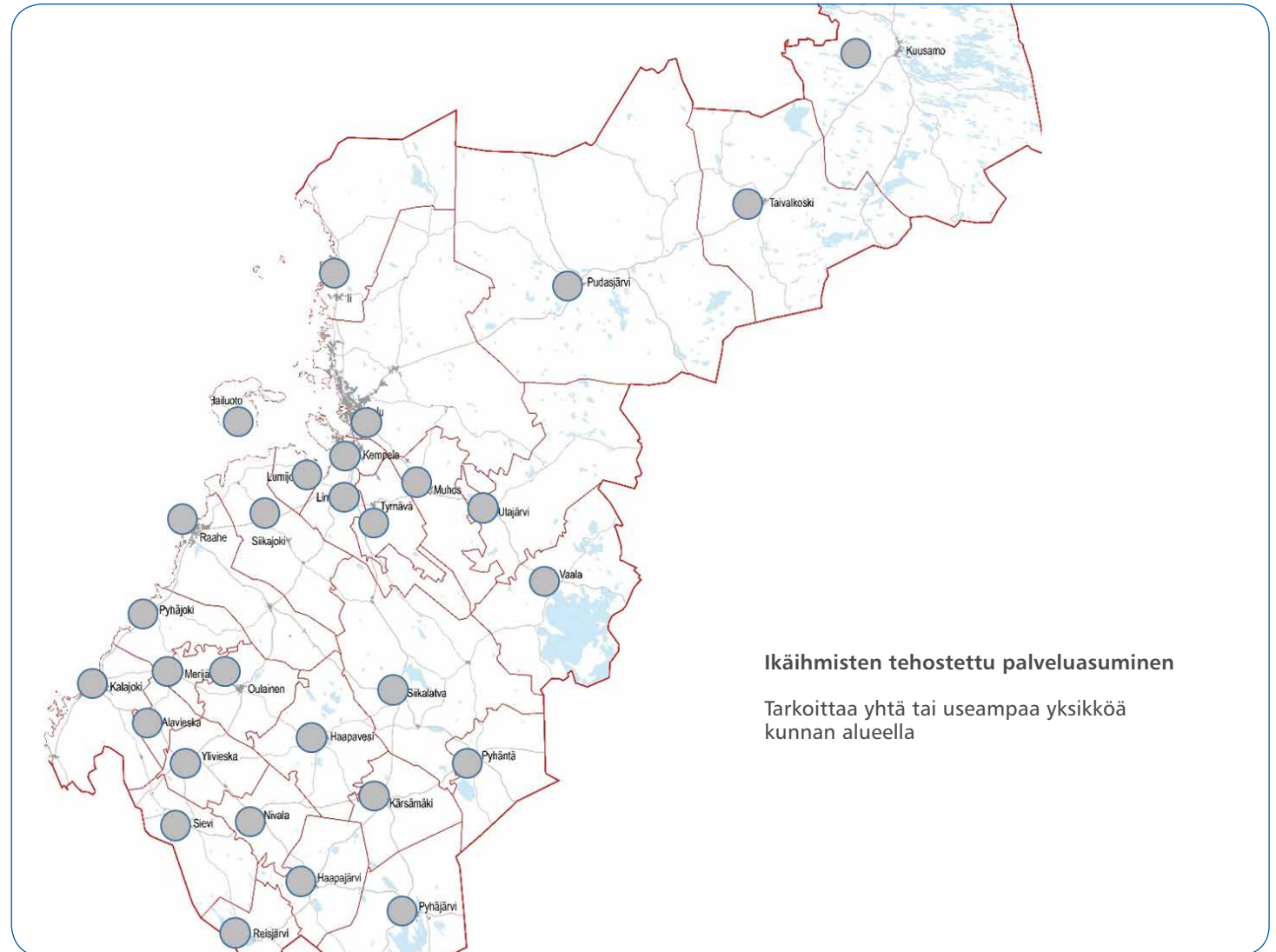
Kuvio 16. Hyvinvointikeskukset ja hyvinvointiasemat.

Ympäri vuorokautinen päivystys ehdotetaan toteutettavaksi kuten nykyisin.



Kuvio 17. Ympäri vuorokautinen päivystys.

Ikäihmisten palveluja koskevat periaatteet ja tavoitteet on esitetty ikäihmisten palvelut ja sairaalatoiminta -luvussa. Ikäihmisten tehostetun palveluasumisen osalta ehdotuksena on, että se toteutetaan jokaisessa kunnassa.



Kuvio 18. Ikäihmisten tehostettu palveluasuminen.

Laitoshoitoa ja perustason sairaalahoitoa koskeva palveluverkkoesitys edellyttää, että luodaan työkäytännöt, joilla kotona ja palveluasumisyksiköissä arvioidaan, tutkitaan, hoidetaan ja kuntoutetaan yhä enemmän. Lyhytaikaisia palveluasumispaikkoja varataan alueellisesti noin yhdelle prosentille yli 75-vuotiaista eli noin 300 paikkaa. Näiden tavoitteiden toteutuessa lyhytaikaista laitoshoidoa, jota vuonna 2016 oli maakunnassa noin 315 paikkaa, ei tulevaisuudessa tarvita.

Pitkäaikaislaitoshoidon paikoilla hoidetaan vain vanhuspalvelulain mukaisilla erityisperusteilla, joita ovat lääketieteelliset, asiakas- tai potilasturvallisuusperusteet. Tällaisia potilasryhmiä ovat esimerkiksi psykiatriat ja käytösoireiset ikäihmiset vaikeiden oireiden ajan, terveydentilaltaan epävakait, jatkuvaa tehostettua valvontaa tarvitsevat ja vaativat eristyspotilaat. Tavoitteen toteutuminen edellyttää mm. erikoistuneita asumisen yksiköitä. Päämääränä on, että ikäihmisten pitkäaikaislaitoshoidon ei tarvita lainkaan. Sitä vähennetään asteittain niin, että alkuvaiheessa varataan noin 300 paikkaa eli noin yhdelle prosentille yli 75-vuotiaista. Nämä paikat olisivat Kontinkankaalla, jossa on saatavilla mm. erityisosaamista, lääketieteellistä tukea ja erityisvälineistöä. Vuonna 2016 maakunnassa oli 432 paikkaa, joista 279 oli Oulussa.

Perustason sairaala- eli vuodeosastohoidolle on asetettu tavoitteeksi, että

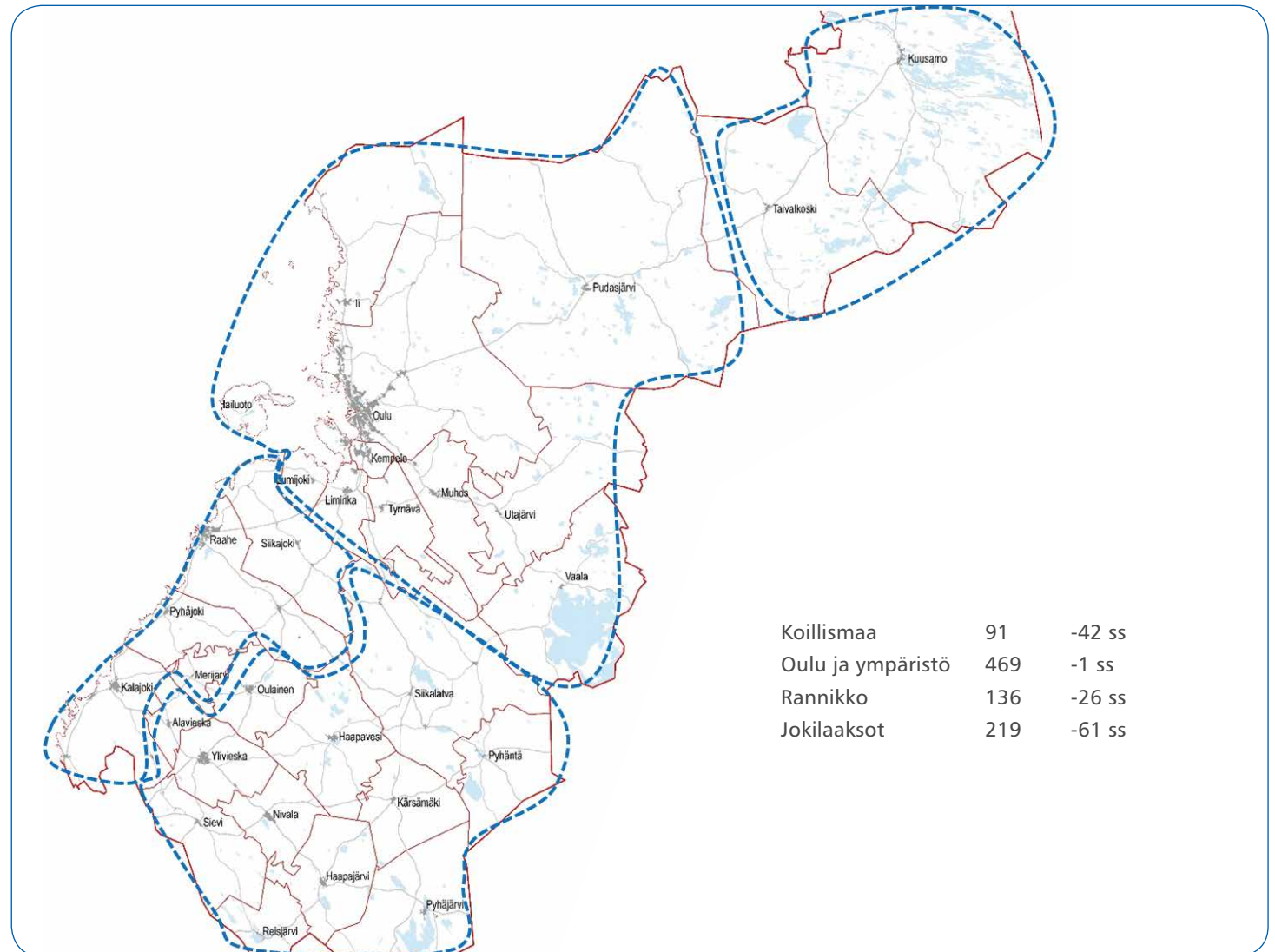
- tehokkuutta, hoidollista laatua, potilasturvallisuutta sekä terapia- ja tutkimusmahdollisuuksia lisätään,
- sairaansijojen määrä vastaa lääketieteellistä palvelutarvetta,
- sairaaloissa (vuodeosastoilla) hoidetaan vain potilaita, jotka ovat sairauden vuoksi sairaalahoidon tarpeessa.

Palveluverkko muodostetaan sairaaloista, jotka täyttävät seuraavat edellytykset:

- tukeutuminen toiminta-alueitten 24/7 päivystysyksiköihin
- sairaalat ovat erikoislääkärijohtoisia
- lääkäripalvelut vähintään 8/7
- laboratoriapalvelut saatavilla vähintään 8/7
- radiologiset palvelut saatavilla vähintään 8/7
- terapeuttien palveluita saatavilla 8/7
- sairaalayksiköiden koko vähintään (40-)50 sairaansijaa

Tavoite ei ole mahdollinen nykyisellä vuodeosastorakenteella, vaan vuodeosastohoidon kokoaminen isommiksi yksiköiksi on välttämätöntä. Perusterveydenhuollossa oli vuonna 2015 yhteensä 915 sairaansijaa, mutta 785 sairaansijaa olisi riittänyt, jos olisi hoidettu vain lääketieteellisin perustein sairaalahoitoa edellyttäviä potilaita, ilman pitkäaikaispotilaita ja jatkohoitopaikkaa odottavia ja osastojen täyttöaste olisi ollut noin 100 %. Mitoitusperusteena on käytetty yli 75-vuotiaiden määrää.

Sairaala- ja vuodeosastokapasiteetin osalta ehdotetaan kuvassa esitettyä muutosta vuoteen 2030 mennessä. Myöhemmässä valmistelussa tarkennetaan se, minne sairaalatoiminta sijoittuu alueiden sisällä palveluverkon periaatteiden mukaisesti ja tehtävän vaikutusten arvioinnin pohjalta.



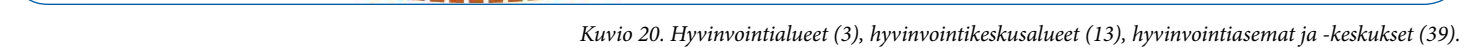
Kuvio 19. Sairaala- ja vuodeosastokapasiteetti vuonna 2016 ja muutostarpeet vuoteen 2030 mennessä väestöennusteen pohjalta.

Tulevaisuuden sairaala -hankkeessa edellytetään 10–15 prosentin tuottavuuden kasvua, joka edellyttää kaikkien prosessien tarkastelua. Erityistason ja perustason tulee muodostaa toimiva kokonaisuus. Jatkovalmistelussa hoitoprosessit tarkastellaan asiakaslähtöisesti, potilasryhmittäin ja toiminnoittain. Suunnittelussa on syytä huomioida yhteistoimintamahdollisuudet Oulun kaupunginsairaalan kanssa.

Sosiaali- ja terveydenhuollon ohjaamisen ja johtamisen osalta nähtiin tarpeelliseksi pohtia ja alustavasti linjata organisoitumisen periaatteita. Vaihtoehtoina tarkasteltiin alueellista ja funktionaalista eli toimintokohtaista mallia. Tarkastelu tarvitaan sekä järjestäjän että tuotannon toteutukseen. Vaihtoehtojen tarkastelua tehtiin seuraavassa taulukossa esitettyjen näkökulmien pohjalta.

	Aluemalli	Funktionaalinen malli
Perus- ja erityistason välinen integraatio	Ei ratkaise perus- ja erityistason välistä ongelmaa. Keskitetyt palvelut jäävät omaksi putkeksi.	Ei ratkaise perus- ja erityistason välistä ongelmaa. Keskitetyt palvelut jäävät omaksi putkeksi.
Asiakastason integraatio	Korostaa paremmin asukkaan kokonaisuutta ja väestötason kokonaisuutta. Palveluohjauksen näkökulmasta integraatio toteutuu.	Asiakas asioi eri putkessa eri asioissa. Palveluohjauksen toimivuudessa haasteita.
Asukkaiden osallistumismahdollisuudet	Asukkaiden kuuleminen voidaan tehdä alueellisesti.	Kokemusasiakkuus osin paremmin hyödynnettävissä.
Päätöksentekijän näkökulma	Useimmille muutos nykytilanteeseen nähden pienempi. Oulun nykyistä hyvinvointikeskusjakoa mahdollista hyödyntää.	Keskittymisen pelko. Rikkoo toimivat arjen rakenteet.
Strategiset päämäärät	Korostaa asiakaslähtöisyyttä ja integraatiota	Vertikaalisten hoito- ja palveluketjujen rakentuminen helpompaa.
Toiminnalliset/funktionaaliset/Asiakastavoitteet (järjestäjä)	Ei eroa.	Ei eroa.
Rakenne ja palveluverkko	Rakennemuutoksen ja palveluverkon yhteensovittaminen ja optimointi varmempaa.	Riskinä Oulu-keskeisyys. Yksittäisen toiminnan osalta tehokas. Kokonaisverkko ei välttämättä ole toimiva.
Vuoropuhelu	Alueellinen vuoropuhelu eri toimijoiden kanssa toimii paremmin, kun vuoropuhelun maailma on sote-keskuksen ympärillä.	
Taloudellinen tavoitteenasettelu ja vastuu	Kokonaistaloudellinen ja aikataulutettu tavoitteenasettelu on helpompaa. Pakottaa selkeämmin taloudelliseen vastuuseen. Selitysmahdollisuudet vähempänä. Mahdollistaa ja pakottaa toimintojen yhteensovittamiseen. Mahdollistaa alueiden vertailuun perustuvan arvioinnin.	Riskinä, että taloudellisia tavoitteita selitetään toisen putken tekijöillä. Voi johtaa osaoptimointiin. Vertikaalisten hoito- ja palveluketjujen rakentuminen helpompaa.
Kehittäminen	Pelkona ammatillisen kehittämisen ja johtamisen kokonaisvastuun puute.	Ammatillinen kehittäminen vahvempaa.
Kokonaisjohtaminen	Muutoksen toteutus onnistuu paremmin.	Alueellinen vastuu hukkuu.
Tilannesidonnaisuus	Ensivaiheessa tärkeää on asiakaslähtöisyys ja sote-integraatio sekä palvelurakenteen ja -verkon vinoumien korjaus. Kyläpolitiikoinnin pelko.	Erityistoimintovetoisuuden pelko.

Taulukko 1. Alueellisen ja funktionaalisen mallin vertailua.



Alueiden määrä pohjautuu työryhmien loppuraporteissa tekemiin ehdotuksiin, jotka vaihtelivat kolmen ja viiden alueen välillä. Johtamisjärjestelmän näkökulmasta tämä on sopiva määrä. Kuntakierroksen, loppuraportin luonnosversio 0.3:sta saatujen kommenttien ja muun palautteen pohjalta päädyttiin valmistelemaan erilaisia vaihtoehtoja alueelliselle tarkastelulle:

- a) 3 – 13 – 39
- b) 5/6 – 39
- c) 3 – 39

Näistä vaihtoehdolle b) tehtiin vaihtoehtoisia aluejakoja, jotka ovat raportin liitteenä (liite 6). Vaihtoehtojen tarkastelu jää osaksi loppuraportin jälkeistä vaikutusten arviointia.

7 Alustavaa arviointia vaikutuksista

Varsinainen vaikutusten arviointi eri vaihtoehtoisten mallien perusteella tehdään syksyllä 2017. Tällöin arvioidaan eri vaihtoehtojen vaikutuksia mm. alueen ihmisiin, talouteen, hallintoon ja organisaatioihin, palveluiden tuotantoon, asukkaiden vaikutusmahdollisuuksiin ja demokratiaan, henkilöstöön, työllisyyteen ja työelämään sekä kaupunki- ja maaseutuympäristöön.

Syksyllä 2017 vaikutusten arviointi toteutetaan monialaisen maakunnan eri tehtävät sekä uudistuksen lakipohja huomioiden.

Uudistuksen vaikutukset riippuvat olennaisesti siitä, miten maakunnassa pystytään toimeenpanemaan lakiesitykseen ja maakuntien omiin linjauksiin pohjautuvat tavoitteet. Vaaditaan kykyä ja osaamista tehdä päätöksiä asiakaslähtöisyys, palvelutarpeet ja koko maakunnan etu huomioiden. Keskeistä on myös se, kuinka maakuntien vahvuudet ja erityispiirteet pystytään huomioimaan reformin toteutuksessa. Kriittistä on maakuntien onnistuminen järjestämistehtävässä ja johtamisessa.

Valmisteilla oleva uudistus aiheuttaa kansallisesti ja maakunnissa merkittäviä muutoksia kuntien, kuntayhtymien ja valtion aluehallinnon organisaatioihin. Sote-palvelujen järjestämisen tilanne Pohjois-Pohjanmaalla ennen uudistuksen toimeenpanoa on kuvattu alla.

- Pohjois-Pohjanmaalla on 30 kuntaa
- 10 kuntaa järjestää sote-palvelut itse (Oulu, Kuusamo, Taivalkoski, Hailuoto, Lumijoki, Liminka, Kempele, Tyrnävä, Muhos ja Oulainen).
 - Asukkaita yhteensä 273 847 hlö (31.12.2016) eli n. 67 % maakunnan väestöstä.
- 18 kuntaa järjestää sote-palvelunsa kuntayhtymän tai vastuukuntamallin kautta
 - Paras-puitelain mukaisia kuntayhtymä alueella toimii neljä (Kallion peruspalvelukuntayhtymä, Oulunkaaren kuntayhtymä, Raahen seudun hyvinvointikuntayhtymä sekä Selänteen peruspalvelukuntayhtymä).
 - Isäntäkuntamallilla sote-palvelut tuotetaan Kalajoki-Merijärvi-alueella sekä Terveyspiiri Helmen alueella (Haapavesi-Pyhäntä).

– Väestöä näissä kunnissa oli vuoden 2016 lopussa yhteensä 126 960 hlö n. 31 % maakunnan väestöstä.

- Alueella on tehty kahdessa kunnassa sote-palvelujen ulkoistussopimus (Siikalatva/Mehiläinen Oy sekä Kärsämäki/Atendo Oy).

– Väestöä ulkoistussopimusten piirissä on 8 238 hlö (31.12.2016) eli n. 2 % maakunnan väestöstä.

– Lisäksi Lumijoella on kesäkuussa 2017 tehty valtuuston päätös sote-palvelujen ulkoistuksesta vuoden 2018 alusta alkaen. Asukkaita Lumijoella oli vuoden 2016 lopussa n. 2100 hlö.

Hieman vajaa kolmannes maakunnan väestöpohjasta on siis jo ennen sote-uudistusta saanut palvelunsa erilaisten yhteistoiminta-alue- ja vastuukuntamallien järjestäminä. Tämä antaa hyvää pohjaa viedä eteenpäin maakunnan laajuista muutosta. Pohjois-Pohjanmaalla kannattaa myös hyödyntää oppeja niistä kokemuksista, joita maakunnassa on järjestämisestä ja sopimusohjauksesta esim. Oulun kaupungin ja kuntayhtymien osalta. Maakunnan tasoinen järjestämistehtävä edellyttää kuitenkin uudenlaista osaamista organisaation kaikilla tasoilla.

Maakunnissa on valmistauduttava siihen, uudistus muuttaa ohjausmekanismeja olennaisesti maakuntien ja valtion välillä sekä maakuntien sisäisesti. Vahvistuva valtion ohjaus ja maakuntien itsehallinto on pystyttävä sovittamaan yhteen. On tärkeää, että valtion ja maakuntien välinen vuotuinen neuvottelumekanismi rakentuu vuorovaikutteiseksi, vaikuttavaksi ja maakuntien erityispiirteet huomioivaksi. Maakunnan tehtävänä on huolehtia siitä, että laskennallinen rahoitus riittää palvelujen turvaamiseen. On löydettävä keinot kohdentaa resurssit

palvelutarpeet, olosuhteet, erityispiirteet ja mm. markkinatilanne huomioiden. Maakunnan on rakennettava tähän toimivat säännöt ja mekanismit. Uudistustyö on aloitettava jo ennen vuotta 2019, jotta tarvittavat muutokset on tehty, kun tarveperustainen rahoitus on täysimääräisesti voimassa siirtymäajan jälkeen vuonna 2024.

Uudistuksen olennainen vaikutus on, että resurssit kohdennetaan jatkossa aiempaa paremmin palvelutarpeiden perusteella. Rahoitusta ohjataan sinne, missä sitä eniten tarvitaan ja toisaalta asetetaan tavoitteita niille maakunnille tai alueille, joissa kustannukset ovat korkeat palvelutarpeet ja olosuhteet huomioiden. Uudistus edistää kansalaisten yhdenvertaisuutta. Myös Pohjois-Pohjanmaalla kehittämistyön tavoitteena on, että palvelujen laatu ja asiakaslähtöisyys paranevat ja etusijalla on maakunnan kokonaisnäkökulma.

Esitettyjen uudistusten lähtökohtana on, että mielekäs arki kotona mahdollistuu toimivien palvelujen turvin. Sujuvat ja tarpeenmukaiset avopalvelut ja varhainen tuki ovat uudistuksen perusta. Lähipalvelut voivat saada uusia muotoja sähköisten tai liikkuvien palveluiden muodossa, ”digi on liki”. Teknologiaa ja robotiikkaa tullaan hyödyntämään olennaisesti nykyistä laajemmin. Tärkeää on sovittaa toiminnot yhteen maakunnan ja kuntien tarjoamien palvelujen välillä esim. kouluun, varhaiskasvatukseen, kulttuuri- ja liikuntapalveluihin sekä asumisen infraan liittyen. Tavoitteena on, että vaativissa palvelutarpeissa maakunnan asukkaiden käytössä on laadukkaita erityistason palveluja ja välittömän avun saa tarvittaessa nopeasti. Osaamisen varmistaminen edellyttää joidenkin palveluiden keskittämistä ja palveluverkon uudelleen tarkastelua, kuitenkin niin, että tuki tarjotaan koko maakunnan alueelle. Palvelurakennemuutos ja uudet sähköiset palvelut haastavat henkilöstöä, esimiehiä ja johtoa kehittämään asenteita, osaamista ja työnkuvia.

Työryhmien esittämiä konkreettisia keinoja kustannuskehityksen taistamiseen on esitelty aiemmin tässä raportissa. Kaikki työryhmät päätyivät siihen lopputulokseen, että asetetut tasapainotustavoitteet on mahdollista saavuttaa, mutta se edellyttää olennaisia muutoksia rakenteisiin, prosesseihin ja toimintakäytänteisiin. Haaste on siinä, kuinka asukaskohtainen kustannuskehitys pystytään taistamaan pysyvästi esim. ikääntymisestä johtuvat palvelutarpeet huomioiden. Toisaalta kysymys on myös siitä, millaisia päätöksiä maakunnan tu-

levat luottamushenkilöt lopulta tekevät koskien esim. palveluverkkoa ja kuinka päätökset toimeenpannaan suunnitelmallisesti. Yksittäisten palvelukokonaisuuksien kustannuskehityksen tarkastelua tärkeämpää on varmistaa maakunnan tasolla resurssien kokonaisoptimointi.

Vaikka sosiaali- ja terveydenhuollon tarvevakioidut kustannukset ovat Pohjois-Pohjanmaalla valtakunnallisesti tarkastellen maan matalimmat, on maakunnassa kuntien ja alueiden välillä merkittäviä eroja. Laskennallisesti voidaan arvioida, että mikäli kaikissa Pohjois-Pohjanmaan kunnissa sote-palvelut tuotettaisiin enintään maakunnan keskimääräisellä tarvevakioidulla kustannuksella, syntyisi kustannussäästöä vuositasolla yli 21 miljoonaa euroa. Työtä on siis vielä jäljellä. Parhaita käytäntöjä ja vaikuttavia toimintamalleja on edelleen tarpeen viedä eteenpäin koko maakunnan tasolla. Maakunnan sisäisesti on asetettava tavoitteita ja ohjattava toimintaa siten, että viimeistään siirtymäajan jälkeen (menoperustaisesta tarveperustaiseen rahoitukseen) resurssit kohdentuvat palvelutarpeiden ja maakunnan strategisten linjausten mukaisesti.

Suunniteltujen muutosten vaikutuksia työpaikkoihin ja henkilöstöresursseihin on arvioitu koelaskelmissa, joita on tehty kahdelle eri alueelle maakunnassa vuodeosastohoitoon ja ikäihmisten palveluihin liittyen. Vaikka palvelurakenteet ja -verkko muuttuvat nykyisestä, ei olennaista henkilöstöresurssien vähentämistarvetta maakunnassa ole, kun huomioidaan mm. tavoite avopalveluiden vahvistamisesta, väestön ikääntyminen sekä henkilöstön lähivuosien eläköitymiset. Koelaskelmien perusteella tilanne näyttää paremminkin siltä, että rakennemuutos on välttämätön, jotta osaavaa henkilöstä riittää tulevaisuudessa sote-palveluihin. Myöhemmin toteutettavassa laajemmassa arvioinnissa myös työllisyysvaikutuksia on tarkoitus tarkastella koko maakunnan tasolla.

8 Miten tästä eteenpäin?

Vaikutusten arviointi

Loppuraportissa on pystytty tekemään vaikutusten arviointia hyvin rajoitetusti. Tarkoituksena on, että:

Varsinainen vaikutusten arviointi eri vaihtoehtoisten mallien perusteella tehdään syksyllä 2017. Tällöin arvioidaan eri vaihtoehtojen vaikutuksia mm. alueen ihmisiin, talouteen, hallintoon ja organisaatioihin, palveluiden tuotantoon, asukkaiden vaikutusmahdollisuuksiin ja demokratiaan, henkilöstöön, työllisyyteen ja työelämään sekä kaupunki- ja maaseutu ympäristöön.

Syksyllä 2017 vaikutusten arviointi toteutetaan monialaisen maakunnan eri tehtävät sekä uudistuksen lakipohja huomioiden.

Pidemmällä aikavälillä rakennettavan palvelujärjestelmän vaikutuksia olisi tärkeää arvioida osallisuuden ja yhteisöllisyyden kautta. Hyvinvoinnista suuri osa syntyy muualla kuin sotessa, mikä edellyttää kuntien, järjestöjen, erilaisten verkostojen ja yhteisöjen tarkastelua sekä yksilön tarkastelua suhteessa ympäristöön (osallisuus). Uudella järjestelmällä voi olla suuria sosiaalisia vaikutuksia, jotka joko lisäävät tai heikentävät kansalaisten hyvinvointia. Palvelujärjestelmän tarkastelussa pitää siirtyä perinteisestä hallinnollisen alue- ja palvelurakenteen näkökulmasta asiakkaan tai 'toimijakäyttäjän' näkökulmaan ja analysoida, mitä palvelurakenteen uudistuksesta (muuttuva palvelurakenne, digipalvelut, robotiikka, valinnanvapaus, uudet ei-julkiset toimijat jne.) seuraa asiakkaalle ja sosiaaliselle vuorovaikutukselle tulevaisuudessa.

Soten valmistelun syventäminen

Ennen sotien valmistelun jatkotyöstämistä ja syventämistä on tarpeen alustavasti rakentaa sen organisoinnin päälinjaukset. Moni jatkovalmisteluun liittyvä asia kaipaa määritelmät palvelulinjoista ja -kokonaisuuksista, sillä prosesseja on vaikea uudelleenrakentaa ennen sitä.

Näiden osalta tarvittaneen edelleen isohkoja työryhmiä, joissa on kattavasti toimijoita ammatillisen osaamisen ja alueellisen kattavuuden näkökulmasta. Näissä ryhmissä on hyvä ainakin osittain olla mukana maakunnan muiden toimialojen edustus sekä keskeiset sidosryhmät.

Ennen kuin määritellään ko. organisatoriset kokonaisuudet tai linjat, on tarpeen käydä läpi maakuntaan tulevan muun toiminnan kanssa niitä asioita, joissa on mahdollista saavuttaa synergiahyötyjä organisoimalla palvelut asiakaslähtöisesti uudella tavalla. Tunnistettuja asioita ovat mm. pitkäaikaistyöttömien asiat, ympäristöterveydenhuolto, pelastustoimi kokonaisuudessaan ja erityisesti ensihoidon osalta sekä työterveyshuolto. Myös kotouttamiseen liittyvät kysymykset kuuluvat pohdittaviin asioihin. Kuvattuja organisatorisia kokonaisuuksia ei voine olla kuin 5–7 jäsenyneen johtamisen näkökulmasta.

Osa valmistelutehtävistä sen sijaan on täysin riippumattomia organisoinnista ja niitä voidaan viedä eteenpäin omina asia-/linjakokonaisuuksina. Tällaisia ovat muun muassa:

- asiakasmaksujen määrittely ja yhtenäistäminen
- palvelujen myöntämisen kriteeristöjen määrittely ja yhdenmukaistaminen
- asiakkuuksiin liittyvä päätöksenteko.

Näiden asioiden selvittelyssä ja määrittelyssä voitaisiin käyttää yksittäisiä selvityshenkilöitä, selvityspareja ja pienryhmiä.

Järjestäjän tehtävistä ja työkaluista

Raportin 5.1. luvussa kuvatus mukaisesti järjestäjän vastuussa korostuu:

- palvelutarpeen ja sen kehityksen arviointi
- vaikuttavuus ja palvelukyky
- valinnat strategisesti tärkeistä asioista
- optimaalisen palveluverkon suunnittelu
- strategiset tavoitteet ja niistä johdetut toiminnalliset tavoitteet (strategia, palvelustrategia, palvelulupaus)
- palveluiden kokonaisuuden hallinta: asiakaslähtöinen palveluintegraatio (asiakas- ja palveluohjaus)
- asiakkuuksien hallinta
- toimittajaverkoston hallinta, sopimusvalvonta, laadun arviointi,
- palveluiden kehittäminen yhdessä tuottajien kanssa; innovaatioiden käyttöönotto
- markkinoiden arviointi ja kehittäminen
- kumppanuuden ja luottamuksen rakentaminen
- tuki kuntien ja muiden toimijoiden hyvinvoinnin ja terveyden edistämiseksi
- palvelutuotannon valvonta
- poliittisten valintojen tekeminen.

Järjestäjän mahdollisuutta onnistua tehtävässään tukevat tai tukisivat seuraavat työkalut:

- toimivat tietojärjestelmät
- ajantasainen ja luotettava tieto
 - strateginen ohjaaminen
 - operatiivinen johtaminen
 - asiakastarpeiden ennakointi
 - palveluiden/hoidon porrastus, prosessien johtaminen, palvelurakenteen muutokset, valinnanvapauden toteuttaminen, kustannusten hallinta ja laadun toteutuminen
 - asiakkaiden kokemustieto
 - sopimusten toteutuminen
- vertailukelpoinen tieto palveluntuottajien laadusta, kustannuksista ja vaikuttavuudesta
- integraatiovälineet (asiakassuunnitelma, case managerit, personal trainerit)
- päättäjän check-lista: vaihtoehtojen arviointi (itse, yhdessä, markkinoilta)
- uudenlaiset yhteistyömallit: allianssimallit, yhteisyritykset, vaikuttavuusinvestointimallit, integraattorimallit, kumppanuusmallit
- systemaattinen ja määrämuotoinen vuoropuhelu kumppaneiden kanssa
- yhteisen tietopohjan rakentaminen (yhteistyöalue).

Hyvinvointia, palvelutarpeita ja vaikuttavuutta tulisi katsoa kokonaisuhyvinvoinnin näkökulmasta ja moniulotteisesti erilaisia aineistoja yhdistäen. Tätä työtä pitää jatkossa valmistella maakunnan kokonaisuuden näkökulmasta.

Konsernin johtamisen pitää rakentua monipuoliseen, kattavaan ja ajantasaiseen tietoon.

Konsernista

PoPSTer-valmistelussa ei ole ryhdytty luomaan maakuntastrategiaa, palvelustrategiaa tai palvelulupausta. Loppuraportti kuitenkin pitää sisällään elementtejä niihin. Hankkeessa ei ole myöskään alkupe-
räisten linjausten mukaisesti käsitelty konsernirakenteeseen, konser-
niohjaukseen eikä konsernin yleisiin tukipalveluihin liittyviä asioita. Jatkovalmistelussa onkin asetettava monialaisia työryhmiä luomaan
ehdotukset mm. seuraavista asiakokonaisuuksista:

- konsernirakenne, konserniohjaus, omistajapoliittiset linjauk-
set
- järjestäjän tehtävät ja organisointi
- konsernipalveluiden sisällöt
- maakuntakonsernin HR-toimintamallin rakentaminen
- muiden tukipalveluiden ratkaisut (ruokahuolto, hankinnat,
siivous, työterveyshuolto, sihteeripalvelut)
- tilat
- investoinnit
- yhtiömuotoisen toiminnan organisointi
- palveluneuvonta ja -ohjaus sekä asiakassuunnitelma
- yhteistyöalueen toiminta ja kysymykset
- ICT (ICT-työryhmän toimenpide- ja kehittämis ehdotukset
sekä digihankeaihiot on koottu ICT-työryhmän väliraporttiin,
joka julkaistaan maakuntauudistuksen www-sivuilla 8/2017)

Valtakunnallisella maakuntien yhteisellä tilakeskuksella tullee
jatkossa olemaan suuri rooli investointien ja tilojen koordinoinnin
näkökulmasta. Muun muassa vuodeosastotornien peruskorjauksen
tullessa eteen, tulee selvittää vaihtoehto siirtää huomattava osa ny-
kyisistä perustason vuodeosastopaikoista Oulun seudulla kokonaan
OKS-OYS-kompleksiin. Sairaalajaksoihin saadaan lisää tehoa ja laa-
tua hyödyntämällä alueen monipuolisia konsultointi- ja tutkimus-
mahdollisuuksia sekä välttämällä turhia osasto- tai sairaalasiirtoja.

On ryhdyttävä myös toimenpiteisiin sen maakunnallisen talous- ja
henkilöstöpalveluyhtiön valitsemiseksi tai perustamiseksi, jolta maa-
kunta tulee hankkimaan talous- ja henkilöstöhallinnon tukipalvelun-
sa.

Valinnanvapauden osalta on selvitettävä, mitä palveluita tulisi so-
te-keskuksen toiminnaksi, ja mitä asiakassetelin ja henkilökohtaisen
budjetin piiriin. Tarvitaan myös linjaukset valinnanvapauspilotteihin
osallistumisesta. Lisäksi on tehtävä markkinaselvitykset pohjaksi tuo-
tantorakenteen suunnittelulle.

**Loppuraportin lukujen lopussa on esitetty toimenpide-ehdotuk-
set. Näitä ei enää luetella uudelleen. Ne kaikki on tarkoitettu poh-
jaksi jatkovalmistelulle.**

Palveluverkkoluvussa sairaala- ja vuodeosastokapasiteetin osalta
ehdotetaan kuvassa esitettyä muutosta vuoteen 2030 mennessä. Tar-
koituksena on, että jatkovalmistelussa tarkennetaan se, minne sairaa-
latoiminta sijoittuu alueiden sisällä palveluverkon periaatteiden mu-
kaisesti ja tehtävän vaikutusten arvioinnin pohjalta.

Osana valmistelua arvioitiin, että tulevassa sote-organisoinnissa on
painotuttava vahvemmin alueellisen lähtökohdan kuin funktionaa-
lisen näkökulman. Kuntakierroksen, loppuraportin luonnosversio
0.3:sta saatujen kommenttien ja muun palautteen pohjalta päädyttiin
vielä valmistelevaan alkuperäisen ehdotuksen lisäksi erilaisia vaihto-
ehtoja alueelliselle tarkastelulle:

- a) 3 – 13 – 39
- b) 5/6 – 39
- c) 3 – 39

Näistä vaihtoehdolle b tehtiin vaihtoehtoisia aluejakoja. Vaihtoehtojen tarkastelu jää osaksi loppuraportin jälkeistä vaikutusten arviointia ja jatkovalmistelussa on tehtävä varsin pian alustava ratkaisu valmistelun syventämiseksi

Muutoksen tuki

Sote-uudistukselle asetettujen toiminnallisten ja taloudellisten tavoitteiden saavuttaminen edellyttää taitavaa muutosjohtajuutta. Hallitulla muutoksen johtamisella voidaan vähentää muutokseen liittyviä kustannuksia, parantaa innovatiivisuutta ja tuottavuutta tulevien toimintamallien kehittämisessä sekä tukea henkilöstön hyvinvointia muutostilanteessa.

Työn luonne julkisissa sote-palveluissa tulee muuttumaan, kun valinnanvapauden myötä työtä siirrytään tekemään kilpailutilanteessa markkinoilla. Julkisten palveluiden kilpailukyky tulee parantaa työ-kulttuurin ja asenteen muutoksella sekä toimintatapojen tehostamisella. Asiakaspalvelutaidot, asiakkaan tarpeiden kokonaisvaltainen huomiointi ja ammattilaisten välinen yhteistyö korostuvat muutoksen myötä. Ammattilaisten luomasta asiakaskokemuksesta tulee tärkeä tekijä kilpailukyvyyn varmistamisessa. Myös palveluiden markkinointi tulee osaksi julkisia palveluita.

Sosiaali- ja terveysministeriö ja valtiovarainministeriö ovat valmistautuneet muutoksen tukemiseen valmistelemalla valtakunnallista muutosohjelmaa. Muutosohjelma on suunniteltu alkavaksi vuoden 2017 aikana, mutta se kohdistuisi maakunnan liikelaitoksen keskijohdon ja lähiesimiehiin sekä sote-palveluiden tuottajiin vasta vuoden 2019 alusta alkaen. Tukea lähiesimiehille tarvitaan kuitenkin jo aiemmin, minkä vuoksi Pohjois-Pohjanmaalle on haettu erillistä rahoitusta muutoksen tueksi. Ennakoivaa koulutusta ja osaamisen vahvistamista tarvitaan palvelukyvyyn säilyttämiseksi erityisesti siirtymätilanteessa ja uuden maakunnan alkuvaiheessa.

Onnistunut muutos edellyttää siirtyvien organisaatioiden johdon ja esimiesten vahvaa sitoutumista. Johdon, esimiesten ja henkilöstön tulee saada oikeaa, ajanmukaista ja yhtenäistä tietoa muutoksen lähtökohdista, tavoitteista, etenemisestä ja vaikutuksista. Saamansa

tiedon ja osaamisen pohjalta esimiehet luovat muutokselle avoimen ja luottamuksellisen ilmapiirin sekä mahdollistavat henkilöstön osallistumisen, vuorovaikutuksen ja työmotivaation vahvistumisen muutosprosessissa. Muutosta tukevaa koulutusta järjestetään erityisesti kustannustietoisuuden lisäämiseksi, tuottavuuden ja ennakkoinnin parantamiseksi sekä verkostojen hallinnan ja moniammatillisen yhteistyön tueksi.

Elokuusta 2017 joulukuuhun 2018 toteutettavan POP muutoksen tuki -hankkeen tavoitteena on vahvistaa muutoksen hallintaa ja ihmisten johtamista muutoksessa. Ensisijaisesti lähiesimiesten valmiuksia muutokseen vahvistetaan, mutta hankkeen välillisessä tai välittömässä kohdejoukossa on kaikki siirtyvien organisaatioiden noin 20 000 työntekijää.

Henkilöstön osallistaminen ja vaikutusmahdollisuuksien rakentaminen ovat tutkimusten mukaan hyvä tapa parantaa mittavan muutoksen onnistumista.

Muutoksessa henkilöstö haluaa useimmiten olla mieluummin tekijä kuin kohde, ja henkilöstölle on hyvä luoda mahdollisuus osallistua muutoksen valmisteluun ja toteuttamiseen tavalla tai toisella. Paitsi sitoutumisen kannalta, osallistaminen on olennaista myös siksi, että henkilöstön asiantuntemus ja osaaminen saadaan käyttöön mahdollisimman hyvin.

Osallistuminen tarkoittaa mahdollisuutta vaikuttaa ja tulla kuulluksi. Osallistamisen foorumeina voivat toimia esimerkiksi työryhmät, palaverit, tiedotus- ja keskustelutilaisuudet ja koulutustilaisuudet.

Valmistelutyössä tulee luoda malli henkilöstön osallistamiseen muutoksen toteuttamisessa.

Epätietoisuutta jatkosta

Heinäkuussa 2017 lakiesitykset ovat eduskunnan käsittelyssä. Perustuslakivaliokunta on jättänyt 29.6.2017 lausuntonsa sosiaali- ja terveysvaliokunnalle hallituksen esityksistä. Lausunnon mukaisesti maakunnan ei mm. voida edellyttää yhtiöittävän sosiaali- ja terveydenhuollon julkista tuotantoa. Hallitus on ilmoittanut tekevänsä perustuslakivaliokunnan vaatimat muutokset lakiesityksiin ja antavansa

Hallitulla muutoksen johtamisella vähennetään muutoksen kustannuksia, parannetaan innovatiivisuutta ja tuottavuutta, tuetaan henkilöstön hyvinvointia sekä luodaan hyviä asiakaskokemuksia.

uuden esityksen valinnanvapauslain osalta alkuvuodesta 2018. Tästä aiheutuu aikataulutuksen merkittävä muutos. Lakiehdotukset ovat vasta maaliskuussa 2018 eduskunnassa käsittelyssä ja voimaantulo alkaa lakipohjaisena kesäkuussa 2018.

Alueen toimijoiden on sovittava nopeasti, miten valmistelun ohjaus toteutetaan muuttuneessa tilanteessa.

Viestinnästä muutostilanteessa

- valmistelun jatkuessa on välittömästi kyettävä luomaan viestintämenettely, jolla kanavoidaan yhdestä paikasta kaikille tulevan maakunnan toimijoille yhteinen tieto
- sovittava samalla menettelystä, jolla kaikki siirtyvän toiminnan piiriin kuuluvat, nykyiset työnantajat huolehtivat viestinnästä omissa organisaatioissaan henkilöstölleen

Pohdittavia kysymyksiä jatkovalmisteluun ja tuleville maakuntavaltuutetuille

- Miten varmistetaan maakunnan järjestäjävastuullisen riittävä osaaminen?
- Miten järjestäminen organisoidaan maakunnassa?
- Miten järjestämisen ja tuottamisen vahvempi eriyttäminen haastaa valtuutetut?
- Millainen liikelaitosrakenne on tarkoituksenmukaisin, ainakin lähtötilanteessa?
- Millainen luottamushenkilöhallinto tarvitaan maakuntakokonaisuuteen?
- Onko riittävästi tietoa kansalaisten tarpeista? Onko riittävästi tietoa, pohjaa strategisten tavoitteiden tekemiselle?
- Tarvitaanko valtuutetuille merkittävien ratkaisujen pohtimisessa tarkistuslista, jolla varmistetaan, että on riittävästi pohdittu tuottamisen eri muotoja (vaihtoehtoja: itse, yhdessä, markkinoilta)?
- Onko käytössä riittävä vertailumahdollisuus eri vaihtoehtojen arviointiin?
- Onko käytössä systemaattinen ja määrämuotoinen vuoropuhelu kumppaneiden kanssa? Keiden kanssa sitä tarvitaan?

Liitteet

Liite 1. PoPSTer työryhmien väliraportit:

- löytyvät sivulta: www.pohjois-pohjanmaa.fi/popster/aikajana --> 31.10.2016
- suora linkki: http://www.pohjois-pohjanmaa.fi/index.php?1948&event_id=1348

Liite 2. PoPSTer työryhmien loppuraportit:

- löytyvät sivulta: www.pohjois-pohjanmaa.fi/popster/aikajana --> 28.2.2017
- suora linkki: http://www.pohjois-pohjanmaa.fi/index.php?1948&event_id=1145

Liite 3. Nykytilan ja palvelutarpeiden kuvausta

Liite 4. Perusoikeuksien rajoittaminen

Liite 5. Lääke- ja hammaslääketieteellisen toiminnan porrastusta, periaatteita ja toteuttamisvaihtoehtoja

Liite 6. Vaihtoehtoisia aluejakoja

Liite 7. Sanakirja PoPSTer–Suomi



Pohjois-Pohjanmaan liitto
Council of Oulu Region

Sepänkatu 20
90100 OULU, Finland

Puh./tel. +358 (0)40 685 4000
Telefax +358 (0)8 3113 577

info@pohjois-pohjanmaa.fi
www.pohjois-pohjanmaa.fi