

Simo Kokko
Liisa Heinämäki
Liina-Kaisa Tynkkynen
Riitta Haverinen
Marja Kaskisaari
Anu Muuri
Markku Pekurinen
Mia Tammelin

Kunta- ja palvelurakennemuutostuksen toteutuminen

Kuntakysely sosiaali- ja terveystalvvelujen järjestämisestä ja tuottamisesta

RAPORTTI

Simo Kokko, Liisa Heinämäki, Liina-Kaisa Tynkkynen,
Riitta Haverinen, Marja Kaskisaari, Anu Muuri,
Markku Pekurinen, Mia Tammelin

Kunta- ja palvelurakennemuutoksen toteutuminen

Kuntakysely sosiaali- ja terveystalvelujen
järjestämisestä ja tuottamisesta



RAPORTTI 36/2009

© Kirjoittajat ja THL

Ruotsinkielinen tiivistelmä: Käännös-Aazet Oy

Englanninkielinen tiivistelmä: Kielentarkastus Kenneth Gustafsson

Taitto: Taittotalo PrintOne

ISBN 978-952-245-172-9 (painettu)

ISSN 1798-0070 (painettu)

ISBN 978-952-245-173-6 (verkko)

ISSN 1798-0089 (verkko)

Yliopistopaino

Helsinki 2009

Tiivistelmä

Simo Kokko, Liisa Heinämäki, Liina-Kaisa Tynkkynen, Riitta Haverinen, Marja Kaskisaari, Anu Muuri, Markku Pekurinen, Mia Tammelin. Kunta- ja palvelurakenneuudistuksen toteutuminen. Kuntakysely sosiaali- ja terveystalouden järjestämisen ja tuottamisen ratkaisuksista 2009–2013.

Kunta- ja palvelurakenteen uudistuksesta annetun puitelain tavoitteena on tehostaa kunnallisen toiminnan ja palveluiden rakenteita. Sosiaali- ja terveydenhuollon palveluissa laki edellyttää, että perusterveydenhuollon palvelut ja perusterveydenhuoltoon läheisesti liittyvät sosiaalipalvelut vähintään 20 000 asukkaan väestöpohjille. Väestöpohjien saavuttamiseksi alle 20 000 asukkaan kunnille tarjoutuu kaksi vaihtoehtoista tietä, joko kuntien yhdistymisen tai kuntien muodostamien yhteistoiminta-alueiden kautta. Väestöpohjajavaatimuksen ohella lailla tavoitellaan myös seudullisten toiminnallisten kokonaisuuksien syntymistä ja sosiaali- ja terveystalouden yhteistyötä palveluiden järjestämisessä.

Kunnat toimittivat lain vaatimusten mukaisesti uudistusten toimeenpanosuunnitelmat valtioneuvostolle vuonna 2007. Yhteistoiminta-alueiden muodostaminen ja erilaisten organisaatorakenteiden ja toimintamallien kehittäminen olivat tuossa vaiheessa vielä kesken. Tämän vuoksi päätettiin toteuttaa keuhällä 2009 sosiaali- ja terveystalouksiin keskittyvä tarkentava kuntakysely. Tässä raportissa esitellään nyt tämän kyselyn tulokset.

Kyselyn ensimmäisessä osassa selvitettiin kuntien perusratkaisut väestöpohjavelvoitteen täyttämiseksi sekä myös kuinka kunta aikoo rakenteiden muuttuessa järjestää terveyden ja hyvinvoinnin edistämisen vastuut ja toiminnot. Toisessa osassa, joka suunnattiin sosiaali- ja terveystalouden valmisteltavaksi, selvitettiin miten puitelain yleiset tavoitteet toteutuvat palveluiden järjestämisessä ja tuottamisessa. Nämä kysymykset liittyivät esimerkiksi sosiaali- ja terveystalouden yhteistyöhön, palveluiden käyttöön yli kuntarajojen sekä perustalouden sijoittamiseen lähipalveluiksi tai seudullisesti keskitettäväksi palveluiksi. Vastaajia pyydettiin myös arvioimaan käynnissä olevien muutosten vaikutuksia palveluihin.

Kysely lähetettiin Ahvenanmaata ja puitelain ulkopuolelle erityislakinsa vuoksi jäävää Kainuuta lukuun ottamatta kaikille maan kunnille. Vastaukset saatiin 318 kunnasta osaan 1 ja 313 kunnasta osaan 2. Koska kuntien keskeisissä perusratkaisuissa tapahtui kyselyn analysoinnin aikana edelleen muutoksia, nämä tiedot hankittiin selville kaikista maan kunnista ja tiedot päivitettiin syyskuun 2009 lopun tilanteen mukaisiksi. Muilta osiltaan kysely kuvaa 15.3.2009 vallinnutta tilannetta kyselyyn vastanneissa kunnissa.

Kuva uudistuksen odotetusta kehityksestä vuoteen 2013 mennessä on edelleen keskeneräinen, 21 kunnalla koko perusratkaisu on auki. 36 kunnan vastauksista saatiin selvyys, minkä kuntien kanssa yhteistoiminta-alue muodostetaan, mutta se, missä laajuudessa sosiaalipalvelut tulevat yhteistoiminta-alueen vastuul-

le, oli vielä ratkaisematta. Noin 60 kuntaa jatkaa perusterveydenhuollon ja siihen liittyvien sosiaalipalvelujen järjestämistä itsenäisesti. Näiden joukossa on 24 sellaista kuntaa, joiden asukasluku jää alle 20 000:n, mutta nämä vetoavat puitelaisa oleviin poikkeusperusteisiin. Yhteistoiminta-alueiden tulevaa tarkkaa lukumäärää ei voida määrittää ratkaisujen auki olemisen vuoksi, mutta määrän arvioidaan asetuvan 60–65:n välille. Vastuu perusterveydenhuollosta ja siihen läheisesti liittyvistä sosiaalipalveluista tulee näin ollen olemaan noin 120–125:llä toimijalla.

Yhteistoiminta-alueista enemmistö, arviolta 31 tulisi olemaan organisaatiomalliltaan ns. isäntäkuntamalliin perustuvia. Loput ovat kuntayhtymiä. Osa kuntayhtymistä jatkaa aikaisemmin toimineiden kuntayhtymien työtä siten, että mukaan tulee uusia jäsenkuntia ja palveluvalikoimaan liitetään sosiaalipalvelut joko osittain tai kokonaisuudessaan. Osalla kuntayhtymien vastuulla oleviin palveluihin sisältyy peruspalveluiden lisäksi myös erikoissairaanhoidon keskussairaala tai toimialaltaan keskussairaala suppeampi alue- tai paikallissairaala.

Sosiaalipalveluiden sijoittuminen uudistuksessa on herättänyt paljon huomiota ja keskustelua. Sosiaali- ja terveystieteiden ja Kuntaliiton ohjeistuksessa suositeltiin vahvasti sosiaalipalveluiden sijoittamista kokonaisuudessaan perusterveydenhuollon kanssa yhteisen järjestämisvastuun alaisuuteen. Kunnista 58 %:lla tulee olemaan joko yhdessä kunnassa tai yhteistoiminta-alueella perusterveydenhuollon ja kaikki sosiaalipalvelut kattava yhteinen hallinto. 35 % kunnista sijoittaa osan sosiaalipalveluista yhteistoiminta-alueen vastuulle muun osan jäädessä peruskunnalle. Yhdistetyn hallinnon kunnissa tulee olemaan 2/3 maan väestöstä. Kahteen kaupunkiin (Helsinki ja Pieksämäki) näyttäisi jäävän sosiaali- ja terveyspalveluille erillinen lautakuntahallinto.

Yhteistoiminta-alueiden maantieteellisissä ja toiminnallisissa rakenteissa ilmenee joukko ongelmia. Osa yhteistoiminta-alueista on maantieteellisesti hajanaisia siten, että mukana olevilla kunnilla ei ole yhteistä rajaa. Monien keskuskäytävien ympäristössä, joissa olisi pohja maantieteellisesti ja seutukunnallisesti yhtenäiselle palvelukokonaisuudelle, keskuskäytävä ja sen ympärillä olevat muut kunnat järjestävät tässä tarkoitettujen palvelujen toisistaan erillään. Osassa niitä kuntia, joissa sosiaalipalvelut jakautuvat kuntayhtymän ja peruskunnan välillä, toiminnallisesti yhteen kuuluvia palvelukokonaisuuksia tai -ketjuja jakautuu eri toimijoiden vastuulle. Yhteistoiminta-alueiden organisaatoratkaisut eivät kovin yleisesti merkitse puitelain tavoitteena ollutta järjestämisvastuun tosiasiallista siirtymistä peruskunnilta yhteistoiminta-alueille, mitä on myös pidettävä ongelmana.

Palveluiden käytännön tason järjestämisen ja tuottamisen ratkaisuista karotettiin eri tavoin sosiaali- ja terveydenhuollon perinteiset rajat ylittäviä organisaatoratkaisuja. Kotipalvelu ja kotisairaanhoidon on yhdistetty kotihoito-nimiseksi yhteiseksi palveluksi 71 %:ssa maan kunnista. Tämä integraatiokehitys on jo kunta- ja palvelurakennemuutostusta vanhempaa perua. Lähes 40 % kunnista ilmoitti, että vanhuspalveluiden ympärivuorokautinen hoito terveyskeskussairaaloissa, vanhainkodeissa ja palveluasumisen yksiköissä toteutui yhdistetyn organisaation

alaisuudessa. Palveluiden sijoittumista lähipalveluiksi tai seudullisesti keskitettäviksi palveluiksi kartoitettiin seikkaperäisesti.

Neuvolapalvelut, kouluterveydenhuolto, iäkkäiden kotihoito sekä sosiaalityö ovat vankasti lähipalveluita sekä nykyisin että kuntien näkemyksen mukaan myös tulevaisuudessa. Sen sijaan lääkärinvastaanottopalveluissa, röntgenkuvien ottamisessa, lyhytaikaisessa terveyskeskussairaalahoidossa sekä erilaisissa erityispalveluissa seudulliset järjestelyt ovat valtaamassa alaa sekä tämän hetken tilanteen että tulevaisuuden näkymien kartoituksissa. Kuntarajojen ylittäminen palveluiden käytössä on edelleenkin harvinaista, jopa yhteistoiminta-alueiden sisällä, joskin saatiin viitteitä siitä, että näitä periaatteita ollaan väljentämässä.

Kunnista 48 ilmoitti soveltavansa oman kunnan tai yhteistoiminta-alueen palveluiden organisoinnissa ns. elämänkaarimallia, jossa sosiaali- ja terveyspalvelut toimivat eri ikävaiheissa integroituina. Kunnista 38 % ilmoitti soveltavana palveluiden organisoinnissa tilaaja-tuottaja-mallia. Tarkentava analyysi siitä, mitä vastaajat tällä tarkoittivat, osoitti, että 11 kunnassa oli toteutettu oman hallinnon sisällä tilaajan ja tuottajan eriyttäminen. Muut tarkoittivat mallilla erilaisia tapoja organisoida kunnan ja ulkopuolisten palveluntuottajien suhteet tai yhteistoiminta-alueiden sisäinen hallinto.

Kuntien arvioissa uudistuksen vaikutuksista ei pystytty muutosten ollessa vielä alkuvaiheissaan arvioimaan pitkän aikavälin vaikutuksia. Sen sijaan kunnat toivat yllättäen esille uudistukseen liittyneen valmisteluprosessin hyödyllisyyden. Vaikka uudistukseen sisältyvät valinnat ja erilaiset organisaatioratkaisut olivat olleet vaikeita ja teetättivät työtä, sosiaali- ja terveysjohdon edustajat olivat tyytyväisiä siihen, että kunnan peruskysymyksiä koetteleva uudistus oli pysäyttänyt kuntien päättäjät ja johdon edustajat pohtimaan ja punnitsemaan sosiaali- ja terveyspalveluiden ratkaisuja ja asemaa.

Sammandrag

Simo Kokko, Liisa Heinämäki, Liina-Kaisa Tynkkynen, Riitta Haverinen, Marja Kaskisaari, Anu Muuri, Markku Pekurinen, Mia Tammelin. Kunta- ja palvelurakennemuutoksen toteutuminen. Kuntakysely sosiaali- ja terveystalvelujen järjestämisen ja tuottamisen ratkaisuiista 2009–2013. [Genomförandet av kommun- och servicestrukturreformen. Enkät till kommunerna om hur tjänsterna inom socialvården och hälso- och sjukvården ska organiseras och tillhandahållas 2009-2013.]

Syftet med ramlagen om kommun- och servicestrukturreformen är att skapa effektivare strukturer för den kommunala verksamheten och servicen. När det gäller tjänsterna inom socialvården och hälso- och sjukvården förutsätter lagen att primärvården och de anknyttande socialvårdstjänsterna organiseras så att de omfattar ett befolkningsunderlag på minst 20 000 invånare. Kommuner med färre än 20 000 invånare kan uppfylla detta krav på två sätt. De kan antingen slå sig samman med andra kommuner eller bilda samarbetsområden. Förutom kravet på ett visst befolkningsunderlag ska lagen också främja uppkomsten av regionala, funktionella helheter och kommunalt samarbete i organiseringen av tjänsterna inom socialvården och hälso- och sjukvården.

Kommunerna lämnade enligt lagens krav sina planer för verkställandet av reformerna till statsrådet år 2007. I det skedet pågick fortfarande arbetet med att bilda samarbetsområden och utveckla olika organisationsstrukturer och verksamhetsmodeller. Av denna anledning genomfördes en preciserande kommunenkät om tjänsterna inom socialvården och hälso- och sjukvården våren 2009. Denna rapport redogör för enkätens resultat.

I den första delen av enkäten utreddes vilka grundläggande lösningar kommunerna har valt för att uppfylla kravet på befolkningsunderlag och hur de i och med omstruktureringen ämnar organisera åtagandena och funktionerna för främjande av hälsa och välfärd. I den andra delen, som riktade sig till ledningen inom socialvården och hälso- och sjukvården, utreddes det hur de allmänna målen för ramlagen uppfylls i organiseringen och tillhandahållandet av tjänsterna. Dessa frågor gällde till exempel samarbetet kring tjänster inom socialvården och hälso- och sjukvården, tjänsternas tillgänglighet över kommungränserna samt möjligheten att tillhandahålla basservicen som närservice eller som regionalt centraliserade tjänster. Respondenterna ombads också bedöma hur den pågående omstruktureringen inverkar på tjänsterna.

Enkäten skickades till landets alla kommuner med undantag av Åland och Kajanaland, som på grund av sin speciallag faller utanför ramlagen. Sammanlagt 318 kommuner besvarade frågorna i del 1 och 313 kommuner frågorna i del 2. Efter som det under analyseringen av enkätresultaten fortfarande skedde förändringar i de grundläggande lösningar som kommunerna valt att tillämpa sinsemellan, har

information om dessa förändringar inhämtats från alla kommuner och uppgifterna har nu uppdaterats så att de motsvarar situationen i slutet av september 2009. Till övriga delar redogör enkäten för den situation som rådde den 15 mars 2009 i de kommuner som besvarat enkäten.

Bilden av den förväntade utvecklingen fram till år 2013 är fortfarande inte klar, och i 21 kommuner är frågan om en grundläggande lösning tills vidare helt öppen. Av 36 kommuners svar framgick det med vilka kommuner samarbetsområdet kommer att bildas, men frågan i vilken omfattning samarbetsområdet ska ansvara för socialvårdstjänsterna förblev olöst. Omkring 60 kommuner fortsätter att organisera primärvården och de anknytande socialvårdstjänsterna självständigt. Bland dessa finns 24 kommuner med färre invånare än 20 000, men de hänvisar alla till de undantagsgrunder som anges i ramlagen. Det är omöjligt att fastställa exakt hur många samarbetsområden som kommer att bildas, eftersom många kommuner ännu inte har valt en lämplig lösning, men det uppskattas att antalet kommer att ligga mellan 60 och 65. Ansvar för primärvården och de anknytande socialvårdstjänsterna kommer således sannolikt att bäras av 120–125 aktörer.

Majoriteten av samarbetsområdena, uppskattningsvis 31 stycken, bör bygga på den s.k. värdkommunmodellen. Resten organiseras som samkommuner. En del av dessa fortsätter tidigare samkommuners arbete på så sätt att nya medlemskommuner inkluderas och serviceutbudet utökas med socialvårdstjänsterna till en del eller i sin helhet. I en del av samkommunerna inkluderar de tjänster som tillhandahålls förutom basservice även ett centralsjukhus inom specialiserad sjukvård eller ett krets- eller lokalsjukhus med ett snävare verksamhetsområde än ett centralsjukhus.

Hur socialvårdstjänsterna ska förläggas i reformen har väckt en hel del uppmärksamhet och diskussion. I Social- och hälsovårdsministeriets och Kommunförbundets anvisningar rekommenderades starkt att primärvården och socialvårdstjänsterna i sin helhet förläggs under ett gemensamt organiseringsansvar. Av alla kommuner ska 58 procent ha en gemensam förvaltning som omfattar primärvården och alla socialvårdstjänster antingen i en kommun eller inom ett samarbetsområde. Totalt 35 procent av kommunerna överför en del av socialvårdstjänsterna på samarbetsrådets ansvar, medan den återstående delen kvarstår på baskommunens ansvar. Kommunerna med gemensam förvaltning ska omfatta 2/3 av landets befolkning. I två städer (Helsingfors och Pieksämäki) kommer det sannolikt att finnas en separat nämndförvaltning för tjänsterna inom socialvården och hälso- och sjukvården.

Samarbetsområdenas geografiska och funktionella strukturer är förknippade med ett antal problem. En del av samarbetsområdena är geografiskt splittrade, så att kommunerna saknar en gemensam gräns. I många fall där en centralstad med omgivning geografiskt sett och med tanke på den ekonomiska regionen skulle ha ett underlag för en enhetlig samlad service organiserar centralstaden och de övriga randkommunerna de ovan nämnda tjänsterna separat från varandra. I en del av de kommuner där socialvårdstjänsterna är uppdelade mellan samkommunen

och baskommunen fördelas ansvaret för funktionellt sett sammanhörande samlad service eller servicekedjor på flera olika aktörer. Samarbetsområdenas organisationslösningar innebär rätt sällan att organiseringsansvaret i praktiken överförs från baskommunerna till samarbetsområdena på det sätt som avses i ramlagen, vilket måste betraktas som ett problem.

Bland alla lösningar för hur tjänsterna i praktiken kan organiseras och tillhandahållas kartlades olika organisationslösningar som överskrider de traditionella gränserna för socialvården och hälso- och sjukvården. Hemservicen och hemsjukvården har i 71 procent av landets kommuner slagits ihop till en enda service som går under namnet hemvård. Denna integrationsutveckling fick sin början till och med före kommun- och servicestrukturreformen, men närmare 40 procent av kommunerna uppgav att dygnet runt-vården inom äldreomsorgen vid hälsocentralssjukhus, ålderdomshem och enheter för serviceboende genomförs under en gemensam organisation. Möjligheterna att organisera tjänsterna som närservice eller regionalt centraliserade tjänster kartlades ingående. Rådgivningstjänsterna, skolhälsovården, hemvården för äldre och socialarbetet är för närvarande starkt förankrade som en form av närservice och kommer enligt kommunerna att vara det även i framtiden. Däremot håller regionala arrangemang på att ta över i fråga om läkarmottagningstjänster, röntgenundersökningar, kortvarig vård på hälsocentralssjukhus och olika typer av specialtjänster, vilket framgår av kartläggningar av såväl nuläget som framtidsutsikterna. Det är fortfarande sällsynt att tjänster anlitas över kommungränserna, till och med inom samarbetsområdena, men det finns tecken som tyder på att dessa principer håller på att luckras upp.

Sammanlagt 48 kommuner uppgav att de tillämpar den s.k. livscykelmodellen i organiseringen av tjänsterna inom den egna kommunen eller samarbetsområdet. Detta innebär att tjänsterna inom socialvården och hälso- och sjukvården är integrerade enligt olika åldersfaser. Vidare meddelade 38 procent av kommunerna att de har organiserat tjänsterna enligt beställar-utförarmodellen. En noggrannare analys av vad respondenterna menade med detta visade att 11 kommuner har separerat beställar- och utförarrollerna inom den egna förvaltningen. De övriga kommunerna avsåg olika sätt på vilka relationerna har organiserats mellan kommunen och utomstående tjänsteleverantörer eller inom samarbetsområdenas interna förvaltning.

Kommunerna kunde i ett så här tidigt skede av reformen inte uppskatta vilka effekter den kommer att ha på lång sikt. Däremot uppgav de överraskande nog att beredningsprocessen i anslutning till reformen varit till stor nytta. Även om reformen har varit arbetskrävande och medfört svåra val och organisationslösningar var representanterna för ledningen för socialvården och hälso- och sjukvården nöjda med att den har satt kommunens grundläggande frågor på prov och därmed fått beslutsfattarna inom kommunerna och ledningens representanter att stanna upp och begrunda olika lösningar i fråga om tjänsterna inom socialvården och hälso- och sjukvården och deras ställning.

Summary

Simo Kokko, Liisa Heinämäki, Liina-Kaisa Tynkkynen, Riitta Haverinen, Marja Kaskisaari, Anu Muuri, Markku Pekurinen, Mia Tammelin. Kunta- ja palvelurakenneuudistuksen toteutuminen. Kuntakysely sosiaali- ja terveystalvelujen järjestämisen ja tuottamisen ratkaisuksista 2009–2013. [Implementing the Finnish Act on Restructuring Local Government and Services. Survey of municipal solutions in organising and providing social and health services in 2009–2013.]

The Finnish Act on Restructuring Local Government and Services (169/2007) aims at increasing efficiency in municipal services and structures. In the field of social and health services, the Act sets the minimum population base at 20 000 residents, around whom are organised the primary health care services and closely related social services. To achieve this minimum, those municipalities with less than 20 000 residents must either merge with neighbouring municipalities or form collaborative areas that will organise the services. In addition to the population base requirement, the law also aims at creating and strengthening regional co-operation over services and at promoting co-operation between social and health services.

The municipalities submitted their reform plans to the Government in 2007, as stipulated in the framework legislation. At this stage, the plans for the collaborative areas and the organisational models were still incomplete in many municipalities. Therefore, in the spring of 2009, a new two-part survey was sent to the municipalities with a special focus on the social and health services. This report presents the key results of that survey.

The first part of the survey dealt with the basic choices and arrangements to meet the minimum population base. The municipalities were also asked about their arrangements and structures for promoting welfare and health. The second part, which was to be prepared by the upper-level management in social and health services, looked at how the general objectives of the Act on Restructuring Local Government and Services were being met in the provision and organisation of services. Included were questions on integration and co-operation between social and health services, on the possibilities to cross municipal boundaries in using services, and on which services continue to be available as locally based services in the smallest municipalities and which services can be provided on a regional basis. The respondents were also asked to evaluate the effects of the reforms on the social and health services.

The survey was sent to all municipalities in Finland with the exception of the Åland Islands and the region of Kainuu, the latter of which organises its services based on special pilot legislation. A total of 318 municipalities responded to part I and 313 responded to part II. Information on key choices and arrangements was obtained from the non-responding municipalities. As it was known that core changes in the arrangements took place during the analysis, changes that took

place by the end of September 2009 were included. Except for the questions on key choices, the survey results describe the situation in the responding municipalities as of 15 March 2009.

The picture of the expected development of the reform process by 2013 is still incomplete; 21 municipalities have not yet been able to make their final choices. On top of this, 36 municipalities have opted to form collaborative areas, but the planning of the details and organisation of the arrangement – for example, the scope of social services to be included – are still in progress. Some 60 municipalities will continue to organise their primary health care and social services independently. Of these, 24 municipalities do not meet the population base requirement, but will ask for exemptions based on the specific grounds listed in the Act. The number of collaborative areas cannot be determined precisely, because some decisions are still to be made. The final number is expected to be between 60 and 65. This means that the number of municipal actors organising primary health care services and closely related social services will be between 120 and 125.

A majority of the collaborative areas (31) would rely on an organisation model based on so-called host municipalities, where partner municipalities transfer the responsibility to a chosen host, which then runs the actual services. The rest are joint municipal boards, a traditional administrative format for co-operation and democratic control between municipalities. Some joint municipal boards continue the work of their predecessors, but may have got new member municipalities and a wider range of services, since at least some social services must be included. Other joint municipal boards also have hospitals in specialised health care under their administration in addition to their basic services.

The placement and position of social services has been a subject of much attention and debate during the reform. The Ministry of Social Affairs and Health and the Association of Finnish Local and Regional Authorities have strongly recommended that all social services should be placed under a joint roof with primary health care as a result of the reform. In the future, 58 per cent of municipalities will have this kind of joint administration either in their own municipality or, if the municipality joins a collaborative area, through the administration under that arrangement. However, 35 per cent of municipalities will divide the social services between the primary municipality and the collaborative area. Two thirds of the population will be in municipalities with a joint administration for social and health services. Two cities (Helsinki and Pieksämäki) seem to remain with separate administrative boards for the two sectors.

There are a number of problems in the geographic or organisational structures of collaborative areas. Some collaborative areas are geographically scattered and partner municipalities may not share a common border. Many larger cities, which could be centres of local municipal development across borders, remain outside of the collaborative areas, since the legislation allows this. In some municipalities, where the social services will be divided between a joint municipal board and a pri-

mary municipality, processes or networks that should be functionally integrated will be divided among the different actors. Organisationally, the collaborative areas often do not meet the legislative objective of transferring the responsibility for organising services from the municipality to the collaborative area. This must be regarded as problematic.

Of the grass-root level choices in organising and providing services, the survey covered various arrangements bridging the border between social and health services. Home-help services and home nursing have been combined into 'home care' in 71 per cent of all municipalities. This integration dates back to the launch of the reforms, but more recent developments include the joint organising of the different hospital, nursing home and service housing services, although there has traditionally been a gap between hospital and other services for older people. The question of keeping services either as locally based or as regional services was covered using a lengthy list of services to be so classified. Child health clinics, school health care, home care for older people and social work were seen as services that should be available locally. However, in some areas of the country, general practitioners' services, X-ray services, short-term hospital care in health centres and many other specialised services under primary care are gradually moving to regional centres, both today and especially in the future. Crossing municipal boundaries is still rather uncommon, although attitudes are becoming more flexible.

A total of 48 municipalities reported having adopted a so-called "lifespan model" in how they configure their joint social and health services. The services can reach high levels of integration when focusing on specified age groups such as children or older people. More than a third of the municipalities reported that they have adopted the purchaser-provider model in organising social and health services. A closer look indicated that this term had many variable meanings. Eleven municipalities actually reported having divided their own organisation into these two segments, whilst the other municipalities used this term to characterise relationships between the municipalities and private service providers or inside the collaborative areas.

Because the reform process was still in its early stages, the municipalities were not able to assess the effects of the reforms as such. Surprisingly, many respondents reported that the reform process, with all the preparation, had been useful to them. While the choices that had to be made were difficult and the organisational changes had been hard and arduous, top-level managers and decision-makers within the social and health services were pleased with the opportunity to confront their municipal counterparts with the fundamental questions of social and health services.

Sisältö

Tiivistelmä	3
Sammandrag	6
Summary	9
1 Johdanto	15
2 Kyselyn tavoitteet	18
3 Kyselyn toteutus	20
4 Muutosten tuloksena syntyvä palvelurakenne	24
4.1 Muutoksen lähtökohdat	24
4.2 Puitelain säädökset	25
4.3 Kuntaliitoksista syntyneet ja syntymässä olevat muutokset	26
4.4 Vahvistuneiden kuntaliitosten lisäksi käynnissä olevat kuntaliitosselvitykset	28
4.5 Yhteistoiminta-alueiden muodostaminen kuntien ratkaisuna vaaditun 20 000 asukkaan väestöpohjan saavuttamiseksi	30
4.5.1 Kuntien perusratkaisut	30
4.5.2 Yhteistoiminta-alueet – osaksi entisiä, osaksi uusia rakenteita ..	33
4.6 Sosiaalipalveluiden sijoittuminen	34
4.6.1 Sosiaalipalveluiden sijoittumisen perusratkaisut yhteistoiminta-alueita muodostettaessa	34
4.6.2 Palvelukokonaisuuksien hajoaminen sosiaalipalveluiden järjestämisvastuun jakautuessa	35
4.7 Yhteistoiminta-alueiden muodostuminen ja alueelliset rakenteet	37
4.8 Sairaanhoidopiirin ulkopuolisen erikoissairanhoidon sijoittuminen kuntien tai yhteistoiminta-alueiden järjestämisvastuulle.	40
4.9 Kuinka usein yhteistoiminta-alueisiin liittyminen johtaa yhdistetyn sosiaali- ja terveystoimen joutumiseen erilleen?	42
4.10 Järjestämisvastuun siirtymisestä peruskunnalta yhteistoiminta-alueelle	43
5 Palvelurakennemuutos ja kuntien väliset rajat	47
5.1 Mistä palveluja nykyisin saa?	47
5.2 Mistä palveluita pitäisi kuntien näkemysten mukaan saada?	49
5.3 Lähipalveluna tai seudullisena palveluna järjestämisen yhteys kuntien taustatekijöihin	51
5.4 Oikeus käyttää palveluja oman kunnan ulkopuolisissa palveluissa	53
5.5 Kuntien näkemykset suunnitelmista laajentaa palveluiden vapaata käyttöä yli kuntarajojen	55
5.6 Kuntien ja yhteistoiminta-alueiden rajojen ylittyminen työterveyshuoltoa järjestettäessä	56
6 Sosiaali- ja terveystoimen palveluiden järjestäminen uusissa palveluiden rakenteissa ...	58
6.1 Sosiaalipalveluiden sijoittuminen yhteistoiminta-alueilla	58

6.2	Perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon raja	61
6.3	Sosiaali- ja terveystoimen yhteinen toiminnallinen kokonaisuus	61
6.4	Eräiden sosiaali- ja terveydenhuollon palveluiden tuottaminen yhtenäisinä kokonaisuuksina	64
6.4.1	Psykososiaaliset palvelut	64
6.4.2	Ikääntyneiden palvelut	66
6.5	Sosiaalitoimen erityispalveluiden hankkiminen	69
6.6	Kansalaisvaikutukset	70
6.6.1	Heikoiten toimivat palvelukokonaisuudet	71
6.6.2	Parhaiten toimivat palvelukokonaisuudet	74
7	Rajoja ylittävät palveluiden organisointitavat	79
7.1	Sosiaali- ja terveysalojen integroituminen hallinnollisissa malleissa	79
7.2	Tilaaaja-tuottaja-järjestelyt	81
7.2.1	Lähtökohdat ja käsitteet	81
7.2.2	Tilaaaja-tuottajamallien soveltaminen yhteistoiminta-alueiden toiminnassa	83
7.2.3	Tilaaaja-tuottaja-mallien toteuttaminen yksittäisen kunnan sisäisessä hallinnossa	85
7.2.4	Yleiskuva tilaaaja-tuottajamalleista	86
7.3	Palvelusetelikäytännöt	88
7.4	Kuntien ostopalvelustrategiat	90
8	Sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstö	91
8.1	Henkilöstön riittävyys ja toimenpiteet sen turvaamiseksi	91
8.2	Yhteistoiminta-alueiden henkilöstöhallinto	96
8.3	Yhteenvedo: Henkilöstönäkökulmat kunta- ja palvelurakennemuutoksessa	97
9	Hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen rakenteet	99
10	Kuntien ratkaisuja ja arvioita uudistuksen toteuttamisesta ja sen keinoista	103
10.1	Palvelujen tuottamisen ja järjestämisen uudet ratkaisut ja innovaatiot .	103
10.2	Palveluiden järjestämisen taloudellinen perusta	105
10.3	Uudistuksen hyötyjä ja ongelmia kuntien arvioimana	107
11	Päätelmiä	113
11.1	Yleiskuva uudistuvasta rakenteesta	113
11.2	Palveluiden järjestämisen ja tuottamisen kehityssuunnat	114
11.3	Pohdintoja ja jatkoajatuksia	118
	Lähteet	122
	Liitteet	123

1 Johdanto

Kunnallisten sosiaali- ja terveyspalveluiden järjestämis- ja tuottamistavat ovat ankkuroituneet Suomessa 1900-luvun loppuvuosikymmeninä muodostuneisiin rakenteisiin. Kansanterveyslain mukaan kunta on velvollinen tarjoamaan perusterveydenhuollon palveluita kansalaisille. Näitä tehtäviä varten kunnalla on oltava terveyskeskus. Terveyskeskusverkostoa 1970-luvun alussa luotaessa pääperiaatteena oli, että terveyskeskuksella tuli olla vähintään 10 000 asukkaan väestöpohja. Tästä johtuen pienimmät kunnat ohjattiin perustamaan kansanterveystyötä varten kuntainliittoja, myöhemmin kuntayhtymiä. Erikoissairaanhoidon palveluita tuottavat kuntien useimmiten yhteisesti ylläpitämät sairaalat ja sairaanhoitopiirien muut palvelut. Sosiaalihuoltolain¹ sekä sosiaalihuollon erityislakien määrittelemien palveluiden järjestäminen on kuntien tehtävä, ja niistä valtaosa on ollut peruskuntien sosiaalitoimen vastuulla.

Suomalaista kuntarakennetta on pidetty palveluiden järjestämisen ja rahoituspohjan kannalta liian pienistä yksiköistä koostuvana. 1990-luvulla tapahtunut laajamittainen kansanterveystyön kuntayhtymien purkautuminen palveluiden ohjauksen pelisääntöjen muututtua vuonna 1993 toteutetun valtiosuosuuudistuksen myötä, johti noin 60 pienen yhden kunnan terveyskeskuksen syntymiseen.

Kansallinen terveydenhuoltoprojekti² (vv. 2001–2007), jonka tavoitteena oli yhtäältä tuoda ratkaisuja terveydenhuollon moniin perusongelmiin mutta samalla lisätä palvelujärjestelmän rakenteellista tehokkuutta, esitti perusterveydenhuollolle selväksi tavoitteeksi siirtyä kohti aikaisempaa suurempia yksiköitä ja palveluiden järjestämisen väestöpohjia. Sen suosituksen mukaisesti väestöpohjan oli hyvä olla vähintään 30 000 asukasta. Projektin ja sen hengessä toteutetut erilaiset hankkeet eivät kuitenkaan saaneet käyntiin kovin mittavaa rakenteellista muutosta toivottuun suuntaan. Sosiaalialalle perustettiin³ 2000-luvun alussa yhdeksän sosiaalialan osaamiskeskusta, jotka muodostavat koko maan kattavan tutkimus ja kehittämis-toiminnan alueellisen verkoston. Kansallisen Sosiaalialan kehittämisprojektin⁴ (2003–2007) tavoitteena oli turvata palvelujen saatavuus kaikkialla Suomessa. Siihen pyrittiin uudistamalla lainsäädäntöä, palvelurakenteita ja toimintakäytäntöjä. Hanke kiinnitti huomiota niihin sosiaalihuollon erityispalveluihin, joita ei niiden luonteen tai vaadittavan erityisasiantuntemuksen mukaan ole tarkoituksenmukaista järjestää kaikissa kunnissa. Hankkeen myötä luotiin myös sosiaalihuollon kehittä-

1 Sosiaalihuoltolaki 17.9.1982/710

2 STM 125:00/2001.

3 Laki sosiaalialan osaamiskeskustoiminnasta 1230/2001

4 STM 2003. Kansallinen sosiaalialan kehittämisprojekti.

tämISRakenteet, sosiaalialan osaamiskeskuksiin kiinnittyvät seudulliset kehittämissyksiköt (Oosi ym. 2009⁵)

Toimintaympäristömuutosten nähtiin edellyttävän kunta- ja palvelurakenteen muuttamista, ja toteuttamisen aloitus oli välttämätöntä pikaisella aikataululla, jotta palvelujen uudelleenjärjestelylle jäisi riittävästi aikaa. Toukokuussa 2005 asetettua kunta- ja palvelurakenneuudistushanketta johti peruspalveluohjelmaa valmisteleva ministeriryhmä ja siihen nimettiin projektipäällikkö. Hankkeen ensimmäisessä vaiheessa ministeriryhmä linjasi aluevaiheen malleina kolme⁶: peruskuntamalli, piirimalli ja aluekuntamalli, joiden toteuttamista arvioitiin alueilla. Piirimallin perusajatuksena oli rakentaa palveluiden järjestäminen sairaanhoitopiirin tehtävien laajentamisen varaan. Peruskuntamalli perustui kuntien koon suurentamiseen ja näin tapahtuvaan peruskuntien taloudelliseen ja toiminnalliseen vahvistamiseen. Aluekuntamalli perustui taas alueellisiin tai maakunnallisiin rakenteisiin, jotka luotaisiin itsenäisten kuntien yhteistoiminnan rakenteiksi kuntayhtymien tapaan. Mallissa ainakin terveystaluiden järjestäminen esitettiin aluekuntien vastuulle, joille hahmotellun mallin mukaan olisi voitu siirtää myös verotusoikeus. Näin Suomeen olisi luotu muiden Pohjoismaiden mallien mukaisesti erillinen ns. väliportaana hallinto. Tällaisesta rakenteesta olikin keskustelun aikoihin syntymässä erityislain avulla kokeilu Kainuun maakunnassa⁷. Kainuun maakunnan hallintokokeiluun sisältyvä sosiaali- ja terveystaluiden järjestäminen ja tuottaminen maakunnallisen kuntayhtymän toimesta käynnistyi vuoden 2005 alusta.

Esitetyistä malleista ei syntynyt poliittista yksimielisyyttä. Keskustelu jatkui ja pitkittyi. Koko uudistusprosessi näytti välillä jopa pysähtyvän. Tuolloisten hallituspuolueiden kesken syntyi kuitenkin yhteinen kompromissi kunta- ja palvelurakenteen uudistamisesta⁸. Tuloksena oli kunta- ja palvelurakenneuudistusta koskeva puitelaki⁹, joka säädettiin voimaan vuosiksi 2009 – 2013. Puitelain perusteluissa esitettiin kauaskantoisia linjauksia sosiaali- ja terveystaluiden rakenteen kehittämisestä. Uudistuksen tavoitteeksi asetettiin kunta- ja palvelurakenteen vahvistaminen. Lisäksi sen tarkoituksena oli edistää uusia palvelujen tuotantotapoja ja organisoiminta, uudistaa kuntien rahoitus- ja valtionosuusjärjestelmiä sekä tarkistaa kuntien ja valtion välistä tehtäväjakoja siten, että kuntien vastuulla olevien palvelujen järjestämiseen ja tuottamiseen sekä kuntien kehittämiseen on vahva rakenteellinen ja taloudellinen perusta tulevina vuosikymmeninä.

Sosiaali- ja terveydenhuollon uudistamisen kannalta puitelain tärkeimmät säädökset löytyvät sen pykälistä 5 ja 6:

Perusterveydenhuollon ja siihen kiinteästi liittyvien sosiaalipalveluiden järjestäminen vähintään noin 20 000 asukkaan kunnassa tai yhteistoiminta-alueella

5 Oosi, Wennberg, Alavuotunki, Juutinen & Pekkala, 2009.

6 SM 2005. Kunta- ja palvelurakenne -hanke etenee: Projektipäällikkö Peltomäki nosti tarkasteluun aluekuntamallin

7 Laki Kainuun hallintokokeilusta 9.5.2003/343

8 SM 043:00/2005. Kunta- ja palvelurakenneuudistushankkeen asettaminen.

9 Laki kunta- ja palvelurakenneuudistuksesta 9.2.2007/169

(§5) ja laajaa väestöpohjaa edellyttävien palvelujen turvaaminen kuntayhtymillä, joille kunnat voivat antaa myös muita tehtäviä, kuten perusterveydenhuollon ja siihen kiinteästi liittyvät sosiaalipalvelut (§6).

Lisäksi puitelaki sisältää kaupunkiseutujen suunnitteluvollisuuden (§7):

Pääkaupunkiseudun kuntien ja laissa mainittujen kaupunkiseutujen tulee suunnitella maankäytön, asumisen ja liikenteen yhteensovittaminen sekä miten palvelujen käyttöä kuntarajat ylittäen parannetaan seudulla.

Puitelaissa eniten huomiota ja myös tulkintaepäselvyyksiä herätti säädös, jonka mukaan vastuu perusterveydenhuollon ja siihen läheisesti liittyvien sosiaalipalveluiden järjestämisestä piti saattaa poikkeustapauksia lukuun ottamatta vähintään 20 000 asukkaan väestöpohjille. Tähän pääsemiseksi niiden kuntien, joiden väestöpohja ei täyttänyt 20 000 asukkaan tavoitetta, tuli joko tehdä kuntaliitos tai muodostaa yhteistoiminta-alue toisten kuntien kanssa. Yhteistoiminta-alueen tuli olla hallinnolliselta rakenteeltaan joko kuntayhtymä tai perustua ns. isäntäkuntamalliin, jossa yksi kunta vastaa mallin yhteisorganisaatioon kuuluvien kuntien puolesta palveluiden järjestämisestä. Demokraattinen ohjaus ja valvonta toteutuvat kummassakin mallissa kuntien yhteisten hallintoelinten kautta.

Laissa mainittujen perusterveydenhuoltoon läheisesti liittyvien sosiaalipalveluiden sisällöstä tai laajuudesta ei annettu tarkempia säädöksiä. Sosiaali- ja terveysministeriö ja Kuntaliitto ohjasivat kuitenkin kuntia sosiaali- ja terveydenhuollon suunniteluun yhteisellä muistiollaan¹⁰ keväällä 2008: "*Sosiaali- ja terveysministeriö ja Suomen Kuntaliitto korostavat, että sosiaalihuolto ja perusterveydenhuolto on perusteltua järjestää eheänä toiminnallisena kokonaisuutena jatkossakin*". Kirjelmästä oli luettavissa, että sosiaalipalveluiden järjestäminen suositeltiin yhdistettävän perusterveydenhuollon kanssa yhteisiin rakenteisiin. Viime kädessä valta ja vastuu sosiaali- ja perusterveydenhuollon palveluiden integroimisesta jäi kuitenkin kunnille. Tästä huolimatta selvää on, että kaikissa ratkaisuisa sosiaalihuollon tulee, ainakin jossain laajuudessa, olla osana perusterveydenhuollon palvelukokonaisuutta. Kunnille annettussa valtioneuvoston palautteessa kesällä 2008 todettiin, että "*Ratkaisut, joissa jokin kunta ei siirtäisi yhteistoiminta-alueelle lainkaan sosiaalitoimen tehtäviä, eivät ole lain tavoitteiden mukaisia*".¹¹

¹⁰ STM ja Kuntaliitto 2008. Kunta- ja palvelurakennemuutoksen edellyttämien toimeenpanosuunnitelmien valmistelu kunnissa

¹¹ VM 007:02/2008, 27.6.2008 Valtioneuvoston palaute kunta- ja palvelurakennemuutoksen etenemisestä

2 Kyselyn tavoitteet

Kunta- ja palvelurakennemuutoksesta annetun lain (167/2007, jatkossa *puitelain*) mukaan uudistuksen tarkoituksena on vahvistaa kunta- ja palvelurakennetta sekä kehittää palveluiden tuotantotapoja ja organisointia. Puitelakia sovelletaan kaikissa Manner-Suomen kunnissa. Kainuun hallintokokeilun kuntia puitelaki koskee kuitenkin vain osin. Kaiken kaikkiaan puitelain piiriin kuului vuonna 2007 329 kuntaa. Ahvenanmaalla toimitaan erillislainsäädännön pohjalta, joskin kunta- ja palvelurakennemuutostuksen peruskysymysten kannalta maakunnan kuntien tilanne on suoraviivainen. Koko terveydenhuollon järjestämisvastuu on maakuntahallinnolla, mutta vastuu sosiaalipalveluista on peruskunnilla.

Puitelain ja sitä täydentävän asetuksen¹² mukaan kaikkien kuntien oli toimitettava valtioneuvostolle suunnitelma siitä, millaisiin toimenpiteisiin ne aikovat kunta- ja palvelurakennemuutostuksen toimeenpanemiseksi ryhtyä. Toimeenpanosuunnitelmat tuli toimittaa valtioneuvostolle 31.8.2007 mennessä sähköisellä lomakkeella. Valtioneuvosto antoi toimeenpanosuunnitelmien perusteella kunnille 27.6.2008 palautetta¹³ uudistuksen etenemisestä ja linjasi tällöin, että kuntien edistymistä puitelain tarkoituksen toteuttamisessa seurataan.¹⁴

Toimeenpanosuunnitelmien toimittamisen yhteydessä toteutettiin myös kysely kuntien em. ratkaisuista. Kuntien sosiaali- ja terveyspalveluita koskevien ratkaisujen osalta kyselyn avulla ei kuitenkaan voitu muodostaa kattavaa kokonaiskuvaa, ja niistä haluttiin tehdä tarkentava kysely. Kuntien tuli tehdä sitovat päätökset puitelain velvoitteiden täyttämistä 15.3.2009 mennessä, ja kysely sosiaali- ja terveyspalvelujen järjestämisestä kunta- ja palvelurakennemuutostuksessa toteutettiin samassa vaiheessa.

Kyselyssä pyrittiin tavoittamaan tilanne kunta- ja palvelurakennemuutostuksen vaiheessa 2009 ja myös kuntien suunniteltu eteneminen puitelain jälkeen 2013. Kyselyä on tarkoitus ainakin osittaisena toistaa tai käyttää osana uudistuksen seuranta. Kyselyllä muodostettiin alkukuvaus seurannan pohjaksi, ja siksi kysyttiin myös sellaista perustietoa, jossa ei vielä saada muutoksia esille. Kunnille esitettiin kysymykset palvelujen toteuttamisesta 15.3.2009 kunnissa vallinneen tilanteen mukaisesti.

Kyselyn saatteessa kunnille tiedotettiin, että kyselyn tuloksia käytetään valtioneuvoston eduskunnalle syyskaudella 2009 antaman selonteon¹⁵ aineistona, mut-

12 Asetus kunta- ja palvelurakennemuutostusta koskevien tietojen toimittamisesta valtioneuvostolle. 15.2.2007.

13 VM 007:02/2008, 27.6.2008 Valtioneuvoston palaute kunta- ja palvelurakennemuutostuksen etenemisestä

14 SM 046:00/2007. Kunta- ja palvelurakennemuutostuksen toimeenpanon seuranta

15 VM 007:08/2008. Kunta- ja palvelurakennemuutostusta koskevan valtioneuvoston selonteon valmistelu

ta samalla kerätään myös laajemmin tutkimustietoa jota hyödynnetään uudistusta linjattaessa. Kyselyssä puitelain laajempien, palvelurakenteiden kehittämisen tavoitteiden taustaksi koottiin tietoa kuntaliitoksista, yhteistoiminta-alueista ja yleensä kuntien perusratkaisuista. Lisäksi selvitettiin sosiaalipalveluiden järjestämisen paikantumista sekä sosiaali- ja terveydenhuollon integroitumista.

3 Kyselyn toteutus

Kysely toteutettiin Sosiaali- ja terveysministeriön, Valtiovarainministeriön, Suomen Kuntaliiton sekä Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen yhteistyönä keväällä 2009.

Kyselyn perusratkaisut

Kysely jakautui kahteen osaan:

Kyselyn I osassa (Liite 1a) selvitettiin kuntien ratkaisuja perusterveydenhuollon ja siihen liittyvien sosiaalipalveluiden järjestämiseksi. Kyselyn tähän osaan sisällytettiin myös kysymyksiä hyvinvoinnin ja terveyden edistämisestä. Tavoitteena näin meneteltäessä oli selvittää, miten hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen vastuun kantaminen tulee sijoittumaan peruskuntien ja kuntien yhteistoiminta-alueiden välillä. Kyselyn I osa suunnattiin kuntien keskusjohdolle.

Kyselyn II osassa (Liite 1b) selvitettiin laajemmin sitä, miten puitelain perustelumuistiossa esitetyt tavoitteet toteutuvat sosiaali- ja terveyspalveluiden tuotannossa. Tämä kyselyn osa suunniteltiin sosiaali- ja terveysalan johdon edustajien täytettäväksi.

Kyselyn kumpikin osa lähetettiin kuntiin samanaikaisesti. Kuntia ohjeistettiin siten, että osion I kysymyksiin tulisi kunkin peruskunnan vastata itse, ja osion II vastaukset voisi tuottaa joko yksittäinen kunta tai muu palveluiden tuottajataho. Lisäksi toivottiin, että vastauksia laadittaessa kunnan sosiaali- ja terveydenhuollon toiminnoista vastaavat henkilöt olisivat mahdollisimman laajasti valmistelussa mukana. Valmistelun helpottamiseksi kyselylomake oli saatavissa word-muotoisena Valtiovarainministeriön, Sosiaali- ja terveysministeriön sekä Kuntaliiton internet-sivuilta.

Kunnilta pyydettiin tietoa 15.3.2009 tilanteen mukaisesti, ja kuntien pyydettiin ilmoittamaan ratkaisuisista valtuustojen sitovat päätökset. Mikäli kunnalla oli ratkaisusta aiesopimus, pyydettiin siitä mainitsemaan erikseen.

Kyselyn valmistelu

Sosiaali- ja terveysministeriö nimesi keväällä 2008 kyselyn valmistelua varten työryhmän, johon kuului edustajia Sosiaali- ja terveysministeriön (STM) lisäksi Valtiovarainministeriöstä (VM), Kuntaliitosta ja Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksesta (THL, tuolloin Stakes). Puheenjohtajana toimi sosiaalineuvos Martti Lähteinen, STM, ja jäsenenä neuvotteleva virkamies Kari Haavisto, STM, johtaja Ei-

ja Koivuranta, STM, ylitarkastaja Suvi Savolainen, VM, erityisasiantuntija Jaana Viemerö, Kuntaliitto, hallintoylilääkäri Liisa-Maria Voipio-Pulkki, Kuntaliitto, tutkimuspäällikkö Marianne Pekola-Sjöblom, Kuntaliitto, erityisasiantuntija Antti Kuopila, Kuntaliitto, erikoissuunnittelija Outi Räikkönen, THL, kehittämisspäällikkö Simo Kokko, THL, tulosaluejohtaja Riitta Haverinen, THL ja erikoistutkija Liisa Heinämäki, THL. Työryhmän jäsenten lisäksi monet muut asiantuntijat osallistuivat kyselyn valmisteluun arvokkain ehdotuksin ja kommentein.

Kyselyn valmistelussa haasteellista oli uudistukseen liittyvien käsitteiden monitulkintaisuus. Niistä oli kuntakentällä myös erilaisia näkemyksiä. Keskeinen käsite *järjestämismvastuu* oli vasta selkeytymässä. Lisäksi erilaisista toimintamalleista ja palveluiden tuottamis- ja järjestämistavoista tiedettiin käytettävän eri yhteyksissä erilaisia käsitteitä. Yksiselitteisen, suoraviivaisen kyselyn tuottaminen ei siksi ollut mahdollista, vaan jouduttiin tekemään useita kysymyksiä, monivalinta -vaihtoehtoja ja keräämään avovastauksia, jotta eri näkemykset saatiin esiin.

Kyselyn valmistelun vaiheessa kunta- ja palvelurakennemuutoksen eteneminen herätti paljon kiinnostusta ja valtakunnalliseen kyselyyn latautui paljon odotuksia. Laajasta kysymysten tarjonnasta kyselyyn otettiin mukaan sellaisia, joissa oli selkeä kytkeä kunta- palvelurakennemuutokseen ja sen perustavoitteisiin. Kyselystä muodostui kuitenkin väistämättä melko laaja, koska haluttiin välttää tilanne, jossa kuntiin suunnattaisiin useita eri tahojen toteuttamia kyselyitä.

Kyselyn valmistelua työstänyt työryhmä raportoi keväällä 2009 kyselyn alustavat tulokset. Työryhmän lisäksi kyselyn teemoihin perehtyi ja niiden raportointiin osallistui asiantuntijoita edellä mainituista organisaatioista, osa hyvinkin suurella panoksella. Joistain teemoista työstetään jatkossa myös artikkeleita ja muita erillisjulkaisuja.

Käytännön toteutus

Kysely toteutettiin elektronisena webropol -muotoisena kyselyinä. Kuntien keskuhallintoon lähetettiin sähköpostiviesti, jonka sisältämä linkki ohjasi kyselyn vastausivulle. Sähköpostiviesti lähetettiin puitelain alaisten kuntien (N=324) keskuhallintoon. Kyselyyn liittyi saatekirje (Liite 2), jossa kyselyn tavoitetta kuvattiin. Lisäksi kyselyn liitteenä oli ohjekirje (Liite 3), jossa oli teknisten ohjeiden lisäksi avattu myös joukko kyselyn kannalta keskeisiä käsitteitä ja määritelmiä ja kuvattu, mitä näillä tarkoitetaan.

Vastausaikaa kyselyyn oli yksi kuukausi. Vastausajan päättyessä 274 kuntaa oli vastannut kyselyyn. Vastausaikaa jatkettiin, mutta vastaukset pyydettiin edelleen ilmoittamaan perustuen 15.3.2009 tilanteeseen. Kaikkiaan 318 kuntaa (98,15 %) vastasi kyselyyn. Osaan I vastasi 318 kuntaa, osaan II vastasi 313 kuntaa

Kyselyssä tiedusteltiin vastaajan ja hänen varahenkilönsä yhteystiedot sekä joissain kysymyksissä erikseen lisätietojen antajan yhteystiedot. Näin varmistettiin

se, että kuntien antamia vastauksia voitiin tarvittaessa tarkentaa jälkepäin. Kyselyn yhteydessä kuntia pyydettiin myös toimittamaan sähköisesti yhteistoiminta-alueiden sopimukset. Yleiskuvan täydentämiseksi kyselyn keskeisimmistä alueista hankittiin tiedot myös Kainuun kunnista erillisellä haastattelukäynnillä.

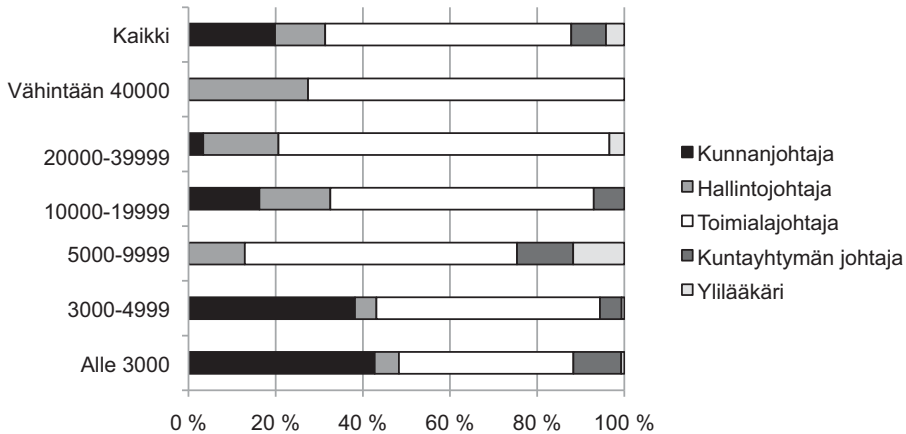
Aineiston kuvaus

Webropol -kyselyn vastaukset tallennettiin excel -tiedostoiksi. Aineistoa käsiteltäessä ilmeni, että se sisälsi osin jo ennakoitujakin puutteellisuuksia ja epäjohtomukaisuuksia. Valmisteluvaiheessa tiedostettu käsitteiden ja määritelmien epäselvyys näkyi vastausten hajanaisuutena. Joidenkin kysymysten osalta vastauksissa oli selvää ristiriitaisuutta, joista keskeisiin kuntien perusratkaisuihin kuuluviin kysymyksiin haettiin jälkikäteen tarkennuksia. Suuri rooli tässä tarkistamistyössä on ollut Kuntaliiton erityisasiantuntija Antti Kuopilan laajalla kuntakentän tuntemuksella. Aineiston analyyseihin yhdistettiin myös kuntia koskevia taustatietoja valtakunnallisista tilastolähteistä ja vuotta 2009 edeltävää aikaa koskevia Stakesin ja Kuntaliiton kokoamia ja ylläpitämiä tietoja Suomen kunnista ja niiden palveluista.

Aineistossa oli myös nähtävissä se, että vuoden 2009 alussa käynnistyneiden yhteistoiminta-alueiden palveluita koskevia päätöksiä ei kunnissa ollut vielä kovin pitkälle ehditty tehdä. Vastaukset jäivätkin siltä osin epätarkoiksi ja niiden täsmentyminen seurannan edetessä on yksi tulevaisuuden haasteista.

Kyselyyn vastanneet edustivat yleishallintoa (kunnan- ja kaupungin johtajat), toimialajohtoa ja kuntayhtymäjohtoa. Lisäksi osa vastaajista oli ilmoittanut asemakseen ylläääkäri / vastaava lääkäri. Kaikkia kuntia tarkasteltaessa suurin vastaajaryhmä (57 %) olivat toimialajohtajat. Toiseksi suurin ryhmä oli kunnan- / kaupunginjohtajat (20 %) ja kolmanneksi suurin hallintojohtajat (12 %).

Kuntakokoluokittain vastaajat jakautuivat siten että pienissä, alle 3000 asukkaan kunnissa kunnanjohtaja oli yleisin vastaajaryhmä (43 %), toimialajohtajien ollessa lähes yhtä yleinen vastaajaryhmä (40 %). Kunnanjohtajien määrä vastanneiden joukossa vähenee kuntakoon kasvaessa. (Kuvio 1)



Kuvio 1. Kyselyyn vastanneiden ammattiasema kuntakokoluokittain.

Kyselyn raportointi

Kyselyllä koottu aineisto kuvaa kuntien palveluiden tilannetta ja muutoksen etene- mistä 15.3.2009 tilanteessa. Osin aineiston avulla on mahdollista tehdä ainoastaan tilanteen peruskartoitusta, eikä kyselyn kaikista tuloksista voida tehdä pitkälle meneviä johtopäätöksiä. Kyselyn valmisteluryhmässä on kuitenkin sovittu, että koko aineisto raportoidaan.

Kyselyn raportti muodostuu teemallisesti siten, että ensin tarkastellaan muutosten tuloksena syntyviä palvelurakenteita luvussa 4. Sen jälkeen rakenteita tarkastellaan kuntien välisten rajojen ja sosiaali- ja terveyspalveluiden järjestämisen näkökulmasta luvuissa 5 ja 6. Palveluiden organisointitapoja tarkastellaan luvussa 7. Luvussa 8 tuodaan esiin kyselyssä kartoitettuja henkilöstöön liittyviä näkökulmia, ja luvussa 9 tehdään katsaus hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen rakenteisiin. Luku 10 kokoaa kuntien uusia palveluiden tuottamisen ratkaisuja ja innovaatioita, palveluiden taloudellisen perustan varmistamisen käytäntöjä sekä uudistuksen tuottamia hyötyjä ja ongelmia kuntien arvioimina. Lopuksi luvussa 11 tehdään yhteenvetoa ja esitetään päätelmiä.

4 Muutosten tuloksena syntyvä palvelurakenne

Aineiston keruussa lähtökohtana pidettiin 15.3.2009 tehtyjen päätösten mukaan vallinnutta tilannetta. Tiedossa kuitenkin oli, että monia ratkaisuja tehtiin pian sen jälkeen. Koska tässä luvussa esitetään hyvin keskeiset sosiaali- ja terveyspalveluiden järjestämiskäytännön muutosta koskevat tiedot, tarkasteluun on sisällytetty 30.9.2009 mennessä tapahtuneiksi tiedetyt muutokset. Lisäksi tämän luvun avaintietoihin on yhdistetty Kainuun maakuntakokeilussa mukana olevan 9 kunnan tiedot.

4.1 Muutoksen lähtökohdat

Sosiaali- ja terveyspalveluiden järjestämisen rakenteen muotoutumista ohjaa puitelaki. Lain 4 § määrittelee kuntien käytettävissä olevat keinot niiden pyrkimässä puitelain toteuttamiseen ja 20 000 asukkaan väestöpohjavaatimuksen täyttämiseen. Vaihtoehtoja ovat kuntarakenteen vahvistaminen kuntien yhdistymisten kautta, palvelurakenteiden vahvistaminen kokoamalla kuntaa laajempaa väestöpohjaa edellyttävät palvelut ja kuntien yhteistoiminnan lisääminen. Lain 5 § ohjaa näiden alueiden muodostamista asettamalla tavoitteeksi toiminnallisen kokonaisuuden, jolla on taloudelliset ja henkilöstövoimavaroihin perustuvat edellytykset vastata palveluiden järjestämisestä ja rahoituksesta. Yhteistoiminnan lisääminen voidaan toteuttaa muodostamalla toiminnallisesta kokonaisuudesta muodostuva yhteistoiminta-alue. Yhteistoiminta-alue on lain mukana käyttöön tullut uudiskäsite, yhteinen nimi kahdelle vaihtoehdoiselle tavalle rakentaa kuntien välinen yhteistyö sosiaali- ja terveyspalveluiden järjestämisessä. Nämä kaksi tapaa ovat kuntayhtymän muodostaminen sekä ns. isäntäkuntamallin mukainen yhteistoiminnan organisointi.

Sekä valtioneuvoston palautteessa¹⁶ kunnille kesällä 2008 että Sosiaali- ja terveysministeriön (STM) ja Kuntaliiton kunnille 8.3.2008 lähettämässä kuntakirjeessä¹⁷ korostettiin sosiaali- ja terveydenhuollon integraatiota. Tällä tarkoitettiin perusterveydenhuollon ja sosiaalipalveluiden yhteisiä kokonaisuuksia. Puitelain mukaisiksi ei katsota ratkaisuja, joissa kunta ei siirtäisi yhteistoiminta-alueelle lainkaan sosiaalitoimen tehtäviä tai joissa yhteistoiminta-alueella ei olisi mitään koko

¹⁶ VM 007:02/2008. Valtioneuvoston palaute kunta- ja palvelurakennemuutoksen etenemisestä

¹⁷ STM ja Kuntaliitto 2008. Kunta- ja palvelurakennemuutoksen edellyttämien toimeenpanosuunnitelmien valmistelu kunnissa

alueelle yhteisiä sosiaalitoimen tehtäviä. Sosiaali- ja terveydenhuollon integraatio vaarantuisi tilanteissa, joissa yhteistoiminta-alueen kunnat siirtäisivät keskenään erilaisia sosiaalihuollon kokonaisuuksia yhteistoiminta-alueen hoidettavaksi.

4.2 Puitelain säädökset

Kunta- ja palvelurakennemuutoksen yleisenä tavoitteena on ollut toteuttaa siirtymä kohti aikaisempaa suurempia palveluiden järjestämisyksiköitä joko kuntaliitosten tai yhteistoiminta-alueiden muodostamisen kautta. Yhteistoiminta-alueista säädetään puitelain 5 §:ssä seuraavasti:

Kuntien yhteistoiminnan vahvistamiseksi kunnat voivat perustaa toiminnallista kokonaisuudesta muodostuvan 3 ja 4 momentissa tarkoitetun yhteistoiminta-alueen. Kunnat voivat sopia, että yhteistoiminta-alueen tehtävät annetaan kuntalain¹⁸ 76 §:n 2 momentin mukaisesti alueen yhden kunnan hoidettavaksi, jolloin tehtävien hoitamista varten perustetaan kuntalain 77 §:ssä tarkoitettu alueen kuntien yhteinen toimielin, tai että yhteistoiminta-alueen tehtävät hoitaa kuntayhtymä.

Kunnassa tai yhteistoiminta-alueella, joka huolehtii perusterveydenhuollosta ja siihen kiinteästi liittyvistä sosiaalitoimen tehtävistä, on oltava vähintään noin 20 000 asukasta.

Väestöpohjavaatimuksesta poikkeamisesta puitelaki taas säätelee 5 §:ssä seuraavat perusteet:

Kunnan ja yhteistoiminta-alueen muodostamiselle 3 ja 4 momentissa säädettyistä edellytyksistä voidaan poiketa, jos:

- 1) toiminnallisen kokonaisuuden muodostaminen ei saaristoisuuden tai pitkien etäisyyksien vuoksi ole 1 ja 2 momentissa säädetyllä tavalla mahdollista;*
- 2) se on tarpeen suomen- tai ruotsinkielisten asukkaiden kielellisten oikeuksien turvaamiseksi; tai*
- 3) se on tarpeen saamelaisten kieltä ja kulttuuria koskevien oikeuksien turvaamiseksi.*

Lain 6 §:ssä taas säädetään laajaa väestöpohjaa edellyttävien palveluiden järjestämisestä. Kuntien tulee kuulua näitä palveluita järjestäviin kuntayhtymiin, joille voidaan erikoissairaanhoidon ja erityishuollon lisäksi antaa myös näitä palvelukokonaisuuksia laajempi palveluiden järjestämisvastuu. Tämä pykälä mahdollistaa erikoissairaanhoidon ja erityishuollon rakenteiden yhdistämisen.

¹⁸ Kuntalaki 17.3.1995/365

Puitelain 10§:ssä ja sitä täsmentävässä asetuksessa¹⁹ annetaan määräykset lain edellyttämiä muutoksia koskevien toimeenpanosuunnitelmien esittämisestä valtioneuvostolle viimeistään 31.8.2007 mennessä. Vaadittuihin tuolloin toimitettuihin toimeenpanosuunnitelmiin tuli sisällyttää väestö- ja palvelutarveanalyysi vuosille 2015 ja 2025, kunnan taloussuunnitelma sekä suunnitelma palvelurakennemuutoksen toteutuksesta.

4.3 Kuntaliitoksista syntyneet ja syntymässä olevat muutokset

Se, että palveluiden järjestämisessä vaadittiin 20 000 asukkaan väestöpohja ja että kunnille tarjottiin samaan merkittävät taloudelliset kannustimet kuntaliitoksiin, johti vuodenvaihteessa 2008-2009 maan historian suurimpaan kuntaliitosten muutosaaltoon.

Vuoden 2009 alusta kuntaliitoksia toteutui yhteensä 32 ja niissä oli mukana kaiken kaikkiaan 99 kuntaa (Taulukko 1).

Taulukko 1 Luettelo 1.1.2009 yhdistyneistä kunnista sekä liitoksen jälkeen toimiviksi jäävien kuntien nimet sekä liitoksen jälkeiset asukasluvut

Yhdistyneet kunnat	Kunta 1.1.2009	Asukasluku (31.12.2008)
Alajärvi – Lehtimäki	Alajärvi	10 634
Eura – Kiukainen	Eura	12 576
Huittinen - Vampula	Huittinen	10 703
Hämeenlinna – Hauho - Kalvola - Lammi - Renko - Tuulos	Hämeenlinna	66 131
Joensuu - Eno - Pyhäselkä	Joensuu	72 433
Jyväskylä - Jyväskylän mlk - Korpilahti	Jyväskylä	128 028
Jämsä – Jämsänkoski	Jämsä	23 167
Kaarina -Piikkiö	Kaarina	30 347
Kauhava - Alahärmä - Ylihärmä - Korttesjärvi	Kauhava	17 773
Kemiö - Dragsfjärd - Västanfjärd	Kemiönsaari	7 303
Kokkola - Lohtaja - Ullava - Kälviä	Kokkola	45 644
Kouvola - Anjalankoski - Kuusankoski - Valkeala - Jaala - Elimäki	Kouvola	88 436
Kurikka – Jurva	Kurikka	14 749
Lappeenranta - Joutseno	Lappeenranta	70 313
Lohja – Sammatti	Lohja	39 133

¹⁹ Asetus kunta- ja palvelurakennemuutosta koskevien tietojen toimittamisesta valtioneuvostolle. 15.2.2007

Yhdistyneet kunnat	Kunta 1.1.2009	Asukasluku (31.12.2008)
Loimaa - Alastaro - Mellilä	Loimaa	17 102
Parainen - Houtskari - Iniö - Korppoo - Nauvo	Länsi-Turunmaa	15 405
Masku - Lemu - Askainen	Masku	9 383
Mänttä – Vilppula	Mänttä-Vilppula	11 645
Naantali - Rymättylä - Merimasku - Velkua	Naantali	18 391
Oulu – Ylikiiminki	Oulu	137 061
Pöytyä – Yläne	Pöytyä	8 397
Tammisaari - Karjaa - Pohja	Raasepori	28 834
Rauma – Lappi	Rauma	39 747
Rusko - Vahto	Rusko	5 758
Saarijärvi - Pylkönmäki	Saarijärvi	10 730
Salo - Halikko - Kiikala - Kisko - Kuusjoki - Muurla - Periniö- Pertteli - Suomensjärvi	Salo	54 777
Vammala - Äetsä - Mouhijärvi	Sastamala	24 519
Savonlinna - Savonranta	Savonlinna	27 828
Seinäjoki - Nurmo - Ylistaro	Seinäjoki	56 211
Kestilä - Piippola - Pulkkila - Rantsila	Siikalatva	6 394
Ylöjärvi – Kuru	Ylöjärvi	29 762

Lähde: Kuntaliitto 2009

Lisäksi päätöksiä on tehty yhteensä kahdeksasta kuntaliitoksesta, jotka toteutuvat vuosina 2010 - 2013 (Taulukko 2). Toteutuvista kuntaliitoksista pääosa on kahden kunnan liitoksia. Kaiken kaikkiaan liitoksissa on mukana yhteensä 19 kuntaa.

Taulukko 2 Vuosina 2010-2013 toteutuvat kuntaliitokset

Kuntaliitos 2010	Väkiluku yhteensä
Pori – Noormarkku	82 500
Kalajoki – Himanka	12 500
Lappeenranta – Ylämaa	71 700
Loviisa - Pernaja - Ruotsinpyhtää – Liljendal	15 700
Kuntaliitos 2011	Väkiluku yhteensä
Kuopio – Karttula	95 500
Eura – Köyliö – Säskylä	20 300
Kuntaliitos 2013	Väkiluku yhteensä
Lohja – Karjalohja	40 500
Oulu - Yli-li	139 300

Lähde: Kuntaliitto 2009

Kuntaliitosten seurauksena tapahtuvista kuntarakenteen muutoksista vuoteen 2013 mennessä on koottu tiivistelmä taulukkoon 3. Luvut perustuvat oletukseen, että taulukossa 2. esiteltävät kuntaliitokset toteutuvat, mutta näiden lisäksi ei toteutuisi muita liitoksia.

Taulukko 3. Kuntarakenteen kehitys vuosina 2005, 2009 ja 2013

	2005		2005		2009		2009		2013		2013	
	Kuntien lkm	%	Asukkaita	%	Kuntien lkm	%	Asukkaita	%	Kuntien lkm	%	Asukkaita (enn)	%
Alle 3000	123	29,6	230798	4,4	79	23,8	161180	3,0	76	23,7	154474	2,9
3000 – 4999	84	20,2	327768	6,3	64	19,3	253094	4,8	56	17,4	218394	4,1
5000 – 9999	108	26,0	779992	15,0	90	27,1	657104	12,4	86	26,8	616737	11,5
10000 – 19999	48	11,5	661594	12,7	44	13,3	637072	12,0	44	13,7	626604	11,6
20000 – 39999	35	8,4	972111	18,7	32	9,6	892000	16,8	34	10,6	918961	17,1
40000 tai enemmän	18	4,3	2237816	43,0	23	6,9	2698556	50,9	25	7,8	2850916	52,9
Alle 20000 asyht	363	87,3	2000152	38,4	277	83,4	1708450	32,2	262	81,6	1616209	30,0
Kaikki yhteensä	416	100,0	5210079	100,0	332	100,0	5299006	100,0	321	100,0	5386086	100,0

(Vuoden 2013 kuntatiedoissa on otettu huomioon vuoteen 2013 mennessä toteutuviksi vahvistetut kuntaliitokset)

4.4 Vahvistuneiden kuntaliitosten lisäksi käynnissä olevat kuntaliitosselvitykset

Edellä esiteltyjen toteutuneiden tai toteutuviksi päätettyjen kuntaliitosten lisäksi saatujen tietojen mukaan syyskuussa 2009 oli käynnissä kuntaliitosselvityksiä ainakin yhteensä 12 paikkakunnalla (taulukko 4). Niissä on mukana yhteensä 35 kuntaa. Selvityksistä 10 on kahden kunnan välisiä, yksi kuuden kunnan välinen ja yksi yhteensä kymmenen kunnan välinen kuntaliitosselvitys.

Taulukko 4. Käynnissä olevia kuntaliitosselvityksiä; tilanne syyskuussa 2009-09-28

Kahden kunnan selvitykset	Väkiluku yhteensä
Maalahti – Korsnäs	7 700
Raisio – Rusko	29 900
Hamina – Vironlahti	25 100
Kotka – Pyhtää	59 800
Lapinlahti – Varpaisjärvi	10 600
Iitti – Artjärvi	8 600
Akaa – Kylmäkoski	16 800
Uusikaupunki – Taivassalo	17 600
Helsinki – Vantaa	772 000
Kangasala – Kuhmalahti	29 300
Kuuden kunnan selvitys	
Oulu - Haukipudas - Kiiminki – Muhos - Oulunsalo - Yli-Ii	188 800
Kymmenen kunnan selvitys	
Lahti - Artjärvi - Hartola - Heinola - Hollola - Hämeenkoski - Kuhmoinen - Kärkölä - Nastola - Padasjoki	175 300

Lähde: Kuntaliitto 2009.

Jos kaikki selvitysprosessit johtaisivat kuntaliitoksiin siten, että jokaisen tuloksena syntyisi yksi kunta, kuntien lukumäärä vähenisi 24 kunnalla siitä, mihin jo vahvistettujen kuntaliitosten toteutuminen johtaa.

Toteutuessaan kuntaliitokset vaikuttaisivat jonkin verran jäljempänä esiteltävään yhteistoiminta-alueiden karttaan. Kaksi sellaista kuntaa, joilla tilanne on tois-
taiseksi auki, siirtyisi kuntaliitoksen tuloksena kuntaan, jolla olisi vaadittava 20 000
asukkaan väestöpohja. Lapinlahden ja Varpaisjärven kuntaliitos johtaisi vain run-
saan 10 000 asukkaan kunnan syntymiseen. Muut kuntaliitosselvityksissä mukana
olevat kunnat ovat esittäneet kukin vahvistetut suunnitelmat väestöpohjiltaan vä-
hintään 20 000 asukkaan yhteistoiminta-alueiden muodostamisesta.

4.5 Yhteistoiminta-alueiden muodostaminen kuntien ratkaisuna vaaditun 20 000 asukkaan väestöpohjan saavuttamiseksi

4.5.1 Kuntien perusratkaisut

Kunnilla oli kunta- ja palvelurakennemuutoksia suunnitellessaan vuosina 2007–2008 siis kolme puitelain mukaista vaihtoehtoa:

- 1) Jatkaa perusterveydenhuollon ja siihen kiinteästi liittyvien sosiaalitoimen tehtävien järjestämistä itsenäisesti, mikäli 20 000 asukkaan väestöpohjavaatimus täyttyy.
- 2) Muodostaa yhteistoiminta-alue, joko kuntayhtymä- tai isäntäkuntamallipohjalta.
tai
- 3) Jatkaa perusterveydenhuollon ja siihen kiinteästi liittyvien sosiaalitoimen tehtävien järjestämistä itsenäisesti vedoten maantieteellisten olosuhteiden tai kielellisten ja saamenkielisten kohdalla myös kulttuuristen olojen perusteisiin (hallituksen esityksessä ²⁰ mainitut kunnat).

Puitelain 5 §:n sanamuoto ei ottanut yksityiskohtaisesti kantaa maantieteellisten olosuhteiden kriteereihin, vaan laissa puhutaan saaristaisuudesta ja pitkestä etäisyyksistä. Kielellisten oikeuksien tai saamelaisen kulttuurin turvaamisestakaan ei annettu yksityiskohtaisia kriteerejä tai linjauksia.

Vastaukset saatiin yhteensä 318 kunnalta. Koska kuntien perusratkaisussa on kyse kunta- ja palvelurakennemuutoksen kannalta hyvin keskeisestä kysymyksestä, tieto 30.9.2009 mennessä tehdystä ratkaisusta tai sellaisen puuttumisesta hankittiin eri teitä myös niistä kunnista, jotka eivät vastanneet koko kyselyyn. Lisäksi tässä luvussa esiteltäviin tietoihin on liitetty mukaan Kainuun maakuntaa ja sen kuntia koskevat tiedot, vaikka puitelaki ei koskenutkaan erityislain pohjalta sosiaali- ja terveystalouden järjestäviä maakunnan kuntia. Näin kyselyn tietoja täydentäen saadaan lopputulokseksi melko kattava kokonaiskuva Manner-Suomen tilanteesta. Ahvenanmaa, jota puitelaki ei koske, on tarkastelun ulkopuolella.

Kaikki kunnat eivät olleet saaneet tehdyksi puitelain 5 §:n väestöpohjavaatimuksen edellyttämiä ratkaisuja. Niiden kuntien tilanteita, joilla ratkaisu näytti olevan auki, kartoitettiin eri keinoin 30.9.2009 asti. Lopulta jouduttiin 21 kuntaa luokittelemaan sellaisiksi, joilla ratkaisu oli edelleenkin auki. Itse asiassa 15.3.2009 ja 30.9.2009 välise-

²⁰ HE 155/2006. Hallituksen esitys Eduskunnalle laiksi kunta- ja palvelurakennemuutuksesta sekä laeiksi kuntajakolain muuttamisesta ja varainsiirtoverolain muutoksesta.

nä aikana varmistui eräiden yhteistoiminta-alueiden syntyminen, mutta toisaalta kevään kyselyssä toteutuviksi ilmoitettuja yhteistoiminta-alueiden muodostamissuunnitelmia ja – päätöksiä ehti myös kariutua. Auki olemisen lisäksi kuntien ratkaisujen luokittelua vaikeuttivat vastauksissa käytetyt epäselvät tai epätarkat ilmaukset. Lisäksi hämmennystä syntyi siitä, että yhteisiin yhteistoiminta-alueisiin liittyviksi päätyviltä kunnilta saatiin joissakin tapauksissa keskenään ristiriitaisia tietoja.

Osalla yhteistoiminta-alueen muodostavista kunnista oli olemassa varmistetut päätökset siitä, että yhteistoiminta-alue muodostetaan, mutta suunniteltu yhteistoiminta-alueen hallintomallista (kuntayhtymä vai isäntäkuntamalli) oli kesken. Osalla kunnista oli puolestaan auki kysymyksiä siitä, missä laajuudessa sosiaalipalveluiden järjestämisvastuu tulisi kuulumaan yhteistoiminta-alueelle. Näiden yhtäältä päätettyjen mutta toisaalta ratkaisuiltaan osin auki olevien kuntien kuvaamiseen kehitettiin erityiset luokittelutavat.

Niissä 21 kunnassa, joiden luokittelukoodiksi jouduttiin merkitsemään ”asia on perusratkaisultaan auki” on yhteensä noin 147 000 asukasta. Lisäksi yhdeksän kuntaa toimii sellaisissa kuntayhtymissä tai isäntäkuntamallin mukaisissa yhteistoimintaorganisaatioissa, joissa väestöpohjavaatimus ei täyty, eikä maantieteellisiin tai kielellisiin poikkeusperusteisiin vetoamiselle näyttäisi olevan erityisiä perusteita.

Vuoden 2009 keväällä Manner-Suomessa oli 332 kuntaa. Vuonna 2013 kuntien lukumäärä tulee olemaan 321, ellei jo varmistuneiden lisäksi tapahdu lisää kuntaliitoksia. Taulukossa 5 kuntien perusratkaisut on jaettu perusteiden mukaisiin luokkiin.

Taulukko 5. Yleiskuva kuntien ratkaisuista väestöpohjavaatimuksen suhteen; asukasluvut ja kuntien lukumäärät laskettu vuoden 2013 kuntaliitosratkaisujen ja väestöennusteiden mukaisina.

Kunnan perusratkaisu (viimeistään vuonna 2013)	Kuntien lkm	Kuntien jakauma %	Asukkaiden lkm	Asukkaiden jakauma %
Järjestää yksin, väestöpohja yli 20000	36	11,2	2777128	51,6
Järjestää yksin, väestöpohja alle 20000; vetoaa poikkeusperusteisiin	21	6,5	135884	2,5
Mukana yhteistoiminta-alueessa, väestöpohjaksi yli 20000	230	71,7	2261065	42,0
Mukana yhteistoiminta-alueessa, väestöpohjaksi alle 20000	13	4,0	56648	1,1
Ratkaisu on edelleen auki (syyskuu 2009)	21	6,5	155361	2,9
YHTEENSÄ	321	100,0	5386086	100,0

Kuntien valtaenemmistö, 72 % tulee olemaan mukana yhteistoiminta-alueissa. Maan väestöstä näissä kunnissa, joiden joukossa on suuri määrä maan pienimpiä kuntia, tulee olemaan 42 %. On syytä muistaa, että tässä kuntaryhmässä on mukana myös joukko suuria kaupunkeja, jotka luokitellaan yhteistoiminta-alueissa mukana oleviksi sen vuoksi, että pienet naapurikunnat järjestävät näiden kanssa pal-

velunsa isäntäkuntamallin mukaisesti. Itsenäisesti poikkeusperusteisiin vetoamalla palvelunsa järjestäviä kuntia on 21, ja näissä on 2,5 % maan väestöstä. Kunnista 13 tulee olemaan mukana yhteistoiminta-alueissa, joissa yhteinen väestöpohja tulee jäämään alle 20 000 asukkaan. Näistä yhdeksän kuntaa vetoaa yhteistoiminta-alueen muodostaessaankin maantieteellisiin poikkeusperusteisiin.

Taulukko 5 kuvaa kuntien jakaumat. Julkisuudessa on jo ehditty ennakoita, että uudistuksen tuloksena ”terveyskeskusten lukumäärä” tulee laskemaan noin puoleen aikaisemmasta. Terveyskeskus ei riitä käsitteenä kattamaan sitä palvelukokonaisuutta, joka muodostuu perusterveydenhuollosta sekä saman järjestämistä vastuun alaisuuteen tulevista sosiaalipalveluista, joihin kuuluvat joko kaikki sosiaalipalvelut tai osa niistä.

Taulukkoon 6 on koottu yleiskuva siitä, mitä tapahtuu laissa tarkoitetun palvelukokonaisuuden järjestämistä vastuussa toimivien yksiköiden lukumäärälle vuosien 2005, 2009 ja 2013 sarjana. Vuoden 2005 tiedot koskevat terveyskeskuksia, ja vuosien 2009 ja 2013 tiedot terveyskeskuksia sekä lain mukaisia yhteistoiminta-alueita. Käytännössä yhden kunnan järjestämistä vastuulle jäätäessä ”terveyskeskukset” ovat tuossa vaiheessa kahta kaupunkia lukuun ottamatta sosiaali- ja terveyskeskuksia, perusturvakeskuksia tai vastaavia yhdistettyjä palveluorganisaatioita.

Taulukko 6. Eri tavoin palvelut järjestävien perusterveydenhuollon ja sosiaalipalveluiden palvelukokonaisuuksien lukumäärän ja niiden asukaslukujen kehitys 2005-2013

	2005				2009				2013			
	Terv kesk lkm	%	Asukkaita	%	Terv kesk lkm	%	Asukkaita	%	Terv kesk lkm	%	Asukkaita (enn)	%
Yhden kunnan terveyskeskuksia/palvelukokonaisuuksia	188	72,6	3742470	73,1	71	36,6	3653736	69,0	56	43,4	2917990	54,2
Kuntayhtymäpohjaisia terveyskeskuksia/palvelukokonaisuuksia	66	25,5	1426041	27,9	74	38,1	848903	16,0	26	20,2	853492	15,8
Isäntäkuntamalliin (tai vastaavaan) perustuvia	5	1,9	50081	1,0	49	25,3	796367	15,0	31	24,0	1464221	27,2
Vuoden 2013 ratkaisu on vielä auki									16	12,4	150383	2,8
Terveyskeskuksia/palvelukokonaisuuksia yhteensä	259	100,0	5120079	100,0	194	100,0	5299006	100,0	129	100,0	5386086	100,0
Yhden kunnan järjestämistä vastuun alle 20000 as väestöpohjilla	201	77,6	1567125	30,6	86	44,330	656685	12,4	22	17,1	155740	2,9

Terveyskeskusten, tai vastaavassa järjestämisvastuussa laajentuneesta perusterveydenhuollon ja sosiaalipalveluiden järjestämisvastuussa olevien yksiköiden lukumäärä laskee taulukon mukaan alle puoleen vuoden 2005 tilanteesta vuoteen 2013 mennessä. Lopullinen lukumäärä asettunee noin 120:n paikkeille, kun myös ne kunnat, joissa tilanne on vielä edelleen auki, ovat löytäneet ratkaisunsa.

Taulukko osoittaa, että isäntäkuntamallin mukainen organisointi nousee kuntien välisen yhteistyön perusratkaisuksi sekä organisaatioiden lukumäärän että näiden kattaman asukkaiden määrien valossa. Kuntayhtymien lukumäärä sekä kuntayhtymiin kuuluvien kuntien yhteen laskettu asukkaiden määrä vähenevät. Samoin vähenevät tässä tarkasteltavat palvelut itsenäisesti järjestävien kuntien määrä ja näissä olevien asukkaiden yhteen laskettu määrä.

4.5.2 Yhteistoiminta-alueet – osaksi entisiä, osaksi uusia rakenteita

Isäntäkuntamallin mukainen kuntien yhteistoiminta-organisaatio on sosiaali- ja terveyspalveluiden järjestämisessä suhteellisen uusi. Mallin nimen oletetaan muutuvan ”vastuukuntamalliksi” lähitulevaisuudessa. Vuonna 2005 maan kunnista 16 toteutti yhteensä viidessä yhteisessä organisaatiossa perusterveydenhuollon palveluiden järjestämisen tällä nimellä kutsuttavalla järjestelyllä tai ostopalvelujärjestelyllä, joka vastasi ratkaisultaan ja kunnallisen päätöksenteon ohjauksen puolesta isäntäkuntamallia.

Isäntäkuntamalli yleistyy vuoteen 2013 mennessä kuntayhtymän rinnalle tärkeäksi vaihtoehdoksi organisoida yhteistoiminta. Kuntayhtymiin näyttäisi jäävän isäntäkuntamallin mukaisiin organisaatioihin verrattuna enemmän kuntia, mutta isäntäkuntamallin mukaisia organisaatioita tulee olemaan lukumääräisesti enemmän kuin kuntayhtymiä.

Uudistuksen aikana on vallinnut epätietoisuutta siitä, voisivatko erilaiset liikelaitospohjaiset kuntien yhteenliittymät olla isäntäkuntamallin ja kuntayhtymän rinnalla kolmiansa vaihtoehtoja organisoida yhteistoiminta-alueen hallinto. Lakeja on tulkittu niin, että kunnallista päätöksentekovaltaa käyttävän ja järjestämisvastuun kantavan organisaation on perustuttava joko isäntäkuntamalliin tai sen on oltava muodoltaan kuntayhtymä. Liikelaitos sopii ratkaisuna palveluiden tuottamisen organisaatiolle.

Vuoden 2005 järjestämisratkaisujen vertailu vuoden 2013 ratkaisuihin osoittaa myös isäntäkuntamallin osuuden huomattavaa kasvua. Taulukossa 7. on verrattu kyseisten vuosien järjestämisratkaisuja niissä kunnissa, jotka tulevat olemaan kuntaliitosten jälkeen olemaan nykytietojen mukaan itsenäisiä, ja joille voitiin kyselyn sekä muiden täydentävien tietojen avulla määrittää puitelain mukainen ratkaisu vuodelle 2013. Taulukon luvuista puuttuvat kunnat ovat niitä, joiden ratkaisu on auki tai ne vetoavat poikkeusperusteisiin.

Taulukko 7. Vuoden 2005 tilanteen mukaisten perusterveydenhuollon järjestämiskäytösten yhteys 2013 toteutuviksi määritettyihin perusterveydenhuollon ja siihen läheisesti liittyvien sosiaalipalveluiden järjestämiskäytösiin niillä kunnilla, joille on voitu määrittää puitelainen mukainen ratkaisu vuonna 2013

Järjestämiskäyttö vuonna 2005	Järjestämiskäyttö vuonna 2013			
	Kunta itsenäisesti	Kuntayhtymä	Isäntäkuntamalli	Yhteensä
Kunta itsenäisesti	50	37	53	140
Kuntayhtymä	9	88	51	148
Isäntäkuntamalli tai vastaava järjestely			7	7
Yhteensä	59	125	111	295

Itsenäisesti tarkasteltavat palvelut vuonna 2005 järjestäneistä vertailussa mukana olevista 140 kunnasta 90 tulee olemaan yhteistoiminta-alueen jäsenkunta vuonna 2013. Näistä yhteistoiminta-alueen organisaatiomuodoksi valitsee 53 kuntaa (59 %). Kuntayhtymään kuuluneista 148 kunnasta yhteistoiminta-alueen jäsenkuntia tulee olemaan 139. Näistä puolestaan 59 %:lla organisaatiomuotona tulee olemaan edelleen kuntayhtymä.

4.6 Sosiaalipalveluiden sijoittuminen

4.6.1 Sosiaalipalveluiden sijoittumisen perusratkaisut yhteistoiminta-alueita muodostettaessa

Puitelain mukaan kunnat veloitetaan järjestämään perusterveydenhuolto ja siihen läheisesti liittyvät sosiaalipalvelut yhteistoiminta-alueen avulla, ellei 20 000 asukkaan väestöpohja täyty. Juridis-hallinnollisia linjauksia siitä, mitkä sosiaalipalvelut kuuluvat lain veloitteen piiriin, ei ole. Kunnille on suositeltu STM:n ja Kuntaliiton kirjelmässä²¹ palveluiden integroimista yhteisen järjestämävastuun alaisuuteen. Kysymys sosiaalipalveluiden sijoittumisesta tai niiden jakautumisesta onkin herättänyt paljon huomiota ja keskustelua.

Taulukossa 8. on esitetty aikaisempien aikasarjojen kaltainen tarkastelu siitä, miten sosiaali- ja terveystoimen hallinnollinen suhde kehittyy neljän vuoden välein ajanjaksona 2005, 2009 ja 2013. Lähtökohtana on, että vuonna 2013 sosiaalitoimen palveluiden järjestämävastuun tulee kuulua ainakin joltakin osin perusterveydenhuollon yhteyteen yhteistoiminta-alueiden ratkaisuisissa koko maassa.

²¹ STM ja Kuntaliitto Kunta- ja palvelurakenneuudistuksen edellyttämien toimeenpanosuunnitelmien valmistelu kunnissa.

Hallinnollis-juridiseksi tulkintakysymykseksi jää, kuinka suhtaudutaan puitelain poikkeusperusteisiin vetoaviin kuntiin, jotka järjestävät perusterveydenhuollon väestöpohjaltaan pienissä kuntayhtymissä. Nämä kunnat eivät ainakaan kyselyssä esittäneet suunnitelmia sosiaalipalveluiden mukaan ottamisesta.

Taulukossa on käytetty termiä ”kokonaan yhdistetty” silloin, kun sosiaalipalvelut ovat mukana yhteisessä järjestämisorganisaatiossa siten, että kuntaan ei jää omaa sosiaalitoimen organisaatiota. Taulukossa ei ole otettu huomioon lasten päivähoidon perusterveydenhuollon kanssa yhteisen järjestämisvastuun piiriin, jos sosiaalipalvelut ovat muilta osiltaan kokonaan mukana. Lasten päivähoidon siirtäminen opetustoimen vastuulle on yleistynyt. Siksi kysymystä päivähoidon sijoittamisesta järjestämisvastuun siirtymässä yhteistoiminta-alueelle on pidettävä osin tulokinnanvaraisena.

Sosiaali- ja terveystoimen kokonaan yhdistäneiden kuntien lukumäärä vaihtelee 43 – 58 %:n välillä käyden vuoden 2009 tilanteessa korkeimmillaan lähes 65 %:ssa. Samanlainen väliaikainen nousu vuonna 2009 tapahtuu myös silloin, kun asiaa tarkastellaan asukas pohjien avulla. Lasku vuoteen 2013 tultaessa johtuu siitä, että niissä kunnissa, joissa asia oli vuonna 2009 auki, tulee todennäköisesti tapahtumaan siirtymiä sosiaali- ja terveystoimen vuonna 2009 kokonaan yhdistäneiden kuntien joukosta sellaisten yhteistoiminta-alueiden joukkoon, joilla sosiaalitoimi kuitenkin jakautuu. Tarkkaa tietoa lopullisesta kehityksestä ei voida vielä kuitenkaan saada, koska osalla yhteistoiminta-alueiden organisaatioita on vielä päättämättä, miten sosiaalipalvelut sijoittuvat.

4.6.2 Palvelukokonaisuuksien hajoaminen sosiaalipalveluiden järjestämisvastuun jakautuessa

Aineistosta selvitettiin myös, näyttäisikö sosiaalipalveluiden järjestämisvastuun jakautuminen johtavan palvelukokonaisuuksien hajoamisiin. Erillistarkasteluna karotettiin, kuinka usein järjestämisvastuu jakautuu lasten ja vanhusten palveluiden kokonaisuuksien sisällä.

Koska varhaiskasvatus on jo useissa kunnissa siirretty tai siirtymässä opetustoimeen, tarkasteltiin lasten palveluissa perheneuvolan, lastensuojelun ja lastenvalvojan tehtävien kokonaisuutta. Kuntien ilmoituksen mukaan näissä palveluissa järjestäjätaho jakautuu peruskunnan ja yhteistoiminta-alueen välillä yhteensä 52 kunnassa (360 000 asukasta). Järjestämisvastuu jakautuu pääasiassa perheneuvolan palveluissa. Lastensuojelun ja lastenvalvojan tehtävät on järjestetty varsin yhteinäisesti nyt ja tulevaisuuden suunnitelmissa.

Vanhusten palveluissa (kotipalvelu, kotisairaanhoido, tukipalvelut, palveluasuminen, vanhainkotihoito, omaishoito) eri järjestäjätahoille jakautuvia palveluita on

Taulukko 8. Sosiaali- ja terveystoimen hallinnollisen suhteen kehitys 2005-2013; kuntien lukumääriä ja väestöpohjia

	2005			2009			2013					
	Kuntien lkm	%	Asukkaita	%	Kuntien lkm	%	Asukkaita	%	Kuntien lkm	%	Asukkaita (enn)	%
Kunta järjestää itse sekä pth:n että sosiaalityötoimen, hallinnot erilliset	17	4,1	1120874	21,5	2	0,6	594868	11,2	2	0,6	593641	11,0
Kunta järjestää itse sekä pth:n että sosiaalityötoimen, hallinnot yhdistetty	171	41,1	2621596	50,3	124	37,3	3058868	57,7	55	17,1	2319371	43,1
Pth:n järjestää kuntayhtymä, sosiaalityötoimen peruskunta	208	50,0	1343827	25,8	59	17,8	321578	6,1	0	0,0	0	0,0
Pth:n sekä osan sosiaalityötoimesta järjestää kuntayhtymä; muu osa sosiaalityötoimesta peruskunnan vastuulla	0	0,0	0	0,0	29	8,7	241049	4,5	66	20,6	418108	7,8
Sekä pth:n että sosiaalityötoimen järjestää yhteisen hallinnon alaisuudessa kuntayhtymä	9	2,2	82214	1,6	42	12,7	286276	5,4	64	19,9	435384	8,1
Pth järjestetään isäntäkuntamallilla; sosiaalityötoimen peruskunta erillisen hallinnon alaisuudessa	11	2,6	41568	0,8	10	3,0	87169	1,6	0	0,0	0	0,0
Pth ja osa sosiaalityötoimesta järjestetään isäntäkuntamallilla; muu osa sosiaalityötoimesta peruskunnan vastuulla	0	0,0	0	0,0	18	5,4	232103	4,4	47	14,6	637931	11,8
Sekä pth että sosiaalityötoimi järjestetään ikm:lla yhteisen hallinnon alaisuudessa	0	0,0	0	0,0	48	14,5	477095	9,0	66	20,6	826290	15,3
Vuoden 2013 tilanne on vielä auki									21	6,5	155361	2,9
Kuntia yhteensä	416	100,0	5210079	100,0	332	100,0	5299006	100,0	321	100,0	5386086	100,0
Erilliset hallintokunnat, yht	236	56,7	2506269	48,1	71	21,4	1003615	18,9	2	0,6	593641	11,0
Osittain yhdistetyt, yht	0	0,0	0	0,0	47	14,2	473152	8,9	113	35,2	1056039	19,6
Kokonaan yhdistetyt, yht	180	43,3	2703810	51,9	214	64,5	3822239	72,1	185	57,6	3581045	66,5

yhteensä 27 kunnassa. Näistä neljä kuntaa on sellaisia, joissa kotisairaanhoidon on eri järjestäjän, muut yhteisen. Näissä kunnissa on yhteensä 15 000 asukasta.

23 kunnassa vanhainkotihoito sekä mahdollisesti palveluasuminen ovat peruskunnalla, muut palvelut yhteistoiminta-alueilla. Näissä kunnissa asukkaita on yhteensä 118 000. Näistä kunnista valtaosa on mukana kahdessa laajassa maakunnallisessa yhteistoiminta-alueessa.

Kaikkia palveluita ei tässä tarkastelussa saada esiin, eikä kaikkia yksittäisen kuntalaisen käyttämien palveluiden kokonaisuuksia. On myös huomattava, että palveluiden käytännön tuottamisessa toteutuvaa yhteistoimintaa ei voida luonnollisestikaan päätellä suoraan siitä, miten järjestämistä vastuu on ratkaistu.

4.7 Yhteistoiminta-alueiden muodostuminen ja alueelliset rakenteet

Puitelain perustelujen ja myös lain tarkoituksena mukaan koko uudistuksella tavoitellaan vahvistunutta, elinvoimaista ja eheää kuntarakennetta. Vaikka samoja vaatimuksia ei lakitekstissä aseteta suoraan yhteistoiminta-alueille, on pääteltävissä, että kuntaliitosten vaihtoehtona etenevän rakennemuutoksen pitäisi suuntautua samoihin tavoitteisiin.

Yhteistoiminta-alueiden muodostaminen on merkinnyt varsin vilkasta ja paikoin ristivetoista käymistä kuntien välillä. Tämä näkyy esimerkiksi siinä, että monissa tapauksissa yhteistoiminta-alueita ei ole saatu syntymään lähinaapurikuntien välillä. Ristivetoisuudesta kertoo se, että erilaisia keskenään kilpailevia suunnitelmia on kehitelty ja esitelty pitkään vielä 31.8.2007 päättyneen takarajan jälkeenkin.

Vuoden 2013 tilanteessa näyttäisi olevan syntymässä ainakin kolme sellaista yhteistoiminta-aluetta, joihin osallistuvilla kunnilla ei ole katkeamatonta yhteistä maarajaa vähintään yhden muun yhteistoiminta-alueen kunnan kanssa. Monet seutukunnat jakautuvat eri yhteistoiminta-alueille.

Toiminnallisesti varsin ongelmalliselta vaikuttaa suurten kaupunkien ympärillä tapahtuva kehitys. Näillä on puitelain mukaan oikeus järjestää perusterveydenhuollon palvelut itse. Joissakin tapauksissa näiden naapurikuntina on pieniä kuntia, jotka ovat tukeutumassa suurempaan naapuriinsa. Toimintamalli on tällöin yleensä aina isäntäkuntamallin mukainen. Naapurikuntina on kuitenkin myös usein vahvoja kehyskuntia, joilla on vahvat perinteet perusterveydenhuollon menestyksellisestä järjestämisestä. Nämä haluavat puolestaan säilyttää itsenäisyytensä tai hakeutua muualla sijaitsevien kuntien kanssa yhteistoiminta-alueisiin. Tämän seurauksena kaupunkiseutujen palvelukokonaisuuksista on syntymässä monissa tapauksissa varsin hajanaisia. Palveluiden järjestämisen seudullisen pohjan vahvistuminen jää näin toteutumatta tai ainakin vaillinaiseksi verrattuna sellaisiin vaih-

toehtoihin, joissa keskuskauungit ja ympäröivä seutukunta olisivat yhdessä mukana.

Taulukkoon 9. on koottu tiivistelmä keskussairaaloitten sijaintikaupunkien ja niiden lähiympäristöjen kehityksestä kunta- ja palvelurakenneuudistuksen rakennemuutoksissa. Kymmenessä keskussairaaloitten paristakymmenestä sijaintikaupungista tapahtui kuntaliitoksia vuodenvaihteessa 2008-2009. Kuusi näistä kaupungeista on mukana yhteistoiminta-alueissa siten, että ne joko toimivat itsenäisesti tai ovat tai tulevat olemaan sosiaali- ja terveystieteiden jäsenkuntia. Kuitenkin 10-11 näistä on ainakin toistaiseksi yhteistoiminta-aluekehityksen ulkopuolella.

Taulukko 9. Yleiskuva kunta- ja palvelurakenneuudistuksen toteutumisesta maan keskussairaala- ja palvelualuekunnilla ja niiden ympäristössä

Kaupunki	Yleistilanne	Ratkaisu suhteessa naapurikuntiin
Helsinki	Ei kuntaliitoksia, ei yhteistoiminta-alueita	Pääkaupunkiseudun kuntien yhdistämisestä keskustellaan. Suuret kaupungit toistaiseksi itsenäisinä; Kauniainen ja Espoo hakeutunevat yhteiseen organisaatioon.
Turku	Ei kuntaliitoksia, ei yhteistoiminta-alueita	Turun ympärillä on vilkas "käymistila" yhteistoiminta-alueiden ja kuntaliitosten muodossa. Turku ei ole näissä ilmeisestikään mukana.
Pori	Kuntaliitos Pori-Noor-markku 2010 + vastuukuntamallin mukainen yta	Porin ympäristöön syntyisi nyt yhteensä kuu- den (v. 2010 viiden) kunnan seudullinen yhteistoiminta-alue. Harjavalta lähimpänä naapurina jäämässä ulkopuolelle.
Hämeenlinna	Laaja kuntaliitos toteutui 2009; ei yhteistoiminta-alueita	Hattula ja Janakkala, jotka olivat Hämeenlinnan laajan kuntaliitoksen selvittelyissä mukana, jättäytyivät ulkopuolelle ja perustivat kahdestaan yta:n.
Tampere	Ei kuntaliitoksia, ei yhteistoiminta-alueita	Tampereen ympäristöön syntyy kolme eri yta:aa. Lisäksi lähinaapurina jatkaa Ylöjärvi.
Lahti	Ei kuntaliitoksia (joskin selvitystyö käynnissä), ei yhteistoiminta-alueita	Päijät-Hämeen muut kunnat ovat Heinolaa lukuun ottamatta mukana kahdessa laajassa yhteistoimintaorganisaatioissa. Lahti on pysyttänyt näiden ulkopuolella.
Kotka	Kuntaliitosselvitys Pyhtään kanssa; ei yhteistoiminta-alueita (ellei sitten Pyhtään kanssa)	Kotkan ja Haminan sekä Haminan naapurikuntien liitoksista ja muusta yhteistyöstä on tehty selvityksiä ja käyty keskusteluja. Maakunnan ja shp:n pohjoisen osan kunnat muodostivat laajentuneen Kouvolan.
Lappeenranta	Kuntaliitos (Joutseno liitettiin Lappeenrantaan); Lappeenranta mukana sote-piirissä 2010 alkaen	Sote-piiri syntyi kangertelujen jälkeen. Imatra jäi erikoissairaanhoidon lukuun ottamatta ulkopuolelle.

Mikkeli	Kuntaliitos 2000-luvun alussa; syntymässä todennäköisesti laajahko vastuukuntamallin mukainen yta	Alueella on tehty selvityksiä useista eri yhteistoiminnan organisoimisen vaihtoehdoista. Mikkelin ympärillä olevat kunnat haluavat jatkaa itsenäisinä, joskin liitosselvityksiäkin on käynnissä. Yhteinen maakunnallinen tahto löytymässä. Pohjoispuolella olevan Juvan tuleminen mukaan on mahdollista.
Savonlinna	Kuntaliitos 2009 (Savonranta liittyi Savonlinnaan). Savonlinna mukana Itä-Savon sote-piiri Sosterissa	Laaja kuntaliitossuunnitelma supistui Savonrannan liittymiseksi. Sosterissa yhdistyvät esh ja pth, mutta sosiaalipalvelut tulevat vaihtelevissa määrin mukaan. Rantasalmi Savonlinnan naapurina suuntautuu toistaiseksi Juvan ja Joroisten kanssa tehtävään yhteistyöhön sosiaalipalveluissa.
Joensuu	Kuntaliitoksia 2009 ja aikaisemminkin Joensuuhun; ei yhteistoiminta-alueita näillä näkymin	Joensuun ympäristössä on syntynyt kaksi yta:aa. Kontiolahti hakee ratkaisuaan. Lähituntumassa on useita poikkeusperusteisiin vedoten itsenäiseksi jättäytyviä kuntia.
Kuopio	Kuntaliitos tulossa 2011 (Karttula liittyy); vastuukuntamallin mukainen yta Tuusniemen kanssa 2009 alkaen	Kuopion ympäristössä rakennetaan pohjoispuolelle Siiliset-yta:aa, sekä ympäri Kuopiota sijoittuvaa Kysteriä. Suonenjoen kanssa haetaan yhteistyötä, mutta se ei ole toistaiseksi etenevässä puitelain periaatteiden mukaisena.
Jyväskylä	Kuntaliitos 2009 (Jyväskylän mlk ja Korpilahti liittyivät); Jyväskylä vastuukuntana yta:ssa myöhemmin 4 naapurin kanssa	Pitkän selvittelyn jälkeen Jyväskylän ympärillä sijaitsevat kunnat jakautuivat kahteen leiriin yhteistoiminta-alueita muodostettaessa. Jyväskylän kanssa yhteistyöhön lähtee 3 naapurikuntaa.
Seinäjoki	Kuntaliitos 2009 Nurmon ja Ylistaron kanssa; Vastuukuntana Isokyrön kanssa käynnistyneessä yta:ssa	Seinäjoen ympäristössä on useita maaseutukuntien keskenään muodostamia yhteistoiminta-alueita sekä toistaiseksi ilman ratkaisuja edennyt Lapua.
Vaasa	Ei kuntaliitoksia; vastuukuntana Laihian ja Vähäkyrön kanssa yta:ssa	Vaasan naapurikuntien keskuudessa syntyi kaksi eri yta:aa enemmistöltään ruotsinkielisten kuntien keskuudessa. Vaasa jäi organisoimaan kahden suomenkielisen kunnan kanssa yta:aa.
Kokkola	Monikuntaliitos naapurikuntien kanssa 2009 vastuukuntana Kruunupyyn kanssa käynnistyneessä yta:ssa	Kokkolan ja pienen shp:n kesken ei löytynyt yhteistä ratkaisua, vaan shp:n muut kunnat muodostavat JYTA-nimisen yta:n. Kruunupyö jäi lopulta Kokkolan kumppaniksi vastuukuntapohjalta.
Oulu	Kuntaliitos tulossa Yli-lin kanssa 2013; laajempia liitosselvityksiä käynnissä; ei yhteistoiminta-alueita	Oulun ympäristössä rakennetaan kahta laajaa yta:aa ja käydään myös kuntaliitosselvittelyjä ja -keskusteluja.
Kajaani	Vuolijoki liittyi Kajaaniin 2007; Kajaani mukana Kainuun sote-alueessa	Kainuun maakunta edennee omalla urallaan ja Kajaani sen mukana, vaikka kaupungista kuuluukin protestiäänä siitä, että kaupungin tilanne on sidottu maakunnan yhteiseen kehitykseen.
Kemi	Ei kuntaliitoksia, runsaasti selvityksiä erilaisista yta- ja sote-piirivaihtoehtoista, ei ratkaisuja näistä	Länsi-Pohjassa on tavoiteltu sosiaali- ja terveyspiiriratkaisua, mutta tähän ei ole päästy. Mukana on myös spekulatioita sairaanhoitopiirin ja keskussairaalan tulevaisuudesta.

Kaupunki	Yleistilanne	Ratkaisu suhteessa naapurikuntiin
Rovaniemi	Rovaniemen mlk liittyi 2006; ei uusia kuntaliitoksia, eikä yhteistoiminta-alueita	Rovaniemi on ollut mukana Lapin liiton koko maakuntaa koskevissa selvittelyissä, joissa päähuomio kohdistunee keskussairaalan tulevaisuuteen, eikä niinkään kuntien PARAS-prosessin mukaiseen yhteistyöhön.
Rovaniemi	Rovaniemen mlk liittyi 200X; ei uusia kuntaliitoksia, eikä yhteistoiminta-alueita	Rovaniemi on ollut mukana Lapin liiton koko maakuntaa koskevissa selvittelyissä, joissa päähuomio kohdistunee keskussairaalan tulevaisuuteen, eikä niinkään kuntien PARAS-prosessin mukaiseen yhteistyöhön.

4.8 Sairaanhoidopiirien ulkopuolisen erikoissairaanhoidon sijoittuminen kuntien tai yhteistoiminta-alueiden järjestämisvastuulle.

Kunnallisesti järjestettävän erikoissairaanhoidon sairaalat ovat joko sairaanhoidopiirien tai kuntien tai kuntayhtymien alaisia. Maassa on ollut laajimmillaan keskussairaalaverkoston lisäksi noin 25 aluesairaalaa sekä – arviolta ja laskentatavasta riippuen – noin 20 sellaista paikallissairaalaa, joiden toiminta on luokiteltu erikoislääkärijohtoiseksi ja joissa on ollut siis vähintään yhden lääketieteen (muun erikoisalalan kuin yleislääketieteen) toimintaa. Tämän perusjaon lisäksi maassa on ollut aikaisempina vuosikymmeninä erillisiä mielisairaaloita sekä tuberkuloosi- tai keuhkoparantoloita. Viimeksi mainitut on liitetty jo viimeistään erikoissairaanhoidon²² voimaan tulon aikoihin (1991) sairaanhoidopiirien alaisuuteen.

Psykiatrissa sairaalahoitoa on joillakin paikkakunnilla sijoitettu sairaanhoidopiirien ulkopuolisiin sairaaloihin. Näistä suurin osa on toteutunut sairaanhoidopiireistä muiden kunnallisten omistajatahojen alaisiksi siirtyneissä erikoissairaanhoidon sairaaloissa. Erillinen psykiatrinen sairaalayksikkö löytyy kuitenkin Sisä-Savon terveyskeskuksesta. Kuusiokuntien terveyskeskussairaalassa on myös psykiatrinen osasto, joka keskittyy psykiatristen potilaiden kuntouttavaan hoitoon, mutta hoito luokitellaan kuitenkin yleislääkärijohtoiseksi.

Terveyskeskussairaaloissa on osastoja, joiden toiminta luokiteltiin ainakin jossakin vaiheessa geriatrian erikoisalalan toiminnaksi, koska vastaavana lääkäriinä toimi geriatrian erikoislääkäri. Toisaalta terveyskeskussairaaloissa on lukuisia eri alojen erikoislääkäreitä, mutta heidän vastuullaan olevien osastojen toimintaa ei luokitella erikoissairaanhoidoksi. Monet osastot ovat suuntautuneita tai virallista toiminnan luokittelua epävirallisemmin ”erikoistuneita” joidenkin erikoisalajien

²² Erikoissairaanhoidolaki 1.12.1989/1062 (voimaan 1.1.1991).

nimien avulla kuvattujen perustehtävien hoitamiseen. Joissakin terveyskeskussairaaloissa toimii esimerkiksi dialyysiyksikkö. Toiminta on tällöin terveyskeskussairaalan avohoitona antamaa palvelua, jolle sairaanhoitopiirin dialyysiasiantuntijat antavat tiiviin tuen. Hoitopaikka terveyskeskuksen dialyysiyksiköstä järjestetään hajasijoitettua dialyysihoitoa koordinoivasta keskussairaalan yksiköstä.

Kyselyssä selvitettiin, onko kunnan tai yhteistoiminta-alueen järjestämisvastuun piirissä erikoissairaanhoidon palveluja. 228 kunnan vastaus oli, ettei näitä palveluja sisälly tai kyseinen kysymys oli jätetty tyhjäksi. 91 kunnasta vastattiin tällaisia palveluja sisältyvän. Näistä 31 ilmoitti, että erikoissairaanhoidon palveluja on saatavilla polikliinisesti tai avohoitona vähintään yhdellä erikoisalalla. 21 ilmoitti, että kunta on mukana tai tulee olemaan mukana yhteistoiminta-alueessa, jonka palveluvalikoimassa on erikoissairaanhoidon usean erikoisalalan sairaala. Peräti 32 kuntaa ilmoitti, että yhteistoiminta-alue tulee olemaan terveystieteiden ja sosiaali- ja terveystieteiden yhteisen katon alle. Näissä vastauksissa hahmoteltiin jo sellaisia sosiaali- ja terveystieteiden piirejä, joiden muodostumisesta ei ole ainakaan vielä saatu päätöksiä.

Vastausten valossa koko erikoissairaanhoidon sisällymistä koskevat tiedot vaikuttivat epätarkoilta ja saman yhteistoiminta-alueen alaisuuteen sijoittuvien kuntien kesken epäyhtenäisiltä ja epä johdonmukaisilta. Yhtenä selityksenä tälle saattaa olla se, että kyselyn asiaa koskevat kysymykset tehtiin kunnan keskusjohdolle osoitetussa kyselyssä I osassa.

Vastauksista rakentui kuva siitä, kuinka monessa toiminnassa olevista tai muodostumassa olevista terveyskeskuksista – siis joko yhden kunnan tai yhteistoiminta-alueen ylläpitämistä – perusterveydenhuollon kanssa yhteisen järjestämisvastuun alaisena tulee olemaan erikoissairaanhoidon vuodeosastohoitoa antava sairaala tai yksikkö.

Laskelman mukaan 25:llä terveyskeskuksella tulee olemaan osana sen palveluvalikoimaa erikoissairaanhoidon sairaalayksikkö. Nämä voidaan ryhmitellä seuraaviin luokkiin.

- 10 terveyskeskuksella on yhteisen järjestämisvastuun alaisena aluesairaala tai entinen aluesairaala.
- 10 kaupungilla on oman hallintonsa alaisuudessa erikoissairaanhoidon tarjoava paikallissairaala.
- Näiden lisäksi 7 yhteistoiminta-alueita on perustettu tai tullaan perustamaan sairaanhoitopiiriin tai sen roolissa jatkavan sosiaali- ja terveystieteiden kanssa yhteisen organisaation alaisuuteen. Näistä Kainuun ja Itä-Savon sosiaali- ja terveystieteiden erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuolto kattavat kaikki kunnat. Kainuussa mukana on lasten päivähoitoa lukuun ottamatta koko sosiaalitoimi. Itä-Savon Sosterin jäsenkunnat ovat siirtämässä sosiaalipalveluita toistaiseksi osittain tai vaiheittain yhteisesti järjestettäväksi.

Edellä esitettyjen lisäksi toiminnassa olevista yhteistoiminta-alueista Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveystyöntekijäyhtymän kunnista kahdeksan järjestää perusterveydenhuollon ja sosiaalihuollon maakunnallisen kuntayhtymän kautta. Kuntayhtymällä on lisäksi kuntia, joille sama kuntayhtymä järjestää vain erikoissairaanhoidon palvelut. Keski-Pohjanmaan sairaanhoito- ja peruspalvelukuntayhtymän osana on toimintansa aloittanut Jokivarsikuntien yhteistoiminta-alue (JYTA), johon kuuluvat sairaanhoitopiirin kaikki kunnat lukuun ottamatta Kokkolan kaupunkia ja Kruunupyyn kuntaa. Oulaisten kaupunki järjestää perusterveydenhuollon palvelut puolestaan Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin kautta, siten, että terveyskeskus kuuluu toiminnallisesti sairaanhoitopiirin alaisen Oulaskankaan sairaalan perusterveydenhuollon yksikön alaisuuteen. Tämä järjestely, joka ei kuitenkaan täytä kunta- ja palvelurakenneuudistuksen väestöpohjavaatimuksia, on voimassa vuoteen 2012 asti.

Vuoden 2010 alusta käynnistää toimintansa Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveystyöntekijäyhtymä, joka järjestää erikoissairaanhoidon, perusterveydenhuollon ja sosiaalitoimen palvelut jäsenkunnilleen. Poikkeuksen muodostaa Imatran kaupunki, joka on mukana piirissä vain erikoissairaanhoidon palvelujen osalta. Pohjois-Savon sairaanhoitopiirin hallinnollisen katon alaisuuteen on rakentumassa maakunnallinen yhteistoiminta-alue, työnimeltään KYSTERI. Siinä jäsenkuntia tulisi olemaan eri puolilta maakuntaa yhteensä kahdeksan.

Laskentatavoista riippuen lähes 2 miljoonaa asukasta asuu kunnissa, joiden terveyspalveluissa perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon järjestämisvastuu on ainakin joiltakin osiltaan joillakin edellä kuvatuilla palveluiden organisoitavilla yhteinen.

4.9 Kuinka usein yhteistoiminta-alueisiin liittyminen johtaa yhdistetyn sosiaali- ja terveystoimen joutumiseen erilleen?

Sosiaali- ja terveystoimen kuuluminen yhdistetyn lautakuntahallinnon alaisuuteen on ollut tyypillisesti suurissa kunnissa tapahtunut kehitys, koska pienistä kunnista valtaosa on kuulunut kansanterveystyön kuntayhtymiin, joissa sosiaali- ja terveystoimi ovat olleet erillään. Kuitenkin 1990-luvulla tapahtunut terveyskeskuskuntayhtymien purkautumiselta johti rakennemuutoksen, jonka seurauksena noin 60 perusterveydenhuollon aiemmin kuntayhtymän kautta järjestänyttä kuntaa ryhtyi järjestämään tämän palvelun itse. Käytännössä kaikki nämä kunnat yhdistivät samalla kunnallisen sosiaali- ja terveystoimen.

Vuonna 2005 maassa oli 149 sellaista kuntaa, joissa oli alle 20 000 asukasta, ja jotka järjestivät sekä sosiaalitoimen että perusterveydenhuollon itse siten, että lautakuntahallinto oli yhdistetty. Näissä kunnissa oli noin 970 000 asukasta. Vuonna

2013 näistä kunnista tulee nykytietojen mukaan olemaan toiminnassa 122. Näistä 19 suunnittelee jatkavansa perusterveydenhuollon ja sosiaalitoimen järjestämistä itsenäisesti vedoten väestöpohjavaatimuksesta poikkeamisperusteisiin. Näin jatkavissa kunnissa on noin 146000 asukasta. Yhteensä 87 kyseisen ryhmän kuntaa tulee kuulumaan yhteistoiminta-alueeseen, jonka järjestämisvastuulla ovat yhdistetysti perusterveydenhuollon ja sosiaalitoimen palvelut, lukuun ottamatta lasten päivähoidon. Näissä kunnissa tulee olemaan väestöennusteiden mukaan noin 425 000 asukasta.

Jäljelle jäävistä 25 kunnasta 13 on jo tehnyt päätökset, joiden mukaan sosiaalitoimi tulee jakautumaan yhteistoiminta-alueen ja peruskunnan välillä. Näissä kunnissa on noin 129 000 asukasta. 10 kuntaa on puolestaan siirtymässä sellaisten yhteistoiminta-alueiden pohjalle, joissa ei ole vielä aikataulusyistä ehditty ratkaista sosiaalitoimen tulevaisuutta ja mahdollista jakautumista. Lisäksi 12 kunnalla samasta ryhmästä koko tulevaisuuden ratkaisu on toistaiseksi auki. Näissä kahdessa viimeksi mainitussa ryhmässä on kummassakin noin 100 000 asukasta.

Edellä esitetystä tiivistämällä voidaan arvioida, että vähintään 13 kunnassa, ja enimmillään 23 kunnalla edessä voisi olla aikaisemmin yhdistetyn sosiaali- ja terveystoimen jakaminen kahden järjestäjätahon vastuulle. Tämä koskisi noin 130 000-230 000 asukasta. Lisäksi tulevat edellä mainitut 12 kuntaa, joissa asia on siis auki.

4.10 Järjestämisvastuun siirtymisestä peruskunnalta yhteistoiminta-alueelle

Kunta- ja palvelurakennemuutosten perustavoitteiden kannalta tärkeäksi ja myös paljon keskustelua herättäneeksi kysymykseksi on noussut kysymys, siirtyykö sosiaali- ja terveystoimen järjestämisvastuu peruskunnalta yhteistoiminta-alueelle silloin, kun yhteistoiminta-alue on kunnan ratkaisu. Vaihtoehtona järjestämisvastuun siirtymiselle voisi tällöin olla yhteistoiminta-alueen roolin ymmärtäminen palveluiden tuottamisen organisaatioksi, jolta kunnat edelleen erillisinä toimijoina hankkisivat palvelut omien valintojensa ja linjausten mukaisesti.

Järjestämisvastuun tai sen siirtymisen käsitteitä tai tunnusmerkkejä ei ole yksityiskohtaisesti määritelty laissa. Puitelain perusteluissa järjestämisvastuu ja sen siirtyminen kuitenkin kuvataan. Samoin nämä käsitteet ja periaatteet on selvitetty valtioneuvoston käsitellessä asiaa iltakoulussa²³ 21.11.2007 syntyneissä asiakirjoissa.

Kyselyssä haluttiin selvittää järjestämisvastuuseen ja sen siirtymiseen liittyviä kysymyksiä yhteistoiminta-alueisiin osallistuvilla kunnilla osoitetuille erillisillä

²³ SM, STM, OPM. Hallituksen iltakoulu 21.11.2007. Kunta- ja palvelurakennemuutosten eteneminen ja jatkototeutus

kysymyksillä. Lisäksi pyydettiin näitä kuntia toimittamaan käyttöön yhteistoiminta-alueiden organisaatioiden perustamisasiakirjat, joista voitiin selvittää ja tarkentaa periaatteet.

Yhteistoiminta-alueiden toimintaa sääteleviä pelisääntöjä tiedusteltiin seuraavilla kysymyksillä:

- 1) Voiko yksittäinen kunta rajata joitakin yhteistoiminta-alueen järjestettäväksi sovittuja sosiaali- ja terveystoimen palveluita pois kuntalaisille tarjottavista palveluista?
- 2) Voiko yksittäinen yhteistoiminta-alueen kunta rajoittaa palvelujen määriä yhteistoiminta-alueella vallitsevasta yleisestä tasosta poiketen esim. talousarvioonsa perustuen tai muista syistä?
- 3) Voivatko yhteistoiminta-alueen kunnat hankkia omille asukkailleen lisäpalveluja riippumatta siitä, miten yhteistoiminta-alueella yleisesti toimitaan?

Kysymyksiin pyydettiin vastaajilta kyllä/ei/ei ole päätetty – vastaukset ja niiden perustelut avovastauksina. Vastanneilta yhteistoiminta-alueilta 24:n vastaus (41 %) oli että yhteistoiminta-alueen perussäännöt estävät yksittäisen kunnan toimesta tapahtuvan palveluiden pois rajauksen tai ”ylimääräisten” palveluiden hankkimisen oman kunnan asukkaille. Toisaalta taas 16 yhteistoiminta-aluetta (28 %) luokiteltiin vastausten perusteella sellaisiksi, joilla tällaiset menettelyt ovat mahdollisia. Loput 18 yhteistoiminta-aluetta (31 %) olivat vastausten perusteella jättäneet ottamatta kantaa asiaan tai asia oli aikataulullisesti vielä auki. Noin puoli miljoonaa suomalaista asuu kunnissa, joiden yhteistoiminta-alueen periaatteet sallivat kunta-kohtaiset poikkeukset yhteistoiminta-alueiden muusta tasosta palveluiden saatavuudessa suuntaan tai toiseen.

Kymmenen yhteistoiminta-alueen kuntien vastauksissa edellä esiteltyjä periaatteita koskeviin kysymyksiin esiintyi kuntien kesken ristiriitaisia vastauksia. Ristiriitaisuudet koskivat yleisimmin palveluiden rajaamista pois yhteisesti järjestettävien joukosta. Kysymyksiin palveluiden supistamisesta tai lisäpalveluiden hankkimisesta samoihin yhteistoiminta-alueisiin kuuluvat kunnat antoivat yleensä keskenään yhdenmukaiset vastaukset.

Kyselyn valmisteluun osallistuneista asiantuntijoista koostunut työryhmä analysoi järjestämistä vastuun siirtymistä edellä esiteltyjen kysymysten sekä toimitettujen perustamisasiakirjojen sisältöanalyysin tulosten avulla. Työryhmä asetti kriiteereiksi järjestämistä vastuun siirtymisestä seuraavat kysymykset:

- mikä taho käyttää viimekätistä päätösvaltaa palveluiden järjestämisestä?
- todetaanko perustamissopimuksissa selkeästi periaate, että yhteistoiminta-alue järjestää palvelut alueellaan yhdenvertaisin perustein?

- pystyykö yksittäinen kunta rajoittamaan kuntalaisten saamien palveluiden valikoimaa tai palveluiden määriä yhteistoiminta-alueella vallitsevasta yleisestä tasosta poiketen?
- pystyykö yksittäinen kunta hankkimaan kuntalaisilleen yhteistoiminta-alueen yleistä tasoa korkeamman palvelutason niissä palveluissa, jotka lait säätävät kuntien vastuulle, esimerkiksi lisäpalveluiden tms. muodossa?
- siirtyykö henkilöstö kunnista tai aikaisemmista kuntayhtymistä yhteistoiminta-alueen järjestämistä vastuun mukana?

Työryhmä kävi läpi 65 yhteistoiminta-alueen vastaukset ja asiakirjat. Näistä 16 toiminnassa tai muodostettavana olevalla yhteistoiminta-alueella ei ollut vielä sellaisia sopimuksia tai muita perustamisasiakirjoja, joihin analyysi olisi voinut perustua.

Analyysin perusteella tultiin siihen tulokseen, että yllä esiteltyjen kriteerien pohjalta arvioiden vain pieni osa, seitsemän yhteistoiminta-alueetta, täyttää kaikki kriteerit.

Kriteerit jäivät yleisimmin täyttymättä seuraavista syistä:

- kunnille oli jäänyt mahdollisuus hankkia lisäpalveluita harkintansa mukaan
- yhdenvertaisuusperiaatteen ilmauksissa ja tulkinnoissa oli epäselvyyksiä tai ristiriitoja kuntien kesken
- yhteistoiminta-alueilla oli periaatteina noudattaa kuntakohtaisia kunnanvaltuustojen päätöksiin ja kuntien talousarvioihin perustuvia palvelusopimuksia tai vuosisopimuksia, joiden ohjausvaikutuksesta järjestämistä vastuun yhtäläiseen toteutumiseen ei voitu saada täyttä varmuutta
- isäntäkuntamallin mukaisesti rakennetuissa organisaatioissa isäntäkunta ja muut sopimuskunnat oli eriytetty isäntäkunnan organisaatiossa, jolloin todellisen järjestämistä vastuun siirtyminen jäi epäselväksi
- joissakin tapauksissa isäntäkuntamallin mukaisten organisaatioiden yhteislautakunnassa sopimuskuntien edustajalle ei ole päätäntävaltaa
- epäselvyyksiä järjestämistä vastuun toteutumisesta ja toimielimistä esiintyi ainakin yhdessä tapauksessa, jossa järjestämistä vastuu annetaan sairaanhoitopiirin alaiselle organisaatiolle

Järjestämistä vastuusta keskusteltaessa on myös tuotu esille näkemyksiä, joiden mukaan vastuu siirtyisi todellisuudessa silloin, kun luovuttaisiin kuntakohtaisesta aiheuttamisperiaatteesta yhteistoiminta-alueiden sosiaali- ja terveystalouden kuntalaskutuksessa. On kuitenkin todettu, että kuntalaskutuksen periaatteesta ei ole kirjattu mitään puitelain perusteluihin eikä muihinkaan asiakirjoihin. Näin ollen kuntalaskutuksen perusteita ei ole pidettävä järjestämistä vastuun siirtymisen kri-

teerinä. Kyselyssä kuitenkin kysyttiin tiedon hankkimiseksi, millä perusteilla kuntalaskutus tapahtuu tai suunnitellaan tapahtuvaksi

Kuntalaskutusperiaatteet pystyttiin luokittelemaan ainakin karkealla tasolla 55 yhteistoiminta-alueelta. Näistä valtaosa, 41 yhteistoiminta-alueella, kolme neljänestä, soveltaa suoritepohjaista aiheuttamisperiaatteeseen perustuvaa laskutusmenettelyä. Yhteensä 11:lla yhteistoiminta-alueella oli jonkinlainen sekamuoto palveluiden käytön ja sopimusvaraisen laskentaperusteen välillä. Mukana oli myös niitä, jotka laskuttavat kulut vuosittaisen kiinteän sopimushinnan mukaisesti, mutta sopimussummat määräytyvät aiemman käytön usean vuoden tasoitettujen keskiarvon pohjalta. Kolmelta yhteistoiminta-alueelta kirjattiin perusteeksi ”kapitaatio” tai ”laskennalliset perusteet asukasluvun ja tarvekriteereiden mukaan”. Näistä mikään laskutusperuste ei ollut tällä hetkellä käytössä, vaan käyttöön ottoa vasta suunniteltiin.

Kuntalaskutuksessa yhteistoiminta-alueet näyttävät siis jatkavan 1970-80-luvuilla luotujen kansanterveystyön kuntayhtymien perinteitä. Monet kunnat näyttivät pitävän tärkeänä muutoksena sitä, että kuntalaskutus perustuu nyt – toisin kuin aikaisempina vuosikymmeninä – jonkinlaiseen tuotteistukseen. Toiset taas ilmoittivat, että tuotteistuksen rakentaminen on lähitulevaisuuden seuraavia haasteita. Asiayhteyksistä voi päätellä, että tuotteistamista ei käytetä näissä yhteyksissä palveluiden sisällön hahmottamiseen, vertailuun tms., vaan tuotteistamisen perustehävä on saada kuntien maksusuudet aikaisempaa tarkemmin ja oikeudenmukaisemmin perustein lasketuiksi.

5 Palvelurakenneuudistus ja kuntien väliset rajat

Kunta- ja palvelurakenneuudistuksen keskeisiä muutoksia ovat olleet kuntien yhdistyminen ja perusterveydenhuollon ja siihen läheisesti liittyvien sosiaalipalveluiden järjestäminen nykyistä keskimäärin laajemmalle väestöpohjalle. Raportin luvussa 4 esiteltiin uudistuksen tuloksena syntyvä palveluiden järjestämisen rakenne, joka eroaa yksinkertaistetusti aikaisemmasta siinä, että perusterveydenhuollon järjestäjätoimijoita tulee olemaan noin puolet vähemmän, noin 120 - 125 kuntaa tai yhteistoiminta-alueita. Sosiaalipalveluiden järjestämisen toimijoita tulee olemaan kuitenkin tätä enemmän, koska yli 100 kunnassa osa sosiaalipalveluista jää peruskunnan järjestämistä vastuulle.

Uudistuksessa on ollut hämmäntävää järjestämisen ja palveluiden konkreettisen tuottamisen suhde. Uudistuksen esittelyn yksi keskeinen viesti onkin ollut, että järjestämistä vastuuta keskitetään, mutta kansalaisia läheltä saataviksi tarkoitettut palvelut pysyvät myös tulevaisuudessa omalta lähialueelta tai omasta kunnasta saatavilla. Silti käydyssä keskustelussa on herätetty epäilyjä palveluiden pikaisesta keskittymisestä yhteistoiminta-alueiden keskuskuntiin tai vielä niitäkin suurempiin keskuksiin. Yhteistoiminta-alueita muodostettaessa mukaan liittyvissä kunnissa on usein haluttu asettaa ehdoksi lähipalveluiden säilyminen omasta kunnasta saatavina.

Siitä, miten eri palveluiden saaminen yhteistoiminta-alueiden sisällä toteutuu, päättävät yhteistoiminta-alueet oman harkintansa mukaisesti. Maassa on aikaisemmilta suunnittelun ajanjaksoilta perinteitä, joiden mukaan esimerkiksi neuvoloiden pitäisi sijaita mahdollisimman lähellä asukkaita, jotta lapsiperheen asiointi kotoa käsin olisi mahdollisimman joustavaa ja esteetöntä. Kuntaliiton työryhmä on esittänyt oman luokittelunsa palveluiden sijoittumisesta lähipalveluiden, seudullisten palveluiden ja laajan väestöpohjan palveluiden luokkiin²⁴.

5.1 Mistä palveluja nykyisin saa?

Kyselyssä selvitettiin palveluiden saatavuutta kysymällä 1) mistä (ts. missä sijaitsevasta) palvelupisteestä kuntalaiset nykyisin saavat kyselylomakkeella lueteltuja peruspalveluja sekä 2) miten kunnat luokittelisivat vastaavat palvelut lähipalveluiksi, seudullisiksi palveluiksi tai laajan väestöpohjan palveluiksi. Jälkimmäisellä kysy-

24 Esim. Kuntaliitto 2007: Uudistuvat lähipalvelut.

myksellä haettiin siis näkemyksiä siitä, millaiseksi palvelurakenne voisi tai millaiseksi sen pitäisi tulevaisuudessa muodostua.

Ensin mainittuun kysymykseen oli mahdollisuus vastata seuraavilla vastausvaihtoehtoilla

- kunnan alueelta, useasta toimipisteestä
- kunnan alueelta, yhdestä toimipisteestä
- naapurikunnan alueelta
- maakuntakeskuksesta

Koska kunnat ovat luonnollisesti eri asemissa keskenään toisten kuntien ollessa luonteeltaan keskuspaikkakuntia ja toisten taas näitä pienempiä ja syrjäisempiäkin, vastauksia tulkitessa on otettava tämä epäsymmetria huomioon.

Raportin liitteenä oleva kuvasarja (liitekuvat 1-10) esittelee tiedot palveluiden nykyisen saatavuuden jakautumisesta kunnittain ja asukaslukujen mukaan ryhmitellen palvelut ikäryhmittäin elämänkaarijattelun mukaisesti.

Neuvolapalvelut sekä kouluterveydenhuolto ovat varsin kattavasti lähes jokaisesta kunnasta paikan päältä saatavia lähipalveluita. Noin 40 %:ssa kunnista neuvolapalveluita saa useista palvelupisteistä kunnan sisällä. Kouluterveydenhuollon palveluita saa peräti 60 %:ssa kunnista useista palvelupisteistä, mikä selittynee sillä, että kouluterveydenhuollon palvelut sijoittuvat hajautetusti kouluille. Samoin lastensuojelun peruspalveluita saa käytännössä jokaisesta kunnasta. Lasten erityispalveluita (erityispäivähoito, koulupsykologit, lastensuojelun erityisosaamista vaativa työ) joutuu noin 30-40 %:ssa kunnista hakemaan seudullisesti naapurikunnasta. Edellä lueteltujen palveluiden omasta kunnasta saatavuus omasta kunnasta asukasperusteisesti varsin korkea, myös erityispalveluissa, koska niissä kunnissa, joissa palvelut saadaan naapurikunnan alueelta, on valtakunnallisesti suhteellisen vähän asukkaita. Toisaalta esimerkiksi perheneuvolapalveluita saa omasta kunnasta 48 %:ssa maan kunnista, mutta näissä asuu kuitenkin yli 80 % maan väestöstä.

Aikuisikäisten palveluista lääkäreiden, hoitajien ja hammaslääkäreiden vastaanottopalvelut löytyvät omasta kunnasta 97-99 %:lla kunnista. Laboratorionäytteiden ottaminen onnistuu omassa kunnassa 94 %:ssa kunnista. Päivystyslunonteista sairausvastaanottopalvelua arkisin päiväsaikaan saa 89 %:ssa kunnista ja tällaisen palveluvalmiuden piirissä on 97 % väestöstä. Sosiaalityön palvelut ovat myös useimmiten saatavilla peruskunnista. Fysioterapiapalveluita ja kunnallisen työterveyshuollon palveluita saa 90 %:ssa kunnista. Lyhytaikaista terveyskeskussairaalan (ns. vuodeosaston) hoitoa saa oman kunnan alueelta noin kolmessa kunnassa neljästä. Tavallisten röntgenkuvien ottaminen näyttää keskittyvän aikaisempaa harvempiin paikkoihin, koska 40 %:ssa kunnista kuntalaiset joutuvat käymään kuvauksessa naapurikunnan alueella. Näissä kunnissa asuu 12 % maan väestöstä. Terveystarkastajien palveluita on organisoitu osana ympäristöterveydenhuollon järjestämisen erillisiä rakennemuutoksia melko yleisesti seudullisena yhteistyönä

terveyskeskusten väestöpohjia laajemmille väestöpohjille. Kunnista 43 % on sellaisia, joissa terveystarkastajan palvelut saa naapurikunnan alueelta.

Ikääntyneiden palveluista kotihoitoa, tehostetun palveluasumisen sekä vanhainkotihoidon palveluita saa 96–99 %:ssa kunnista. Pitkäaikaishoitoa terveyskeskussairaalassa saa kuntien vastausten mukaan 72 %:ssa maan kunnista. Tällaisen palvelun piirissä on 94 % maan väestöstä. Niitä kuntia, joissa pitkäaikaista sairaalahoitoa saa naapurikunnasta ovat sekä yksittäiset hyvin pienet kunnat että sellaiset kunnat, joissa pitkäaikaishoito on kokonaan tai käytännössä kokonaan järjestetty ilman terveyskeskussairaalavaihtoehtoa.

Vammaispalveluissa toteutuu jo edellä esiteltyjä palveluja pitemmälle edennyt keskittäminen sekä seudullisesti että seutukuntaa laajemmille väestöpohjille. Esimerkiksi kehitysvammaisten opetus- ja ohjauspalveluita sekä vammaishuollon apuvälinepalveluita joutuu noin kolmanneksessa kunnista hakemaan naapurikunnan alueelta tai maakunnallisesta keskuksesta. Kehitysvammaisten laitohoito, joka on rakennemuutosten seurauksena vähentynyt asumispalveluiden voimakkaan lisääntymisen seurauksena, on muuttunut jo laajan väestöpohjan palveluksi: vain noin 30 %:ssa kunnista tätä palvelua saa oman kunnan alueelta. Asukaslukupohjaisten jakaumien tarkastelu osoittaa, että palveluiden keskittyminen on odotetusti koskenut asukasluvuiltaan pienimpiä kuntia.

Pienten kuntien asukkaiden mielenterveys- ja päihdepalveluita on niin ikään keskitetty seudullisesti tai alueellisesti. Päihdehuollon vastaanottopalveluja saa 58 %:ssa kunnista oman kunnan alueelta. Katkaisuhoidon on tarjolla oman kunnan alueella sijaitsevasta hoitopaikasta alle puolessa maan kunnista. Päihdehuollon laitostuntoutus on jo yleisesti laajan väestöpohjan palvelua. 65 % kunnista ilmoitti tämän vaihtoehdon laitostuntoutuksen saamisen perustaksi. Mielenterveystyön vastaanottopalveluita saa omasta kunnasta 78 %:ssa kunnista, ja 20 %:ssa naapurikunnan alueelta. Väestöstä noin 7 % asuu kunnissa, joissa oman kunnan alueelta ei saa mielenterveystyön avopalveluita ja noin 15 % sellaisissa kunnissa, joissa oman kunnan alueelta ei saa päihdehuollon avopalveluita.

Jakaumat herättävät kysymyksiä päihdehuollon palveluiden saatavuudesta lähipalveluna – etenkin kun otetaan huomioon, että päihdehuollon asiakkailta ei maaseudullakaan ole kovin kattavasti omaa autoa käytettävissä palveluiden käyttöä varten.

5.2 Mistä palveluita pitäisi kuntien näkemysten mukaan saada?

Kuntien näkemyksiä siitä, mistä palveluita pitäisi saada, kysyttiin pyytämällä luokittelemaan edellä luetellut palvelut lähipalveluiksi, seudullisiksi palveluiksi tai laajan väestöpohjan palveluiksi. Tällä kohdin ei pyydetty ottamaan kantaa siihen,

tulisiko palveluja saada oman kunnan alueella useammasta kuin yhdestä palvelupisteestä. Näkemykset esitellään liitteenä (liitekuvat 11-20).

Lasten ja nuorten peruspalveluissa lähipalveluina pidettiin neuvola- ja kouluterveydenhuollon palveluja. Lastensuojelussa pidettiin mahdollisena tämän hetkistä tilannetta laajempaa seudullista järjestämispohjaa; arviolta noin 10-15 % kunnista arvioi seudullisen pohjan sopivaksi, vaikka vastaavaa palvelua saa nykyisin omasta kunnasta. Asukasluvuista laskettuna vastaava prosenttiosuus on noin 6-9 %. Vahvimmin seudullista keskittämistä pidettiin sopivana perheneuvolapalveluissa ja lastensuojelun erityisosaamista vaativassa työssä. Perheneuvolapalveluita saa nykyisin 48 %:ssa kunnista, mutta kysymykseen, mistä palveluita pitäisi saada, vain 25 %:n vastaus oli ”omasta kunnasta”. Tässä on luonnollisesti muistettava näkökulmien ero silloin, kun kysytään tämän hetken konkreettista tilannetta yksittäisten kuntien kannalta ja toisaalta yleistä näkemystä palveluiden sijoittelusta.

Aikuisikäisten palveluissa seudullisesti nykyistä tasoa yleisemmin keskitettäviksi sopisivat kuntien mielestä röntgenkuvien ottaminen, lyhytaikainen hoito terveyskeskussairaalassa sekä terveystarkastajien palvelut. Noin 30 % kunnista on sitä mieltä, että päivystysluonteinen päiväaikainen lääkäreiden ja hoitajien vastaanottopalvelu soveltuu seudullisesti järjestettäväksi. Sen sijaan perussosiaalityöstä ja lääkäreiden ja hoitajien sekä hammaslääkäreiden vastaanottopalveluista omassa kunnassa halutaan pitää kiinni. Asukaslukupohjaiset jakaumat olivat kuntien määristä laskettuja jakaumia enemmän keskittämistä suosivia.

Ikääntyneiden peruspalveluita pidettiin niin ikään jonkin verran nykyisin toteutuvaa useammin seudullisesti järjestettäväksi sopivina, tosin kotihoidon palveluissa tätä mieltä olleiden kuntien osuus oli vain 7 %.

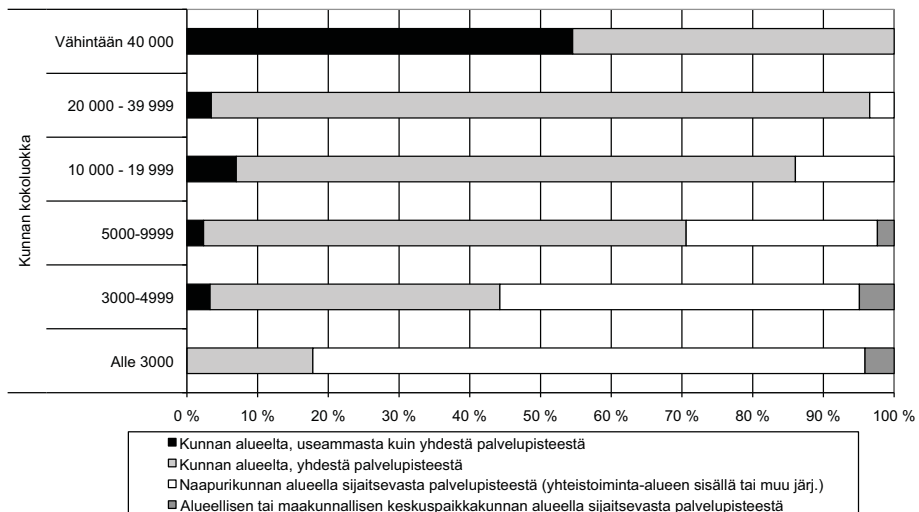
Vammaispalveluissa saatiin vastaavanlainen edellä kuvattujen palveluiden kaltainen kuvio. Nykytilanteessa seudullisen palvelun osuus oli noin 30 % kunnista ja 15 % asukkaista laskettuna. Kuitenkin noin 55-60 % kunnista jotka edustavat vastaavaa osuutta asukasluvusta oli sitä mieltä että vammaispalvelut soveltuisivat seudullisesti saataviksi.

Suurin ero nykytilanteen ja mahdollisena pidetyn välillä tuli esille mielenterveys- ja päihdepalveluissa. Esimerkiksi päihdehuollon vastaanottopalveluita saa nykyisin 58 %:ssa kunnista, mutta osuus voisi olla kuntien vastauksista laskettuna vain runsaat 40 %. Päihdehuollon katkaisuhoidon ja asumispalveluiden nykyistä laajempaa seudulliseksi palveluiksi keskittämistä pidettiin hyvin yleisesti hyväksyttävänä.

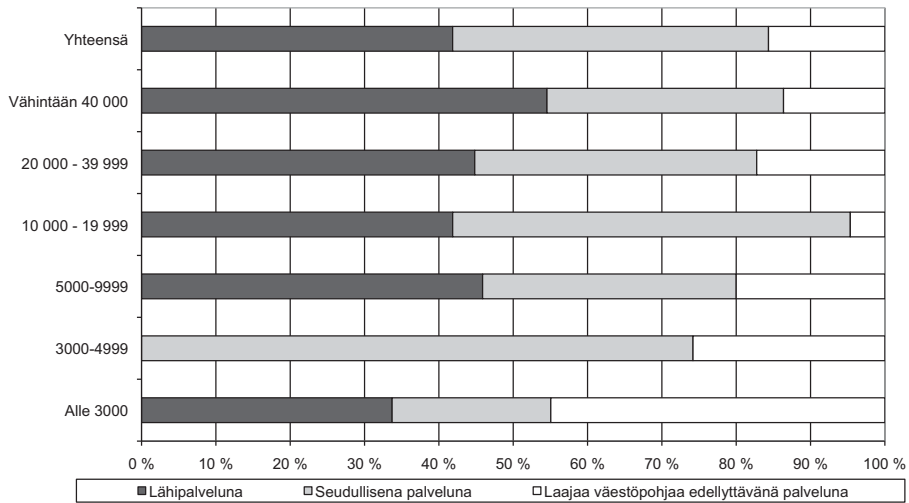
5.3 Lähipalveluna tai seudullisena palveluna järjestämisen yhteys kuntien taustatekijöihin

Luvuissa 5.1. ja 5.2. käsiteltyjä kysymyksiä palveluiden sijoittumisesta lähipalveluiksi tai sitä laajemman väestöpohjan palveluiksi tarkasteltiin tulosten analysoinnin osana seikkaperäisesti. Koska yhteys kunnan asukasluvun ja kunnan sijainnin välillä oli yleensä varsin johdonmukaisesti samanlainen läpi koko kysymyssarjan, yksityiskohtaisia tuloksia ei esitellä. Odotetusti pienet kunnat tukeutuvat yleensä seutukunnallisesti järjestettyihin palveluihin. Käytännössä tällä tarkoitetaan palveluiden järjestämistä joko terveyskeskuskuntayhtymien tai seudullisten ostopalveluverkkojen – ja tulevaisuudessa puitelain mukaisten yhteistoiminta-alueiden piirissä

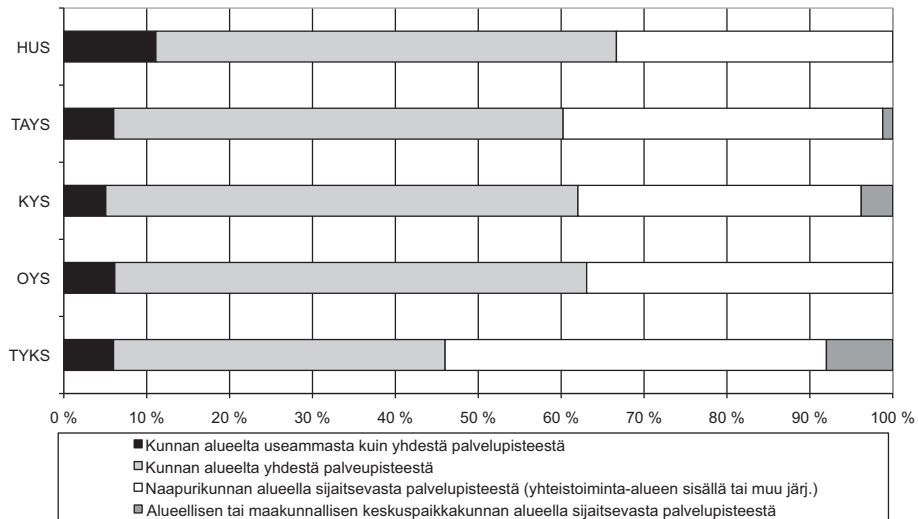
Esimerkiksi palveluiden jakaumista on valittu tarkastelut röntgenkuvien ottamisesta sekä kehitysvammaisten neuvontapalveluiden saatavuudesta (kuviot 2 ja 3)



Kuvio 2 Missä röntgenkuvien otetaan nykyisin - suhteessa kunnan kokoon. Kuntien jakauma %



Kuvio 3. Kehitysvammaisten neuvonta- ym. avopalveluiden saatavuus kunnan kokoluokan mukaan; kuntien jakauma



Kuvio 4. Röntgen-kuvien ottaminen lähipalveluna tai keskitettynä palveluna erityisvastuualueittain. Kuntien lukumäärien jakaumat

Röntgenkuvien ottaminen on samalla esimerkki maan sisällä olevista eroista palveluiden sijoittumisessa yksittäisiin kuntiin. Kuviossa 4 verrataan röntgen-kuvien ottamisen jakaumia erityisvastuualueittain. TYKS- ja HUS-alueella röntgenkuvien ottamisen keskittäminen seudullisiin keskuksiin on selvästi yleisempää kuin

maan itä- ja pohjoisosissa. Tämä selittynee osittain matkustusetäisyyksien eroilla, mutta myös kansanterveystyön investointien historialla. Kun terveyskeskusten varustaminen aloitettiin Itä- ja Pohjois-Suomesta, pidettiin erityisen tärkeänä, että jokaiselle kuntakohtaiseen terveysasemalle sijoitettiin mahdollisimman kattava palveluvarustus. Samanlaista periaatetta ei tunnetusti sovellettu myöhemmin siinä vaiheessa, kun investointien pääpaino siirtyi Lounais- tai Etelä-Suomeen. Näin historian saatossa syntyneet erilaiset kulttuurit näyttävät vaikuttavan myös tämän päivän käsityksiin.

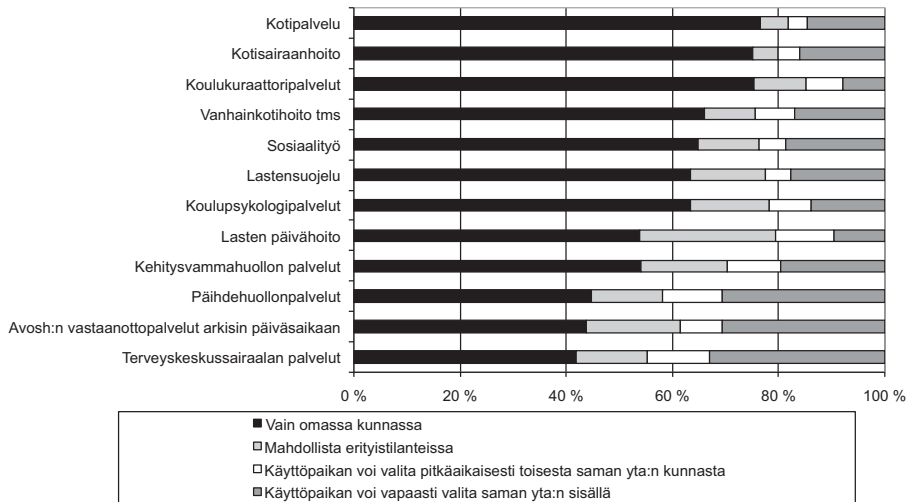
Pienten kuntien mielestä moni sellainen palvelu, jonka keskisuurten ja suurten kuntien mielestä tulisi olla lähipalvelu, voisi kuitenkin toteutua seudullisena palveluna.

5.4 Oikeus käyttää palveluja oman kunnan ulkopuolisissa palveluissa

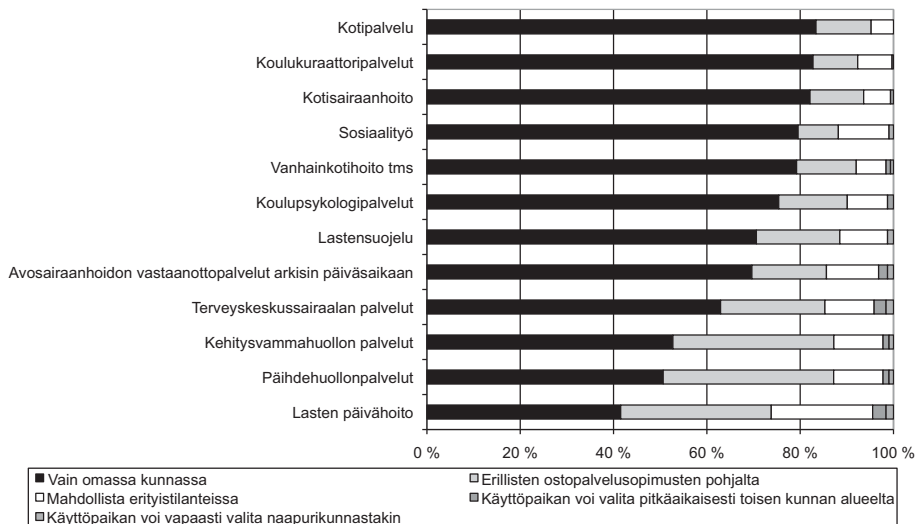
Suomalaisen lainsäädännön mukaan kunnalla on velvollisuus järjestää sosiaali- ja terveyspalvelut asukkailleen, ja asukkailla on puolestaan oikeus saada kunnan järjestämiä palveluita. Kunnat järjestävät palveluita joko omina kunnallisten tuottajien palveluina, kuntayhtymien kautta tai ostopalveluina. Pääsääntönä on ollut, että kunnat järjestävät palvelut omassa kunnassa. Kansanterveystyön kuntayhtymien palveluista osa on kaikille kuntayhtymän alueella asuville tarkoitettuja erityispalveluita ja muilla perusteilla keskitettyjä palveluita, esimerkiksi päivystyspalveluita. Kuntayhtymienkään alueella ei ole kovin yleisesti pidetty mahdollisena käyttää tavallisia kiireettömiä palveluita käyttäjän oman asuinkunnan ulkopuolella.

Kuntarajoja tai kuntayhtymien rajoja on ylitetty vielä edellä kuvattua harvemmin silloin, kun raja on samalla palveluiden järjestämismvastuun raja. Poikkeuksia on tehty ostopalvelusopimusten avulla yleensä silloin, kun esimerkiksi syrjäisissä tai vaikeiden kulkuolosuhteiden päässä olevissa kylissä, joista on helpompi asioida naapurikunnan palvelupisteissä kuin omassa kunnassa.

Terveydenhuoltolain uudistuksen yhteydessä on ryhdytty keskustelemaan mahdollisuuksista avata oikeudet käyttää palveluja rajoituksitta käyttäjän itse valitsemassa kunnassa. Tämän keskustelun taustaksi selvitettiin kyselyllä kevään 2009 tilanne sekä yhteistoiminta-alueiden sisällä että kunta- ja yhteistoiminta-alueiden rajojen yli tapahtuvassa palveluiden käytössä (kuviot 5 ja 6).



Kuvio 5. Kuntalaisten oikeus käyttää sosiaali- ja terveystalveluita yli kuntarajojen saman yhteistoiminta-alueen sisällä. Kuntien jakauma %



Kuvio 6. Kuntalaisten oikeus käyttää sosiaali- ja terveystalveluita oman kunnan tai yhteistoiminta-alueen rajojen ulkopuolella. Kuntien jakauma %

Yhteistoiminta-alueiden sisällä on edelleenkin peruspalveluita, joita käytetään yleisesti vain omassa kunnassa, mutta kuntarajan ylittäminen on valinnan mukaan mahdollista useimmissa palveluissa noin 20-40 %:ssa kunnista. Avosairaanhoidon vastaanottopalveluiden päiväaikaisen saamisen turvaamisessa kuntaraja voidaan ylittää useammin kuin mihin aikaisemmin on maassa totuttu. Lasten päivähoitos-

sa on monessa kunnassa mahdollisuus käyttää naapurikunnan puolelta saatavaa hoitopaikkaa erityistilanteissa. Vapaa hoitopaikan valinta yhteistoiminta-alueen sisällä on kuviossa 5 esitettyjen palveluiden osalta periaatteena 10-20 %:ssa kunnista.

Silloin, kun ei toimita yhteistoiminta-alueen sisällä, kuntarajan ylittäminen on harvinaista. Noin 10 % kunnista ilmoittaa tämän olevan mahdollista erityistilanteissa. Vapaa valinta on erityisen harvoin mahdollista.

5.5 Kuntien näkemykset suunnitelmista laajentaa palveluiden vapaata käyttöä yli kuntarajojen

Kunnilta kysyttiin myös kantoja ja kommentteja terveydenhuoltolain jatkovalmistelun yhteydessä ajankohtaiseksi nousseeseen ehdotukseen palveluiden vapaasta käytöstä yli kuntarajojen seuraavalla kysymyksellä:

Terveydenhuoltolakiluonnoksen jatkovalmistelussa on asetettu tavoitteeksi kuntien väliset rajat ylittävän vapaan kunnallisesti järjestettyihin palveluihin haakeutumisen avaaminen maassa. Kuinka kuntanne mielestä tämä periaate soveltuisi kunnallisesti järjestettäviin sosiaali- ja terveystalouteihin ja miten sitä mielestänne pitäisi soveltaa?

Kysymykseen tuli runsaasti vastauksia, yhteensä 306 kuntaa vastasi. Vastaukset tyydyteltiin seuraaviin neljään luokkaan:

- myönteisesti ilman erityisiä epärointeja tai ehtoja suhtautuvat: 41 kuntaa (13 %)
- vapaan käyttöoikeuden ajatuksen torjuvat: 42 kuntaa (14 %)
- periaatteessa myönteisesti, mutta varauksin, suhtautuvat: 126 kuntaa (41 %)
- asiaa pohtivat, mutta suoraa kantaa ottamattomat: 97 kuntaa (32 %)

Monet ehdotukseen myönteisesti suhtautuvista kunnista ilmoitti vastauksessaan, että asiasta on keskusteltu tai että muutokseen on jopa varauduttu. Kielteisesti suhtautuvilla yleisin perustelu oli muutoksen aiheuttama vaikeus palveluiden ja voimavarojen mitoituksessa. Osa totesi, että palveluita ei saada riittämään oman kunnan asukkaillekaan, mistä syystä lisää käyttäjiä ei toivota.

Varauksin ajatuksen hyväksyvät sekä asiaa ilman selvää kantaa pohtivat nostivat esille seuraavia ongelmia vapaassa käyttöoikeudessa:

- kustannuksiin liittyvät kysymykset (kustannusten jako, laskutuskäytännöt jne.)

- resursointi- ja kapasiteettiongelmat (esimerkiksi henkilöstön riittävyys)
- toimivat ja yhtenäiset tietojärjestelmät
- yhteneväiset palvelut ja kriteerit
- palveluiden tuotteistus yhteneväisin perustein
- palvelutarpeen ennakkoinnin ja suunnittelun vaikeus
- lainsäädännön rajoitukset (valtio – kunta)
- hoitotakuu, väestövastuut
- toimivat hoitoketjut ja hoidon jatkuvuus
- mahdollisuuden avaaminen kaikkiin palveluihin olisi liian suuri muutos; pitäisi kokeilla vain rajoittaen tiettyihin palveluihin
- pitkät etäisyydet ja erillisryhmät luovat ongelmansa (esim. opiskelijat, loma-asukkaat)
- palveluiden keskittyminen / etääntyminen
- kokonaisuuden hallinnan vaikeudet
- kuntien keskinäiset sopimukset

Aloitteeseen suhtautumisessa ei näyttänyt olevan kovin johdonmukaisia eroja kuntakoon tai kunnan maantieteellisen sijainnin mukaan.

5.6 Kuntien ja yhteistoiminta-alueiden rajojen ylittyminen työterveyshuoltoa järjestettäessä

Kunnallinen järjestämisvaihtoehto on tunnetusti yksi kolmesta maassa käytössä olevista perusvaihtoehdoista; muut ovat palvelun järjestäminen yrityksen omana toimintana tai palvelun hankinta työterveyshuoltopalveluja tarjoavalta yritykseltä. Kunnilta pyydettiin selvitystä siitä, kuinka ne toteuttavat kansanterveyslain veloitteen järjestää työnantajille tai ammatinharjoittajille tai yrittäjille työterveyshuollon palvelut niitä haluttaessa.

Viime aikojen kehitystrendinä on ollut kunnallisesti järjestettävän työterveyshuollon eriyttäminen muusta terveystieteellisestä palvelusta erillisen liikelaitoksen tai vastaavan, mutta edelleen kunnallisella pohjalla toimivan organisaation tehtäväksi. Kunnat voivat lisäksi järjestää palvelun sopimuspohjaisesti siten, että ne ohjaavat työterveyspalveluja kunnalta haluavat työnantajat sopimuskumppaneiksi valitsemiensa yksityisten palveluntuottajien asiakkaiksi.

Taulukko 10. kertoo kuntien, terveyskeskusten ja kunkin vaihtoehdon mukaisesti toimivien kuntien yhteenlasketun asukasmäärän jakaumat. Enemmistö terveyskeskuksista järjestää työterveyshuollon itse, mutta kunnalliset liikelaitokset ovat saaneet jalansijaa erityisesti suurissa kaupungeissa ja niiden ympäristöissä. Kunnalliset liikelaitokset toimivat terveyskeskuksia ja myös terveyskeskuskuntayhtymiä laajemmilla seudullisilla pohjilla. Vain 54 terveyskeskusta käyttää tätä ratkaisua, mutta maan väestöstä noin puolet asuu näiden terveyskeskusten ja niiden kuntien alueella. Eroja kuntien välillä löytyy kuntakoon lisäksi kunnan alueellisen sijainnin mukaan. Työterveyshuollon järjestäminen osana terveyskeskuksen toimintaa on suhteellisesti yleisintä maan itä- ja pohjoisosissa.

Taulukko 10. Kansanterveyslain mukaisen työterveyshuollon järjestämisveloitteen toteuttamistavat; kuntien, terveyskeskusten ja asukkaiden jakaumat.

Järjestämistapa	Kuntia	%-osuus kunnista	Terveyskeskuksia	%-osuus terveyskeskuksista	Asukkaita ko. vaihtoehdon kunnissa	Asukkaiden %-osuudet
Terveyskeskus itse	205	65	124	61	2122218	42
Kunnallinen liikelaitos tai vastaava	71	23	54	26	2544349	51
Ostopalveluna toiselta kunnalta	5	2	3	1	15168	0
Ostopalveluna yksityiseltä	32	10	24	12	368490	7

Kyselyssä yritettiin myös selvittää, kuinka suurella osalla kuntalaisia on kunnallisesti järjestetyn työterveyshuollon osana ns. sairaanhoitosopimus. Vaikka kysymyksessä pyydettiin selkeästi ilmoittamaan pyydetty prosenttiluku suhteutettuna kunnan koko asukasmäärään, vastauksista huomattavassa osassa prosenttiosuus oli laskettu kuitenkin työterveyshuollon asiakkaista. Tämän vuoksi epäluotettaviksi jääviä lukuja ei esitetä.

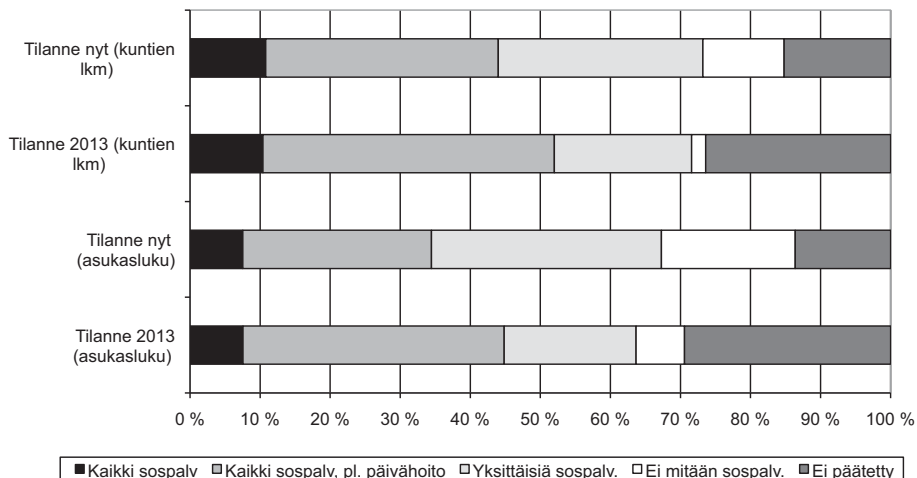
6 Sosiaali- ja terveystalveluiden järjestäminen uusissa palveluiden rakenteissa

6.1 Sosiaalipalveluiden sijoittuminen yhteistoiminta-alueilla

Luvussa 4 ja sen taulukoissa esiteltiin kyselyllä hankittuja tietoja kattavampi ja myöhempään ajankohtaan ulotettu tarkastelu kuntien ratkaisusta yhteistoiminta-alueiden muodostamiseksi ja siitä, miten sosiaalipalvelut sijoittuvat.

Seuraavassa tarkastelussa ovat mukana vain ne kunnat (250 kuntaa), jotka olivat vastanneet kuuluvansa tai tulevansa kuulumaan kuntien muodostamaan yhteistoiminta-alueeseen. Tiedot poikkeavat siksi joiltakin osin em. luvussa 4 esitetystä.

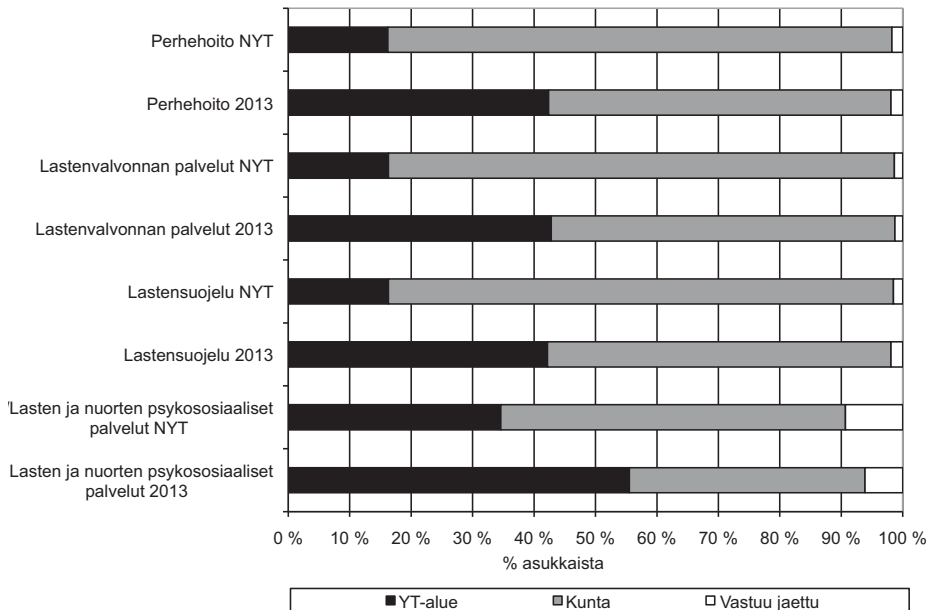
Tarkempaa analyysiä vaikeutti kuitenkin se että, kaikki yhteistoiminta-alueisiin kuuluvista kunnista eivät olleet vastanneet kaikkiin yhteistoiminta-alueen toimintaa käsitteleviin kysymyksiin. Tästä syystä esitetyissä kuvioissa on käytetty pääsääntöisesti prosenttilukuja.



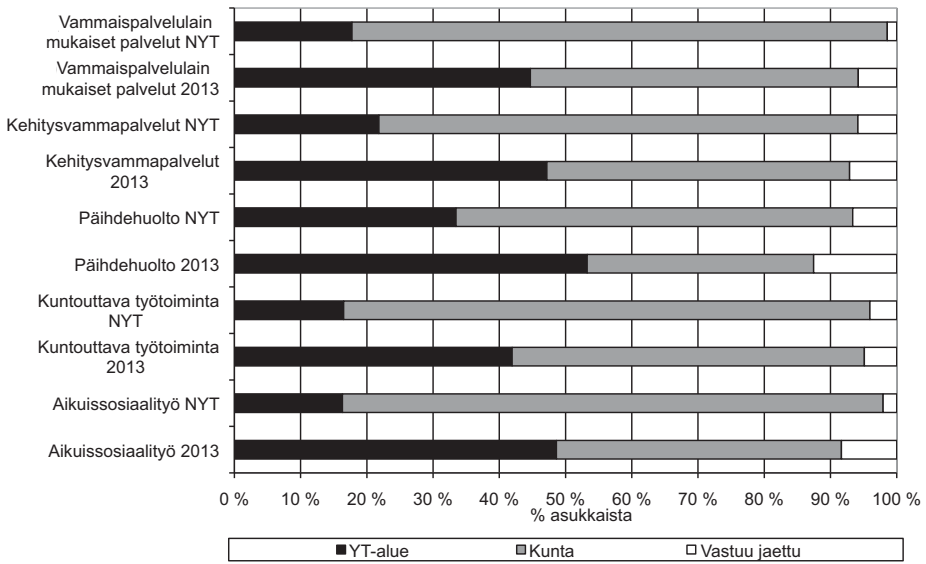
Kuvio 7. Mitkä kunnallisen järjestämismvastuun piirissä olevat sosiaalitoimen palvelut kuuluvat yhteistoiminta-alueen toimialaan nyt/vuonna 2013 (kuntien lkm, asukasluku)

Kunnista noin 45 % (110 kuntaa) ilmoitti, että yhteistoiminta-alueen toimialaan kuuluvat kaikki sosiaalitoimen palvelut lukuun ottamatta päivähoitoa. Kun samaa asiaa tarkasteltiin vuoden 2013 osalta, näin ilmoitti runsas 50 % (130 kuntaa). Näyttäisi siltä, että miltei kaikkien yhteistoiminta-alueiden toimialaan tulee kuulumaan ainakin joitain sosiaalitoimen palveluja. On kuitenkin huomioitava, että runsas neljännes kunnista (66 kuntaa) ilmoitti tilanteen olevan vielä auki. Asukasluvun mukaan tarkasteltuna tilanne näyttää melko samanlaiselta.

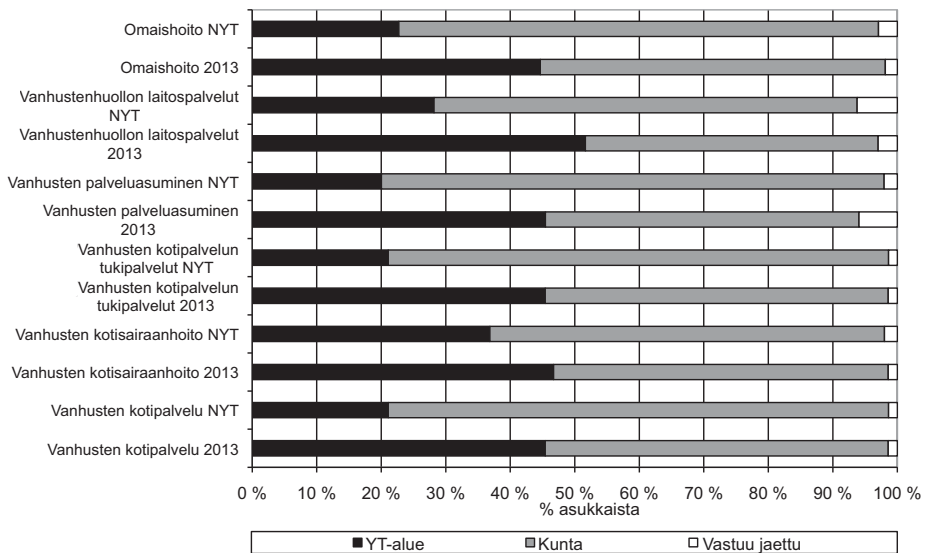
Niitä kuntia, jotka ilmoittivat siirtäneensä (73 kuntaa) tai ilmoittivat, että tulevat siirtämään (46 kuntaa) vain yksittäisiä sosiaalipalveluja yhteistoiminta-alueelle, pyydettiin erittelemään tarkemmin, mitä palveluja ne ovat siirtäneet yhteistoiminta-alueille ja miten vastuu näiden palveluiden tuotannossa jakautuu kunnan ja yhteistoiminta-alueen kesken. Yhteenvedon voidaan sanoa, että kunnat, jotka ovat siirtäneet yksittäisiä sosiaalipalveluja yhteistoiminta-alueille, vastaavat suurelta osin näiden palveluiden järjestämisestä. Tulevaisuudessa vastuu näyttäisi kuitenkin siirtyvän entistä enemmän yhteistoiminta-alueille. Etenkin työikäisten palveluiden kohdalla näyttäisi siltä, että palveluiden järjestämisvastuuta myös jaetaan kunnan ja kuntayhtymän kesken ja että tämä tulisi lisääntymään tulevaisuudessa. Lasten ja nuorten psykososiaalisten palveluiden sekä vanhusten laitospalveluiden kohdalla järjestämisvastuun jakautuminen kunnan ja yhteistoiminta-alueen välillä näyttäisi vähentyvän ja siirtyvän enenevässä määrin yhteistoiminta-alueen vastuulle (Kuviot 8, 9 ja 10).



Kuvio 8. Lasten, nuorten ja perheiden sosiaalipalvelut nyt ja vuonna 2013 (asukasluku)



Kuvio 9. Työkäisten sosiaalipalvelut nyt ja vuonna 2013 (asukasluku)



Kuvio 10. Ikääntyneiden sosiaalipalvelut nyt ja vuonna 2013 (asukasluku)

Kyselylomakkeessa eriteltyjen sosiaalipalveluiden lisäksi kunnilta tiedusteltiin muista mahdollisista yhteistoiminta-alueen toimialaan kuuluvista sosiaalitoimen palveluista. Tähän kysymykseen tuli vähän vastauksia. Annetuissa vastauksissa useimmissa mainittiin mielenterveyspalvelut.

Kysymykseen yhteistoiminta-alueen toimialaan kuuluvista sosiaali- ja terveys-toimen ulkopuolisista palveluista, tuli myös vähän vastauksia. Kunnista 53 prosenttia (170 kuntaa) vastasi, että yhteistoiminta-alueen toimialaan ei sisälly mitään sosiaali- ja terveystoimen ulkopuolisia palveluja. Niillä, joilla oli valittu jokin palvelu, oli yleisimmin valittu ulkopuolinen palvelu ympäristöpalvelut, 13 prosenttia kunnista (41 kuntaa). Muita palveluja olivat: perusopetus, toisen asteen koulutus tai muut koulutuspalvelut, kulttuuripalvelut, nuorisotoimen palvelut, liikuntapalvelut, tekniset palvelut, rakennuslupaviranomaisten palvelut ja maataloustoimen palvelut. Lisäksi kunnilta kysyttiin yhteistoiminta-alueen tarjoamista sosiaali- ja terveystoimen sisäisistä tukipalveluista, kuten taloushallinto, henkilöstöhallinto, tietotekniikkapalvelut ja puhelinkeskuspalvelut. Kunnista 154 (48 %) ilmoitti, että yhteistoiminta-alue ei tarjoa peruskunnille mitään näistä palveluista.

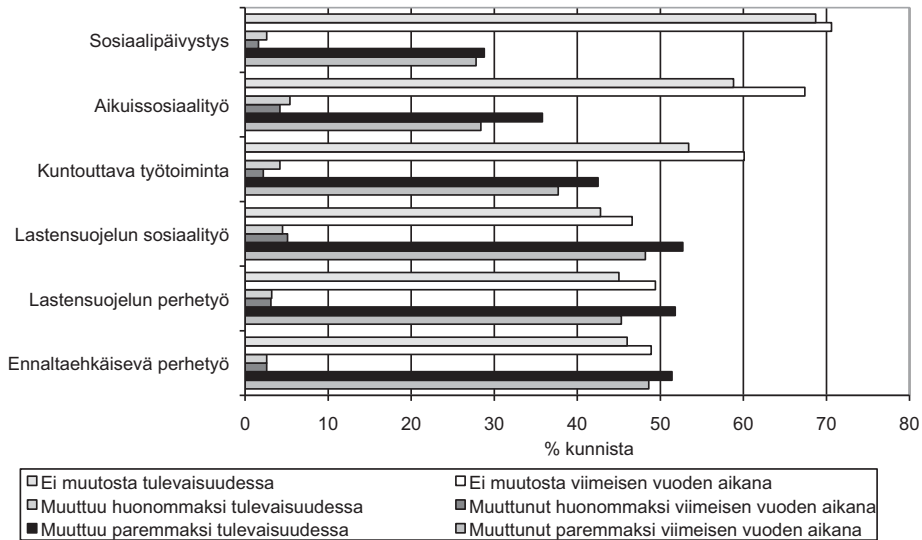
6.2 Perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon raja

Kysymykseen ”Sisältyykö yhteistoiminta-alueen toimialaan erikoissairaanhoidon palveluja?” lähes puolet (46 %, 148 kuntaa) vastasi, että yhteistoiminta-alueen toimialaan ei sisälly erikoissairaanhoidon palveluja. Yhteistoiminta-alueen toimialaan kuuluvista erikoissairaanhoidon palveluista kysyttäessä 9 % kunnista (27 kuntaa) vastasi siihen kuuluvan poliklinikka/avopalveluita, 2 % (7 kuntaa) vuodeosastotoimintaa, 8 % (25 kuntaa) ilmoitti, että yhteistoiminta-alueelle sijoittuu erikoissairaanhoidoksi luettava sairaala ja 10 % (32 kuntaa) kunnista vastasi, että yhteistoiminta-alue on terveystoiminta-/sosiaali- ja terveystoiminta-alue.

6.3 Sosiaali- ja terveystoimen yhteinen toiminnallinen kokonaisuus

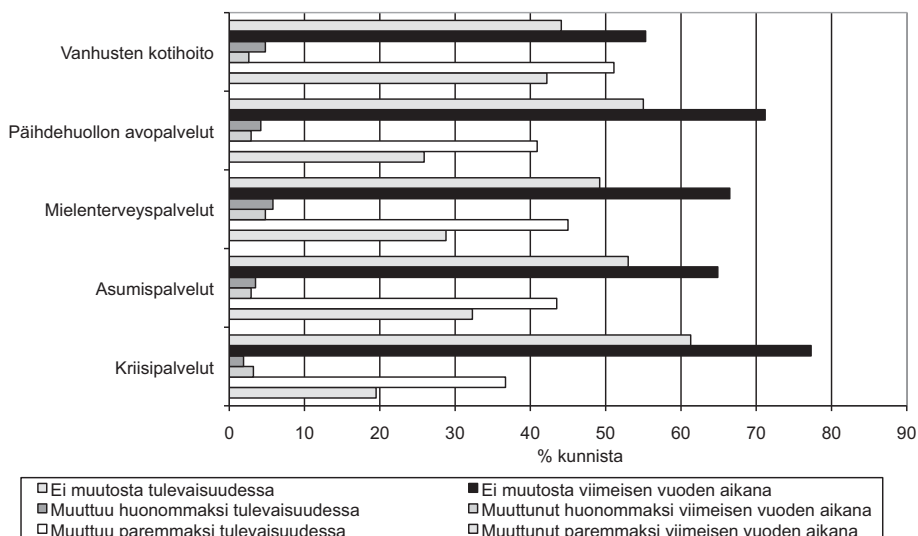
Kysymystä analysoitaessa palvelut jaettiin seuraavassa kahteen kokonaisuuteen. Ensimmäiseen sisällytettiin perinteisiin sosiaalipalveluihin liittyviä palveluita (Kuvio 11). Toiseen luettiin kuuluviksi sellaisia sosiaali- ja terveydenhuollon palveluita, joita jo useassa kunnassa on integroitu toiminnallisiksi kokonaisuuksiksi (Kuvio 12).

Kuntia pyydettiin arvioimaan muutosta sosiaali- ja terveyspalveluiden toiminnallisessa kokonaisuudessa viimeisen vuoden aikana sekä tulevaisuudessa.



Kuvio 11. Kuntien arviot siitä, miten hyvin sosiaali- ja terveyspalvelut muodostavat toiminnallisen kokonaisuuden (% kunnista), sosiaalipalvelut

Pääosa kunnista arvioi, että sosiaali- ja terveyspalveluiden toiminnallisessa kokonaisuudessa ei ole tapahtunut muutosta viimeisen vuoden aikana. Huomion arvoista kuntien vastauksissa oli, että perinteisen sosiaalityön (sosiaalipäivystys, aikuissosiaalityö ja kuntouttava työtoiminta) alueella muutosta ei ollut arvioitu tapahtuneen viimeisen vuoden aikana, eikä muutosta arvioitu tapahtuvan myöskään tulevaisuudessa. Lasten ja perheiden palveluiden (lastensuojelun sosiaalityö, lastensuojelun perhetyö, ennaltaehkäisevä perhetyö) osalta vastaukset muodostivat melko yhtenäisen ja samansuuntaisen kokonaisuuden: runsaat puolet vastanneista arvioi muutoksen positiiviseksi tulevaisuudessa. Muutosta viimeisen vuoden aikana tarkasteltaessa vastaukset jakaantuivat melko tasan yhtäältä niihin joiden mielestä muutosta ei ollut tapahtunut ja toisaalta niihin joiden mielestä muutos oli positiivinen. Kautta linja muutosta huonommaksi viimeisen vuoden aikana tai tulevaisuudessa arvioi noin 5 % vastanneista.



Kuvio 12. Kuntien arviot siitä, miten hyvin sosiaali- ja terveyspalvelut muodostavat toiminnallisen kokonaisuuden (% kunnista), integroidut sosiaali- ja terveyspalvelut

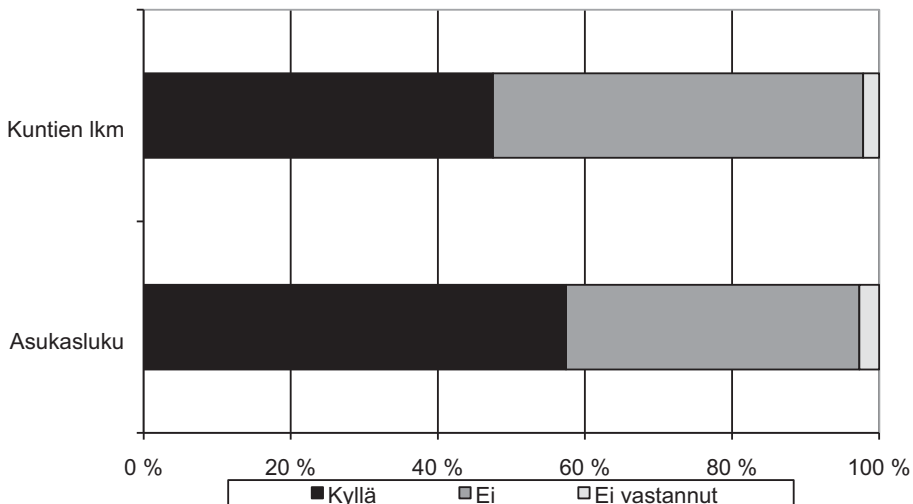
Päihdehuollon avopalveluiden, mielenterveyspalveluiden, asumispalveluiden ja kriisipalveluiden kohdalla 65–75 % vastanneista arvioi, että muutosta ei ollut tapahtunut viimeisen vuoden aikana. Rungas puolet arvioi myös, että muutosta ei tapahdu myöskään tulevaisuudessa. Aineiston tietojen perusteella ei voida arvioida johtuvatko vastaukset siitä, että näissä palveluissa sosiaali- ja terveyspalveluiden integraatio jo toimii vai siitä, että integraation toimivuutta arvioidaan kriittisesti. Toisaalta huomion arvoista on, että kaikkien edellä mainittujen palveluiden kohdalla noin 40 prosenttia arvioi muutoksen paremmaksi tulevaisuudessa.

Vanhusten kotihoitoa tarkasteltaessa kuntien arviot olivat edellä mainittuja palveluja positiivisempia. Noin 50 % arvioi, että muutosta ei viimeisen vuoden aikana ollut tapahtunut. Kuitenkin miltei samansuuruisen osuus vastanneista arvioi muutoksen paremmaksi tulevaisuudessa.

6.4 Eräiden sosiaali- ja terveydenhuollon palveluiden tuottaminen yhtenäisinä kokonaisuuksina

6.4.1 Psykososiaaliset palvelut

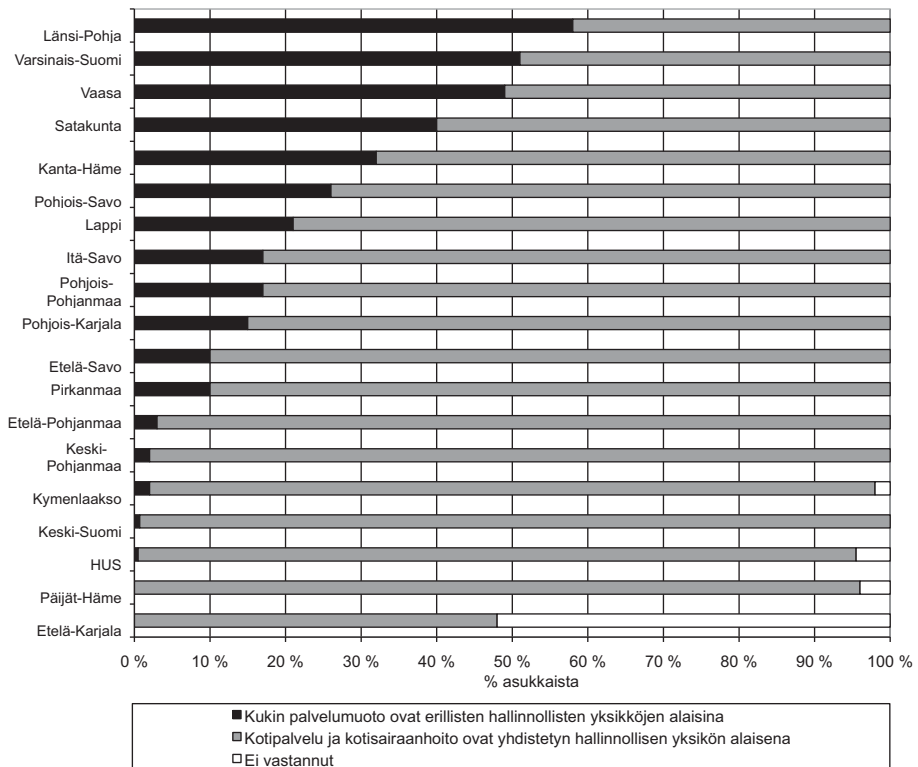
Sosiaali- ja terveydenhuollon integraatiota kartoitettiin kysymällä onko kunnassa tai yhteistoiminta-alueella muodostettu toimintayksiköitä, joihin on koottu yhtenäiseksi kokonaisuudeksi perinteisesti eri sektoreilla tuotettuja palveluja, esimerkiksi mielenterveys- tai päihdepalvelut, lasten ja nuorten psykososiaaliset palvelut ja perhe- tai perhepalvelukeskukset. Tähän kysymykseen vastasi yhteensä 312 kuntaa. Noin 48 % (151 kuntaa) ilmoitti, että tällaisia toimintayksiköitä on muodostettu ja 52 % (161 kuntaa) ilmoitti, että ei ole muodostanut tällaisia yksiköitä. Asukasluvun mukaan tarkasteltuna hieman alle 60 % asukkaista sijoittuu sellaisiin kuntiin/yhteistoiminta-alueille, joissa sosiaali- ja terveyspalveluita on integroitu (Kuvio 13).



Kuvio 13. Onko kunnassa/yhteistoiminta-alueella toimintayksiköitä joihin on koottu yhtenäiseksi kokonaisuudeksi perinteisesti eri sektoreilla tuotettuja palveluja? (kuntien lkm, asukasluku)

Sosiaali- ja terveyspalveluiden toiminnallista kokonaisuutta psykososiaalisissa palveluissa tarkasteltiin myös sairaanhoitopiireittäin. Tarkastelu osoitti, että sosiaali- ja terveyspalveluiden toiminnallisen kokonaisuuden suhteen on sairaanhoitopiirien väliltä löydettävissä erilaisia alueellisia profiileja (Kuvio 14). Erot selittyvät

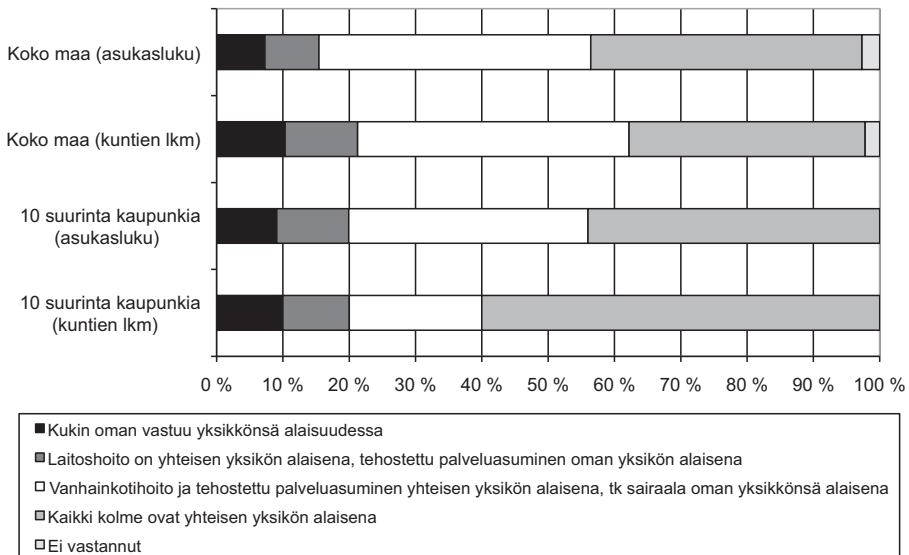
lähinnä mielenterveystoimistojen hallinnolla. Niiden sairaanhoitopiirien alueella, joissa mielenterveystoimisto on siirretty sairaanhoitopiiristä kuntaan, on yleisesti muodostettu toimintayksiköitä, joissa sosiaali- ja terveyspalveluja on koottu yhtenäisiksi kokonaisuuksiksi. Keski-Pohjanmaan, Keski-Suomen, Pohjois-Savon ja Päijät-Hämeen sairaanhoitopiirien alueella yli 80 % asukkaista kuuluu kuntiin, joissa tämänkaltaisia sosiaali- ja terveyspalveluiden muodostamia toiminnallisia kokonaisuuksia on muodostettu. Niillä alueilla, joissa mielenterveystoimisto kuuluu sairaanhoitopiirin alaisuuteen, tämänkaltaisia kokonaisuuksia ei puolestaan näytä syntyvän. Näistä esimerkkeinä toimivat muun muassa Varsinais-Suomi ja Itä-Uusimaa.



Kuvio 14. Onko kunnassa/yhteistoiminta-alueella toimintayksiköitä joihin on koottu yhtenäiseksi kokonaisuudeksi perinteisesti eri sektoreilla tuotettuja palveluja? Tarkastelu sairaanhoitopiireittäin (asukasluku)

6.4.2 Ikääntyneiden palvelut

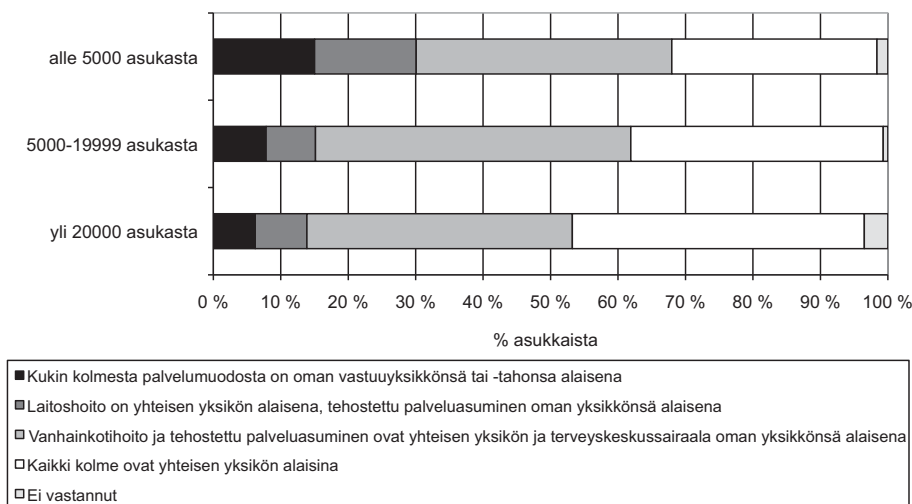
Kunnilta kysyttiin palveluiden integraatiosta myös ikääntyneiden palveluiden osalta. Yhtäältä asiaa tarkasteltiin ikäihmisten ympärivuorokautisen pitkäaikaishoidon palveluiden järjestämisen ja toisaalta kotisairaanhoidon ja kotipalvelun järjestämisen näkökulmasta. Kunnista 98 % (313 kuntaa) vastasi näihin kysymyksiin. Ympärivuorokautista pitkäaikaishoitoa tarkasteltaessa, vastaukset jakautuivat niin kuntien lukumäärän kuin asukasluvun mukaan yhdensuuntaisesti (Kuvio 15). Yhtäältä pitkäaikaishoitoa oli kehitetty niin, että vanhainkotihoito, tehostettu palveluasuminen ja terveyskeskussairaala oli organisoitu yhteisen yksikön alaisuuteen (36 % kunnista, 114 kuntaa). Toisaalta 41 % (131 kuntaa) ilmoitti, että vanhainkotihoito ja tehostettu palveluasuminen ovat yhteisen yksikön ja terveyskeskussairaala oman yksikkönsä alaisena. Ainoastaan noin 10 % (33 kuntaa) kunnista ilmoitti, että kaikki edellä mainitut toiminnot ovat oman yksikkönsä alaisuudessa. Kun tarkastellaan kymmenen suurimman kunnan tilannetta asukasluvun mukaan, huomataan, että sosiaali- ja terveyspalveluiden organisaatiotason integraatio ei juuri poikkea koko maan tilanteeseen verrattuna (Kuvio 15).



Kuvio 15. Ikäihmisille tarkoitetun ympärivuorokautisen pitkäaikaishoidon järjestäminen koko maan osalta ja kymmenessä suurimmassa kaupungissa (kuntien lukumäärä, asukasluku)

Kun ikäihmisille tarkoitetun ympärivuorokautisen pitkäaikaishoidon järjestämistä tarkastellaan kunnan kokoluokan mukaan, huomataan, että sosiaali- ja terveyspalveluiden integraation yleisyys kasvaa kunnan kokoluokan kasvaessa. Alle 5000

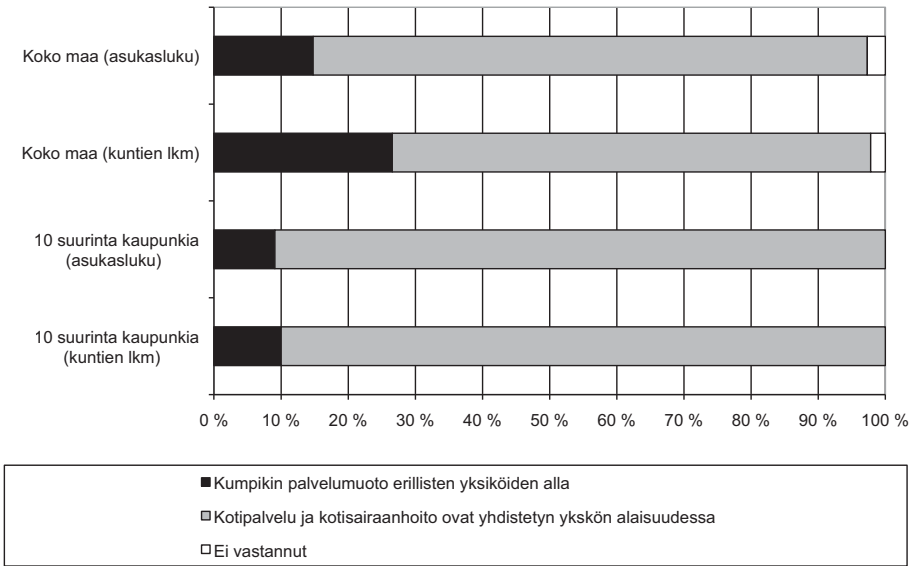
asukkaan kunnista noin 31 % (43 kuntaa) ilmoitti, että kaikki kolme pitkäaikashoidon muotoa oli organisoitu yhteisen yksikön alaisuuteen. Vastaavasti 5000 - 19 999 asukkaan kunnista 37 % (47 kuntaa) ja yli 20 000 asukkaan kunnista 44 % (24 kuntaa) ilmoitti, että kaikki kolme pitkäaikashoidon muotoa kuuluivat yhteisen yksikön alaisuuteen. Alle 5000 asukkaan kunnista noin 14 % (19 kuntaa) ilmoitti, että kaikki kolme pitkäaikashoidon muotoa kuuluvat erillisten yksiköiden alaisuuteen. Vastaavat prosenttiosuudet olivat noin 9 % (11 kuntaa) 5000- 19 999 asukkaan kuntien ja noin 5 % (3 kuntaa) yli 20 000 asukkaan kuntien osalta. Kun samaa asiaa tarkastellaan asukasluvun mukaan, luvut ovat samansuuntaisia (Kuvio 16).



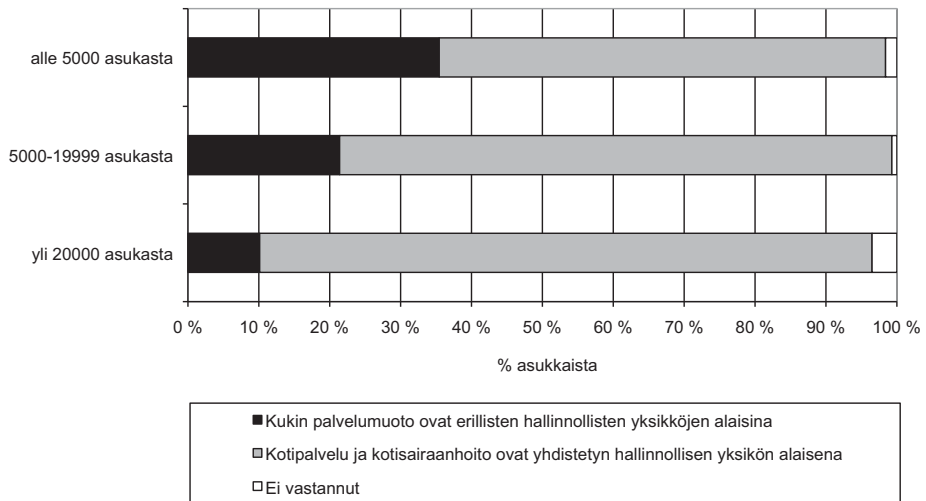
Kuvio 16. Ikäihmisille tarkoitetun ympärivuorokautisen pitkäaikashoidon järjestäminen kunnan kokoluokan mukaan tarkasteltuna (asukasluku)

Kotipalvelun ja kotisairaanhoidon sijoittumisesta kysyttäessä (Kuvio 17) suurin osa kunnista ilmoitti, että kotipalveluja ja kotisairaanhoido on yhdistetty yhteisen hallinnollisen yksikön alaisuuteen (71 % kunnista, 228 kuntaa). Asukasluvun mukaan tarkasteltuna jopa yli 80 % asukkaista sijoittuu alueille, joissa palvelut toimivat yhteisen yksikön alaisuudessa.

Kotipalvelun ja kotisairaanhoidon sijoittumista tarkasteltiin myös kunnan kokoluokan mukaan. Alle 5000 asukkaan kunnista noin 36 % (50 kuntaa) ilmoitti, että kotipalvelu ja kotisairaanhoido kuuluvat erillisten yksiköiden alaisuuteen. Vastaavat prosenttiosuudet olivat 5000 - 19 999 asukkaan kuntien osalta 22 % (28 kuntaa) ja yli 20 000 asukkaan kuntien osalta 13 % (7 kuntaa). Kunnan kokoluokan näyttäisikin vaikuttavan myös tässä siihen, miten sosiaali- ja terveyspalveluissa yhtenäisyys kehittyy. Luvut ovat samansuuntaisia myös silloin, kun asiaa tarkastellaan asukasluvun mukaan (Kuvio 18).



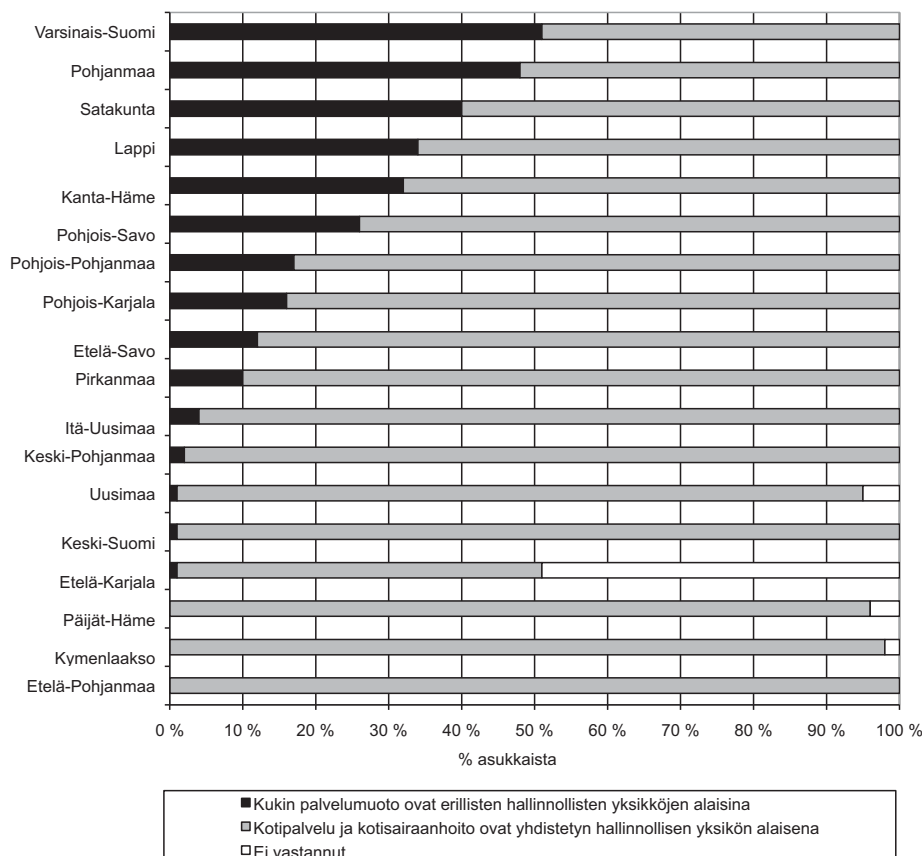
Kuvio 17. Minkäläisten organisaatioiden alaisuuteen kotipalvelu ja kotisairaanhoido sijoituvat koko maassa ja kymmenessä suurimmassa kaupungissa (kuntien lkm, asukasluku)



Kuvio 18 Minkäläisten organisaatioiden alaisuuteen kotipalvelu ja kotisairaanhoido sijoituvat, tarkastelu kuntakoon mukaan (asukasluku)

Lopuksi kotipalvelun ja kotisairaanhoidon sijoittumista tarkasteltiin vielä maakuntatasolla. Maakuntien väliltä löytyi eroja. Päijät-Hämeessä, Kymenlaaksossa ja Etelä-Pohjanmaalla kaikki vastanneet kunnat ilmoittivat, että kotipalvelu ja ko-

tsairaanhoido sijoittuvat yhdistetyn hallinnollisen yksikön alaisuuteen. Varsinais-Suomi ja Pohjanmaa erottuvat puolestaan maakuntina, joissa yli 40 % asukkaista kuuluu alueille, joissa kotipalvelu ja kotisairaanhoido toimivat erillisten yksiköiden alaisuudessa (Kuvio 19).



Kuvio 19. Minkäläisten organisaatioiden alaisuuteen kotipalvelu ja kotisairaanhoido sijoittuvat, tarkastelu maakunnittain (asukasluku)

6.5 Sosiaalitoimen erityispalveluiden hankkiminen

Kunnilta kysyttiin sosiaalitoimen erityispalveluiden hankkimisesta neljän palvelukokonaisuuden osalta. Näitä olivat lastensuojelun erityispalvelut, kehitysvammahuollon erityispalvelut, vammaishuollon erityispalvelut ja päihdehuollon erityispalvelut. Kunkin palvelukokonaisuuden kohdalla kuntia pyydettiin selvittämään

tilannetta nyt ja lisäksi vuonna 2013. Kunnat saivat vapaasti kuvailla sitä, mitä erityispalveluja kussakin palvelukokonaisuudessa ne tuottivat itse, tuottivat yhteistyössä muiden kuntien kanssa, ostivat järjestöiltä/yksityisiltä yrityksiltä ja hankkivat sosiaali- ja terveydenhuollon laajan väestöpohjan kuntayhtymältä. Kuntien vastaukset olivat laadultaan hyvin heterogeenisiä ja tästä syystä palveluiden hankkimista koskeva tarkastelu jää melko yleiselle tasolle ja tuloksia on pidettävä ainoastaan suuntaa-antavina. Seuraavassa keskitytään tarkastelemaan kysymyksiä, jotka kartoittivat yksityisiltä palveluntuottajilta hankittuja palveluja kussakin palvelutyypissä.

Eniten palveluita näytettäisiin tämän kyselyn perusteella hankittavan lastensuojelun alueella ja vähiten kehitysvammahuollossa. Kuntien vastausten perusteella näyttäisi siltä, että kunnat suunnittelevat vähentävänsä palveluiden hankkimista yksityisiltä palveluntuottajilta tulevaisuudessa. Arvio perustuu siihen, että "Ei", "Ei mitään" tai tyhjiä vastauksia oli kaikkien palvelutyypien kohdalla enemmän tulevaisuutta kartoittavien kysymysten kohdalla. Toisaalta kaikki kunnat eivät vielä olleet tehneet päätöksiä tulevaisuuden ostopalveluiden osalta. Lisäksi osa kunnista ilmoitti, että tulevaisuudessa palveluiden hankinnan suhteen ei ole odotettavissa muutoksia.

Lastensuojelun erityispalveluiden kohdalla yksityisiltä palveluntuottajilta ilmoitettiin yleisimmin hankittaviksi laitoshoidon ja sijaishuollon palveluja. Myös tukiperheteroiminta ja muut perhepalvelut sekä adoptioeuvonta mainittiin ulkopuolelta hankittavina palveluina. Kehitysvammahuollon erityispalveluista kysyttäessä asumispalvelut mainittiin miltei joka kolmannessa vastauksessa yksityiseltä sektorilta ostettavana palveluna. Myös laitoshoidon ja perhehoito nousivat esille vastauksissa. Vammaishuollon palveluista asumispalvelut, kuljetuspalvelut ja tulkkipalvelut mainittiin useimmiten kuntien vastauksissa. Päihdehuollon kohdalla kuntoutus tai laituskuntoutus, asumispalvelut ja katkaisuhuolto olivat palveluita, joita kunnat ilmoittivat hankkivansa yksityiseltä sektorilta.

Tuloksia tarkasteltaessa on korostettava, että kunnat olivat vastanneet hyvin eri tavoin kysymyksiin eikä vastausten perusteella voida tehdä pitkälle meneviä johtopäätöksiä. Myöskään siihen, kuinka suuri osa palveluista hankitaan yksityisiltä palveluntuottajilta, kysely ei anna vastausta.

6.6 Kansalaisvaikutukset

Kunnilta kysyttiin käsityksiä sosiaali- ja terveydenhuollon kokonaisuuden toimivuudesta eri palvelukokonaisuuksien osalta havaittujen muutosten näkökulmasta. Kyselyssä tiedusteltiin edelleen kuntien edustajilta subjektiivista arviota siitä, mitkä tekijät ovat kuntalaisten kannalta parhaiten ja heikoiten toimivien palvelukokonaisuuksien taustalla. Avovastaukset analysoitiin sekä kvantifioimalla teemojen lukumäärä että analysoimalla vastauksia laadullisesti.

6.6.1 Heikoiten toimivat palvelukokonaisuudet

Kuntavastaajat olivat aktiivisesti arvioineet tekijöitä heikoiten toimivien palvelukokonaisuuksien taustalla. Avovastaukset ryhmiteltiin suppeampiin teemoihin (20 luokkaa), jotka myöhemmin yhdistettiin neljäksi pääteemaksi, jotka koskivat (1) palvelujärjestelmää; (2) resursseja; (3) henkilöstöä; ja (4) muita asioita. Käytännössä vastausten lukumäärä ei vastaa taulukossa 11 esitettyä havaintojen lukumäärää, sillä usein vastauksissa annettiin useita eri tekijöitä, jotka ovat huonointen järjestettyjen palveluiden taustalla. Lisäksi joitakin vastauksia ei vastauksen epäselvyyden vuoksi voitu sijoittaa mihinkään luokkaan.

Pääteemoista lukumäärällisesti eniten kommentteja sai palvelujärjestelmää koskeneet kommentit (yhteensä 108). Tämä pääteema sisälsikin useita suppeampia teemoja, jotka koskivat palvelujärjestelmästä aiheutuvia ongelmia ja hankaluuksia. Yksittäisistä teemoista eniten mainintoja sai resurssien puute ja siihen rinnastettavissa olevat ongelmat, esimerkiksi se, ettei ostopalveluja saa tarpeen mukaan (yhteensä 51).

Kuntavastaajia pyydettiin arvioimaan mitkä tekijät ovat huonointen toimivien palveluiden taustalla. Vaikka kysymys mahdollistaa huonointen toimivien palveluiden nimeämisen, se tehtiin vain osassa vastauksia. Kuitenkin huonointen toimivaksi palvelujärjestelmäksi voi näiden avovastausten pohjalta nimetä päihde- ja mielenterveyspalvelut, erityisesti palvelujärjestelmän kokonaisuuden, palveluiden koordinoimattomuuden ja monimutkaisuuden. Palvelukokonaisuuksittain päihde- ja mielenterveyspalvelut näyttävät kyselyn avovastausten mukaan ”toimivan hajallaan ja koordinoimattomasti” ja asiakkaiden palvelut ja hoito ovat ”pirstaleista, koska toiminnat ovat eri organisaatioissa (päihdepalvelut kunnan toimintana, mielenterveyspalvelut erikoissairaanhoidossa)”.

Avovastaukset huonointen toimivista palveluista luokiteltiin neljään pääteemaan: palvelujärjestelmän toimimattomuus, resursseja ja henkilöstöä koskevat huomautukset sekä muut teemat.

Palvelujärjestelmästä johtuvat asiat sisälsivät edelleen kolme laajempaa teemaa: muutokset palvelujärjestelmässä, palvelujen tuottaminen ja palvelujärjestelmä yleensä sekä palvelujen sijainti. Palvelujärjestelmässä tapahtuneista muutoksista nimettiin erityisesti palveluiden harmonisointi yhteistoiminta-alueilla, tämä on vaikuttanut mm. siihen, että ”etäällä oleva organisaatio, joka ei tunne palvelualueita. Henkilökunta ei tunne asiakkaita eikä heidän tarpeitaan. Kukaan ei ole vastuussa palveluketjun toimivuudesta”. Lisäksi palveluiden yhtenäistäminen koetaan ongelmalliseksi, sillä se on heikentynyt joitakin etuuksia tai muuttuneet palvelukokonaisuuden eivät toimi.

Palvelujen tuottaminen ja palvelujärjestelmää yleensä koskeneet kommentit koskivat yhtäältä palvelujärjestelmän joustamattomuutta ja toisaalta sen pirstaleisuutta, esimerkiksi huonoja palveluita tuotti se, että palvelut on kehitetty ”organisaatiolähtöisesti; palveluosia on monissa eri toimipisteissä, tekee palveluihin pääl-

lekkäisyyttä”. Lisäksi osassa kuntia palvelujärjestelmä on haavoittuva, kun tietystä palvelusta vastaa vain yksi työntekijä. Työntekijän sairastuessa sijaisia on vaikea saada, tämä puolestaan aiheuttaa palvelujen ruuhkautumista. Palvelujärjestelmä koettiin lisäksi ongelmalliseksi, jos toimintaohjeet ja – tavat eivät ole selkeitä tai niiden yhteensovittaminen on hankalaa. Niin ikään ongelmat tiedonkulussa koettiin huonoja palvelukokonaisuuksia tuottavaksi tekijäksi.

Eryityisesti haja-asutusalueita koskee palveluiden sijainnin ongelma. Kaikkiaan 25 vastaajaa nosti tämän teeman erityisesti huonoja palvelukokonaisuuksia koskeväksi tekijäksi. Teema on yksi eniten mainintoja saaneista alateemoista. Palveluiden sijaintia koskevat kommentit ovat varsin yksiselitteisiä ”palvelut ovat kaukana”. Tämä on ongelmallista erityisesti alueilla, missä on heikot liikenneyhteydet.

Toinen pääteema **resurssit** sai yhteensä lähes sata vastausta. Resursseilla viitattiin taloudellisiin resursseihin, joilla pystyttäisiin parantamaan palveluiden toimintaa. Monet vastaajat mainitsivat myös laajemman kehityksen, jossa palveluiden tarve on kasvanut, esimerkiksi ”päihdeongelmien ja työttömyyden lisääntyminen ja mm. niistä johtuvat ongelmat” tai ”kuntalaisten osalta suuret palvelutarvevaatimukset niissäkin palveluissa, joihin ei subjektiivista oikeutta”. Laajoina yhteiskunnallisina palvelutarvetta kasvattavina ongelmina pidettiin pitkäaikaistyöttömyyttä, väestön ikääntymistä, kuntalaisten taloudelliset ongelmat, syrjäytyminen sekä työelämän muutos, joka lisää mm. ympärivuorokautisten päivähoitopalveluiden tarvetta.

Resursseihin liittyvä ongelmaksi nimettiin myös henkilöstövaje ja työpaine. Työntekijöitä ei ole riittävästi, pystytään vain ”*sammuttamaan tulipaloja*”. Eryityisesti mainittiin lastensuojelu, ehkäisevän perhetyön ja kotihoidon työntekijävaje.

Kolmas laaja teema oli **henkilöstöön liittyvät asiat**, kuten työvoimapula ja rekrytointiongelmat, johtaminen ja henkilöstön ikääntyminen sekä osaamisvaje. Yhteensä 69 vastaajaa mainitsi työvoimapulan ongelmaksi palveluiden tuottamisessa. Eryityisesti nimettiin lääkäri- ja sosiaalityöntekijäpula. Yksi vastaajista kiteytti ongelman näin ”lakisääteiset peruspalvelut on voitu vielä tuottaa kohtuullisen hyvin, mutta joidenkin erityisosaajien vaikea rekrytointi ja sijaisten heikentynyt saatavuus on ajoittain vaikeuttanut joidenkin palvelujen tuottamista”. Työvoimapula koskettaa kuntia eritavoin, edellä peruspalvelut on kyetty turvaamaan, mutta toisaalla ”lääkäri työvoiman puute halvaannuttaa perusterveydenhuoltoa” ja on ”pula kelpoisuusehdot täyttävistä sosiaalityöntekijöistä ja hoitohenkilökunnan sijaisista”.

Sosiaali- ja terveysalan henkilöstön ikääntyminen, huono johtaminen ja työyhteisöongelmat nimettiin myös huonojen palvelukokonaisuuksien tekijöiksi. Näiden lisäksi muita henkilöstöön liittyviä ongelmia olivat työntekijöiden vaihtuminen. Henkilöstön osaamisvajeet oli yksi useita mainintoja saaneista teemoista, esimerkiksi ”*oman henkilöstön asiantuntemus ei aina riitä, kun on kyse hyvin erikoistuneesta asiakastapauksesta, joita tulee esille varsin harvoin*”. Eryityisosaamista vaativat palvelut, kuten lastensuojelu ja vammaistyö, mainittiin kärsivän erityis-

osaamisen puutteesta. Lisäksi kaksikielisissä kunnissa ongelmaksi mainittiin löytää pätevää kaksikielistä henkilöstöä.

Lisäksi avovastauksista teemoiteltiin suppea luokka ”muut”, jossa pohdittiin mm. muiden etuus- ja palvelujärjestelmien tuottamia ongelmia (mm. etujen taso jää alle toimeentulotuen) ja ongelmaksi koettiin se, ettei toiminnan vaikuttavuudesta ole tietoja tai ettei palveluja kehitetä. Niin ikään mainittiin se, että yhteistointialue on juuri muodostettu, jonka vuoksi sen toiminnasta ei voi vielä tehdä tarkempaa analyysiä.

Vastauksia voi analysoida myös pohtimalla mitä ei mainittu. Ainakin kaksi asiakokonaisuutta, jotka ovat haasteita kuntien sosiaali- ja terveyspalveluille on mainittava. Kukaan vastaajista ei maininnut yhä monikulttuurisemman yhteiskunnan mukanaan tuomia erityiskysymyksiä, ainoastaan viitattiin hankaluuteen löytää kaksikielisiä (suomi-ruotsi) työntekijöitä. Voi olla niin, että monikulttuurisuuteen liittyvät erityiskysymykset ovat sisällä kommentteissa työntekijöiden osaamisvajeesta tai muissa laajoissa yhteiskunnallisissa teemoissa, kuten pitkäaikais-työttömyys. Toisaalta voi olla niin, että monikulttuurisuuden erityiskysymykset ovat edelleen kuntakentällä marginaalia ja taloudellisen vastuun ollessa etupäässä valtiolla ne eivät myöskään aiheuta erityistä huolta.

Ikääntyvä väestö ja henkilöstö mainittiin kuntien huonoitien toimivien palveluiden taustalla, mutta silti sen olisi voinut ajatella saavan useampia mainintoja, mainintaanhan se toistuvasti yhteiskunnan tulevaisuuden haasteena. Toisaalta rekrytointiongelmat saivat useita mainintoja ja ikääntyvän henkilöstön siirtyminen eläkkeelle saattaa organisaation näkökulmasta tuottaa nimenomaan rekrytointiongelmiä. Henkilöstön osaaminen ja henkilöstöresurssit tulivatkin selkeämmin esille maininnoissa parhaiten toimivien palvelujen edellytyksistä.

Taulukko 11. Huonoitien toimivien palvelukokonaisuuksien taustalla vaikuttavat tekijät

Teema	LKM
1. Palvelujärjestelmä	
1.1. Muutokset palvelujärjestelmässä	
Palvelujen harmonisointi yt-alueella /palvelujen yhtenäistäminen / vaikeudet koska palvelujärjestelmää muutettu /organisaation	17
1.2. Palvelujen tuottaminen ja palvelujärjestelmä yleensä	
Palvelujen tuottaminen: järjestelmä, joustamattomuus, tiukat rajat	39
Palvelujen tuottamisen epäselvyys, pirstaleisuus	26
Vain yksi työntekijä (haavoittuva järjestelmä)	5
Toimintaohjeet ja käytännöt	4
Tiedottamisen puute, tiedonkulunongelmat	5
1.3. Palvelujen sijainti	
Maantieteellinen etäisyys palveluihin / huonot kulkuyhteydet	25
	=125

Teema	LKM
2. Resurssit	
Resurssipula tms. saatavuusongelma	51
Palvelun tarve kasvanut/ei pystytty vastaamaan palvelun tarpeeseen/ palvelun tarpeen monimutkaistuminen	25
Resurssipula: henkilöstövaje	17
Työpaine	2
	=95
3. Henkilöstöön liittyvät asiat	
3.1. Työvoimapula ja rekrytointiongelmat	
Työvoimapula (yleisesti)	34
Työvoimapula: lääkärit	25
Työvoimapula: sos.tt	10
3.2. Henkilöstö: muut asiat	
Henkilöstö: johtaminen, ikääntyminen, motivaatio, muut asiat	17
Erityisosaaminen / osaamisvaje	19
	=105
4. Muuta	
Muut järjestelmät / etuudet	1
Palvelujärjestelmän laitospainotteisuus	1
Eryityssairaanhoidon korostuminen	1
Muut kommentit	2
	=5
Yhteensä kaikki:	326

6.6.2 Parhaiten toimivat palvelukokonaisuudet

Avovastaukset ryhmiteltiin eri teemojen perusteella 21 erilaiseen luokkaan. Luokista kuusi yhdistettiin myöhemmin osaksi jotain toista luokkaa. Jäljelle jäi 15 luokkaa, joista muodostui neljä pääluokkaa. Neljä pääluokkaa koskivat (1) palvelujärjestelmää; (2) henkilöstöä; (3) kehittämistyötä; ja (4) muita asioita. Vastausten lukumäärä ei vastaa taulukossa 12 esitettyä havaintojen lukumäärää, sillä vastauksissa tuotiin esiin useita tekijöitä (yleisimmin kahdesta kolmeen) parhaiten järjestettyjen palveluiden taustalla.

Palvelujärjestelmää koskeneet kommentit (yhteensä 43 kpl) käsittelevät sellaisia laajoja teemoja kuten palvelujen tuottaminen ja saatavuus. Palvelujärjestelmään sisältyivät myös monenlaiset hallinnolliset ratkaisut, joista sote-hallinnon ja -palvelujen yhdistäminen on yksi keskeisistä. Palvelujärjestelmästä johtuvat asiat sisälsivät edelleen kolme laajempaa teemaa: alueelliset tekijät, palvelujen tuottaminen ja saatavuus. **Alueellisista tekijöistä** johtuvat syyt parhaiten toimivien pal-

velukokonaisuuksien taustalla olivat yhtäältä laajat yhteistyöpohjat ja toisaalta pienen kunnan oman palvelutuotannon edut. Laajoilla yhteistyöpohjilla viitattiin sekä seudullisiin että maakunnallisiin yhteistyön tapoihin (26 kpl). Lisäksi puhuttiin YT-alueiden eduista tai kuntayhteistyön mahdollisuuksista. Maininnoilla viitattiin siihen, että isommista yksiköistä löytyy enemmän ammattitaitoa ja osaamista ja esimerkiksi apua sijaisjärjestelyihin. Vastauksissa arvioitiin muiden muassa, että *"Paras-uudistus on luonut edellytyksiä siihen, että peruspalveluiden tuottamisessa haavoittuvuus on vähentynyt"*.

Vastakkaisiakin näkemyksiä esiintyi, sikäli että vastauksissa painotettiin pienen organisaation etuja (17 kpl). Kunnan omaa palvelutuotantoa pidettiin tärkeänä, koska kuntaa pidettiin pienuutensa tähden joustavana organisaatiomallina. Pienten organisaatioiden olemassaolo - joka huonoiten toimivien palvelujen osalta nähtiin järjestelmän haavoittuvuutena - nähtiin tässä yhteydessä vahvuutena nimenomaan joustavuutensa takia. Maininnat laajoista yhteistyöpohjista ja pienistä yksiköistä esiintyivät eri kuntien vastauksissa. Toisin sanoen niiden samanaikaista olemassaoloa ei ainakaan tuotu esiin, varsinaisista ristiriitatilanteista tässä yhteydessä ei kuitenkaan kerrottu (esimerkiksi YT-alueen yhtenäisen palvelutuotannon ja kunnan omien joustavien käytäntöjen ristiriidasta). Sen sijaan pienen organisaation olemassaolo isomman rinnalla nähtiin hyvänä järjestelynä parhaiten toimivia palvelukokonaisuuksia ajatellen. Pienen kunnan organisaatiomallin kautta kuvailtiin isäntäkuntamallia, jossa *"pienen kunnan pieni organisaatio toimii yhteistyössä ison kunnan organisaation kanssa"*.

Palvelujen tuottamiseen liittyen mainittiin erilaisia organisatorisia hallintotapoja. Sosiaali- ja terveyspalvelujen yhdistäminen tuotti mainintoja parhaiten toimivien palvelujen taustalla, mutta ei ehkä kuitenkaan niin paljoa kuin olisi oletettu (30 kpl). Eniten mainittiin tässä yhteydessä vanhusten kotihoito tai vanhusten hoitopolut kaiken kaikkiaan. Useat vastaajat viittasivat siihen, että kunnan Sote-yhteistyö on ollut jo useamman vuoden ajan käytössä. Aina ei ollut selvää, puhuttiinko hallinnollisesta yhteenliittymästä, toimintakäytäntöjen yhdistämisestä vai molemmista. Uusista toimintamallien (9 kpl) yhteydessä mainittiin monituottajamalli ja tilaaja-tuottaja -malli. Myös elämänkaarimalli sai mainintoja.

Lähipalvelujen hyviä puolia toi esille noin joka seitsemäs vastaaja (47 kpl). Lähipalvelujen etuja kuvattiin muiden muassa verkostoituvina palveluina ja verkostojen kattavuutena. Samalla painotettiin usein myös sitä, että lähipalvelujen tulisi olla monipuolisia. Lähipalvelujen teema saatettiin liittää myös kunnan omaan tuotantoon, vaikkakaan ei välttämättä, esimerkiksi silloin kun *"lähipalvelut tuotetaan kunnan omana toimintana"*.

Toimijoiden yhteistyö hyvin toimivien palvelujen taustalla tuli esiin erityisenä palvelujen organisointiin liittyvänä asiana (22 kpl). Tämä mahdollisti sellaisten asioiden esille tuonnin kuten hallintoalojen välisen yhteistyön sekä toimivan yhteistyön luottamushenkilöstön kanssa. Varsinaisesta kustannustehokkuudesta mainitsi vain puoli tusinaa vastaajista (6 kpl), mitä voi pitää yllättävän pienenä joukkona.

Toisaalta voihan olla, että monet yleisluontoiset vastaukset kuten *"toimiva yhteistyö luottamushenkilöstön kanssa"* viittaavat implisiittisesti kustannustietoisuuteen.

Palvelujen saatavuudesta tuodaan esiin kolme teemaa, joista kaksi suurinta liittyvät suoraan toisiinsa. Ensinnäkin selkeitä palvelukokonaisuuksia ja niihin liittyviä toimivia palveluketjuja pidetään parhaiten toimivien palvelujen taustalla (29 kpl). Toisessa teema-alueessa kuvaillaan hieman tarkemmin sitä, mitä tuo yleisluontoinen maininta *"saumattomat palveluketjut"* voisi käytännössä tarkoittaa. Tässä yhteydessä mainitaan esimerkiksi hoidon porrastus, palveluohjaus ja laajemmin asianmukainen asiakasohjaus (34 kpl). Tärkeänä pidetään sitä, että palvelujen orientaatio on ennaltaehkäisevä ja että asiakas ohjautuu ensikontaktista lähtien oikealle hoitopolulle. Mainintoja saavat myös matalan kynnyksen palvelut ja *"yksi toimipiste"*. Neljä vastaajaa oli myös sitä mieltä, että nimenomaan päätösten ajantasaisuus on toimivien palvelujen taustalla. Palvelujen saatavuuden teema kiteytyy siis asiakaslähtöisyyteen esimerkiksi näin: *"palvelukokonaisuuksien rakentaminen asiakasnäkökulmasta asiakkaan kokonaispalveluntarve huomioiden"*.

Palvelujen riittävyys oli teema joka tuli hieman kiertoteitse esille esimerkiksi sellaisissa vastuksissa kuten *"hyvin toimiva perustaso"*. Palvelujen riittävyttä parhaiten toimivien palvelujen taustatekijänä saatettiin pitää itsestäänselvyytenä, ainakin siitä mainitsi melko vähäinen määrä vastaajia (13 kpl).

Henkilöstö muodostui tärkeäksi hyvien palvelujen takaajaksi. Tästä luokasta löytyi suuri yksittäinen vastausluokka osaavan henkilöstön osalta (93 kpl). Osaavan henkilöstön ominaisuutena pidettiin paljolti moniammatillisuutta tai toimintaa moniammatillisessa yhteistyössä. Asia ilmaistiin esimerkiksi niin, että kunnassa oli *"kokenut ja hyvin koulutettu henkilöstö, joka on motivoitunut tekemään yhteistyötä"*. Ainakin kuudessatoista vastauksessa mainittiin lähellä asiakasta oleva henkilöstö, joka noudattaa työssään hyviä työkäytäntöjä. Useissa vastauksissa mainittiin henkilöstön ammatillisuuden ja osaamisen lisäksi henkilöstöresurssien riittävyys (41 kpl). Tähän liitettiin sekä henkilöstön saatavuus että vakanssien täyttämisen. Myös toimivat sijasjärjestelyt saivat kiitosta.

Kehittämistyö muodostui omaksi luokakseen hyvien palveluiden taustatekijänä. Kehittämistyöstä muodostui kaksi suurempaa luokkaa (vastauksia yhteensä 36 kpl). Kehittämistyötä kuvattiin muiden muassa *"kehittämismyönteisyydellä"*. Esiin tuotiin kehittämishankkeiden hyöty kunnan palvelujen kehittämisessä. Prosessikeittämistä pidettiin hyvien palvelujen takeena. Kaiken kaikkiaan uudistuminen ja visiointi saivat mainintoja, kuten *"hyvä suunnittelu ja rohkeus muutokseen"*. Tärkeänä pidettiin sitä, että kehittämistyölle on hallinnon tuki. Suunnitelmallisuutta, suunnitelmien perustamista vakaalle pohjalle ja riittävän kauaksi tulevaisuuteen pidettiin hyvänä. Suunnitelmallisuus mahdollisti sen, että ongelmiin kyettiin puuttumaan ajoissa. Muutamissa vastauksissa, vaikkakin yllättävän vähäisessä määrässä vastauksia, tuotiin esiin, että laadun seuranta on väline saavuttaa parhaiten toimivat palvelukokonaisuudet.

Lisäksi avovastauksista teemoiteltiin suppea luokka ”**muut**”, jossa pohdittiin muiden palvelujärjestelmän osasten ja yhteiskunnallisten seikkojen edistäviä tekijöitä sosiaalipalvelujen järjestämiselle. Muita seikkoja olivat lakien tuomat vaatimukset hoitoon pääsystä, joita piti tärkeänä viisi vastaajaa. Tämän seikan olisi olettanut tulevan esille enemmänkin, mutta sen myönteisiä vaikutuksia tässä yhteydessä mainitsi siis vain ani harva. Kansalaisten hyvät vaikutusmahdollisuudet ja tasa-arvo jäi niin ikään yksittäisten mainintojen luokaksi. Vain seitsemän vastaajaa rohkeni tämän kysymyksen kohdalla ilmoittaa, että arvioiden tekeminen muutosten keskellä on liian aikaista.

Yhteenvedonomaaisesti voisi todeta, että avovastaukset tuovat esiin yleiskuvan, jolle toimivia palvelukokonaisuuksia kunnissa rakennetaan. Toimivaan perustaan kuuluvat niin ikään hyvät hallinnolliset prosessit, kuin myös asiakaslähtöisyys sekä riittävät ja laadukkaat henkilöstöresurssit. Palvelujen kehittäminen tarkoittaa hyviä toimintaprosesseja kaikilla kolmella osa-alueella.

Taulukko 12 Parhaiten toimivien palvelukokonaisuuksien taustalla vaikuttavat tekijät

Teema	LKM
1. Palvelujärjestelmä	
1.1. Alueelliset tekijät	
Seudullinen, maakunnallinen yhteistyö, YT-alueet, laaja yhteistyöpohja	26
Oma tuotanto, pienet yksiköt, joustavat organisaatiot	17
	= 43
1.3. Palvelujen tuottaminen	
Sosiaali- ja terveyspalvelujen yhdistäminen	30
Uudet toimintamallit, monituottajamalli, tilaaja-tuottaja	9
Palvelut lähellä, verkostomaisuus	47
Selkeä organisointi, toimijoiden yhteistyö myös suhteessa luottamushenkilöstöön	22
Kustannustehokkuus	6
	=114
1.4. Saatavuus	
Selkeät palvelukokonaisuudet, toimivat palveluketjut	29
Ennaltaehkäisevyys, hoidon porrastus, palveluohjaus, matalan kynnyksen palvelut, yksi toimipiste, päätösten ajantasaisuus	34
Palvelujen riittävyys	13
	=76
2. Henkilöstö	
Henkilöstön saatavuus, vakanssien täyttäminen	41
Osaava henkilöstö, moniammatillinen yhteistyö	93
	= 134

Teema	LKM
3. Kehittämissyö	
Prosessikehittäminen, kehittämishankkeet, uudistuminen ja visiot, joilla myös hallinnon tuki	20
Suunnitelmallisuus, ongelmiin puututaan ajoissa ja laatua seurataan	16
	= 36
4. Muuta	
Lakien tuomat vaatimukset hoitoon pääsystä	5
Yhteisöllisyys ja pitkäaikaistyöttömien määrän lasku	2
Kansalaisen hyvät vaikutusmahdollisuudet ja tasa-arvo	2
Positiivinen kuntakuva ja hallinnon keventäminen	2
En osaa sanoa, liian aikaista arvioida	7
Muut kommentit	1
	= 19
Yhteensä kaikki:	422

7 Rajoja ylittävät palveluiden organisointitavat

7.1 Sosiaali- ja terveystoimen integroituminen hallinnollisissa malleissa

Sosiaali- ja terveystoimen integroituminen käynnistyi maassamme 1970-luvulla, kun kolme kaupunkia yhdisti sosiaali- ja terveystoimen lautakuntahallinnon. Kului vuosikymmeniä, joiden aikana sosiaali- ja terveystoimen palveluissa suositeltiin ja edistettiin yhteistyötä erityisesti vanhuspalveluiden alalla. Hallinnollisesta yhdistymisestä ei esitetty valtakunnallisia tavoitteita eikä kuntia ohjattu valtiovoiman toimesta yhdistämään näiden toimialojen hallintoa. Tärkein syy tähän muutoksettomuuteen oli varmaankin se, että perusterveydenhuollon järjestäminen kuntainliittojen ja myöhemmin kuntayhtymien kautta esti hallinnonalojen yhdistämisen. Vahvana perinteenä sekä sosiaali- että terveystoimen peruspalveluissa on ollut palveluiden organisointi toimialoittain, eli ”sektoripohjaisesti”.

Muutoksia palveluiden toiminnallisen integroitumisen suuntaan pyrittiin edistämään 1990-luvulla ns. väestövastuisten toimintamallien yleistyttyä kaupunkipaikkakunnille. Väestövastuu oli aluksi ja ensisijaisesti perussuunta perusterveydenhuollon palveluiden käytön organisoimiselle. Myönteiset kokemukset johtivat siihen, että 1990-luvun alkupuolella ryhdyttiin puhumaan ”alueellisesta väestövastuusta” sosiaali- ja terveystoimen yhteisenä organisointiperiaatteena. Tällä tarkoitettiin sitä, että kaupunkikunnan alue jaettiin maantieteellisin perustein kaupunkia pienempiin vastuualueisiin, ja tavoitteeksi asetettiin, että sekä sosiaali- että terveystoimi toteuttaisi mahdollisuuksien mukaan yhtenäiset jaot yhtenevin rajoin. Näin syntyisi työlle yhteinen kohdeväestö ja työn tekeminen integroituisi tätä kautta. Yhteistyöstä ehdittiin saada rohkaisevia kokemuksia useilta paikkakunnilta, mutta syistä, jotka liittyvät osin 1990-luvun lamavuosiin, mutta ovat osin tutkimatta ja analysoimatta, alueellisesta organisoinnista luovuttiin useimmissa kaupungeissa.

Yhteistyötä on pyritty sittemmin edistämään korostamalla yhteistyön tärkeyttä niillä palvelualueilla, joilla sekä asiakkaat, heidän perheensä että myös palvelumuodot ovat yhteisiä tai läheisesti toisiinsa liittyviä. Tärkeimmiksi aloiksi ovat muodostuneet vanhuspalvelut, ns. psykososiaaliset palvelut, tai ehkä niiden sisällä erityisesti lasten ja nuorten psykososiaaliset palvelut sekä jossakin määrin yhdyskuntatyö kokonaisten väestöryhmien parissa.

2000-luvulla hahmoteltiin uudeksi vaihtoehdoksi palveluiden organisointi ihmisen elämänkaaren mukaisesti. Tällöin yhteisen vastuualueen alaisuuteen kootaisiin esimerkiksi lasten sekä lapsiperheiden palvelut sekä ikääntyneiden palvelut. Keskelle jääneet aikuisväestön palvelut ovat olleet jonkin verran ongelmallisem-

pia sijoitettavia, koska aikuis- tai työikäisille ei ole kunnallisissa palveluissa sellaisia palveluita, jotka kattaisivat ikäluokkia yhtä laajalti kuin lasten tai ikääntyneiden palvelut. Työpaikkaterveydenhuolto jakautuu tunnetusti eri järjestäjien vastuulle siten, että kunnallisten terveyskeskusten työterveyshuolto vastaa vain pienehköistä osasta palvelua, ja silloinkin painopisteenä ovat maaseututerveyskeskukset.

Viime vuosien hallintomallien ideointi on tuonut vaihtoehtojen joukkoon myös uusia ”prosessiorganisaatioita”, joissa palvelut koottaisiin samankaltaisten prosessien mukaisiin ryhmiin.

Kyselyn II osassa esitetyllä kysymyksellä haluttiin selvittää, miten kunnallisten sosiaali- ja terveyspalveluiden organisointitavat jakautuivat vuonna 2009. Vaihtoehtoiksi tarjottiin edellä esitetyistä 1) sektoripohjaista malli, 2) elämänkaarimalli sekä 3) alueperustainen malli. Lisäksi tarjottiin mahdollisuutta esitellä lyhyellä sanallisella kuvauksella sellaiset mallit, jotka eivät edusta mitään näistä kolmesta vaihtoehdosta.

Vastaukset on koottu taulukkoon 13.

Taulukko 13. Kuntien vastaukset kysymykseen palveluiden organisointimallista

Malli	Kuntien lkm
Toimiala- eli sektoripohjainen malli	223
Elämänkaarimalli	48
Alueperusteinen malli	7
Jokin yhdistelmä yllä olevista	13
Ei vastausta	33

Selvästi suurin osa kunnista organisoivat sosiaali- ja terveydenhuollon toimintansa toimiala- eli sektoripohjaisen mallin mukaan. Osa näistä kunnista ilmoitti kuitenkin soveltavansa elämänkaarimallin mukaista ajattelua jossakin määrin. Alueperustaisen mallin ilmoittaneista seitsemästä kunnasta kuusi oli kooltaan pieniä maaseutukuntia, joten vastaajat lienevät ymmärtäneet koko käsitteen toisin kuin oli tarkoitettu.

Elämänkaarimallia ilmoitti soveltavansa 48 kuntaa, joiden piirissä on 31 perusterveydenhuollon järjestäjäkuntaa tai yhteistoiminta- aluetta. Itse kyselyssä ei pyydetty toimittamaan tarkempia kuvauksia sovellettavista malleista. Näiden 48 kunnan internet-sivujen pohjalta syntyy yleiskuva, jonka mukaan elämänkaarimallista osa, arviolta kolmannes on rakennettu siten, että kaikki sosiaali- ja terveyspalvelut sijoittuvat ikäkausien avulla ilmoitettavien vastualueiden alaisuuteen. Noin puolet on ratkaisuja, joissa vanhuspalvelut on saman vastuun alaisuudessa, lasten ja lapsiperheiden palvelut myös oman vastuun alaisuudessa, mutta loput

palveluista toteutuvat perinteisinä esimerkiksi nimikkeiden ”terveyspalvelut” alaisuudessa. Loput elämänkaarimallin ilmoittaneista oli sellaisia, joiden organisaatiomalleista ei joko saatu tarkistamalla tietoa, tai löydetty mallit olivat päätöksäsuuna kuitenkin toimialapohjaisia. Osa on saattanut tarkoittaa elämänkaarimallin ilmoittaessaan sitä, että tällainen malli on tavoitteena myöhemmässä tulevaisuudessa.

Kyselyn avulla ei yritetty selvittää, miten sosiaali- ja terveysalaa on pyritty integroimaan toistensa kanssa toimiala- eli sektoripohjaisissa organisointimalleissa. Toisessa kysymysryhmässä (ks luku 6) on kuitenkin selvitetty erikseen vanhuspalveluiden ja kotihoidon järjestämistä vastuun yhteisyyttä tai erillisyyttä. Näistä vastauksista syntyy kuva, että yhteinen palveluiden organisointi palveluiden tuotannon tasolla on kuitenkin varsin yleistä riippumatta palveluiden organisoinnin hallinnollisesta mallista.

7.2 Tilaaja-tuottaja-järjestelyt

Kyselyn ohjeessa määriteltiin tilaaja-tuottaja-toimintatavalla tarkoitettavaksi julkisten palveluiden tuotannon organisoimista siten, että palvelun tilaajan ja tuottajan roolit erotetaan toisistaan. Tilaajana toimii julkinen taho, esimerkiksi kunnallinen toimielin. Tuottajana voi toimia joko kunnan oma tai sen ulkopuolinen organisaatio. Tilaajan ja tuottajan välistä toimintaa ohjataan sopimuksilla. Toimintatavasta ei ole olemassa yhtä ideaalimallia, vaan kokoelma toisistaan poikkeavia sovelluksia. Tilaaja-tuottaja-toimintatavasta puhutaan, kun tarkoitetaan sovellusten kattokäsitettä. Toimintatavan käytännön sovelluksista puhutaan tilaaja-tuottaja-malleina (Liite 3). Kyselyssä koottiin tietoa siitä, miten kunnat tätä toimintatapaa käyttävät.

7.2.1 Lähtökohdat ja käsitteet

Kyselyn toisessa osassa tilaaja-tuottajajärjestelyn toteuttamista kunnissa kartoitettiin kahdella kysymyksellä:

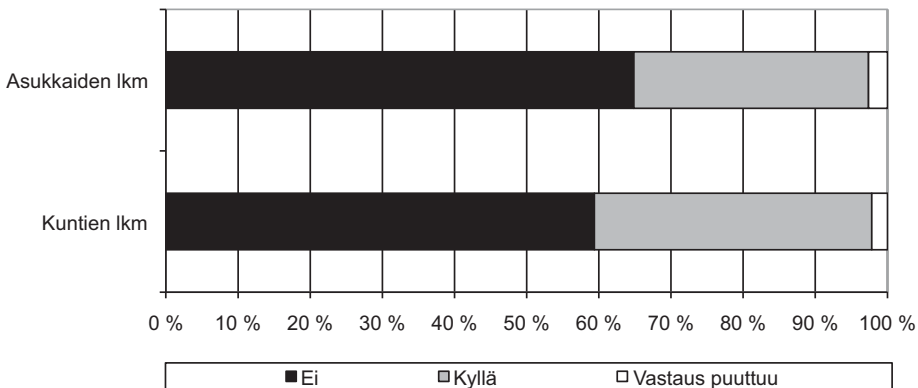
- (1) *Toteutatteko palvelujen organisoinnissa tilaaja-tuottajajärjestelyä?*
- (2) *Jos toteutatte tilaaja-tuottajajärjestelyä, niin kuvaillkaa lyhyesti tilaaja-tuottajatoimintatapanne ja kertokaa, missä asiakirjassa toimintatapanne on esitelty*

Ensimmäiseen kysymykseen vastasi kaikkiaan 313 kuntaa, eli 98 % koko kyselyyn vastanneista kunnista. Toiseen kysymykseen vastauksia tuli 130. Vastaukset avoimeen kysymykseen olivat kuitenkin lyhyitä, usein muutaman sanan mittaisia. Jotta tilaaja-tuottajatoimintatavasta olisi mahdollista muodostaa edes jonkinlainen kokonaiskuva, on kuntien vastauksista muodostunut aineistoa täydennetty muun

muassa kuntien internet- sivuilta saaduilla tiedoilla. Kyselylomakkeessa tilaaja-tuottajajärjestely oli määritelty seuraavasti:

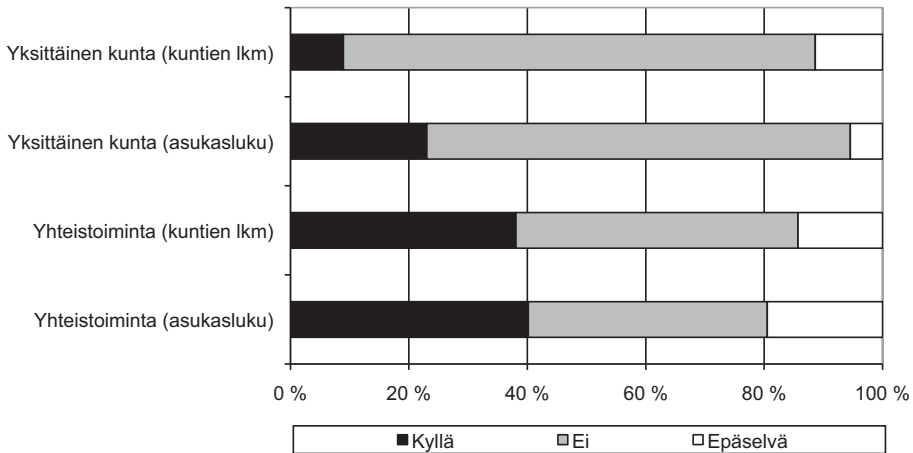
"Tilaaja-tuottajatoimintatavalla tarkoitetaan julkisten palveluiden organisointia siten, että palvelun tilaajan ja tuottajan roolit erotetaan toisistaan. Tilaajana toimii julkinen taho, esimerkiksi kunta. Tuottajana voi toimia joko kunnan oma tai sen ulkopuolinen organisaatio. Tilaajan ja tuottajan toimintaa ohjataan sopimuksilla."

Noin 38 % kunnista (n=123) ilmoitti toteuttavansa tilaaja-tuottajajärjestelyä palveluiden organisoinnissa. Asukaspuolelta tämä tarkoittaa noin kolmannesta kuntien väestöstä (Kuvio 20). Suhteellisesti eniten tilaaja-tuottajajärjestelyä ilmoittivat toteuttavansa alle 5000 asukkaan kunnat (44 %, n=59). 5000 - 19 999 asukkaan kunnista noin 37 % (n=47) ilmoitti toteuttavansa tilaaja-tuottajajärjestelyä. Yli 20 000 asukkaan kunnista näin ilmoitti noin kolmannes (33 %, n=17). Kun samaa asiaa tarkastellaan väestöpohjan mukaan, prosenttiosuudet ovat samansuuntaisia.



Kuvio 20. Toteutetaanko kunnassa tilaaja-tuottajajärjestelyä (kuntien lkm, asukasluku)

Kyselyn perusteella oli tilaaja-tuottajatoimintamallit oli mahdollista tyypitellä kahden kategoriaan (Kuvio 21). Yhtäältä tilaaja-tuottajatoimintatapaa näytettiin sovellettavan organisoitaessa kuntien yhteistoimintaa palvelujen tuotannossa. Toisaalta tilaaja-tuottajajärjestelyt viittasivat yksittäisten kuntien koko hallintoa ja organisaatiota koskeviin uudelleen järjestelyihin. Seuraavassa näitä ryhmiä tarkastellaan tarkemmin.



Kuvio 21. Tilaja-tuottajajärjestelyn soveltaminen yksittäisissä kunnissa ja yhteistoiminta-alueilla (kuntien lukumäärä, asukasluku)

7.2.2 Tilaja-tuottajamallien soveltaminen yhteistoiminta-alueiden toiminnassa

Kyselyn perusteella oli mahdollista tunnistaa yhteensä 24 yhteistoiminta-aluetta, joissa toiminta ilmoitettiin organisoiduksi tilaja-tuottajamallin mukaisesti. Näistä yhteistoiminta-alueista puolet (n=12) oli kuntayhtymämuotoisia ja puolet isäntäkuntamallin pohjalta organisoitua yhteistoiminta-aluetta. Näihin yhteistoiminta-alueisiin kuului yhteensä 92 kuntaa, joista 51 kuului kuntayhtymän muotoon organisoituihin ja 41 isäntäkuntamallia noudatteleviin yhteistoiminta-alueisiin. Kunnista miltei kaikki (83 kuntaa) olivat alle 20 000 asukkaan kuntia. Tilaja-tuottajamallia ei sovellettu 30 yhteistoiminta-alueella. Näistä 21 oli kuntayhtymämuotoisia ja 9 isäntäkuntamalliin perustuvia.

Yhdeksän yhteistoiminta-alueen kohdalla tilanne tilaja-tuottajamallin suhteen näyttäytyi epäselvänä (5 kuntayhtymämallista ja 4 isäntäkuntamallista). Tällaisissa tapauksissa vastanneiden kuntien näkemykset, siitä toteutetaanko yhteistoiminta-alueella tilaja-tuottajajärjestelyä, olivat ristiriidassa keskenään. Alla olevassa esimerkissä samaan kuntayhtymään kuuluvista kunnista yksi (kunta A) ei miellä toimintatapaa tilaja-tuottajamalliksi, kun taas muut kuntayhtymään kuuluvat kunnat (Kunta B ja kaksi muuta) puolestaan näkevät mallin tilaja-tuottajajärjestelynä.

"Kunta tilaa perusterveydenhuollon ja vanhustenhuollon palvelut X:n perusturvakuntayhtymältä vuoden 2009 alusta alkaen. Palvelujen sisältö ja laajuus neu-

votellaan vuosittaisessa palvelusopimuksessa. Järjestely perustuu kuntayhtymän perussopimukseen. Ei varsinainen tilaaja-tuottaja-malli." (Kunta A)

"B (tilaaja) ostaa perusterveydenhuollon ja vanhustenhuollon palvelut X:n perusturvakuntayhtymältä (tuottaja). Kyseessä on sopimusohjausmalli: tilaaja ja tuottaja tekevät vuosittain palvelusopimuksen." (Kunta B)

Yhteistoiminnassa sovelletut tilaaja-tuottajamallit näyttivät olevan lähinnä sisäisiä tilaaja-tuottajamalleja, joissa toimintaa ohjataan palvelusopimuksin, mutta tuotantoa ei alisteta kilpailulle. Mallit rakentuivat pääsääntöisesti siten, että yksittäinen kunta vastaa palveluiden rahoittamisesta, mutta on siirtänyt sekä palveluiden järjestämisvastuun (so. tilaamisvastuun) että vastuun palveluiden tuotannosta kuntien yhteiselle toimielimelle tai isäntäkunnalle. Useimmissa tapauksissa järjestämisvastuu on siirretty yhteistoiminta-alueen jäsenkuntien yhteiselle perusturvalautakunnalle tai sosiaali- ja terveyslautakunnalle.

Isäntäkuntamallissa nämä lautakunnat on sijoitettu tyypillisesti yhden yhteistoiminta-alueen kunnan organisaatioon. Palveluiden tuotantoa varten yhteistoiminta-alueille on perustettu tuottajaorganisaatioita, jotka useimmiten ovat liikelaitoskuntayhtymiä²⁵ tai kuntayhtymiä²⁶. Isäntäkuntamallissa tuotanto-organisaatio kuuluu isäntäkunnan alaisuuteen²⁷. Muutamassa kunnassa²⁸ myös kahden kunnan välisenä yhteistyönä toteutettu isäntäkuntamalli nähtiin tilaaja-tuottajajärjestelyinä.

Joillakin alueilla peruspalveluita kunnille tuottavana kuntayhtymänä toimii sairaanhoitopiiri. Päijät-Hämeessä kahdeksan Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveysyhtymän kunnista määritteli tilaaja-tuottajatoimintatavaksi järjestelyn, jossa kunnat ovat siirtäneet yhtymälle myös sosiaali- ja perusterveydenhuollon tuotantovastuun. Kuntayhtymän hallituksen jaosto vastaa näiden kuntien osalta lakisääteisten peruspalveluiden järjestämisestä. Ylä-Pirkanmaan peruspalvelukuntayhtymä järjestää peruspalvelut Pirkanmaan sairaanhoitopiirin tuotantona. Keski-Suomessa puolestaan Keski-Suomen sairaanhoitopiirin yhteyteen suunnitteilla on liikelaitos, joka tuottaa kahdeksalle kunnalle²⁹ perusterveydenhuollon palvelut.

25 Esimerkiksi PoSa-perusturvaliikelaitoskuntayhtymä, JIK-peruspalveluliikelaitoskuntayhtymä, Perusturvaliikelaitos Saarikka

26 Esimerkiksi Peruspalvelukuntayhtymä Kallio, Kuntayhtymä Saspe, Kuntayhtymä Karviainen

27 Peruspalvelukeskus Oiva-liikelaitos kuuluu Hollolan kunnan alaisuuteen, Helli-liikelaitos kuuluu Kiteen kunnan organisaatioon

28 Esimerkiksi Paimio-Sauvo

29 Joutsa, Keuruu, Konnevesi, Laukaa, Luhanka, Multia, Petäjävesi, Toivakka

7.2.3 Tilaaja-tuottaja-mallien toteuttaminen yksittäisen kunnan sisäisessä hallinnossa

Yksittäisiä kuntia, joissa tilaaminen ja tuottaminen oli kuntien ilmoituksen mukaan erotettu toisistaan, oli mahdollista löytää 11. Näistä kunnista seitsemän oli yli 20 000 asukkaan kunta. Yli 100 000 asukkaan kaupungeista Tampere, Turku ja Oulu ilmoittivat toteuttavansa tilaaja-tuottajatoimintatapaa. 98 kuntaa ilmoitti, että ne eivät toteuta tilaaja-tuottajajärjestelyjä palveluiden organisoinnissa.

Kuntien vastauksia tarkasteltaessa 14 kunnan kohdalla tilanne tilaaja-tuottajamallin suhteen näyttöytyi epäselvänä. Muutamassa kunnassa tilaaja-tuottajatoimintatapa oli rinnastettu ostopalvelusopimuksiin:

"Esim. perusterveydenhuolto toimii sopimus pohjaisesti ostopalvelusopimuksena, vuosittaisissa sopimusneuvotteluissa sovitaan toiminnasta - sopimus kattaa asiakkaiden pth-tarpeet. Kunnalla ja vanhustentukiyhdistys ry:llä sopimus vanhusten palveluasumistoinnista - kunta ostaa asiakaspaikkoja ry:ltä, palvelusopimuksessa sovitaan ostopalvelun sisältö. Lisäksi kunnalla on asiakaspohjaisia tilaaja-tuottaja-järjestelyjä esim. asumispalveluissa, sopimukset sisältävät ostopalvelun sisällön." (Kunta X)

"Terveyskeskuksen avovastaanotto ja kaikki lääkäripalvelut lukuun ottamatta johtavaa lääkäriä, työterveyslääkäreitä ja hammaslääkäreitä on ulkoistettu yksityisen yrityksen tuotettavaksi." (Kunta Y)

Jotkut kunnista puolestaan mielsivät kunnan ja sairaanhoitopiirin välisen suhteen erikoissairaanhoidon palvelutuotannossa tilaaja-tuottajajärjestelyksi:

"K kaupunki tilaa ja S sairaanhoitopiiri tuottaa." (Kunta Z)

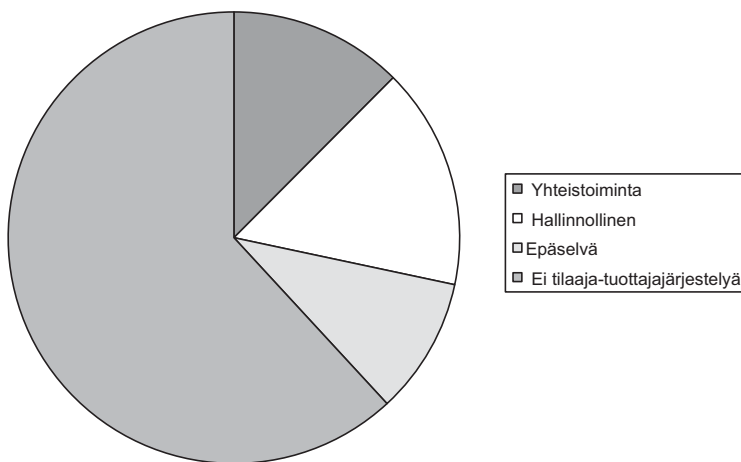
Tilaamista ja tuottamista tarkasteltaessa esiteltyt tilaaja-tuottajamallit noudattelevat melko yhtenäistä kaavaa. Malleissa palveluiden järjestämisvastuu on keskittynyt poliitikoille ja useimmiten palveluiden tilaamisesta vastaa sosiaali- ja terveyslautakunta tai perusturvalautakunta³⁰. Tilaajien tehtävänä on yleisesti määrittää se, mitä palveluita tilataan, kuinka paljon ja keneltä. Palveluiden tuottamisesta ovat useimmiten vastuussa johtokunnat, joiden alaisuudessa palveluiden tuotanto-organisaatiot toimivat ja joiden sanotaan edustavan liiketaloudellista tai muuta tuotannon asiantuntemusta. Variaatiota kuntien välillä kuitenkin löytyy siinä, millaisiksi kokonaisuuksiksi palveluiden tilaaminen ja tuottaminen on malleissa organisoitu. Osassa kunnista palveluiden järjestäminen on esimerkiksi organisoitu asiakasprosesseittain (Tampere ja Turku, myös Hämeenlinna), jolloin palvelui-

30 Poikkeuksena Raisio, jossa lautakunnat ovat vastuussa palveluiden tuotannosta

den järjestämisen voidaan sisällöllisesti katsoa muistuttelevan elämänkaarimallia lähentelevää ajattelutapaa.

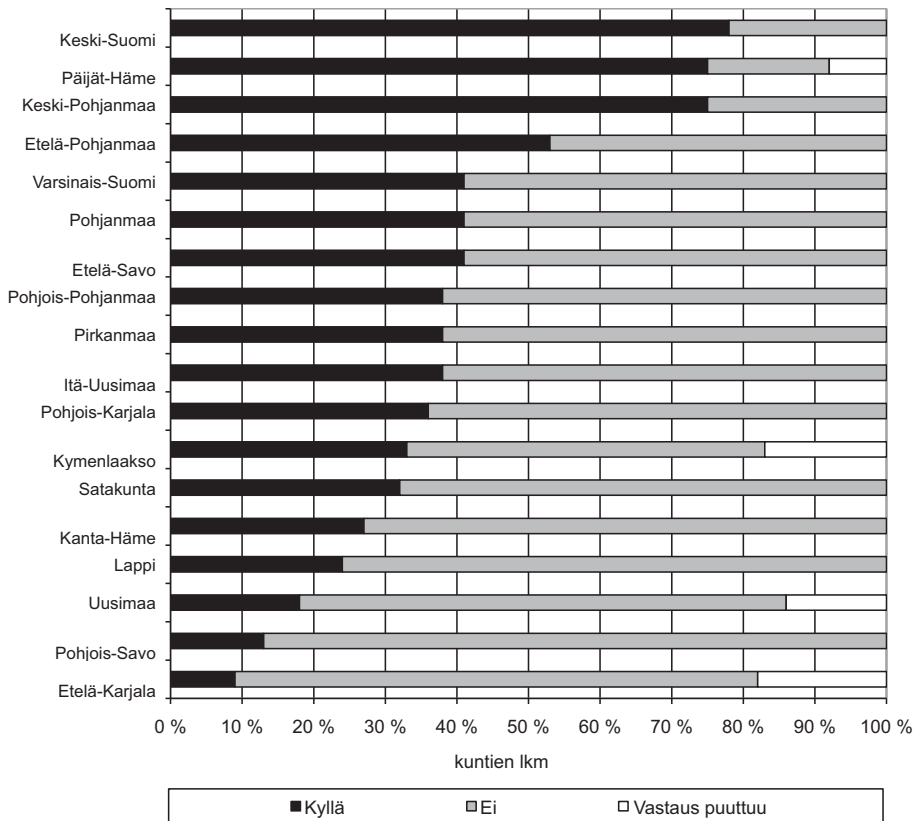
7.2.4 Yleiskuva tilaaja-tuottajamalleista

Kaiken kaikkiaan kyselyn perusteella näyttää siltä, että Suomessa on tällä hetkellä käytössä noin 35 tilaaja-tuottajamallia, joista suurin osa (n=24) koskee kuntien yhteistoiminnan organisoimista. Suurin osa kansalaisista elää kuitenkin edelleen alueilla, joilla tilaaja-tuottajatoimintatapaa ei sovelleta palveluiden tuotannossa (kuvio 22).



Kuvio 22. Miten tilaaja-tuottajajärjestelyä sovelletaan kunnissa (% asukkaista)

Kun tilaaja-tuottajatoimintatapaa ja sen eri muotoja tarkastellaan maakuntatasolla (kuvio 23) voidaan huomata, että maakuntien välillä löytyy eroja. Suhteellisesti *vähiten* järjestelyä ilmoitettiin käytettävän Etelä-Karjalassa, Pohjois-Savossa ja Uudellamaalla. Suhteessa *eniten* toimintatavan toteuttamisesta raportoitiin puolestaan Keski-Suomessa, Päijät-Hämeessä sekä Keski-Pohjanmaalla. Näissä maakunnissa tilaaja-tuottajatoimintatapaa sovellettiin nimenomaan kuntien yhteistoiminnan muotona. Maakuntien väliset erot näyttävätkin muodostuvan juuri siitä, ovatko maakunnan alueella toteutetut yhteistoiminta-alueet organisoitu kuntien näkemyksen mukaan tilaaja-tuottajamallin pohjalta.



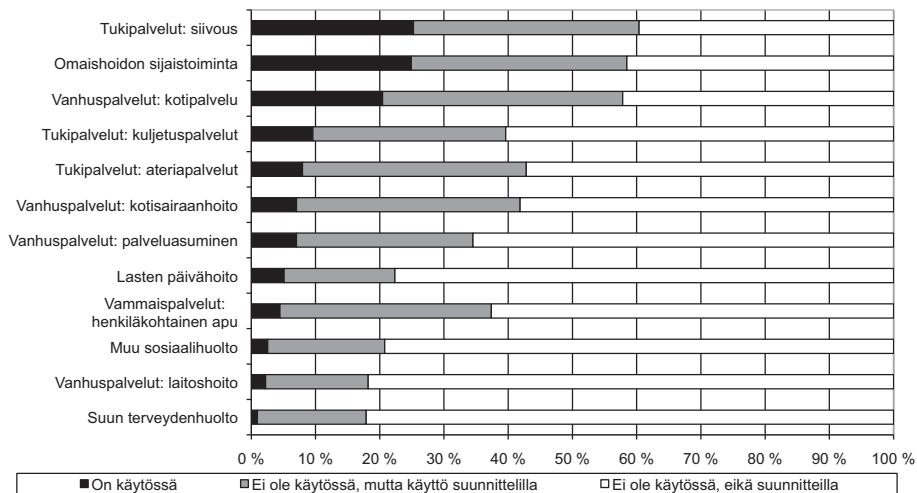
Kuvio 23. Tilaja-tuottajajärjestelyn soveltaminen maakunnittain (kuntien lukumäärä)

Kunnat nimittivät toteuttamiaan tilaja-tuottajajärjestelyjä muun muassa kansalaiskunta-palvelukuntamalliksi sekä sopimusohjaukseksi. Yksi useassa vastauksessa esille noussut malli oli Raisiosta alkunsa saanut niin kutsuttu Maisema-malli/ Raision malli, jossa kaupungin valtuusto jaostoineen toimii tilaajana ja lautakunnat palveluiden tuottajina. Nimitysten moninaisuuden lisäksi kuntien antamien vastausten perusteella voidaan todeta, että tilaja-tuottajajärjestely ymmärretään ja sitä sovelletaan suomalaisessa kuntakentässä usealla eri tavalla. Kuntien antamat vastaukset avoimiin kysymyksiin olivat kuitenkin lyhyitä ja syvempää analyysiä varten olisikin kerättävä laajempaa täydentävää aineistoa, kuin mitä tässä analyysissä on ollut mahdollista käyttää. On myös huomattava, että nyt tehty analyysi perustuu pitkälti kuntien omaan ilmoitukseen siitä, toteuttavatko ne toiminnassaan tilaja-tuottajatoimintatapaa. Se, onko kuntien rakentamissa malleissa tilaaminen ja tuottaminen erotettu tilaja-tuottajatoimintatavan määritelmän mukaisesti toisistaan, vaatisi kuitenkin jatkoselvittelyä.

7.3 Palvelusetelikäytännöt

Palveluseteli edustaa suomalaisessa sosiaali- ja terveydenhuollossa uutta tapaa organisoida palveluiden saaminen kunnallisten palveluiden tuottajien ulkopuolisilta yksityisiltä tai järjestöpohjaisilta palveluiden tuottajilta. Kyselyllä haluttiin selvittää palvelusetelien käytön laajuutta eri palvelumuodoissa. Kysely tehtiin ajankohdalla, jolloin 24.7.2009 voimaan tulleen sosiaali- ja terveydenhuollon palvelusetelistä annetun lain luonnos ja sen taustalla ollut mietintö olivat tiedossa, mutta lain voimaantulo ja sen ajankohta olivat auki.

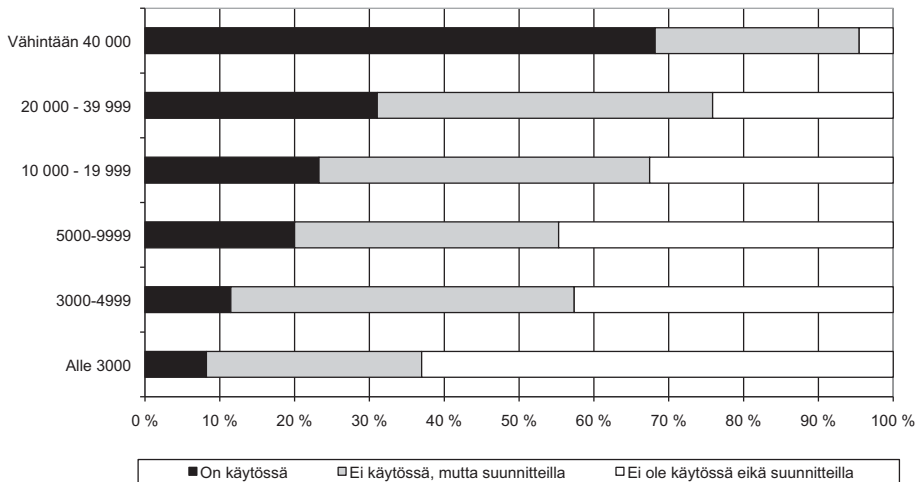
Kuntavastaajilta kysyttiin yhdellä kysymyksellä palvelusetelien käytöstä nykyisin sekä suunnitelmista ottaa palveluseteli käyttöön tulevaisuudessa. Vastaajille tarjottiin 11 palvelumuotoa, joilla tiedettiin palvelusetelitä olleen käytössä yleisimmin. Nämä koskivat lasten päivähoitoa, erilaisia vanhuspalveluita, kotipalvelua ja sen tukipalveluita sekä suun terveydenhuoltoa, omaishoidon sijaistoimintaa sekä vammaispalveluiden henkilökohtaista apua. Kuvio 24 esittää koko maan jakauman.



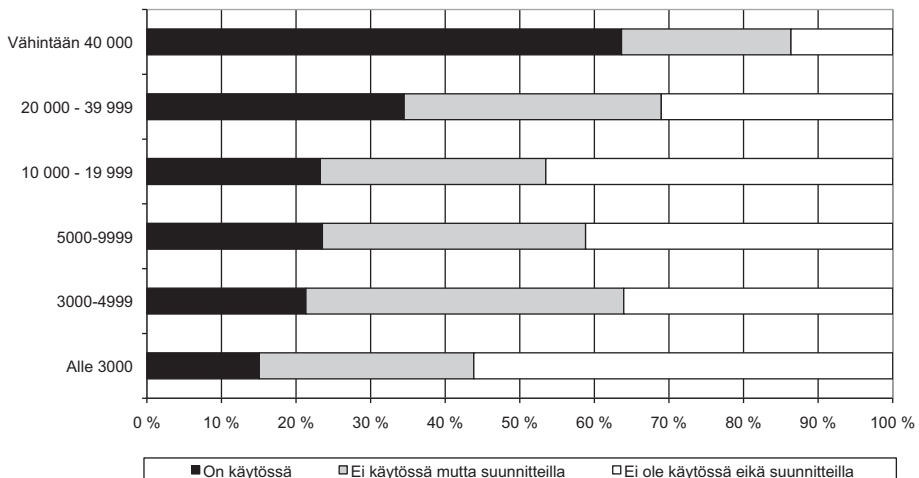
Kuvio 24. Palvelusetelien käyttö kunnissa keväällä 2009 tilanteen mukaisesti sekä kuntien tuolloiset suunnitelmat palvelusetelien käytöstä tulevaisuudessa.

Palvelusetelimenettely on siis yleisimmin käytössä kotipalvelun tukipalveluissa – siivous, kuljetuspalvelut, ateriapalvelut – sekä itse kotipalvelun henkilökohtaisessa palvelussa. Lisäksi omaishoidon sijaistoimintaa järjestetään joka neljännessä kunnassa palvelusetelimenettelyn avulla. Samat palvelumuodot ovat kärjessä tulevaisuuden suunnitelmienkin mukaan. Yli puolet kunnista aikoo jo keväällä 2009 arviointensa mukaan laajentaa palvelusetelimenettelyä yllä luetelluissa palveluissa.

Kuvista 25 ja 26 käy hyvin ilmi, että palvelusetelikäytännöt ovat suosituimpia suurimmissa kunnissa. Kuviossa 25 esitetään tukipalveluna annettavan siivouksen ja kuviossa 26 omaishoidon sijaispalveluiden palvelusetelin avulla järjestämisen tilanteet kuntakoon mukaan.



Kuvio 25. Kotihoidon tukipalveluna annettavan siivouspalvelun järjestäminen palvelusetelin avulla maan kunnissa kunnan koon mukaan



Kuvio 26. Omaishoidon sijaisjärjestelyiden hoitaminen palvelusetelimenettelyn avulla maan kunnissa kunnan koon mukaan

7.4 Kuntien ostopalvelustrategiat

Kunnallisen palveluntuotannon ulkopuolelta hankittujen palveluiden osuutta palveluiden järjestämisessä kartoitettiin kyselyn toisessa osassa neljällä kysymyksellä. Tavoitteena oli kerätä tietoa nimenomaan yksityisiltä palveluntuottajilta hankituista palveluista. Lisäksi tietoa kerättiin siitä, mikä ostopalvelujen prosentuaalinen osuus kunnallisessa palveluntuotannossa on nyt ja mikä sen arvioidaan olevan tulevaisuudessa. Suuri osa kunnista oli kuitenkin ymmärtänyt kysymyksen koskevan myös kuntayhtymiltä ostettuja perus- tai erikoissairaanhoidon palveluja. Tästä syystä kysymyksiin saatujen vastausten tarkkaa analysointia ei katsottu mielekkääksi. Voitaneen kuitenkin mainita, että ostopalveluina kunnat hankkivat muun muassa sairaankuljetuspalveluja, hammashoidon ja erikoislääkärien palveluja sekä erilaisia tuki- ja laitospalveluja. Myös vuokralääkäreiden käyttö mainittiin kuntien vastauksissa.

8 Sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstö

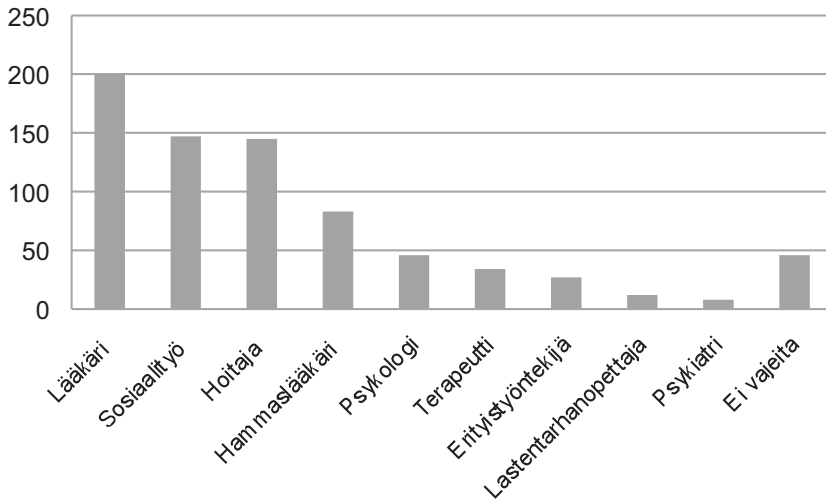
Kunta- ja palvelurakennemuutostuksessa on asetettu tavoitteita mm. henkilöstövoimavarojen riittävyyden ja henkilöstön osaamisen varmistamisen turvaamiseen. Odotuksena on, että palveluiden suuremmalla järjestämisaalueella voidaan parantaa henkilöstön työnjakoa ja osaamisen käyttöä sekä rekrytointia, ja suuremmissa toimintayksiköissä voidaan aiempaa paremmin tukea henkilöstön työtä sekä heidän ammatillista kehittymistään ja verkottumistaan.

Kunnilta tiedusteltiin työvoimavajeiden olemassa oloa ja eri ammattiryhmiin kohdentumista. Lisäksi selvitettiin toimenpiteitä, joilla kunta on itsenäisesti tai yhdessä muiden kuntien kanssa pyrkinyt varmistamaan henkilöstön osaamista. Kyselyssä kartoitettiin myös yhteistoiminta-alueiden henkilöstöhallinnon ja -strategioiden muodostumista, samoin henkilöstön käyttöä yli kuntarajojen.

8.1 Henkilöstön riittävyys ja toimenpiteet sen turvaamiseksi

Työvoimavajeesta kertoi kyselyssä 267 kuntaa, ja vain 46 kuntaa ilmoitti, ettei henkilöstöstä ole vajeista. Tarve oli suurinta lääkäreistä (200 kunnassa) ja sosiaalityöntekijöistä (147 kuntaa) sekä hoitohenkilökunnasta (145 kuntaa). Hammaslääkärivajeesta ilmoitti 83 kuntaa. Lisäksi pienempiä vajeita oli muutamista muista ammattiryhmistä. (Kuvio 27)

Eniten puutetta oli lääkäreistä, sosiaalityöntekijöistä ja hoitohenkilöstöstä. Vaje oli kaikenkokoisissa kunnissa suhteellisesti lähes samantasoista: kolme neljäosassa kunnista kaipasi lisää lääkäreitä, noin puolet sosiaalityöntekijöitä ja hoitohenkilöstöä. Suurimmissa kunnissa kaikista henkilöstöryhmistä oli hieman enemmän vajeita kuin muissa kunnissa. Taulukko 14.



Kuvio 27. Kuntien maaliskuussa 2009 ilmoittamat henkilöstövajeet ammattiryhmittäin

Taulukko 14. Lääkäreiden, sosiaalityöntekijöiden ja hoitohenkilöstön vaje kuntakokoluokittain.

Kuntakokoluokka	Lääkärivaje			Sostt.vaje		Hoitohenkilöstön vaje	
	N	n	%	n	%	n	%
1	56	41	73,2	28	50,0	22	39,3
2	46	33	71,7	19	41,3	22	47,8
3	68	52	76,5	37	54,4	40	58,5
4	35	25	71,4	18	51,4	15	42,9
5	27	19	70,4	17	63,9	18	66,7
6	22	19	86,4	15	68,1	14	63,6

On kuitenkin huomattava, että vaje on kuntien avovastauksissa ilmaistu eri tavoin, eikä vastauksista voida päätellä kuinka pysyvää ja vakavaa vaje on, ja onko kyse esim. lyhytaikaisista ja satunnaisista tarpeista.

Vain 46 kuntaa siis ilmoitti, ettei henkilöstöstä ole vajetta. Sairaanhoidopiireittäin tarkasteltuna nämä kunnat sijoittuivat pääosin Pohjois-Pohjanmaan, Etelä-Savon ja Pirkanmaan sairaanhoidopiireihin, joiden alueella yli neljäsosassa kunnista oli riittävästi henkilöstöä saatavilla (Taulukko 15).

Taulukko 15. Kunnat/yhteistoiminta-alueet, joissa ei ollut sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstövajeita sairaanhoitopiireittäin.

Sairaanhoitopiiri	Kuntien/ YT-alueiden lukumäärä	%-osuus alueen kunnista
Pohjois-Pohjanmaa	10	29
Etelä-Savo	3	27
Pirkanmaa	6	26
Lappi	3	20
Satakunta	4	18
Pohjois-Savo	4	17
Keski-Suomi	4	17
Varsinais-Suomi	3	12
Länsi-Pohja	1	17
Kanta-Häme	1	9
Pohjois-Karjala	1	7
Etelä-Pohjanmaa	1	5
HUS	1	4

Sen sijaan kaikki kunnat/ yhteistoiminta-alueet Pohjanmaan rannikolla, Kaakkois-Suomessa sekä Itä-Savossa ja Päijät-Hämeessä kertoivat henkilöstövajeesta.

Yhteistyö työvoima- ja osaamistarpeiden ennakoinnissa

Työvoima- ja osaamistarpeiden ennakointia yhteistyönä on tehty osassa kuntia pitkäaikaisesti, osassa hanketoimintana ja osassa ennakointia ei ole tehty systemaattisesti. Yhteistyötä työvoima- ja osaamistarpeiden ennakoinnissa kertoi tekevänsä ja/tai suunnittelevansa 58 (18,5%) kuntaa. Osassa vastauksista mainittiin pääasiasa rekrytointi -yhteistyö. Hanke-, strategia- yms. työhön tai tuleviin rakenteellisiin uudistuksiin työvoima- ja osaamistarpeen ennakoinnin liitti noin kymmenen prosenttia kunnista. Eniten yhteistyötä oli tehty rekrytoinnin parissa, mukaan lukien sijaispankit tai vastaavat sijaisten saamista varmistavat toiminnot.

Yhteistyö ei kuitenkaan ollut kovin yleistä. Rekrytointiyhteistyötä teki vain noin kymmenesosa kunnista (Taulukko 16) eikä sen lisäystä ollut suunnitteilla kuin muutamassa kunnassa. Osaamistarpeiden ennakoinnissa yhteistyötä tehtiin vieläkin harvemmin. Huomiota kiinnittävän usein kunnat myös kertoivat yhteistyöstä joko rekrytoinnissa tai osaamistarpeiden ennakoinnissa, eivätkä johdonmukaisesti molemmissa. Monissa vastauksissa yhteistyö oli kuvattu hyvin yleispiirteiseksi; mainittiin jokin strategia, hanke tms. yleisenä yhteistoiminnan kehyksenä. Lisäksi neljätöistä vastausta ilmaisi osaamistarpeen ennakoinnin ratkeavan tulevis-

sa rakenteellisissa muutoksissa. Kaikkiaan vain 32 kunnalla oli selkeää rekrytointiyhteistyötä ja 20 kunnalla yhteisesti huolehdittua osaamistarpeen tunnistamista ja/tai osaamisen turvaamista. On kuitenkin oletettavaa, että osa jo kuntaliitoksen tehneistä kunnista on tehnyt vastaavaa yhteistyötä ennen liitosta, eikä tämä yhteistyö enää näy kyselyssä. Samoin yhteistoiminta-alueen mahdollinen yhteinen henkilöstöhallinto ei ole tämän kysymyksen tarkoittamaa kuntien välistä yhteistyötä.

Taulukko 16. Kuntien ilmoittama yhteistyö muiden kuntien kanssa työvoima- ja osaamistarpeiden ennakoimista varten

Kuvaus yhteistyöstä	n	% (N=313)
Rekrytointiyhteistyötä on	32	10,2
Rekrytointiyhteistyötä suunnitteilla	4	1,27
Yhteistyötä osaamistarpeiden ennakoinnissa on	20	6,4
Yhteistyötä osaamistarpeiden ennakoinnissa suunnitteilla	2	0,6
Ratkaistaan tulevissa rakenneuudistuksissa	14	4,5
Asia esillä hankkeessa, strategiassa tms.	19	6,0
Ei vastausta tai vastaus: ei ole yhteistyötä	232	74,1

Kunnan toimenpiteet henkilöstön osaamisen varmistamiseksi

Kyselyssä tiedusteltiin kunnilta, mitä toimenpiteitä niillä on käytössä henkilöstön osaamisen varmistamiseksi. Vaihtoehtoina esitettiin seuraavia: Pehdytyskoulutus, osaamiskartoitukset, henkilökohtaiset kehityssuunnitelmat, täydennyskoulutus, jatko- ja uudelleen koulutuksen tukeminen, esimies- ja johtamisvalmennus. Lisäksi oli mahdollisuus ilmoittaa muita toimenpiteitä avovastauksena.

Eniten näistä kunnat ilmoittivat käyttävänsä täydennyskoulutusta (291 kuntaa eli 93% kunnista), jatko- ja uudelleen koulutuksen tukemista (250/80%) sekä esimies- ja johtamisvalmennusta (224 / 72%). Jopa lähes neljäsosa kunnista ilmoitti käytössä olevan kaikki edellä mainitut keinot, ja vähitenkin käytössä olevia kehityssuunnitelmia tehtiin lähes puolessa kunnista. Tuloksissa on huomioitava sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstön täydennyskoulutuksen lakisääteisyys, mikä on osaltaan ohjannut paitsi toimintaa, myös kysymykseen vastaamista. On myös huomioitava, että vaihtoehtoihin vastaaminen ei edellyttänyt toimintatapojen kuvauksia. Esimerkiksi jatko- ja uudelleen koulutuksen tukemisesta ei tässä kyselyssä saatu konkreettisia esimerkkejä, eikä näin voida arvioida sisältääkö tuki esim. työajan käyttöä tai kustannuksiin osallistumista. Kuntien toimintojen intensiivisyyttä ja kattavuutta henkilöstön suhteen ei siis voida tämän kyselyn perusteella arvioida.

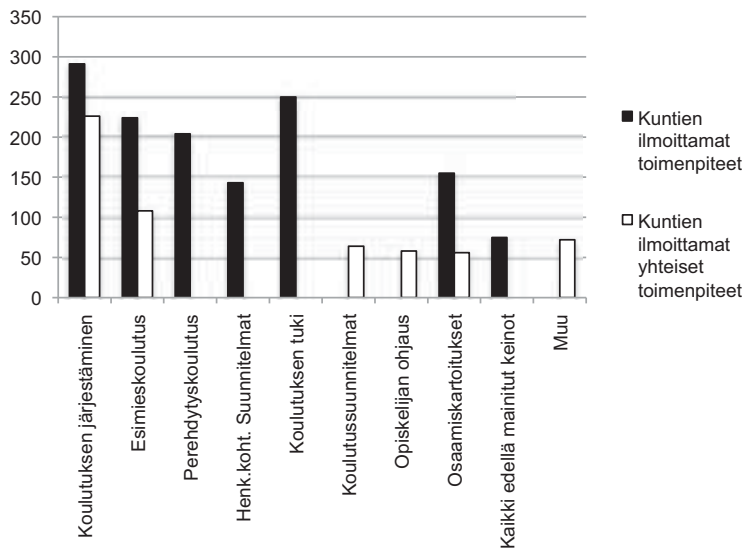
Yhteistyö henkilöstön osaamisen varmistamiseksi

Kunnilta tiedusteltiin, millaista kuntien yhteistä toimintaa käytetään henkilöstön osaamisen varmistamiseen. Vaihtoehdot olivat osaksi samoja kuin yksittäisten kuntien toimista kysyttäessä: yhteisesti järjestetty henkilöstön osaamisen kartoitus, yhteinen henkilöstön täydennys/ henkilöstökoulutussuunnitelma, täydennys/henkilöstökoulutuksen järjestäminen, yhteinen esimies- ja johtamisvalmennus ja yhteiset opiskelijan ohjauksen, työssä oppimisen käytännöt. Avovastauksena oli myös mahdollista kertoa muista ratkaisuista.

Yhteisenä osaamisen varmistamisen toimintamuotona korostui täydennys- ja/tai henkilöstökoulutuksen järjestäminen (72% kunnista). Esimies- ja johtamisvalmennuksessa tehtiin yhteistyötä kolmasosassa kuntia, ja koulutussuunnitelmia tehtiin yhdessä viidesosassa kuntia.

Muista toimintamuodoista kertovissa avovastauksissa useissa (26 kpl) todettiin, että yhteistä toimintaa ei ole lainkaan, tai että sitä odotettiin muodostuvan osana muita, rakenteellisia toimenpiteitä. Yhteisiä koulutuksia on satunnaisesti käyttänyt neljätoista kuntaa, ja yhteisestä hanketyöstä kertoi kaksitoista kuntaa. Palvelun tuottamiseen yhdessä viittasi kahdeksan kuntaa ja yhteiseen henkilöstöön jo perustetulla yhteistoiminta-alueella kaksi kuntaa.

Verrattaessa kuntien itse ja kuntien yhteistyössä toteuttamia toimenpiteitä osaamisen varmistamiseksi (Kuvio 28) voidaan arvioida, että suuri osa täydennys- ja henkilöstökoulutuksesta järjestetään kuntien yhteistoimintana, ja myös noin puolet esimieskoulutuksesta. Sen sijaan osaamiskartoituksissa, koulutussuunnitelussa ja opiskelijoiden ohjauksessa yhteistyötä kertoo tekevänsä vain 50 -60 kuntaa.

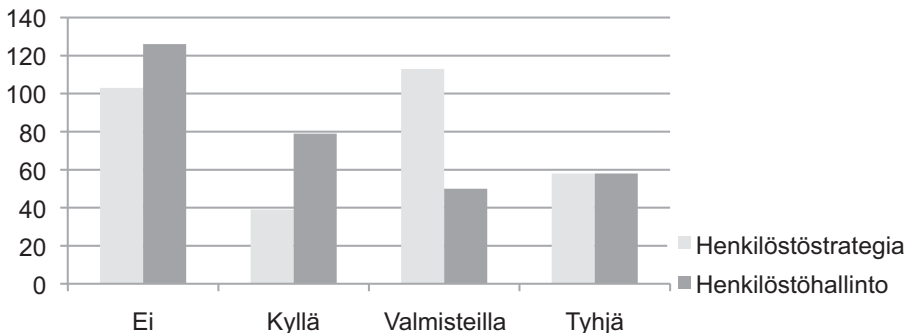


Kuvio 28. Kuntien omat ja kuntien yhteistyössä tekemät toimet henkilöstön osaamisen varmistamiseksi.

8.2 Yhteistoiminta-alueiden henkilöstöhallinto

Kyselyssä tiedusteltiin muodostumassa olevien yhteistoiminta-alueiden henkilöstösuunnitelman /strategian vaihetta, yhteistoiminta- alueen yhteisen henkilöstöhallinnon muodostamista sekä pyydettiin kuvailemaan perusteita joilla henkilöstöä voidaan käyttää yli kuntarajojen.

Henkilöstöhallinto on järjestetty tai sitä valmisteltiin yhteisenä 129 kunnassa, kun 184 kunnassa ei yhteistä henkilöstöhallintoa ole (sisältää 58 tyhjää vastausta, joiden oletettiin olevan kielteisiä). Vastaavasti yhteisiä henkilöstöstrategioita oli valmiina tai valmistelussa 152, mutta painotus oli selvästi valmisteluvaiheessa. Useimmat yhteistoiminta-alueet ovat käynnistyneet 2009 tai tulevat käynnistymään 2010 tai myöhemmin.



Kuvio 29. Yhteistoiminta-alueiden yhteisen henkilöstöstrategian ja -hallinnon valmisteluvaiheiden vertailu maaliskuussa 2009

Kyselystä saadaan tältä osin tietoa henkilöstösuunnittelun ja -hallinnon suunnista. Yhteistoiminta- alueittainen tarkastelu kuitenkin osoittaa, että tämä aihealue on kunnissa tunnettu suhteellisen huonosti. Yhteistä henkilöstöhallintoa koskevaan kysymykseen monen yhteistoiminta - alueen kunnat olivat vastanneet ristiriitaisesti, joten vastausten luotettavuus on kyseenalainen. Viidentoista jo toiminnassa olevan yhteistoiminta-alueen kuntien vastauksissa on sekä kyllä että ei -vastauksia, ja valmistelun vaihe ilmoitettiin eri tavalla: valmistelussa / kyllä tai valmistelussa/ei ole kahdentoista yhteistoiminta-alueen kunnista. Yhteisestä henkilöstöhallinnosta täysin yhteneväisesti kunnat vastasivat seitsemän yhteistoiminta-alueen osalta. Tästä syystä ei tarkempaa analyysiä yhteistoiminta-alueiden henkilöstöhallinnon järjestämisestä ole tästä aineistosta tehty. Onkin ilmeistä, että kyselyyn vastaamisen aikaan on yhteistoiminta-alueiden muodostuminen tältä osin ollut vielä keskenään vaiheessa.

Henkilöstön käyttöä yli kuntarajojen oli määritelty tai valmistelussa noin puolessa yhteistoiminta-alueita, 47 yhteistoiminta-alueelta ei tietoa ollut (Taulukko 17). Useimmiten perusteet olivat valmistelussa (23 yhteistoiminta-alueetta). Suurimmassa osassa perusteet muodostuivat yhteistoimintasopimuksen mukaan henkilöstön sijoittumisen perusteella; etenkin esimiehet ja erityisosaajat ovat yhteisiä. Jonkin verran ilmoitettiin myös erillisistä sopimisista erityisosaamisen tai virka-aikeisen avun varmistamiseksi tms.

Taulukko 17. Yhteistoiminta-alueiden perustelut yli kuntarajojen tapahtuvasta henkilöstön käytöstä.

Perustelu	n
Yhteinen henkilöstö tai osa siitä	18
Perusteet valmistelussa	23
Sopimus, esim. erityisosaaminen	9
Epäselvä/ ristiriitainen	2
Ei ilmoitettuja perusteita	47

Edellä esitettyyn henkilöstöhallintoa koskevaan tietojen puutteellisuus huomioiden sekä tämän kysymyksen avovastauksissa esitettyjen mainintojen perusteella on syytä olettaa, että myös tämä osio on kyselyn vastausajankohtana maaliskuussa 2009 ollut kunnissa vielä selkeytymätön. Yhteistoiminta-alueen sopimuksissa mainintoja henkilöstön käytöstä yli kuntarajojen ei oletettavasti oltu vielä konkretisoitu käytännön toimenpiteiksi.

8.3 Yhteenvedo: Henkilöstönäkökulmat kunta- ja palvelurakennemuutoksessa

Yhteenvedona kevään 2009 kyselyn tuotoksista voidaan henkilöstönäkökulmassa nähdä sekä merkkejä uudistuksen odotetuista vaikutuksista että edelleen huomiota kaipaavia kohtia.

Useissa henkilöstön riittävyttä tarkastelevissa vastauksissa viitattiin tekeillä oleviin rakenteellisiin ratkaisuihin henkilöstön riittävyden turvaamiseksi. Myös osaamisen varmistamisen ja tarkoituksenmukaisen käytön osalta esitettiin odotuksia ratkaisujen vaikutuksiin. Etenkin johtaminen ja erityisosaaminen oli huomioitu ylikunnallisena mahdollisuutena, mutta muuten tehtävärakenteen tarkastelusta ei juuri raportoitu. Yhteistyö työvoima- ja osaamistarpeiden ennakoinnissa on ollut suhteellisen vähäistä kattaen vain neljäsosan kunnista ja kohdistuen pitkälti rekrytointiin. Rekrytointiyhteistyössä kyseessä oli usein sijaispankki tms., eikä pitkäjän-

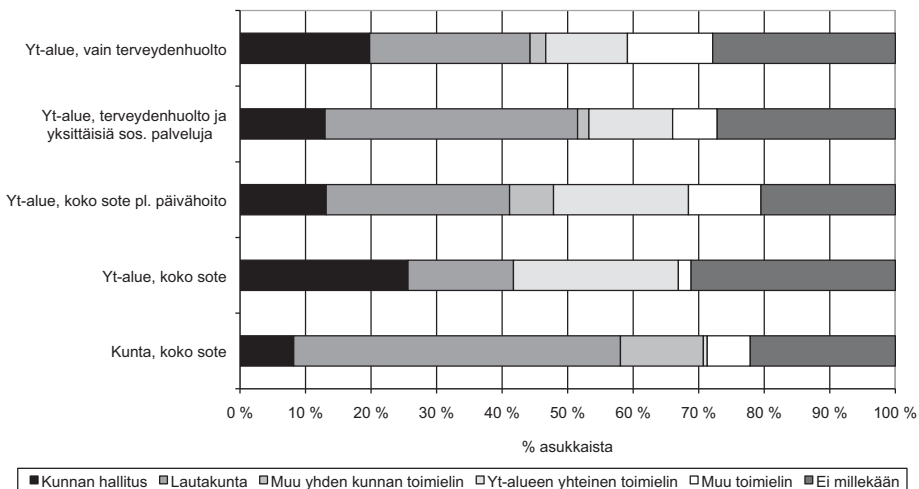
teisiä yhteisiä rekrytointitoimia kuvattu kuin muutamia. Tältä osin on siis runsaasti odotuksia, joiden konkretisointi olisi ajankohtaista.

Myös osaamisen varmistamisessa oli jo osittain käytetty yhteistyötä, joskin vain tietyiltä osin monien mahdollisuuksien jäädessä vähälle huomiolle. Kuntien yhteisten henkilöstösuunnitelmien ja -strategioiden laatiminen oli kuitenkin keväällä 2009 voimakkaasti meneillään, joten on syytä uskoa yhteistoiminnan edelleen lisääntyvän strategioiden valmistuttua. Tosin kommenttina kysymyksiin yhteisestä henkilöstöhallinnosta ja -strategiasta muutamien yhteistoiminta -alueiden osalta mainittiin palveluiden siirtyvän yhteistoiminta-alueille ja kuntien jatkavan itsenäisinä yksikköinä, mikä on hieman ristiriitaista nimenomaan henkilöstön kannalta.

Kyselyn perusteella olisi syytä kiinnittää henkilöstön asemaan kokonaisuudessaan. Yhteistyön lisääminen henkilöstön riittävyyden ja osaamisen varmistamiseksi eri keinoin on tarpeen. Henkilöstön tilanne kuntaliitoksessa on määritelty ja tunnetaan ilmeisen hyvin. Sen sijaan kevään 2009 vaiheessa kuntien käsitys oman yhteistoiminta-alueensa henkilöstöhallinnon kokonaisuudesta ja hallinnoinnista osoittautui vaihtelevaksi ja epämääräiseksi. Lähes puolessa yhteistoiminta-alueita kunnat esittivät ristiriitaisia käsityksiä yhteisen henkilöstöhallinnon olemassa olosta.

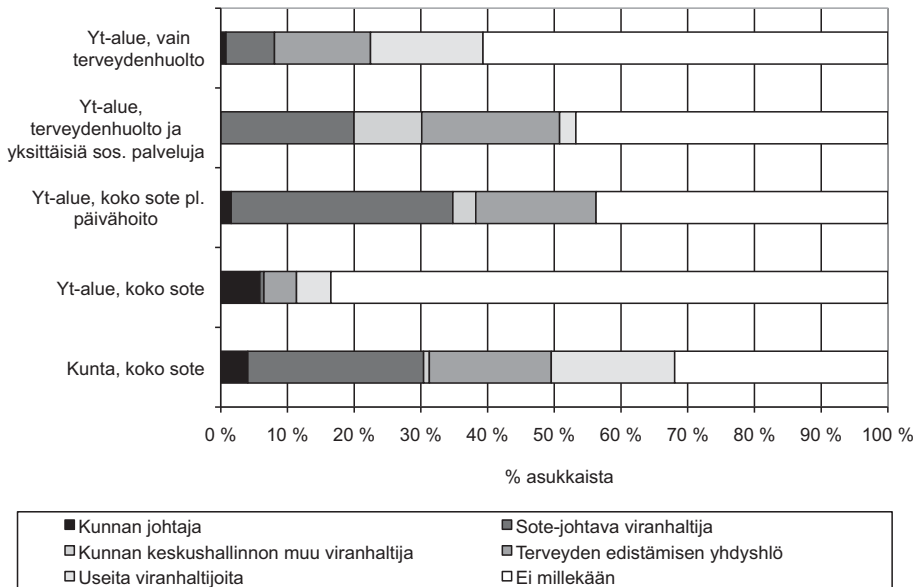
9 Hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen rakenteet

Kolme kyselyn ensimmäisen osan kysymyksistä käsitteli kuntien hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen rakenteita. Kunnissa on perustettu niin terveyden edistämisen kuin hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen toimielimiä ja kuntia pyydettiinkin täsmentämään sitä, mitä käsitettä kunnissa ko. toimijatahosta käytetään. Noin puolet kunnista (n=163) ilmoitti, käyttävänsä käsitettä "hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen". Kolmannes kunnista (n=97) ilmoitti puolestaan käyttävänsä käsitettä "terveyden edistäminen". Hiukan vajaa 20 % kunnista (n=59) oli valinnut vaihtoehdon "muu käsite". Tätä vaihtoehtoa oli mahdollista tarkentaa vastaamalla täydentävään kohtaan. Mainittuja muita käsitteitä olivat muun muassa ennalta ehkäisevä toiminta hyvinvointistrategia, perusturvalautakunta, sekä hyvinvoinnin ja turvallisuuden edistäminen. Erityisesti yhteistoiminta-alueiden kohdalla kunnat, jotka olivat valinneet vaihtoehdon "muu käsite" ilmoittivat, että erillisiä hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen tai terveyden edistämisen toimielimiä ei ole perustettu tai että käsitettä ei ole määritelty.



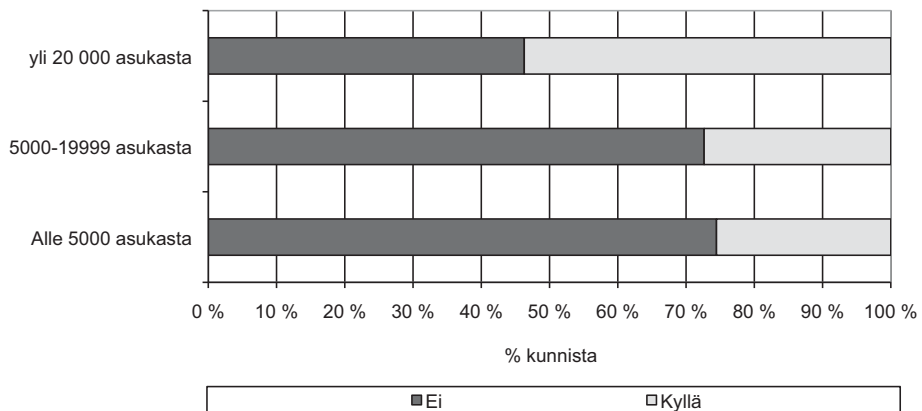
Kuvio 30. Kenen vastuulle hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen kuuluu (asukasluku)

Yli puolet yksittäisistä kunnista ilmoitti, että vastuu hyvinvoinnin ja terveyden edistämisestä tai terveyden edistämisestä on annettu sosiaali- ja terveyslautakunnalle tai vastaavalle toimielimelle. Yhteistoiminta-alueista etenkin niillä, joiden toimialaan kuuluu vain yksittäisiä sosiaalipalveluja vastuu hyvinvoinnin ja terveyden edistämisestä oli annettu sosiaali- ja terveyslautakunnalle (Kuvio 30). Kaikista yhteistoiminta-alueiden kunnista 14 % ilmoitti siirtäneensä vastuun kuntayhtymän mukaiselle toimielimelle. Näin oli etenkin niiden yhteistoiminta-alueiden kohdalla, joiden toimialaan kuuluvat kaikki sosiaalipalvelut tai kaikki sosiaalipalvelut lukuun ottamatta päivähoitoa. Muiksi hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen vastuutahoiksi ilmoitettiin mm. kaikki lautakunnat/hallintokunnat, kunnan tai kaupunginvaltuusto, sosiaalilautakunta, kunnan tai kaupungin johtoryhmä, hyvinvointivaliokunta sekä vapaa-aika- ja sivistyslautakunta. Yhteistoiminta-alueiden kunnista kolmanneksessa tehtävää ei ole annettu minkään toimielimen vastuulle. Yksittäisissä kunnissa näin oli alle neljänneksessä.



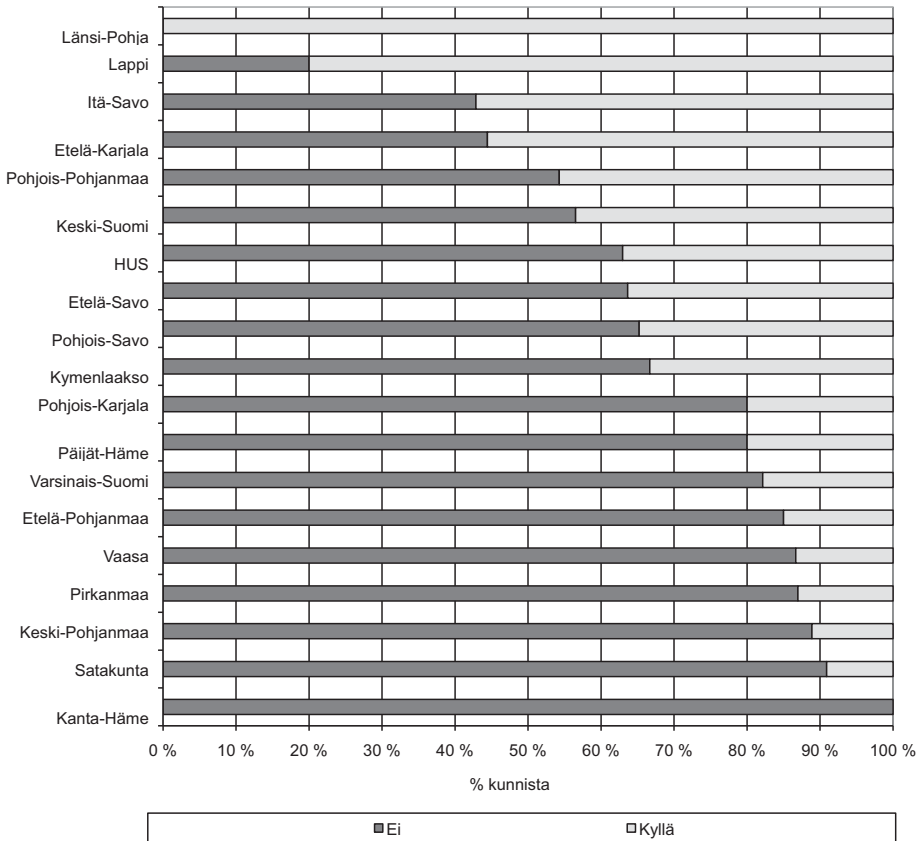
Kuvio 31. Viranomaisen jonka vastuulle terveyden ja hyvinvoinnin edistämisen tehtävät on annettu (asukasluku)

Suuressa osassa kuntia vastuuta hyvinvoinnin ja terveyden edistämisestä ei ollut annettu minkään yksittäisen viranhaltijan vastuulle. Näin ilmoitti liki 54 % kunnista (n=171). Näin oli etenkin niissä yhteistoiminta-alueiden kunnissa, joissa sekä sosiaali- että terveystoimi oli siirretty yhteistoiminta-alueille (Kuvio 31). Yksittäisissä kunnissa tai niillä yhteistoiminta-alueilla, joiden toimialaan kuuluvat vain terveyspalvelut vastuuta oli hajautettu useamman viranhaltijan vastuulle. Sosiaali- ja terveydenhuollon johtavalle viranhaltijalle vastuuta oli annettu noin 17 % kunnista ja etenkin näin oli yksittäisissä kunnissa ja yhteistoiminta-alueilla, joiden toimialaan kuuluu yksittäisiä sosiaalipalveluja tai sosiaalityö kokonaisuudessaan päivähoitoa lukuun ottamatta. Terveyden edistämisen yhteyshenkilölle vastuuta oli annettu noin 10 % kunnista ja etenkin yhteistoiminta-alueilla, joiden toimialaan kuuluu terveydenhuollon lisäksi vain yksittäisiä sosiaalipalveluja.



Kuvio 32. Toimiiko kunnassa oma sisäinen hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen työryhmä tai vastaava kuntakoon mukaan tarkasteltuna (% kunnista)

Kunnissa toimivia omia/sisäisiä terveyden edistämisen työryhmiä tai vastaavia kartoitettiin yhdellä kysymyksellä. Eniten tämänkaltaisten ryhmien toiminnasta ilmoittivat yli 20 000 asukkaan kunnat, joissa yli puolessa (n=29) toimi oma/sisäinen terveyden edistämisen työryhmä tai vastaava (Kuvio 32). Alle 5000 asukkaan kunnista ryhmiä oli toiminnassa vain noin viidenneksessä kunnista (n=35).



Kuvio 33. Toimiiko kunnassa oma sisäinen hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen työryhmä tai vastaava sairaanhoitopiireittäin tarkasteltuna (% kunnista)

Sairaanhoitopiireittäin tarkasteltuna on mahdollista löytää erilaisia piirikohtaisia profileja (Kuvio 33). Esimerkiksi Länsi-Pohjan sairaanhoitopiirin kunnista kaikki ilmoittivat, että kunnassa toimii terveyden ja hyvinvoinnin edistämisen työryhmä. Täysin päinvastainen tilanne oli puolestaan Kanta-Hämeessä, jossa yksikään kunta ei ilmoittanut tämänkaltaisen ryhmän toiminnasta. Hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen yhteistyöryhmä tai vastaava on yhteistoiminta-alueilla huomattavasti harvinaisempi kuin muissa kunnissa. Puolet itsenäisistä kunnista ilmoitti, että niillä on kunnan sisäinen yhteistyöryhmä tai vastaava, yhteistoiminta-alueilla neljänneksessä kunnan sisäisenä ja viidennes kuntien yhteisenä. Yli puolet yhteistoiminta-alueiden kunnista ilmoitti, ettei niillä toimi hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen yhteistyöryhmää tai vastaavaa, muissa kunnissa luku oli hieman yli kolmannes. Tämä selittää osin alueittaista vaihtelua, sillä joissain sairaanhoitopiireissä yhteistoiminta-alueiden lukumäärä on suhteessa suurempi.

10 Kuntien ratkaisuja ja arvioita uudistuksen toteuttamisesta ja sen keinoista

10.1 Palvelujen tuottamisen ja järjestämisen uudet ratkaisut ja innovaatiot

Kyselyssä kartoitettiin uusia ratkaisuja ja innovaatioita palveluissa, eikä kysymyksessä tiedusteltu esim. innovaatio toiminnan systemaattisuutta ja kattavuutta kunnassa.

Kysymykseen kunnassa kehitetyistä uusista palveluiden tuottamisen ja järjestämisen ratkaisuista ja innovaatioista vastasi 149 kuntaa eli hieman alle puolet kyselyn II osaan vastanneista kunnista. 164 kuntaa jätti vastaamatta. Kysymys oli asetettu siten, että se oli luonteeltaan täydentävä: kunnilta kysyttiin ratkaisuja, joita ei kyselyssä muutoin ollut tullut esiin. Vastaukset eivät näin ollen kerro tyhjentyvästi kuntien tämänhetkisestä innovaatio toiminnasta ja palveluiden kehittämisestä.

Valtaosa vastaamatta jättäneistä on pieniä kuntia, mutta myös useita aktiivisesta kehittämistoiminnastaan tunnettuja suuria kuntia jätti vastaamatta. Tästä ei kuitenkaan voida päätellä, ettei näissä kunnissa olisi uusia ratkaisuja tai innovaatioita, vaan kunnat ehkä kokivat että heidän ratkaisunsa tulivat jo kyselyssä esiin. On myös mahdollista, että aktiivinen kehittäjäkunta on hyvin tietoinen muidenkin kuntien kokeilu- ja kehittämistoiminnasta ja on siksi kriittinen määritellesään toimintaa uudeksi tai innovatiiviseksi, kun taas vähemmän kehittämistyötä tehnyt kunta määrittelee toimintatapojaan uusiksi ja innovatiivisiksi kriitikkömämmin.

Yleiskuva: Uudet ratkaisut ja innovaatiot

Monet kuntien vastaukset osoittivat, miten vaikeaa on määritellä uutta ratkaisua ja innovaatiota. Yhtäällä uusi ratkaisu on jo arkea muualla. Useissa vastauksissa todettiin uutena ratkaisuna mm. tilaaja-tuottajamallin käyttöönotto, yhteistoiminta-alueen perustaminen tai eri toimintojen yhdistäminen, jotka ensinnäkin ovat jo yleistyneitä ratkaisuja ja toiseksi ne oli jo kyselyssä kartoitettu.

On myös huomattava, että kaikki vastaajat eivät välttämättä ole aktiivisesti toimineet sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämis- tai uudistamistehtävissä. Myös innovaatio käsitteenä on monitulkintainen. Esimerkiksi innovaatio palveluiden järjestämisessä ei välttämättä perustukaan toimintamalliin tms. vaan innovatiivisuus voi liittyä uuden toimintatavan muokkaamiseen ja käyttöönottoon oman kunnan olosuhteissa, kuten eräässä vastauksessa osuvasti todetaan: *"Jokaisen palvelun tuot-*

taminen kaksikielisessä harvaanasutussa reuna-alueen kriisikunnassa on innovatiivinen"

Uusien ratkaisujen ja innovaatioiden kuvauksia esitettiin palveluiden järjestämiseen, organisaation kehittämiseen ja toiminnan tehostamiseen, palvelukonseptihin sekä menetelmiin ja työskentelytapoihin liittyen. Lisäksi osassa vastauksia esiteltiin useita uusia toimintamalleja. Lisäksi aineisto mahdollistaisi jatkoanalyysiä esim. sosiaaliseen verkostoon ja kansalaisyhteiskuntaan kytkeytyvien innovaatioiden osalta

Enemmistö vastauksista kertoo, miten kunnassa on otettu käyttöön jo hyviksi havaittuja ja suositeltuja, mutta paikallisesti uusia toimintatapoja. Vastauksista on myös nähtävissä kehittämisen pitkiä kaaria: esiin tulevat hyvät käytännöt ovat kokonaisuutena linjassa kansallisen terveyshankkeen ja sosiaalialan kehittämishankkeen aikana aloitettujen ja sittemmin muissa kehittämishankkeissa ja Kaste-ohjelmassa ilmi tuotujen tavoitteiden kanssa. Monet näistä ovat aikanaan olleet innovaatioita, mutta siirtyneet jo vakiintuneiksi toimintatavoiksi. Jotkut kunnat katsovat koonneensa näistä aineksista oman toimintamallinsa, esim. ”Sipoon mallin”, mitä voinee pitää toimijoiden ja asukkaiden sitouttamisen kannalta hyvänä.

Palveluiden uudet järjestämistavat: poimintoja

Pyrkimättä kattamaan koko aineistoa on seuraavassa tehty joitain poimintoja palveluiden uusista järjestämistavoista. Kyselyssä muutenkin kartoitetut toimintamallit on jätetty tämän tarkastelun ulkopuolelle, samoin yksittäiset menetelmät ja yleis-/tavoitetasolla esitetyt odotukset.

Useissa uusissa ratkaisuissa oli muodostettu uusia tapoja yhdistää perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon toimintaa. Tällaisia olivat esim. äitiysneuvolan ja äitiyspoliklinikan sekä naistentautien klinikan yhdistäminen; kehitysvammaneurolan järjestäminen omassa kunnassa ja paikalliset lastenpsykiatriapalvelut.

Toimintoja myös yhdistellään uudella tavalla. Esimerkiksi viikonloppuisin yhdistetään päivystys ja normaali vastaanotto; avovastaanottoja järjestetään lääkärihoitaja -työparilla; avosairaalo toiminnassa on yhdistetty sairaankuljetus, kotisairaala- ja kotisairaanhoido.

Erilaiset etäteknologian käytön sovellukset olivat myös esillä. Etälääkärit ja etävastaanotot tulivat esille useassa vastauksessa.

Kokonaan uusina toimintoina kunnista mainitaan mm. läheislomitus omaishoitajille, seniorikuntosalit, vanhusten pienryhmäasuminen ja työterveyshuollon järjestäminen kuntien yhteisenä liikelaitoksena.

Yhteenvetoa uusista palvelujen tuottamisen tai järjestämisen ratkaisuista ja innovaatioista

Kyselyssä saatiin suuntaa-antava kuva kuntien palveluiden uudistamisen ratkaisuista. Kysely ei kuitenkaan kannustanut kuntia laajaan kuvaukseen eikä sillä pyritty tekemään kattavaa kartoitusta. Esille tuli kuitenkin uusia toimintamalleja ja ratkaisuja, joita olisi hyödyllistä tarkastella myös syvällisemmin.

Tämä suppeakin katsaus osoittaa, että kunnissa palveluiden kehittäminen ja uudistaminen on eri vaiheissa, ja yhtenä sykäyksenä uusien toimintamallien käyttöönottoon on toiminut palvelurakenteen uudistus. Sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämistoiminnan vaikutusta näkyy monissa uusissa toimintamalleissa.

Innovaatiotoiminnan systemaattisuus kunnissa ja keinot sen tuotosten käyttöön ottamiseksi ovat vaihtelevia. Tämä katsaus osoittaa, että innovaatiotyölle olisi kunnissa hyvää kasvupohjaa.

10.2 Palveluiden järjestämisen taloudellinen perusta

Kunta- ja palvelurakennemuutostuksessa tavoitteena on mm. kehittää palveluiden tuotantotapoja ja organisointia siten, että kuntien vastuulla olevien palveluiden järjestämiseen ja tuottamiseen sekä kuntien kehittämiseen on vahva rakenteellinen ja taloudellinen perusta. Palvelurakenteen on oltava kattava ja taloudellinen ja sen on mahdollistettava voimavarojen tehokas käyttö.

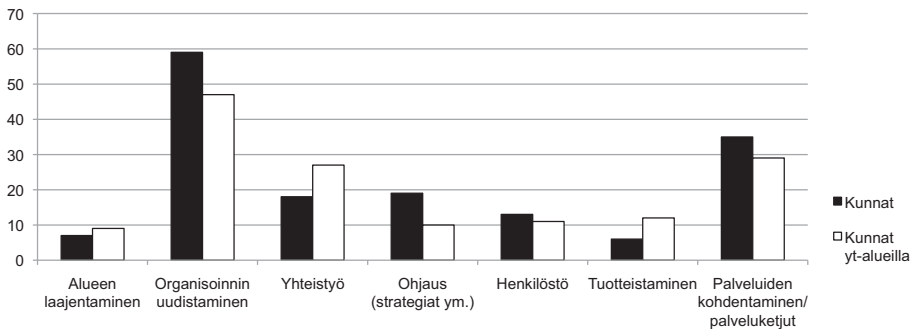
Kyselyssä kunnilta tiedusteltiin, miten kunta aikoo edistää palveluiden tuottavuutta ja kuntien menojen kasvun hillitsemistä palveluiden tuotantotapoja kehittämällä ja organisoimalla. Kysymykseen vastattiin sanallisesti, avovastauksena ja kunta saattoi ilmoittaa useita eri keinoja. Kysymykseen vastattiin varsin aktiivisesti, sillä vain muutama kuntaa kyselyn osaan II vastanneista jätti tähän vastaamatta ja vastaukset olivat yleensä hyvin jäsentyneitä ja informatiivisia. Kolme kuntaa ilmoitti, että heillä ei ole tähän erityisiä toimia, ja neljä kuntaa mainitsi palvelutarjonnan rajoittamisen.

Vastaukset kohdentuivat palveluiden järjestämisen ulottuvuuksiin monipuolisesti. Vastaukset oli ryhmiteltävissä seuraavasti:

- Organisointi: palvelujärjestelmään, organisaatioon ja prosesseihin kohdistuvat organisoinnin uudistukset. Nämä muodostivat ennakoidusti suurimman osan mainituista toimista ja yli puolet kunnista ilmoitti käyttävänsä organisoinnin uudistuksia
- Palveluiden kohdentaminen / palveluketjujen vahvistaminen nousivat merkittäväksi osaksi palveluiden tehostamista kolmasosan kunnista ker-

toessa näistä keinoista. Erityisesti korostuivat avohuollon palveluiden painottaminen, varhainen puuttuminen ja oikea-aikaisten palveluiden tarjoaminen hyvin toimivissa hoito- ja palveluketjuissa. Tässä osiossa mainittiin mm. toimintojen siirtymää erityispalveluista peruspalveluihin.

- Ohjaus: erilaiset ohjaavat asiakirjat, strategiat tms. sekä ohjausprosessien kehittäminen. Näitä keinoja ilmoitti käyttävänsä joka viides kunta.
- Yhteistyö: kuntien keskinäinen, kunnan sisäinen, palvelujärjestelmän eri osien keskeinen yhteistyö, ilman eri perusteluja tuottavuuden synnystä.
- Alueen laajentaminen: vastauksessa viitattiin kasvavaan alueeseen ilman muita perusteluita tuottavuuden kehittymisestä.
- Henkilöstön osaamiseen, työhyvinvointiin ja tehokkaaseen käyttöön kohdentuvat toimet
- Tuotteistamisen kehittäminen

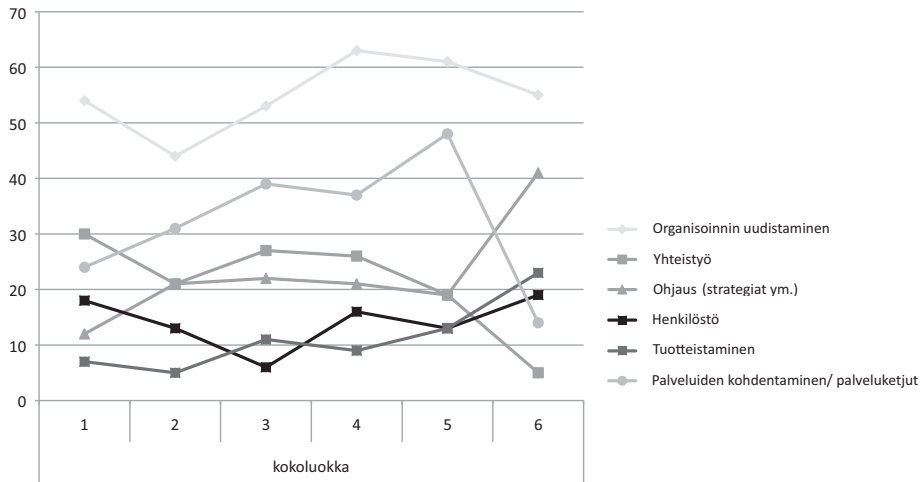


Kuvio 34. Kuntien ilmoittamat toimet palveluiden tuottavuuden edistämiseksi (%vastanneista kunnista).

Kiinnostavaa vastauksissa oli se, että kuntien toimet palveluiden tuottavuuden edistämiseksi olivat varsin samankaltaisia sekä niissä kunnissa, jotka jatkavat omaa palvelutuotantoa, että niissä kunnissa jotka olivat perustaneet / perustamassa yhteistoiminta-alueita. Ilman yhteistoiminta-alueita jatkavien kuntien toimintaorganisoiminen uudistaminen ja palveluiden kohdentaminen ovat jopa jonkin verran enemmän esillä kuin yhteistoiminta-alueilla. Ilman yhteistoiminta-alueita jatkavat kunnat näyttävät panostavan myös erilaisiin ohjauksen keinoihin enemmän kuin yhteistoiminta-alueet, joiden rakenteeseen yhtenäinen ohjauksen voidaan katsoa kuuluvan ilman eri toimia. (Kuvio 34).

Kuntien ilmoittamista toimista yleisimpiä (Organisointi, yhteistyö, ohjaus ja palveluiden kohdentaminen) kuntakokoluokittain tarkasteltuna nähdään että suurimmissa kunnissa (yli 40 000 asukasta) yhteistyön ja palveluiden kohdentamisen keinoja ei haeta yhtä aktiivisesti kuin pienemmissä kunnissa, mutta ohjaukseen kiinnitetään enemmän huomiota kuin muissa kokoluokissa. Sen sijaan palveluiden

kohdentamiseen kiinnittää huomiota lähes puolet yli 5 000 ja alle 40 000 asukkaan kunnista. (Kuvio 35). Nämä erot heijastelevat oletettavasti eroja kuntien tähän asti toteuttamissa toimissa.



Kuvio 35. Kuntien ilmoittamat yleisimmät toimet palveluiden tuottavuuden edistämiseksi kuntakokoluokittain.

10.3 Uudistuksen hyötyjä ja ongelmia kuntien arvioimana

Kunnilta tiedusteltiin kyselyssä myös avokysymyksellä (sanallinen, vapaa vastaus), millaisia hyötyjä ja ongelmia uudistuksilla on tuotettu.

Hyötyjä kuvasi vastauksessaan 302 kuntaa, ongelmia 300 kuntaa.

Uudistuksen tuottamat hyödyt

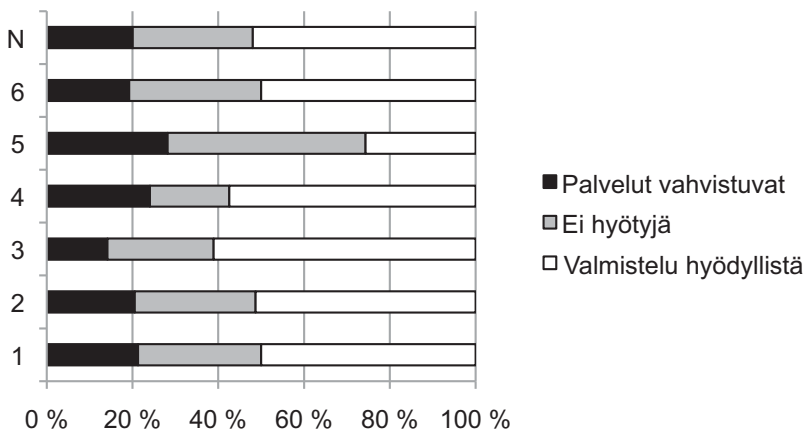
Kuntia pyydettiin arvioimaan, mitä hyötyjä uudistuksella on kuntanne näkökulmasta saatu aikaan. Kysymykseen oli vastattu aktiivisesti, ja useissa vastauksissa hyötyjä oli pohdittu jäsentyneesti ja pohtien. Aineisto analysoitiin siten, että vastaukset teemoiteltiin ensin sisällön mukaan kahdeksaan teemaan, jonka jälkeen teemoja yhdistettiin kolmeksi pääluokaksi. Yhden kunnan vastaus saattoi sisältää useita teemoja, joten pääluokissa vastauksia on enemmän kuin vastanneiden kuntien lukumäärä. Kuntien vastauksissa korostuivat palveluiden muutokset sekä valmisteluprosessin kokemukset:

Muutokset palvelutuotannossa: Palveluiden tuottaminen vahvistuu, kun laajeneva alue tuottaa vahvemmat resurssit, laajemman osaamisen ja mahdollisuuden erikoistua tiettyyn osaamiseen; järjestelmän haavoittuvuus vähenee (37 mainintaa). Erityispalveluiden tuottaminen varmistuu ja vahvistuu (26 mainintaa) ja kuntalaisen palvelut turvataan paremmin ja valinnan mahdollisuus lisääntyy (8 mainintaa).

Ei hyötyjä: On liian varhainen vaihe arvioida hyötyjä (62 mainintaa) tai nähdään, että uudistus ei tuota kunnalle hyötyjä (47 mainintaa). Näihin liittyi joko jo ennen kunta- ja palvelurakenneuudistusta toteutetut kuntarakenne -tai tuottavuusuudistukset, tai vastaaja suhtautui kriittisesti uudistuksen tuottamiin mahdollisuuksiin.

Valmisteluprosessin tuottamat hyödyt nähtiin laajasti: Yhteistyö on prosessin aikana lisääntynyt alueella, kunnan sisällä ja toimialojen kesken (106 mainintaa). Kädyt keskustelut, tehdyt selvitykset ja yleensäkin sosiaali- ja terveyspalveluiden nostaminen pohdittavaksi ovat kaikki hyödyttäneet palveluiden järjestämistä ja prosessien kehittämistä (85 mainintaa). Lisäksi koettiin, että kuntaohjaus on vahvistunut lisääntyneen tiedon, kehittyneen tiedonkeruun ja lisääntyneen osaamisen vuoksi (31 mainintaa).

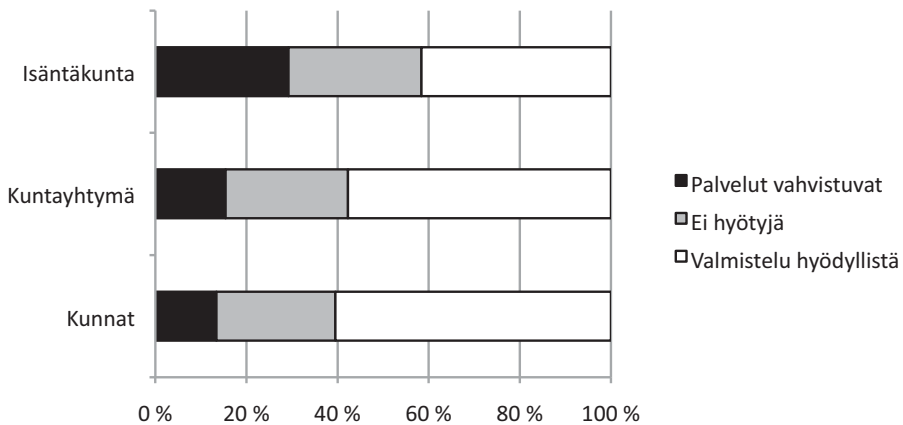
Kooltaan 20 000-40 000 asukkaan välille sijoittuvat kunnat ovat suhteessa kriittisimpiä uudistuksen hyötyjen suhteen. (Kuvio 36), kun taas sitä pienemmät kunnat näyttäisivät hyötynneen valmisteluprosessin tuottamista hyödyistä enemmän kuin palveluiden vahvistumisesta.



Kuvio 36. Uudistuksen kunnille tuottamat hyödyt kaikissa kunnissa (N) ja kuntakokoluokittain 1 -6 (Mainintojen lukumäärä suhteessa kuntien lukumäärään).

Kun tarkastellaan kuntien ilmoittamia hyötyjä suhteessa kunnan sosiaali- ja terveystoimen järjestämistapaan 2009, nähdään että suhteessa kuntien määrään on 'ei hyötyjä' kokoneiden kuntien määrä lähes sama. Sen sijaan eroa on palveluiden vahvistumisen kokemuksessa; isäntäkuntamallissa palvelujen vahvistamisesta kertoi lähes kolmannes kunnista, kun taas omana kuntana palveluita järjestävistä kunnista vain joka kahdeksas kertoo palvelujen vahvistumisesta. Tämä arviointi ei mitata palveluiden lähtötilannetta.

Kiinnostavaa on myös se, että valmisteluprosessin on kokenut hyödylliseksi kaksi kolmasosaa kunnista, jotka eivät 2009 kuulu yhteistoiminta-alueeseen tai isäntäkuntamalliin.



Kuvio 37. Uudistuksen kunnille tuottamat hyödyt sosiaali- ja terveystoimen järjestämistapaan mukaan (Mainintojen lukumäärä suhteessa kuntien lukumäärään)

Uudistukseen liittyvät ongelmat

Vastaavasti kuntia pyydettiin arvioimaan, mitä ongelmia uudistukseen on kunnassa liittynyt. Vastaukset olivat vapaamuotoisia avovastauksia, ja niiden analysoinnissa noudatettiin samaa etenemistä kuin hyötyjen analysoinnissa edellä. Pääluokissa vastauksia voi siis olla enemmän kuin kuntia yhteensä.

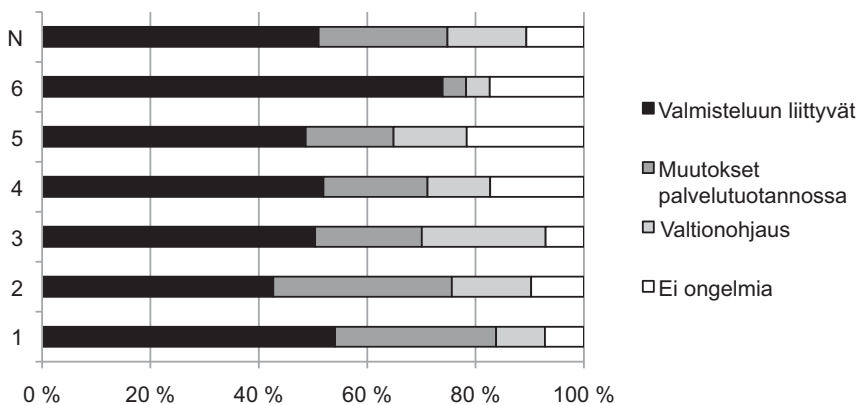
46 vastauksessa todettiin, että erityisempiä ongelmia ei ole.

Valmisteluun liittyvät ongelmat nousivat esiin monesta näkökulmasta. Hallinnolliset kysymykset ja vaikeudet saivat 76 mainintaa; tähän sisältyi mm. aiemmin toimineiden yhteistoimintamallien ja uudistusten yhteen sovittaminen ja hallinnollisten ratkaisujen etsimisen haasteellisuus. Suuri työmäärä (59 mainintaa) perustyön lisäksi ja sitä uhaten liitettiin lukuisiin selvityksiin ja runsaaseen kokoukseen; erityisesti pienissä kunnissa mainittiin perustyön kärsivän. Hankalana koettiin myös yhteistoimintaneuvottelujen ristiriidat ja epäonnistumiset niin poliittisen päätöksenteon kuin virkamiestyönkin osalta (49 mainintaa) ja yleisesti

muutosprosessiin liittyviä vaikeuksia mainittiin 37 vastauksessa. Monissa vastauksissa ongelmiin liittyi turhautuminen ja epäily turhien selvitysten ja suunnitelmien teosta.

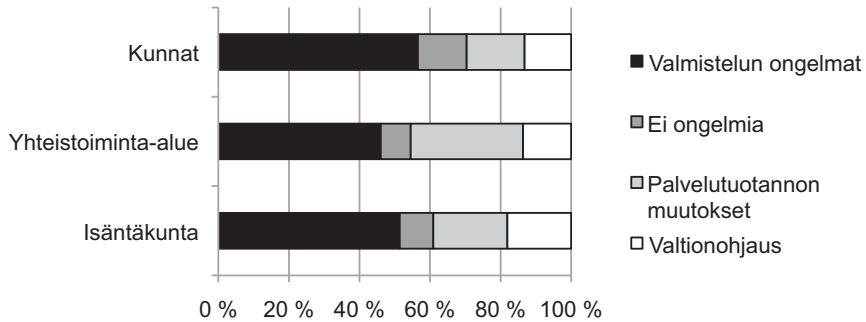
Palveluihin liittyvinä ongelmina nousi esiin kunnan päätösvallan väheneminen ja päätöksenteon etäännyminen omasta kunnasta (41 mainintaa), mihin liitettiin usein myös epävarmuus ja pelko tulevaisuuden palveluista sekä konkreettinen uusi haaste oman kunnan tiedonkeruussa ja seurannassa. Koettiin myös epäsymmetriaa palveluissa (34 mainintaa) sekä kuntien kesken että palvelualojen kesken ja mm. kielieroissa. Taloudellisen resurssin riittämättömyys ja/tai talouden ohjauksen hallitsemattomuus nousi myös selvästi esille (27 mainintaa).

Valtionohjaukseen liittyi vastauksissa kahdenlaista ongelmatiikkaa. Lainsäädäntöön, sen tulkintavaikeuksiin ja uudistuksen ohjauksen puutteisiin (39 mainintaa) liittyi paikoin voimakasta kritiikkiä, etenkin useiden päällekkäisten uudistusten osalta. Terveystieteiden valmistelun koettiin paikoin pysäyttäneen jo käynnistyneen Kunta- ja palvelurakenneuudistuksen. Toisaalta olisi kaivattu Paras-puitelain tulkintoja ja selkeytyksiä heti alussa. Toinen näkökulma (24 mainintaa) liittyi koko Kunta- ja palvelurakenneuudistuksen lähtökohtaan ja ongelmaksi koettiin pakonomainen asukaspuhjan tavoittelu, joka etenkin Pohjois-Suomen pitkien välimatkojen kunnissa kirvoitti kriittisiä kannanottoja. (Kuvio 38)



Kuvio 38. Kunnissa uudistukseen liittyvät ongelmat kaikissa kunnissa (N) ja kuntakokoluokittain (mainintojen lukumäärä suhteessa kuntien lukumäärään).

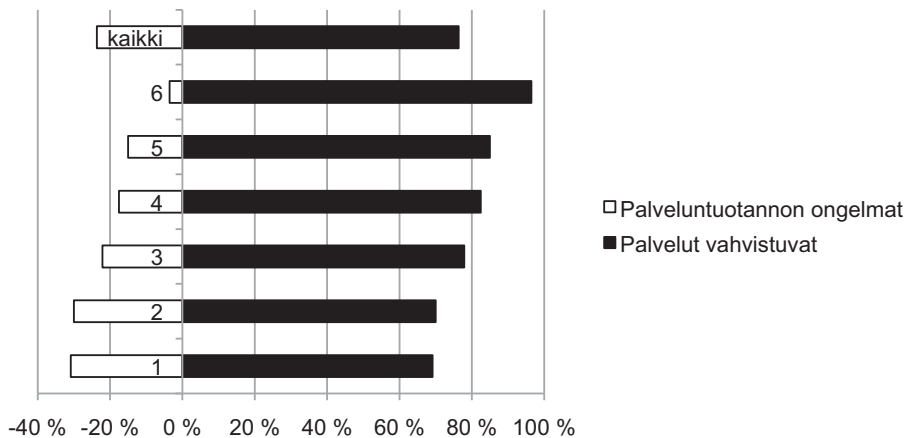
Kun verrataan uudistukseen liittyvien ongelmien esiintymistä kuntien sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämistapojen suhteen (kunta, yhteistoiminta-alue, isäntäkunta), nähdään että valmisteluun liittyviä ongelmia on suhteessa lähes saman verran eri järjestämistapoihin päätyneissä kunnissa. Palvelutuotannon muutoksiin liittyviä ongelmia ilmoitettiin suhteellisesti eniten yhteistoiminta-alueiden kunnista. (Kuvio 39)



Kuvio 39. Kunnissa uudistukseen liittyvät ongelmat sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämistapojen mukaan (mainintojen lukumäärä suhteessa kuntien määrään).

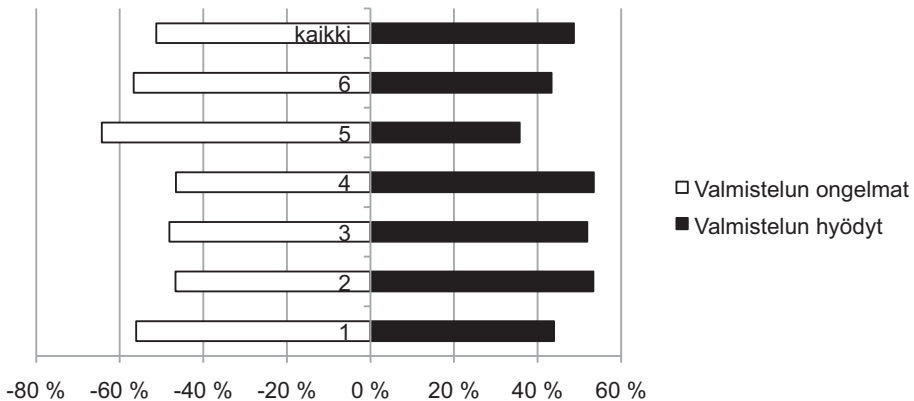
Hyödyt ja ongelmat kohtaavat

Sekä palvelutuotannon muutokset että valmisteluprosessi tulivat siis vahvasti esiin sekä myönteisinä että kielteisinä mainintoina. Kuviossa 40 on yhdistetty palvelutuotantoon liitetyt myönteiset ja kielteiset maininnat kuntakokoluokittain. Kuvio havainnollistaa uudistusten hyötyjen lisääntyvän ja ongelmien vähenevän kuntakoon kasvaessa. On kuitenkin huomioitava että tämä tarkastelu perustuu laadulliseen aineistoon ja havaintoaineisto kuntakokoluokittain jää osin pieneksi, joten tuloksia on pidettävä hyvin viitteellisinä.



Kuvio 40. Kuntien palvelutuotannon muutokseen liittämät myönteiset ja kielteiset arviot uudistuksen yhteydessä kuntakokoluokittain (Mainintojen lukumäärä suhteessa kuntien lukumäärään).

Kunnat ovat kokeneet sekä hyötyjä että ongelmia myös valmisteluprosessissa. Kuvio 41 esittää nämä kuntakokoluokittain. Valmisteluun liittyy lähes yhtä paljon kielteisiä ja myönteisiä kokemuksia kunnissa, eikä merkittävää eroa erikokoisten kuntien välille synny. Eniten eroa syntyy 20 000 -40 000 asukkaan (kokoluokan 5) kunnissa, kun valmisteluun liittyy selvästi enemmän ongelmia (18 mainintaa) kuin hyötyjä (10 mainintaa). Myös tämä tarkastelu perustuu laadulliseen aineistoon ja havaintoaineisto kuntakokoluokittain jää osin pieneksi, joten tuloksia on pidettävä hyvin viitteellisinä.



Kuvio 41. Kuntien uudistuksen valmisteluun liittämät myönteiset ja kielteiset arviot kuntakokoluokittain (Mainintojen lukumäärä suhteessa kuntien lukumäärään).

Kaiken kaikkiaan vastaukset heijastavat Kunta- ja palvelurakennemuutoksen valmisteluprosessin olleen kunnille suuri ponnistus, kuntakoosta ja ratkaisusta riippumatta. Valmisteluprosessin työläys on kirvoittanut myös kritiikkiä uudistuksen valtakunnallista ohjausta kohtaan. Vaikka useissa vastauksissa tiedostettiin, että uudistuksen hyödyt näkyvät vasta myöhemmin, oli nähtävissä myös skeptisiä arvioita tehdyn laajan valmistelutyön tarpeettomuudesta. Toisaalta samaa valmistelutyötä kiitetään arvokeskustelujen, strategisen työskentelyn ja tietoisuuden lisäämisestä.

11 Päätelmiä

11.1 Yleiskuva uudistuvasta rakenteesta

Kyselyllä selvitettiin kevään 2009 tilannetta sosiaali- ja terveystalouden järjestämisen muutosprosessissa, jonka kunta- ja palvelurakennemuutoksen puitelaki säätää toteutettavaksi vuoteen 2013 mennessä. On selvää, että näin alkuvaiheessa tehty kysely ei pysty antamaan tarkkaa kuvaa koko muutoksesta, ei etenkin muutoskauden loppuvuosiin ajoittuvista ratkaisuista. Kunnat ovat kuitenkin olleet asiassa vakavissaan liikkeellä, kenties muutamia yksittäisiä kuntia lukuun ottamatta.

Kehittyvän rakenteen kuva on kirjava. Osa yhteistoiminta-alueista jatkaa aikaisempien kuntayhtymien toimintaa palveluvalikoimaltaan laajennettuna ja usein myös lisää jäsenkuntia saaneina. Näiden joukossa samoin kuin uusille pohjille muodostetuissa yhteistoiminta-alueissa on monia tehtävälleen motivoituneita ja suunnittelutyöstä innostuneita ja siinä innovatiivisia. Osa yhteistoiminta-alueista on syntynyt vaikeiden ratkaisujen jälkeen ja muodostusprosessi on ollut mutkikas ja jopa pakonomaisesti edennyt. Syksyllä 2009 parillakymmenellä kunnalla yhteistoiminta-alueita koskevat ratkaisut olivat vielä edelleen auki.

Uudistusprosessi on edennyt yleisten tavoitteiden suuntaisesti, mutta kysymykset kuntarakenteesta ja yhteistoiminta-alueen järjestämisen kumppanuudesta ovat olleet hallitsevia kysymyksiä. Palvelurakenteiden uudistaminen ja kehittyminen kulkevat omia reittejään, eikä vielä ole nähtävillä, millaiseksi itse palveluiden rakenteiden uudistuksen lopputulos muodostuu. Kysely antaa tästä parhaimmillaan vasta suuntaviivoja.

Kuntarakenne. Kunta- ja palvelurakennemuutos johti vuodenvaihteessa 2008–2009 maan historiassa suurimpaan kuntaliitosten muutosaaltoon. Kuntarakenne on uudistunut merkittävästi, ja pienten kuntien määrä on vähentynyt ja vähenee vielä lähivuosina. Nähtäväksi jää, tulevat yhteistoiminta-alueet tasoittamaan tietä kuntien yhdistymiseen tulevaisuudessa. On myös mahdollista, että kuntaliitoksia tehdään vielä vaihtoehtoina yhteistoiminta-alueille.

Palveluiden järjestämisen rakenne. Perusterveydenhuollon ja sosiaalipalvelujen – joko kaikkien sosiaalipalveluiden tai perusterveydenhuoltoon läheisesti liittyviksi määriteltyjen – järjestämisen vastuu siirtyy noin 120 toimijalle. Näistä noin puolet on yksittäisiä kuntia, puolet yhteistoiminta-alueita. Yhteistoiminta-alueista kymmenkunta on sellaisia, joissa suuri kaupunki on yhden tai useamman pienemmän naapurinsa isäntäkunta. Kysely keskittyi perusterveydenhuollon ja peruskuntien sosiaalipalveluiden rakenteisiin ja muutoksiin. Erikoissairaanhoidon ja sosiaalitoimen erityispalveluita sivuttiin vain muutamissa kysymyksissä. Neljän yhteistoiminta-alueen palveluihin sisältyy aikaisemmasta sairaanhoitopiiristä erikoissairaanhoidon kokonaisuudessaan. Kysely ei antanut viitteitä suunnitelmista järjestää sosiaalitoimen laajan väestöpohjan erityispalveluita uusilla tavoilla.

Yhteistoiminta-alueiden hallinnon, rahoituksen ja muiden pelisääntöjen kirjaus osoittaa, ettei niiden muodostamisen myötä ole ainakaan vielä syntymässä selvästi uutta tapaa vahvistaa palvelujen järjestämisen taloudellista ja toiminnallista pohjaa. Enemmistö yhteistoiminta-alueista on varautunut jatkamaan yhteistoimintamuodoiltaan 1970–80-luvulla muodostuneiden kuntainliittojen/kuntayhtymien linjaamalla kehitysurilla. Osasta yhteistoiminta-alueita syntyy kuva, että ne on luotu kuntien yhteiseksi palveluiden tuotannon laitoksiksi, joilta yksittäiset jäsenkunnat ”tilaavat” haluamassaan määrin erilaisia palveluita. Tämä näkyy mm. siinä, että noin puoli miljoonaa suomalaista asuu kunnissa, joiden yhteistoiminta-alueen periaatteet sallivat kuntakohtaiset poikkeukset yhteistoiminta-alueiden muusta tasosta palveluiden saatavuudessa suuntaan tai toiseen.

Perusterveydenhuollon järjestäminen jää (poikkeusperusteiden soveltamisen jälkeen) noin 25 kunnassa edelleen alle 20 000 asukaan väestöpohjalle, mutta näissä kunnissa on vain 2,5 % maan väestöstä.

Maassa tulee vuoteen 2013 jatkuvan prosessin tuloksena olemaan noin 120 kuntaa, joissa sosiaalipalveluiden järjestäminen jakautuu yhteistoiminta-alueiden ja peruskuntien kesken. Näissä kunnissa on runsaat 20 % maan väestöstä. Kokonaan erillinen hallinto on nykyisin ja todennäköisesti myös 2013 kahdessa kaupungissa, joissa on kuitenkin lähes 600 000 asukasta (toinen näistä on Helsinki). Sosiaali- ja terveystoimen hallinto tulee olemaan kokonaan yhdistetty noin 60 %:ssa maan kunnista ja näissä kunnissa asuu 2/3 väestöstä. Tässä laskelmassa ei ole otettu huomioon lasten päivähoidon hallinnollista sijoittumista.

11.2 Palveluiden järjestämisen ja tuottamisen kehityssuunnat

Kunta- ja palvelurakennemuutuksella on tavoiteltu yhtäältä palveluiden rakenteiden uudistamista aikaisempaa suuremmille väestöpohjille ja toisaalta eri palvelusektoreiden ja porrastetun palvelujärjestelmän eri tasojen välisen integraation ja yhteistyön edistämistä.

Siirtyminen aikaisempaa suuremmille väestöpohjille

Kuntien keskinäinen yhteistyö palvelujen tuottamisessa on lisääntynyt ja palveluita tuotetaan aiempaa suuremmille väestöille. Kyselyn vastaajat pitivät kommentissaan hyödyllisenä koko palvelurakenteen perusteellista perkaamista ja uusiin rakenteisiin muotoilemista. Vastapainoksi esiintyi toki myös kriittisiä huomautuksia muutoksien vaatimasta työmäärästä.

Varsin suuressa osassa maan kuntia koko uudistuksella ei ole ollut kovin merkittäviä vaikutuksia palvelurakenteisiin. Aikaisempien kuntayhtymien jäsenkuntien määrän lisääntyminen ja uusien palvelukokonaisuuksien liittäminen mukaan ovat sujuneet ilmeisesti suuremmitta ongelmitta. Toisaalta on syntymässä rakenteeltaan – sekä maantieteen että palvelukokoonpanojen puolesta – ongelmallisia yhteistoiminta-alueita. Vastuu tärkeiden palveluprosessien eri osien tai vaiheiden järjestämisestä voi jakautua peruskunnan ja yhteistoiminta-alueen välillä. Osa yhteistoiminta-alueista on maantieteellisesti hajanaisia tai ne eivät muutoin vastaa luontevia seudullisia kokonaisuuksia.

Maantieteellisesti yhteistoiminta-alueiden hajanaisuutta pulmallisempi voi olla tilanne suurten keskustaajamien ympärillä. Näitä kaupunkeja 20 000 asukkaan vähimmäisväestöpohjavelvoite ei koske, mutta puitelain yleisten tavoitteiden mukaan pitäisi syntyä seudullisia kokonaisuuksia. Nyt esimerkiksi maan keskustaajamien 20 sijaintikaupungista puolet on ympäristönsä yhteistoiminta-alueiden muodostumisesta irrallaan, osa toimii isäntäkuntana 1-2 pienelle naapurikunnalle. Vain muutama (Jyväskylä, Kajaani, Lappeenranta, Pori ja Vaasa) on tällä hetkellä varmistuneissa ratkaisuissa mukana usean kunnan yhteistoiminta-alueiden muodostumisissa. Auki olevissa ratkaisuissa on lisäksi 2-3 kaupunkia, jotka voivat olla mukana laajoissa yhteistoiminta-alueissa.

Mahdollisuus käyttää palveluja yli kuntarajojen on avautunut jonkin verran 1970–80-lukujen periaatteista, jotka rajasivat palveluiden käytön vain omassa kunnassa tapahtuvaksi. Palveluiden käyttäminen yli kuntarajojen on yhteistoiminta-alueisiin kuuluvienkin kuntien välillä edelleen rajoitettua tai mahdollista vain erikseen nimetyissä palveluissa. Noin 20-30 % kunnista ilmoitti, että yhteistoiminta-alueen kuntien kesken palvelun tuottajan voi joko vapaasti tai joillakin tavoilla rajattuna valita naapurikunnasta. Yhteistoiminta-alueen tai kunnan rajan ulkopuolelle ulottuva vapaa valinnan oikeus on edelleen pysynyt harvinaisena ja rajoittuneena pääasiassa maantieteellisiin erityistapauksiin kuntien rajoilla. Kuitenkin kun kunnilta kysyttiin rajojen ylittämisen periaatteiden kysymysten jälkeen, miten nämä suhtautuvat tehtyihin ehdotuksiin avata asukkaille mahdollisuus käyttää palveluita valitsemassaan kunnassa, neljännes kunnista suhtautui ajatukseen myönteisesti ja puolet periaatteessa myönteisesti, mutta erilaisin varauksin.

Avainasemassa olevan henkilöstön vajeus on vaikeuttanut jo useiden vuosien ajan sosiaali- ja terveystalouden tuottamista. Kyselyvastauksissa raportoitiin esiintyvän puutetta eniten lääkäreistä, sosiaalityöntekijöistä ja sairaanhoitajista. Yhteistoiminta-alueiden odotetaan tarjoavan väestöpohjan ja organisaation koon suurenemisen vuoksi vahvistuneen pohjan henkilöstön rekrytoinnille, sekä henkilöstövajeen aiheuttamien ongelmien ratkomiselle. Henkilöstöstrategioita ja –hallintoa koskeneiden vastausten valossa näyttää siltä, että kuntien välinen yhteistyö uusilla järjestämispohjilla oli keväällä 2009 vasta käynnistymässä.

Palveluiden integraation ja yhteistyön edistyminen

Sosiaali- ja terveyspalveluiden integroituminen palvelutuotannon tasolla jää hajanaisiksi osassa yhteistoiminta- alueita silloin, kun yhteistoiminta-alueiden järjestämisvastuulle siirtyy vain osa sosiaalihuollon palveluista. Yhteistoiminta-alueille siirtyviä palvelukokonaisuuksia ovat yleisimmin lasten ja nuorten psykososiaaliset palvelut, päihdehuolto, iäkkäiden laitoshoido tai kotihoito. Järjestämisvastuun näin jakavia kuntia tulee olemaan vuonna 2013 arviolta 113. Sosiaalihuollon tehtävien vastuun hajautumisen lisäksi uudistus johtaa joissakin kunnissa loogisesti yhteen kuuluvien palveluiden tai palveluketjujen jakautumiseen eri vastuutahoille, peruskunnalle ja yhteistoiminta-alueelle.

Kunnissa joissa vastuu sosiaalipalveluiden järjestämisestä siirtyy vain osittain yhteistoiminta-alueille, muodostuu tyypistyneitä sosiaalipalveluiden kokonaisuuksia, joiden toimintakyky sekä kyky tuottaa palveluita asiakkaalle toiminnallisena kokonaisuutena voivat vaikeutua.

Pääosa kunnista arvioi, että sosiaali- ja terveyspalveluiden toiminnallisessa kokonaisuudessa ei ole tapahtunut muutosta viimeisen vuoden aikana. Huomion arvoista on, että perinteisen sosiaalityön alueella muutosta ei arvioitu tapahtuneen viimeisen vuoden aikana, eikä muutosta arvioitu tapahtuvan myöskään tulevaisuudessa. Lasten ja perheiden palveluiden kohdalla runsaat puolet kunnista arvioi muutoksen suunnan positiiviseksi tulevaisuudessa, mutta puolet kunnista ei ollut havainnut viimeisen vuoden aikana lainkaan muutosta. Päihdehuollon avopalveluiden, mielenterveyspalveluiden, asumispalveluiden ja kriisipalveluiden osalta 65–75 % kunnista arvioi, että muutosta ei ollut tapahtunut viimeisen vuoden aikana ja tulevaisuuden odotuksetkin olivat melko pessimistiset. Vanhusten kotihoidon osalta kuntien arviot olivat edellä mainittuja palveluja myönteisempiä: noin puolet vastanneista arvioi, että muutosta ei ollut vielä vuodessa tapahtunut mutta yhtä suuri osa kunnista arvioi muutoksen paremmaksi tulevaisuudessa.

Kyselyn sosiaali- ja terveyspalveluiden tuottamisessa toteutuvaa integraatiota selviteltiin erityisesti lasten ja nuorten palvelukokonaisuuksissa, mielenterveys- ja päihdepalveluissa sekä ikääntyneiden palveluissa. Lasten ja nuorten palveluissa on yhtäältä näkyvissä uudenlaisten yhteistyömuotojen syntymistä lastensuojelun ja muiden palveluiden välillä. Toisaalta yhteistyötä vaikeuttaa osassa kuntia järjestämisvastuun jakautuminen peruskunnan sosiaalitoimen ja yhteistoiminta-alueen välillä. Lisäksi kuvaa sekoittaa 2000-luvun lopulla nopeutunut lasten päivähoidon siirtyminen sosiaali- ja terveystoimesta opetustoimeen sekä lastensuojelua uudistaneen uuden lastensuojelulain voimaan tulo vuonna 2008.

Mielenterveys- ja päihdepalvelut ovat kehittyneet 1990-luvulta lähtien kunnallisina palveluina niissä osissa maata, joissa mielenterveystoimistopalvelut siirtyivät sairaanhoitopiireiltä terveyskeskuksille. Näissä kunnissa on syntynyt yhdistettyjä psykososiaalisten palveluiden tai mielenterveys- ja päihdepalveluiden yksiköitä. Noin puolet kunnista ilmoitti niillä olevan tällaisia yhdistettyjä palve-

luyksiköitä. Tämä integraatiokehitys on lähtöisin jo kunta- ja palvelurakennuudistusta varhaisemmalta ajalta. Yhteistoiminta-alueiden rakenteiden ja toimintojen suunnittelussa psykososiaaliset palvelut ovat olleet kentältä välittyneen kuvan mukaan yhtenä tärkeänä suunnittelun kohteena. Tämän kyselyn perusteella ei ole kuitenkaan mahdollista arvioida, mitä vaikutuksia kunta- ja palvelurakennuudistuksella on mahdollisesti ollut yhteisten yksiköiden syntyymiseen.

Tämän kyselyn mukaan kotihoidossa kotipalvelu ja kotisairaanhoido toimivat yhdistetyissä organisaatioissa noin 70 % maan kunnista, joissa asuu yli 80 % väestöstä. Organisaatioiden yhdistämisessä oli eroja maakuntien ja erikokoisten kuntien välillä. Pienten kuntien perusterveydenhuollon järjestäminen kuntayhtymän toimesta selittää osaltaan kotipalvelun ja kotisairaanhoidon kuulumista eri organisaatioiden vastuulle. Kotipalvelun ja kotisairaanhoidon yhdistymiskehitys on käynnistynyt jo kauan ennen puitelain voimaan tuloa. Sen sijaan ikääntyneiden pitkäaikaishoitoa on kehitetty niin, että osassa kuntia vanhainkotihoito, tehostettu palveluasuminen ja terveyskeskussairaala on organisoitu yhteisen yksikön alaisuuteen ja lähes samansuuruisessa määrässä kuntia vanhainkotihoito ja tehostettu palveluasuminen toimivat erillään terveyskeskussairaala.

Yksi sosiaali- ja terveydenhuollon hallinnollisen integraation muodoista on ollut viime vuosina ns. elämänkaarimallin mukainen palveluiden organisointi kuntien tai yhteistoiminta-alueiden sisällä. Kunnista tai kuntayhtymistä 48 ilmoitti organisaationsa olevan elämänkaarimallin mukainen. Tarkempi tarkastelu osoitti, että näin ilmoittaneiden kesken oli eroja siinä, mitä elämänkaarimallilla tarkoitettiin, ja mikä sen suhde perinteiseen sektoripohjaiseen toimintatapaan kussakin organisaatiossa on.

Kunta- ja palvelurakennuudistuksen keskeisenä tavoitteena ei ole ollut perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon integroitumisen edistäminen. 2000-luvulla on kuitenkin syntynyt sairaanhoitopiirien erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon eri tavoin yhdistäviä organisaatioita maan neljän sairaanhoitopiirin alueella. Lisäksi on vuoden 2009 alusta käynnistänyt toimintansa yksi sairaanhoitopiirin organisaation alaiseksi perustettu perusterveydenhuollon ja siihen liittyvän sosiaalitoimen yhteistoiminta-alue ja kaksi samanlaista on rakenteilla. Tämän kyselyn pohjalta ei voida arvioida näillä yhteisillä rakenteilla saavutettavia toiminnallisia vaikutuksia.

25 kunnalla tai yhteistoiminta-alueella on sairaanhoitopiirien hallinnon ulkopuolella oleva kunnallisessa tai kuntayhtymän hallinnassa oleva erikoissairaanhoidon sairaala (aluesairaala, paikallissairaala). Näistä arviolta vain noin 10–15 on nykyiseltä palveluvalikoimaltaan tai väestöpohjaltaan sopivia toimimaan usean erikoisan peruserikoissairaanhoidon yksikkönä. Sosiaalihuollon erityispalveluiden osalta kuntien vähäiset ja eritasoiset vastaukset kertovat, että palveluiden järjestämisestä ja tuottamisesta ei ole vielä päätöksiä tai edes suunnitelmia.

Puitelaisa tavoiteltu sairaanhoitopiirien ja erityishuoltopiirien yhdistäminen laajan väestöpohjan kuntayhtymäksi ei ole edennyt aikaisemmin jo toteutettujen yhdistämisten jälkeen.

11.3 Pohdintoja ja jatkoajatuksia

Kaiken kaikkiaan on nähtävissä, että uudistukseen liittyvien käsitteiden epätarkkuus, hajanaisuus ja selkiintymättömyys vaikeuttivat kyselyyn vastaamista. Varmaankin sama epäselvyys vaikeuttaa koko uudistuksesta keskustelemista.

Kentän päättäjät ja toimivat tarkastelevat uudistusta enemmänkin palvelutuotannon kysymyksinä. Se, että kyse on ensisijaisesti palveluiden järjestämisen uudistuksesta, on jäänyt hämäräksi. Koska samoja käsitteitä tullaan käyttämään puitelain jälkeistä aikaa koskevassa keskustelussa, olisi hyvin tärkeää vakiinnuttaa asioille yhteisesti määritellyt sisällöt. Tässä valtiovalta ja Kuntaliitto ovat luonnollisesti avainasemassa.

Ratkaisujen muotoutumisessa näyttää aikaisempi tausta vaikuttaneen siihen, millaisia ratkaisuja tulevaisuudessa tehdään. Palveluiden rakenteiden uudistuksesta on ehkä osittain puuttunut ideoita, mutta on myös ollut paljon varautuneisuutta mikä näkyy kumppaneiden haun vaikeutena. Noin puolet muotoutuneista yhteistoiminta-alueista perustuu samalle kuntapohjalle kuin aikaisempi kansanterveys-työn tai perusterveydenhuollon kuntayhtymä. Osittain näyttäisi siltä, että kunnilla on ollut pyrkimys säilyttää tilanne mahdollisimman muuttumattomana.

Uudistuksen käynnistämiseen voidaan liittää kolmen tyyppisiä kuntia: 1) ne, jotka ovat tehneet merkittäviä uudistuksia jo ennen kunta- ja palvelurakennemuutoksen lainsäädäntöä, 2) ne, jotka toteuttivat uudistuksia ripeästi ja 3) ne, jotka ovat edenneet hitaammin. Näyttäisi siltä, että uudistuksessa alkuvaiheissa liikkeelle lähteneet kunnat ovat myönteisellä otteella rakentamassa yhteistyötä. Hitaammin etenevät kunnat ovat hieman varautuneita ja odottavalla kannalla seuraten, miten muutos etenee. Lähipalveluiden ja keskitettävien palveluiden kysymykset alkavat konkretisoitua, ja etenkin moni pieni kunta epäilee että jatkossa palvelut etäännyvät. Toisaalta näitä asioita koskevat kuntien vastaukset antoivat viitteitä siitä, että seudullinen palveluiden keskittäminen tulee muuttumaan aikaisempaa hyväksyttävämmäksi.

Uudistuksessa suuria odotuksia on kohdistunut palveluprosessien tiivistymiseen ja yhdistymiseen. Odotus on ollut, että aikaisempaa suuremmassa järjestämisalueella palveluista muodostettaisiin ehjempää kokonaisuuksia ja katkeamattomia ketjuja. Kuitenkin samaan aikaan palveluiden tuottajakenttä monipuolistuu sekä tuottajatahojen että -tapojen lisääntyessä. Tietojärjestelmiä kehitetään yhteen sopivammaksi, mutta tietoturvan rajat estävät palveluiden tarkastelun kokonaisuutena. Kuntarajat ylittävä palvelujen käyttö lisää asiakasprosessien hallinnan haasteita. Sosiaali- ja terveyspalvelujen tuottamisen yhtenäisyys ei välttämättä ole li-

sääntynyt lainkaan, vaikka hallintoa on yhdistetty. Palveluketjujen näkyväksi ja yhtenäiseksi tekeminen on haasteellista.

Kuntien kokemukset valmisteluprosessista tuovat myös pohdittavia näkökulmia esiin. Lähes kaikki kunnat mainitsivat valmisteluvaiheen: erilaisia selvityksiä, suunnitelmia ja kartoituksia tehtiin, ja neuvotteluja järjestettiin paljon. Kunnat pitivät tätä raskaana ja työläänä vaiheena, mutta puolet kunnista piti sitä kuitenkin hyödyllisenä sen tuottaman lisääntyneen tiedon ja tietoisuuden vuoksi. Monet vastaajat pitivät arvokkaana sitä, että palvelut saatiin tällä tavoin pohdinnan kohteeksi. Kiinnostavaa on, että valmisteluprosessin hyötyjä kiitti myös puolet sellaisista kunnista, jotka jatkavat itsenäistä palvelutuotantoa. Onkin ilmeistä, että uudistusprosessin hyötyjä ei voida arvioida vain syntyneiden rakennemuutosten lukumäärän perusteella, vaan prosessi on tuottanut myös välillisiä hyötyjä. Voisi kuitenkin myös kysyä, miksi kunnat ovat tarvinneet näin mittavan ulkoisen haasteen paneutuakseen huolella palvelusektoriin, joka koskettaa lähes kaikkia kuntalaisia ja johon käytetään 60 % kuntien budjetista?

Isäntäkuntamallin ja kuntayhtymämallin erot yhteistoiminta-alueiden toteutuksessa näyttäytyivät paitsi hallinnollisissa malleissa, myös toimintastrategioina. Isäntäkuntamallin käynnistäminen näyttäisi tapahtuneen keveämmällä hallinnollisella prosessilla kuin kuntayhtymämallin, jonka toimeenpano on edellyttänyt paljon miettimistä, kustannuslaskennan ja ohjauksen selvittelyä. Jatkossa tullaan näkemään, onko tämä ennalta tehty työ tuottanut pidemmälle kantavia palveluiden järjestämistapoja.

Valtion ohjaukseen kohdistettiin kritiikkiä toisaalta päällekkäisten prosessien käynnistämisestä, toisaalta ohjauksen puutteesta. Olisikin syytä pohtia, miten tätä kokemustietoa hyödynnetään valtakunnallisen palvelupolitiikan ohjauksen kehittämisessä? Olisiko keinoja tukea kuntien muutosjohtamista tullut löytää jo aiemmin, kun nyt tieto suunnittelusta näyttää kulkeneen toimijoille hitaasti - päätellen monista kysymyksistä, joihin samaan yhteistoiminta-alueeseen kuuluvat kunnat vastasivat ristiriitaisesti.

Kuntien näkökulmasta valtion ohjaus on ollut osittain ongelmallista: eri lainsäädäntöhankkeita on kehitetty yhtä aikaa, ja kunnat olisivat kaivanneet jonkin verran enemmän tukea prosessille. Eniten palvelutuotantoon liittyvistä ongelmista raportoivat pienet kunnat. Ne kokevat palveluiden ohjattavuuden siirtyvän pois kunnan harkinnasta ja epäilevät kustannusten nousevan hallinnon lisääntyessä ja ovat huolissaan palveluiden siirtymisestä jatkossa kauemmas.

Osa uudistukseen kohdistuvasta kritiikistä nosti esiin kuntien toimintakyvyn ylläpitämisen edellyttävän palveluiden tarkastelua kokonaisuutena. Yhden hallinnonalan irrottaminen erikseen järjestettäväksi kapeutti näkökulmaa, vei kunnalta voimavaroja ja tehdyt ratkaisut voivat sitoa kunnan taloutta jatkossakin.

Vaikka kyselyn piti olla 2007 toteutettuja ilmoituksia tarkentava, jäi edelleenkin sekä kokonaisista kuntien perusratkaisuja että ratkaisuiden perusaineiksi auki. On mahdollista, että muutoksia tulee vuosien 2010–2013 aikana tapahtumaan

myös jo lukkoon lyödyiksi ilmoitetuissa ratkaisuihin. Tämän vuoksi kehityksen seuraaminen on tärkeää.

Ne palveluiden organisoinnin ja tuottamisen muutokset, jotka eivät olleet kunta- ja palvelurakennemuutostusta selvästi varhaisempaa perua, olivat yleensä vasta suunnittelun tai toteutuksen alkuvaiheissa. Näiden kehitysten seuraaminen, tukeminen ja arvioiminen tulevat olemaan valtakunnallisen sosiaali- ja terveystalouden politiikan tärkeitä haasteita.

Kyselyn tiedot säilytetään THL:n ja muiden kyselyn toteuttamiseen osallistuneiden yhteistyötahojen toimesta kattavana katsauksena palveluiden järjestämisen rakenteiden nykytilaan ja odotettuun kehitykseen. Kyselyn tiedot on tarpeen päivittää sopivin määräajoin joko erillisillä kyselyillä tai muilla seurattaviin kysymyksiin tai ratkaisuihin kohdistuvilla tiedusteluilla tai vastaavilla tiedon hankintatavoilla.

LÄHTEET

- HE 155/2006. Hallituksen esitys Eduskunnalle laiksi kunta- ja palvelurakenneuudistuksesta sekä laeiksi kuntajakolain muuttamisesta ja varainsiirtoverolain muutoksesta.
- Kuntaliitto 2007. Uudistuvat lähipalvelut -kuntalaisen paras. Kuntaliitto: Helsinki.
- Oosi, Olli, Wennberg, Mikko, Alavuotunki, Kaisa, Juutinen, Sirpa, Pekkala, Henrik 2009. Price-waterhouseCoopers Oy Sosiaalialan kehittämishankkeen arviointi. Loppuraportti: Tulosten ja vaikutusten arviointi.
- SM 2005. Kunta- ja palvelurakenne -hanke etenee: Projektipäällikkö Peltomäki nosti tarkasteluun aluekuntamallin. Sisäasiainministeriö, tiedote 25.8.2005
- SM, STM, OPM. Hallituksen iltakoulu 21.11.2007. Kunta- ja palvelurakenneuudistuksen eteneminen ja jatkototeutus. Muistio SM043:00/2005. Sisäasiainministeriö. Asettamispäätös 11.5.2005. Kunta- ja palvelurakenneuudistus- hankkeen asettaminen.
- SM 046:00/2007 Sisäasiainministeriö. Asettamispäätös 23.5.2007. Kunta- ja palvelurakenneuudistuksen toimeenpanon seuranta.
- STM 125:00/2001. *Valtioneuvoston päätös kansallisen projektin terveydenhuollon tulevaisuuden turvaamiseksi asettamisesta 13.9.2001.*
- STM 2003. Kansallinen sosiaalialan kehittämisprojekti. Työryhmämuistioita 2003:3.
- STM ja Kuntaliitto 2008. Kunta- ja palvelurakenneuudistuksen edellyttämien toimeenpanosuunnitelmien valmistelu kunnissa. Muistio. STM ja Kuntaliitto 7.3.2008.
- VM 007:02/2008. Valtioneuvoston palaute kunta- ja palvelurakenneuudistuksen etenemisestä. Valtiovarainministeriö, Sosiaali- ja terveysministeriö, Opetusministeriö. 27.6.2008..
- VM 007:08/2008 Asettamispäätös 10.11.2008. Kunta- ja palvelurakenneuudistusta koskevan valtioneuvoston selonteon valmistelu

Sosiaalihuoltolaki 17.9.1982/710

Erikoissairaanhoitolaki 1.12.1989/1062

Laki sosiaalialan osaamiskeskustoiminnasta 1230/2001

Kuntalaki 17.3.1995/365

Laki Kainuun hallintokokeilusta 9.5.2003/343

Laki kunta- ja palvelurakenneuudistuksesta 9.2.2007/169

Asetus kunta- ja palvelurakenneuudistusta koskevien tietojen toimittamisesta valtioneuvostolle. 15.2.2007

-Alkuperäinen kysely elektronisena web- lomakkeena.-

KYSELY SOSIAALI- JA TERVEYSPALVELUJEN
TOTEUTTAMISESTA KUNTA- JA
PALVELURAKENNEUUDISTUKSESSA

OSA 1:

KUNTA- JA PALVELURAKENTTEEN
HALLINNOLLISET PERUSRATKAISUT

TIETOJA VASTAAVASTA KUNNASTA JA VASTAAJASTA

Tietoja vastaavasta kunnasta

Kunta: _____

Kuntanumero: _____

Maakunta: _____

Kunnan asukasluku 31.12.2008 _____

Vastaaja ja kyselyn yhteyshenkilö:

Nimi _____ Puhelinnumero _____

Sähköposti _____

Em. vastaajan varahenkilö:

Nimi _____ Puhelinnumero _____

Sähköposti _____

KUNTA- JA PALVELURAKENNEUUDISTUKSEN VÄESTÖPOHJAVELVOITTEEN TÄYTTÄMISEN RATKAISUT

Kunta- ja palvelurakennemuutoksesta annettu laki edellyttää, että perusterveydenhuolto ja siihen kiinteästi liittyvät sosiaalitoimen tehtävät järjestetään vähintään noin 20000 asukkaan väestöpohjalla.

Kunnan ratkaisut (päätökset) väestöpohjavelvoitteen toteuttamiseksi

Onko kuntanne mukana kuntaliitoksessa, joka toteutuu viimeistään vuoden 2013 aikana?

- Kyllä, olemme toteuttaneet kuntaliitoksen vuonna (nelinumeroisena) _____
- Kyllä, toteutamme kuntaliitoksen vuonna (nelinumeroisena) _____
- Ei
- Selvitys on käynnissä

Jos ratkaisunne on kuntaliitos, mitkä kunnat toteuttavat / selvittävät kanssanne kuntaliitosta

Onko kuntanne mukana yhteistoiminta-alueessa*?

- Kyllä, olemme jo mukana yhteistoiminta-alueessa, joka käynnistyi vuonna (nelinumeroisena) _____
- Kyllä, muodostamme yhteistoiminta-alueen vuonna (nelinumeroisena) _____
- Ei, emme muodosta yhteistoiminta-aluetta
- Selvitys on käynnissä

Jos ratkaisunne on yhteistoiminta-alue, mitkä kunnat ovat kanssanne mukana yhteistoiminta-alueessa / yhteistoiminta-aluesselvityksessä?

Selvittääkö kuntanne vielä muita vaihtoehtoja sen suhteen, miten puitelain vähintään noin 20 000 väestöpohjavelvoite tullaan toteuttamaan?

- Kyllä
- Ei

Jos selvitätte vielä muita vaihtoehtoja väestöpohjavelvoitteen suhteen, niin kuvailkaa lyhyesti näitä vaihtoehtoja

Saavuttaako kunta / yhteistoiminta-alue tehtyjen rakennerratkaisujen jälkeen puitelain mukaisen vähintään noin 20 000 asukkaan väestöpohjan perusterveydenhuollon ja siihen kiinteästi liittyvien sosiaalitoimen tehtävien järjestämiseksi?

- Kyllä
- Ei
- Ei, mutta valtio on katsonut väestöpohjan riittävän (valtio on myöntänyt ns. exitin)

Jos kuntanne ei saavuta vähintään noin 20 000 väestöpohjaa, vetoaako kuntanne joihinkin (johonkin) väestöpohjaa koskeviin puitelain poikkeusperusteisiin?

- Ei
- Kyllä, vetoamme saaristoisuuteen
- Kyllä, vetoamme pitkiin etäisyyksiin
- Kyllä, vetoamme suomen- tai ruotsinkielisten asukkaiden kielellisten oikeuksien turvaamiseen
- Kyllä, vetoamme saamelaisten kieltä ja kulttuuria koskevien oikeuksien turvaamiseen

Kunnallenne soveltuviin jatkokysymyksiin pääsette valitsemalla seuraavista kuntanne tilannetta koskevan vaihtoehdon (yhteistoiminta-alueisiin kuulumattomat kunnat siirtyvät Hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen kysymyksiin, sivu 12)

- Kuntamme ei muodosta yhteistoiminta-aluetta
- Kuntamme kuuluu tai tulee kuulumaan yhteistoiminta-alueeseen

Mikä vaihtoehto kuvaa parhaiten yhteistoiminta-alueita, johon kuntanne kuuluu tai tulee kuulumaan

- Kunnat ovat muodostaneet jo aikaisemmin (ennen vuotta 2006) toimineen kansanterveystyön / perusterveydenhuollon kuntayhtymän
- Kokoonpano on uusi, mutta osa kunnista on muodostanut aikaisemmin (ennen vuotta 2006) toimineen kansanterveystyön / perusterveydenhuollon kuntayhtymän
- Kokoonpano on kokonaan uusi

Onko yhteistoiminta-alueella nimi?

- Kyllä, virallisesti vahvistettu on _____
- Kyllä, työnimi tai vastaava on _____
- Ei

Yhteistoiminta-alueen kuntien palvelujen järjestämisen hallintomalli?

- Kuntayhtymä*
- Isäntäkuntamalli
- Ei vielä päätöstä
- Joku muu, mikä? _____

Milloin yhteistoiminta-alueen toiminta käynnistyy puitelain tarkoittamassa laajuudessa* (uudella kuntien ja eri palvelualueiden kokoonpanolla)?

- Yhteistoiminta-alue oli toiminnassa ennen vuotta 2009; toiminnan käynnistymisvuosi nykyisessä kokoonpanossa (nelinumeroisena) _____
- Yhteistoiminta-alueen toiminta käynnistyi tai käynnistyy vuonna 2009
- Yhteistoiminta-alueen toiminta käynnistyy myöhemmin, vuonna (nelinumeroisena) _____
- Toiminnan käynnistymisvuotta ei ole vielä päätetty
- Toiminta käynnistyy vaiheittain usean vuoden aikana ajalla (xxxx-xxxx) _____
- Kuntia tulee mukaan vaiheittain
- Palvelualueita tulee mukaan vaiheittain

Jos kuntia tai palvelualueita tulee mukaan vaiheittain, kertokaa, mitkä kunnat ja/tai palvelualueet tulevat mukaan minäkin vuonna

Jos yhteistoiminta-alueen toiminta käynnistyy myöhemmin niin, missä vaiheessa yhteistoiminta-alueen toiminnan suunnittelu ja valmistelutoimet ovat tällä hetkellä?

- Lopullinen sopimus perustamisesta on tehty valtuustoissa vuonna _____ (nelinumeroisena) _____
- Perustamisesta on aiesopimus tai vastaava sopimus, joka hyväksytty valtuustoissa (nelinumeroisena) _____
- Perustamisprosessi on käynnistetty mutta sopimuksia ei ole vielä laadittu

Jos sopimuksia ei ole vielä laadittu, mutta perustamisprosessi on käynnistetty, niin kuvaile lyhyesti perustamisprosessin vaihetta

YHTEISTOIMINTA- ALUEEN TOIMIALA

Yhteistoiminta-alueen toimialaa koskevat ratkaisut pyydetään ilmoittamaan yhteistoiminta-alueen perustamista koskevan päätöksen mukaisina.

Mitkä kunnallisen järjestämistä vastuun piirissä olevat sosiaalitoimen palvelut kuuluvat yhteistoiminta-alueen toimialaan perusterveydenhuollon lisäksi tällä hetkellä?

- Kaikki sosiaalitoimen palvelut, mukaan lukien lasten päivähoido
- Kaikki sosiaalitoimen palvelut, lukuun ottamatta lasten päivähoidoa
- Yksittäisiä sosiaalitoimen palveluja; jolloin peruskuntaan jää kuitenkin periaatteessa oma sosiaalitoimi
- Ei mitään sosiaalitoimen palveluita
- Asiaa ei ole vielä päätetty

Jos yhteistoiminta-alueelle kuuluu joitakin yksittäisiä sosiaalitoimen palveluja (edellisen kysymyksen keskimäinen vaihtoehto), niin vastatkaa seuraavaan kysymykseen.

Kuuluuko seuraavien sosiaalitoimen palvelujen tai palveluryhmien järjestämistä vastuu tällä hetkellä yhteistoiminta-alueelle, kunnalle vai jakautuuko vastuu näiden kesken?

	Yhteistoiminta- alue	Kunta	Vastuu jaettu
Lasten ja nuorten psykososiaaliset palvelut (ml. perheneuvolapalvelut)			
Lastensuojelu			
Lastenvalvonnan palvelut (isysselvitykset, huolto- ja tapaamisoikeudet, elatussopimukset)			
Aikuissosiaalityö			
Kuntouttava työtoiminta			
Päihdehuolto			
Kehitysvammapalvelut			
Vammaispalvelulain mukaiset palvelut			
Vanhusten kotipalvelut			
Vanhusten kotisairaanhoido			
Vanhusten kotipalvelun tukipalvelut			
Vanhusten palveluasuminen			
Vanhustenhuollon laitospalvelut			
Omaishoido			
Perhehoito			

Mitkä kunnallisen järjestämismääräysten piirissä olevat sosiaalitoimen palvelut tulevat kuulumaan vuonna 2013 yhteistoiminta-alueen toimialaan perusterveydenhuollon lisäksi?

- Kaikki sosiaalitoimen palvelut, mukaan lukien lasten päivähoido
- Kaikki sosiaalitoimen palvelut, lukuun ottamatta lasten päivähoidoa
- Yksittäisiä sosiaalitoimen palveluja; jolloin peruskuntaan jää kuitenkin periaatteessa oma sosiaalitoimi
- Ei mitään sosiaalitoimen palveluita
- Asiaa ei ole vielä päätetty

Jos yhteistoiminta-alueelle tulee kuulumaan joitakin yksittäisiä sosiaalitoimen palveluja (edellisen kysymyksen keskimäinen vaihtoehto), niin vastatkaa seuraavaan kysymykseen.

Tuleeko seuraavien sosiaalitoimen palvelujen tai palveluryhmien järjestämismääräysten kuulumaan vuonna 2013 yhteistoiminta-alueelle, kunnalle vai jakautuuko vastuu näiden kesken?

	Yhteistoiminta- alue	Kunta	Vastuu jaettu
Lasten ja nuorten psykososiaaliset palvelut (ml. perheneuvolapalvelut)			
Lastensuojelu			
Lastenvalvonnan palvelut (isyys selvitykset, huolto- ja tapaamisoikeudet, elatussopimukset)			
Aikuissosiaalityö			
Kuntouttava työtoiminta			
Päihdehuolto			
Kehitysvammapalvelut			
Vammaispalvelulain mukaiset palvelut			
Vanhusten kotipalvelut			
Vanhusten kotisairaanhoido			
Vanhusten kotipalvelun tukipalvelut			
Vanhusten palveluasuminen			
Vanhustenhuollon laitospalvelut			
Omaishoito			
Perhehoito			

Mitä muita sosiaalitoimen palveluita edellä mainittujen lisäksi järjestetään tai tullaan järjestämään? Kertokaa kunkin palvelun osalta, onko järjestämisvastuu yhteistoiminta-alueella, kunnalla vai jakavatko yhteistoiminta-alue ja kunta vastuun?

Sisältyykö yhteistoiminta-alueen toimialaan erikoissairaanhoidon palveluja? (tässä ei tarkoiteta erillisiä ostopalveluina hankittavia konsultaatio- tai tutkimuspalveluita)

- Ei sisälly
- Kyllä, vähintään yhden lääketieteen erikoisalana (muun kuin yleislääketiede) palveluita avopalveluina/ poliklinikkapalveluina, minkä alojen _____
- Kyllä vähintään yhden erikoissairaanhoidon erikoisalana vuodeosastotoimintaa avo-/poliklinikkapalvelun lisäksi, luettele kaikkien avo- ja osastopalveluiden erikoissalat _____
- Kyllä, erikoissairaanhoidoksi laskettava sairaala (esim. aiemmin aluesairaalana tai kaupunginsairaalana tunnettu), jossa on edustettuna vähintään kaksi erikoissalaa; mitkä erikoissalat? _____
- Kyllä, yhteistoiminta-alue on terveystieteiden* tai sosiaali- ja terveystieteiden*

Sisältyykö yhteistoiminta-alueen toimialaan seuraavia sosiaali- ja terveystoimen alan ulkopuolisia palveluja? (voitte valita useita)

- Perusopetus
- II asteen koulutus, tarkemmin _____
- Muita koulutuspalveluja, mitä _____
- Kulttuuripalveluja, mitä _____
- Nuorisotoimen palveluja, mitä _____
- Liikuntapalveluja, mitä _____
- Teknisiä palveluja, mitä _____
- Ympäristöpalveluja, mitä _____
- Rakennuslupaviranomaisten palveluja, mitä _____
- Maataloustoimen palveluja, mitä _____
- Muita, mitä _____
- Ei mitään näistä

**Tarjoaako yhteistoiminta-alue keskitetysti peruskunnille joitakin seuraavista sosi-
aali- ja terveystoimen sisäisistä tukipalveluista?**

- Taloushallinto
- Henkilöstöhallinto
- Tietotekniikka
- Puhelinkeskus- tms. palvelut
- Muut palvelut, mitä? _____
- Ei mitään näistä

JÄRJESTÄMISVASTUU

Kunnat voivat perustaa toiminnallisesta kokonaisuudesta muodostuvan yhteistoiminta-alueen. Kun järjestämismvastuu siirtyy yhteistoiminta-alueelle, tarkoittaa se sitä, että yhteistoiminta-alue päättää palveluiden määrästä, laadusta ja tuotantotavasta sekä toiminnan järjestämisestä.

Onko yhteistoiminta-alueen sopimuksissa palveluiden yhdenvertaista saatavuutta koskeva kohta?

- Kyllä
- Ei
- Sopimuksia ei ole vielä tehty

Jos yhteistoiminta-alueen sopimuksissa on palveluiden yhdenvertaista saatavuutta koskeva kohta, kopioikaa em. kohta sopimuksesta tähän

Voiko yksittäinen kunta rajata joitakin yhteistoiminta-alueen järjestettäväksi sovit- tuja sosiaali- ja terveystoimen palveluja pois kuntalaisille tarjottavista palveluista?

- Ei ole mahdollista
- Kyllä, on mahdollista
- Ei ole päätetty

Jos palvelujen rajaaminen on mahdollista, niin kuvaile, miten, millä perusteilla ja millaisissa tilanteissa

Voiko yksittäinen yhteistoiminta-alueen kunta rajoittaa palvelujen määriä yhteis- toiminta-alueella vallitsevasta yleisestä tasosta poiketen esim. talousarvioonsa pe- rustuen tai muista syistä?

- Ei ole mahdollista
- Kyllä, on mahdollista
- Ei ole päätetty

Jos palvelujen määrän rajaaminen on mahdollista, niin kuvaile, miten, millä perusteilla ja millaisissa tilanteissa

Voivatko yhteistoiminta-alueen kunnat hankkia omille asukkailleen lisäpalveluja riippumatta siitä, miten yhteistoiminta-alueella yleisesti toimitaan?

- Eivät voi
- Kyllä voivat
- Ei ole päätetty

Jos kunnat voivat hankkia omille asukkailleen lisäpalveluja niin kuvaile, miten, millä perusteilla tai millaisissa tilanteissa

Millä perusteilla tapahtuu yhteistoiminta-alueen järjestämien palvelujen kuntalaskutus?

Missä asiakirjassa kuntalaskutusperusteet on kuvattu?

Kaikkia kuntia koskevat kysymykset alkavat tästä**HYVINVOINNIN JA TERVEYDEN EDISTÄMINEN**

Terveyden edistäminen on ollut pääsääntöisesti peruskuntien vastuulla. Palvelujen järjestämistä vastuu laajetessa sekä yhteistoiminta-alueille että sosiaali- ja terveystoimen yhteiseksi vastuuksi on tarpeen selvittää, miten hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen tullaan järjestämään.

Kunnissa on perustettu sekä terveyden edistämisen että Hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen toimielimiä. Kumpaa käsitettä käytätte kunnassanne?

- Terveyden edistäminen
- Hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen
- Muuta käsitettä, mitä _____

Käyttämästänne käsitteestä riippumatta vastatkaa seuraaviin kysymyksiin.

Onko kuntanne alueella annettu vastuu hyvinvoinnin ja terveyden edistämisestä jollekin kunnan tai kunnan yhteistoiminta-organisaation toimielimelle? (tässä ei tarkoiteta terveyden edistämisen työryhmää/yhteistyöryhmää). Voitte valita useita vaihtoehtoja

- Kyllä, kunnanhallitukselle
- Kyllä, sosiaali- ja terveyslautakunnalle / perusturvalautakunnalle / terveyslautakunnalle
- Kyllä, muulle yhden kunnan toimielimelle, mille _____
- Kyllä, kuntayhtymän / isäntäkuntamallin mukaiselle yhteiselle toimielimelle
- Kyllä, muulle toimielimelle, mille _____
- Ei millekään toimielimelle

Onko hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen vastuu päätetty antaa erityisesti yhden viranhaltijan vastuulle? Mille viranhaltijalle vastuu on annettu?

- Kyllä, kunnanjohtajan vastuulle
- Kyllä, sosiaali- ja terveystoimen johtavan viranhaltijan vastuulle; hänen virkanimikkeensä on _____
- Kyllä, kunnan keskushallinnon muun viranhaltijan vastuulle; hänen virkanimikkeensä on _____
- Kyllä, terveyden edistämisen yhdyshenkilön, suunnittelijan tms. ammattihenkilön vastuulle (sosiaali- ja terveystoimessa / kuntayhtymässä/ isäntäkuntaorganisaatiossa)
- On annettu usean viranhaltijan vastuulle, mitä viranhaltijoita nämä ovat _____
- Ei ole annettu erityisesti minkään viranhaltijan vastuulle

Toimiiko kunnassa tai yhteistoiminta-alueella hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen yhteistyöryhmä tai vastaava?

- Ei toimi
- Toimii kunnan omana/kunnan sisäisenä
- Toimii yhteistoiminta-alueen kuntien kesken yhteisenä

OSA 2:

PALVELUJEN ORGANISOINTI- JA TUOTTAMISRATKAISUT

Vastauksen antava kunta

Kunta _____

Kuntanumero _____

PALVELUIDEN ORGANISOINTIMALLIA OHJAAVAT PERUSTEET

Perinteisesti kunnan palvelujen organisaation hallinnoinnissa on ollut käytössä sekä aluepohjaisia että sektoripohjaisia malleja, joilla halutaan edistää yhteistyötä, asiakaslähtöisyyttä tai muuten parantaa palveluita.

Sosiaali- ja terveystalvveluja on kehitetty viime aikoina organisoimalla palveluita erilaisilla uusilla perusteilla, muun muassa elämäntaarimallilla.

PALVELUJEN ORGANISOINTIMALLI

Valitkaa seuraavista kuntanne palvelujen organisoimtia nykyään lähinnä ohjaava malli / mallit (Palvelujen tuottamistapaa koskevasta tilaaja-tuottajamallista kysytään myöhemmin erikseen):

- Toimiala- eli sektoripohjainen malli
- Elämäntaarimalli (jossa palvelutuotanto organisoidaan ikäryhmän tai elämäntaiheen mukaan)
- Alueperustainen (esim. peruskunta- tai kaupunginosakohtainen) organisoimti

Ellei hallintorakenteenne noudattele em. malleja, kuvaillkaa lyhyesti oma mallinne

Lisätietoja kuntanne mallista antaa: (nimi, asema, sähköpostiosoite)

Nimi

Asema

Sähköpostiosoite

PALVELUJEN ORGANISOINNISSA MAHDOLLISESTI TOTEUTETTAVAT TILAAJA-TUOTTAJA-JÄRJESTELYT

Tilaaaja–tuottaja -toimintatavalla tarkoitetaan julkisten palveluiden tuotannon organisoimista siten, että palvelun tilaaajan ja tuottajan roolit erotetaan toisistaan. Tilaaajana toimii julkinen taho, esimerkiksi kunta. Tuottajana voi toimia joko kunnan oma tai sen ulkopuolinen organisaatio. Tilaaajan ja tuottajan välistä toimintaa ohjataan sopimuksilla.

Toteutatteko palvelujen organisoinnissa tilaaaja-tuottaja-järjestelyjä?

- Ei
- Kyllä

Jos toteutate tilaaaja-tuottaja-järjestelyjä, niin kuvaillkaa lyhyesti tilaaaja-tuottaja-toimintatapanne ja kertokaa, missä asiakirjassa toimintatapanne on esitelty?

Jos palvelujen organisointimalliinne tai tilaaaja-tuottajatoimintatapanne on suunnitteilla muutoksia, niin kuvaillkaa niitä lyhyesti.

PALVELUN TUOTTAMISEN STRATEGIAT:**KUNNALLISET PALVELUT JA KUNNALLISEN PALVELUTUOTANNON ULKO-
PUOLELTA HANKITTAVAT PALVELUT**

Palveluiden järjestämis- ja tuottamistapojen mahdollinen eriytyminen on yksi palvelurakennemuutoksen keskeisimpiä muutoksia ja sellaisena yksi keskeinen seurattava näkökulma. Palveluiden tuottamistavan valitseminen on eräs keskeisistä kunnan/yhteistoiminta-alueen strategisista linjauksista.

Mitkä sosiaali- ja terveydenhuollon palvelukokonaisuudet kunta/yhteistoiminta-alue haluaa jatkossakin pääsääntöisesti tuottaa itse?

Mitkä palvelukokonaisuudet kunta/yhteistoiminta-alue hankkii pääsääntöisesti ostopalveluna?

Mikä on ostopalvelujen % -osuus kunnallisen palvelutuotannon kustannuksista

– tällä hetkellä (noin) _____

– viiden vuoden kuluttua (arvio) _____

Jos teillä on päätetty ostopalveluiden käyttöä koskeva linjaus, niin missä asiakirjassa linjaus on ilmaistu:

PALVELUSETELIEN KÄYTTÖ NYT JA TULEVAISUUDESSA

31. Onko palveluseteli käytössä tai onko sen käyttö suunnitteilla seuraavissa palveluissa?

Palvelu / palveluiden ryhmä	On käytössä	Ei ole käytössä, mutta käyttö suunnitteilla tulevaisuudessa	Ei ole käytössä eikä suunnitteilla
Vanhuspalvelut: laitos			
Vanhuspalvelut: palveluasuminen			
Vanhuspalvelut: kotipalvelu			
Vanhuspalvelut: kotisairaanhoido			
Tukipalvelut: siivous			
Tukipalvelut: ateriapalvelut			
Tukipalvelut: kuljetuspalvelu			
Muu sosiaalihuolto			
Suun terveydenhuolto			
Omaishoidon sijaistoiminta			
Vammaispalvelut: henkilökohtainen apu			

Jos palveluseteli on käytössä tai sen käyttö on suunnitteilla joissakin muissa palveluissa, niin missä palveluissa?

SOSIAALITOIMEN ERITYISPALVELUJEN HANKKIMINEN

”Sosiaalihuollon osalta Paras -uudistuksen eräänä keskeisenä tavoitteena on nykyistä kattavampi sosiaalihuollon erityispalvelujen turvaaminen koko maassa.” Kunta voi hankkia sosiaalitoimen erityispalveluja joko tuottamalla itse, tuottamalla yhteistyössä muiden kuntien kanssa, ostamalla järjestöiltä tai yksityisiltä palvelun tuottajilta tai hankkimalla perustettavilta sosiaali- ja terveydenhuollon laajan väestöpohjan kuntayhtymiltä.

Mitä eri sosiaalihuollon erityispalveluita kunta hankkii seuraavassa kuvatuilla erilaisilla tavoilla tällä hetkellä?

Erityispalvelut	Tuottaa itse	Tuottaa yhteistyössä muiden kuntien kanssa	Ostaa järjestöiltä tai yksityisiltä palveluntuottajilta	Hankkii perustettavalta sosiaali- ja terveydenhuollon laajan väestöpohjan kuntayhtymältä
Lastensuojelun erityispalvelut				
Kehitysvammahuollon erityispalvelut				
Vammaishuollon erityispalvelut				
Päihdehuollon erityispalvelut				
Muu sosiaalihuollon erityispalvelu, mikä _____				

Mitä eri sosiaalihuollon erityispalveluita kunta hankkii seuraavassa kuvatuilla erilaisilla tavoilla vuonna 2013?

Erityispalvelut	Tuottaa itse	Tuottaa yhteistyössä muiden kuntien kanssa	Ostaa järjestöiltä tai yksityisiltä palveluntuottajilta	Hankkii perustettavalta sosiaali- ja terveydenhuollon laajan väestöpohjan kuntayhtymältä
Lastensuojelun erityispalvelut				
Kehitysvammahuollon erityispalvelut				
Vammaishuollon erityispalvelut				
Päihdehuollon erityispalvelut				
Muu sosiaalihuollon erityispalvelu, mikä?				

Miten kunta hankkii tällä hetkellä opetustoimen koulukuraattoripalvelut?

- Tuottaa itse
- Tuottaa yhteistyössä muiden kuntien kanssa
- Ostaa järjestöiltä tai yksityisiltä palveluntuottajilta
- Hankkii perustettavalta sosiaali- ja terveydenhuollon laajan väestöpohjan kuntayhtymältä

Miten kunta aikoo hankkia opetustoimen koulukuraattoripalvelut vuonna 2013?

- Tuottaa itse
- Tuottaa yhteistyössä muiden kuntien kanssa
- Ostaa järjestöiltä tai yksityisiltä palveluntuottajilta
- Hankkii perustettavalta sosiaali- ja terveydenhuollon laajan väestöpohjan kuntayhtymältä

TYÖTERVEYSHUOLTO

Työterveyshuollon järjestämisessä on tapahtunut kunta- ja palvelurakenneuudistuksen myötä muutoksia, jotka noudattelevat osin perusterveydenhuollon järjestämisen ratkaisuja, mutta perustuvat osin näitä laajemmille väestöpohjille.

29. Kuinka kuntanne on organisoinut kansanterveyslain veloitteen mukaisesti työterveyshuollon palveluiden järjestämisen alueellaan toimiville työnantajille ja yrittäjille?

- Palvelut tuottaa kunnan käyttämä terveyskeskus/ perusterveydenhuollon organisaatio
- Palvelut tuottaa muu kunnallinen organisaatio (esim. kunnallinen liikelaitos), jossa kunta on osakkaana tai jäsenenä
- Palvelut on organisoitu jollakin muulla tavalla, miten _____

Käyttävätkö edellisessä kysymyksessä tarkoitettua työterveyshuollon järjestelyä samat kunnat kuin kunnan käyttämää terveyskeskusta?

- Kyllä
- Ei, (jos ei, selvitys laatikkoon)

31. Kuinka suurella osuudella kuntalaisistanne on arvioitteenne mukaan kunnan työnantajille tai yrittäjille järjestämän työterveyshuollon henkilöasiakkaina työterveyshuollon osana sairaanhoitosopimus? _____ %

PALVELUIDEN TUOTTAMINEN YHTENÄISINÄ KOKONAISUUKSINA

Kuntia kannustetaan luomaan eheitä perusterveydenhuollon ja sosiaalitoimen tehtävien kokonaisuuksia.

PSYKOSOSIAALISET PALVELUT

Onko kunnassa / yhteistoiminta- alueella toimintayksiköitä, joihin on koottu yhtenäiseksi kokonaisuudeksi perinteisesti eri sektoreilla tuotettuja palveluja, esim. mielen-terveys-päihdepalvelut, lasten ja nuorten psykososiaaliset palvelut, perhe- tai perhepalvelukeskukset?

- Ei
- Kyllä

Jos teillä on tällaisia toimintayksiköitä, niin kuvatkaa ne tässä

Yksikkö ja yksikön toiminnot: _____

Yksikkö ja yksikön toiminnot: _____

Yksikkö ja yksikön toiminnot: _____

Yksikkö ja yksikön toiminnot: _____

Yksikkö ja yksikön toiminnot: _____

VANHUSPALVELUT

Millaisen organisaatorakenteen alaisuuteen kuuluu kuntanne alueella ikäihmisille tarkoitettujen ympärivuorokautisen pitkäaikaishoidon palveluiden (tk-sairaala-/vuodeosasto; vanhainkoti tai vastaava, ns. tehostettu palveluasuminen) järjestäminen?

- Kukin kolmesta palvelumuodosta on oman vastuuyksikkönsä tai -tahonsa alaisena
- Laitohoito (terveyskeskussairaala ja vanhainkoti tai vastaava) on yhteisen yksikön alaisena, tehostettu palveluasuminen oman yksikkönsä alaisena
- Vanhainkotihoito ja tehostettu palveluasuminen ovat yhteisen yksikön ja terveyskeskussairaala oman yksikkönsä alaisena
- Kaikki kolme ovat yhteisen yksikön alaisina

Minkäläisten organisaatorakenteiden alaisuuteen sijoittuvat kotipalvelu ja kotisairaanhoito kunnassanne?

- Kumpikin palvelumuoto ovat erillisten hallinnollisten yksikköjen alaisina
- Kotipalvelu ja kotisairaanhoito ovat yhdistetyn hallinnollisen yksikön alaisena

SOSIAALI- JA TERVEYDENHUOLLON HENKILÖSTÖ

Henkilöstön tarkoituksenmukainen käyttö, henkilöstön saatavuuden turvaaminen ja henkilöstön osaamisen varmistaminen ovat palveluiden järjestämisen keskeisiä kysymyksiä

Jos muodostatte muiden kuntien kanssa yhteistoiminta-alueen, niin onko yhteistoiminta-alue tehnyt henkilöstösuunnitelmaa/strategiaa?

- Kyllä
- Ei
- Valmisteilla

Jos muodostatte muiden kuntien kanssa yhteistoiminta-alueen, niin onko yhteistoiminta-alueen kunnilla yhteinen henkilöstöhallinto?

- Kyllä
- Ei
- Valmisteilla

Onko kunnassanne/ yhteistoiminta-alueella työvoimavajeita?

- Ei
- Kyllä

Jos kunnassanne / yhteistoiminta-alueella on työvoimavajeita, niin missä ammattiryhmissä ovat suurimmat työvoimavajeet?

Jos kuntanne on organisoinut tai on organisoimassa yhteistyötä muiden kuntien kanssa työvoima- ja osaamistarpeiden ennakointia varten, niin kuvatkaa tässä ko. yhteistyötä.

Mitä seuraavista henkilöstön osaamisen varmistamisen keinoista *kunnassanne* on käytössä?

- Perehdytyskoulutus
- Osaamiskartoitukset
- Henkilökohtaiset kehityssuunnitelmat
- Täydennyskoulutus
- Jatko- ja uudelleen koulutuksen tukeminen
- Esimies- ja johtamisvalmennus
- Muu, mikä _____

Millaista *kuntien yhteistä toimintaa* käytetään henkilöstön osaamisen varmistamiseen?

- Yhteisesti järjestetty henkilöstön osaamisen kartoitus
- Yhteinen henkilöstön täydennys/ henkilöstökoulutussuunnitelma
- Täydennys/henkilöstökoulutuksen järjestäminen
- Yhteinen esimies- ja johtamisvalmennus
- Yhteiset opiskelijan ohjauksen, työssä oppimisen käytännöt
- Muu, mikä _____

Jos muodostatte muiden kuntien kanssa *yhteistoiminta-alueen*, niin millä perusteilla henkilöstöä käytetään yli kuntarajojen? Kuvailkaa lyhyesti em. perusteita sekä ko. perusteiden vaihetta (valmistelussa, päätös on tehty, on jo toiminnassa)

PALVELUIDEN PÄÄASIALLINEN SAATAVUUS LÄHIPALVELUINA, SEUDULLISESTI KESKITETTYNÄ TAI LAAJAN VÄESTÖPOHJAN ALUEELLE KESKITETTYINÄ PALVELUINA

Kunta- ja palvelurakennemuutos on nostanut esille kysymykset siitä, miten erilaiset kunnalliset sosiaali- ja terveyspalvelut ovat asukkaiden saatavilla. Suomen Kuntaliitto on tätä keskustelua ja suunnittelua varten määritellyt palvelut kolmeen tyyppiin.

Lähipalveluita väestö tai ainakin osa asukkaista käyttää toistuvasti, jopa päivittäin. Lähipalvelut tarjotaan kuntalaisten lähiympäristössä, niiden piiriin on helppo hakeutua, tai ne tuodaan ihmisille kotiin. Lähipalveluihin kuuluvat esimerkiksi lasten päivähoito, kotipalvelut, sairaanhoitajan tai terveydenhoitajan vastaanotto ja puhelinpalvelu sekä koulutoimesta perusopetus.

Seudulliset palvelut sijaitsevat etäämmällä, ja ne ovat saavutettavissa joko omalla kulkuneuvolla tai julkisella liikennevälineellä. Valtaosa seudullisistakin palveluista järjestää vähintään 20 000 asukkaan kunta tai yhteistoiminta-alue. Seudullisia palveluita ovat esimerkiksi yleislääkärin ja hammaslääkärin vastaanotto, työterveyshuolto, pääkirjasto ja vanhusten palvelutalot.

Laajaa väestöpohjaa edellyttävät palvelut täydentävät lähipalveluita ja seudullisia palveluita. Harvemmin tarvittavat palvelut kannattaa keskittää kaupungin tai maakunnan keskustaan esimerkiksi silloin, kun laadukas palvelu edellyttää vaativaa erityisosaamista, erityislaitteistoa tai moniammatillista työryhmää. Laajaa väestöpohjaa edellyttävät palvelut järjestää yleensä laajan väestöpohjan kuntayhtymä. Laajan väestöpohjan palveluita ovat erikoissairaanhoidon päivystys ja erikoissairaanhoidon kuluva vuodeosastohoito sekä sosiaalipäivystys.

Kuinka seuraavia sosiaali- ja terveystoimen kunnallisia palveluja pitäisi kuntanne näkemyksen mukaan tarjota kuntalaisille ajatellen asiaa kuntanne tilanteen ja maantieteellisten olojen kannalta

Palvelu / palveluiden ryhmä	Lähi-palveluna	Seudullisena palveluna	Laajaa väestöpohjaa edellyttävänä palveluna
Perussosiaalityö, aikuisosiaalityö			
Lasten erityispäivähoidon palvelut			
Lastensuojelun ennaltaehkäisevä työ			
Lastensuojelun sosiaalityö			
Lastenvalvojan tehtävät			
Lastensuojelun erityisosaamista vaativa työ			
Kasvatus- ja perheneuvonta			
Perhetyö (ei lastensuojelu)			
Äitiysneuvolapalvelut			
Lastenneuvolapalvelut			
Kouluterveydenhuolto perusopetuksessa			
Koulukuraattoripalvelut (opetustoimi)			
Koulupsykologipalvelut (opetustoimi)			
Opiskelijaterveydenhuolto			
Lääkärin ja hoitajien avosairaanhoidon palvelut			
Päivystysluonteinen vastaanottopalvelu arkisin päiväaikaan			
Suun terveydenhuollon vastaanottopalvelut			
Laboratorionäytteiden ottaminen			
Röntgenkuvien ottaminen (ns. natiivikuvat)			
Fysioterapiapalvelut			
Apuvälinepalvelut (tavallisimmat apuvälineet)			
Kunnalliset työterveyspalvelut			
Mielenterveystyön vastaanottopalvelut			
Terveystarkastajien palvelut			
Lyhytaikainen hoito terveyskeskussairaalassa			
Pitkäaikainen hoito terveyskeskussairaalassa			
Laitoshoido (vanhainkoti, palvelukeskus tai vast.)			
Vanhusten tehostettu palveluasuminen			
Vammaishuollon apuvälinepalvelut			
Vammaisten ihmisten asumispalvelut			
Kehitysvammaisten ihmisten opetus ja ohjaus			
Kehitysvammaisten ihmisten laitoshoido			
Kehitysvammaisten ympärivrk. ihmisten palveluasuminen			
Päihdehuollon katkaisuhoido			
Päihdehuollon vastaanottopalvelut, avokuntoutus			
Päihdehuollon sosiaalityö			
Päihdehuollon asumispalvelut			
Päihdehuollon laituskuntoutus			
Mielenterveyskuntoutujien asumispalvelut			
Mielenterveystyön sosiaalityö			
Mielenterveyskuntoutujien päivätoiminta			

Edellä kysyttiin, kuinka palveluiden pitäisi kuntanne mielestä sijoittua eri palvelutyyppeihin. Samojen palvelutyyppeiden kanssa samansuuntainen on kysymys siitä, mikä on lähin taso, josta palveluita saa - kaupunginosan terveysasemalta tai palvelupisteestä, kunnan useista taajamista, kirkonkylästä vai naapurikuntien alueelta. Seuraavassa kysymyksessä selvitetään nykytilannetta keväällä 2009. Luokittelun yhtenäistämiseksi kysymyksessä tarkoitetaan nyt vain sellaisia palveluita, joita saa (pääsääntöisesti) joksena arkipäivänä.

Missä sijaitsee kuntanne asukkaiden kannalta keskimäärin lähin palvelupiste, jos ta seuraavia palveluja saa nykyisin tavallisina arkipäivinä?

Palvelu / palveluiden ryhmä	Kunnan alueelta, useammasta kuin yhdestä palvelupisteestä	Kunnan alueelta, yhdestä palvelupisteestä	Naapurikunnan alueella sijaitsevista palvelupisteistä (yhteistoimintalueen sisällä tai muu järjestely)	Alueellisen tai maakunnallisen keskuspaikkakunnan alueella sijaitsevasta palvelupisteestä
Perussosiaalityö, aikuissosiaalityö				
Lasten erityispäivähoidon palvelut				
Lastensuojelun ennaltaehkäisevä työ				
Lastensuojelun sosiaalityö				
Lastenvalvojan tehtävät				
Lastensuojelun erityisosaamista vaativa työ				
Kasvatus- ja perheneuvonta				
Perhetyö (ei lastensuojelu)				
Äitiysneuvolapalvelut				
Lastenneuvolapalvelut				
Kouluterveydenhuolto perusopetuksessa				
Koulukuraattoripalvelut (opetustoimi)				
Koulupsykologipalvelut (opetustoimi)				
Opiskelijaterveydenhuolto				
Lääkärin ja hoitajien avosairaanhoidon palvelut				
Päivystysluonteinen vastaanotto-palvelu arkisin päiväaikaan				
Suun terveydenhuollon vastaanot-topalvelut				
Laboratorionäytteiden ottaminen				
Röntgenkuvien ottaminen (ns. natiivikuvat)				
Fysioterapiapalvelut				
Apuvälinepalvelut (tavallisimmat apuvälineet)				
Kunnalliset työterveyspalvelut				

Mielenterveystyön vastaanotto- palvelut				
Terveystarkastajien palvelut				
Lyhytaikainen hoito terveyskeskus- sairaalassa				
Pitkäaikainen hoito terveyskeskus- sairaalassa				
Laitoshoito (vanhainkoti, palvelu- keskus tai vast.)				
Vanhusten tehostettu palveluasumi- nen				
Vammaishuollon apuvälinepalvelut				
Vammaisten ihmisten asumispal- velut				
Kehitysvammaisten ihmisten ope- tus ja ohjaus				
Kehitysvammaisten ihmisten lai- toshoido				
Kehitysvammaisten ympärivrk. ih- misten palveluasuminen				
Päihdehuollon katkaisuhoido				
Päihdehuollon vastaanottopalve- lut, avokuntoutus				
Päihdehuollon sosiaalityö				
Päihdehuollon asumispalvelut				
Päihdehuollon laituskuntoutus				
Mielenterveyskuntoutujien asumis- palvelut				
Mielenterveystyön sosiaalityö				
Mielenterveyskuntoutujien päivä- toiminta				

PALVELUJEN KÄYTTÄMINEN YLI KUNTARAJOJEN

Sosiaali- ja terveydenhuollon peruspalveluita koskeva lainsäädäntö asettaa peruskunnat palveluiden järjestämistä vastaavaksi. Tämä on merkinnyt samalla sitä, että kunnan järjestämiä palveluita voivat käyttää vain kunnan asukkaat eräitä laeissa säädettyjä poikkeustilanteita lukuun ottamatta. Myös kuntayhtymien sisällä varsinaiset perus- tai lähipalvelut on suunniteltu käytettäväksi kuntakohtaisesti, joskin kuntayhtymillä on ollut tarjolla myös kaikille yhteisiä palveluja.

Tässä ei tarkoiteta kansanterveyslaissa säädettyä veloitetta antaa kiireellinen hoito kaikille kunnan alueella oleskeleville.

Seuraava kysymys koskee peruspalveluiden käytön periaatteita *yhteistoiminta-alueiden kuntien välillä*.

Voivatko kyselyyn vastaavan kunnan kuntalaiset käyttää seuraavia perus- ja lähipalveluita kuntarajasta riippumatta yhteistoiminta-alueen sisällä?

	Käytetään vain omassa kunnassa	Käyttöpaikan voi valita pitkäaikaisesti toisen kunnan alueelta	Käyttöpaikan voi vapaasti valita yhteistoiminta-alueen sisällä	Käyttö yli kuntarajan on mahdollista määrittelyissä erityistilanteissa.	Millaisissa erityistilanteissa?
Sosiaalityö					
Lasten päivähoito					
Lastensuojelun asiakkuus					
Koulukuraattoripalvelut (opetustoimi)					
Koulupsykologipalvelut (opetustoimi)					
Avosairaanhoidon vastaanottopalvelut arkisin päiväaikaan					
Terveyskeskussairaalan palvelut					
Vanhainkotihoito tai vastaava					
Kotisairaanhoido					
Kotipalvelu					
Kehitysvammahuollon palvelut					
Päihdehuollon palvelut					

Seuraava kysymys koskee perustason sosiaali- ja terveyspalveluiden ei-kiireellistä käyttöä yli kuntarajojen *silloin, kun käyttö ei tapahdu yhteistoiminta-alueeseen kuuluvien kuntien välillä.*

Voivatko kuntanne asukkaat käyttää kuntarajasta riippumatta sellaisia palveluja, jotka on järjestänyt joko naapurikunta, joka ei kuulu samaan yhteistoiminta-alueeseen kuin kuntanne, tai yhteistoiminta-alue, johon kunta ei kuulu?

	Käytetään vain omassa kunnassa	Käytetään erillisten ostopalvelusopimusten pohjalta	Käyttöpai-kan voi valita pitkäaikaisesti toisen kunnan alueelta	Käyttö-paikan voi vapaasti valita naapurikunnastakin	Käyttö yli kuntarajan on mahdollista määritellyissä erityistilanteissa.	Millaisissa erityistilanteissa ?
Sosiaalityö						
Lasten päivähoito						
Lastensuojelun asiakkuus						
Avosairaanhoidon vastaanottopalvelut arkisin päiväaikaan						
Koulukuraattoripalvelut (opetustoimi)						
Koulupsykologipalvelut (opetustoimi)						
Terveyskeskussairaalan palvelut						
Vanhainkotihoidon tai vastaava						
Kotisairaanhoidon						
Kotipalvelu						
Kehitysvammahuollon palvelut						
Päihdehuollon palvelut						

Terveydenhuoltolakiuudituksen jatkovalmistelussa on asetettu tavoitteeksi kuntien väliset rajat ylittävän vapaan kunnallisesti järjestettyihin palveluihin hakeutumisen avaaminen maassa.

Kuinka kuntanne mielestä tämä periaate soveltuisi kunnallisesti järjestettäviin sosiaali- ja terveyspalveluihin ja miten sitä pitäisi soveltaa?

PALVELUIDEN JÄRJESTÄMISEN TALOUDELLINEN PERUSTA

Uudistuksen tarkoituksena on vahvistaa kunta- ja palvelurakennetta ja kehittää palveluiden tuotantotapoja ja organisointia siten, että kuntien vastuulla olevien palveluiden järjestämiseen ja tuottamiseen sekä kuntien kehittämiseen on vahva rakenteellinen ja taloudellinen perusta.

Miten kuntanne aikoo edistää palveluiden tuottavuuden ja kuntien menojen kasvun hillitsemistä palveluiden tuotantotapoja kehittämällä ja organisoimalla?

PALVELUIDEN KEHITTÄMINEN JA UUDET INNOVAATIOIT

Jos olette kehittäneet kunnassanne / alueella palveluiden järjestämiseen tai tuottamiseen uusia ratkaisuja ja innovaatioita, joita ei tässä kyselyssä ole vielä tullut esiin, niin kuvaile niitä lyhyesti:

Palveluiden innovaatioista lisätietoja antaa:

Nimi _____

Asema _____

Sähköpostiosoite _____

PARAS-UUDISTUKSEN VAIKUTUKSET KUNNAN NÄKÖKULMASTA

Arvioikaa mitä hyötyjä uudistuksella on kuntanne näkökulmasta saatu aikaan?

Arvioikaa mitä ongelmia uudistus on kuntanne näkökulmasta saanut aikaan?

SOSIAALIPALVELUIDEN KANSALAISVAIKUTUKSET

Yksi kunta- ja palvelurakennemuutoksesta annetun lain (169/07) tavoitteista on vahvistaa kunta- ja palvelurakennetta *kansanvallan lähtökohdista*. Palveluita suunniteltaessa on otettava huomioon muiden muassa kunnan asukkaiden *itsehallinnon* toimintaedellytykset, kunnan asukkaiden *osallistumis- ja vaikutusmahdollisuudet* sekä perusoikeudet ja yhdenvertaisuus.

Seuraavassa pyydämme subjektiivista arviointia siitä, miten tämä lain kohta on mielestänne tähänastisten tietojen mukaan toteutunut sosiaalipalveluissa.

Miten palveluiden saatavuus on muuttunut sosiaali- ja terveystalouden kokonaisuudessa viimeisen vuoden aikana? Arvioikaa myös odotettavissa olevaa muutosta.

	Muutos viimeisen vuoden aikana					Odotettavissa oleva muutos		
	Muuttunut paremmaksi	Muuttunut jonkin verran paremmaksi	Muuttunut jonkin verran huonommaksi	Muuttunut huonommaksi	Ei muutosta	Muuttunut paremmaksi	Muuttunut huonommaksi	Ei odotettavissa muutosta
Ennaltaehkäisevä perhetyö								
Lastensuojelun perhetyö								
Lastensuojelun sosiaalityö								
Kriisipalvelut								
Kuntouttava työtoiminta								
Asumispalvelut								
Mielenterveyspalvelut								
Päihdehuollon avopalvelut								
Aikuissosiaalityö								
Sosiaalipäivystys								
Vanhusten kotihoito								

Miten hyvin sosiaali- ja terveystalvet muodostavat toiminnallisesti yhden kokonaisuuden? Arvioika muutosta oman kuntanne/yhteistoiminta-alueen osalta viimeisen vuoden aikana SEKÄ tulevaisuudessa odotettavissa olevaa muutosta.

	Muutos viimeisen vuoden aikana					Odotettavissa oleva muutos		
	Muuttunut paremmaksi	Muuttunut jonkinverran paremmaksi	Muuttunut jonkinverran huonommaksi	Muuttunut huonommaksi	Ei muuttanut	Muuttuu paremmaksi	Muuttuu huonommaksi	Ei odotettavissa muutosta
Ennaltaehkäisevä perhetyö								
Lastensuojelun perhetyö								
Lastensuojelun sosiaalityö								
Kriisipalvelut								
Kuntouttava työtoiminta								
Asumispalvelut								
Mielenterveyspalvelut								
Päihdehuollon avopalvelut								
Aikuissosiaalityö								
Sosiaaliopäivystys								
Vanhusten kotihoito								

Miten palveluiden laatu on muuttunut sosiaali- ja terveyspalveluiden kokonaisuudessa viimeisen vuoden aikana? Arvioikaa myös odotettavissa olevaa muutosta.

	Muutos viimeisen vuoden aikana					Odotettavissa oleva muutos		
	Muuttunut paremmaksi	Muuttunut jonkin verran paremmaksi	Muuttunut jonkin verran huonommaksi	Muuttunut huonommaksi	Ei muutosta	Muuttuu paremmaksi	Muuttuu huonommaksi	Ei odotettavissa muutosta
Ennaltaehkäisevä perhetyö								
Lastensuojelun perhetyö								
Lastensuojelun sosiaalityö								
Kriisipalvelut								
Kuntouttava työtoiminta								
Asumispalvelut								
Mielenterveyspalvelut								
Päihdehuollon avopalvelut								
Aikuissosiaalityö								
Sosiaalipäivystys								
Vanhusten kotihoito								

Mitkä tekijät ovat kuntalaisen kannalta *parhaiten* toimivien palvelukokonaisuuksien taustalla? Esimerkkejä.

Mitkä tekijät ovat kuntalaisten kannalta *heikoiten* toimivien palvelukokonaisuuksien taustalla? Esimerkkejä.

LÄHETÄ!

→ KIITOS VASTAUKSISTA!

16.2.2009

Arvoisa vastaanottaja

KYSELY SOSIAALI- JA TERVEYSPALVELUJEN TOTEUTTAMISESTA KUNTA- JA PALVELURAKENNEUUDISTUKSESSA

Kunta- ja palvelurakenneuudistuksesta annetun lain (167/2007) mukaan uudistuksen tarkoituksena on vahvistaa kunta- ja palvelurakennetta ja kehittää palveluiden tuotantotapoja ja organisointia.

Valtioneuvosto on kunnille 27.6.2008 antamassaan palautteessa linjannut, että kuntien edistymistä puitelain tarkoituksen toteuttamisessa seurataan jatkossakin. Linjauksen mukaan kunnilta tullaan kokoamaan tietoa uudistuksen etenemisestä vuoden 2009 alussa. Kuntien tulee tehdä sitovat päätökset puitelain velvoitteiden täyttämistä 15.3.2009 mennessä.

Kuntien 15.3.2009 mennessä tekemiä ratkaisuja tiedustellaan oheisella kyselyllä. Jokaisen Suomen kunnan Ahvenanmaata ja Kainuun hallintokokeilussa mukana olevia kuntia lukuun ottamatta **tulee toimittaa valtioneuvostolle pyydetty tiedot tämän viestin yhteydessä olevien ohjeiden mukaan, sähköisen webropol-lomakkeen avulla**. Vastausta ei voi toimittaa paperilla.

Vastauksista laadittuja koosteita tullaan käyttämään aineistona, kun valtioneuvosto antaa eduskunnalle selvityksen kunta- ja palvelurakenneuudistuksen toimeenpanosta syysistuntokaudella 2009. **Kyselyllä kerätään myös laajemmin tutkimustietoa uudistuksen etenemisestä kunnissa**. Saatua tietoa hyödynnetään laajemminkin uudistusta linjattaessa.

Kyselyyn tulee vastata 16.2.2009 – 17.3.2009 välisenä aikana. Sähköisen vastauksen saavuttua valtioneuvostolle kunta saa vahvistuksen vastauksen saapumisesta perille.

Kysely jakautuu kahteen osaan. Osassa 1 keskitytään hallinnollisiin perusratkaisuihin ja osassa 2 palvelujen organisointi- ja tuottamisratkaisuihin. Pyydämme lisäksi yhteistoiminta-alueen muodostavia kuntia lähettämään sähköisesti yhteistoimintasopimukset ja yhteistoiminta-alueella voimassa olevat hallintosäännöt osoitteella (annettu sähköpostiosoite).

Sähköinen lomake on saatavissa sekä suomeksi että ruotsiksi.

Tämän saatteen mukana ovat ohjeet kyselyn täyttämiseen sekä kyselylomake word-muotoisena.

Kyselyn täyttämiseen liittyviä kysymyksiä voi lähettää osoitteisiin:
martti.lahtainen@stm.fi Sosiaali- ja terveysministeriö
paras@vm.fi Valtiovarainministeriö
outi.raikkonen@thl.fi (webropolin tekninen toimivuus) Terveyden ja hyvinvoinnin
laitos
antti.kuopila@kuntaliitto.fi Kuntaliitto

Sosiaali- ja terveysministeriö

Valtionvarainministeriö

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos

Kuntaliitto

LIITTEET:

Ohje kyselyn täyttämiseen

Kysely word-muodossa

Vastaamisohje kyselyyn sosiaali- ja terveystalvelujen toteuttamisesta kunta- ja palvelurakennuudistuksessa

Kysely jakautuu kahteen osaan. Osassa 1 keskitytään hallinnollisiin perusratkaisuihin ja osassa 2 palvelujen organisointi- ja tuottamisratkaisuihin. Vastauksia laadittaessa on toivottavaa, että kunnan sosiaali- ja terveydenhuollon toiminnoista vastaavat henkilöt olisivat mahdollisimman laajasti valmistelussa mukana.

Kunnan tulee ilmoittaa valtuustojen sitovat päätökset. Mikäli kunnalla on ratkaisusta aiesopimus, tulee siitä mainita erikseen.

Valmistelun avuksi mukana on kyselylomake word-muotoisena. Word-versiota voidaan käyttää tukena vastauksia kerätessä kunnan eri toimijoilta. Lopullinen vastaus kyselyyn tulee kuitenkin antaa yhtenä Webropol -muotoisena vastauksena. Vastausten tulee olla lyhyitä, ytimekkäitä ja ydinasiat sisältäviä. Avovastausten käytettävyyden vuoksi vastauksia saa olla enintään 8000 merkkiä.

Tässä kyselyssä ei kartoiteta ympäristöterveydenhuollon ratkaisuja. Näistä ratkaisuksista tiedot tullaan keräämään erikseen.

Kyselyn täyttämiseen liittyviä kysymyksiä voi lähettää osoitteisiin:

martti.lahteinen@stm.fi Sosiaali- ja terveysministeriö

paras@vm.fi Valtiovarainministeriö

outi.raikkonen@thl.fi (webropolin tekninen toimivuus) Terveyden ja hyvinvoinnin laitos

antti.kuopila@kuntaliitto.fi Kuntaliitto

Tekniset vastausohjeet

Sähköposti sisältää kunnan linkin kyselyyn. Sähköpostin liitteenä on webropol -kyselyn keskeyttämisohje. Vastaus kyselyyn on mahdollista antaa useammassa osassa. Aiemmin annetut vastaukset säilyvät.

Mittelyt:

Yhteistoiminta-alue

Lain mukaan kuntien yhteistoiminnan vahvistamiseksi kunnat voivat perustaa toiminnallisesta kokonaisuudesta muodostuvan yhteistoiminta-alueen. Lain mukaan kunnassa tai yhteistoiminta-alueella, joka huolehtii perusterveydenhuollosta ja siihen kiinteästi liittyvistä sosiaalitoimen tehtävistä, on oltava vähintään noin 20 000 asukasta. Mikäli yhteistoiminta-alueena pidetään ratkaisua, joka on ollut toiminnassa jo ennen vuotta 2006, tulee kuntien huolehtia, että tämäkin ratkaisu täyttää puitelain velvoitteet järjestämisvastuun ja sosiaalitoimen tehtävien siirron osalta.

Yhteistoiminta-alue voidaan muodostaa joko kuntayhtymänä tai isäntäkuntamallilla. Hallintomallilla tarkoitetaan järjestäjänä toimivaa organisaatiota, ei tuottajana toimivaa organisaatiota.

Kunta voi kuulua vain yhteen yhteistoiminta-alueeseen, joka vastaa perusterveydenhuollosta ja siihen kiinteästi liittyvistä sosiaalitoimen tehtävistä. Halutessaan kunnat voivat siirtää yhteistoiminta-alueelle muitakin palveluja, kuin perusterveydenhuollon palvelut ja siihen kiinteästi liittyviä sosiaalitoimen tehtäviä. On hyvä muistaa kiin-

teä yhteys esim. kunnan muihin toimintoihin, kuten maankäyttöön, asumiseen, opetukseen sekä kulttuuri- ja nuorisopalveluihin.

Järjestämisvastuu

Perusterveydenhuollosta ja siihen kiinteästi liittyvistä sosiaalitoimen tehtävistä huolehtiminen tarkoittaa näiden palvelujen järjestämisvastuun siirtymistä vähintään noin 20 000 asukkaan kunnalle tai yhteistoiminta-alueelle. Kun järjestämisvastuu siirtyy yhteistoiminta-alueelle tarkoittaa se sitä, että yhteistoiminta-alue päättää palveluiden määrästä, laadusta ja tuotantovasta (oma tuotanto, yhteistoiminta, ostopalvelut) sekä toiminnan järjestämisestä palvelutuotannosta vastuussa olevassa organisaatiossa. Vastuu palvelujen rahoituksesta ja riittävien voimavarojen varaamisesta palvelujen järjestämiseen on kunnilla.

Yhteistoiminta-alueen kaikkien kuntien asukkaille on järjestettävä palvelut yhdenmukaisin perustein niissä palveluissa, jotka on siirretty yhteistoiminta-alueen vastuulle. Kunnat eivät voi esim. talousarviopäätöksillään synnyttää kuntakohtaisia eroja palveluihin pääsyssä yhteistoiminta-alueen sisällä niissä palveluissa, jotka on siirretty yhteistoiminta-alueen järjestämisvastuulle. Tilaaja-tuottaja -toimintatapaa sovellettaessa yhteistoiminta-alue on tilaajana. Kunta ei toimi tilaajana. Tällä varmistetaan, että vastuu palvelukokonaisuuksista muodostuu yhdellä toimielimelle tai oikeushenkilölle. Kun palvelujen järjestämisvastuu siirtyy yhteistoiminta-alueelle, siirtyy palvelujen järjestämisen edellyttämä henkilöstö yhteistoiminta-alueen palvelukseen.

Palvelurakenteen on oltava kattava ja taloudellinen ja sen on mahdollistettava voimavarojen tehokas käyttö. Uudistuksen tarkoituksena siten vahvistaa palveluiden rahoitus pohjaa ja tehostaa voimavarojen käyttöä. Yhteistoiminta-alueella on pyrittävä toiminnallisen kokonaisuuden muodostamisen lisäksi myös taloudellisen riskin aitoon jakamiseen.

Sosiaali- ja terveydenhuollon yhtenäisyys

Yhteistoiminta-alueelle tulee muodostua sellainen kaikille kunnille yhteinen palvelukokonaisuus, joka integroi perusterveydenhuollon ja sosiaalihuollon palveluita. Palvelut tulee järjestää kaikkien yhteistoiminta-alueen kuntien asukkaille yhdenmukaisin perustein niissä palveluissa, jotka on siirretty yhteistoiminta-alueen vastuulle. Tilaaja-tuottaja -toimintatapaa sovellettaessa yhteistoiminta-alue on tilaajana. Tällä varmistetaan, että vastuu palvelukokonaisuuksista muodostuu yhdellä toimielimelle tai oikeushenkilölle.

Ratkaisut, joissa jokin kunta ei siirtäisi yhteistoiminta-alueelle lainkaan sosiaalitoimen tehtäviä tai joissa yhteistoiminta-alueella ei olisi mitään koko alueelle yhteisiä sosiaalitoimen tehtäviä, eivät ole puitelain mukaisia.

Lain tavoitteiden toteuttamisessa on merkittävää myös se, kuinka laajasti sosiaalihuollon tehtäviä siirretään yhteistoiminta-alueelle, ovatko sosiaalihuolto ja perusterveydenhuolto uudistuksessa tasavertaisina tehtäväalueina ja pidetäänkö palvelukokonaisuudet eheinä. Puitelain tarkoittama sosiaali- ja terveydenhuollon integraatio vaarantuisi tilanteissa, joissa kunnat suunnittelevat siirtävänsä yhteistoiminta-alueille toisistaan suuresti poikkeavia sosiaalihuollon tehtäväkokonaisuuksia. Palvelukokonaisuuksien eheys edellyttää, että yhteistoiminta-alueen kunnat kuuluvat samaan puitelain 6 §:n mukaiseen laajan väestöpohjan kuntayhtymään.

Palveluiden järjestämisen taloudellinen perusta

Uudistuksen tarkoituksena on vahvistaa kunta- ja palvelurakennetta ja kehittää palveluiden tuotantotapoja ja organisointia siten, että kuntien vastuulla olevien palveluiden järjestämiseen ja tuottamiseen sekä kuntien kehittämiseen on vahva rakenteellinen ja taloudellinen perusta.

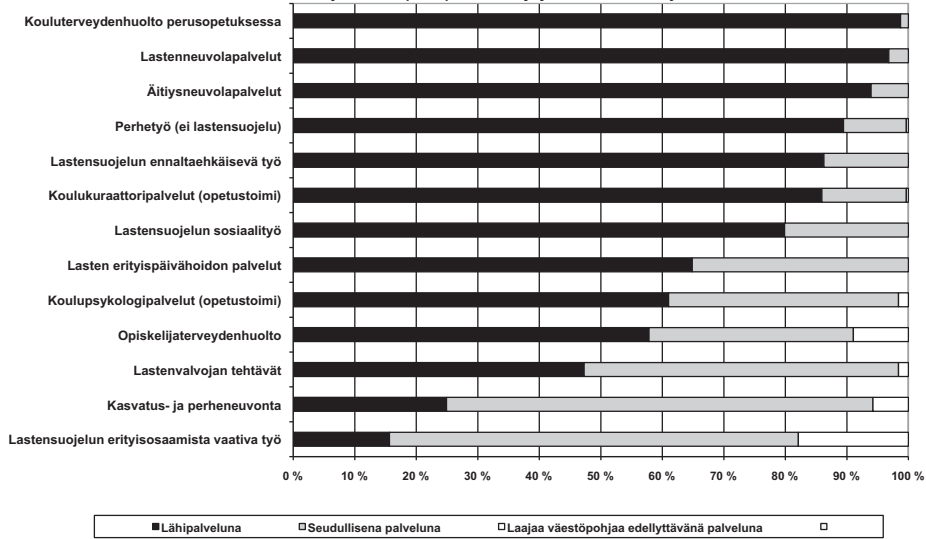
Tilaaaja-tuottaja-toimintatapa

Tilaaaja-tuottaja-toimintatavalla tarkoitetaan julkisten palveluiden tuotannon organisoimista siten, että palvelun tilaajan ja tuottajan roolit erotetaan toisistaan. Tilaajana toimii julkinen taho, esimerkiksi kunnallinen toimielin. Tuottajana voi toimia joko kunnan oma tai sen ulkopuolinen organisaatio. Tilaaajan ja tuottajan välistä toimintaa ohjataan sopimuksilla. Toimintatavasta ei ole olemassa yhtä ideaalimallia, vaan kokoelma toisistaan poikkeavia sovelluksia. Tilaaaja-tuottaja-toimintatavasta puhutaan, kun tarkoitetaan sovellusten kattokäsitettä. Toimintatavan käytännön sovelluksista puhutaan tilaaaja-tuottaja-malleina.

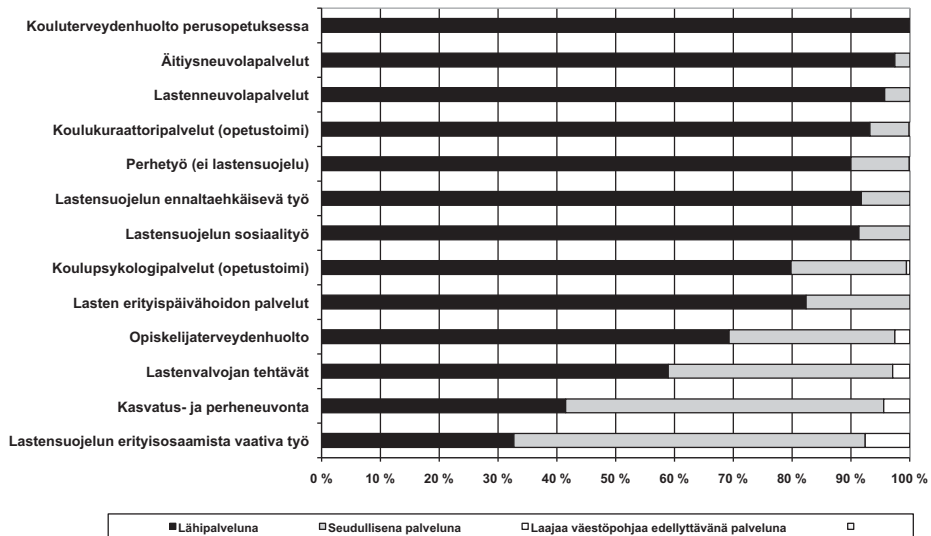
Jos palvelun tilaaja ja tuottaja toimivat saman kunnan organisaatiossa, puhutaan sisäisestä tilaaaja-tuottaja-toimintatavasta. Tällöin toimintaa ohjataan tilaajan ja tuottajan välisellä sopimuksella, jossa toimijoiden vastuunjako konkretisoituu. Toimijoiden välinen suhde perustuu kumppanuuteen, ei kilpailuttamiseen. Tällaista toiminnan ohjaamisen tapaa voidaan kutsua sopimusohjaukseksi, sopimusperusteiseksi ohjaukseksi, sisäiseksi sopimusohjaukseksi tai tuossopimukseksi.

Jos palvelun tilaaja ja tuottaja eivät kuulu saman kunnan organisaatioon, puhutaan ulkoisesta tilaaaja-tuottaja-toimintatavasta. Tällöin palvelun tuottajana voi toimia esimerkiksi kunnan ulkoiseen konserniin kuuluva toimintayksikkö (esim. kunnallinen osakeyhtiö, osakkuusyhtiö tai kuntayhtymä), toinen kunta, yritys, kolmannen sektorin toimija, yhdistys tai säätiö. Ulkoisessa tilaaaja-tuottaja-toimintatavassa mukana on kilpailuttamiselementti. Toimintaa ohjataan tilaajan ja tuottajan välisellä sopimuksella, jossa määritellään tuotettavan palvelun laatu ja määrä. Ulkoisen tilaaaja-tuottaja-toimintatavan yhteydessä ei yleensä puhuta sopimusohjauksesta (vrt. sisäinen tilaaaja-tuottaja-toimintatapa).

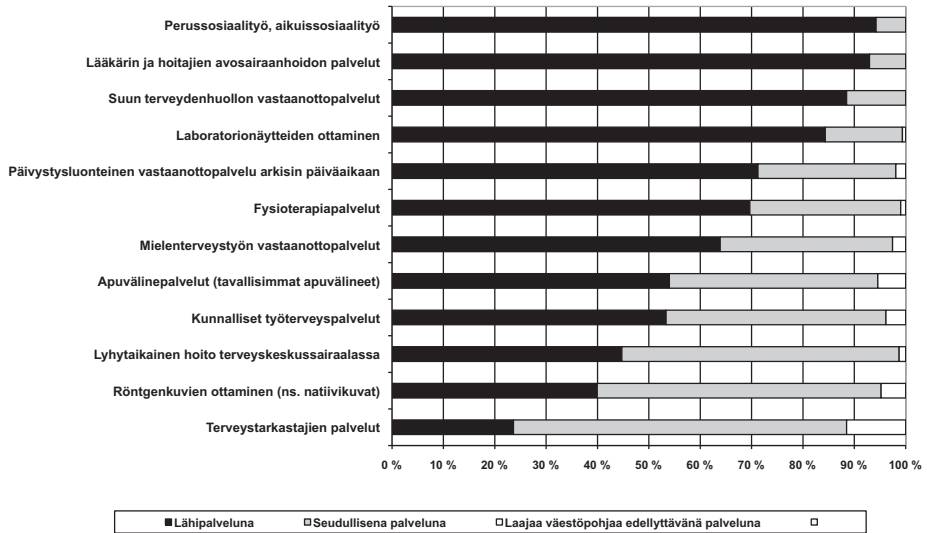
Kuva 1. Mistä lasten ja nuorten peruspalveluita nykyisin saa? Kuntien jakauma %



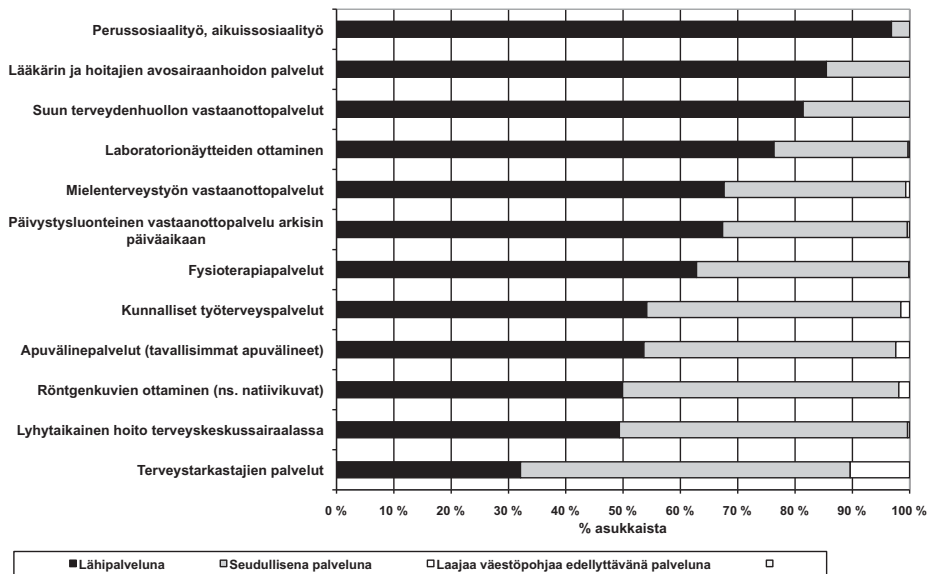
Kuva 2. Mistä lasten ja nuorten peruspalveluja on nykyisin saatavilla? Asukkaiden jakauma %



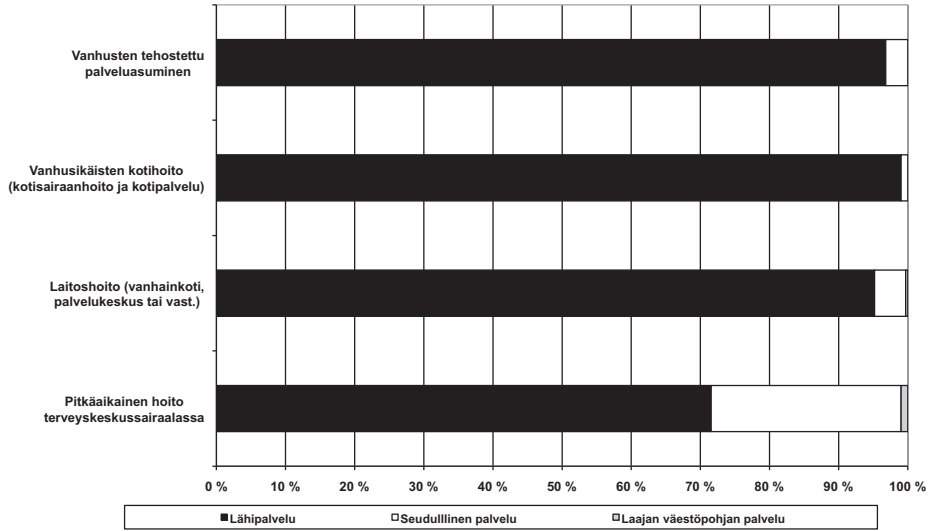
Kuva 3. Mistä aikuisikäisten pääasiassa käyttämiä peruspalveluita nykyisin saa? Kuntien jakauma %



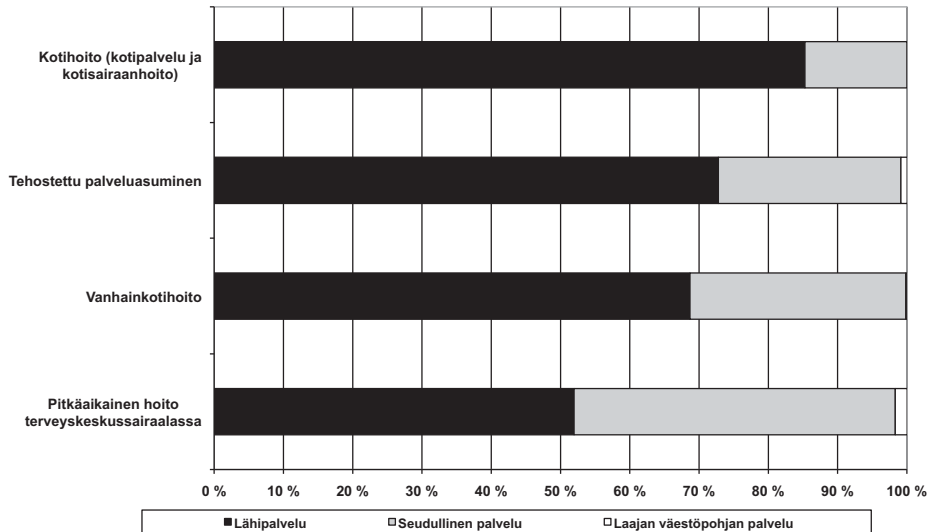
Kuva 4. Mistä aikuisikäisten käyttämiä peruspalveluita nykyisin saa? Asukkaiden jakauma %



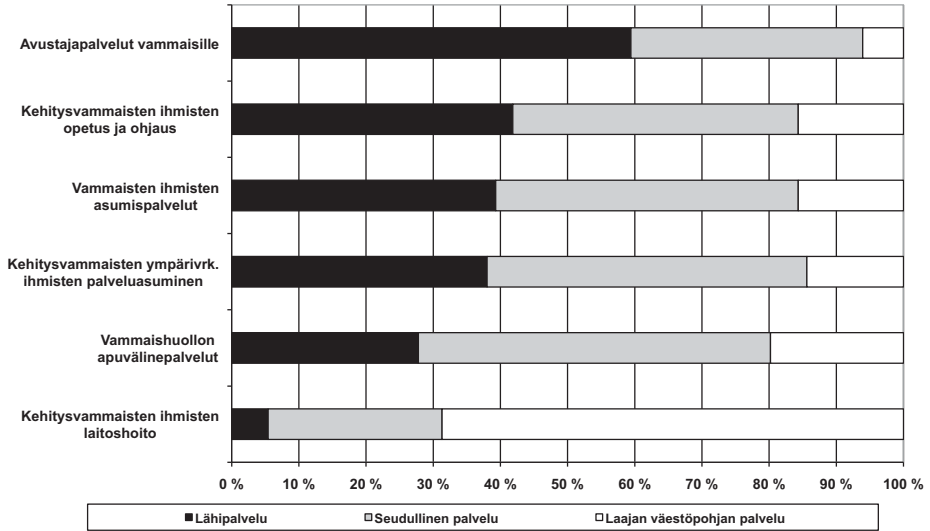
Kuva 5. Mistä ikääntyneiden peruspalveluita nykyisin saa? Kuntien jakauma



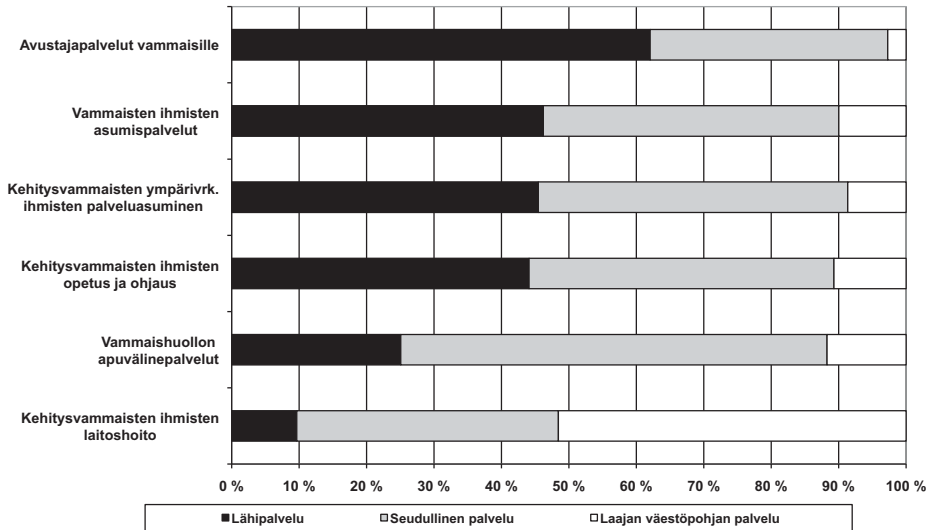
Kuva 6. Mistä ikääntyneiden peruspalveluita on saatavissa? Asukkaiden jakauma %



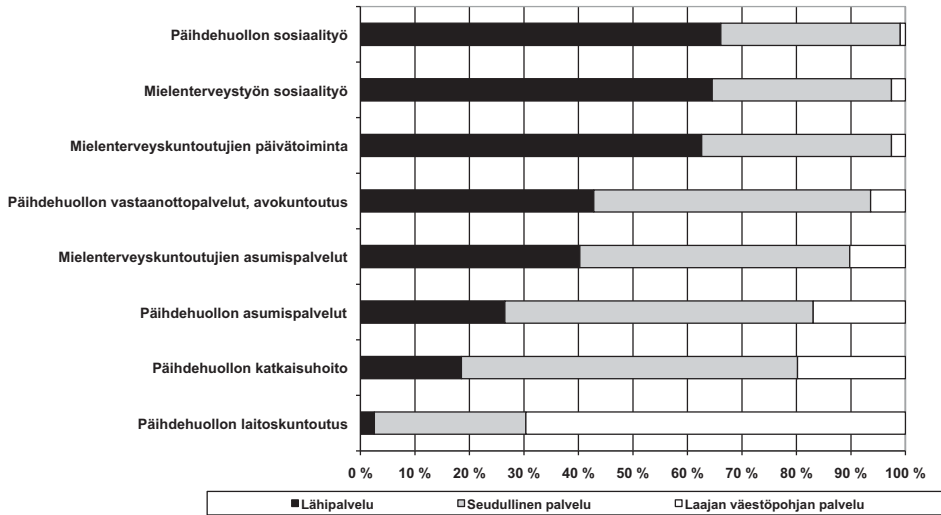
Kuva 7. Mistä vammaispalveluita nykyisin saa? Kuntien jakauma %



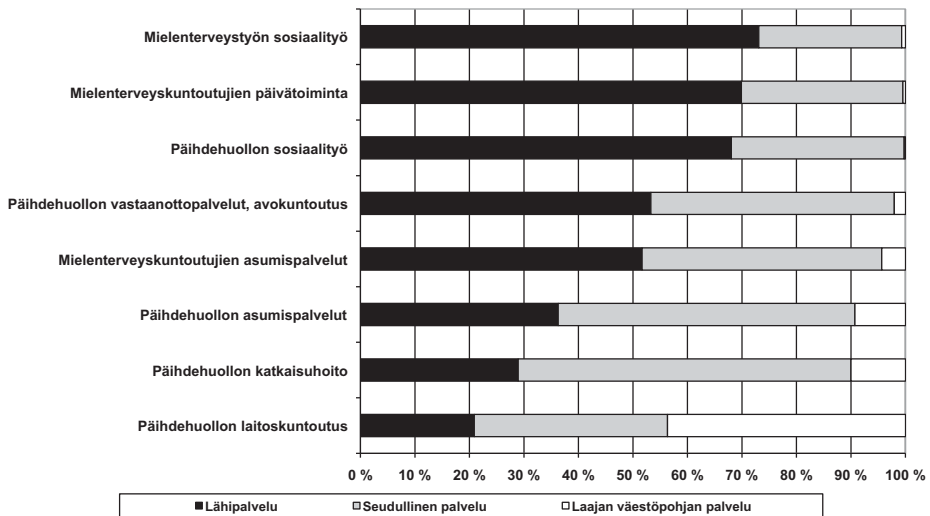
Kuva 8. Mistä vammaispalveluita nykyisin saa? Asukkaiden jakauma %

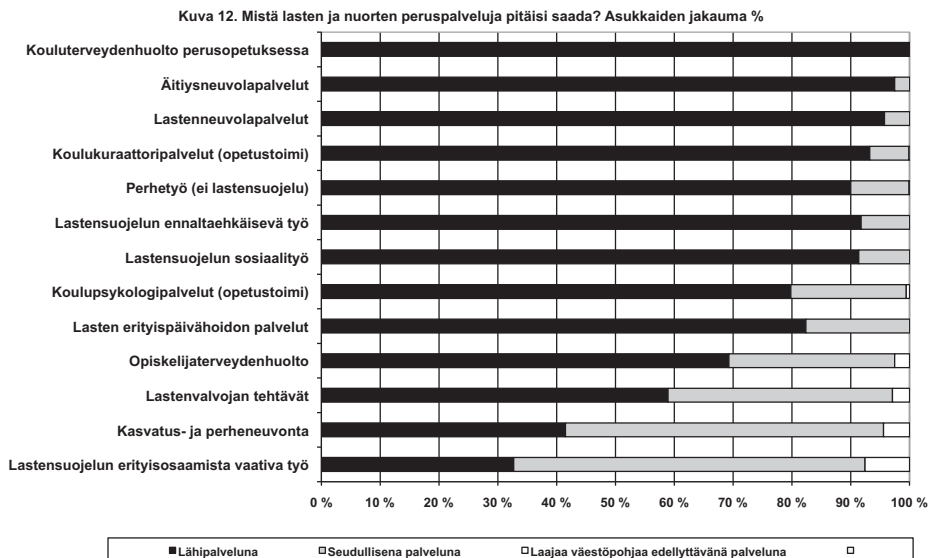
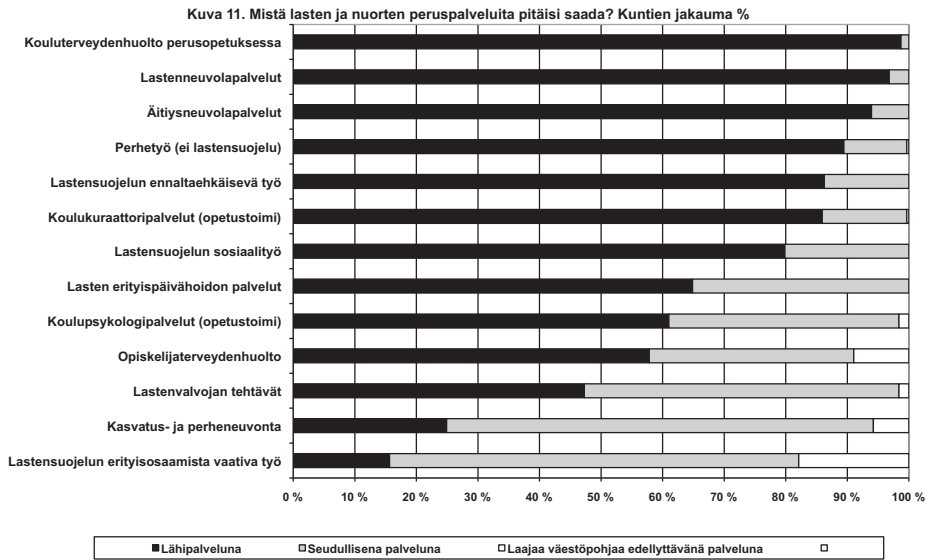


Kuva 9. Mistä mielenterveys- ja päihdepalvelujen perustason palveluita nykyisin saa?
Kuntien jakauma %

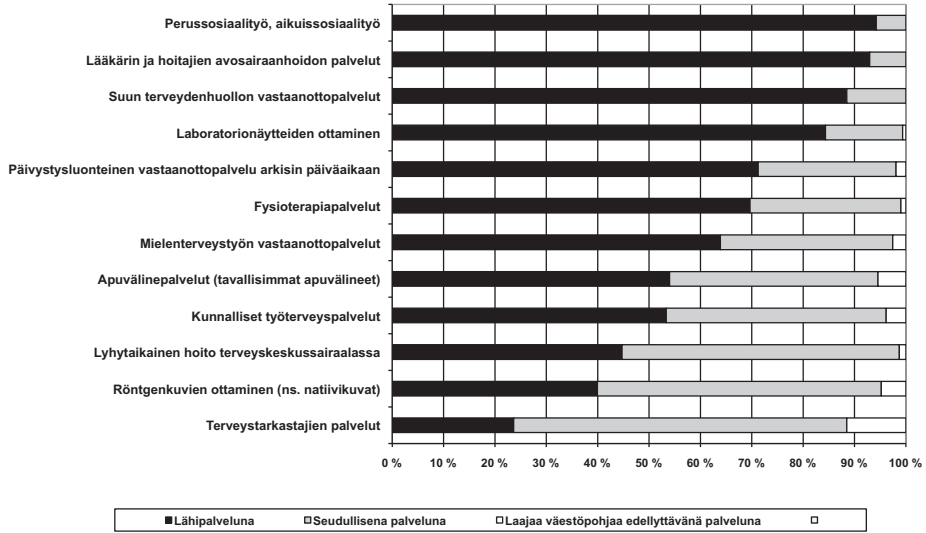


Kuva 10. Mistä mielenterveys- ja päihdepalvelujen perustason palveluita nykyisin saa?
Asukkaiden jakauma %

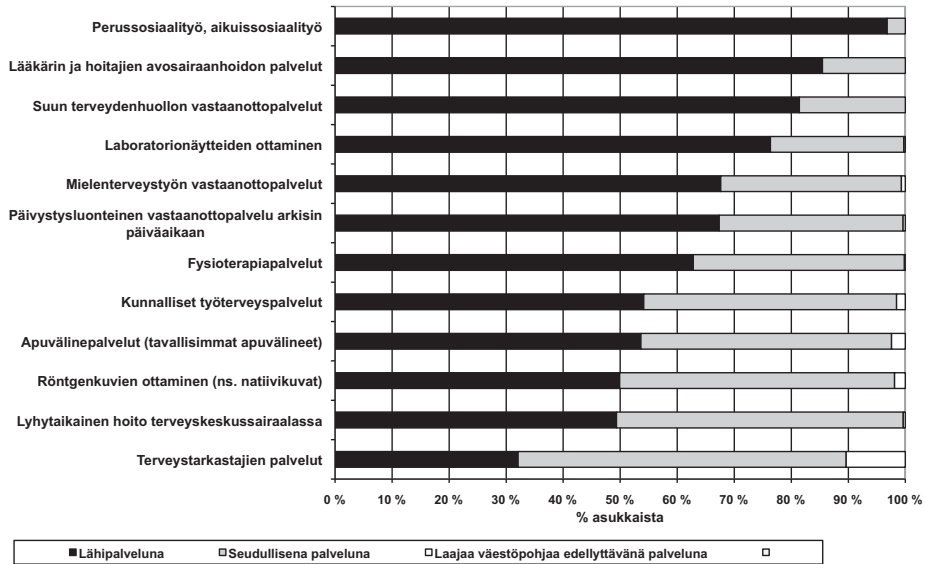




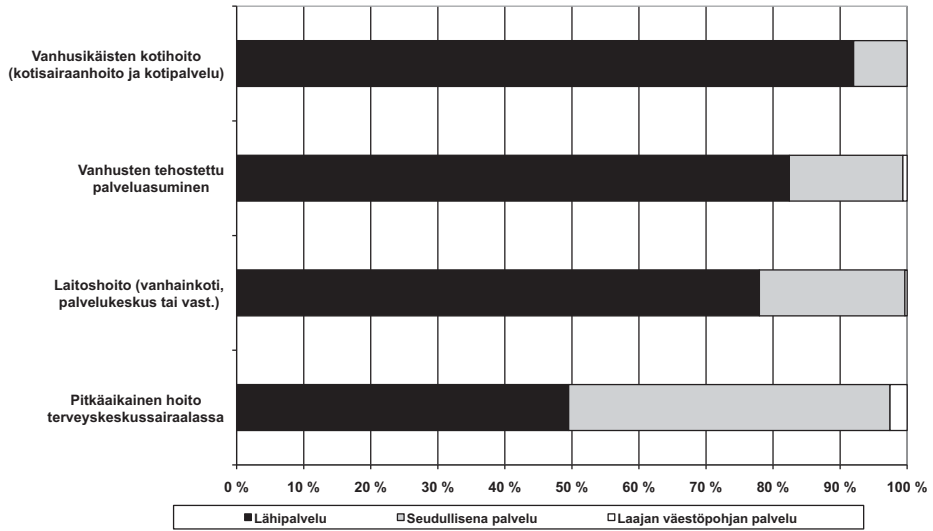
Kuva 13. Mistä aikuisikäisten pääasiassa käyttämiä pitäisi saada? Kuntien jakauma %



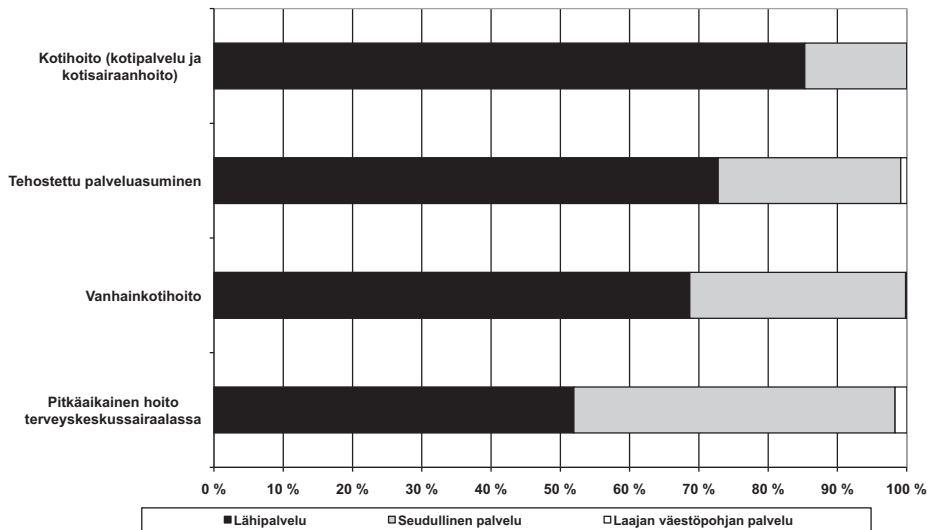
Kuva 14. Mistä aikuisikäisten käyttämiä pitäisi saada? Asukkaiden jakauma %



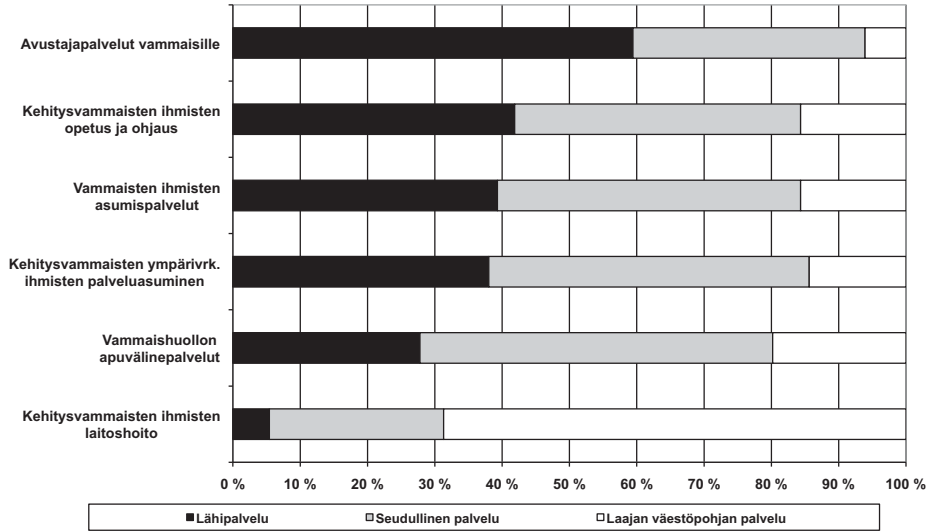
Kuva 15. Mistä ikääntyneiden peruspalveluita pitäisi saada? Kuntien jakauma %



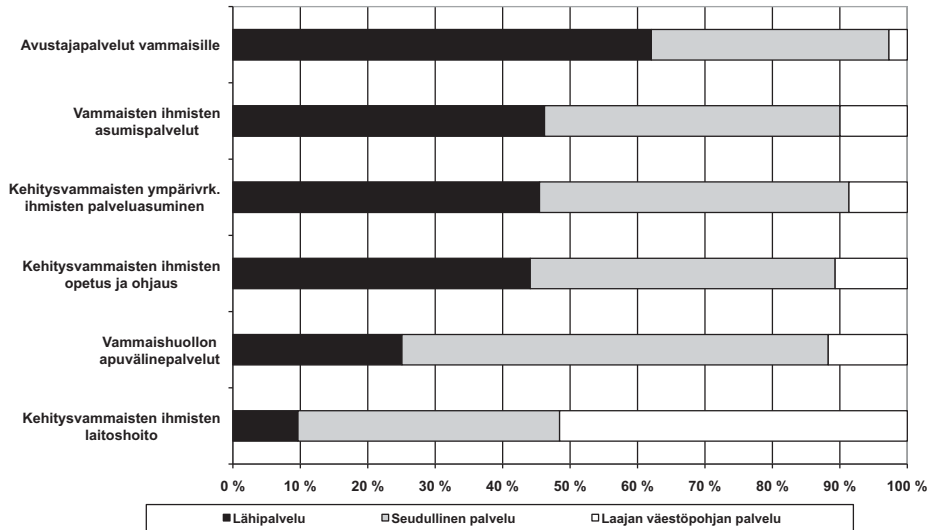
Kuva 16. Mistä ikääntyneiden peruspalveluita pitäisi saada? Asukkaiden jakauma %



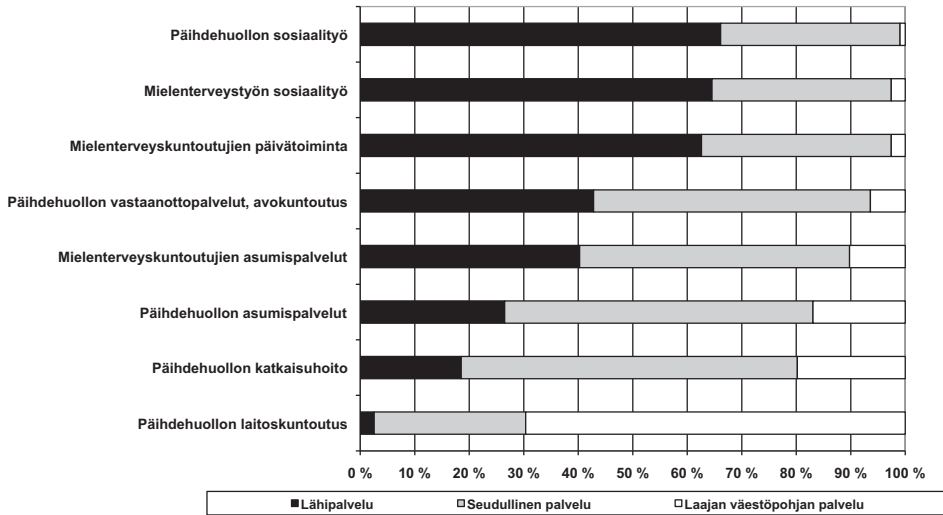
Kuva 17. Mistä vammaispalveluista pitäisi saada? Kuntien jakauma %



Kuva 18. Mistä vammaispalveluista pitäisi saada? Asukkaiden jakauma %



Kuva 19. Mistä mielenterveys- ja päihdepalvelujen perustason palveluita pitäisi saada? Kuntien jakauma %



Kuva 20. Mistä mielenterveys- ja päihdepalvelujen perustason pitäisi saada? Asukkaiden jakauma %

