

Päijät-Häme
31.8.2005

LAUSUNTO PÄIJÄT-HÄMEEN TERVEYSPIIRI-SUUNNITELMASTA SOSIAALITOIMEN NÄKÖKULMASTA

Yleisiä näkökohtia

Päijät-Hämeen terveystieteidenhanke osuu erinomaisesti ajankohtaiseen keskusteluun kunnallisten hyvinvointipalvelujen tulevaisuuden turvaamisesta. Erilaisten uudistusehdotusten taustalla on aina jokin käsitys kunnasta ja sen ydinfunktioista. Tämän lausunnon antaja näkee kunnan luonteeltaan *yhteisvastuun organisaationa*, jonka tehtävissä voidaan erottaa neljä keskeistä ulottuvuutta:

- kunta on paikallisdemokratian toteuttaja
- kunta on hallintoviranomainen
- kunta on palvelujen järjestäjä ja suuressa määrin myös palvelujen tuottaja
- kunta on paikallisyhteisö, ihmisten asuinpaikka.

Olennaista on se, missä määrin kuntien toimintaa arvioidaan ja kehitetään ottaen huomioon kunnan tehtävien kaikki ulottuvuudet ja missä määrin vain palvelujen tuottamisen näkökulmasta. Ymmärrän palvelut kuntalaisten hyvinvoinnin välineiksi, en tavoitteiksi sinänsä. palvelutuotannosta lähtevä, instrumenttivetoinen orientaatio sisältää riskin, että välineistä - tässä tapauksessa palvelujen tuotanto-organisaatiosta - muodostuu itse tarkoitus. Tällöin saattaa jäädä arvioimatta, tuottavatko nämä instrumentit lisää hyvinvointia ja parantavatko ne kunnan elinvoimaa.

Kunnallisen sosiaalipolitiikan toimintakenttä ei muodostu vain sosiaali- ja terveystieteiden palveluista. Sosiaali- ja terveydenhuolto ovat kiistatta kustannuksiltaan merkittäviä kunnan tehtävälajeita, mutta ihmisten hyvinvoinnin kannalta olennaista on myös paikallisyhteisöissä tapahtuva kansalaisten ja ammattilaisten yhteistyö ongelmien ehkäisemiseksi ja muikin lähiyhteisöjen vaikutus ihmisten hyvinvointiin, jopa terveyteen (vrt. keskustelu sosiaalisesta pääomasta). Sosiaalihuol-

lon edustajien yhteistyö kunnan muiden sektoreiden – kaavasuunnittelun, asuntopolitiikan, terveydenhuollon, opetustoimen, nuorisotoimen, liikuntatoimen jne – kanssa on olennainen osa kunnallista hyvinvointipolitiikkaa, jolla luodaan myös kunnan yleistä elinvoimaa. Niin ikään yhteistyö työhallinnon, poliisin, seurakuntien ja elinkeinoelämän kanssa on tehtäväalue, jossa tavoitellaan pitkäkestoisia hyvinvointivaikutuksia. Tämänlaatuista toimintaa ei kuitenkaan ole helppoa eikä mielekästä tuottaa tilattaviksi palveluiksi. Uudistuksia suunniteltaessa ja tehtäessä on nähtävä kuntien hyvinvointipoliittinen vastuu laajana kokonaisuutena eikä rajattava kuntien roolia vain ”palvelutehtaaksi”.

Edellä olevaan viitaten pidän kunnallisen hyvinvointipolitiikan ensisijaisena suuntana vahvan peruskunnan muodostamista. Peruskunnan tulee kantaa vastuuta kunnan sosiaali- ja terveystaloudesta, siihen mukaan lukien palvelujen järjestämistä.

Kunnan tulisi olla väestöpohjaltaan sen suuruinen, että se kykenee itse vastaamaan – joko oman palvelutuotannon avulla taikka palveluja ostamalla – pääosasta perustason sosiaali- ja terveyspalveluja. Peruskunnalla tulisi olla riittävä asiantuntemus keskeisten palvelujen tilaamisen ja hankintaan, silloin kun kunta itse ei niitä tuota. Tämä edellyttäisi noin 50 000 – 100 000 asukkaan väestöpohjaa (eli nyt puheena olevalla kohdealueella noin 2 – 4 kuntaa). Tätä suurempaa väestöpohjaa edellyttävien palvelujen hankintaa varten kunnat voisivat muodostaa sopimusperusteisen ”tilaajarenkaan”, joka tarjoaisi riittävän asiantuntemuksen myös vaativaa osaamista edellyttävien palvelujen hankintaan – sisällöllisesti ja hankintateknisesti. Tilaajarenkaalla tulee olla mahdollisimman kevyt hallinnollinen organisaatio.

Seuraavassa en enempää käsittele sen paremmin tarkoituksenmukaista kuntakokoa kuin peruskunnan varaan rakentuvaa kehittämistä vaihtoehtoa. Päijät-Hämeen terveystaloudenhankkeella on omat valitut lähtökohdansa ja otan ne lausuntoni lähtökohdaksi.

Päijät-Hämeen terveystaloudenhanke

Päijät-Hämeen terveystaloudenhankeeseen tavoitteet ovat voittopuolisesti organisaation parempaan tehokkuuteen ja taloudellisuuteen tähtääviä. Olettamuksena siis on, että palvelujen parempi saatavuus ja tehokkaampi toiminta tuottavat enemmän terveyttä, toimintakykyisyyttä ja hyvinvointia. Hankesuunnitelmaan ei sisälly ehdotuksia siitä, miten toiminnan ja uudistuksen vaikutuksia väestön hyvinvointiin aiotaan seurata ja arvioida. Taloudellisten vaikutusten ohella uudis-

tukselle tulisi asettaa myös selkeät kuntalaisten hyvinvointia parantavat tavoitteet, olkoonkin että ne saattavat vaatia pitkän seurantajakson.

Suunnitelman tavoitteet ovat laaja-alaiset alkaen julkisen terveydenhuollon omistajaohjauksen ja toimintaedellytysten parantamisesta sekä kustannusten alentamisesta päätyen operatiivisiin ratkaisuihin, kuten kustannuslaskentaan perustuvaan palvelujen tuotteistamiseen ja tietojärjestelmiä ja -teknologiaa koskeviin tavoitteisiin. Hankkeella on myös selkeästi sisällöllisiä tavoitteita, kuten potilaiden ja asiakkaiden oman vastuun vahvistaminen.

Sosiaalitoimen näkökulmasta olennaisia tavoitteita ovat - omistajaohjauksen ja taloudellisuuden varmistamisen ohella - sosiaalitoimen palvelujen saatavuuden turvaaminen, tarkoituksenmukaisen väestöpohjan luominen seudulliselle palveluille, palveluyksiköiden optimikoon määrittely, sosiaali- ja terveydenhuollon välisten keinotekoisien rajojen poistaminen, yhtenäisen potilas- ja asiakastietojärjestelmän varmistaminen ja tietoteknologian maksimaalinen hyödyntäminen sekä kiinteiden yhteistyömallien luominen kolmannen sektorin ja yksityisen palvelutoiminnan kanssa.

Hankesuunnitelman keskeinen kannanotto on tilaajan ja tuottajan erottaminen toisistaan sekä tilaajafunktion antaminen terveyspiirille..

Jäsennän sosiaalihuollon näkökulmasta suunnitelmaa tarkastelevan lausuntoni seuraaviin kysymyksiin:

- piirin toimintojen rajaus
- sosiaalihuollon luonne ja hankesuunnitelma
- palvelujen porrastus sosiaalihuollon kentässä
- palvelujen tarkoituksenmukainen tuottamisorganisaatio
- muutokseen liittyviä yleisiä näkökohtia.

Piirin toimintojen rajaus

Esitettyssä suunnitelmassa on piiriorganisaation kaavailtu kattavan terveydenhuollon ja vanhus-tenhuollon palvelut. Sittemmin mm. sosiaalitoimen asiantuntijoiden työskentelyssä on ollut esillä myös laajempi sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen yhteinen piiriorganisaatio.

Pidän tarkoituksenmukaisena sosiaalipalvelujen vanhushpalveluja laajempaa osuutta piiriorganisaatiossa.

Mikäli suunnitteilla oleva organisaatio kattaisi sosiaalipalveluista vain vanhushpalvelut – joilla kyläkin on runsaasti yhteistä aluetta terveyspalvelujen kanssa – on olemassa vaara, että vanhushpalveluita aletaan suunnitella, toteuttaa ja johtaa sairaanhoidon kaltaisena toimintana. Vanhuus ei ole sairaus, vaan elämänvaihe. Vanhustenhuollossa kattavat ja toimivat sosiaalipalvelut voivat ehkäistä ja lyhentää terveydenhuollon palvelujen - esim. sairaalahoidon – tarvetta. Mikäli vanhuus medikalisoituu ja sairaanhoitoon sisäänrakennetut kasvun ja nopeasti kehittyvän hoitoteknologian luomat kustannuspaineet siirtyvät myös vanhushpalveluihin, on vaarana mieluummin kustannusten nousu kuin kustannusten hallinta. Ikääntyvän väestön oloissa tämä on todellinen uhka.

Vanhusten palveluissa painopistettä tulee siirtää sosiaalihuollon suuntaan, tietenkin siten että välttämättömät sairaanhoidolliset toimenpiteet toteutetaan. Sosiaali- ja terveydenhuollon saumattomaan yhteistyöhön tulee kiinnittää määrätietoista huomiota ja vahvistaa sosiaali- ja terveydenhuollon palveluketjussa mm. vanhusten toimintakykyä ylläpitäviä, kuntouttavia toimintamuotoja. Vanhushpalveluissa tarvitaan ennen kaikkea vanhan ihmisen yksilöllisyyttä, elämänhistoriaa ja hänen omia voimiaan kunnioittavaa hoivaa. Tämänlaatuiselle orientaatiolle sosiaalihuolto antaa paremman tuen ja todennäköisesti taloudellisemman viitekehyyksen kuin sairaanhoito.

Sosiaali- ja terveyspalvelujen tasavertainen osuus piiriorganisaatiossa olisi käsitykseni mukaan omiaan antamaan enemmän haastetta ja vaatimuksia nimenomaan näiden palveluiden yhteistyön johtamiselle, jossa tänä päivänä on paljon parantamisen varaa. Molempien palvelualueiden laaja kattavuus antaisi mahdollisuuden vertailla sosiaalihuollon ja terveydenhuollon toimien kustannusvaikutuksia niissä tilanteissa, joissa kysymystä voidaan lähestyä vaihtoehtoisesti jomman kumman sektorin toimenpitein. Hyvinvointikentällä on monia muitakin sosiaalipalveluja kuin vanhushpalvelut, joissa terveydenhuollon ja sosiaalihuollon toimenpiteiden yhteensovittaminen on sekä toiminnallisesti että taloudellisesti välttämätöntä. Kuvaan niitä lyhyesti seuraavassa.

Lasten terveen kasvun ja kehityksen turvaamisessa lastenneuvoloiden, päivähoiton ja perheneuvoloiden yhteistyö on tärkeitä mm. lapsen kasvun ja kehityksen riskien varhaiseksi tunnistamiseksi ja tuen nopeaksi käynnistämiseksi. Tällöin tarvetta kalliimpiin lastensuojelun tai psyki-

atrisen sairaanhoidon toimenpiteisiin voidaan ehkäistä. Silloin kun tarvitaan lastenpsykiatrista hoitoa, on välttämätöntä että lapsen perhe ja muu kasvuympäristö saadaan tukemaan hoidollisia tavoitteita, myös sairaalahoidon jälkeen. Tässä sosiaalitoimen palvelut ovat tarpeen. Lastensuojelu tarvitsee lisäksi usein tuekseen lasten- tai nuorisopsykiatrian asiantuntemusta. (Esimerkiksi eräissä Helsingin nuorten laitoksissa liki 90 % lapsista/nuorista tarvitsee psykiatrista tai psykoterapeuttista tukea).

Aikuisten mielenterveyspalveluissa merkittävä rooli on eriasteisesti tuetuilla asumispalveluilla. Mitä paremmin toimii mielenterveyskuntoutujien asumispalvelujen ja päivätoiminnan kokonaisuus, sitä nopeammin ihminen voi siirtyä pois sairaalahoidosta. Asumispalvelut ja päivätoiminta ovat luonteeltaan sosiaali- ja terveydenhuollon välialueelle sijoittuvaa toimintaa. Tämänlaatuisessa työssä hallinnonalojen väliset raja-aidat aiheuttavat kitkaa, saattavat viivyttää tarkoituksenmukaisen avun saantia ja tuottaa tarpeettomasta hallinnoinnista aiheutuvia kustannuksia.

Päihdepalveluissa niin ikään terveydelliset, sairaanhoidolliset ja sosiaaliset aspektit sekoittuvat ja kulkevat rinnakkain. Kuntouttava ja hoidollinen kokonaisuus edellyttää usein myös lääketieteen ja/tai sairaanhoidon asiantuntemusta. Huumeiden käytön ja sekakäytön lisääntyessä tämänlaatuisia tarpeita on entistä enemmän. Tavoitteena tulee olla, että palvelusektoreiden sisällä ei jouduta käyttämään aikaa ja energiaa sektoreiden välisen työnjaon määrittelyyn, vaan palvelut voidaan järjestää kunkin ihmisen yksilöllisistä tarpeista lähtien ja erilaisia osaamisia yhteensovittaen.

Vammaispalveluissa – niin fyysisesti vammaisten kuin kehitysvammaistenkin henkilöiden kohdalla – tarvitaan eri toiminnoissa lääketieteellistä asiantuntemusta palvelutarpeen arvioinnissa mutta myös palvelusuunnitelmien teossa. Eräät lakisääteiset etuudet edellyttävät lääketieteellistä arviota vamman laadusta ja toimintarajoituksista. Luontevaa olisi, että tarpeellinen moniammatillinen työ voitaisiin tehdä yhden organisaation sisällä.

Yhteinen sosiaali- ja terveystieteiden piiri (taikka peruspalvelupiiri, nimivalintoja voi olla monia) antaa paremman mahdollisuuden luoda asiakkaiden tarpeista eikä ammatillisista reviiireistä taikka vaikiintuneista sektorijajoista ohjautuvaa toimintaa. Yhteensovittaminen loisi mahdollisuuden korvata eräissä tilanteissa terveydenhuollon toimia joko sosiaalipalveluilla taikka sellaisella molempien toimialojen elementtejä uusin tavoin yhteen liittäväällä toiminnalla. Tällainen lähestymistapa

vastaisi paremmin sellaisia asiakkaiden tarpeita, jotka ovat monialaisia ja asettuvat huonosti nykyisiin sektorijakoihin taikka tiukkoihin ammatillisiin reviiereihin.

On kuitenkin todettava, että sosiaalipalvelujen laajempi sijoittuminen yhteiseen organisaatioon ei ole ongelmattonta. Sosiaali- ja terveydenhuolto yhdessä muodostavat kunnan toimintakentässä massiivisen kokonaisuuden, yleensä yli puolet kuntien budjetista. Tämä antaa sekä poliittiselle että ammatilliselle johtamiselle vaativan tehtävän. Vaikka kuntatasolla on paljon yhdistettyjä organisaatioita, on etenkin kahden erilaisen ammatillisen kulttuurin ja työorientaation yhteensovittamisen johtamisessa vielä paljon parantamisen varaa. Liitteenä on yhteenveto sosiaali- ja terveystalvelujen erilaisista yhteistoiminnan tarpeista (liite 1).

Sosiaalihuollon näkökulmasta on tärkeä korostaa sellaisen organisatorisen ja johtamiskulttuurin rakentamista, jossa sosiaalihuolto voi toteuttaa omaa yhteiskunnallista tehtäväänsä, omia toimintaperiaatteitaan ja lakisääteisiä vastuitaan. Yhteisen piiriorganisaation edellytyksenä siten on kummankin toiminnan ominaislaadun kunnioittaminen, pyrkimys toisen toimialan mahdollisimman hyvään tuntemiseen sekä asiakkaiden tarpeista lähtevä toimintojen yhteensovittaminen. Johtamisessa tulisi näin ollen ottaa tasapuolisesti huomioon kummankin sektorin ominaislaadusta aiheutuvat toiminnalliset tarpeet sekä toimintojen yhteistyön johtamisen vaateet. Kaikkea sosiaalihuollon toimintaa ei myöskään ole mahdollista sovittaa ehdotettuun piiriorganisaatioon (kts. tämän lausunnon ensimmäinen luku).

Sosiaalihuollon luonne ja hankesuunnitelma

Mitä sitten on se sosiaalihuollollinen ominaislaatu, joka mahdollisessa yhteisessä piiriorganisaatiossa tulisi ottaa huomioon? Sosiaalihuollon olemus on kiinteästi sidoksissa käsitteeseen *sosiaalinen*, joka liittyy ihmisen yhteisösuhteisiin ja yhteiseen vastuuseen. Tästä seuraa, että sosiaalihuollossa ei ole kysymys vain yksilöistä ja heidän tarvitsemistaan palveluista, vaan hyvin suuressa määrin myös yksilön ja yhteisön suhteesta. Sosiaalihuollon lainsäädännön tavoittelemia hyvinvointivaikutuksia ei ole mahdollista saada aikaan yksinomaan erillisillä palvelutuotteilla. Myös lähiyhteisöllä on tärkeä rooli sosiaalisen turvallisuuden ja sosiaalisen toimintakyvyn toteutumisessa. *Yhteisösuhteita* ei voida tuotteistaa eikä siirtää yhteisön ulkopuoliselle toteuttajalle. Sosiaalipalveluja ei näin ollen voida suunnitella ja toteuttaa ottamatta huomioon paikallisia, seudullisia ja alueellisia olosuhteita. Näihin sisältyy paitsi oman lähiyhteisön toimintamah-

dollisuudet ja ihmissuhteet, myös paikallinen elinkeinoelämä ja yritystoiminta, työllisyystilanne, välimatkat ja liikenneolot, asumismahdollisuudet, paikalliskulttuuri, jopa paikallishistoria.

Yhteisöllisyyden rinnalla sosiaalihuollon keskeisiin periaatteisiin kuuluu palvelun *yksilöllisyys*. Apu pyritään räätälöimään kunkin asiakkaan tarpeeseen, elämäntilanteeseen ja hänen omiin voimavaroihinsa soveltuvaksi. Vaikka sosiaalipalvelujen kokonaisuudessa on myös laajoja, universaaleja palveluja – kuten lasten päivähoito, kotipalvelu, monet vanhuspalvelut, joiden käytännöt ovat vakiintuneita - on sosiaalipalveluissa runsaasti myös sellaista toimintaa, jonka sisältö rakentuu prosessin kuluessa yhdessä asiakkaan ja yhteistyökumppaneiden kanssa. Tämänlaatuista toimintaa on vaikea puristaa tarjouspyyntöihin ja tilausstandardeihin, koska niiden vaatimat resurssit eivät ole tarkasti ennakoitavissa.

Sosiaalihuollon tulisi orientoitua tavoitelluista *vaikutuksista* käsin, eikä pelkästään yksittäisiä toimenpiteitä suorittaen. (Käytännössä ei tosin aina toimita tällä tavoin.) Tämän orientaation tulisi näkyä myös tilaaja-tuottaja- käytännöissä. Suoritteiden sijasta tulisi ”tilata” vaikutuksia. Käytännössä ollaan vielä kaukana tästä päämäärästä, mutta sitä on kuitenkin pidettävä myös talouden kannalta perusteltuna suuntana (mikäli omaksutaan tilaaja-tuottaja –malli). Vaikutuksia vain harvoin saadaan aikaan yksittäisten toimenpiteiden avulla. Sosiaalihuollolle on luonteenomaista *kokonaisnäkemys* ihmiseen ja hänen elämäntilanteeseensa. Se edellyttää useiden toimintojen yhdensuuntaista ja toisiaan täydentävää toteuttamista yli perinteisten sektorirajojen sekä palveluketjujen saumattomuutta. Kokonaisuuteen sisältyy usein myös erilaista epävirallista tukea.

Sosiaalihuollon keskeisiin periaatteisiin kuuluu ihmisten *omien toimintaedellytysten* ja ihmisten oman *vastuun* vahvistaminen. Näin ollen toimintaa eivät toteuta vain ammattilaiset ja palveluorganisaatiot. Myös asiakkaat itse ovat toiminnan toteuttajia. Ihmisten oman vastuun vahvistaminen on asetettu hankesuunnitelmassa myös suunnitellun organisaatiouudistuksen tavoitteeksi. On tärkeätä ymmärtää, mitä tämä tavoite merkitsee koko organisaation toimintakulttuurille ja työorientaatiolle.

Sosiaalihuollon yksilöille annettavat palvelut ja etuudet ovat vahvasti lailla säädelyjä. Eräisiin palveluihin ja etuuksiin asiakkailla on subjektiivinen oikeus, jolloin palvelut/etuudet tulee tuottaa kunnan taloudellisesta tilanteesta riippumatta. Sosiaalihuollon ammattilaiset käyttävät huomattavassa määrin viranomaisaseman antamaa päätösvaltaa, joka edellyttää vankkaa juridista asi-

antuntemusta. Päijät-Hämeen sosiaalitoimen edustajat ovat laatineet lakisääteisistä velvoitteista kattavan koonnin, joten sitä ei ole tarpeen tässä lausunnossa toistaa. Nämä tosiasiat on kuitenkin syytä ottaa huomioon, kun rakennetaan esimerkiksi peruskunnan ja piirin tehtäväjaon yksityiskohtia.

Esitetyssä piiriorganisaatiossa peruskuntien tehtäväksi jäisi edelleen tärkeitä sosiaali- ja terveydenhuollon toimintoja, jotka luonteensa puolesta eivät sellaisenaan sovellu suunnitellun piiriorganisaation tilaaja-tuottaja – malliin. Tähän kysymykseen palaan tuonnempana.

Palvelujen porrastus

Sosiaalihuollossa palvelujen porrastus niiden tarpeeseen sovitettuna väestöpohjan mukaisesti ei ole vakiintunut suunnittelun ja toteutuksen periaatteeksi. Valtakunnallisesti ei siis ole olemassa valmiita väestöpohjalaskelmia erilaisille sosiaalipalveluille. Yhtä kuntaa laajempia tuotantoorganisaatioita on olemassa kehitysvammahuollossa (erityishuolto- ja perheneuvoloissa, A-klinikkatoiminnassa ja eräissä muissa toiminnoissa. Erityispalveluja ovat suuressa määrin tuottaneet eri asiakasryhmiä edustavat ja palvelevat järjestöt, joiden kanssa kunnat ovat tehneet ostopalvelusopimuksia ilman kovin jäsentynyttä porrastusajattelua. Hiljattain lisääntynyt seutukunta-ajattelu on lähtenyt tarpeesta yhdistää kuntien voimavaroja tiettyjen erityispalvelujen tuottamisessa. Erityispalvelujen jäsentyneempää otetta on haluttu toteuttaa myös osaamiskeskusorganisaation avulla, mutta ne eivät ole tarkoituksenmukaisia toteuttamaan varsinaista palvelujen tuottamista.

Sosiaalihuollon erityispalvelujen kenttä on nykyisellään laaja ja kirjava kokonaisuus, joka on kehittynyt vailla jäsentynyttä porrastusajattelua. Erityispalvelujen tarpeesta ei ole koottuna kattavia ja luotettavia selvityksiä porrastuksen pohjaksi. Tuottajia on lukuisia ja palvelujen saatavuus epätasaista. Kokonaisuus on toiminnallisesti ja taloudellisesti vaikeasti hallittava ja monilla alueilla vallitsevat myyjän markkinat. Porrastuksen selkeyttämistä tarvitaan.

Päijät-Hämeen sosiaalitoimen edustajat yhdessä Palmenian ja Verson asiantuntijoiden kanssa ovat tehneet perustavaa laatua olevaa kartoitustyötä palvelujen porrastuksen pohjaksi. Tämä antaa hyvän lähtökohdan sosiaalipalvelujen porrastuksen täsmentämiseen.

Sosiaalihuollossa erityisosaamista edellyttävää toimintaa eli asiakasta tarpeineen ei voida aina siirtää keskitettyyn palvelupisteeseen – kuten terveydenhuollossa erikoissairaaloihin – vaan vaativaa osaamista tarvitaan myös omassa kodissaan asuvien asiakkaiden kohdalla. Esimerkkeinä voidaan mainita vaikeasti vammaiset henkilöt, vakavasti sairaat omaishoidettavat, mielenterveysongelmista kärsivät lapset jne. Näin ollen sosiaalihuollossa porrastus vaatii useanlaisia toteutusmuotoja, sekä keskitetyissä yksiköissä tapahtuvaa palvelua että hajautetusti, asiakkaan omaan kotiin liikkuvaa erityisasiantuntemusta joko välittömänä palveluna tai paikallistasolle annettavana konsultaatioina.

Tässä lausunnossa en esitä yksityiskohtaista porrastussuunnitelmaa. Sen sijaan esitän – saamani aineiston ja kokemuksen pohjalla – eräitä tehtäväalueita, joilla palvelujen porrastus on palvelujen saatavuuden, kansalaisten tasa-arvoisuuden, osaamisen tasalaatuisuuden ja mahdollisesti myös taloudellisuuden kannalta perusteltua.

Yksilöasiakkaille annettavista palveluista ns. perustason (lähitason) toimintaa ovat tyypillisesti lasten päivähoito, kotipalvelu, toimeentulotuen käsittely, ns. yleinen aikuissosiaalityö sekä vanhusten päivä- ja palvelukeskukset, palveluasunnot. Porrastuksen tarvetta on ainakin seuraavilla sosiaalihuollon tehtäväalueilla:

- erityispäivähoito
- lastensuojelu
- lasten mielenterveyspalvelut
- päihdepalvelut
- vammaispalvelut, ml. sekä kehitysvammahuolto että muut vammaispalvelut
- mielenterveyspalvelut (kaikki ikäryhmät)
- vanhuspalvelut

Näillä tehtäväalueilla toimintaa voidaan porrastaa järkevästi neljälle eri tasolle:

- lähitaso (kunta tai kunnan osa-alue) esimerkiksi alle 20 000 asukkaan väestöpohja
- seututaso (suotava kuntakoko), jonka väestöpohja on 50 000 – 100 000 riippuen siitä, onko seudulla esim. suurempi väestökeskittymä, joka ympäristökuntiansa kanssa muodostaa seudun

- aluetaso/piiritaso, jonka väestöpohja voi vaihdella 100 000 - 300 000 (pois lukien pääkaupunkiseutu, jossa yhden kunnan väestömäärä voi ylittää alue-tasonkin)
- ns. miljoonapiiri, joita koko maassa on viisi.

Päijät-Hämeen sosiaalipalvelujen käyttöä kuvaavien tilastojen mukaan palvelujen väestöpohjaan suhteutettu käyttö eroaa varsin suuresti monissa edellä luetelluissa palveluissa. Esim. lastensuojelun, lastenpsykiatrian, vammaispalvelujen ja päihdepalvelujen tarpeessa saattaa esiintyä suurta satunnaisvaihtelua, mikä väestöpohjaltaan pienten kuntien kohdalla merkitsee vaikeutta varautua vuosisuunnittelussa palveluista aiheutuviin kustannuksiin.

Erityispäivähoidon ratkaisuja kehitellään jo nykyisin monissa paikoissa seutupohjalla. Harvoin esiintyvissä tilanteissa konsultaatioyhteyksiä tarvitaan myös alue/piiritasolta.

Lastensuojelussa on todennäköisesti tarvetta toiminnan porrastamiseen kaikille neljälle porrastustasolle. (ns. miljoonapiiriä edustaa esim. vaikeasti aggressiivisten ja rikoksiin syyllistyneiden nuorten hoitoyksikkö Pitkäniemen sairaalassa). Avohuollon perhe- ja lastensuojelutyö toteutuu useimmiten lähitasolla; sen sijaan huostaanotot edellyttävät sosiaalityön ohella paljon juridista asiantuntemusta, jolloin lähitason yhteydet seutukunnan tai alue-tason erityisasiantuntijoihin taikka valtakunnan tason juridisiin asiantuntijoihin ovat tarpeen. Alue/piiritason väestöpohjaa ja osaamista tarvitaan käsitykseni mukaan lasten ja nuorten sijaishuollon hankintaan ja tuottamiseen. Sijaishuollon tarpeet ovat tänä päivänä erittäin vaativia ja edellyttävät sekä hoidon tarpeen arvioinnissa että hoidon toteuttamisessa korkeaa ja usein lisäksi erikoistunutta ammattitaitoa. **Suunnitellun piiriorganisaation tehtäviin tulisi näin ollen sisällyttää lastensuojelu.**

Samoin lasten mielenterveyspalveluissa porrastuksen tulisi ulottua aina lähitasolta lasten päivähoidon piiristä vähintään aluetasolle eli lastenpsykiatriseen sairaalahoitoon, jopa vaikeimmissa tilanteissa ainakin konsultatiivisin yhteyksin miljoonapiiritasolle. **Lasten mielenterveyspalvelut tulisi sisällyttää suunnitellun piiriorganisaation toimintaan.**

Päihdepalveluissa samoin kuin vammaisten henkilöiden palveluissa on edellä kuvatulla tavalla erilaisia palvelutarpeita, jotka edellyttävät erilaista väestöpohjaa. mielestäni Päijät-Hämeen sosiaalipalveluja koskevassa koonnissa ja jäsentelyssä on erittäin perusteltuja porrastusajatuksia, eikä tarkoitukseni ole tässä lausunnossa lähteä niitä toistamaan. Linjaus on perusteltua raken-

taa samoin kuin edellä lastensuojelussa: osa tehtävistä toteutuu järkevästi paikallistasolla, mutta erikoistuneet ja laajempaa väestöpohjaa edellyttävät palvelut (esim. laitoksissa annettavat palvelut, vaikeavammaisten asumispalvelut, tulkkitoiminta ja lisäksi konsultatiiviset palvelut perustasolle) tulisi sisällyttää piiriorganisaation tehtäviin. **Päihdepalvelut ja vammaispalvelut tulisi sisällyttää suunnitellun piiriorganisaation tehtäväalueeseen.**

Jatkotyössä on tarpeen täsmentää eri sosiaalipalvelujen porrastutasoja.

Palvelujen selkeämmällä porrastamisella on heijastusvaikutuksia myös lähitason palveluihin. Samaan aikaan kun erikoistunutta osaamista edellyttävät toiminnot siirtyvät vahvemmin piiritason hankittaviksi ja toteuttaviksi, on lähitasolla varmistettava, ettei vastuuta siirretä kokonaan erityispalveluille. Riskinä on, että toiminta alkaa painottua piiritason toimintoihin ja erityispalveluihin, jolloin keskitetyn toiminnan taloudellisuudesta haettavat hyödyt helposti hupenevat keskitettyjen palvelujen kysynnän kasvuun. (Terveyspalvelujen puolella on nähtävissä tästä esimerkkejä.) Lähitasolla on vahvistettava yksilön palveluprosessin kokonaisuuden hallintaa, johon kuuluu mm. palvelutarpeen arvioinnin ja palvelusuunnitelmien laatimisen osaamista, kykyä tunnistaa vaativampaa osaamista edellyttävät ja erikoisasiantuntijoiden konsultoinnin tarpeet . Kykyä arvioida jatkuvasti palvelun vaikuttavuutta tulee lisätä kaikilla tasoilla.

Toimintojen keskittäminen merkitsee paradoksaalisesti myös tarvetta lähitason toiminnan vahvistamiseen. Tämä koskee etenkin palveluohjaus sellaisessa toiminnassa, jossa on monia toimijoita ja tarvetta erilaisten palvelujen yhteen sovittamiseen.

Palvelujen tarkoituksenmukainen tuottamisorganisaatio

Kun tilaajan- ja tuottajan roolien erottamiseen perustuvassa mallissa peruskunnalla ei ole keskeistä roolia palvelujen tuotanto-organisaatiossa, on kysyttävä mitkä oikeastaan ovat peruskunnan tehtävät ehdotetussa mallissa (paitsi järjestämisvastuu ja tilaajaorganisaation kautta toivottavasti tapahtuva omistajaohjaus, mikä tietenkään ei ole vähäinen rooli). Kun sosiaalihuollon kaikkea toimintaa ei ole mahdollista muokata tilattaviksi tuotteiksi ja osa palveluista on välttämättömyyksiä toteuttaa paikallistasolla, lähiyhteisöissä (esim. lasten päivähoito), joudutaan kysymään onko peruskunta edelleen myös palvelujen tuotantoyksikkö. Sosiaalihuollon puolella ei ole paikallistasolla olemassa yhtä ja selkeää toiminnallista kokonaisuutta kuten terveyskeskus (ellei sitten sosiaalihuollon eri toimintojen kokonaisuutta ymmärretä sosiaalikeskukseksi).

Eräiden viranomaistehtävien – toimeentulotuen tai muiden etuuksien myöntäminen, lasten huostaanotot jne – toteuttaminen on kuntien viranomaistehtävä, jota ei voi delegoida esim. ostopalveluna jollekin muulle organisaatiolle. Peruskunnan tehtäviin ja sen ja piiriorganisaation työnjakoon liittyvät kysymykset edellyttävät vielä täsmennystä. Olennainen kysymys on se, onko peruskunta edelleen myös tuottajan roolissa joissakin toiminnoissa. Kuten aikaisemmin lausunnossani olen todennut, relevantti ratkaisu ei ole myöskään se, että terveystieteiden organisaatioon otetaan sosiaalihuollosta vain vanhusten palvelut. Sen ratkaisut haitat ovat suurempia kuin laajemman sosiaalihuollon mukaan ottamisesta aiheutuva peruskunnan tehtävien täsmentämisen tarve.

Sosiaalihuollossa yhteistyö ulkopuolisten palvelujen tuottajien, esim. kolmannen sektorin toimijoiden, kanssa on laajaa ja vakiintunutta. Luonnollisesti hankintalainsäädäntö ja kilpailuttaminen asettaa toiminnalle uusia osaamisvaatimuksia, jotka esitettyssä organisaatiossa tulisivat tilaajaorganisaation kehitystyön piiriin. Kilpailuttaminen on hyvää asiantuntemusta ja kokemusta edellyttävää toimintaa, joten sen keskittäminen yhtä kuntaa laajempaan yksikköön on hyvin perusteltua. – Sen sijaan sosiaalihuollossa tarvitaan paljon kehitystyötä sen suhteen, mitä tilataan: suoritteita, palveluprosesseja vai vaikutuksia.

Sosiaalihuollossa on mahdollista ulkoistaa tai kilpailuttaa kaikki sellainen palvelutuotanto, jossa tuotteistaminen on mahdollista ja mielekästä, jossa on toimivat markkinat ja jossa on ainakin kohtuullisen pitkälle kehittynyt laadunvalvontajärjestelmä. Sen sijaan ei ole mahdollista ulkoistaa ja/tai kilpailuttaa kunnan viranomaisvastuulla toteutuvia tehtäviä, kuten palveluihin ja etuuksiin liittyvät päätökset. Sen sijaan näiden päätösten perusteella hankittavat palvelut voidaan kilpailuttaa, kuten nyt monilla tehtäväalueilla jo tapahtuukin.

Muita näkökohtia

Tilaaja-tuottaja – malli edellyttää, että alueella on hyvät tarvekartoitukset niin tarpeellisten palvelujen laadun kuin määränkin suhteen. Olennainen kysymys on, miten esitettyssä mallissa palvelujen välttämätön uudistustyö ja vanhoista palvelumuodoista luopuminen tapahtuu. Tilaaja-tuottaja –malli on käyttökelpoinen ratkaisu vakiintuneiden ja tuotteistettujen toimintojen toteuttamiseen, koska tilattaessa täytyy olla varsin selkeä kuva siitä mitä tilataan. Sosiaalihuollossa – ja oletan tämän sopivan terveydenhuoltoonkin – on kuitenkin paljon vanhentuneita ja uudista-

mista kaipaavia toimintamalleja, joista tulisi päästä eroon. Kehittymässä olevat uudet toiminnot eivät kuitenkaan vielä ole valmiita tuotteita. Miten tulevassa organisaatiossa varmistetaan se, ettei rakenne sementoi toimintaa vanhoihin käytäntöihin?

Edellä on jo korostettu useista palveluista muodostuvien palveluprosessien ja toimintojen yhteen sovittamisen tärkeyttä. Miten tilaaja-tuottaja – organisaatio vastaa tähän tarpeeseen? Olisiko eri palveluja yhteen liittävä palveluohjaus peruskunnan tehtävä?

Palvelut ovat kehittyneet kunnissa erilaisten historiallisten prosessien kautta ja paikallisesti määräytyvien tekijöiden muovaamina. Toimintamuodot ja –käytännöt ovat muodostuneet erilaisiksi, mikä joissakin tilanteissa on perusteltua ja tarkoituksenmukaista, toisissa toiminnoissa taas ei. Yhtenäisten käytäntöjen muodostuminen laajemmalla alueella on pitkä prosessi, joka vaatii suunnitelmallisen muutostyön. Uudistuksessa ei pitäisi hävittää nykyisten toimintojen ja käytäntöjen vahvuuksia.

Tietojärjestelmiin ja tietoteknologiaan liittyvät kysymykset muodostavat vaikean tehtäväalueen, jossa ratkaisujen löytäminen tulee vaatimaan paljon työtä. Tältä osin en voi lausua muuta kuin, että asiassa on varauduttava aikaa vaativaan ja kalliiseen kehittämisprosessiin.

Yhteenveto

Esitetyssä organisaatoratkaisussa pidän perusteltuna ja hyvänä ratkaisuna sitä, että haetaan palvelujen toteuttamiseen nykyistä laajempaa väestöpohjaa (noin 200 000). Tämä ratkaisu antaa edellytykset palvelujen järkevään porrastukseen.

Ongelmallinen sen sijaan on piiriorganisaation irrottaminen peruskunnan sosiaali- ja terveystalouden kokonaisuudesta. Kun mm. ehkäisevä toiminta ja välttämättömät yhteistyöakselit eivät luontevasti istu tilaaja-tuottaja – malliin, on vaarana että nämä tehtävät jäävät sosiaali- ja terveystalouden kokonaisuudessa vaille huomiota. Tämä puolestaan saattaa tuottaa entistä enemmän painetta palvelujen lisäämiseen, mikä ei edistä hankkeen kustannustavoitteita.

Tilaaja-tuottaja – mallia en pidä ensisijaisena ratkaisuna kuntien sosiaali- ja terveydenhuollon nykyisiin ja nähtävissä oleviin – esim. taloudellisiin – vaikeuksiin. Se johtaa kuntien sosiaali- ja terveystalouden ajattelua ”palvelutehdas”-suuntaan, joka keskittyy pelkästään palvelutuotan-

non ja palveluvolyymiin kysymyksiin, jolloin laajemmat hyvinvointipoliittiset kysymykset jäävät syrjään. Vaarana on, että tämä orientaatio johtaa ennen pitkää tuottaja-vetoiseen tilanteeseen, jossa palvelujen tarjonta ohjaa kysyntää. Yksityisiltä palvelumarkkinoilta tiedetään, että voimakas tarjontavetoisuus saattaa olla omiaan synnyttämään sellaista kysyntää, jonka taustalla ei ole välttämättömiä tarpeita.

Tiedossani ei myöskään ole näyttöä siitä, että tällä mallilla olisi selkeästi osoitettu olevan hyvinvointia lisääviä vaikutuksia.

Jos tämä malli kuitenkin valitaan, on kiinnitettävä huomiota ainakin seuraaviin seikkoihin:

- a) tilaajaorganisaation asiantuntemukseen; useissa tilaaja-tuottaja-organisaatioissa on ajan pitkään ajaututtu tuottajavetoiseen ja tarjontalähtöiseen toimintaan, ellei tilaajan asiantuntemus ole ollut niin vankka että pystyy tämän kehityssuunnan torjumaan.
- b) peruskunnan ja tilaaja-organisaation työnjaon selkeyteen, joka etenkin sosiaalihuollossa on kompleksinen kysymys;
- c) hallinnoinnin määrään ja kustannuksiin; useissa tilaaja-tuottaja –organisaatioissa hallintokustannukset ovat muodostuneet saamani käsityksen mukaan varsin suuriksi, vaikka käytettävissäni ei tästä ole tutkittua tietoa
- d) ennalta ehkäisevän toiminnan sekä monipuolisten yhteistyöverkostojen säilymisen ja vahvistumisen tärkeyteen
- e) organisaatoratkaisun hyvinvointia lisäävien vaikutusten sekä toiminnallisten ja taloudellisten vaikutusten . systemaattiseen seurantaan ja arviointiin.

Aulikki Kananoja
sosiaalijohtaja

Lausunnon perusteet

Tämä lausunto perustuu pääosin käytännön työstä saatuun kokemukseen. Taustana on sekä välittömän asiakastyön kokemusta erityisesti kuntoutuksen ja vammaishuollon alalla, toimintaa sosiaalityön opettajana Helsingin yliopistossa, kehittämistyötä ja sen johtamista Stakesissa noin kahdeksan vuoden ajan (sosiaali- ja lääkintöhallitusten yhdistämisen jälkivaiheessa) sekä kokemusta kunnallisen sosiaalihuollon johtamistehtävissä Helsingissä, yhteensä yli 12 vuoden ajan (1985 – 1991 ja 1999 -). Helsingin sosiaalihuollon johtamiskokemukseen sisältyy kaksi laajaa sosiaalihuollon organisaatiouudistusta, 1985 ja 2005.

Liite 1

Yhteenvedonomaaisesti voi todeta, että sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistyömuodot jäsenyivät seuraaviin tyypeihin:

- sosiaalisten ja terveydellisten tekijäin yhteensovittaminen erilaisten sosiaalisten ja terveydellisten **riskien tunnistamisessa**
- **ehkäisevän toiminnan yhteistyö**, joko siten, että toinen palvelu ehkäisee toisen palvelun tarvetta tai että ehkäisevässä tarkoituksessa palvelut täydentävät toisiaan paremman kokonaisvaikutuksen aikaan saamiseksi
- rinnakkain toteutettavien sosiaali- ja terveydenhuollon **palvelujen yhteensovittaminen** siten, että palvelut täydentävät toisiaan ja tuottavat yhdessä suuremman vaikutuksen kuin kumpikin palvelu erikseen toteutettuna
- palvelutarpeen arvioinnin edellyttämä moniammatillinen **arviointiyhteistyö**
- palvelusta toiseen siirtymisen edellyttämä ns. **prosessiyhteistyö**, jota voidaan tarvita palveluprosessin useissa vaiheissa (tavallisia tilanteita esim. sijoitus ja kotiutus)
- toimintakykyä ylläpitävässä **kuntoutuksessa** sosiaaliset, psyykkiset ja fyysiset tarpeet huomioon ottava, ja erilaista osaamista yhdistävä, **koordinoiva ja integroiva yhteistyö**
- **suunnittelu-, seuranta- ja arviointiyhteistyö**, johon liittyy myös tietojärjestelmien yhteensovittaminen.