

HANKESUUNNITELMA
KASTE II -OHJELMAAN

KESKI-SUOMEN SOTE 2020

**KESKI-SUOMEN SOSIAALI- JA
TERVEYDENHUOLLON
PALVELUKONSEPTI**

30.9.2013

SISÄLLYS

1	HANKKEEN TAUSTA JA TARVE	4
1.1	Keski-Suomessa tehty sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakennetyö	4
1.2	Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämislain valmistelu	4
1.3	Kaste-ohjelman tavoitteet	5
2	KESKI-SUOMEN SOSIAALI- JA TERVEYDENHUOLLON PALVELUJEN JÄRJESTÄMINEN	6
2.1	Keski-Suomen järjestämismalliehdotus: ”Rautalankamalli”	8
2.2	Kantokykytarkastelu	9
2.2.1	Talouden kestävyys ja vakaus	10
2.2.2	Ammattitaitoisen henkilöstön riittävyys ja riittävä osaaminen	11
2.2.3	Sote-infrastruktuuri	13
2.2.4	Väestön palvelutarve	13
2.2.5	Väestön palvelujen käyttö	14
3	HANKKEEN TAVOITTEET	17
3.1	Sosiaali- ja terveydenhuollon peruspalvelujen vahvistaminen palvelutuotantojärjestelmää uudelleenorganisoidulla	17
3.1.1	Perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon integraatio	18
3.1.2	Vanhuspalvelut	20
3.1.3	Monialainen kuntoutus	22
3.1.4	Lasten ja perheiden palvelut ja lastensuojelu	26
3.2	Varmistetaan lähipalveluiden toimivuus useilla eri tavoilla	28
3.2.1	Lähipalvelujen turvaamisen suunnitelman laadinta ja pilotointi	29
3.3	Sosiaali- ja terveydenhuollon johtamisosaamisen parantaminen kaikilla tasoilla	30
3.3.1	Muutosjohtaminen	31
3.3.2	Tietojohdaminen	31
3.3.3	Palvelumuotoilu	32
3.4	Uuden alueellisen kehittämis-, koulutus- ja tutkimusrakenteen luominen sosiaali- ja terveyspalveluiden laadun ja kehittymisen varmistamiseksi	34

3.4.1	Keski-Suomen sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämisyksikkö	35
4	KESKEISET TOIMENPITEET TAVOITTEIDEN SAAVUTTAMISEKSI	36
5	ODOTETUT TULOKSET	40
6	HANKKEEN ARVIONTI SEKÄ TULOSTEN JUURRUTTAMINEN JA LEVITTÄMINEN	41
7	RISKIANALYYSI	43
8	AIKATAULU JA TOTEUTTAMINEN	45
9	RAPORTOINTI JA TIEDOTTAMINEN	46
10	KUSTANNUSARVIO	47
	LÄHTEET	49

1 HANKKEEN TAUSTA JA TARVE

1.1 Keski-Suomessa tehty sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakennetyö

Keski-Suomessa on tehty sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakennetyötä vuosikymmeniä niin kuin koko maassakin. Viimeisin koko maakuntaa koskeva selvitys¹ valmistui syksyllä 2011. Sen keskeisimpinä tuloksina syntyi ehdotus Keski-Suomen täydestä sosiaali- ja terveydenhuollon integraatiosta, neljästä sote-alueesta maakuntaan ja maakunnan omien erityispalveluiden turvaamisesta. Selvitys sisälsi laajat taustaraportit maakunnan sosiaali- ja terveydenhuollon hallinnollisesta kehityksestä² ja sosiaali- ja terveydenhuollon integraatiosta³.

Raporttien julkaisemisen jälkeen keskustelu sote-uudistuksesta on käynyt vilkkaana sekä Keski-Suomessa että valtakunnassa. Yleisesti on tunnustettu, että uudistamisen tarve on välttämätöntä sekä rahoituksen turvaamisen että palveluiden oikeudenmukaisen saatavuuden suhteen. Keski-Suomen maakunnassa palvelurakenteen uudistamisen tarve on erityisen suuri, koska väestön ikääntyminen ja sairastavuus, kuntien kantokyky sekä henkilöstön saatavuus ovat vuosi vuodelta muuttuneet yhä vaikeammin hallittaviksi. Tästä syystä maakunnassa keskustelu on edennyt monia muita alueita ripeämmin ja yhteisissä linjauksissa ollaan pääsemässä nyt eteenpäin.

1.2 Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämislain valmistelu

Kun Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämislain valmisteluryhmä luovutti väliraporttinsa⁴ 26.7.2013, saatiin alustavat, uuden lainsäädännön suuntaviivat sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämiselle myös Keski-Suomessa. Raportissa kirjattiin Orpon työryhmän linjaukset⁵ lähemmäs lainsäädäntötekstiä ja näin luotiin uskoa siihen, että järjestämislakiehdotus syntyy.

Tältä pohjalta maakunnassa on kyetty viemään sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämissuunnitelmia eteenpäin Keski-Suomen liiton, Keski-Suomen sai-

¹ Keski-Suomen sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakenneselvitys 2011

² Möttönen & Palola 2011: [Keski-Suomen sosiaali- ja terveydenhuollon hallinnon järjestäminen](#)

³ Markkanen & Puro 2011: [Integraatio ratkaisuna sosiaali- ja terveydenhuollon uudistamistarpeisiin](#)

⁴ STM 2013b

⁵ Orpon työryhmän linjaukset 8.5.2013

raanhoitopiirin ja Jyväskylä kaupungin järjestämässä tilaisuuksissa. Kun järjestämisestä ollaan pääsemässä yksimielisyyteen, se edellyttää että uuden järjestämisalueen palvelurakenteet, -tuotanto ja -prosessit muotoillaan uudelleen. Uuden rakenteen lähtökohtana tulee olla Keski-Suomen asukkaiden tarpeet eikä sitä tule rakentaa vanhojen organisaatorakenteiden tai toimintamallien pohjalle.

1.3 Kaste-ohjelman tavoitteet

Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallisessa kehittämissuunnitelmassa (Kaste)⁶ tavoitellaan samoja asioita kuin Keski-Suomessakin: sosiaali- ja terveydenhuollon rakenteiden ja palveluiden asiakaslähtöistä uudistamista sekä asiakkaiden luottamuksen parantamista palveluiden laatuun ja vaikuttavuuteen. Tätä tuetaan johtamisosaamisen parantamisella. Ohjelmalla halutaan siirtää työn painopistettä ongelmien hoidosta hyvinvoinnin edistämiseen ja ehkäisevään työhön. Asiakokonaisuuteen liittyvät Kaste-hankkeen osaohjelmat ovat osaohjelma IV Palvelurakennetta ja peruspalveluja uudistetaan ja osaohjelma VI Johtamisella tuetaan palvelurakenteen uudistamista ja työhyvinvointia. Nämä osaohjelmat tukevat sekä kuntauudistusta että sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakennemuutosta.

Osaohjelma IV sisältää kaksi toimenpidettä, jotka ovat:

Toimenpide 8: Tehdään asiakaslähtöisiä palvelukokonaisuuksia

Toimenpide 9: Varmistetaan tarpeenmukaisten palvelujen oikeudenmukainen saatavuus.

Nämä toimenpiteet soveltuvat Keski-Suomen kehityskohteiksi, koska uudella laajalla sote-alueella integroidut palveluprosessit on rakennettava uudelleen asukkaiden tarpeista käsin. Tässä työssä on otettava kaikki resurssit käyttöön ja etsittävä uusia mahdollisuuksia palveluiden turvaamiseksi.

Osaohjelmassa VI on myös kaksi toimenpidettä, jotka ovat:

Toimenpide 12: Vahvistetaan johtamista uudistamaan palvelurakennetta ja asiakaslähtöisiä toimintatapoja sekä edistämään henkilöstön osallisuutta ja työhyvinvointia.

Toimenpide 13: Vahvistetaan johtamista edistämään henkilöstön riittävyttä ja kehittämään osaamista

⁶ STM 2012

Keski-Suomen SOTE 2020 -hankkeessa tehdään suuria toiminnallisia muutoksia ja se koskee suuria henkilöstömääriä ja eri ammattiryhmiä. Näin ollen sen toteuttaminen ei onnistu ilman huomattavaa johtamisosaamisen parantamista. Samanaikaisesti henkilöstön ikärakenne muuttuu, asiakasmäärät kasvavat ja osaamistarpeet muuttuvat, jonka vuoksi edellytetään koko toimintakulttuurin muutosta sosiaali- ja terveydenhuollossa.

2 KESKI-SUOMEN SOSIAALI- JA TERVEYDENHUOLLON PALVELUJEN JÄRJESTÄMINEN

Keski-Suomen maakunnassa asuu yli 275 000 kuntalaista⁷. Vuonna 2012 alueen kunnissa ja kuntayhtymissä työskenteli 9144 sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaista⁸. Sosiaali- ja terveydenhuollon julkiset menot Keski-Suomessa vuonna 2011 olivat 981,4 miljoonaa euroa.

Keski-Suomen SOTE 2020 -hankealueen muodostaa 21 keskisuomalaista kuntaa, joiden väestöpohja on 250 000 asukasta, kuntien ja kuntayhtymien sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstöä on 8491⁹ ja sosiaali- ja terveydenhuollon julkiset menot olivat 878,5 M €.

Lähtökohtana Keski-Suomen sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisessä on alueen kuntien ja niiden palvelujen yhtenäisyyden säilyttäminen. Maakunnallinen palvelurakenteen uudistaminen on ollut perustana myös vuosina 2010–11 toteutetun Keski-Suomen sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakenneselvityksen¹⁰ linjauksissa sekä ko. hankkeen ehdottamissa jatkotehtävissä.

Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriön asettama selvityshenkilötyöryhmä esitti 19.3.2013 julkaistussa raportissaan¹¹ Keski-Suomen sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen järjestämismalliksi Keski-Suomen kunnat kattavaa sosiaali- ja terveydenhuoltoaluetta lukuun ottamatta Jämsää ja Kuhmoista. Järjestämismalliksi ehdotettiin vastuukuntamallia ja vastuukunnaksi Jyväskylän

⁷ Tilastokeskus, Väestön ennakkotilasto

⁸ Kuntien terveys- ja sosiaalipalvelujen henkilöstö 2012

⁹ Jämsän yhteistoiminta-alueen sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstömäärä 653

¹⁰ Keski-Suomen sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakenneselvitys 2011

¹¹ Ks. STM 2013a

kaupunkia. Samaa mallia ehdotettiin Keski-Suomeen myös järjestämislakityöryhmän väliraportissa¹².

Keski-Suomen sosiaali- ja terveydenhuollon kysymyksiä pohdittiin 16.8.2013 järjestetyssä Keski-Suomen kuntien sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämis- ja palvelurakennelinjauksia käsitelleessä seminaarissa, jonne Jyväskylän perusturvalautakunta kutsui Keski-Suomen kuntien perusturva- ja sosiaali- ja terveystalautakuntien jäsenet, Keski-Suomen sairaanhoitopiirin hallituksen sekä sosiaali- ja terveysjohtajat. Maakunnallinen ratkaisu sai kannatusta seminaariin osallistuneiden kuntien luottamushenkilöiden keskuudessa ja sote-integraatiota pidettiin useissa puheenvuoroissa tärkeänä.

Seminaarissa 16.8.2013 päätettiin asettaa selvityshenkilötyöryhmä, jonka tehtävänä oli luoda kuntien käyttöön ”rautalankamalli” maakunnan sosiaali- ja terveydenhuollon vaihtoehtoisista järjestämismalleista lausuntojen antamisen tueksi sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämislakityöryhmän väliraportista. Selvityksen organisointi annettiin Keski-Suomen sairaanhoitopiirille. Selvitystyön tekijöiksi nimettiin Keski-Suomen seututerveyskeskuksen toimitusjohtaja Reijo Räsänen ja Perusturvaliikelaitos Saarikan johtaja Mikael Palola. Selvitystyö valmistui 24.9.2013.¹³ Selvityksessä käsitellään Keski-Suomen sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämis- ja hallintomallia sekä rahoitusta.

Kunnat antavat lausuntonsa sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämislakityöryhmän väliraportista 11.10.2013 mennessä. Järjestämislakityöryhmän tehtävänä on valmistella hallituksen esityksen muotoon laadittu esitys 31.12.2013 mennessä. Eduskuntakäsittelyyn lakiehdotus tulee keväällä 2014.

Alueellista palvelurakennetta tarkastellaan myös osana erityistä kuntajakoselvitystä Hankasalmen kunnan, Jyväskylän kaupungin, Joutsan kunnan, Laukaan kunnan, Luhangan kunnan, Muuramen kunnan, Petäjäveden kunnan, Toivakan kunnan ja Uuraisten kunnan välillä. Selvitys valmistuu 31.3.2014 mennessä.¹⁴

Tulevassa hankkeessa seurataan tiiviisti Jyväskylän seudun erityistä kuntajakoselvitystä sekä Keski-Suomen kuntien kannanottoja ja lakivalmistelun etenemistä sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä, rahoituksesta, kehittämisestä ja valvontaa koskien. Koska asiaan liittyy monia keskeneräisiä ja

¹² STM 2013b

¹³ Keski-Suomen sairaanhoitopiirin ky hallituksen kokous 21.8.2013, Kh 202 H.

¹⁴ Asikainen 2013

avoimia kysymyksiä, Kaste-hankkeessa ei ryhdytä valmistelemaan hallintomallia ja sosiaali- ja terveyspalvelujen järjestämistä, vaan keskitytään pääasiassa palveluprosessien kokonaisuuksien ja johtamisen kehittämiseen, joilla voidaan osaltaan tukea tulossa olevia rakenneuudistuksia ja suurempiin järjestämisalueisiin siirtymistä. Hanke kuitenkin nojaa oletukseen, että Keski-Suomen sote-alue syntyy ja sillä valmistellaan sen toteutusta.

2.1 Keski-Suomen järjestämismalliehdotus: ”Rautalankamalli”

Mikael Palola ja Reijo Räsänen esittävät raportissaan ”SOTE-RAUTALANKAMALLI. Keski-Suomen sote-mallin selvitys”¹⁵, että Keski-Suomeen muodostetaan yksi yhteinen laajan perustason sote-alue, jolle siirretään sosiaali- ja terveydenhuollon perus- ja erikoistason palveluita koskeva järjestämisvastuu 1.1.2017 alkaen kaikkien kuntien osalta.

He määrittelevät Keski-Suomen sote-alueen tehtävän seuraavasti: ”Sen tehtävänä on järjestää jäsenkuntien puolesta päivähoitoa lukuun ottamatta kaikki kuntien järjestettäväksi säädetyt ja kuntien sote-alueen järjestettäväksi antamat sosiaalihuollon, perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon palvelut koko sote-alueen väestölle yhtenäisesti tasa-arvoisella ja oikeudenmukaisella tavalla, kuntien taloudellisten voimavarojen puitteissa.”

Järjestämisvastuun he muotoilevat järjestämislakityöryhmän linjaamalla tavalla. Raportin mukaan se sisältää vastuun lakisääteisten sosiaali- ja terveydenhuollon tehtävien ja palvelujen

- yhdenvertaisesta saatavuudesta
- tarpeen, määrän ja laadun määrittelemisestä
- tuotantotavasta päättämisestä
- valvonnasta
- kehittämisestä
- kunnan viranomaiselle kuuluvan toimivallan käytöstä

Tehtävänsä hoitamiseksi sote-alue päättää yhtenäisesti kaikkien sote-alueeseen kuuluvien kuntien puolesta

- mitä palveluita alueen asukkaille järjestetään
- kenelle palveluita järjestetään (palveluiden myöntämiskriteerit)
- missä palveluita järjestetään (toimipaikkaverkko / lähipalvelut)
- miten tai kuka palveluita tuottaa

¹⁵ Palola & Räsänen 2013

- kuinka paljon asiakkailta peritään asiakasmaksuja
- kuinka paljon kunnan rahoja käytetään palveluiden järjestämiseen

Keski-Suomen sote-mallin hallintomalliksi Palola ja Räsänen esittävät vastuukuntamallia. Vastuukuntana toimisi Jyväskylän kaupunki. He tuovat esiin myös kuntayhtymävaihtoehdon, mikäli Jämsän seutu liittyisi Keski-Suomen sote-alueeseen ja tuleva lainsäätö sen mahdollistaisi.

Rahoitusmalliksi Palola ja Räsänen esittävät sovellettua yksikanavarahoitusmallia. Kustannukset jaettaisiin kuntien kesken asukaslukujen suhteessa tarve- ja olosuhdetekijöillä huomioituna (kapitaatioperiaate).

Keski-Suomen sote-alueen palveluiden järjestämistä ohjaisi seuraava periaate: ”Jyväskylän perusturvalautakunta järjestää koko alueen väestön tarvitsemat sosiaali- ja terveyden-huollon palvelut kuntien taloudellisten voimavarojen puitteissa kuntalaisten näkökulmasta tarkoituksenmukaisina palvelukokonaisuuksina, vaikuttavasti ja kustannustehokkaasti turvaten väestön useimmin käyttämien palvelujen saatavuuden lähipalveluina.”

Palola ja Räsänen kiinnittävät huomiota kuntien ja sote-alueen yhteistoininnan järjestämiseen ja esittävät, että perusturvalautakunta ja sote-alueen jäsenkunnat asettavat yhteisen neuvottelukunnan, jonka tehtävänä on yhteen sovittaa jäsenkuntien taloudellisia ja toiminnallisia tavoitteita ja tukea perusturvalautakuntaa palveluiden järjestämissuunnitelman ja vuosittaisten talousarvioiden valmistelussa ja toteuttamisessa.

Keski-Suomen sote-alueen palvelutuotannon järjestämistä koskevat asiat eivät kuuluneet raportin toimeksiantoon ja siksi Palola ja Räsänen toteavat vain, että tärkeää on erottaa tilaaminen ja tuottaminen toisistaan.

2.2 Kantokykytarkastelu

Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisvastuu edellyttää kunnalta tai alueelta riittävää kantokykyä. Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämislain valmistelutyöryhmän väliraportissa¹⁶ katsotaan, että kantokyky koostuu eri tekijöistä:

- talouden kestävydestä ja vakaudesta
- ammattitaitoisen henkilöstön riittävyydestä ja riittävästä osaamisesta
- sote-infrastruktuurista

¹⁶ STM 2013b, 24–27

- väestön palvelutarpeesta ja
- palvelujen käytöstä

Hankesuunnitelmaan on koottu keskeiset asiat esiselvityshankkeessa¹⁷ tehdystä kantokyytarkastelusta. Keski-Suomen keskiarvoluvut sisältävät Jäm-sän ja Kuhmoisen.

2.2.1 Talouden kestävyys ja vakaus

Talouden kestävyiden ja vakauden mittareina kunta-, maakunta ja kansallisel-lä tasolla voidaan järjestämislakityöryhmän väliraportin¹⁸ mukaan käyttää seuraavia indikaattoreita: verotulot, valtionosuudet, velkaantuneisuus, sosi-aali- ja terveydenhuollon nettomenot, toimeentulotuki ja erikoissairaanhoidon nettomenot. Tiedot on koottu taulukkoon 1.

Taulukko 1. Keski-Suomen sote-alueen taloudellisen kantokyvyn mittarit vuoden 2011 tiedoin (Lähde: SOTKANet, THL)

	Minimi	Maksimi	Keski-Suomi	Koko Suomi
Verotulot €/asukas	2236 €	3386 €	3065 €	3530 €
Valtionosuudet €/asukas	996 €	3834 €	1634 €	1418 €
Velkaantuneisuusaste	21,6 %	68,8 %	51,1 %	45,4 %
Sosiaali- ja terveydenhuollon nettomenot €/asukas	2632 €	4603 €	3238 €	3272 €
Toimeentulotuki €/asukas	41 €	150 €	119 €	130 €
Erikoissairaanhoidon nettomenot €/asukas	825 €	1239 €	974 €	1028 €

Verotulojen määrä asukasta kohden on kaikissa Keski-Suomen kunnissa koko maan keskiarvoon verrattuna pienempi. Koko maan keskimääräinen verotulo asukasta kohden vuonna 2011 oli 3530 € Keski-Suomen keskiarvon ollessa 3065 €. Verotulot vaihtelivat maakunnassa 2236–3386 € asukasta kohti.

Valtionosuuksien määrä vaihtelee varsin paljon keskisuomalaisissa kunnissa (996–3834 €). Keski-Suomi (1634 €) on saanut enemmän valtionosuuksia kuin valtakunnallisesti keskimäärin (1418 €). Pääsääntöisesti keski-

¹⁷ Esiselvitys Keski-Suomen sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämismallia ja palvelukonseptia koskevan hankesuunnitelman tekemistä varten ”Keski-Suomen SOTE 2020” 2013

¹⁸ STM 2013b, 25–27

suomalaisten kuntien saamien valtionosuuksien määrä on noussut vuodesta 2010 vuoteen 2011 muutamaa poikkeusta lukuun ottamatta.

Velkaantuneisuusaste vuonna 2011 vaihteli 21,6–68,8 % välillä. Keskimääräinen velkaantumisaste Keski-Suomessa oli 51,1 %, kun se koko maassa oli 45,4, %. Velkaantuminen on useimmissa keskisuomalaisissa kunnissa kasvanut vuodesta 2010 vuoteen 2011.

Sosiaali- ja terveystoimen nettokustannukset asukasta kohden vuonna 2011 olivat Keski-Suomessa keskimäärin 3238 €. Koko maassa keskimääräiset kustannukset olivat hieman tätä suuremmat (3272 €). Erot keskisuomalaisten kuntien välillä olivat varsin suuria vaihdellen 2632 eurosta 4603 euroon asukasta kohden. Sosiaali- ja terveystoimen nettokustannukset olivat tyypillisesti kasvaneet vuodesta 2010 vuoteen 2011.

Toimeentulotukimenot asukasta kohden vuonna 2011 vaihtelivat 41–150 € välillä. Keskimäärin toimeentulotukimenot olivat 119 € asukasta kohden Keski-Suomessa, koko maan keskiarvon ollessa 130 €. Useimmissa kunnissa toimeentulotukimenot kasvoivat vuodesta 2011 vuoteen 2012.

Erikoissairaanhoidon nettokustannukset asukasta kohden ovat Keski-Suomen kunnissa kasvaneet vuodesta 2010 vuoteen 2011 yhtä kuntaa lukuun ottamatta. Erikoissairaanhoidon menot vaihtelivat 825 eurosta 1239 euroon asukasta kohden. Keskimääräinen kustannus Keski-Suomessa oli 974 € per asukas, kun koko maassa kyseisten menojen keskiarvo nousi 1028 euroon.

2.2.2 Ammattitaitoisen henkilöstön riittävyys ja riittävä osaaminen

Järjestämisvastuulla olevalla taholla on oltava riittävästi ammattitaitoista ja osaavaa henkilöstöä ainakin julkisen vallan käyttöä edellyttävien tehtävien hoitamiseen. Riittävän sisältöosaamisen lisäksi vaatimuksiin kuuluu sosiaali- ja terveydenhuollon hallintoon, ohjaukseen, seurantaan ja kehittämiseen liittyvä osaaminen. Määrällisten ja laadullisten henkilöstötarpeiden ennakointi suhteessa väestön palvelutarpeeseen on tärkeä tekijä kantokyvyn tarkastelussa. Sosiaali- ja terveydenhuollossa eläkkeelle jäävien työntekijöiden määrä kasvaa samanaikaisesti väestön ikääntymisen tuoman palvelutarpeiden kasvun kanssa. Ammattiryhmittäin etenkin sosiaalityöntekijöiden sekä lähihoitajien ja vastaavien saatavuudessa on jo nyt suuria haasteita. Lisäksi

lääkäreiden sijoittuminen epätasaisesti erikoisalojen kesken aiheuttaa suurta vaihtelua saatavuuteen.¹⁹

THL:n²⁰ mukaan vuonna 2012 Keski-Suomen kunnissa ja kuntayhtymissä työskenteli yli 9000 sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaista. Suurimman ammattiryhmän muodostivat lähihoitajat tai vastaavat, joita oli yli puolet henkilöstöstä. Sairaanhoidajien tai vastaavien ammattiryhmä oli toiseksi suurin, 29 %. Lääkäreiden osuus oli 6 %, samoin kuin sosiaalialan ohjaajia oli 6 % henkilöstöstä, sosiaalityöntekijöitä 3 % ja hammaslääkäreitä 1 %. Terveyskeskuksissa työskenteli puolet vähemmän lääkäreitä kuin sairaaloissa.

Vuonna 2012 Keski-Suomessa oli yhtä sosiaali- ja terveystalvelujen ammattilaista kohden 18,5 asukasta. Terveystalveluissa vastaava luku oli 38,2 ja sosiaalitalveluissa 35,9. Sekä sosiaali- että terveystalveluissa henkilöstöä kohden oli Keski-Suomessa vähemmän asukkaita kuin maassa keskimäärin myös hallintohenkilöstö mukaan lukien.

Keski-Suomen kuntien sosiaali- ja terveystalveluissa oli yhteensä 540 työntekijää 10 000 asukasta kohden vuonna 2012. Henkilöstön määrä on kasvanut vuodesta 2010, erityisesti sosiaalitalveluissa. Valtakunnallisesti vertailtuna Keski-Suomessa oli enemmän henkilöstöä sosiaali- ja terveystalveluissa kuin maassa keskimäärin.

Terveydenhuollon ja sosiaalitalveluiden keskisuomalaisista ammattilaisista²¹ poistuu vuonna 2008 työelämässä olleista puolet vuoteen 2025 mennessä. Vain osa alalta poistuvista saadaan korvattua uusilla sosiaali- ja terveystalvelulle koulututtavilla ammattilaisilla, eikä alan työntekijöitä riitä kaikkiin Keski-Suomessa tarjolla oleviin avoimiin työpaikkoihin Ennusteen mukaan jopa kolmasosa vuosina 2010–2020 avautuvista työpaikoista jäisi täyttämättä.

Sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstöpulaa syventää entisestään vajeet henkilöstön määrässä. Keski-Suomessa terveystalvelukeskuslääkäreiden ja terveystalvelukeskushammaslääkäreiden virkoja tai toimia oli vuonna 2012 täyttämättä huomattavasti enemmän kuin koko maassa keskimäärin. Länsi- ja Sisä-Suomen aluehallintoviraston selvityksen²² mukaan Keski-Suomessa kuntien ja kuntayhtymien asiakastyötä tekevistä sosiaalityöntekijän tehtävissä toimivista oli 85 % kelpoisuuslain mukainen pätevyys tehtävään. Kelpoisuuden

¹⁹ STM 2013b, 25.

²⁰ Kuntien terveys- ja sosiaalitalvelujen henkilöstö 2012

²¹ Sisältää päivähoidon sekä julkisen että yksityisen alan työntekijät.

²² Selvitys lastensuojelun sosiaalityöntekijätalanteesta Länsi- ja Sisä-Suomen aluehallintoviraston alueella 19.11.2012

omaavien asiakastyötä tekevien sosiaalityöntekijöiden osuudet virassa kyselyajankohtana (30.4.2012) olevista vaihtelivat 0–100 prosenttiin. Kelpoisten sosiaalityöntekijöiden puute koetteli pääasiassa pieniä kuntia. Sosiaalityöntekijävaje oli suurin lastensuojelussa Länsi- ja Sisä-Suomen aluehallintoviraston alueella.

2.2.3 Sote-infrastrukturi

Järjestämisvastuullisen tahon on kyettävä huolehtimaan alueella tarvittavasta riittävästä, tehokkaasta ja toimivasta sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmän infrastruktuurista. Erityisen tärkeää on huolehtia toimivista lähipalveluista hyödyntämällä monipuolisesti erilaisia palvelujen tuotantotapoja mm. liikkuvia ja sähköisiä palveluja. Alueen tietojärjestelmäratkaisujen täytyy mahdollistaa tiedon liikkuvuus ja saatavuus alueen eri toimipisteisiin ja eri toimijoiden kesken integroidussa palvelujärjestelmässä.²³

Koko Keski-Suomen kattavaa selvitystä nykyisistä sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakennusten sijainnista ja sisällöistä ei ole. Palveluverkkoa selvitetään Jyväskylän seudun erityisessä kuntajakoselvityksessä yhdeksän kunnan alueella²⁴, mutta selvitys on tarpeen koko tulevilla sote-alueella. Palveluverkkoselvitystä on jo tehty mm. Jyväskylän kaupungin palveluista ja vanhuspalveluiden toimipisteistä Keski-Suomen sairaanhoitopiirin kunnissa²⁵. Keski-Suomen uusi sairaala -hankkeessa rakennetaan uutta sairaalatoimintakonseptia. Sairaalan lopullista sijaintia ei ole vielä hankesuunnitelman tekohetkellä päätetty²⁶. Kehitysvammaisille henkilöille on suunnitteilla useita asuntorakentamishankkeita ympäri maakuntaa²⁷. Kuntien suunnitelmien lisäksi on huomioitava suunnitelmat valtionhallinnon julkisten palveluiden yhteispalvelupisteiden sijainnista sekä näiden hyödyntämisestä kuntapalvelujen tuottamisessa²⁸.

2.2.4 Väestön palvelutarve

Keski-Suomen väestömäärä oli vuonna 2012 vähän yli 275 000 asukasta, Jämsä ja Kuhmoinen pois lukien lähes 251 000 asukasta. Keski-Suomen

²³ Vrt. STM 2013b, 26

²⁴ Asikainen 2013

²⁵ Klemetz & Vauramo 2013

²⁶ KSML 18.9.2013

²⁷ KEHAS 2 -ohjelma 2013, 22–23

²⁸ VM 2013

väestö kasvaa uusimman ennusteen²⁹ mukaan 4,1 % vuosien 2012–2025 välillä. Väestön kasvu ei jakaudu tasaisesti ympäri maakuntaa vaan keskittyy pääasiassa kuuteen kuntaan, joita ovat Jyväskylä, Laukaa, Muurame, Petäjävesi, Toivakka ja Uurainen. Ennusteen mukaan Keski-Suomen väestö asuu tulevaisuudessa tiiviimmin Jyväskylän ympärillä sijaitsevien kasvukuntien alueella ja maakunnan reuna-alueilla väestömäärä vähenee.

Keski-Suomessa kuten muuallakin maassa **yli 75-vuotiaiden määrä ja osuudet väestössä kasvavat** huomattavasti vuoteen 2025 mennessä. Yli 75-vuotiaiden määrän ennustetaan kasvavan lähes 11 300 asukkaalla vuoteen 2025 mennessä. Ikäluokka kasvaa Keski-Suomessa yli 50 % vuodesta 2012 vuoteen 2025. Keski-Suomen asukkaista 11,6 % on yli 75-vuotiaita vuonna 2025. Osuus vastaa hyvin koko maan keskiarvoa (11,2, %). Yli 75-vuotiaiden osuus vaihtelee 7,9–24,6 % keskisuomalaisissa kunnissa.

Demogafinen huoltosuhde³⁰ on Keski-Suomessa ja muutamaa poikkeusta lukuun ottamatta Keski-Suomen kunnissa korkeampi koko maan tilanteeseen verrattuna niin vuonna 2012 kuin 2025. On kuitenkin huomioitava, että väestöllinen huoltosuhde perustuu ikäluokkien suuruuksien vertailuun, ja antaa vain viitteellisesti tietoa potentiaalisten työikäisten määrästä huollettavien määrään suhteutettuna.

Sairastavuudessa on suuria eroja keskisuomalaisten kuntien välillä. Kelan ikävakioidun sairastavuusindeksin³¹ mukaan vuonna 2011 Keski-Suomen terveimmät kuntalaiset asuivat Muuramessa (98,1) ja eniten sairastavat Pihlputaalla (132,4). Pohjoisessa Keski-Suomessa sairastavuus oli indeksin perusteella muuta maakuntaa yleisempää. Keski-Suomessa sairastavuus on hieman koko maan keskiarvoa suurempaa. Sairaanhoidopiireittäin tarkasteltuna keskisuomalaisten sairastavuus on keskitasoa.

2.2.5 Väestön palvelujen käyttö

Väestön palvelujen tarpeeseen vastaaminen perustuu tilastotiedon lisäksi tietoon väestön palvelujen käytöstä. Keskeisiä ryhmiä ovat paljon palveluja

²⁹ Tilastokeskus, Väestöennuste 2012

³⁰ Huollettavien määrä sataa 15-64-vuotiasta kohden (Tilastokeskus, Väestötilastot)

³¹ Indikaattori ilmaisee jokaiselle Suomen kunnalle lasketun indeksin avulla miten tervettä tai sairasta väestö on suhteessa koko maan väestön keskiarvoon (= 100). Luku on laskettu ikävakioiduna. Indeksillä perustuu kolmeen rekisterimuuttajaan: kuolleisuuteen, työkyvyttömyyseläkkeellä olevien osuuteen työikäisistä ja erityiskorvattaviin lääkkeisiin oikeutettujen osuuteen väestöstä. Kukin muuttujista on suhteutettu erikseen maan väestön keskiarvoon, jota merkitään luvulla 100. Lopullinen indeksi on kolmen osaindeksin keskiarvo. (THL, Tilasto- ja indikaattoripankki SOTKANet.)

käyttävät sekä henkilöstön erityisosaamista vaativat asiakkaat. Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelukäyttöä koskevissa selvityksissä on huomattu, että kustannukset kasautuivat varsin pienelle joukolle. Esimerkiksi Oulun kaupungissa toteutetussa tutkimuksessa³² saatiin selville, että vuositasolla 10 % oululaisista kerrytti 81 % kustannuksista ja 5 % puolestaan 68 % kustannuksista. Tämä 10 %:n ryhmä käytti tyypillisesti useita sosiaali- ja terveydenhuollon palveluita, sillä nykyisen palvelujärjestelmä vastasi huonosti paljon palveluja käyttävien asiakkaiden tarpeisiin. Ratkaisuksi erityisesti paljon palveluja käyttäville asiakkaille ehdotettiin palveluohjaajaa, case manageria, joka suunnittelee asiakkaan kanssa hänelle sopivan palvelukokonaisuuden. Palveluiden suuren käytön ennaltaehkäisyä keinoina esitettiin kevyiden yhteisöllisten palveluiden järjestämistä sekä neuvontaa yksityisistä ja kolmannen sektorin palveluista, koordinoinnin ja kokonaisvastuun lisäämistä (mm. palveluohjaus) sekä parempaa tietoa mm. palvelujärjestelmän läpileikkaavaa asiakaskohtaista tietoa.

Tieto paljon palveluja käyttävistä ja erityistä osaamista vaativista sosiaali- ja terveydenhuollon asiakkaista on tärkeä hankkeen kehittämisteemojen kannalta niin asiakaslähtöisyyden parantamisen, palvelujärjestelmän sujuvoittamisen kuin kustannusten hallinnankin kannalta. Kehittämiskokonaisuudessa on myös huomioitava terveydenhuollossa, kuten sosiaalihuollossakin, lisääntyvä kuntalaisten valinnanvapaus paikallisten ja alueellisten palveluiden käytössä.

Väestön terveystalouden kehittämiseksi on Keski-Suomessa ryhdytty suunnittelemaan optimointimallia, jonka tuloksia hyödynnetään mahdollisuuksien mukaan hankkeen toteutuksessa sekä arvioinnissa. *Keski-Suomen potilasvirtojen simulointi ja optimointi -hankkeessa* on tavoitteena suunnitella optimaalinen integroituneiden terveystalouden palvelujen (perusterveydenhuolto–erikoissairaanhoito) palvelujärjestelmä ja toimipisteverkosto siten, että näiden tuottamat kustannukset minimoidaan. Hanke koostuu kahdesta osasta: 1) erikoissairaanhoito- ja perusterveydenhuollon integraation käytännön suunnittelun tukeminen optimointilaskennalla sekä 2) potilasvirtojen prosessiohjauksen toiminnan kehittäminen simulointimalleilla. Tutkimuksen toteuttajana toimivat Jyväskylän yliopiston Tietotekniikan laitoksen laskennallisen logistiikan tutkimusryhmä ja Agora Centerin Service Science Lab. Hanke tehdään yhteistyössä Jyväskylän kaupungin ja Keski-Suomen sairaanhoitopiirin kanssa.

³² Komssi & Leskelä 2013

Integraation taustalla on tarve mahdollistaa erikoissairaanhoidon (ESH) ja perusterveydenhuollon (PTH) toiminta läheisessä yhteistyössä. Integraatiomallissa erikoisalojen lääkärit työskentelevät terveyskeskuksissa (tai samoilla vastaanotoilla) osana tiimiä, joka koostuu erikois- ja yleislääkäreistä, hoitohenkilökunnasta ja muista terveydenhuollon ammattilaisista.

Tutkimuksen tavoitteena on halutun palvelutason puitteissa suunnitella optimaalinen kapasiteetin sijoittelu siten, että toimipisteiden tuottamat kustannukset minimoidaan. Tällä mahdollistetaan haluttu määrä kuntalaisten toivomia yhden toimipisteen asiointeja ja siten vähennetään kulkemista toimipisteiden välillä. Konkreettinen kysymys on, paljonko tulisi säästöjä, jos erikoislääkärit ja yleislääkärit sijoitettaisiin optimaalisesti yhteisiin tiloihin, ja minne nuo tilat tulisi sijoittaa. Konkreettisesti tavoitellaan erikoissairaanhoidon palvelujen käytön ohjantaa terveyskeskuksiin keskitettävillä erikoissairaanhoidon palveluilla. Kysymys on, mikä on optimaalinen tapa tarjota erikoissairaanhoidon palvelua milläkin terveysasemalla (mitkä ESH-palvelut millekin terveysasemalle ja missä mittakaavassa).

Haastetta optimaalisen sijoittelun määrittämisestä tekee se, että kiinteiden kustannusten näkökulmasta paras ratkaisu olisi tuottaa kaikki palvelut yhdessä ja samassa toimipisteessä. Haastetta tulee hallita monitavoiteoptimoinnilla, jossa määritellään haluttu palvelutaso, joka asettaa enimmäismäärän potilaalle aiheutuville kustannuksille (matkustus palvelupisteeseen, käynti useassa eri palvelupisteessä). Tutkimuksessa syntyy eri alojen asiantuntijoiden työn tuloksena kapasiteetin ja palvelutason strategista suunnittelua tukeva työkalu, jolla eri parametrien ja rakenteiden vaikutuksia ja kustannusrakennetta voidaan tarkastella.

3 HANKKEEN TAVOITTEET

Kokonaistavoite: Keski-Suomen SOTE 2020 hankkeen tavoite on rakentaa uudelle Keski-Suomen sote-alueelle asukas- ja asiakaslähtöinen tuotantorakenne ja toimintamalli, jolla turvataan Keski-Suomen asukkaiden sosiaali- ja terveyspalvelut.

1. Sosiaali- ja terveydenhuollon peruspalvelujen vahvistaminen palvelutuotantojärjestelmä uudelleen organisoimalla – Laajan palveluintegraation toteutus asiakaslähtöisinä palvelukokonaisuuksina
2. Koska uudessa mallissa järjestämisvastuuta keskitetään, varmistetaan lähipalveluiden toimivuus useilla eri tavoilla.
3. Sosiaali- ja terveydenhuollon johtamisosaamisen parantaminen kaikilla tasoilla
4. Uuden alueellisen kehittämis-, koulutus- ja tutkimusrakenteen luominen sosiaali- ja terveyspalveluiden laadun ja kehittymisen varmistamiseksi

3.1 Sosiaali- ja terveydenhuollon peruspalvelujen vahvistaminen palvelutuotantojärjestelmää uudelleenorganisoimalla

Sosiaali- ja terveydenhuollon peruspalvelujen vahvistamista ja tuotantojärjestelmän uudelleenorganisointia lähdetään rakentamaan laajojen asiakaslähtöisten ydinprosessien kautta. Sosiaali- ja terveydenhuollon ydinprosessien kehittämisen ja pilotoinnin keskeinen tavoite on luoda asiakaslähtöisiä palvelukokonaisuuksia, joiden avulla kuntalainen saa parhaan mahdollisen avun ja tuen kustannusvaikuttavasti. Ydinprosessien kehittämisessä hyödynnetään Keski-Suomen kuntien omia hyviä malleja sekä aiempaa (Kaste-) kehittämis- ja suunnittelutyötä.

Ydinprosessien kehittämistä ohjaa ajatus, että ihmisten hyvinvoinnin kulmakivenä toimivat yhdenvertaiset, ennaltaehkäisevät ja oikea-aikaiset palvelut, joilla vähennetään raskaamman ja kalliimman tuen ja hoidon tarvetta (vrt. esim. lasten ja perheiden palvelujen prosessi luvussa 3.1.4). Väestön yhdenvertaista pääsyä oikea-aikaisiin ja tarpeenmukaisiin palveluihin tulee parantaa, palvelu- ja hoitopolkujen toimivuutta vahvistaa sekä tarpeetonta

hallinnonalojen välisiä raja-aitoja päällekkäisyyttä purkaa. Kuntien järjestämisvastuulla olevien sosiaali- ja terveystalouden asiakaslähtöisyyttä sekä laadukkuutta ja kustannusvaikuttavuutta tulee entisestään parantaa.

Prosessien kehittämisessä hyödynnetään hankekuntien sekä Innokylän³³ hyviä käytäntöjä ja mallintamisen työkalua. Prosessikehittäminen tapahtuu erilaisin menetelmin ja prosessityökaluin sekä palvelumuotoilun avulla. Prosessit halutaan tehdä läpinäkyviksi kuntalaisille. Prosessien avoimuus ja läpinäkyvyys edistää niiden yhteiskehittämistä palvelunkäyttäjien kanssa.

Hankkeessa ydinprosesseja kehitetään ennaltaehkäisevästä ja perus- ja lähipalveluja vahvistavasta näkökulmasta. Työssä hyödynnetään Keski-Suomen keskussairaalan Uusi sairaala -hankkeessa³⁴ aloitettua erikoissairaanhoidon prosessien uudistamista yhdistämällä alueelliset perus- ja erityispalveluprosessit sujuviksi ja saumattomiksi kokonaisuuksiksi. Hankkeeseen on valikoitunut neljä prosessia maakunnassa tehdyn aikaisemman kehittämistyön, tämän hankkeen esiselvitysvaiheessa käytyjen keskustelujen ja valtakunnallisten tarvearvioiden pohjalta. Nämä prosessit ovat 1. perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon integraatio, 2. vanhuspalvelut, 3. monialainen kuntoutus ja 4. lasten ja perheiden palvelut ja lastensuojelu.

3.1.1 Perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon integraatio

Elintapasairaudet, mielenterveys- ja päihdeongelmat, ikääntymiseen liittyvät terveysongelmat, krooniset psyykkiset ja monialaiset fyysiset sairaudet lisääntyvät ja kuntoutuksen ja toimintakykyisyyden parantamisen tarve kasvavat erityisesti väestön ikääntymisen myötä. Tosiasia on myös terveysongelmien polarisaatio yhteiskunnassa. Sosioekonomisten hyvinvointierojen vähentäminen edellyttää osaltaan palvelujärjestelmässä tapahtuvaa positiivista diskriminointia; erityispalveluja tulee kohdentaa sinne, missä terveys- ja hyvinvointivajetta on runsaimmin. Ihmisten hyvinvoinnin kulmakivenä toimivat yhdenvertaiset, terveystalouden huomioon otavat, ennaltaehkäisy-painotteiset ja oikea-aikaiset palvelut, joilla vähennetään raskaimman ja kallemman tuen ja hoidon tarvetta. Terveystalouden ja hyvinvoinnin promootion tulee kohdentua väestötasolle ja primaariprevention erityisesti varhaisvaiheessa riskiryhmiin ja varhaiseen puuttumiseen. Hoidon tulee käynnistyä

³³ Innokylä <https://www.innokyla.fi/>

³⁴ Keski-Suomen sairaalahanke - Innovaatiiviset palveluhankinnat ja työelämän kehittäminen 2012–2014. Tekes

mahdollisimman varhaisessa sairauden vaiheessa. Kuntoutuksella tuetaan kuntoutumista ja toimintakyvyn parantamista.

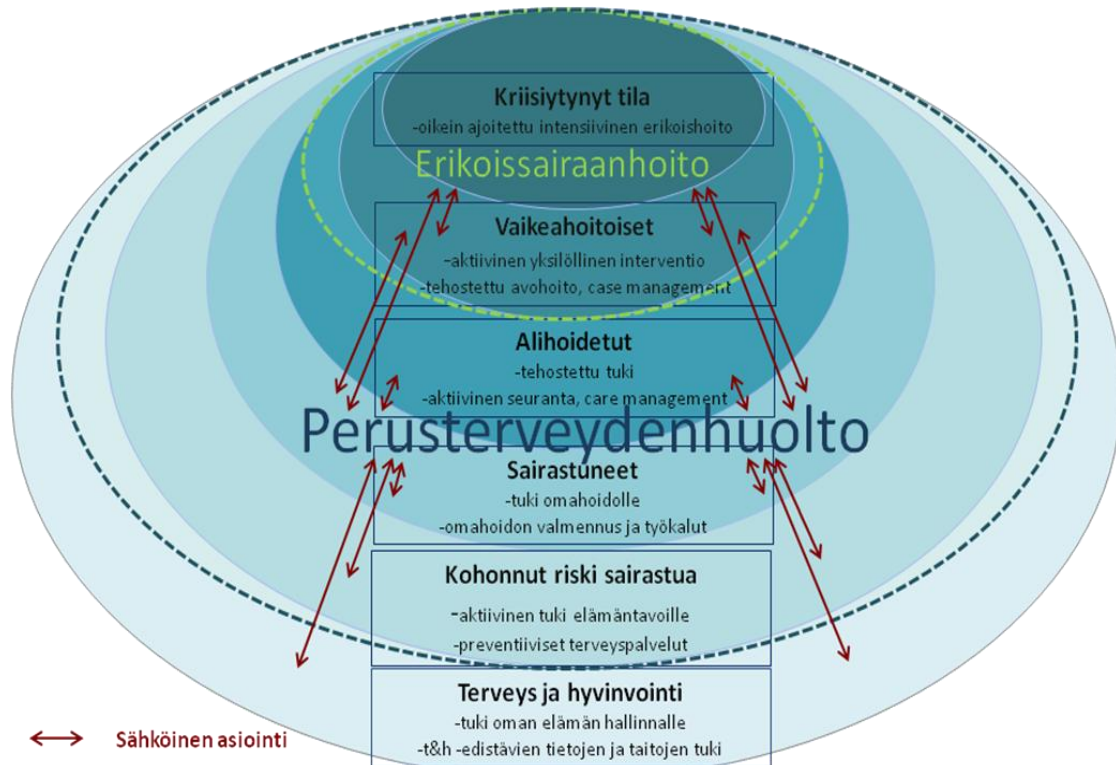
Jotta terveyspalvelutarpeet tällä hetkellä ja erityisesti tulevaisuudessa voidaan turvata, on perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon palvelujen integroiminen välttämättömyys. Toiminnallista integroitumista on terveyspalveluissa jo tapahtunutkin, mutta koko laajuudessaan integroitumisen hyötyjen saavuttaminen edellyttää järjestämisvastuun yhdistämistä koko palvelujärjestelmässä, jolloin palveluja suunnitellaan, toiminnan painotuksia valitaan ja päätökset tehdään samassa organisaatiossa. Tämä mahdollistaa painopisteen siirtoa entistä varhaisempaan puuttumiseen, nykyistä pitemmälle vietyä ns. eteentyönnettyjen erikoissairaanhoidon palvelujen toteuttamista ja palveluketjujen sujuvuuden lisääntymistä kun palvelujen näkökulmasta epätarkoituksenmukaiset organisaatorajapinnat eivät ole osaltaan ruokkimassa osaoptimointia. Perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon integroitumisella on mahdollista vahvistaa julkisen sektorin työnantajien vetovoimaisuutta ja parantaa henkilöstön saatavuutta, osaamista, jaksamista, täydennyskoulutusmahdollisuuksia sekä sijaisjärjestelyjä.

Ammattiryhmien välistä työn- ja tehtävienjakoa on viety eteenpäin ja väestön omavastuuta terveydestä on pyritty kasvattamaan. Erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon välisen työnjaon tulisi kehittyä siten, että palvelujärjestelmä rakentuu perusterveydenhuoltopainotteiseksi. Lääketieteen kehitys on kasvattanut hoitomuotojen mahdollisuuksia ja sen myötä myös kustannuksia erityisesti erikoissairaanhoidossa.

Hankkeessa panostetaan toimivan konsultaatorakenteen luomiseen perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välille perusterveydenhuollon vahvistamiseksi ns. eteentyönnetyn erikoissairaanhoidon periaatteella. Tarvittava osaaminen ja asiantuntijuus halutaan viedä potilaan luo. Oikein ajoitetut ja painotetut erikoislääkärien ja muiden erikoissairaanhoidossa toimivien työntekijöiden konsultaatiot sote-alueen terveyskeskuksiin ja muihin terveydenhuollon toimipisteisiin – tai mahdollisuuksien mukaan potilaan kotiin – voidaan toteuttaa sekä potilaskonsultaatioina että ammattilaisten välisinä konsultaatioina esimerkiksi videoneuvotteluna.

Hankkeessa edistetään tietoteknisten ratkaisujen käyttöönottoa, jotka mahdollistavat kansalaisten sähköistä asiointia, potilaiden terveydentilan monitoroinnin arkiympäristöissä, vapauttavat palveluja tila- ja toimipistesidonaisuudesta sekä integroivat erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon palveluja. Tilaratkaisuilla voidaan mahdollistaa perustason ja erityistason toimijoiden työskentely yhteisissä toimitiloissa ja edesauttaa vastavuoroista

konsultointia, yhteisiä potilasasiointoja, työparityöskentelyä ja toisilta oppimista – myös moniammatillisesti. Uusien teknologioiden, sähköisten palvelujen, yhteisen potilastietojärjestelmän ja tuotannonohjaussovellusten hyödyntäminen mahdollistuu integroidussa terveydenhuoltojärjestelmässä olennaisesti laajemmin ja laajempaan kuin nykyisessä eriytyneessä järjestelmässä. Perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon integraatioprosessin kehittämisessä hyödynnetään Keski-Suomen potilasvirtojen simulointi ja optimointi -hankkeen (ks. luku 2.2.5) tuloksia.



Kuva 1. Alustava ehdotus: Terveyspalvelujen integraatio Keski-Suomen uudella sote-alueella

3.1.2 Vanhuspalvelut

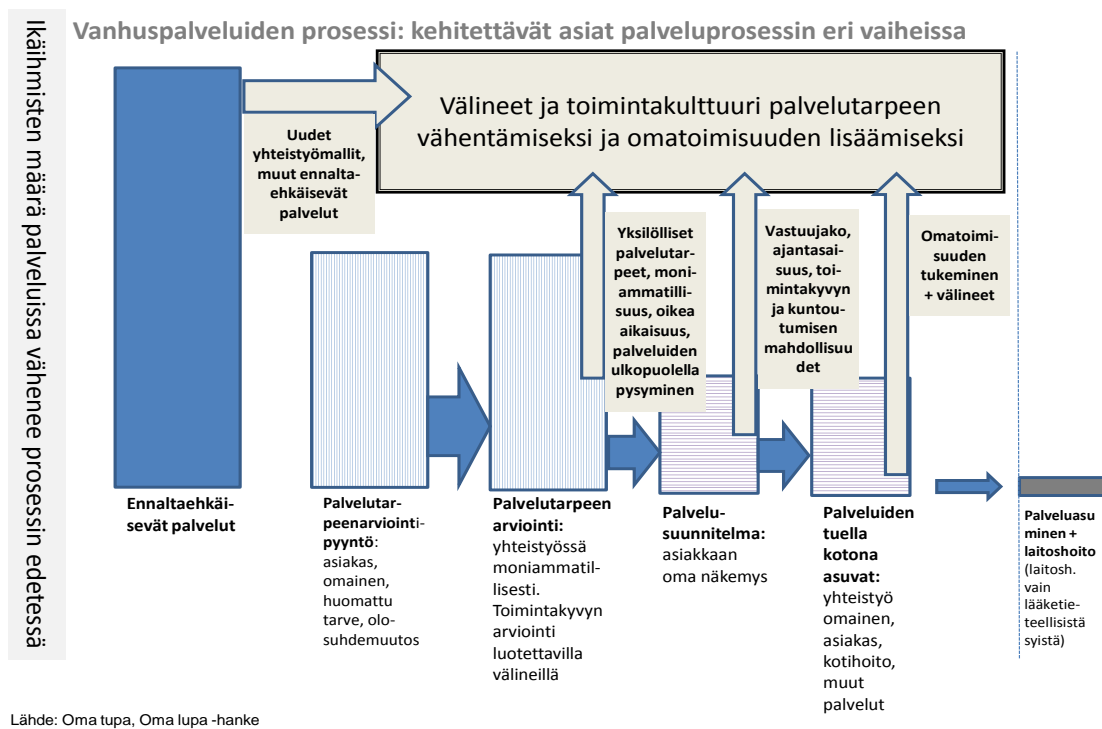
Vanhuspalveluiden prosessin tavoitteena on kehittää palveluiden jokaista vaihetta tukemaan omatoimisuutta ja ohjaamaan ikäihmisiä oman toimintakykynsä säilyttämiseen sekä sitä kautta palvelutarpeen vähentäminen (kuva 2). Jokaisessa prosessin vaiheessa keskeinen tavoite on vähentää tarvetta siirtyä seuraavalle portaalle. Ennaltaehkäiseviin palveluihin kehitetään sote-alueen uusia toimintakäytänteitä yhteistyössä eri toimijoiden kanssa.

Palvelutarpeen arviointipyynnön ilmetessä tehdään viipymättä palvelutarpeen arviointi moniammatillisena yhteistyönä yhteisiä ja luotettavia arviointimenetelmiä käyttäen.

Palvelusuunnitelman laatimiseen kehitetään sote-alueelle yhtenäiset käytännöt. Suunnitelmassa rakennetaan yhdessä asiakkaan kanssa raamit ja yhteistyöverkosto kotona asumisen mahdollistamiseksi sopimustyyppisellä lähestymistavalla, johon kirjataan asiakkaan näkemys ja eri tahojen vastuut palveluiden toteuttamisesta. Palvelusuunnitelmaa seurataan ja päivitetään tarpeen mukaan.

Kotona asumisen tueksi kehitetään uusia välineitä, jotka mahdollistavat asiakkaan yksilöllisiin tarpeisiin vastaamisen (esim. henkilökohtainen budjetointi, henkilökohtainen apu, palvelusetelin käytön uudet muodot jne.).

Ympäri vuorokautiseen asumiseen ja laitoshoitoon siirtyä tavoitteen mukaan vain pieni osa ikäihmisistä.



Kuva 2. Alustava ehdotus: Vanhuspalveluiden prosessin kehitettävät asiat palveluprosessin eri vaiheissa

3.1.3 Monialainen kuntoutus

Keski-Suomen sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakenneselvitys esitti maakunnan erääksi keskeiseksi jatkotehtäväksi kuntoutuksen kokonaisuuden kehittämistä. Hankkeen loppuraportissa todetaan: ”Kuntoutuksen merkitys on kasvamistaan kasvanut palvelurakennemuutoksen edetessä. Kun on luovuttu pitkäaikaishoidosta, on kuntoutuksen tarve luonnollisesti kasvanut. Terveyskeskussairaaloista on ryhdytty rakentamaan kuntoutusyksiköitä tai kuntoutuksen osaamiskeskustoja. Tähän suuntaan tulisi myös Keski-Suomessa yhä voimakkaammin edetä.”³⁵ Työtä on Keski-Suomessa jatkettu erityisesti Uusi sairaala -hankkeessa, jossa on luotu kuntoutuksen prosessi³⁶ erikoissairaanhoidon näkökulmasta.

Saarikan malli

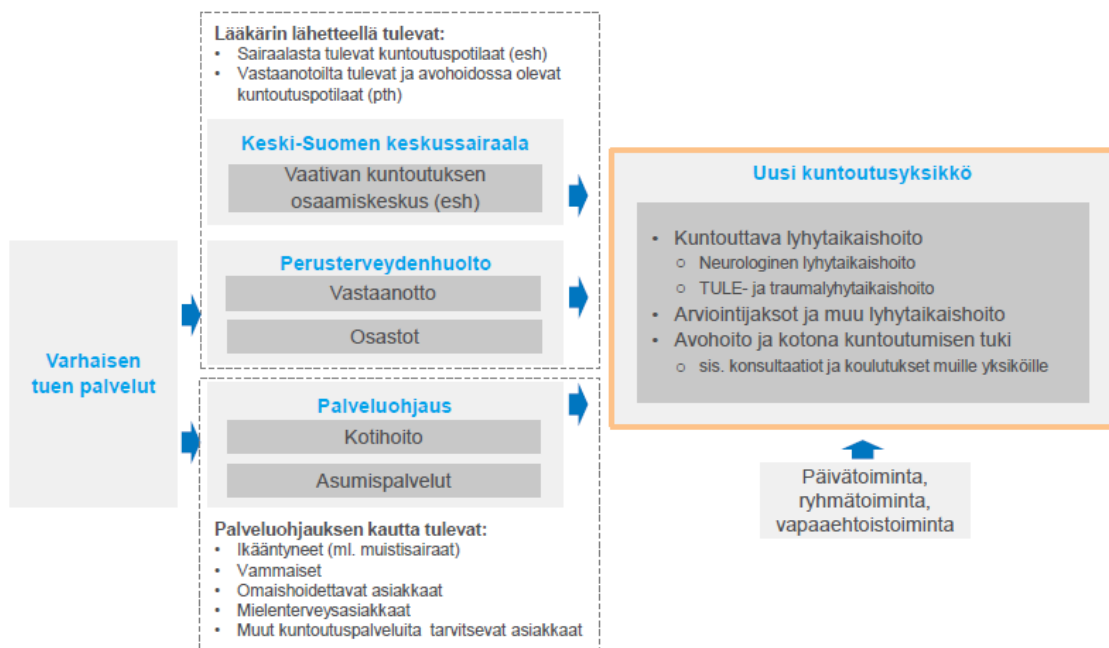
Omaa konseptia on kehittänyt myös perusturvaliikelaitos Saarikka³⁷, joka on perustamassa kuntoutuksen osaamiskeskusta pohjoiseen Keski-Suomeen Karstulaan. Saarikan mallissa³⁸ tavoitteena on, että kuntayhtymään muodostetaan kuntoutusyksikkö, joka vastaa Saarikan kuntoutusta tukevien palveluiden ja toimintojen kehittamisestä sekä koordinoi, opastaa ja tukee muita yksiköitä ja toimijoita toimintakyvyn ylläpitämiseen ja vahvistamiseen sekä kuntoutukseen liittyvissä asioissa (kuva 3).

³⁵ Keski-Suomen sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakenneselvitys, s. 26

³⁶ Kuntoutustoiminnan integroitu toimintakonsepti 2011

³⁷ Saarikka vastaa noin 20000 asukkaann sote-palveluista Saarijärven, Karstulan, Kannonkosken, Kyyjärven ja Kivijärven alueella.

³⁸ Konseptisuunnitelma uudelle osaamiskeskitymälle, NHG 2013



Kuva 3. Saarikan uusi kuntoutuksen toimintamalli

Uusi malli korostaa kuntoutusajattelun levittämistä koko Saarikkaan: kuntoutuspalveluita ja -osaamista tarjotaan sekä kuntoutusyksikön omissa tiloissa, Saarikan muissa eri yksiköissä ja toimipaikoissa että asiakkaiden kotona. Toimintamuutoksen erityisenä tavoitteena on lisätä avohoidossa ja asiakkaiden kotona tapahtuvaa kuntoutusta ja vähentää yksikössä tapahtuvaa laitospalvelua. Lisäksi tavoitteena on, että asiakkaille tarjottavat kuntoutuspalvelut määrittäisi kysyntä ja asiakkaan yksilölliset tarpeet – ei vapaana oleva kapasiteetti.

Mallissa keskeisessä roolissa ovat varhaisen tuen palvelut ja palveluohjaus. Palveluohjaus koordinoi ikäihmisten, omaishoidon, perhehoidon ja vammaisten palveluiden sekä mielenterveyspalveluiden lisäksi myös uuden kuntoutusyksikön palveluita. Varhaisen tuen palvelut toimivat jatkossakin yhdessä palveluohjauksen kanssa asiakkaiden palveluiden käytön portinvartijoina.

Mallia on tarkoitus lähteä kokeilemaan vuonna 2014. Se integroi osan sosiaali- ja terveydenhuollon kuntoutustarpeista (vanhukset, vammaiset, mielenterveyskuntoutujat), korostaa palveluohjauksen roolia, asiakkaan kotona tehtävää työtä, palvelujärjestelmän sisäistä integraatiota ja ennen kaikkea mahdollisuutta räätälöidä kuntoutus yksilöllisesti asiakkaan tarpeista käsin.

Keski-Suomen keskussairaalan malli

Keski-Suomen sairaanhoitopiirin uuden sairaalan suunnittelussa on lähdetty hakemaan kokonaan uutta alueellista toimintamallia terveystalvöiden toteuttamiseksi. Tämän mallin mukaisesti toiminta on jaettu sairaalassa kolmeen osaan: akuuttiin sairaalaan, elektiiviseen sairaalaan ja kuntoutussairaalaan. Samalla on tavoitteeksi otettu saumattoman jatkohoidon ja hoitoprosessien sekä kuntoutuksen konseptin toteuttaminen koko Keski-Suomen maakunnan alueella, jossa palvelukokonaisuuden muodostavat terveydenhuollon ja sosiaalihuollon palvelut. Suunnittelun kantavana ajatuksena on ollut potilaan / kuntoutujan nostaminen tärkeimmäksi toimija- ja organisaatiokeskeisen ajattelun sijaan.

Kuntoutuksen toimivuudessa on monia perustavanlaatuisia ongelmia: 1) kuntoutusjärjestelmä on pirstaleinen ja epätasa-arvoinen, 2) kuntoutuksen monikanavainen rahoitus johtaa usein osaoptimointiin ja voi johtaa heikkoon vaikuttavuuteen, 3) hoito- ja kuntoutumisketjut katkeilevat ja potilaan kuntoutuminen voi jäädä kesken, 4) vaikka perusterveydenhuollon ja sosiaalitoimen alueella on jo kehitelty hyviä yhteistyö- ja toimintamalleja (mm. kotihoidon palvelusuunnitelmat ja kuntoutustyöryhmätoiminnot), niiden toteutuminen kunnittain on vaihtelevaa ja epäyhtenäistä, eikä yhdenvertaisuus toteudu ja 5) kuntoutujalle suunnitellut sosiaalitoimen hoito- ja palvelusuunnitelmat sekä terveydenhuollon hoito- ja kuntoutussuunnitelmat jäävät usein toisistaan erillisiksi.

Ikäihmisten kuntoutuksen osalta Suomessa perusongelmia ovat vanhusten sijoittaminen laitoksiin liian ahtaisiin tiloihin ja kuntoutuksen mahdollisuuksien liian vähäinen hyödyntäminen. Tähän ovat syynä ainakin osaksi kuntoutuksen riittämättömät ja epätasaisesti jakautuneet resurssit. Osa terveyskeskusten nykyisestä pitkäaikaispotilaiden määrästä syntyy siten, että potilaiden kuntoutumista ja omaehtoista liikkumista ei tueta riittävästi. Tämän seurauksena potilaan liikunta- ja toimintakyky nopeasti laskee ja hänestä tulee pysyvästi vuoteeseen sidottu.

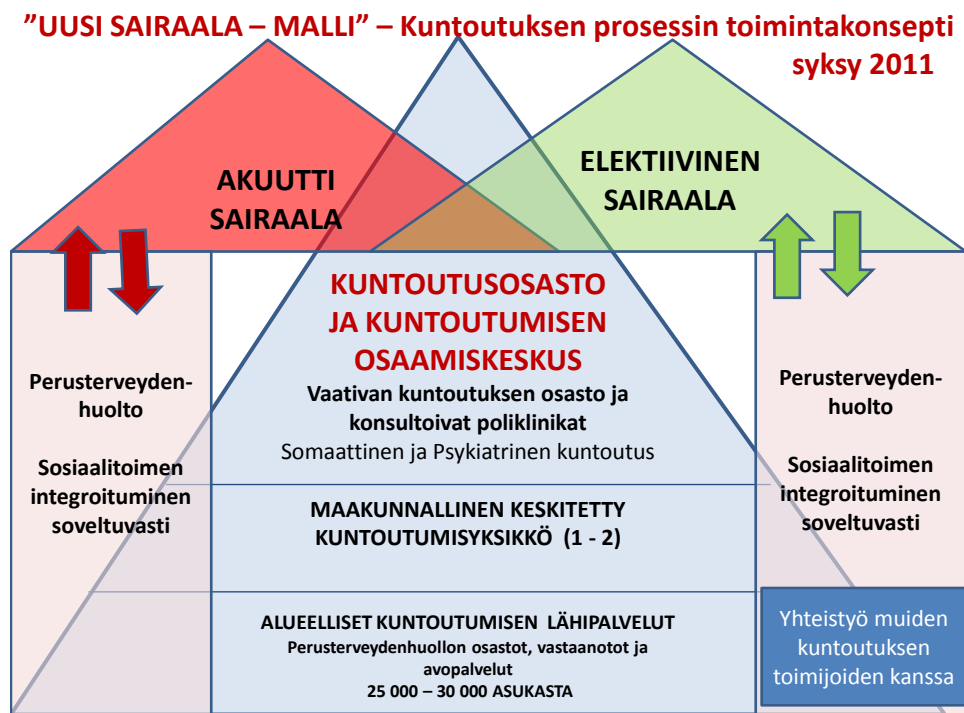
Unsi Sairaala hankkeen Visio: Kuntoutus Keski-Suomessa vuonna 2019

Avopalveluissa tarvitaan vaikeimmin vammautuneille ja moniongelmaisille potilaille (kuten monet vanhukset) hoitokokonaisuudesta huolehtiva työntekijä, joka koordinoi kuntoutus- ja hoitosuunnitelmien toteutumista. Olennaista on, että asiakas, omainen ja muu ammattihenkilöstö tietää, kuka toimii tarvittaessa yhdyshenkilönä kuntoutujan asioissa kotiutumisen yhteydessä ja kotihoidon jatkuessa. Ennaltaehkäisevä kuntoutus tulee ottaa osaksi kuntoutuksen kokonaisuutta. Psykkistä ja fyysistä toimintakykyä ylläpitäviä

harrastus- ja liikuntamahdollisuuksia tulee luoda yhteistyössä kotikunnan erityisryhmien liikuntatoiminnan ja kolmannen sektorin toimijoiden kanssa. Myös yhdyskuntasuunnittelussa ja rakentamisessa tulee kiinnittää huomiota etenkin vanhusväestön virikkeeseen asuinympäristöön ja mahdollisuuksiin osallistua toimintakykyä ylläpitäviin harrasteisiin.

Edellä olevan pohjalta kuntoutus sisältää seuraavat toiminnot:

1. Vaativa erityiskuntoutus, jota toteutetaan kuntoutussairaalassa
2. Alueellinen keskitetty kuntoutusyksikkö, joka turvaa laadukkaan ja riittävän monipuolisen, moniammatillisen kuntoutuksen jo vakiintuneemmassa toipumisvaiheessa
3. Päiväsairaalatoiminta, joka tukee kotiutustoimenpiteitä ja kotikuntoutusta
4. Poliklinikkatoiminta (sekä lähete- että jälkipoliklinikat)
5. Kuntoutustutkimusyksikkö (somaattinen ja psykiatrinen)
6. Hengityshalvauspotilaiden hoito
7. Kuntoutukseen liittyvät lähi- ja avopalvelut



Kuva 4. Kuntoutuksen toimintakokonaisuus sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmässä Uusi sairaala -hankkeen suunnitelmissa (Lähde: Auvinen 2013)

Kuntoutuksen prosessissa Keski-Suomessa on vielä runsaasti kehitettävää, jotta se saadaan toimimaan asiakaslähtöisesti koko maakunnan alueella. Sairikassa, sairaanhoitopiirissä ja muissa maakunnan kunnissa tehty työ otetaan lähtökohdaksi kuntoutusprosessin muotoilussa. Keskeisenä kehittämiskohdeena on perus- ja lähipalveluiden toimimisen varmistaminen uuden sairaalan valmistuessa.

3.1.4 Lasten ja perheiden palvelut ja lastensuojelu

Palvelurakenteen laajemman systeemisen muutoksen tavoitteena on, että kaikkien alle 18-vuotiaiden palvelujen kehittämisessä tavoitteena on hyvän lapsuuden rakentaminen ja tukeminen lasten luonnollisissa kehitysyhteisöissä ja niiden keskeisissä kasvatuskumppanuuksissa. Tavoitteena on, että lapset ja perheet kohdataan kokonaisvaltaisesti ja kunnan järjestämisvastuulla olevia palveluja johdetaan suunnitelmallisesti yhtenä kokonaisuutena.³⁹

Koska alueella on paljon toimijoita ja perheiden hätä usein suuri, tulisi toimijoiden yhteistyötä ja vuorovaikutusta parantaa systemaattisesti, jotta resursseja ei tuhlataisi ja perheet tulisivat autetuiksi. Tämän tyyppisessä kehittämisprosessissa asiakkaiden osallisuus kehittämistyössä olisi ensiarvoisen tärkeää. Juuri näissä palveluissa on erityisen merkityksellistä vastata asiakkaan palvelutarpeeseen juuri hänelle sopivalla tavalla.⁴⁰

Riippumatta siitä, miten suurelle alueelle vastuu lastensuojelupalveluiden järjestämisestä on keskitetty, tulee lastensuojelun osaamisen saatavuus varmistaa kaikissa Keski-Suomen kunnissa. Paikallisten toimintaympäristöjen tunteminen ja alueellisten tarpeiden huomioiminen edistävät lastensuojelutyön tekemistä isoissakin rakenteissa.

Keski-Suomessa tarvitaan suunnitelmallinen toimintamalli lisäämään lastensuojelun ennaltaehkäisevien palveluiden vaikuttavuutta ja siirtämään painopistettä korjaavasta työstä ennaltaehkäisevään (ks. kuva 5). Kaikille lapsiperheille yhteisiä peruspalveluja tulee kehittää siten, että yhä harvempi perheistä ohjautuisi lastensuojelun asiakkaaksi. Peruspalveluilla tulee olla käytössään tehostettua tukea ja erilaisia konsultaatorakenteita.

Toimivien peruspalvelujen tueksi tulee luoda riittävä konsultaatio- ja tukirakenne, jotta perheiden palvelutarpeeseen vastataan kokonaisvaltaisesti ja heidän omassa toimintaympäristössään. Konsultaatio- ja tukimuodot voi-

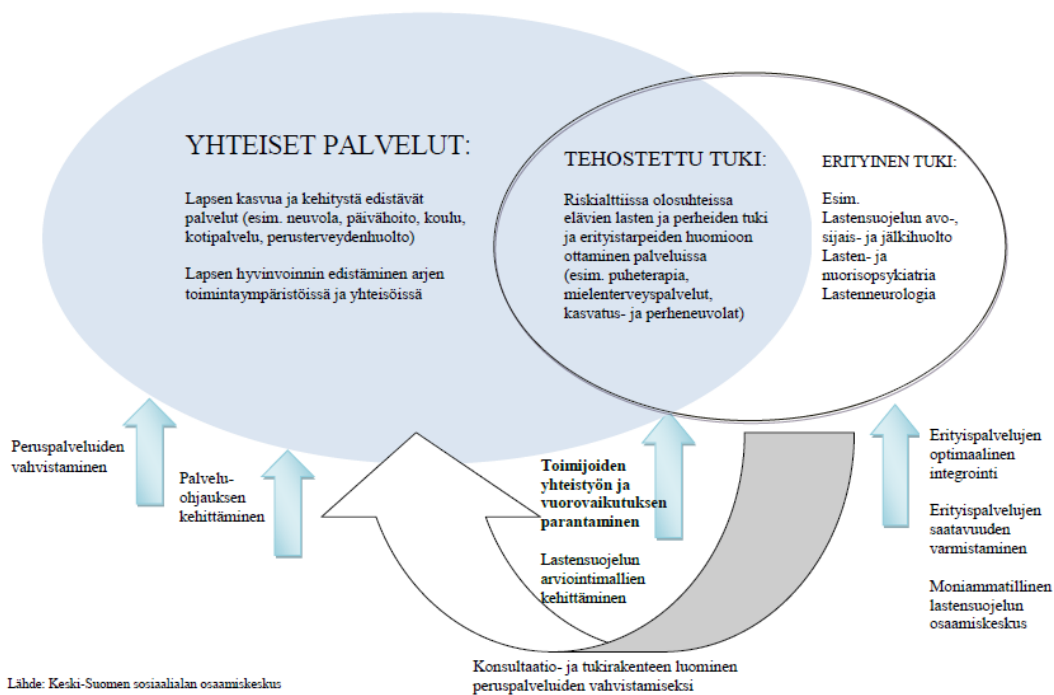
³⁹ STM 2013c

⁴⁰ Keski-Suomen sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakenneselvitys 2011, 26

daan keskittää, mutta niiden tulee olla joustavia ja tuen tulee linkittyä osaksi alueellisia palveluja. Lastensuojelupalveluihin tulee sisällyttää joustava konsultaatorakenne, jolla perustason palveluiden asiantuntemusta tuetaan. Riittävät lastensuojelun konsultaatiomahdollisuudet korostuvat tilanteissa, joissa lapsi ja perhe ovat samanaikaisesti muiden erityispalveluiden, kuten lastenpsykiatrian, piirissä. Esimerkiksi lastensuojelun laitoshoidon ja psykiatrisen hoidon välillä oleva raja on välillä epäselvä. Myös lapset, joilla on neurologisia häiriöitä, jäävät usein vaille riittäviä palveluja ja ohjautuvat lastensuojelun asiakkaiksi.

Oikea-aikaisten ja perheelle riittävien palvelujen järjestämiseksi tulee kehittää palvelujen arviointia ja -ohjausta niin peruspalveluissa kuin erityisen tuen palveluissa.

Perhettä tulee ohjata heille sopiviin palveluihin riittävän ajoissa. Tämä vaatii palvelutarpeen arvioinnin kehittämistä kaikilla kolmella palvelujen tasolla.



Kuva 5. Alustava ehdotus: Lasten ja perheiden palvelujen prosessi Keski-Suomen uudella sote-alueella

Lastensuojelun asiakkuuden alkaessa perheen palveluja tulee tiivistää ja yhteistyön jatkuminen varmistaa. Eri toimijoiden välistä yhteistyötä ja tiedonkulkua tulee selkeyttää. Lapsen ja perheen edun mukaista ei ole olla asiakkaana useissa eri palveluissa toimijoiden tietämättä toisistaan. Yhteistyökäytännöt ja niiden toimivuus vaihtelevat kunnittain. Alueelliset erityispiirteet

tulee huomioida kehittämistyössä, mutta perheen avun saanti ei saa riippua asuinpaikasta. Nykytilanteessa asiakkaiden muuttaessa kunnasta toiseen vaihtelu kuntien lastensuojelun toteutuksessa korostuu ja avun saanti voi kestää.

Prosessin toimivuuden ja kehittämisen kannalta arviointitiedon saatavuus on tärkeää. Lastensuojelun arviointimenetelmien tulee olla yhtenäisiä koko Keski-Suomen alueella. Lapsen ja perheen osallisuus arvioinnissa tulee varmistaa. Keskeisimpiä kehittämiskohteita arvioinnissa ovat:

Lapsen ja perheen ohjautumista lastensuojeluun, lastensuojeluilmoituksen vastaanottoa ja käsittelyä ja lastensuojelun tarpeen arvioinnin toimintakäytäntöjä tulee kehittää ja yhtenäistää. Etenkin arviointivaiheessa eri toimijoiden välisen vuorovaikutuksen tulee olla toimivaa ja tiedonkulun puutteet eivät saa olla esteenä riittävän tuen järjestämiselle.

Huostaanoton tarpeen ja lapselle sopivimman sijaishuoltoapaikan arvioinnin käytäntöjä tulee yhtenäistää. Sosiaalityöntekijällä tulee olla käytettävissään huostaanoton tarpeen arvioinnissa työparinaan toinen sosiaalityöntekijä sekä riittävästi muuta, moniammatillista asiantuntija-apua.

Huostaanoton purun arviointikäytäntöjä kehitetään siten, että huostaanoton jatkamisen arviointi ja siinä käytettävät menetelmät ovat yhtenäiset ja niitä käytetään aktiivisesti.

Kunnat toteuttavat jälkihuoltovelvoitettaan hyvin eri tavoin. Tavoitteena on avata lastensuojelun jälkihuollon prosessia yhdenvertaisen ja riittävän ajoissa sijoituksen aikana aloitetun jälkihuollon suunnittelun ja tukitoimien saavuttamiseksi.

3.2 Varmistetaan lähipalveluiden toimivuus useilla eri tavoilla

Koska järjestämisvastuuta keskitetään uudessa mallissa, lähipalveluiden toimivuus on varmistettava monin tavoin. Järjestämislakityöryhmän väliraportissa⁴¹ todetaan, että sote-alueiden tulee laatia suunnitelma alueensa asukkaiden lähipalvelujen turvaamiseksi niin, että asukkaiden perustuslain mukainen yhdenvertaisuus toteutuu. Tämä tarkoittaa myös palvelujen alueellisen saatavuuden ja saavutettavuuden turvaamista.

⁴¹ STM 2013b, 17

Jotta tavoite voisi toteutua, tarvitaan uusia ja joustavia tapoja saada kunta-laisten tarvitsema asiantuntemus ja palvelu lähelle. Lähipalveluiden turvaamisen suunnitelman sisältöjä ei ole järjestämislakityöryhmän väliraportissa tarkemmin määritelty. Hankkeessa luodaan lähipalvelujen alueellinen määritelmä ja sen pohjalta tehdään ja pilotoidaan sote-alueen lähipalvelujen turvaamisen järjestämissuunnitelma yhteistyössä kuntien kanssa.

3.2.1 Lähipalvelujen turvaamisen suunnitelman laadinta ja pilotointi

Hankkeen keskeisenä tavoitteena on sosiaali- ja terveydenhuollon peruspalvelujen vahvistaminen muun muassa siten, että kuntalaisen tarvitsema asiantuntijuus saadaan tuotua lähipalveluihin. Tämä edellyttää liikkuvien asiantuntijoiden lisäksi etäpalvelumallien käyttöönottoa ja sähköisten palvelujen hyödyntämistä, kuten nettipohjaisia neuvonta- ja tukimuotoja, etäkonsultaatiota, pyörillä kulkevia palveluja sekä olemassa olevan sote-infrastruktuurin ja tarpeen mukaan myös muiden käytettävissä olevien tilojen ”tehokkaampaa” hyödyntämistä (vrt. kuva 6).



Kaikissa palveluissa voi olla tuottajana julkinen, yksityinen tai kolmas sektori

Kuva 6. Kansalaisen lähipalvelut ja keskitetyt palvelut (Lähde: STM 2012b, 70)

Hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen näkökulmasta hyvin järjestetyt ja toimivat, lähellä kuntalaista sijaitsevat peruspalvelut – muutkin kuin sosiaali- ja terveysterveystoimet – ovat keskeisessä asemassa. Sosiaali- ja terveystoimien ”irtautuessa” kunnan muista palveluista (liikunta, kulttuuri, opetus, liikenne, asuminen ja kaavoitus) on tärkeää, että yhteys ja yhteistyö sote-palveluiden ja kuntien itse järjestämien palveluiden välillä säilyy elinvoimaisena. Kokonaisuudessa täytyy huomioida palvelujen lisäksi lähiyhteisöjen voimavarat ja niiden tukeminen. Järjestöjen, seurakunnan ja kuntien yhteistyötä lähipalveluiden turvaamisessa tutkitaan mm. vuoden 2013 lopulla valmistuvassa TEM:n rahoittamassa hankkeessa.⁴²

Lähipalvelu käsitteenä on tarkemmin määrittelemättä. Suomen Kuntaliitto pyrkii määrittelemään lähipalvelu-käsitettä kuntalähtöisesti syksyllä 2013 alkavassa hankkeessa⁴³. Lähipalvelut määrittävät Suomen Kuntaliiton⁴⁴ mukaan pääasiassa paikallisten olosuhteiden pohjalta ja siksi käytännöllisen määrittelyn aikaansaamiseksi tulisi tutkia paikallisia käytänteitä esimerkiksi kartoittamalla ”käytännön toimijoiden” näkemyksiä. Keski-Suomesta lähipalveluhankkeeseen ja siinä keväällä 2014 alkavaan pilottiin pyritään osallistumaan uuden sote-alueen laajuisesti sekä kunnissa ja alueellisesti (mm. Jyväskylä, Perusturvaliikelaitos Saarikka) toteutettavien paikallisten pilotein.

Keski-Suomen SOTE 2020 -hanke tulee tekemään tiivistä yhteistyötä Kuntaliiton lähipalveluhankkeen kanssa hyödyntäen ko. hankkeessa tuotettua tietoa ja tutkimustuloksia alueen kehittämisessä ja lähipalveluiden määrittelyssä. Yhteinen alueellinen näkemys lähipalveluista edistää niiden suunnitelmallista järjestämistä millä tahansa mallilla. Lähipalvelumäärittelyjä on tehty monissa keskisuomalaisissa kunnissa osana palvelulinjaus- ja -strategiatyötä. Aiheesta on olemassa määrittelyä pohjustavaa valtakunnallista aineistoa⁴⁵.

3.3 Sosiaali- ja terveydenhuollon johtamisosaamisen parantaminen kaikilla tasoilla

Sosiaali- ja terveystoimien kehittäminen haastaa johtamisen. Uudessa muuttuvassa tilanteessa tarvitaan innovatiivista avarakatseisuutta ja osallistuvaa johtamista. Johtamisen kehittämisen kohteina ovat erityisesti henkilöstön ja asiakkaiden osallisuutta lisäävät johtamiskäytännöt organisaation

⁴² Verkostoyhteistyö maaseudun syrjäytyneiden auttajana -tutkimushanke

⁴³ Vaikuttavat lähipalvelut -projektisuunnitelmaluonnos 6.5.2013

⁴⁴ Suomen Kuntaliitto (2007) Zittingin ja Ilmarisen (2010, 58) mukaan

⁴⁵ Esim. Zitting & Ilmarinen 2010; Niiranen, Puustinen, Zitting & Kinnunen 2013; VM 2013

muutosprosessissa. Johtamisen kehittämisessä on hyvä tarkastella kriittisesti olemassa olevia resursseja sekä johtajien osaamista.

Johtaminen on hankkeessa sekä kehittämisen kohde että keino. Hankkeessa keskitytään muutosjohtamisen ja tietojohdamisen kysymyksiin sekä palvelumuotoiluajattelun hyödyntämiseen sosiaali- ja terveydenhuollon uudistuksen johtamisessa. Hanke tähtää johtajuuden kehittämiseen kaikilla johtamisen tasoilla. Uudistuksen käytännön toimeenpanon näkökulmasta etenkin lähijohtajat ovat keskeisessä asemassa.

3.3.1 Muutosjohtaminen

Sosiaali- ja terveydenhuollon uudistaminen vaatii laajamittaista rakenteellista, toiminnallista ja kulttuurista muutosta. Muutoksen taitava johtaminen on organisaatioiden kehittämistyön onnistumisen ja pysyvien vaikutusten saavuttamisen kannalta tärkeää. Muutosprosessien onnistuminen on usein monesta kriittisestä asiasta kiinni ja itse muutos näyttäytyy eri tavoin henkilöstölle riippuen asemasta ja tarkastelusuunnista.

Organisaation muutosprosessissa on tärkeää ottaa huomioon henkilöstön inhimilliset voimavarat. Henkilöstön motivoiminen ja vakuuttuminen muutoksen tärkeydestä, sekä riittävän sopeutumisajan tarjoaminen auttavat yhteistyössä muutoksen toteuttamiseen ja sen positiivisten vaikutusten aikaansaamiseksi. Uuden toimintakulttuurin luomisessa tarvitaan tuoreita ja rohkeita ajatuksia ja tekoja. Muutos koetaan usein pelottavana ja vaikeana, se on kriisi. Tutun ja turvallisen tuntuisen toimintakulttuurin muuttaminen on vaativaa, sillä se edellyttää muutoksia työyhteisön vakiintuneisiin asenteisiin, arvoihin ja toimintatapoihin.

Hankkeessa toteutettavan johtamisosaamisen vahvistamisen kautta muutokseen ohjaavina menetelminä voidaan käyttää esimerkiksi koulutusta, työpajoja, pilotteja, yhteistoiminnallisuutta, luovia menetelmiä sekä osallistavaa johtamista. Lisäksi työyhteisöjen omat eri-ikäisten johtamisen toimintasuunnitelmat tukevat johtamis- ja toimintakulttuurin muutosta.

3.3.2 Tietojohdaminen

Tietojohdaminen⁴⁶ tai tiedolla johtaminen on yhdistelmä toimintatapoja, joilla organisaation tietoa hyödynnetään ja jalostetaan toiminnan johtami-

⁴⁶ Laihonen 2013

nessa. Tavoitteena on tukea ja edistää organisaation tavoitteiden saavuttamista, tehostaa toimintaa sekä synnyttää innovaatioita. Tietojohdaminen ja siihen liittyvä kehittäminen tulee kytkeä tiiviisti organisaation tavoitteisiin, jotta tietotarpeet saadaan esiin ja niistä hankittu tieto voidaan soveltaa käytäntöön.

Sosiaali- ja terveydenhuollossa tavoitteena on hyvinvoinnin aikaansaaminen, jonka johtamiseksi tarvitaan monenlaista tietoa, esimerkiksi eri menetelmien vaikuttavuudesta, palveluntuottajien tuottavuudesta ja palvelunlaadusta, vaihtoehtoisten palveluiden kustannuksista sekä arvioita palvelunkäyttäjiltä. Tämän tiedon linkittäminen aikaansaatuihin vaikutuksiin mahdollistaa tiedolla johtamisen.

Tietojohdaminen ei ole ainoastaan johdon työkalu. Sosiaali- ja terveydenhuollon toimintakulttuurissa tulisi vahvistaa asennetta, jossa jokainen työntekijä kokee velvollisuudekseen hyödyntää tarjolla olevaa tietoa oman toimintansa kehittämisessä.

3.3.3 Palvelumuotoilu

Palvelumuotoilu on palvelukokemuksen käyttäjälähtöistä suunnittelua siten, että palvelu vastaa käyttäjien tarpeita ja palveluntuottajan toiminnallisia tavoitteita. Asiakkaita ei yleensä osallisteta palveluiden kehittämisen suunnitteluun, heitä käytetään ainoastaan jo kehitettyjen palveluiden testaamisessa. Myöskään olemassa olevien laatujärjestelmien sisältämä määrällinen tieto ei mahdollista palveluiden räätälöintiä asiakkaiden ja usean eri palveluntuottajan näkökulmasta.

Palvelumuotoilun avulla palveluista tehdään aidosti käyttäjille suunniteltuja, palvelut luodaan asiakkaiden tarpeiden ja odotusten pohjalta. Palvelumuotoilussa painotetaan myös yhteissuunnittelua asiakkaiden ja muiden sidosryhmien kanssa, suunnittelun iteratiivisuutta ja palvelun prototypointia, jotta paras mahdollinen palveluprosessi löytyisi. Tässä hankkeessa varmistetaan palvelumuotoilun avulla, että valittujen asiakasryhmien palveluprosessi muotoutuu selkeäksi, johdonmukaiseksi ja toimivaksi kaikissa eri vaiheissaan laajalla sote-järjestämisalueella.

Palvelumuotoilun suunnitteluprosessi Tuulaniemen (2011) mukaan on kuvattu seuraavasti:

1. Määrittely – Mitä ongelmia ollaan ratkaisemassa? Mitkä ovat tilaajan tavoitteet? Tavoitteena on luoda ymmärrys palvelun tuottavasta organisaatiosta ja sen tavoitteista.
2. Tutkimus – Haastatteluilla, keskusteluilla ja asiakastutkimuksella rakennetaan yhteinen ymmärrys kehittämiskohtaista, toimintaympäristöstä, resursseista ja käyttäjätarpeista. Tarkennetaan palvelun tuottajan strategiset tavoitteet.
3. Suunnittelu – Ideoidaan ja konseptoidaan vaihtoehtoisia ratkaisuja suunnitteluhaasteeseen ja testataan niitä nopeasti asiakkaiden kanssa. Määritellään mittarit palvelun tuottamiseen.
4. Palvelutuotanto – Palvelukonsepti viedään markkinoille asiakkaiden testattavaksi ja kehitettäväksi pilottien ja beta-versioiden avulla. Esi-lanseerauksen ja kehitystyön jälkeen tapahtuu varsinainen palvelun lanseeraus.
5. Arviointi – Kehitysprosessin onnistumista arvioidaan. Palvelun tuottamista markkinoilla mitataan ja palvelua hienosäädetään saatu- jen kokemusten mukaan.



Kuva 7. Palvelumuotoilu prosessina (Lähde: Jyväskylän kaupunki, mukailtu Ojopa-projektin kuvio)

3.4 Uuden alueellisen kehittämis-, koulutus- ja tutkimusrakenteen luominen sosiaali- ja terveyspalveluiden laadun ja kehittymisen varmistamiseksi

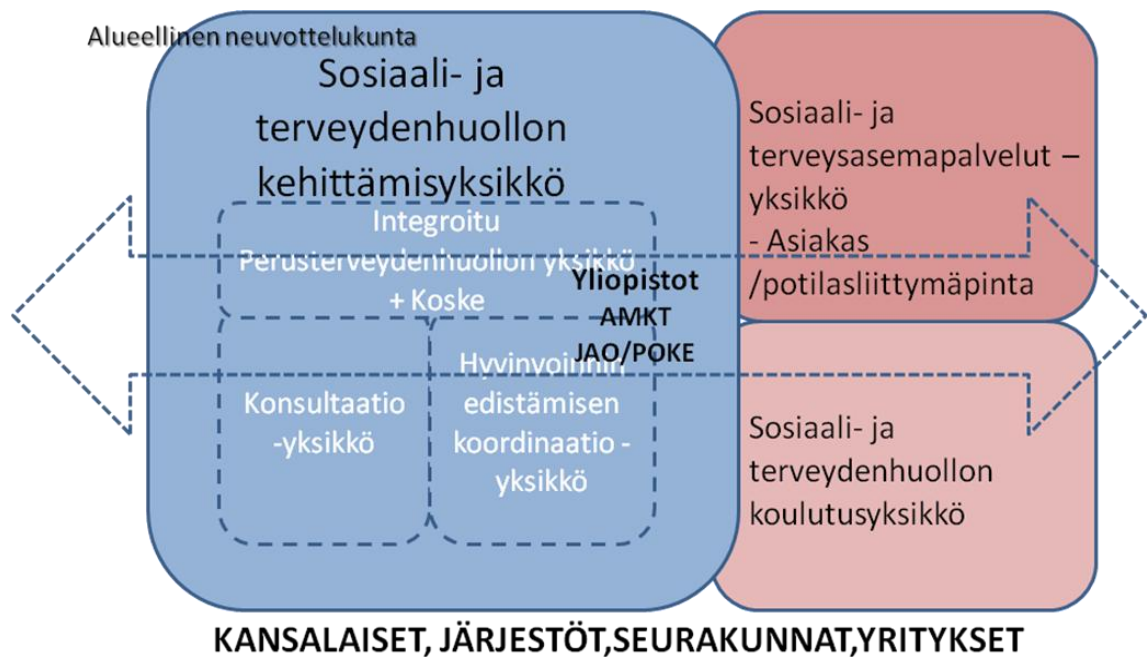
Jotta sosiaali- ja terveyspalveluiden laatu ja kehittyminen voidaan turvata, on jatkossa kiinnitettävä yhä enemmän huomiota tutkimuksen, koulutuksen ja kehittämisen kytkemiseen jokapäiväiseen työskentelyyn. Keski-Suomessa siihen on erinomaiset mahdollisuudet, sillä alueella toimii sekä Jyväskylän yliopisto, Jyväskylän ammattikorkeakoulu että toisen asteen oppilaitoksia. Lisäksi Itä-Suomen yliopiston lääketieteen tiedekunnan opetus on alkamassa Keski-Suomen keskussairaalaissa. Keski-Suomessa on pitkä tutkimusyhteistyön perinne yliopistojen ja käytännön toimijoiden kesken. Siitä on vain tehtävä entistä systemaattisempaa, jotta mm. työn vaikuttavuudesta ja tulokellisuudesta saataisiin monipuolista näyttöä.

Keski-Suomessa on toiminut sosiaalialan osaamiskeskus Koske vuodesta 2002 ja perusterveydenhuollon yksikkö (aiemmin yleislääketieteen yksikkö) vuodesta 2007. Nämä yksiköt ovat aluksi kumpikin tahoillaan ja viime aikoina yhä useammin voimansa yhdistäen tukeneet maakunnan kuntia sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämistyössä. Lisäksi tässä työssä on ollut mukana Keski-Suomen sairaanhoitopiirin koulutusyksikkö ja sairaanhoitopiirin kehittäjätyöntekijät.

Maakuntaan on integraatiokehityksen myötä alettu kaivata uutta kehittämisrakennetta, joka kokoaisi sosiaalialan osaamiskeskuksen, perusterveydenhuollon yksikön ja erikoissairaanhoidon sekä kuntien kehittäjät samaan rakenteeseen. Uusi kehittämis-, tutkimus- ja koulutusrakenne-ehdotus Keski-Suomeen (kuva 8) on muotoutunut pitkän ajan kuluessa. Tätä työskentelyä on tehty sekä eri tahoilla että yhdessä; mm. Uusi Sairaala -hankkeessa, perusterveydenhuollon yksikössä ja Koskessa. Asiaa on käsitelty viimeksi Keski-Suomen sosiaali- ja terveydenhuollon koordinaatioryhmässä 11.9.2013, jossa esitettiin yhteinen näkemys, että asiaa viedään eteenpäin osana palvelurakennemuutosta⁴⁷.

Keski-Suomen mallissa on lähdetty liikkeelle tarpeista ja sisällöstä, ei niinkään hallinnon miettimisestä. Siinä on haluttu integroida olemassa olevia resursseja ja kohdentaa toimintoja uudella tavalla.

⁴⁷ Keski-Suomen sosiaali- ja terveydenhuollon koordinaatioryhmän kokousmuistio 11.9.2013



Kuva 8. Pilottimalliluonnos Keski-Suomen sote-alueen tutkimus-, koulutus- ja kehittämistrakenteeksi

3.4.1 Keski-Suomen sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämissyksikkö

Keski-Suomen sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämissyksikkö toimii Keski-Suomen sote-alueella (järjestäjä). Se koostuu perusterveydenhuollon, sosiaalihuollon ja erikoissairaanhoidon kehittämis-, koulutus- ja tutkimustoimijoista. Yksikköön kuuluisivat myös lakisääteiset perusterveydenhuollon yksikkö ja sosiaalialan osaamiskeskus. Siellä sijaitsisivat konsultaatioyksikkö ja hyvinvoinnin edistämisen koordinaatio-yksikkö.

Kehittämissyksikkö toimisi aivan asiakas-/potilasliittymäpinnassa, koska sillä olisi kiinteä yhteys sosiaali- ja terveysasemapaalveluyksikköön. Myös kuntien ja sairaanhoitopiirin omat sosiaali- ja terveydenhuollon täydennyskoulutuspalvelut liitettäisiin entistä lähemmäs kehittämistoimintaa, osaksi samaa kokonaisuutta.

Yksiköllä olisi vahva yhteys tutkimukseen ja oppilaitoksiin sekä järjestöihin, seurakuntiin, yrityksiin ja kansalaisiin.

Konsultaatioyksikköön kootaan työntekijöitä erikoissairaanhoidosta, perusterveydenhuollosta ja sosiaalihuollosta. Kun kehittämistoiminnan yhteyteen tuodaan konsultaatioyksikkö, saadaan kehitettyä integroitu konsultointira-

kenne sekä ammattilaisten kesken että asiakastyön yhteyteen. Konsultoinnin avulla saadaan suoraa asiakastietoa kehittämisen tueksi. Ja päinvastoin, kun konsultoivat työntekijät tapaavat asiakkaita tai työskentelevät työpareina kentällä, he voivat viedä erityisosaamistaan sekä tutkimus- ja kehittämissyöissä syntyntä tietoa suoraan asiakastyöhön.

Hyvinvoinnin edistämisen koordinaatio -yksikköön on ajateltu koottavaksi työntekijöitä, joiden toimenkuva risteää kaikkein lähimmin peruskunnissa ja kansalaisjärjestöissä tehtävää työtä. Näitä ovat mm. ehkäisevän päihde- ja mielenterveystyön, liikunnanohjaustyön, ravitsemusohjannan, läheisväkivalan ehkäisytyön ja kokemusasiantuntija- ja vertaistoiminnan koordinaatio. Lisäksi yksiköstä tuettaisiin kuntien hyvinvointisuunnitelmatyötä.

Sosiaali- ja terveysasemapalvelut -yksikkö toimisi suunnitellussa mallissa mm. uusien palveluinnovaatioiden pilotointialustana. Lisäksi sitä voitaisiin ajatella perustason klinikkatyyppisenä sote-integroituna harjoitteluareenana alan opiskelijoille.

Keski-Suomen sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämissyksiköllä olisi oma alueellinen neuvottelukunta, joka vielä varmistaisi yksikön työskentelyn vaikuttavuutta sekä asukas- ja asiakaslähtöisyyttä. Siinä olisi jäseniä alueen kunnista, oppilaitoksista, järjestöistä ja yrityksistä. Tällä kehittämissyksikön pilotoinnilla voitaisiin luoda sisältöä tulevan sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämislain kehittämistä koskevien pykäliden toteutukseen.

4 KESKEISET TOIMENPITEET TAVOITTEIDEN SAAVUTTAMISEKSI

1. Keski-Suomen sosiaali- ja terveydenhuollon ydinprosessien (terveydenhuolto, vanhustenhuolto, kuntoutus, lastensuojelu) alueellinen mallintaminen, kehittäminen ja pilotointi
2. Keski-Suomen alueellisen sosiaali- ja terveydenhuollon palveluiden lähipalvelusuunnitelman tekeminen ja pilotointi
3. Sosiaali- ja terveydenhuollon johtamisen parantaminen laajan yhteiskehittämisen avulla
4. Sosiaali- ja terveydenhuollon integroidun alueellisen tutkimus-, koulutus- ja kehittämisrakenteen luominen ja pilotointi

5. Sosiaali- ja terveydenhuollon kokonaisvaltaisen palveluohjauksen ja neuvonnan parantaminen eri välineitä käyttäen, erityisesti monia palveluita käyttävien asukkaiden tarpeet huomioiden.
6. Keski-Suomen sosiaali- ja terveydenhuollon asukas- ja asiakaslähtöisen tuotantomallin rakentaminen.

Kehittämisessä läpileikkaavina teemoina ovat:

- **Sosiaali- ja terveydenhuollon integraatio**

Osana Keski-Suomen sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakenneselvitystä toteutettua integraatioselvitystä Outi Markkanen ja Markku Puro⁴⁸ toteavat Singhiin (2006) nojaten, että sosiaali- ja terveydenhuollon integroituneella palvelukokonaisuudella tavoitellaan nykyistä toimivampia peruspalveluita: sosiaali- ja perusterveydenhuollon vahvistumista sekä matalan kynnyksen palvelujen saatavuuden ja saavutettavuuden lisääntymistä. Integraation myötä on odotettavissa, että mahdollisuus hallita nopeasti kasvaneita ja kasvavia erikoissairaanhoidon kustannuksia paranee, kun sekä perustason sosiaali- ja terveystalouksista että valtaosasta erikoissairaanhoidon palveluja suunnitellaan, toiminnan painotuksia valitaan ja päätökset tehdään samassa organisaatiossa. Tämä mahdollistaa myös painopisteen siirron entistä varhaisempaan puuttumiseen ja palvelujen käytön ennaltaehkäisyyn, nykyistä pitemmälle viedyn ns. eteenjohdettyjen erikoissairaanhoidon palvelujen toteuttamisen ja palveluketjujen sujuvuuden lisääntymisen sekä hallinnon ja laskutustoiminnan keventämisen siltä osin, kun se ei tuota lisäarvoa kuntalaisten palvelutarpeisiin vastaamiselle.

Integraatiosta hyötyvät etenkin heikoimmassa asemassa olevat kuntalaiset. Eriytyneet sosiaali- ja terveystalouksien palvelut kohtelevat huonoiten pitkäaikaisista ja monimutkaisista hyvinvointiongelmista kärsiviä, joiden kohdalla huono-osaisuus, työttömyys tai huono asema työmarkkinoilla, päihde- tai mielen-terveysongelmat ovat keskimääräistä yleisempiä. Myös ikääntyneiden palvelutarpeet ovat usein monitahoisia eivätkä eriytyneet palvelut välttämättä kohtaa niitä kokonaisvaltaisesti. Eriytyneen palvelujärjestelmän merkittävä heikkous on sen mahdollistama osaoptimointi. Sillä ei myöskään kyetä vastaamaan sosioekonomisten hyvinvointi- ja terveyserojen aiheuttamiin ongelmiin. Uusien teknologioiden, sähköisten palvelujen ja tuotannonohjaus-

⁴⁸ Markkanen & Puro 2011

sovellusten hyödyntäminen mahdollistuu integroidussa palvelujärjestelmässä olennaisesti laajemmin ja laajempina.⁴⁹

Sosiaali- ja terveydenhuollon integraation onnistunut toteuttaminen vaatii suurta toimintakulttuurin ja yhteistyötapojen muutosta. Tavoitteena on saada johtamisen avulla aikaan vahva alueellinen yhdessä tekemisen kulttuuri, jossa kuntalaisten hyvinvoinnista huolehditaan vastuullisesti. Ongelmien ratkaisuun tarvitaan monitoimijuutta, moniammatillisuutta, moniosajuutta ja monitieteisyyttä⁵⁰. Palvelut perustuvat asiakaslähtöisyyteen ja toimintakulttuuri tukee kuntalaisten omatoimisuutta sekä lähiyhteisöjä.

- **Hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen yli sektorirajojen**

Hyvinvointia edistävät palvelut muodostavat laajan kokonaisuuden, jossa asiakkaana olevan kuntalaisen tarpeita tarkastellaan kokonaisvaltaisesti ja yhteistyössä eri vastuualueiden kesken – ei pelkästään sosiaali- ja terveys-toimen näkökulmasta. Suurempiin sosiaali- ja terveydenhuollon rakenteisiin siirryttäessä tiivis yhteistyö kunnan muiden toimialueiden, kuten liikunnan, opetuksen, kulttuurin ja kaavoituksen, kanssa on yhä tärkeämpää hyvinvoinnin ja terveyden edistämässä. Kokonaisnäkemys eri alueiden hyvinvoinnista ja erityistarpeista on mahdollista saada hyvinvointikertomuksesta ja sen indikaattoreista. Hyvinvointi-indikaattoreiden avulla voidaan tarkastella kuntalaisten keskimääräistä hyvinvointia

- **Osallisuus ja yhteisöjen voimavarojen huomioiminen lähipalvelujen kehittämisessä**

Hankkeen tausta-ajatuksena on, että kansalaisten hyvinvointi syntyy ensisijaisesti arjen paikallisissa toimintaympäristöissä ja yhteisöissä, ei sosiaali- ja terveyspalveluiden kautta. Uudessa mallissa järjestämisvastuuta keskitetään sote-alueelle ja samalla isompiin rakenteisiin kauemmas kuntalaisten päivittäisestä päätöksenteosta ja vaikutuspiiristä. Muutoksen myötä on yhä tärkeämpää ylläpitää ja vahvistaa paikallisten tarpeiden välittymistä sote-alueen päätöksentekoon. Palvelujen käytön ennaltaehkäisyn näkökulmasta on tärkeää, että kunnissa luodaan hyvinvointia ja terveyttä edistäviä rakenteita, joissa huomioidaan lähiyhteisöjen osallistumis- ja vaikuttamismahdollisuudet, ja joissa sosiaali- ja terveydenhuolto toimii tiiviissä yhteistyössä kuntien eri hallinnonalojen kanssa.

⁴⁹ Ks. Markkanen & Puro 2011, 9–11

⁵⁰ Ks. Markkanen & Puro 2011, 8

Osallistumisaktiivisuudella ja arviolla osallistumisen vaikuttavuudesta on merkittävä yhteys kuntalaisten omaa elämää ja kuntaa koskeviin asenteisiin sekä yhteiskunnalliseen aktiivisuuteen ja osallistumiseen. Osallistumis- ja vaikuttamisaktiivisuutta selittävät erityisesti hyväosaisuuteen liittyvät tekijät, kuten ammattiasema, koulutus ja tulotaso.⁵¹ Keskeinen kysymys hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen kannalta on, kuinka yhteiskunnan huono-osaisemmat saavat äänensä kuuluviin ja voivat osallistua ja vaikuttaa asuin- ja toimintaympäristönsä asioihin ja palveluihin.

Keski-Suomen kunnissa on kehitetty hallinnon, päätöksentekijöiden ja kansalaisten välistä vuorovaikutusta edistävää toimintaa, mm. alueellisia toimintamalleja, kuulemismenettelyjä, kansalaisfoorumeita. Nämä toimet mahdollistavat kansalaisyhteiskunnan näkemysten huomioonottamisen päätösten valmistelussa⁵². Vastaavanlaisia toimivia rakenteita on kehitettävä koko uuden sote-alueen kattavaksi, jotta lähipalveluita ja palveluprosesseja voidaan kehittää kuntalaisten tarpeisiin perustuen. Erityistä huomiota on kiinnitettävä huono-osaisempien kuntalaisten vaikuttamismahdollisuuksiin ja kuulluksi tulemiseen.

Suuremmissa rakenteissa palvelujärjestelmän täytyy tukea kuntalaisten osallistumis- ja vaikuttamismahdollisuuksia sekä yhteisöjen voimavaroja mm. järjestämällä tiloja omaehtoiselle toiminnalle, koordinoimalla vapaaehtoisuustoimintaa. Yhteisö- ja rakenteellisen sosiaalityön⁵³ menetelmillä tukien paikallisyhteisöt voivat muodostua tärkeiksi osallistumisen ja osallisuuden areenoiksi, joissa asukkaat kehittävät yhteisesti kunta- ja sote-alueen toimijoiden, järjestöjen ja seurakunnan kanssa asuinympäristöä ja lähipalveluita.

- **Palveluohjaus**

Palveluohjaus tarkoittaa laajemmassa merkityksessään asiakaslähtöistä palveluiden yhteensovittamista, jossa pyritään löytämään asiakkaan voimavarat ja ohjaamaan hänet niitä tukevien palvelujen äärelle. Suppeassa merkityksessä sillä tarkoitetaan erityistä sosiaalityön menetelmää. Palveluohjaukseen kuuluu mm. asiakkaan tilanteen kokonaisvaltainen peruskartoitus ja konkreettisten tukitoimien ja palvelujen yhdistäminen. Palveluohjaus on tärkeää erilaisissa muutos- ja siirtymävaiheissa, kuten pyrittäessä tukemaan vanhuksen kotona asumista.⁵⁴ Palveluohjaus on todettu hyödylliseksi erityisesti sil-

⁵¹ Pekola-Sjöblom 2012

⁵² Pihlaja & Sandberg 2012, 164

⁵³ Ks. esim. Rakenteellinen sosiaalityö, THL; Yhteisösosiaalityö, THL.

⁵⁴ Palveluohjaus, THL.

loin, kun asiakkaila on pitkäaikainen ja monimuotoinen palvelutarve⁵⁵. Palveluohjauksen määrä ja laatu muotoutuvat asiakkaan tarpeen mukaan. Tarvittaessa asiakkaalle järjestetään oma vastuutyöntekijä.

Suurempiin rakenteisiin ja monimuotoisempiin palveluntuottamistapoihin (sähköiset, puhelin-, kotiin vietävät, vastaanotto-, kiertävät palvelut) siirryttäessä koordinoitun palveluohjauksen tarve kasvaa. Toisaalta, kun sosiaali- ja terveydenhuollon integroitu palvelujärjestelmä saadaan toimimaan saumattomasti ja henkilöstö asiakaslähtöisesti, palveluohjauksen tarpeen tulisi samalla vähetä⁵⁶. Toimiva palveluohjaus edellyttää joustavaa tiedonkulkua eri toimintayksiköiden välillä ja yhteistä sosiaali- ja terveydenhuollon tietojärjestelmää. Hankkeessa tehtävässä palveluohjauksen kehittämisessä tullaan hyödyntämään Keski-Suomen Hyvis-portaaliin⁵⁷ kehitettäviä sähköisiä asiointipalveluita.

5 ODOTETUT TULOKSET

1. Sosiaali- ja terveydenhuollon sote-alueen laajuisten ydinprosessien mallintamisella on voitu turvata ennaltaehkäisevät, peruspalveluihin panostavat ja asiakaslähtöiset palveluprosessit, jotka aikaa myöten säästävät kustannuksia.
2. Keski-Suomen sosiaali- ja terveysalueella on päästy yhteisymmärrykseen siitä, mitä ovat lähipalvelut, miten niitä tuotetaan ja millainen on palveluverkko.
3. Sosiaali- ja terveydenhuollon johtamisen parantaminen tulee säästämään resursseja osaoptimoinnin lopettamisen, tiedon hyödyntämisen, asiakasymmärryksen parantamisen ja henkilöstön voimavarojen paremman hyödyntämisen myötä.
4. Sosiaali- ja terveydenhuollon uuden alueellisen kehittämis-, tutkimus- ja koulutusrakenteen synnyttäminen tulee parantamaan palveluiden laatua, koska kehitystyön ja tutkimuksen hyödyntäminen arkityössä saadaan systemaattiseksi.

⁵⁵ Palveluohjaus, THL; Komssi & Leskelä 2013

⁵⁶ Hänninen 2007

⁵⁷ Keski-Suomi, Hyvis.fi <http://www.hyvis.fi/keskisuomi/fi/Sivut/default.aspx>

5. Kaiken tämän pohjalta Keski-Suomeen on luotu asukas- ja asiakaslähtöinen tuotantorakenne- ja toimintamalli, joka integroimalla resursseja ja kohdentamalla palvelut oikeisiin asikatarpeisiin hillitsee kustannusten kasvua.

6 HANKKEEN ARVIONTI SEKÄ TULOSTEN JUURUTTAMINEN JA LEVITTÄMINEN

Hankkeen arvioinnin suunnittelussa on hyödynnetty Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen toimittamaa Kaste-ohjelman hankkeiden arviointiopasta⁵⁸, jonka näkökulma arviointiin käytännönläheisenä, läpi hankkeen jatkuvana prosessimaisena ja monitoimijaisena toimintana sopii hyvin hankkeen ajatusmaailmaan ja toteuttamisympäristöön. Hankkeessa halutaan kerätä tietoa ja kuvata, miten ja millaisia palveluja ja käytäntöjä on kehitetty sekä arvioida kehitettyjen palvelujen toimivuutta ja vaikuttavuutta jatkokehittämisen pohjaksi. Kyse on laajasta kehittämiskokonaisuudesta, joka koskettaa monia eri toimijoita kuntalaisista viranomaisiin. Arviointitiedon keruussa on tärkeä saada eri toimijaryhmien näkemykset monipuolisesti esiin. Asiakaslähtöisyyden näkökulmasta on erityisen tärkeää varmistaa palvelunkäyttäjien osallisuus palvelujen kehittämisen eri vaiheissa ja arvioinnissa.

Hankkeessa suunnitellaan käytettävän erilaisia jatkuvia sekä vaiheittain toteutettavia arviointimenetelmiä. Hankkeen alustava arviointisuunnitelma:

Suunnitelmallinen itsearviointi: hanketyöntekijät arvioivat ja seuraavat hankkeen toimintaa ja sen vaikutuksia suhteessa asetettuihin tavoitteisiin koko hankkeen ajan

Hyödynnetään säännöllisesti järjestettäviä **hankepalavereja** (mm. ohjausryhmät, ydinprosessikohtaiset kehittämissryhmät) arviointitiedon keruussa (muistiot, kehittämiseen osallistuvien arviot etenemisestä suhteessa tavoitteisiin)

Hyödynnetään **vertaisarviointia** (benchmarking) muiden palvelurakenteen uudistamiseen ja johtamisen kehittämiseen tähtäävien Kaste-kehittämishankkeiden kesken sekä hyödynnetään Innokylän oppimisverkostoa ja arviointityöpajoja

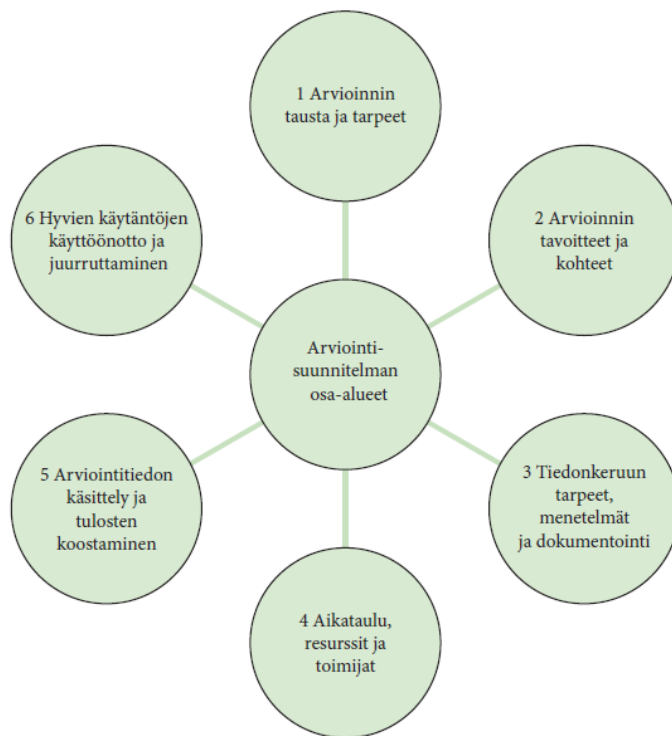
⁵⁸ Kivipelto, Larivaara, Andersson, Heinämäki, Jonsson, Kotiranta, Vuorenmaa (toim.) 2012

Hyödynnetään **vaiheittaista arvioinnin mallia** keräämällä tietoa hankkeen eri vaiheista (alku-, keski- ja loppuarvioinnit) ja uudistamisprosessin etenemisestä suhteessa asetettuihin tavoitteisiin Erityistä huomiota kiinnitetään **palvelunkäyttäjien arvioihin** kehitettävistä palveluista.

Arvioidaan uudistusten **kustannusvaikuttavuutta** mm. hyödyntämällä ja soveltamalla arkivaikuttavuuden lääketieteen neljää tiedon ja toiminnan aluetta, joiden avulla on mahdollista saada sekä välillistä että suoraa tietoa kustannusvaikuttavuudesta.

Hankkeen johtaja osallistuu THL:n järjestämiin arviointitukitilaisuuksiin. Lisäksi arvioinnin suunnittelussa ja toteuttamisessa hyödynnetään THL:n arviointituen asiantuntijatyöryhmän tukea, Innokylän oppimisverkostojen arviointityöpajoja ja arvioinnin työkalua sekä tarpeen mukaan THL:n tarjoamaa yksilöllistä tukea arviointikysymyksissä.

Tarkennettu arviointisuunnitelma laaditaan mahdollisimman pian hankkeen käynnistyttyä ja hyväksytetään ohjausryhmässä. Arviointisuunnitelman teossa hyödynnetään THL:n oppaan osa-alueita⁵⁹:



Kuva 9. Arviointisuunnitelman osa-alueet (Lähde: Kivipelto ym. 2012, 15)

⁵⁹ Kivipelto ym. 2012

Hankkeen aikaisesta ja hankkeen päätyttyä tehtävästä arvioinnista sekä näitä koskevista asiakirjoista annetaan pyydettäessä tieto STM:lle ja Lounais-Suomen aluehallintovirastolle.

Juurruttaminen ja levittäminen

Hankkeella tehdään Keski-Suomen sote-alueelle toimiva sosiaali- ja terveydenhuollon palveluiden organisointitapa ja tuotantomalli. Hankkeen tarkoituksena on löytää niin toimivat ja kustannustehokkaat toimintamallit, että ne jäävät elämään hankkeen päätyttyä. Nyt, kun Keski-Suomen kunnat ovat pääsemässä yhteisymmärrykseen uudesta, alueellisesta palveluiden järjestämistavasta, joudutaan palveluiden tuotanto ja organisointi suunnittelemaan uudelta pohjalta. Tässä on huomioitava yhteistyö laajasti koko kuntakentän kanssa. Lisäksi mukana ovat järjestöt, perheet, yksityiset palveluntuottajat, oppilaitokset ja tutkimuslaitokset, jne.

Hankkeen tulostavoitteena juurrutusmielessä on:

Paluuta entiseen ei ole - miksemme ole keksineet tätä aikaisemmin!

Keski-Suomen sote-mallista halutaan tehdä sellainen, että siitä hyötyvät muutkin sote-alueet. Mm. prosessi-, palveluverkko-, kehittämisrakenne- ja ohjaukuvaukset tehdään Innokylän kehittämisalustalle, jotta ne ovat sovellettavissa muualla Suomeen. Työskentelyssä hyödynnetään jo muualla maassa ja maailmalla tehtyä kehitystyötä esim. aikaisemmat Kaste-hankkeet, SaDe-hanke, Tekesin ja Sitran hankkeet, Iso-Britannian, Hollannin ja Katalonian kokemukset.

Hankkeessa kehitettyjen hyvien käytäntöjen markkinoinnissa ja levittämisessä hyödynnetään Innokylän kehittämisalustaa, sen työkaluja ja palveluja.

7 RISKIANALYYSI

Riski- ja olosuhdetekijä	Toteutusvaiheen riski	Miten riskiin varaudutaan
Taloudelliset riskit	-Kuntatalous kurjistuu kipurajoille -> kuntien työntekijät eivät kykene	- Hankkeen toteutus tehdään kuntien taloudenhoitoa tukevaksi

	<p>osallistumaan kehittämistyöhön</p> <ul style="list-style-type: none"> -Valtiontalous kurjistuu -> Kaste-rahoitus leikataan -Sosiaali- ja terveydenhuolto kallistuu, kun se eriytyy muusta kunnan hallinnosta 	<ul style="list-style-type: none"> -Hanke toimii supistetusti vain kuntaosuuksilla -Hanke työskentelee korostetusti tämän riskin voittamiseksi mm. lähipalvelu- ja ennaltaehkäisy painotteisesti
Institutionaaliset riskit	<ul style="list-style-type: none"> - Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämislain eteneminen / pysähtyminen - Kuntarakennemuutoksen eteneminen / pysähtyminen - Keski-Suomen kuntien kyky yhteistyöhön / kyky löytää yhteinen sote-järjestämismalli - Tietojärjestelmien toimivuus ja yhteensopivuus 	<ul style="list-style-type: none"> -Hanke voi edetä myös ilman lainsäädännön tukea, koska Keski-Suomen kunnat ovat hankkeen takana - Hanke ei välttämättä edellytä kuntaliitoksia -Hankkeessa pyritään rakentamaan luottamuksen ilmapöytä ja huomioimaan tasapuolisesti kaikki kunnat - Hankkeessa toteutetaan kaikki mahdollinen tietojärjestelmien yhtenäistämistä tukeva työ
Sosiaaliset ja kulttuuriset riskit	<ul style="list-style-type: none"> - Sosiaali- ja terveydenhuollon keskenään erilainen kieli ja toimintakulttuuri - Toimialojen ja kuntien erilaiset toimintakulttuurit - Isojen ja pienten kuntien / kuntalaisten erilaiset tarpeet 	<ul style="list-style-type: none"> -Hanke edistää kaikin tavoin eri osapuolten keskinäistä ymmärrystä mm. yhteisten asiakastapausten käsittelyn kautta (vrt. palvelumuotoilu 3.3.3) -Hanke rakentaa arvostavaa yhteistyötä erilaisten kuntien ja toimialojen kesken. -Hanke huomioi erityisesti heikoimmassa asemassa olevat kunnat ja kuntalaiset.

8 AIKATAULU JA TOTEUTTAMINEN

Kolmivuotinen hanke toteutetaan ajalla 1.3.2014–31.10.2016.

Hanketta hallinnoi Jyväskylän kaupunki.

Hankkeen alkaessa tehdään tarkennettu työsuunnitelma, jossa määritetään hanketyöntekijöiden toimenkuvat, hankkeen toteuttamisaikataulu ja -tavat sekä tavoitteet operationaalistetaan.

Hankkeen henkilöstö:

Projektipäällikkö (100 %) + lähipalvelukoordinaattori (100 %)+ palveluohjauskoordinaattori (100 %) + ydinprosessien kehittäjät (50–100 %, max. 8 hlöä)

Hankkeelle palkataan projektipäällikkö ja projektikoordinaattorit sekä prosessiasiantuntijoita (pth/esh, vanhustenhuolto, kuntoutus, lastensuojelu), jotka voivat olla joko kokoaikaisia tai kaksi sote-alueen eri puolilta tulevaa osa-aikaista työntekijää. Hankkeen yhteisiä erityistehtäviä ovat johtamisen parantaminen sekä kehittämisrakenteen synnyttäminen. Lisäksi hankitaan tarpeen mukaisesti asiantuntijaostopalveluja.

Projektipäällikkö vastaa hankkeen kokonaisuudesta. Koordinaattorit verkostoivat maakunnan ja muun maan asiantuntijoita (mm. Kaste). Lähipalvelukoordinaattori on läheisessä yhteistyössä Kuntaliiton Lähipalveluhankkeen kanssa.

Perusterveydenhuollon asiantuntija/t vastaa perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon prosessien integroinnista niiltä osin, jotka koskevat erityisesti terveydenhuoltoa. He ovat tietenkin myös mukana sote-integraation edistämässä

Vanhustenhuollon prosessissa asiantuntija/t keskittyvät sekä palvelutarvetta vähentävän rakenteen synnyttämiseen yhdessä kuntien ja yhteisöjen kanssa että kotihoidon ja peruspalveluiden kehittämiseen. He huolehtivat myös palveluprosessin kokonaisuudesta, mm. kotiutusten onnistumisesta prosessin kaikissa vaiheissa.

Kuntoutuksen prosesissa asiantuntija/t huomioivat myös laajasti kuntouttavat ympäristöt, laajan asiakaskunnan ja toimijakentän, kuntoutuksen monimuotoisuuden ja erityisesti peruspalveluiden osaamistarpeen.

Lastensuojelun asiantuntija/t hyödyntävät työssään Toimiva lastensuojeluraportin ehdotuksia soveltuvin osin. He hyödyntävät työssään myös maakunnan pitkää perinnettä, jossa lastensuojelutyössä on tehty vahvaa yhteistyötä.

Aikataulu

3/2014–3/2015: Mallintamis- ja verkostoitumisvaihe

- Lähipalveluiden järjestämissuunnitelman työstäminen yhdessä maakunnan kuntien kanssa
- Ydinprosessien mallintaminen asiantuntijaryhmissä
- Johtamisosaamisen parantamisen prosessi alkaa.
- Palveluohjauksen ja neuvonnan sote-alueen laajuinen prosessi alkaa
- Kehittämisen-, koulutus- ja tutkimusrakenteen kehittäminen alkaa

4/2015: Pilotointivaihe

- Lähipalvelusuunnitelma hyväksytään ja sen toteutusta pilotoidaan.
- Ydinprosessien pilotointi
- Palveluohjauksen ja neuvonnan prosessia tarkennetaan erityisesti paljon palvelua tarvitseville
- Johtamisosaamisen parantamisen prosessin osallistujajoukkoa laajennetaan
- Kehittämisen-, koulutus- ja tutkimusrakenteen pilotointi
- Ehdotus uudeksi tuotanto- ja toimintamalliksi käsittelyyn

4/2016–10/2016: Juurruttamis- ja levittämisvaihe

- Lähipalveluverkko toiminnassa,
- Ydinprosessien laajentaminen uusille alueille
- Palveluohjaukseen ja neuvontaan sote-alueen laajuiset välineet
- Uusi kehittämisrakenne palvelemissa entistä laadukkaampaa palvelutuotantoa.
- Uusi tuotantorakenne ja toimintamalli aloittaa

9 RAPORTOINTI JA TIEDOTTAMINEN

Hankkeen alkaessa laaditaan tiedotus- ja raportointisuunnitelma. Tiedotuksen lähtökohtana on avoimuus ja läpinäkyvyys. Hankkeen väli- ja loppuraportointi tehdään Kaste-ohjelman asettamissa aikatauluissa ja Kasteen raportointiohjeiden mukaisesti. Hanke kirjataan kehittämistyön alkaessa Innokylän hankepankkiin. Hankkeen kehittämistyö keskittyy vahvasti uusien toimintamallien etsimiseen ja kuvaamiseen. Työssä hyödynnetään

Innokylän mallintamisen ja arvioinnin työkalua, joihin tehdyt kuvaukset muodostavat osan hankkeen loppuraportointia.

Hankkeen päätiedotuskanavat ovat sähköisiä. Hankkeen etenemisestä ja tilaisuuksista tiedotetaan sähköpostitse, säännöllisesti ilmestyvin hanketiedottein sekä hankkeelle perustettavilla internetsivuilla ja Innokylässä. Lisäksi hyödynnetään sanomalehtiä ja radiota.

Hanketta esitellään työkokouksissa ja seminaareissa paikallisesti, maakunnallisesti sekä valtakunnallisesti. Kaikkiin tilaisuuksiin pyritään järjestämään videoneuvotteluyhteys.

Yhteistyötä tehdään muun muassa Kuntaliiton Lähipalveluhankkeen kanssa, Innopaja-verkostoa hyödyntäen muiden palvelurakennetta kehittävien Kas-te-hankkeiden ja muiden hankkeiden kanssa.

10 KUSTANNUSARVIO

Hankkeen kokonaiskustannukset ovat 1,3 milj. €, joka jakautuu hankeajalle seuraavasti:

- 2014: 400 000 €,
- 2015: 500 000 € ja
- 2016: 400 000 €.

Hankkeen kuntarahoittajia ovat Jyväskylän kaupunki ja Keski-Suomen sairaanhoitopiiri.

Taulukko 2. Keski-Suomen SOTE 2020 -hankkeen menot ja rahoitus

	Vuosi	Vuosi	Vuosi	Yhteensä
	2 014	2 015	2 016	
Henkilöstömenot, joista	301 400	361 680	301 400	964 480
Projektiin palkattava henkilöstö	296 400	355 680	296 400	948 480
Työpanoksen siirto kunnalta*	5 000	6 000	5 000	16 000
Palvelujen ostot yhteensä, josta	58 800	96 800	64 800	220 400
Toimisto-, pankki- ja asiantuntijapalvelut	38 100	69 500	42 100	149 700
Painatukset ja ilmoitukset	2 000	2 000	4 000	8 000
Majoitus- ja ravitsemuspalvelut	5 000	4 000	4 000	13 000
Matkustus- ja kuljetuspalvelut	5 000	6 000	4 000	15 000
Koulutus- ja kulttuuripalvelut	2 100	2 100	2 100	6 300
Muut palvelujen ostot	6 600	13 200	8 600	28 400
Aineet, tarvikkeet ja tavarat	20 800	9 470	8 870	39 140
Vuokrat	18 500	22 200	18 500	59 200
Investointimenot yhteensä, josta	0	0	0	0
Aineettomat hyödykkeet				0
Koneet ja kalusto				0
Muut investointimenot				0
Muut menot	500	9 850	6 430	16 780
Menot yhteensä = Kokonaiskustannukset	400 000	500 000	400 000	1 300 000
- Valtionavustukseen oikeuttamattomat kustannukset				0
- Tulorahoitus				0
- Muu kuin julkinen rahoitus				0
Valtionavustukseen oikeuttavat kustannukset	400 000	500 000	400 000	1 300 000
Kunnan/kuntayhtymän oma rahoitusosuus	100 000	125 000	100 000	325 000
Muu julkinen rahoitus				0
Haettava valtionavustus	300 000	375 000	300 000	975 000

LÄHTEET

- Asikainen, Jarmo (2013) Jyväskylän kaupunkiseudun erityinen kuntajakoselvityksen toteutus. Diaesitys. Jyväskylän seudun kuntien tilaisuus 12.8.2013.
- Auvinen, Satu (2013) Kuntoutuksen konsepti ”Uudessa sairaalassa”. Diaesitys. Keski-Suomen sosiaali- ja terveydenhuollon koordinaatioryhmän kokous 4.6.2013.
- Esiselvitys Keski-Suomen sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämismallia ja palvelukonseptia koskevan hankesuunnitelman tekemistä varten ”Keski-Suomen SOTE 2020” (2013)
- Hänninen, Kaija (2007) Palveluohjaus. Asiakaslähtöistä täsmäpalvelua vauvasta vaariin. Stakesin raportteja 20/2007. Stakes, Helsinki.
- KEHAS 2 -ohjelma (2013) Keski-Suomen alueellinen suunnitelma (kehitys)vammaisten henkilöiden asumisen ja palvelujen turvaamisesta 2013–2020. 15.2.2013.
- Keski-Suomen sairaalahanke - Innovatiiviset palveluhankinnat ja työelämän kehittäminen 2012–2014. Tekes.
- Keski-Suomen sosiaali- ja terveydenhuollon koordinaatioryhmän kokousmuistio 11.9.2013.
- Keski-Suomen sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakenneselvitys (2011) Loppuraportti. Keski-Suomen liitto 2011, B 180. Jyväskylä.
- Kivipelto, Minna & Larivaara, Meri & Andersson, Sirpa & Heinämäki, Liisa & Jonsson, Pia Maria & Kotiranta, Tuija & Vuorenmaa, Maritta (toim.) (2012) Näkökulmia arviointiin. Kasteohjelman valtionavustushankkeet. Raportti 33/2012. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Tampere.
- Klemetz, Maria & Vauramo, Erkki (2013) Keski-Suomen sairaanhoitopiirin jäsenkuntien vanhuspalvelulaitosten inventaario. Aalto-yliopisto, Taiteiden ja suunnittelun korkeakoulu, Arkkitehtuurin laitos, SOTERA Instituutti.
- Komssi, Vesa & Leskelä, Riikka-Leena (2013) Oulun kaupungin paljon palveluita käyttävien asiakasryhmien profilointi. Loppuraportin tiivistelmä. Nordic Healthcare Group. Diaesitys 25.3.2013.
- Konseptisuunnitelma uudelle osaamiskeskitymälle. Peruspalvelukuntayhtymä Saarikka. (2013) Nordic Healthcare Group. Luonnos loppuraportista 23.8.2013.
- KSML 18.9.2013. Uuden sairaalan sijainti valitaan 4 vaihtoehdon joukosta. Sanomalehti Keski-suomalainen.
- Kuntien terveys- ja sosiaalipalvelujen henkilöstö 2012. Personal inom kommunernas sociala tjänster och hälso- och sjukvård 2012. Tilastoraportti 23/2013, 26.9.2013. Suomen virallinen tilasto, Kuntasektorin palkat, Tilastokeskus.
- Kuntoutustoiminnan integroitu toimintakonsepti (2011) Keski-Suomen sairaanhoitopiiri 19.1.2011.
- Laihonen, Harri (2013) Mitä tiedolla johtaminen on? Luentolyhennelmä TERVESOS 2013 -koulutustapahtumasta 16.5.2013.
- Markkanen, Outi & Puro, Markku (2011) [Integraatio ratkaisuna sosiaali- ja terveydenhuollon uudistamistarpeisiin](#). Keski-Suomen sosiaalialan osaamiskeskus, raportteja 31. Sovatek: Jyväskylä.
- Möttönen, Sakari & Palola, Mikael (2011) [Keski-Suomen sosiaali- ja terveydenhuollon hallinnon järjestäminen](#). Keski-Suomen sosiaalialan osaamiskeskus, raportteja 32. Sovatek, Jyväskylä.

- Niiranen, Vuokko & Puustinen, Alisa & Zitting, Joakim & Kinnunen, Juha (2013) Sosiaali- ja terveyspalvelut kunta- ja palvelurakennemuutoksissa. Paras-ARTTU-ohjelman tutkimuksia nro 25. Suomen Kuntaliitto: Helsinki.
- OJOPA Osallistuva johtaminen ja palveluiden kehittäminen Jyväskylän sosiaali- ja terveyspalveluissa. Jyväskylän kaupunki.
- Orpon työryhmän linjaukset 8.5.2013. Koordinaatioryhmän linjaus kuntamuutoksen sekä sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakennemuutoksen yhteensovittamiseksi sekä sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämislain keskeisiksi periaatteiksi. <http://valtioneuvosto.fi/tiedostot/julkinen/pdf/2013/SOTE/linjaukset.pdf> Viitattu 6.8.2013.
- Palola, Mikael & Räsänen, Reijo (2013) SOTE-RAUTALANKAMALLI. Keski-Suomen sote-mallin selvitys. Raportti 26.9.2013.
- Pekola-Sjöblom, Marianne (2012) Miten kuntalaiset haluavat osallistua – ja miten ovat osallistuneet ja miten arvioivat osallistumisen tehokkuutta? ARTTU-kuntalaistutkimuksen tuoreet tulokset kertovat. ARTTU Kuntalaistutkimus 2011: Tuloksia kuntalaisten osallistumisesta ja vaikuttamisesta sekä niihin liittyvistä muutoksista vuosina 2008–2011. Diaesitys. Lähidemokratia-tilaisuus 5.6.2012.
- Selvitys lastensuojelun sosiaalityöntekijätilanteesta Länsi- ja Sisä-Suomen aluehallintoviraston alueella 19.11.2012. Länsi- ja Sisä-Suomen aluehallintovirasto. Peruspalvelut, oikeusturva ja luvat.
- STM (2008) Ikäihmisten palvelujen laatusuositus. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisu- ja 2008:3. Sosiaali- ja terveysministeriö: Helsinki.
- STM (2012) Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämisohjelma (Kaste) 2012–2015. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2012:1. Sosiaali- ja terveysministeriö: Helsinki.
- STM (2012b) Palvelurakennetyöryhmän väliraportti. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2012:17. Sosiaali- ja terveysministeriö: Helsinki.
- STM (2013a) Selvityshenkilötyöryhmän ehdotukset sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakenteen uudistamiseksi, Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2013:7. Sosiaali- ja terveysministeriö: Helsinki.
- STM (2013b) Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämislain valmisteluryhmän väliraportti. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2013:15. Sosiaali- ja terveysministeriö: Helsinki.
- STM (2013c) Toimiva lastensuojelu. Selvitysryhmän loppuraportti. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2013:19. Sosiaali- ja terveysministeriö: Helsinki.
- Tuulaniemi, Juha (2011) Palvelumuotoilu. Talentum, Helsinki.
- Vaikuttavat lähipalvelut -projektisuunnitelmaluonnos 6.5.2013.
- Verkostoyhteistyö maaseudun syrjäytyneiden auttajana -tutkimushanke. Sininauhaliitto.
- VM (2013) Asiakaspalvelu 2014 – Yhdessä palvelut lähelle. Julkisen hallinnon asiakaspalvelun kehittämishankkeen loppuraportti. Valtiovarainministeriön julkaisuja 14/2013. Juvenes Print - Suomen Yliopistopaino Oy.
- Zitting, Joakim & Ilmarinen, Katja (2010). Missä on lähipalvelu? – Lähipalvelukäsitteen määrittely ja käyttö julkisissa asiakirjoissa. Raportti 43/2010. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos: Helsinki.

Internetsivustot

Innokylä. <https://www.innokyla.fi/>

Keski-Suomi, Hyvis.fi. <http://www.hyvis.fi/keskisuomi/fi/Sivut/default.aspx>

Palveluohjaus, THL. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.

http://www.thl.fi/fi_FI/web/fi/tutkimus/tyokalut/aikuissosiaalityon_vaikuttavuus/aikuissosiaalityo/palveluohjaus

Rakenteellinen sosiaalityö, THL. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.

http://www.thl.fi/fi_FI/web/fi/tutkimus/tyokalut/aikuissosiaalityon_vaikuttavuus/aikuissosiaalityo/rakenteellinen_sosiaalityo

THL, Tilasto- ja indikaattoripankki SOTKANet. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.

<http://uusi.sotkanet.fi/portal/page/portal/etusivu>

Tilastokeskus, Väestön ennakkotilasto 2012. <http://www.stat.fi/til/vamuu/index.html>

Toimiala Online. <http://www2.toimialaonline.fi/>

Yhteisösosiaalityö, THL. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.

http://www.thl.fi/fi_FI/web/fi/tutkimus/tyokalut/aikuissosiaalityon_vaikuttavuus/aikuissosiaalityo/yhteisososiaalityo