

PÄIJÄT-HÄMEEN SOSIAALI- JA TERVEYSPIIRIN PERUSTAMINEN
JA TOIMINTOJEN JÄRJESTÄMINEN -HANKE

**SOSIAALITOIMEN KUNTAYHTYMÄT
JA SOSIAALI- JA TERVEYSPIIRI
-TYÖRYHMÄ**

Loppuraportti 5.1.2007

Sisällys

Tiivistelmä

1. Työryhmän tehtävä ja kokoonpano

2. Katsaus yksityisen ja kolmannen sektorin ostopalvelutuottajiin

- 2.1. Vanhusten palvelut
- 2.2. Lastensuojelu- ja perhepalvelut
- 2.3. Vammaispalvelut
- 2.4. Päihdehuollon palvelut
- 2.5. Mielen terveystyö
- 2.6. Työtoiminta

3. Työryhmän ajatuksia sosiaalihuollon ostopalveluista yksityiseltä ja kolmannelta sektorilta

4. Toimenpide-ehdotukset kehitettäessä sosiaalitoimen kuntayhtymien ja muiden palveluntuottajien toimintojen järjestämistä suhteessa Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveyspiiriin

Lähteet

Liitteet

Tiivistelmä

TYÖRYHMÄN TEHTÄVÄ JA TAVOITE

* Työryhmän tehtävänä on ollut käsitellä sosiaalihuollon kuntayhtymien ja Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveystieteiden suhdetta ja esittää vaihtoehtoja sekä toimenpidesuosituksia kuntayhtymien toteuttaman toiminnan ja yhteistyön toteuttamisessa.

* Työryhmän työskentelyn yhteydessä on käsitelty kuntayhtymien lisäksi myös sosiaali- ja terveystieteiden ja muiden sosiaalihuollon ostopalveluja tuottavien tahojen suhdetta.

* Keskeisenä tavoitteena on ollut tuoda esille ne vaihtoehdot, joilla voidaan työryhmän mielestä vahvistaa kustannus/laatusuhteeltaan hyvien sosiaalipalveluiden tuottamismahdollisuuksia Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveystieteiden käynnistyessä 1.1.2007.

* Taustana ovat suhteellisesti niukkenevat taloudelliset ja henkilöstöresurssit sekä olemassa oleva lainsäädäntö tiedossa olevin muutoksin.

* Työryhmän väliraportissa keskityttiin kuntayhtymiin ja loppuraportissa muihin ostopalvelutuottajiin. Tässä tiivistelmässä kootaan työryhmän ajatuksia molemmista raporteista.

TYÖRYHMÄN JOHTOPÄÄTÖKSET JA TOIMENPIDE-EHDOTUKSET:

* Työryhmän johtopäätökset ja toimenpide-ehdotukset kertovat työryhmän käsityksen käsiteltävän palvelukokonaisuuden osalta.

* Työryhmän mielestä vastuu työryhmän toimenpide-ehdotusten toteuttamisesta tai eteenpäintyöstämisestä on työryhmän työn päätyttyä kuntien lakimääräisen palveluiden järjestämisvastuun omaavalla hallinnollisella johdolla tai kuntien tilaajilla ja tuottajien hallinnollisella johdolla.

1) TILAAJA – TUOTTAJA -MALLI

* Keskeisenä lähtökohdana tilaamistoiminnan edellyttämän kilpailutuksen onnistumiselle työryhmä pitää sitä, että sosiaali- ja terveydenhuollon palveluiden kokonaishallinta pysyy yhtymän tai tilaajakunnan käsissä.

* Tämä edellyttää merkittävän, kustannus/laatusuhteeltaan hyvälaatuisen oman palvelutuotannon olemassaoloa.

* Kun sosiaali- ja terveystieteiden ratkaistaan, milloin sosiaalihuollon ostopalveluita tulee hankkia kilpailutusmenettelyn ja milloin taas muun sopimusyhteistyön kautta, tulee työryhmän suosituksen mukaan arvioida tilannetta lähinnä kolmen kriteerin perusteella:

1. odotukset palvelun hinta/laatu -suhteen kannalta
2. markkinatilanne eli soveltuvien tuottajien määrä
3. kyseisen ostopalvelun luonne; jos on tarve räätälöidä palvelua, palvelu ei yleensä ole kovin kilpailuttamiskelpoinen.

Kilpailuttamisprosessissa tulee aina varmistaa palvelun sisältöön ja laatuun liittyvä asiantuntemus kilpailuttajataholla. Tällöin tulee olla kokonaisnäkemys:

- * palvelutarpeista,
- * lainsäädännöstä,
- * käytettävissä olevista resursseista,
- * poliittisen päätöksenteon strategisista linjauksista ja
- * palvelutuotannon tilanteesta.

2) KUNTAYHTYMIEN PALVELUTUOTANTO

Kehitysvammahuolto ja muut vammaispalvelut

Keskeiset toimenpide-ehdotuksiin vaikuttavat lähtökohdat voidaan jäsentää seuraavasti.

1. Kuntien rakenneuudistusta edistävä Paras-hanke lähtee siitä, että kehitysvammaisten erityishuollon ja erikoissairaanhoidon järjestävät samat organisaatiot. Lainsäädännön muutos ei tätä kuitenkaan edellytä. Kunnan on kuuluttava vähintään yhteen kuntayhtymään.

2. Kehitysvammalaki sisältää edelleen velvoitteen kehitysvammahuollon erityishuoltopiirien ylläpitämisestä. Lainsäädäntömuutoksia on odotettavissa seuraavalla eduskunnan vaalikaudella.
3. Uudenmaan erityispalvelut ky ja Pääjärven erityishuoltopiirin ky tekevät selvitystyötä toimintojensa yhdistämisestä siten, että tulokset ovat käytössä syksyllä 2007.
4. Koska Pääjärven ky tuottaa palvelut sekä Kanta- että Päijät-Hämeelle, merkitsisi Päijät-Hämeen irrottautuminen kehitysvamma-asiain erityisasiantuntemuksen hajottamista koko Hämeestä ja erityisasiantuntemuksen keräämistä aiempaa suppeammalta alueelta.
5. Pääjärven ky on hajauttanut avo- ja varsinkin asumispalveluitaan jäsenkuntiinsa, joko omaan hallintoonsa tai kunnat ovat perustaneet vastaavia palveluita omaan organisaatioonsa.
6. Kehitysvammopalveluihin kuuluu ns. normaaleja peruspalveluita (asuminen, työtoiminta) sekä suppean väestöosan tarvitsemia erityispalveluita, joille nykyisetkin erityishuoltopiirit ovat liian suppeita väestöpohjaltaan.

Palveluiden järjestämisen linjauksia:

1. Kuntayhtymien nyt järjestämät kehitysvammaisten ja vammaisten lähipalvelut siirretään kuntiin, sote-yhtymään ja läntiseen piiriin.
2. Kehitysvamma- ja vammaistyön erityisasiantuntemusta edellyttävien palveluiden järjestämispohja selvitetään. Kyse on keskitettävistä palveluista. Selvitetään, muotoutuuko riittävän suuri väestöpohja yhdistämällä Pääjärven ja Uudenmaan ky:t.

Näillä perusteilla kehitysvammahuollon järjestämistä koskevaan selvitystyöhön tulee palata syksyllä 2007, jolloin:

- * Uudenmaan ja Pääjärven kuntayhtymien selvitystyö on valmistunut
- * on saatu lisäinformaatiota kehitysvamma- ja vammaislainsäädännön yhteensovittamisesta
- * tulee tarkastella samalla Hartolan, Myrskylän ja Iitin kuntien tilanne.

Kuntayhtymämuotoiset ja muut päihdepalvelut

Työryhmä pitää seuraavia kehittämistoimenpiteitä päihdepalveluiden osalta keskeisinä:

1. Päihdepalveluiden yleinen koordinaatiovastuu ja kehittämistyö sijoitetaan sosiaali- ja terveysyhtymään. Koordinaatiotyö sidotaan hoito- ja palveluprosessien uudistamisen sekä terveyden ja sosiaalisen hyvinvoinnin edistämisen osahankkeisiin. Päihdepalveluissa tarvitaan monenlaisia kuntoutumismuotoja avomuotoisesta laitospalveluun. Painopiste tulee asettaa avohuoltoon.
2. Keskeinen jatkotyökohde on perusturvapiirien ja tilaajatoiminnan keskinäinen ja sisäinen organisoituminen: palvelupolkujen selkiyttäminen, päihdehuollon palvelunohjauksen lisääminen ja tehostaminen sekä sisältöosaamisen lisääminen. Keinona on mm. päihdetyöntekijöiden roolin lisääminen palveluohjauksessa.
3. Kumppanuusperiaatteelle perustuva sopimusperusteinen palvelutuotanto tulee järjestää tarpeiden ja taloudellisten voimavarojen mukaiseksi. Markkinoilla ei ole tässä vaiheessa kilpailutuksella tavoiteltavan hinta/laatuhyödyn saamisen edellyttämiä kilpailijoita riittävästi. Kumppanuusperiaatteelle perustuvan yhteistyön kehittäminen palveluntuottajien kanssa on keskeistä. Puitesopimusmenettelyä täydennetään vuosittain tai osavuositain täsmennyvällä tilaajatoiminnalla. Lisäksi tulee säilyttää asiakkaiden yksilölliseen tarpeeseen perustuva palveluiden ostojärjestelmä koskien lähinnä pieniä palveluntuottajia.
4. Kilpailutuksen toteutuessa toteuttaja on sosiaali- ja terveysyhtymä. Ostotoimintaan liittyvän osaamisen lisääminen on tarpeen.

Perheneuvolapalvelut

Perheneuvolatoiminta sopii toteutettavaksi sosiaali- ja terveyspiirissä keskitettävänä palveluna.

- * Monet perheneuvolan työmuodot edellyttävät erityisasiantuntijoiden tiivistä työryhmyötä.
- * Palveluiden saatavuus kaikissa kunnissa on turvattava mahdollisessa perheneuvolapalveluiden organisoimisen uudistuksessa.
- * Työryhmä pitää perusteltuna yhden yksikön muodostamista Päijät-Hämeeseen vastaamaan perheneuvolapalveluista ja kokoamaan siihen liittyvä asiantuntemus.

Jatkotyön tulisi edetä seuraavasti. Vuoden 2007 alkupuolella tehdään selvitys, jonka lähtökohtana tulisi olla seuraavien vaihtoehtojen hyötyjen ja haittojen tarkempi selvittäminen:

- 1) Perheneuvolatyön säilyttäminen nykyisellään siten, että
 - a) Perheneuvonta kuuluu ”hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen” tulosalueeseen. Yhtymä ostaa läntiseltä piiriltä tai läntinen piiri ostaa yhtymältä tarvitsemansa palvelut. Päijät-Hämeen perheneuvola pysyy yhtenäisenä.
 - b) Päijät-Hämeen perheneuvola ja Lahden perheneuvola yhdistetään. Uuden yksikön hallinnollisia vaihtoehtoja ovat yhden tai usean kunnan omistama liikelaitos (ml. Oiva-liikelaitos) tai hallinnollinen sijainti joko osana Lahden kaupungin tai yhtymän peruspalvelukeskusta. Perheneuvola säilyy yhtenäisenä nykyistä suurempana yksikkönä.
- 2) Perheneuvolatyö hajautetaan eri yksiköihin (yhteinen lapsiperheiden psykososiaalisten palveluiden malli). Muodostetaan yhtymään, läntiseen piiriin ja ehkä myös Lahden kaupunkiin yksiköt, joihin yhdistetään perustason ja erikoistason mielenterveystyö, perheneuvolatyö sekä ehkä terveyskeskuksista perheiden psykologityötä, puheterapiaa ja perheiden sosiaalityötä sosiaalitoimen puolelta. Nykyinen Päijät-Hämeen perheneuvola hajoaa.

Vaihtoehtojen vertailu tehdään Päijät-Hämeen perheneuvolatyön ja avoterveydenhuollon lasten-/nuorisopsykiatrian nykyiseen toimintamalliin ja siitä saatuihin kokemuksiin. Kaikissa em. vaihtoehtoissa mahdollistetaan liitin, Myrskylän ja Pukkilan perheneuvontapalveluiden järjestäminen.

- * Selvitystä varten perustetaan työryhmä, joka tukee ulkopuolisen konsultin tekemää selvitystyötä asiantuntijapanoksellaan. Selvitystyön valmistumisen määräajaksi esitetään 30.4.2007.
- * Selvitysvaihetta seuraa keväällä 2007 tehtävä linjaratkaisu sekä tarvittava jatkosuunnittelu ja käytännön toimien järjestäminen.
- * Mahdollisen uuden perheneuvolatoimintamallin toiminta käynnistyisi aikaisintaan vuoden 2008 alusta. Huomioon tulee ottaa P-H:n perheneuvolakuntayhtymän perussopimuksen irtisanomisaika, yksi kalenterivuosi. Vaihtoehdon 2 kohdalla tulee muutosvaiheeseen varata pitempi siirtymäkausi.

3) YKSITYISEN JA KOLMANNEN SEKTORIN PALVELUNTUOTANTO

Yksityisen ja kolmannen sektorin rooli tulee määrittää palveluiden kokonaishahmotuksen sisältävän järjestämissuunnitelman pohjalta. Sosiaalipalveluiden hankintaan ja tuottamiseen liittyviä kunta- ja palvelusektorikohtaisia eroja on nykyisellään alueella runsaasti.

Työryhmä painottaa seuraavia linjauksia yhteistyössä palveluntuottajien kanssa:

- * Yksityisten ja kolmannen sektorin palveluntuotannon merkitys on jatkossakin suuri ja palveluntuottajien toimintaedellytykset tulee turvata.
- * Järjestö- ja vapaaehtoistyötä tekevien kolmannen sektorin yhteisöjen tekemä työ tulee nivoa osaksi varsinaista palvelutuotantokokonaisuutta.
- * Kunnallisen hankintatoimen nykyistä seudullista yhteistyötä tulee kehittää ja laajentaa sitä koko sote-piirialueelle.
- * Nykyiset sosiaalipalveluiden hankintaan liittyvät käytännöt vaihtelevat suuresti kuntien ja palvelusektoreiden välillä. Kokonaistilanteen pohtiminen ja käytäntöjen yhtenäistämisen edistäminen tulee ottaa sote-piiriorganisaation työlistalle. Tavoitteeksi tulee asettaa sosiaalipalvelujen ostoja ja käyttöä koskevan kokonaissuunnitelman laatiminen, joka tarjoaa lähtökohdat käytäntöjen ja rakenteiden uudistamiselle.
- * Kunnan/piirin/yhtymän oma palvelutuotanto säilyy jatkossakin kilpailukykyisenä vaihtoehtona usealla sosiaalipalveluiden sektorilla.

4) MUUT KUIN KUNTAYHTYMÄMUOTOISET PALVELUT SEKTOREITTAIN

Lastensuojelu- ja perhepalvelut

Lastensuojelupalveluiden kohdalla käytettävien palvelujen valikoimaa tulisi painottaa nykyistä enemmän avopalveluiden suuntaan. Sijaisperheisiin sijoittaminen tulisi olla nykyistä useammin vaihtoehto perhekotiapaikalle. Sijaisperheiden palkkiotasoa tulisi työryhmän mielestä nostaa ja yhtenäistää, jotta vaihtoehdosta muodostuu houkutteleva vaihtoehto perhekotitoiminnalle. Kilpailutustilanteessa tulee, aina kun se on mahdollista, tarkastella omaa kunnallista palvelua ja sijaisperhetoimintaa perhekoti- tai ostopalveluvaihtoehtojen rinnalla. Työryhmän arvion mukaan lastensuojelun sijoituspaikkojen kilpailutuksella voidaan nykyisessä tilanteessa saavuttaa kustannus- ja laatuhyötyä.

Työtoiminta

Työtoiminta ja siihen liittyvä pitkäaikaistyöttömien työllistymis- ja eläkkeelle siirtymismahdollisuuksien selvittely on alue, jonka vajavaisesta järjestämisestä kunnat maksavat nykyinsäädännön mukaan mittavan tulonsiirron valtiolle. Nämä palvelut on tästä syystä ensiarvoisen tärkeä järjestää nopeasti kuntoon. Lisäsäästöjä aiheutuu välillisesti mm. päihteiden käytön vähetessä säästyvinä terveydenhuoltomenoina tai toimeentulotukimenoina. Taloudellisia voimavaroja on käytössä, mikäli kuntien nyt maksamat passiivisen työmarkkinatuen kuntaosuudet suunnataan uuteen käyttöön. Tämän mahdollistamiseksi tulee tehdä kokonaissuunnitelma pitkäaikaistyöttömien työtoimintojen järjestämiseksi. Tältä pohjalta tarvittavat palvelut tulee työryhmän mielestä järjestää sopimusperusteisesti kunnallisten, yhdistysmuotoisten ja yksityisten palveluntuottajien toimesta.

Mielenterveyspalvelut

Mielenterveyspalveluissa sosiaalihuollon osa-alueella painottuvat asumis- ja työtoimintapalvelut. Asiakastarpeet ovat usein räätälöityjä. Palveluita on saatavilla mutta usein ei löydy juuri sopivia palveluita. Painopiste asettuu sopimusperusteiseen tuotantoon ja tuottajan omaan toimintaan. Kilpailutusta voidaan tuloksellisesti käyttää rajatussa määrin.

Vanhusten palvelut

Vanhusten palveluissa on tarjontaa tuloksekkaan kilpailutuksen toteuttamiseksi, mikäli kilpailutettavat palvelut rajataan selkeästi. Vanhuspalvelut ovat lähtökohtaisesti lähipalveluita ja niitä tulee tarjota omassa kunnassa. Kunnan oma tuotanto on usein niin hinta- kuin laatutekijöidenkin osalta kilpailukykyinen. Varsinaista kustannussäästöä voidaan saavuttaa yhteistoiminnalla, huolehtimalla riittävästä avopalveluiden saatavuudesta, huolehtimalla ikääntyville soveltuvan asuntokannan olemassaolosta palveluiden läheisyydessä ja tuottamalla erityistä osaamista vaativat palvelut aiempaa keskitetympin. Kilpailutuksella saavutettavaa merkittävää kustannushyötyä ei tällä hetkellä työryhmän arvion mukaan ole saatavissa.

5) PROJEKTIRAHOITUKSEN KÄYTÖN KOHDENTAMINEN

Sosiaalihuollon palveluihin liittyen on tässä raportissa tuotu esille osa-alueiden järjestämissuunnitelmatarpeita. Useissa tapauksissa edellytetään mittavaakin selvitystyötä, jotta varsinaiseen järjestämissuunnitteluun päästään käsiksi. Selvityksien ja suunnitelmien tekeminen vaatii usein organisaation tuottaman työpanoksen ylittämistä. Tällöin on tarkoituksenmukaista käyttää selvitystyöhön projektirahoitusta. Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveystieteiden muodostaminen ja erityisesti siihen liittyvä järjestämissuunnittelutyö mahdollistaa resurssien kanavoimisen tähän sosiaalipalveluita koskevaan selvitys- ja jatkosuunnittelutyöhön.

Työryhmän esittämien toimenpide-ehdotusten pohjalta tulee palveluiden järjestämistä vastaavien edustavien toimijoiden yhteistyönä laatia pikaisesti yhteenveto niistä selvittämis- ja

suunnitelmatarpeista, joiden toteuttamista maakunnallisen sosiaalihuollon järjestämissuunnitelman laatiminen edellyttää. Yhteenveto voi osaltaan toimia runkona, jotta Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveystieteiden perustamiseen tarkoitettua määrärahaa voidaan suunnata tarkoituksenmukaisella ja tuottavimmalla tavalla kuntalaisten hyväksi.

1. Työryhmän tehtävä ja kokoonpano

Työryhmän tehtävänä on ollut käsitellä sosiaalitoimen kuntayhtymien ja sosiaali- ja terveystieteiden suhdetta ja esittää vaihtoehdot tämän yhteistyön toteuttamisessa. Työryhmän työskentelyn yhteydessä on käsitelty kuntayhtymien lisäksi myös sosiaali- ja terveystieteiden ja muiden sosiaalihuollon ostopalveluja tuottavien tahojen suhdetta, koska palvelun ostajan tai tilaajan kannalta kyseessä on samantyyppinen ostopalveluun perustuva sopimussuhde, jolle tulee jäsentää sosiaalihuollolle ominainen lainsäädäntö- ja arvoperusta. Lisäksi useat kunnat hankkivat hyvin merkittäviä eriä palveluita myös kuntayhtymien ulkopuolisilta palveluntuottajilta.

Työryhmä on koontanut tähän loppuraporttiin tietoja sosiaalihuollon ostopalveluja tuottavista yksityisten ja kolmannen sektorin toimijoista (luku 2). Lisäksi tässä raportissa esitetään työryhmän kommentteja ja ajatuksia mm. ostopalveluihin, palveluntuottajamarkkinoihin sekä tilaaja – tuottaja -mallin soveltamiseen liittyen (luku 3).

Loppuraportin tietoja on koottu mm. hyödyntämällä aiemmin laadittuja selvityksiä, keskustelutilaisuuksissa, joihin kutsuttiin palveluntuottajien edustajia sekä työryhmän keskinäisissä teemakeskusteluissa.

Tässä loppuraportissa rajataan tarkastelu pääasiassa muiden kuin kuntayhtymien tuottamiin sosiaalipalveluihin. Kuntayhtymiä koskeva perusteellisempi tarkastelu sisältyy työryhmän väliraporttiin, joka valmistui 27.10.2006. Kuitenkin tässä loppuraportissa täsmennetään kuntayhtymien osalta työryhmän aiemmin esittämiä näkemyksiä. Nämä täsmennykset sisältyvät raportin toimenpide-ehdotuksia sisältävään lukuun (luku 4) sekä tiivistelmäosuuteen.

Työryhmän kokoonpano on ollut seuraava:
Vastuuhenkilö, perusturvajohtaja Harri Koivu, Padasjoki
sosiaalijohtaja Mika Forsberg, Asikkala
sosiaalijohtaja Risto Kajaste, Lahti
sosiaalijohtaja Leena Kunttunen, Hämeenkoski
ravitsemustyöntekijä Hilikka Meronen, JHL
sosiaalisihiteeri Tapio Niemelä, Artjärvi
perusturvajohtaja Päivi Nykänen, Sysmä
sosiaalityöntekijä Leila Rämä, Iitti
fysioterapeutti Päivi Veikkola, TNJ ry
suunnittelija Arto Ristola, HY/Palmenia, Päijät-Hämeen ja Itä-Uudenmaan
sosiaalialan osaamiskeskus Verso (sihteeri).

Työryhmän jäsenillä on ollut mahdollista nimetä henkilökohtainen varajäsen sijaisekseen silloin, kun he eivät ole voineet itse osallistua työryhmän työhön. Hollolan kunnan sosiaali- ja terveysjohtaja Päivi Hiltunen on osallistunut työryhmän työhön syksyn 2006 ajan.

2. Katsaus yksityisen ja kolmannen sektorin ostopalvelutuottajiin

Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveystieteiden kuntien ostamia sosiaalipalveluita kartoitettiin kuntiin suunnatulla kyselyllä. Siinä pyydettiin vastauksia mm. seuraaviin kysymyksiin:

- Palveluntuottajat (kuntayhtymä tai muu), jolta kunta ostaa palveluja?
- Mitä palvelua kunta ko. palveluntuottajalta hankkii?
- Ostojen euromäärä (eriteltynä tuottajakohtaisesti, jos mahdollista) vuonna 2005?

Vastauksia saatiin kaikista 14 kunnasta vaihtelevalla tarkkuudella. Kunnat ilmoittivat yhteensä noin 250 palveluntuottajaa, joilta ne ostavat sosiaalipalveluita vuonna 2005. Euromääräisiä ostotietoja saatiin 13 kunnasta. Kuntien ilmoittamien ostopalveluiden euromääräinen summa oli vuonna 2005 yhteensä noin 51 344 000 euroa (Myrskylän tiedot puuttuvat tästä). Se jakautui sektoreittain karkeasti jaoteltuna seuraavalla tavalla:

Vanhuspalvelut	9 945 000 euroa
Lastensuojelu- ja perhepalvelut	10 551 000 euroa
Vammaispalvelut	19 399 000 euroa
Päihdehuollon palvelut	2 960 000 euroa
Mielenterveyspalvelut	6 546 000 euroa
Työtoiminta ja muut palvelut	1 943 000 euroa
Yhteensä	51 344 000 euroa

Edellä kuvattu summa ja jaottelu ovat suuntaa antavia, sillä kuntien toimittamat tiedot palvelujen ostosta ovat osittain epätarkkoja. Myös monet sosiaalipalvelujen tuottajat toimivat usealla eri sektorilla, ja kunnan hankkimien palvelujen erittely ei ole ollut kaikissa tapauksissa mahdollista käytettävissä olevien tietojen perusteella.

Alueen kuntien hankkimien sosiaalipalvelujen osuutta kuntayhtymiltä ja toisaalta muilta ostopalvelujen tuottajilta ei voida kuntien toimittamien euromääräisten kulujen perusteella tarkasti arvioida, sillä osa kunnista ei yksilöinyt ostopalvelukustannuksiaan tuottajakohtaisesti vaan toimitti ostopalveluluvut sektorikohtaisena kokonaissummuna. Nämä osuudet näyttävät vaihtelevan varsin paljon kuntien välillä. Esimerkiksi Sysmässä kuntayhtymiltä tehdyt ostot olivat noin 35 % ja muilta tehdyt ostot siis noin 65 % sosiaalihuollon kokonaisostoista. Hartolassa vastaavasti kuntayhtymäostojen osuus oli vain 18 % ja muiden osuus noin 82 %. Alueen selvästi suurimassa kunnassa, Lahden kaupungissa sosiaalitoimen palvelujen ostojen kokonaismäärä vuonna 2005 oli noin 33 900 000 euroa (noin 66 % koko alueen sosiaalitoimen palvelujen ostoista). Siitä eri kuntayhtymiltä ostettuja palveluita oli noin 9 850 000 euroa, siis noin 29 % ja muilta ostettuja palveluita 24 050 000 euroa eli noin 71 %. Varovasti voidaan arvioida yksityisten ja kolmannen sektorin palveluntuottajien osuuden olevan noin kaksi kolmannesta sosiaalihuollon ostojen kokonaismäärästä Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveystieteiden alueella.

Lähes 250 yksityisen ja kolmannen sektorin palveluntuottajan joukosta erottuvat määrällisessä tarkastelussa muutamat suuret ja vakiintuneet palvelujen

tuottajatahot. Tällaisia ovat mm. Lahden Diakoniasäätiö, Lahden ensi- ja turvakoti, Invalidiliiton eri yksiköt, A-klinikkasäätiö, Päijät-Hämeen sosiaalipsykiatrinen säätiö sekä Päijät-Hämeen koulutus konsernin Tuoterengas. Suuri osa ostettavista palveluista jakautuu kuitenkin lukuisille pienille ja keskiuurille palveluntuottajayksiköille.

Seuraavassa luodaan lyhyet katsaukset palveluntuottajakenttään sektoreittain. Samalla esitetään tiiviisti niitä keskeisiä Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveystieteisiin muodostamiseen liittyviä ajatuksia, joita palveluntuottajien edustajat nostivat esille heidän kanssaan käydyissä keskusteluissa. Palveluntuottajat on jaoteltu kuuteen ryhmään ja jokaisesta ryhmästä on poimittu lyhyeen esittelyyn yksi palveluntuottaja. Palveluntuottajia valittaessa pyrittiin löytämään keskenään erilaisia toimijoita niin yksityisen kuin kolmannen sektorin piiristä.

2.1. Vanhusten palvelut

Vanhuspalveluja tuottaviin tahoihin kuuluu lukuisia yhdistysmuotoisia yhteisöjä ja säätiöitä. Lisäksi alalla toimii useita yrityksiä, mm. osakeyhtiöitä. Viime aikoina alalle on tullut myös valtakunnallisia, voimakkaasti kasvavia yrityksiä. Tarjottavien palveluiden kirjo on laaja: dementiakodit, pitkäaikaissairaat, ryhmäkodit, päiväkeskukset, erilaiset tukipalvelut kuten ateria-, kuljetus- ja siivouspalvelut jne.

Vanhusten palveluja tuottaville sosiaalipalvelujen tuottajille suunnattuun keskustelutilaisuuteen kutsuttiin 36:n eri toimijatahon edustajat. Tilaisuus pidettiin 4.9.2006 klo 9 – 11 ja siihen osallistui 18 henkilöä, jotka edustivat 14 eri palveluntuottajatahoa.

Keskustelutilaisuudessa vanhuspalvelujen tuottajat korostivat, että laatutekijät tulee ottaa huomioon kustannusten ohella, kun kunnissa ja sote-piirissä käsitellään palveluntuotantoon ja ostoihin liittyviä kysymyksiä. Tuottajat toivovat laadunvarmistuksessa tehtävää yhteistyötä tilaajatahojen kanssa. Tilaaja-tuottaja -mallista tulee rakentaa arjen eri tilanteissa hyvin toimiva ja asiakkaan näkökulma tulee muistaa. Palveluntuottajat toivoivat tarpeeksi pitkiä sopimuskausia (3 – 5 vuotta), jotka mahdollistavat toiminnan jatkuvan kehittämisen ja investoinnit. Vanhuspalvelut ovat tyypillisesti sellaisia palveluita, joiden säilyttäminen kunnissa tarjottavina lähipalveluina on ensiarvoisen tärkeää.

Palveluntuottajien edustajat toivat esiin myönteiset odotuksensa sote-piiriä kohtaan. Perusturvapiirien mukaiset alueelliset jaottelut vaikuttavat palveluntuottajien mukaan toimivilta kokonaisuuksilta. Joissakin palveluntuottajayhteisöissä sote-piiri uudistus oli koettu myös uhkana, joka liittyy toimintakäytäntöjen muuttamiseen. Kilpailutuksen järjestämisestä tunnettiin myös huolta: ovatko kilpailutuskäytännöt koko alueella yhtenäiset, kilpailutetaanko samanaikaisesti, tehdäänkö samanpituisia sopimuksia? Kiinnostusta kohdistui erityisesti siihen, millaiset tahot tulevat jatkossa huolehtimaan tilaajaosapuolen päätöksenteosta, kun ainakin osa osto-osaamisesta siirtyy pois kunnasta. Toiminnan paikallisuuden huomioon ottamista kilpailutus- ja tilausprosessissa pidettiin tärkeänä, vaikka myönnettiin, että hankintalain ja kilpailutussäädösten takia asia ei ole ongelmaton.

Esimerkki vanhuspalveluja tuottavasta yhteisöstä: Lahden Diakoniasäätiö

Lahden Diakoniasäätiö on merkittävä ja monipuolinen kolmannen sektorin palveluiden tuottaja, jolla on vanhuspalveluiden lisäksi muitakin toimintamuotoja. Näitä ovat mm. koulutuspalvelut, tutkimus- ja kehittämistoiminta, terveystyö, ravitsemis- ja päiväkotitoiminta. Diakoniasäätiöllä on paikallisen toiminnan lisäksi paljon kansainvälistä yhteistyötä.

Diakoniasäätiön ylläpitämä Lahden Diakonialaitos tarjoaa vanhuspalveluita useassa eri yksikössä. Lahden kaupungin kanssa tehtävän yhteistyön ja ostopalvelujen kannalta laajin kokonaisuus on vanhusten tuettu asuminen, jota on tarjolla Erkonpuiston palvelukeskuksen Mathilda-kodissa (28 tehostetun palveluasumisen paikkaa ja yksi palveluasumispaikka) ja palvelukoti Betelissä (25 tehostetun palveluasumisen paikkaa ja 29 palveluasumispaikkaa). Lisäksi vanhuksille on palvelu- ja vuokra-asuntoja Teemuntalon palvelukeskuksessa (22 asuntoa) sekä Erkonpuiston eläkekodissa (53 aravakelpoista vuokra-asuntoa). Teemuntalon palvelukeskuksessa on myös dementiayksikkö, jossa on 26 asuntoa keskivaikeasti tai vaikeasti dementoituneille lahtelaisille. Sotainvalidien veljeskodissa tarjotaan laitoshoidon ja kuntoutusta sotainvalideille ja sairaalasta kotiin päässeille kuntoutuville.

Diakonialaitoksen kotihoitopalvelu avustaa vanhuksia ja vammaisia ympäri vuorokauden. Kotihoitopalveluita ovat mm. kodinhoidollinen ja perushoidollinen työ, sairaanhoidollinen työ ja lääkepalvelut, asiointi-, saatto- ja kaupassakäyntiapu sekä ateria- ja turvapalvelut. Laitoksen fysioterapiapalveluilla on jo yli 25 vuoden historia asiakkaiden työkyvyn ja kunnan ylläpitäjinä. Asiakkaina on niin yksityisiä ihmisiä, yrityksiä kuin yhteisöjäkin. Diakoniasäätiön omia palveluja täydentävät yksiköiden kanssa samoissa tiloissa toimivat, oheispalveluita tarjoavat yhteistyökumppanit, kuten yksityinen lääkäriasema ja silmäpoliklinikka.

2.2. Lastensuojelu- ja perhepalvelut

Suurin osa lastensuojelupalveluita tuottavista yksiköistä on pienehköjä yritysmuotoisia toimijoita. Palvelujen kirjo on laaja: ryhmäkodit, perhetyö, tukiasuminen, kuntouttava työ, psyykkinen asiantuntemus, koulukodit, parisuhdetyö, sovittelu, verkostotyö, ensikotityö jne. Erityisesti perhekotien määrä on ollut viime aikoina kasvussa. Lisäksi perhe- ja lapsipalveluiden sektorilla toimii muita kuin yritysmuotoisia palveluntuottajia, kuten Päijät-Hämeen perheneuvolakuntayhtymä (sen toiminnasta kerrotaan tarkemmin työryhmän väliraportissa) sekä Lahden seurakuntayhtymän perheasiain neuvottelukeskus.

Lasten ja perheiden palveluita tuottaville toimijoille pidettiin kaksi erillistä keskustelutilaisuutta, koska palveluntuottajien määrä on hyvin suuri. Maanantaina 4.9.2006 klo 12 – 13.30 pidettyyn tilaisuuteen kutsuttiin lähinnä perhe- ja pienryhmäkoteja. Kutsuja lähetettiin yhteensä 43:lle eri palveluntuottajalle. Tilaisuuteen osallistui yhdeksän henkilöä, jotka edustivat seitsemää eri palveluntuottajaa. 4.9.2006 pidettiin toinen keskustelutilaisuus klo 14 – 15.30, johon kutsuttiin 28:n lapsi- ja perhepalveluita tuottavan yhteisön / yrityksen

edustajat. Tähän tilaisuuteen osallistui 13 henkilöä, jotka edustivat yhdeksää eri toimijatahoa. Sijaisperheiden toimintaa ei tarkasteltu näiden palveluntuottajakeskusteluiden yhteydessä.

Lapsi- ja perhepalveluja tuottavien toimijoiden edustajat korostivat keskustelutilaisuudessa, että tilaaja – tuottaja -mallin ja siihen liittyvien toimintakäytäntöjen selkeys on tärkeää. Tilaaja – tuottaja -asetelma on sinänsä hyvin tuttu suurimmalle osalle alan toimijoista. Tarjous- ja kilpalutusasiakirjojen yhtenäistäminen olisi toivottavaa. Mallin soveltamisessa tarvitaan vuorovaikutteista otetta, eikä tilaajaosapuoli voi toimia onnistuneesti ilman palvelukentän hyvää tuntemusta. Palveluntuottajat painottivat kokonaisedullisuuden muistamista: halvin ratkaisu ei aina ole toimivin. Tilaaja – tuottaja -mallin tulee myös mahdollistaa palvelutilanteen tarkastelu määräajoin uudelleen lapsen / perheen näkökulmasta. Läheisyysperiaatteen soveltaminen on erityisen tärkeää lapsipalveluiden kohdalla, eikä palveluihin liittyvää päätöksentekoa saa viedä etäälle asiakas- ja kuntatasolta.

Lisäksi keskustelutilaisuudessa tuotiin esiin, että useat toimijat toivovat pidempiä sopimusjaksoja. Nyt on käytössä monenlaisia sopimuskäytäntöjä, kuten puitesopimuksia kunnan kanssa ja erillisiä ostopalvelusopimuksia. Toivomuksena esitettiin järjestelmällinen palvelujen ostamistapa, jossa tehdään yhteistyötä palveluntuottajien kanssa. Mahdollisissa toimintakäytäntöjen muutostilanteissa tulee muistaa asiakkaan aseman turvaaminen, eikä tehdä hallinnollisista seikoista johtuvia pikaisia palveluihin liittyviä muutoksia. Lapsen hoidon kannalta pitkä palvelujatkumo on tärkeää. Palveluntuottajat muistuttivat myös siitä, että osa palveluntuottajista on kolmannen sektorin voittoa tavoittelemattomia toimijoita. Näiden erityisasema on muistettava, kun kilpailutus- ja tilaaja – tuottaja -menettelyn avulla organisoidaan sote-piirissä palvelujen kokonaisuutta.

Esimerkki lastensuojelupalveluja tuottavasta yrityksestä: Perhekoti Isojärven Kotikartano / Forredos Oy

Perhekoti Isojärven Kotikartano toimii Kuhmoisissa, siis Päijät-Hämeen maakunnan ja Päijät-Hämeen sote-piirialueen ulkopuolella. Se onkin hyvä esimerkki palveluntuottajatoimijasta, josta alueen kunnat hankkivat palveluita maantieteellisestä etäisyydestä huolimatta. Vastaavia alueen ulkopuolisia toimijoita, joilta kunnat ostopalveluita hankkivat, on lukuisia.

Perhekoti Isojärven Kotikartano on varsin tyypillinen lastensuojelupalveluiden tuottaja: pienehkö, yksityinen yritys. Perhekoti toimii Kuhmoisten Ruoholahdella kahdessa entisessä koulukiinteistössä. Perhekodissa on asiakaspaikkoja kuudelle lapselle tai nuorelle. Yhteisten tilojen lisäksi kaikille asiakkaille on tarjolla oma yhden hengen huone. Harrastusmahdollisuuksia on tarjolla lähistöllä, mm. pelikenttä ja jääkiekkokaukalo. Kouluopetuksesta vastaa kunnan koulukeskus, joka sijaitsee 12 km:n päässä perhekodista. Perusopetuksen osalta koulussa on käytössä kaksi erityisopettajaa. Myös pienryhmäopetukseen on ollut mahdollisuus. Ammatilliseen opetukseen on nuorilla mahdollisuus Jämsän seudulla, runsaan 30 km:n matkan päässä. Perhekodin yrittäjillä on kokemusta perhekotitoiminnasta kymmenen vuoden ajalta. Jatkossa he ovat valmiita työskentelemään 12 – 16 -vuotiaiden lasten ja nuorten kanssa.

2.3. Vammaispalvelut

Kuntien vammaispalveluostot suuntautuvat hyvin erilaisille palveluntuottajille. Joukossa on niin yksityisiä yrityksiä kuin yhdistysmuotoisia ja säätiöpohjaisia toimijoitakin. Palveluntuottajiin lukeutuu sekä suuria että pienempiä toimijoita laajalta maantieteelliseltä alueelta. Tarjottavien palvelujen joukkoon kuuluu palveluasumista, vammaisten perhetyötä, vaativien erityisryhmien hoitoa, työhön valmennusta jne.

Vammaispalvelujen alalla toimiville palveluntuottajille järjestettiin keskustelutilaisuus 23.8.2006 klo 12 – 14. Siihen lähetettiin kutsut yhteensä 19 toimijataholle. Tilaisuuteen osallistui 11 henkilöä, jotka edustivat kahdeksaa eri palveluntuottajayritystä tai -yhteisöä.

Vammaispalveluiden tuottajille tarjous- ja kilpalutusmenettely on jo vanhastaan tuttua. Palveluntuottajien edustajien mielestä ostajaosapuolen heikko sitoutuminen palvelujen hankintaan aiheuttaa ajoittain epävarmuuden tunnetta palveluntuottajissa. Sote-piiriuudistuksen todettiin vähentävän neuvottelukumppaneiden määrää ja yhdenmukaistavan tarjousmenettelyä, jota pidettiin hyvänä asiana. Tuottajien edustajat toivoivat pitkiä sopimuskausia, mutta totesivat pitkien sopimusten samalla vaikeuttavan uusien palveluntuottajien pääsyä markkinoille. Pitkissä sopimuksissa mainittiin hinnan arvioinnin olevan vaikeampaa. Monilla tuottajilla on nyt lähinnä yksittäistä asiakasta koskevia maksusitoumuksia ja samoin itse maksavia asiakkaita. Muutamilla toimijoilla on taas laajoja puitesopimuksia kuntien kanssa, joiden raameissa määritellään vuosittain palvelujen määriä ja hintoja.

Keskustelussa palveluntuottajat toivat esille, että vammaispalveluiden alalla kilpailutus on pääsääntöisesti vaikeaa, koska usein tarvitaan räätälöityjä ja yksilöllisiä hoivaratkaisuja asiakkaan tilanteen mukaan. Nopeatempoisen kilpailutus ja palveluntuottajien vaihtaminen ei myöskään sovi alalle, jossa asiakkaan etu puoltaa vakautta ja ennustettavuutta hoitoratkaisuihin. Kilpailutukseen liittyen painotettiin tilaajaosapuolelle laadun huomioon ottamista ja etenemistä kumppanuuden hengessä yhdessä palveluntuottajien kanssa. Ostajan sisältöasiantuntemus on keskeistä tässä yhteistyössä. Tavoitteeksi asetettiin ”syvälle menevä kumppanuus”, jossa myös asiakas pääsee vaikuttamaan häntä koskeviin palveluratkaisuihin.

Esimerkki vammaispalveluiden tuottajasta: Palvelukoti Leivo / Anuli Oy

Palvelukoti Leivo on esimerkki yksityisestä yrityksestä, joka tuottaa palveluita sekä vammaisille, vanhuksille että mielenterveyskuntoutujille. Leivonmäellä sijaitsevassa palvelukodissa on nyt paikka 11 hengelle. Lupa sallii 16 asiakkaan maksimimäärän.

Palvelukoti Leivo tarjoaa tehostettua asumispalvelua eri pituisiksi jaksoiksi, lepoa ja kuntoutusta sairaalajakson jälkeen sekä yö- tai päivähoitoa. Toiminnan lähtökohtana on arvostaa jokaisen asiakkaan yksilöllisyyttä, tukea omatoimisuutta, tarjota kodinomainen pienyhteisö sekä pitää yllä henkistä ja fyysistä vireyttä yhteisön avulla. Palvelukodissa on henkilökuntaa tällä hetkellä

7,5 hengen työpanos. Pääsääntöisesti palvelukodin asiakkaat maksavat osan palveluistaan, asumisen ja ruuan. Hoivapalveluiden osalta kunta osallistuu kustannuksiin. Päijät-Hämeen sote-piirin kunnista Lahti, Sysmä ja Hartola ovat hankkineet palveluita Palvelukoti Leivolta.

2.4. Päihdehuollon palvelut

Päihdehuollon palveluja tuottaa sekä yritysmuotoisia että kolmanteen sektoriin luettavia palveluntuottajia. Osa Päijät-Hämeen alueen kunnista hankkii palveluja myös maantieteellisesti varsin etäällä toimivilta palveluntarjoajilta, kuten mm. Savosta, Etelä-Pohjanmaalta sekä Pirkanmaalta. Toimijoilla on tarjolla mm. ympärivuorokautisia laitoshoitopaikkoja, vieroitus- ja kuntoutuspalvelua, lyhytaikaisia laitospaikkoja ja jatkohoittoa, neuvontaa sekä erityisryhmille suunnattuja palveluita.

Päihdepalveluita tuottaville toimijoille suunnattu palveluntuottajakeskustelu pidettiin 28.8.2006 klo 9 – 11. Tilaisuuteen kutsuttiin 19 palveluntuottajan edustajat ja siihen osallistui 10 henkilöä, jotka edustivat seitsemää eri toimijatahoa. Lisäksi samana päivänä pidettyyn, ensisijaisesti päihdehuollon kuntayhtymille tarkoitettuun keskusteluun osallistui kutsuttuna kolme A-klinikkatoimen edustajaa.

Keskustelussa tuli esille tarve keskittää päihdepalvelujen tuottamiseen ja tilaamiseen liittyviä käytäntöjä. Siihen sote-piirin myötä uskottiin löydettävän uusia mahdollisuuksia. Lähipalvelujen säilyttämistä pidettiin myös tärkeänä. Tavoitteeksi palveluntuottajat asettivat kumppanuusperusteisen yhteistyön tilaajaosapuolen kanssa. Kohtuullisina pidettiin yli vuoden mittaisia sitoutumis- ja sopimuskausia.

Palveluntuottajien puheenvuoroissa korostettiin, että päihdepalveluiden osalta on nopea hoitoon pääsy tärkeää, kun asiakkaan akuutti tilanne niin vaatii. Organisointiin liittyvillä uudistuksilla tulee mahdollisuuksien mukaan pyrkiä nopeuttamaan tätä hoitopääsyprosessia. Keskustelijat pitivät hyvänä sekä palveluntuottajien että asiakkaiden kannalta, jos palveluprosessiin liittyviä yhteistyökumppaneita on rajattu määrä. Tällöin erilaiseen yhteydenpitoon kuluva aika vähenee.

Tarjouspyyntömenettelyn todettiin olevan toimijoille varsin raskas ja työläs. Tähän toivottiin helpotusta sote-piirin avulla. Muistutettiin, että sote-piirimallissa on myös vaarana byrokratisoituminen, jolloin hoitoon pääsyn kynnyksessä kasvaisi. Ennalta ehkäisevä työ (mm. lapsiin ja nuoriin kohdistettu) todettiin tärkeäksi ja loppujen lopuksi edullisimmaksi päihdetyön muodoksi. Päihdetyön kohteena on nykyisin entistä enemmän sekakäyttäjiä. Myös erityisryhmille, kuten päihdeongelmallisille naisille suunnataan palveluja. Yhteenvetona keskustelijat esittivät palvelujärjestelmälle tavoitteeksi: ”oikeat ihmiset oikeisiin hoitopaikkoihin oikeaan aikaan”.

Esimerkki päihdepalveluiden tuottajasta: A-klinikkatoiminta Lahdessa

Lahden A-klinikkatoimi on osa Suomen suurinta päihdealan organisaatiota, A-klinikkasäätiötä. A-klinikkatoimen palveluvalikoima on laaja. A-klinikka tarjoaa avohoitoyksikön palveluita (mm. avokatkaisu, vierotushoito ja neuvonta) päihdeongelmallisille ja heidän läheisilleen. Lahdessa toimiva Pitkämäen kuntoutusyksikkö on laitoshoidon yksikkö, jossa keskitytään päihteiden käytön katkaisuun ja kuntoutushoitoon sekä kuntouttaviin asumispalveluihin. Pitkämäen asuntolaan voidaan ottaa enintään 18 asukasta. Lisäksi Lahden A-klinikkatoimi tarjoaa tuettua asumista päihdeongelmista kuntoutuville. A-klinikan asiantuntijapalveluihin kuuluvat koulutus, työnohjaus, konsultaatiot ja tiedotus.

Osana Lahden A-klinikkatoimen palveluita toimii lapsiin ja nuoriin keskittyvä Stoppari. Se on päihteiden käytön katkaisemista tarvitseville nuorille tarkoitettu ympärivuorokautinen hoitopaikka. Nuoret ovat 12 – 17 -vuotiaita ja tulevat hoitoon avohuollon tukitoimena tai huostaan otettuina. Hoitoon nuori voi tulla kotoaan tai toisesta laitoksesta. Hoitopaikkoja on kahdeksan. Stopparin 12 hengen työryhmä koostuu sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisista. Hoitoon tulon tarviin lähete ja maksusitoumus lähettävän kunnan sosiaaliviranomaiselta. Lasten ja nuorten päihdeongelmiin liittyy usein myös muita ongelmia, kuten koulu-, perhe- ja rikosongelmia.

Lisäksi Lahden A-klinikka on antanut työnohjaus- ja konsultaatiopalveluita useille sosiaali- ja terveydenhuollon toimintayksiköille. Tämä toiminta voi kohdistua yksittäisiin asiakastapauksiin, hoitoprosessiin, työyhteisöön tai tiimityöhön.

Vuosittain Lahden A-klinikkatoimi tavoittaa noin 1500 ihmistä. Yhteensä 11 alueen kunnista on tehnyt vuosittain sopimukset A-klinikkatoiminnan palveluista.

2.5. Mielenterveyspalvelut

Mielenterveyspalveluita tuottavien toimijoiden joukossa on sekä yksityisiä yrityksiä että kolmannen sektorin yhteisöjä, kuten säätiöitä ja yhdistyksiä. Osa mielenterveyspalveluntuottajiksi tämän selvitystyön yhteydessä luokitelluista toimijoista tuottaa palveluja myös muille ryhmille, kuten vanhuksille tai päihdeongelmallisille. Palveluvalikoimaan kuuluvat mm. kriisikeskuspalvelut, asumispalvelut, kuntouttava työtoiminta ja muu kuntoutus, klubitalotoiminta ja muut erilaiset avopalvelut.

Mielenterveyspalveluiden alalla toimiville palveluntuottajayhteisöille järjestettiin keskustelutilaisuus 21.6.2006 klo 10 - 12. Siihen lähetettiin kutsu 13 palveluntuottajataholle ja tilaisuuteen osallistui kymmenen henkilöä, jotka edustivat kahdeksaa eri toimijatahoa.

Palveluntuottajat totesivat, että yhteistyö alueellisesti ja usean kunnan kanssa on tuttua useimmille toimijoille. Mielenterveyspalveluiden järjestämistä pääsääntöisesti alueellisina palveluina (perusturvapiireissä) sote-piirissä pidettiin hyvänä lähtökohtana.

Tilaaaja – tuottaja -mallia pidettiin askeleena kohti markkinaperusteista ohjausta sopimusperusteisen menettelyn sijasta. Tarpeeksi pitkiä sopimuksia, esimerkiksi kolmen vuoden jaksoja toivottiin joidenkin toimijoiden taholta. Toisaalta myös lyhyitä maksusitoumusjaksoja tarvitaan. Keskustelussa muistutettiin, että osa toimijoista tukeutuu toimintansa rahoituksessa RAY-tukeen, jolloin kunnalta saatava osarahoitus on tärkeä osa rahoituspakettia.

Mielenterveyspalveluille on luonteenomaista asiakaslähtöinen ja joustava toimintatapa. Myös moniammatillisuus ja sosiaali- sekä terveydenhuollon välimaastossa liikkuminen ovat tyypillistä alalle. Ennaltaehkäisevä työ ja aktiivisuuden tukeminen kaikilla elämänaloilla ovat osa mielenterveystyötä, jota ei ole aina helppoa pilkkoa ostettaviin ja myytäviin palvelupaketteihin. Työn inhimillinen puoli ja asiakasnäkökulma on muistettava sote-piiriuudistuksenkin yhteydessä, kun monesti keskustellaan pelkästään tuotteisiin ja tilaamiseen liittyvistä teknisistä seikoista.

Sote-piirin myötä muuttuvaan tulevaisuuteen palveluntuottajat suhtautuvat varsin optimistisesti. Keskustelussa esitettiin, että ehkä piirissä tarvitaan yksi keskitetty yksikkö huolehtimaan piirin tilaajapolitiikasta. Piirille esitettiin toive, että myös vapaaehtoistyön ja kansalaisaktiivisuuden tärkeä rooli muistetaan mielenterveystyöhön liittyviä ratkaisuja tehtäessä. Erityisen haasteen muodostaa mielenterveyspalveluiden kohdalla eri palveluiden yhteen kytkeminen asiakkaan tasolla. Se on haaste myös tiedon kululle toimijoiden ja kumppanien kesken.

Esimerkki mielenterveyspalveluiden tuottajasta: Päijät-Hämeen sosiaalipsykiatrinen säätiö

Päijät-Hämeen sosiaalipsykiatrinen säätiö tuottaa laajan valikoiman erilaisia mielenterveys- ja hyvinvointipalveluita. Säätiön toiminta-ajatuksen mukaan se luo, ylläpitää ja kehittää, voittoa tavoittelematta, yhteistyössä kuntien ja sairaanhoitopiirin kanssa, ennaltaehkäiseviä, hoitavia ja kuntouttavia mielenterveyspalveluja.

Säätiö järjestää tehostettua ja kuntouttavaa palveluasumista päijäthämäläisille avohoidossa oleville mielenterveyspotilaille. Tehostettu palveluasuminen on tarkoitettu henkilöille, joilla on vaikeita toimintarajoitteita ja merkittävä päivittäinen tuen tarve. Kuntouttava palveluasuminen on taas suunnattu henkilöille, joiden kuntoutusohjelmien toteutuminen edellyttää intensiivistä ja aktiivista arkipäivän toimintojen harjaannuttamista.

Tukiasumista säätiö harjoittaa vuokraamalla tai jälleenvuokraamalla asuntoja niille päijäthämäläisille mielenterveyspalvelujen käyttäjille, joiden päivittäinen tuentarve on arvioitu kohtalaisen pieneksi ja päällimmäinen ja vielä ratkaisematon ongelma on asunnottomuus. Säätiöllä on käytössään, pääasiassa Lahdessa, joukko eri puolille kaupunkia hajasijoitettuja asuntoja.

Psykososiaalisen selviytymisen kartoituksen avulla on mahdollisuus hankkia lisätietoa avohoidossa olevien mielenterveyspotilaiden arkipäivän selviytymistaidoista. Kartoituksen tavoitteena on mm. selvittää asiakkaan arjessa selviytymisen vahvuuksia ja vaikeuksia sekä löytää asiakkaan kannalta

tarkoituksenmukaiset tukipalvelut ja asumismuoto. Säätiössä kartoitustyötä tekee moniammatillinen työryhmä.

Päijät-Hämeen sosiaalipsykiatrinen säätiö järjestää kuntoutusohjausta avohoitoon siirtyville tai avohoidossa jo oleville mielenterveyspotilaille Lahden alueella. Palveluihin kuuluvat myös fysioterapiapalvelut: psykofyysinen fysioterapia on fysioterapian osa-alue, joka korostaa kehon ja mielen yhteistoimintaa. Säätiön toteuttamien liikuntapalveluiden avulla edistetään ja ylläpidetään toimintaan osallistuvien terveyttä, mielekästä elämää ja koettua hyvää oloa.

Toimintakeskus Vescussa säätiö järjestää ohjattua, kuntouttavaa, palvelunkäyttäjien tarpeista lähtevää päivä- ja työtoimintaa päijäthämäläisille mielenterveyspalveluja tarvitseville. Työhön valmistuksessa tarjotaan yksilöllistä ohjausta ja neuvontaa kuntoutustuelta opiskeluun tai työelämään siirtyville asiakkaille sekä ryhmätoimintoja vuorovaikutus-, ammatinvalinta-, opiskelu- sekä työelämätaitojen harjaannuttamiseksi. Kriisiapua tarjotaan Lahden tukipisteessä ja lakimiehen neuvontapalveluja on mahdollisuus käyttää määräpäivinä.

Päijät-Hämeen sosiaalipsykiatrisen säätiön palveluksessa oli 31.12.2005 yhteensä 105 tehtäviinsä koulutuksen saanutta työntekijää.

2.6. Työtoiminta

Työtoiminta kuuluu osana useiden muitakin sosiaalihuollon palveluita tuottavien yhteisöjen toimintaan. Tämän työryhmätyöskentelyn yhteydessä poimittiin palveluntuottajien joukosta neljä erityisesti työtoimintaa harjoittavaa organisaatiota, joiden edustajat kutsuttiin 23.8.2006 klo 14.15 – 15.45 pidettyyn keskusteluun. Tilaisuuteen osallistui kolme eri palveluntuottajatahojen edustajaa. Myös muihin keskustelutilaisuuksiin kutsuttujen toimijoiden joukossa oli siis palveluntuottajaorganisaatioita, joiden palveluvalikoimassa on työtoimintaa.

Työtoimintaan keskittyvät toimijat arvostavat pitkäkestoisia (esimerkiksi kolme vuotta) raami- tai puitesopimuksia, jota tuovat työhön ja sen suunnitteluun pitkäjännitteisyyttä. Lisäksi toimijat painottavat asiakaskohtaisen palvelunohjauksen ja palvelutarpeen määrittelyn tärkeyttä. Tästä menettelytavasta on jatkossakin hyvä pitää kiinni.

Käydyssä palveluntuottajakeskustelussa pidettiin hyvänä kehityksenä sitä, että toimijoiden neuvottelukumppanien määrä vähenee sote-piirin myötä. Nyt on joillakin toimijoilla ollut vaikeuksia löytää kuntatasolta sopivaa neuvotteluosapuolta. Työllistämistoiminnassa korostettiin seudullista ulottuvuutta: ajatuksena heitettiin ilmaan ”työpiirin” perustamisedotus. Toisaalta todettiin, että ihmiset on kohdattava ja työllistettävä pääsääntöisesti heidän omalla asuinpaikkakunnallaan. Asiakkaiden kohtaamisen tulee jatkossakin siis säilyä kentällä eli lähipalvelutasolla.

Esimerkki työtoimintapalveluiden tuottajasta: Päijät-Hämeen koulutus konsernin Tuoterengas

Tuoterengas on Päijät-Hämeen koulutus konsernin omistama kunnallinen liikelaitos. Tuoterengaan tehtävänä on tukea asiakkaitaan elämännäkössä sekä edistää aktiivista osallistumista ja työelämävalmiuksia. Toiminnan kantavana ajatuksena on ”työsuuntautuneisuus”, työn käyttäminen kuntouttajana. Liikelaitoksen palveluihin kuuluvat koulutus, kuntoutus ja työhön valmistus. Vuoden 2005 aikana Tuoterengas tarjosi palveluitaan yhteensä 515 henkilölle.

Tuoterengas työllistää tarjoamalla työtä henkilöille, joilla on muutoin vaikeuksia sijoittua työelämään. Työntekijät tulevat Tuoterengalle työvoimatoimiston lähettämällä ja heille tehdään määräaikaista työsopimusta ja laaditaan palvelusuunnitelma tai HOPS. Tuoterengaan työhönvalmennusyksiköiden tuotannollinen työ tarjoaa valmistus- ja oppimisympäristön kuntoutus- ja koulutuspalveluille. Työhönvalmennusaloja ovat mm. elintarvikkeet, luonnontuotteet, puutuotteet, metalli, betoni, kirjansitomus, postitus/pakkauspalvelut, kierrätys sekä teollisuuden alihankinta eri aloilla. Tuoterengaan työllistämisen palveluvalikoimaan kuuluvat lisäksi työnantajille suunnattu työllistämispalvelu, työkokeilut, työharjoittelu ja työssä oppiminen, siviili- ja yhdyskuntapalvelut sekä työpajatoiminta. Työllistymistä tuetaan myös erilaisten koulutusten ja projektien avulla.

3. Työryhmän ajatuksia sosiaalihuollon ostopalveluista yksityiseltä ja kolmannelta sektorilta

Yksityisen ja kolmannen sektorin toimijoiden tuottamien sosiaalipalveluiden merkitys on hyvin suuri. Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveyspiirin alueella kuntien ostopalveluista noin kaksi kolmasosaa hankitaan juuri näiltä tahoilta. Jatkossa ei yksityisten yritysten ja kolmannen sektorin rooli ole varmaankaan pienenemässä, pikemminkin päinvastoin. Sosiaali- ja terveyspiirin toiminnassa on otettava huomioon palveluntuottajien toimintaedellytysten turvaaminen. Toimintaedellytysten kannalta keskeisiä asioita ovat mm. hankinta- ja ostopalvelutoiminnan rakenteet, tilaaja – tuottaja -mallin soveltamistavat, kilpailutusyhteistyö, laadunvalvonta sekä yhteydenpito palveluntuottajien kanssa. Myös niiden kolmannen sektorin yhteisöjen, jotka eivät ole varsinaisia palveluntuottajia, vaan tekevät muuta *järjestö- ja vapaaehtoistyötä* (edunvalvontaa, neuvontaa,...), *asema ja toiminnan merkitys tulee ottaa huomioon* sote-piirin sosiaalipalveluiden kokonaistarkastelussa. *Yksityisille ja kolmannen sektorin sosiaalipalvelutoimijoille on lisäksi tyypillistä, että ne ovat monesti tärkeitä uusien toimintamallien kehittäjiä ja innovaattoreita.*

Päijät-Hämeen kunnat ovat viime vuosina kehittäneet sosiaalialan palvelujen koordinoimista sekä yhteisten osto- ja hankintatoimintojen yhteistyötään. Merkittävimpiä konkreettisia tuloksia on saatu Lahden seudun kunnallisen hankintatoimen seutuyhteistyön ja Kapsäkki-hankkeen avulla.

Kunnallinen hankintatoimi muuttui seudulliseksi vuoden 2006 alusta lähtien. Seudullisen yhteistyön merkeissä yhdistivät hankintojaan Asikkala, Hollola, Lahti, Nastola ja Orimattila. Yhteistyön päätavoitteet kuntien näkökulmasta ovat

edullisemmat hankintahinnat, paremmat hankintaehdot, päällekkäisen työn vähentäminen ja ammattitaidon lisääminen. Tämän yhteistyön puitteissa on toteutettu jo lukuisia yhteisiä hankinta- ja kilpailutusprosesseja. Kilpailutus on kohdistunut sekä materiaalihankintoihin (mm. hoitotarvikkeita) että palveluihin (mm. lastensuojelupalvelut, kuntouttava työtoiminta, huumehoidon palvelupiste). Suunnitteilla on yhteistyön laajentaminen mielenterveystyön ja päihdepalvelujen alueille.

Mielenterveyskuntoutujien asumispalvelujen kilpailutuksen valmistelu on ollut käynnissä syksyn 2006 ajan. Tarjouksia pyydetään tehostetusta palveluasumisesta eri ikäryhmille sekä kuntouttavasta palveluasumisesta. Lisäksi kilpailutuksella hankitaan paikkoja kaksoisdiagnoosipotilaille, joilla on mielenterveys- ja päihdeongelma. Kilpailutus toteutetaan alkuvuoden 2007 aikana. Seudullisen kilpailutusprosessin suorittaa käytännön tasolla Lahden kaupunki ja seutuyhteistyössä mukana olevat kunnat ovat oikeutettuja saamaan palvelut samoilla ehdoilla. Tämän seudullisen kilpailutusmenettelyn hyödyntäminen koko sote-piirialueella tulisi ottaa tavoitteeksi siinä työssä, jota jatkossa tehdään sosiaali- ja terveystyössä käyttöönotettavien toimintamallien rakentamiseksi.

Kapsäkki-hankkeessa (1.5.2005 – 31.12.2006) Lahden kaupunkiseudun viisi kuntaa asettivat tavoitteekseen seudullisen toimintamallin luomisen lastensuojelun sijaishuollon palveluiden hankintaan ja sosiaalityön päivystyksen järjestämiseen. Tavoitteena oli myös luoda konkreettiset hankintajärjestelmät eri toimintoille sekä laajentaa kuntien yhteistä toimintamallia myös mielenterveys- ja päihdekuntoutuspalvelujen hankintaan. Projektin lähestyessä päätöstään on lastensuojelun sijaishuollon palvelujen hankinnalle luotu viiden kunnan yhteinen hankintarengas, joka toimii osana Lahden kaupungin hankintatoimintaa. Kunnilla on myös käytössään yhteisiä kriisihoitopaikkoja. Kaupunkiseudun viisi kuntaa ovat syksyllä 2006 kilpailuttaneet yksityiset sijaishuollon laitokset ja perhekodeit yhteisessä kilpailutusprosessissa. Myös ympärivuorokautisen sosiaalihuollon päivystyksen yhteinen malli on kehitteillä. Tätä kehitystyötä tehdään Sosiaalipäivystys Päijät-Hämeessä -hankkeessa (1.3.2006 – 31.12.2007), jossa on mukana 14 sote-piirialueen kuntaa. Liitti ei ole mukana tässä hankkeessa, koska se on mukana Kouvolan seudun kuntaseitsikon yhteistyössä, jonka kautta liitin sosiaalipäivystys hoidetaan.

Edellä kuvattua hankinta- ja kilpailutusyhteistyötä tulee työryhmän mielestä laajentaa sote-piirissä mahdollisimman monelle eri alueelle. Työryhmän näkemyksen mukaan sosiaalihuollon osalta *tilaaja – tuottaja -mallin soveltamisessa lähtökohtana tulee olla sosiaali- ja terveystyöpalveluiden kokonaishallinnan säilyttäminen yhtymän tai tilaajakunnan käsissä*. Samalla edellytetään merkittävän, oman kustannus/laatusuhteeltaan hyvälaatuisen palvelutuotannon säilyttämistä. Oma palvelutuotantoa täydentävää ostopalvelutoimintaa tulee kilpailuttaa aina mahdollisuuksien mukaan keskitetysti, yhtymän tai peruspalvelupiirin toimesta. Lisäksi tulee hyödyntää jo eräillä aloilla toteutettua hankintayhteistyötä (hankintapiiriä).

Työryhmä on pohtinut lähinnä alueen kuntien näkökulmasta niitä seikkoja, jotka ovat huomionarvoisia ostopalveluita ja palveluntuottajamarkkinoita

tarkasteltaessa. Seuraavassa nostetaan esille näitä *ensin yleisellä tasolla ja sitten sektorikohtaisesti*.

Sosiaalihuollon ostopalveluiden hankintaan liittyvät käytännöt vaihtelevat nykyisin eri kuntien välillä. Tähän vaikuttavat mm. kuntien erilainen koko ja käytettävissä olevat omat palveluntuotantoresurssit. Lisäksi eri kunnat ovat valinneet erilaisia menettelytapoja ostopalvelujen suhteen. Jotkut kunnat ovat omaksuneet kilpailutusmenettelyn käytön laajemmin kuin toiset, jotka ovat taas rakentaneet yhteistyötä paikallisten palveluntuottajien kanssa enemmänkin sopimusperusteisten järjestelyjen avulla. Sote-piirissä ja perusturvapiireissä on edessä näiden erilaisten *toimintakäytäntöjen yhteensovittaminen*, kun pyritään yhteisiin ostopalveluja koskeviin linjauksiin.

Ostopalvelumalleihin ja kilpailutuskäytäntöihin liittyviä *eroja on paljon paitsi kuntien välillä myös palvelusektoreiden välillä*. Sopimusperusteisiin yhteistyösuhteisiin palveluntuottajien kanssa on päädytty muita sektoreita enemmän päihde- ja mielenterveyspalveluiden aloilla. Erityisesti A-klinikkapalvelut ovat tästä hyvä esimerkki. Kilpailutus on yleisempää mm. vanhuspalveluiden ja lastensuojelupalveluiden parissa. Näillä sektoreilla onkin kehittyneimmät palvelumarkkinat: runsaasti palveluntuottajia, joilla on hyvät valmiudet osallistua tarjouskilpailuihin. Muutamilla sosiaalipalvelujen sektoreilla yksityisten palveluntuottajien tarjoamista palvelusta on pulaa, eivätkä markkinat ole niin kehittyneet, että hankintojen avaaminen kilpailutukselle vielä sinänsä johtaisi säästöihin tai muihin kilpailutuksella tavoiteltaviin etuihin.

Kun jatkossa sote-piirityössä ratkaistaan, milloin sosiaalihuollon ostopalveluita tulee hankkia kilpailutusmenettelyn ja milloin taas muun sopimusyhteistyön kautta, tulee työryhmän suosituksen mukaan arvioida tilannetta lähinnä kolmen kriteerin perusteella:

- 1) *odotukset palvelun hinta/laatu -suhteen kannalta*
- 2) *markkinatilanne eli soveltuvien tuottajien määrä*
- 3) *kyseisen ostopalvelun luonne; mahdollinen tarve räätälöidä palvelua (jos räätälöimistarvetta on, yleensä palvelu ei ole kovin kilpailuttamiskelpoinen).*

Kilpailuttamisprosessissa tulee aina varmistaa *palvelun sisältöön ja laatuun liittyvä asiantuntemus* kilpailuttajataholla. Tällöin tulee tilaajalla olla *kokonaisnäkemys olemassa olevista palvelutarpeista, lainsäädännöstä, käytettävissä olevista resursseista, poliittisen päätöksenteon strategisista linjauksista sekä palvelutuotannon tilanteesta*.

Sosiaalihuollon palveluihin sisältyy erityispiirre, jossa lainsäädännön velvoitteet muodostavat ylimmän noudatettavan normin. Siksi useissa tapauksissa, erityisten tarpeiden ollessa kyseessä, on varauduttava siihen, että tarvittava palvelu hankitaan toteutetusta kilpailutusmenettelystä huolimatta tai sen lisäksi. Työryhmä muistuttaa myös, että kunnan oma palvelutuotanto on monilla sosiaalipalveluiden sektoreilla usein osoittautunut hinta-/laatusuhteeltaan hyvin kilpailukykyiseksi. Siksi oman palvelutuotannon mahdollisuus on syytä pitää lähtökohtana tilaus- ja kilpailutustilanteissa.

Yleisenä havaintona työryhmä katsoo, että sosiaalihuollon ostopalvelujen ja palvelutuotannon yleistilanne on Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveystieteiden kuntien

alueella varsin sekainen. Kuntakohtaisia ja palvelusektorikohtaisia eroja on toimintakäytännöissä runsaasti. *Sosiaalipalveluiden yleisilannetta tulee pohtia sote-piiriorganisaatiossa osana sosiaalipalveluiden järjestämisuunnittelua.* Tavoitteeksi tulee asettaa Päijät-Hämeen tasoisen *kokonaissuunnitelman laatiminen*, joka muodostaisi lähtökohdan käytäntöjen ja rakenteiden uudistamistyölle.

Vanhuspalveluiden sektorilla työryhmä näkee olevan varsin hyviä kilpailutusedellytyksiä. Jo nykyisellään alalla on melko paljon yksityisiä yrityksiä. Viime aikoina ovat myös suuret valtakunnalliset yritykset lisänneet vanhuspalvelujen tarjontaa. Työryhmä korostaa laatu- ja palvelunäkökulman muistamista vanhuspalveluiden kohdalla. Asiakkaan tasolla se merkitsee mm. sitä, että on löydettävä asiakkaan tarpeita kulloinkin vastaavat palvelut. Kilpailutusmenettelyä on jo sovellettu vanhuspalveluihin. Tulokset ovat vaihtelevia: ainakin Lahdessa kilpailutus on johtanut hintatason nousuun. Vanhuspalveluja halutaan saada pääsääntöisesti omassa kunnassa. Niin palvelunkäyttäjien kuin tilaaja- ja järjestäjäosapuoltenkin lähtökohdalla ovat yleensä paikalliset palvelut. Työryhmä muistuttaa, että vanhuspalveluissa kunnan oma palvelutuotanto on usein osoittautunut kilpailukykyiseksi.

Lastensuojelupalveluiden kohdalla työryhmä katsoo, että *käytettävien palvelujen valikoimaa tulisi painottaa nykyistä enemmän avopalveluiden suuntaan.* Sijaisperheisiin sijoittaminen tulisi olla nykyistä useammin vaihtoehto perhekotipaikalle. Perhekotien määrä on kasvanut runsaasti viime vuosina ja tämä on johtanut myös niiden käytön lisääntymiseen. *Sijaisperheiden palkkioitasoa tulisi työryhmän mielestä nostaa ja yhtenäistää.* Kilpailutustilanteessa tulee, aina kun se on mahdollista, tarkastella omaa kunnallista palvelua ja sijaisperhetoimintaa perhekotivaihtoehtojen rinnalla.

Vammaispalveluissa erityishuoltopiirit kattavat varsin hyvin kehitysvammaisten palvelut ja oma tuotanto kattaa muutamissa kunnissa suuren osan muiden vammaispalveluiden kysynnästä. Muuta palvelutarjontaa on olemassa varsin vähän. Tärkeimpiä palvelumuotoja ovat kuljetus-, asumis-, tulkki- ja lomituspalvelut. Kuljetuspalvelut muodostavat merkittävimmän menoerän. Vuoden 2008 alussa käynnistytävän matkapalvelukeskuksen avulla pyritään Päijät-Hämeen kuntien kesken erilaisten vammaisryhmien kuljetustarpeiden yhdistämiseen. Tarkoituksena on ohjata matkustajia kuljetuspalveluihin yhdistelemällä samaan aikaan ja samaan suuntaan tehtäviä yhteiskunnan korvaamia matkoja. Vammaispalveluiden sektorilla sopimusperusteinen yhteistyömalli on vallitseva. Palveluiden räätälöinti on tavallista: palvelutarpeet ja -tilanteet vaihtelevat nopeastikin. Vammaispalveluiden kokonaisuuksia on vaikea pilkkoa tuotteiksi. Työryhmän näkemyksen mukaan *vammaispalveluissa on jatkossakin yhteistyöhön perustuva kumppanuusmalli palveluntuottajien kanssa suosittelavin.* Myös vammaispalveluiden kohdalla tulee sote-piiryhteistyön lähtökohdalla olla nykyisen palvelutilanteen läpikäyminen mahdollisten yhteisten mallien soveltamiseksi jatkossa.

Päihdehuollon palveluissa työryhmä katsoo kumppanuusperusteisen toimintamallin olevan perusteltu. Tavoitteeksi työryhmä haluaa asettaa teesin, ”oikeat ihmiset oikeisiin palveluihin oikeaan aikaan”. Tähän pääsemiseksi *palvelunohjausta tulee tehostaa päihdetyöntekijöiden roolia lisäämällä.*

Painopiste tulee jatkossa asettaa lähi- ja avopalveluihin. Työryhmä muistuttaa, että palveluntilaajan oma asiantuntemus tulee turvata jatkossa. Työryhmän arvion mukaan päihdehuollon sektorilla on arkityössä mahdollista yhdistää käytännön sosiaalityö ja palvelujen ostaminen ulkoa, mikä ei ole kaikilla sektoreilla mahdollista.

Mielenterveyspalveluissa ostopalveluiden painopiste on asumispalveluissa, joskin palveluntuottajien valikoimaan kuuluu myös paljon muita palveluita. Sektorille on tyypillistä, että asiakastarpeet ovat usein erityisiä ja räätälöintiä kaipaavia. Työryhmän arvion mukaan palvelutarjontaa on olemassa, mutta mm. erityispalveluiden osalta on myös puutteita. Hoitopäivien hinnoissa on ollut viime aikoina nousua. Työryhmä näkee sektorin kehityksen niin, että kilpailutuksen suhteen tulee edetä varovasti ja painopiste tulee jatkossakin olemaan sopimusperusteisessa kumppanuudessa palveluntuottajien kanssa.

Työtoiminnassa palveluntuottajia on vähän. Muutama alueen kunta järjestää jo nyt omaa työtoimintaa ja suunnitelmia toiminnan lisäämiseksi on olemassa. Työryhmän arvion mukaan Päijät-Hämeen alueen työtoiminnan kokonaiskuva on varsin epäselvä ja suunnitelma etenemisestä sote-piirin aikana puuttuu. Pitkäaikaistyöttömien määrä Päijät-Hämeessä on ollut hitaassa laskusuunnassa, mutta siitä kunnille koituvat kustannukset ovat merkittäviä.

Päijät-Hämeen maakunnan työttömyysaste oli lokakuussa 2006 11,0 % (10 747 työttöntä). Pitkäaikaistyöttömien (yli vuoden työttömänä olleiden) osuus kaikista työttömistä oli Päijät-Hämeessä 28.9 %. (Verkkotietokeskus.fi -www-sivut.) Kunnat ovat rahoittaneet vuoden 2006 alusta lähtien puolet siitä työmarkkinatuesta, jota myönnetään aktiivitoimiin osallistumattomille, yli 500 päivää tukea saaneille työttömille. Työmarkkinatuen saajien aktiivointiaste on vuosina 2005 ja 2006 vaihdellut Päijät-Hämeessä 20 %:n molemmin puolin, joten valtaosa tästä ryhmästä saa kuntien puoleksi rahoittamaa työmarkkinatukea. Tuoterenkaan johtajan Jouko Pylvään esittämien, vuoden 2005 tilanteeseen perustuvien esimerkkilaskelmien mukaan kuntien rahoitusvastuut nousevat enimmillään suuriksi:

	aktivoitavia	maksupäivät	euroa yht.	50 %:n kuntaosuus
Asikkala	150	38 700	911 000	456 000
Hollola	335	86 400	2 035 000	1 017 000
Hämeenkoski	33	8 500	200 000	100 000
Kärkölä	105	27 100	638 000	319 000
Lahti	2 494	643 500	15 154 000	7 577 000
Nastola	285	73 500	1 731 000	865 000
Orimattila	207	53 400	1 258 000	629 000
Padasjoki	53	13 700	323 000	161 000

(Työministeriö 14.9.2005)

Vuodessa aktivoitavien pitkäaikaistyöttömien henkilöiden määrä on laskenut arviolta noin kolmanneksella Päijät-Hämeessä. Siitä huolimatta voidaan laskelmasta päätellä, että *Päijät-Hämeessä käytetään tällä hetkellä passiivisen työmarkkinatuen kuntaosuuden maksuun meneviä määrärahoja suuruusluokaltaan niin paljon, että jokaista 12 aktivoitavaa kohti voidaan palkata*

palkkatasoltaan sosiaalityöntekijän tasoinen henkilö aktivoitavia tukemaan ilman että kuntien menot kasvavat yhtään. Tämä pätee sillä ehdolla, että toimenpiteellä saadaan passiivisen työmarkkinatuen maksu keskeytettyä esimerkiksi järjestämällä pitkäaikaistyöttömälle henkilölle kuntouttavaa työtoimintaa minimissään yhtenä päivänä viikossa. Mikäli aktiivitoimet pystytään toteuttamaan alemmin kustannuksin, voidaan tätä kautta saavuttaa menojen vähenemistä.

4. Toimenpide-ehdotukset kehitettäessä sosiaalitoimen kuntayhtymien ja muiden palveluntuottajien toimintojen järjestämistä suhteessa Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveystieteisiin

Seuraavassa esitettävät työryhmän johtopäätökset ja toimenpide-ehdotukset kertovat työryhmän käsityksen kulloinkin käsiteltävän palvelukokonaisuuden osalta.

Työryhmän mielestä vastuu työryhmän toimenpide-ehdotusten toteuttamisesta tai eteenpäinviemisestä on työryhmän työn päätyttyä kuntien lakimääräisen palveluiden järjestämismääräyksen omaavalla hallinnollisella johdolla tai kuntien tilaajilla ja tuottajien hallinnollisella johdolla.

Kokonaisuutena Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveystieteistä muodostuu moniportainen tilaaja-tuottaja -järjestelmä. Palveluiden järjestämismääräyksen omaavissa kunnissa on tilaajia, jotka tilaavat palvelut omista kunnistaan, sosiaali- ja terveystieteyhtymästä, peruspalvelukeskus Oivasta ja/tai muulta tuottajalta. Sosiaali- ja terveystieteyhtymä tai peruspalvelukeskus Oiva tilaavat palveluita toisiltaan tai muulta tuottajalta.

Tilaaja-tuottaja -malliin liittyvä toimintatapa ja organisaation yhteistoiminta on kaikin osin vielä varsin hajanainen ja hahmottomaton. Kysymyksenalaista on esimerkiksi, (1) mikä on kuntien tilaajien rooli tilaajina ja sosiaali- ja terveystieteyhtymän rooli tilaajana, (2) mitä merkitsee kokonaisvastuu sosiaali- ja terveystieteyhtymässä suhteessa järjestämismääräyksen omaaviin kuntiin sosiaali- ja terveystieteyhtymän laatiessa sosiaali- ja terveystieteyhtymien järjestämismääräyksen Päijät-Hämeeseen ja (3) millä tavalla kuntien tilaajat ja sosiaali- ja terveystieteyhtymän tilaajat toteuttavat tehtävänsä ja miten yhteistoiminta toteutuu. Viime kädessä järjestämismääräys ja sitä kautta myös päätösvalta on edelleen kunnissa ja kuntiin sijoitettavilla tilaajatoimielimillä. Tilajatoimielimiä kunnat ovat muodostaneet myös kahden tai useamman kunnan yhteistoiminta-alueina.

Tätä vielä rakenteilla olevaa järjestelmää muodostettaessa työryhmä painottaa sosiaalihuollon kilpailutukseen liittyen sitä, että kilpailuttaminen edellyttää aina huolellista valmistautumista. Kilpailutuksen lähtökohtina tulee olla olemassa olevien tarpeiden analysointi, palvelutuotannon kustannusrakenteiden ja kustannustason tuntemus sekä markkinoiden tuntemus, jotta voidaan ennakoita voidaanko kilpailuttamalla saavuttaa kustannus- ja/tai laatuhyötyä.

Kun sosiaali- ja terveystieteyhtymässä ratkaistaan, milloin sosiaalihuollon ostopalveluita tulee hankkia kilpailutusmenettelyn ja milloin taas muun sopimusyhteistyön kautta, tulee työryhmän suosituksen mukaan arvioida tilannetta lähinnä kolmen kriteerin perusteella:

1. odotukset palvelun hinta/laatu -suhteen kannalta

2. markkinatilanne eli soveltuvien palveluntuottajien määrä
 3. kyseisen ostopalvelun luonne; mahdollinen tarve räätälöidä palvelua (jos räätälöimistarvetta on, yleensä palvelu ei ole kovin kilpailuttamiskelpoinen).
- Kilpailuttamisprosessissa tulee aina varmistaa palvelun sisältöön ja laatuun liittyvä asiantuntemus kilpailuttajataholla.

Kilpailuttamiseen liittyvää osaamista tulee lisätä Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveystieteiden ja siihen kuuluvien kuntien tilaajaorganisaatioissa. Kilpailutus tulee toteuttaa koko yhtymän tasolla mittakaavaedun saavuttamiseksi aina kun se on mahdollista ja tarkoituksenmukaista.

Muodostettavassa järjestelmässä tulee huolehtia sosiaalihuollon kentän tuntevan toimijatahon, ”päätilaajan” nimeämisestä tai eri tason tilaajien välisestä toimivasta yhteistyöstä. Näillä tahoilla tulee olla kokonaisnäkemys palvelutarpeista, lainsäädännöstä, käytettävissä olevista resursseista, poliittisen päätöksenteon strategisista linjauksista ja palvelutuotannon tilanteesta.

Yksityisen ja kolmannen sektorin rooli tulee määrittää palveluiden kokonaisuuden sisältävän järjestämissuunnittelun pohjalta. Sosiaalipalveluiden hankintaan ja tuottamiseen liittyviä kunta- ja palvelusektorikohtaisia eroja on nykyisellään alueella runsaasti. Järjestämissuunnitelmassa voidaan ottaa kantaa myös tähän.

Yksityisen ja kolmannen sektorin toimijoiden tuottamien sosiaalipalveluiden merkitys on hyvin suuri ja työryhmän arvion mukaan niiden merkitys on edelleen kasvussa. Sosiaali- ja terveystieteiden toiminnassa onkin otettava huomioon palveluntuottajien toimintaedellytysten turvaaminen. Myös niiden kolmannen sektorin yhteisöjen, jota eivät ole varsinaisia palveluntuottajia vaan tekevät muuta järjestö- ja vapaaehtoistyötä, yhteisöjen asema ja toiminnan merkitys tulee ottaa huomioon sote-piirin sosiaalipalveluiden kokonaistarkastelussa.

Kunnallinen hankintatoimi muuttui seudulliseksi vuoden 2006 alusta lähtien. Hankinta- ja kilpailutusmenettelyjään yhdistivät Asikkala, Hollola, Lahti, Nastola ja Orimattila. Tämän seudullisen kilpailutusmenettelyn hyödyntäminen koko sote-piirialueella tulisi työryhmän mielestä ottaa lähtökohdaksi siinä työssä, jota jatkossa tehdään sosiaali- ja terveystieteiden käyttöön otettavien, ostopalvelukäytäntöihin liittyvien toimintamallien rakentamiseksi.

Työryhmä muistuttaa myös, että kunnan oma palvelutuotanto on monilla sosiaalipalveluiden sektoreilla usein osoittautunut hinta-/laatusuhteeltaan kilpailukykyiseksi. Siksi oman palvelutuotannon mahdollisuus on syytä pitää lähtökohtana tilaus- ja kilpailutustilanteissa.

Seuraavassa esitetään työryhmän tekemän työn pohjalta hahmottunut näkemys sosiaalihuollon tilanteesta ja kehittämistarpeista palvelusektoreittain.

Kehitysvammahuolto ja muut vammaispalvelut

Keskeiset työryhmän toimenpide-ehdotuksiin vaikuttavat lähtökohdat voidaan jäsentää seuraavasti:

1. Kuntien rakenneuudistusta edistävä Paras-hanke lähtee siitä, että kehitysvammaisten erityishuollon ja erikoissairaanhoidon järjestävät samat kuntien yhteiset organisaatiot. Lainsäädännön muutos ei tätä kuitenkaan edellytä. Kunkin kunnan on kuuluttava kuitenkin vähintään yhteen kuntayhtymään.
2. Kehitysvammalaki sisältää edelleen veloitteen kehitysvammahuollon erityishuoltopiirien ylläpitämisestä. Lain mukaan jokaisen kunnan on kuuluttava johonkin erityishuoltopiiriin. Lainsäädäntömuutoksia koskien kehitysvamma- ja vammaispalvelulain yhteensovittamista on odotettavissa seuraavalla eduskunnan vaalikaudella. Tällöin tarkasteltaneen myös kuntien pakkojäsenyyttä kehitysvammahuollon kuntayhtymissä.
3. Uudenmaan erityispalvelut ky ja Pääjärven erityishuoltopiiriin ky tekevät selvitystyötä toimintojensa yhdistämisestä siten, että tulokset ovat käytössä syksyllä 2007.
4. Koska Pääjärven erityishuoltopiiri tuottaa palvelut sekä Kanta- että Päijät-Hämeelle, merkitsisi Päijät-Hämeen irrottautuminen Pääjärven kuntayhtymästä kehitysvamma-asiain erityisasiantuntemuksen hajottamista koko Hämeestä ja erityisasiantuntemuksen sekä asiakkaiden keräämistä aiempaa suppeammalta alueelta.
5. Pääjärven kuntayhtymä on hajauttanut avo- ja varsinkin asumispalveluitaan jäsenkuntiinsa, joko omaan hallintoonsa tai kunnat ovat perustaneet vastaavia palveluita omaan organisaatioonsa.
6. Kehitysvammapalveluihin kuuluu toisaalta ns. normaaleita peruspalveluita (asuminen, työtoiminta) sekä vain hyvin suppean väestöosan tarvitsemia erityispalveluita, joille nykyisetkin erityishuoltopiirit ovat liian suppeita väestöpohjaltaan.

Lainsäädäntötyö kehitysvammahuollon osalta on kesken, jolloin lainsäädännön pohjalta ei ole mahdollisuuksia muutoksiin erityishuoltopiirien jäsenyyksissä ennen kuin lainsäädännön muutostyö on viety loppuun.

Työryhmän ehdotukset jatkotyön ja palveluiden järjestämisen linjauksiksi kehitysvamma- ja vammaispalveluissa:

1. *Kuntayhtymien nyt järjestämät kehitysvammaisten ja vammaisten henkilöiden lähipalvelut* (ensisijaisesti asumis- sekä työ- ja päivätoiminta sekä muut tukipalvelut) *siirretään kuntiin* (Lahti ja Heinola), *sosiaali- ja terveysyhtymään tai läntiseen piiriin*. Toteutuksesta ja aikataulusta tehdään suunnitelma vuoden 2007 loppuun mennessä esimerkiksi liittyen palveluiden järjestämissuunnitelmatyöhön. Samalla määritellään palvelut, jotka kuuluvat kehitysvammaisten ja vammaisten henkilöiden lähipalveluihin. Vammaispalveluissa eräs keskeisimmistä järjestettävistä seikoista on yhteistyö eri toimijoiden välillä varsinkin tapauksissa, joissa saman henkilön palveluntuottajina on useita yksityisiä palveluntuottajia.
2. *Kehitysvamma- ja vammaishuollon erityisasiantuntemusta edellyttävien palveluiden järjestämispohja selvitetään*. Kyse on keskitettävistä palveluista. Selvitettäessä keskeistä on erityisasiantuntemusta edellyttävän väestöpohjan laajuus. Selvitetään, muotoutuuko riittävän suuri väestöpohja yhdistämällä Pääjärven erityishuoltopiiri ja Uudenmaan erityispalvelut -kuntayhtymä. Mikäli kehitysvammaisten keskitettävät erityispalvelut tuotetaan vain Päijät-Hämettä

varten, on tehtävän tehokkaan toteuttamisen edellyttämä väestöpohja työryhmän käsityksen mukaan liian suppea. Palvelujen järjestämiseksi tarvitaan useiden erikoissairaanhoidopiirien ja/tai erityishuoltopiirien yhteistyötä tai yhdistymistä.

Kehitysvammaisten lähipalveluita koskevan suunnitelman laatiminen voidaan toteuttaa vuoden 2007 aikana siten, että osa mahdollisista muutoksista voidaan ottaa huomioon jo vuoden 2008 järjestämissuunnitelmaa ja talousarviota laadittaessa.

Kehitysvammahuollon järjestämistä koskevaan *selvitystyöhön tulee palata keskitettävien, erityisasiantuntemusta edellyttävien palveluiden osalta* (kohta 2) *syksyllä 2007*, jolloin

* Uudenmaan erityispalveluiden ja Pääjärven erityishuoltopiirin kuntayhtymien selvitystyö koskien kuntayhtymien yhdistämistä on valmistunut,

* on saatu myös lisäinformaatiota kehitysvamma- ja vammaislainsäädännön yhteensovittamisesta.

Samalla Hartolan (Vaalijalan kuntayhtymä), Myrskylän (Uudenmaan ja Kårkullan kuntayhtymät) ja Iitin (Kymenlaakson erityishuoltopiirin kuntayhtymä) kuntien tilanne suhteessa kuntayhtymiin tulee tarkastella siltä osin kuin se ei tule tarkastelluksi jo lähipalveluita koskevan suunnittelun yhteydessä. Iitin osalta tulee huomioida, että Kymenlaakson erityishuoltopiirin kuntayhtymässä on keväällä 2007 alkamassa selvitystyö, jossa kartoitetaan alueen kuntien tahtotilaa erityishuollon järjestämiseen liittyvissä kysymyksissä.

Tämän raportin liitteenä on Uudenmaan erityispalvelut -kuntayhtymän ja Pääjärven kuntayhtymän edustajien laatima alustava selvitys (Liite 1), jossa pohditaan kunta- ja palvelurakennemuutoksen täytäntöönpanoa ja esitetään alustavia malleja erityishuoltopiirien toimintojen yhdistämiseksi. Työryhmä katsoo, että tässä vaiheessa ei ole vielä oikea aika ottaa kantaa alustaviin malleihin, vaan kannanottoihin tulee palata selvitystyön edetessä myöhemmin vuonna 2007.

Päihdepalvelut

Päihteiden ongelmakäyttö liittyy usein hyvin moniin muihin sosiaalisen elämän ja terveyden ongelmiin, kuten psyykkisiin ongelmiin, somaattisiin sairauksiin, työttömyyteen, asunnottomuuteen, perhekiirisiin jne. Päihdepalvelujen asiakastyölle on tyypillistä, että tarvitaan hyvin monenlaisia toimijoita ja heidän yhteistyötään sekä keskenään että asiakkaan kanssa.

Työryhmä pitää seuraavia kehittämistoimenpiteitä päihdepalveluiden osalta keskeisenä:

1. Päihdepalveluiden kokonaiskoordinaatiotyö sidotaan Terveyden ja sosiaalisen hyvinvoinnin edistäminen -osahankkeeseen sekä Hoito- ja palveluprosessien uudistaminen -osahankkeeseen. Päihdeasiain yleinen koordinaatiovastuu ja kehittämistyö sijoitetaan sosiaali- ja terveystyöhön. Päihdepalveluissa tarvitaan monenlaisia kuntoutumismuotoja avomuotoisesta laitospalveluun. Painopiste tulee asettaa avohuoltoon.

2. Keskeinen jatkotyökohde on perusturvapiirien ja tilaajatoiminnan keskinäinen ja sisäinen organisoituminen päihdeasioissa: palvelupolkujen selkiyttäminen, päihdehuollon palvelunohjauksen lisääminen ja tehostaminen sekä sisältöosaamisen lisääminen. Keinona on mm. päihdetyöntekijöiden roolin lisääminen palveluohjauksessa.
3. Kumppanuusperiaatteelle perustuva sopimusperusteinen palvelutuotanto tulee järjestää tarpeiden ja taloudellisten voimavarojen mukaiseksi. Linjavalinnan perusteena tässä vaiheessa on se, että markkinoilla ei ole kilpailutuksella tavoiteltavan hinta/laatuhyödyn saamisen edellyttämiä kilpailijoita, vaikkakin alalla on jonkin verran yksityistä palvelutuotantoa. Kumppanuusperiaatteelle perustuvan yhteistyön kehittäminen palveluntuottajien kanssa on keskeistä. Puitesopimusmenettelyä täydennetään vuosittain tai osavuosittain täsmennyvällä tilaajatoiminnalla. Lisäksi tulee säilyttää asiakkaiden yksilölliseen tarpeeseen perustuva palveluiden ostojärjestelmä koskien lähinnä pieniä palveluntuottajia.

Kilpailutuksen toteutuessa toteuttaja on sosiaali- ja terveysyhtymä. Tilaajatahon ostotoimintaan liittyvän osaamisen lisääminen on tarpeen erityisesti päihdepalveluiden kohdalla.

Päihdepalveluissa palvelukenttä on varsin monisyinen. Tässä vaiheessa ei ole nähtävissä, että muuttamalla päihdehuollossa palveluiden organisointipohjaa voitaisiin saavuttaa kustannus- tai laatuhyötyä. Päihdepalveluissa on lähtökohtaisesti kysymys verkostomaisesta yhteistyöstä johtuen mm. asiakkaiden monisysisistä ongelmista. Päihdepalveluiden yleinen kustannustaso on varsin kohtuullinen verrattuna tuotannon tekijäkustannuksiin. Jatkotoimenpiteiden lähtökohta on palveluohjauksen lisääminen. Myöhemmin voidaan palata tarpeen mukaan organisaatoratkaisuihin, kun tällä nähdään saatavan kustannus-laatuhyötyä. Tähän työhön on luontevaa palata Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämissuunnitelmatyössä.

Lastensuojelu- ja perhepalvelut

Lastensuojelupalveluiden kohdalla käytettävien palvelujen valikoimaa tulisi painottaa nykyistä enemmän avopalveluiden suuntaan. Sijaisperheisiin sijoittaminen tulisi olla nykyistä useammin vaihtoehto perhekotipaikalle. Perhekotien määrä on kasvanut runsaasti viime vuosina ja tämä on johtanut myös niiden käytön lisääntymiseen. Sijaisperheiden palkkiotasoa tulisi työryhmän mielestä nostaa ja yhtenäistää, jotta vaihtoehdosta muodostuu houkutteleva perhekotitoiminnalle. Kilpailutustilanteessa tulee, aina kun se on mahdollista, tarkastella omaa kunnallista palvelua ja sijaisperhetoimintaa perhekotivaihtoehtojen rinnalla. Työryhmän arvion mukaan lastensuojelun oman toiminnan kehittämisellä ja sijoituspaikkojen kilpailutuksella voidaan nykyisessä tilanteessa saavuttaa kustannus- ja laatuhyötyä.

Perheneuvolapalvelut

Päijät-Hämeen perheneuvolakuntayhtymä tuottaa nykyisin palveluita valtaosalle alueen kunnista. Sosiaali- ja terveyspiirin perustaminen tarjoaa tilaisuuden järjestää alueen perheneuvontapalveluita uudelleen, jos se katsotaan

tarkoituksenmukaiseksi. Pikaisiin muutoksiin ei tule työryhmän mielestä ryhtyä, vaan selvittää vuoden 2007 alkupuolella erillisessä, ulkopuolisen asiantuntijan toimesta tehtävässä selvitystyössä keskeisten vaihtoehtojen hyödyt ja haitat, mukaan lukien ratkaisujen taloudelliset vaikutukset. Tämän selvityksen pohjalta tulisi vuoden 2007 keväällä tehdä linjaratkaisut perheneuvolatoiminnan organisoimisesta jatkossa.

Työryhmä toteaa, että perheneuvolatoiminta sopii lähtökohtaisesti toteutettavaksi sosiaali- ja terveystieteissä keskitettävänä palveluna. Palveluiden saatavuus kaikissa kunnissa on turvattava mahdollisessa perheneuvolapalveluiden organisoimisen uudistuksessa. Työryhmä pitää tarpeellisena yhden yksikön muodostamista vastaamaan perheneuvolapalveluista ja kokoamaan siihen liittyvä asiantuntemus. Monet perheneuvolan työmuodot edellyttävät useiden asiantuntijoiden tiivistä työryhmätyöskentelyä.

Alkuvuonna 2007 tehtäväksi ehdotettavan selvityksen lähtökohtana tulisi työryhmän mukaan olla seuraavien vaihtoehtojen tarkempi selvittäminen:

- 1) Perheneuvolatoiminnan säilyttäminen nykyisellään siten, että
 - a) Perheneuvolatoiminta kuuluu ”hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen” tulosalueeseen. Yhtymä ostaa läntiseltä piiriltä tai läntinen piiri ostaa yhtymältä tarvitsemansa palvelut. Päijät-Hämeen perheneuvola siirtyy yhtenäisenä joko sosiaali- ja terveysyhtymään tai läntiseen perusturvapiiriin. Myös Iitin, Myrskylän ja Pukkilan perheneuvolapalveluiden järjestäminen samalla tavoin mahdollistetaan.
 - b) Päijät-Hämeen perheneuvola ja Lahden perheneuvola yhdistetään. Uuden yksikön hallinnollisia vaihtoehtoja ovat yhden tai usean kunnan omistama liikelaitos, mukaan lukien peruspalvelukeskus Oiva -liikelaitos, taikka hallinnollinen sijainti joko osana Lahden kaupungin tai yhtymän peruspalvelukeskusta. Perheneuvola säilyy yhtenäisenä nykyistä suurempana yksikkönä. Myös Iitin, Myrskylän ja Pukkilan perheneuvolapalveluiden järjestäminen samalla tavoin mahdollistetaan.
- 2) Perheneuvolatoiminta hajautetaan eri yksiköihin (yhteinen lapsiperheiden psykososiaalisten palveluiden malli). Muodostetaan yhtymään, läntiseen piiriin ja ehkä myös Lahden kaupunkiin yksiköt, joihin yhdistetään perustason ja erikoistason mielenterveys- ja perheneuvolatoiminta sekä ehkä terveyskeskuksista perheiden psykologitöitä, puheterapiaa ja perheiden sosiaalityötä sosiaalitoimen puolelta. Nykyinen Päijät-Hämeen perheneuvola hajoaa. Myös Iitin, Myrskylän ja Pukkilan perheneuvolapalveluiden järjestäminen samalla tavoin mahdollistetaan.

Vaihtoehtojen vertailu suoritetaan Päijät-Hämeen perheneuvolatoiminnan ja avoterveydenhuollon lasten-/nuorisopsykiatrian nykyiseen toimintamalliin Päijät-Hämeessä ja tästä toiminnasta saatuihin kokemuksiin.

Selvitystyön tueksi perustetaan työryhmä, joka tukee ulkopuolisen konsultin tekemää selvitystyötä asiantuntijapanoksellaan. Selvitystyön valmistumisen määräajaksi esitetään 30.4.2007. Selvitysvaihetta seuraa keväällä 2007 tehtävä ratkaisu sekä tarvittava jatkosuunnittelu ja käytännön toimien järjestäminen.

Uuden perheneuvolatoimintamallin mukainen toiminta käynnistyy aikaisintaan vuoden 2008 alusta. Huomioon tulee ottaa mahdollisen uuden perheneuvolatoimintamallin käynnistymisajankohtaa selvittäessä Päijät-Hämeen perheneuvolan perussopimuksen irtisanomisaika, yksi kalenterivuosi. Vaihtoehdon 2 kohdalla tulee muutosvaiheeseen varata pitempi siirtymäkausi.

Työryhmä korostaa, että perheneuvolan asemaa, roolia ja tehtävää on pohdittu useaan otteeseen lasten, nuorten ja perheiden palveluiden järjestämistä koskevissa selvityksissä Päijät-Hämeen alueella. Nämä selvitykset ja niiden johtopäätökset tulee ottaa huomioon perheneuvolaan koskevissa jatkoselvityksissä.

Sosiaali- ja terveystieteiden ohjausryhmä on jo tehnyt 12.12.2006 edellä selostetun kanssa yhtäpitävän päätöksen selvitystyön tekemisestä.

Työtoiminta

Työtoiminta ja siihen liittyen pitkäaikaistyöttömien henkilöiden työllistymis- ja eläkkeellesiirtymismahdollisuuksien selvittely ovat toiminta-alue, jonka vajavaisesta järjestämisestä kunnat maksavat nykyinsäädännön mukaan myös Päijät-Hämeessä mittavan tulonsiirron valtiolle pitkäaikaistyöttömien henkilöiden vahingoksi. Nämä palvelut on tästä syystä ensiarvoisen tärkeä järjestää nopeasti kuntoon. Lisäsäästöjä kertyy välillisesti esimerkiksi päihteidenkäytön vähetessä säästyvinä terveydenhuoltomenoina tai toimeentulotukimenoina. Lisäksi kunnissa saadaan tehdyksi sellaisia ”jokamiehen töitä”, jotka nyt jäävät tekemättä, mutta jotka eivät kuitenkaan vaadi varsinaista ammattitaitoa. Taloudellisia voimavaroja on käytössä, mikäli kuntien nyt maksamat passiivisen työmarkkinatuen kuntaosuudet suunnataan uuteen käyttöön.

Tämän mahdollistamiseksi tulee tehdä kokonaissuunnitelma pitkäaikaistyöttömien työtoimintojen järjestämiseksi. Tältä pohjalta tarvittavat palvelut tulee työryhmän mielestä järjestää sopimusperusteisesti kunnallisten, yhdistysmuotoisten ja yksityisten palveluntuottajien toimesta.

Mielenterveyspalvelut

Mielenterveyspalveluissa sosiaalihuollon osa-alueella painottuvat asumis- ja työtoimintapalvelut. Asiakastarpeet ovat usein räätälöityjä. Palveluita on kyllä saatavilla mutta usein ei löydy juuri sopivia palveluita. Palvelujen painopiste asettuu sopimusperusteiseen tuotantoon ja tuottajan omaan toimintaan. Kilpailutusta voidaan tuloksellisesti käyttää rajatussa määrin.

Vanhusten palvelut

Vanhusten palveluissa on tarjontaa tuloksekkaan kilpailutuksen toteuttamiseksi, mikäli kilpailutettavat palvelut rajataan selkeästi. Markkinoilla on myös suuria palveluntuottajia. Vanhuspalvelut ovat lähtökohtaisesti lähipalveluita ja niitä tulee tarjota omassa kunnassa. Kunnan oma tuotanto on usein niin hinta- kuin laatu- ja palvelu- osalta kilpailukykyinen. Varsinaista kustannussäästöä voidaan

saavuttaa yhteistoiminnalla, huolehtimalla riittävästä avopalveluiden saatavuudesta, huolehtimalla ikääntyville soveltuvan asuntokannan olemassaolosta palveluiden läheisyydessä ja tuottamalla erityistä osaamista vaativat palvelut aiempaa keskitetympin. Kilpailutuksella saavutettavaa merkittävää kustannushyötyä ei tällä hetkellä työryhmän arvion mukaan ole Päijät-Hämeessä saatavissa.

Projektirahoituksen käytön kohdentaminen

Sosiaalihuollon palveluihin liittyen edellä on tuotu esille osa-alueiden järjestämissuunnitelmatarpeita. Useissa tapauksissa edellytetään mittavaakin selvitystyötä, jotta varsinaiseen järjestämissuunnitteluun päästään käsiksi. Selvityksien ja suunnitelmien tekeminen vaatii usein organisaation tuottaman työpanoksen ylittämistä. Tällöin on tarkoituksenmukaista käyttää selvitystyöhön projektirahoitusta. Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveystieteiden muodostaminen ja erityisesti siihen liittyvä järjestämissuunnittelutyö mahdollistaa resurssien kanavoimisen tähän sosiaalipalveluita koskevaan selvitys- ja jatkosuunnittelutyöhön.

Työryhmän mielestä työryhmän esittämien toimenpide-ehdotusten pohjalta tulee palveluiden järjestämistä edustavien toimijoiden yhteistyönä laatia pikaisesti yhteenveto niistä selvittämis- ja suunnitelmatarpeista, joiden toteuttamista maakunnallisen sosiaalihuollon järjestämissuunnitelman laatiminen edellyttää. Yhteenveto voi osaltaan toimia runkona, jotta Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveystieteiden perustamiseen tarkoitettua määrärahaa voidaan suunnata tarkoituksenmukaisella ja tuottavimmalla tavalla kuntalaisten hyväksi.

Kirjalliset lähteet

Sosiaalitoimen kuntayhtymät ja sosiaali- ja terveystyöryhmän väliraportti.
27.10.2006.

www-lähteet

www.a-klinikka.fi/lahti (29.11.2006)

www.lahdendiakoniasaatio.fi (29.11.2006)

www.phsospsyk.net (4.12.2006)

www.tuoterengas.fi (4.12.2006)

www.verkkotietokeskus.fi (12.12.2006)

Muut lähteet

Lahden kaupungin hankintapäällikkö Mauri Pulkinen, puhelinkeskustelu 24.11.2006.

Liitteet

Liite 1. Kunta- ja palvelurakennemuutoksen täytäntöönpano ja erityishuoltopiirit Uudellamaalla ja eteläisessä Hämeessä. Alustava selvitys.

Alustava selvitys

Kunta- ja palvelurakennemuutoksen täytäntöönpano ja erityishuoltopiirit Uudellamaalla ja eteläisessä Hämeessä

Yhteenveto

Kunta- ja palvelurakennemuutoksen puitelain täytäntöönpanoon valmistautuminen on alkanut myös erityishuoltopiireissä. Puitelaki on siirtämässä erikoissairaanhoidon ja kehitysvammaisten erityishuollon sairaanhoitopiirien pohjalta koottaville kuntayhtymille.

Eteläisessä Suomessa (Uudellamaalla, Itä-Uudellamaalla, Päijät- ja Kanta-Hämeessä) monitahoinen ja ristikkäinen sairaanhoitopiiri- ja erityishuoltopiiriverkosto aiheuttaa päänvaivaa. Tärkeää on löytää suhteellisen nopeasti yhdessä asiasta päättävien kuntien kanssa sellaiset ratkaisut, jotka mahdollisimman hyvin toimivat kansalaisten palvelutoiminnassa.

Erytishuollon osalta etsitään sellaista ratkaisumallia, joka toteuttaa puitelain tavoitteet pitkäjänteisellä tavalla, mutta samalla ottaa huomioon alueen ja toimialan erityispiirteet. Uudenmaan ja Etelä-Hämeen erityishuoltopiirien yhteensulautumista esitetään sekä sen pohjalta toimivia sopimusjärjestelyjä omistajakuntien ja sairaanhoitopiirien kanssa.

Johdanto

Suomen Eduskunta käsittelee paraikaa kunta- ja palvelurakennemuutoshankkeen (Paras) puitelakia ja muita hankkeeseen kuuluvia lakeja (HE 155/2006). Lainsäädäntötyö valmistunee näiltä osin vuoden loppuun mennessä. Vielä ei ole täyttä varmuutta lain lopullisesta

sisällöstä. Uudistuksella tähdätään vuosikymmenien päähän tavoitteena mm. turvata väestön tarvitsemat palvelut.

Yksi hankkeen tavoitteista on uudistaa *laajaa väestöpohjaa edellyttävien palvelujen* järjestämistä ja tuottamista. Puitelakiehdotuksen säädöstekstissä (6§) tällaisiksi palveluiksi on katsottu mm. *erikoissairaanhoito ja kehitysvammaisten erityishuolto*, aivan perustellusti. Käsiteltyään puitelakia Eduskunnan sosiaali- ja terveysvaliokunta lausunnossaan ”korostaa, että sosiaali- ja terveydenhuollon laajaa väestöpohjaa edellyttäviä palveluja on tarpeen organisoida uudelleen erikoissairaanhoidon ja kehitysvammahuollon lisäksi laajemminkin. Esimerkiksi vammaispalvelujen järjestämisessä koordinointia, kehittämistyötä ja rahoitusta on tarkoituksenmukaista keskittää, mutta tuottaa palvelut mahdollisimman lähellä asiakkaita”.

Puitelakiesityksen 6 §:ssä on esitetty seuraavaa:

*”Laajaa väestöpohjaa edellyttävien palvelujen turvaamiseksi maa jaetaan erikoissairaanhoitolain 7 §:ssä lueteltuihin kuntayhtymiin. **Kunnan tulee kuulua yhteen kuntayhtymään.** Äänivallasta kuntayhtymässä on voimassa, mitä erikoissairaanhoitolain 17 §:ssä säädetään.*

Kuntayhtymän tulee:

- 1) ***kunnan osoittamassa laajuudessa vastata palveluista, joista säädetään erikoissairaanhoitolaissa ja kehitysvammaisten erityishuollosta annetussa laissa;***
- 2) *edistää alueellaan terveyden, toimintakyvyn ja sosiaalisen turvallisuuden huomioon ottamista; sekä*
- 3) *hoitaa muut sille lailla säädettävät tehtävät. Kunta voi antaa kuntayhtymälle myös muita tehtäviä. Kaksikieliset ja yksikieliset ruotsinkieliset kunnat ovat lisäksi jäseninä kuntayhtymässä, jonka tehtävänä on turvata jäsenkuntiansa ruotsinkielisten palvelujen järjestäminen erikseen sovittavan työnjaon mukaisesti.*

Osa erityistason sairaanhoitoon kuuluvista toimenpiteistä ja hoidoista keskitetään valtakunnallisesti joillekin erityisvastuualueille. Valtioneuvoston asetuksella säädetään, mitkä tutkimukset, toimenpiteet ja hoidot kuuluvat erityistason sairaanhoitoon.”

Lakiehdotuksen mukaan kunnan tulee siis kuulua yhteen kuntayhtymään, joka vastaa kunnan osoittamassa laajuudessa erikoissairaanhoitolaissa ja kehitysvammaisten erityishuollosta annetussa laissa säädetyistä palveluista. Nykyisin kunnan tulee kuulua sekä valitsemaansa sairaanhoitopiiriin kuntayhtymään että valtioneuvoston vahvistaman piirijaon pohjalta siihen erityishuoltopiiriin kuntayhtymään, jonka alueella kunta sijaitsee.

Lakiehdotuksen 3 §:n mukaan ... ”Kunnat voivat laatia tässä laissa tarkoitettut selvitykset ja suunnitelmat erikoissairaanhoidon lain (1062/1989) 7 §:n mukaisesta sairaanhoitopiirijaosta ja valtioneuvoston kehitysvammaisten erityishuollosta annetun lain (519/1977) 6 §:n nojalla päättämästä erityishuoltopiirijaosta poiketen.”

Lisäksi lakiehdotuksen 10 §:ssä säädetään, että ... ”Kunnan on viimeistään 30 päivänä kesäkuuta 2007 annettava valtioneuvostolle selvitys kunnassa 5 ja **6 §:n nojalla toteutettavista toimenpiteistä** sekä suunnitelma uudistuksen toimeenpanosta (*toimeenpanosuunnitelma*)...”

Valtioneuvosto odottaa kultakin kunnalta 30.06.2007 mennessä selvitystä siitä *mihin 6 §:ssä tarkoitettuun kuntayhtymään se haluaa kuulua ja mitä tehtäviä ja missä laajuudessa kuntayhtymän vastattavaksi halutaan osoittaa*. Uudistushankkeessa kuntayhtymille ei ole asetettu erityistä suunnittelovelvoitetta kuntien tapaan.

Puitelain voimaantumisen jälkeen valmistellaan vielä erityislainsäädännön muutokset (mm erikoissairaanhoidon laki ja laki kehitysvammaisten erityishuollosta), koska puitelain pohjalta suunniteltuja muutoksia ei vielä voi täytäntöön panna. Puitelaki käynnistää muutosprosessin.

Tilanne Uudellamaalla ja eteläisessä Hämeessä

Uudellamaalla toimii tällä hetkellä kolme erityishuoltopiiriä:

- Helsingin kaupunki muodostaa oman erityishuoltopiirinsä. Kaupungilla on laajasti omaa erityishuoltopalvelua ja lisäksi se ostaa palveluja mm. Rinnekoti-säätiöltä.
- Kärkulla samkommun, jonka kotipaikka on Paraisten kaupungissa, järjestää ja tuottaa kehitysvammaisten erityishuollon palveluja myös Uudenmaan ja Itä-Uudenmaan ruotsinkieliselle väestölle. Sillä on palveluyksiköitä useissa kaksikielisissä kunnissa, myös Helsingissä. Lisäksi Kärkulla vastaa muuallakin Suomessa asuvien ruotsinkielisten kehitysvammaisten henkilöiden erityishuollosta.
- Uudenmaan erityispalvelut – kuntayhtymä (UEP), jonka omistajajäseninä ovat kaikki entisen Uudenmaan läänin kunnat Helsinkiä lukuun ottamatta (35). Suomenkielisen väestön määrä on yhteensä noin 800 000 (kaikkiaan yli 910 000). Kuntayhtymällä on jo historiallisesti hajautettu verkostomainen toimintatapa. Toimipisteitä on yli 20 kunnassa ja kaikki 35 kuntaa osoittavat kuntalaisiaan UEP:n palveluihin. Kuntayhtymän (= erityishuoltopiirin) alueella toimii kolme sairaanhoitopiiriä: a) Helsingin Uudenmaan sairaanhoitopiiri, johon luonnollisesti kuuluu myös Helsingin kaupunki b) Päijät-Hämeen sairaanhoitopiiristä neljä kuntaa (mm. Orimattilan kaupunki) c) Kymenlaakson sairaanhoitopiiristä Ruotsinpyhtään kunta. Työnjako kuntien kanssa on kehitymässä siihen suuntaan, että UEP vastaa

erityisesti vaativammasta palvelutoiminnasta. Yksityisen palvelutoiminnan osuus on Uudellamaalla merkittävä (mm. Rinnekoti-säätiö). Kunnat ostavat yksityisen palvelutuotannon itse.

Etelä-Hämeessä puolestaan toimii yksi erityishuoltopiiri, Pääjärven kuntayhtymä, jolla on tällä hetkellä 25 omistajajäsenkuntaa. Kuntaliitoksia on vireillä. Lisäksi palvelujen järjestämisvastuuta on Päijät-Hämeessä siirtymässä kunnilta Heimo - hyvinvointipiirille ja sen sisäisille rakenteille sekä Hollolan kunnan tilaajalautakunnalle. Alueella toimii kaksi sairaanhoitopiiriä: Päijät-Hämeen ja Kanta-Hämeen. Väestöpohja on yhteensä noin 345 000. Pääjärven kuntayhtymällä on palvelutoimintaa molempien sairaanhoitopiirien alueella, mutta *myös koko alueelle yhteistä*. Kuntayhtymä on keskittynyt erityisesti vaativimpiin erityishuoltopalveluihin.

Kehitysvammaisten erityishuollosta ja erikoissairaanhoidosta

Toiminta-ajatukseltaan ja tavoitteiltaan erikoissairaanhoito ja kehitysvammahuolto poikkeavat merkittävästi toisistaan.

Erikoissairaanhoidossa korostuvat tarkka diagnostiikka ja somatiikassa hoidon lyhytkestoisuus ja terveydenhuollon korkea teknologia-aste. Erikoissairaanhoidon palveluja tuotetaan sairaaloissa ja poliklinikoilla.

Kehitysvammaisten palvelujen järjestämisessä suuntaudutaan vammaisen henkilön ja hänen läheistensä jokapäiväisen elämän sujuvoittamiseen esimerkiksi asumisen, koulutuksen, työllistymisen ja vapaa-ajan harrastusten tukemisessa. Niinpä palvelu- ja tukitoimintakin tapahtuu monissa eri ympäristöissä. Tänä vuonna hyväksytyissä kansallisissa ja kansainvälisissä vammaispoliittisissa linjauksissa painotetaan ”vammaisten osallisuutta yhteiskunnassa” (Vammaispoliittinen selonteko/Eduskunta) ja ”strategista politiikkaa, joka tukee siirtymistä laitoshoidosta yhteisöpohjaisiin vaihtoehtoihin, esimerkiksi itsenäiseen asumiseen tai pienryhmäkoteihin”(Euroopan Neuvoston vammaispoliittinen ohjelma).

Paraikaa mm. Etelä-Hämeen erityishuoltopiirissä on vireillä kehityshankkeita keskuslaitostoiminnan olennaiseksi supistamiseksi ja hajauttamiseksi.

Uudellamaalla tämä on ollut toimintapolitiikkana jo kuntayhtymän palvelutoiminnan käynnistämisestä (1975) lähtien.

Eduskunnan sosiaali- ja terveystieteiden valiokunta toteaa, että vammaispalveluissa ”koordinointia, kehittämistyötä ja rahoitusta on tarkoituksenmukaista keskittää”. Sama pätee alan osaamiseen, sen ylläpitoon ja jakamiseen sekä vaativimpiin palveluihin.

Kehitysvammaisten erityishuollon tulevaisuuden toimiva palvelurakenne koostuu:

- kotikunnassa tai kotiseudulla sijaitsevista asumis-, työllistymis- ja päivätoiminta- sekä muista tukipalveluista, joita voi tuottaa kunta, yksityinen palveluntuottaja tai laajemman väestöpohjan organisaatio (esim. kuntayhtymä). Tarvittava väestöpohja on vähintään puitelaisissa määritelty 20 000, mieluummin suurempi, koska palvelutarpeet vaihtelevat iän, palvelussa tarvittavan osaamisen ja mitoituksen yms. suhteen. Tärkeitä ovat toimivat palveluketjut esim. koulutuksen ja terveydenhuollon kanssa.
- erityisosaamis-/asiantuntijapalveluista edellä sanottujen tueksi sekä erilaisista palveluratkaisuista kompleksisia, vaativia tilanteita tai tarpeita varten. Näidenkin palvelujen toimeenpanoa voidaan hajauttaa ja jalkauttaa, mutta organisointi on syytä keskittää. Asiantuntijapalveluihin voi kuulua pienehköjä tukikeskuksia ja vaativan tason palveluyksiköitä, joihin asiakkaat hakeutuvat laajemmalta alueelta. Tarvittavia palveluketjuja erikoissairaanhoidon/sta on jo osin rakennettu. Tarvittava väestöpohja on *useampi satatuhatta asukasta*, jollainen olisi muodostumassa Etelä-Suomessa ainoastaan HUS - kuntayhtymän alueelle. Suuren väestöpohjan merkitystä kuvaa hyvin seuraava: koko Suomessa on alle 15-vuotiaita vaikeasti vammaisia lapsia oman kotinsa ulkopuolella ympärivuorokautisissa kehitysvammapalveluissa noin 240. Se tarkoittaa: vähemmän kuin yksi kuntaa kohti. Vuosittain tällaisen palvelun tarve ajankohtaistuu 10 - 30 lapsella koko maassa. Toinen esimerkki: koko maassa ohjataan Terveydenhuollon Oikeusturvakeskuksen kautta erityishuoltoon alle 5 henkilöä vuosittain, sama koskee vastentahtoiseen huoltoon kehitysvammalain perusteella otettuja.

Lähivuosina erityishuollon keskeiset haasteet ovat asumisessa ja siihen liittyvissä palveluissa. Henkilöstön saatavuus on tulossa yhä hankalammaksi haasteeksi. Osaamisen varmistaminen vaatii tuntuvia ponnistuksia ja asiaan keskittymistä.

Puitelain vaikutuksista

Puitelain 6 §:n kaavamainen soveltaminen Uudenmaan ja eteläisen Hämeen oloissa johtaisi nykyisten kahden suomenkielisen erityishuoltopiirin kuntayhtymän (UEP ja Pääjärvi) pirstomiseen useampaan osaan neljän sairaanhoitopiirin kesken. Helsingin kaupungin erityishuolto liitettäisiin ainakin joiltakin osin HUS-kuntayhtymään. Ruotsinkielinen Kårkulla samkommun jatkaisi jokseenkin entisellään: *Kaksikieliset ja yksikieliset ruotsinkieliset kunnat ovat lisäksi jäseninä kuntayhtymässä, jonka tehtävänä on turvata jäsenkuntiensa ruotsinkielisten palvelujen järjestäminen erikseen sovittavan työnjaon mukaisesti (ks. puitelain 6§).*

Uudenmaan ja Etelä-Hämeen erityishuoltopiirien ne toiminnot, jotka on tarkoitettu suurta väestöpohjaa edellyttäviin tehtäviin, on mitoitettu siten,

että palvelujen eheyttä ja toimivuutta kadottamatta niistä ei riitä jaettavaksi useammalle toimijalle.

Lain 6 §:n perusteluissa todetaankin, että ”*kunnat suunnittelevat uudistuksen alueellisten palvelutarpeiden lähtökohdista ja toteutustavat voivat olla jossain määrin erilaisia. Kunnat voivat esittää esimerkiksi nykyisten sairaanhoitopiirien alueiden yhdistämistä. Pakollisten kuntayhtymäverkostojen yhdistäminen ei aseta estettä sellaisellekaan ratkaisulle, että jokin nykyisin pakollisista kuntayhtymistä jatkaa toimintaansa vapaaehtoisena kuntayhtymänä tai muuna palvelujen tuottajaorganisaationa kuntien sopimalla tavalla. Hyvin toimivien kuntayhtymien pilkkominen useammaksi erilliseksi kuntayhtymäksi ei kuitenkaan olisi sopusoinnussa palvelurakenteiden vahvistamista koskevan tavoitteen kanssa.*”

Eduskunnan sosiaali- ja terveysvaliokunta on lausunnossaan päätenyt tukemaan näitä periaatteita ja lisäksi Valiokunta korostaa, että ”*ratkaisun onnistuminen käytännössä edellyttää riittävän itsenäisen aseman turvaamista kehitysvammaisten erityishuollolle*”.

Ratkaisumalleja

Kunta- ja palvelurakenneuudistus perustuu sille perusajatukselle, että hyvinvointipalvelut kuuluvat kuntien järjestämisvastuulle ja päätösvaltaan. Ne voivat siirtää vastuuta myös kuntayhtymille.

Samalla perustuslain ja erityislainsäädännön säädöksin suojataan erityisesti haavoittuvimpia väestöryhmiä (esimerkiksi kehitysvammaiset).

Uudenmaan erityispalvelut – kuntayhtymän hallitus on käsitellyt useampaan otteeseen puitelain 6§:n esiin nostamia kysymyksiä. On todettu, samoin kuin Hallituksen esityksessä Eduskunnalle, että kehitysvammaisten erityishuollossa on tehtäviä ja palveluja, joissa tarvitaan suuren väestöpohjan yhteistyötä. *Kuntayhtymän pilkkomista ei ole nähty toivottavaksi ratkaisuksi.* Tyytyväisyydellä on tervehditty yhteistyön kehittymistä Pääjärven kuntayhtymän kanssa (mm. yhteiset hankkeet).

Asian käsittely on ollut samanhenkistä ja sisällöistä Pääjärven kuntayhtymän hallituksessa.

Ratkaisumalleissa on myös otettu huomioon viime vuosina kehitetty yhteistyö Helsingin kaupungin kanssa mm. tulkkipalvelujen järjestämisessä. Yhteistyön halutaan jatkuvan molemmin puolisten intressien pohjalta. Mikään malleista ei poissulje Helsingin mukaantuloa nykyistä kiinteämpään yhteistyöhön, josta voisi olla merkittävää etua vaativimmissa tai hyvin pienten ryhmien palveluissa.

Kuntien kannanottojen pohjaksi on valmisteltu kolme erilaista mallia, että *löydetäisiin vaihtoehto, johon omistajakunnat voivat sitoutua.* Valmistelun peruslähtökohdat ovat olleet:

- vammaisten henkilöiden tarvitsemaan palvelu- ja tukitoimintaan ei saa muutoksien vuoksi tulla häiriöitä tai katkoksia
- tehtävät muutokset luovat pitkälläkin tähtäyksellä edellytykset turvata erityishuollon vaativien palvelujen – mukaan lukien niihin liittyvä viranomaistoiminta¹ – saatavuuden ja tuottamisedellytykset toimialueella
- muutokset turvaisivat kuntien suoran ohjausvallan erityishuollon toimintaan
- puitelain tarkoituksen toteuttaminen

Kaikkiin malleihin sisältyy ehdotus Uudenmaan erityispalvelut – kuntayhtymän ja Pääjärven kuntayhtymän yhteen liittämisestä, fuusiosta, ainakin palvelutoiminnan osalta. Yhdistetyn organisaation alustava työnimi on ”Etelä-Suomen vammaispalvelut”. Sen hyvin alustava toiminta-ajatus on seuraavanlainen:

- *Vastata toiminta-alueellaan vammaisalan vaativista, ensisijassa suurta väestöpohjaa edellyttävistä palveluista, ja niiden kehittämisestä*
 - *Järjestäminen (kuntien kanssa sovitun mukaisesti² ja lainsäädännön velvoittamalla tavalla)*
 - *Tuottaminen (kuntien kanssa sovitun mukaisesti)*
 - *Asiantuntemuksen ylläpito, kehittäminen, jakelu => (vammaisalankehittämisyksikkö vrt. sosiaalialan kansallinen kehittämisohjelma)*
 - *Monialaisuus*
 - *Palvelut lähelle asiakkaita – järjestäminen ja tuotannon tuki keskitetty*
 - *Osaavan henkilöstön saatavuuden varmistaminen*
- *Vastata valtakunnallisesti erityisen vaativista toimialansa palveluista ja niiden kehittämisestä sovittavan työnjaon ja rahoitusjärjestelyn mukaisesti (esim. valtion toimeksiannot)*
- *Vastata laissa mahdollisesti erikseen säädetyistä tehtävistä*
- *Tuottaa muita tarvittavia toimialansa palveluja kuntien ja muiden tilaajien kanssa sovitun mukaisesti*

Fuusion keskeisimmät perustelut ovat:

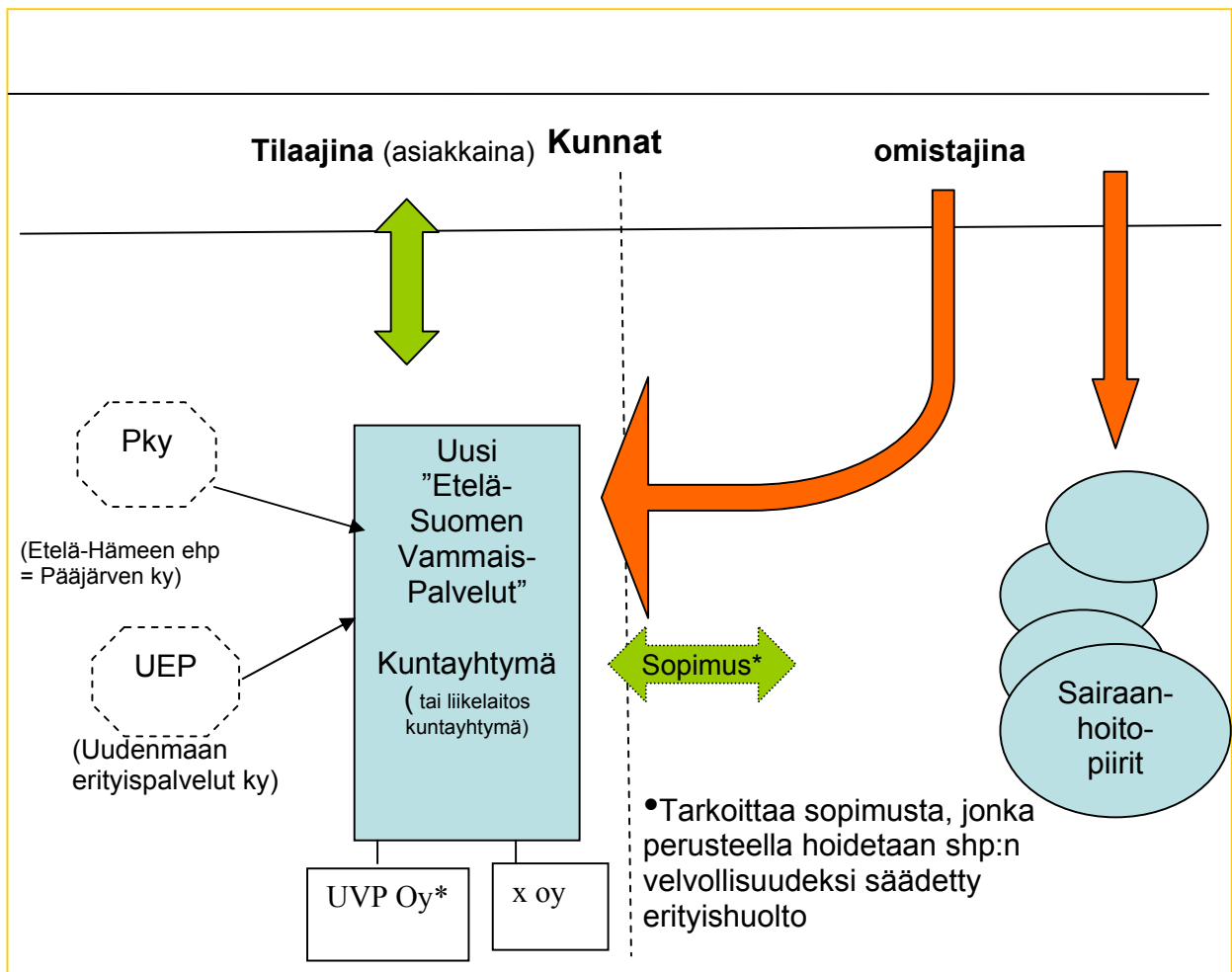
- näin ehkäistään nyt toimivan palvelutoiminnan pirstoutuminen (esim. Päijät-Hämeessä)

¹ esimerkiksi TEO:n huoltoon määräämien erityishuollon järjestäminen

² Uudellamaalla rakennettua sopimusohjausmenettelyä edelleen kehitetään

- toiminta-alueet ovat jo nyt toisiaan leikkaavat ja läheiset (Lahden seutu, Hyvinkään – Riihimäen seutu jne.)
- saadaan aikaiseksi toimialan kannalta vahva väestöpohja maantieteellisesti pienellä alueella
- synergiaedut mm. asiantuntijapalveluissa ja osaamisessa, henkilöstön hankinnassa ja tukitoiminnoissa

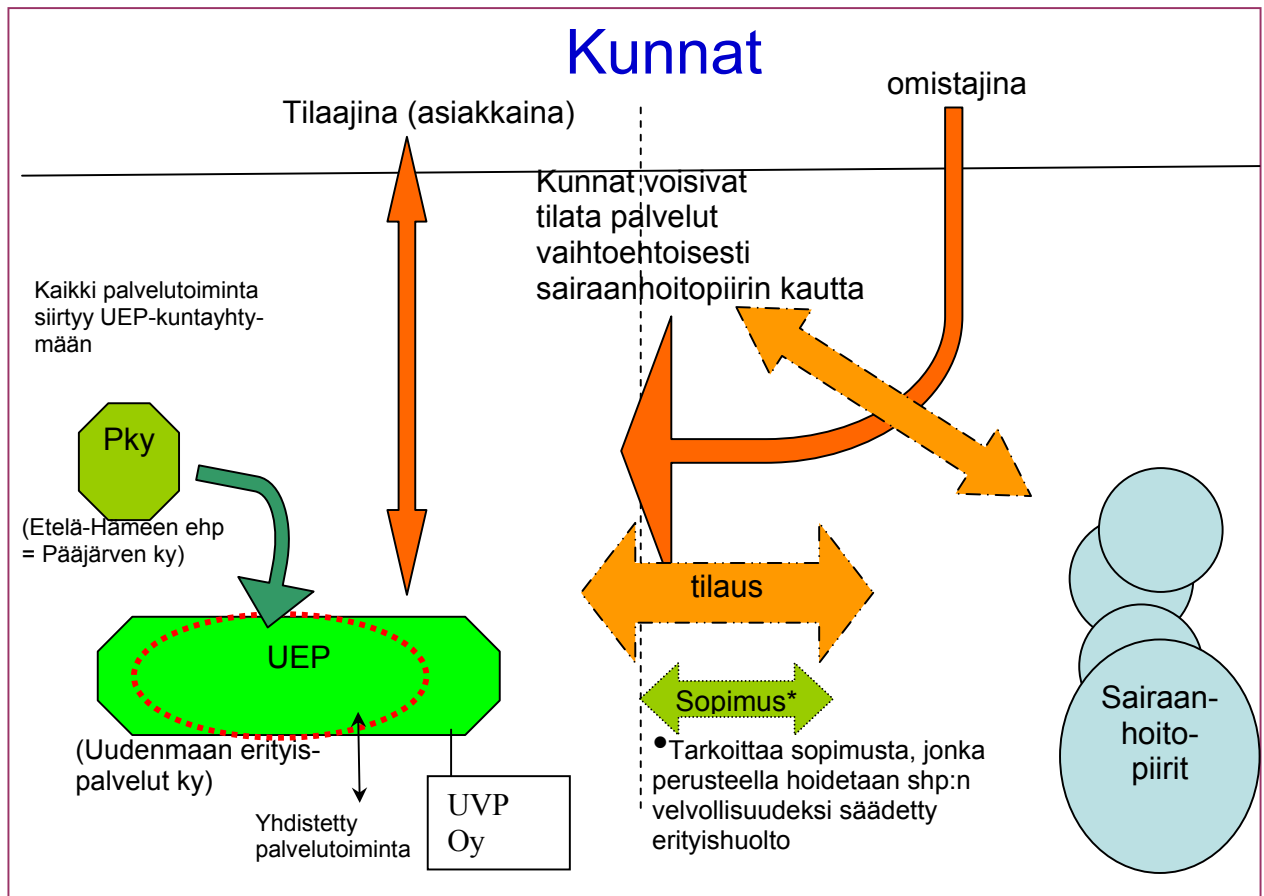
Malli 1: ”Yksinkertainen malli”



- tässä mallissa kaksi erityishuoltopiiriä fuusioitaisiin kokonaisuudessaan: palvelutoiminta, henkilöstö, varat ja vastuut
- omistajajäsenkuntina jatkaisivat kaikki nykyiset (tai kuntaliitosten jälkeiset) kunnat
- kuntien ohjausvalta toteutuisi sekä omistajaohjauksen että tilaajaohjauksen kautta. Tällainen ohjaussuhde antaa kunnalle asiakkaana mahdollisuuden suoremmin ohjata erityishuollon kehitystä. Muussa vaihtoehdossa kunnan (tilaaja) ja erityishuollon tuottajan kohtaaminen ei mahdollistu.
- kuntayhtymä voisi olla myös uudistettavan kuntalain mukainen liikelaitoskuntayhtymä, (jolla voi olla viranomais toimintaa)
- Osakeyhtiöt* tarkoittavat *toimitilaosakeyhtiötä*, jollainen Uudenmaan erityispalvelut – kuntayhtymällä on ollut jo vuodesta 2002. Vastaava on perusteilla Etelä-Hämeeseen.

- luottamushenkilöhallinto määräytyisi perussopimuksen mukaisesti (liikelaitoskuntayhtymän hallintoon ei tässä oteta kantaa)
- puitelain mukaan sairaanhoitopiiriin tulisi **vastata erityishuollosta**. Mallissa ehdotetaan, että sairaanhoitopiirit sopisivat kuntayhtymän (tai liikelaitos ky:n) kanssa erityishuollon tehtävän hoidosta. Viittaamme **Lakiin sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelusta** ja **valtiosuudesta** 3.8.1992/733 ja sen 4 §:ään, jota voitaneen tähän soveltaa.
- **Valtioneuvoston asetuksen hoitoon pääsyn toteuttamisesta ja alueellisesta yhteistyöstä 7§** mukaan sairaanhoitopiiriin kuntayhtymän on tehtävä *Terveydenhuollon palvelujen järjestämissuunnitelma*. ”Sairaanhoitopiiriin kuntayhtymän ja sen alueen kuntien on laadittava yhteistyössä terveydenhuollon palvelujen järjestämissuunnitelma. Sairaanhoitopiiriin kuntayhtymä vastaa suunnitelman laatimisesta valtuustokausittain. Suunnitelman toteutumista arvioidaan vuosittain yhteistyössä alueen kuntien kanssa ja siihen tehdään tarvittaessa muutokset. **Terveydenhuollon palvelujen järjestämissuunnitelmassa tulee sopia ainakin alueellisesta yhteistyöstä ja palvelujen yhteensovittamisesta sairaanhoitopiiriin alueella sijaitsevien sairaaloiden, terveyskeskusten ja tarvittaessa muiden terveydenhuollon toimintayksiköiden kesken. Sosiaalihuollon palvelut tulee tarvittaessa sovittaa terveydenhuollon palvelujen toiminnalliseen kokonaisuuteen yhteistyössä alueen kuntien sosiaalitoimen kanssa.** Terveydenhuollon palvelujen yhteensovittamiseksi sairaanhoitopiiriin kuntayhtymän ja sen alueen kuntien tulee erityisesti arvioida alueen laboratorio- ja kuvantamispalvelujen, lääkinnällisen kuntoutuksen sekä päivystys- ja ensihoidon palvelujen toiminnallinen kokonaisuus. Terveydenhuollon palvelujen järjestämissuunnitelmassa tulee sopia alueen kuntien ja terveyskeskusten kanssa alueellisen tietohallinnon järjestämisestä. Suunnitelmassa tulee mahdollisuuksien mukaan ottaa huomioon yksityisten palveluntuottajien ja sosiaalihuollon tietohallinnon yhteistyötarpeet.”
- Tämä säädös antanee myös sairaanhoitopiirille riittävät välineet yhdessä kuntien kanssa ohjata palvelurakenteita ja **vastata** myös erityishuollon järjestämisestä alueellaan sekä sosiaalihuollon että terveydenhuollon näkemyksestä lähtien..

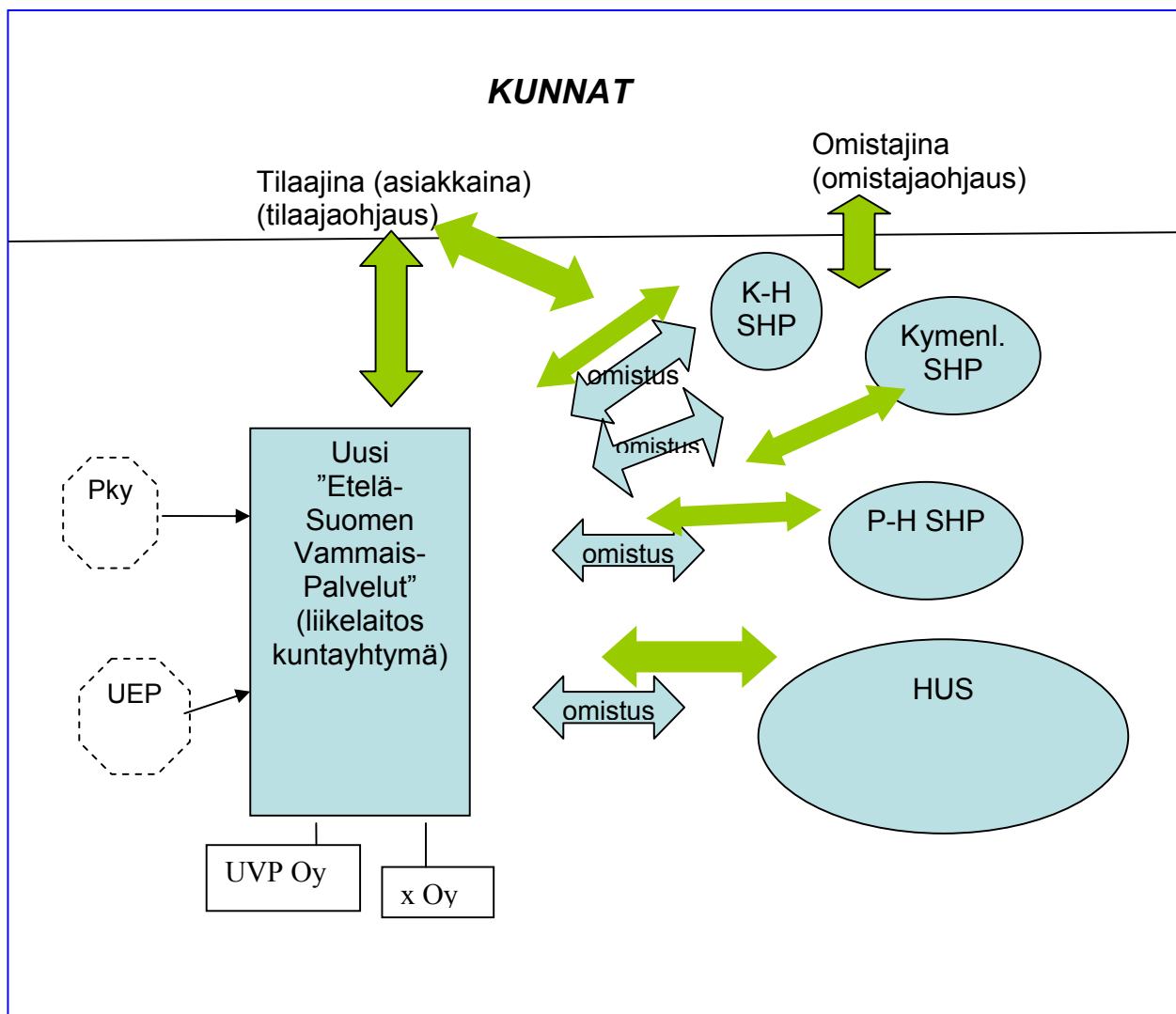
Malli 2: ”Välikausimalli”



- tämä malli poikkeaa edellisestä muutaman olennaisen kysymyksen osalta:
- erityishuoltopiirit fuusioitaisiin vain palvelutoiminnan osalta, varat ja vastuut jäävät omiin yhtiönsä. Tämä edellyttänee, että Pääjärven kuntayhtymä edelleen jatkaisi ostajana kuntien lukuun (siis ostaisi UEP:lta tarvittavan palvelutuotannon) elleivät alueen shp:t sitä tekisi (vaihtoehto)
- kuntien ohjaus perustuisi joka tapauksessa omistajaohjaukseen, mutta tilaajaohjaus voitaisiin vaihtoehtoisesti toteuttaa myös sairaanhoitopiirien kautta (jolloin esimerkiksi Päijät-Hämeessä tulisi ratkaista hyvinvointipiirin ja tilaajalautakunnan työnjako). Se edellyttää myös sairaanhoitopiireiltä paneutumista erityishuollon palvelujen tilaamisen ja tuottamisen problematiikkaan.
- tässä mallissa toisen erityishuoltopiirin kuntayhtymän luottamushenkilöhallintoelinten rooli saattaa olla pulmallinen
- tällainen ratkaisu voisi onnistua kehitysvammaisten erityishuollosta annetun lain 6 § 4 momentin perusteella: ”Jos erityishuolto tai osa siitä sen vaativuuden, siinä tarvittavien erityisten edellytysten taikka muiden

vastaavanlaisten syiden vuoksi on tarkoituksenmukaista järjestää suurempaa kuin yhden erityishuoltopiirin väestömäärää varten, valtioneuvosto voi piirijaosta riippumatta määrätä erityishuollon kokonaan tai osittain yhden tai useamman kuntainliiton järjestettäväksi. [\(13.1.1984/26\)](#)”

Malli 3: ”Sairaanhoitopiirien omistama liikelaitoskuntayhtymä”



- tässä mallissa esimerkiksi liikelaitoskuntayhtymäksi fuusioitujen erityishuoltopiirien omistajina ovat alueen sairaanhoitopiirit (tässä on oletettu, että kaikki nykyiset kunnat haluavat pysyä nykyisen erityishuoltopiirin palvelujen vaikutuspiirissä)
- palvelujen tilaus: joko suoraan kunnista tai sairaanhoitopiirien kautta
- lähtökohdانا on, että erityishuoltopiirien kuntayhtymien varat siirtyvät perustettavalle kuntayhtymäliikelaitokselle

Miten eteenpäin?

Asian selvittämiseksi ehdotetaan sairaanhoitopiirien ja erityishuoltoapiirien järjestämiä neuvottelukierroksia omistajakuntien kanssa.

Molempien erityishuoltoapiirien hallitukset esittävät 24.11.2006 pidettäville yhtymäkokouksille, valtuutuksen myöntämistä lähteenä yhdessä kuntien kanssa selvittämään soveltuvia malleja erityishuoltoapiiri- ja sairaanhoitopiirikysymyksen ratkaisuksi ja kuntayhtymien (UEP ja Pky) yhdistämiseksi.

Lisätietoja ja kommentteja:

Kuntayhtymän johtaja Markku Niemelä
Uudenmaan erityispalvelut –kuntayhtymä
PL 43, 04601 Mäntsälä
markku.niemela@uep.fi
puh 020 7627 001
puh keskus 020 692 100
fax 020 692 111
www.uep.fi

Kuntayhtymän johtaja Seppo Åstedt
Pääjärven kuntayhtymä
Peltotie 1, 16980 Lammi
seppo.astedt@paajarvenky.fi
(03) 6301 302
0500 686 294
(03) 6301 355
www.paajarvenky.fi

