

ULVILAN KAUPUNGIN SOSIAALI- JA TERVEYSTOIMEN YHDISTÄMINEN - SOSIAALI- JA TERVEYDENHUOLLON VÄESTÖLÄHTÖINEN TOIMINTAMALLI

I TOIMEKSIANNON TAUSTA

Ulvilan kaupunki ja Kullaan kunta yhdistyivät vuoden 2005 alusta. Aiemmin kummallakin kunnalla oli ollut oma sosiaalitoimen organisaatio. Perusterveydenhuolto oli organisoitu Ulvilan ja Kullaan yhteiseen kansanterveystyön kuntayhtymään vuodesta 1982. Kuntayhtymän perussopimuksen mukaan kuntayhtymän tehtävänä oli huolehtia jäsenkuntien puolesta lakisääteisestä kansanterveystyöstä, eläinlääkintähuollosta ja ympäristöterveydenhuollon erityisviranomaisen tehtävistä sekä muista tarvittavista tehtävistä.

Vuoden 2005 alusta Ulvilan kaupungin sosiaalitoimenpalveluista on vastannut sosiaalilautakunta, jonka päävastuualueet ovat sosiaalityö, vanhustenhuolto sekä päivähoito ja esiopetus. Ulvilan kaupungin perusterveydenhuollosta on kansanterveystyön kuntayhtymän purkautumisen jälkeen vastannut terveyslautakunta. Kuntayhtymän vakituinen henkilöstö siirtyi vuoden 2005 alusta Ulvilan kaupungin palvelukseen.

Syyskuussa 2005 Ulvilan kaupunginhallitus teki päätöksen aloittaa kaupungin sosiaali- ja terveystoimen yhdistämistyön. Tavoite yhdistämistyölle oli Ulvilan kaupungin sosiaali- ja terveystoimen toiminnallinen ja hallinnollinen yhdistäminen. Yhdistämisellä tavoitellaan palvelujen toiminnallisesti nykyistä tehokkaampaa järjestämistä ja kustannusten parempaa hallittavuutta. Kaupunginhallituksessa tehdyn päätöksen mukaan yhdistämistyön suunnittelu ja ehdotusten teko päätettiin toteuttaa ulkopuolisen avustuksella.

Ulvilan kaupungissa on lähes 14 000 asukasta. Ulvila sijaitsee Satakunnan maakunnassa, Porin läheisyydessä. Talousarvion mukaiset menot vuonna 2005 olivat sosiaalitoimessa 12,9 milj. euroa ja terveydenhuollossa 17,1 milj. euroa, joista perusterveydenhuollon menojen osuus 6,9 milj. euroa. Sosiaalitoimen ja terveydenhuollon nettomenojen osuus kaupungin käyttötalouden nettomenoista on vuoden 2005 talousarvion mukaan 64,8 %.

Ulvilan kaupunki kuuluu ns. suurempien kaupunkien ympärillä oleviin kasvukeskuksiin, jonne lähellä olevasta kaupungista etenkin lapsiperheet muuttavat. Ulvilan väestö ei Tilastokeskuksen ennusteen mukaan kovin paljon laske vuoteen 2030 mennessä mutta iäkkäiden osuus väestöstä kasvaa.

2 TOIMEKSIANNON TAVOITE

Selvitystyön tavoitteena on ollut

luoda Ulvilan kaupungille uusi, sosiaali- ja terveyspalvelut yhdistävä toimintamalli, joka mahdollistaa palvelujen tuottamisen nykyistä tehokkaammin ja kustannukset paremmin halliten. Selvitystyö antaa perusteet sekä käytännön ehdotukset sosiaalitoimen ja terveystoimen toiminnallisesta ja hallinnollisesta yhdistämisestä.

Selvitystyön yksilöityinä tavoitteina olivat

- Varmistaa palvelujen saatavuus ja turvata hoitoon pääsy myös tulevaisuudessa
- Suunnitella miten palvelut voidaan järjestää nykyistä tehokkaammin ja miten kustannukset voidaan paremmin hallita
- Arvioida palvelujen nykyistä järjestämistapaa ja hallintorakenteita monipuolisesti sekä antaa ehdotus niiden järjestämiseksi
- Antaa suunnitelma ja kehittämissuhteet sosiaali- ja terveystoimen toiminnallisesta ja hallinnollisesta yhdistämisestä

Ehdotuksessa hyödynnettiin viimeaikoina kehitettyjä innovaatioita sosiaali- ja terveyspalvelujen järjestämiseksi. Suunnitelma laadittiin Ulvilan kaupungin tarpeiden ja resursien mukaiseksi. Suunnitelmalla luodaan samalla perustaa kuntien väliselle ja alueelliselle yhteistyölle.

3 TOIMEKSIANNON TOTEUTUS

3.1 Työn organisointi

Kehittämishajelman laadinta toteutettiin Ulvilan kaupungin nimeämän ohjausryhmän ohjaamana ja tukemana. Sosiaali- ja terveystoimen yhdistämisen ohjausryhmän jäseninä ovat olleet

Kimmo Vepsä, sosiaalilautakunnan puheenjohtaja, *ohjausryhmän puheenjohtaja*
Mikko Heinimäki, terveyslautakunnan puheenjohtaja
Paula Mäkinen, kaupunginhallituksen jäsen
Anne Taavela, kaupunginhallituksen jäsen
Tanja Fallila, kaupunginhallituksen jäsen
Arto Saarinen, kaupunginjohtaja
Helena Huhtanen, talousjohtaja
Matti Järvinen, sosiaalijohtaja
Kyösti Lemmetty, ylilääkäri

Ohjausryhmän sihteerinä on toiminut talousjohtaja Helena Huhtanen.

Ohjausryhmä kokoontui kolme kertaa (21.11.05, 20.1.06. ja 3.3.06).

Tiedottaminen henkilöstölle toteutettiin kahtena informaatiotilaisuutena (21.11. ja 3.3.) sekä esimiesten toteuttamana yksiköiden ja osastojen kokouksissa.

Stakesissa selvitystyön käytännön toteuttamisesta vastasi kehittämispäällikkö Ritva Teräväinen. Selvitystyön eri vaiheiden totuttamiseen ovat osallistuneet lisäksi tulosaluejohtaja Maijaliisa Junnila, kehittämispäällikkö Maarit Rautio ja kuntaprofiilin osalta tutkimusprofessori Markku Pekurinen. Toimenpide-ehdotuksen laadintavaiheessa on myös haasteltu Stakesin eri asiantuntijoita mm. palvelurakennemuutoksen, terveyden edistämisen, mielenterveyden ja päihdehuollon aloilta.

3.2 Selvitystyön eteneminen

Selvitys toteutettiin kahdessa vaiheessa. Ensimmäisessä vaiheessa kartoitettiin nykytilanne toteuttamalla karkea perusanalyysi kaikista Ulvilan sosiaalitoimen ja perusterveydenhuollon toiminnoista ja kustannuksista tilastojen, rekisteritietojen, yksikkövierailujen ja haastattelujen avulla. Toisessa vaiheessa laadittiin sosiaali- ja terveydenhuollon uusi toimintamalli ja ehdotukset palvelujen ja hallinnon uudelleen järjestämiseksi.

Tilastolliset analyysit

Ulvilan kaupungin sosiaali- ja terveystoimen palvelujen tarvetta, käyttöä, kustannuksia ja saatavuutta analysoitiin valittuihin vertailukuntiin Stakesin ylläpitämien tilasto- ja rekisteritietojen avulla. Analyysin perusteella syntyi Ulvilan kaupungille ns. kuntaprofiili.

Analyysiä täydennettiin kaupungin omilla 2005 toiminta- ja henkilöstötiedoilla. Lisäksi perehdyttiin kaupungin tuottamiin muihin selvityksiin.

Lisäksi Ulvilan kaupungille tuotettiin suppea vanhustenhuollon analyysi väestöennusteineen.

Analyysin tavoitteena oli paikantaa toiminnot, joiden toiminnallisesta ja hallinnollisesta yhdistämisestä saadaan paras hyöty.

Keskeisten luottamus- ja virkamiesten sekä työntekijöiden haastattelut

Ulvilan kaupungin sosiaali- ja terveystoimen suunnittelun ja päätöksenteon kannalta keskeisiä luottamusmiehiä ja virkamiehiä sekä työntekijöitä haastateltiin järkevimmän yhdistämistavan löytämiseksi ja muutosten hyväksyttävyyden arvioimiseksi. Haastatteluja toteutettiin yhteensä 12 ja osa haastatteluista oli ryhmähaastatteluja. Haastateltavia oli yhteensä 26. Haastatteluista sovittiin yhdessä ohjausryhmän kanssa hankkeen käynnistyessä. Haastattelut toteutettiin joulukuussa 2005.

Väliseminaari

Perusanalyysin ja haastattelujen tuloksia raportoitiin ohjausryhmän väliseminaarissa tammikuussa 2006. Konsultti esitti tällöin alustavat näkemykset kaupungin sosiaalitoimen ja terveystoimen toiminnallisesta ja hallinnollisesta yhdistämisestä. Alustavassa ehdotuksessa huomioitiin myös esimiesjärjestelmän selkiyttäminen, palveluyksiköiden välisen yhteistoiminnan kehittäminen ja yhteistoiminta erillisten palvelun tuottajien kanssa. Ehdotuksessa otettiin huomioon myös seudulliset vaihtoehdot palvelujen järjestämisessä.

Päätösseminaari

Selvitystyön keskeiset tulokset ja ehdotukset esitettiin ohjausryhmän kokouksessa 3.3.2006, joka samalla oli päätösseminaari. Henkilöstölle pidettiin seminaari ehdotuksista samana päivänä.

4 TERVEYSPALVELUJEN TARVE, KÄYTTÖ JA MENOT ULVILASSA

Uvilan kaupungin väestön terveyspalvelujen tarvetta, palvelujen käyttöä, menoja ja palvelurakennetta selvitettiin kuntaprofiilianalyysilla. Kuntaprofiilianalyysin tavoitteena oli selvittää vertailuarvioinnin keinoin Ulvilan terveydenhuollon ja vanhustenhuollon palvelukysynnän ja -tarpeiden nykytilaa sekä selvittää erityisesti palvelujen saatavuutta ja saatavuuteen liittyviä ongelmakohtia ja pyrkiä paikantamaan toimintoja, joiden järjestämiseen tulee kiinnittää erityistä huomiota Ulvilan sosiaali- ja terveystoimen hallinnollista ja toiminnallista yhdistämisen mallia suunniteltaessa.

Uvilan väestön terveys- ja vanhuspalvelujen tarvetta, käyttöä ja menoja analysoitiin vertaamalla niitä koko maan kuntien käyttöön ja menoihin vuonna 2004. Kaikissa vertailuissa vakioitiin kuntien väestöjen ikä- ja sukupuolirakenteen sekä muiden eri palvelujen tarpeeseen vaikuttavien tekijöiden, kuten sairastavuuden, vaikutus tuloksiin. Jos kuntien välille jää eroja vielä tarvevakioinnin jälkeen, erot johtuvat muista tekijöistä kuin eroista palvelujen tarpeessa. Tällaisia tekijöitä voivat olla esimerkiksi toiminnan hyvä/huono organisointi, tehokkuus/tehottomuus, (epä)tarkoituksenmukainen palvelurakenne, ym.

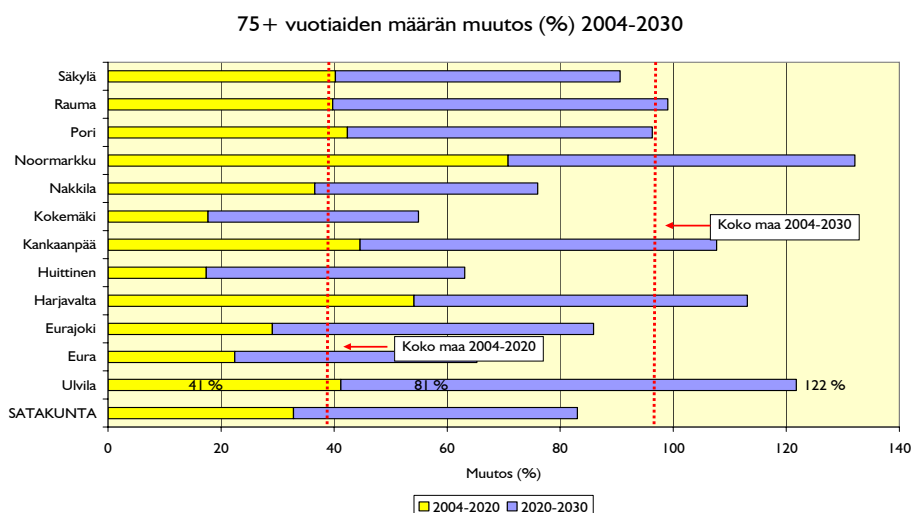
Uvilan kaupungin (ml. Kullaa) terveydenhuoltoa ja vanhustenhuoltoa koskevan kuntaprofiilianalyysin keskeiset tulokset voidaan koota seuraaviksi yleisiksi johtopäätöksiksi.

Yhteenvetona voidaan todeta, että:

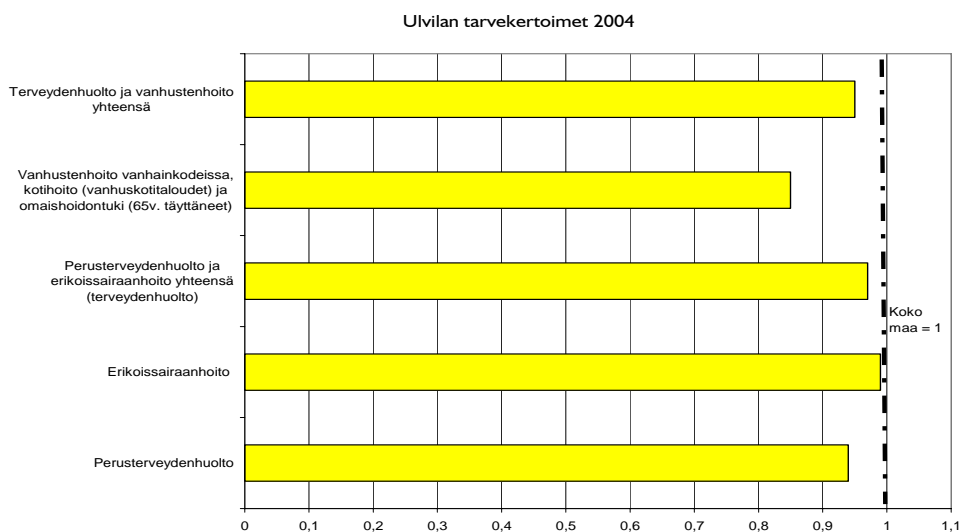
4.1 Palvelujen tarve

- 1 Ulvilan väestörakenne on terveydenhuollon ja vanhustenhuollon palvelujen järjestämisen kannalta toistaiseksi melko edullinen, sillä yli 65 - vuotiaiden määrä on lähes sama kuin koko maassa keskimäärin. Ulvilassa on 16 % koko väestöstä yli 65 - vuotiaita ja määrä kasvaa maltillisesti vuoteen 2020 (Kuvio 3).
- 2 Ulvilan väestön terveyspalvelujen ja vanhusten palvelujen tarve on sekä väestön 'sairastavuudesta' että ikärakenteesta johtuen koko maan kuntien keskitasoa alempi kaikissa tässä tarkastelluissa palveluissa (kuvio 4). Vanhustenhoidossa (vanhainkodit, kotihoito ja omaishoito) tarve on 15 % pienempi kuin maassa keskimäärin.
- 3 Vertailtaessa Satakunnan aluetta Ulvilan väestön terveyspalvelujen ja vanhusten palvelujen tarve on sekä väestön 'sairastavuudesta' että ikärakenteesta johtuen toiseksi alhaisin Luvian jälkeen (kuvio 5).

Kuvio 3. 75+ vuotiaiden määrän muutos (%) Ulvilassa, Satakunnassa ja muutamissa kunnissa 2004 - 2030

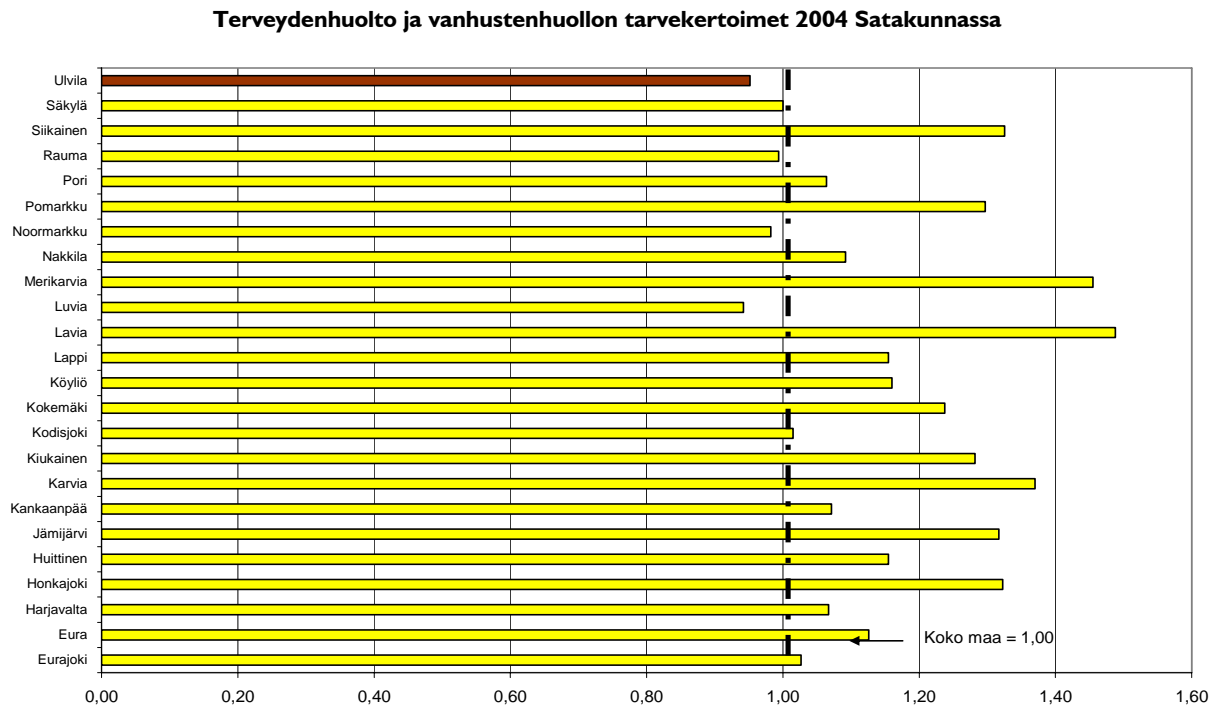


Kuvio 4. Terveydenhuollon ja vanhustenhuollon tarvekertoimet¹ Ulvilassa 2004



¹ TARVEKERTOIMIEN TULKINTA: Tarvekertoimet kuvaavat koko Ulvilan väestön palvelujen tarvetta verrattuna koko maan kuntien väestön tarpeen keskiarvoon 1 (= palvelujen tarve on keskimääräisellä tasolla). Kunnissa, joissa väestö on keskimääräistä nuorempaa ja/tai sairastavuus on alhainen, tarvekerroin on alle 1 (= palvelujen tarve on keskimääräistä vähäisempi). Kunnissa, joissa väestö on keskimääräistä vanhempaa ja/tai sairastavuus on keskimääräistä korkeampi, tarvekerroin on yli 1 (= palvelujen tarve on keskimääräistä suurempi). Tarvekertoimia käyttämällä voidaan parantaa kuntien sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen käyttöä, menoja ja toimintaa kuvaavien tietojen vertailukelpoisuutta. Jos kuntien välille jää eroja vielä tarvevakioinnin jälkeen, erot johtuvat muista tekijöistä kuin eroista palvelujen tarpeesta. Esimerkiksi toiminnan huonosta organisoinnista, heikosti tuottavuudesta, epätarvokkuudesta, ym.

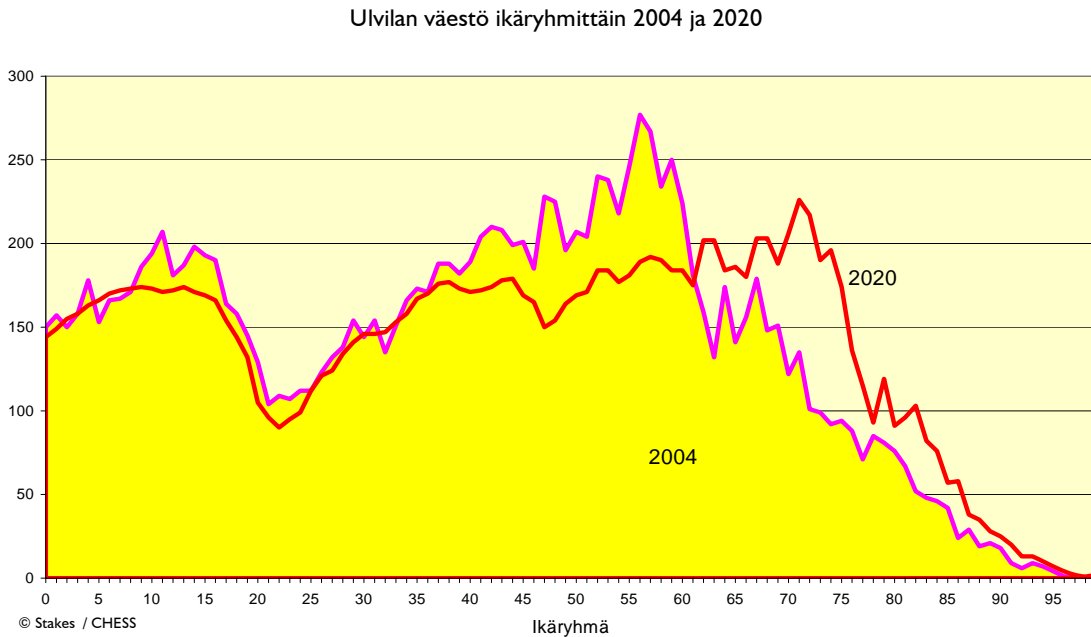
Kuvio 5. Terveydenhuollon ja vanhustenhuollon tarvekertoimet Satakunnassa kunnittain 2004



4.2 Väestörakenteen muutos

- 4 Ulvilan terveys- ja vanhusten palvelujen tarve tulee (kuvio 5) lähivuosina kuitenkin kasvamaan, johtuen lähinnä vanhusväestön määrän kasvusta.
- 5 Vuoteen 2020 mennessä yli 75 -vuotiaiden, määrä kasvaa Ulvilassa tilastokeskuksen väestöennusteen mukaan runsaalla 500 hengellä (35 %) ja kaikkein vanhimpien, 85 -vuotta täytäneiden, vanhusten määrä kasvaa runsaalla 120 hengellä (39 %).
- 6 Väestön muuttoliike ja Ulvilan asema pendelöintikuntana ei vähennä kuitenkaan merkittävästi koko kunnan väestömäärää ja lasten määrän ennustetaan pysyvän melko ennallaan.
- 7 Samaan aikaan kun Ulvilan väestörakenne ikääntyy, työikäisten määrä tulee Tilastokeskuksen väestöennusteen mukaan vähenemään. Vuoteen 2020 mennessä työikäisten, 15–64 -vuotiaiden määrän ennakoidaan vähenevän noin 1 000 .
- 8 Ikäihmisten määrän kasvu yhdessä työikäisten määrän laskun kanssa luo haasteita palvelurakenteen suuntaamiselle niin, ettei merkittäviä rahoitusongelmia Ulvilan terveydenhuollolle ja vanhustenhuollolle synny tulevaisuudessa. Ikääntymisestä aiheutuvat paineet Ulvilan terveydenhuollon ja vanhustenhuollon palvelujen ja palvelurakenteen kehittämiseksi ovat ajankohtaisia koko seuraavien 25 vuoden ajan.

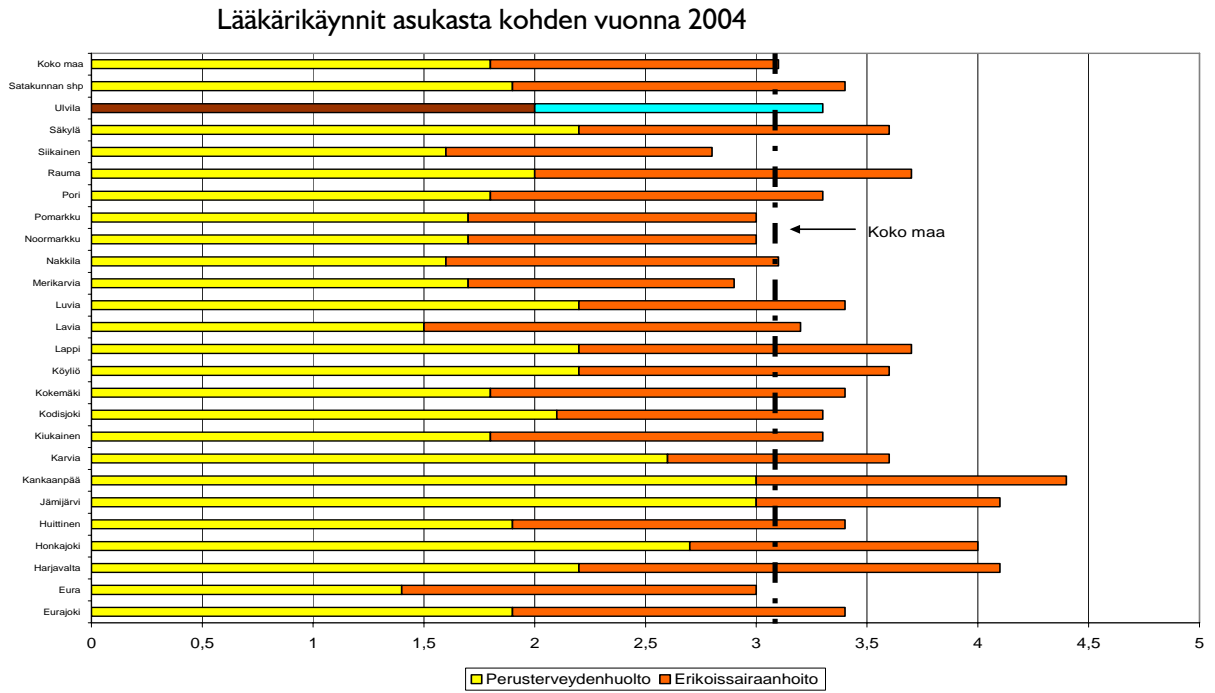
Kuvio 6. Ulvilan väestörakenne vuosina 2004 ja 2020 Tilastokeskuksen väestöennusteen mukaan



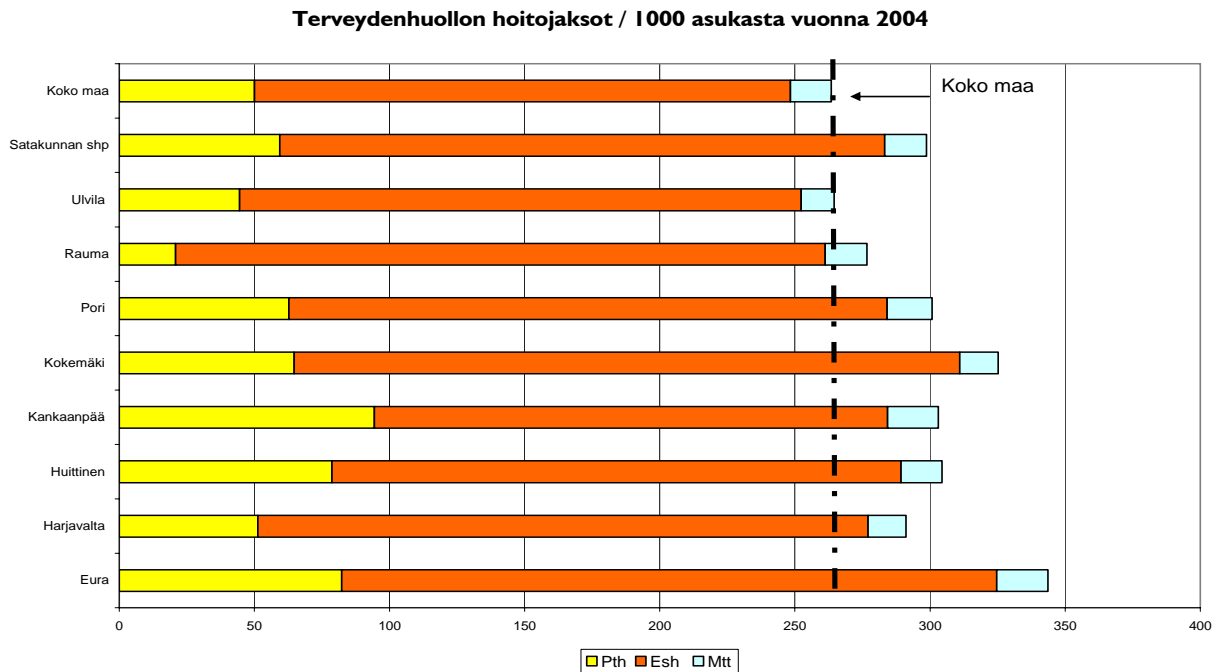
4.3 Palvelujen käyttö

- 9 *Terveydenhuollon avohoitopalveluja, lääkärikäynneillä mitattuna*, käytetään Ulvilassa kokonaisuudessaan hieman enemmän kuin maan kunnissa keskimäärin, 3,3 käyntiä asukasta kohti vuodessa (kuvio 7). Satakunnassa käyntejä oli 3,4 ja koko maassa käyntejä on 3,1 asukasta kohden.
- 10 *Laitospalvelujen käyttö* (perusterveydenhuolto ja erikoissairaanhoito) on Ulvilassa hoitajakoilla mitattuna samalla tasolla kuin maassa keskimäärin (kuvio 8). Hoitopäivillä mitattuna terveydenhuollon laitospalvelujen käyttö on vähäisempää kuin maassa keskimäärin (kuvio 9).
- 11 *Terveyskeskuksen vuodeosastohoidon* käyttö on Ulvilassa hoitopäivillä mitattuna selvästi koko maan keskitasoa pienempää ja *erikoissairaanhoidon* käyttö koko maan suuntaista.
- 12 *Vanhusten (75 vuotta täyttäneiden) palvelujen toteutustapa* vaihtelee kunnissa merkittävästi (kuvio 10). Ikääntyneiden palvelujen peittävyys on Ulvilassa jonkin verran suurempi kuin koko maassa keskimäärin. Säännöllisen kotihoidon piirissä on enemmän kuin maan kunnissa keskimäärin, mutta palveluasumisen piirissä on selvästi vähemmän ikäihmisiä. Palveluasumisessa on vielä runsaasti kehittämisen varaa monissa kunnissa.

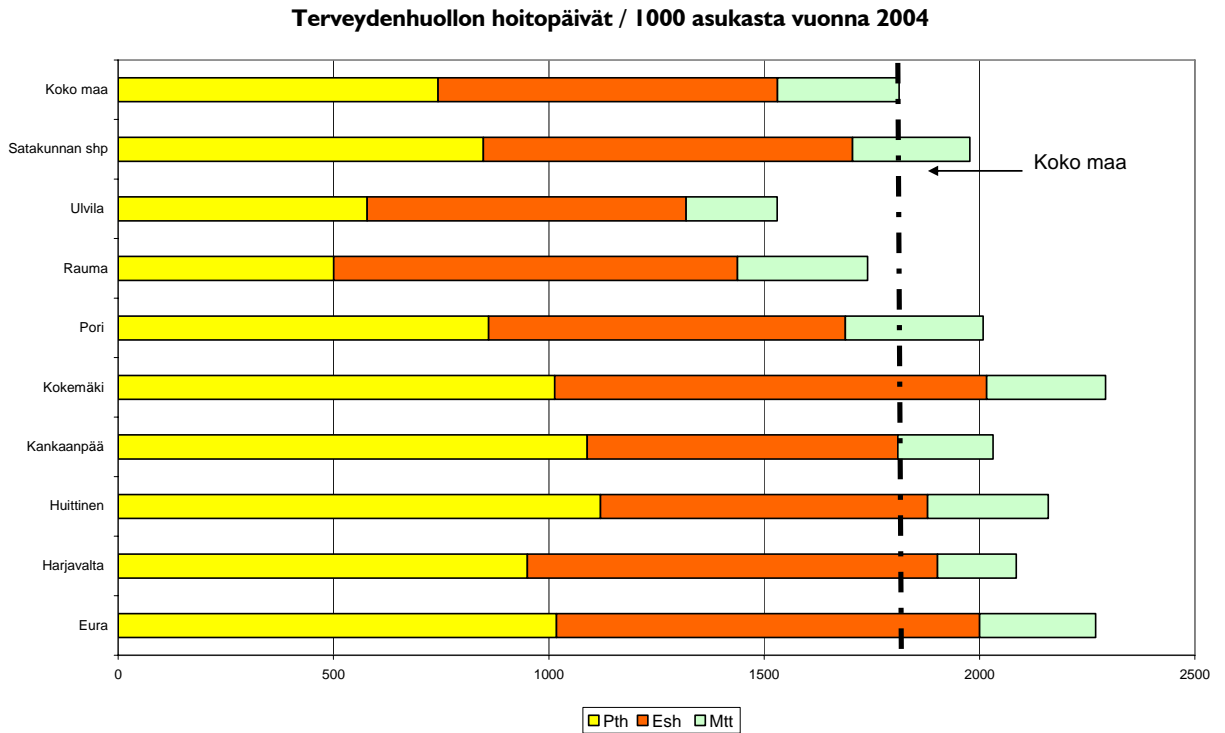
Kuvio 7. Lääkäripalvelujen käyttö Ulvilassa ja Satakunnan kunnissa vuonna 2004



Kuvio 8. Terveydenhuollon hoitajaksot koko maassa, Satakunnassa, Ulvilassa ja vertailukunnissa /1000 asukasta kohden vuonna 2004

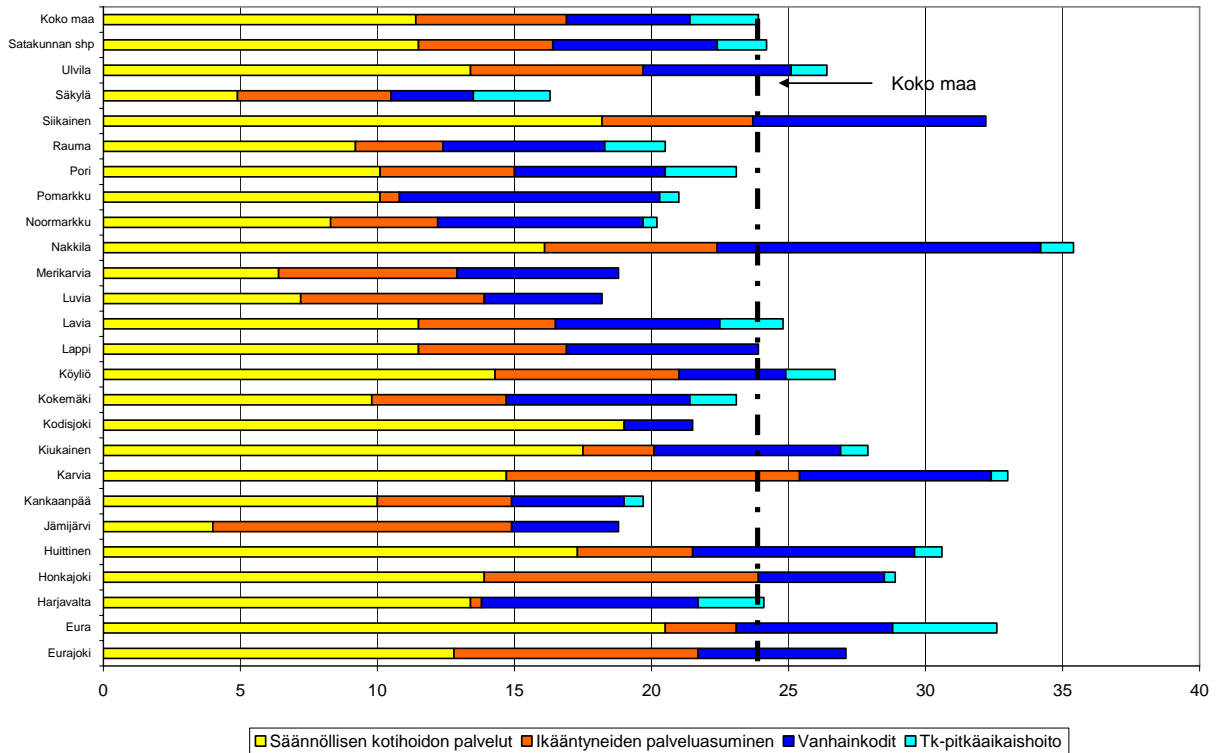


Kuvio 9 Terveydenhuollon hoitopäivät koko maassa, Satakunnassa, Ulvilassa ja vertailukunnissa /1000 asukasta kohden vuonna 2004



Kuvio 10 Ikäntyneiden palvelujen peittävyys Ulvilassa ja Satakunnan kunnissa vuonna 2004 (2003)

Ikäntyneiden palvelujen peittävyys, osuus (%) 75 - vuotta täyttäneistä vuonna 2004



Taulukko 5 Kotihoidon laskenta 30.11.2003. Kotihoidon käyntien mediaani, paljon käyntejä - osuus ja asiakkaita / 1000 65 -vuotiasta kohden

Kotisairaanhoidon ja kotipalvelun asiakkaat käyntimäärän mukaan 30.11.2003

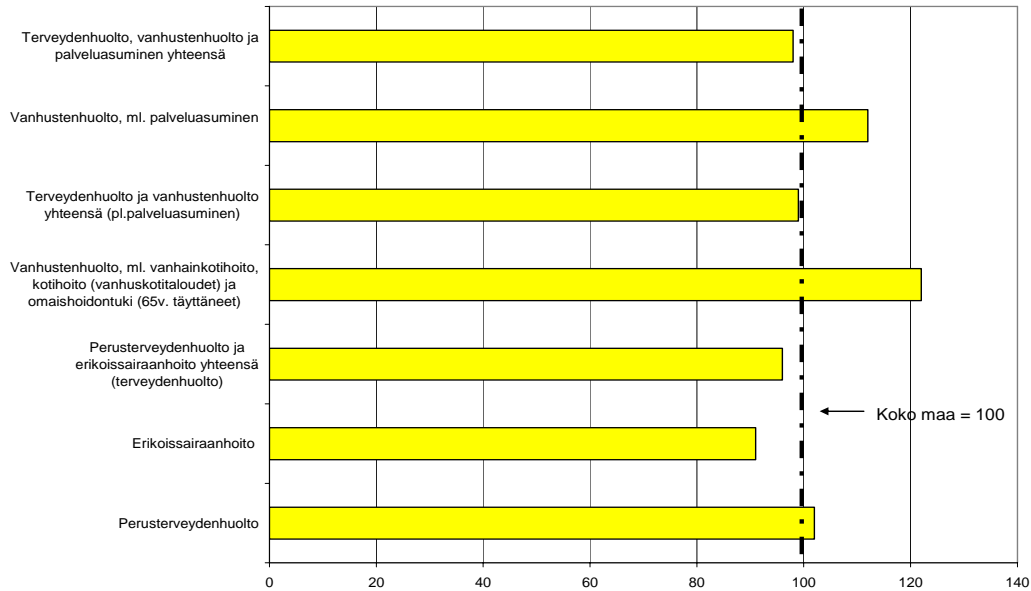
	Kotihoidonkäyntejä Mediaani	Käyntejä 41 tai yli /kk % käynneistä	Asiakkaita/ 1000 65 v täyttänyt
Koko maa	10	23,9	74
Satakunta	9	22,3	73
Ulvila	17	23,4	83
Eura	4	28,4	138
Harjavalta	6	21,6	87
Huittinen	9	18,7	106
Kankaanpää	8	19,7	71
Kokemäki	8	11,8	70
Pori	8	19,8	61
Rauma	14	29,7	56

4.4 Menot 2004

- 13 Terveydenhuollon ja vanhustenhuollon palvelut on järjestetty Ulvilassa väestön tarpeisiin nähden koko maan kuntiin nähden keskimääräisin kustannuksin. Ulvilan tarvevakioidut terveysmenot asukasta kohti ovat noin 1 % alle maan kuntien keskitason (kuvio 11). Kuntien välillä on merkittäviä eroja menoissa (kuvio 12).
- 14 *Terveydenhuollon tarvevakioidut* kokonaismenot asukasta kohti ovat Ulvilassa noin 4 % koko maan keskitasoa alhaisemmat. *Perusterveydenhuollon* tarvevakioidut menot asukasta kohti ovat Ulvilassa noin 2 % korkeammat ja *erikoissairaanhoidon* menot noin 9 % edullisemmat kuin maan kunnissa keskimäärin (kuvio 11).

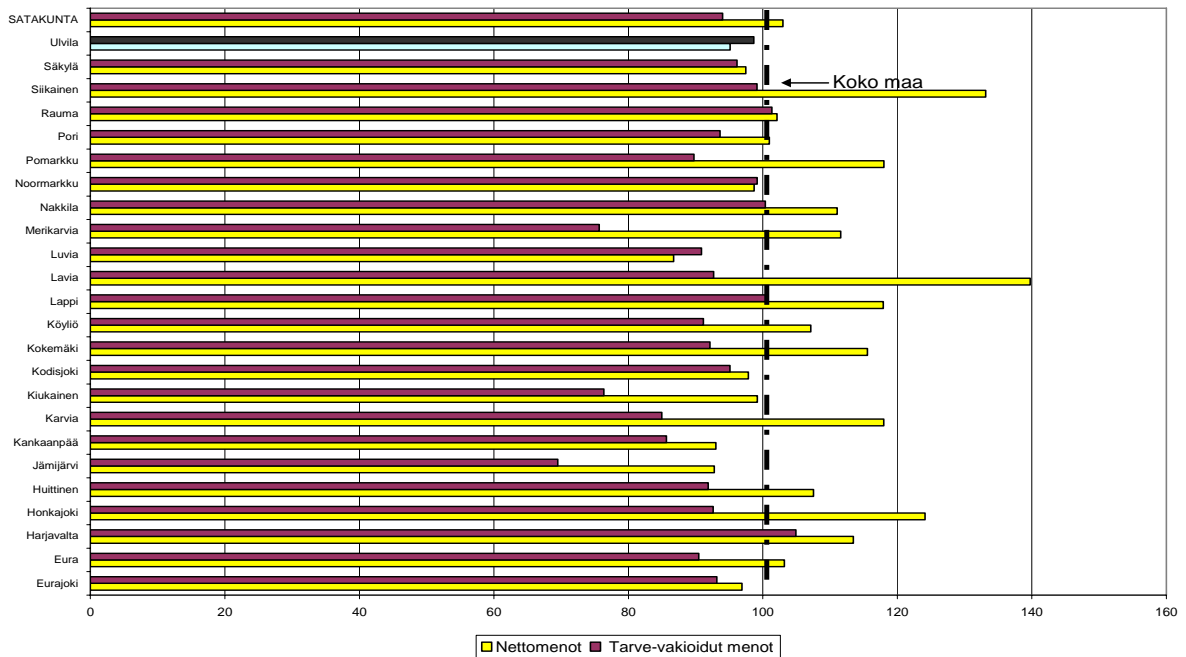
Kuvio 11. Terveydenhuollon ja vanhustenhuollon tarvekioidut menot asukasta kohti Ulvilassa vuonna 2004 (koko maa = 100)

Tarvekioidut menot asukasta kohden Ulvilassa 2004,
koko maa = 100



Kuvio 12 Terveydenhuollon ja vanhustenhuollon tarvekioidut menot asukasta kohti Ulvilan ja Satakunnan kunnissa vuonna 2004 (koko maa = 100)

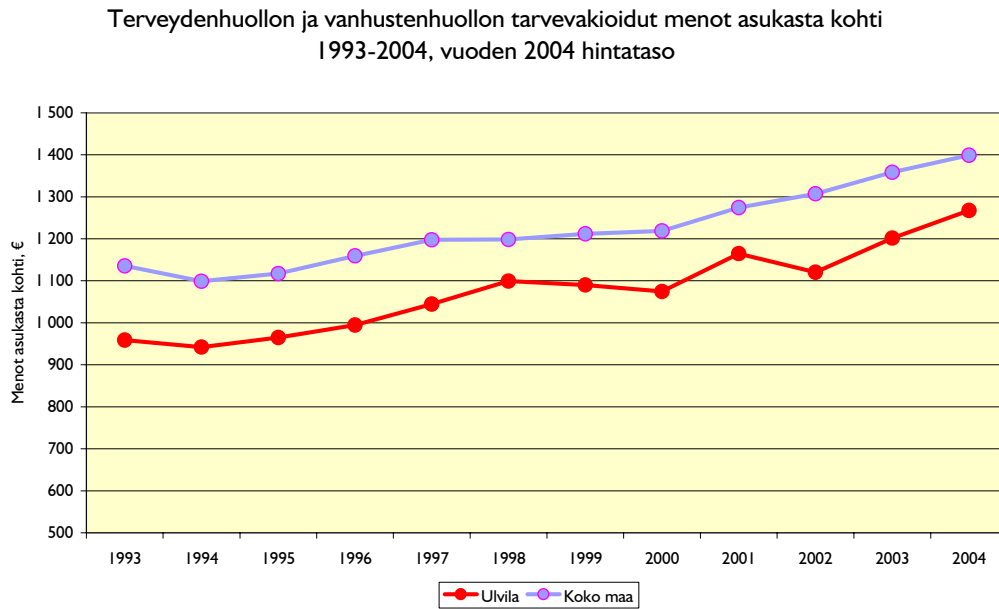
Terveydenhuollon ja vanhustenhuollon tarvekioidut ja nettomenot asukasta kohti vuonna 2004



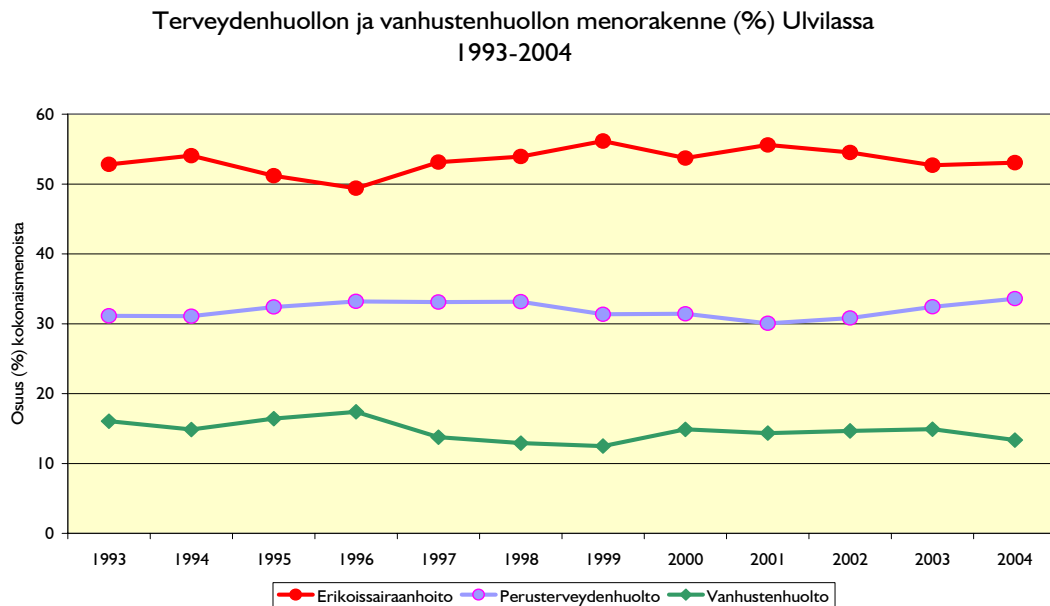
4.5 Menokehitys ja palvelurakenne 1993–2004

- 15 Ulvilan terveydenhuollon ja vanhustenhuollon menokehitys ei ole olennaisesti poikennut koko maan yleisestä kehityksestä 1993–2004. Menot ovat pääsääntöisesti seuranneet maan kuntien yleistä kehitystä ja pysyneet selvästi koko maan keskitason alapuolella (kuvio 13).
- 16 Terveydenhuollon ja vanhustenhuollon menojen reaalin kasvu oli Ulvilassa vuosina 1993–2004 noin 2,7 % vuodessa (koko maassa 1,9 %). Vuosina 2000–2004 menot kasvoivat reaalisesti noin 4,7 % vuodessa (koko maassa 3,5 %), mistä 43 % (23 %) selittyy väestörakenteen muutoksella (kuvio 13).
- 17 Terveydenhuollon ja vanhustenhuollon menorakenne (palvelurakenne) on Ulvilassa jokseenkin koko maan kaltainen. Menorakenne on pysynyt Ulvilassa melko vakaana eikä siinä ole tapahtunut olennaisia muutoksia 1993–2004 (kuvio 14).
- 18 Erikoissairaanhoidon osuus terveydenhuollon ja vanhustenhuollon kokonaismenoista oli vuonna 2004 Ulvilassa runsaat 50 %, perusterveydenhuollon hieman yli kolmannes ja vanhustenhuollon osuus on noin 15 % (kuvio 14).

Kuvio 13. Terveydenhuollon ja vanhustenhuollon tarvekioidut menot asukasta kohti Ulvilassa 1993–2004, vuoden 2004 hintataso

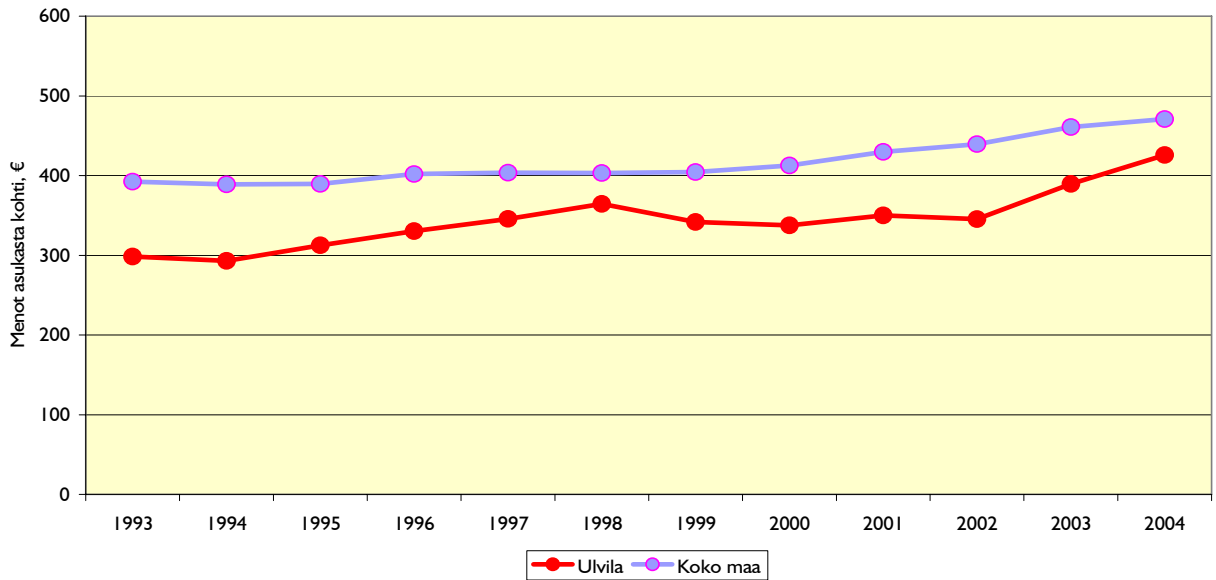


Kuvio 14. Terveydenhuollon ja vanhustenhuollon menorakenne Ulvilassa vuosina 1993–2004



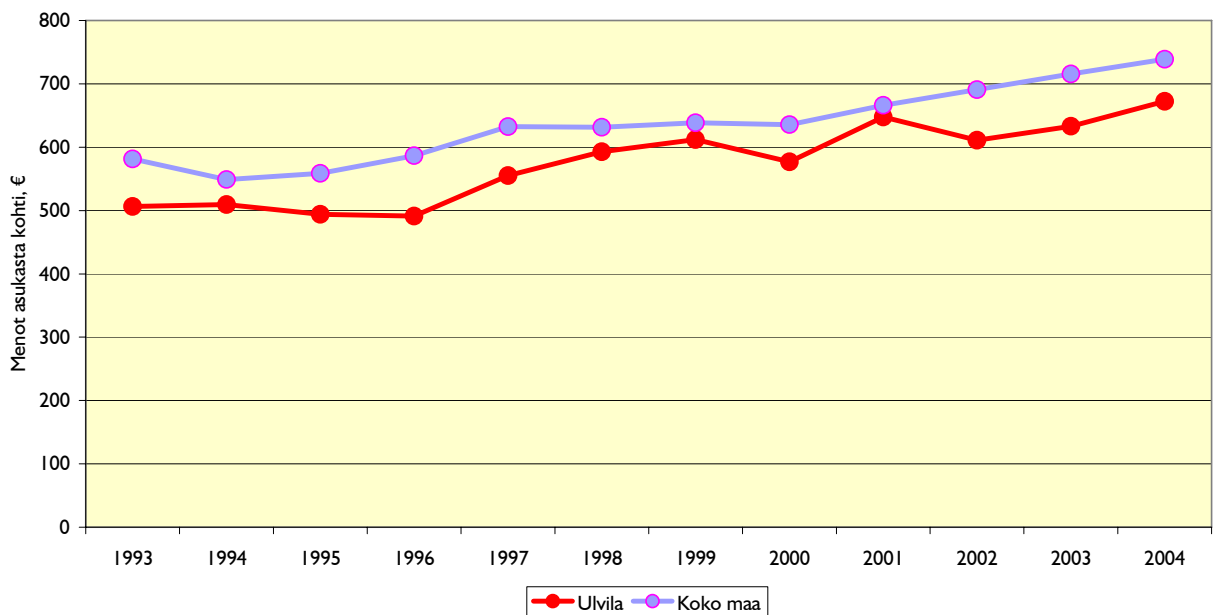
Kuvio 15. Perusterveydenhuollon tarvekioidut menot asukasta kohden Ulvilassa ja koko maassa 1993 - 2004

Perusterveydenhuollon tarvekioidut menot asukasta kohti 1993-2004, vuoden 2004 hintataso



Kuvio 16. Erikoissairaanhoidon tarvekioidut menot asukasta kohden Ulvilassa ja koko maassa 1993 - 2004

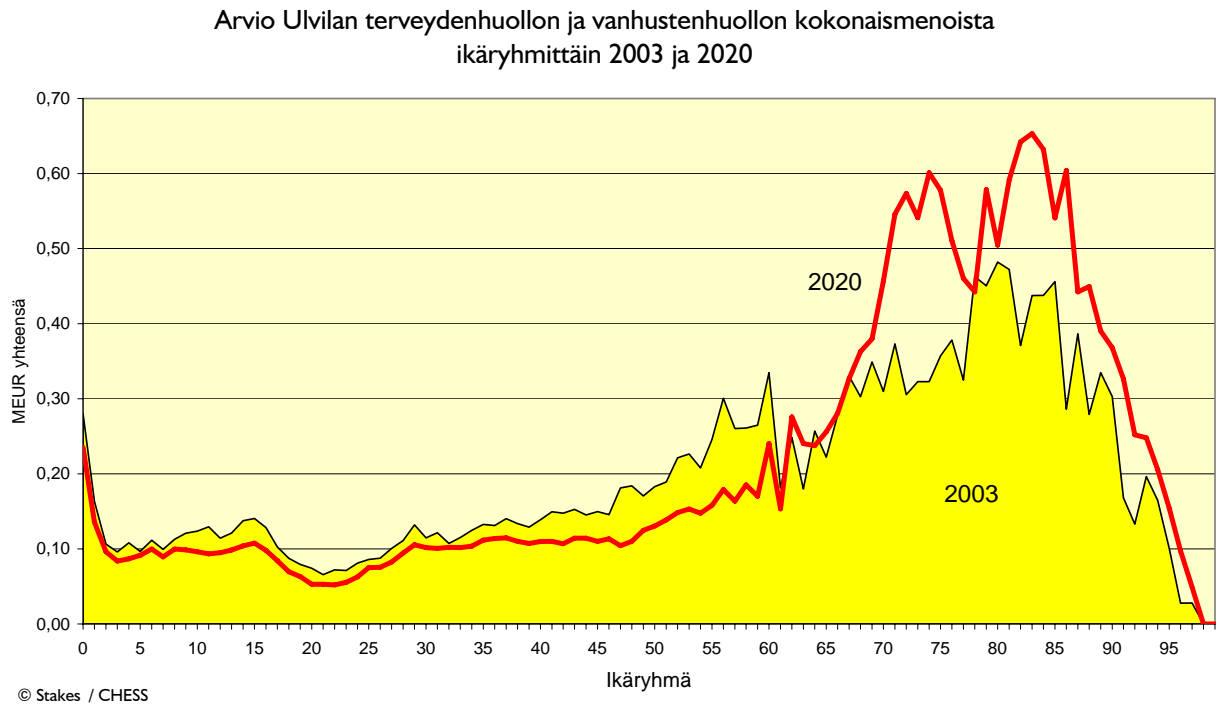
Erikoissairaanhoidon tarvekioidut menot asukasta kohti 1993-2004, vuoden 2004 hintataso



4.6 Menopaineet tulevaisuudessa

- 19 Väestön ikärakenteen muutos luo Ulvilalle paineita lisätä terveydenhuollon ja vanhustenhuollon resursointia ja menoja tulevaisuudessa (kuviot 17).
- 20 Ikärakenteen lisäksi terveydenhuollon ja vanhustenhuollon menojen kehitykseen vaikuttavat myös monet muut tekijät, kuten työvoimakustannusten, lääkekustannusten, kokonaistuottavuuden ja teknologian kustannuskehitys. Kun näiden tekijöiden vaikutus otetaan huomioon, ikärakenteen muutoksen ohella, voidaan karkeasti arvioida, että Ulvilan terveydenhuollon ja vanhustenhuollon menojen reaalin kasvupaine 2004–2020 on kaikkiaan noin 4 m€

Kuvio 17. Arvio Ulvilan terveydenhuollon ja vanhustenhuollon kokonaismenoista ikäryhmittäin vuosina 2004 ja 2020. Vuoden 2020 menoissa on otettu huomioon vain väestön ikärakenteen muutoksen vaikutus.



4.7 Johtopäätökset

- 22 Ulvila käytti vuonna 2004 väestön palvelutarpeisiin nähden rahaa terveydenhuollon ja vanhustenhuollon palvelujen järjestämiseen jokseenkin saman verran kuin maan kunnat keskimäärin.
- 23 Väestörakenteen muutoksen ja muiden menotasoon vaikuttavien tekijöiden johdosta terveydenhuollon ja vanhustenhuollon kokonaismenojen kasvupaine Ulvilassa on vuodesta 2004 vuoteen 2020 reaalisesti noin 4 m€ yhteensä 25 % eli noin 1,2 % vuodessa, jos palvelurakenteissa sekä palvelujen järjestämis- ja tuotantotavassa ei tapahdu olennaisia muutoksia.
- 24 Ulvilan väestön terveyspalvelujen ja vanhusten palvelujen turvaaminen tulevaisuudessa edellyttää palvelujen järjestämis- ja tuottamistapojen uudelleen arviointia ja uusia toiminnallisia ratkaisuja, joilla pystytään turvaamaan määrältään vähenevän työikäisen väestön sekä kasvavan ikääntyvän väestön palvelutarpeet ottaen huomion kuntien rahoitusmahdollisuudet.

5 ULVILAN KAUPUNGIN KESKEISTEN LUOTTAMUS- JA VIRKAMIESTEN SEKÄ TYÖNTEKIJÖIDEN HAASTATTELUT

Haastattelujen toteuttaminen

Ulvilan kaupungin sosiaali- ja terveystoimen suunnittelun ja päätöksenteon kannalta keskeisiä luottamus- ja virkamiehiä sekä työntekijöitä haastateltiin joulukuussa 2005. Haastattelun avulla haluttiin löytää järkevin tapa yhdistää sosiaali- ja terveystoimi ja arvioida muutosten hyväksyttävyyttä.

Haastatteluja toteutettiin yhteensä 12 ja osa haastatteluista oli ryhmähaastatteluja. Haastateltavista sovittiin yhdessä ohjausryhmän kanssa hankkeen käynnistyessä. Haastateltavia oli yhteensä 26.

Yhdistämisaikojen taustaa

Haastatteluista nousi esiin toisaalta ulkoiset paineet sosiaali- ja terveystoimen yhdistämiselle ja toisaalta sisäiset tarpeet yhdistää ja sujuvoittaa sosiaali- ja terveystoimen hallintoa.

Ulkoisina paineina yhdistämiselle koetaan varsinkin kunta- ja palvelurakennemuutos. Kunta- ja palvelurakennemuutoksessa haetaan isompia kokonaisuuksia ja Ulvilakin on näissä kehityshankkeissa mukana. Kaupungin kannalta sosiaali- ja terveystoimi on iso ja tärkeä osa kaupungin palveluita, koska se vaikuttaa suuresti sekä kuntalaisten hyvinvointiin että kunnan talouteen.

Sosiaali- ja terveystoimen yhdistämisestä keskusteltiin jo silloin, kun Kullaan kuntaa Ulvilan kaupunkia yhdistämistä suunniteltiin mutta se ei kuitenkaan tuolloin onnistunut. Jo 1990 -luvun alussa on ensimmäisiä kertoja keskustelu yhdistämisestä.

Haastattelujen perusteella tavoite sosiaali- ja terveystoimen yhdistämisestä koetaan nyt selkeäksi ja mahdolliseksi saavuttaa. Sosiaali- ja terveystoimen yhdistämisen nähtiin tuovan synergiaetuja ja poistavan päällekkäisyyksiä. Hallinto koetaan kuitenkin jo nyt ohueksi, eikä käytännön työstä arvioida voitavan vähentää. Yhdistämisellä arvellaan saatavan etua nimenomaan kokonaisuuksien tarkasteluun. Yhdistämisen arveltiin mahdollistavan myös siirtymistä hallinnon kulttuurista palvelukulttuuriin. Palveluita toivottiin tarkasteltavan väestö-, eikä organisaatiolähtöisesti.

Nykyisen sektorijaon ja -ajattelun ajateltiin estävän kokonaistaloudellisen näkemyksen syntymistä. Nähdään vain oma sektori ja sen taloudelliset resurssit eikä välttämättä koko organisaation etua ja siihen liittyvää kustannustehokkuutta.

Huolta koetaan myös siitä, että henkilöstö eläköityy ja tulevaisuudessa työntekijöitä on entistä vaikeampaa saada. Sosiaali- ja terveystoimen yhdistäminen luo mahdollisuuksia

myös työntekijöille monipuolisempaan työhön ja joustavaan siirtymiseen työyksiköstä toiseen.

Muutokseen liittyy ja on aina liittynyt myös pelkoja; miten minun käy organisaatiomuutoksessa? Ei tiedetä tarpeeksi mitä muutos tuo tullessaan. Varsinkin tulevaa/tulevia esimiehiä pelätään ja erityisesti haluttaisiin pitää ammatilliset esimiehet. Historia ja erilaiset henkilösuhteet ovat vaikuttaneet yhteistyön sujuvuuteen. Yhteistyö on viime vuosina parantunut mutta yhteistyöhön ei myöskään haluta pakottamalla.

Haastatteluissa tuli ilmi, että suurin osa haastatelluista odottaa yhdistymistä myönteisesti ja kokee sen uuden alkuna. Yhdistymiseen halutaan mennä avoimin mielin ja sen myötä toivotaan asioiden selkiytymistä. Erityisesti vanhustenhuolto koetaan yhteiseksi alueeksi ja siihen toivotaan kokonaisnäkemystä.

Yhdistämisen keskeiset haasteet

Tämän hetken haasteina koetaan kuntatalouden näkymät, rahoituksen riittävyys, sektoriajattelu, väestörakenteen muutos ja palvelujen riittävyys. Haasteena on edelleen Kullaan yhdistymisen loppuun saattaminen. Lisäksi haasteena koetaan, että olisi osattava katsoa vuotta tai kahta pidemmällä aikavälillä.

Talousarviot ovat niukkoja palvelutarpeisiin nähden ja lisätarpeisiin on vaikea saada lisää resursseja. Haastatteluissa tuli ilmi, että organisaatiot halutaan yhdistää, sisäiset palveluprosessit saada sujuviksi ja tehokkaiksi ja osassa palveluita tulee nähdä myös seudulliset mahdollisuudet mutta tärkeänä haasteena tässä nähdään, miten henkilöstö ja luottamusjohto sitoutetaan. Organisaatiokulttuurin muuttaminen palvelukulttuuriksi nähdään suurena haasteena ja se tarkoittaa kuntalaisten kannalta järkevää ja joustavaa tapaa tuottaa ja tarjota palveluita kustannustehokkaasti.

Väestö ikääntyy ja sen myötä myös palvelutarve kasvaa. Haasteena nähdään palveluiden järjeittäminen niin, että vanhukset ja lapset hoidetaan ja ennaltaehkäisevällä työllä on resursseja. Haasteena on myös yhteistyö ja yhdessä tekeminen. Kaivataan mm. kaupungin yhteisiä erityistyöntekijöitä, jotka eivät toimi sektorikohtaisesti vaan ovat koko organisaation käytössä.

Miten tulisi yhdistää

Haastateltujen ajattelun perustana oli se, että toimintaa pitää kehittää ja tehostaa. Kuntalaisten rahoilla halutaan tuotettavan parhaita mahdollisia palveluita kustannustehokkaasti kuntalaisten käyttöön. Asenteet ja ajattelutapa on muutettava palveluajatteluksi. Asiakkaiden tarpeiden muuttuessa, palveluidenkin tulee muuttua.

Palveluita toivottiin kehitettävän väestölähtöisesti ja kokonaisuuksia tarkastellen. Erityisesti vanhustenhuollossa tulisi olla selkeät hoitoketjut ja vanhuksen hoito oikeassa paikassa oikeaan aikaan. Vanhustenhoitoon tarvitaan myös enemmän ennaltaehkäiseviä ja kotiin annettavia palveluita. Tärkeää on ostopalveluiden ja kolmannen sektorin mahdollisuuksien käyttäminen nykyistä paremmin ja toisaalta kunnassa olevan ostamisen osaamisen lisääminen.

Seudullista yhteistyötä tehdään jo paljon mutta sen laajentamisessa ja syventämisessä olisi kehitettävää.

Hallinnon sujuvoittaminen ja byrokratian sekä päällekkäisyyksien poistaminen arveltiin voitavan tehdä toimenkuvia selkiyttämällä. Henkilöstöpolitiikka ja henkilöstötilinpäätökset haluttiin toimivaksi osaksi johtamista.

Yhdistämisen reunaehdot

Haastatteluissa tuli usein esiin, että palveluita ei saa huonontaa eikä toisaalta hallintoa kasvattaa. Toivotaan myös selkeää johtajuutta sekä selkeitä palvelukokonaisuuksia.

Haastatteluissa korostettiin esimiesten ja ylimmän johdon substanssiosaamisen tärkeyttä. Tärkeää on myös tieto siitä, että työpaikat säilyvät. Asiantuntemuksen säilyminen organisaation eri tasoilla on haastateltavien mielestä varmistettava.

Mitä negatiivista voisi seurata yhdistymisestä

Haasteellisina yhdistämisessä pidettiin sitä, miten varmistetaan toisten ammattiryhmien työn arvostaminen. Yhdistämisen toivotaan tuovan aitoa toisen työn arvostamista. Haasteena yhdistymiselle koetaan myös se, ettei hallinto sen myötä kasvaisi ja että hallinnosta löytyy viisautta määrärahojen oikeuden mukaiseen jakoon, osaamisen kehittämisen ja kehitysmuutosten sekä kouluttautumisen varmistamiseen.

Mitä hyvää voisi seurata yhdistymisestä

Yhdistämisen myötä asiakkaiden palveluiden ajatellaan paranevan niin, että asiakasta palvellaan yhdessä paikassa mahdollisimman hyvin (luukulta luukulle juokseminen vähenee). Perhekeskusajatuksen kehittyminen on myönteistä, sillä sitä kautta lapsiperheiden palveluita voidaan koordinoida paremmin ja varhainen puuttuminen tehostuu.

Vanhustenpalvelut halutaan koottavan yhteen ja nähdä kokonaisuutena ja näin ollen vanhusten oikealla paikalla hoitaminen tehostuu. Vanhustenhuollon kokonaisuus auttaa myös henkilökunnan sujuvammassa käytössä ja osaamisen varmistamisessa.

6 ULVILAN KAUPUNGIN SOSIAALIOSASTON JA TERVEYSOSASTON TOIMINTA JA ORGANISAATIO VUONNA 2005

6.1. Organisointi

Ulvilan kaupunki ja Kullaan kunta yhdistyivät 1.1.2005. Aiemmin oli sekä Ulvilan kaupungilla että Kullaan kunnalla ollut oma sosiaalitoimen organisaatio. Perusterveydenhuolto oli organisoitu Ulvilan ja Kullaan yhteiseen kansanterveystyön kuntayhtymään vuodesta 1982. Kuntayhtymän perussopimuksen mukaan kuntayhtymän tehtävänä oli huolehtia jäsenkuntien puolesta lakisääteisestä kansanterveystyöstä, eläinlääkintähuollosta ja ympäristöterveydenhuollon erityisviranomaisen tehtävistä sekä muista tarvittavista tehtävistä.

Vuoden 2005 alusta Ulvilan kaupungin sosiaalitoimenpalveluista on vastannut sosiaalilautakunta, jonka päävastuualueet ovat sosiaalityö, vanhustenhuolto sekä päivähoito ja esiopetus. Perusterveydenhuollosta on vastannut kansanterveystyön kuntayhtymän purkautumisen jälkeen Ulvilan kaupungin terveyslautakunta. Ulvilan kaupungin sosiaali- ja terveystoimessa on henkilöstöä noin 450 ja talousarvio noin 30 miljoonaa euroa.

Nykyinen malli

SOSIAALIOSASTO	TERVEYSOSASTO
<p>Sosiaalityö</p> <ul style="list-style-type: none"> * toimeentulotuki * lastensuojelu * päihdehuolto * vammaispalvelut <p>Päivähoito</p> <p>Vanhustyö</p> <ul style="list-style-type: none"> * kodinhoitoapu * omaishoidontuki * vanhainkotipalvelut * palveluasunnot 	<p>Hallinto-osasto</p> <p>Avohoito</p> <p>Lääkäripalvelut</p> <ul style="list-style-type: none"> * vastaanotot * päivystys <p>Terveydenhoitajat</p> <p>Kotisairaanhoido</p> <p>Hammashoito</p> <p>Laitoshoido</p> <ul style="list-style-type: none"> * tk-sairaala <p>Keskitettyt palvelut</p> <ul style="list-style-type: none"> * laboratorio * röntgen * fysioterapia * mielenterveys <p>Työterveyshuolto</p> <p>Terveysvalvonta</p>

6.2 Sosiaalipalvelut

Sosiaaliosaston tehtävänä on järjestää sosiaalihuollon palvelut asukkaiden tarpeiden mukaisesti. Ulvilan sosiaalitoimi on jaettu sosiaalityön, vanhustyön, päivähoidon ja esiopetuksen tehtäväalueisiin.

Sosiaalityö

Sosiaalityön tehtäväalueeseen kuuluvat mm. toimeentulotuki, lastensuojeluasiat sekä päihdeongelmat. Sosiaalityöntekijän virkoja on 5 ½. Vuodessa on toimeentulotukiasiakkaita noin 400 kotitaloutta ja lasten huostaanottoja noin 4-6. Sosiaalityössä on kehitetty ns. Ulvilan malli eli varhaisen puuttumisen malli.

Erityispalveluista ostetaan kehitysvammopalvelut erityishuoltopiiriltä, päihdepalvelut Porin A-klinikalta ja mielenterveysongelmaisten asumispalvelut muualta.

Seudullisuus on palvelujen kehittämisessä huomioitu ja yhteistyötä tehdään erityisesti Karhu -kuntien kanssa.

Vanhustyö

Vanhustyöhön kuuluvat kodinhoitoapu, omaishoidontuki, vanhusten palveluasuminen ja vanhainkotipalvelut.

Vanhustyössä sosiaalisihteerin tehtävänä on kehittää, suunnitella ja vastata laatukäsikirjan tekemisestä. Laitoshoidon sosiaalipalveluohjaaja vastaa Kullaan ja Ulvilan vanhainkodeista sekä Kotolan dementiayksiköstä ja Mäntykodosta. Avopalvelujen sosiaalipalveluohjaaja vastaa kotipalvelusta sekä huolehtii omaishoidon asioista.

Kaupunki ostaa yksityistä vanhustenhuollon asumispalvelua Pappilanlammelta ja muutamasta muusta yksityisestä pienryhmäkodista. Tukipalveluissa ostetaan mm. siivous-, kuljetus- ja ateriapalveluita.

SAS - ryhmään kuuluu edustajia sekä sosiaalitoimen että terveydenhuollon ja myös yksityiseltä puolelta. Oma mittaria ei ole mutta lääninhallituksesta saatua mittaria käytetään kerran vuodessa toimintakyvyn arviointiin. Jonoa palveluihin on ja kotoa jonottavat pyritään sijoittamaan ensimmäisinä.

Päivähoito ja esiopetus

Päivähoidossa ja esiopetuksessa on tehty paljon hyvää kehittämistyötä Karhu-kuntien kanssa valtakunnallisten kehityssuuntien mukaisesti. Ulvilassa on tehty varhaiskasvatuksen suunnitelma (=laatukäsikirja). Päivähoidossa on yhteensä noin 550 lasta, joista yli puolet perhepäivähoidossa. Päivähoidon hallinnollista johtajaa ei ole vaan sosiaalijohtaja tekee tarvittavan yhteen koordinoinnin. Yhteistyössä terveydenhuollon kanssa on mm. 5-vuotistarkastukset, jotka tekee lastentarhaopettaja. Yhteistyötä tehdään myös erilaisten "huolta herättävien" perheiden kanssa arvioitaessa päivähoidon tarvetta, erityisruokavalioasioissa jne. Perhepäivähoitoon on mahdollista päästä myös terveyden-

hoitajan läheteellä. Päivähoidon tukiryhmässä ovat edustettuina psykologi, sosiaalityöntekijä, terveydenhoitaja ja erityislastentarhaopettaja. Psykologeja on kaupungissa yhteensä kolme, joista yhden, sosiaalitoimessa olevan, työpanos kohdistuu alle kouluikäisiin.

Palvelujärjestelmä on perhepäivähoitajavoittoinen ja aiotaan sellaisena pitääkin, mikäli perhepäivähoitajia löytyy jatkossakin. Seudullista yhteistyötä tehdään mm. VEKKA -hankkeessa.

6.3 Terveyspalvelut

Terveyspalvelujen tehtävänä on huolehtia laissa säädetyn kansanterveystyön, eläinlääkintähuollon ja ympäristöterveydenhuollon erityisviranomaistehtävien järjestäminen.

Avoterveydenhuollon palvelut on jaettu eteläiseen ja pohjoiseen väestövastuualueeseen. Alueille tuotetaan terveydenhoidon ja sairaudenhoidon palvelut ml. äitiys- ja lastenneuvola- ja ehkäisyneuvolat, kouluterveydenhoito sekä lääkärin, terveydenhoitajan ja sairaanhoitajan vastaanotto toiminta ja kotisairaanhoido.

Terveyskeskuslääkärikäyntejä on noin 26 500 vuosittain eli noin 1,8 käyntiä asukasta kohden ja muita käyntejä noin 33 500 (kaikki käynnit yhteensä n 4,3 käyntiä/asukas). Palveluihin on päässyt jonottamatta.

Terveyskeskussairaalassa on 36 sairaansijaa, joista noin yksikolmasosa on ollut pitkäaikaispotilaiden käytössä. Hoitoajat ovat pitenemässä, koska vanhainkotiin ja palveluasumiseen joudutaan jonottamaan.

Yhteistyö Satakunnan sairaanhoitopiiriin ja Porin kaupunginsairaalan kanssa on hyvää. Porin kaupunginsairaalassa on mahdollista käyttää paikkoja, jos on tarpeen.

Laboratorio ja apteekkipalvelut ovat sairaanhoitopiiriin toimintaa ja radiologiakin siirtyy sairaanhoitopiiriin toiminnaksi vuonna 2007.

Suun terveydenhuollon palveluja annetaan sekä maksuttoman hoidon piiriin kuuluville (0-17-vuotiaat) että aikuisasiakkaille.

Sairaankuljetuksesta on sopimus Porin Ambulanssipalvelu Oy:n kanssa.

Työterveyshuollon piirissä on noin 130 yritystä, joista sairaanhoitosopimuksia on noin 30:llä.

Terveysvalvonnassa on eläinlääkärin lisäksi kaksi terveystarkastajaa.

6.4 Vanhustenhuolto

Väestö

Vanhusten määrän lisääntyessä vanhusten palveluiden järjestämistä merkityksellinen sekä palveluja tarvitsevien että palvelujen järjestäjän kannalta. Vanhustenhuollon menot ovat suurin osa sosiaali- ja terveydenhuollon kustannuksista. Tämän vuoksi Ulvilan kaupungin vanhustenpalveluita tarkasteltiin erikseen yhtenä kokonaisuutena.

Vanhusväestön määrä kasvaa lähivuosikymmeninä voimakkaasti koko Suomessa, niin myös Ulvilassa. Ulvilan kaupungissa 65 vuotta täyttäneiden määrä kasvaa vuoteen 2010 lähes 300 henkilöllä. Avuntarve lisääntyy erityisesti yli 75 -vuotiaiden kohdalla. Heidän määränsä kasvaa Ulvilassa yli 100 henkilöllä lähimmän viiden vuoden aikana.

Koko väestöstä yli 65 - vuotiaiden osuus on nyt noin 15 % ja vuonna 2030 noin 26 %. Ulvilan kaupungin yli 65 vuotiaiden määrä kasvaa noin 36 % vuoteen 2020 ja 42 % vuoteen 2030. Määrän kasvu on koko maan keskimääräisen kasvun luokkaa.

Taulukko 6

	2005	2010	2020	2030	Muutos % 2020- 2005	Muutos % 2030- 2005
65-74 vuotiaat	1 159	1 339	1 762	1 524	34	24
75-84-vuotiaat	582	650	961	1 309	39	56
85 + vuotiaat	159	198	268	424	41	63
yli 65 vuotiaat	1 900	2 187	2 991	3 257	36	42

Palvelurakenne

Ulvilan kaupungin vanhustenhuollon nykyistä palvelurakennetta verrattiin valtakunnallisiin suosituksiin². Suosituksiin verrattuna kotihoitoa tulisi lisätä ja kohdentaa erityisesti yli 75 - vuotiaille, tehostettua palveluasumista tulisi lisätä ja ympärivuorokautista hoitoa antavien laitosten paikkoja tarkastella kriittisesti (taulukko 7 ja kuvio 18).

² Vaarama M., Luomahaara J., Peiponen A., Voutilainen P. Koko kunta ikääntyneiden asialla. Stakes raportteja 259. 2002

Ikäihmistien hoitoa ja palveluja koskeva laatusuositus. STM ja Kuntaliitto. Oppaita 2001:4.

Taulukko 7. Kotihoito-, palveluasunto- ja laitospaikat Ulvilassa marraskuussa 2005 ja suositusten mukainen tarve vuosille 2005 ja 2010 ja 2020

	Palvelu-rakenne 11/2005	Suosituksen 2005	mukainen 2010	palvelurakenne 2020
Kotihoito				
- Suositus 2,5% 65-74 vuotiaista	75	33	38	50
- Suositus 25% 75+vuotiasista	138	225	252	350
Yhteensä	213	258	289	399
Palveluasunnot, 75+ vuotiaat **)				
- Suositus 75+ vuot. 3% mukaan	17	27	30	42
- Suositus 75+ vuot. 5% mukaan		45	50	70
Laitoshoidot, 75+ vuotiaat ***)	80			
- Suositus 75+ vuot. 5% mukaan		45	50	70
- Suositus 75+ vuot. 7% mukaan		63	70	98
Omaishoidontukiasiakkaat		49		
* 5 osuus yli 65 - vuotiaista		2,2		

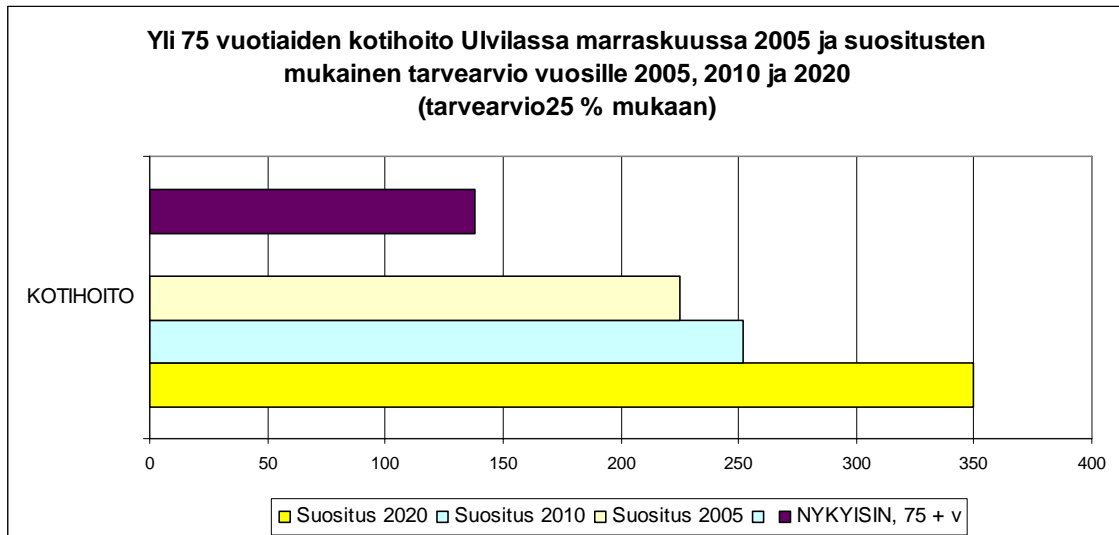
*) STM Oppaita 2001:4 **) Sisältää vanhainkotihoidon, tk-sairaalahoidon, ei sisällä erikoissairaanhoidoa

***) Kotola 11, Pappilanlampi 5,5

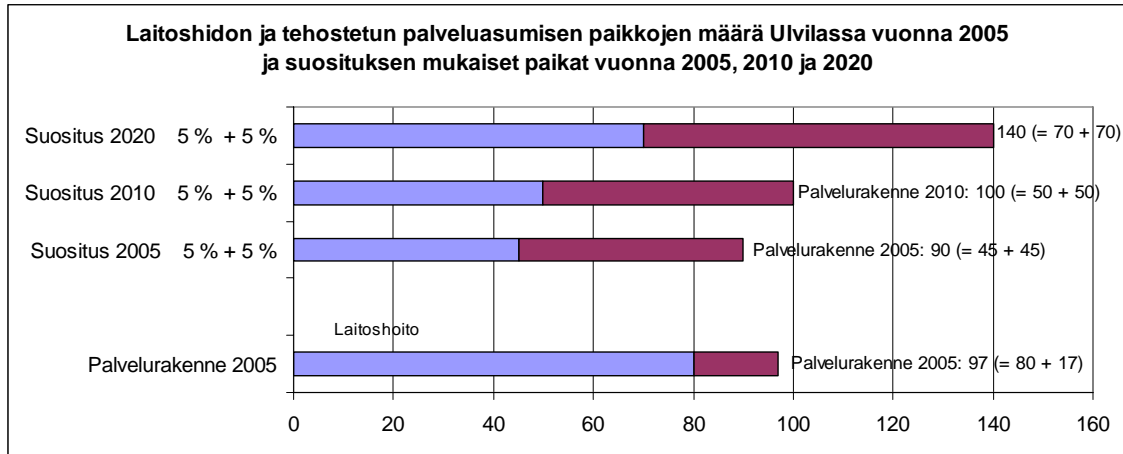
Ei sisällä intervallipaikkoja (Satakieli) 14

****) Vanhainkoti 58, tk-sairaala pitkäaik + yli 30 vrk 22

Kuvio 18. Yli 75 -vuotiaiden asiakkaiden määrä kotihoidossa Ulvilassa marraskuussa 2005 ja suositusten mukainen tarvearvio vuosille 2005, 2010 ja 2020.



Kuvio 19. Laitoshoidon ja tehostetun palveluasumisen paikkojen määrä Ulvilassa vuonna 2005 ja suositusten mukaiset paikat vuonna 2001, 2010 ja 2020.



Laitoshoidon ja tehostetun palveluasumisen mitoitussuositus perustuu ajatukselle, että 75 - vuotta täyttäneistä 90 % asuu kotona ja laitoshoidossa ja tehostetussa palveluasumisessa on yhteensä 10 % ikäluokasta (5% + 5%) (taulukko 7 ja kuvio 19).

Henkilöstö

Laitoshoidossa ja ympärivuorokautisessa palveluasumisessa on henkilöstöä valtakunnallisiin suosituksiin verrattuna melko hyvin. Henkilöstö on myös koulutettua.

Taulukko 8. Laitoshoidon ja tehostetun palveluasumisen henkilöstö vuonna 2005

	Suositus		Ulvila	
	Koko henkilöstö/ asiakas	Hoitohenkilöstö/ asiakas	Koko henkilöstö/ asiakas	Hoitohenkilöstö/ asiakas
Vanhainkodissa	0,61 - 0,69	0,42	0,78	0,5
Terveyskeskuksissa	0,89	0,66	0,76	0,6
Tehostetussa palveluasumisessa	0,36		0,6	0,4

Kotihoidossa henkilöstön määrää tulee lisätä mikäli kotihoidon asiakkaiden määrä kasvaa suositusten mukaisesti. Lisäksi henkilöstömitoituksessa on otettava huomioon, mikäli suuri osa asiakkaista on paljon apua tarvitsevia.

Taulukko 9. Kotihoidon henkilöstö

Kotihoito	v. 2005	v. 2010	v. 2020
Asiakkaita			
nyt	112		
Asiakkaita suositusten mukaisesti			
65 - 74v	33	38	50
yli 75 v	225	252	350
Yhteensä	258	289	399
Kotihoidon henkilöstö	v. 2005	v. 2010	v. 2020
Nyt	42		
Tarve	34	38	53

Yhteenveto

Yhteenvetona voidaan todeta, että vanhustenhuolto on tällä hetkellä laitospainotteinen verrattuna valtakunnallisiin suosituksiin ja tämän hetkiseen väestörakenteeseen. Henkilöstön määrä vanhustenhuollon laitoksissa on hyvä suosituksiin verrattuna. Kotona asumista tukevan palvelujärjestelmän kehittämiseksi kotihoitoa saavien asiakkaiden määrää tulisi lisätä sekä sopia kotikäyntien intensiteetistä. Kotihoidon volyymin lisääntyessä myös henkilöstöä tulisi lisätä vastaavasti.

7 VÄESTÖLÄHTÖISEN SUUNNITTELUN PERIAATTEET JA TAVOITTEET

7.1 Väestölähtöisen suunnittelun lähtökohdat

Väestön palvelujen tarve

Ulvilan kaupungilla on hyvät lähtökohdat kehittää sosiaali- ja terveystoimea, koska palvelut ja taloudellinen tilanne ovat suhteellisesti paremmat kuin monessa muussa kunnassa.

Selvitystyön aikana kävi ilmeiseksi, että perinteinen sosiaali- ja terveydenhuollon sektoriorganisaatio ei enää vastaa hyvin väestön uudentilaisiin palvelutarpeisiin. Palvelujen uudistaminen nykymallin pohjalta johtaisi helposti eri sektoreiden päällekkäisiin ratkaisuihin ja resurssien tuhlaamiseen, koska yhtenäisten kehittämisenäkemyksien puuttuessa "puhallettaisiin omaan hiileen".

Sosiaali- ja terveystoimea yhdistettäessä ja kehitettäessä tulee luopua ajattelemasta palveluja perinteisten sosiaali- ja terveydenhuollon sektorirajojen mukaan. Palvelut tulee suunnitella väestön tarpeiden perusteella integroimalla tarvittavat palvelukokonaisuudet.

Lähtökohtana Ulvilan sosiaali- ja terveystoimen yhdistämisessä on väestölähtöinen toimintamalli. Keskeistä suunnittelussa on Ulvilan kunnan väestön sosiaali- ja terveystoimien palvelujen tarve. Palvelujen tarvetta lähestytään elämäntilanteen ajattelun kautta. Sosiaali- ja terveystoimien tarvetta arvioitaessa on arvioitava paitsi sairauksien hoitoa ja ongelmien korjausta myös hyvinvoinnin edistämistä ja ehkäisevää toimintaa.

Väestölähtöisen toimintamallin tavoitteena on luoda yksi ja yhtenäinen sosiaali- ja terveystoimi. Hallinnollisesti ei ole erikseen sosiaalitoimea eikä terveystoimea, vaan pelkästään yksi ja yhtenäinen sosiaali- ja terveystoimi. Toimialojen erilainen asiantuntijuus säilyy luonnollisesti väestölähtöisessä toimintamallissa, samoin kuin toiminnallinen jako silloin kun se on järkevää ja perusteltua.

Tässä esitettävä väestölähtöinen, Ulvilan kaupungin voimavarat huomioiva, mahdollisimman tehokas sosiaali- ja terveystoimien toimintamalli perustuu ajatukseen, että väestön palvelutarpeet ovat elämäntilanteen eri vaiheissa erilaisia, joten palvelutarpeisiin tulee vastata erilaisilla toimintamalleilla ja verkostoilla, kun on kysymys lasten ja lapsiperheiden, työikäisten tai vanhusten palvelutarpeista.

7.2 Väestölähtöisen toimintamallin tavoitteet

Parantaa palvelujen saatavuutta ja sujuvuutta

Väestölle ja päättäjille tärkein tavoite sosiaali- ja terveydenhuollon palveluissa on turvata palvelujen saatavuus ja sujuvuus. Palvelujen saatavuuden ja sujuvuuden parantaminen on uuden toimintamaalin ensisijainen tavoite. Palvelut järjestetään niin, että asiakkaat saavat tarpeen mukaiset palvelut oikea-aikaisesti. Organisaatio määrittelee palvelujen tarjoamisen rajat sekä pelisäännöt ja tekee ne läpinäkyviksi.

Asiakkaan osallisuus ja oikeus hallita itseään koskevaa päätöksentekoa

Asiakkaan osallisuus merkitsee tiedon saamista sekä mahdollisuutta oman mielipiteen ilmaisemiseen itseään koskevassa päätöksenteossa. Asiantuntija - asiakas - suhteessa nähdään asiakas palvelujen keskiössä.

Palvelujen järjestämisen lähtökohtana ovat asiakkaiden näkemykset palvelujen laadusta ja vaikuttavuudesta. Osallisten kokemukset ja mielipiteet välitetään poliittisille päättäjille ja valjastetaan kehittämistyön välineeksi. Tärkeintä on, että asiakkaiden näkemykset pystytään integroimaan osaksi toimintojen kehittämistä, jolloin palvelut kehittyvät tarvelähtöisesti.

Nostaa hyvinvoinnin edistäminen, ehkäisevä toiminta ja peruspalvelut keskeiseen rooliin

Hyvinvoinnin edistäminen ja ehkäisevä toiminta on nostettava keskeiseen asemaan sosiaali- ja terveystoimea uudistettaessa. Niiden asema organisaatiossa on oltava sellainen, että hyvinvoinnin edistäminen ja ennalta ehkäisevän toiminta vaikuttavat sosiaali- ja terveystoimen strategisten tavoitteiden toteutumiseen ja myös kuntien muihin hallintokuntiin. Esimerkiksi mielenterveyden ja päihitteettömyyden edistäminen on hallintokuntien rajat ylittävää yhteistyötä.

Uvilan kaupungin tuottamat peruspalvelut ovat sosiaali- ja terveystoimen ydin. Toiminnan suunnittelussa on varmistettava, että peruspalvelujen esisijaisuus toteutuu kaikessa toiminnassa. Palveluja kehitetään ja järjestetään yhteistyössä erikoissairaanhoidon, yksityisen ja kolmannen sektorin sekä vapaaehtoisjärjestöjen kanssa. Kaikilla asukkailla on väestövastuulääkäri, joka on vastuussa potilaan hoidon kokonaisuudesta. Väestövastuulääkärillä on toimivat konsultaatioyhteydet erikoissairaanhoidon ja muihin tarvittaviin erityisasiantuntemista omaaviin tahoihin.

Edistää yhteistyötä

Uudessa toimintamallissa palvelut toteutetaan elämäntien mukaan. Palvelut organisoitetaan lasten ja lapsiperheiden, aikuisten ja vanhusten palvelualueilla. Kullakin palvelualueella sosiaali- ja terveystoimen palvelut integroidaan palvelutarpeiden mukaisiksi kokonaisuuksiksi. Palvelut toteutetaan moniammatillisten tiimien toimesta ja suunnitellaan palvelukokonaisuuksina, joita tarvittaessa tuetaan organisaation eri tasot ylittävillä

hoito- ja palveluketjuilla. Palvelut järjestetään aina kun se on mahdollista niin että integroitujen palvelujen työntekijät toimivat samassa työpisteessä.

Ulvilan kaupunki täydentää järjestämiään sosiaali- ja terveystoimen palveluja yksityisen ja kolmannen sektorin, omais- ja lähimmäistyön sekä hoiva-alan yrittäjien tarjoamilla palveluilla. Ulvilan kaupungin sosiaali- ja terveystoimi toimii palvelujen tilajana ja määrittelee siten tilattavat palvelut ja niiden laatutason.

Luoda mahdollisuus käyttää sosiaali- ja terveydenhuollon voimavaroja järkevästi

Kustannuskehityksen hallinta on erityisesti tulevaisuudessa suuri haaste kaikissa kunnissa, myös Ulvilassa. Kustannuskehityksen hallitsemiseksi ja voimavarojen tarkoituksenmukaisen, tehokkaan ja taloudellisen käytön varmistamiseksi, ehdotettavalla toimintamallilla pyritään mahdollistamaan alueella olevien henkilöstövoimavarojen nykyistä järkevämmän ja tarkoituksenmukaisemman käytön. Resurssit ja osaaminen saadaan parhaalla mahdollisella tavalla käyttöön, kun palveluja suunnitellaan elämänsä eri vaiheiden mukaan yhtenä kokonaisuutena väestön tarpeiden mukaisiksi.

Henkilöstömenot muodostavat valtaosan sosiaali- ja terveystoimen menoista. Näin ollen kaikki toimenpiteet, joilla voidaan parantaa henkilöstön tietojen ja taitojen käyttöä kaikkien Ulvilan asukkaiden hoitamiseen, parantavat myös kaupungin mahdollisuuksia vaikuttaa sosiaali- ja terveystoimen menokehitykseen. Investointimenojen kannalta on oleellista palvelupisteiden oikea sijoitus ja varustelu.

Parantaa henkilöstön saatavuutta luomalla mahdollisuus kehittyä ja vaikuttaa työnsä määrään ja sisältöön

Henkilöstön saanti on kasvava tulevaisuuden haaste. Sellaisten työskentelyolosuhteiden luominen on tärkeää, joissa henkilöstöllä on mahdollisuus työskennellä yhteisöissä, joissa työntekijä voi saada ammatillista tukea saman alan tai tiimin muilta työntekijöiltä, joissa työnjako eri ammattiryhmien kesken on järkevä ja joissa voidaan oppia yhdessä ja kehittää työolosuhteita.

Johtamisen kehittäminen on keskeistä työolosuhteiden parantamisessa. Hallinnollista työtä keskitetään siten, että potilas- ja asiakastyössä oleville jää enemmän aikaa varsinaiseen työhönsä ja lähijohtajille työn organisointiin ja henkilöstöjohtamiseen. Johtajiksi ja vastuuhenkilöiksi valitaan henkilöitä, jotka ovat näihin tehtäviin halukkaita ja valmiita kehittämään itseään johtajina.

Luoda mahdollisuudet kehittää palveluja yhteistyössä

Elämänsä jatkamiseen perustuva toimintamalli kokoaa sosiaali- ja terveyspalvelut ja henkilöstön saman katon alle kehittämään palveluja kolmesta erilaisesta tarvenäkökuulmasta. Uusi toimintamalli tarjoaa nykyistä selkeämmän mahdollisuuden järjestää ja toteuttaa kaupungin asukkaiden tarvitsemat terveyden-, vanhusten- ja sosiaalihuollon palvelut sosiaali- ja terveystoimen yhteistyönä.

7.3 Elämänvaiheet väestön tarvitsemien palvelujen järjestämisen lähtökohtana

Palvelujen suunnittelu elämänvaiheiden mukaan

Lähtökohtana Ulvilan sosiaali- ja terveydenhuollon toimintamallin suunnittelussa on ensisijaisesti alueen väestön terveyspalvelujen tarve, jota on jäsennetty kolmena elämänvaiheiden mukaisena kokonaisuutena: lapsuus, nuoruus ja vanhemmuus; aikuisuus; ja vanhuus. Eri elämänvaiheessa ihmisellä on erilaisia tarpeita ja palvelujen organisointi edellyttää erilaista asiantuntemusta, työotetta ja yhteistyöverkostoa. Uuden toimintamallin suunnittelussa on myös painotettu hyvinvoinnin ja terveyden edistämistä työotteena ja palvelujen suunnittelemisen lähtökohtana. Hyvinvointipalvelut tulee suunnitella niille asetettujen haasteiden mukaan toiminnallisiksi kokonaisuuksiksi.

Toiminnan suunnittelun lähtökohtana on väestön/asiakkaan tarpeiden selvittäminen ja tavoitteena on saada aikaan myönteisiä muutoksia asiakkaiden elämäntilanteissa vaikuttavuudeltaan hyväksi todettujen palvelujen avulla. Kaikki Ulvilan sosiaali- ja terveydenhuollon palveluja täydentävät palvelut (esim. oppilashuolto tai yksityiset palvelujen tuottajat) terveyspalveluja täydentävät sosiaalitoimen ovat uuden toimintamallin suunnitteluvaiheessa mukana, kuten myös omaisten, vapaaehtoistyön, järjestöjen ja yritysten osuus palvelukokonaisuudessa. Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen kiinteä toiminnallinen yhteistyö tulee säilyttää ja rakentaa riippumatta siitä mitkä palvelut viime kädessä otetaan mukaan osaksi sosiaali- ja terveystoimen uutta organisaatiota.

Toiminnan suunnittelussa tulee ottaa huomioon myös hyvinvointia edistävän ja ehkäisevän työn edellytys on, että palvelut suunnitellaan yhteisölähtöisesti ja toteutetaan moniammatillisesti yhteistyönä. Tämä toteutuu parhaiten muodostamalla toiminnallisesti selkeitä kokonaisuuksia.

Elämänkulkuun perustuvassa suunnittelussa painotetaan työotteena ja palvelujen suunnittelun lähtökohtana hyvinvoinnin ja terveyden edistämistä. Hyvinvointipalvelut tulee suunnitella niille asetettujen haasteiden mukaan toiminnallisiksi kokonaisuuksiksi ilman sektorirajojen muodostamia esteitä. Toimintaa rakennetaan väestön palvelutarpeista lähtien toiminnallisena mallina, joka voidaan toteuttaa, vaikka kaikki palvelut eivät tulevaisuudessa kuuluisikaan terveyspiiriin.

Elämänvaiheet toiminnan organisoitumisen perustana kannustaa sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstöä kehittämään asiantuntemustaan ja toimintaansa ihmisen, elämäntilanteesta, elinoloista ja voimavaroista lähtien. Elämänvaiheilla on omia piirteitä, joiden mukaisesti tarvittava tuki vaihtelee ja palvelujen tuottamiseen tarvitaan erilaisia verkostoja. Lähestymistavassa kyse on ennen kaikkea ajattelutavan muutoksesta asiakkaiden palvelussa, mutta se voi tarkoittaa myös palvelujärjestelmän muutosta asiakkaan elämäntilanteesta lähteväksi. Nykyinen sektorijakoon perustuva organisaatio korvataan hyvin johdetulla asukkaiden tarpeita paremmin palvelevalla verkostoja monipuolisesti hyödyntävällä organisaatiolla. Ulvilassa tämä kehitys on jo alkanut mm. lapsiin ja nuoriin kohdistuvissa palveluissa. Ulvilassa toimintamallit ovat jo muuttuneet tai muuttumassa enemmän asiakaslähtöisiksi ja asiakkaiden tarpeista lähteviksi palvelumalleiksi.

Asiakaslähtöisyyttä toteutetaan tarjoamalla asiakkaalle hänen elämäntilanteeseensa so- piva palvelu lähipalveluna, jota tuetaan yhteisten palvelujen osaamisella. Lähipalveluna on tärkeä toteuttaa kaikki sellaiset palvelut, joita väestö tai sen osa käyttää toistuvasti. Lähipalveluissa toteutuu pysyvä hoitosuhde parhaiten, henkilöstö oppii tuntemaan asi- akkaansa ja yhteydet ulkopuolisiin palveluihin säilyvät parhaiten. Aukkaan palvelutar- peiden selvittäminen ja hoidon toteuttaminen on helpompaa, kun työ organisoidaan osaavien, moniammatillisten ja nykyiset sektorirajat ylittävien tiimien pohjalle. Erityis- asiantuntemuksen tuominen näihin moniammatillisiin ja poikkihallinnollisiin tiimeihin yhteisistä palveluista parantaa myös prosessin sujuvuutta ja tuo palvelun lähemmäksi asiakasta. Toimintamalli korostaa peruspalvelujen ensisijaisuutta, osaamisen kehittämistä ja vahvaa osaamisen johtamista, koska asiantuntijatiedon asema palvelussa vahvistuu.

Suunnitteluvaihe antaa mahdollisuuden hyödyntää myös kaikki hyviksi havaitut uudet toimintamallit, joiden avulla voidaan vastata aikaisempaa paremmin väestön palvelutar- peisiin. Erityisesti moniammatillisten lähipalvelujen tulee toimia yhteistyössä perinteis-istä sektorirajoista riippumatta. Tavoitteena on myös hyödyntää nykyisen henkilöstön osaamista mahdollisimman laajasti ja lisäksi varmistaa erityisosaamista vaativien palve- lujen (erityispalvelut) saatavuus.

Palvelujen organisointi uudenaikaisina kokonaisuuksina ja erilaisten osaajien kokoaminen yhteen toimimaan korostaa asiantuntijuutta ja edellyttää uusien toimintamallien luomis- ta ja yhteistä suuntautumista. Siirtyminen sektoriorganisaatiosta elämänvaiheisiin perus- tuvaan organisaatioon edellyttää henkilökunnalta uusia näkökulmia ja uudenlaisten työ- otteen omaksumista. Työyhteisö koostuu erilaisista osaajista, jotka vastaavat tietyn vä- estöryhmän tarpeisiin. Aiemmin mahdollisesti väljänä verkostona toimineet työntekijät toimivat uudessa mallissa yhdessä työyksikössä. Uudenlaisen näkökulman ja työotteen omaksuminen edellyttää henkilöstöltä oppimista, jota varten tarvitaan muutosprosessia tukevaa koulutusta.

Seuraavassa sosiaali- ja terveystalvelujen järjestäminen kuvataan eri elämänvaiheiden mukaisesti.

Lapsiperheiden palvelut

Lapsiperheiden palvelut kattavat lapsuus-, nuoruus- ja vanhemmuusvaiheen. Palvelujen piiriin kuuluvat asiakasperheet, joissa on alle 18-vuotiaita lapsia.

Lapsiperheiden palveluihin kuuluvat perinteisistä sosiaali- ja terveystalveluista

- äitiys- ja lastenneuvola, perhesuunnittelu ja perhetyö (perheneuvonta)
- päivähoito ml. erityispäivähoito
- oppilas- ja opiskelijahuolto
- erityistyöntekijöiden palvelut; ml. päihde- ja mielenterveystyö
- lastensuojelu ja lapsiperheiden sosiaalityö
- vammais- palvelut, palveluohjaus, vammaisten lasten ja nuorten sosiaalityö, omais- hoidontuki
- lapsiperheiden kotihoito
- lasten ja nuorten suun terveydenhuolto

Lapsiperheiden tarpeet ovat muuttuneet erityisesti 1990-luvun alkupuolelta lähtien ja sitä varten on kehitetty lukuisia uusia, osin päällekkäisiä palveluja. Monet näistä uusista palveluista on saatettu järjestää myös tehottomasti, esimerkiksi perhetyötä saatetaan toteuttaa sosiaalityön, äitiys- ja neuvolatyön ja päivähoidon yhteydessä. Näitä uudenlaisia palveluja tarvitaan, mutta tuloksellisuuden varmistamiseksi tarvitaan myös kokonaan uudenlaista ajattelua palvelujen järjestämisessä.

Lapsiperheiden palveluja tarkastellaan kokonaisuutena ja sovitaan eri palvelujen rooli tässä kokonaisuudessa. Nykyisistä erillisinä toimivista lapsiperheiden palveluista muodostetaan tiivis toiminnallinen kokonaisuus, jossa jokaisella asiantuntemusalueella on oma selkeä rooli. Palveluja suunniteltaessa nykyisiä rakenteita tulee tarkastella ennakkoluulottomasti.

Lapsiperheiden palvelujen suunnittelun lähtökohtana on peruspalvelujen ensisijaisuus; lapsen tarpeisiin ja elämäntilanteeseen liittyvät ongelmat hoidetaan mahdollisimman varhain ja lähellä lapsen kasvuyhteisöä ennen kuin ongelmat ovat kasaantuneet. Palveluja suunniteltaessa varmistetaan, että hyvinvoinnin edistäminen, ennaltaehkäisevä työ ja varhainen puuttuminen mahdollistuvat eri asiantuntijoiden yhteistyönä asiakkaan/perheen tilanteen ja tarpeen mukaisesti saumattomasti ja oikea-aikaisesti. Jos erityisasiantuntemuksen tarvetta on, hoidetaan se ensisijaisesti konsultoimalla tavoitteena välttää hoito erityistasolla. Jos hoitaminen erityistasolla osoittautuu välttämättömäksi, yhteistyöllä varmistetaan että siirtyminen takaisin perustasolle tapahtuu joustavasti ja saumattomasti.

Lasten ja nuorten palveluissa tarvitaan useiden sosiaali- ja terveydenhuollon asiantuntijoiden verkostomaista yhteistyötä. Lasten ja nuorten palvelut koskevat lähes aina tavalla tai toisella koko perhettä. Organisaation rajat eivät saa olla esteenä yhteistyölle. Lasten ja nuorten palvelut tulisi toteuttaa toiminnallisena kokonaisuutena, vaikka osa palveluista kuuluisi eri organisaatioihin (esim. oppilashuolto, kasvatus- ja perheneuvonta).

Yhteistyötä kunnan eri hallintokuntien, kolmannen sektorin ja vapaaehtoisjärjestöjen kanssa tiivistetään niin että ne ovat aktiivinen osa lapsiperheiden tarvitsemien palvelujen kokonaisuutta

Aikuisten palvelut

Aikuisten, työikäisten, palvelujen piiriin kuuluvat kaikki täysi-ikäiset asiakkaat ja asiakasperheet, joissa ei ole alle 18-vuotiaita lapsia. Lapsiperheiden palvelujen piirissä olevat aikuiset kuuluvat omissa asioissaan työikäisten palvelujen piiriin. Yli 65 -vuotiaat siirtyvät joustavasti työikäisten palveluista vanhusten palvelujen piiriin, kun he tarvitsevat järjestettyjä vanhusten palveluja.

Aikuisten palvelujen piiriin kuuluvat perinteisistä sosiaali- ja terveystalouksista

- ennaltaehkäisevä työ; tavanomaisten kansantautien ehkäisy ja työelämässä jaksamisen edistäminen yms.
- avosairaanhoido (sisältää myös väestövastuulääkärin tavanomaisten mielenterveys- ja päihdetyön)

- työterveyshuolto
- akuutti vuodeosastohoito (perus- ja erikoissairaanhoido); sisältää katkaisuhoidon perustasolla
- kuntoutus
- suun terveydenhuolto
- erityistyöntekijän palvelut
- mielenterveystyö ja päihdehuolto (koordinoidaan myös lasten ja nuorten sekä vanhusten osalta)
- sosiaalityö ja toimeentulotuki
- vammaispalvelut ja vammaisten sosiaalityö ja asumispalvelut sekä kehitysvammais- palvelut ja kehitysvammaisten sosiaalityö ja asumispalvelut sekä omaishoi- dontuki (koordinoidaan myös lasten ja nuorten sekä vanhusten osalta)
- erikoissairaanhoidon yhteistyö

Aikuisten palvelujen keskeisiä tarpeita on palvelun nopea toteuttaminen, jotta työkyky voitaisiin palauttaa ja työkyvyttömyysaika jäisi lyhyeksi. Nopea hoitoon pääsy säästää potilaskohtaisia terveydenhuollon kokonaismenoja. Suomessa työikäisten kustannukset muodostavat terveydenhuollon ja vanhustenhuollon kokonaismenoista hieman alle puolet (48 %). Työikäisistä merkittävin yksittäinen ikäryhmä on 50–59 -vuotiaat, joiden kustannukset muodostavat 15 % kokonaismenoista. Tässä eläkeikää lähestyvässä ikäryhmässä terveydenhuollon menot henkeä kohti ovat alhaiset, mutta kokonaismenot ovat kaikista ikäryhmistä toiseksi korkeimmat, koska he kuuluvat suuriin ikäluokkiin ja heitä on määrällisesti paljon. Tulevina vuosina tämän nyt eläkeikää lähestyvän ikäluo- kan terveysmenot tulevat merkittävästi kasvamaan ja siksi juuri heidän terveyskäyttä- tymiseensä on tärkeä vaikuttaa.

Aikuisten palveluja tarkastellaan kokonaisuutena, jolloin sovitaan eri palvelujen rooli ja yhteistyöverkostojen tarve. Erityisesti perusterveydenhuollon, työterveyshuollon sekä opiskelijaterveydenhuollon keskinäisiä tehtäviä ja työnjakoa tulee selkiyttää päällekkäi- syyksien poistamiseksi. Tasa-arvoinen palvelujen saatavuus on varmistettava myös niil- le, jotka eivät kuulu työterveyshuollon tai opiskelijaterveydenhuollon piiriin.

Kansalaisjärjestöillä, säätiöillä ja muilla kolmannen sektorin palvelujen tuottajille on merkittävä rooli aikuisväestön hyvinvoinnin ja terveyden edistäjinä. Tämä työ tulisi liit- tää entistä tiiviimmin osaksi julkisesti tuotettuja palveluja. Myös asiakkaan omat voi- mavarat ja mahdollisuus osallistua aktiivisesti, tulisi ottaa huomioon palveluja suunni- teltaessa. Erityisesti tietojärjestelmien kehittyminen mahdollistaa asiakkaan osallisuu- den kokonaan uusista lähtökohdista.

Tavoitteena on muodostaa aikuisten palveluista yksi toiminnallinen kokonaisuus, jossa päällekkäisyydet on poistettu, jokaisella asiantuntemusalueella on oma selkeä roolinsa kokonaisuudessa ja verkostomainen väestön tarpeita palveleva yhteistyö toteutuu. Pal- velua suunniteltaessa tulee varmistaa, että myös terveyden edistäminen, ennaltaeh- käiseväehkäisevä työ ja varhainen puuttuminen mahdollistuvat eri asiantuntijoiden yh- teistyönä asiakkaan tilanteen ja tarpeen mukaisesti saumattomasti.

Aikuisten palveluissa tarvitaan useiden sosiaali- ja terveydenhuollon eri asiantuntijoiden verkostomaista yhteistyötä. Yhteistyötä kunnan eri hallintokuntien, kolmannen sektorin

ja vapaaehtoisjärjestöjen kanssa tiivistetään niin, että ne ovat aktiivinen osa työikäisten tarvitsemien palvelujen kokonaisuutta. Organisaation rajat eivät saa olla esteenä yhteistyölle. Malli voidaan toteuttaa myös toiminnallisena, vaikka osa palveluista kuuluisi eri organisaatioihin.

Aikuisten palvelut tulee suunnitella myös seudullisesti joustavasti siten, että palveluja on mahdollista saada muutenkin kuin omasta kunnasta, esimerkiksi työpaikan tai jonkin muun luonnollisen asiointisuunnan mukaan.

Vanhusten palvelut

Vanhusten palvelujen piiriin kuuluvat yli 65 -vuotiaat asiakkaat silloin kun he tarvitsevat vanhustenhuollon palveluja ja tukea. Muut vanhusikäiset kuuluvat ensisijaisesti aikuisten palvelujen piiriin.

Vanhusten palvelujen piiriin kuuluvat perinteisistä sosiaali- ja terveysterveyspalveluista

- vanhusten terveydenhoito ja ennaltaehkäisevä työ
- avosairaanhoidon (väestövastuualeittain)
- akuutti vuodeosastohoito
- kuntoutus
- vanhustenhuollon sosiaalityö
- kotihoito; sisältää kotipalvelun, kotisairaanhoidon, tukipalvelut, ml. omaishoito
- asumispalvelut ja laitoshoidon
- mielenterveyspalvelut ja päihdehuolto
- vammaispalvelut.

Vanhusten palveluja tarkastellaan sosiaalitoimen, vanhustyön, perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon kokonaisuutena siten, että hoiva, hoito, kuntoutus ja ennaltaehkäisevä työ muodostavat saumattoman palvelukokonaisuuden. Vanhustenhuollon keskeisenä tavoitteena on vanhusten kotona selviytyminen mahdollisimman pitkään. Kotona selviytymistä tuetaan eri hallintokuntien yli tehtävällä yhteistyöllä. Turvallinen ympäristö, esteetön liikkuminen ja asuntojen peruserustustyö ovat keskeisiä vanhusten toimintaympäristöön liittyviä itsenäistä selviytymistä tukevia tekijöitä. Vanhusten palvelujen tarvetta ennakoidaan erilaisilla järjestelmällisillä kartoituksilla niin, että tuki voidaan antaa ajoissa ja siten välttää tai siirtää pysyvä hoivan tarve. Uudessa toimintamallissa vanhusten palvelujen tarve arvioidaan kattavasti sekä systemaattisesti ja hoitomuodon valinta perustuu testattuihin ja validoituihin arviointimenetelmiin.

Vanhusten määrä kasvaa ja elinikä pitenee. Tällöin kasvaa myös niiden vanhusten määrä, joilla on viime elinvuosinaan useita terveys- ja muita ongelmia, joiden hoitamiseen he tarvitsevat erilaisia palveluja ja apua. Vanhukset tarvitsevat vanhustenhuollon palvelujen lisäksi myös runsaasti perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon palveluja sekä lisääntyvässä määrin päihde- ja mielenterveyspalveluja. Tämä pakottaa eri toimintojen ja palvelupisteiden työntekijät saumattomaan, vanhusten näkökulmasta lähtevään yhteistoimintaan ja verkostoitumiseen.

Omaishoito on tulevaisuudessa yksi laajeneva kotona hoitamisen muoto. Omaishoitajan työn onnistumisen edellytyksenä on, että sitä tuetaan säännöllisellä lyhytaikaishoidolla ja että akuutit ongelmat hoidetaan viiveettä. Omaishoitajat tulisi ottaa osaksi palvelujärjestelmää: heidän kouluttamisestaan ja jaksamisestaan tulisi huolehtia.

Vapaaehtoisjärjestöjen, kolmannen sektorin ja yksityisten palvelujen tuottajien kanssa tulee muodostaa verkosto, joka suunnittelee yhdessä vanhusten palveluja. Sosiaali- ja terveystoimen tulee edistää alueellaan myös sellaista yritystoimintaa, jota kautta alueen väestölle ja erityisesti vanhuksille tarjotaan palveluja, jotka helpottavat arjessa selviytymistä.

Vanhusten palvelut toteutetaan pääosin lähellä vanhusta, usein hänen kotonaan. Lähi- palvelujen asiantuntemusta voidaan vahvistaa yhteisistä palveluista. Vanhuksen tarvitsemat terveydenhuollon palvelut tulisi toteuttaa viipymättä, jotta vanhuksen toimintakyky voidaan säilyttää ja pitkäaikaiseen laitoshoitoon joutuminen estää tai siirtää mahdollisimman pitkälle.

Vanhustenhuollon kustannusten kasvua hallitaan parhaiten, kun vanhustenhuollossa toimii hyvin koulutettu ja osaava henkilöstö. Hoivan laatua ja henkilöstön osaamista parantaa, jos palvelut suunnitellaan järjestelmällisesti hoidon tarpeen arvioinnin perusteella. Lisäksi yhteistyötä kunnan eri hallintokuntien, kolmannen sektorin ja vapaaehtoisjärjestöjen kanssa tiivistetään niin, että ne ovat toimiva osa vanhusten tarvitsemien palvelujen kokonaisuutta.

Toiminnan kattavuus

Ulvilan sosiaali- ja terveystoimen väestölähtöinen toimintamalli kattaa kaikki nykyiset sosiaali- ja terveydenhuollon omat palvelut, jotka ovat

- Terveyden edistäminen ja ennaltaehkäisevä toiminta
- Terveydenhuollon avo- ja vuodeosastopalvelut
- Vanhusten palvelut
- Sosiaalityön palvelut
- Päivähoito
- Mielenterveyspalvelut
- Erityispalvelut
- Vammaispalvelut

Lisäksi Ulvilan kaupunki täydentää järjestämiään sosiaali- ja terveydenhuollon palveluja yksityisen ja kolmannen sektorin, omais- ja lähimmäistyön sekä hoiva-alan yrittäjien tarjoamilla palveluilla. Tämä merkitsee hyvinvointipalvelujen ns. monituottajamallin asteittaista vahvistumista. Toiminnallinen yhteistyömalli tulisi toteuttaa, vaikka osa rajapinnassa olevista palveluista ei kuuluisi sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatioon.

Monituottajamallin voimistaman markkinointumiskehityksen riskit hallitaan hyvällä eri tahojen yhteistyöllä. Kaupungin tavoitteiden ja reunaehtojen toteutuminen varmistetaan kumppanuus- ja sopimusjärjestelmällä. Ulvilan kaupungin sosiaali- ja terveystoimi toimii palvelujen tilaajana, joka määrittelee tilattavat palvelut, niiden määrän ja laatutason.

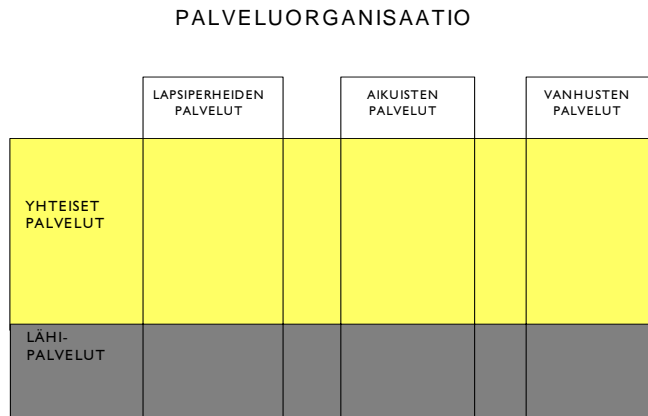
Palveluja tuotetaan myös ylikunnallisena yhteistyönä.

7.4 Väestölähtöisen toimintamallin palvelujen organisointi

Väestön palvelujen tarvetta suunnitellaan lähtien ihmisen elämänsä eri vaiheissa tarvitsemista palveluista. Palvelut järjestetään palvelualueittain siten, että ne muodostavat joustavan palvelukokonaisuuden kunkin elämänvaiheen tarpeisiin.

Sosiaali- ja terveystoimen palvelut on organisoitu pääosin yhteisiin palveluihin. Yhteisistä palveluista tarvittava osa tuotetaan lähipalveluina, lähellä kuntalaisia. (kuvio 18).

Kuvio 18. Palveluorganisaatio ja läheisyysperiaatteeltaan erityyppisten palvelujen suhde uudessa toimintamallissa.



Palvelut organisoidaan yhteisinä palveluina ja johdetaan ja järjestetään koko kaupungin alueella yhdestä toimipisteestä. Yhteisiä palveluja voi on saatavilla lähipalveluina (esim. neuvolat, kotihoito, erityistyöntekijän palvelut konsultaatiot). Tässä yhteydessä on syytä korostaa, että uuden mallin käyttöönotto ei merkitse tarvetta rakentaa uusia rakennuksia, vaan malli painottaa lähinnä toiminnan koordinoitua.

Ulvilan kaupungissa toimii lapsiperhepalvelujen, aikuispalvelujen ja vanhuspalvelujen palvelualueet. Palvelualueet tuottavat osan palveluista lähipalveluissa silloin kun se on tarkoituksenmukaista. Palvelualueiden välillä varmistetaan ammatillinen osaaminen (esim. sosiaalityön kehittämisen vastuu).

8 KEHITTÄMISEHDOTUKSET

Ulvilan sosiaali- ja terveydenhuollon palveluja koskevat toimenpide-ehdotukset perustuvat kansallisiin suosituksiin, selvityksessä esiin nousseisiin seikkoihin ja paikallisiin olosuhteisiin.

Ehdotettava elämänvaiheista lähtevä toimintamalli korostaa palvelujen järjestämistä väestön tarpeiden näkökulmasta eikä ammattikuntien, professioiden näkökulmasta. Hyvinvoinnin edistäminen, ongelmien ja palvelutarpeiden ennalta ehkäisy, kuntouttava työote ja palveluohjaus ovat läpileikkaavia periaatteita mallissa.

Ehdotukset konkretisoivat monin osin Ulvilassa jo valittuja toimintalinjoja. Ehdotus on laadittu Ulvilan kaupungin palvelujen tulevaisuuden kehittämistarpeisiin ja siinä on myös seudullisuus otettu huomioon.

- 1 Ulvilan kaupungissa käynnistetään hyvinvointipoliittisen ohjelman laadinta ja sen osina hyvinvointistrategian ja hyvinvointikertomuksen valmistelu

Koko kaupungin toimintaan vaikuttavan hyvinvointistrategian laadinta on kaupungin johdon vastuulla oleva prosessi, johon kytketään viranhaltijoiden lisäksi luottamushenkilöitä ja elinkeinoelämän ja järjestöjen edustajia. Hyvinvointistrategia on suunnittelun, kehittämisen ja johtamisen väline.

Hyvinvointikertomus on kunnanhallituksen/valtuuston toimeksianto perustuva eri sektoreiden yhteistyönä valmisteltu tiivis katsaus kuntalaisten hyvinvoinnin kehityksestä. Laajempi hyvinvointikertomus tulisi valmistella kerran neljässä vuodessa valtuustokauden viimeisenä vuotena, jolloin se antaisi perustan uuden valtuuston hyvinvointistrategiselle ohjelmalle.

- 2 Ulvilan kaupungissa sosiaali- ja terveystoimi organisoidaan kolmeen palvelualueeseen; lapsiperheiden palvelut, aikuisten palvelut ja vanhusten palvelut

2.1 Lapsiperheiden palvelut

2.1.1 Ulvilan kaupungin lapsi- ja perhepoliittinen ohjelma päivitetään osana koko kaupungin hyvinvointistrategiaa. Ohjelmassa huomioidaan yhteistyö ja työnjako alueen muiden kuntien kanssa

Lapsi- ja perhepoliittinen ohjelma on osa Ulvilan hyvinvointistrategiaa. Lapsi- ja perhepoliittisen strategiatyön avulla luodaan yhteinen näkemys siitä, miten lapsen terve kehitys, kasvu ja oppiminen sekä lapsen hyvinvointi turvataan. Strategiatyössä määritellään tarvittavat palvelut, niiden toiminta-

periaatteet sekä määrittellään niiden tuottamistapa ja tapa toimia yhdessä - myös seudullisesti.

2.1.2 Ulvilan sosiaali- ja terveystoimen lapsiperheiden palvelut muodostavat toiminnallisen kokonaisuuden, perhepalvelukeskuksen

Ulvilan sosiaali- ja terveystoimeen perustetaan *lapsiperhepalvelujen tulosalue*. Lapsiperheiden palvelut kattavat elämänkaaresta lapsuus-, nuoruus- ja vanhemmuusvaiheen. Perhepalvelukeskuksen toiminta kattaa kaikki lapsiperheille suunnatut sosiaali- ja terveystoimen palvelut. Palvelujen piiriin kuuluvat asiakasperheet, joissa on alle 18-vuotiaita lapsia. Asiakasperheiden vanhemmat ovat itseään koskevissa asioissaan aikuisten palvelujen asiakkaita.

2.1.2.1 Äitiys- ja lastenneuvola sekä perhesuunnittelu uudistetaan perheneuvonnaksi, jossa myös isät ovat alusta lähtien mukana.

Terveysneuvonnan ohella psykososiaalista tukea lisätään niin että varhainen puuttuminen ja lasten sekä perheiden tukeminen mahdollistuu. Perheneuvonnassa tuetaan lapsen kasvun ja kehityksen lisäksi molempien vanhempien valmiuksia oman lapsen kehityksen parhaina tukijoina. Palvelut suunnitellaan kunkin perheen tarpeiden mukaan.

Perheneuvonta ottaa roolia perinteiseltä kasvatus- ja perheneuvolalta ja korostaa kasvatus- ja perheneuvolan roolia erityistason hoitopaikkana. Perheneuvonnan tiimiin kuuluvat lääkäri, terveydenhoitaja, psykologi ja perheneuvonnan sosiaalityöntekijä. Perheneuvonnassa korostuu ennaltaehkäisevä työ ja se mahdollistaa varhaisen puuttumisen. Perhesuunnittelu on osa perheneuvonnan palvelua.

2.1.2.2 Päivähoito on osa perhepalvelukeskuksen toimintaa

Päivähoitopalvelut organisoidaan lähipalveluina ja perhepäivähoitoa painotetaan edelleen ensisijaisena hoitomuotona. Päivähoito ja sen erityistyöntekijät toimivat tiiviissä yhteistyössä perheneuvonnan kanssa.

2.1.2.3 Oppilashuolto liitetään toiminnallisesti osaksi perhepalvelukeskusta

Koulupsykologin, koulukuraattorin ja kouluterveydenhoitajan työ organisoidaan lähipalveluna, mutta he kuuluvat perhepalvelukeskuksen lähipalvelutiimiin, vaikka työ tapahtuu ensisijaisesti koululla oppilashuollon tiimissä. Näin varmistetaan lasten ja nuorten ja heidän perheidensä hyvinvoinnin edistäminen kokonaisuutena.

2.1.2.4 Lasten ja nuorten kasvun ja kehityksen tukeminen on perhepalvelukeskuksen toimintaa

Perhepalvelukeskus toimii lasten ja nuorten kasvun ja kehityksen tukiyksikkönä ja mielenterveyspalveluja koordinoivana linkkinä peruspalvelujen ja erikoissairaanhoidon välillä. Psykososiaalisella tuella on nimetty vastuuhenkilö.

Avohoito pyrkii toimimaan niin, ettei laitoshoidon tarvetta tulisi. Yhteys erikoissairaanhoidon varmistetaan toimivilla konsultaatiokäytännöillä.

Kasvatus- ja perheneuvonnan palvelut järjestetään yhdessä lähialueen kuntien kanssa, mutta palvelut tuotetaan lähipalveluina Ulvilan perhepalvelukeskuksessa.

2.1.2.5 Lastensuojelu on osa perhepalvelukeskuksen toimintaa

Lastensuojelu painottaa toiminnassaan ennalta ehkäisevää työtä. Perhetyö on keskeinen työmuoto ja sitä toteutetaan yhdessä perheneuvonnan kanssa.

2.2 Aikuisten palvelut

2.2.1 Ulvilan sosiaali- ja terveystoimen aikuisten palvelut muodostavat toiminnallisen kokonaisuuden

Aikuisten palvelujen piiriin kuuluvat 18 - 64- vuotiaat ulvilalaiset. Yli 65- vuotiaat siirtyvät joustavasti työikäisten palveluista vanhusten palvelujen piiriin, kun he tarvitsevat järjestettyjä vanhusten palveluja. Osaa sosiaali- ja terveystoimen palveluista (mm. mielenterveys- ja päihdepalvelut) koordinoidaan aikuisten palveluiden tulosalueelta. Tärkeä osa aikuisten palvelut - tulosalueen toimintaa on ennaltaehkäisevien palveluiden johtaminen ja koordinointi.

2.2.2 Väestövastuinen avoterveydenhuolto luo pohjan perustason ensisijaisuudelle

Väestövastuinen perusterveydenhuolto huolehtii myös perustason mielen- terveys- ja päihdetyön palveluista. Konsultaatio erikoissairaanhoidon on joustavaa ja nopeaa ja hoitopalautteet tulevat viiveettä.

2.2.3 Terveyskeskuksen sairaalassa on akuutteja hoitopaikkoja 1 ‰ Ulvilan väestöstä

Terveyskeskuksen vuodeosastopaikkoja varataan akuutti- ja kuntoutushoitoa varten 1 % väestöstä. Nämä paikat sisältävät myös joitakin vanhustenhuollon kriisi- ja lyhytaikaispaikkoja, joilla tuetaan kotona hoitamista.

2.2.4 Osa sosiaali- ja terveystoimen palveluista koordinoidaan aikuisten palveluista käsin esim. Sosiaalityön palvelut organisoidaan yhtenä kokonaisuutena aikuisten palveluista

Johtava sosiaalityöntekijä koordinoi sosiaalityön ammatillista kehittämistä ja osaamisen kehittämistä kaikilla palvelualueilla.

2.2.5 Sosiaaliturvatyö organisoidaan keskitetysti aikuisten palveluista

Toimeentulotukityö hoidetaan mahdollisimman paljon etuuskäsittelytyönä toimeentulotukikanslistien tai sosiaaliohjaajien toimesta. Toimeentulotukityötä määrittävät lakien lisäksi yhteiset kirjatut toimintaperiaatteet ja käytännöt, joita kaikki noudattavat päätöksenteossa.

2.2.6 Vammaispalvelussa ohjaavana periaatteena on itsenäisen suoriutumisen tukeminen

Vammaispalvelun kotihoito tuotetaan osana muuta kotihoitoa ja siihen varataan riittävästi resursseja, jotta vammaisten kotona asuminen turvataan.

2.3 Vanhusten palvelut

2.3.1 Ulvilan sosiaali- ja terveystoimen vanhusten palvelut muodostavat toiminnallisen kokonaisuuden

Palvelujen piiriin kuuluvat iäkkäät ulvilalaiset, kun he tarvitsevat järjestettyjä vanhusten palveluja. Osa vanhusten palveluista koordinoidaan aikuisten palveluiden tulosalueelta, mm. vanhusten mielenterveys- ja päihdepalveluja.

2.3.2 Vanhuspalvelut tarjotaan valtakunnallisten tavoitteiden mukaisesti niin että painopiste on kotona asumista tukevilla palveluilla ja avohuollossa

Vanhustenhuollon palvelurakenne tulevaisuudessa

- 90 % yli 75 -vuotiaista vanhuksista asuu kotona tai kodinomaisissa oloissa (kotona, kotona kotihoidon piirissä, kevyen palvelutason palveluasunnoissa)
- 25 % yli 75-vuotiaista on kotihoidon palvelujen piirissä, eli kotihoidon kattavuustavoite on 25%
- Omaishoidon tukea saa 5 % yli 75 -vuotiaista ja se on kiinteä osa palvelujärjestelmää
- 5% yli 75-vuotiaista asuu tehostetuissa palveluasunnoissa
- 5% yli 75-vuotiaista asuu laitoksessa

Ehdotuksen mukaan vanhuspalvelujen *suunnittelun lähtökohta* on, että vanhukset asuvat esisijaisesti turvallisesti kotona, jonne räätälöidään vanhuksen tarvitsemat palvelut. Kotona asumista tuetaan tarvittaessa kuntouttavilla laitoshoidon jaksoilla. Tavoitteena on, että viimeinen laitoshoidon jakso on mahdollisimman lyhytkestoinen.

Kotihoito

Kotihoidon ja kotisairaanhoidon henkilöstö yhdistetään yhdeksi toiminnalliseksi kotihoidon yksiköksi. Kotihoito organisoidaan Vanhusten palvelualueelta käsin yhtenä kokonaisuutena. Lähipalveluihin muodostetaan toimivan kokoisia tiimejä. Kotihoidon resurssit mitoitetaan asiakkaiden määrän ja systemaattisesti arvioidun hoitoisuuden perusteella.

Kotihoito käynnistää uuden kotona asumista tukevan työmuodon, jonka tavoitteena on huolehtia muuan muussa nopeasti kotiutusta tarvitsevien vanhusten kotiutumisesta, vaativista sairaanhoidollisista toimenpiteistä ja saattohoidosta. Tehostetun kotihoidon tiimi toimii tiiviissä yhteistyössä erityisesti erikoissairaanhoidon ja terveyskeskuksen akuuttiosaston kanssa. Tärkeänä tavoitteena on kasvattaa erikoissairaanhoidosta ja vuodeosastolta suoraan kotiin palaavien määrää ja lisäksi helpottaa ja turvata kotihoitoon siirtymistä.

SAS -toiminta

SAS toiminnan rooli asiakasprosessissa ja johdon työvälineenä sekä sen taloudellinen vastuu tulee selkeyttää. Vanhusten toimintakyvyn ja palvelutarpeen arviointia kehitetään järjestelmällisesti ottamalla käyttöön validoitu mittari. SAS-toiminnan painopiste on selkeästi kotona selviytymistä ja kotona asumista tukeva. Vanhustenpalvelujen johtaja vastaa SAS-toiminnasta.

Omaishoidon tuki

Omaishoidon tukea ryhdytään käyttämään aikaisempaa aktiivisemmin korvaamaan ja ennaltaehkäisemään laitoshoidon tuen piirissä olevien vanhusten hoitoisuus arvioidaan säännöllisesti. Omaishoitajien kouluttamisesta ja jaksamisesta huolehditaan suunnitelmallisesti.

Palveluasuminen

Palveluasumisen määrä ja tarve määritellään suosituksen ja asukkaiden hoidon tarpeen mukaan. Palveluasuminen liitetään kiinteäksi osaksi koko vanhustenhuollon palvelujärjestelmää. Palveluasumisesta osa on ostopalvelua. Ostopalvelusopimukset tulee määritellä niin, että niiden avulla kaupunki ohjaa palvelutuotantoaan toivomal-

laan tavalla ja että ne mahdollistavat myös kiinteän yhteistyön palvelujen tuottajan kanssa.

Kaupunki toimii ostopalvelujen tilaajana ja valvojana. Kaupunki määrittelee tilattavien palvelujen määrän, hoidollisen tason ja palvelujen laatutason. Asiakkaiden tarpeet ohjaavat tarjonnan sijasta ostettavien palvelujen määrää ja laatua. Ostopalvelujen hankintaperiaatteet ja palvelujen laatutason valvonta on määritelty ja vastuutettu.

Dementoituneet

Dementoituneiden hoidon tarve ja palvelujen rakenne tulee arvioida kokonaisuutena. Kehittyvästä lääkehoidosta johtuen dementoituneille tarvitaan tulevaisuudessa myös nykyistä kevyempiä laitoshoidon vaihtoehtoja, muun muassa ryhmäasuntoja.

Laitoshoido

Laitoshoidon luonnetta ja tavoitteita muutetaan selkeämmin avohoittoa tukevaksi. Pitkäaikaishoido järjestetään hoivatasoisena laitoshoidona vanhusten palvelualueella ja terveyskeskuksen vuodeosastolla sairaalahoido tarvitseville. Terveyskeskussairaala tarjoaa akuutin sairaalahoidon, tutkimus- ja kuntouttavan hoidon. Tavoitteena tulisi olla, että maksimi hoitoaika terveyskeskuksen akuuttihoiidossa on 30 vuorokautta. Terveyskeskuksessa 36 paikan toiminta on jaettu selkeästi akuutti- ja tarkkailu- ja kuntoutusosastohoidoon sekä pitkäaikaispotilaiden hoivahoidoon.

- 3 Ulvilan sosiaali- ja terveystoimella on yksi sosiaali- ja terveysjohtaja ja jokaisella palvelualueella on tulostavastuullinen palvelujohtaja

Sosiaali- ja terveystoimella on yksi sosiaali- ja terveysjohtaja. Jokaisella palvelualueella on palvelujohtaja, joka vastaa palvelualueen johtamisesta, taloudesta, kehittämisestä, suunnittelusta ja toiminnan yhteensovittamisesta palvelualueella ja muiden palvelualueiden kanssa.

Sosiaali- ja terveysjohtaja ja palvelualueiden johtajat muodostavat sosiaali- ja terveystoimen johtoryhmän.

Sosiaali- ja terveystoimessa toimii myös laajennettu johtoryhmä johon kuuluu johtoryhmän lisäksi eri palveluiden nimetyt vastuuhenkilöt sekä terveyden edistämisen johtaja.

- 4 Ulvilan kaupungilla perustetaan yhdistetty sosiaali- ja terveyslautakunta / perusturvalautakunta

- 5 Ulvilan kaupungin sosiaali- ja terveystoimen uutta toimintamallia rakennetaan kahden vuoden projektina

5.1 Uutta toimintamallia ja palvelurakennetta ryhdytään suunnittelemaan vuoden 2006 aikana ja se toteutetaan vuoden 2008 loppuun mennessä.

Vuoden 2006 aikana laaditaan muutoksen toteuttamisohjelma seuraavalle kahdelle vuodelle. Ohjelmassa määritellään muutoksen tavoitteet ja aikataulu sekä toteuttamisen vastuut ja seuranta.

Poliittisten päättäjien tärkeimpänä tehtävänä on tukea muutosta määrittelemällä muutostyön vastuut ja valtuudet, asettamalla selkeät tavoitteet ja sopimalla seurannasta.

5.2 Toteuttamista varten nimetään muutosjohtaja.

Muutosjohtaja valitaan mahdollisimman nopeasti niin, että työ voi alkaa vuoden 2007 alussa. Muutosjohtajan vastuu, valtuudet ja raportointivelvollisuudet määritellään selkeästi.

5.3 Toiminnan muutos perustuu toimintatapojen ja toimintakulttuurin muutokseen ja sitä tuetaan ottamalla henkilöstö ja ulvilalaiset mahdollisimman laajasti mukaan muutoksen suunnitteluun ja toteuttamiseen.

Sosiaali- ja terveystoimen henkilöstö otetaan mukaan muutosten suunnitteluun ja toteuttamiseen alusta alkaen. Henkilöstön osaamisesta ja työssä jaksamisesta huolehditaan. Koko henkilöstölle järjestetään uuteen toimintamalliin valmentavaa, osaamista vahvistavaa ja muutoksen toteuttamista tukevaa täydennyskoulutusta.