



11

**Lausunto sosiaalitoimen ja terveystoimen kokonaisselvityksestä
(Deloitte Oy)**

HEL 2011-002363 T 00 00 02

Päätösehdotus

Terveyslautakunta päättäne antaa kokonaisselvityksestä jäljempää ilmenevän esittelijän ehdotuksen mukaisen lausunnon.

Esittelijä

Terveyskeskuksen henkilöstötoimikunta käsittelee asiaa kokouksessaan 12.9.2011 ja sen antama lausunto jaetaan lautakunnalle sähköpostilla maanantaina 12.9.2011. Lisäksi henkilöstötoimikunnan varapuheenjohtaja, henkilöstön edustaja Eila Keskinen on kokouksessa kuultavana tätä asiaa käsiteltäessä.

Kaupunginhallitus päätti 20.6.2011 merkitä tiedoksi sosiaali- ja terveystoimen kokonaisselvityksen (Deloitte Oy:n konsulttityö).

Samalla kaupunginhallitus päätti kehottaa opetuslautakuntaa, sosiaalilautakuntaa, terveyslautakuntaa, henkilöstökeskusta ja talous- ja suunnittelukeskusta antamaan lausuntonsa sosiaali- ja terveystoimen kokonaisselvityksen loppuraportista 30.9.2011 mennessä.

Keskushallinnon kanssa on sovittu, että terveyslautakunta voi antaa lausuntonsa kokouksessa 4.10.2011, joten asia voi jäädä pöydälle tässä kokouksessa.

Toimitusjohtaja ehdottaa, että terveyslautakunta antaa kokonaisselvityksestä seuraavan lausunnon:

"Terveyslautakunta ei ota lausunnossaan kantaa päivähoidon hallinnollista asemaa koskevaan osaan selvityksestä toimivaltaansa kuulumattomana asiana.

Terveystoimen organisaatiomuutokset

Helsingin terveystoimessa 2000-luku on ollut lähes jatkuvaa organisaatiomuutosten aikaa. Vuonna 2000 muodostettiin Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri, johon yhdistettiin terveystoimistoon kuulunut Helsingin sairaanhoitopiiri ja sen lähes 2400 työntekijää. HUS:n perustamisen jälkeen sairaanhoitopiirin ja terveystoimen työnjakoa on tarkistettu vuosittain ja toimintoja on siirretty



organisaatiosta toiseen. Vuonna 2002 siirrettiin HUS:sta takaisin terveyskeskukseen kolme psykiatrian pitkäaikaisosastoa ja vuonna 2003 psykiatrian päivystyspoliklinikka ja päivystysosasto. Terveyskeskuksesta HUS:in siirrettiin vuoden 2003 lokakuussa keuhkosairauksien poliklinikka ja osastot sekä sukupuolitautien poliklinikka.

Vuosille 2004 – 2005 ajoittuu Helsingin sosiaali- ja terveystoimen alueorganisaation purku. Terveysvirasto siirtyi seitsemän alueellisen terveyskeskuksen mallista toimintokohtaiseen organisaatioon vuonna 2004. Sosiaalivirasto toteutti rakennemuutoksen vuonna 2005, jolloin seitsemästä alueellisesta sosiaalikeskuksesta siirryttiin elämäntarjontamalliin. Samassa yhteydessä purettiin myös sosiaali- ja terveydenhuollon yhteiset, seitsemän alueellista ja yksi keskitetty hallinto- ja palvelukeskus. Alueorganisaation purkamisen yhteydessä terveyskeskuksessa vähennettiin hallintoa ja hallintopalvelut keskitettiin yhteen yksikköön ja samalla tehtiin suuret henkilöstövähennykset (noin 300 vakanssia). Vuonna 2005 yhdistettiin sosiaaliviraston kotipalvelu ja terveyskeskuksen kotisairaanhoidon hallinnollisesti terveyskeskukseen kotihoito-osastoksi. Vuonna 2008 Marian (nyk. Haartmanin) päivystys ja sitä tukevat osastot siirrettiin HUS:sta terveyskeskukseen. Vuonna 2008 keskitettiin Helsingin lastenpsykiatrian toiminta HUS:in sosiaalivirastosta ja terveyskeskuksesta. Vuonna 2009 siirrettiin terveyskeskuksesta sosiaalivirastoon kolme pitkäaikaissairaala ja lähes 800 henkilöä.

Kaikkien edellä mainittujen rakenteellisten uudistusten seurausvaikutukset ovat ulottuneet paitsi henkilöstöön, myös asiakkaisiin ja potilaisiin. Tutkimusten mukaan organisaatiomuutosten valmistelu ja toteuttaminen kuormittavat henkilöstöä ja hidastavat tai jopa pysäyttävät toiminnan kehittämisen muutosprosessin ajaksi. Transaktiokustannukset, jotka ovat ylimääräistä työtä ja jotka eivät tuo lisäarvoa potilaalle, saattavat nousta hyvinkin korkeiksi ja niiden määrää on vaikea arvioida ennakolta. Rakennemuutoksen kautta odotettu taloudellinen hyöty jää usein saavuttamatta. Erilaisten organisaatiokulttuurien muuttaminen ja kulttuurinen yhdistämisen kestää tutkimusten mukaan vuosia ja edellyttää hyvää johtamista. Uudistustyön pääpainon ollessa palvelujen järjestämisen ja tuottamisen rakenteissa ja niiden organisointiperiaatteissa, asiakas- ja potilastyön kehittämiseen sekä työyhteisöjen toimintatapojen ja kulttuurien muuttamiseen jää liian vähän aikaa, kun jo uusi organisaatiomuutos on vireillä. Terveyslautakunta painottaa, että terveydenhuollon henkilöstön saannin ja pysyvyyden takaamiseksi mahdollisten organisaatiomuutosten tulee olla hyvin perusteltuja ja toteutettuja, ettei henkilöstöpakoa tapahdu tässä tilanteessa, jolloin lääkäreiden ja hoitajien virkoja on runsaasti avoinna pääkaupunkiseudulla.



Sosiaali- ja terveydenhuollon toimintaympäristössä tapahtuu lähivuosina suuria muutoksia, jotka ovat seurausta valtakunnallisesti laajasta lainsäädäntöuudistuksesta. Vuosina 2011 – 2014 tulee voimaan useita säädöksiä, jotka lisäävät asiakkaan ja potilaan valinnanmahdollisuuksia sekä muuttavat terveydenhuollon toiminta- ja yhteistyökäytäntöjä sekä palvelutarjontaa. Toukokuun alussa 2011 voimaan tullut terveydenhuoltolaki sisältää uudistuksia liittyen muun muassa asiakkaan ja potilaan aseman vahvistamiseen, erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon yhteistyön lisäämiseen sekä terveyden ja hyvinvoinnin aikaisempaa vahvempaan painottamiseen kunnan toiminnassa. Lain vaiheittainen voimaantulo jatkuu aina vuoteen 2014 saakka. Sosiaali- ja terveydenhuollon rakenteita ja järjestämistä koskevan lainsäädännön sekä sosiaalihuollon lainsäädäntöuudistuksen valmistelu on aloitettu viime hallituskaudella. Lakiluonnos iäkkäiden henkilöiden sosiaali- ja terveystalvelujen saannin turvaamisesta, eli ns. vanhuspalvelulaki, on myös valmisteilla. Uudenlaisen tavan järjestää ja tuottaa palveluja avasi laki sosiaali- ja terveydenhuollon palvelusetelistä. Tämän lain pohjalta käynnistetyt kokeilut ovat käynnissä terveyskeskuksessa 30.6.2012 saakka, minkä jälkeen tehdään arviointi ja päätökset palvelusetelitoiminnan jatkosta. Euroopan parlamentti hyväksyi 19.1.2011 mietinnön direktiiviehdotuksesta potilaiden oikeuksista rajat ylittävässä terveydenhuollossa. Tämän direktiivin aiheuttamat muutokset EU-maiden lakeihin on tehtävä syksyyn 2013 mennessä. Muuttuvan lainsäädännön vaikutuksia Helsingin kaupungin sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämiseen, muutostarpeisiin ja kustannuksiin on tässä vaiheessa mahdotonta ennustaa.

Edellä mainittujen lainsäädäntömuutosten edellyttämien linjausten suunnittelu ja toimeenpano vaatii vuosina 2011 – 2015 terveydenhuollon johdolta, suunnittelijoilta sekä asiakas- ja potilastyössä toimivilta tavanomaista huomattavasti enemmän voimavaroja Helsingin kaupungin kannalta mahdollisimman hyvän toiminnallisen ja taloudellisen lopputuloksen saavuttamiseksi. Mahdollisen organisaatiomuutoksen toteuttaminen samanaikaisesti tekisi tilanteesta poikkeuksellisen haastavan.

Muutostarpeet

Terveyslautakunta painottaa, että sosiaali- ja terveystoimen mahdollisen organisaatiomuutoksen toteuttamisen lähtökohtana tulee olla selkeä näkemys, mitä ongelmia rakennemuutoksella halutaan ratkaista. Terveyslautakunnan näkemyksen mukaan terveyskeskuksen ja sosiaaliviraston rajapinnoista johtuvat ongelmat keskittyvät seuraaviin kohtiin:



1. Ympäri vuorokautisen hoidon ja hoivan laitospaikkojen suunnittelu ja koordinointi eivät toimi parhaalla mahdollisella tavalla. Tästä aiheutuu tilanteita, joissa hoito- ja palveluketjut ruuhkautuvat eikä jonoja HUS:sta ja kaupunginsairaalaasta sosiaaliviraston ympärivuorokautiseen hoitoon pystytä purkamaan kohtuullisessa ajassa. Lisäksi päivystyspolilinikat ruuhkautuvat toistuvasti potilassiirtojen pysähtyessä ja poliinikoille joudutaan asettamaan sulkuja, mikä on kriittistä helsinkiläisten kiireellisen hoidon saannin turvaamisessa.

2. Mielen terveys- ja päihde palvelujen järjestäminen ja tuottaminen ovat toisistaan erillään sairaanhoitopiirissä ja kahdessa eri hallintokunnassa. Mielen terveyskuntoutujien jono psykiatrisesta sairaalasta asumispalveluihin on kohtuuttoman pitkä.

Lisäksi terveyslautakunta toteaa, että sosiaali- ja terveystoimessa tulee lähivuosina parantaa tuottavuutta ja vaikuttavuutta olennaisesti ottaen huomioon taloustilanne, väestön ikääntymisen myötä lisääntyvä palvelukysyntä sekä nuorisoi käloukkien pienenemisestä johtuva työvoimapula.

Toiminnoissa sovellettavat säädökset

Vaikka sosiaalivirasto ja terveyskeskus yhdistettäisiin hallinnollisesti yhdeksi virastoksi tai virastojen tietyt palveluketjut yhdistettäisiin jomman kumman viraston hoidettaviksi, olisi palvelut tämän jälkeenkin järjestettävä ja tuotettava erillisten ja sisällöltään toisistaan eroavien toisaalta sosiaalihuoltoa ja toisaalta terveydenhuoltoa koskevien säädösten mukaisesti.

Riippumatta siitä, mikä toimitelin ja mikä virasto huolehtisi palvelujen järjestämisestä tai tuottamisesta, sosiaalipalveluihin sovellettaisiin siis edelleen sosiaalihuollon lainsäädäntöä palvelujen järjestämisvelvollisuudesta, asiakkaan asemasta, oikeudesta saada päätös palvelun antamisesta ja hakea muutosta päätökseen, asiakasmaksuista, henkilöstön kelpoisuudesta sekä palvelujen ohjauksesta ja valvonnasta. Vastaavasti terveydenhuollon palveluja siis koskisivat edelleen säännökset kansanterveystyön järjestämisvelvollisuudesta, potilaan asemasta, asiakasmaksuista ja ammatinharjoittamisesta, hoidon odotusajoista sekä palvelujen ohjauksesta ja valvonnasta.

Salassapitoa ja tietojen luovuttamista koskevat säännökset sisältyvät sosiaalihuollon osalta sosiaalihuollon asiakaslakiin ja terveydenhuollon osalta potilaslakiin. Terveydenhuoltoa koskevat lisäksi sosiaali- ja terveysministeriön asetuksen hyvin yksityiskohtaiset säännökset potilasasiakirjoista ja niiden säilyttämisestä. Sosiaalihuollon asiakirjojen säilyttämiseen sovelletaan arkistolakia.



Edellä todetusta seuraa myös, että toisin kuin usein oletetaan, tietojen luovuttaminen palveluketjun eri toimijoiden kesken ei helpotu organisaatioita hallinnollisesti yhdistämällä. Eri toimialojen tietosuojasäännökset rajoittavat yhdistämisestä huolimatta edelleen entiseen tapaan tietojen luovuttamista toimialojen kesken. Siten tietojen luovuttamiseen sosiaalipalveluja ja terveystietopalveluja antavan henkilöstön kesken samassa virastossakin edelleen tarvittaisiin potilaan/asiakkaan suostumus. Esimerkiksi vanhusten palveluissa ei potilaan terveystietoja voida yhdistää sosiaalitoimen palveluasumisen asiakastietojen kanssa samaan rekisteriin eikä terveystietoja voida ilman potilaan suostumusta luovuttaa palvelutalon sosiaalipalveluja tuottavalle henkilökunnalle eikä päinvastoin.

Monet sosiaali- ja terveydenhuollon palvelu- ja hoitoketjujen toimivuuden ongelmista liittyvät tiedon kulun ja välittymisen ongelmiin virastojen ja/tai palveluketjussa työskentelevien välillä. Näitä ongelmia ei edellä kuvatuista tietosuojaan liittyvistä rajoituksista johtuen nykylainsäädännön voimassa ollen voida ratkaista tehtäviä ja hallintoa uudelleen järjestelemällä.

Vaihtoehtojen tarkastelu

Terveyslautakunta toteaa aluksi, että sosiaali- ja terveystoimen nykytilanteen selvittäminen ja integroinnin vaikutusten hahmottaminen edellyttää monenlaisten ja monitasoisten asioiden ja tekijöiden samanaikaista tarkastelua. Helsinki on yli kaksi kertaa suurempi väestöpohjaltaan kuin seuraavaksi suurin suomalainen kaupunki Espoo. Helsingin sosiaalitoimi on Suomen suurin toimija alallaan. Helsingin terveyskeskus poikkeaa Suomen muista terveyskeskuksista paitsi suuruutensa vuoksi, myös erikoissairaanhoidon palvelujen tuottajana. Perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon integraatio on viety pisimmälle Helsingissä, jossa kaupunki tuottaa omana toimintanaan sisätautien poliklinikkapalveluista 56 prosenttia ja psykiatriasta 80 prosenttia. Lisäksi Helsinki tuottaa itse fysiatrian, geriatrian ja neurologian palveluja. Helsingillä on myös koko metropolialuetta palveleva suun terveydenhuollon erikoishoidon yksikkö.

Deloitte Oy:n konsulttiselvitys on toteutettu lyhyessä ajassa, mistä johtuen se ymmärrettävästi perustuu suppeisiin analyyseihin ja Helsingin laajan sosiaali- ja terveystoimen kokonaisuuden hahmottaminen on jäänyt pinnalliseksi. Esimerkiksi selvityksen sivun 18 kustannustarkastelussa tarkastellaan Helsingin eroa 11 suurimman kaupungin mediaaniin vuonna 2009 (8,3 %, 166 euroa). Poikkileikkaustietona käytettynä tässä jää huomioon ottamatta se hyvä kehitys, joka Helsingissä on tapahtunut vuodesta 2003, jolloin Helsingin



kustannukset olivat 20,8 % korkeammat kuin suurten kaupunkien mediaani. Vuonna 2010 ero oli kutistunut 5,8 prosenttiin. Helsingin terveydenhuollon ikävakioidut kustannukset olivat vuonna 2010 edelleen suurimmat (2 156 euroa asukasta kohti). Toiseksi korkeimmat ikävakioidut kustannukset olivat Oulussa (2 153 euroa/asukas) ja kolmanneksi korkeimmat Tampereella (2 151 euroa/asukas) eli niiden kustannukset olivat nyt lähes Helsingin tasolla.

Deloitte Oy:n selvityksessä esitetään kuusi eri vaihtoehtoa sosiaali- ja terveystoimen järjestämiseksi: 1. Jatketaan nykytilan mukaisesti, 2. Erilliset virastot ja yhteinen lautakunta, 3. Erilliset virastot, yhdistetään yhteisiä prosesseja, 4. Yhteinen virasto, kolme eri palvelualueetta / osastoa, yhteiset tukipalvelut, 5. Yksi virasto, avopalvelut ja laitoshoido omina kokonaisuuksinaan, 6. Yksi virasto ja seitsemän palvelualueetta / osastoa.

Vaihtoehto 1:n, ”Jatketaan nykytilan mukaisesti”, etuna terveyslautakunta näkee organisaation rauhoittamisen järjestelmämuutokselta, jolloin energia voidaan suunnata asiakas- ja potilastyön prosessien parantamiseen, käynnissä olevaan muuhun kehittämistyöhön sekä lainsäädännön vaatimaan toiminnan sisällön uudistamiseen ja tuottavuuden parantamiseen. Käynnissä on mm. pääkaupunkiseudun kuntien terveys- ja sosiaalitoimien ja HUS:n yhteinen hoito- ja palveluprosessien kehittämishanke, joka perustuu valtion ja PKS-kuntien välillä joulukuussa 2010 solmittuun aiesopimukseen. Kehitettävien uusien ratkaisumallien päämääränä on vahvistaa palvelujen asiakaskeskeisyyttä ja kustannusvaikuttavuutta. Sosiaali- ja terveystoimen hallintorajat ylittävälle prosesseille tulee sosiaali- ja terveystoimen laatia mittarit lopputuloksen seuraamiseksi ja varmistamiseksi.

Uhkana vaihtoehto 1:n kohdalla on liian hidas eteneminen. Sosiaali- ja terveystoimen talousarvioesitykset ja siten esitykset toimintoihin kohdennettavista voimavaroista tehtäisiin edelleen kahdessa eri lautakunnassa, eikä hoitoketjuja varten olisi edelleenkään yhtä koordinaatio- ja päätöksenteon toimielintä.

Vaihtoehto 2, ”Erilliset virastot ja yhteinen lautakunta”. korjaa nykyiseen tilanteeseen verrattuna ongelman, joka liittyy esityksiin keskeisten prosessien hoitamiseen varattavista voimavaroista kahdessa eri toimielimessä. Sama päätöksentekoeelin arvioisi ja esittäisi tässä vaihtoehdossa virastojen voimavaratarpeet ja poliittinen päätöksenteko tapahtuisi samassa aikataulussa ja samoista lähtökohdista. Päätöksentekoon tarvittava toimintaympäristöä koskeva tieto tulisi päättäjille monipuolisena ja kattavana. Keskeisten prosessien seuranta ja ohjaus selkiytyisivät samoin kuin monien muiden



asiakokonaisuuksien (esim. järjestöavustukset) päätöksenteko tapahtuisi yhdessä paikassa.

Uhkana vaihtoehto 2:ssa on, ettei lautakuntaan tuotavien strategisten ja operatiivisten asioiden erottaminen onnistu, jolloin lautakuntaa rasittaisi asioiden suuri määrä. Tämä voidaan välttää hyvin suunnitellulla jaostotoiminnalla.

Vaihtoehto 3: Erilliset virastot, yhdistetään yhteisiä prosesseja. Sosiaaliviraston päihdehuollosta päihdehoito yhdistettäisiin terveyskeskuksen psykiatriaan ja kotihoito siirrettäisiin terveyskeskuksesta sosiaaliviraston vanhuspalveluihin. Tavoitteena on parantaa palveluja ilman organisaatioiden kaikkien rakenteiden muuttamista. Tässä mallissa on yritystä puuttua niihin kriittisiin kohtiin hoitoprosesseissa, joissa on tällä hetkellä suurimmat ongelmat. Malli ei kuitenkaan ratkaise hoitoketjujen keskeisiä ongelmia.

Mielenterveys- ja päihdepalvelut nähdään valtakunnallisissa suunnitelmissa yhtenäisenä palvelujärjestelmänä. Tämänhetkinen hajanainen palvelujärjestelmä vaikeuttaa palveluja tarvitsevien pääsyä niiden piiriin ja edesauttaa putoamista pois niistä. Päihdehoidon siirto sosiaalivirastosta terveyskeskuksen psykiatriaan on perusteltu, mutta se ei kokonaan ratkaise nykyistä hoitoketjuongelmaa. Helsingissä sosiaali- ja terveystoimen rajapinnan kriittisin piste on mielenterveyskuntoutujien pääsy palveluasumiseen. Tilanteen korjaaminen rakenneratkaisulla edellyttää myös mielenterveyskuntoutujien ja päihdehuollon asumispalvelujen siirtämistä sosiaalivirastosta terveyskeskukseen. Palvelujen järjestämis- ja rahoitusvastuussa olevan tahon tulee koordinoita nykyistä tehokkaammin julkiset, kolmannen sektorin ja yksityissektorin palvelut toimivaksi palvelukokonaisuudeksi. Tarkoituksenmukaisena rakenneratkaisuna terveyslautakunta pitää mielenterveys-, päihdehoito- ja päihdehuoltopalvelujen integroimista toiminnalliseksi kokonaisuudeksi terveyskeskukseen.

Ehdotukseen sisältyvälle kotihoidon siirrolle terveyskeskuksesta sosiaalivirastoon terveyslautakunta ei näe perusteita. Siirto ei ratkaisisi, vaan vaikeuttaisi vanhus- ja alle 65-vuotiaiden hoitoketjuongelmaa. Rajapinta ja hoitoketjun suma on potilassiirroissa HUS:sta ja kaupunginsairaalaan ympärivuorokautiseen hoitoon vanhainkotiin ja palveluasumiseen. Hoitoketjuongelmaa ei ole potilassiirroissa HUS:sta tai kaupunginsairaalaan kotihoitoon, vaan kotihoitoon siirrytään jonottamatta. Mikäli kotihoito siirrettäisiin terveyskeskuksesta sosiaalivirastoon, rajapinta terveyskeskuksen ja sosiaaliviraston välillä tulisi nykyistä vahvemmaksi. Kotihoidon asiakkaat tarvitsevat runsaasti terveysasemien ja kaupunginsairaalan sairaanhoidon palveluja



selvitäkseen kotona. Kotoa lähdetään akuutissa tilanteessa hoitoon joko kaupunginsairaalaan tai HUS:in. Valtaosa kotihoitoon tulevista potilaista siirtyy kotihoitoon kaupunginsairaalaan ja HUS:sta. Vanhainkoteista ja palveluasumisesta ei juurikaan siirrytä kotihoitoon. Kotihoidon organisoinnissa on otettava huomioon, että vanhusten määrän kasvu ja eliniän piteneminen merkitsevät myös hoidettavien sairauksien ja kotisairaanhoidon tarpeen lisääntymistä.

Kotihoidon sijoittamista ”vanhuspalveluihin” ei puolla myöskään kotihoidon hoitovastuu kaiken ikäisistä. Helsingin kotihoidon asiakkaista 20 % on tällä hetkellä alle 65-vuotiaita ja kolmannes alle 75-vuotiaita.

Kotihoito yhdistettiin terveyskeskukseen vuonna 2005. Integraatio on onnistunut ja kotihoidon tuottavuus on erinomainen. Kaikki 25 lääkärin virkaa ovat täytettyinä, mikä on poikkeuksellista mihin tahansa muuhun toimintoon verrattuna. Kotihoito-osaston toiminnasta on tehty ulkopuolisen riippumattoman asiantuntijan arvio, joka on dokumentoitu. Kaikki yhdistämiseksi asetetut toiminnan kehittämis- ja tuottavuuden parantamistavoitteet on saavutettu ja osin ylitettykin.

Kotipalvelun ja kotisairaanhoidon yhdistämisen nykyisellä tavalla kotihoidoksi mahdollistaa erillinen kokeilulainsäädäntö. Kokeilulain perusteella Helsingin kaupunki on saanut sosiaali- ja terveysministeriöltä luvan toteuttaa nykymuotoisen kotihoidon yhdistämiskokeilun terveyskeskuksen toimintana. Kokeilu-aika päättyy vuoden 2014 lopussa. Tällä kokeilulla on nimenomaisesti poistettu tietojen luovuttamista rajoittavat säädökset kotipalvelua ja kotisairaanhoidon tuottavan henkilöstön väliltä mahdollistamalla yhteisen kotihoidon asiakasrekisterin perustaminen.

Kokeilulain nojalla ei ole mahdollista järjestää nykymuotoista yhdistettyä kotihoitoa sosiaaliviraston tehtävänä, koska uusia kokeilulupia ei myönnetä ja ministeriön Helsingin kaupungin kokeilulle antama kokeilulupa koskee nyt meneillään olevan mallin mukaista yhdistämiskokeilua terveyskeskuksessa. Jos kotipalvelu ja kotisairaanhoidon yhdistettäisiin sosiaaliviraston tehtäväksi, toimintaa ei ole mahdollista järjestää nykyisellä tavalla kokeilulainsäädännön pohjalta. Yhdistäminen sosiaalivirastoon tapahtuisi nykyisen lainsäädännön mukaisena, mikä merkitsisi, että nykytilanteesta poiketen kotipalvelun ja kotisairaanhoidon asiakasrekisterit on erotettava omikseen ja tietojen luovuttamiseen kotipalvelun ja kotisairaanhoidon välillä tarvitaan potilaan/asiakkaan suostumus.

Vaihtoehto 4: ”Yhteinen virasto, kolme eri palvelu-alueita / osastoa”. Yhteinen lautakunta ja yksi virasto lisäävät ylätasolla yhtenäistä näkemystä sosiaali- ja terveystoimen kokonaisuudesta. Kolme



palvelualueita / osastoja vastaavat kooltaan kolmea isoa virastoa. Lopputuloksena on monialainen mammuttiorganisaatio, jonka jakaminen toimiviin yksiköihin tuo terveyspuolelle nykyiseen verrattuna ainakin yhden hallinnollisen tason lisää. Johtamisjärkeet pitenevät, hallinto lisääntyy väistämättä organisaation koosta johtuen. Hallinnon moniportaisuus lisää kustannuksia. Toiminnan laajuus saattaa johtaa vastuiden sirpaloitumiseen ja kokonaisuuden johtamisen ohentumiseen ja myös taloudellisen ohjauksen olennaiseen vaikeutumiseen. Kotihoito omana yksikkönään vanhustalouksien alla on kovin kaukana terveystalouksien sijoittuvista yhteistyötahoista. Kyseessä on toiminto- ja elämäntalouksien organisaation yhdistelmä, jossa on uusia rajapintoja monissa kohdissa. Niitä ylitason yhdistäminen ei ratkaise. Koko 20 000 työntekijän sosiaali- ja terveystoimi "myllätetään" uuteen rakenteeseen. Hyödyt ovat hypoteettisia.

Vaihtoehto 5: "Yksi virasto, avopalvelut ja laitoshoidon omina kokonaisuutena". Jako avopalveluihin ja laitoshoidon palveluihin on terveydenhuollon toimintalogiikan näkökulmasta vanhanaikainen ratkaisu. Avo- ja laitoshoidon raja on jo vuosia liuennut ja välimuotoisia palveluja on runsaasti. Myös Deloitte selvityksessä todetaan, että jaottelu on jokseenkin keinotekoinen nykyisten käsitysten mukaan.

Vaihtoehto 6: Yksi virasto ja seitsemän palvelualueita / osastoja. Yhteinen lautakunta ja yksi virasto lisäävät ylitason yhtenäistä näkemystä sosiaali- ja terveystoimen kokonaisuudesta. Organisaatiosta tulee kuitenkin suuri ja organisaatiotasot lisääntyvät terveydenhuollossa. Johtamisjärkeet pitenevät, hallinto lisääntyy väistämättä organisaation koosta johtuen. Toiminnan laajuus saattaa johtaa vastuiden sirpaloitumiseen ja kokonaisuuden johtamisen ohentumiseen sekä taloudellisen ohjauksen olennaiseen vaikeutumiseen. Kyseessä on toiminto- ja elämäntalouksien organisaation yhdistelmä, jossa uusia rajapintoja on monissa kohdissa. Niitä ylitason yhdistäminen ei ratkaise. Lisäksi sekä henkilöstön saatavuuden että kokonaisuuden johtamisen näkökulmasta on tärkeää säilyttää kaupunginsairaalan päivystys-, poliklinikka-, kuntoutus- ja vuodeosastotoimintojen muodostama yhtenäinen toimintakokonaisuus.

Terveyslautakunnan esitys organisointivaihtoehdoksi

Yhteenvedon terveyslautakunta toteaa, että edellä todettujen ympärivuorokautisen hoidon ja hoivan hoitoketjuruuhkien ja jonojen ratkaisemiseksi tarvitaan rakenteellisia muutoksia.

Kuitenkaan mikään Deloitte Oy:n raportissa esitetyistä Helsingin kaupungin sosiaali- ja terveystoimen järjestämisen vaihtoehdoista ei terveyslautakunnan näkökulmasta ratkaise sosiaali- ja terveystoimen tämänhetkisiä rajapintaongelmia. Analyysin



pinnallisuudesta johtuen uhkana ovat uudet suuremmat ongelmat sen lisäksi, että organisaatiomuutos aiheuttaa väistämättä kahteen Helsingin kaupungin suurimpaan hallintokuntaan vuosiksi hämmennystä ja jopa tuottavuuden alenemista. Muutostilanteet tuovat esiin, miten monimutkaisia sosiaalisia rakenteita työorganisaatiot ovat.

Ympäri vuorokautisen hoidon ja hoivan somaattisen hoitoketjun toimintojen moninaisuuden vuoksi terveyslautakunta ei pidä mahdollisena koko tämän hoitoketjun toimintojen hallinnollista yhdistämistä synnyttämättä uusia rajapintoja. Terveyslautakunta katsoo, että vaihtoehdossa 2: ”Erilliset virastot ja yhteinen lautakunta” yhdistetyllä lautakunnalla olisi kuitenkin mahdollisuus suunnitella sekä ohjata rajapintaongelmiin sisältyvää resurssien jakoa ja kohdentamista samoin kuin koordinoita toimintaa koko hoitoketjun osalta yhdessä paikassa. Siten vaihtoehto 2:n mukainen ratkaisu antaisi mahdollisuuksia olennaisesti parantaa em. hoitoketjujen toimivuutta. Terveyslautakunta kannattaa tätä vaihtoehtoa. Lisäksi terveyslautakunta pitää välttämättömänä mielenterveys-, päihdehoito- ja päihdehuoltopalvelujen hallinnollista yhdistämistä mukaan lukien mielenterveyspotilaiden asumispalvelut.

Vielä lautakunta korostaa, että sairaanhoitopiiri HUS on terveyskeskuksen keskeinen yhteistyökumppani. On tärkeää huolehtia, ettei terveyskeskuksen ja sosiaaliviraston välisten hoitoketjuongelmien ratkaisulla vaikeuteta terveyskeskuksen ja sairaanhoitopiirin yhteistyötä, esim. lisäämällä olennaisesti yhteistyökumppaneiden määrää ja/tai rajapintoja.

Terveyslautakunta toteaa vielä, että terveydenhuoltolain mukaan kuntien on laadittava terveydenhuollon järjestämissuunnitelma, joka perustuu alueen väestön terveysseurantatietoihin ja palvelutarpeeseen ja joka on hyväksyttävä sairaanhoitopiirin kuntayhtymässä. Tässä suunnitelmassa on sovittava mm. tarvittavasta yhteistyöstä ja työnjaosta perusterveydenhuollon, erikoissairaanhoidon ja sosiaalihuollon kesken, mikä osaltaan auttaa parantamaan hoitoketjujen toimivuutta.

Tukipalvelut

Deloitte Oy:n Sosiaali- ja terveystoimen kokonaisselvityksessä on tarkasteltu tukipalveluista sosiaaliviraston siivous- ja vahtimestaripalvelujen sekä terveyskeskuksen laitoshuolto- ja vahtimestaripalvelujen organisointivaihtoehtoja. Raportissa esitetään neljä eri järjestämismallia: 1. Jatketaan kuten ennenkin, ei ulkoisteta, 2. Ulkoistetaan sekä vahtimestari- että siivouspalvelut; 3. Ulkoistetaan vahtimestaripalvelut, ei siivouspalveluja; 4. Ulkoistetaan siivouspalvelut, ei vahtimestaripalveluja.

Postiosoite
PL 6000,

terveyskeskus@hel.fi

Käyntiosoite
Siltasaarenkatu 13
Helsinki

<http://www.hel.fi/terveyskeskus>

Puhelin
+358 9 310 5015
Tilinro

800012-52430

Faksi
+358 9 310 42504

Y-tunnus
0201256-6
Alv.nro
FI02012566



Terveyslautakunta toteaa, että terveyskeskuksen laitoshuoltopalvelut ovat siivouspalveluja laajempi ja vaativampi kokonaisuus, johon sisältyy sairaaloiden ja muiden terveydenhuollon toimipaikkojen puhtaanapitotehtävien lisäksi vuodeosastoilla potilaiden ruokailun valmistelua, tarjoilua, ruokailussa avustamista ja erilaisia huoltotehtäviä. Laitoshuoltopalvelut ovat osa potilaan hoitoon liittyvää kliinisen toiminnan prosessia, mikä edellyttää jatkuvaa kiinteää yhteistyötä potilaan hoitoon osallistuvien tahojen kanssa. Työympäristö on vaativa fyysisesti ja psyykkisesti sairaiden potilaiden keskellä toimittaessa.

Terveyskeskuksen laitoshuoltoyksikössä on tällä hetkellä 604 vakanssia, joista 28 on vahtimestareita. Yksikkö on volyymiltaan suuri ja hyvin toimiva. Henkilökunnasta 21 % puhuu äidinkielenään muuta kuin suomea tai ruotsia. Vuonna 2008 terveyskeskuksen laitoshuoltoyksikkö sai kaupunginjohtajan myöntämän työyhteisöjen monimuotoisuuspalkinnon tunnustuksena systemaattisesta ja pitkäjänteisestä monimuotoisuuden kehittämisestä. Yksikön toteuttama laitoshuoltajien koulutus ja vahva monimuotoinen työyhteisökulttuuri ovat luoneet edellytykset hyvälle henkilöstön saatavuudelle ja joustavalle käytölle. Toimintavarmuus on ollut erinomainen. Vuonna 2010 toteutuneiden työvuorojen osuus suunnitelluista työvuoroista oli vuodeosastoilla 98,1 %. Vuodeosastojen toimintavarmuutta turvaavat terveysasemien ja hammashoitoloiden laitoshuoltajat, jotka kriittisissä tilanteissa voivat joustavasti siirtyä työpisteestä toiseen. Yksikön riittävä koko on tehnyt mahdolliseksi myös puhtaanapitoalan asiantuntemuksen ja osaamisen kehittymisen.

Sairaalainfektiot ovat globaalisti lisääntyvä vaikea ja terveydenhuollon kustannuksia nostava ongelma. Vuonna 2010 terveyskeskuksessa todettiin yhteensä 777 sairaalahygienisesti merkittävää mikrobilöydöstä eli monilääkeresistenttiä bakteeria tai muuta herkästi tarttuvaa bakteeria. Resistentit sairaalabakteerikannat ovat potilaille kohtalokkaita. Laitoshuollolla on keskeinen tehtävä sairaalainfektioiden leviämisen estämisessä. Infektioiden ja antibioottiresistenttien bakteerien lisääntyessä tarvitaan hyvää osaamista, uusien toimintamenetelmien nopeaa käyttöönottoa ja nopeaa tilanteen mukaista toiminnan organisointia ja johtamista kiinteässä yhteistyössä terveydenhuollon muun henkilöstön ja asiantuntijoiden kanssa. Läheinen yhteistyö terveyskeskuksen infektiolääkäriin, epidemiologisen yksikön ja hygieniatoimikunnan kanssa yhdistettynä oikeaan siivoukseen ja sen tehostamiseen on tuottanut hyviä tuloksia erilaisten sairaalabakteerien ja virusten (MRSA, ESBL, MDR, VRE, MIRE, MDR-Acl, Clostridium difficile ym.) aiheuttamien epidemioiden rajaamisessa, ehkäisyssä ja torjunnassa. Erittäin kalliiden hoitokustannusten minimointi on taloudellisesti kriittinen asia. Hygieniatoimikunta,



ravitsemusneuvottelukunta, sisäilmatyöryhmä ja ympäristötyöryhmä ovat esimerkkejä moniammatillisista yhteistyömuodoista, joissa laitoshuolto toimii kiinteässä yhteistyössä muiden terveyskeskuksen asiantuntijoiden kanssa. Nämä pysyvät ryhmät kehittävät toimintaa ja tekevät ehdotuksia koko terveyskeskusta koskevista toimintatavoista. Sikainfluenssapandemia (H1N1) osoitti puolestaan, miten tärkeää toimeksiantojen nopeassa toteuttamisessa on laitoshuollon sijainti terveyskeskuksen johdon alaisuudessa.

Deloitte selvityksessä esitetyt terveyskeskuksen laitoshuoltoyksikön (mukaan lukien vahtimestaritoiminta) ulkoistamisen tuottamat kustannussäästöt on tehostamishypoteesin mukaan arvioitu 865 000 – 1,75 miljoonan euron suuruisiksi. Terveyslautakunta toteaa, että Deloitte laskemisperusteenaan käyttämä tietopohja on harhaanjohtava. Lähteenä on käytetty Mikko Komulaisen (2010) kunnallisoikeuden alaen kuuluvan Ulkoistaminen kunnissa -väitöskirjaa, joka käsittelee, miten eri säännökset ohjaavat ja rajoittavat ulkoistamisia sekä mitä vaatimuksia ulkoistamisille on asetettavissa. Komulaisen väitöskirjan alaviitteessä on yleisiä arvioita siitä, että kilpailuttamisella saavutettaisiin hankinta- ja investointimenoissa 5 – 10 %:n säästöt. Säästöarvot eivät siis perustu primaarilähteeseen, eli ko. väitöskirjan tuloksiin eivätkä koske siivous- ja vahtimestaripalveluja yksilöidysti, vaan ovat yleisiä arvioita kilpailuttamisen kautta saavutettavista mahdollisista kustannussäästöistä. Terveyskeskuksen laitoshuoltoyksikön kustannustehokkuutta on kehitetty vuosia. Laitoshuoltajien työt on mitoitettu ja mitoitusta tarkistetaan jatkuvasti toimintojen muuttuessa.

Edellä esitettyihin perusteluihin viitaten terveyslautakunta pitää merkittävänä terveydenhuollon riskinä, mikäli terveyskeskuksen laitoshuoltopalvelut ulkoistetaan sosiaali- ja terveystoimen kokonaisu selvityksen tukipalveluja koskevan osuuden vaihtoehtojen 2 tai 4 mukaisesti. Potilasturvallisuus saattaa vaarantua ja sairaalainfektiot lisääntyä. Terveyskeskuksen mahdollisuudet palvelujen sisällön johtamiseen heikkenevät. Potilastyön edellyttämä nykyinen kiinteä yhteistyö eri toimijoiden kanssa vaarantuu ulkoistetun tuottajan ollessa väistämättä omana toimintana toteutettua palvelua etäisempi. Uhkana on myös byrokratian ja transaktiokustannusten kasvu.

Vahtimestaripalvelujen osalta terveyslautakunta toteaa, että vahtimestaripalveluja terveyskeskuksen toimipisteisiin tuottavat jo tällä hetkellä Palmia, HUS ja terveyskeskus omana toimintana. Vahtimestaripalvelujen ulkoistaminen on kaupungin strategian mukainen ratkaisu eikä terveyslautakunta näe siihen sisältyvän samantasoisia toiminnallisia riskejä kuin laitoshuoltopalvelujen ulkoistamiseen.



13.09.2011

Tja/11

Terveyslautakunnan esitys tukipalvelujen järjestämisvaihtoehdoksi

Terveyslautakunta kannattaa esitetyistä tukipalvelujen järjestämismalleista vaihtoehtoa 3, jossa terveyskeskuksen vahtimestaripalvelut on ulkoistettu, mutta laitoshuoltopalvelut säilyvät terveyskeskuksen omana toimintana.”

Esittelijä

toimitusjohtaja
Matti Toivola

Lisätiedot

Riitta Simoila, kehittämisjohtaja, puhelin: 310 42213
riitta.simoila(a)hel.fi
Matti Toivola, toimitusjohtaja, puhelin: 310 2215
matti.toivola(a)hel.fi

Liitteet

1 110913Sosiaali- ja terveystoimen kokonaisselvitys_loppur.pdf

Postiosoite

PL 6000,
terveyskeskus@hel.fi

Käyntiosoite

Siltasaarekatu 13
Helsinki
<http://www.hel.fi/terveysk> 800012-52430
eskus

Puhelin

+358 9 310 5015
Tilinro

Faksi

+358 9 310 42504

Y-tunnus

0201256-6
Alv.nro
FI02012566