
PALVELUVERKKOSUUNNITELMA

Kanta-Hämeen hyvinvointialue

LUONNOS

KANTA-HÄMEEN HYVINVOINTIALUE

Hyvinvointialueen aluehallituskäsittely 11.12.2023

Hyvinvointialueen aluevaltuustokäsittely 19.12.2023

Hyvinvointialueen aluehallituskäsittely xx.xx.2024

Hyvinvointialueen aluevaltuustokäsittely xx.xx.2024

Sisällysluettelo

1	Johdanto	1
1.1	Käsitteet	2
2	Valmistelun vaiheistus	3
2.1	Osallistumisen ja vaikuttamisen mahdollisuudet	3
2.2	Osallistumisen ja vaikuttamisen mahdollisuuksien toimeenpano	4
2.2.1	Vaihe 1	4
2.2.2	Vaihe 2	4
2.2.3	Vaihe 3	5
2.3	Virkamiesvalmistelu	6
3	Tausta	6
3.1	Talouden tilannekuva: Kanta-Hämeen hyvinvointialue	7
3.2	Toimintaympäristön muutokset	8
3.3	Väestörakenne seuduittain, ikäryhmät ja huoltosuhteen muutos	8
3.4	Henkilöstö	10
3.4.1	Henkilöstömäärät	11
3.4.2	Eläköityminen	11
3.4.3	Henkilöstön saatavuus, rekrytointi, lähtö- ja tulovaihtuvuus	12
3.4.4	Liikkumisselvitys	13
3.4.5	Vuokratyövoima	14
3.5	Palvelutarve / väestön vaikutus	14
3.5.1	Palvelutarpeen muutos	15
4	Nykytila	16
4.1	Palveluverkon rakenne	16
4.2	Palveluiden nykytila ja rakenne	17
4.2.1	Konserni – ja tukipalvelut	17
4.2.2	Ikäihmiset	18
4.2.3	Terveystenhuollon toimiala	18
4.2.4	Perhe-, sosiaali- ja vammaispalvelut	21
4.2.5	Pelastustoimi	22
5	Palveluverkon määrittämisperusteet	22
5.1	Väestöpohjaiset määrittämisperusteet	23
5.2	Palveluiden käyttöön perustuvat määrittämisperusteet	23
5.3	Saavutettavuuteen ja saatavuuteen liittyvät määrittämisperusteet	23
5.4	Toimitiloihin liittyvät määrittämisperusteet	24
5.5	Henkilöstöön liittyvät määrittämisperusteet	24

5.6	Toiminnan kustannuksiin liittyvät määrittäisperiaatteet	24
5.7	Laadulliset ja vaikuttavuusperusteiset määrittäisperiaatteet	25
6	Palveluverkon määrittäisperusteet toimialoittain	25
6.1	Yleiset periaatteet	25
6.2	Konserni ja tukipalvelut + Strategia ja integraatio	26
6.3	Ikäihmiset	26
6.4	Perhe-, sosiaali- ja vammaispalvelut	26
6.5	Terveyspalvelut	27
6.6	Pelastustoimi	27
7	Palveluverkkosuunnitelmassa huomioitavat lähtökohdat Kanta-Hämeen alueella	27
8	Kanta-Hämeen hyvinvointialueen tulevaisuuden palveluverkon rakenne	30
8.1	Palvelukeskukset	30
8.2	Palvelupisteet	32
8.3	Digipalveluiden kehittäminen	36
8.4	Kotiin vietävien palveluiden kehittäminen	36
8.5	Siirrettävien palveluiden kehittäminen	37
9	Toimialakohtaiset muutokset palveluverkossa	37
9.1	Ikäihmiset	37
9.1.1	Muutosesitys: Ikäihmiset	38
9.2	Perhe-, sosiaali- ja vammaispalvelut	41
9.2.1	Muutosesitys: Perhe-, sosiaali- ja vammaispalvelut	41
9.3	Terveyspalvelut	46
9.3.1	Muutosesitys: Terveystenhuollon avopalvelut	47
9.3.2	Muutosesitys: Perusterveydenhuollon Sairaalapalvelut	50
9.3.3	Muutosesitys: Diagnostiset palvelut	50
9.3.4	Muutosesitys: Erikoissairaanhoidon palvelut	51
9.3.5	Muutosesitys: Mielenterveys- ja päihdepalvelut	52
9.3.6	Muutosesitys: Kuntoutuspalvelut	53
9.3.7	Muutosesitys: Suun terveydenhuolto	54
9.4	Pelastustoimi	55
9.5	Konserni- ja tukipalvelut / strategia- ja integraatio	55
10	Muutosesitysten kustannusvaikutukset 2026–2030	55
10.1	Palvelukeskus ja palvelupiste -toimintamalli	56
10.2	Ikäihmistien palvelut	56
10.3	Muut toimet	57
10.4	Arvioidut kustannusvaikutukset	57
10.5	Investoinnit: Muutosesitys	58
11	Vaikutusten arviointi, palveluverkkosuunnitelma 2026–2030	59

12	Palveluverkkosuunnitelma, visio 2030–2040	60
13	Johtopäätökset.....	61



1 Johdanto

Kanta-Hämeen hyvinvointialueen palveluverkkoselvitys käynnistyi aluevaltuuston päätöksellä 9.5.2023. Aluevaltuusto päätti käynnistää selvitykset, joilla varmistetaan yhteensä noin 93,8 M€ säästöjen toteutuminen nykyiseen toimintakatteen kasvu-uraan nähden vuosina 2026–2030. Lisäksi päätettiin käynnistää toimitiloihin, vuokrasopimuksiin ja ympärivuorokautiseen asumiseen liittyvät selvitykset.

Palveluverkkoselvityksen ensi vaiheessa on tarkasteltu kunnilta ja kuntayhtymiltä perittyä palveluverkkoa eri näkökulmista. Laaja selvitys on tehty yhteistyössä Deloitte Oy:n, Siemens Healthcare Oy:n ja Trellum Oy:n kanssa. Deloitte ja Siemens Healthcare keskittyvät palveluverkkoon liittyviin kysymyksiin ja Trellumin tehtävänä on ollut arvioida toimitilojen tekninen kunto.

Tarkastelunäkökulmat:

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

Palveluverkon selvitys oli vaiheistettu viiteen osa-alueeseen:

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

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

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

Virkamiesvalmistelu vaiheistuu kahteen osaan:

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

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

1.1 Käsitteet

Palvelukeskus:

Fyysinen rakennus, jonka palvelutarjonta on laajaa. Tulevaisuudessa palvelukeskus voidaan toteuttaa myös digitaalisena.

Palvelupiste:

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

Liikkuva palvelu:

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

Siirtyvä palvelu:

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

Digitaalinen sosiaali- ja terveystyökeskus:

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

Etäasiointi:

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

Osaamiskeskus:

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

Palveluverkko:

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

Palveluiden verkosto:

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

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

Palveluiden verkoston kehittämisen periaatteet:

Ohjaavat palveluiden verkoston kehittämistä ja suunnittelua yleisellä tasolla.

Palveluverkkosuunnitelma:

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

Hoidon / palvelun jatkuvuus:

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

Monialainen tiimi:

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

2 Valmistelun vaiheistus

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

Vaiheistus:

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

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

2.1 Osallistumisen ja vaikuttamisen mahdollisuudet

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

Palveluverkkosuunnitelman osallisuuden kokonaisuus on jaettu neljään osa-alueeseen:

- Asukasosallisuus
- Henkilöstöosallisuus
- Asiakasosallisuus

- Sidosryhmäosallisuus

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

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

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

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

2.2 Osallistumisen ja vaikuttamisen mahdollisuuksien toimeenpano

Osallistumisen ja vaikuttamisen mahdollisuuksien ~~Osallisuuden~~ toimeenpano tehdään kolmessa vaiheessa.

2.2.1 Vaihe 1

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

2.2.2 Vaihe 2

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

Lausuntopyyntö sidosryhmille:

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

Palveluverkkoselvitykseen pyydetään lausuntoa seuraaviin kysymyksiin:

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

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

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

2.2.3 Vaihe 3

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

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

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

Osallisuuden ja vaikuttamisen vaiheessa 3 osallisuuden mahdollisuus kohdennetaan kaikille osaluueille:

- Asukasosallisuus
- Henkilöstöosallisuus
- Asiakasosallisuus
- Sidosryhmäosallisuus

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

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

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

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

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

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

2.3 Virkamiesvalmistelu

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

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

Virkamiesvalmistelu tehdään tiiviissä yhteistyössä toimialojen ja tulosalueiden kanssa.

3 Tausta

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

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

3.1 Talouden tilannekuva: Kanta-Hämeen hyvinvointialue

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

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

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

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

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

3.2 Toimintaympäristön muutokset

Kanta-Hämeen hyvinvointialueen toimintaympäristön merkittävimmät haasteet palveluverkkosuunnitelman osalta ovat:

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

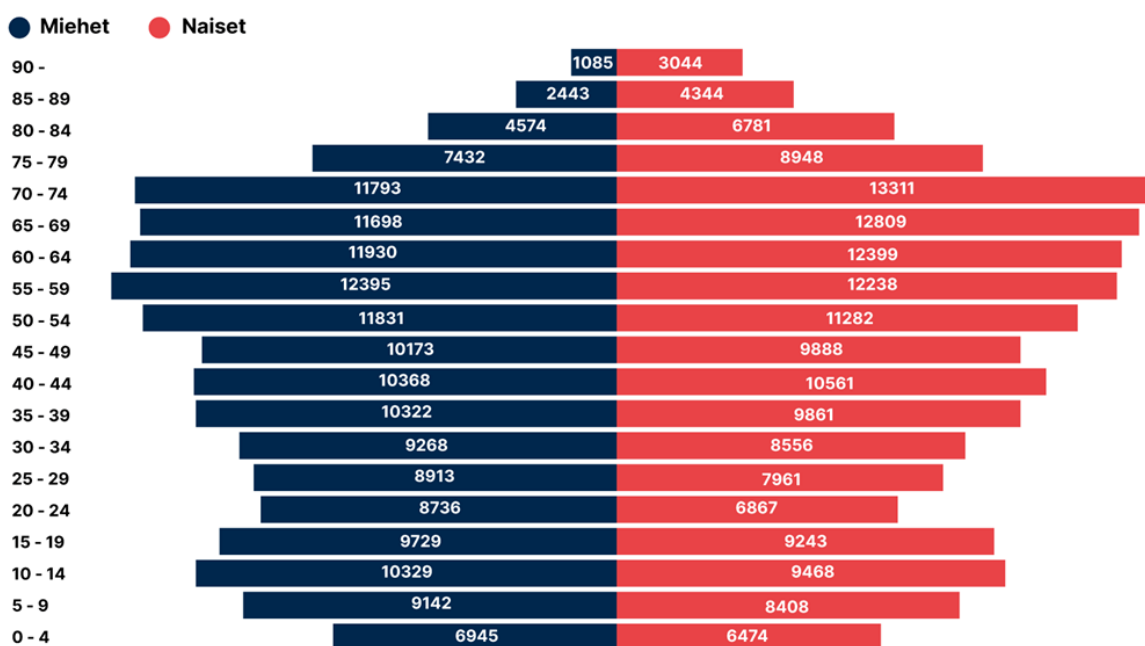
3.3 Väestörakenne seuduittain, ikäryhmät ja huoltosuhteen muutos

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

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

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

Väestörakenne ikäryhmittäin ja sukupuolittain vuonna 2021

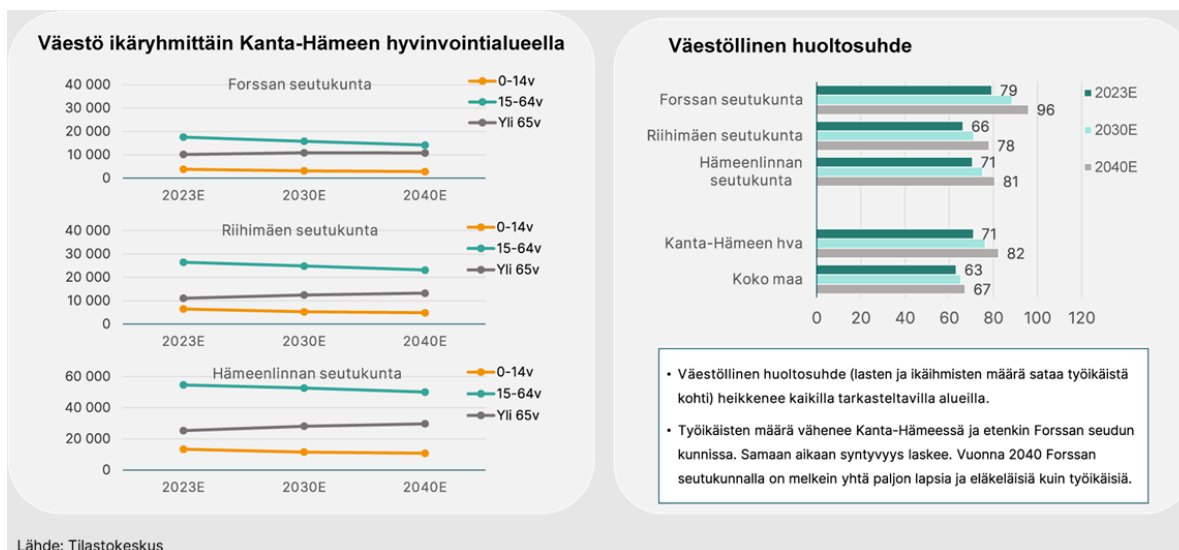


Kuva 1. Väestörakenne ikäryhmittäin ja sukupuolittain vuoden 2021 helmikuussa (Hämeen liitto).

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

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

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



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

3.4 Henkilöstö

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

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

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

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

Vaikein tilanne on alueen reunaosissa, mikä viittaa tarpeisiin uudelleenorganisoida resursseja. Lainsäädäntömuutosten myötä kiristyvät mitoitus- ja hoitoon pääsy -vaatimukset aiheuttavat merkittäviä haasteita lähes kaikissa palveluissa. Henkilöstön riittävyyden ja palvelujen saatavuuden

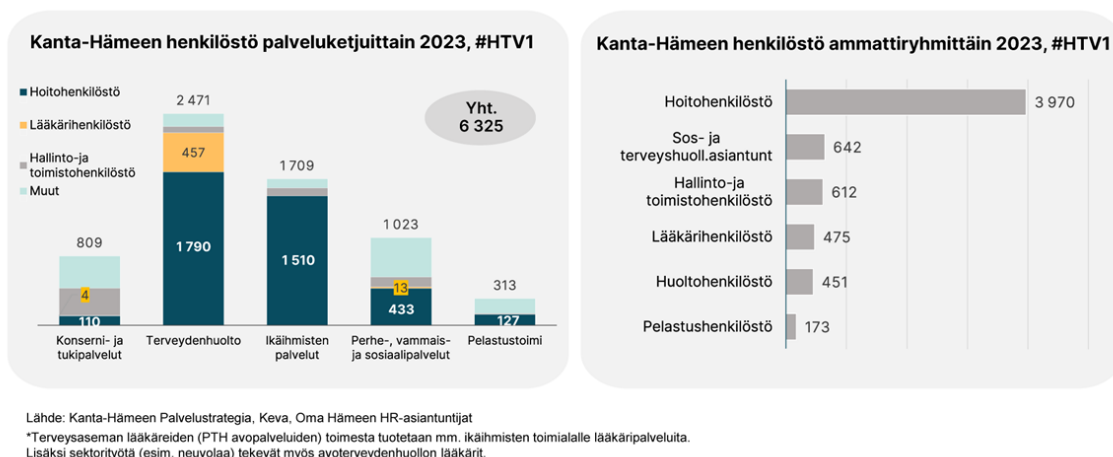
varmistamiseksi hyvinvointialue on joutunut turvautumaan yhä enenevästi vuokratyövoiman ja ostopalvelujen käyttöön, mikä on merkittävästi heikentänyt talouden hallintaa.

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

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

3.4.1 Henkilöstömäärät

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



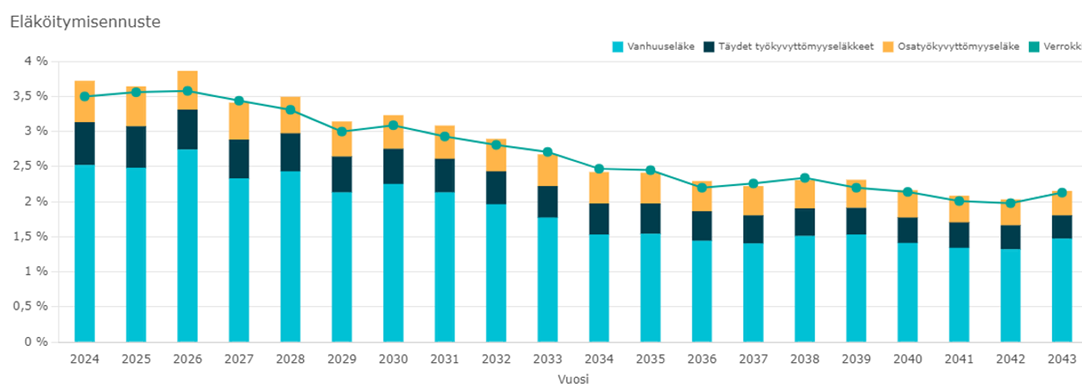
Kuva 3. Hyvinvointialueen henkilöstö toimialoittain ja ammattiryhmittäin vuonna 2023.

3.4.2 Eläköityminen

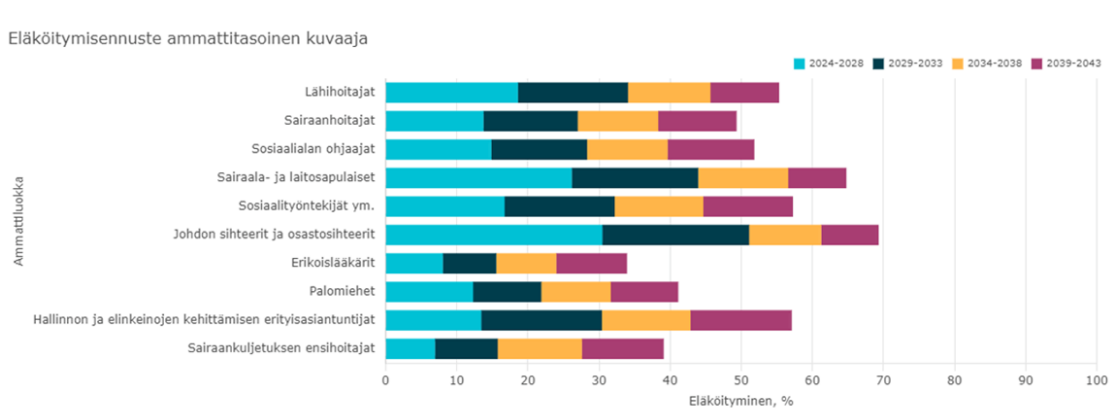
Kevan eläköitymisennusteen mukaan Kanta-Hämeen alueella nykyhenkilöstöstä noin 1 400 työntekijää saavuttaa eläkeiän vuoteen 2030 mennessä. Lisäksi lainsäädännölliset muutokset kasvattavat työntekijöiden tarvetta tulevaisuudessa.

Lukumääräisesti suurimmat eläköityvät ammattiryhmät ovat lähihoitajat, sairaala- ja laitospulaiset, hammashoitajat sekä sosiaalityöntekijät.

Seuraavan viiden vuoden aikana hyvinvointialueella eläkeiän saavuttaa noin 18 prosenttia (noin 1 200) koko henkilöstöstä.



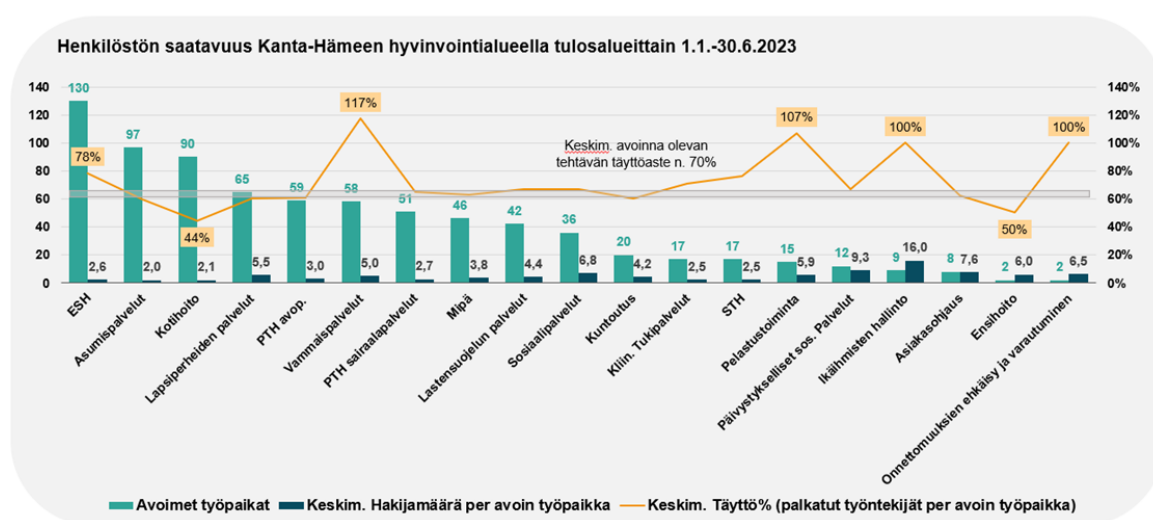
Kuva 4. Kanta-Hämeen hyvinvointialueen eläköitymisennuste vuoteen 2043 mennessä.



Kuva 5. Ammattiryhmäkohtainen eläköitymisennuste vuoteen 2043 mennessä.

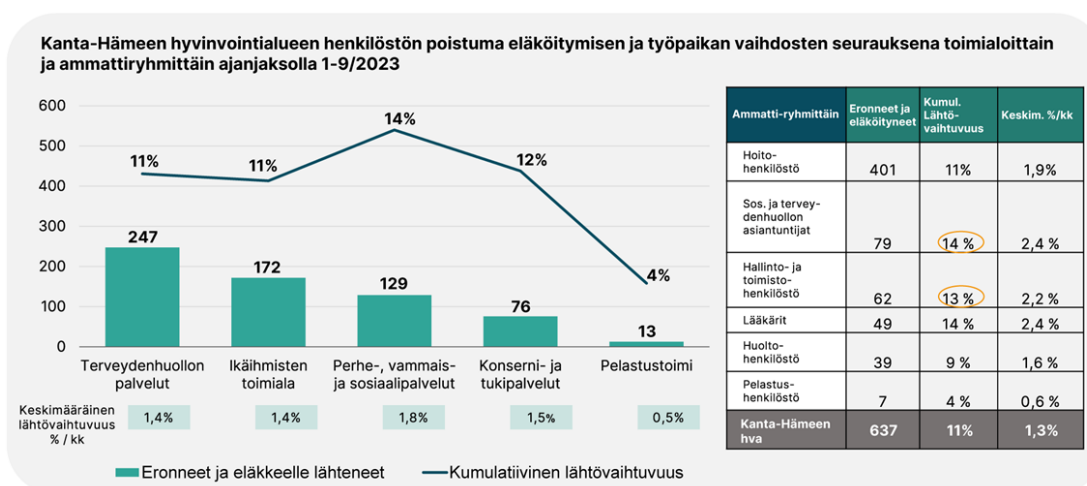
3.4.3 Henkilöstön saatavuus, rekrytointi, lähtö- ja tulovaihtuvuus

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



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

Kanta-Hämeen hyvinvointialueen henkilöstön kumulatiivinen lähtövaihtuvuus kuluvaan vuoteen on ollut keskimäärin n. 11 prosenttia.



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

3.4.4 Liikkumisselvitys

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

3.4.5 Vuokratyövoima

Erityisesti psykologien, sosiaalityöntekijöiden, lääkäreiden ja puheterapeuttien rekrytoinneissa on ollut haasteita kuluvan vuoden aikana. Edellä mainitun ammattiryhmäjoukon hakijoita per avoinna oleva paikka on ollut keskimäärin 0,7. Terveystieteiden toimialalla vuokralääkäreiden määrän arvioidaan olevan tänä vuonna noin 35 henkilötyövuoden verran. Hoitohenkilöstön vuokratyövoima hankitaan pääasiassa Sarastia Rekryn kautta. Vuokratyövoiman tarve hoitajien osalta arvioidaan olevan tänä vuonna kaikilla toimialoilla yhteensä noin 230 henkilötyövuoden verran. (liite 2)

Merkittävä osa Kanta-Hämeen hyvinvointialueen nykyhenkilöstöstä (yli 20 prosenttia) saavuttaa eläkeiän vuoteen 2030 mennessä. Tämän lisäksi lainsäädännölliset muutokset kasvattavat palveluiden tuottamiseen tarvittavia resursseja. Henkilöstön saatavuudessa on 2020-luvun alusta lähtien nähty haasteita, jotka tulevat kasvamaan seuraavien vuosien aikana, mikäli palvelurakennetta ja palveluiden tuotantotapoja ei pystytä uudistamaan. Resurssikysymykset ovat merkittävät, kun vanhusväestön määrän ennustetaan kasvavan noin 10 000 henkilöllä vuoteen 2040 mennessä.

3.5 Palvelutarve / väestön vaikutus

Työikäisen väestön määrä laskee Kanta-Hämeessä tarkastelujaksolla 2020–2030 noin 10 prosenttia. Väestöryhmän pieneneminen vähentää palveluiden tarvetta, mutta erityisesti mielenterveys- ja päihdepalveluiden kysynnän odotetaan kasvavan.

THL:n raportin mukaan palvelujen saatavuudessa on suurta alueellista vaihtelua. Saatavuus oli osin vaikeutunut jo ennen hyvinvointialueelle siirtymistä henkilöstöpulan ja kertyneen hoito- ja palveluluvelan myötä.

Kanta-Hämeessä 75 vuotta täyttänyt väestö käyttää monien palveluiden osalta keskimääräistä enemmän palveluja kuin muualla Suomessa. Ikäihmisten palveluissa on hoitopäiviä per 1 000 asukasta maan keskiarvoa enemmän. Muissa palveluissa ollaan keskitasolla.

Työkyvyttömyyttä on lähes saman verran kuin maassa keskimäärin, mutta se on yleistynyt edellisvuoteen verrattuna. Nähtävissä oli viitteitä erityisesti työikäisten hyvinvoinnin heikentymisestä. Ennen aikaista kuolleisuutta mittaava PYLL-indeksi on tällä hetkellä maan keskitasoa, mutta se on laskenut merkittävästi vuodesta 2020. Päivittäin tupakoivien osuus on noussut maan suurimmaksi. Myös alkoholin liikkakäyttö on hieman keskimääräistä yleisempää.

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

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

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

3.5.1 Palvelutarpeen muutos

1. Ikäihmiset

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

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

2. Terveyspalvelut

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

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

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

3. Perhe-, sosiaali- ja vammaispalvelut

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

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

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

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

4. Pelastustoimi

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

4 Nykytila

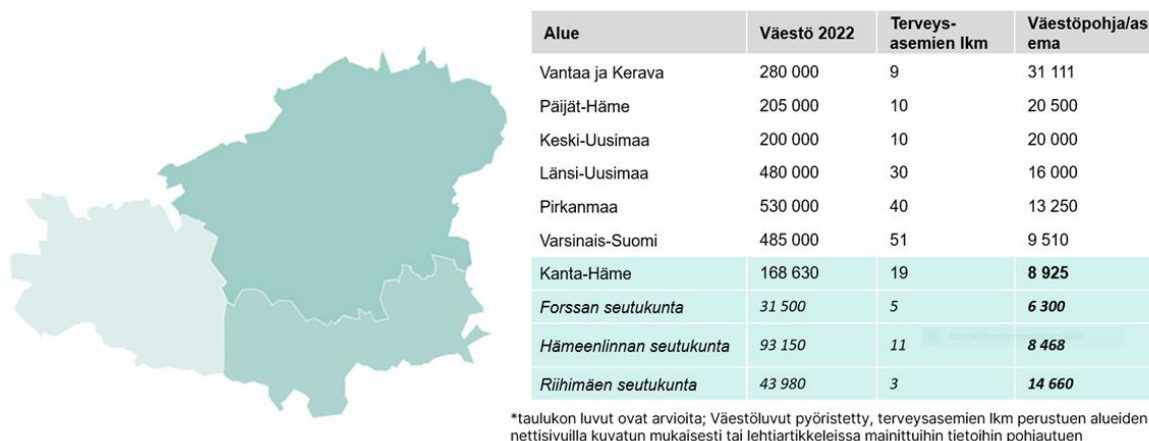
4.1 Palveluverkon rakenne

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

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

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

Palveluverkon nykytilanne on laajasti kuvattu tehdyssä selvityksessä (liite 2)



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

4.2 Palveluiden nykytila ja rakenne

Kanta-Hämeen hyvinvointialueen palvelurakenne muodostuu kuudesta toimialasta:

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

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

4.2.1 Konserni – ja tukipalvelut

Konserni- ja tukipalveluiden toiminta jakaantuu kolmeen tulosalueeseen:

- Konsernipalvelut
- Palvelutuotannon tukipalvelut
- Tekniikka- ja tilapalvelut

Hallinnon palvelut toimivat pääsääntöisesti kuudessa toimipisteessä:

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

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

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

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

4.2.2 Ikäihmiset

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

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

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

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

Ikäihmisten palveluiden toiminnallinen kokonaisuus on kuvattu palveluverkkoselvityksessä (liite 2)

4.2.3 Terveysthuollon toimiala

Terveysthuollon toimiala jakaantuu seitsemään tulosalueeseen:

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

Terveysthuollon palveluiden toiminnallinen kokonaisuus on kuvattu palveluverkkoselvityksessä (liite 2)

Perusterveydenhuollon avopalvelut

Perusterveydenhuollon avopalveluilla on Kanta-Hämeen hyvinvointialueella 19 toimipistettä. Forssan seudulla on viisi toimipistettä, Hämeenlinnassa on kahdeksan toimipistettä, Janakkalassa

kaksi toimipistettä ja Riihimäen seudulla kolme toimipistettä. Hattulassa on yksi toimipiste ja sen toiminta on tällä hetkellä ulkoistettu. Toimipisteiden koko, käyntimäärät ja käyntityyppien jakauma vaihtelee toimipisteittäin.

Perusterveydenhuollon sairaalapalvelut

Perusterveydenhuollon osastotoimintoja on neljässä toimipisteessä

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

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

Erikoissairaanhoidon sairaalapalvelut

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

Kliiniset tukipalvelut ja diagnostiikka

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

Tulosalueen vastuulla ovat myös laboratoriopalvelut, jotka tuottaa Fimlab.

Kuvantamistoimintaa on tällä hetkellä useissa yksiköissä:

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

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

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

Mielenterveys- ja päihdepalvelut

Mielenterveys- ja päihdepalvelut jakautuvat kolmeen palvelualueeseen:

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

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

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

Suun terveydenhuolto

Suun terveydenhuollon toimipisteet sijaitsevat terveysasemien yhteydessä.

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

Kuntoutus

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

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

Terveysasemilla toimivat fysioterapeuttien suoravastaanotot terveysasemien monilaisissa tiimeissä. Terapeutit tekevät toimintakykyarvioita, antavat ohjausta ja terapiaa vastaanotoilla ja etäpalveluna sekä osittain myös jalkautuen potilaiden toimintaympäristöön. Terapioita (muun muassa fysioterapia, toimintaterapia, jalkaterapia, puheterapia) tuotetaan avohoidossa myös ostopalveluna, pääsääntöisesti palvelusetelillä. Osastoilla potilaiden hoidon perusta on kuntouttava hoitotyö, jota kuntoutuksen ammattilaiset tukevat. Osastoilla toimii fysioterapeutteja, toimintaterapeutteja ja puheterapeutteja. Altaita on keskussairaalan fysiatrian tiloissa, Kontiotiellä Riihimäellä ja Forssassa. Riihimäen allas ei ole soveltuva ryhmille. Omien altaiden pito on kallista ja Forssaa lukuunottamatta altaat ovat vajaalla käytöllä ja niiden vuokraus ulkopuolisille on osoittautunut hankalaksi toteuttaa käytännössä. Kuntien altaita on hyödynnetty. Allas mahdollistaa hyvän liikuntamuodon vähän liikkuville henkilöille (mm. ylipaino ja nivelrikko) ja siihen tulee kannustaa yhdessä kuntien kanssa.

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

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

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

Terveydenhuollon toiminnallinen kokonaisuus on kuvattu palveluverkkoselvityksessä (liite 2).

4.2.4 Perhe-, sosiaali- ja vammaispalvelut

Perhe-, sosiaali- ja vammaispalvelut jakaantuvat viiteen tulosalueeseen:

- Perhekeskuspalvelut
- Lastensuojelu
- Sosiaalipalvelut
- Vammaispalvelut
- Päivystykselliset sosiaalipalvelut

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

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

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

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

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

Vammaispalvelu jakautuu kahteen eri palvelualueeseen vammaissosiaalityöhön ja oman palvelutuotannon asumispalveluihin sekä päiväkaikaiseen toimintaan. Vammaissosiaalityötä tehdään useissa toimipisteissä. Vammaispalveluiden omia ympärivuorokautisen palveluasumisen yksiköitä

on kymmenen ja yhteisöllisen asumisen yksiköitä kolme. Päivätoiminnan yksiköitä on yhdeksän ja työtoiminnan yksiköitä kaksi.

Suurin osa vammaispalveluiden palveluista tuotetaan ostopalveluina.

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

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

4.2.5 Pelastustoimi

Pelastustoimen palvelut jakaantuvat kolmeen tulosalueeseen

- Pelastustoimi
- Onnettomuuksien ehkäisy ja varautuminen
- Ensihoito

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

Pelastustoimen palveluiden toiminnallinen kokonaisuus on kuvattu palveluverkkoselvityksessä (liite 2)

5 Palveluverkon määrittämisperusteet

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

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

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

- Väestöpohjaiset määrittysperusteet
- Palveluiden käyttöön perustuvat määrittysperusteet
- Saavutettavuuteen ja saatavuuteen liittyvät määrittysperusteet
- Toimitiloihin liittyvät määrittysperusteet
- Henkilöstöön liittyvät määrittysperusteet
- Toiminnan kustannuksiin liittyvät määrittysperiaatteet
- Laadulliset ja vaikuttavuusperusteiset määrittysperiaatteet

5.1 Väestöpohjaiset määrittysperusteet

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

5.2 Palveluiden käyttöön perustuvat määrittysperusteet

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

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

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

5.3 Saavutettavuuteen ja saatavuuteen liittyvät määrittysperusteet

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

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

5.4 Toimitiloihin liittyvät määrittäisperusteet

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

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

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

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

5.5 Henkilöstöön liittyvät määrittäisperusteet

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

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

5.6 Toiminnan kustannuksiin liittyvät määrittäisperiaatteet

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

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

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

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

5.7 Laadulliset ja vaikuttavuusperusteiset määrittäisperiaatteet

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

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

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

6 Palveluverkon määrittäisperusteet toimialoitain

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

6.1 Yleiset periaatteet

- Hyvinvointialueen palvelut rakentuvat palvelukeskusten ja palvelupisteiden verkostosta.
 - Palvelukeskuksessa on laajasti palveluita usealta toimialalta.
 - Palvelupisteessä tarjotaan jotakin/joitakin sosiaali- ja terveydenhuollon tai pelastustoimen palveluita: kiinteänä, liikkuvana siirrettävänä tai etäpalveluna. Palvelupisteet voivat erota palveluvalikoimaltaan toisistaan huomioiden väestön palvelutarpeet.
- Toimitilat
 - Hyvinvointialue käyttää ensisijaisesti omia toimitiloja, korkealla käyttöasteella ja vuokratiloja tarpeen mukaan.
 - Toimitilojen monialainen käyttö (sote-pela), tilojen muunneltavuus.
 - Yhdenmukaiset vuokranmäärittäisperiaatteet.
 - Toimipisteiden tilasuunnittelun lähtökohtana on yhteiskäyttöisyys.
 - Toimitilojen soveltuvuus palvelutoimintaan (kunto, kustannusrakenne, toiminta).
- Henkilöstö
 - Henkilöstön saatavuus ja pitovoima varmistettava toiminnan suunnittelussa.
 - Omien yksiköiden toiminta perustuu pääosin omaan henkilöstöön.

- Toimipisteiden sijainti hyvien liikenneyhteyksien äärellä.
- Etä- ja hybridityön edellytyksiä vahvistetaan.

6.2 Konserni ja tukipalvelut + Strategia ja integraatio

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

6.3 Ikäihmiset

• Ympäri vuorokautinen palveluasuminen

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

• Kotihoito

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

6.4 Perhe-, sosiaali- ja vammaispalvelut

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

6.5 Terveyspalvelut

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

6.6 Pelastustoimi

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

7 Palveluverkkosuunnitelmassa huomioitavat lähtökohdat Kanta-Hämeen alueella

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Palvelujen tuottamispisteitä ovat palveluverkkosuunnitelman määrittämisperiaatteiden mukaisesti pääsääntöisesti hyvinvointialueen omat toimipisteet, vuokratiloja hyödynnetään tarvittaessa. Asumispalveluita tuotetaan tällä hetkellä pääsääntöisesti vuokratiloissa. Vuokratilojen vuokrakustannukset nousevat vuokra-asetuksen mukaisella määrittelyllä nopeammin kuin hyvinvointialueen rahoituksen taso. Vuokrien korotustaso on pääsääntöisesti sidottu elinkustannusindeksiin. Elinkustannusindeksi nostaa vuonna 2024 hyvinvointialueen vuokratasoa yli 6 prosenttia, kun hyvinvointialueen kokonaisrahoitus kasvaa vuonna 2024 noin 4 prosenttia. Toimitiloihin tehtävät investoinnit (omat/vuokrakohteet) vaikuttavat eri tavoin hyvinvointialueen tuloslaskelmaan. Vuokratilojen osalta investoinnit vaikuttavat pääomavuokran tasoon, ja sille asetetaan vuokra-asetuksen mukainen 6 prosentin tuottovaatimus. Yksityisiltä vuokratuista tiloista

syntyy yleensä erillinen investointivuokraisuus. Omiin tiloihin tehtävät investoinnit näkyvät hyvinvointialueen tuloslaskelmassa poistoina ja korkokuluina sekä rahoituslaskelmassa lainan lyhennyserinä.

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

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

Palveluiden saatavuuden ja saavutettavuuden lähtökohtana on yhden käynnin periaate, joka kirjattu myös hyvinvointialueen strategiaan. Saavutettavuudessa on huomioitava palvelukeskusten ja palvelupisteiden maantieteellinen etäisyys sekä ajallinen ulottuvuus. Eli kuinka usein palvelua on saatavilla ja missä laajuudessa. Innolinkin tekemän tutkimuksen mukaan 73 prosenttia alueen väestöstä liikkuu omalla autolla palveluiden piiriin ja noin 12 prosenttia kävellen. Tutkimuksen mukaan itsenäinen liikkuminen vähenee merkittävästi yli 80-vuotiailla. Saavutettavuuden näkökulmasta Kanta-Häme on maantieteellisesti suhteellisen tiivis alue, ja etäisyydet alueen sisällä ovat maltillisia.

Forssan seudun terveysasemat		Etäisyys	Ajo-aika autolla	
Forssan pääterveysasema	Urheilukentänkatu 2, Forssa	400 m	3 min	Forssan sairaala
Humppilan terveysasema	Humppilantie 24, Humppila	21 km	20 min	Forssan sairaala
Jokioisten terveysasema	Keskuskatu 25, Jokioinen	10 km	12 min	Forssan sairaala
Tammelan terveysasema	Einarintie 1, Tammela	8,5 km	11 min	Forssan sairaala
Ypäjän terveysasema	Perttulantie 18, Ypäjä	23 km	24 min	Forssan sairaala
Hämeenlinnan seudun terveysasemat		Etäisyys	Ajo-aika autolla	
Ojoisten terveysasema	Veteraanipolku 1, Hml	4,5 km	11 min	Kanta-Hämeen keskussairaala
Idänpään terveysasema	Anttilankatu 4, Hml	5,2 km	14 min	Kanta-Hämeen keskussairaala
Jukolan terveysasema	Eeronkuja 6, Hml	900 m	4 min	Kanta-Hämeen keskussairaala
Kalvolan terveysasema	Sauvalanaukio 4, Iittala	21 km	23 min	Kanta-Hämeen keskussairaala
Lammin terveysasema	Evontie 33, Lammi	39 km	43 min	Kanta-Hämeen keskussairaala
Viipurintien terveysasema	Viipurintie 1-3, Hml	4 km	12 min	Kanta-Hämeen keskussairaala
Rengon terveysasema	Rengonraitti 28, Renko	14,5 km	18 min	Kanta-Hämeen keskussairaala
Hauhon terveysasema	Vihniöntie 5, Hauho	34 km	36 min	Kanta-Hämeen keskussairaala
Tervakosken terveysasema	Kivimiehentie 2, Tervakoski	15 km	16 min	Riihimäen rautatieasema
Riihimäen seudun terveysasemat		Etäisyys	Ajo-aika autolla	
Oitin terveysasema	Kuusitie 10-18, Oitti	18,4 km	19 min	Riihimäen rautatieasema
Lopen terveysasema	Pajatie 1, Loppi	20 km	21 min	Riihimäen rautatieasema
Riihimäen terveysasema ja sairaala	Kontiontie 77, Riihimäki	3 km	6 min	Riihimäen rautatieasema

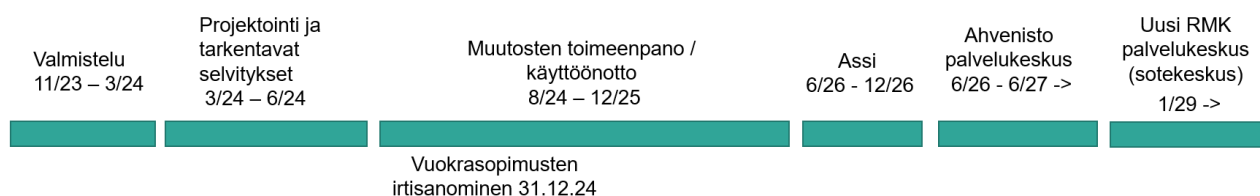
Kuva 9 Esimerkki toimipisteiden etäisyyksistä, terveysasemat

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

palveluiden tasoon sekä tuottamistapoihin heijastavat työterveyshuollon toimintamalleja ja prosesseja.

8 Kanta-Hämeen hyvinvointialueen tulevaisuuden palveluverkon rakenne

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



Kuva 10 jatkovalmistelun aikataulu (alustava)

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

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

Kanta-Hämeen hyvinvointialueen tuleva palvelurakenne perustuu palvelukeskusten ja palvelupisteiden muodostamaan palveluiden verkostoon. Palveluiden integraatiota ja toimijoiden välistä yhteistyötä lisätään kokoamalla sosiaali-, terveys ja pelastustoimen palveluita yhteisiin toimipisteisiin. Tämä voi tarkoittaa palveluiden kokoamista palvelupisteisiin, mutta myös esimerkiksi terveyspalveluiden tarjoamista ikäihmisten asumispalveluyksiköiden yhteydessä tai sosiaalihuollon palvelupistettä pelastustoimen tilojen yhteydessä.

8.1 Palvelukeskukset

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

Palvelukeskukset

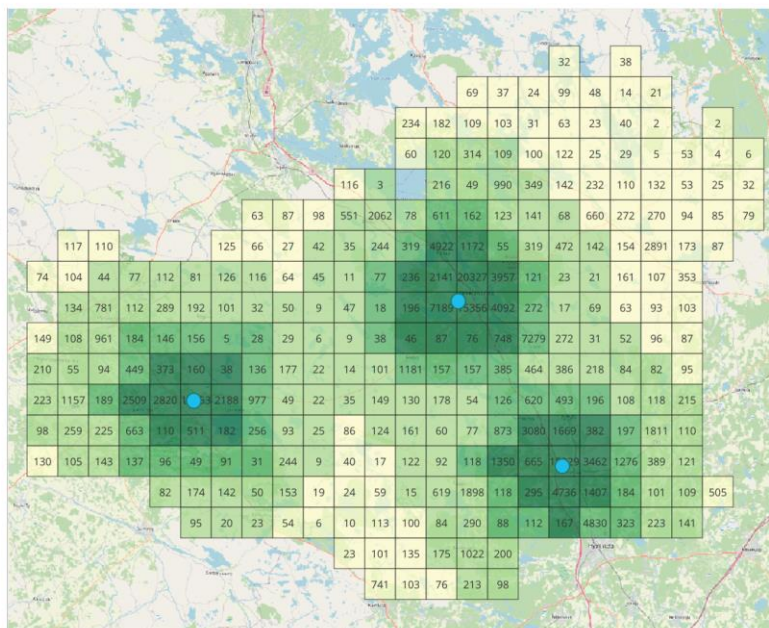
Asukasmäärä eri etäisyyssvyöhykkeillä

- Alle 10 km säteellä: 117 531 (66 %)
- Alle 15 km säteellä: 141 510 (79 %)
- 15 – 25 km säteellä: 24 924 (14 %)
- 25 – 40 km säteellä: 11 766 (7 %)

Yhteensä: 178 200*

Lähde: Tilastokeskus

* Kartalla näkyvien ruutujen asukkaiden summa. HVA:n ulkorajat leikkaavat osaa ulommista ruuduista, jonka vuoksi ruutujen asukaslukumäärän summa on HVA:n asukaslukua korkeampi



Kuva 11. Kanta-Hämeen hyvinvointialueen kiinteiden palvelukeskusten sijainti.

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

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

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

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

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

8.2 Palvelupisteet

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

Palvelupisteet

Asukasmäärä eri etäisyysvyöhykkeillä

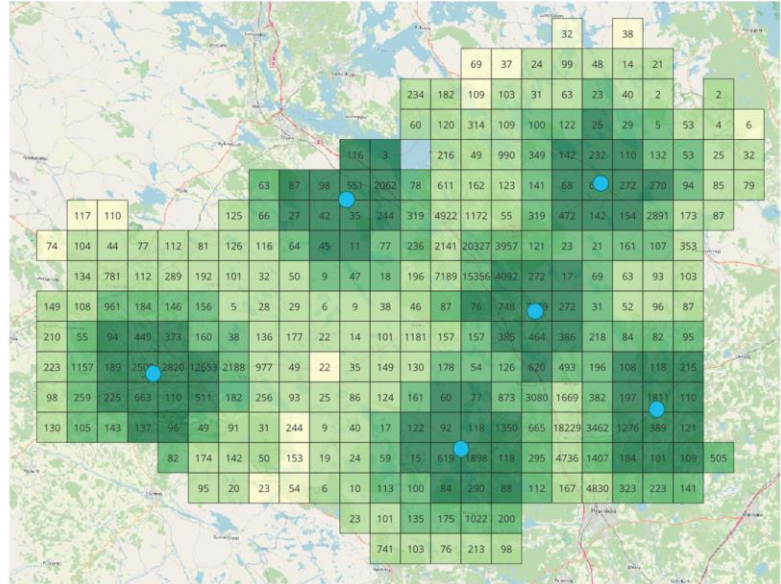
- Alle 10 km säteellä: 50 978 (29 %)
- Alle 15 km säteellä: 117 471 (66 %)
- 15 – 25 km säteellä: 59 641 (33 %)
- 25 – 40 km säteellä: 1 088 (1 %)

Yhteensä: 178 200*

Karttakuvaajassa olevien palvelupisteiden lisäksi voi olla myös tarpeen mukaan erillisiä tapaamispisteitä

Lähde: Tilastokeskus

* Kartalla näkyvien ruutujen asukkaiden summa. HVA:n ulkorajat leikkaavat osaa uloimmista ruuduista, jonka vuoksi ruutujen asukaslukumäärän summa on HVA:n asukaslukua korkeampi



Kuva 12. Palvelupisteet sijaitsevat asiakastarpeen mukaisesti ja niitä tukee liikkuvien, siirtyvien ja etäpalveluiden verkosto.

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

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

Kiinteitä palvelupisteitä esitetään olevan seuraavissa sijainneissa vuonna 2027:

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

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

Palvelukeskukset toimivat seuraavissa sijainneissa vuonna 2027:

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

Palvelukeskukset ja palvelupisteet

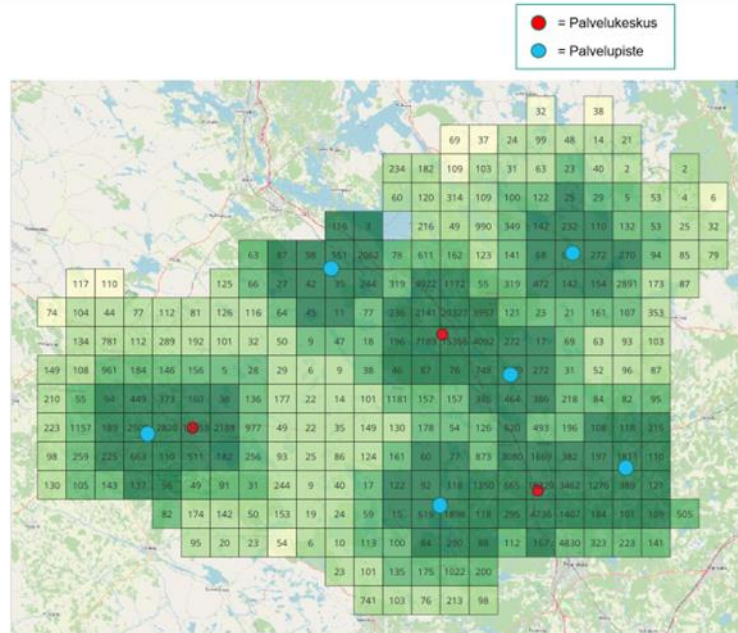
Asukasmäärä eri etäisyyssyöhykkeillä

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

Yhteensä: 178 200*

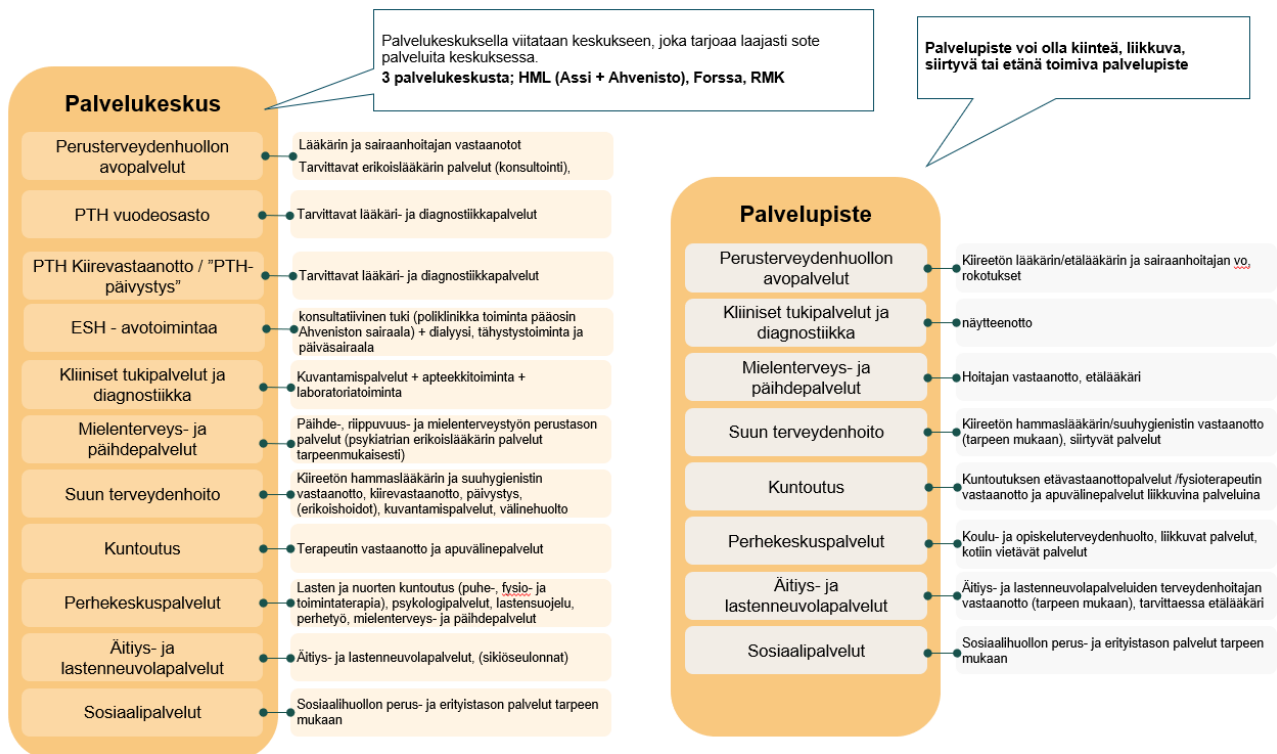
Lähde: Tilastokeskus

* Kartalla näkyvien ruutujen asukkaiden summa. HVA:n ulkorajat leikkaavat osaa uloimmista ruuduista, jonka vuoksi ruutujen asukaslukumäärän summa on HVA:n asukaslukua korkeampi



Kuva 13. Palvelukeskukset ja palvelupisteet

Palvelukeskusten ja palvelupisteiden sisällöllisiä eroja on havainnollistettu kuvassa 14. Palvelukeskuksissa on tarjolla laajasti erilaisia sosiaali- ja terveydenhuollon palveluita sekä klinisiä tukipalveluita, kuten laboratorio- ja kuvantamispalveluita. Palvelupisteiden palvelutarjonta on suppeampaa ja kohdistuu erityisesti ennalta suunniteltuihin palveluihin.



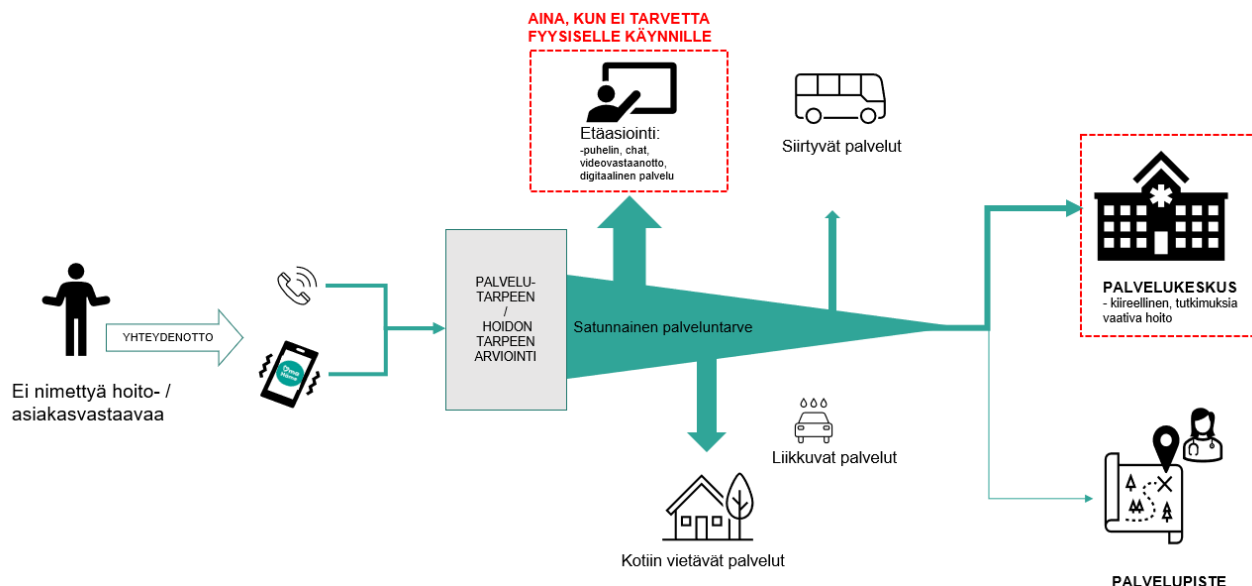
Kuva 14. Esimerkinomaisesti palvelukeskusten ja palvelupisteiden sisältämiä palveluja.

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

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

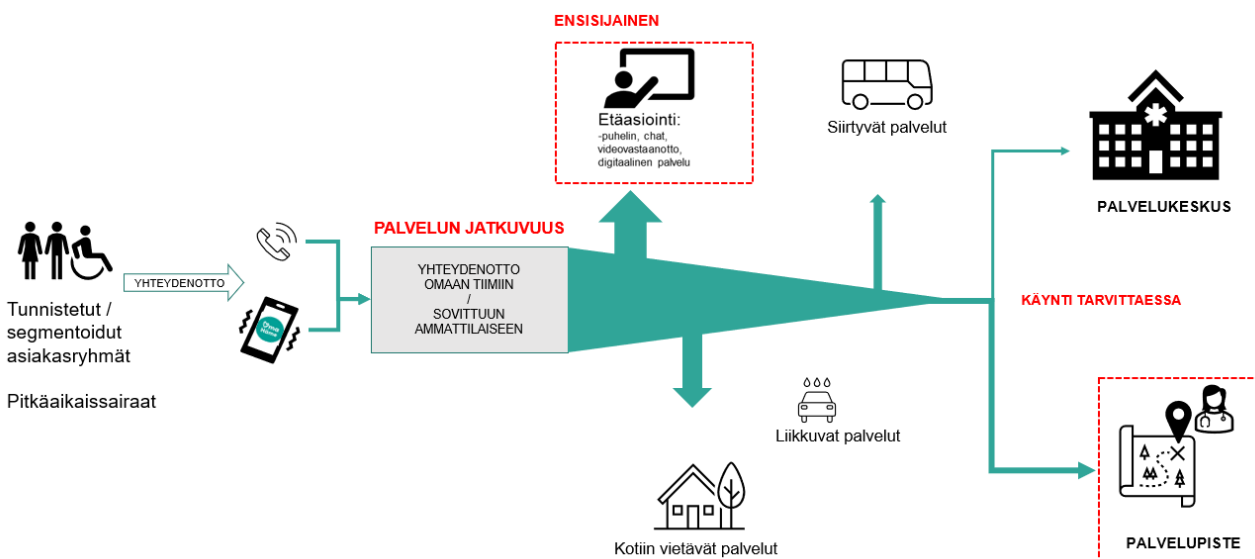
Kun todetaan tarve fyysiselle käynnille, asiakas ohjataan joko palvelukeskukseen tai palvelupisteeseen. Palvelukeskuksissa on tarjolla laajempi palveluvalikko sisältäen esimerkiksi laboratorio- ja kuvantamistutkimuksiin tarvittavan välineistön (kuva 14). Apuvälinepalvelun osalta huollot ja pesut laiteinvestointeineen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

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



Kuva 15. Satunnaisesti palveluja tarvitsevan asiakkaan palvelut.

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



Kuva 16. Tunnistettujen, palveluiden jatkuvuudesta hyötyvien asiakkaiden palvelut.

Ne tunnistetut asiakasryhmät, jotka erityisesti hyötyvät asiointinista oman nimetyn ammattilaisen (esim. omalääkäri, sosiaalityöntekijä tms.) kanssa, voidaan ohjata ottamaan yhteyttä suoraan

sovittuun ammattilaiseen. Muiden asiakkaiden hoidon tai palvelun tarve arvioidaan aina tapauskohtaisesti yhteydenoton aikana ja hänet ohjataan oikeaan palveluun.

8.3 Digipalveluiden kehittäminen

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

Sähköisen asioinnin lisääminen on välttämätöntä myös henkilöstön riittävyyden vuoksi lähivuosina.

Vuoden 2024 aikana on tarkoituksen laajentaa digitaalista sosiaali- ja terveystieteistä kuntoutus-, perhekeskus-, aikuissosiaalihoito-, mielenterveys- ja päihdepalveluilla. Nykyisen sairaanhoitaja- ja lääkäri- chatin palveluaikoja laajennetaan iltaan ja lauantai- päivään.

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

*Ammattilaiset arvioivat aina, voiko asian hoitaa etäyhteyksin

Kuva 17. Esimerkkejä Kanta-Hämeen digitaalisen sote-keskuksessa etänä hoidettavista asioista. Palveluita laajennetaan tulevaisuudessa.

8.4 Kotiin vietävien palveluiden kehittäminen

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

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

Organisaation näkökulmasta kotiin vietävät palvelut vähentävät merkittävästi työntekijöiden omien työpaikkojen tilatarvetta. Asiakasvastaanottoa tarjotaan edelleen erilaisten neuvottelujen ja palavereiden järjestämiseen, joihin voi osallistua isokin määrä ihmisiä.

8.5 Siirrettävien palveluiden kehittäminen

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

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

9 Toimialakohtaiset muutokset palveluverkossa

9.1 Ikäihmiset

Palveluverkkosuunnittelun määrittämissä periaatteet:

- **Ympäri vuorokautinen palveluasuminen**
 - Peittävyystavoitteet:
 - 6 prosenttia 2025 loppuun mennessä
 - Arvioidaan saadut kokemukset ympärivuorokautisen palveluasumisen peittävyysalennamisesta 6 prosenttiin, onko alennaminen edennyt suunnitellusti ja kompensoivia palveluja kyetty tarjotaan riittävästi. Arvion perusteella tehdään päätökset peittävyysalennamisesta.
 - Yhteisöllisen asumisen käyttöönotto (erilaiset asumisen vaihtoehdot)
 - Oman toiminnan ja ostopalveluiden tasapaino, järjestämistapojen vertailu.
 - Lyhytaikaisen asumisen kokoaminen määritettyihin yksiköihin.
- **Kotihoito**
 - Kotihoidon toimi- ja tukipisteet optimoidaan asiakaskunnan sijainnin näkökulmasta.
 - Hyvinvointitekniikka toimii osana kotihoidon palvelukokonaisuutta.

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

9.1.1 Muutosesitys: Ikäihmiset

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

Ikääntyneiden palveluiden osalta merkittävimmät rakenteelliset muutokset toteutuvat jo vuoden 2025 loppuun mennessä, johon mennessä ympärivuorokautisen palveluasumisen peittävyys tavoitteena on 6 prosenttia yli 75-vuotiaista.

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

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

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

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

Kuva 18: Ikäihmisten lyhyt- ja pitkäaikaisten ympärivuorokautisten paikkojen peittävyys suhteessa yli 75-vuotiaiden määrään -kehitys Kanta-Hämeen alueella vuoden 2023 aikana. Luku sisältää omat ja ostopalvelupaikat.

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

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

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

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

- Oma palvelutuotanto

- Hämeenlinnan seutu:
 - Hoivatuulen (LYP) toiminnan siirto Janakkalan Tapailakotiin tai Ilveskodin yhteyteen (3/24 päätösesitys)
 - Riihimäen seutu
 - Uranuskodin toiminnan siirto Riihikotiin. Riihikodista Lakun ja Eepoksen siirtyminen Riihimäen sairaalaan.
 - Koivumäen paikkojen vähennys
 - Toimelan (LYP) lakkautuminen
 - Forssan seutu
 - Amerikan (LYP) lakkauttaminen

- Yksityisiä
 - Hämeenlinnan ja Riihimäen seutu

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

- Oma palvelutuotanto
 - Riihimäen seutu
 - Helmikodin toiminnan lakkauttaminen
 - Uuden Eedilän avautuminen
 - Hämeenlinnan seutu
 - Kuntotuulian lakkautuminen tai Ilveskoti muutokset (voi aikaistua)
 - Forssan seutu
 - Onnela yksikön lakkautuminen
 - Yksityisiä:
 - Hämeenlinnan ja Riihimäen seutu

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

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

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

Perusteluja

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

Kanta-Hämeen alueella ikääntyminen on tulevana vuosina maan keskitasoa voimakkaampaa. Ikäihmisten palveluverkkomuutoksilla pyritään turvaamaan alueen ikäihmisille riittävät ja tarpeenmukaiset palvelut. Muutoksilla turvataan myös henkilöstön riittävyyttä sekä hillitään hyvinvointialueen kustannuskehitystä.

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

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

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

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

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

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

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

9.2 Perhe-, sosiaali- ja vammaispalvelut

Palveluverkkosuunnittelun määrittäisperiaatteet:

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

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

9.2.1 Muutosesitys: Perhe-, sosiaali- ja vammaispalvelut

Palvelukeskukset

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

Osana hyvinvointialuetasosta yhteistyötä valmistellaan ns. ensikontaktin sisältöjä ja sijoittumista. Tavoitteena on vähentää kysyntää vahvistamalla itsehoitoa, kolmannen sektorin palveluiden käyttöä ja samalla huolehtia asiakkaan ohjautumisesta eteenpäin palveluketjussa. On tärkeä saada aikaan malleja, jotka eivät ole sidoksissa paikkaan, vaan työ tapahtuu digitaalisesti ja verkossa.

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

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

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

Palvelupisteet

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

Palvelupisteitä esitetään seuraavissa sijainneissa vuonna 2027:

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

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

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

Etävastaanottotoimintaa ollaan lisäämässä ja siihen tarvittavia tiloja suunnitellaan muiden palvelupisteiden yhteyteen.

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

Palvelukeskukset ja palvelupisteet

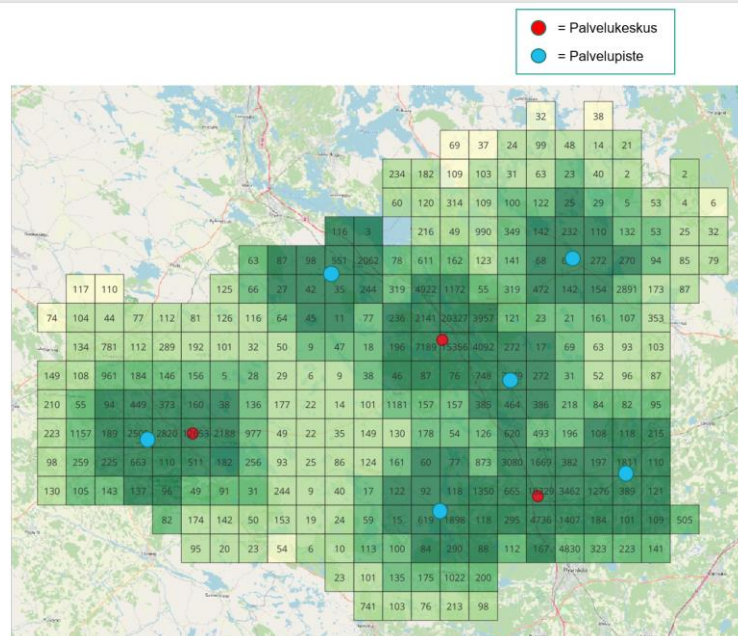
Asukasmäärä eri etäisyysvyöhykkeillä

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

Yhteensä: 178 200*

Lähde: Tilastokeskus

* Kartalla näkyvien ruutujen asukkaiden summa. HVA:n ulkorajat leikkaavat osaa uloimmista ruuduista, jonka vuoksi ruutujen asukaslukumäärän summa on HVA:n asukaslukua korkeampi



Kuva 19: Palveluverkkosuunnitelmassa esitetyt perhe-, sosiaali-, ja vammaispalveluiden palvelukeskukset ja palvelupisteet.

Perhekeskuspalvelut

Perhekeskuksen osalta palvelukeskukset toimivat seuraavissa sijainneissa vuonna 2027:

- Hämeenlinna
- Forssa
- Riihimäki

Perhekeskustoiminnan palvelupisteitä esitetään olevan seuraavissa sijainneissa vuonna 2027:

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

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

Neuvolatoiminta

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

Hattulan alueen neuvolan tilatarpeet ja muutokset suunnitellaan yhdessä Hattulan alueen terveyskeskustoiminnan kanssa.

Sosiaalisen tuen palvelut

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

Perheoikeudellinen yksikkö sijoitetaan Hämeenlinnan palvelukeskukseen.

Koulu- ja opiskeluterveydenhuolto

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

Lastensuojelu

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

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

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

Sosiaalipalvelut

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

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

Vammaispalvelut

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

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

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

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

Vaativan asumispalvelun yksikölle kartoitetaan tiloja palveluverkkomuutosten kautta vapautuvista tiloista. Yksi mahdollisuus ovat Ilveskodista vapautuvat tilat, joiden tulevasta käytöstä käynnistyy suunnittelu ikäihmisten palveluiden kanssa. Vammaispalveluista sinne olisi mahdollista sijoittaa uusi, vaativan asumispalvelun yksikkö, jolla korvataan ostopalvelua sekä päivätoimintaa. Lisäksi Ilveskotiin olisi mahdollista sijoittaa joitain huonokuntoisia yksiköitä, kuten Hämeenlinnan Parolantie 40:n kaksi asumisyksikköä.

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

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

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

Hausjärven kunnantalon tiloista luovutaan, kun löydetään korvaavat toimistotilat seudullisesti.

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

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

Perustelut

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

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

Lastensuojelupalvelut ovat vammaispalveluiden ohella Pesovan toimialan kalleimpia palveluita. Omia lastensuojeluyksiköitä on alueella kolme. Kustannuksia on pyrittävä hillitsemään, muun muassa suuntaamalla laitoshoidosta enemmän perhehoitoon. Laitospalveluita tulisi saada kevyemmälle tasolle. Kalleimmat sijoitukset kustantavat noin 30 000 euroa kuussa.

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

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

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

9.3 Terveyspalvelut

Kanta-Hämeen hyvinvointialueen aluevaltuusto päätti terveyspalveluiden määrittämisperiaatteet 19.12.2023.

Palveluverkkosuunnittelun määrittämisperiaatteet:

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

Määrittämisperiaatteet ohjaavat palveluverkkoon tehtäviä muutoksia. Määrittämisperiaatteiden lisäksi huomioidaan myös annetut lausunnot ja väestökyselyn tulokset.

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

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

Palvelukeskukset ja palvelupisteet

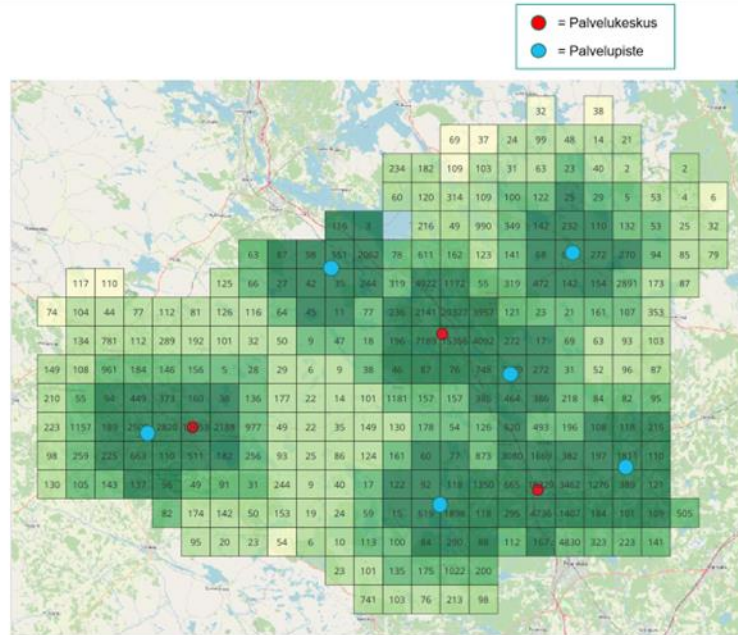
Asukasmäärä eri etäisyysvyöhykkeillä

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

Yhteensä: 178 200*

Lähde: Tilastokeskus

* Kartalla näkyvien ruutujen asukkaiden summa. HVA:n ulkorajat leikkaavat osaa uloimmista ruuduista, jonka vuoksi ruutujen asukaslukumäärän summa on HVA:n asukaslukua korkeampi



Kuva 20. Palveluverkkosuunnitelmassa esitetyt terveysterveysten palvelukeskukset ja palvelupisteet.

9.3.1 Muutosesitys: Terveysterveysten avopalvelut

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

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

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

Palvelukeskukset: Hämeenlinna, Riihimäki ja Forssa.

Palvelupisteet/vuonna 2027: Tuulos (Lammi-Hauho), Iittala, Turenki, Jokioinen, Loppi, Hausjärvi

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

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

Terveydenhuollon kiirevastaanottotoiminta kootaan pääosin palvelukeskuksien yhteyteen ja ympärivuorokautinen perusterveydenhuollon päivystys toteutetaan keskussairaalassa.

Kaikki kontaktit ammattiryhmittäin vuonna 2023

Terveysasema	Kaikki kontaktit yhteensä v.2023	Kontaktit Hoitajat	Kontaktit Lääkärit	Kontaktit Terapeutit ja avustava henk.	Käynnit* Hoitajat	Käynnit* Lääkärit	Käynnit* Terapeutit ja muut
Forssa	77 102	51 026	28 807		14 941	11 126	
Hattula	28 806	28 653	183		2 394	65	
Hauho	18 140	9 990	8 101	495	2 411	2 562	349
Humppila	7 624	7 282	584		1 823	247	
Idänpää	36 015	22 634	12 951	433	2 554	5 937	312
Jokioinen	19 687	12 094	8 577		3 090	3 552	
Jukola	58 603	36 956	22 090	1 072	5 632	6 766	695
Kalvola	17 847	8 956	8 450	719	2 502	4 013	304
Lammi	34 861	21 819	12 991	925	6 789	4 784	471
Loppi	15 473	11 968	3 739		2 782	1 194	
Oitti	11 762	8 426	3 530		1 398	1 172	
Ojoinen	24 651	14 241	9 904	530	3 463	2 426	369
Parola	24 225	3 957	20 540		2 700	5 470	
Renko	16 165	9 018	7 090	438	1 461	1 740	226
Riihimäki	220 680	138 499	86 832	1 119	34 320	36 519	684
Tammela	28 246	18 334	10 008		3 501	3 003	
Tervakoski	23 851	17 987	6 803	24	3 081	3 153	16
Turenki	62 812	45 085	19 799	51	6 990	11 290	34
Viipurintie	172 479	111 007	64 043	5 260	19 160	16 530	1 902
Ypäjä	9 183	6 741	2 607		1 790	2 210	
Kaikki yhteensä	908 210	584 673	337 629	11 066	122 780	123 759	5 362

* Käynnit sisältyvät kontakteihin

Kuva 21: Terveysasemien kontaktit ja käynnit ammattiryhmittäin vuonna 2023. Eriteltynä käyntien osuus kontakteista (taulukosta on poistettu rokotuskäynnit, 30000 käyntiä)

Hämeenlinnan seutu

Hämeenlinnan seudulla palvelukeskus esitetään sijoitettavaksi Ahvenistonmäelle keskussairaalan nykyisiin tiloihin, jotka vapautuvat syksyllä 2026. Palvelukeskuksessa tuotettaisiin pääosa seudun sosiaali- ja terveyshuollon palveluista.

Tuuloksen (Lammi-Hauho), Iittalan ja Turengin palvelupisteissä tuotetaan sosiaali- ja terveydenhuollon palveluita määritetyille asiakassegmenteille (hoidon ja palvelun jatkuvuus).

Ahvenistonmäen palvelukeskukseen kootaan Hämeenlinnan kantakaupungin (Viipurintie, Jukola, Ojoinen, Idänpää) ja Rengon terveysasemien toiminnot. Parolan terveysaseman siirtoa arvioidaan, kun ulkoistetun palvelun sopimuskausi päättyy.

Tervakosken palvelut jakaantuvat Hämeenlinnan ja Riihimäen seudun palvelukeskuksiin ja Turengin palvelupisteeseen.

Riihimäen seutu

Riihimäen seudulla palveluverkkomuutokset jakaantuvat kahteen vaiheeseen. Ensimmäisessä vaiheessa palveluita kootaan esisijaisesti Riihimäen sairaalaan ja toissijaisesti Riihimäen pääterveysasemalle. Riihimäen sairaalan profiilia muutetaan palvelukeskukseksi, jossa tuotetaan laajasti sosiaali- ja terveydenhuollon palveluita. Toisessa vaiheessa palvelut kootaan uuteen palvelukeskukseen (RMK sotekeskus), jonka arvioidaan valmistuvan vuonna 2029.

Hausjärven ja Lopen palvelupisteissä tuotetaan sosiaali- ja terveydenhuollon palveluita määritetyille asiakasryhmille (hoidon ja palvelun jatkuvuus).

Forssan seutu

Forssan seudun palvelukeskus esitetään sijoitettavaksi Forssan sairaalan kampusalueelle, jossa tuotetaan pääosa Forssan seudun sosiaali- ja terveyspalveluista. Palvelupistettä esitetään sijoitettavaksi Jokioisille, jossa tuotetaan skaalattuja sosiaali- ja terveydenhuollon palveluita määritetyille Ypäjän, Humppilan ja Jokioisten kuntien asiakasryhmille (hoidon ja palvelun jatkuvuus). Tammelan kunnan avoterveydenhuollon palvelut tuotetaan Forssan palvelukeskuksessa.

Perustelut:

Perusterveydenhuollon avopalveluiden muutosten tavoitteena on muuttaa palvelurakennetta niin, että palvelut voidaan turvata erityisesti monisairaille ja paljon palveluita käyttäville asiakkaille. Rakennemuutoksen tavoitteena on myös ohjata asiakkaita uusiin palvelukanaviin ja laskea palveluiden kokonaiskustannuksia. Esitettyjen muutosten vaikutukset kohdistuvat pääosin kiireellistä ja satunnaista palvelua tarvitseviin asiakkaisiin, joiden palveluiden tuottamispiste siirtyy palvelukeskuksiin ja sähköisiin kautta digitaalisiin palvelukanaviin.

Palveluverkon muutokset vähentävät toimipisteiden määrää maltillisesti, eikä etäisyydet kriittisten asiakasryhmien osalta kasva pitkiksi (kuva 9). Palvelupisteissä hyödynnetään jo käytössä olevia parhaita käytäntöjä alueella.

Merkittävin muutos koskee Hämeenlinnan seutua, jossa kantakaupungin palveluita esitetään koottavaksi Ahvenistonmäelle hyvinvointialueen omistamiin tiloihin määräysperiaatteiden mukaisesti. Ahvenistonmäen osalta on tehtävä investointeja käyttöiän jatkamiseksi, mutta investointitarve on maltillinen. Ahvenistonmäen jatkokäyttö on läpileikkaava muutosesitys, jolla on vaikutuksia kaikille toimialoille.

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

9.3.2 Muutosesitys: Perusterveydenhuollon Sairaalapalvelut

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

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

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

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

Perustelut:

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

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

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

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

9.3.3 Muutosesitys: Diagnostiset palvelut

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

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

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

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

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

Perustelut:

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

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

Laboratoriotoiminnan kokoaminen korkeamman volyymin yksiköihin puolestaan laskee kustannuksia.

9.3.4 Muutosesitys: Erikoissairaanhoidon palvelut

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

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

Perustelut:

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

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

9.3.5 Muutosesitys: Mielenterveys- ja päihdepalvelut

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

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

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

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

Alkoholi- ja huumeriippuvaisille tarkoitettu 8-paikkainen katkaisu- ja vierotusosasto sijaitsee Viipurintien kiinteistössä. Korvaushoidossa hoidetaan huumeriippuvaisia ja jaetaan muun muassa päivittäisiä korvaushoitoannoksia. Hämeenlinnassa korvaushoidolle on vuokrattu tilat Lukiokadulta. Edellä mainituissa yksiköissä asioidaan selvin päin.

Lisäksi on avattu uusi Päivätupa, joka sijaitsee vuokratiloissa Matti Alangon kadulla Hämeenlinnassa. Tässä päiväkeskuksessa voi asioida päihtyneenä ja siellä voi käydä lepäämässä ja huoltamassa itseään (suihku, pyykkikone, ruokailu, sos.tt palvelut jne). Lisäksi esitetään, että myös edellä mainituille päihdehoidon yksiköille osoitetaan tilat Ahvenistonmäeltä.

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

Perustelut:

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

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

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

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

9.3.6 Muutosesitys: Kuntoutuspalvelut

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

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

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

Perustelut

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

9.3.7 Muutosesitys: Suun terveydenhuolto

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

Palvelukeskukset muodostuvat useista tiimeistä, jotka vastaavat erikseen määritetystä palvelukokonaisuudesta. Samaan aikaan palveluverkon muutosten kanssa suun terveydenhuollon palvelua kehitetään aktiivisesti siten, että asiakkaille tuotetaan palvelua kerralla enemmän-ajattelumallin mukaisesti (Kerralla kuntoon -toimintamalli toimii vain rajatulle asiakasryhmälle suun terveydenhuollossa). Tällä tavalla minimoidaan haittoja siitä, että kiinteää lähipalvelua ei ole nykyisessä laajuudessaan saatavilla. Lisäksi suun terveydenhuollossa kiinteiden palvelukeskusten rinnalle tuodaan siirrettävillä palvelupisteillä lähipalvelua vastaamaan erityisesti kouluterveydenhuollon tarpeisiin. Palvelupisteinä toimivien siirrettävien hammasyksiköiden toiminta laajenee vaiheittain vuosien 2024–2026 aikana.

Perustelut:

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

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

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

9.4 Pelastustoimi

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

Hämeenlinnan paloaseman tontilla sijaitsevasta entisestä hätäkeskuksen kiinteistöstä voidaan toimintojen ja talotekniikan uudelleen järjestelyjen jälkeen tarvittaessa luopua. Ensisijaisesti kuitenkin kiinteistön käyttöä tulee tehostaa huomioiden kaikkien toimialojen tarpeet. Myös muiden paloasemien yhteiskäyttöä kaikkien toimialojen palveluiden tukemiseksi selvitetään.

Joidenkin paloasemien yhdistämistä selvitetään, tällainen alustava arviointi on tehty Hausjärvellä (Oitti ja Hikiä).

Perustelut:

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

9.5 Konserni- ja tukipalvelut / strategia- ja integraatio

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

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

Perustelut:

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

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

10 Muutosesitysten kustannusvaikutukset 2026–2030

Palveluverkkosuunnitelmassa esitettyjen muutosten täysimääräinen vaikutus hyvinvointialueen talouteen ja palveluverkkoon toteutuu vaiheittain. Toimenpiteiden toteuttamista vaiheistaa vuokra-asetus, joka sitoo hyvinvointialueen maksamaan pääoma- ja ylläpitovuokraa alueen kunnille vuoden

2025 loppuun asti. Vuokra-asetus koskee vain kunnilta tai kuntayhtymiltä vuokrattuja tiloja, joten toimenpiteitä palvelurakenteen muutosten osalta voidaan tehdä nopeammalla aikataululla yksityisiltä toimijoilta vuokrattujen tilojen osalta.

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

10.1 Palvelukeskus ja palvelupiste -toimintamalli

Palvelukeskus ja palvelupiste -toimintamallin käyttöönotto tarkoittaa huomattavia muutoksia erityisesti terveydenhuollon toimialalle. Toimintamallin muutoksella on heijasteita myös perhe-, sosiaali- ja vammaispalveluiden toimialalle.

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

Palveluverkon ja -rakenteen kustannusvaikutukset täsmentyvät, kun kuntien kanssa käydään läpi tilojen muutostarpeet ja toimintojen mahdollinen uudelleensijoittaminen muihin yksiköihin. Irtisanottavat vuokrasopimukset täsmentyvät vuokraneuvotteluiden jälkeen.

Perhe-, sosiaali- ja vammaispalveluiden toiminnan kokoaminen palvelukeskuksiin ja palvelupisteisiin tuo kustannussäästöjä, jotka pystytään alustavasti arvioimaan. Toimialalla on käytössä paljon pieniä tiloja ja osa-vuokrakohteita eri puolella aluetta. Merkittävimmät hyödyt syntyvät, kun sosiaali- ja terveysterveysten palveluiden toiminnat kootaan samoihin tiloihin ja toiminnallista integraatiota voidaan syventää. Muutoksista syntyy myös välillisiä säästöjä, joita ei tässä vaiheessa vielä pystytä tarkasti arvioimaan.

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

- Tilojen käyttöä jatkaminen, alaskirjauksen välttäminen
- Poisto-ohjelman päivittäminen
- Vuokrakustannukset
- Palveluiden integraatio

10.2 Ikäihmisten palvelut

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

Ikäihmisten palveluiden muutokset kohdistuvat neljään päätekijään:

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

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

10.3 Muut toimet

Vammaispalveluiden kustannussäästöt syntyvät toiminnan kokoamisesta kokonaistaloudellisesti järkevämpiin yksiköihin ja ulkopuolisten ostojen kotiuttamisesta. Yksikkömuutokset ja uuden yksikön sijoittaminen vaatii jatkovalmistelua, joten tässä vaiheessa ei pystytä tarkasti määrittämään syntyviä kustannussäästöjä. Kustannussäästöt on osittain kuvattu jo tasapainottamisohjelmassa 1.

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

Hallinnon toiminnan kokoaminen omiin tiloihin tuo myös suoria kustannussäästöjä. Pääosa säästöistä syntyy, kun vuokra-asetuksen mukaiset muutosrajoitteet poistuvat.

Toimitiloihin tehtävillä muutosesityksillä pyritään myös siirtämään toimintoja kustannustehokkaampiin ja parempikuntoisiin toimitiloihin. Muutoksia tehdään yli toimialarajojen, joten muutoksissa on huomioitava kokonaisvaikutus, ei yksittäisen palvelun siirtoa. Toimintoja voi siirtyä myös uusista tiloista kokonaistaloudellisesti järkevimpiin tiloihin. Lisäksi vuokratiloissa olevaa toimintaa voidaan keskittää samoihin yksiköihin. Siirtojen osalta ei ole laskettu kustannussäästöjä tässä vaiheessa, vaan lähtökohtana on toiminnan kannalta parempikuntoiset tilat

10.4 Arvioidut kustannusvaikutukset

Palveluverkkomuutoksen arvioidut kustannussäästöt (täsmentyy 3/24 päätöksentekoon):

Alustavat tuloslaskelma vaikutukset, kumulatiivinen(m€)							
	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030
Poisto-ohjelma muutos (arvio)	5	10	15	20	25	30	35
Ahveniston alaskirjaus, ei toteudu (arvio)				25			
Toiminnan siirto Ahvenisto (vuokramuutos)				10	20	30	40
Muut siirtyvät toiminnot (vuokramuutos)		1	2,5	5	7,5	10	12,5
RMK sotekeskus						2	4
Ikäihmiset (kalliit yksiköt)			1,6	3,2	4,8	6,4	8
Peittävyys (vuokramuutos)	0,45	1,6	2,75	3,9	5,1	6,2	7,35
Peittävyys / yhteisöllinen asuminen (2026 ->)			3,7	6,0	6,8	6,2	4,5
Yhteensä	5,5	12,6	25,6	73,1	69,2	90,8	111,3

Kuva 22: Alustavat tuloslaskelma vaikutukset

Peittävyyden kustannussäästöt vuosien 2024–2025 osalta on huomioitu tasapainottamisohjelma 1:ssä.

10.5 Investoinnit: Muutosesitys

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

Muutosesitysten merkittävin investointi kohdistuu Ahvenistonmäen toimitilojen elinkaaren jatkamiseen noin 15 vuodella ja toimitilamuutoksiin. Ahvenistonmäen investoinnit kohdistuvat seuraaviin osakokonaisuuksiin

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

Investoinnit esitetään toteutettavaksi kahdessa vaiheessa. Ensimmäisessä vaiheessa on tarkoitus toteuttaa investoinnit, joilla toiminnan siirto voidaan toteuttaa joustavasti. Toisessa vaiheessa toteutetaan laajempia korjauksia, jotka täsmentyvät jatkovalmistelun aikana.

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

Ahvenistonmäen investointitarpeita on arvioitu siirtyvän toiminnan näkökulmasta, ei nykyisen toiminnan näkökulmasta. Investointitarpeet ovat merkittävästi alhaisemmat, kun lähtökohtana ei ole

erikoissairaanhoidon toiminnallistekniset vaatimukset. (leikkaustoiminta, tehohoito, raskas kuvantaminen, vuodeosasto ym.)

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

(*) Tyhjeneissä tiloissa on mukaan laskettu myös käytävät ja tekniset tilat

Kuva 23: Ahvenistonmäen toimitilojen kunto ja investointikustannukset

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

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

Aluevaltuuston hyväksymässä investointisuunnitelmassa on investointeja vastaaviksi sopimuksiksi (vuokrakohteiden investoinnit) kirjattu yhteen 37,9 miljoonaa euroa vuosille 2024–2027. Rakennuksiin kohdistuvia investointeja on kirjattu 26,9 miljoonaa euroa. Palveluverkkopäätösten jälkeen investointisuunnitelma on päivitettävä ja siitä on tuotava päätösesitys aluevaltuustolle vuoden 2024 aikana.

11 Vaikutusten arviointi, palveluverkkosuunnitelma 2026–2030

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

Palveluverkkosuunnitelman ennakkovaikutusten arviointi tehdään lautakunnissa 14.2 – 23.2.2024 aikana.

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

1. Asukkaisiin kohdistuvat vaikutukset
2. Henkilöstön saatavuus
3. Kustannuskasvun hillintä
4. Hyvinvointialue uudistuksen valtakunnallisia tavoitteita ja hyvinvointialueen strategia

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

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

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

Näkökulma vaikutusten arvioinnille	Vaihtoehto 1 Toiminta jatkuu nykyisellä palveluverkolla ja palvelurakenteella	Vaihtoehto 2 Palveluverkon muutosesitys (sisältäen sekä yleiset että toimialakohtaiset määrittäysperusteet ja muutosesitykset)
Asukkaisiin kohdistuvat vaikutukset		
Henkilöstön saatavuus		
Kustannuskasvun hillintä		-
Hyvinvointialue uudistuksen valtakunnalliset tavoitteet ja hyvinvointialueen strategia		

Kuva 24. Ennakkovaikutusten arviointilomake

12 Palveluverkkosuunnitelma, visio 2030–2040

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

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

13 Johtopäätökset

Kappale kirjoitetaan lausuntokierroksen jälkeen.