



PALVELUVERKKO- SUUNNITELMA

Hyvinvointialueen aluehallituskäsittely 11.12.2023

Hyvinvointialueen aluevaltuustokäsittely 19.12.2023

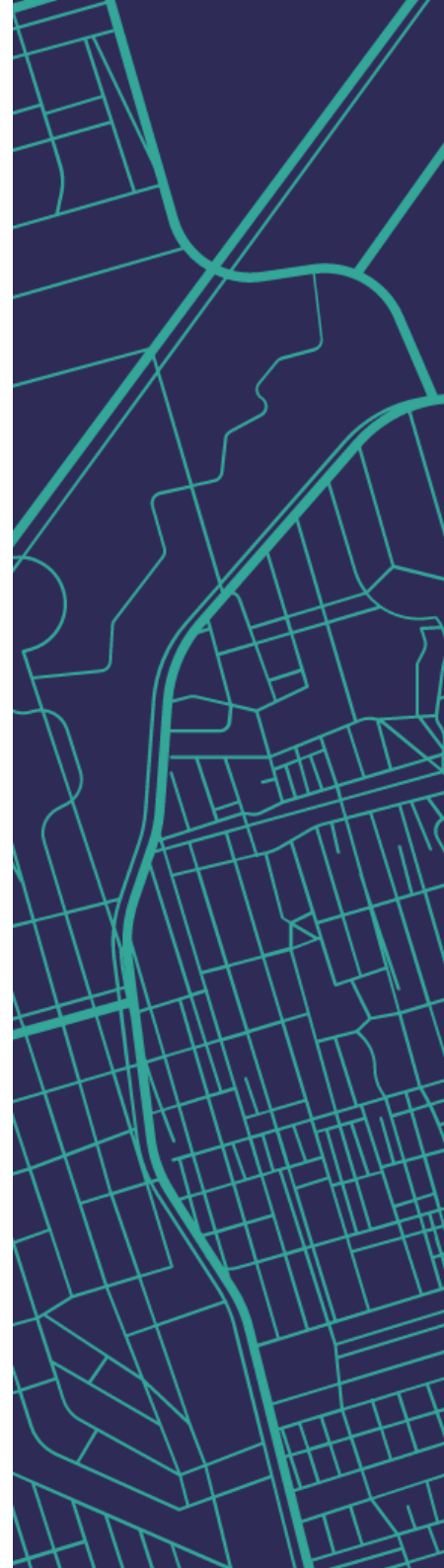
Hyvinvointialueen aluehallituskäsittely 11.3.2024

Hyvinvointialueen aluehallituskäsittely 18.3.2024

Hyvinvointialueen aluevaltuustokäsittely xx.xx.2024

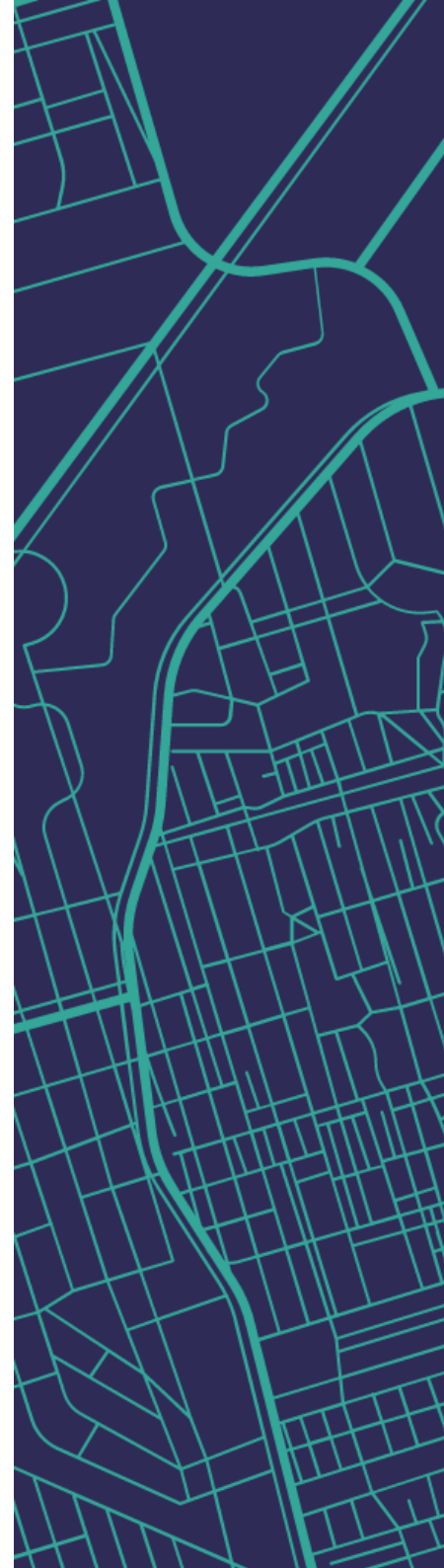
Kanta-Hämeen hyvinvointialue

12.3.2024

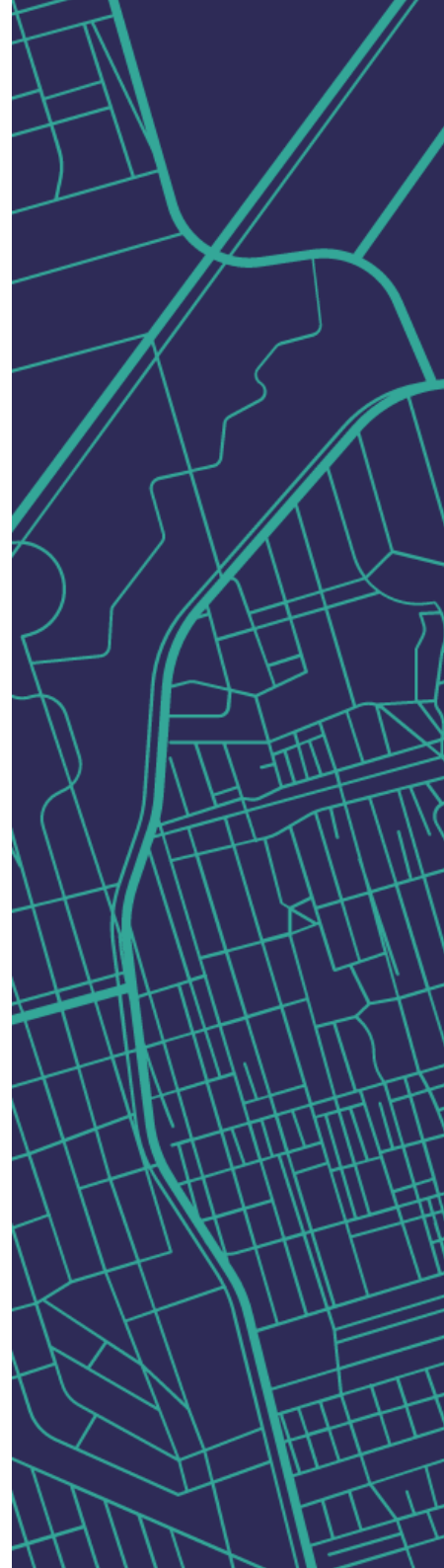


Sisällysluettelo

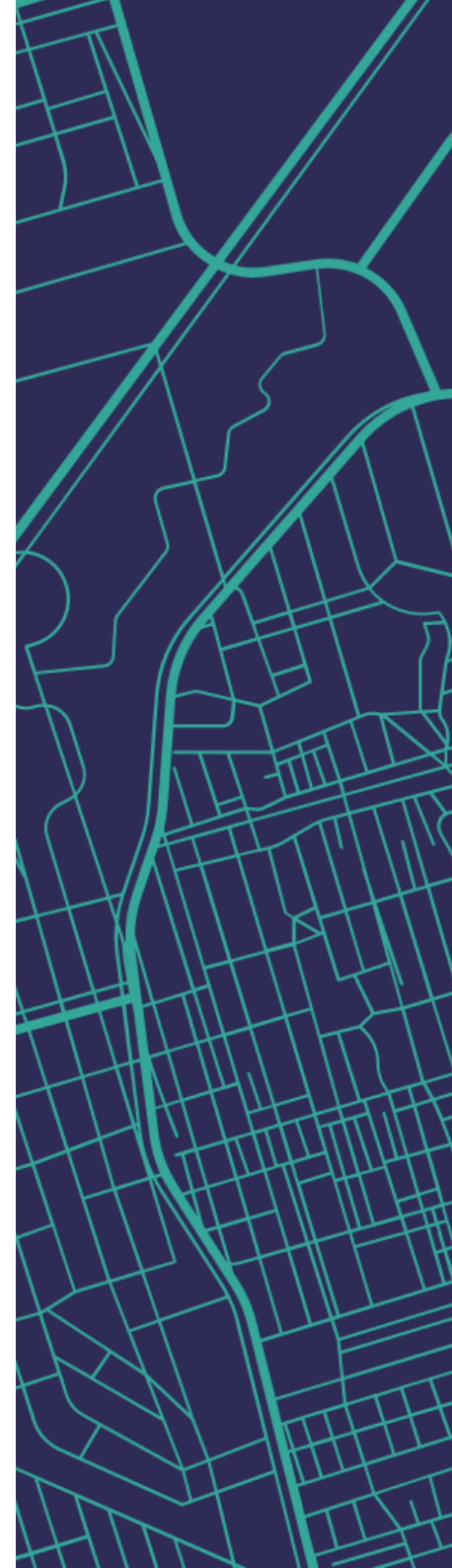
1. Johdanto.....	1
1.1. Käsitteet.....	2
2. Valmistelun vaiheistus	3
2.1 Osallistumisen ja vaikuttamisen mahdollisuudet.....	4
2.2 Osallistumisen ja vaikuttamisen mahdollisuuksien toimeenpano	5
2.2.1 Vaihe 1.....	5
2.2.2 Vaihe 2.....	5
2.2.3 Vaihe 3.....	7
2.3 Virkamiesvalmistelu	8
3. Tausta	8
3.1 Talouden tilannekuva: Kanta-Hämeen hyvinvointialue	9
3.2 Toimintaympäristön muutokset	10
3.3 Väestörakenne seuduittain, ikäryhmät ja huoltosuhteen muutos	10
3.4 Henkilöstö	13
3.4.1 Henkilöstömäärät	15
3.4.2 Eläköityminen.....	16
3.4.3 Henkilöstön saatavuus, rekrytointi, lähtö- ja tulovaihtuvuus.....	17
3.4.4 Liikkumisselvitys.....	20
3.4.5 Vuokratyövoima	20
3.5 Palvelutarve / väestön vaikutus.....	20
3.5.1 Palvelutarpeen muutos	21
4. Nykytila.....	22
4.1 Palveluverkon rakenne.....	22
4.2 Palveluiden nykytila ja rakenne	24
4.2.1 Konserni – ja tukipalvelut	24
4.2.2 Ikäihmiset	25
4.2.3 Terveystenhuollon toimiala	26
4.2.4 Perhe-, sosiaali- ja vammaispalvelut.....	29
4.2.5 Pelastustoimi	30



5.	Palveluverkon määrittäysperusteet.....	31
5.1	Väestöpohjaiset määrittäysperusteet	31
5.2	Palveluiden käyttöön perustuvat määrittäysperusteet.....	32
5.3	Saavutettavuuteen ja saatavuuteen liittyvät määrittäysperusteet	32
5.4	Toimitiloihin liittyvät määrittäysperusteet	32
5.5	Henkilöstöön liittyvät määrittäysperusteet	33
5.6	Toiminnan kustannuksiin liittyvät määrittäysperiaatteet.....	33
5.7	Laadulliset ja vaikuttavuusperusteiset määrittäysperiaatteet	34
6.	Palveluverkon määrittäysperusteet toimialoittain	34
6.1	Yleiset periaatteet	34
6.2	Konserni ja tukipalvelut + Strategia ja integraatio	35
6.3	Ikäihmiset.....	35
6.4	Perhe-, sosiaali- ja vammaispalvelut	36
6.5	Terveyspalvelut.....	36
6.6	Pelastustoimi.....	36
7.	Palveluverkkosuunnitelmassa huomioitavat lähtökohdat Kanta-Hämeen alueella.....	37
8.	Kanta-Hämeen hyvinvointialueen tulevaisuuden palveluverkon rakenne	40
8.1	Palvelukeskukset	41
8.2	Palvelupisteet.....	42
8.3	Digipalveluiden kehittäminen.....	49
8.4	Kotiin vietävien palveluiden kehittäminen	50
8.5	Siirrettävien palveluiden kehittäminen	50
9.	Toimialakohtaiset muutokset palveluverkossa	51
9.1	Ikäihmiset.....	51
9.1.1	Muutosesitys: Ikäihmiset.....	51
9.2	Perhe-, sosiaali- ja vammaispalvelut	56
9.2.1	Muutosesitys: Perhe-, sosiaali- ja vammaispalvelut.....	56
9.3	Terveyspalvelut.....	63
9.3.1	Muutosesitys: Terveysterveystuon avopalvelut	65
9.3.2	Muutosesitys: Perusterveystuon Sairaalapalvelut	68



9.3.3	Muutosesitys: Diagnostiset palvelut.....	69
9.3.4	Muutosesitys: Erikoissairaanhoidon palvelut	70
9.3.5	Muutosesitys: Mielenterveys- ja päihdepalvelut.....	71
9.3.6	Muutosesitys: Kuntoutuspalvelut	72
9.3.7	Muutosesitys: Suun terveydenhuolto	73
9.4	Pelastustoimi	74
9.5	Konserni- ja tukipalvelut / strategia- ja integraatio	76
10.	Muutosesitysten kustannusvaikutukset 2024–2030	76
10.1	Arvioidut kustannusvaikutukset.....	79
10.2	Investoinnit: Muutosesitys.....	81
11.	Vaikutusten arviointi, palveluverkkosuunnitelma 2026–2030	83
12.	Yhteenveto lausuntokierros	85
12.1	Kuntien lausunnot	85
12.2	Vaikuttamistoimielimien lausunnot	86
12.3	Sidosryhmien lausunnot.....	88
13.	Riskien hallinta	89
14.	Palveluverkkosuunnitelma, visio 2030–2040	97



1. Johdanto

Kanta-Hämeen hyvinvointialueen palveluverkkoselvitys käynnistyi aluevaltuuston päätöksellä 9.5.2023. Aluevaltuusto päätti käynnistää selvitykset, joilla varmistetaan yhteensä noin 93,8 M€ säästöjen toteutuminen nykyiseen toimintakatteen kasvu-uraan nähden vuosina 2026–2030. Lisäksi päätettiin käynnistää toimitiloihin, vuokrasopimuksiin ja ympärivuorokautiseen asumiseen liittyvät selvitykset. Palveluverkkoselvityksen ensi vaiheessa on tarkasteltu kunnilta ja kuntayhtymiltä perittyä palveluverkkoa eri näkökulmista. Laaja selvitys on tehty yhteistyössä Deloitte Oy:n, Siemens Healthcare Oy:n ja Trellum Oy:n kanssa. Deloitte ja Siemens Healthcare keskittyvät palveluverkkoon liittyviin kysymyksiin ja Trellumin tehtävänä on ollut arvioida toimitilojen tekninen kunto.

Tarkastelunäkökulmat:

- Toimipiste: toiminta, kunto, tilamäärät, vuokratustannukset ja investointitarpeet
- Henkilöstö: Henkilöstön saatavuus, eläköityminen, rekrytointi, pito- ja vetovoima
- Palvelut: Palvelutarjonta, palveluiden kysyntä, käynnit
- Väestö: väestörakenne, väestökehitys, sairastavuus, muuttoliike, huoltosuhde

Palveluverkon selvitys oli vaiheistettu viiteen osa-alueeseen:

- Tavoiteasetanta
- Nykytilan tiedonkeruu ja mittareiden asettaminen
- Toimipisteverkon selvitys
- Paikkatietoanalyysin koostaminen
- Palveluverkon tavoitetilan kuvaaminen

Selvityksessä on pyritty huomioimaan hyvinvointialueen strategian painopistealueet ja talouden tasapainottamisohjelman linjaukset palveluverkon osalta.

Palveluverkkoselvitys on tehty yhteistyössä toimialojen ja tulosalueiden ammattilaisten kanssa. Palveluntuottajien kanssa yhteistyössä tehty selvitys toimii tausta-aineistona virkamiesvalmistelulle, joka käynnistyi marraskuussa 2023.

Virkamiesvalmistelu vaiheistuu kahteen osaan:

1. Palveluverkkosuunnitelma: Palveluverkon määrittämisperiaatteet
2. Palveluverkkosuunnitelma: Palveluverkon muutokset ja irtisanottavat vuokrasopimukset

Ensimmäisen vaiheen päätösesitys tuodaan aluehallitukselle ja aluevaltuustolle joulukuussa 2023 ja toiseen vaiheen päätöksenteko on maaliskuussa 2024.



1.1. Käsitteet

Digitaalinen sosiaali- ja terveystieteiden keskus:

Digitaalinen sosiaali- ja terveystieteiden keskus eli digitaalinen sote-keskus tarjoaa digitaalisen palvelukanavan asukkaiden ja asiakkaiden sote-palveluihin.

Gerbiili:

GerBiili on kotisairaalan ja ensihoidon yhteinen pilottiyksikkö, joka aloittaa toimintansa maaliskuussa 2024. Yksikkö tuottaa ympärivuorokautista, diagnostista asiantuntijapalvelua erityisesti kotihoidon ja asumispalveluiden asiakkaille, sekä yöaikaisesti palliatiivisille potilaille.

Pilottiyksikkö toimii alkuun Hattulan, Hämeenlinnan ja Janakkalan alueella ja on osa kotisairaalan liikkuvaa toimintaa. Kevään aikana toiminta laajenee Forssaan ja Riihimäelle. Pilottiyksikössä työskentelee kotisairaalan sairaanhoitaja ja ensihoitaja.

Etäasiointi:

Palvelu, jota tarjotaan tai käytetään etäyhteyksien avulla, yleensä tietotekniikan ja verkkoyhteyksien avulla. Etäpalveluita ovat muun muassa puhelut, sähköinen asiointi, videopuhelut, videovastaanotot, etäryhmät ja chat.

Hoidon / palvelun jatkuvuus:

Asiakastiedot ovat ammattilaisten tiedossa ja hoidon monialainen tiimi säilyy pääosin samana.

Liikkuva palvelu:

Henkilöstö liikkuu palvelupisteestä toiseen tai asiakkaan kotiin. Tällaisia palveluita ovat esimerkiksi kotihoito, kotisairaala, ensihoito, palvelutarpeen arviointi.

Monialainen tiimi:

Monialaisella tiimillä tarkoitetaan asiakkaan tarpeen mukaan koottuja ja yhteensovitetuista perustason sosiaali- ja terveystieteiden palveluita sekä niitä tarpeen mukaan täydentäviä erityistason- ja sidosryhmien tuottamia palveluita. Monialainen yhteistyö edellyttää asiantuntijoiden tiivistä yhteistyötä arjessa. Monialainen yhteistyö edustaa joustavaa tiimi- ja verkostotyötä.

Osaamiskeskus:

Tiettyyn asiakasryhmään tai erikoisosaamiseen liittyvät palvelut on koottu yhteen joko hallinnollisesti tai fyysisesti. Osaamiskeskus voi toimia keskitetysti tai hajautetusti. Hajautetussa mallissa toiminta on keskitetty hallinnollisesti, mutta ammattilaiset voivat työskennellä eri paikoissa tai etänä. Fyysisesti keskitetyssä mallissa yhteisiin tiloihin on koottu tietystä asiakasryhmästä tai erikoisosaamisesta vastaavat ammattilaiset.

Palvelukeskus:

Fyysinen rakennus, jonka palvelutarjonta on laajaa. Osa palvelukeskuksen palveluista voidaan toteuttaa myös digitaalisesti / etäpalveluna.



Palvelupiste:

Palvelupiste, jossa tarjotaan jotakin/joitakin sosiaalihuollon, terveydenhuollon tai pelastustoimen palveluita. Palvelupisteet voivat erota palveluvalikoimaltaan (sisältö, laajuus, etäpalvelumahdollisuudet) toisistaan, ottaen huomioon alueen erityispiirteet. Palvelu voi muodostua fyysisestä palvelupisteestä, liikkuvasta, siirtyvästä tai etäpalveluista.

Palveluverkko:

Kuvaa, mitä palveluita ja palvelukokonaisuuksia tuotetaan missäkin toimitiloissa ja sijainneissa. Puhutaan myös toimipisteverkosta, kun halutaan korostaa fyysisten toimipisteiden roolia.

Palveluverkkosuunnitelma:

On konkreettinen toimenpidesuunnitelma hyvinvointialueella siitä, miten palvelua tuotetaan asukkaille ja asiakkaille ottaen huomioon muun muassa henkilöstön saatavuuden ennusteet, väestöennusteet, teknologian kehittymisen, kuten liikkuvat palvelut ja digipalvelut.

Palveluiden verkosto:

Sisältää eri palvelukanavat (fyysiset palvelut, liikkuvat palvelut, etäpalvelut ja sähköiset palvelut).

Tässä dokumentissa palveluverkolla ja palveluiden verkostolla tarkoitetaan samaa asiaa eli se sisältää kaikki erilaiset palveluiden tuottamistavat. Palveluverkko voi koostua fyysisistä toimipisteistä, liikkuvista / siirrettävistä palveluista tai sähköisistä palveluista.

Palveluiden verkoston kehittämisen periaatteet:

Ohjaavat palveluiden verkoston kehittämistä ja suunnittelua yleisellä tasolla.

Siirtyvä palvelu:

Palveluyksikköä voidaan siirtää paikasta toiseen tarpeen mukaan. Tällainen palvelu on esimerkiksi hammashuollon siirrettävä palvelupiste.

2. Valmistelun vaiheistus

Palveluverkkosuunnitelman valmistelu on vaiheistettu kolmeen osaan. Vaiheistuksen tavoitteena on vaiheittain syventää valmistelua ja varmistaa laaja osallistuminen ja vaikuttamisen mahdollisuus

Vaiheistus:

1. Palveluverkkoselvitys: Lähtötilanne ja skenaariot (valmistunut 10/2023 (liite 2))
2. Palveluverkkosuunnitelma: Palveluverkon määrittämisperiaatteet
3. Palveluverkkosuunnitelma: Palveluverkon muutokset ja irtisanottavat vuokrasopimukset



Vaihe 1 on tehty yhteistyössä ulkopuolisten palveluntuottajien kanssa. Vaiheet 2 ja 3 toteutetaan virkamiesvalmisteluna yhteistyössä toimialojen ja tulosalueiden ammattilaisten kanssa.

2.1 Osallistumisen ja vaikuttamisen mahdollisuudet

Palveluverkkosuunnitelman osallistumisen ja vaikuttamisen mahdollisuudet rakentuvat määritettyjen vaiheiden mukaisesti. Osallisuudessa on hyödynnetty hyvinvointialueen osallisuusohjelmaa. Oma Hämeen osallisuusohjelma, Jokaisen Oma Häme, valmistui syksyn 2023 aikana. Ohjelmaan sisältyvät asiakas-, asukas-, sidosryhmä- ja henkilöstöosallisuussuunnitelmat. Ohjelmassa Oma Hämeelle rakennetaan yhtenäinen osallistumisen rakenne, jossa erilaiset osallistumisen väylät muodostavat eheän, helposti hahmottuvan ja vaikuttavan kokonaisuuden niin asukkaan, palvelujen käyttäjän kuin henkilöstön näkökulmasta.

Palveluverkkosuunnitelman osallisuuden kokonaisuus on jaettu neljään osa-alueeseen:

- Asukasosallisuus
- Henkilöstöosallisuus
- Asiakasosallisuus
- Sidosryhmäosallisuus

Asukasosallisuus tarkoittaa alueen asukkaan mahdollisuutta osallistua ja vaikuttaa alueensa päätöksentekoon ja palveluihin. Asukkaalla on oikeus saada tietoa vaikuttamismahdollisuuksistaan ja siitä, mihin päätöksiin ja toimenpiteisiin osallistuminen johtaa.

Asiakasosallisuus tarkoittaa henkilöiden, asiakkaiden ja asiakasryhmien mahdollisuutta vaikuttaa ja osallistua palvelujen suunnitteluun, kehittämiseen ja arviointiin. Asiakkaita voivat olla sekä todelliset että mahdolliset asiakkaat, jotka muodostavat palvelunantajan asiakaskunnan.

Henkilöstöosallisuus tarkoittaa hyvinvointialueen henkilöstön mahdollisuuksia osallistua ja vaikuttaa päätöksentekoon ja palvelujen järjestämiseen.

Sidosryhmäosallisuus tarkoittaa hyvinvointialueen keskeisten sidosryhmien (järjestöt, elinkeinoelämä, oppilaitokset, seurakunta) mahdollisuuksia osallistua ja vaikuttaa päätöksentekoon ja palvelujen järjestämiseen.



2.2 Osallistumisen ja vaikuttamisen mahdollisuuksien toimeenpano

Osallistumisen ja vaikuttamisen mahdollisuuksien toimeenpano tehdään kolmessa vaiheessa.

2.2.1 Vaihe 1

Ensimmäisessä vaiheessa (10/23) osallistumisen ja vaikuttamisen mahdollisuus on kohdennettu kuntien (sidosryhmäosallisuus) asiakas- ja asukasosallisuutena. Kuntien kanssa on käyty läpi palveluntuottajien kanssa yhteistyössä laadittua palveluverkkoselvitystä kunnan näkökulmasta. Asiakas- ja asukasosallisuus toteutettiin Polis-verkkoalustalla (vastaajia yli 1 000 henkilöä) ja mahdollistettiin kirjallisen palautteen antaminen Oma Hämeen kirjaamon kautta.

2.2.2 Vaihe 2

Toisessa vaiheessa (11/23) osallistumisen ja vaikuttamisen mahdollisuus on kohdistettu kaikille osa-alueille. Sidosryhmäosallisuus toteutettiin kahta eri kanavaa hyödyntäen. Sidosryhmille on kohdennettu rakenteellinen lausuntopyyntö ja mahdollistettu lausunnon antaminen Orchidea-verkkoalustalla.

Lausuntopyyntö sidosryhmille:

Väestön ikääntyminen, henkilöstön saatavuus ja seutukunnalliset erot palveluiden tuottamistavoissa yhdessä taloudellisten haasteiden kanssa luovat tarpeen palveluverkon tarkastelulle Kanta-Hämeen hyvinvointialueella. Suunnittelun taustaineistoksi ja lähtötilanteen hahmottamiseksi on koottu oheinen materiaali, jonka pohjalta suunnittelua jatketaan loppuvuoden 2023 ja alkuvuoden 2024 aikana.



Palveluverkkoselvitykseen pyydetään lausuntoa seuraaviin kysymyksiin:

1. Yleiset havainnot ja kommentit palveluverkkoselvityksestä
2. Mitä käytännön asioita hyvinvointialueen tulisi huomioida palveluverkkosuunnittelussa edustamanne tahon näkökulmasta?
3. Kun hyvinvointialueen palveluverkkoa tiivistetään, mikä on asukkaan näkökulmasta tärkein tekijä palveluverkon osalta, etäisyys, palvelujen laajuus (palveluiden tarjonta), palveluiden saatavuus (odotusaika)?
4. Mihin käytännön asioihin tulisi kiinnittää erityistä huomiota, kun palveluverkkoon liittyviä muutoksia suunnitellaan?
5. Minkälaiset muutokset palveluissa olisivat edustamanne asiakas-/asukasryhmän näkökulmasta tärkeitä?
6. Mitä asioita tulisi erityisesti huomioida, jotta haitalliset vaikutukset edustaamme asiakas-/asukasryhmään kohtaan olisivat mahdollisimman pienet?
7. Palveluverkkosuunnittelua on tarkoitus jatkaa vuoden 2024 alussa. Onko asioita, joita koette tarpeelliseksi täydentää jatkovalmistelun aikana yhteistyössä hyvinvointialueen kanssa?
8. Hyvinvointialueen strategisena tavoitteena on kasvattaa kotiin vietäviä ja digipalveluita. Mitä palvelukokonaisuuksia tulisi huomioida tämän osalta ja mitä ongelmia se voisi aiheuttaa teidän asiakas- / asukasryhmällemme?
9. Mitä palveluita toivoisitte järjestettävän etä- ja digipalveluina?
10. Kanta-Hämeen palveluverkko on kansallisesti laaja, miten tiivistäisitte palveluverkkoa niin, että tarvittavat palvelut voidaan turvata alueen väestölle?

Asiakas- ja asukasosallisuuden Polis-verkkokyselyä on jatkettu kysymyksiä ja väittämiä täsmentämällä (vastaajia 300 henkilöä). Lisäksi on tehty asiakkaille ja asukkaille suunnattu haastattelukysely, joka on toteutettu kuudessa pisteessä (Lammi, Hämeenlinna, Turenki, Riihimäki, Tammela, Forssa). Haastattelujen kautta on kerätty n. 400 palautetta.



Henkilöstön osallistumisen ja vaikuttamisen ensimmäinen vaihe toteutettiin marraskuussa Webropol-kyselyllä. Kyselyyn vastasi yhteensä 678 henkilöä.

2.2.3 Vaihe 3

Palveluverkkomuutosten osallistumisen ja vaikuttamisen mahdollisuudet pohjautuu hyvinvointialueen osallisuusohjelmaan. Tavoitteena on pitkäjänteisesti luoda sellaista toimintakulttuuria, missä osallistuminen ja vaikuttaminen ovat luonteva ja vaikuttava osa kaikkea muutokseen liittyvää kehittämistä ja päätöksentekoa. Osallistumisen ja vaikuttamisen vaiheessa 3 korostuu tieto-osallisuus muutosten vaikutuksista palveluihin ja toimintaan.

Vuoden 2024 aikana palveluverkkomuutoksen eri vaiheissa tarjoamme asukkaille, asiakkaille, henkilöstölle ja sidosryhmille tietoa muutoksista ja mahdollisuuksia osallistua ja vaikuttaa muutoksien edellyttämiin ratkaisuihin.

Syksyn 2023 kyselyjen ja keskustelujen perusteella meillä on nyt tietoa, mistä asukkaat, asiakkaat, henkilöstö ja sidosryhmät ovat huolissaan ja mitä asioita he toivovat erityisesti huomioitavaksi ja ratkaistavaksi palveluverkkomuutosten yhteydessä. Kevään aikana tuotamme tietoa erityisesti näihin esille nousseisiin asioihin mm. podcastien muodossa.

Osallisuuden ja vaikuttamisen vaiheessa 3 osallisuuden mahdollisuus kohdennetaan kaikille osa-alueille:

- Asukasosallisuus
- Henkilöstöosallisuus
- Asiakasosallisuus
- Sidosryhmäosallisuus

Eri ryhmien osallistumisen ja vaikuttamisen mahdollistamisessa käytetään eri välineitä vaiheessa 3.

Henkilöstön työvälineinä toimivat erätaukomenetelmä, sähköinen Orchidea alusta huomioiden ja ideoiden keräämisen sekä Prezi-ohjelma, jonka avulla luodaan malli muutosten osalta. Henkilöstön osalta varmistetaan, että jokainen henkilöstön jäsen tuntee esityksen sisällön ja mahdolliset muutokset, joita esitetään toteutettaviksi

Asukkaiden ja asiakkaiden tieto-osallisuus korostuu vaiheessa 3. Tavoitteena on vähentää turvattomuuden tunteita, jotka liittyvät palveluverkon muutoksiin. Välitämme tietoa mm. podcastien ja kyselytilaisuuksien muodossa. Kevään 2024 aikana lisäämme haavoittuvassa asemassa olevien asukkaiden ja asiakkaiden tieto- ja arviointiosallisuutta muutoksiin liittyen mm. järjestöyhteistyö kautta.



Asukkaiden ja asiakkaiden näkökulmista ja muutosten perusteista on tärkeä käydä keskustelua, että ymmärrys päätöksistä lisääntyy ja luottamus palvelujen saatavuuteen säilyy (sähköinen keskustelualusta, avoimet verkostot ym.).

Sidosryhmien osalta toteutetaan lausuntokierros helmikuun aikana. Lisäksi käytetään samoja menetelmiä kuin osallistumisen ja vaikuttamisen vaiheessa 2. Sidosryhmillä on paljon yhteistyöideoita, ratkaisuehdotuksia ja valmiutta olla mukana muutosten toteuttamisessa.

Osallistumisen ja vaikuttamisen vaihe 3 jatkuu kevään aikana päätöksenteon jälkeen. Päätöksenteon jälkeen korostuu tieto-osallisuus muutoksista ja muutosten aikataulusta.

2.3 Virkamiesvalmistelu

Palveluverkkosuunnitelman valmistelu on käynnistynyt marraskuussa 2023. Ensimmäisen vaiheen päätöksenteko on joulukuussa 2023, jolloin käsittelyssä on palveluverkon määräysperiaatteet. Periaatteiden tavoitteena on ohjata palveluverkkoon esitettäviä muutoksia.

Toisen vaiheen päätöksenteko on maaliskuussa 2024, jolloin käsittelyssä ovat palveluverkkomuutokset ja irtisanottavat vuokrasopimukset 31.12.2024.

Virkamiesvalmistelu tehdään tiiviissä yhteistyössä toimialojen ja tulosalueiden kanssa.

3. Tausta

Kanta-Hämeen hyvinvointialue on fuusioitunut useista sosiaali- ja terveydenhuollon sekä pelastustoimen organisaatioista yhdeksi palveluiden järjestäjäksi. Pelastustoimi on toiminut maakunnallisesti jo aiemmin, joten pelastuspalveluiden osalta muutos on ollut pienempi.

Kanta-Hämeen hyvinvointialue muodostuu 11 kunnasta ja kolmesta seutukunnasta. Hyvinvointialueelle on siirtynyt toiminnallisia osakokonaisuuksia myös Eteva-kuntayhtymästä. Lisäksi alueella on säätiöitä, yhtiöitä ja yhdistyksiä, jotka tuottavat sosiaali- ja terveydenhuollon palveluita tai vastaavat toimitilojen hallinnasta. Maantieteellisesti Kanta-Häme sijoittuu isojen hyvinvointialueiden keskelle, mikä tukee alueen elinvoimaisuutta ja osaamisen kehittämistä. Toisaalta se altistaa riskitekijöille, jollainen on muun muassa asukkaiden ja ammattilaisten muuttoliike ympäröiviin hyvinvointialueisiin.



3.1 Talouden tilannekuva: Kanta-Hämeen hyvinvointialue

Hyvinvointialue aloitti järjestämisvastuullisen toiminnan sosiaali- ja terveydenhuollon sekä pelastustoimen palveluiden osalta 1.1.2023. Ensimmäisen talousarvion ja taloussuunnitelman valmistelun lähtökohdat olivat poikkeuksellisen haastavat ja ensimmäinen toimintavuosi jouduttiin tekemään merkittävästi alijäämäiseksi. Alijäämän taustatekijöinä olivat rahoituksen taso, tietoon liittyvät vajavaisuudet sekä lainsäädännön ja toimintaympäristön muutokset.

Hyvinvointialueiden ensimmäisen tilikauden taloudellinen toimintaympäristö on ollut poikkeuksellisen haastava. Inflaatiotaso on ollut viimeksi yhtä korkealla tasolla 1980-luvulla. Vuonna 2022 inflaatio oli tilastokeskuksen mukaan keskimäärin 7,1 prosenttia. Kuukausitasolla korkeimmat lukemat olivat loppuvuodesta, jolloin saavutettiin lähes 10 prosentin taso. Hyvinvointialueelle siirtyneisiin sopimuksiin inflaatio heijastuu sopimusteknisistä syistä tai kilpailutuksien myötä pääosin vasta vuoden 2023 aikana. Monissa palveluissa tai ostoissa hinnankorotukset ylittivät selvästi 10 prosentin tason. Vuodelle 2024 sopimusten hinnankorotukset ovat jatkuneet tavanomaista korkeammalla tasolla ja keskimäärin voidaan puhua 5–10 prosentin korotuksista. Hyvinvointialueen talousarviosta hintojen nousun vaikutuspiirissä on noin puolet kustannuksista. Hinnankorotukset asettavat merkittävän riskin talouden tasapainolle. Suunnitteluvuosien hinnankorotusten odotetaan normalisoituvan ja näiltä osin on varauduttu keskimäärin noin kolmen prosentin hinnankorotustasoon.

Hyvinvointialueen henkilöstökustannukset ovat noin puolet kokonaistoimintakustannuksista. Vuoden 2023 aikana voimassa oleva palkkaratkaisu kasvattaa henkilöstökuluja 6,13 prosenttia ja vuonna 2024 edelleen 4,15 prosenttia. Valtion rahoitus huomioi palkkojen kustannusnousun yleisen ansiotasokehityksen mukaan, mikä on selkeästi vähemmän kuin hyvinvointialueille kohdistuvat kustannukset. Tämä epäsuhta kasvattaa oleellisesti talouden tasapainoon pääsemisen riskiä suunnittelukaudella.

Kanta-Hämeen hyvinvointialueen talouden tasapaino edellyttää myös voimassa olevan talouden tasapainottamisohjelman toteutumista sekä sen päivittämistä kevään 2024 aikana siten, että nyt esitettyyn talousarvioon sisältyville riskikohteille määritetään konkreettiset ja täsmennetyt toimenpiteet.

Palveluverkkosuunnitelman tavoitteena on kattaa osa talouden tasapainottamistarpeesta tulevinä vuosina. Palveluverkkomuutosten kustannusvaikutukset täsmentyvät maaliskuussa, kun aluevaltuusto tekee päätökset palveluverkon osalta. Muutokset viedään muutostalousarvioon keväällä 2024. Pääosa palveluverkkosuunnitelman muutoksista vaikuttaa 2026 vuodesta eteenpäin.



3.2 Toimintaympäristön muutokset

Kanta-Hämeen hyvinvointialueen toimintaympäristön merkittävimmät haasteet palveluverkkosuunnitelman osalta ovat:

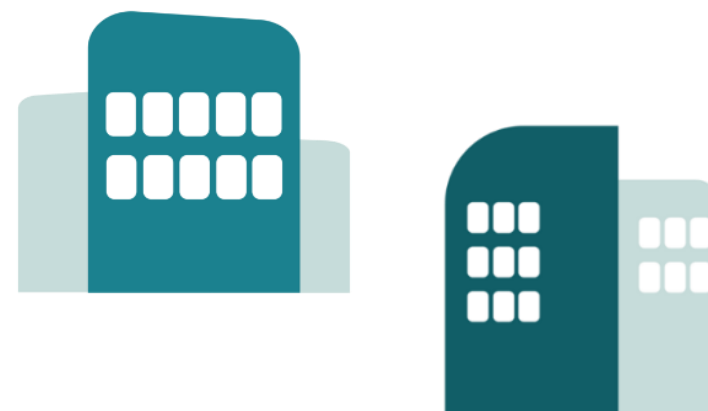
- Henkilöstön saatavuus ja pysyvyys
- Väestön ikääntyminen ja monimuotoistuminen
- Palvelutarpeen muutokset väestörakenteen muuttuessa
- Talouden haasteet, jotka rajaavat palvelutuotannon uudistamista ja ohjaavat tekemään lyhyen aikavälin ratkaisuja, jotka voivat tuoda lisäkustannuksia tulevaisuudessa
- Hyvinvointialueiden ohjausjärjestelmän puutteet ja ristiriitaiset tavoiteasetannat valtakunnallisesti
- Ennaltaehkäisevien palveluiden uudistaminen rajautuu taloudellisten haasteiden takia lakisääteisten vastuiden toteuttamiseen
- Huoltosuhde alueen sisällä heikkenee, mikä vaikeuttaa henkilöstön saatavuutta
- Kustannusinflaatio on korkeampi kuin rahoituksen kehitys
- Päätöksentekokyky, intressiristiriidat kuntien ja hyvinvointialueen välillä



3.3 Väestörakenne seuduittain, ikäryhmät ja huoltosuhteen muutos

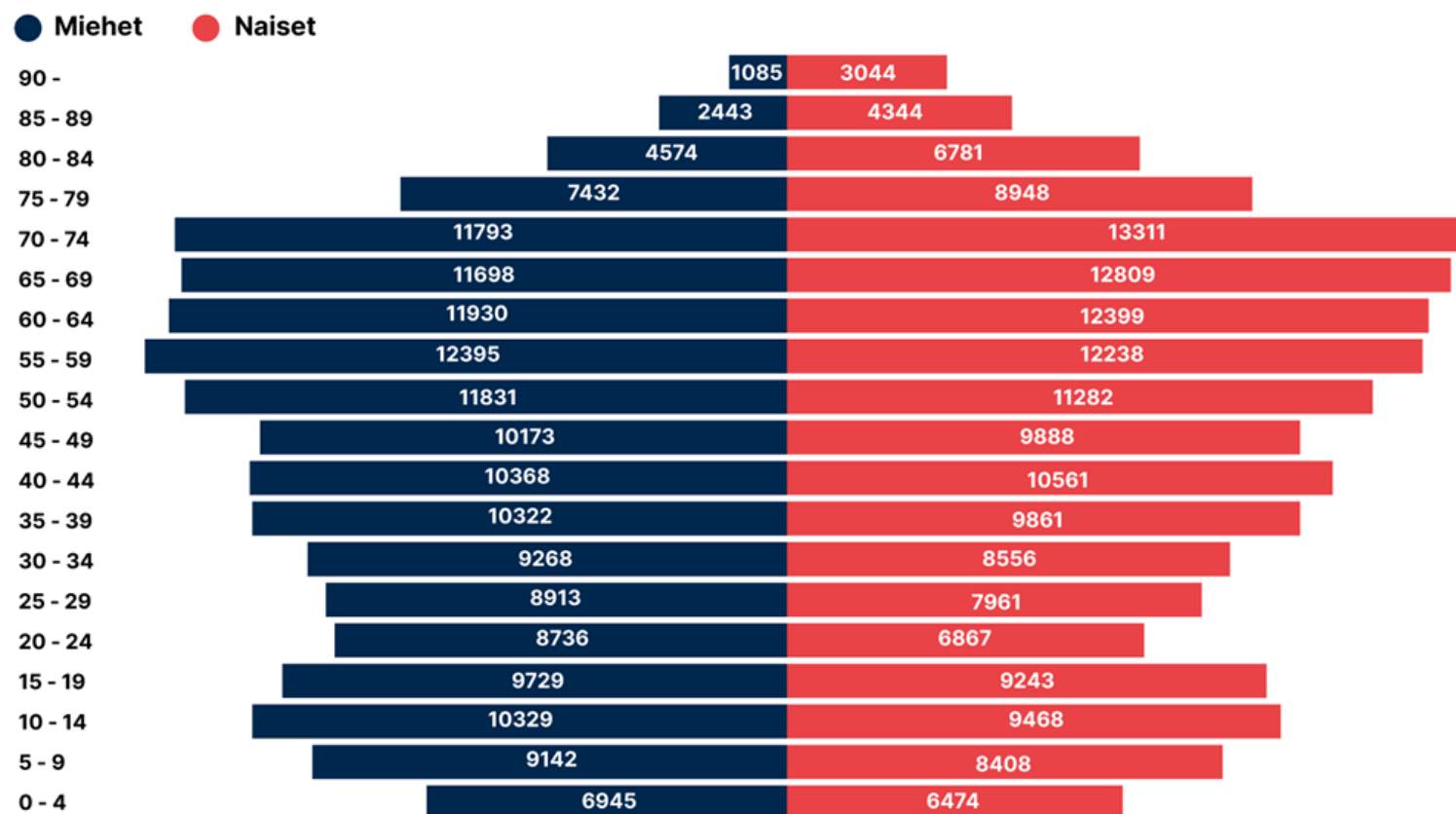
Kanta-Hämeessä asuu yhteensä noin 170 000 asukasta, joista asuu

- Hämeenlinnan seudulla noin 55 prosenttia
- Riihimäen seudulla noin 25 prosenttia
- Forssan seudulla noin 20 prosenttia



Kanta-Hämeen hyvinvointialueen väestö vähenee ennusteiden mukaan noin 5,5 prosenttia vuosien 2023–2040 aikana. Väestöryhmien pieneneminen vähentää väestön palvelutarvetta, mutta ikääntyvän väestön osuus kasvattaa vastaavasti palvelutarvetta. Lasten ja nuorten määrä laskee noin 22 prosenttia. Työikäisten määrä laskee noin 11,5 prosenttia, mutta yli 65- vuotiaiden määrä nousee noin 15 prosentilla.

Väestörakenne ikäryhmittäin ja sukupuolittain vuonna 2021



Kuva 1. Väestörakenne ikäryhmittäin ja sukupuolittain vuoden 2021 helmikuussa (Hämeen liitto).

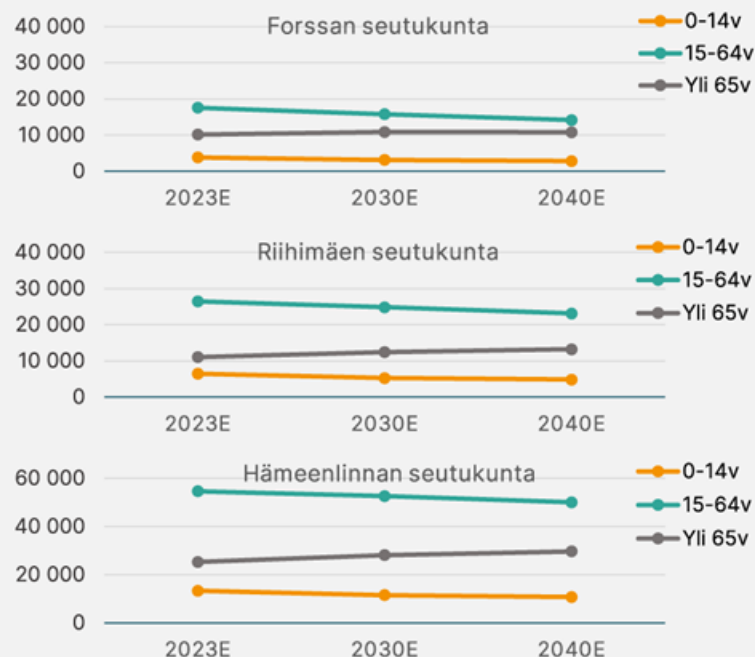
Vuonna 2021 alueen asukkaista noin 18 prosenttia on 0–17-vuotiaita, mikä on osuudellisesti saman suuntainen kuin koko maassa keskimäärin. Kanta-Hämeen demografinen huoltosuhde, joka kuvaa kuinka monta alle 15-vuotiaasta ja 65 vuotta täyttäneitä on sataa työikäistä kohti, oli vuonna 2020 koko maan lukua (61,9) korkeampi (68,8). Tämä selittyy etenkin 65 vuotta täyttäneiden suuremmalla osuudella, mikä on Kanta-Hämeessä 25,8 prosenttia väestöstä. Koko maassa osuus 22,7 prosenttia. Väestöennusteiden mukaan 75 vuotta täyttäneiden asukkaiden osuus tulee kasvamaan koko maata jyrkemmin vuoteen 2030 mennessä ja iäkkäiden osuus tulee olemaan maan korkeimpia vuoteen 2040 mennessä.

Seutukunnittain väestörakenne eroaa hieman toisistaan. Suhteellisesti eniten väestö vähenee ja ikääntyy Forssan seudulla. Forssan seudulla ikäihmisten absoluuttinen määrä ei kuitenkaan kasva merkittävästi. Riihimäen ja Hämeenlinnan seuduilla väestökehitys on yhtenevä. Vertailtaessa Kanta-Hämeen kehitystä valtakunnallisesti huoltosuhteen muutos on huomioitava palveluverkkosuunnitelmassa.

Sosiaali- ja terveydenhuollon rahoitusmalli huomioi ikääntyvän väestön määrän muutoksen, joten malli kompensoi kasvavaa palvelutarvetta. On todennäköistä, että heikkenevä huoltosuhde vaikeuttaa henkilökunnan saatavuutta alueella.

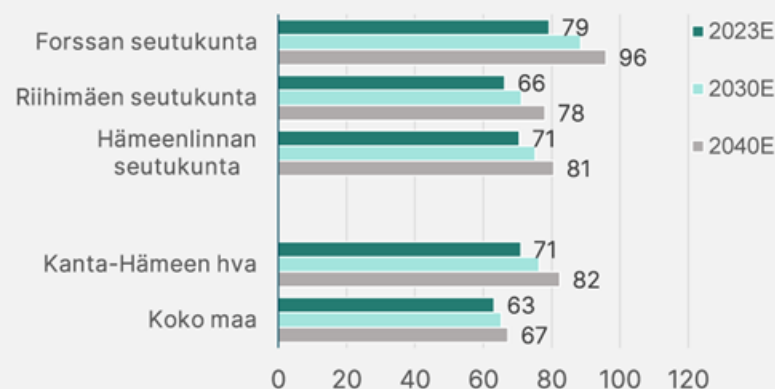


Väestö ikäryhmittäin Kanta-Hämeen hyvinvointialueella



Lähde: Tilastokeskus

Väestöllinen huoltosuhde



- Väestöllinen huoltosuhde (lasten ja ikäihmisten määrä sataa työikäistä kohti) heikkenee kaikilla tarkasteltavilla alueilla.
- Työikäisten määrä vähenee Kanta-Hämeessä ja etenkin Forssan seudun kunnissa. Samaan aikaan syntyvyys laskee. Vuonna 2040 Forssan seutukunnalla on melkein yhtä paljon lapsia ja eläkeläisiä kuin työikäisiä.

Kuva 2. Väestön ja huoltosuhteen kehittyminen Kanta-Hämeen alueella vuosien 2023–2043 aikana.

3.4 Henkilöstö

THL:n lähtötilannearvion (vuosi 2022) mukaan henkilöstön saatavuus on heikentynyt Kanta-Hämeessä sekä perus- että erityistason palveluissa. Osaavan henkilöstön saatavuus on hyvinvointialueelle merkittävä haaste, joka vaikeuttaa laajasti eri palvelujen saatavuutta. Henkilöstön saatavuuden rinnalla puutteita on myös henkilöstörakenteiden monipuolisuudessa. Palvelujen järjestämistä vaikeuttaa taloudenhallinnan näkökulmasta myös henkilöstöresurssien liiallinen kohdentuminen raskaampiin palveluihin.



Vaikeudet korostuivat perustasolla ikääntyneiden palveluissa ja erikoissairaanhoidon osastotoiminnoissa. Terveyskeskusten lääkärivaje kasvoi, vaikka vakanssien täyttöaste oli hieman parempi kuin maassa keskimäärin.

Tulevina vuosina henkilöstön rekrytointitarve kasvaa erityisesti iäkkäiden osuuden kasvaessa. Kuilu henkilöstön vaikeutuvan saatavuuden ja palvelutarpeiden kasvun välillä on jyrkkenemässä. Henkilöstöresurssien painottuminen raskaampiin palveluihin luo painetta palvelurakenteiden keventämiseksi.

THL:n lähtötilannearvion mukaan alueella on pulaa sekä sosiaali- että terveysalan ammattilaisista. Haasteellisimmat ammattiryhmät ovat sosiaalityöntekijät, sairaanhoitajat, terveydenhoitajat, lähihoitajat, yleislääkärit, psykiatrit ja psykologit. Vaikeudet koskevat erityisesti leikkaus- ja osastotoimintaa, ikääntyneiden kotihoitoa, mielenterveys- ja riippuvuuspalveluja sekä palveluja, joissa työskentelee erityistyöntekijöitä.

Vaikein tilanne on alueen reunaosissa, mikä viittaa tarpeisiin uudelleenorganisoida resursseja. Lainsäädäntömuutosten myötä kiristyvät mitoitus- ja hoitoon pääsy -vaatimukset aiheuttavat merkittäviä haasteita lähes kaikissa palveluissa. Henkilöstön riittävyyden ja palvelujen saatavuuden varmistamiseksi hyvinvointialue on joutunut turvautumaan yhä enenevästi vuokratyövoiman ja ostopalvelujen käyttöön, mikä on merkittävästi heikentänyt talouden hallintaa.

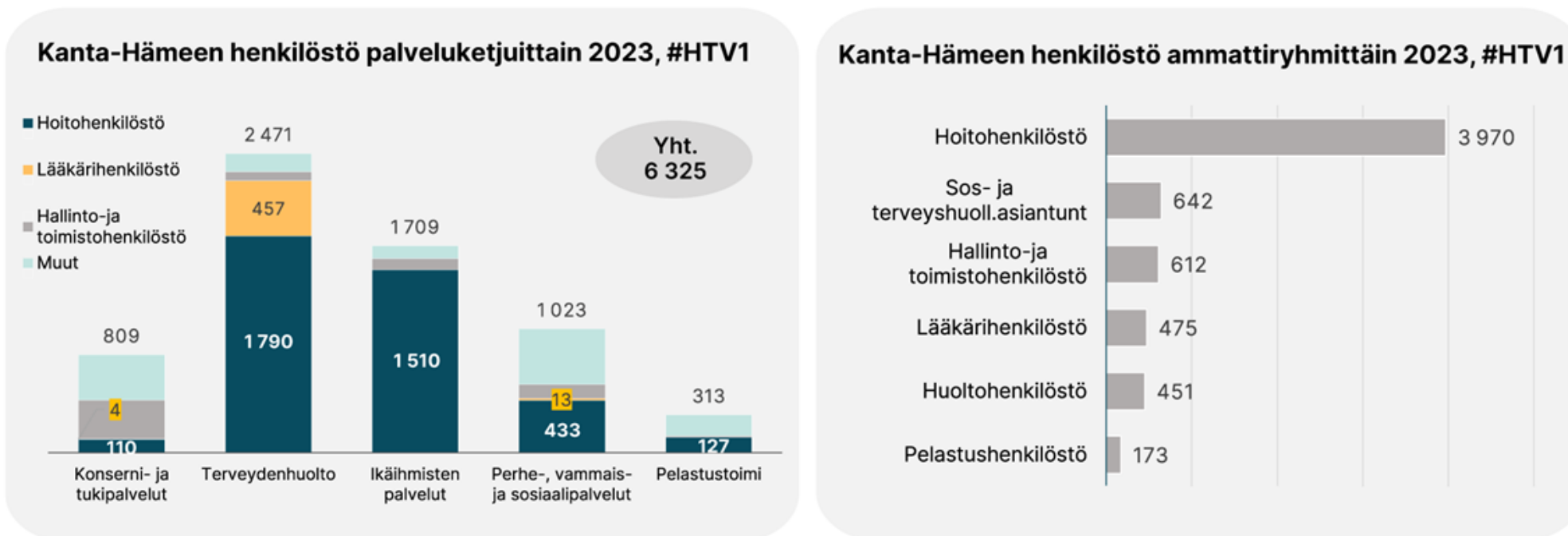
Henkilöstöpula on suurin Forssan ja Riihimäen alueella sekä kaupungeista kauimpana sijaitsevilla toimipisteissä. Työvoimaa vuokrataan erityisesti ikääntyneiden palveluihin, mutta senkään avulla ei ole pystytty vastaamaan kaikkiin tarpeisiin.

Lainsäädännölliset muutokset, kuten perusterveydenhuollon kiireettömän ja suun terveydenhuollon hoitotakuiden asteittain kiristyminen ensin 1.9.2023 alkaen ja 1.11.2024 alkaen, kasvattavat henkilöstön resurssipainetta entisestään tulevina vuosina.



3.4.1 Henkilöstömäärät

Hoitohenkilöstön osuus kaikista Kanta-Hämeen hyvinvointialueen työntekijöistä on noin 63 prosenttia ja lääkäreiden osuus on noin 8 prosenttia. Muiden sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisten osuus on noin 10 prosenttia ja pelastushenkilöstön osuus on 3 prosenttia.



Lähde: Kanta-Hämeen Palvelustrategia, Keva, Oma Hämeen HR-asiantuntijat

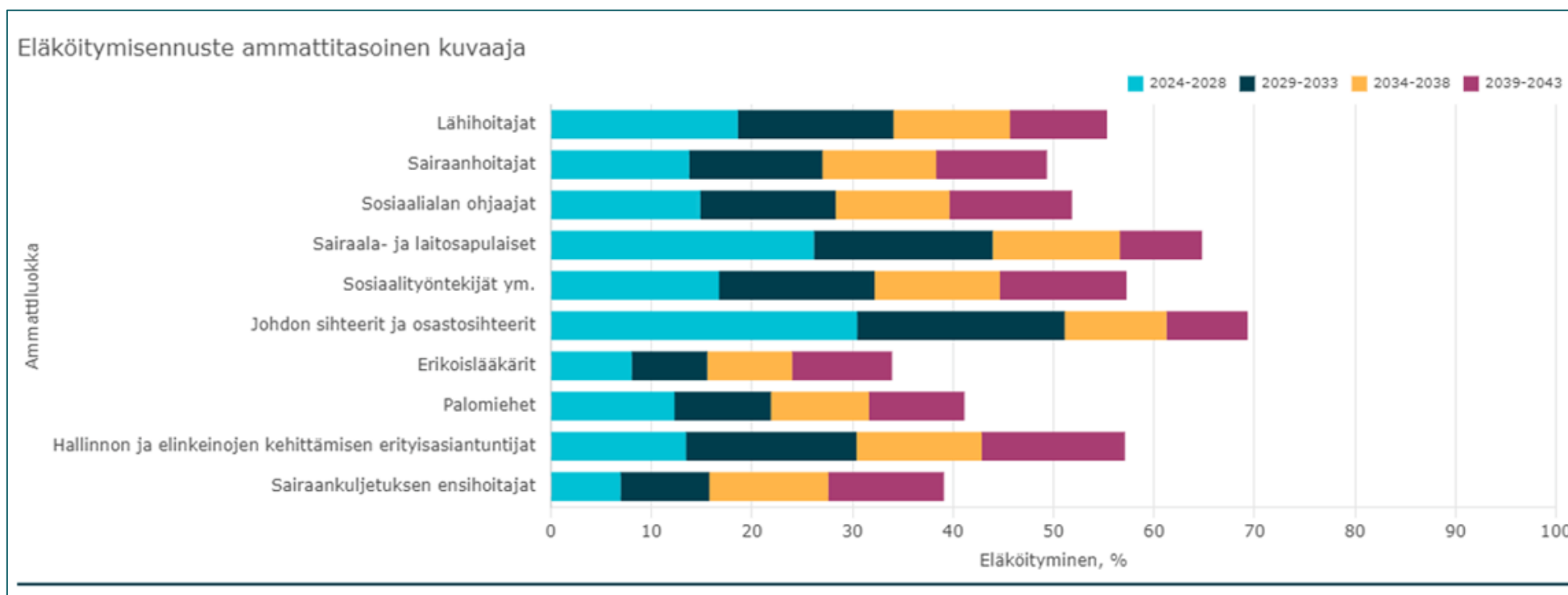
*Terveysaseman lääkäreiden (PTH avopalveluiden) toimesta tuotetaan mm. ikäihmisten toimialalle lääkäripalveluita. Lisäksi sektorityötä (esim. neuvolaa) tekevät myös avoterveydenhuollon lääkärit.

Kuva 3. Hyvinvointialueen henkilöstö toimialoittain ja ammattiryhmittäin vuonna 2023.

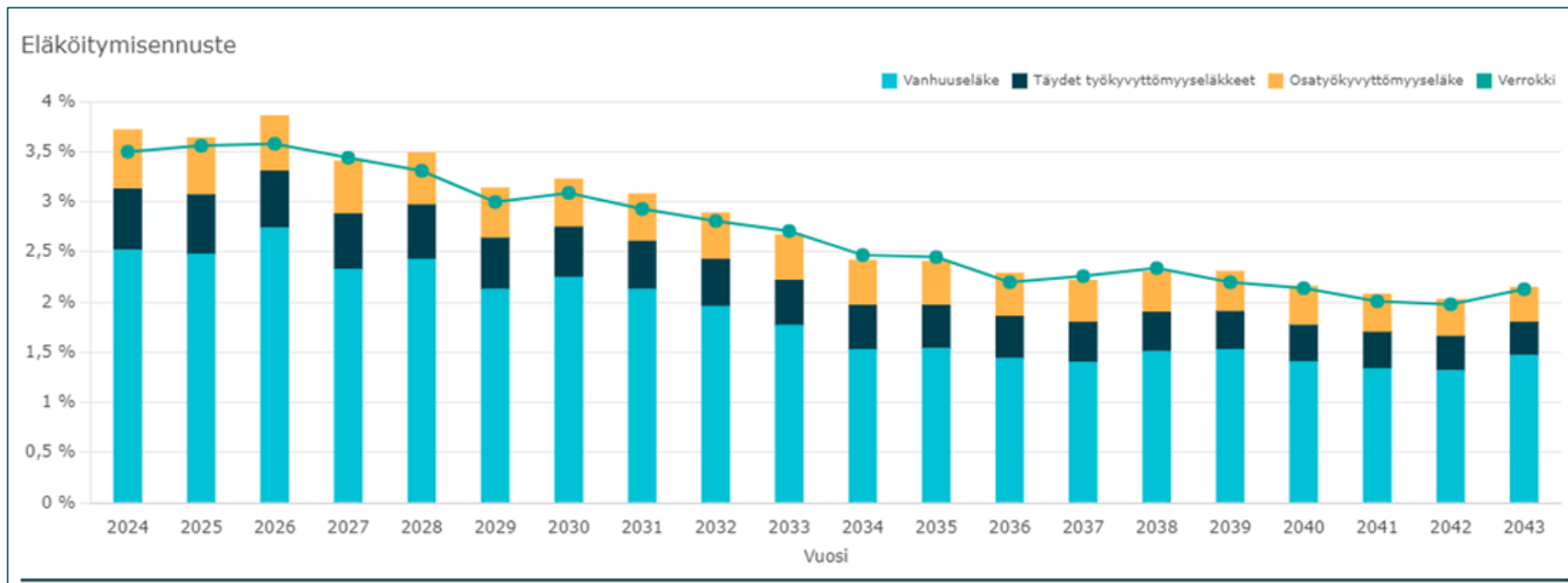
3.4.2 Eläköityminen

Kevan eläköitymisennusteen mukaan Kanta-Hämeen alueella nykyhenkilöstöstä noin 1 400 työntekijää saavuttaa eläkeiän vuoteen 2030 mennessä. Lisäksi lainsäädännölliset muutokset kasvattavat työntekijöiden tarvetta tulevaisuudessa.

Lukumääräisesti suurimmat eläköityvät ammattiryhmät ovat lähihoitajat, sairaala- ja laitospulaiset, hammashoitajat sekä sosiaalityöntekijät. Seuraavan viiden vuoden aikana hyvinvointialueella eläkeiän saavuttaa noin 18 prosenttia (noin 1 200) koko henkilöstöstä.



Kuva 4. Kanta-Hämeen hyvinvointialueen eläköitymisennuste vuoteen 2043 mennessä.

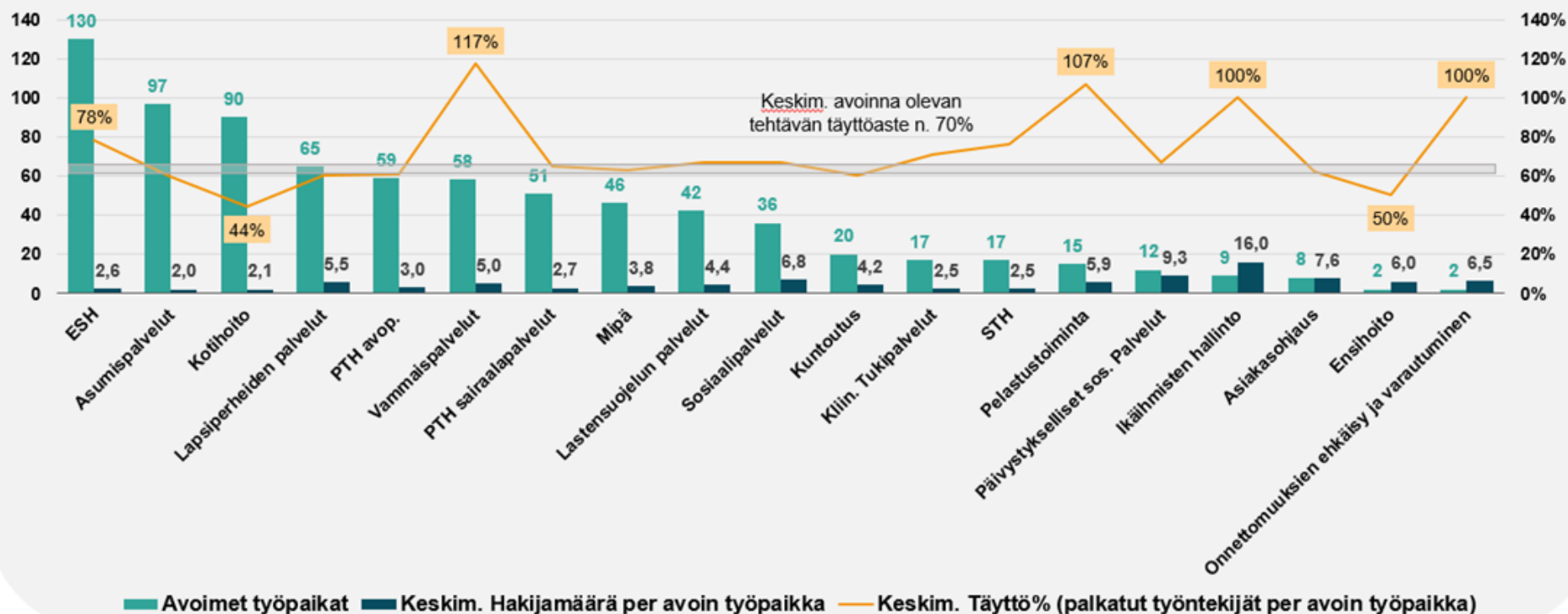


Kuva 5. Ammattiryhmäkohtainen eläköitymisennuste vuoteen 2043 mennessä.

3.4.3 Henkilöstön saatavuus, rekrytointi, lähtö- ja tulovaihtuvuus

Kanta-Hämeen hyvinvointialueella on ollut jonkin verran haasteita henkilöstön saatavuudessa. Rekrytoinneissa on alkuvuodesta onnistuttu kohtuullisesti, mutta tulosalueiden välillä on merkittäviä eroja. Keskimääräinen täyttöaste avoimena olleisiin tehtäviin on ollut noin 70 prosenttia. Haasteita tehtävien täytössä on ollut muun muassa ikäihmisten palveluasumisessa, kotihoidossa ja ensihoidossa.

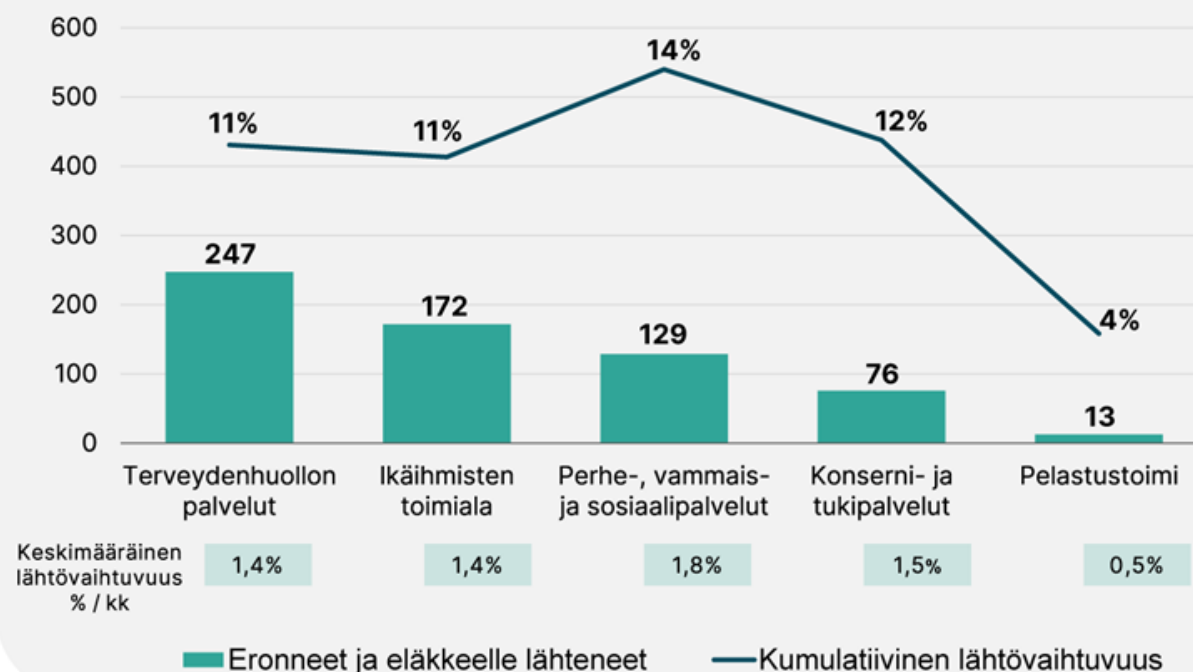
Henkilöstön saatavuus Kanta-Hämeen hyvinvointialueella tulosalueittain 1.1.-30.6.2023



Kuva 6. Tammi-kesäkuun 2023 aikana hyvinvointialueella avoina olleet tehtävät, hakijoiden määrä ja keskimääräinen täyttöaste tulosalueittain. Lähde: KuntaRekry.

Kanta-Hämeen hyvinvointialueen henkilöstön kumulatiivinen lähtövaihtuvuus kuluvan vuoden on ollut keskimäärin n. 11 prosenttia.

Kanta-Hämeen hyvinvointialueen henkilöstön poistuma eläköitymisen ja työpaikan vaihdosten seurauksena toimialoittain ja ammattiryhmittäin ajanjaksolla 1-9/2023



Ammatti-ryhmittäin	Eronneet ja eläköityneet	Kumul. Lähtö-vaihtuvuus	Keskim. %/kk
Hoitohenkilöstö	401	11%	1,9%
Sos. ja terveydenhuollon asiantuntijat	79	14 %	2,4 %
Hallinto- ja toimistohenkilöstö	62	13 %	2,2 %
Lääkärit	49	14 %	2,4 %
Huoltohenkilöstö	39	9 %	1,6 %
Pelastushenkilöstö	7	4 %	0,6 %
Kanta-Hämeen hva	637	11%	1,3%

Kuva 7. Hyvinvointialueen henkilöstön lähtövaihtuvuus tammi-syyskuun 2023 aikana.

3.4.4 Liikkumisselvitys

Kanta-Hämeen hyvinvointialueen työntekijöille tehdyn kyselyn mukaan työmatkan sujuvuudella on paljon tai melko paljon merkitystä työpaikan valinnassa 84 prosentille vastaajista. Tarkastelussa havaittiin, että useassa kunnassa yli puolet kunnassa työskentelevistä myös asuu samassa kunnassa. Hausjärvellä, Tammelassa ja Jokioisissa sijaitseviin toimipisteisiin valtaosa työntekijöistä kulkee lähikunnista (liite 3).

3.4.5 Vuokratyövoima

Erityisesti psykologien, sosiaalityöntekijöiden, lääkäreiden ja puheterapeuttien rekrytoinneissa on ollut haasteita kuluvan vuoden aikana. Edellä mainitun ammattiryhmäjoukon hakijoita per avoinna oleva paikka on ollut keskimäärin 0,7. Terveystieteiden toimialalla vuokralääkäreiden määrän arvioidaan olevan tänä vuonna noin 35 henkilötyövuoden verran. Hoitohenkilöstön vuokratyövoima hankitaan pääasiassa Sarastia Rekryn kautta. Vuokratyövoiman tarve hoitajien osalta arvioidaan olevan tänä vuonna kaikilla toimialoilla yhteensä noin 230 henkilötyövuoden verran. (liite 2) Merkittävä osa Kanta-Hämeen hyvinvointialueen nykyhenkilöstöstä (yli 20 prosenttia) saavuttaa eläkeiän vuoteen 2030 mennessä. Tämän lisäksi lainsäädännölliset muutokset kasvattavat palveluiden tuottamiseen tarvittavia resursseja. Henkilöstön saatavuudessa on 2020-luvun alusta lähtien nähty haasteita, jotka tulevat kasvamaan seuraavien vuosien aikana, mikäli palvelurakennetta ja palveluiden tuotantotapoja ei pystytä uudistamaan. Resurssikysymykset ovat merkittävät, kun vanhusväestön määrän ennustetaan kasvavan noin 10 000 henkilöllä vuoteen 2040 mennessä.

3.5 Palvelutarve / väestön vaikutus

Työikäisen väestön määrä laskee Kanta-Hämeessä tarkastelujaksolla 2020–2030 noin 10 prosenttia. Väestöryhmän pieneneminen vähentää palveluiden tarvetta, mutta erityisesti mielenterveys- ja päihdepalveluiden kysynnän odotetaan kasvavan. THL:n raportin mukaan palvelujen saatavuudessa on suurta alueellista vaihtelua. Saatavuus oli osin vaikeutunut jo ennen hyvinvointialueelle siirtymistä henkilöstöpulan ja kertyneen hoito- ja palveluvelan myötä.

Kanta-Hämeessä 75 vuotta täyttänyt väestö käyttää monien palveluiden osalta keskimääräistä enemmän palveluja kuin muualla Suomessa. Ikäihmisten palveluissa on hoitopäiviä per 1 000 asukasta maan keskiarvoa enemmän. Muissa palveluissa ollaan keskitasolla. Työkyvyttömyyttä on lähes saman verran kuin maassa keskimäärin, mutta se on yleistynyt edellisvuoteen verrattuna. Nähtävissä oli viitteitä erityisesti työikäisten hyvinvoinnin heikentymisestä. Ennenaikaista kuolleisuutta mittaava PYLL-indeksi on tällä hetkellä maan keskitasoa, mutta se on laskenut merkittävästi vuodesta 2020. Päivittäin tupakoivien osuus on noussut maan suurimmaksi. Myös alkoholin liikakäyttö on hieman keskimääräistä yleisempää.

Kasvava palvelutarve luo painetta niin ympärivuorokautisiin asumispalveluihin kuin kevyempiin palveluihin. Lisäksi se kuormittaa sosiaalipalveluita, perusterveydenhuoltoa ja erikoissairaanhoidon.



Asumispalveluissa palvelurakenne on Kanta-Hämeessä keskimääräistä hieman raskaampi, eli keskimääräistä useampi asiakas on ympärivuorokautisen palveluasumisen piirissä.

Kanta-Hämeen hyvinvointialueen on kaikkien väestöryhmien osalta vahvistettava kotona asumisen mahdollistavaa palvelutarjontaa sekä pyrittävä keventämään palvelurakenteita.

3.5.1 Palvelutarpeen muutos

1. Ikäihmiset

THL:n raportissa todetaan, että muutokset väestön ikärakenteessa ennustavat erityisesti iäkkäiden palvelujen tarpeen kasvua Kanta-Hämeessä. Väestön vähentymisen vuoksi alueen sote-menot ovat kuitenkin kasvamassa keskimääräistä vähemmän vuosikymmenen loppuun mennessä. Ennuste kannustaa aluetta keventämään ja monipuolistamaan verrattain raskasta iäkkäiden palvelurakennetta.

Palvelutarpeen arviointiin on päässyt lakisääteisessä ajassa vain vähän yli 60 prosenttia iäkkäistä. Palvelujen peittävyys kuuluu maan pienimpään kolmannekseen. Ympärivuorokautisten palvelujen peittävyys oli keskimääräistä suurempi, mutta kotona asuvien osuus on verrattain pieni eikä kotihoidon riittävyys vastaa tarpeita.

2. Terveyspalvelut

THL:n ikävakioimattoman sairastavuusindeksin (2019–2021) mukaan sairastavuus on Kanta-Hämeessä maan keskitasoa.

Keväällä 2023 pääsy terveyskeskuslääkärin vastaanotolle viikossa toteutui kohtalaisesti. Alueen väestö oli kuitenkin poikkeuksellisen tyytyväinen lääkäripalvelujen riittävyyteen. Suun terveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon saatavuus toteutui kansallisella tasolla keskimääräistä paremmin. Perustason terveyspalvelujen kiristynyt hoitotakuu voi kuitenkin jatkossa tuottaa vaikeuksia henkilöstöpulan vuoksi.

Apuvälineiden tarve kasvaa väestön ikääntyessä, mutta apuvälineet tukevat kotona selviytymistä. Ennalta ehkäiseviin palveluihin panostamalla yhdessä kuntien hyvinvointia edistävien palveluiden kanssa voidaan parantaa väestön toimintakykyä ja vähentää palveluiden tarvetta.

3. Perhe-, sosiaali- ja vammaispalvelut

Lasten (0–6 –vuotiaiden) määrän ennustetaan vähenevän noin 1 160:lla vuoteen 2040 mennessä. Lastenneuvolan käyntimäärät ovat kasvaneet Kanta-Hämeessä viime vuosina (tarkastelujaksolla 2017–2022). Jatkossa äitiys- ja lastenneuvolapalveluiden tarve vähenee, kun palvelutarpeen kehitystä tarkastellaan 0–6-vuotiaiden lasten ja 15–44-vuotiaiden naisten väestöennusteilla.

Nähtävissä on nuorten mielenterveys- ja päihdeongelmien kasvua sekä perheiden pahoinvoinnin lisääntymistä. Lastensuojelun enimmäisasiakasmäärä ylittyi huomattavasti Kanta-Hämeessä. THL:n lastensuojelun sosiaalityön henkilöstömitoituksen mukaan 34 prosentilla sosiaalityöntekijöistä ylittyi lakisääteisten 35 asiakkaan määrä huhtikuussa 2023. Kanta-Hämeen tilanne oli samankaltainen marraskuussa 2022, jolloin edellisen kerran on tiedot kerätty. Asiakasmitoituksen ylitykseen vaikuttaa olennaisesti tyhjien vakanssien määrä. Asiakaskeskiarvo Kanta-Hämeessä on 33. Myös huostassa olevien lasten verrattain suuri osuus viittaa tarpeisiin vahvistaa varhaisemmassa vaiheessa annettavia palveluja.

Alueen työttömyysaste on hieman keskimääräistä pienempi. Pitkäaikaistyöttömyys on maan keskitasoa, mutta muun maan kehityksestä poiketen se on edelleen lievästi kasvanut.

Kanta-Hämeessä vammaisten henkilöiden asumispalvelurakenne on keskimääräistä kevyempi, mutta lukumäärällisesti heitä on suhteellisesti enemmän.

4. Pelastustoimi

Pelastustoimen palvelutarpeen ennakoidaan lähivuosina kasvavan maltillisesti. Väestön ikärakenteen muutos ja kotona asumisen mahdollistava palvelurakenne vaikuttavat myös pelastuslaitoksen tuottamien palveluiden kehittämistarpeeseen ja kohdentamiseen erityisesti ensihoidon ja onnettomuuksien ehkäisyn toiminnoissa.

4. Nykytila

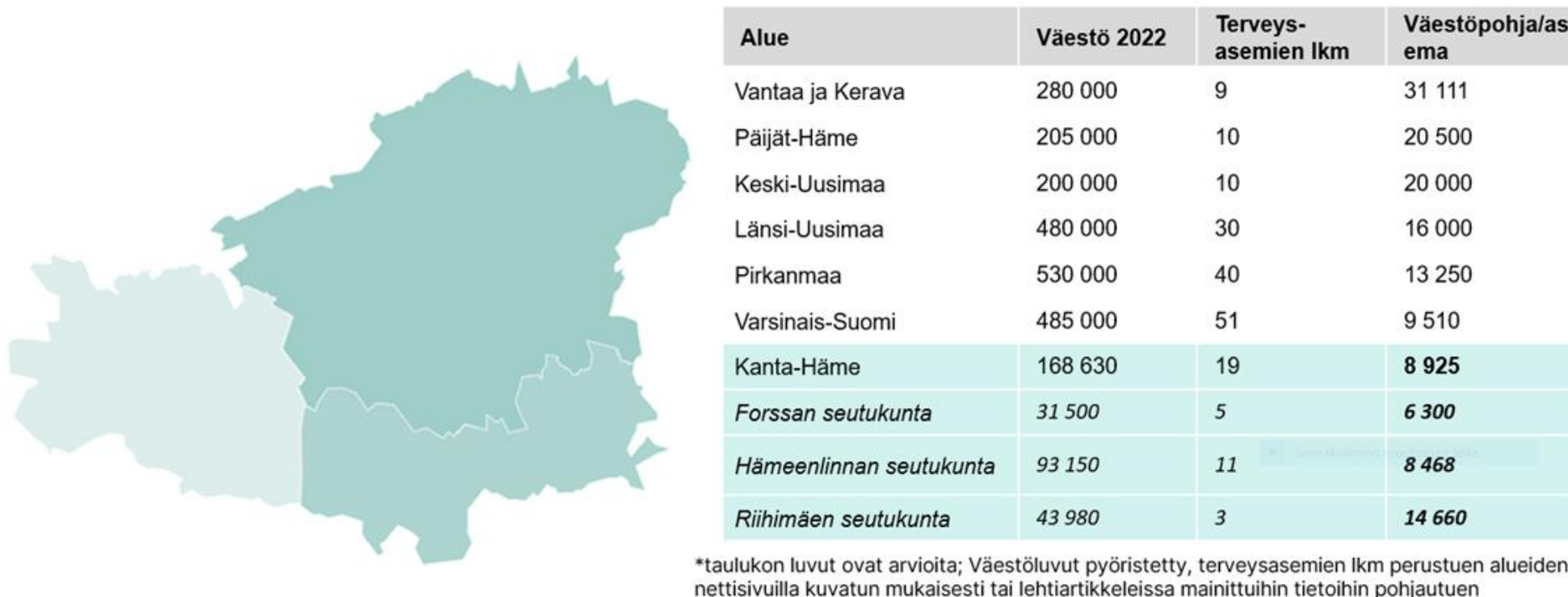
4.1 Palveluverkon rakenne

Nykyiset palvelut perustuvat kuntapohjaiseen rakenteeseen, jossa tarkastelun fokuksessa on ollut kuntalaisille tuotettavat palvelut. Hyvinvointialueen näkökulmasta kuntapohjainen rakenne ei ole kaikilta osin perusteltu ja sen osalta esitetään muutoksia palveluverkkosuunnitelmassa.

Kanta-Hämeen palveluverkko rakentuu pääosin terveysasemien ja alueen sairaaloiden yhteyteen. Tämän takia tehdyssä palveluverkkoselvityksessä on erityisesti kiinnitetty huomioita terveysasemiin ja niiden määrään alueella. Terveysasemien yhteydessä on yleensä myös perhe-, vammais- ja sosiaalihuollon palveluita. Palvelupisteiden tarkastelussa on huomioitava, että palvelun taajuus ja laajuus yksiköissä vaihtelee eli fyysinen palvelupiste ei ole synonyymi palveluiden saatavuudelle.

Vertailtaessa Kanta-Hämeen palveluverkkoa muihin hyvinvointialueisiin voi todeta sen olevan laaja. Yksikkökohtaiset väestöpohjat vaihtelevat yksiköittäin ja seuduittain merkittävästi. Yksiköiden käyntimäärissä ja käyntityypeissä on myös merkittäviä eroja alueen sisällä.

Palveluverkon nykytilanne on laajasti kuvattu tehdyssä selvityksessä (liite 2)



Kuva 8. Terveysasemien keskimääräinen väestöpohjien vertailu eri hyvinvointialueilla ja Kanta-Hämeen alueella seutukunnittain

4.2 Palveluiden nykytila ja rakenne

Kanta-Hämeen hyvinvointialueen palvelurakenne muodostuu kuudesta toimialasta:

- Strategia- ja integraatiotoimiala
- Konserni- ja tukipalveluiden toimiala
- Terveystieteiden toimiala
- Ikäihmisten palveluiden toimiala
- Perhe-, vammais- ja sosiaalihuollon toimiala
- Pelastustoimen toimiala

Hyvinvointialueen organisaatorakenteessa strategia- ja integraatio- sekä konserni- ja tukipalveluiden toimialat toimivat matriisissa (kuva).

4.2.1 Konserni – ja tukipalvelut

Konserni- ja tukipalveluiden toiminta jakaantuu kolmeen tulosalueeseen:

- Konsernipalvelut
- Palvelutuotannon tukipalvelut
- Tekniikka- ja tilapalvelut

Hallinnon palvelut toimivat pääsääntöisesti kuudessa toimipisteessä:

- Hämeenlinna; Viipurintie, Sibeliuksenkatu ja keskussairaala
- Turenki
- Forssa
- Riihimäki

Palvelutuotannon tukipalvelujen toiminta jakaantuu omaan toimintaan ja ostopalveluihin. Tukipalveluilla on toimintaa palvelutuotannon yksiköiden yhteydessä.

Tekniikka- ja tilapalvelut tuottavat lääkintätekniikan, turvallisuuden, kiinteistöjen kunnossapidon, rakennuttamisen ja muiden teknisten tukitoimintojen palveluja useisiin eri hyvinvointialueen toimipisteisiin. Palvelua tuottavat oman henkilöstön lisäksi sopimuskumppanit. Vuokrakohteiden kiinteistöhuoltopalveluista ja niihin liittyvistä vastuurajoista on sovittu vuokranantajien kanssa. Suuri osa palveluista tuotetaan suurimpiin yksikköihin, joihin myös tulosalueen henkilöstö on pääosin sijoitettu. Palvelua tuotetaan kuitenkin koko hyvinvointialueelle kaikkiin toimipisteisiin tarpeen mukaan. Suurimmat yksiköt, joihin palvelut kohdistuvat, ovat:

- Hämeenlinnan keskussairaala (Parantolankatu 6)
- Hämeenlinnan pääterveysasema (Viipurintie 1-3)
- Forssan sairaala (Urheilukentänkatu 9)
- Riihimäen sairaala (Kontiontie 77)
- Riihimäen terveyskeskus (Penttilänkatu 5)

4.2.2 Ikäihmiset

Ikäihmisten palveluiden kokonaisuus rakentuu kolmesta tulosalueesta; asiakasohjaus, kotihoito ja asumispalvelut.

Asiakasohjaus vastaa ikääntyneen väestön ohjauksesta ja neuvonnasta, lakisääteisistä palvelutarpeiden arvioinneista, palveluihin ohjaamisista, päätösprosesseista ja asiakkaiden palvelupolkujen seurannasta ja koordinoinnista. Asiakasohjauksessa on tunnistettu eroavaisuuksia, jotka liittyvät aiempiin kuntopohjaisiin ikäihmisten palveluiden rakenteisiin, toimintamalleihin ja -kulttuureihin.

Kotihoito vastaa ikäihmisten kotiin vietävistä palveluista. Tavoitteena on, että ikäihmiset asuvat turvallisesti kotona mahdollisimman pitkään. Säännöllisen kotihoidon piirissä on noin 2 300 asiakasta sekä palvelusetelillä noin 500 asiakasta. Lisäksi asiakkaita on tilapäisen kotihoidon ja erilaisten tukipalveluiden piirissä. Kuntouttava päivätoiminta kuuluu myös kotihoidon tulosalueelle, jossa tuotetaan ikäihmisille ryhmämuotoista toimintaa.

Asumispalveluiden tulosalue vastaa ikäihmisten asumispalveluiden järjestämisestä. Tulosalueella järjestetään ikäihmisille lyhyt- ja pitkäaikaista ympärivuorokautista palveluasumista ja yhteisöllistä asumista. Kanta-Hämeessä toimii 40 oman palvelutuotannon ympärivuorokautisen palveluasumisen yksikköä ja noin 35 yksityisen palvelutuottajan yksikköä. Asumispalveluissa on ympärivuorokautisessa palveluasumisessa ollut 31.12.2022 yhteensä 1 808 asiakasta. Oman palvelutuotannon yksiköissä 894 asiakasta ja ostopalveluissa on 914 asiakasta. Tämän lisäksi oman palvelutuotannon laitospalveluissa on ollut 81 asiakasta (Sotkanet).

Ikäihmisten palveluiden toiminnallinen kokonaisuus on kuvattu palveluverkkoselvityksessä (liite 2)



4.2.3 Terveysthuollon toimiala

Terveysthuollon toimiala jakaantuu seitsemään tulosalueeseen:

- PTH avopalvelut
- PTH sairaalapalvelut
- ESH sairaalapalvelut
- Kliiniset tukipalvelut ja diagnostiikka
- Mielenterveys- ja päihdepalvelut
- Suunterveysthuolto
- Kuntoutus

Terveysthuollon palveluiden toiminnallinen kokonaisuus on kuvattu palveluverkkoselvityksessä (liite 2)

Perusterveysthuollon avopalvelut

Perusterveysthuollon avopalveluilla on Kanta-Hämeen hyvinvointialueella 19 toimipistettä. Forssan seudulla on viisi toimipistettä, Hämeenlinnassa on kahdeksan toimipistettä, Janakkalassa kaksi toimipistettä ja Riihimäen seudulla kolme toimipistettä. Hattulassa on yksi toimipiste ja sen toiminta on tällä hetkellä ulkoistettu. Toimipisteiden koko, käyntimäärät ja käyntityyppien jakauma vaihtelee toimipisteittäin.

Perusterveysthuollon sairaalapalvelut

Perusterveysthuollon osastotoimintoja on neljässä toimipisteessä:

- Hämeenlinna, paikkamäärä 86
- Turenki, paikkamäärä 30
- Riihimäki, paikkamäärä 52
- Forssa, paikkamäärä 67 (sis. osaamiskeskus)

Kotisairaala toimii koko hyvinvointialueen laajuudelta. Toimipisteet sijaitsevat Hämeenlinnassa, Forssassa ja Riihimäellä sairaalan osastojen läheisyydessä.

Erikoissairaanhoidon sairaalapalvelut

Erikoissairaanhoidon sairaala- ja vuodeosastopalvelut tuotetaan pääosin Hämeenlinnan keskussairaalassa. Riihimäen ja Forssan sairaaloissa on erikoissairaanhoidon avopalveluita.

Kliiniset tukipalvelut ja diagnostiikka

Kliiniset tukipalvelut ja diagnostiikka tulosalue muodostuu seuraavista yksiköistä: kuvantaminen, kliininen fysiologia, kliininen neurofysiologia, fyysikkopalvelut, infektioiden torjunta sekä lääkehoito.

Tulosalueen vastuulla ovat myös laboratoriopalvelut, jotka tuottaa Fimlab.

Kuvantamistoimintaa on tällä hetkellä useissa yksiköissä:

- Hämeenlinna, Keskussairaala
- Hämeenlinna, Viipurintie
- Turenki
- Riihimäki, sairaala ja terveysasema
- Forssa

Lääkehoito toimii pääosin keskussairaalan sairaala-apteekista. Lisäksi tällä hetkellä Forssan sairaalassa on myös pienimuotoisempaa lääkekeskustoimintaa.

Fimlabin laboratoriotoimintaa on useissa pisteissä Kanta-Hämeen alueella sairaaloiden ja terveysasemien yhteydessä.

Mielenterveys- ja päihdepalvelut

Mielenterveys- ja päihdepalvelut jakautuvat kolmeen palvelualueeseen:

- Erikoissairaanhoidon psykiatrian erikoisalat
- Perustason mielenterveys- ja päihdepalvelut
- Asuminen ja kuntoutus



Perustason palveluita tuotetaan laajasti terveysasemien yhteydessä ja erikoissairaanhoidon palveluita Forssan, Riihimäen ja Hämeenlinnan sairaaloissa.

Asumis- ja kuntoutuspalvelut pääasiassa ostetaan, ja yksiköitä on ympäri maakunnan. Kaksi omaa yksikköä sijaitsevat Riihimäellä.

Suun terveydenhuolto

Suun terveydenhuollon toimipisteet sijaitsevat terveysasemien yhteydessä.

Toimipisteitä on alueella yhteensä 18 hammashoitola terveysasemilla sekä suupoliklinikka Kanta-Hämeen keskussairaalassa. Toimipisteistä pienimmät ovat 2–3 hoituhuoneen yksiköitä ja suurimmissa toimipisteissä on yli 15 hoituhuonetta koottuna samoihin rakennuksiin. Yhteensä hammashoituhuoneita on perusterveydenhuollossa 124 kappaletta.

Kuntoutus

Hyvinvointialueen kuntoutuspalvelut muodostuvat kuudesta osa-alueesta: apuvälinepalvelut, aikuisten kuntoutuspalvelut, lasten ja nuorten kuntoutuspalvelut, terveyssosiaalityö, kuntoutusohjaus (kuulokeskus) sekä erityistason kuntoutuspalvelut (fysiatria ja kipupoliklinikka).

Lääkinnällisen kuntoutuksen apuvälinepalvelu sisältää apuvälineiden huoltoa, korjausta, pesua, kuljetusta, varastointia sekä potilaalle sovittamista, neuvontaa ja lainausta kaikissa alueen apuvälinepisteissä. Apuvälineiden kilpailutus ja hankinta hoidetaan keskitetysti. Perusapuvälineiden apuvälinepisteitä on 4: Hämeenlinna Viipurintie, Riihimäki Penttilänkatu, Turenki ja Forssan sairaala ja näiden lisäksi luovutus- ja sovitustoimintaa sekä pieniä varastoja on myös muilla terveysasemilla. Erityisapuvälinepiste sijaitsee keskussairaalassa, Hämeenlinna. Pesua toteutetaan pääasiassa käsin, kun ainut apuvälinepesukone sijaitsee Riihimäellä. Huoltoja toteutetaan omana toimintana ja ostopalveluna. Nykyinen toiminta on henkilöstön osalta haavoittuvaa ja terapeutit toteuttavat mm. varastointia ja osittain pesua. Hattulan apuvälinepiste lopetettiin 1.1.24 alkaen, mutta nykyisissä tiloissa ei toimintojen keskittämistä voida enempää toteuttaa. Riihimäen ja Hämeenlinnan Viipurintien apuvälinepisteissä on työsuojelullisia haasteita. Apuvälineiden tarve lisääntyy ikääntyvän väestön lisääntyessä.

Terveysasemilla toimivat fysioterapeuttien suoravastaanotot terveysasemien monilaisissa tiimeissä. Terapeutit tekevät toimintakykyarvioita, antavat ohjausta ja terapiaa vastaanotoilla ja etäpalveluna sekä osittain myös jalkautuen potilaiden toimintaympäristöön. Terapioita (muun muassa fysioterapia, toimintaterapia, jalkaterapia, puheterapia) tuotetaan avohoidossa myös ostopalveluna, pääsääntöisesti palvelusetelillä. Osastoilla potilaiden hoidon perusta on kuntouttava hoitotyö, jota kuntoutuksen ammattilaiset tukevat. Osastoilla toimii fysioterapeutteja, toimintaterapeutteja ja puheterapeutteja. Altaita on keskussairaalan fysiatrian tiloissa, Kontiotiellä Riihimäellä ja Forssassa. Riihimäen allas ei ole soveltuva ryhmille. Omien altaiden pito on kallista ja Forssaa lukuunottamatta altaat ovat vajaalla käytöllä ja niiden vuokraus ulkopuolisille on



osoittautunut hankalaksi toteuttaa käytännössä. Kuntien altaita on hyödynnetty. Allas mahdollistaa hyvän liikuntamuodon vähän liikkuville henkilöille (mm. ylipaino ja nivelrikko) ja siihen tulee kannustaa yhdessä kuntien kanssa.

Lasten ja nuorten puhe- ja toimintaterapiapalveluiden on tarkoituksenmukaista toimia perhekeskuksen tiloissa integroituen osaksi lapsiperheiden palvelua. Terveyssozialityössä toimitaan terveydenhuollon monialaisissa tiimeissä terveydenhuollon tiloissa.

Kehitysvammapoliklinikka on vaikeavammaisten kuntoutuksen osaamiskeskus Hämeenlinnassa Viipurintiellä ja se koostuu erityisosaamista omaavista ammattilaisista. Tiimi tarvitsee yhteisen tilan, mutta toiminta on osin potilaiden toimintaympäristöön jalkautuvaa. Kipupoliklinikka on osaamiskeskus keskussairaalassa, joka koostuu erityisosaamista omaavista ammattilaisista ja tarvitsee yhteisen tilan. Osaamiskeskukset tukevat perustason ammattilaisia konsultaation ja koulutuksen keinoin.

Ikääntyvien palveluissa on myös kuntoutustoimintaa, joka keskittyy ikääntyvien palveluissa olevien kuntouttamiseen. Kuntoutustoiminnan sujumisessa ikääntyvillä joustavasti on haasteita.

Terveydenhuollon toiminnallinen kokonaisuus on kuvattu palveluverkkoselvityksessä (liite 2).

4.2.4 Perhe-, sosiaali- ja vammaispalvelut

Perhe-, sosiaali- ja vammaispalvelut jakaantuvat viiteen tulosalueeseen:

- Perhekeskuspalvelut
- Lastensuojelu
- Sosiaalipalvelut
- Vammaispalvelut
- Päivystykselliset sosiaalipalvelut

Perhekeskuspalveluilla tarkoitetaan lapsiperheiden sosiaalihuoltolain mukaisia palveluita sekä neuvolan, koulu- ja opiskelijaterveydenhuollon ja oppilashuollon palveluita. Perhekeskus on verkostomaisen yhteistyön malli. Neuvolatoimintaa on kaikkien kuntien alueilla useimmiten terveyskeskusten yhteydessä.

Lastensuojelu jakautuu avohuollon, sijaishuollon ja jälkihuollon palveluihin. Lisäksi lastensuojelulla on perhehoitoyksikkö Kanerva (Hämeenlinna) ja kolme omaa lastensuojelulaitosta (Hämeenlinna, Riihimäki ja Forssa). Lastensuojelun työntekijöitä työskentelee tällä hetkellä koko maakunnan alueella.



Sosiaalipalvelut jakautuvat aikuissosiaalityön ja taloudellisen tuen, työllisyyden ja toimintakyvyn edistämisen ja kotoutumista edistäviin sote-palveluihin.

Työllisyyden ja toimintakyvyn työtä tehdään kaikkien kuntien alueella. Kuntouttavaa työtoimintaa järjestetään osin omana työnä ja suurelta osin ostopalveluna varsinkin Hämeenlinnan ja Riihimäen seuduilla.

Kotoutumisen edistämisen työtä tehdään pääsääntöisesti kolmessa toimipisteessä. Tärkeää on huomata, että osa työstä sisältää muilla tulosalueilla ja toimialoilla tehtävän työn tukemista.

Vammaispalvelu jakautuu kahteen eri palvelualueeseen vammaissosiaalityöhön ja oman palvelutuotannon asumispalveluihin sekä päiväaikaiseen toimintaan. Vammaissosiaalityötä tehdään useissa toimipisteissä. Vammaispalveluiden omia ympärivuorokautisen palveluasumisen yksiköitä on kymmenen ja yhteisöllisen asumisen yksiköitä kolme. Päivätoiminnan yksiköitä on yhdeksän ja työtoiminnan yksiköitä kaksi.

Suurin osa vammaispalveluiden palveluista tuotetaan ostopalveluina.

Päivystyksellisiin sosiaalipalveluihin sijoittuu Ankkuritoiminta, jolla on seudulliset tiimit. Sosiaali- ja kriisipäivystys on keskitetty Hämeenlinnaan ja tiimin tilat sijaitsevat pelastuslaitoksen tiloissa. Työ on osin jalkautuvaa.

Perhe-, sosiaali- ja vammaispalveluiden toiminnallinen kokonaisuus on kuvattu palveluverkkoselvityksessä (liite 2).

4.2.5 Pelastustoimi

Pelastustoimen palvelut jakaantuvat kolmeen tulosalueeseen:

- Pelastustoimi
- Onnettomuuksien ehkäisy ja varautuminen
- Ensihoito

Pelastustoimen palveluita tuotetaan neljällä päätoimisella, ympärivuorokautisesti miehitetyllä paloasemalla sekä 28 sopimuspalokuntien käytössä olevalla paloasemalla. Ensihoidon yksiköt toimivat päätoimisten paloasemien lisäksi neljällä sopimuspalokunnan käytössä olevalla paloasemalla.

Pelastustoimen palveluiden toiminnallinen kokonaisuus on kuvattu palveluverkkoselvityksessä (liite 2)

5. Palveluverkon määrittäisperusteet

Palveluverkon määrittäisperusteita on valmisteltu yhdessä toimialojen kanssa. Määrittäisperiaatteet antavat suuntaviivat hyvinvointialueen palveluverkon tulevalle rakenteelle ja organisoimiselle. Sovituilla periaatteilla pyritään turvaamaan terveydenhuollon ja sosiaalipalveluiden palveluiden saavutettavuus, laatu ja kustannustehokkuus. Pelastuspalveluiden palveluverkon rakennetta linjaa pelastustoimen palvelutasopäätös.

Määrittäisperusteissa huomioidaan asukkaiden ja asiakkaiden tasa-arvo ja yhdenvertaisuus Kanta-Hämeen alueella. Sote-palveluissa korostetaan ennaltaehkäisevää työtä, jonka avulla pyritään ehkäisemään terveysongelmia ja sosiaalisia ongelmia ennen niiden syntymistä. Sote-palveluita integroidaan ja koordinoitaan monialaisesti. Tämä tarkoittaa, että terveys- ja sosiaalipalvelut suunnitellaan ja toteutetaan yhteistyössä eri ammattiryhmien kesken, jotta asiakkaan tarpeet voidaan kokonaisvaltaisesti huomioida. Palvelut tullaan järjestämään niin, että ne pystytään tuottamaan laadukkaasti, turvallisesti ja yhdenvertaisesti kaikille Kanta-Hämeen asukkaille. Määrittäisperusteissa huomioidaan resurssien riittävyys ja niiden käyttö alueella siten, että asukkaille pystytään tuottamaan mahdollisimman suuri hyöty.

Palveluverkon määrittäisperiaatteiden on tarkoitus laajasti kuvata palveluverkon suunnittelua ohjaavia tekijöitä. Kanta-Hämeen hyvinvointialueen toimialat ovat tarkastelleet tulevan palveluverkon suunnittelua ohjaavia määrittäisperusteita seuraavista näkökulmista:

- Väestöpohjaiset määrittäisperusteet
- Palveluiden käyttöön perustuvat määrittäisperusteet
- Saavutettavuuteen ja saatavuuteen liittyvät määrittäisperusteet
- Toimitiloihin liittyvät määrittäisperusteet
- Henkilöstöön liittyvät määrittäisperusteet
- Toiminnan kustannuksiin liittyvät määrittäisperiaatteet
- Laadulliset ja vaikuttavuusperusteiset määrittäisperiaatteet

5.1 Väestöpohjaiset määrittäisperusteet

Väestöpohjaisten määrittäisperusteiden avulla arvioidaan palvelujen tarvetta ja suunnitellaan palveluverkkoa väestön tarpeiden mukaisesti. Nämä auttavat kohdentamaan resurssit oikein ja tarjoamaan laadukkaita palveluita väestölle.



5.2 Palveluiden käyttöön perustuvat määrittäysperusteet

Palveluiden käyttöön perustuvat määrittäysperiaatteet viittaavat siihen, miten terveydenhuolto- ja sosiaalipalveluita suunnitellaan ja järjestetään ottaen huomioon väestön tarpeet ja palveluiden kysyntä. Näiden periaatteiden avulla pyritään varmistamaan, että palvelut ovat saatavilla oikeaan aikaan, oikeassa paikassa ja että ne vastaavat väestön todellisiin tarpeisiin.

Palveluiden käyttöön perustuvassa arvioinnissa huomioidaan palveluiden tarjonnan sijoittuminen suhteessa väestön tarpeisiin. Tämä voi tarkoittaa esimerkiksi palvelukeskusten tai palvelupisteiden sijoittamista alueille, joilla väestö on tiheimmin asuttua tai joilla kyseisten palveluiden tarve on suurempaa.

Palvelujen tulee olla joustavia ja mukautua asiakkaiden tarpeisiin. Esimerkiksi etäpalvelut ja digitaaliset palvelut voivat tarjota joustavia vaihtoehtoja niille, jotka eivät pysty fyysisesti saapumaan palvelupisteeseen.

5.3 Saavutettavuuteen ja saatavuuteen liittyvät määrittäysperusteet

Saatavuus ja saavutettavuus ovat sosiaali- ja terveydenhuollon keskeisiä tavoitteita. Hyvinvointialueella palveluita tulee tarjota yhdenvertaisesti kaikille alueen asukkaille. Palveluiden on oltava kaikkien saatavilla ja saavutettavissa riippumatta henkilön taustasta tai tilanteesta. Palvelut tulisi saada mahdollisimman sujuvasti yhdestä paikasta ja mahdollisimman vähillä eri käynneillä tai muilla kontakteilla. Palveluita tulisi saada mahdollisimman aika- ja paikkariippumattomasti. Tiedon tulee olla helposti saatavilla ja ymmärrettävää. Tämä edistää yksilöiden kykyä tehdä tietoisia päätöksiä ja ottaa vastuuta omasta terveydestään.

Fyysisesti laaja ja hajanainen palveluverkko ei takaa palveluiden saavutettavuutta ja saatavuutta. Pienet toimipisteet ovat usein haavoittuvampia henkilöstön saatavuuden suhteen ja niiden palveluvalikko on suppeampi kuin isompien yksiköiden, mikä voi johtaa asiakkaan tarvitsemien käyntimäärien lisääntymiseen.

5.4 Toimitiloihin liittyvät määrittäysperusteet

Toimitilaperiaatteet tässä yhteydessä liittyvät siihen, miten palvelutilat ja -rakenteet suunnitellaan ja sijoitetaan tukemaan palveluverkkoa tulevaisuudessa. Palveluverkkosuunnittelussa pyrkimyksenä on toiminnan tehokkuuden parantaminen resurssien käyttöä optimoimalla. Tämä voi tarkoittaa tilojen määrän vähentämistä tilatehokkuutta lisäämällä tai keskittämällä palvelutuotantoa tietyille alueille. Suunnittelussa on tärkeää arvioida huolellisesti, mitkä palvelut voidaan yhdistää tai keskittää tietyille alueille tehokkuuden ja vaikuttavuuden parantamiseksi.



Toimitilojen suunnittelussa on huomioitava tehokas tilankäyttö. Tämä voi sisältää monikäyttöisten tilojen suunnittelua, jolloin samaa tilaa voidaan käyttää useisiin tarkoituksiin. Teknologian avulla voidaan mahdollistaa etäpalvelut ja virtuaaliset konsultaatiot, mikä voi auttaa vähentämään fyysisten toimitilojen määrää ja silti tarjota tarvittavat palvelut. Myös kotiin vietävien, siirtyvien palveluiden ja liikkuvien palveluiden rooli korostuu jatkossa, millä on vaikutusta fyysisten palvelupisteiden tilantarpeeseen.

Toimitilojen suunnittelussa on otettava huomioon mahdolliset kumppanuudet ja yhteistyörakenteet. Tulevia palvelumuotoja ja niiden tilatarpeita suunniteltaessa tehdään tiivistä yhteistyötä eri sidosryhmien, kuten kuntien ja yksityisten toimijoiden kanssa.

Hyvinvointialueen on huomioitava myös työ- ja toimipisteiden fyysinen sijainti hyvien kulkuyhteyksien varrella, jotta voidaan varmistaa henkilöstön saatavuus.

5.5 Henkilöstöön liittyvät määrityspäruusteet

Palveluverkon suunnittelun näkökulmasta henkilöstön saatavuus on iso haaste tulevina vuosina. Henkilöstöön liittyvät päriaatteet liittyvät siihen, miten hyvinvointialue suunnittelee, hallinnoi ja kehittää työvoimaansa ja toimipisteiden sijaintia vastaamaan kasvavaa ja muuttuvaa palvelutarvetta.

Riittävän henkilöstön varmistaminen sekä optimaalinen henkilöstön käyttö ja sijoittuminen eri toimintojen välillä ovat keskeisiä tekijöitä palveluiden laadun, saatavuuden ja potilasturvallisuuden kannalta.

5.6 Toiminnan kustannuksiin liittyvät määrityspäriaatteet

Tavoitteena on tarjota korkealaatuisia palveluita mahdollisimman kustannusvaikuttavasti. Tämä edellyttää jatkuvaa arviointia siitä, miten varat käytetään ja miten palvelujen tehokkuutta voidaan parantaa.

Hyvinvointialueella on aikaisempaa kuntapohjaista järjestelmää paremmat mahdollisuudet integroida sosiaali- ja terveydenhuollon palveluja asiakkaiden tarpeita paremmin vastaaviksi kokonaisuuksiksi. Integroinnin tarkoituksena on parantaa palvelujen tehokkuutta ja vähentää päällekkäisyyksiä sekä poistaa arvoa tuottamatonta hukkaa.

Digitalisaation lisääminen ja teknologian hyödyntäminen on edellytys kasvavan palvelutarpeen ja vähenevän henkilöstön aiheuttaman haasteen ratkaisemiseksi. Tämän lisäksi digitalisaatio voi vähentää kustannuksia monin tavoin. Se mahdollistaa tehokkaamman tiedonkäsittelyn, parantaa viestintää ammattilaisten ja asiakkaiden välillä, helpottaa päätöksentekoa ja tarjoaa uusia tapoja tarjota palveluita.

Etäpalvelut ja kotiin vietävät palvelut mahdollistavat asiakkaille palveluiden paremman saatavuuden sekä organisaatiolle tilatehokkuuden lisäämisen.

5.7 Laadulliset ja vaikuttavuusperusteiset määrittäisperiaatteet

Palveluverkon suunnittelussa on otettava huomioon asiakkaiden tarpeet, toiveet ja kokemukset. Palvelurakenteen tulee olla sellainen, jonka avulla saadaan aikaiseksi paras mahdollinen vaikuttavuus. Kustannusvaikuttavuuden arvioiminen palveluverkon suunnitteluvaiheessa on tärkeää, koska se auttaa optimoimaan resurssien käyttöä ja varmistamaan, että saatavilla olevat varat suunnataan parhaiten niitä tarvitseville.

Palvelut, jotka kannustavat potilaita osallistumaan aktiivisesti omaan terveydenhoitoonsa ja tarjoavat heille välineitä ja resursseja itsensä hoitamiseen, ovat erityisen kustannusvaikuttavia.

Perusterveydenhuollon avopalveluiden näkökulmasta tärkeä laadullinen näkökulma palvelujen järjestämiseen on hoidon jatkuvuuden turvaaminen.

6. Palveluverkon määrittäisperusteet toimialoittain

Tässä kappaleessa on kuvattu Kanta-Hämeen hyvinvointialueen palveluiden verkoston suunnittelua ohjaavia periaatteita toimialoittain tarkasteltuna.

6.1 Yleiset periaatteet

Hyvinvointialueen palvelut rakentuvat palvelukeskusten ja palvelupisteiden verkostosta.

- Palvelukeskuksessa on laajasti palveluita usealta toimialalta.
- Palvelupisteessä tarjotaan jotakin/joitakin sosiaali- ja terveydenhuollon tai pelastustoimen palveluita: kiinteänä, liikkuvana siirrettävänä tai etäpalveluna. Palvelupisteet voivat erota palveluvalikoimaltaan toisistaan huomioiden väestön palvelutarpeet.

Toimitilat

- Hyvinvointialue käyttää ensisijaisesti omia toimitiloja, korkealla käyttöasteella ja vuokratiloja tarpeen mukaan.
- Toimitilojen monialainen käyttö (sote-pela), tilojen muunneltavuus.
- Yhdenmukaiset vuokranmäärityisperiaatteet.
- Toimipisteiden tilasuunnittelun lähtökohtana on yhteiskäyttöisyys.
- Toimitilojen soveltuvuus palvelutoimintaan (kunto, kustannusrakenne, toiminta).

Henkilöstö

- Henkilöstön saatavuus ja pitovoima varmistettava toiminnan suunnittelussa.
- Omien yksiköiden toiminta perustuu pääosin omaan henkilöstöön.
- Toimipisteiden sijainti hyvien liikenneyhteyksien äärellä.
- Etä- ja hybridityön edellytyksiä vahvistetaan.

6.2 Konserni ja tukipalvelut + Strategia ja integraatio

- Hallinnon ja tukipalveluiden palveluverkko perustuu asiakaspalveluita tuottavien toimialojen rakenteeseen.
- Hallinnon ja tukipalveluiden tuotanto perustuu tuotantopa-analyysiin (oma / osto).

6.3 Ikäihmiset

Ympäri vuorokautinen palveluasuminen

- Peittävyystavoitteet:
 - 6 prosenttia 2025 loppuun mennessä
 - Arvioidaan saadut kokemukset ympärivuorokautisen palveluasumisen peittävyysalennamisesta 6 prosenttiin, onko alentaminen edennyt suunnitellusti ja kompensoivia palveluja kyetty tarjoamaan riittävästi. Arvion perusteella tehdään päätökset peittävyysalennamisesta.
- Yhteisöllinen asumisen käyttöönotto (erilaiset asumisen vaihtoehdot)
- Oman toiminnan ja ostopalveluiden tasapaino, järjestämistapojen vertailu.
- Lyhytaikaisen asumisen kokoaminen määritettyihin yksiköihin.



Kotihoito

- Kotihoidon toimi- ja tukipisteet optimoidaan asiakaskunnan sijainnin näkökulmasta.
- Hyvinvointiteknologia toimii osana kotihoidon palvelukokonaisuutta.

6.4 Perhe-, sosiaali- ja vammaispalvelut

- Lapsiperheiden palvelut järjestetään perhekeskustoimintamallin mukaisesti.
- Neuvolapalvelut tuotetaan pääsääntöisesti integroidusti muiden palvelukokonaisuuksien yhteydessä.
- Opiskeluhuollon palvelut tuotetaan pääsääntöisesti oppilaitosten yhteydessä.
- Hyvinvointialueen työllistämispalvelut tuotetaan asiakkaiden tarpeiden mukaisesti yhteistyössä kuntien työllisyyspalveluiden kanssa.
- Vammaispalvelujen asumispalveluiden ja lastensuojelun sijaishuollon palvelutarjonta perustuu asiakassegmentaatioon ja toimintakyvyn ylläpitämiseen (kevyt – raskas palvelu).
 - Palveluiden toteutus tuotantotapavertailun perusteella (oma/osto)

6.5 Terveyspalvelut

- Alueellinen digiklinikka, jossa asiakkaan asia arvioidaan ammattitaidolla moniammatillisesti, yhden yhteydenoton periaatteella, oikeaan palveluun ohjaten.
- Monialainen tiimi tukee erityisesti monisairaita ja paljon palveluita käyttäviä asiakkaita palvelupisteessä tai palvelukeskuksessa, joissa hoidon jatkuvuus turvataan siitä hyötyville asiakkaille.
- Erityistason palvelut tuotetaan integroidusti osaamiskeskuksissa (palvelukeskus).
- Hyvinvointialueella on yksi erikoissairaanhoidon 24/7 palvelukeskus.
- Kalliita laiteinvestointeja ja tukipalveluita vaativat toiminnot kootaan palvelukeskuksiin.
- Osastotoimintojen sijoittuminen perustuu yksiköihin, joissa on laajat diagnostiset palvelut.
- Toimintakyvyn ylläpitoa edistetään ennakoidusti hyödyntäen keskitettyjä hyvinvointialueen toimitiloja sekä kuntien ja kolmannen sektorin toimitiloja.

6.6 Pelastustoimi

- Toimipisteiden sijainti perustuu toimintavalmiusajan vaatimuksiin riskialueittain (riskiruudukko)
- Hajautettu palveluverkosto osana häiriötilanteiden hallintaa
- Hyvinvointialuetasoinen varautuminen
- Ennakointi toimintaympäristön muutoksissa, toimipisteiden sijainti



7. Palveluverkkosuunnitelmassa huomioitavat lähtökohdat Kanta-Hämeen alueella

Kanta-Hämeen hyvinvointialueen aluevaltuusto hyväksyi palveluverkkosuunnitelman määrittämisperiaatteet 19.12.2023 §110. Määrittämisperiaatteet ohjaavat palveluverkkoon tehtäviä muutoksia. Määrittämisperiaatteiden lisäksi huomioidaan myös annetut lausunnot ja väestökyselyn tulokset.

Palveluverkkosuunnitelmaan liittyvien muutosten on vastattava kolmeen näkökulmaan: väestön palvelutarpeen muutokseen, henkilökunnan saatavuuteen ja palvelurakenteen kustannustehokkuuteen.

Hyvinvointialueen rahoitusjärjestelmä ei huomioi palveluverkon rakennetta, vaan rahoitus perustuu pääosin väestörakenteeseen sekä terveydenhuollon, ikäihmisten ja sosiaalihuollon rahoituslain määritystekijöihin.

Perustuslailliset oikeudet sosiaali- ja terveydenhuollon sekä pelastustoimen palveluiden on otettava huomioon palveluverkkosuunnitelmassa. Hyvinvointialuerakenne mahdollistaa kuitenkin kuntapohjaista järjestelmää laajemmat ratkaisut, kun tarkastelun lähtökohtana on koko alue.

Lokakuussa 2023 valmistuneessa palveluverkkoselvityksessä näkyi vahvasti kuntapohjaisen rakenteen vaikutukset nykytilanteeseen. Kuntapohjainen rakenne on muodostanut hyvin heterogeenisen pohjan palvelurakenteelle, mikä osaltaan vaikeuttaa palveluverkon uudistamista. Taustatekijöiden vuoksi muutokset kohdistuvat seudullisesti eri tavoin ja eri tekijöihin.

Palveluverkon muutoksissa on pyrittävä ennakoimaan tulevia ongelmia niin, että niihin voidaan vastata suunnitelmallisesti ja välttää nopeilta muutoksilta. Muutoksissa on erityisesti ennakoitava henkilöstön riittävyys, jotta rakenne säilyy terveenä ja palvelut voidaan tuottaa omalla henkilöstöllä omissa toimipisteissä. Tehtävien muutoksissa on huomioitava myös potilaiden, asiakkaiden ja ammattilaisten turvallisuus. Turvallisuusnäkökulmat korostuvat erityisesti pienissä yksiköissä.

Henkilökunnan näkökulmasta palvelurakennemuutoksilla on vaikutusta siihen, miten työtä tulevaisuudessa tehdään. Tavoitteena on kohdentaa hoitotyötä ja palveluja kriittisimpiin osakokonaisuuksiin (esimerkiksi asiakastyöajan lisääminen). Muutokset vaikuttavat henkilökunnan työskentelypisteisiin. On huomioitava, että muutokset voidaan jaksottaa usealle vuodelle ja ne pystytään valmistelemaan yhteistyössä henkilöstön kanssa.

Palvelujen tuottamistapoja on useita, ja niiden kautta voidaan myös ohjata palveluiden käyttöä. Palveluiden tuottamistapoja ovat:

- Kiinteä
- Liikkuva / kotiin vietävät palvelut
- Siirrettävä
- Etäpalvelut: Sähköinen / digitaalinen

Tässä jaottelussa ei oteta kantaa siihen, kuka on palvelun tuottaja. Hyvinvointialueen strategisena tavoitteena on muuttaa palveluiden tuottamistapoja niin, että palveluiden saavutettavuus parantuu nykyisestä tasosta. Erityisesti panostetaan kotiin vietäviin ja etäpalveluihin, joista esimerkkeinä toimivat vuonna 2023 käyttöön otettu digiklinikka, Oma Häme -sovellus, kotisairaala, gerbiili toimintamalli (geriatriinen liikkuva yksikkö) ja kotihoidon lääketieteellinen tuki. Palveluiden muutokset tapahtuvat vaiheittain, ja ne otetaan huomioon tarkasteltaessa palveluverkon muutoksia vuosina 2026–2030. Tässä vaiheessa kaikkia muutoksia ei pystytä yksityiskohtaisesti kuvaamaan, vaan palveluverkkosuunnitelmalla pyritään kuvaamaan muutoksen suunta.

Palveluiden kustannustehokkuus on varmistettava tuotantotapa-analyysien avulla. Analyysi tehdään, kun palveluihin suunnitellaan muutoksia tai on tunnistettu toiminnan kustannustehokkuuden poikkeavan yleisestä tasosta. On muistettava, että hyvinvointialue vastaa riippumattomasti palveluiden järjestämisestä ja tuottaa itse vain ne palvelut, joissa voidaan todentaa ratkaisun olevan kokonaistaloudellisesti ja palveluiden järjestämisen kannalta perusteltua.

Palvelujen tuottamispisteitä ovat palveluverkkosuunnitelman määrittämisperiaatteiden mukaisesti pääsääntöisesti hyvinvointialueen omat toimipisteet, vuokratiloja hyödynnetään tarvittaessa. Asumispalveluita tuotetaan tällä hetkellä pääsääntöisesti vuokratiloissa. Vuokratilojen vuokrakustannukset nousevat vuokra-asetuksen mukaisella määrityksellä nopeammin kuin hyvinvointialueen rahoituksen taso. Vuokrien korotustaso on pääsääntöisesti sidottu elinkustannusindeksiin. Elinkustannusindeksi nousee vuonna 2024 hyvinvointialueen vuokratasoa yli 6 prosenttia, kun hyvinvointialueen kokonaisrahoitus kasvaa vuonna 2024 noin 4 prosenttia. Toimitiloihin tehtävät investoinnit (omat/vuokrakohteet) vaikuttavat eri tavoin hyvinvointialueen tuloslaskelmaan. Vuokratilojen osalta investoinnit vaikuttavat pääomavuokran tasoon, ja sille asetetaan vuokra-asetuksen mukainen 6 prosentin tuottovaatimus. Yksityisiltä vuokratuista tiloista syntyy yleensä erillinen investointivuokraosuus. Omiin tiloihin tehtävät investoinnit näkyvät hyvinvointialueen tuloslaskelmassa poistoina ja korkokuluina sekä rahoituslaskelmassa lainan lyhennyserinä.

Toimitiloihin tehtävillä muutosesityksillä pyritään siirtämään toimintoja kustannustehokkaampiin ja parempikuntoisiin toimitiloihin. Muutoksia tehdään yli toimialarajojen, joten muutoksissa on huomioitava kokonaisvaikutus, ei yksittäisen palvelun siirtoa. Toimintoja voi siirtyä myös uusista tiloista kokonaistaloudellisesti järkevimpiin tiloihin. Lisäksi vuokratiloissa olevaa toimintaa voidaan keskittää samoihin yksiköihin. Merkittävin toimitiloihin liittyvä muutos on Ahvenistonmäen toimitilojen käyttöä jatkaminen noin 15 vuodella.

Palveluverkkosuunnitelmassa on tunnistettava ne asiakasryhmät, joille palveluverkon muutoksilla on suurin vaikutus. Hyvinvointialueen strategian lähtökohtana on asiakassegmentaatio, jolla pyritään kuvaamaan pääasiakassegmenttejä. Asiakassegmentaatiossa on huomioitava asiakasryhmä ja palvelun tarve, joten segmentaatiota on tarkasteltava palvelukokonaisuuksittain. Palveluverkkomuutoksilla on arvioitu olevan erityistä vaikutusta 10–20 prosentille Kanta-Hämeen väestöstä. Tähän väestöryhmään kuuluu muun muassa monisairaita, ikäihmisiä ja sosiaalihuollon asiakkaita. Heidän kannaltaan on tärkeää turvata hoidon ja palvelun jatkuvuus.

Palveluiden saatavuuden ja saavutettavuuden lähtökohtana on yhden käynnin periaate, joka kirjattu myös hyvinvointialueen strategiaan. Saavutettavuudessa on huomioitava palvelukeskusten ja palvelupisteiden maantieteellinen etäisyys sekä ajallinen ulottuvuus. Eli kuinka usein



palvelua on saatavilla ja missä laajuudessa. Innolinkin tekemän tutkimuksen mukaan 73 prosenttia alueen väestöstä liikkuu omalla autolla palveluiden piiriin ja noin 12 prosenttia kävelen. Tutkimuksen mukaan itsenäinen liikkuminen vähenee merkittävästi yli 80-vuotiailla. Saavutettavuuden näkökulmasta Kanta-Häme on maantieteellisesti suhteellisen tiivis alue, ja etäisyydet alueen sisällä ovat maltillisia.

Forssan seudun terveysasemat	Käyntiosoite	Etäisyys	Ajoaika autolla	Lähtöosoite
Forssan pääterveysasema	Urheilukentänkatu 2, Forssa	400 m	3 min	Forssan sairaala
Tammelan terveysasema	Einarintie 1, Tammela	8,5 km	11 min	Forssan sairaala
Humppilan terveysasema	Humppilantie 24, Humppila	21 km	20 min	Forssan sairaala
Jokioisten terveysasema	Keskuskatu 25, Jokioinen	10 km	12 min	Forssan sairaala
Ypäjän terveysasema	Perttulantie 18, Ypäjä	23 km	24 min	Forssan sairaala

Hämeenlinnan seudun terveysasemat	Käyntiosoite	Etäisyys	Ajoaika autolla	Lähtöosoite
Ojoisten terveysasema	Veteraanipolku 1, Hml	4,5 km	11 min	Kanta-Hämeen keskussairaala
Idänpään terveysasema	Anttilankatu 4, Hml	5,2 km	14 min	Kanta-Hämeen keskussairaala
Jukolan terveysasema	Eeronkuja 6, Hml	900 m	4 min	Kanta-Hämeen keskussairaala
Viipurintien terveysasema	Viipurintie 1 - 3, Hml	4 km	12 min	Kanta-Hämeen keskussairaala
Rengon terveysasema	Rengonraitti 28, Renko	14,5 km	18 min	Kanta-Hämeen keskussairaala
Parolan terveysasema	Parolantie 42, Hattula	21 km	23 min	Kanta-Hämeen keskussairaala
Kalvolan terveysasema	Sauvalanaukio 4, Iittala	39 km	43 min	Kanta-Hämeen keskussairaala
Lammin terveyskeskus	Evontie 33, Lammi	34 km	36 min	Kanta-Hämeen keskussairaala
Hauhon terveysasema	Vihniöntie 5, Hauho	15 km	16 min	Kanta-Hämeen keskussairaala
Tervakosken terveysasema	Kivimiehentie 2, Tervakoski	18 km	23 min	Kanta-Hämeen keskussairaala
Turengin terveyskeskus	Tapailanpiha 13, Turenki	11 km	15 min	Kanta-Hämeen keskussairaala

Riihimäenseudun terveysasemat	Käyntiosoite	Etäisyys	Ajoaika autolla	Lähtöosoite
Riihimäen terveysasema	Kontiontie 77, Riihimäki	3 km	6 min	Riihimäen rautatieasema
Oitin terveysasema	Kuusitie 10-18, Oitti	18,4 km	19 min	Riihimäen rautatieasema
Lopen terveysasema	Pajatie 1, Loppi	20 km	21 min	Riihimäen rautatieasema

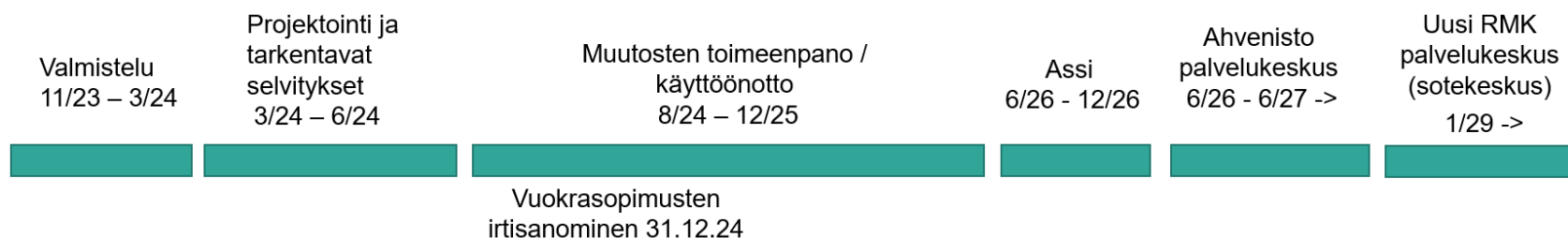
Taulukoissa esimerkkejä terveysasemien etäisyyksistä.



Väestörakenteen näkökulmasta Kanta-Hämeen alueella ikäihmisten osuus kasvaa voimakkaasti seuraavan vuosikymmenen aikana, minkä seurauksena työterveyshuollosta siirtyy asiakkaita merkittävästi julkisen terveydenhuollon piiriin. Muutos lisää palveluiden kysyntää, ja odotukset palveluiden tasoon sekä tuottamistapoihin heijastavat työterveyshuollon toimintamalleja ja prosesseja.

8. Kanta-Hämeen hyvinvointialueen tulevaisuuden palveluverkon rakenne

Palveluverkon tiivistämissuunnitelma noudattaa toistaiseksi voimassa olevien ja määräaikaisten vuokrasopimusten sopimusehtoja. Palveluverkkomuutokset tapahtuvat asteittain ja ovat osittain sidoksissa investointien aikatauluun. Palveluverkkosuunnitelman toimeenpano on alustavasti aikataulutettu seuraavasti:



Kuva 9. jatkovalmistelun aikataulu (alustava)

Aluevaltuusto päättää palveluverkkomuutoksista 26. maaliskuuta. Sen jälkeen muutokset projektoidaan ja yksittäiset muutokset aikataulutetaan yllä olevan aikataulun mukaisesti. Muutoksista raportoidaan toimeenpanovaiheessa säännöllisesti hyvinvointialueen toimielimille. Yksittäiset irtisanottavat vuokrasopimukset täsmentyvät projektointivaiheessa, koska sopimusten uudelleen neuvottelu voi vaikuttaa vuokratasoon ja palvelupisteiden sijaintiin määritetyllä alueella.

Palvelut kootaan hyvinvointialueen alueella suurempiin kokonaisuuksiin silloin, kun palvelujen saatavuus ja laadun turvaaminen edellyttävät erityisosaamista tai kalliita investointeja. Näin tehdään myös, kun palvelujen tarkoituksenmukainen, kustannusvaikuttava ja tehokas toteuttaminen sitä edellyttää.

Kanta-Hämeen hyvinvointialueen tuleva palvelurakenne perustuu palvelukeskusten ja palvelupisteiden muodostamaan palveluiden verkostoon. Palveluiden integraatiota ja toimijoiden välistä yhteistyötä lisätään kokoamalla sosiaali-, terveys ja pelastustoimen palveluita yhteisiin

toimipisteisiin. Tämä voi tarkoittaa palveluiden kokoamista palvelupisteisiin, mutta myös esimerkiksi terveyspalveluiden tarjoamista ikäihmisten asumispalveluyksiköiden yhteydessä tai sosiaalihuollon palvelupistettä pelastustoimen tilojen yhteydessä.

8.1 Palvelukeskukset

Palvelukeskuksessa on laajasti palveluita usealta toimialalta. Lähtökohtaisesti Kanta-Hämeen alueella on kolme kiinteää palvelukeskusta ja neljäs virtuaalinen palvelukeskus, jonka tehtävänä on ohjata ja koordinoida toimialojen ylittäviä palvelukokonaisuuksia.

Palvelukeskukset

Asukasmäärä eri etäisyysvyöhykkeillä

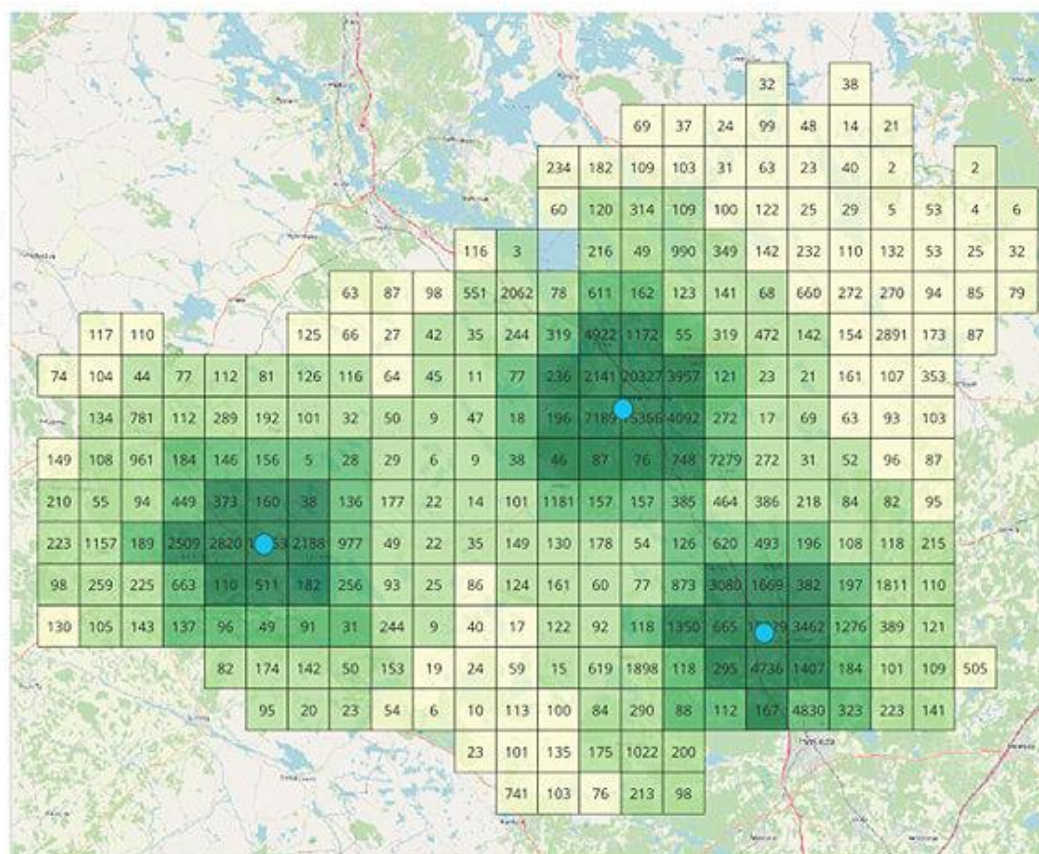
Alle 10 km säteellä: 117 531 (66 %)

Alle 15 km säteellä: 141 510 (79 %)

15 – 25 km säteellä: 24 924 (14 %)

25 – 40 km säteellä: 11 766 (7 %)

Yhteensä: 178 200*



Kuva 10. Kanta-Hämeen hyvinvointialueen kiinteiden palvelukeskusten sijainti.



Kiinteät palvelukeskukset voivat muodostua useista eri kiinteistöistä ja ne sijaitsevat Hämeenlinnassa, Riihimäellä ja Forssassa. Kanta-Hämeen alueen asukkaista 93 prosenttia asuu alle 40 kilometrin säteellä palvelukeskuksesta.

Virtuaalinen palvelukeskus koordinoi ja ohjaa hyvinvointialueitasoisesti palvelupisteiden palveluvalikoimaa yhteistyössä toimialojen kanssa. Palvelupisteiden resurssit ovat pääosin toimialoilla. Virtuaalisen palvelukeskuksen toimintamallia valmistellaan vuoden 2024 aikana, jotta voidaan varmistaa kokonaistaloudellisesti ja hoidon jatkuvuuden näkökulmasta perusteltu ratkaisu. Lisäksi on huomioitava valmistelussa oleva PATE-ratkaisu (Palveluneuvonta, ensikontakti, hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen sekä monialaisten asiakkaiden asiakkuudenhallinta).

Palveluiden järjestämisessä kiinnitetään huomiota palveluiden ja hoidon jatkuvuuteen. Palveluiden jatkuvuudella tarkoitetaan sitä, että asiakkaan palvelu sujuu suunnitellusti ja keskeytyksettä, olipa kyseessä sitten lyhyt tai pitkäaikainen palvelun tarve. Palveluiden ja hoidon jatkuvuus turvataan palvelukeskuksissa samalla tavalla kuin palvelupisteissä niille, jotka siitä hyötyvät. Tämä toteutetaan esimerkiksi nimeämällä asiakkaalle tarvittaessa tietty ammattilainen, joka vastaa hänen palvelukokonaisuudestaan.

Johtamisella varmistetaan se, että tiettyä asiakasryhmää hoitavilla, moniammatillisilla tiimeillä on riittävästi lääkäri-hoitaja -työparimallin edellyttämiä työntekijöitä sekä lisäksi riittävä määrä erityistyöntekijöitä, kuten sosiaalityöntekijöitä, psykiatrisia sairaanhoitajia, psykologeja ja fysioterapeutteja. Tiimitasolla asiakkaan ja ammattilaisen välisen asiakkuussuhteen jatkuvuus turvataan ohjaamalla asiakas aina samalle ammattilaiselle, kun se on mahdollista ja kun tapaaminen on aiheellista järjestää. Etävastaanotto sopii hoitoon hyvin silloin, kun potilas on tuttu, eikä hänen asiansa vaadi fyysistä vastaanottoa.

Johtaminen, henkilöstön rekrytointi ja töiden organisointi, esimerkiksi henkilöstön poissaolotilanteissa on helpompaa, kun yksikön koko on riittävän iso.

8.2 Palvelupisteet

Palvelupisteissä palveluita voidaan tuottaa kiinteänä, liikkuvana, siirrettävänä tai etäpalveluna. Kiinteät palvelupisteet rakentuvat toimialueiden yhteisistä yhdistelmäpisteistä. Pääsääntöisesti kaikista nykyisistä pienistä terveysasemista ja yksittäisistä osavuokratiloista luovutaan. Palvelupisteiden toimintaa kootaan yhteisiin toimitiloihin.

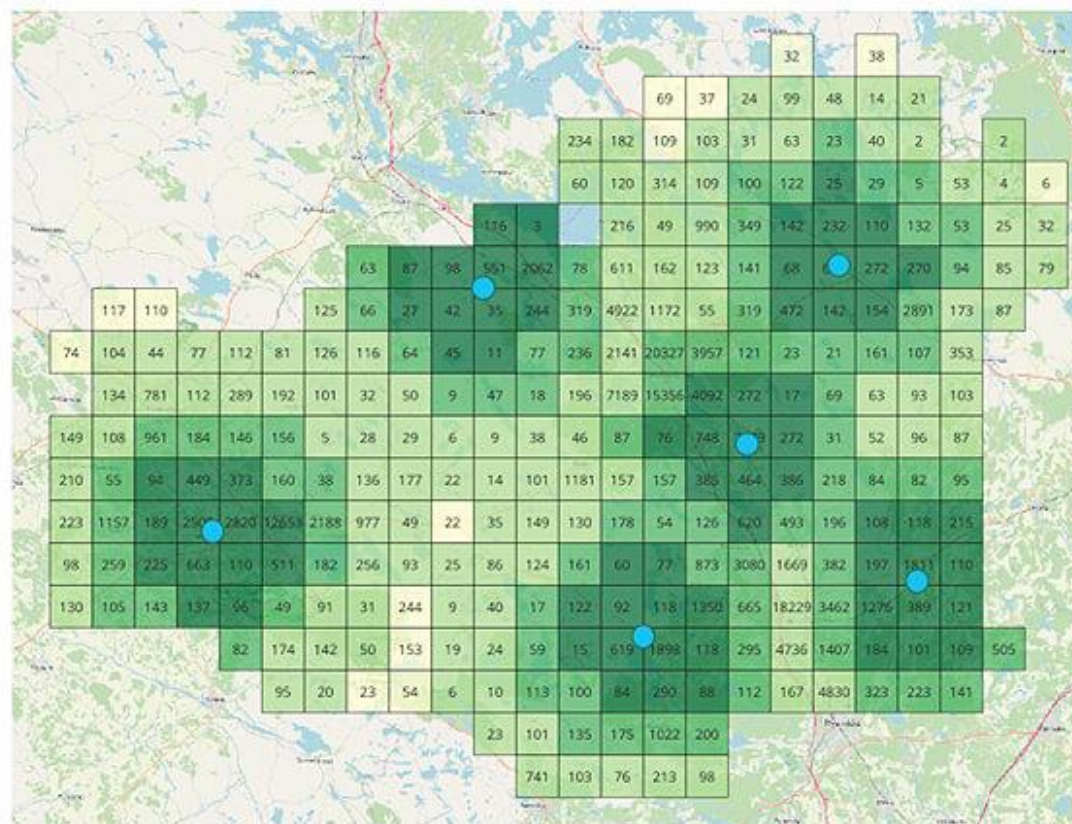
Palvelupisteet

Asukasmäärä eri etäisyysvyöhykkeillä

- Alle 10 km säteellä: 50 978 (29 %)
- Alle 15 km säteellä: 117 471 (66 %)
- 15 – 25 km säteellä: 59 641 (33 %)
- 25 – 40 km säteellä: 1 088 (1 %)

Yhteensä: 178 200*

Karttakuvaajassa olevien palvelupisteiden lisäksi voi olla myös tarpeen mukaan erillisiä tapaamispisteitä



Kuva

11. Palvelupisteet sijaitsevat asiakastarpeen mukaisesti ja niitä tukee liikkuvien, siirtyvien ja etäpalveluiden verkosto. Parolan palvelupistettä ei ole kuvattu karttaan.

Palvelupisteiden tärkein tehtävä on turvata palveluiden saatavuus ja jatkuvuus niille asiakasryhmille, jotka erityisesti hyötyvät hoidon jatkuvuudesta. Palvelupisteitä voidaan sijoittaa myös sellaisiin toimitiloihin, jossa kyseiset asiakasryhmät muutenkin asioivat, kuten esimerkiksi kauppakeskukset tai muut julkiset tilat. Palvelupiste voi olla myös esimerkiksi liikkuva tai siirrettävä yksikkö, jolloin palvelu viedään suoraan asiakkaan kotiin tai asiakasryhmän lähelle, esimerkiksi koululle.

Palvelupisteiden on tarkoitus olla suhteellisen joustavasti muunneltavissa. Tällöin pisteitä pystyy ilman suuria kustannuksia lisäämään tai poistamaan palvelutarpeen muuttuessa tai teknologian kehittyessä. Palvelupisteitä pyritään mahdollisuuksien mukaan kokoamaan hyvinvointialueella käyttöön jääviin tiloihin, esimerkiksi terveydenhuollon palveluita ikäihmisten asumisyksiköiden yhteyteen.

Kiinteitä palvelupisteitä esitetään olevan seuraavissa sijainneissa vuonna 2027:

- Iittala
- Tuulos (Lammi - Hauho)
- Turenki, toimii palvelukeskuksena alkuvaiheessa
- Hausjärvi, Oitti
- Loppi
- Parola
- Jokioinen

Osa palveluista voidaan toteuttaa myös etäpalveluina, liikkuvina tai siirrettävinä palveluina.

Palvelukeskukset toimivat seuraavissa sijainneissa vuonna 2027:

- Hämeenlinna (Ahveniston sairaala (Assi) ja Ahvenistonmäki)
- Forssa
- Riihimäki



Palvelukeskukset ja palvelupisteet

Asukasmäärä eri etäisyysvyöhykkeillä

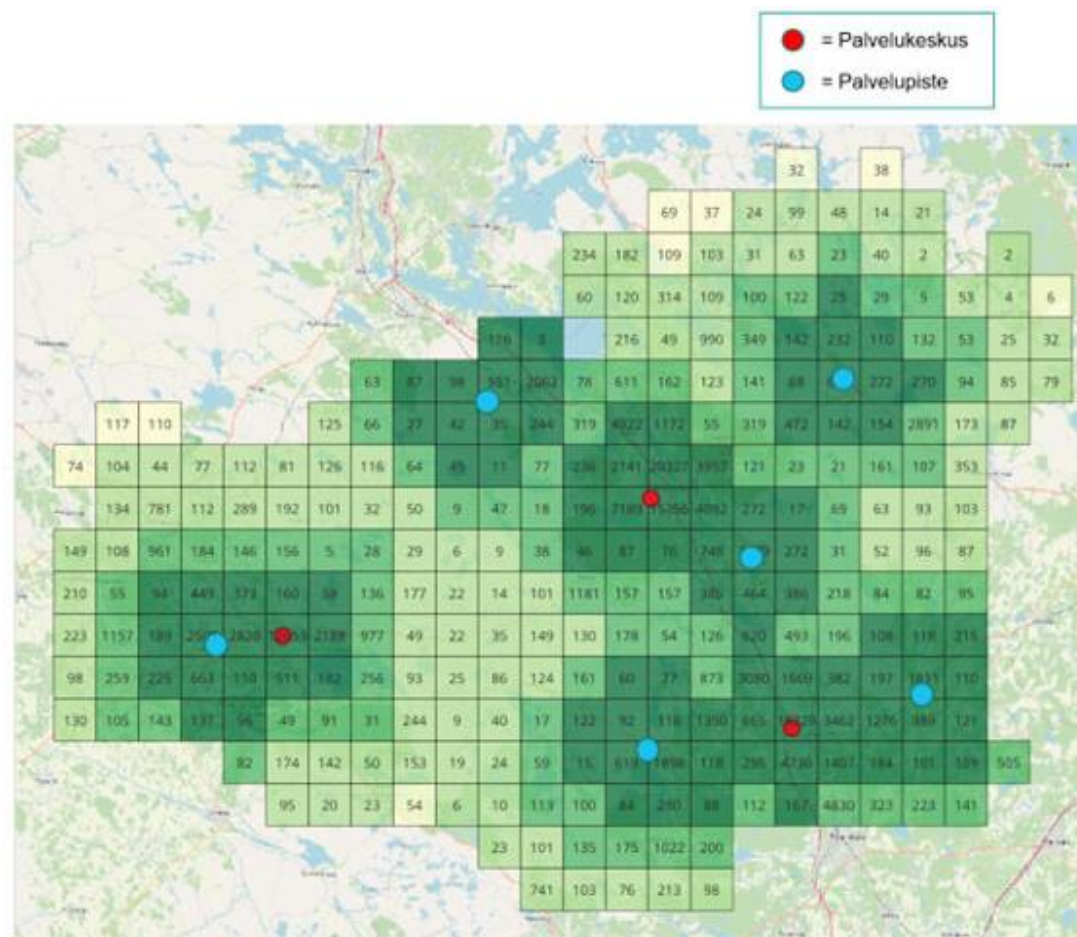
■ Alle 10 km säteellä: 143 267 (80 %)

■ Alle 15 km säteellä: 166 496 (93 %)

■ 15 – 25 km säteellä: 11 058 (6 %)

■ 25 – 40 km säteellä: 646 (<1 %)

Yhteensä: 178 200*

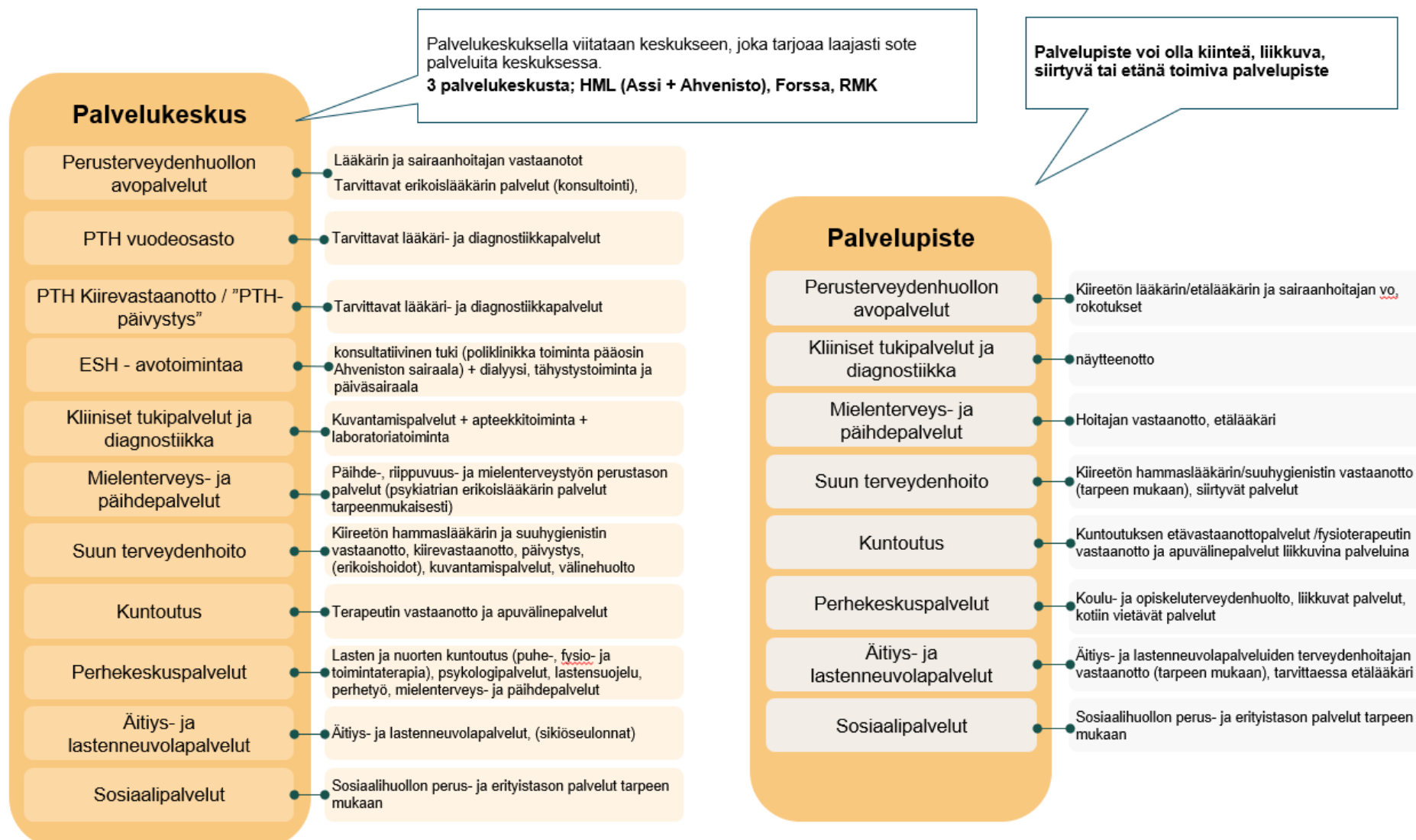


Kuva

12. Palvelukeskukset ja palvelupisteet (Parolan palvelupistettä ei ole kuvattu karttaan)

Palvelukeskusten ja palvelupisteiden sisällöllisiä eroja on havainnollistettu kuvassa 14.

Palvelukeskuksissa on tarjolla laajasti erilaisia sosiaali- ja terveydenhuollon palveluita sekä klinisiä tukipalveluita, kuten laboratorio- ja kuvantamispalveluita. Palvelupisteiden palvelutarjonta on suppeampaa ja kohdistuu erityisesti ennalta suunniteltuihin palveluihin.



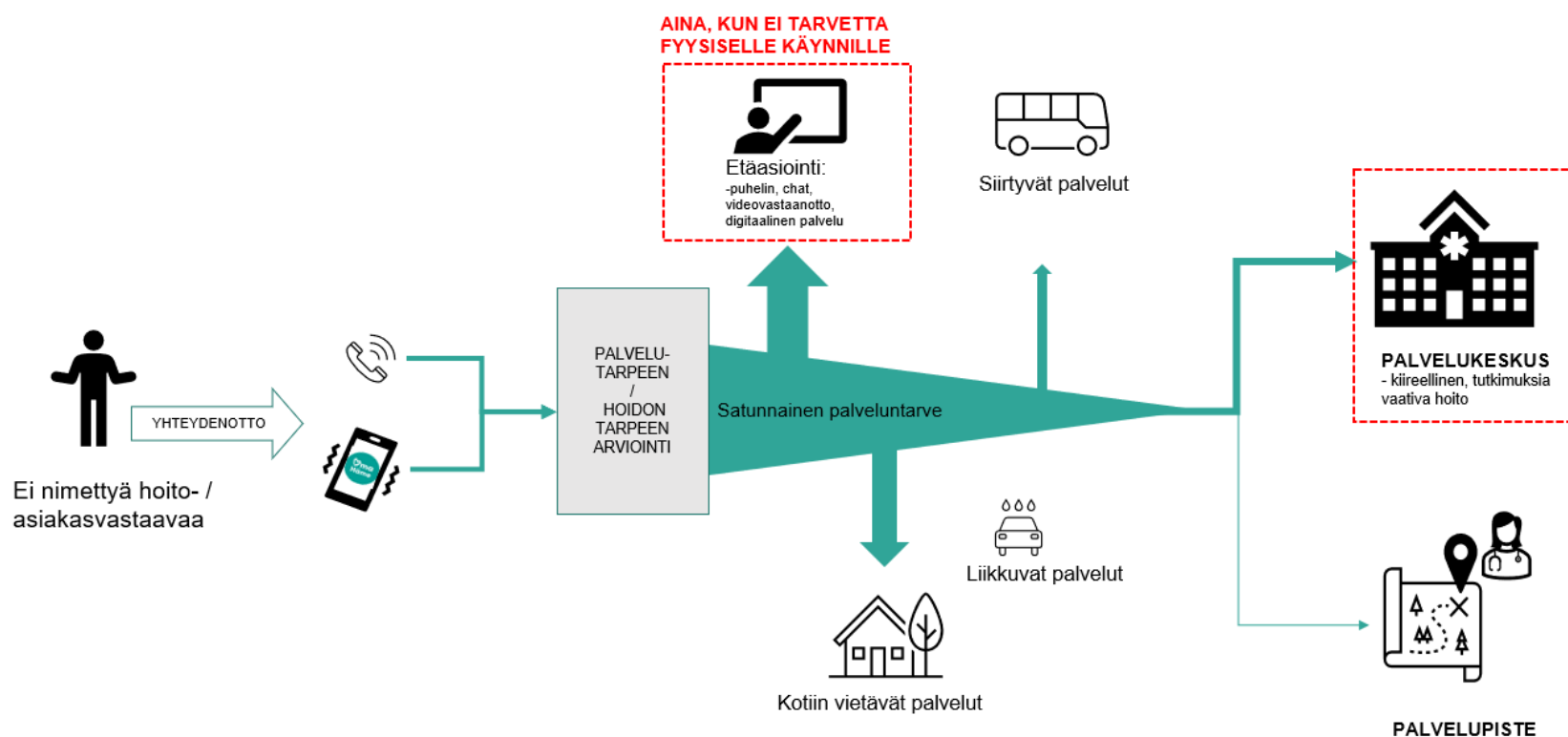
Kuva 13. Esimerkinomaisesti palvelukeskusten ja palvelupisteiden sisältämiä palveluja.

Asiakkaan ohjautuminen palvelukeskukseen tai palvelupisteeseen perustuu asiakkaan palvelutarpeeseen ja vastaavasti yksikön palvelutarjontaan. Ohjautumiseen vaikuttaa asiakkaan tarvitseman hoidon tai palvelun kiireellisyys ja hänen tarvitsemansa palvelun sisältö.

Tavoitteena on lisätä merkittävästi digitaalisesti ja etänä tapahtuvan asiointin määrää. Etäasiointin tulee olla ensisijainen palvelumuoto aina, kun se sopii asiakkaalle, eikä hänellä ole välttämätöntä tarvetta fyysiselle käynnille.

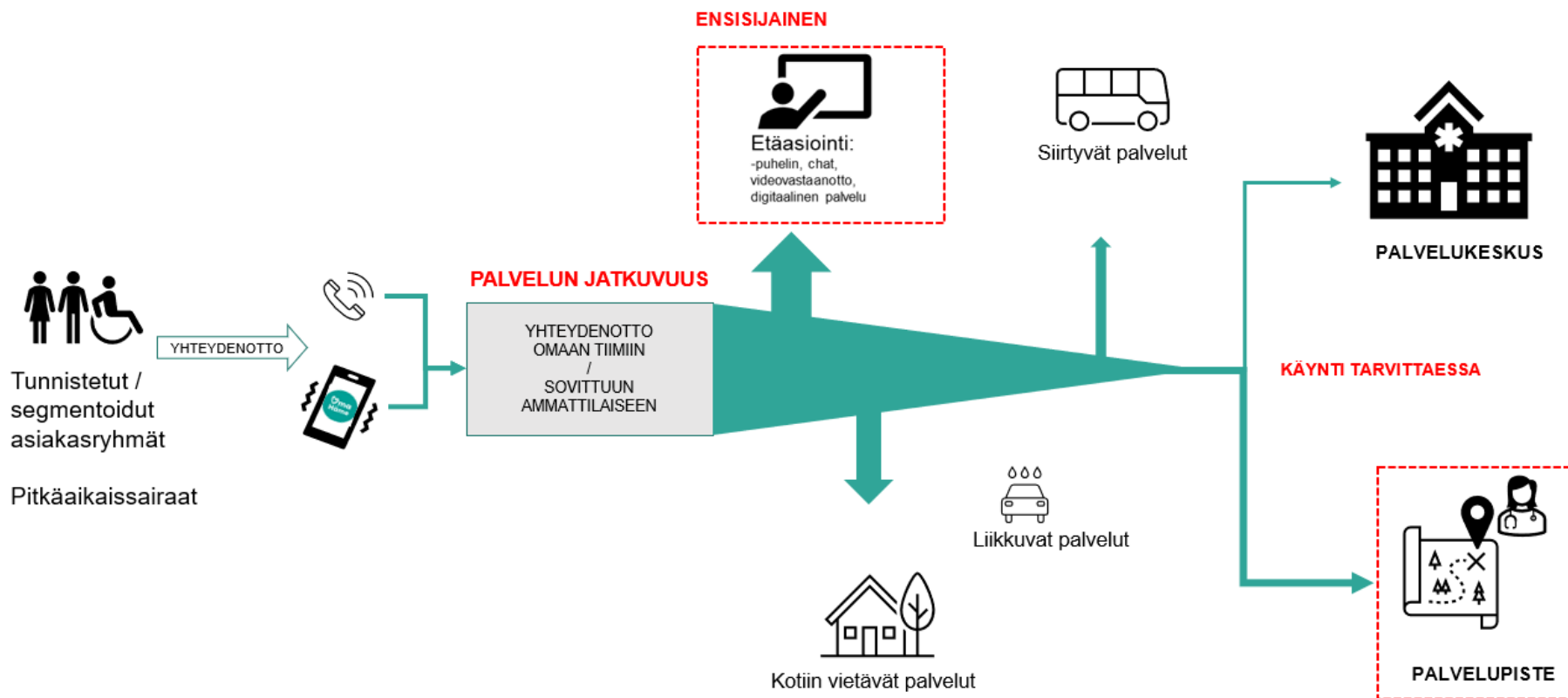
Kun todetaan tarve fyysiselle käynnille, asiakas ohjataan joko palvelukeskukseen tai palvelupisteeseen. Palvelukeskuksissa on tarjolla laajempi palveluvalikko sisältäen esimerkiksi laboratorio- ja kuvantamistutkimuksiin tarvittavan välineistön (kuva 14). Apuvälinepalvelun osalta huollot ja pesut laiteinvestointineen sekä varastot ovat tarkoituksenmukaista keskittää, kuitenkin niin että perusapuvälineitä voi sovittaa ja jaella palvelukeskuksissa.

Palvelukeskuksissa voidaan tarjota laajasti sekä kiireellistä että kiireetöntä hoitoa sekä palvella monialaisia palveluita tarvitsevia asiakkaita.



Kuva 14. Satunnaisesti palveluja tarvitsevan asiakkaan palvelut.

Palvelupisteiden palveluvalikko on suppeampi kuin palvelukeskusten. Palvelupisteissä tarjotaan lähipalveluita niille, joiden palveluntarve on tiheä ja joiden käynnit perustuvat ajanvaraukseen. Palvelupisteiden diagnostiset resurssit ovat suppeammat, joten ne eivät pääsääntöisesti sovellu kiireellisten, mahdollisesti erilaisia tutkimuksia vaativien potilaiden asiointiin. Palvelupisteissä hoidetaan ensisijaisesti tunnistettujen, hoidon jatkuvuudesta hyötyvien asiakasryhmien asioita (kuva 16). Sosiaalihoito palvelee lähipalvelupisteissä erityisesti sellaisia asiakasryhmiä, joiden on vaikea päästä palvelukeskuksiin.



Kuva 15. Tunnistettujen, palveluiden jatkuvuudesta hyötyvien asiakkaiden palvelut.

Ne tunnistetut asiakasryhmät, jotka erityisesti hyötyvät asiointista oman nimetyn ammattilaisen (esim. omalääkäri, sosiaalityöntekijä tms.) kanssa, voidaan ohjata ottamaan yhteyttä suoraan sovittuun ammattilaiseen. Muiden asiakkaiden hoidon tai palvelun tarve arvioidaan aina tapauskohtaisesti yhteydenoton aikana ja hänet ohjataan oikeaan palveluun.

8.3 Digipalveluiden kehittäminen

Kanta-Hämeen hyvinvointialueella on tarkoitus lisätä digitaalisten ja etäpalveluiden määrää tulevaisuudessa merkittävästi nykyisestä (kuva 17). Digitaalisilla palveluilla parannetaan palveluiden saatavuutta ja saavutettavuutta sekä vapautetaan ammattilaisten aikaa niille asiakkaille, jotka tarvitsevat fyysistä käyntiä.

Sähköisen asioinnin lisääminen on välttämätöntä myös henkilöstön riittävyyden vuoksi lähivuosina.

Vuoden 2024 aikana on tarkoituksen laajentaa digitaalista sosiaali- ja terveyskeskusta kuntoutus-, perhekeskus-, aikuissosiaalihuolto-, mielenterveys- ja päihdepalveluilla. Nykyisen sairaanhoitaja- ja lääkäri-chatin palveluaikojä laajennetaan iltaan ja lauantapäivään.

Etänä hoidettavia*	Edellyttää käyntiä
Flunssaoireet	Äkillinen, kova rintakipu
Silmätulehdus ja muut silmäoireet	Vaikea hengenahdistus
Iho-oireet	Neurologiset oireet (halvausoireet, puheen tuoton häiriöt, tajunnan häiriöt, huimaus)
Allergiaoireet sekä hyönteisten pistot	Murtumaepäilyt
Vatsaoireet	Myrkytykset
Naisen virtsatietulehdus	Itsetuhoisuus
Neuvontaa ja hoito-ohjeita	Ei uusita tai määrätä PKV-lääkkeitä, vahvoja särkylääkkeitä, rauhoittavia tms.
Sairaalan lapsen todistustarve	

**Ammattilaiset arvioivat aina, voiko asian hoitaa etäyhteyksin*

Kuva 16. Esimerkkejä Kanta-Hämeen digitaalisen sote-keskuksessa etänä hoidettavista asioista. Palveluita laajennetaan tulevaisuudessa

8.4 Kotiin vietävien palveluiden kehittäminen

Kotiin vietävät palvelut tuovat palvelun suoraan asiakkaan kotiinsa. Tyypillisiä esimerkkejä kotiin vietävistä palveluista ovat kotihoito tai sosiaalihuollon ja lastensuojelun kotiin vietävät palvelut.

Kotiin vietäviä palveluita on kehitetty laajasti kaikilla toimialoilla. Kotisairaaloiminta on laajentunut koko hyvinvointialueelle. Mielenterveys- ja päihdepalveluissa ollaan ottamassa käyttöön jalkautuvia tiimejä. Jalkautuvat tiimit voivat aloittaa hoidon, tukea diagnoosien tekemistä sekä ratkaista komplisoituneita tilanteita. Lisäksi tiimit voivat valvoa lääkkeenottoa ja tukea kotikatkaisussa. Kotikäynnit ovat olennainen osa sosiaalityötä: perhekeskuspalveluissa perhetyö ja kotipalvelu tapahtuvat asiakkaiden kodeissa ja nuorten kanssa työskennellään myös nuoren omissa toimintaympäristöissä. Lastensuojelussa kotiin vietäviä palveluita ovat tehostettu perhetyö sekä sosiaaliohjaus, jota voidaan tarjota sekä lapselle että vanhemmalle. Lisäksi kotiin vietäviä palveluja ovat ammatillinen tukihenkilötoiminta sekä perhekuntoutus. Jälkihuoltonuorten (täysi-ikäiset) tukityö tapahtuu nuoren omassa kodissa, myös nuoren asuessa ammatillisessa perhekodissa tai laitoksessa. Lisäksi jälkihuoltonuorille tarjotaan tukihenkilötoimintaa ja sosiaaliohjausta.

Organisaation näkökulmasta kotiin vietävät palvelut vähentävät merkittävästi työntekijöiden omien työpisteiden tilatarvetta. Asiakasvastaanottotiloja tarvitaan edelleen erilaisten neuvottelujen ja palaverien järjestämiseen, joihin voi osallistua isokin määrä ihmisiä.

8.5 Siirrettävien palveluiden kehittäminen

Siirrettäviä yksiköitä voidaan tuoda fyysisten palvelupisteiden rinnalle silloin, kun tarvitaan lähipalveluita, mutta kiinteän yksikön tarve ei ole perusteltua. Siirrettävien yksiköiden avulla palvelut voidaan viedä asiakkaan tai asiakasryhmän lähelle.

Kanta-Hämeessä käynnistyy ensi vaiheessa suun terveydenhuollon siirrettävän yksikön toiminta. Jatkossa esimerkiksi laboratoriopalveluita ja rokotuksia voidaan tuottaa kohdennetusti siirrettävien palveluyksiköiden avulla



9. Toimialakohtaiset muutokset palveluverkossa

9.1 Ikäihmiset

Palveluverkkosuunnittelun määrittämissä periaatteet:

Ympäri vuorokautinen palveluasuminen

- Peittävyystavoitteet:
 - 6 prosenttia 2025 loppuun mennessä
 - Arvioidaan saadut kokemukset ympärivuorokautisen palveluasumisen peittävyysalennuksesta 6 prosenttiin, onko alennaminen edennyt suunnitellusti ja kompensoivia palveluja kyetty tarjoamaan riittävästi. Arvion perusteella tehdään päätökset peittävyysalennuksesta.
- Yhteisöllisen asumisen käyttöönotto (erilaiset asumisen vaihtoehdot)
- Oman toiminnan ja ostopalveluiden tasapaino, järjestämistapojen vertailu.
- Lyhytaikaisen asumisen kokoaminen määritettyihin yksiköihin.

Kotihoito

- Kotihoidon toimi- ja tukipisteet optimoidaan asiakaskunnan sijainnin näkökulmasta.
- Hyvinvointiteknologia toimii osana kotihoidon palvelukokonaisuutta.

Määrittämissä periaatteiden lisäksi ikäihmisten asumispalveluiden muutosta ohjaa Kanta-Hämeen hyvinvointialueen aluevaltuuston 9.5.2023 § 29 päätös. Päätöksen mukaan ikäihmisten ympärivuorokautisen asumisen yksiköiden kustannusrakenne arvioidaan ja kalleimman kolmanneksen toiminta siirretään tai korvataan uusilla vuoden 2025–2028 aikana. Tämä toteutuu mikäli yksiköt eivät saa tehostettua toimintaansa siten, että hoitovuorokauden hinta putoaa indeksoituna alle nykyisen mediaanitason. Asukkaiden palveluntarve huomioidaan muutosta suunniteltaessa ja toteutettaessa.

9.1.1 Muutosesitys: Ikäihmiset

Palveluverkkomuutokset ikäihmisten palveluissa kohdistuvat ympärivuorokautisten palveluiden määrän vähentämiseen sekä kotiin annettavien palveluiden ja kevyempien asumismuotojen, kuten yhteisöllisen asumisen määrän lisäämiseen.

Ikääntyneiden palveluiden osalta merkittävimmät rakenteelliset muutokset toteutuvat jo vuoden 2025 loppuun mennessä, jolloin ympärivuorokautisen palveluasumisen peittävyys pitäisi olla 6 prosenttia yli 75-vuotiaissa.

Tällä hetkellä lyhytaikaista asumista on tarjottu useissa eri yksiköissä ympäri maakuntaa. Osa lyhytaikaisista paikoista on sijainnut pitkäaikaisten yksiköiden yhteydessä. Vuoden 2024 aikana lyhytaikainen asuminen kootaan siihen keskittyviin yksiköissä. Tällöin pystytään paremmin vastaamaan lyhytaikaista asumista ja hoitoa tarvitsevien asukkaiden tarpeisiin, muun muassa toimintakykyä ylläpitävien ja edistävien palveluiden avulla. Lyhytaikayksiköt sijaitsevat Forssan, Riihimäen ja Hämeenlinnan alueilla. Vastaavasti muut ympärivuorokautisen asumisen yksiköt keskittyvät pitkäaikaiseen asumiseen.

Hämeenlinnan alueella selvitetään soveltuvatko erikoissairaanhoidolta vapautuvat tilat Ahvenistonmäellä ikääntyneiden asumispalveluiden käyttöön tulevaisuudessa. Tämä on kuitenkin mahdollista vasta pidemmällä aikavälillä.

Ympärivuorokautisen palvelun peittävyyttä yli 75-vuotiaiden osalta lasketaan nykyisestä noin 7,7 prosentista 6 prosenttiin vuoden 2025 loppuun mennessä. Käytännössä tämä tarkoittaa noin 250 paikan vähennystä vuoden 2023 tasosta.

	Tammi	Helmi	Maalis	Huhti	Touko	Kesä	Heinä	Elo	Syys	Loka	Marras	Joulu
Hausjärvi	8,7 %	8,8 %	8,7 %	8,7 %	8,6 %	8,1 %	8,2 %	8,1 %	8,0 %	8,2 %	8,3 %	
Hämeenlinna	8,9 %	8,9 %	9,0 %	9,1 %	9,1 %	9,0 %	9,0 %	8,7 %	8,5 %	8,2 %	8,2 %	
Hattula	7,0 %	6,8 %	7,9 %	7,9 %	8,0 %	7,6 %	7,3 %	7,6 %	8,1 %	8,1 %	8,1 %	
Riihimäki	7,9 %	8,0 %	8,2 %	8,0 %	8,1 %	8,0 %	8,1 %	8,2 %	8,0 %	7,9 %	7,6 %	
Forssan alue	7,5 %	7,4 %	7,5 %	7,5 %	7,3 %	7,1 %	7,2 %	7,0 %	7,0 %	7,1 %	7,1 %	
Loppi	7,5 %	7,5 %	7,3 %	7,4 %	7,3 %	7,2 %	6,9 %	6,7 %	6,7 %	7,0 %	6,8 %	
Janakkala	7,1 %	7,0 %	7,3 %	7,2 %	7,1 %	7,0 %	7,0 %	6,9 %	6,9 %	6,8 %	6,8 %	
K-H hyvinvointialue	8,1 %	8,1 %	8,3 %	8,3 %	8,2 %	8,1 %	8,1 %	7,9 %	7,8 %	7,7 %	7,7 %	

Kuva 17: Ikäihmisten lyhyt- ja pitkäaikaisten ympärivuorokautisten paikkojen peittävyys suhteessa yli 75-vuotiaiden määrään -kehitys Kanta-Hämeen alueella vuoden 2023 aikana. Luku sisältää omat ja ostopalvelupaikat.

Paikkamäärän vähennysten osalta huomioidaan kunnan / seudun lähtötaso. Vähennyksiä kohdistetaan taloudellisten ja toiminnallisten seikkojen sekä henkilöstön saatavuuden perusteella. Julkisena toimijana hyvinvointialueen on lisäksi varmistettava riittävä oma palvelutuotanto.

Pitkäaikaisen oman palvelutuotannon asumisvuorokauden kustannukselle asetetaan tavoitetaso vuoden 2024 aikana. Lisäksi laaditaan suunnitelma sille, millä aikataululla yksiköiden hoivatoiminnan ja tukipalveluiden kokonaisuuden tulee mukautua asetettuun kustannustasoon. Lisäksi suunnitellaan se, miten ja millä aikataululla toimitaan, jos yksikkö ei saavuta kustannustasoa (esim. toiminnan uudelleen organisointi / lakkauttaminen / ulkoistus). Nämä muutokset integroidaan yhteneväisiksi suhteessa muihin palvelurakenteen muutossuunnitelmiin.

Ikäihmisten asumispalveluihin suunnitellut paikkamäärän muutokset arvioidaan kohdentuvan seuraavasti. Suunnitelma on alustava ja sen toteutuminen on kiinni hyvinvointialueen muiden toimialojen palveluverkkosuunnitelmista. Lisäksi suunnitelmaan vaikuttavat yhteisöllisen asumisen suunnitelmien eteneminen sekä yksikkökohtaisten vuorokausihintojen laskennan valmistuminen.

LYP= lyhytaikainen palveluasuminen

PYP= pitkäaikainen palveluasuminen

- **Vuosi 2024: - 130 paikkaa, joista**

Oma palvelutuotanto

- Hämeenlinnan seutu:
 - Hoivatuulen (LYP) Tuulos, lakkautuminen ja toiminnan siirto Janakkalan Tapailakotiin ja muihin yksiköihin
 - Kuntotuulian (LYP) Hattula, lakkautuminen ja toiminnan siirto Ilveskotiin
- Riihimäen seutu
 - Uranuskodin toiminnan siirto Riihikotiin. Riihikodista Lakun ja Eepoksen siirtyminen Riihimäen sairaalaan.
 - Helmikodin (PYP) Oitti, lakkautuminen ja toiminnan yhdistäminen Koivumäen yksikköön
 - Toimelan (LYP) Loppi, lakkautuminen
- Forssan seutu
 - Amerikan (LYP) lakkauttaminen
- Yksityisiä
 - Hämeenlinnan ja Riihimäen seutu kilpailutuksen ensijaisuusjärjestyksen mukaisesti

- **Vuosi 2025: - 120 paikkaa, joista**

Oma palvelutuotanto

- Riihimäen seutu
 - Uuden Eedilän (PYP + yhteisöllinen asuminen) avautuminen
- Forssan seutu
 - Onnela-yksikön lakkautuminen (Jokioinen)
- Yksityisiä:
 - Hämeenlinnan ja Riihimäen seutu kilpailutuksen ensisijaisuusjärjestyksen mukaisesti

Pääsääntöisesti paikkoja vähennetään sulkemalla yksiköjä. Joissakin tapauksissa vähennys voidaan toteuttaa yksikön paikkamäärää vähentämällä. Tällöin ikäihmisten palveluyksiköiden yhteyteen voidaan sijoittaa muita palveluita, jotka tukevat yksikön lähialueen heikommassa ja haavoittuvammassa asemassa olevien asukkaiden palvelutarjontaa. Yksikön yhteyteen voidaan sijoittaa erilaisia sosiaali- tai terveydenhuollon palveluita, kuten hoitajan, terapeutin, sosiaalityöntekijän tai lääkärin vastaanottoja tai kotihoidon toimistotiloja. Alkuvuodesta 2024 kartoitetaan mahdollisuuksia löytää yhteiskäyttötiloja asumispalveluyksiköistä.

Ikäihmisten asumispalveluissa lisätään kevyempiä asumismuotoja, kuten yhteisöllisyyttä tukevaa asumista. Tähän kokonaisuuteen kuuluu sekä sosiaalihuoltolain mukaista asumista että muunlaista yhteisöllisyyttä tukevaa asumista.

Kotihoidon toimi- ja tukipisteet optimoidaan asiakaskunnan sijainnin mukaan. Kotihoidon tukipisteet sijaitsevat muiden palvelupisteiden tai esimerkiksi asumispalveluyksiköiden yhteydessä. Hyvinvointiteknologia toimii osana kotihoidon palvelukokonaisuutta.

Perusteluja

Ikäihmisten palvelurakenteessa tapahtuvat muutokset on linjattu pääosin jo talouden tasapainotusohjelmassa, joka hyväksyttiin aluevaltuustossa 9.5.2023.

Kanta-Hämeen alueella ikääntyminen on tulevana vuosina maan keskitasoa voimakkaampaa.

Ikäihmisten palveluverkkomuutoksilla pyritään turvaamaan alueen ikäihmisille riittävät ja tarpeenmukaiset palvelut. Muutoksilla turvataan myös henkilöstön riittävyyttä sekä hillitään hyvinvointialueen kustannuskehitystä.



Ikäihmisten asumispalveluita tuotetaan sekä omana toimintana että ostopalveluna yksityisiltä palveluntuottajilta. Jatkossa asumispalveluita tuottavien yksiköiden valinnassa hyödynnetään tuotantotapa-analyysia, jolla tarkastellaan palveluiden kustannustehokkuutta.

Keväällä 2024, vuoden ensimmäisen neljänneksen tuloslaskemien valmistuttua, saadaan kokonaisvaltaiset, vertailukelpoiset laskelmat kaikkien omien asumispalveluyksiköiden asumisvuorokauden hinnoista. Samalla päivitetään vertailukelpoisiksi oman tuotannon, ostopalvelun ja palvelusetelin nettokustannukset. Näiden laskelmien pohjalta palvelurakennetta päivitetään tarvittaessa.

Sekä palvelun laadun että kustannustehokkuuden näkökulmasta on perustelua se, että yksiköt keskittyvät joko pitkäaikaiseen asumiseen tai lyhytaikaiseen asumiseen. Lyhytaikaisen asumisen yksiköiden henkilöstömitoitus ja –rakenne ovat usein erilaiset pitkäaikaisen asumisen yksiköihin verrattuna. Lisäksi asuminen pyritään keskittämään riittävän suuriin kokonaisuuksiin.

Ikäihmisten palvelurakennemuutoksen kautta hillitään kustannusten kasvua yhteensä noin kahdeksan miljoonaa euroa vuosien 2023–2025 aikana. Vuosien 2026–2030 ympärivuorokautisen palveluasumisen peittävyiden lasku ja yhteisöllisen asumisen kasvu tuo kumulatiivisia säästöjä noin 4,5 miljoonaa euroa.

Hyvinvointialueen oman ympärivuorokautisen palveluasumistuotannon yksikköhinta pyritään saamaan kaikissa yksiköissä keskimääräiselle tasolle. Kun kalleimman kolmanneksen, noin 300 paikan, vuorokausihintaa alennetaan 15 eurolla, saadaan vuotuisesti kokonaissäästöksi noin 1,6 miljoonaa euroa.

Vastaavasti yhteisöllisen asumisen lisääminen tuo uusia kustannuksia, joka lasketaan tässä vaiheessa kilpailutuksessa saadun keskihinnan pohjalta. Tavoitteena on, että sosiaalihuoltolain mukaisen yhteisöllisen asumisen paikkamäärää lisätään vuoden 2024 aikana 50 paikalla ja 2025 loppuun mennessä 50 paikalla. Sosiaalihuoltolain mukaisen yhteisöllisen asumisen vuorokausihinta on sen mukaan noin puolet ympärivuorokautisen asumisen nettohinnasta.

Asumispalveluiden peittävyiden laskiessa, kotihoidon volyymit ja kustannukset tulevat kasvamaan. Osa kotihoidon kustannusten kasvusta perustuu yhteisöllisen asumisen kasvuun. Kotihoidossa digipalveluiden käytön alhainen lähtötaso mahdollistaa sen, että digipalvelujen lisääntyessä vapautuvat henkilöstöresurssit voidaan kohdentaa muuhun kotihoitoon. Lisäksi kotihoidon välittömän työajan osuutta lisäämällä saadaan enemmän työaikaa varsinaiseen asiakastyöhön. Rakennemuutoksen onnistumisen edellytys on, että kotihoidossa on riittävät resurssit

9.2 Perhe-, sosiaali- ja vammaispalvelut

Palveluverkkosuunnittelun määrittämissä periaatteet:

- Lapsiperheiden palvelut järjestetään perhekeskustoimintamallin mukaisesti.
- Neuvolapalvelut tuotetaan pääsääntöisesti integroidusti muiden palvelukokonaisuuksien yhteydessä.
- Opiskeluhuollon palvelut tuotetaan pääsääntöisesti oppilaitosten yhteydessä.
- Hyvinvointialueen työllistämispalvelut tuotetaan asiakkaiden tarpeiden mukaisesti yhteistyössä kuntien työllisyyspalveluiden kanssa. Myös muiden sosiaalipalveluiden osalta sijoittumiseen voi vaikuttaa TE- palveluiden lisäksi esim. Kelan palvelut
- Vammaispalvelujen asumispalveluiden ja lastensuojelun sijaishuollon palvelutarjonta perustuu asiakassegmentaatioon ja toimintakyvyn ylläpitämiseen (kevyt – raskas palvelu).
 - Palveluiden toteutus tuotantotapavertailun perusteella (oma/osto)

Perhe-, sosiaali- ja vammaispalvelut koostuvat monista eri sosiaalihuollon ja terveydenhuollon palveluista. Kuntapohjainen palveluverkko on melko pirstaleinen ja perhe-, sosiaali- ja vammaispalvelujen käytössä on tällä hetkellä paljon yksittäisiä vuokratiloja eri puolilla maakuntaa. Jatkossa on järkevää selkeyttää palveluverkkoa ja koota palveluita yhteen.

9.2.1 Muutosesitys: Perhe-, sosiaali- ja vammaispalvelut

Palvelukeskukset

Johtamista, hallintoa ja tiimien tukikohtia kootaan palvelukeskuksiin. Keskitettyinä palveluina toimivat sosiaali- ja kriisipäivystys, perheoikeudelliset palvelut, taloudellisen tuen palvelut sekä osin ohjaus ja neuvonta. Palvelukeskuksissa tehdään hallinnollista työtä, välillistä asiakastyötä sekä tarjotaan erilaisia vastaanottoja.

Hyvinvointialueella valmistellaan yhteisiä malleja asiakkaan ensikontaktiin ja sijoittumiseen liittyen. Tavoitteena on vähentää kysyntää vahvistamalla itsehoitoa, kolmannen sektorin palveluiden käyttöä ja samalla huolehtia asiakkaan ohjautumisesta eteenpäin palveluketjussa. On tärkeä saada aikaan malleja, jotka eivät ole sidoksissa paikkaan, vaan työ tapahtuu digitaalisesti ja verkossa.

Tulevaisuudessa perhe-, sosiaali- ja vammaispalveluiden avopalvelut kootaan pääosin kolmeen palvelukeskukseen eli Forssaan, Riihimäelle ja Hämeenlinnaan. Työntekijät voivat jalkautua palvelukeskuksesta myös palvelupisteisiin asiakkaiden tarpeiden mukaan.



Kaikissa kolmessa palvelukeskuksessa toimii kiinteä perhekeskuksen toimipiste. Perhekeskuspalvelut sisältävät lapsiperheiden sosiaalihuoltolain mukaiset palvelut, terveydenhuollon (neuvola ja koulu- ja opiskeluterveydenhuolto) sekä opiskelijahuollon palvelut (psykologit ja kuraattorit). Koulu- ja opiskelijaterveydenhuolto toimii jatkossakin pääosin koulujen ja oppilaitosten yhteydessä.

Hämeenlinnan seudun palveluiden sijoittumista Ahvenistonmäelle suunnitellaan osana laajempaa selvitystä. Toimiala tarvitsee myös muita toimipisteitä Hämeenlinnan kantakaupungin alueella, mm. asiakastapaamistiloja.

Palvelupisteet

Yksittäisistä kuntien tai muiden toimijoiden vuokratiloista luovutaan ja kootaan palveluita yhteiskäyttötiloihin palvelupisteisiin.

Palvelupisteitä esitetään seuraavissa sijainneissa vuonna 2027:

- Iittala
- Hausjärvi, Oitti
- Loppi
- Jokioinen
- Tuulos (Lammi - Hauho)
- Parola
- Turenki, toimii palvelukeskuksena alkuvaiheessa

Perhe-, sosiaali- ja vammaispalveluiden asiakkaiden erilaisten palvelutarpeiden vuoksi palvelupisteiden tarve ja palveluvalikoima voi vaihdella eri alueilla. Hattulan osalta toimintaa arvioidaan vuonna 2026 yhdessä terveydenhuollon toimialan kanssa. Sosiaalipalveluissa on tarve jonkinlaiselle vastaanottotilalle jokaisen kunnan alueella.

Yhteiskäyttötiloille on tarvetta eri sosiaalityöiden (aikuissosiaalityö, vammaissosiaalityö, perhesosiaalityö, lastensuojelu) henkilöstölle. Joka kunnassa on sosiaalipalveluiden ja työllisyyden edistämisen osalta tarvittavat yhteiskäyttöiset palvelu- ja asiakastapaamispisteet.

Etävastaanottotoimintaa ollaan lisäämässä ja siihen tarvittavia tiloja suunnitellaan muiden palvelupisteiden yhteyteen. Palvelupisteiden koko skaalataan määritettyjen palveluiden ja palvelutarpeiden mukaisesti. Palvelupisteen sijainti paikkakunnalla voi siirtyä nykyisestä. Perhe-, sosiaali- ja vammaispalvelut tarvitsevat sekä työskentelyyn että asiakastapaamiseen soveltuvia tiloja. Pesovan tilojen suunnittelu yhteensovitetaan muiden palveluiden kanssa. Lisäksi perhe-, sosiaali- ja vammaispalveluissa tehdään paljon kotiin vietävää työtä.

Palvelukeskukset ja palvelupisteet

Asukasmäärä eri etäisyysvyöhykkeillä

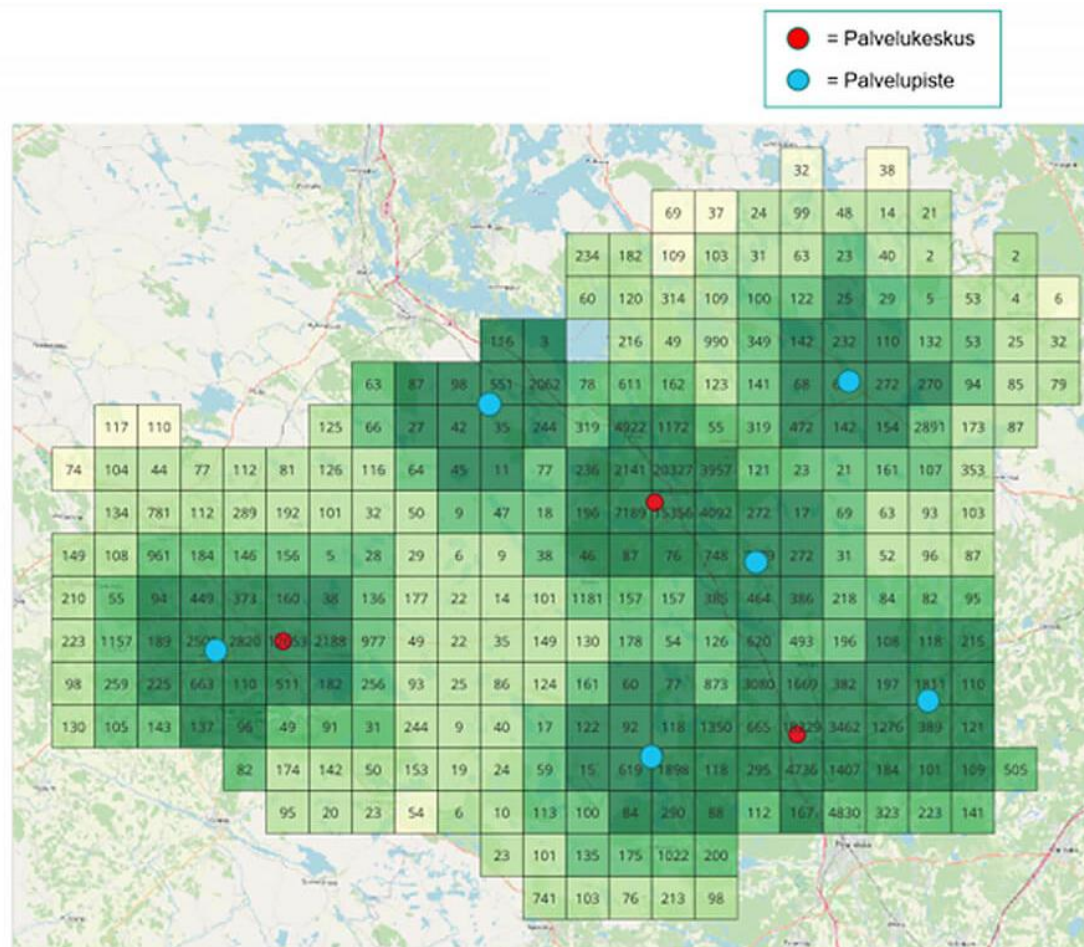
Alle 10 km säteellä: 143 267 (80 %)

Alle 15 km säteellä: 166 496 (93 %)

15 – 25 km säteellä: 11 058 (6 %)

25 – 40 km säteellä: 646 (<1 %)

Yhteensä: 178 200*



Kuva 18: Palveluverkkosuunnitelmassa esitetyt perhe-, sosiaali-, ja vammaispalveluiden palvelukeskukset ja palvelupisteet. (Parolan palvelupistettä ei ole kuvattu karttaan)

Perhekeskuspalvelut

Perhekeskuksen osalta palvelukeskukset toimivat seuraavissa sijainneissa vuonna 2027:

- Hämeenlinna
- Forssa
- Riihimäki

Perhekeskustoiminnan palvelupisteitä esitetään olevan seuraavissa sijainneissa vuonna 2027:

- Iittala
- Tuulos (Lammi - Hauho)
- Turenki, toimii palvelukeskuksena alkuvaiheessa
- Hausjärvi, Oitti
- Loppi
- Parola
- Jokioinen

Lisäksi osa palveluista toteutetaan liikkuvina ja siirrettävinä palveluina. Näiden palveluiden sijainti vaihtelee palvelutarpeen mukaisesti.

Neuvolatoiminta

Neuvolayksiköiden määrää vähennetään nykyisestä ja toiminta keskittyy seuduittain palvelupisteisiin ja palvelukeskuksiin. Lisäksi neuvolapalveluja voidaan sijoittaa opiskeluhuollon käytössä oleviin tiloihin oppilaitoksissa. Lakkautettujen neuvoloiden toiminta siirtyy lähialueen neuvoloihin ja yhteiskäytössä oleviin toimitiloihin.

Tarkoitus on myös pilotoida neuvolan jalkautuvaa mallia erityisesti haja-asutusalueilla. Palvelumallin avulla on tarkoitus turvata palveluun pääsyä ja saavutettavuutta. Pilotissa voidaan hyödyntää alueen olemassa olevia toimipisteitä ja yhteistyötä perhekeskuksen ja varhaiskasvatuksen toimijoiden kanssa.

Hattulan alueen neuvolan tilatarpeet ja muutokset suunnitellaan yhdessä Hattulan alueen terveystieteellisen toiminnan kanssa.

Sosiaalisen tuen palvelut

Perhekeskuksen sosiaalisen tuen palvelut toteutetaan palvelukeskuksissa ja palvelupisteissä. Liikkuvaa työtä varten tarvitaan tapaamis- ja kirjaamistiloja etäisyydet huomioiden. Tämä varmistaa riittävän saavutettavuuden ja vähentää liikkuvasta työstä aiheutuvia matkakustannuksia.



Perheoikeudellinen yksikkö sijoitetaan Hämeenlinnan palvelukeskukseen.

Koulu- ja opiskeluterveydenhuolto

Koulu- ja opiskeluterveydenhuoltoa tarjotaan jatkossakin koulujen ja oppilaitosten yhteydessä. Tilantarve käydään kuitenkin läpi ja toimintaa tiivistetään, jotta tarpeettomista neliöistä voidaan luopua.

Lastensuojelu

Lastensuojelun avohuolto toimii jatkossa niissä toimipisteissä, joissa on perhekeskuksen (perhesosiaalityön) palveluja. Lastensuojelun sijais- ja jälkihuolto työskentelee maakunnallisesti, jolloin on mahdollisuus keskittää henkilöstöä. Lastensuojelulla on kolme omaa lastensuojeluyksikköä, joista Kaarisilta vaatii uudet tilat nykyisten tilojen ollessa huonokuntoiset. Lisäksi on tarve omalle, uudelle lastensuojeluyksikölle, jonka suunnittelutyö alkaa vuoden 2024 alussa osana palveluverkon toimipistemuutoksia.

Perhehoitoyksikkö Kanervan tiloista voidaan luopua, kun omat, korvaavat tilat saadaan.

Lisäksi selvitetään mahdollisuutta esimerkiksi siirtää toiminnot Talaskuja 3:sta Ahvenistonmäelle tai muihin vapautuviin tiloihin.

Sosiaalipalvelut

Tulosalueen palvelut sisältävät paljon lähipalvelua. Tällä hetkellä asiakasvastaanottoa on jokaisen kunnan alueella (erityisesti aikuissosiaalityössä ja työllistymistä ja toimintakykyä edistävissä palveluissa).

- Turuntien Pink Housesta (Turuntie 2) luovutaan, korvaavat tilat Ahvenistolta
- Hämeenlinnassa tarvitaan todennäköisesti tilaa asiakastapaamisiin myös keskustan alueelle
- Osasta kuntouttavan työtoiminnan pajoista luovutaan ja toimintoja yhdistetään
- Jokaisessa kunnassa jokin palvelupiste/yhteiskäyttöpiste, jonka voi varata asiakasvastaanottoon
- Työntekijöiden kulkeminen ja tarvittavien tilojen jakautuminen eri paikkakunnille huomioidaan vielä tarkemmin suunnittelun edetessä (huomioidaan asiakasmäärät ja asiakastarpeet myös eri alueilla)
- Riihimäen Veturista luovutaan heti, kun saadaan korvaavat tilat
- Riihimäki: (keskitetty tila), jatkossa sote-keskus
- Forssa: Forssan sairaala, kaupungintalo tai Työvoitto
- Hämeenlinna: Ahvenisto, vastaanottotila keskustassa
- Yhteiskäyttötilat muiden toimintojen kanssa esim. kuntien työllistämispalvelut, kuntien kotouttamispalvelut, KELA jne.

Vammaispalvelut

Tällä hetkellä vammaispalveluista noin 40 prosenttia tuotetaan itse ja 60 prosenttia ostetaan yksityisiltä toimijoilta.

Jatkossa tavoitteena on vammaispalvelujen asumisen palvelurakenteen monipuolistaminen uuden vammaispalvelulain tarkoittamalla tavalla. Tämä tarkoittaa muun muassa yhteisöllinen asumisen lisäämistä tavallisissa asunnoissa sekä teknologian hyödyntämistä asukkaiden tukemisessa. Tavoitetta voitaisiin edistää esimerkiksi suunnittelemalla johonkin kerrostaloon yhteisöllistä asumista vammaisille, erityisesti nuorille. Vammaisten yhteisöllistä asumista voitaisiin tuottaa myös ikäihmisten yhteisöllisen asumisen yhteydessä. Asumispalvelujen suunnittelussa on tärkeää yhteistyö kuntien kanssa.

Toisena tavoitteena on lisätä kehitysvammaisten asumispalveluja nykyistä enemmän omana toimintana, jolloin raskaampia vammaispalveluja voidaan tuottaa omana toimintana ostopalvelujen sijaan. Tämä edellyttää soveltuvia tiloja.

Vammaispalveluiden asumispalveluissa on tavoitteena lisätä omaa palvelutuotantoa. Vammaispalveluissa on tarve 15- paikkaiselle vaativan asumispalvelun yksikölle. Lisäksi osa asumisyksiköiden tiloista on huonossa kunnossa ja rakennukset ovat vanhoja (muun muassa Hausjärvellä Paavolantie ja Jelppilä, Forssan kerrostalo ja Niittyvilla, Hämeenlinnan Parolantie 40, Rivakan työtoimintatila). Näihin haetaan korvaavia tilaratkaisuja.

Ilveskodista vapautuviin tiloihin sijoitetaan uusi, vaativan asumispalvelun yksikkö, jolla korvataan ostopalvelua sekä päivätoimintaa. Vammaispalvelun palvelukokonaisuutta tarkastellaan lisäksi Ahveniston suunnitelmien yhteydessä.

Asiakkaiden vastaanotto- ja toimistotiloissa on myös huonokuntoisia tai muutoin toimintaan sopimattomia tiloja. Näille pyritään löytämään nopeasti uudet tilat. Tällaisia kohteita ovat muun muassa Virvelin päivätoiminnan kanssa samassa rakennuksessa sijaitseva vammaissosiaalityön toimisto (Ansarikuja 1, Hämeenlinnassa) sekä Veturi Riihimäellä. Hausjärven ja Lopen kunnantalojen tiloista tullaan luopumaan.

Tarkoitus on yhdistää seudullisesti Hämeenlinnan, Janakkalan ja Hattulan vammaissosiaalityön työntekijät ja vammaispalvelun sihteeritiimi samaan tilaan.

Hausjärvellä Jelppilän asumisyksikkö tarvitsee tulevaisuudessa korvaavat tilat. Lisäksi Hausjärvellä sijaitsee Paavolantien yksikkö (5 asukkaan ryhmäkoti + 10 tuetun asumisen yksikkö).

Hausjärven kunnantalon tiloista luovutaan, kun löydetään korvaavat toimistotilat seudullisesti.

Forssan kerrostalo ja samassa yhteydessä toimivalle Niittyvillalle pyritään löytämään korvaavat tilat.

Riihimäen Kivarin Soihtu ja Lyhty (noin 17 asukasta, asumispalvelua) sekä Rivakan työtoiminnan tiloille haetaan korvaavia tiloja.

Perustelut

Perhe-, sosiaali- ja vammaispalveluissa on jo aikaisemmin tehty muutoksia, jotka tähtäävät kolmen toiminnallisen alueen (Hämeenlinna, Riihimäki ja Forssa) malliin. Tavoitteena on tehdä vastaanottotyötä sekä keskuksissa että palvelupisteissä ja jatkaa kotiin tehtävää työtä sekä lisätä etävastaanottoja ja digitaalisia palveluita. Palvelut tuotetaan jatkossakin asiakkaiden tarpeiden mukaisesti eli jalkautuen, jos asiakkaan tilanne sitä vaatii.

Perhekeskusten kehittäminen on aloitettu kansallisesti vuonna 2016. Se on nähty tarpeelliseksi, koska lasten, nuorten ja perheiden palvelut ovat olleet hajallaan ja palvelujen saatavuudessa ja yhteensovittamisessa on ollut ongelmia. Vaikka lasten määrä vähenee alueella, tuen tarve per lapsi/perhe kasvanee tulevaisuudessa. Vuosina 2030–2040 perheen arkea tukevia sote-palveluita pyritään tarjoamaan laajemmin samoissa tiloissa. Perhekeskusta johdetaan yhtenä kokonaisuutena ja palvelukeskukset yhdessä palvelupisteiden kanssa tukevat perhekeskusmallin toteuttamista. Palvelukeskus toimii perhekeskustoimintamallin kotipesänä eli perhekeskuksen palveluverkosto kytkeytyy osaksi monialaisen palvelukeskuksen toimintaa.

Lastensuojelupalvelut ovat vammaispalveluiden ohella Pesovan toimialan kalleimpia palveluita.

Omia lastensuojeluyksiköitä on alueella kolme. Kustannuksia on pyrittävä hillitsemään, muun muassa suuntaamalla laitoshoidosta enemmän perhehoitoon. Laitospalveluita tulisi saada kevyemmälle tasolle. Kalleimmat sijoitukset kustantavat noin 30 000 euroa kuussa.

Sijaishuollon ostopalvelut muodostavat taloudellisesti merkittävän kokonaisuuden. Lastensuojelussa on tarve omalle, uudelle sijaishuoltoyksikölle. Osana talouden tasapainottamisen ohjelmaa on meneillään kehittämistyö, joka tähtää sijoitusten vähentymiseen. Työ kohdentuu perhekeskukseen, lastensuojelun avohuoltoon, mutta myös yhteistyöhön terveydenhuollon ja erityisesti mielenterveys- ja päihdepalveluiden kanssa.

Vammaispalveluissa on erityisen kalliita ostopalvelupaikkoja laskennallisesti noin 20 asiakaspaikan verran. Näiden paikkojen kustannukset vuositasolla ovat noin 4,5 miljoonaa euroa. Vammaispalveluilla on tarve oman, vaativan asumisyksikön perustamiseen. Yksikön optimikoko olisi 15–20 asukaspaikkaa, kapasiteettia voisi myydä myös muille hyvinvointialueille, jolloin tuloilla voitaisiin kattaa muun muassa henkilöstökustannuksia.

Perhe-, sosiaali- ja vammaispalveluiden kustannussäästöt syntyvät pääosin parantamalla tilatehokkuutta. Digitaalisten palveluiden ja etävastaanottojen lisäämisellä voidaan myös vähentää fyysisten tilojen tarvetta

9.3 Terveyspalvelut

Kanta-Hämeen hyvinvointialueen aluevaltuusto päätti terveyspalveluiden määrittäisperiaatteet 19.12.2023.

Palveluverkkosuunnittelun määrittäisperiaatteet:

- Alueellinen digiklinikka, jossa asiakkaan asia arvioidaan ammattitaidolla moniammatillisesti, yhden yhteydenoton periaatteella, oikeaan palveluun ohjaten.
- Monialainen tiimi tukee erityisesti monisairaita ja paljon palveluita käyttäviä asiakkaita palvelupisteessä tai palvelukeskuksessa, joissa hoidon jatkuvuus turvataan siitä hyötyville asiakkaille.
- Erityistason palvelut tuotetaan integroidusti osaamiskeskuksissa (palvelukeskus).
- Hyvinvointialueella on yksi erikoissairaanhoidon 24/7 palvelukeskus.
- Kalliita laiteinvestointeja ja tukipalveluita vaativat toiminnot kootaan palvelukeskuksiin.
- Osastotoimintojen sijoittuminen perustuu yksiköihin, joissa on laajat diagnostiset palvelut.
- Toimintakyvyn ylläpitoa edistetään ennakoidusti hyödyntäen keskitettyjä hyvinvointialueen toimitiloja sekä kuntien ja kolmannen sektorin toimitiloja.

Määrittäisperiaatteet ohjaavat palveluverkkoon tehtäviä muutoksia. Määrittäisperiaatteiden lisäksi huomioidaan myös annetut lausunnot ja väestökyselyn tulokset.

Kanta-Hämeen hyvinvointialueen terveydenhuollon palveluverkko rakentuu tällä hetkellä 19 terveysasemasta ja neljästä sairaalasta. Palveluverkko on laaja ja toimipisteiden koko ja käyntimäärät vaihtelevat merkittävästi (liite 1 palveluverkkoselvitys).

Palveluverkkomuutokset toteutetaan terveydenhuollossa siten, että perusterveydenhuollon toiminnan vaikuttavuuden perustana oleva hoidonjatkuvuus turvataan siitä hyötyville sekä mahdollistetaan nykyisten hoitosuhteiden jatkuminen.

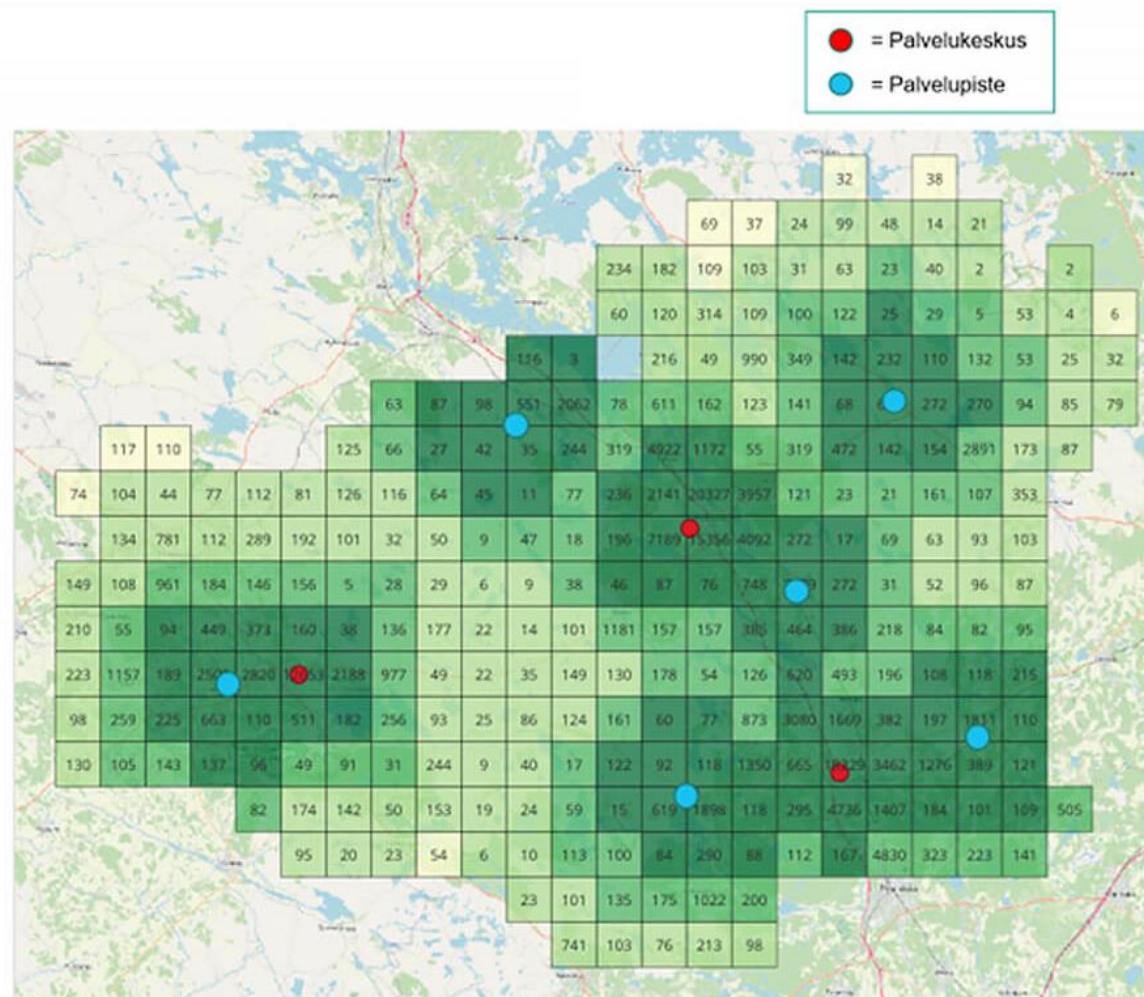


Palvelukeskukset ja palvelupisteet

Asukasmäärä eri etäisyysvyöhykkeillä

- Alle 10 km säteellä: 143 267 (80 %)
- Alle 15 km säteellä: 166 496 (93 %)
- 15 – 25 km säteellä: 11 058 (6 %)
- 25 – 40 km säteellä: 646 (<1 %)

Yhteensä: 178 200*



Kuva 19. Palveluverkkosuunnitelmassa esitetyt terveysterveysten palvelukeskukset ja palvelupisteet.
(Parolan palvelupistettä ei ole kuvattu karttaan)

9.3.1 Muutosesitys: Terveysthuollon avopalvelut

Terveysthuollon avopalveluiden palvelurakenteen esitetään muodostuvan kolmesta palvelukeskuksesta ja seitsemästä palvelupisteestä. Palvelupisteiden palvelut suunnitellaan väestön tarpeiden mukaan. Osa palvelupisteistä voi toimia hoitajavetoisesti, jolloin lääketieteellinen tuki tuotetaan konsultaatiotukena tai fyysisenä toimintona väestön palvelutarpeen mukaisesti. Palvelukeskukset muodostuvat useista tiimeistä, jotka vastaavat erikseen määritetystä palvelu/väestö kokonaisuudesta.

Palvelukeskusten ja palvelupisteiden tueksi vahvistetaan erityisesti digitaalisesti toteutettavia etäpalveluita. Tavoitteena on, että fyysisistä käynneistä 40 prosenttia siirtyy vaiheittain digitaalisiksi käynneiksi. Hyvinvointialueen digitaalisia palveluita tuotetaan alueellisesti koko väestölle (kuva 1) ja hoidon jatkuvuuden kannalta kriittisille asiakassuhteille luodaan erilliset palvelukanavat (kuva 2).

Terveysthuollon avopalveluissa monisairaiden ja paljon palveluita käyttävien asiakkaiden tunnistaminen palvelupisteessä tai palvelukeskuksessa on ratkaisevan tärkeää, jotta hoidon jatkuvuudella voidaan parantaa hoidon vaikuttavuutta. Palvelupisteiden toiminta keskittyy sellaisten asiakasryhmien hoitoon, joiden hoitoa ei voida digitaalisesti toteuttaa ja välimatka palvelukeskukseen hankaloittaa hoidon toteutusta. Kiireellistä hoitoa tarvitsevien palvelut keskitetään pääosin palvelukeskuksiin.

Palvelukeskukset: Hämeenlinna, Riihimäki ja Forssa.

Palvelupisteet: Tuulos (Lammi-Hauho), Parola, Iittala, Turenki, Jokioinen, Loppi, Hausjärvi

Palvelupisteiden koko skaalataan määritettyjen palveluiden ja palvelutarpeiden mukaisesti. Palvelupisteiden toiminta voi siirtyä toiseen yksikköön alueella. Tavoitteena on koota hyvinvointialueen palveluita samaan kokonaisuuteen yli toimialarajojen.

Turenkin palvelupiste toimii ensi vaiheessa palvelukeskuksena ja sen muuttamista arvioidaan osana jatkovalmisteluprosessia vuonna 2024. Päätösesitykset mahdollisista muutoksista tehdään 2024 vuoden loppuun mennessä. Parolan terveysaseman toiminta jatkuu ulkoistettuna toimintana ja sen roolia palveluverkossa arvioidaan vuonna 2026, kun sopimuskauden ensimmäinen vaihe päättyy.

Terveysthuollon kiirevastaanotto toiminta kootaan pääosin palvelukeskuksien yhteyteen ja ympärivuorokautinen perusterveydenhuollon päivystys toteutetaan keskussairaalassa.



Taulukoissa terveysasemien kontaktit ja käynnit ammattiryhmittäin vuonna 2023 ja eriteltynä käyntien osuus kontakteist

Terveysasema	Kaikki kontaktit yhteensä v.2023	Kontaktit Hoitajat	Kontaktit Lääkärit	Kontaktit Terapeutit ja avustava henk.
Forssa	79 833	51 026	28 807	
Hattula	28 836	28 653	183	
Hauho	18 586	9 990	8 101	495
Humppila	7 866	7 282	584	
Idänpää	36 018	22 634	12 951	433
Jokioinen	20 671	12 094	8 577	
Jukola	60 118	36 956	22 090	1 072
Kalvola	18 125	8 956	8 450	719
Lammi	35 735	21 819	12 991	925
Loppi	15 707	11 968	3 739	
Oitti	11 956	8 426	3 530	
Ojoinen	24 675	14 241	9 904	530
Parola	24 497	3 957	20 540	
Renko	16 546	9 018	7 090	438
Riihimäki	226 450	138 499	86 832	1 119
Tammela	28 342	18 334	10 008	
Tervakoski	24 814	17 987	6 803	24
Turenki	64 935	45 085	19 799	51
Viipurintie	180 310	111 007	64 043	5 260
Ypäjä	9 348	6 741	2 607	
Kaikki yhteensä	933 368	584 673	337 629	11 066

Käynnit* Hoitajat	Käynnit* Lääkärit	Käynnit* Terapeutit ja muut
14 941	11 126	
2 394	65	
2 411	2 562	349
1 823	247	
2 554	5 937	312
3 090	3 552	
5 632	6 766	695
2 502	4 013	304
6 789	4 784	471
2 782	1 194	
1 398	1 172	
3 463	2 426	369
2 700	5 470	
1 461	1 740	226
34 320	36 519	684
3 501	3 003	
3 081	3 153	16
6 990	11 290	34
19 160	16 530	1 902
1 790	2 210	
122 780	123 759	5 362
* Käynnit sisältyvät kontakteihin		



palveluiden kokonaiskustannuksia. Esitettyjen muutosten vaikutukset kohdistuvat pääosin kiireellistä ja satunnaista palvelua tarvitseviin asiakkaisiin, joiden palveluiden tuottamispiste siirtyy palvelukeskuksiin ja sähköisiin kautta digitaalisiin palvelukanaviin. Palveluverkon muutokset vähentävät toimipisteiden määrää maltillisesti, eikä etäisyydet kriittisten asiakasryhmien osalta kasva pitkiksi (kuva 9). Palvelupisteissä hyödynnetään jo käytössä olevia parhaita käytäntöjä alueella.

Merkittävin muutos koskee Hämeenlinnan seutua, jossa kantakaupungin palveluita esitetään koottavaksi Ahvenistonmäelle hyvinvointialueen omistamiin tiloihin määrätysperiaatteiden mukaisesti. Ahvenistonmäen osalta on tehtävä investointeja käyttöään jatkamiseksi, mutta investointitarve on maltillinen. Ahvenistonmäen käytön jatkamisella saadaan aikaiseksi merkittävä taloudellinen hyöty, joka syntyy vähentyvien ulkopuolisten vuokratkustannusten sekä poistokustannusten muutosten kautta. Ahvenistonmäen jatkokäyttö on läpileikkaava muutosesitys, jolla on vaikutuksia kaikille toimialoille.

Riihimäen seudun muutokset ovat pieniä, koska seudulla muutoksia on jo tehty terveystakeskuskuntayhtymän aikana. Forssan seudulla muutokset kohdentuvat perusterveydenhuollon avopalveluiden kokoamiseen isompiin yksiköihin. Pääosin skaalataan palvelurakennetta palvelupistemallin kautta sekä siirretään toimintaa sopivampiin tiloihin.

9.3.2 Muutosesitys: Perusterveydenhuollon Sairaalapalvelut

Perusterveydenhuollon sairaalapalveluiden toiminta on ottanut merkittäviä kehitysaskelia kotisairaaloiminnan laajennettua koko Kanta-Hämeen alueelle vuonna 2023. Terveystakeskussairaaloiden paikkatarpeeseen vaikuttaa merkittävästi myös ikäihmisten palveluita odottavien asiakkaiden osuus. Ikäihmisten osalta esitetään lyhytaikaisen ympärivuorokautisen hoivan kokoamista, jolloin terveystakeskussairaaloiden osastoilla odottavien asiakkaiden määrä oletetaan laskevan merkittävästi. Kotisairaalan toiminnan laajentumisen ja ikäihmisten lyhytaikaisen hoivan muutosten vuoksi perusterveydenhuollon sairaalatoimintojen laajuutta on arvioitava uudelleen. Tarkkaa väestöpohjaista paikkamäärää ei ole siksi perusteltua esittää tässä vaiheessa.

Perusterveydenhuollon sairaalatoiminnot esitetään koottavaksi palvelukeskusten yhteyteen Riihimäelle, Forssaan ja Hämeenlinnaan. Palvelukeskusten yhteyteen on koottuna sairaalatoimintojen kannalta tärkeitä palveluita, muun muassa diagnostiikka (röntgen, laajat laboratoriopalvelut, tukipalvelut ja kuntoutus). Toimintaa tukevien palveluiden tuottaminen palvelukeskusten yhteydessä on toiminnan ja resurssoinnin näkökulmasta häiriöttömämpää kuin pienemmissä yksiköissä.

Forssan ja Riihimäen seudun osalta ei esitetä muutoksia nykyiseen rakenteeseen, mutta tilannetta on aktiivisesti seurattava kotisairaalan ja kotiin vietävien palveluiden kehittyessä.

Hämeenlinnan seudun osalta esitetään perusterveydenhuollon sairaalatoimintojen vaiheistettua kokoamista Ahvenistonmäelle ja Assi-sairaalaan, jossa on saatavilla kaikki tarvittavat diagnostiset palvelut.

Perustelut:

Kotisairaalatoiminnan laajentaminen alueelliseksi palvelukokonaisuudeksi ja kotihoidon lääketieteellinen tuki vähentävät terveyskeskussairaalapaikkojen tarvetta alueella. Lisäksi ensihoidon ja kotisairaalan yhteisen Gerbiili-toimintamallin käyttöönotto tukee kotiin vietäviä palveluita.

Perusterveydenhuollon sairaalatoiminta tarvitsee potilasturvallisuuden varmistamiseksi tukevia palveluita, muun muassa diagnostiset palvelut, joiden tuottamista pienissä yksiköissä on henkilöstön saatavuuden ja kustannusrakenteen näkökulmasta epätarkoituksenmukaista jatkaa.

Kotiin vietävien palveluiden ja kotisairaalatoiminnan lisääminen nostaa vuodeosastohoidossa olevien asiakkaiden hoitoisuutta, joka näkyy kasvavana diagnostisten palveluiden tarpeena.

Suorat kustannusvaikutukset tulevat vuokratulujen vähenemisenä ja välillisesti syntyy säästöjä muun muassa vuokratyövoiman käytöstä, siirtokustannuksista sekä yhteisistä toiminnoista ja tukipalveluista. Toiminnan siirrosta ei aiheudu merkittäviä kustannuksia.

9.3.3 Muutosesitys: Diagnostiset palvelut

Hyvinvointialueen diagnostiset palvelut muodostuvat kolmesta osakokonaisuudesta, sairaala-apteekki, kuvantaminen ja laboratoriopalvelut. Laboratoriopalveluiden tuottamisesta vastaa Fimlab Oy.

Sairaala-apteekin esitetään toimivan yhdessä pisteessä; Assi-sairaалassa. Koko hyvinvointialueen lääkehuolto pystytään toteuttamaan lääkelain puitteissa Assin sairaala-apteekista. Sairaala-apteekki tuottaa myös klinisen farmasian palveluita (osastofarmaseutit) hyvinvointialueen eri toimialojen yksiköihin.

Kuvantamis- ja laboratoriopalveluja esitetään koottavaksi neljään pisteeseen: Riihimäen, Forssan ja Hämeenlinnan palvelukeskuksiin sekä Assi-sairaalaan. Palvelukeskusten rooli leikekuvantamisessa (MRI, TT, SPECT, PET-TT) on arvioitava jatkovalmistelussa, jotta voidaan varmistaa henkilöstön saatavuus ja laitteiden korkea käyttöaste. Kuvantaminen Janakkalassa esitetään päättyväksi vuoden 2024 aikana. Hämeenlinnan terveyskeskuksen toiminta siirtyy Assi-sairaalaan muuton yhteydessä.

Laboratoriopalveluiden näytteenottoverkosto noudattelee palvelukeskus- ja palvelupistemallia. Tulevaisuudessa näytteenottoa voidaan tehdä myös muissa julkisissa tiloissa, esimerkiksi kauppakeskuksessa. Lisäksi näytteenottopisteiden aukioloaikoja sopeutetaan tutkimusmäärien mukaan.

Riihimäen ja Forssan kiirevastaanottojen viikonloppuaikainen laboratoriotointa esitetään siirryttäväksi vaiheittain vierianalytiikalla toteutettavaksi.

Perustelut:

Diagnostiset palvelut, etenkin kuvantaminen, on hyvin laitekeskeistä toimintaa, jossa korostuu laitteiden käyttöaste ja henkilöstön saatavuus. Toiminta on perusteltua koota palvelukeskuksiin, joissa laitteiden käyttöaste on korkeampi ja henkilöstön saatavuus voidaan helpommin turvata.

Kalliiden laitteiden hajasijoittamista tulisi tulevaisuudessa välttää henkilöstön osaamisen varmistamiseksi. Laitekannan kokoaminen palvelukeskuksiin laskee tulevaisuuden investointikustannuksia ja vähentää vuokratyövoiman käyttöä yksiköissä.

Laboratoriotoinnin kokoaminen korkeamman volyymin yksiköihin puolestaan laskee kustannuksia.

9.3.4 Muutosesitys: Erikoissairaanhoidon palvelut

Erikoissairaanhoidon palveluita tuotetaan palvelukeskuksissa ja keskussairaalassa. Palvelukeskuksissa tuotetaan erikseen määritettyjä erikoissairaanhoidon avopalveluita (poliklinikkatoiminta) lähi- tai etäpalveluna tai konsultaatiopalveluna huomioiden väestön tarve, henkilöstön saatavuus sekä toiminnan kustannustehokkuus. Palveluverkossa ei määritetä yksittäisten erikoisalojen toimintaa palvelukeskuksissa, vaan siitä vastaa erikoisalan ylilääkäri yhteistyössä toimiala- ja tulosaluejohdon kanssa.

Erikoissairaanhoidon osasto- ja leikkaustoiminta keskittyy keskussairaalaan Hämeenlinnaan. Erikoissairaanhoitoa voi olla hajautetusti, esimerkiksi polikliinista kirurgiaa, dialyysihoitoja ja päiväsairaalatoimintaa.

Perustelut:

Erikoissairaanhoidon osasto- ja leikkaustoiminnan tuottaminen yhdessä toimipisteessä on perusteltua. Potilaan hoidon jatkuvuus joustavasti yli erikoisalarajojen parantaa potilasturvallisuutta.

Erikoissairaanhoidon roolia konsultoivana yksikkönä tulee korostaa perusterveydenhuollon suuntaan, mikä vahvistaa perusterveydenhuollon roolia palvelurakenteessa.



9.3.5 Muutosesitys: Mielenterveys- ja päihdepalvelut

Mielenterveys- ja päihdepalveluita tuotetaan palvelukeskuksissa, -pisteissä ja keskussairaalan yhteydessä. Asumis- ja laitostuntoutuspalvelut (arvioinnit, asumispalvelut ja kotiin vietävät palvelut) ovat pääosin ostopalveluja. Omia asumisyksiköitä on kaksi, molemmat Riihimäellä.

Asumispalveluiden asiakasmäärä ja ostopalvelukulut ovat olleet jyrkässä kasvussa viime vuosina. Usein potilaat ajautuvat kalliimpiin asumispalveluihin psykiatrian osastokierteen ja kuntoutusjakson kautta, jolloin asiakas päätyy jonottamaan yksityisen asumispalveluyksikön tarjoamalle kahden kuukauden arviointijaksolle, josta tulee sijoitussuositus. Päättös on hyvinvointialueen käsissä, mutta se perustuu yksityisen palveluntuottajan arvioon. Siksi esitetään perustettavaksi hyvinvointialueen oma asumispalveluiden arviointi- ja kuntoutusyksikkö, jossa voisi myös järjestää intervallijaksoja kotiin tuetuille asiakkaille.

Mielenterveys- ja päihdeyksiköissä tuotetaan avopalveluita lähi-, etä- tai konsultatiivisena palveluna tiiviissä yhteistyössä perusterveydenhuollon lääkäreiden kanssa väestön tarpeet, henkilöstön saatavuus ja toiminnan kustannustehokkuus huomioiden. Psykiatrisen erikoisalojen (lastenpsykiatria ja psykiatria) poliklinisia palveluita tarjotaan sairaalan yhteydessä Forssassa, Riihimäellä ja Hämeenlinnassa. Kaikki psykiatristen erikoisalojen ostopalvelut on keskitetty Hämeenlinnan sairaalaan. Hämeenlinnan nuorisopsykiatrian poliklinikka on vuokratiloissa Keinusaassa.

Nuorisopsykiatrian poliklinikan siirtämistä esitetään Ahvenistonmäelle. Lisäksi esitetään, että Hämeenlinnan mielenterveys- ja päihdepalveluille (mukaan lukien päihdeavohoito, katkaisu- ja vieroitushoito sekä korvaushoito) järjestetään tilat Ahvenistonmäeltä.

Alkoholi- ja huumeriippuvaisille tarkoitettu 8-paikkainen katkaisu- ja vieroitusosasto sijaitsee Viipurintien kiinteistössä. Korvaushoidossa hoidetaan huumeriippuvaisia ja jaetaan muun muassa päivittäisiä korvaushoitoannoksia. Hämeenlinnassa korvaushoidolle on vuokrattu tilat Lukiokadulta, Forssassa, Riihimäellä ja Janakkalassa korvaushoitoa toteutetaan palvelukeskuksissa ja pisteissä. Edellä mainituissa yksiköissä asioidaan selvin päin.

Uusi lakisääteinen toiminta Päivätupa sijaitsee vuokratiloissa Matti Alangon kadulla Hämeenlinnassa. Tässä päiväkeskuksessa voi asioida päihtyneenä ja siellä voi käydä lepäämässä ja huoltamassa itseään (suihku, pyykkikone, ruokailu, sos.tt palvelut jne). Esitetään, että myös edellä mainituille päihdehoidon yksiköille osoitetaan tilat Ahvenistonmäeltä. Päiväkeskustoimintaa on myös Forssassa entisen osasto 11 tiloissa ja Riihimäellä MPY:n yhteydessä (Pumppu).

Hyvinvointialueelta puuttuu kokonaan selviämisasema, jonne päihtynyt henkilö, joka ei ole ensiavun tarpeessa, eikä kuulu poliisin hoteisiin, voitaisiin ottaa suojaan silloin, kun hän ei pysty huolehtimaan itsestään. Tällä hetkellä nämä henkilöt kuljetetaan Lahteen ja pääkaupunkiseudulle, mistä palvelua ostetaan. Selviämisaseman voisi sijoittaa vieroitus- ja korvaushoitoyksikön yhteyteen.

Perustelut:

Oma asumispalveluiden arviointi- ja intervalliyksikkö vähentäisi ostopalveluita (arviointijakson hinta on noin 12 000 euroa). Lisäksi se lyhentäisi kalliiden psykiatristen osastojen kuntoutusjaksojen tarvetta sekä parantaisi arvioiden objektiivisuutta. Lisäksi hyvinvointialueelle syntyisi realistinen käsitys asiakkaiden tarpeista, jolloin palveluita voitaisiin kehittää oikeaan suuntaan.

Nuorisopsykiatrian poliklinikka hyötyisi nuorisopsykiatrian JOPO-poliklinikan ja osaston läheisyydestä, koska he hoitavat yhteisiä potilaita. Mielenterveys- ja päihdepalveluiden hoitajia koulutetaan lyhytpsykoterapeuttisten menetelmien käyttämiseen. Siihen työhön hoitajat tarvitsevat rauhalliset tilat läheltä toisiaan, jotta kollegiaalinen tuki on lähellä.

Päihdehoidolle on haastavaa löytää tiloja, sillä ihmiset eivät yleensä halua näitä ihmisiä lähelleen lieveilmiöiden pelossa. Korvaushoidossa, katkaisu- ja vieroitusyksiköllä, päihdeavopalveluilla ja päivätoiminnalla on yhteistä resurssia (päihdelääkäri, oh, ja sos.tt), joten ne kannattaa sijoittaa lähelle toisiaan.

Oma selviämisasema vähentäisi yhteispäivystyksen kuormitusta sekä siirto- ja ostopalvelukuluja. Se olisi hyvä sijoittaa lähelle katkaisu- ja vieroitusyksikköä, jotta hoitajaresurssia olisi helposti saatavilla.

9.3.6 Muutosesitys: Kuntoutuspalvelut

Kuntoutuksen palveluita tuotetaan palvelukeskuksissa, palvelupisteissä, erikoissairaanhoidon poliklinikoilla ja osastoilla, perusterveydenhuollon osastoilla sekä potilaiden omassa toimintaympäristössä. Lasten ja nuorten kuntoutuksen puhe- ja toimintaterapeutit toimivat perhekeskuksen tiloissa. Digitaalisia palvelut, videovastaanotot ja etäkuntoutusryhmät korvaavat lisääntyvästi myös vastaanottokäyntejä.

Kuulon kuntoutuksen ja kuulolaitteiden tarve lisääntyy ikääntyvien määrän kasvaessa ja kuulolaitteita uusitaan noin 5 vuoden välein. Assin valmistuttua nykyisten keskussairaalan (Hämeenlinnan palvelukeskus) kuulokeskuksen tilojen ja äänierioiden hyödyntäminen auttaa hoitotakuun toteuttamista.



Lääkinnällisen kuntoutuksen yksilöllisten apuvälineiden varastot, huolto (laitteet), pesut (apuvälinepesukoneiden) ja erityisapuvälineiden sekä osin perusapuvälineiden sovitukset ja lainaus keskitetään alueelliseen apuvälineyksikköön. Tilat voidaan remontoida Ahvenistonmäelle Assin valmistumisen myötä vapautuviin tiloihin. Keskitetty apuvälinekeskus vähentää varastotilojen kokonaistarvetta, laiteinvestointeja, kierrossa olevien apuvälineiden määrää sekä tarvittavaa työpanosta. Keskitetyssä apuvälineyksikössä työt voidaan toteuttaa osaamiseen perustuen (terapeutit, apuvälinelogistikot, apuvälinehuoltajat, huollon ammattilaiset). Palvelukeskuksessa ja suuremmissa palvelupisteissä voidaan lisäksi sovittaa ja lainata perusapuvälineitä ja pitää väestön tarpeeseen sovitettua nykyistä pienempää varastoa perusapuvälineistä. Apuvälineitä sovitetaan myös asiakkaan toimintaympäristössä. Apuvälinekeskukseen on tarkoituksenmukaista keskittää myös laitehuoltoa, sillä potilaiden yhteiskäytössä vuodeosastoilla ja hoivassa olevia apuvälineitä (kuten nosturit, rollaattorit, suihkutuolit ym.) huoltaa tukipalveluiden tekninen huolto. Samoin asunnonmuutostyöt, joka on vammaispalvelulakiin perustuva toimintaa, keskitetään keskitettyyn apuvälineyksikköön.

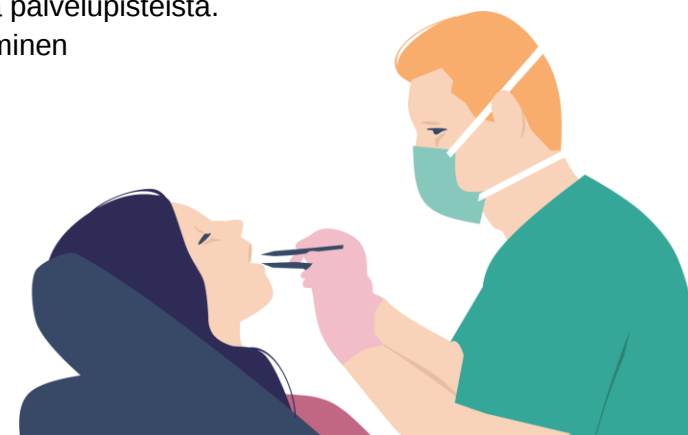
Perustelut

Perusteluja keskitetylle apuvälinekeskukselle: kaikissa nykyisissä apuvälinepisteissä on tiloihin, toimintaan, laitteisiin, henkilöstön riittävyyteen liittyviä haasteita sekä kahdessa pisteessä myös työsuojellisia epäkohtia. Assin toiminnan käynnistyessä apuvälineet joudutaan kuljettamaan Assiin seudun eri apuvälinepisteistä sekä takaisin pesua ja huoltoa varten. Ikääntymisen myötä apuvälinetarve lisääntyy ja tuo toimintaan lisähaasteita.

9.3.7 Muutosesitys: Suun terveydenhuolto

Suun terveydenhuollon palvelurakenteen esitetään muodostuvan 2030 mennessä kolmesta palvelukeskuksesta ja siirrettävistä palvelupisteistä. Siirtymävaihetta aikataulutetaan ja koordinoidaan yhdessä muiden palveluiden kanssa. Suun terveydenhuollon palveluita tuotetaan siirtymäaikana edelleen osassa kiinteistä palvelupisteistä. Muutoksen aikataulutus on välttämätöntä toteuttaa hallitusti ja uusien hoitohuoneiden sijoittaminen palvelukeskuksiin tapahtuu vaiheittain laitteiden elinkaarten ja siirtojen myötä.

Palvelukeskukset muodostuvat useista tiimeistä, jotka vastaavat erikseen määritetystä palvelukokonaisuudesta. Samaan aikaan palveluverkon muutosten kanssa suun terveydenhuollon palvelua kehitetään aktiivisesti siten, että asiakkaille tuotetaan palvelua kerralla enemmän- ajattelumallin mukaisesti (Kerralla kuntoon -toimintamalli toimii vain rajatulle asiakasryhmälle suun terveydenhuollossa). Tällä tavalla minimoidaan haittoja siitä, että kiinteää lähipalvelua ei ole nykyisessä laajuudessaan saatavilla. Lisäksi suun terveydenhuollossa kiinteiden palvelukeskusten rinnalle tuodaan siirrettävillä palvelupisteillä lähipalvelua vastaamaan erityisesti kouluterveydenhuollon tarpeisiin.



Palvelupisteinä toimivien siirrettävien hammasyksiköiden toiminta laajenee vaiheittain vuosien 2024–2026 aikana.

Perustelut:

Palveluverkon määrittelyperiaatteiden mukaisesti kalliita laiteinvestointeja sekä tukipalveluja runsaasti käyttävät palvelut kootaan palvelukeskuksiin. Suun terveydenhuollon toiminta on erittäin toimenpidevaltaista ja palvelut ovat täysin riippuvaisia välinehuollon kanssa toimivasta saumattomasta yhteistyöstä. Välinehuollon ja suun terveydenhuollon palveluverkon samankaltaisuus tuo etuja vähentyvinä kuljetuspalveluiden sekä välineiden määrällisenä tarpeena.

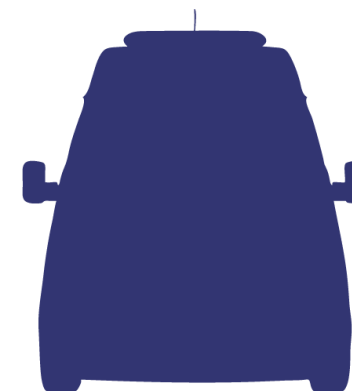
Suun terveydenhuollossa kollegojen vahva tuki on edellytys hammaslääkäri- sekä suuhygienistihenkilöstön rekrytoinnille. Erikoishammaslääkäritasoisien sekä pitkälle perehtyneen kollegan konsultoinnin mahdollisuus on merkittävä potilasturvallisuuteen vaikuttava tekijä, laajan kuvantamislaitteiston ohella. Koko hampaiston sekä leukojen kuvantamisessa käytettävät laitteet ovat osa kliinisten tukipalveluiden palvelukeskuksiin koottavaa palveluverkkoa.

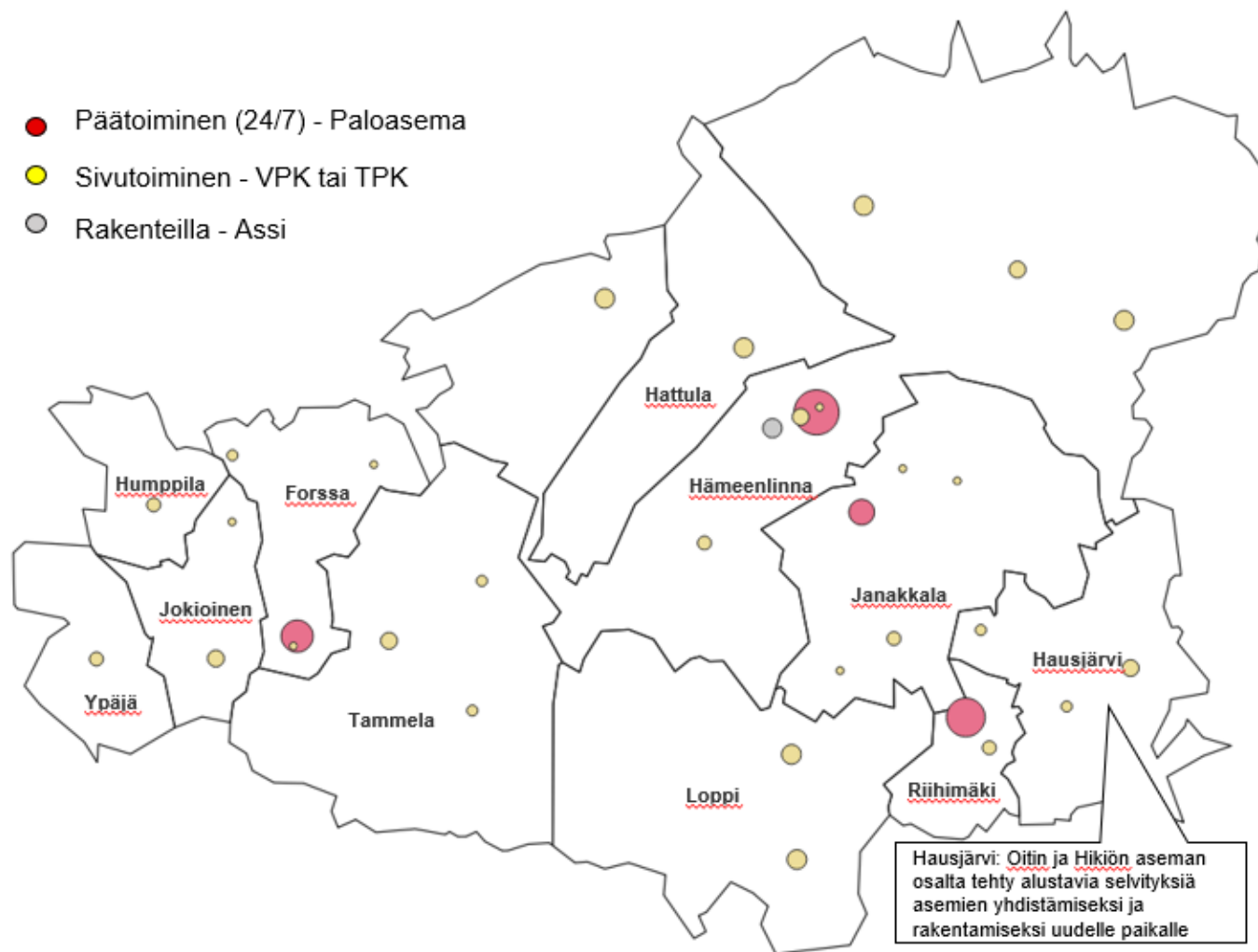
Suun terveydenhuollon palveluiden tuottaminen asiakkaalle mahdollisimman vähillä käynneillä on asiakkaan näkökulmasta kaikkein edullisin tapa suun ja hampaiston kokonaisuudessa, sillä jokaisesta käynnistä laskutetaan erillinen käyntimaksu toimenpidemaksujen lisäksi. Se on myös toimintatapa, missä ammattilaisten työajasta saadaan suurempi osuus kohdennettua välittömään asiakastyöhön, kun hoituhuoneen välisiivoukset vähenevät. Kerralla enemmän -toimintamallia voidaan toteuttaa parhaiten olosuhteissa, missä eri suun terveydenhuollon ammattilaiset työskentelevät riittävän lähellä toisiaan ja toiminnalle joustavuutta tuo riittävän monen hoituhuoneen kokonaisuus.

9.4 Pelastustoimi

Pelastustoimen palveluverkosto koostuu jatkossakin sekä päätoimisen henkilöstön että sopimuspalokuntien miehittämistä paloasemista. Nykyinen verkosto on täydentymässä Assi-sairaalan yhteyteen rakennettavalla paloasemalla (kuva 22.).

Hämeenlinnan paloaseman tontilla sijaitsevasta entisestä hätäkeskuksen kiinteistöstä voidaan toimintojen ja talotekniikan uudelleen järjestelyjen jälkeen tarvittaessa luopua. Ensisijaisesti kuitenkin kiinteistön käyttöä tulee tehostaa huomioiden kaikkien toimialojen tarpeet. Myös muiden paloasemien yhteiskäyttöä kaikkien toimialojen palveluiden tukemiseksi selvitetään. Joidenkin paloasemien yhdistämistä selvitetään, tällainen alustava arviointi on tehty Hausjärvellä (Oitti ja Hikiä).





Kuva 20. Pelastustoimen toimipisteet.

Perustelut:

Pelastustoimen ja ensihoidon paloasemaverkon määrittely ja tarve perustuu ensisijaisesti toimintavalmiusaika-vaatimuksien täyttymiseen, eikä verkostoa siten ole mahdollista olennaisesti harventaa.



9.5 Konserni- ja tukipalvelut / strategia- ja integraatio

Toimialojen palvelurakenne ja hallinto kootaan pääsääntöisesti hyvinvointialueen omiin toimitiloihin. Palvelutuotannon tukipalvelujen muutokset pohjautuvat terveydenhuollon, ikäihmisten ja pesovan toimialojen palvelurakennemuutoksiin.

Hyvinvointialueen hallinnon toiminta kootaan hyvinvointialueen omistamiin tiloihin ja etätyöskentelymalleja tuetaan. Ensimmäisessä vaiheessa Sibeliuksenkadun toimitiloista luovutaan ja toiminnot siirretään Viipurintielle ja keskussairaalalle.

Perustelut:

Hyvinvointialueen kannattaa siirtää hallinnon toiminnot vuokratiloista omiin tiloihin useista syistä. Aluevaltuusto on linjannut, että hyvinvointialue käyttää ensisijaisesti omia toimitiloja korkealla käyttöasteella. Toiseksi omien tilojen käyttö on kustannustehokasta ja vähentää kustannuksia suhteessa jatkuviin vuokratuluihin. Kolmanneksi hallinnon toiminnot eivät vaadi tiloilta erityisiä muutostöitä, vaan tiloja saadaan tarvittaessa muutettua toimistokäyttöön maltillisin kustannuksin. Etätyön lisääntyessä hallinnon tehtävien päivittäinen tilatarve vähenee, ja omien tilojen käyttö mahdollistaa resurssien tehokkaamman käytön.

Hallinnon toimintojen sijoittaminen omiin tiloihin yhdessä muiden hyvinvointialueen toimialojen kanssa lisää väistämättä myös toimialojen toiminnallista yhtenäisyyttä. Tämä helpottaa tiedonkulkua ja yhteistyötä eri tulosalueiden välillä.

10. Muutosesitysten kustannusvaikutukset 2024–2030

Palveluverkkosuunnitelmassa esitettyjen muutosten täysimääräinen vaikutus hyvinvointialueen talouteen ja palveluverkkoon toteutuu vaiheittain. Toimenpiteiden toteuttamista vaiheistaa vuokra-asetus, joka sitoo hyvinvointialueen maksamaan pääoma- ja ylläpitovuokraa alueen kunnille vuoden 2025 loppuun asti. Vuokra-asetus koskee vain kunnilta tai kuntayhtymiltä vuokrattuja tiloja, joten toimenpiteitä palvelurakenteen muutosten osalta voidaan tehdä nopeammalla aikataululla yksityisiltä toimijoilta vuokrattujen tilojen osalta.

Kanta-Hämeen palveluverkkosuunnitelman päätavoitteena on muokata palvelurakennetta niin, että alueen väestölle tärkeät sosiaali- ja terveydenhuollon sekä pelastustoimen palvelut voidaan tuottaa valtion rahoituksen puitteissa. Toimialojen muutosesitykset sisältävät useita oikean suuntaisia toimenpiteitä, joille ei suoraan pystytä laskemaan tarkkaa kustannusvaikutusta. Pääsääntöisesti kaikilla muutoksilla saavutetaan kustannustehokkaampi palveluiden tuottamistapa alueen väestölle.

Palvelukeskus ja palvelupiste -toimintamallin käyttöönotto tarkoittaa muutoksia erityisesti terveydenhuollon ja perhe-, sosiaali- ja vammaispalveluiden toimialoille. Toimintojen kokoaminen samoihin tiloihin lisää toiminnallista integraatiota ja toimialojen yhteistyötä.



Sähköisten ja digitaalisten palvelukanavien käytön vahvistaminen vähentää tilatarpeita ja muuttaa palvelujen tuottamistapaa. Toimintamallin muutos tarkoittaa myös toimipisteiden vähentämistä tai palveluiden siirtoa toisiin toimipisteisiin tulevaisuudessa sekä toimipisteiden toiminnan skaalaamista.

Palveluverkon ja -rakenteen kustannusvaikutukset täsmentyvät, kun kuntien kanssa käydään läpi tilojen muutostarpeet ja toimintojen mahdollinen uudelleensijoittaminen muihin yksiköihin. Irtisanottavat vuokrasopimukset täsmentyvät neuvotteluiden jälkeen. Liitteenä on alustava listaus irtisanottavista vuokrakohteista. (liite 1: Toimitilat ja vuokrat)

Muutosesitysten merkittävin kustannusvaikutus syntyy sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen kokoamisesta Ahvenistonmäelle. Muutosesityksellä on merkittävä vaikutus eteenkin Hämeenlinnan kantakaupungin palvelurakenteeseen. Muutoksella ei ole merkittäviä vaikutuksia itse palveluihin. Kustannusvaikutukset syntyvät seuraavista tekijöistä:

- Tilojen käyttöä jatkaminen
 - Alaskirjaus
 - Poisto-ohjelma
 - Purkukustannukset
- Vuokrakustannukset
- Ylläpitokustannukset
- Palveluiden integraatio

Ahvenistonmäen toimitilojen käyttöä jatkaminen 15 vuodella muuttaa sairaanhoitopiirin laatimaa poistosuunnitelmaa. Poistot laskevat vuosina 2023–2027 5,8 miljoonaa euroa ja vuodelle 2027 suunniteltua alaskirjausta ei toteuteta. Alaskirjauksen tuloslaskelma vaikutus olisi noin 25 miljoonaa euroa. Ahveniston mäen osalta on huomioitava myös purkukustannukset, jos palvelukeskusta ei sijoiteta Ahvenistolle, arvio 5–7 miljoonaa euroa. Käyttöä jatkaminen jakaa Ahvenistonmäen jäännösarvon tuleville käyttövuosille niin, että poistot lisääntyvät n. 6 miljoonaa euroa vuosina 2027–2033. 2030 – luvulla poistotaso laskee arvion mukaan 3–4 miljoonaa tasolle. 2030 luvulla tehtävät peruskorjausinvestoinnit nostavat poistot tasolle 6 miljoonaa euroa. Kokonaispoistotaso tulee merkittävästi laskemaan 2030 luvulla, kun Ahveniston sairaalan (Assin) laitekantaan liittyvät poistot on tehty (ensikalustus).

Ahvenistonmäen käyttöä jatkamisen suorat kumulatiiviset kustannussäästöt arvioidaan oleva 80–95 miljoonaa euroa vuosien 2023–2030 aikana. Esitetystä muutoksesta syntyy myös välillisiä kustannuksia ja säästöjä. Niiden yhteisvaikutus tulee nostamaan säästöpotentiaalia. Purku- ja alaskirjaus kustannukset toteutuvat vuosina 2045–2050 nykyisen arvion mukaisesti. Alaskirjauksen arvo on vuosina 2045–2050 merkittävästi pienempi kuin nykyarvo.

Ahvenistonmäen osalta on huomioitu kiinteistön ylläpitoon liittyvät kustannukset ja investointien vaikutukset hyvinvointialueen tuloslaskelmaan.

Ahvenistonmäelle siirtyvien toimintojen osalta säästölaskelmat on tehty varovaisuusperiaatteella. Laskelmassa on huomioitu vain suorat vuokrakustannussäästöt. Vuokratason muutoksen toteutuessa täysimääräisesti vaikutus olisi 15,8 miljoonaa euroa vuonna 2027. Säästölaskelma tehty tasolla 11,9 miljoonaa euroa. Toiminnan muutoksesta tulevia välillisiä säästöjä ei ole tässä vaiheessa huomioitu. Vuokrat on laskettu vuoden 2026 kustannustasossa.

Ikäihmisten palveluiden kustannussäästöt on merkittävältä osin kuvattu tasapainottamisohjelmassa 1, ympärivuorokautisen hoivan peittävyyslasku. Tasapainottamisohjelman yhteydessä päätettiin myös merkittävistä panostuksista ikäihmisten palvelurakenteen kehittämiseen.

Ikäihmisten palveluiden muutokset kohdistuvat neljään päätekijään:

- Ympärivuorokautisen hoivan peittävyyslasku
- Yhteisöllisen asumisen laajentaminen
- Lyhytaikaisen hoivan kokoaminen isompiin yksiköihin
- Toimintakustannuksiltaan kalleimman kolmanneksen toiminnan tehostaminen tai toiminnan lakkauttaminen / siirto

Ikäihmisten asumispalveluiden kehittämisellä on vaikutuksia myös terveydenhuollon vuodeosastotoimintoihin. Tavoitteena on, että koko ketju erikoissairaanhoidon vuodeosastotoiminnoista ikäihmisten asumispalveluihin saadaan toimimaan niin, että asiakkaat ovat hoidon ja hoivan palvelutarpeen näkökulmasta oikeassa paikassa. Lyhytaikaisen hoivan kokoaminen isompiin yksiköihin lisää toiminnan joustavuutta ja vuodeosastoilla hoitopaikkaa odottavien asiakkaiden siirto hoivayksikköön nopeutuu. Tällä hetkellä perusterveydenhuollon sairaalapalveluiden osastoilla jatkohoitoon pääsyä odottaa huomattava määrä asiakkaita (1/24 40 – 50 asiakasta). Muutos voi alkuvaiheessa hidastaa peittävyyslaskua, mutta muutos mahdollistaa säästöjen syntymisen vuodeosastotoiminnasta. Samalla erikoissairaanhoidon toimintaa rajoittavia tekijöitä pystytään purkamaan (vuodeosastokapasiteetti). Lyhytaikaisen hoivan kokoamisen osalta ei ole asetettu säästötavoitteita.

Ympärivuorokautisen hoivan peittävyyslaskun yhteydessä toimitiloja tulee jäämään pois käytöstä. Peittävyyslaskun kustannussäästöt vuosien 2024–2025 osalta on huomioitu talousohjelma 1:ssä. Palveluverkon osalta ei ole varovaisuusperiaatteen mukaisesti huomioitu vuokrasäästöjä, jotta säästöjä ei lasketa kahteen kertaan, arvio vuokrasäästöjen osalta on 0,47–1,57 miljoonaa euroa vuosina 2024–2030, kumulatiivisesti yhteensä 9 miljoonaa euroa.

Ympärivuorokautisen hoivan peittävyyslaskun osalta on säästövaikutukset laskettu talousohjelma 1 vuosien 2023–2025 osalta. Palveluverkkosuunnitelmassa on huomioitu yhteisölliseen asumiseen ja ympärivuorokautiseen hoivaan liittyvät kustannussäästöt. Yli 75-vuotiaiden määrän kasvaessa kustannukset kääntyvät kasvuun vuodesta 2027 alkaen ja vuonna 2029 on lisättävä panostuksia yhteisölliseen asumiseen ja ympärivuorokautiseen hoivaan.

Vammaispalveluiden kustannussäästöt muodostuvat toiminnan kokoamisesta kokonaistaloudellisesti järkevämpiin yksiköihin ja ulkopuolisten ostojen kotiuttamisesta. Toimistojen ja yksiköiden siirroista parempikuntoisiin tiloihin ei ole laskettu kustannussäästöjä. Osa kustannussäästöistä on jo kuvattu tasapainottamisohjelmassa 1.

Mielenterveys- ja päihdepalveluiden osalta esitetään arviointi- ja kuntoutustoiminnan kotiuttamista ja yksikön perustamista muutoksissa vapautuviin tiloihin. Tällä hetkellä toiminto ostetaan ulkopuoliselta toimijalta. Arviointitoiminta on perusteltua siirtää hyvinvointialueen omaksi toiminnaksi, joka mahdollistaa asiakasohjauksen paremman hallittavuuden.

Hallinnon toiminnan kokoaminen omiin tiloihin tuo myös suoria kustannussäästöjä. Pääosa säästöistä syntyy, kun vuokra-asetuksen mukaiset muutosrajoitteet poistuvat. Toimitiloihin tehtävillä muutosesityksillä pyritään myös siirtämään toimintoja kustannustehokkaampiin ja parempikuntoisiin toimitiloihin. Muutoksia tehdään yli toimialarajojen, joten muutoksissa on huomioitava kokonaisvaikutus, ei yksittäisen palvelun siirtoa.

Muut siirtyvät toiminnot pitävät sisällään pienten yksiköiden kokoamista hyvinvointialueen omistamiin kiinteistöihin tai vuokrakohteisiin. Esimerkiksi Riihimäen ja Forssan sairaalaan. Riihimäen sotekeskuksen arvioidut kustannussäästöt perustuvat investoinnin kannattavuuslaskelmaan. Säästölaskelmat täsmentyvät suunnittelun edetessä.

10.1 Arvioidut kustannusvaikutukset

Palveluverkkomuutoksen arvioidut suorat tuloslaskelmavaikutteiset kustannussäästöt:

Tuloslaskelma vaikutukset, toimintavuosi /m€ (säästöt + ja kulut -)								Kumulatiivinen
	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030	2024 -2030
Poisto-ohjelma muutos (arvio)	5,8	5,8	5,8	5,8	-3,6	-3,6	-3,6	12,5
Toiminnan siirto (vuokramuutos)			3,0	11,9	12,4	12,9	13,4	53,5
Ahveniston investoinnit (korot+poistot)			-0,3	-0,7	-0,7	-0,7	-0,7	-3,1
Ahveniston ylläpitokulut				-4,5	-4,7	-4,9	-5,1	-19,1
Muut siirtyvät toiminnot (vuokramuutos)		1	2,5	2,6	2,7	2,8	2,9	14,5
RMK sote palvelukeskus						2,0	2,0	4,0
Vammaispalvelut (arvio)		0,8	0,84	0,88	0,93	0,97	1,02	5,4
Ikäihmiset (kalliit yksiköt)			1,6	1,68	1,76	1,85	1,94	8,8
Peittävyys / yhteisöllinen asuminen (2026 ->)			3,7	2,3	0,8	-0,6	-1,7	4,5
Yhteensä	5,8	7,6	17,1	20,0	9,6	10,8	10,2	81,1
Yhteensä kumulatiivinen	5,8	13,4	30,5	50,5	60,1	70,9	81,1	
Alaskirjaus Ahvenisto				25,0				106,1

Kuva 21: Alustavat
tuloslaskelma
vaikutukset.

10.2 Investoinnit: Muutosesitys

Palvelukeskus ja palvelupiste -toimintamallin käyttöönotto vaatii investointeja toimitilojen muutostöiden osalta. Muutostöiden kokonaiskustannukset täsmentyvät jatkovalmistelun aikana. Investointikustannusten arvioidaan olevan maltillisia, kun niitä arvioidaan suhteessa saavutettaviin säästöihin.

Muutosesitysten merkittävin investointi kohdistuu Ahvenistonmäen toimitilojen elinkaaren jatkamiseen noin 15 vuodella ja toimitilamuutoksiin. Investoinnit esitetään toteutettavaksi kahdessa vaiheessa. Ensimmäisessä vaiheessa on tarkoitus toteuttaa investoinnit, joilla toiminnan siirto voidaan toteuttaa joustavasti. Toisessa vaiheessa toteutetaan laajempia korjauksia, jotka täsmentyvät jatkovalmistelun aikana.

- Vaihe 1, 2026–2027 6,3 miljoonaa euroa
- Vaihe 2, 2030–2040 8,7 miljoonaa euroa (alustava)

Ahvenistonmäen investoinnit kohdistuvat seuraaviin osakokonaisuuksiin vaiheessa 1:

- Toiminnalliset muutokset 1,3 miljoonaa euroa
- Tekniset muutokset 5,0 miljoonaa euroa
- Korjauskohteita eri rakennuksissa muun muassa:
 - Vesikatto
 - Poistoilmajärjestelmän päivitys
 - Salaojat
 - Materiaalivaihtoja
 - julkisivut (ikkunat/ ovet)
 - Talo-/sähkötekniikka
 - Sprinklaus
 - muuntajat / PJ-pääkeskus
 - viemärit

Ahvenistonmäen investointitarpeita on arvioitu siirtyvän toiminnan näkökulmasta. Investointitarpeet ovat merkittävästi alhaisemmat, kun lähtökohtana ei ole erikoissairaanhoidon toiminnallistekniset vaatimukset. (leikkaustoiminta, tehohoito, raskas kuvantaminen, vuodeosasto ja väistöilakustannukset ym.)

Rakennus	Käytettävät huonealat, m2	Hyödynnettävissä toimistotiloina, m2 (*)	Kuntoluokka RAK	Kuntoluokka TATE	Tämänhetkinen käyttö	Tuleva käyttötarkoitus	Kustannusarvio 2026 t€	Kustannusarvio 2027 t€	Kustannusarvio 2030-2039 t€	Yhteensä		
A	8 200	7 000	3	3	Hallinto ja psykiatria	Toimisto	215,3	215,3	5 215,2	5 645,7	Korjaustarve vuosina	
B	300	-	3	1	Tekniset tilat / pyörävarasto / varasto	Tekninen tila / varasto	43,1	43,1	615,0	701,1		
C	10 330	500	4	4	Tukitoiminnot, apteekki, obduktio, Palmia	Toimisto / varasto	0,0	0,0	246,0	246,0		
D 1-3	46 770	46 770	3	2	Sairaala	Toimisto	2 115,6	2 115,6	1 599,0	5 830,2		Kuntoluokka 1 1-3
D4-6			3	3	Sairaala, synnytysosasto, välinehuolto	Toimisto	73,8	73,8	615,0	762,6		Kuntoluokka 2-3 4-10
D7			4	4	Päiväkirurgia	vastaanotto	0,0	0,0	123,0	123,0		Kuntoluokka 4-5 11->
E1-3			3	3	Erikoissairaanhoido / Kuvantaminen	Toimisto	0,0	0,0	123,0	123,0		
E4			3	3	Kuntoutus / allas	Allas	61,5	61,5	0,0	123,0		
E5			4	4	Päivystys, kuvantaminen	Arkisto	0,0	0,0	0,0	0,0		
F			2	3	Erikoissairaanhoido	Toimisto	0,0	0,0	184,5	184,5		
G	220	220	3	3	Lasten avopsykiatria	Uusi lastensuojelu yksikkö	0,0	0,0	0,0	0,0		
H	-	-	1	1	Tyhjä	Ei käyttötarkoitusta	0,0	0,0	0,0	0,0		
J	-	-	1	1	Tyhjä	Ei käyttötarkoitusta	0,0	0,0	0,0	0,0		
K	580	580	1	1	Kuntosali / varasto	Ei käyttötarkoitusta	0,0	0,0	0,0	0,0		
L	-	-			Tyhjä	Ei käyttötarkoitusta	0,0	0,0	0,0	0,0		
M	137	137	3	3	Psykiatrian avovastaanotto	Toimisto / avovastaanotto	0,0	0,0	0,0	0,0		
Yht	66 537	55 207				Yhteensä	2 509,2	2 509,2	8 720,7	13 739,1		
(*) Tyhjeneissä tiloissa on mukaan laskettu myös käytävät ja tekniset tilat												

Kuva 22: Ahvenistonmäen toimitilojen kunto ja investointikustannukset

Hyvinvointialueen aluevaltuuston hyväksymien poistoperiaatteiden mukaisesti vaiheen 1 investointien vaikutukset hyvinvointialueen tuloslaskelmaan ovat vuositasolla 250–350 000 euroa.

Lisäinvestointitarpeet muiden toimintojen osalta arvioidaan olevan 1–2 miljoonaa euroa vuosina 2025–2026.

Vuoden 2024 vaihteessa hyvinvointialueelle siirtyi Ilveskotisäätiön omistamat kiinteistöt. Kiinteistöjen osalta on syntynyt korjausvelkaa, jonka takia niihin on tehtävä huomattavia peruskorjausinvestointeja. Investointien arvioidaan olevan 1,3 miljoonaa euroa.

Aluevaltuuston 19.12.2023 hyväksymässä investointisuunnitelmassa vuosille 2024–2027 on investointeja vastaaviksi sopimuksiksi kirjattu yhteen 37,9 miljoonaa euroa. Investointivaraksesta on rakennuksiin kohdistuvia investointeja kirjattu 26,9 miljoonaa euroa. Palveluverkkopäätösten jälkeen investointisuunnitelma on päivitettävä ja siitä tuodaan päätösesitys aluevaltuustolle vuoden 2024 aikana.



11. Vaikutusten arviointi, palveluverkkosuunnitelma 2026–2030

Kanta-Hämeen hyvinvointialueen hallintosäännön (aluevaltuusto 19.12.2023) 112 § mukaan ennakkovaikutusten arviointi on määritelty terveyden ja toimintakyvyn edistämisen lautakunnan, elämänkaarilautakunnan ja turvallisuuslautakunnan erityiseksi tehtäväksi.

Palveluverkkosuunnitelman ennakkovaikutusten arviointi on tehty lautakunnissa 14.2 – 23.2.2024 aikana ja arvioinnin tuloksia on hyödynnetty päätösesityksen valmistelussa.

Kanta-Hämeen hyvinvointialueen palveluverkkomuutosten ennakkovaikutusten arviointi toteutettiin hyvinvointialueiden järjestämisvastuun osalta seuraavista näkökulmista:

- 11.1 Asukkaisiin kohdistuvat vaikutukset
- 11.2 Henkilöstön saatavuus
- 11.3 Kustannuskasvun hillintä
- 11.4 Hyvinvointialue uudistuksen valtakunnallisia tavoitteita ja hyvinvointialueen strategia

Näkökulmia arvioitiin toimialoittain. Esitetyn muutoksen vaikutuksia arvioitiin nykytilaa vasten seuraavien vaihtoehtojen kautta.

- **Vaihtoehto 1**, jatketaan nykyisellä rakenteella (sisältäen talouden tasapainotusohjelman ja talousarvion mukaiset toimenpiteet)
- **Vaihtoehto 2**, esitetty muutos (sisältäen sekä yleiset että toimialakohtaiset määrittäisperusteet)



VAIKUTUSTEN ENNAKKOARVIOINTI (EVA)

Asia:	Palveluverkkomuutos
Asiasta päättävä taho ja lopullinen päätöksentekijä:	Aluevaltuusto
Valmistelija/t:	toimialat, toimialojen lautakunnat
Muut valmisteluun osallistuneet:	
Päivämäärä:	arvioinnin valmistumispäivämäärä
+ = Hyvä/ myönteinen vaikutus, - = Huono vaikutus, ± = Vaikutus voi olla hyvä ja / huono	

Kuva 23. Ennakkovaikutusten arviointilomake

Lautakunnat ovat laatineet ennakkovaikutusten arvioinnit esitetyn mallin mukaisesti helmikuussa 2024.

Asiakirjat ovat liitteenä.

Näkökulma vaikutusten arvioinnille	Vaihtoehto 1 Jatketaan nykyisellä rakenteella, sisältäen talouden tasapainottamisohjelman ja talousarvion mukaiset toimenpiteet	Vaihtoehto 2 Esitetty muutos, sisältäen sekä yleiset että toimialakohtaiset määrittäysperusteet
Asukkaisiin kohdistuvat vaikutukset		
Henkilöstön saatavuus		
Kustannuskasvun hillintä		
Sote-uudistuksen valtakunnalliset tavoitteet ja hyvinvointialueen strategia		

12. Yhteenveto lausuntokierros

Palveluverkkosuunnitelman lausuntokierroksella on annettu 28 lausuntoa ja yksittäisiä palautteita on annettu merkittävä määrä eri palautekanavia pitkin.

Lausuntoja antaneet tahot:

- Hyvinvointialueen vaikuttamiselimet
- Sidosryhmät ja järjestöt
- Kunnat
- Yksityiset henkilöt

12.1 Kuntien lausunnot

Kaikki Kanta-Hämeen maakunnan kunnat ovat lausuneet palveluverkkosuunnitelmaluonnoksesta. Osa lausunnoista on tehty eri formaatilla, joten niiden osalta on huomioitu näkökulmia yleisellä tasolla. Kuntien lausunnoissa nousi korostetusti esiin elinvoimaan liittyvät kysymykset sekä yksittäisten terveysasema toimintojen siirrot palvelukeskuksiin ja palvelupisteisiin.

Hyvinvointialue on perinyt hyvin heterogeenisen sosiaali- ja terveydenhuollon rakenteen kunnilta 1.1.2023, mikä osaltaan vaikeuttaa palveluverkon uudistamista. Taustatekijöiden vuoksi muutokset kohdistuvat seudullisesti eri tavoin ja eri tekijöihin, joka osittain koetaan kuntien lausuntojen mukaan seutukuntia ja asukkaita eriarvoistavana tekijänä. Erityisesti yksittäisen terveysaseman sulkeminen tai toiminnan siirtojen taloudellisia perusteita on tarkasteltu kriittisesti ja vain osittain on huomioitu muut hyvinvointialueen perustelut muutosten osalta (etäisyydet, henkilöstön saatavuus, toiminnan kustannusrakenne, toimitilojen kunto). Osa kunnista toivoo sosiaali- ja terveydenhuollon vahvempaa keskittämistä ja osa hajauttamista.

Kuntien lausunnoissa on tunnistettu tarve sosiaali- ja terveydenhuollon palveluverkon uudistamiselle ja valtion vahva ohjaus säästötoimenpiteiden toimeenpanon osalta. Uudistamisen tapaa on kritisoitu, kun muutos koskee kyseisen kunnan palvelurakennetta. Panostukset uusiin digi- ja etäpalveluihin sekä liikkuviin ja siirrettäviin palveluihin nähdään pääosin positiivisina muutoksina. Uusien palveluluiden osalta hyvinvointialueen tulee huomioida eri ikäryhmien kyvykkyydet ja muuttuvat palvelutarpeet.

Kunnat esittävät, että hyvinvointialueen tulee panostaa viestintään ja asiakkaiden ohjaamiseen oikeiden palveluiden piiriin. Viestinnän osalta korostetaan myös avoimuutta ja oikea-aikaisuutta.

Hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen osalta kunnat toivovat syvempää yhteistyötä ja näkevät, että HYTE-toiminta pitäisi nostaa yhdeksi osatekijäksi palveluverkon osalta. On myös nostettu esiin senioriasumiseen liittyvän yhteistyön syventäminen hyvinvointialueen kanssa.

Kuntien lausunnoissa nostetaan merkittävänä riskinä esiin muutosten ajallinen hallittavuus. Hyvinvointialue on pakotettu etenemään aikataululla, joka luo riskejä toimeenpanon osalta. Toimeenpanoa ohjaa lainsäädännöstä tulevat vaateet hyvinvointialueiden talouden tasapainon osalta, joka on tunnistettu myös kuntien lausunnoissa. Hyvinvointialueen tulee tämän johdosta arvioida tarkemmalla tasolla muutosten vaikutuksia ennen toimeenpanovaihetta, jotta mahdolliset haittavaikutukset olisivat rajattuja ja rajautuisivat palveluiden ulkopuolisiin tekijöihin.

Hyvinvointialueen tulee panostaa siihen, että palvelut tuotetaan kustannustehokkaasti ja alueen väestö on yhdenvertaisessa asemassa palveluiden osalta. Hyvinvointialueen palvelurakennetta tulisi kuntien mukaan suunnitella tiiviissä yhteistyössä kuntien kanssa, jotta sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakenteen suunnittelu kytkeytyisi tiiviimmin osaksi maankäytön, kaavoituksen, liikennesuunnittelun ja sivistyspalveluiden kokonaisuutta. Työvoiman saatavuuteen liittyvissä kysymyksissä kunnat toivovat tiiviimpää yhteistyötä, jotta kunnat tunnistaisivat paremmin ne tekijät, joilla kunnat pystyvät tukemaan henkilöstön saatavuutta hyvinvointialueelle.

Kuntien lausunnoissa ja alueen asukkaiden palautteissa on nostettu esiin julkinen liikenne ja palveluiden saavutettavuus koko Kanta-Hämeen alueella. Palveluiden saavutettavuuden osalta on erityisesti korostettu ikääntyvän väestön ja lapsiperheiden näkökulmia. Julkisen liikenteen osalta hyvinvointialue on esittänyt, että julkisen liikenteen palveluita kehitetään tehtyjen palveluverkkopäätösten jälkeen yhteistyössä kuntien kanssa.

Hyvinvointialueen tavoite siirtää toimintoja omiin tiloihin aiheuttaa kunnille alaskirjauksia ja purkukustannuksia tyhjille jäävien sote-kiinteistöjen osalta, joilla on negatiivisia vaikutuksia kuntatalouteen.

12.2 Vaikuttamistoimielimien lausunnot

Vammaisneuvosto:

Vammaisneuvosto tukee palveluiden kokoamista palvelukeskuksiin ja palvelupisteisiin palveluiden saatavuuden parantamiseksi. Toimeenpanon osalta esitetään vaiheistettua etenemistä, jotta muutosten vaikutuksia voidaan arvioida. Palvelukeskusten ja palvelupisteiden osalta vammaisneuvosto korostaa esteettömyyden merkitystä ja muiden rajoitteiden, kuten aistiyliherkkyyden huomioimista suunnittelussa.

Vammaisneuvosto korostaa kuljetuspalveluiden merkitystä vammaisille henkilöille. Palveluiden saatavuus ja toimivuus varmistettava. He myös nostavat esiin huolen henkilöstön saatavuudesta ja työhyvinvoinnista, etenkin jos toimipisteiden sijoittelu muuttuu merkittävästi. Myönteisenä asiana he pitävät suunniteltua uutta palvelutaloa vammaisryhmille ja sitä, että palveluita keskitetään osittain, mutta tarjotaan myös hajautetusti.

Vammaisneuvosto kehottaa varmistamaan, että kotiin vietävät palvelut eivät lisää yksinäisyyttä, ja että ne räätälöidään yksilöllisesti. He korostavat myös päivätoiminnan ja kuntouttavan ryhmätoiminnan säilyttämistä sekä järjestötoiminnan hyödyntämistä palveluissa. Lisäksi he painottavat esteettömyyden ja saavutettavuuden tärkeyttä sekä kiinteissä palvelukeskuksissa että digipalveluissa.

Vammaisneuvosto korostaa, että toimipisteiden vähennykset eivät saa vaikeuttaa lääkäripalvelujen saatavuutta.

Vanhusneuvosto;

Vanhusneuvosto toteaa, että muutosesitys on laaja kokonaisuus, mutta konkreettiset muutokset ovat vähäisiä. Pääasiallinen syy muutoksiin on taloudellinen säästöpaino, mikä näkyy selvästi taustalla. Uusia palvelumuotoja otetaan käyttöön pääasiassa kustannustehokkuuden ja säästöjen tavoittelun vuoksi. Sote-uudistuksen periaatteet ja hyvinvointialueen strategia on huomioitava toimeenpanossa. Henkilöstön riittävyys edellyttää vanhoista toimintatavoista luopumista ja uusien käytäntöjen toimivuuden varmistamista. Suuria haasteita nähdään erityisesti mielenterveys- ja vanhuspalveluissa.

Palveluverkkouudistuksen muutosesitys on tarkoitus päättää maaliskuussa, mutta alueellinen vanhusneuvosto katsoo, että muutokset tulisi esittää tarkemmin jaksotettuna ja niiden vaikutukset selvitettyinä ennen päätöksentekoa. Vanhusneuvosto huoli kohdistuu palveluiden saatavuuteen ja saavutettavuuteen sekä toiminnallisiin että taloudellisiin riskeihin. Päätäjien tulisi tehdä ylätasoon päätökset, ja operatiivinen johto toteuttaa päätökset yhdessä henkilöstön kanssa.

Mahdollisia hyötyjä muutosesityksessä nähdään etenkin digitaalisten palveluiden lisääntymisessä, mikä voi nopeuttaa potilaskontakteja ja ohjata asiakasta oikean palvelun tai hoidon piiriin. Haittavaikutuksina korostetaan henkilöstön riittämättömyyttä, liikkumisen hankaluutta sekä kasvavia kustannuksia ja eriarvoisuutta. Kotiin tuotavien palveluiden kehittämiseen ja teknisten laitteiden käyttöön kiinnitetään erityistä huomiota.

Toimeenpanossa tulisi kiinnittää erityistä huomiota ikääntyvän väestön toimintakykyarvioiden toteutukseen ja muistisairauksien lisääntymiseen. Tarvitaan uusia tapoja palvelujen järjestämiseksi, kuten osuuskuntamalli tai valinnanvapausmalli. Palvelusetelin käyttöä tulisi myös laajentaa palveluiden saatavuuden ja saavutettavuuden parantamiseksi.

Nuorisovaltuusto:

Nuorisovaltuuston näkökulmasta muutosesitykset Kanta-Hämeen hyvinvointialueen palveluverkkoon ovat positiivisia muutoksia. Esitystä kiitellään sen selkeydestä ja moderniuudesta, ja nähdään askelena kohti nykyaikaisempaa terveydenhuoltoa. Erityisesti liikkuvat palvelut nähdään toimivana mahdollisuutena.

Vaikka muutokset arvioidaan pääosin myönteisiksi, nuorisovaltuusto tunnistaa joitakin haittavaikutuksia. Näitä ovat muun muassa palveluiden etäisyys ja palvelupisteiden vähäisyys, jotka voivat vaikeuttaa palveluihin pääsyä. Haittoja pyritään pienentämään lisäämällä etäpalveluiden markkinointia ja informaatiota sekä varmistamalla riittävä henkilöstö ja palveluiden järjestäminen siirtymävaiheessa.

Muutosesityksen hyötyinä nähdään säästöjen mahdollistuminen palveluiden karsimisen myötä sekä etäpalveluiden tarjoama nopeampi palveluihin pääsy ja kynnyksen madaltuminen. Kuitenkin on tärkeää kiinnittää erityistä huomiota myös vanhusväestön tarpeisiin, kuten digitaalisten palveluiden koulutukseen ja liikkumisen helppouteen.

Toimeenpanon aikana keskeistä on varmistaa asukkaiden riittävä ja selkeä informointi sekä vastata palautteeseen kehittämällä toimintaa asiakaslähtöisesti. Tyytyväisyyskyselyt voivat toimia hyödyllisenä työkaluna palveluiden laadun ja asiakastyytyväisyyden seurannassa.

12.3 Sidosryhmien lausunnot

Palveluverkon muutosesityksen lähtökohdat ovat pääosin myönteiset, mutta huolenaiheita herättää suuri painotus kustannussäästöihin, toimipisteiden lakkauttaminen tai siirtäminen ja palveluverkkoon liittyvät merkittävät muutokset sekä elinvoimavaikutukset. Sote-uudistuksen keskeinen tavoite on helpottaa ja nopeuttaa palveluihin pääsyä, joka ei lausuntojen mukaan nouse keskeisenä tavoitteena esiin hyvinvointialueen palveluverkkosuunnitelmasta. Toimeenpanossa on tärkeää huolehtia viestinnästä asiakkaiden, asukkaiden ja henkilöstön suuntaan.

Muutosten osalta todetaan, että asukkaiden tasapuolinen kohtelu ja kulkuyhteydet palveluihin on turvattava, erityisesti haja-asutusalueilla. Palveluverkko esitetään muokattavan niin, että se perustuu seudullisiin palvelukeskuksiin, lähipalvelupisteisiin ja palvelukioskeihin.

Liikkuvien palveluiden ja digitaalisten ratkaisujen käyttöönotto vaatii huolellista suunnittelua. On varmistettava, että kaikki väestöryhmät saavat tarvitsemansa palvelut. Erityisryhmien, kuten päihdeasiakkaiden ja ikääntyneiden, tarpeet on huomioitava tarkasti. On huomioitava, että ikääntyneet ovat palvelujen käytön näkökulmasta hyvin heterogeeninen ryhmä. Saavutettavuuden ja palvelujen osalta esitetään, että ikäihmiset jaetaan kolmeen ikäryhmään: nuoret 65–74-vuotiaat, keski-ikäiset 75–85-vuotiaat ja vanhukset yli 85-vuotiaat.

Hyvinvointialueen suunnitelmaa oman tuotannon kustannustason laskemisesta, kustannustehokkuuden seurannasta ja tuotantotapa-analyysien toteuttamisesta pidetään hyvänä ratkaisuna, joka lisää toiminnan läpinäkyvyyttä. Toimeenpanossa tulisi kiinnittää erityistä huomiota yksityisen palvelutuotannon mahdollisuuksiin ja hankintastrategian sekä palveluverkon välisen rajapinnan selkeyttämiseen.

Elinvoimaan liittyvät kysymykset nousevat esiin useissa lausunnoissa eri näkökulmista. Talouden tasapainottamisen välttämättömyys on tunnistettu, mutta muutokset todetaan näivettävän elinvoiman myönteistä kehitystä edistäviä toimintoja ja toimenpiteitä maakunnassa.

Verkostomaista yhteistyötä esitetään kehittäväksi hyvinvoinnin ja terveyden edistämisessä, erityisesti perhekeskuspalveluissa. Huolta herättää vapaaehtoisuuden ja yhteisvastuun näkökulman sekä ikäystävällisyyden puute suunnitelmassa. Toimeenpanossa tulisi kiinnittää erityistä huomiota yhteistyön rakentamiseen.

Paikkakuntaakohtaisissa lausunnoissa otetaan voimakkaasti kantaa toimipisteiden puolesta ja kyseenalaistetaan laskentaperusteet. Lausunnoissa todetaan julkisen liikenteen toimimattomuus ja korvaavien uusien palvelumuotojen riittämättömyys haja-asutusalueilla.

13. Riskien hallinta

Sosiaali- ja terveydenhuollon palveluverkon muutoksiin liittyy useita riskejä, jotka voivat vaikuttaa palvelujen laatuun, vaikuttavuuteen, saavutettavuuteen ja saatavuuteen.

Valmisteluaineistojen, ennakkovaikutusten arviointien ja lausuntojen pohjalta on tunnistettu seuraavat riskitekijät:

Saavutettavuuden heikkeneminen

Palveluverkkomuutokset voivat johtaa siihen, että palvelut siirtyvät kauemmaksi asukkaista, mikä vaikeuttaa palveluiden saavutettavuutta erityisesti haja-asutusalueilla. Tilanne korostuu erityisesti niiden ihmisten kohdalla, joilla on vaikeuksia liikkumisen kanssa tai joilla ei ole omaa kulkuneuvoa.

Riskien hallintakeinot:

- Tunnistetaan asiakkaat, joilla on haasteita palveluihin pääsyssä
- Julkisen liikenteen toimivuutta kehitetään yhdessä kuntien kanssa tai järjestetään palvelu muulla tarkoituksenmukaisella vaihtoehtoisella tavalla.
- Palveluiden saavutettavuutta lisätään etäpalveluiden, kotiin vietävien, liikkuvien ja siirtyvien palveluiden avulla.

Palvelujen laadun heikkeneminen

Palvelujen keskittäminen tai vähentyminen esimerkiksi henkilöstön saatavuusongelmien takia voi johtaa palvelujen laadun heikkenemiseen. Laadun heikkeneminen voi näkyä pidempinä odotusaikoina tai vähempänä henkilökohtaisena huomiona, mikä voi vaikuttaa negatiivisesti potilaiden hoitoon ja tyytyväisyyteen.

Riskien hallintakeinot:

- Palveluiden laadun ja vaikuttavuuden hallintaa kehitetään asiakas- ja palveluohjauksella, jonka tavoitteena on ohjata asiakas oikean hoitoon tai palveluun
- Kevyempien palveluiden määrän lisääminen ja kohdentaminen asiakkaille, joiden hoito / palvelu pystytään tuottamaan vaikuttavasti kevyemmällä palveluilla.
- Palveluiden kohdentaminen asiakassegmenteittäin palvelukeskuksissa ja palvelupisteissä

Hoidon jatkuvuus

Palveluverkkosuunnitelmassa esitetyt muutokset voivat aiheuttaa nykyisten hoitosuhteiden katkeamisen toiminnan siirtyessä uuteen palvelukeskukseen tai palvelupisteeseen. Haasteet henkilöstön saatavuudessa tai henkilöstön vaihtuvuus voivat niin ikään aiheuttaa katkoksia hoidon jatkuvuuteen.

Riskien hallintakeinot:

- Hoidon jatkuvuuden varmistaminen siirtymävaiheessa siten, että oma ammattilainen säilyy samana fyysisen toimipisteen mahdollisesta muutoksesta huolimatta.
- Tietoteknisten ratkaisujen kehittäminen. Asiakkuudenhallintaratkaisut sekä hoito-, ja palvelusuunnitelmat, joilla tuetaan hoidon jatkuvuutta kokonaisuutena, jotta jatkuvuus ei ole henkilöriippuvainen ratkaisu

Väestön palvelutarve: Palvelutarve kasvaa odotettua nopeammin ja palvelurakenne ei pysty vastaamaan nopeaan palvelutarpeen muutokseen alueella. Toimipisteet ruuhkautuvat ja hoitovelka kasvaa saatavuuden heikentymisen ja hoitoon pääsyn hidastumisen johdosta.

Riskien hallintakeinot:

- Palvelutuotantotapojen kehittäminen ja monipuolistaminen. Esimerkiksi etäkonsultaatioiden, etävastaanottojen ja etädiagnostiikan käyttöönotto auttaa vähentämään ruuhkautumista fyysisissä toimipisteissä.
- Monialaisen yhteistyön vahvistaminen. Sosiaali- ja terveydenhuollon toimijoiden sekä kuntien ja kolmannen sektorin toimijoiden välistä yhteistyötä lisätään. Monialaiset tiimit voivat jakaa resursseja ja parantaa palvelujen tehokkuutta ja vaikuttavuutta.
- Hoitoprosessien tehostamista esim. turhien vaiheiden tunnistamista ja poistamista tai asiakastyöajan lisäämistä kehitetään jatkuvasti ja tavoitteellisesti.
- Luodaan toimintamalleja, joiden kautta asiakkaiden mahdollisuudet osallistua omaan hoitoonsa paranevat.
- Hyödynnetään kerättyä tietoa asiakastarpeiden tunnistamiseksi ja tarvittaessa myös toiminnan priorisoimiseksi.

Yhdenvertaisuus

Asukkaat voivat kokea palveluverkoston muutoksiin liittyvää eriarvoisuutta asuinpaikkansa sijainnin takia.

Riskien hallintakeinot:

- Palvelupisteiden sijainnissa ja palveluiden järjestämisessä huomioidaan alueellinen yhdenvertaisuus ja tasapuolisuus. Laajemman palveluvalikoiman palvelukeskukset sijoittuvat alueen kolmeen asukaskeskukseen, joihin on kohtuullinen matka koko maakunnan alueelta.
- Palvelupisteet tukevat palvelukeskusten palvelukokonaisuutta sekä Hyvinvointialue ottaa käyttöön palvelukonseptin sille väestöosalle, jonka hoidon jatkuvuus tai hoitoon hakeutuminen voi merkittävästi vaarantua palvelupisteen tai palvelukeskuksen etäisyyden, julkisen liikenteen puutteiden tai muun vastaavan seikan vuoksi eikä palvelua voida muuten tarjota asiakkaalle. Palvelu voidaan toteuttaa kiinteissä tai siirrettävissä pisteissä kuitenkin siten, että niissä ei ole päivystysluontoista vastaanottoa eivätkä pisteet ole terveydenhuoltolain 47 §:n tarkoittaman kiireettömän hoidon hoitopaikan valinnanvapauden piirissä.

Henkilöstön työmatkat

Palveluverkkosuunnitelmassa esitetyt muutokset muuttavat henkilöstön työssäkäyntipisteitä ja työmatkaan käytetty aika voi kasvaa. Työmatka voi myös vaikeutua, kun julkinen liikenne ei toimi sujuvasti alueella.



Riskien hallintakeinot:

- Julkista liikennettä kehitetään mahdollisuuksien mukaan yhdessä kuntien kanssa.
- Uudet palvelumuodot mahdollistavat myös uusia työnteon tapoja ja uusia urapolkuja.

Henkilöstön työyhteisö

Palveluverkkosuunnitelman muutokset muuttavat työyhteisörakenteita. Olemassa olevat toimivat kollegaverkostot voivat hajota. Toiminnan käynnistyessä tiedonsaanti ja konsultointi ei toimi sujuvasti.

Riskien hallintakeinot:

- Vaikka muutokset voivat hajottaa olemassa olevia kollegaverkostoja, uusien tiimien rakentaminen ja tiimityöskentelyn tukeminen auttaa luomaan uusia, toimivia yhteistyösuhteita
- Henkilöstön aktiivinen osallistaminen muutosten valmisteluun
- Palautteen kerääminen henkilöstöltä muutoksen vaikutuksista ja henkilöstön kokemuksesta esimerkiksi lähiesihenkilöiden toimesta. Tämä auttaa tunnistamaan ongelmia ja mahdollistaa tarvittavien muutosten tekemisen ja henkilöstön tukemisen prosessin aikana.
- Esihenkilöiden riittävä tukeminen ja työnohjaus muutosten aikana.

Henkilöstön uupuminen

Palveluverkon muutokset muiden muutosten rinnalla voivat aiheuttaa henkilöstön uupumista ja lisätä työkuormaa niillä alueilla, joille palveluja kootaan. Tämä voi johtaa henkilöstön vaihtuvuuteen ja vaikuttaa negatiivisesti palvelujen jatkuvuuteen ja laatuun.

Riskien hallintakeinot:

- Esihenkilöiden riittävä tukeminen ja työnohjaus muutosten aikana.
- Henkilöstön aktiivinen osallistaminen muutosten valmisteluun
- Palautteen kerääminen henkilöstöltä muutoksen vaikutuksista ja henkilöstön kokemuksesta esimerkiksi lähiesihenkilöiden toimesta. Tämä auttaa tunnistamaan ongelmia ja mahdollistaa tarvittavien muutosten tekemisen ja henkilöstön tukemisen prosessin aikana

Henkilöstöresurssit

Työnjako muutokset palvelukeskusten ja palvelupisteiden välillä voivat aiheuttaa tilanteen, jossa palveluja tarvitseville ei ole riittävästi resursseja tarjolla. Tämä voi johtaa palveluiden ruuhkautumiseen, hoitamatta jääneisiin tarpeisiin ja kokonaisvaltaisen hoidon puutteeseen.

Riskien hallintakeinot:

- Palvelukeskusten ja palvelupisteiden resurssien balansointi ja työnkuorman tasainen jakaminen toimipisteiden välillä.
- Hoidon ja palvelun ohjauksessa hyödynnetään koko alueen palveluverkkoa niin, että asiakkaalle voidaan tarjota palvelua toisesta palvelukeskuksesta tai palvelupisteestä.

Henkilöstön sitoutuminen

Henkilöstö ei sitoudu esitettyihin ratkaisuihin ja toimeenpano epäonnistuu. Toimeenpanovaiheen ongelmat aiheuttavat palveluiden ruuhkautumisen ja henkilöstön vaihtuvuus kasvaa

Riskien hallintakeinot:

- Varhainen ja avoin viestintä henkilöstön kanssa. Johdon on kuvattava selkeästi muutosten tarve, tavoitteet ja suunnitellut ratkaisut.
- Henkilöstön aktiivinen osallistaminen muutosten valmisteluun
- Muutosjohtamisen tuki esihenkilöille, jotta he pystyvät tukemaan henkilöstöä muutoksen läpi viemisessä.

Uudet palvelumuodot

Panostukset uusiin palveluihin eivät toteudu tai alueen väestö ei ota käyttöön uusia palvelumuotoja. Kivijalka palvelut ruuhkautuvat ja palveluiden saatavuus heikkenee. Alueen väestön kyky ottaa käyttöön uusia palvelumuotoja vaihtelee. On riski, että osa väestöstä jää tarvitsemiensa palveluiden ulkopuolelle

Riskien hallintakeinot:

- Uusien palvelumuotojen käyttöönottoa seurataan hyvinvointialueen, toimiala- ja tulosaluejohdon toimesta. Mahdollisiin poikkeamiin puututaan aktiivisesti.
- Palveluverkon muutosten vaikutuksia arvioidaan systemaattisesti

- Uusien palvelumuotojen käyttöönottoa vaiheistetaan asetettujen raamien puitteissa ja varaudutaan kivijalkapalveluissa tapahtuviin ruuhkatilanteisiin.

Väestön eriarvoistuminen

Palveluverkon muutokset voivat lisätä väestön eriarvoistumista, kun kaikilla ei ole kyvykkyyttä tai välineitä ottaa käyttöön uusia palvelumuotoja. Erityisesti syrjäseuduilla tai pienemmissä kunnissa asuvat ihmiset voivat jäädä ilman tarvitsemaansa hoitoa tai palveluja.

Riskien hallintakeinot:

- Palvelupisteiden sijainnissa huomioidaan erityisesti haavoittuvimmassa ja heikommassa asemassa olevat asukkaat ja niiden sijainti ja sisältö suunnitellaan sen mukaan.
- Hyvinvointialue ottaa käyttöön palvelukonseptin sille väestöosalle, jonka hoidon jatkuvuus tai hoitoon hakeutuminen voi merkittävästi vaarantua palvelupisteen tai palvelukeskuksen etäisyyden, julkisen liikenteen puutteiden tai muun vastaavan seikan vuoksi eikä palvelua voida muuten tarjota asiakkaalle. Palvelu voidaan toteuttaa kiinteissä tai siirrettävissä pisteissä kuitenkin siten, että niissä ei ole päivystysluontoista vastaanottoa eivätkä pisteet ole terveydenhuoltolain 47 §:n tarkoittaman kiireettömän hoidon hoitopaikan valinnanvapauden piirissä.

Asukkaiden vastustus

Muutokset voivat aiheuttaa vastustusta paikallisissa yhteisöissä, mikä voi vaikeuttaa niiden toteutumista ja pitkäaikaista hyväksyntää. Epäluottamus viranomaisiin ja päätöksentekijöihin voi lisätä vastarintaa ja vaikeuttaa muutosten hallintaa.

Riskien hallintakeinot:

- Asukkaiden tiedotus ja avoin keskustelu päätöksien taustoista ja perusteluista voi lisätä luottamusta ja ymmärrystä muutoksia kohtaan.
- Asukkaiden jatkuva kuuleminen auttaa epäkohtien havaitsemisessa, jolloin tarvittavia korjaavia muutoksia on myös mahdollista tunnistaa ja toteuttaa.

Asiakaskokemus

Asukkaat voivat kokea muutokset esim. palvelupisteiden sijainnissa tai palveluiden yhteydenottokeinojen osalta haastavina.



Riskien hallintakeinot:

- Riittävä tiedotus monilla eri kanavilla muutosvaiheessa.

Hyvinvointialueen alijäämä

Palveluverkkosuunnitelman ja talousohjelmien toimeenpano epäonnistuu ja ministeriöt käynnistävät hyvinvointialueen arviointimenettelyn. Menettelyn seurauksena palveluverkkomuutokset toteutetaan ministeriöiden ohjauksessa ja päätösvalta toimeenpanon osalta on siirtynyt pois hyvinvointialueen toimielimiltä.

Riskien hallintakeinot:

- Toimenpiteiden tavoitteiden ja kustannuskehityksen yksityiskohtainen ja tiivis seuranta. Johdon nopea reagointi mahdollisiin ongelmiin ja korjaavien toimenpiteiden esittäminen ja päätöksenteko korjaavista toimista.

Hyvinvointialueen alijäämä

Palveluverkkosuunnitelman ja talousohjelmien toimeenpano epäonnistuu ja hyvinvointialue ajautuu kassakriisiin. Hyvinvointialueen on haettava lisärahoitusta valtionvarainministeriöltä, jonka seurauksena käynnistetään arviointimenettely.

Riskien hallintakeinot:

- Toimenpiteiden tavoitteiden ja kustannuskehityksen yksityiskohtainen ja tiivis seuranta. Johdon nopea reagointi mahdollisiin ongelmiin ja korjaavien toimenpiteiden esittäminen ja päätöksenteko korjaavista toimista.

Investointikustannukset

Palveluverkkosuunnitelman muutokset vaativat merkittäviä lisäinvestointeja ja muutosten kannattavuus laskee merkittävästi. Hyvinvointialueen on haettava lisälainanottovaltuutta valtionvarainministeriöltä.

Riskien hallintakeinot:

- Toimenpiteiden tarkempi muutossuunnittelu aloitetaan välittömästi päätöksenteon jälkeen ja mikäli siinä vaiheessa ilmenee merkittäviä kustannusnousuja vaativia investointeja, esitetään tilalle vaihtoehtoisia toteutusmalleja.

Toimintaympäristön muutokset, kustannukset

Muutokset voivat nostaa toiminnan kustannustasoa merkittävästi ja muutosten kannattavuuslaskelmat eivät toteudu.

Riskien hallintakeinot:

- Toimintaympäristön muutoksia seurataan aktiivisesti
- Tunnistetaan toimintaympäristön muutos, joka voi nostaa huomattavasti palvelurakenteen kustannustasoa
- Vaikutusten hallinta ja ohjaus sekä uusien toimenpiteiden arviointi.

Toimintaympäristön muutokset, lainsäädäntö

Lainsäädäntöön liittyvät muutokset voivat aiheuttaa tilanteita, joissa palveluverkko ja -rakenne eivät vastaa lainsäätäjän asettamia normeja ja asetuksia. Lainsäätäjä voi myös muuttaa rahoituksen periaatteita, mitoituksia tai hyvinvointialueen tehtäviä, joilla on heijaste vaikutuksia palveluverkkoon ja -rakenteeseen.

Riskien hallintakeinot:

- Kun tunnistetaan lainsäädäntöön liittyvä toimintaympäristön muutos, mietitään tapauskohtaisesti mitä vaikutuksia hyvinvointialueelle syntyy ja kuinka siihen liittyviä riskejä voidaan hallita ja mitä mahdollisia uusia toimenpiteitä tarvitaan.

Hallinnolliset riskit

Useat isot ja yhtäaikaiset muutokset saattavat aiheuttaa hallitsemattomia tai ennalta arvaamattomia tilanteita.

Riskien hallintakeinot:

- Hallinnollisten riskien vähentämiseksi panostetaan hyvään johtamiseen, henkilöstön osaamisen kehittämiseen, avoimeen viestintään, tiedonhallintaan sekä talouden seurantaan ja raportointiin.
- Kehitetään häiriötilanteisiin varautumista sekä luodaan hyvät käytännöt riskienhallintaan.
-

Toteutusaikataulu

Hyvinvointialueen on erittäin nopeasti tehtävä suunnitellut toimenpiteet, jotta alue pystyy täyttämään lainsäätäjän asettamat aikarajat talouden tasapainottamiseksi. Toteutusaikatauluun liittyvä riski on se, että projektit eivät valmistu sovitus- aikataulussa tai niiden laatu kärsii kiireessä tehtyjen ratkaisujen vuoksi. On myös riski, että vaikutusten arviointi ja toimenpiteiden ristiin arvioinnissa ei pystytä tunnistamaan kaikkia vaikutuksia.

Riskien hallintakeinot:

- Koko muutoksen ajan tehdään jatkuvaa arviointia, riskien tunnistamista ja nopeaa reagoitua havaittuihin ongelmiin.
- Toteutusaikataulun osalta tehdään tiekartta, jossa on kuvattu kaikki muutokset ja niiden vaikutukset toisiinsa

Palveluverkkosuunnitelman toimeenpanovaiheessa riskien arviointia toteutetaan säännöllisesti ja hallintakeinoja täsmennetään arviointien yhteydessä.

14. Palveluverkkosuunnitelma, visio 2030–2040

Kanta-Hämeen hyvinvointialueen palveluverkkosuunnitelma vuosille 2026–2030 sisältää merkittäviä rakenteellisia muutoksia, joiden tavoitteena on varmistaa henkilökunnan riittävyys, palveluiden saatavuus väestön palvelutarpeen muuttuessa ja toiminnan kustannustehokkuus. Palvelurakenteen painopisteen muutokset vaikeuttavat yksityiskohtaisen vision määrittämistä vuosille 2030–2040. Visiota esitetään tarkasteltavan aluevaltuustoon asettaman strategiakauden päätteeksi vuonna 2026.

Merkittävimmät kysymykset vuosina 2030–2040 liittyvät väestön huoltosuhteen muutokseen. Kanta-Hämeen väestö ikääntyy tällä hetkellä nopeasti ja nykyisillä väestöennusteilla huoltosuhteen lakipiste saavutetaan 2030 vuosikymmenen loppupuolella.