

Keski- **SOTE**
Uudenmaan

**KESKI-UUDENMAAN SOSIAALI- JA
TERVEYDENHUOLLON JÄRJESTÄMISSUUNNITELMA
2018 - 2022**

7.12.2017

SISÄLLYSLUETTELO

1	Johdanto.....	4
1.1	Katsaus Hyvinkään sairaanhoitoalueen terveydenhuollon järjestämissuunnitelman 2013 - 2016 tavoitteisiin ja täytäntöönpanoon	4
1.2	Järjestämissuunnitelman lähtökohdat ja rooli Keski – Uudenmaan sosiaali- ja terveyspalvelujen kehittämisessä SOTE-uudistusta vasten 2018 - 2022	5
1.3	Keski-Uudenmaan sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämissuunnitelman tarkoitus...	6
2	Alueen väestörakenne ja väestön hyvinvointi	6
2.1	Väestörakenne ja väestön hyvinvointi indikaattorit	6
2.2	Hyvinvointi tavoitteet	8
3	Järjestämissuunnitelman painopistealueet ja niihin liittyvät toimenpiteet 2018 – 2022.....	8
3.1	Hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen	8
3.2	Mielenterveys-, päihde- ja aikuisten sosiaalipalvelut	9
3.3	Ikäihmisten palvelut	11
3.4	Lasten, nuorten ja perheiden palvelut	14
3.5	Terveyspalvelut ja sairaanhoito.....	16
3.5.1	Akuuttihoito.....	16
3.5.2	Muut terveys- ja sairaanhoitopalvelut.....	30
3.6	Vammaispalvelut ja kehitysvammahuolto.....	30
3.7	Kuntoutus palvelut	32
3.7.1	Lääkinnällinen kuntoutus	32
3.7.2	Ikääntyneiden kotikuntoutus.....	36
3.8	Muut yhdyspinta hankkeet	37
3.8.1	Valinnanvapaus	37
3.8.2	I & O –kärkihanke	39
3.8.3	Lapsi- ja perhepalvelujen muutosohjelma (LAPE).....	39
3.9	Muut yhteisen sopimisen painopistealueet.....	41
3.9.1	Yhteiseen tietojärjestelmään (Apotti) valmistautuminen	41
3.9.2	Sähköiset palvelut.....	42
3.9.3	Muut tukipalvelut.....	43
3.9.4	Koulutusyhteistyö ja osaavan henkilöstön saatavuuden turvaaminen	44
3.9.5	Asiakas- ja potilasturvallisuus ja laadunhallinta.....	46
3.9.6	Kehittäminen ja tutkimus.....	47
4	Alueelliset yhteistyön rakenteet	48
4.1	Keski-Uudenmaan sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämissuunnitelman seurannan ja päivityksen vastuut.....	48
5	Liitteet	50
	Liite 1 Hyvinvointi-indikaattorit 2016	50
	Liite 2 Väestömäärät (2016) ja ennusteet yli 65-vuotiaiden %-osuuksista väestöstä	52
	Liite 3 Keski-Uudenmaan, Uudenmaan ja koko maan mielenterveyttä kuvaavia indikaattoreita Sotkanetistä vuosilta 2010 – 2016	53
	Liite 4 Mielenterveys- ja päihdehoitojen palvelujärjestelmän rakenne Keski-Uusimaalla.....	57
	Liite 5 STM:n laatusuosituksen mittarit ja peittävyysuositukset alueen kunnissa	58
	Liite 6 Ensihoitopalvelun tehtävämäärät.....	59
	Liite 7 KU-sote; sairaansijat, hoitopäivät, hoitajaksot, keskimääräinen hoitoaika ja kuormitus v. 2015....	60
	Liite 8 KU-sote-alueen terveyskeskussairaanajat ja henkilöstömäärät 2015.....	61
	Liite 9 Kotisairaala ja kotiin vietävät palvelut; Palvelukuvaukset	62

1 Johdanto

1.1 Katsaus Hyvinkään sairaanhoitoalueen terveydenhuollon järjestämissuunnitelman 2013 - 2016 tavoitteisiin ja täytäntöönpanoon

Hyvinkään sairaanhoitoalueen kunnat laativat yhdessä alueen erikoissairaanhoidon kanssa ensimmäisen terveydenhuoltopalvelujen järjestämissuunnitelman vuosille 2013 - 2016. Suunnitelma hyväksyttiin kuntien valtuustoissa terveydenhuolto- palvelujen alueelliseksi kehittämispohjaksi, ja HUS:n valtuustossa osana sairaanhoitopiirin järjestämissuunnitelmaa.

Alueen järjestämissuunnitelmassa ilmaistiin yhteinen tahtotila kehittää terveydenhuollon palvelujärjestelmää alueellisena kokonaisuutena, pyrkimyksenä yhdenmukaistaa kuntien toimintoja ja hävittää perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon rajapintaa tiivistämällä yhteistyötä vapaaehtoisuuspohjalla kuntakohtaisin päätöksiin.

Erityinen painopiste suunnitelmakaudella oli akuuttihoidon kehittäminen. Suunnitelman mukaisesti kuntien oman päivystyksen aukioloa on supistettu. Hyvinkää ja Tuusula ovat luopuneet päivystyksestä kokonaan ja muut kunnat ovat supistaneet päivystystensä aukioloaikoja.

Mielenterveystyössä on suunnitellusti vähennetty laitoshoidon määrä 0,4 sairaansijaan / 1000 asukasta. Avohoitoon on kohdennettu merkittävästi lisäresursseja, perustettu muun muassa 24/7 liikkuva työryhmä. Hyvinkään kaupungin psykiatrinen erikoissairaanhoido on liitetty sairaanhoitoalueen psykiatriaan.

Vaativaa kuntoutusta on lisääntyvästi keskitetty Kiljavalle, avokuntoutuskäytäntöjä on yhdenmukaistettu ja apuvälineiden myöntämisperusteet yhdenmukaistettu osana Erva-tasoista hanketta. Alueellinen apuvälineyksikkö käynnistyy 2018 aikana ensin Hyvinkään kaupungin kanssa.

Alueellista palvelujen johtamisjärjestelmää on kehitetty yhä tiiviimmäksi vuonna 2015 käynnistyneen Keski-Uudenmaan sote-hankeen myötä. Tässä vaiheessa yhteistyöhön on tullut mukaan myös Pornaisten kunta. Kuntakohtaisin päätöksiin edennyt yhteistyön tiivistyminen on johtanut kuntien yhteisen sote-kuntayhtymän perustamiseen kesäkuussa 2017. Perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhteistyö on entisestään tiivistynyt ja mukaan on tullut lisääntyvästi myös sosiaali- ja terveyspalveluita. Alueen erikoissairaanhoido on aktiivisena osapuolena mukana alueellisen sosiaali- ja terveydenhuollon tiivistävässä integraatiotyössä.

1.2 Järjestämissuunnitelman lähtökohdat ja rooli Keski – Uudenmaan sosiaali- ja terveystalvvelujen kehittämissessä SOTE-uudistusta varten 2018 - 2022

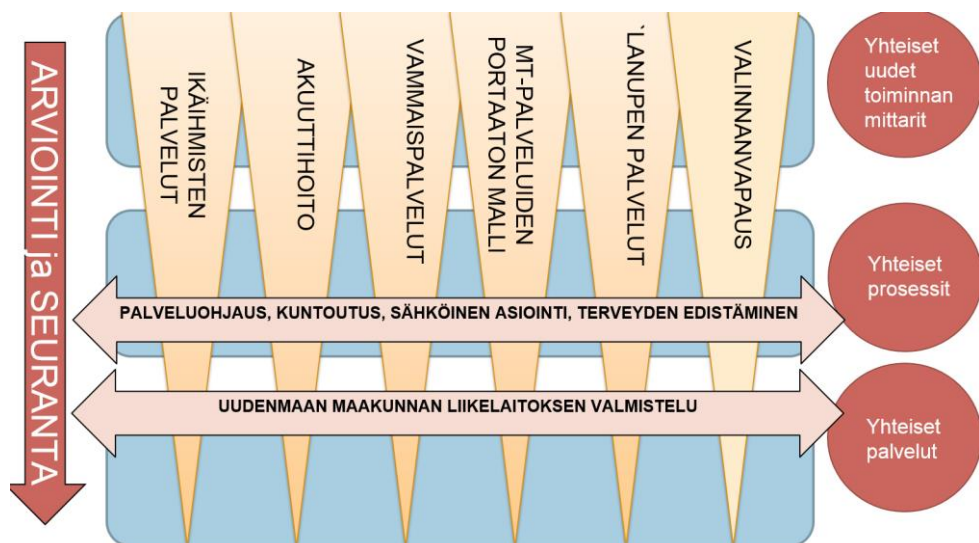
Keski-Uudellamaalla on tehty pitkäjänteistä valmistelua alueellisen sosiaali- ja terveystalvveluiden kehittämissäksä alueen kuntien ja HUS/Hyvinkään sairaanhoitoalueen toimesta. Keski-Uudenmaan kunnista Hyvinkään ja Järvenpään kaupungit sekä Mäntsälän, Nurmijärven Pornaisten ja Tuusulan kunnat ovat vuosina 2015-17 kehittäneet yhteistyössä Hyvinkään sairaanhoitoalueen ja Eteva-kuntayhtymän kanssa Keski-Uudenmaan alueellisen sosiaali- ja terveystalvveluiden ohjausmallin. Sen tavoitteena on nykyistä asiakaslähtöisempi sosiaali- ja terveystalvvelujen alueellinen kokonaisuus, jossa toimintojen ja organisaatioiden yhdyspinta ei näy asiakkaalle ja perustalvvelut saadaan yhden luukun periaatteella. Alueellisesti yhtenäisellä mallilla ja toimijoiden hyvällä yhteistyöllä saadaan aikaan niin toiminnallisia kuin taloudellisia hyötyjä ja myös talvvelujen saatavuuden ja laadun parantamista.

Asiakkuuteen perustuen Keski-Uudellamaalla on muodostettu eri talvvelukokonaisuuksiin talvveluryhmiä seuraavasti:

1. Lasten-, nuorten ja perheiden talvvelut
2. Ikäihmistien talvvelut
3. Aikuisten mielenterveys-, päihde-, ja sosiaalitilvvelut
4. Vammaistalvvelut ja kehitysvammahuolto
5. Terveystalvvelut ja sairaanhoito

Edellä mainituilla ryhmillä on poliittisesti vahvistettuja kärkihankkeita, jotka on esitetty kuvassa 1.

Kuva 1. Keski-Uudenmaan soten kärkihankkeet



Lisäksi suunnittelussa ovat mukana tukipalveluryhmät (hallinto-, henkilöstö-, ICT-, talous-, viestintä- ja infraryhmät) sekä jäsenkuntien sote-johtajat, kuntajohtajat ja sairaanhoitopiirin johtaja. Ryhmillä on tarvittavia alatyöryhmiä. Henkilöstön edustus on mukana kaikissa ryhmissä.

Keski-Uudenmaan alueellisen sosiaali- ja terveystalouden ohjausmallin täytäntöön panemiseksi edellä mainitut kunnat ovat perustaneet vapaaehtoisen Keski-Uudenmaan sote-kuntayhtymän 21.6.2017.

Kuntayhtymän perustamiseen liittyy myös vireillä oleva maakunta- ja sote-uudistus ja sen myötä uudistettavat sosiaali- ja terveydenhuollon rakenteet, palvelut ja rahoitus. Keski-Uudenmaan sote-malli edesauttaa valtakunnallisen rakennemuutoksen tavoitteiden toteuttamista sopimuskuntien alueella. Yhteisen valmistelun ja toteuttamisen avulla edistetään rakennemuutoksen sujuvaa toimeenpanoa alueen väestön tarpeet huomioiden. Tarkoituksena on myös, että Keski-Uudenmaan sote-kuntayhtymämalli voi toimia alueyksikön prototyypihankkeena Uudenmaan maakunnan soten vuoden 2020 alusta käyttöön tulevan toimintamallin rakentamisessa.

Kuntayhtymän ja jäsenkuntien välisessä järjestämis- ja palvelutuotosopimuksessa sovitaan siitä, miten kuntayhtymä hoitaa perussopimuksensa mukaiset tehtävät yhteistyössä jäsenkuntiensa kanssa.

1.3 Keski-Uudenmaan sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämissuunnitelman tarkoitus

Keski-Uudenmaan sote-mallissa kuntayhtymä ohjaa ja koordinoi kunnissa tapahtuvaa palvelutuotantoa. Ohjaamisen välineinä ovat alueellinen sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämissuunnitelma sekä vuosittainen toiminnan ja talouden suunnitelma. Järjestämissuunnitelmassa kuvataan alueen sote-palveluitten nykytila, kehittämisen tavoitteet ja toimenpiteet vuosille 2018-2022. Tavoitteiden asetannassa on pyritty soveltuvilta osin painottamaan STM:n määrittelemiä sote-muutoksen kulmakiviä: 1) palveluiden yhteensovittaminen tarpeiden mukaisiksi kokonaisuuksiksi 2) sähköisten palvelujen hyödyntäminen 3) valinnanvapauden lisääntyminen ja 4) kustannusten kasvun hillitseminen.

2 Alueen väestörakenne ja väestön hyvinvointi

2.1 Väestörakenne ja väestön hyvinvointi - indikaattorit

[Terveystalouden järjestämissuunnitelmaa koskevan valtioneuvoston asetuksen \(337 / 20011 / 2 §\)](#) mukaan terveydenhuollon järjestämissuunnitelman ja erikoissairaanhoidon järjestämissopimuksen laatimisessa on otettava huomioon kuntien hyvinvointikertomuksen tietoja sekä muita käytettävissä olevia tietoja alueen väestön terveydestä ja hyvinvoinnista, palvelutarpeesta sekä palvelujen toteutumisesta, laadusta ja toimivuudesta. [Terveystalolain \(1326 / 2010 / 12 §\)](#)

mukaan kunnan on seurattava asukkaittensa terveyttä ja hyvinvointia sekä niihin vaikuttavia tekijöitä väestöryhmittäin sekä kunnan palveluissa toteutettuja toimenpiteitä, joilla vastataan kuntalaisten hyvinvointitarpeisiin

Kansallisia hyvinvointi-indikaattoreita hyödynnetään Keski-uudenmaan kuntien Sähköisissä hyvinvointikertomuksissa tällä hetkellä vaihtelevasti. Kansalliset indikaattoritiedot päivittyvät 2-4 vuoden välein. Keski-Uudenmaan soten hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen tavoitteena on pyrkiä laaja-alaiseen toimintaan ulottuen hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen riskitekijöiden ennaltaehkäisystä hoitoon ja korjaavaan toimintaan. Hyvinvointi-indikaattoreiden valinnassa korostuu pitkän ja lyhyen aikavälin seuranta ikäryhmittäin: 1. Lapset, nuoret ja lapsiperheet 2. Nuoret ja nuoret aikuiset 3. Työikäiset 4. Ikäihmiset 5. Kaikki ikäryhmät. **Liitteeseen 1** on koottu keskeisiä hyvinvointi-indikaattoreita kunnittain.

Keski-Uudenmaan sote alueen väkiluku oli 194 684 (1.1.2017). Väestö on pääasiassa hyvin koulutautunutta ja toimeentulevaa. Muuttovoittoisuudesta huolimatta väestön ikääntyminen ja sitä kautta sosiaali- ja terveystalouden kasvu koskettaa myös Keski-Uusimaata kuten muuta Suomea. Yli 65-vuotiaiden 17 %:n osuus kasvaa väestöennusteiden mukaan 21 %iin (N = 44 049) vuoteen 2025 mennessä. Väestömäärät ja ennusteet yli 65- vuotiaiden %-osuuden kehityksestä kunnittain on esitetty **liitteessä 2**, kuva 1.

Väestön ikärakenteen kuvaamiseen yhdellä luvulla on Tilastokeskuksessa kehitetty mittareita, joista yleisempään käyttöön on jäänyt väestöllinen huoltosuhte. Väestöllinen huoltosuhte kuvaa lasten ja vanhusikäikäisten määrän suhdetta työikäisen väestön määrään. Mitä enemmän on lapsia ja/tai eläkeikäisiä, sitä korkeampi huoltosuhteen arvo on. **Liitteessä 2** (kuva 2) on kuvattu demografinen huoltosuhteen kehitys alueen kunnissa vuosina 2014-2016 (keskimäärin + 1,7) ja ennuste 2020 (keskimäärin + 3, 8).

Kansalliset trendit kuten ylipainon lisääntyminen kaikissa ikäluokissa, vähäinen arkiliikunta, nuorten päihteiden sekakäyttö, yksinäisyyden ja osattomuuden kokemukset sekä etenkin "radanvarsikaupunkien" ilmiöt pitkäaikaistyöttömyyden ja toimeentulotuen tarpeen kasvussa ovat keskeisiä hyvinvoinnin haasteita alueella.

Väestön terveyteen, hyvinvointiin tai sairastavuuteen vaikuttavat useat tekijät. Nämä tekijät voivat liittyä muun muassa perintö- ja ympäristötekijöihin, elintapoihin (alkoholi, tupakka ja muut päihteet, liikunta, ravitsemus, uni jne.), yksilön kokemukseen omasta terveydestään ja hyvinvoinnista, alueen työllisyystilanteeseen, väestön ikärakenteeseen, tulo- ja koulutustasoon sekä muihin sosioekonomisiin tekijöihin. Hyvinvoinnin yhteydessä keskusteluun nousee usein myös hyvinvoinnin ja / tai huono-osaisuuden kasaantuminen. Esimerkiksi perintötekijät yhdistettynä huonoihin elintapoihin, matalaan koulutustasoon ja työttömyyteen on huono yhdistelmä sairastavuuden näkökulmasta. Sosiaali- ja terveystaloudessa tämä ilmiö näkyy erityisesti paljon palveluja tarvitsevien asiakkaiden ryhmänä, joilla palvelujen tarve ja tarjonta eivät aina optimaalisella tavalla kohtaa. Kysymys on paitsi yksilölle aiheutuvista harmista myös kustannuksista yhteiskunnalle. Asiaa on tutkittu mm. Oulussa ¹ jossa 10 % asiakkaista kerrytti 81 % terveyden- ja sosiaalihuollon kokonaiskustannuksista. Näiden kalleimpien asiakkaiden kustannuksista 38 % syntyi

¹ Leskelä, R-L., Komssi, V., Sandström, S., Pikkujämsä, S., Haverinen, A., Olli, S-L. & Ylitalo-Katajisto, K. 2013. Paljon sosiaali- ja terveystaloudessa käyttävät asukkaat Oulussa. Suomen lääkärilehti 2013: 48 (68), 3163–3169

terveyspalveluista ja 62 % asiakkaista, jotka käyttivät myös sosiaalipalveluita. Tutkimuksessa kallein kymmenesosa tarvitsi vuodessa neljää kunnan palvelukokonaisuutta, muu väestö keskimäärin yhtä. Samansuuntaisia tuloksia on esitetty muualtakin Suomesta.

Sosiaali- ja terveyspalveluilla on em. ilmiöissä merkittävä rooli hyvinvointi- ja terveyserojen kaventamisessa ja tarkoituksenmukaisen palveluohjauksen kehittämisessä. Se edellyttää määrätietoista ja tavoitteellista ennaltaehkäisevää työtä (primaari-, sekundaari- ja tertiääripreventio).

2.2 Hyvinvointitavoitteet

Keski-Uudenmaan soten alueella on tiivis yhteistyöverkosto sosiaali- ja terveyspalvelujen kehittämisessä, mutta hyvinvoinnin edistämässä yhteistyö on ollut toistaiseksi vähäistä ja tätä tukevat rakenteet ovat määrittämättä. Keskeistä järjestämissuunnitelmakaudella on kunnan ja soten välisen yhdyspintatyöskentelyn kirkastaminen, yhteisten tavoitteiden asettaminen ja synergia etujen synnyttäminen muun muassa sähköisen hyvinvointikertomusten avulla. Yhteistyön tiivistämiseksi tarvitaan selkeät eri hallinnonalojen rajat ylittävät rakenteet sekä hyvinvoinnin edistämisen suunnitelma sekä tätä tukeva toimenpideohjelma. Työskentelyssä korostuu alueellinen näkökulma, ennakointi sekä hyvinvointi- ja terveyserojen kaventaminen sekä ennaltaehkäisevien ja terveyttä edistävien palvelujen kehittäminen.

Tavoitteet ja toimenpiteet 2018 - 2022:

Palvelujen yhteensovittaminen ja yhdyspintatyö

1. Alueellinen hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen rakenne ja vastuutahot määritetään yhteistyössä kuntien ja muiden toimijoiden (3. ja 4.sektori, muut organisaatiot ja viranomaiset) kanssa 1.1.2019 mennessä
2. Laaditaan Hyvinvointistrategia/suunnitelma kaudelle 2018-2022
3. Laaditaan alueellinen Hyvinvointikertomus 2018-2022 aikana

Muu kehitystyö

4. Ennakoarviointi (EVA) päätöksenteossa otetaan käyttöön suunnitelmakaudella

3 Järjestämissuunnitelman painopistealueet ja niihin liittyvät toimenpiteet 2018 – 2022

3.1 Hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen

Nykytila

Hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen rakenteet ja vastuut vaihtelevat kunnittain. Hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen kuntastrategiat eivät ole sisällöllisesti yhteismitallisia eikä sähköinen hyvinvointikertomus ole käytössä kaikissa alueen kunnissa.

Tavoitteet ja toimenpiteet palvelujen kehittämiseksi 2018 – 2022

Palvelujen yhteensovittaminen ja yhdyspintatyö

1. Laaditaan vuoden 2018 aikana Keski-Uudenmaan Sotea koskeva Hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen suunnitelma 2018 – 2022. Suunnitelmassa painotetaan toimenpiteitä, jotka

- tukevat kuntalaisten hyvinvoinnin ja terveyden sekä omahoidon edistämistä
- tukevat hyvinvointi ja terveyserojen kaventamista
- tukevat palvelujen suunnittelua siten, että palveluja tuotetaan lähipalveluina ja sähköisiä ja liikkuvia palveluja hyödyntäen
- tukevat eri asiakasryhmien huomioimista kattavasti
- tukevat kokemusasiantuntijoiden ja yhdistys- ja järjestötoimijoiden ym. osallistamista kehittämistyöhön
- tukevat Keski - Uudenmaan soten ja kuntien yhteistyötä hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen tehtävissä (esimerkiksi diagnoosi- tai palvelutarpeesta riippumaton elintapaohjaus, asiakas- ja potilasosallisuuden vahvistaminen, tartuntatautien ja tapaturmien ennaltaehkäisy, ehkäisevä päihdetyö, kuntalaisosallisuuden ja -aktiivisuuden tuki)

3.2 Mielenterveys-, päihde- ja aikuisten sosiaalipalvelut

Nykytila

Vuosittain noin kolmannes väestöstä kärsii jostakin tai joistakin psykiatrisista sairauksista, psykiatristen häiriöiden vuoden aikaisen esiintyvyyden on arvioitu olevan 27–38 % väestöstä. Kokonaisuudessaan Keski-Uudenmaan Sote -alueen kunnat (Hyvinkää, Järvenpää, Mäntsälä, Nurmijärvi, Pornainen, Tuusula) ovat hyvinvoivaa Suomea. Kuntien mielenterveysindeksit, työttömyys- ja asunnottomuusluvut ovat koko Suomen lukuja parempia. Päihdemittareissa näkyy Järvenpään ja Hyvinkään kaupunkimaisuus korkeampana esiintyvyytenä. Kuntien välillä on kuitenkin selvästi joitakin eroja. Keski-Uudenmaan kuntien, Uudenmaan ja koko maan mielenterveyttä kuvaavia indikaattoreita Sotkanetistä vuosilta 2010 – 2016 on kuvattu tarkemmin **liitteessä 3**.

Päihdeongelmien laajuudesta Keski-Uudenmaan alueella on vaikea saada kokonaiskuvaa. Vaikutelma Keski-Uudenmaan tilanteesta on sama kuin koko Suomessa: korvaus- ja ylläpitohoitoja saavien asiakkaiden määrä on tarvetta selvästi pienempi. Pelkästään huumeisiin liittyvien infektioiden lisääntyminen viittaa hoidon tarpeen lisääntymiseen. Aikuisten sosiaalipalveluiden tarpeeseen oleellisesti vaikuttavia ilmiöitä ovat sosiaalinen syrjäytyminen, toimintakyvyn ja itsenäisten toimintamahdollisuuksien väheneminen, työttömyys ja siihen liittyvä vähävaraisuus.

Hyvinkään sairaanhoitoalueella sairaalapalvelujen käytön vähennys on tapahtunut onnistuneesti verrattuna muuhun HUS-alueeseen. Jo vuoden 2016 aikana aikuisväestön osalta sairaalapaikkojen käyttö laski alle tavoitellun 0.4 ss/1000 asukasta. Sen sijaan asumispalvelujen määrä on kasvanut. Viime vuosina kunnat ovat lisänneet omaa asumispalvelujen palvelutuotantoaan, kun vielä 2014 sitä tarjosivat pääosin yksityiset palveluntuottajat. Asumispalvelujen painopiste on siirtynyt kotiin vietäviin palveluihin.

Refinement-hankkeen arvion mukaan Keski-Uudenmaan kuntien alueella oli vuonna 2014 kaikkiaan n. 800 mielenterveys- ja päihdetyöntekijää aikuisasiakkaita varten. Tämän lisäksi alueella oli useita kymmeniä sosiaalityöntekijöitä, joiden keskeinen työtehtävä oli aikuissosiaalityön alueella. Mielenterveys- ja päihdetyön alueella henkilökunnan määrä on samaa tasoa kuin muulla HUS-alueella ja edelleen henkilökunnan määrän kasvu on pääosin sijoittunut avohoitoon, mikä vastaa yleisiä strategisia kehitysehdotuksia. Psykiatrisen erikoissairaanhoidon palveluja on kunnille tuottanut HUS Hyvinkään sairaanhoitoalueen Psykiatrian tulosityksikkö (Hyvinkään osalta yli 23-vuotiaiden mielialahäiriöistä kärsivien potilaiden hoito siirtyi Hysa Psykiatrian toiminnaksi vasta toukokuussa 2017).

Perustason päihde- ja mielenterveyspalvelut on organisoitu alueen kunnissa hyvin eri tavalla. Järvenpäällä ja Hyvinkäällä on Mielenterveys- ja päihdetyöyksikkö terveystalujen alaisuudessa ja Hyvinkään perustason palvelut ovat kehittymässä matalan kynnyksen yksiköksi. Mäntsälässä päihde- ja mielenterveysyksikkö tarjoaa kattavasti perustason palveluja sosiaalipalvelujen alaisuudessa. Nurmijärvi ja Tuusula tarjoavat psykiatrisen erikoissairaanhoidajan palvelut terveyskeskuksen yhteydessä. Nurmijärvellä myös päihdehoitajan palvelut terveyskeskuksen alaisuudessa, kun ne Tuusulassa ovat sosiaalipalvelujen yhteydessä. Edellä mainittujen palvelujen lisäksi jokainen kunta tarjoaa kotiin vietäviä palveluja ja asumispalveluja. Mielenterveys- ja päihdepalvelujen rakenne Keski-Uudellamaalla on kuvattu **liitteessä 4**.

Perustason lisääntyvä mielenterveys- ja päihdepalvelujen tarjonta ei ole vähentänyt erikoissairaanhoidon avopalvelujen käyttöä, vaan läheteiden määrä on koko ajan lisääntynyt.

Aikuissosiaalityön painopiste kunnissa on elämänhallinnan vahvistaminen, syrjäytymisen ehkäiseminen edistämällä työllisyyttä, työhön kuntoutusta sekä vahvistamalla osallisuutta ja yhteisöllisyyttä.

Tavoitteet ja toimenpiteet palvelujen kehittämiseksi 2018 – 2022

Myöntämisperusteet

1. Mielenterveys-, päihde- ja aikuissosiaalityön palvelujen myöntämisen kriteerejä yhtenäistetään Keski-Uudenmaan soten alueella. Yhtenäistäminen käynnistyy päihdeasiakkaiden korvaushoidon kriteereistä, jotka tuodaan päätettäväksi vuoden 2018 alussa.

Palvelujen yhteensovittaminen

2. Yhteisillä toimintamalleilla, lähetearviointilla ja diagnoosipohjaisilla hoito- ja palveluprosesseilla edistetään asiakkaiden palveluiden ja hoidon järjestämistä, oikeaa porrastusta.
3. Mielenterveys-, päihde- ja aikuissosiaalityön yhteisille asiakkaille rakennetaan kattava yhteinen palvelu- ja hoitosuunnitelma ja palvelujen mahdolliset päällekkäisyydet puretaan.
4. Sairaalahoittoa ja palveluasumista korvaavaa kotiin tehtävää työtä lisätään ja alueelle kehitetään myös psykiatrista kotisairaaloimintaa perus- ja erikoissairaanhoidon sekä aikuissosiaalityön yhteisenä toimintana.
5. Nykyisen erikoissairaanhoidon ja perustason päihde- ja mielenterveyspalvelujen asiakaslähtöisyyttä lisätään niin, että asiakas kokee palveluketjunsä yhdeksi saumattomaksi kokonaisuudeksi. Samoin lisätään

yhteisiä toimintamalleja, esimerkiksi tuottamalla osa ryhmätoiminnoista yhteisesti ja väestön tarvetta vastaavasti.

Palveluohjaus

6. Asumispalvelujen kohdentamista tarkennetaan ja tuetun asumisen sekä kotiin tehtävän työn osuutta lisätään. Painopiste siirretään kotiin vietäviin palveluihin ja asumisen kuntouttavaa otetta lisätään. Luodaan kotiin tehtävää työtä ohjaavaa mielenterveys-, päihde- ja aikuissosiaalityön kattava palveluohjausmalli ja arvioidaan keskitetyn palveluohjauksen mahdollisuuksia.
7. Alueelle kehitetään tarkoituksenmukainen helposti saavutettava matalan kynnyksen mielenterveys- päihde- ja aikuissosiaalityön toimintamalli, joka palvelee yhden luukun periaatteella apua tarvitsevia asiakkaita lisäämättä olennaisesti mielenterveyspalveluissa olevien potilaiden määrää.

Sähköiset palvelut

8. Sähköisten palvelujen osuutta vahvistetaan palveluvalikoimassa.
9. Arvioidaan alueellisen terveysneuvontapalvelun kiinteiden pisteiden ja mobiilin palvelun oikea suhde ja rakennetaan toimiva terveysneuvontapalvelu, katkaisuhoidon tarjontaa arvioidaan, akuutisti päihderiippuvaisten asiakkaiden asumispalveluja kehitetään.

Muu yhdyspintatyö

10. Sairaalassa tarjottavan terveysosiaalityön ja kunnissa tehtävän aikuisten sosiaalipalvelujen prosesseja kehitetään niin, että asiakkaan tarpeen mukainen palvelujen yhteensovittaminen turvataan.
11. Verkostotyötä lisätään etenkin vaikeasti hoitoon sitoutuvien, hoito- ja palvelujärjestelmästä herkästi syrjäytyvien asiakasryhmien osalta.

3.3 Ikäihmisten palvelut

Nykytila

Ikääntyneiden asukkaiden osuus kaikista asukkaista kasvaa vauhdilla koko Suomessa ja väestörakenteen muutos näkyy muun muassa jatkuvana palvelutarpeen kasvuna. Vuonna 2016 yli 65-vuotiaita oli 17,2%² Keski-Uudenmaan väestöstä, kun vuonna 2025 heitä tulee olemaan yli viidennes väestöstä³. Alueen lähes kaikki yli 75-vuotiaat ovat jonkin sosiaali- tai terveyspalvelun piirissä, mikä tarjoaa mahdollisuuden toimintakyvyn tukemiseen jo varhaisessa vaiheessa.⁴

Keski-Uudenmaan vanhuspalveluiden kustannukset ovat vertailukuntiin nähden maltilliset. Palvelut tuotetaan pääosin omana toimintana ja ostopalvelut muodostavat noin 25–35% kustannuksista. Keski-Uudenmaan kuntien koko sosiaali- ja terveystoimen henkilöstöstä yli 40% työskentelee ikääntyneiden palveluissa.

² *Sotkanet 2016*

³ *Sotkanet 2015*

⁴ *NHG Keski-Uusimaa: Sote-alueyksikön nykytila-analyysi, Loppuraportti 22.6.2016*

Keski-Uudenmaan kuntien ikääntyneiden palvelujen rakenne vastaa suurin piirtein valtakunnallista keskiarvoa³. Ikääntyneiden palvelukokonaisuudet, palvelujen myöntämisperusteet ja toimintamallit kuitenkin poikkeavat toisistaan eri kunnissa. STM:n laatusuosituksen⁵ peittävyysuositukset toteutuvat alueen kunnissa vaihdellen.

Kotona asuvien osuus on suositusta korkeampi koko Keski-Uudellamaalla ja toteutuu koko maata paremmin. Kotihoidon peittävyysuositus ei toteudu Keski-Uudenmaan tasolla Pornaista ja Mäntsälää lukuun ottamatta ja koko maan peittävyys on Keski-Uuttamaata korkeampi. Omaishoidon tuen peittävyysuositus toteutuu Järvenpäässä, mutta ei Keski-Uudenmaan tasolla eikä valtakunnallisesti. Tehostetun palveluasumisen peittävyysuositus toteutuu Järvenpäässä ja Tuusulassa, mutta ei Keski-Uudenmaan tasolla. Laitoshoidon peittävyysuositus alittuu hieman Keski-Uudenmaan tasolla ja koko maahan verrattuna peittävyys on Keski-Uudellamaalla hieman matalampi. Terveyskeskuksen pitkäaikaishoidossa on asukkaita neljässä kunnassa, heidän osuutensa vastaavan ikäisestä väestöstä jää alle 0,7 %. Koko maahan verrattuna Keski-Uudellamaalla terveyskeskuksen pitkäaikaishoidossa olevien määrä on hieman suurempi. **Liite 5.**

Vanhuspalvelulaissa ja muissa ikääntymispoliittisissa linjauksissa korostuu kotiin annettavien palvelujen ensisijaisuus ja laitoshoidon purkaminen. Palvelurakennemuutostusta on toimeenpantu Keski-Uudenmaan kunnissa tavoitteiden mukaisesti vähentämällä laitoshoidon määrää sekä kehittämällä kotiin tuotavia palveluja, muun muassa alueellisissa kotikuntoutuksen ja kotisairaaloiminnan piloteissa.

Tavoitteet ja toimenpiteet palvelujen kehittämiseksi 2018 – 2022

Ikääntyneiden palvelujen kehittämisen tavoitteena ovat asiakaslähtöiset palvelut, joissa huomioidaan yksilölliset voimavarat. Alueellisesti yhdenmukaisten palvelujen saavuttamiseksi luodaan yhtenäiset palvelujen myöntämisperusteet, palvelusällöt sekä laatuvaatimukset. Yhdenmukaisella lähipalveluverkostolla tavoitellaan helposti saavutettavia, oikea-aikaisia ja asiantuntevia ikäihmisten palveluja.

Alueellisesti yhtenäisen palvelurakenteen painopisteenä on ikäihmisten kotona asuminen ja muu kodinomainen asuminen monipuolisia asumisvaihtoehtoja hyödyntäen. Kotona asumisen tukemisessa korostuu ennaltaehkäisevä työ sekä varhainen puuttuminen toimintakyvyn heikkenemiseen. Ikääntyneiden kotiin tuotettavien palvelujen valikoimaa laajennetaan ja tukea vahvistetaan ottamalla käyttöön kotikuntoutuksen toimintamalli. Sähköistä asiointia pyritään helpottamaan kokoamalla tiedot alueen ikäihmisten palveluista ja verkon kautta tapahtuvaa hoitoa pilotoimaan virtuaalisen kotihoidon osalta.

Tulevan sote- ja maakuntauudistuksen johdosta ikäihmisten palveluja kehitetään myös alueellisesti Uudenmaan tasolla. Sosiaali- ja terveysministeriön valtakunnallisessa *Kehitetään ikäihmisten kotihoitoa ja vahvistetaan kaikenikäisten omaishoitoa (I&O)* – kärkihankkeessa on tavoitteena yhdenvertaiset, hyvin koordinoitujen ja kustannusten kasvua hillitsevät palvelut.

⁵ STM Julkaisuja 2013:11 Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi

Toimenpiteillä tavoitellaan saumattomien palveluketjujen kokonaisuutta, jossa toimitaan yhteisten toimintatapojen mukaisesti. Aktiivisena toimijana kaiken keskiössä on asiakas ja hänen verkostonsa. Asiakas on oman asiansa omistaja ja hän voi voimavaroillaan, tahtotilallaan sekä tavoitteillaan aidosti vaikuttaa palveluihinsa.

Tavoitteet ja toimenpiteet palvelujen kehittämiseksi 2018–2022

Myöntämisperusteet

1. Yhtenäistetään ikäihmisten palvelujen myöntämisperusteet Keski-Uudellamaalla asumispalveluissa, kotihoidossa, kotihoidon tukipalveluissa, virtuaalisessa kotihoidossa sekä omais- ja perhehoidossa.

Palveluohjaus

2. Mallinnetaan ikäihmisten palveluohjauksessa palvelutarpeen arviointi ja palveluohjauksen prosessi vuodesta 2018 alkaen, jotta palvelu toteutuu kunnissa samanlaisin periaattein

Sähköiset palvelut

3. Pilotoidaan virtuaalista kotihoitoa perustamalla kuntien yhteinen virtuaalihoidon yksikkö vuoden 2018 aikana.
4. Kootaan tiedot Keski-Uudenmaan ikäihmisten palveluista yhteiselle sähköiselle alustalle yhteistyössä HUS:n virtuaalisairaala-hankkeen kanssa.

Palvelujen yhteen sovittaminen ja yhdyspintatyö

5. Yhtenäistetään kotihoidon palvelusisällöt ja tukipalvelut sekä kehitetään kuntien rajat ylittävää yhteistyötä ja kotihoidon arviointijaksotoimintaa vuosien 2018–2019 aikana.
6. Tehdään mallinnos KU-soten kuntouttavasta osastohoidosta vuonna 2019 jatkona I&O-kotikuntoutus hankkeelle.
7. Luodaan yhteistyötavat kuntayhtymän ja kunnan välillä hyvinvoinnin ja terveydenedistämisen työhön sekä asumisen kehittämiseen yhteistyössä alueen kuntien kanssa vuodesta 2019 alkaen jatkona I&O-Hyte hankkeelle.
8. Tehdään palveluasumisen profilointi ja yhtenäistetään palvelusisällöt.

Toimenpiteet I&O-kärkihankkeissa

9. I&O:n Kaapo-hankkeessa luodaan maakunnallinen keskitetyn asiakas-/palveluohjauksen toimintamalli.
10. I&O:n kotikuntoutus-hankkeessa luodaan ikääntyneiden kotikuntoutuksen toimintamalli, jota pilotoidaan kolmella alueella Itä-, Keski- ja Länsi-Uudellamaalla.
11. I&O:n omais- ja perhehoidon-hankkeessa luodaan toimintamalli, joka sisältää muun muassa omais- ja perhehoitajien tuen järjestämisen sekä mahdollisesti omais- ja perhehoidon keskustusten perustamisen.
12. I&O:n Hyte-hankkeessa selkeytetään maakunnan ja kunnan yhdyspintaa hyvinvoinnin ja terveyden edistämiseksi

3.4 Lasten, nuorten ja perheiden palvelut

Nykytila

Lasten, nuorten ja perheiden palveluiden tuotannon ja johtamisen rakenteet vaihtelevat Keski-Uudenmaan kunnittain merkittävästi. Rakenteiden muuttamiseen ennen maakuntaa palveluryhmä ei ole tekemässä esityksiä lukuun ottamatta perheoikeudellisia palveluita. Sen sijaan palveluryhmän valmistelemiin kehittämisen kohteisiin sisältyy valmistautuminen yhtenäisissä toimintamalleissa siihen, että rakennemuutoksiin on valmius.

Lasten, nuorten ja perheiden palveluiden erityispiirteenä on niiden sote-palveluiden kiinteä yhteys ja yhteistyömallit kansallisessa muutoksessa kuntiin jääviin lasten, nuorten ja perheiden palveluihin.

Kuntien päätöksillä lasten, nuorten ja perheiden palvelut (sekä sote- että kasvatus- ja sivistystoimialat) ovat sitoutuneet Uudenmaan Lape-hankkeeseen, johon on saatu merkittävä valtionosuusrahoitus (kts. 3.9.3.). Lasten, nuorten ja perheiden palveluiden kehittämisen viitekehys muodostuu vuosina 2018–2019 Lape-hankkeesta.

Kuntien yhteisenä lasten, nuorten ja perheiden palveluista toimii tällä hetkellä Hyvinkään kaupungin organisaatioon sijoittuva Pihlajan perhehoitopalvelut sekä useamman kunnan yhteisinä palveluina kahdessa yksikössä perheoikeudelliset palvelut.

Järvenpää vastuukuntana tuottaa sosiaalipäivystyksen Keski-Uudenmaan kunnille ja Keravalle. Sosiaalipäivystyksen keskeinen työkenttä koskee lastensuojelua. Tässä järjestämissuunnitelmassa sosiaalipäivystys käsitellään kohdassa terveyspalvelut ja sairaanhoito, akuuttihoito (kts.3.5.1.)

Tavoitteet ja toimenpiteet palvelujen kehittämiseksi 2018 – 2022

Palveluohjaus ja palvelutarpeen arviointi

1. Luodaan palveluohjaukseen ja palvelutarpeen arviointiin yhtenäisiä toimintamalleja alueella ja luodaan valmiuksia yhtenäiset toimintamallit mahdollistaville rakennemuutoksille. Yhteys kuntiin jääviin lasten, nuorten ja perheiden palveluihin varmistetaan.
2. Sähköisiä palveluohjauksen toimintamalleja kehitetään niissä puitteissa kuin se on mahdollista ilman kuntien investointien kasvattamista. Tavoitteena on mm. vahvistaa perheiden omaehtoista tuen löytämistä ja saamista myös sähköisesti, omahoidon ja vertaistuen avulla sekä kolmannen sektorin ja yksityisten palveluilla.
3. Kehitetään monitoimijainen, perus- ja erityistason integroiva arviointi- ja työskentelymalli: arvioinnin teemat, mallin visualisointi ja toimintaperiaatteet käyttäen pohjana ulkomaisia vaikutteita ja kuntien omia kokemuksia. Tätä varten on perustettu Uudenmaan maakunnan kaikkien kuntien yhteinen työryhmä monitoimijaisesta arvioinnista. Tämä valmistelu yhteen sovitetaan KU sote kuntien valmisteluun.

Palvelujen yhteensovittaminen ja yhdyspintatyö

4. Yhdistetään Hyvinkään ja Järvenpään *perheoikeudelliset palveluyksiköt* niin, että vastuukuntana toimii Järvenpää. Keski-Uudenmaan ns. ulkokuntien eriyttämistä (Kerava, Riihimäki, Hausjärvi, Loppi) ei esitetä. Palveluverkkoselvitys perheoikeudellisten yksiköiden osalta toteutettiin keväällä 2017. Em. yksiköiden yhdistämisen valmistelut ovat menossa ja valmius päätöksentekoon on keväällä 2018 niin, että Hyvinkään ja Järvenpään yksiköt yhdistetään 1.1.2019 alkaen. Samaan aikaan kunnat osallistuvat Uudenmaan maakunnallisten perheoikeudellisten palveluiden valmisteluun, johon seudun oma valmistelu yhteen sovitetaan.

Perheoikeudellisessa yksikössä tai perheneuvolapalveluissa nyt toteutettava perheasioiden sovittelu, lastenvalvojapalvelut ja tapaamispaikkatoiminta sekä eroryhmätoiminta tulee sisällyttää jatkossa perhekeskusrakenteeseen (kts. luku 3.9.3.).

Yhdistetty yksikkö mahdollistaa paremmin erityisosaamisen, ehkäisevien eropalveluiden kehittämisen osana perhekeskusrakennetta sekä helpottaa työntekijöiden rekrytointia ja sijaisten saamista vähentäen näin pienten yksiköiden haavoittuvuutta.

5. Luodaan Lastensuojelun *sosiaalityön systeeminen malli*. Kansallisesti nykyiset lastensuojelun käytännöt eivät ole tuottaneet riittävästi hyvinvointia lapsille ja perheille. Siksi lastensuojelun sosiaalityö tarvitsee ideologista ja rakenteellista muutosta, jossa ihmissuhteita rakentavat ja ylläpitävät käytännöt nostetaan keskiöön. Koska lastensuojelun ongelmat ovat tällä hetkellä monitahoisia, lastensuojelun rakenteiden tulee olla sellaiset, että lapsi ja perhe saavat apua, jota on monitoimijaisesti arvioitu tarvittavan.

Arvioidaan vuoden 2018 aikana kuntien lastensuojelun nykytila ns. Hackneyn mallin edellytysten näkökulmasta hyödyntäen mallin teoreettista tietopohjaa sekä mallia toteuttavien kuntien kokemuksia. Tavoitteena on lastensuojelun sosiaalityö, jossa ihmissuhdetyö on keskeinen menetelmä. Tämä tarkoittaa kohtuullisia sosiaalityöntekijäkohtaisia asiakasmääriä sekä monitoimijaisen tiimirakenteen luomista lastensuojelun asiakastyön tueksi. Tämä edellyttää lasten, nuorten ja perheiden palvelutuotannon rakenteiden uudistamisessa sitä, että systeeminen lähestymistapa on myös palvelutuotannon rakenteiden ja johtamisen lähtökohta.

Lastensuojelun sosiaalityön kehittäminen suunnitelmakaudella kunnissa toteutetaan vaiheittain:

- määritellään lastensuojelun asiakastyön arvot
- lisätään monitoimijaista yhteistyötä kuntien nykyisissä rakenteissa
- käydään läpi kaikki lastensuojelun asiakkuudet lastensuojelulain asiakaskriteerien mukaisesti
- lisätään lastensuojelun sosiaalityöntekijöiden osaamista ihmissuhdeperustaiseen asiakastyöhön
- luodaan monitoimijaisen lastensuojelun tiimirakenne sisältäen konsultoivan sosiaalityöntekijän, joka vetää tiimiä sekä klinikot (esim. perheterapeutti, psykologi, päihde- ja mielenterveystyöntekijä)
- järjestetään systeemitoteuttavasti orientoitunut työnohjaus
- kehittäminen aloitetaan lastensuojelun avohuollon palveluista

3.5 Terveyspalvelut ja sairaanhoito

3.5.1 Akuuttihoito

3.5.1.1 Ensihoito ja siirtokuljetukset

Nykytila

Terveysturvalaki (1326/2010) velvoittaa sairaanhoitopiirin kuntayhtymää järjestämään alueellaan ensihoitopalvelun ja tekemään ensihoidon palvelutasosta päätöksen. Tätä täydentävä ja yksityiskohtaisempi ohjeistus on määritetty [sosiaali- ja terveystieteiden ministeriön asetuksessa ensihoitopalvelusta 585 / 2017](#).

HUS:n alueella ensihoito järjestetään seitsemällä järjestämisalueella, joista yksi on Hyvinkään sairaanhoitoalue. Palvelutasopäätöksessä määritellään ensihoitopalvelun järjestämistapa, palvelun sisältö, ensihoitopalveluun osallistuvan henkilöstön pätevyys- ja koulutusvaatimukset, tavoitteet potilaan tavoittamisajasta ja muut alueen ensihoitopalvelun järjestämisen kannalta tarpeelliset seikat. HUS-tasoinen ensihoidon palvelutasopäätös päivitetään vuosittain.

Hyvinkään sairaanhoitoalueen ensihoitopalvelussa on ollut 1.1.2012 alkaen käytössä ns. hybridimalli, jossa ensihoitopalvelua tuotetaan kaikilla terveydenhuoltolain ja ensihoitoasetuksen hyväksymillä tavoilla: omatuotantona, yhteistyössä pelastuslaitoksen kanssa ja kilpailuttamalla. Kolmen kahdella hoitotason ensihoitajalla miehitetyn ns. H+H -ambulanssin henkilöstö on sairaanhoitoalueen palveluksessa; viiden 24/7 ja yhden klo 9-23 valmiudessa olevan yhdellä hoitotason ja yhdellä perustason henkilöllä miehitetyn ns. H+ P -ambulanssin henkilöstö on Keski-Uudenmaan pelastuslaitoksen (KUP) palveluksessa. Lisäksi KUP järjestää yhteistoimintasopimuksessa määritellyllä tavalla ajoneuvot ja asemapaikat myös HUS:n operoimille yksiköille, ja HUS puolestaan hoitaa lääke- ja käyttötavarahuollon myös KUP:n yksiköihin. Kolmantena tuotantotapana on kilpailutettu yksityinen toiminta: palveluntuottaja, joka huolehtii alueen siirtokuljetuksista, hoitaa kiire- ja ruuhkatilanteissa osan ensihoitopalvelun tehtävistä (ns. täydentävä ensihoitopalvelu) samalla kalustolla kuin siirtokuljetukset. Ensihoitopalvelua johtaa HUS:n palveluksessa oleva 24/7 päivystävä ensihoidon kenttäjohtaja, joka ohjaa ensihoitopalvelun resurssien käyttöä, johtaa ensihoidon toimintaa moniviranomaistehtävillä ja osallistuu korkeariskisten potilaiden ensihoitoon. Kenttäjohtaja toimii yhden hengen yksiköllä. Ensihoitopalvelun lääketieteellisestä johtamisesta vastaa ensihoidon vastuulääkäri.

Hoitolaitosten väliset siirtokuljetukset eivät lainsäädännöllisesti suoraan kuulu ensihoitopalveluun. Terveysturvalain (73§) mukaan ”Jos potilaan sairaus sitä vaatii, on kunnan tai sairaanhoitopiirin kuntayhtymän huolehdittava toimintayksikkönsä potilaan kuljetuksesta toisessa toimintayksikössä tai terveyskeskuksessa annettavaa hoitoa tai suoritettavia toimenpiteitä varten.” Hyvinkään sairaanhoitoalueen kunnat ovat antaneet HyShan järjestettäväksi hoitolaitosten väliset siirtokuljetukset. Tällä hetkellä siirtokuljetukset on järjestetty kilpailuttamalla. Alueella toimii yksi yksityinen palveluntuottaja, joka hoitaa kuntien hoitolaitosten ja Hyvinkään sairaalan sisäänkirjoittamattomien potilaiden kuljetukset. HUS:n sairaaloiden sisäänkirjoitettujen potilaitten kuljetuksista huolehtii HYKS Akuutti

sairaankuljetus (entinen HUS Logistiikka) osin omana toimintana, osin kilpailutettuna toimintana.

Ensihoitopalvelun tehtävämäärä vuonna 2016 oli 21 500 (ei sisällä kiireettömiä siirtokuljetuksia). Näistä 14 400 (67 %) oli kiireellisiä A-C -tehtäviä. Tehtävämäärät ovat viime vuosina olleet hienoisessa kasvussa, mutta kasvu on maltillisempaa kuin HUS-alueella keskimäärin ja etenkin maltillisempaa kuin pääkaupunkiseudulla (**Liite 6**). Päivystystoimintojen keskittyminen pidentää ensihoidon tehtäväsidoonaisuusaikoja, sillä osa ensihoidon potilaista kuljetetaan suoraan lopulliseen hoitopaikkaan yliopistosairaalaan, esim. sydäninfarktipotilaan Meilahteen ja vakavat vammat Töölöön. Lisäksi keskeisen sijainnin vuoksi Hyvinkään sairaanhoitoalueelta annetaan suhteellisen paljon ”naapuriapua” muiden alueiden maantieteellisesti haasteellisempiin osiin.

Ensihoito- ja siirtokuljetuspalveluihin vaikuttavia tekijöitä

Vuonna 2018 tulee voimaan uusi ensihoitoasetus, jonka merkittävin muutos on palvelutasopäätöksen tavoittamisviivetaivoitteitten uusi määrittelytapa. Jatkossa erityisvastuualueella on määriteltävä yhtenäiset tavoitteet, mutta jokainen sairaanhoitopiiri tekee edelleen palvelutasopäätöksensä itse. Alustavien arviointien mukaan uusi määrittelytapa ei aiheuta välittömiä muutostarpeita Hyvinkään sairaanhoitoalueen ensihoitopalveluissa.

Valmisteilla olevassa terveydenhuoltolakiluonnoksessa ensihoitopalvelu määritellään maakunnan järjestettäväksi ja maakunta tekee ensihoidon palvelutasopäätöksen. Luonnoksessa ensihoitopalvelu määrätään tuotettavaksi viranomaistehtävänä maakunnan omana toimintana tai yhteistyössä toisen tai toisten maakuntien kanssa. Maakunta voi hankkia erillisiä osakokonaisuuksia muilta palveluntuottajilta—muun muassa haja-asutusalueiden palvelujen saatavuuden turvaamiseksi eri kysyntähuipuissa. Muutoksiin valmistautumista varten HUS on mm käynnistänyt HUS Ensihoidon, jossa uudelleenorganisoidaan ensihoidossa työskentelevien lääkäreiden työtä. Tämä on tiivistänyt HUS-laajuista ensihoidon yhteistyötä, vaikka muutoksia organisaatioissa tai päätösvallassa ei ole tehty.

Siirtokuljetusten osalta terveydenhuoltolakiluonnos määrittelee, että maakunnan tulee hankkia kilpailuttamalla sosiaali- tai terveydenhuollon hoitolaitosten vastuulla olevat ensihoitopalveluun kuulumattomat potilaiden siirtokuljetukset ja kiireettömät ambulanssipalvelut. Ensihoitopalveluun kuulumattomat potilassiirrot tarkoittavat niitä, joiden aikana potilas ei tarvitse vaativaa ja jatkuvaa hoitoa tai seurantaa. Kiireettömillä ambulanssipalveluilla tarkoitetaan maakunnan laatiman asiakassuunnitelman perusteella toteutettavien palveluiden edellyttämiä palveluita, kuten asiakkaan palvelutarpeen mukaisia kuljetuksia ammattihenkilön vastaanotolle, diagnostisiin tutkimuksiin tai kuntoutuspalveluihin. Toistaiseksi ensihoitopalveluun kuuluvien ja kuulumattomien potilassiirtojen rajanveto on häilyvä, sillä ratkaisematta on, mitä tarkoittaa ”vaativa ja jatkuva hoito tai seuranta”.

Muita haasteita ensihoito- ja siirtokuljetuspalveluiden kehittämiseksi lähivuosina ovat:

- Ensihoidon tehtävämäärien kasvu väestönkasvun, ikääntymisen, päivystyspalveluiden keskittymisen ja ikääntyvän väestön laitoshoidon vähenemisen myötä. Nykyisen siirtokuljetus- ja ensihoitoressurssien joustavan ristiin käytön säilyttäminen auttaa tarvittavien resurssien kasvupaineen puskurointia

- Ensihoitopalvelun kenttäjohtajan johtamisroolin korostuminen uuden ensihoitoasetuksen myötä. Tehokkaan johtamistoiminnan turvaamiseksi eri ensihoitotilanteissa tarvitaan kenttäjohtajalle työpari; yksin toimiva henkilö ei pysty samaan aikaan ajamaan hälytysajoa turvallisesti ja johtamaan tehokkaasti.
- Ensihoidon ja muiden kotiin vietävien palveluiden rajapintaa koskeva kehitystyö. Tarvitaan akuuttikotisairaanhoidopalveluja, jolle voidaan ohjata joko ensihoidosta tai terveystalouden neuvontanumerosta osa nykyisin ensihoitopalvelulle päätyvistä tehtävistä. Myös ensihoidon ja erilaisten hoiva- ja hoitolaitosten ja turvapuhelinpalveluiden yhteistyötä ja työnjakoa on kehitettävä. Parhaillaan on käynnistymässä hoitolaitoksiin suunnattu koulutus- ja yhteistyöprojekti, jossa ensihoitoa paljon kuormittavien hoitolaitosten henkilökuntalle järjestetään koulutusta akuuttitilanteiden tunnistamisessa, alkutoimissa sekä hoitosuunnitelmien laadinnassa.
- Siirtokuljetuspalveluiden kysynnän kasvu. Kustannusten hallitsemiseksi oleellista on tarkoituksenmukainen palveluohjaus: potilassiirtoon ei aina tarvita ambulanssia, vaan taksi tai invataksi on usein käypä vaihtoehto. Palveluiden saatavuutta ja tietoisuutta niistä on tuettava, ja aihe on pidettävä mukana edellä mainituilla hoitolaitoksiin suuntautuvilla koulutuskiertoilla.

Tavoitteet ja toimenpiteet palvelujen kehittämiseksi 2018 - 2022:

Palveluohjaus, palvelujen yhteen sovittaminen ja yhdyspintatyö:

1. Ensihoidon tehtävämäärän kasvaessa ennakoitun mukaisesti, tullaan tarvitsemaan yksi päiväaikainen ambulanssi lisää suunnitelmakauden loppupuolella. Mikäli lainsäädäntö ohjaa eriyttämään ensihoito- ja siirtokuljetuspalvelut, resurssitarve on suurempi. Toteutetaan tätä koskeva selvitys 2019 - 2020 ja selvityksen mukainen toteutus 2021-2022. Esiselvityksessä:
 - kartoitetaan yhteistyömahdollisuudet naapurialueitten kanssa
 - arvioidaan ns. yhdenhengenyksikön käyttömahdollisuus. Tämä toimintaprofiili keskittyy kiireettömiin tehtäviin, ei ensihoidon ydintoimintaan, Vältettävä päällekkäisyys muitten kehittyvien mobiilipalveluitten kanssa.
 - huomioidaan rajapinta puhelinneuvontaan (esim.116117 mahdollinen rooli hätäkeskuksen D-riskinarvioimista ensihoitotehtävistä).
2. Ensihoidon ja kotisairaalan / kotisairaanhoidon sekä hoito/hoivalaitosten yhteistyön kehittäminen. Toteutus 2018-2019.
 - Keskeisintä toteutuksessa on kotisairaalan / kotisairaanhoidon / muun palvelun järjestäminen niin että pystytään ottamaan listoille myös "akuuttiasiakkaita" suoraan ensihoidosta. Kts myös kohta 3.5.1.4 / Kotiin tuotettavat palvelut.
3. Ensihoidon kenttäjohtaja- työpari –toimintamallin suunnittelu 2018, pilotointi 2019. Ensisijainen tarve 24/7, mutta voidaan käynnistää painopistekokeiluna esim. klo 8-23 arkisin ja 9-00/01 viikonloppuisin

3.5.1.2

Kiireellinen vastaanotto toiminta ja päivystys

[Terveystalouden lain \(1326 / 2010 / 50 §\)](#) mukaan kunnan tai kuntayhtymän on järjestettävä vastaanotto toiminta kiireellisen hoidon antamista varten siten, että potilas

saa arkipäivisin ilmoitettuna aikana välittömästi terveydenhuollon ammattihenkilön arvion ja hoidon kiireellisissä tapauksissa lähellä asuinpaikkaansa, ellei potilasturvallisuuden ja palveluiden laadun turvaaminen edellytä arvion ja hoidon keskittämistä päivystyksikköön. Ilta-ajan ja viikonlopun päiväaikainen perusterveydenhuollon kiireellinen vastaanotto toiminta on järjestettävä silloin, kun palvelujen saavutettavuus sitä edellyttää.

1.1.2018 voimaan astuvassa asetuksessa kiireellisen hoidon perusteista ja päivystyksen erikoisaloituksesta edellytyksistä (Päivystysasetus) veloitetaan edelleen kunta tai kuntayhtymä huolehtimaan siitä, että terveydenhuoltolain (1326/2010) 50§:ssä tarkoitettua kiireellistä hoitoa on saatavilla kaikkina vuorokauden aikoina joko kiireettömän hoidon yhteydessä tai erillisessä päivystyksen toteuttamista varten suunnitellussa ympäri vuorokauden toimivassa päivystyksessä. Ympäri vuorokautinen päivystys on järjestettävä perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhteispäivystyksenä, ellei saavutettavuus- ja potilasturvallisuuskohdista muuta johdu.

Päivystysasetuksen mukaan kiireellisen hoidon vastaanotto toiminta on järjestettävä arkipäivisin ilmoitettuna aikana lähellä asukkaita paitsi, jos potilasturvallisuuden ja palveluiden laadun turvaaminen edellyttää arvion ja hoidon keskittämistä päivystyksikköön. Kiireellisen hoidon vastaanotto toimintaa voidaan toteuttaa osana perusterveydenhuollon tavanomaista vastaanotto toimintaa tai yhteispäivystyksen yhteydessä. Ilta-ajan ja viikonlopun päiväaikainen perusterveydenhuollon kiireellinen vastaanotto toiminta on järjestettävä silloin, kun palvelujen saavutettavuus sitä edellyttää. Kiireellisen hoidon vastaanotto toiminnasta on sovittava terveydenhuoltolain 34 §:ssä tarkoitetussa sairaanhoitopiirin kuntien järjestämissuunnitelmassa. Suunnitelmassa on otettava huomioon alueen väestön palvelutarve ja kiireellisten palveluiden saavutettavuus sekä alueen ensihoitopalvelu ja sen palvelutasopäätös. Kiireellisen hoidon vastaanottoa järjestävässä yksikössä tulee olla riittävät edellytykset taudinmääritykseen ja ohjeistus siitä, mihin potilas on tarvittaessa lähetettävä taudinmääritystä tai hoitoa varten sairauden niin vaatiessa. Palvelun järjestäjän tulee ohjata alueen väestöä siitä, milloin kyseistä kiireellisen hoidon vastaanotto palvelua on tarkoituksenmukaista käyttää.

Päivystysasetuksen mukaan alaikäinen potilas ja hänen perheensä on otettava huomioon päivystyksessä ja hänen hoidon tarpeensa arvioinnissa on oltava mukana lasten sairauksiin perehtynyt sairaanhoitaja tai muu laillistettu terveydenhuollon ammattihenkilö. Kun alaikäistä potilasta hoidetaan päivystyksessä, tilojen on oltava asianmukaiset siten, että potilaan vanhemmat voivat osallistua hänen hoivaansa. Hoidon toteuttamisessa on otettava huomioon alaikäisen potilaan ikä ja kehitystaso.

Osana päivystyksen kokonaisuutta on otettava huomioon potilaiden mahdollisesti tarvitsemat muut palvelut, jotka tukevat hoidon tavoitteiden toteutumista. Päivystyksikön velvollisuudesta ilmoittaa kunnan sosiaalihuollosta vastaavalle viranomaiselle iäkkään henkilön kotiuttamisesta ja tarvittavista jatkotoimenpiteistä säädetään ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista annetun lain (980/2012) 25 §:n 1 ja 2 momentissa. Kotiutuksen valmistelu on käynnistettävä viivytyksettä yhdessä iäkkään henkilön ja tarvittaessa sosiaalihuollosta vastaavan viranomaisen tai terveydenhuollon ammattihenkilön ja omaisten kanssa.

Päivystysasetuksen mukaan kunnan tai kuntayhtymän on huolehdittava, että psykiatrian erikoisalan päivystyksessä on:

- 1) saatavilla psykiatristen erikoisalojen erikoislääkäri taikka psykiatriaan perehtynyt lääkäri, jolla on mahdollisuus neuvotella potilaan hoidosta psykiatrian erikoisalojen erikoislääkärin kanssa ja tarvittaessa saada hänet hoitoa antavaan yksikköön;
- 2) valmius arvioida ja seurata potilaan kriisitilanteita ensisijaisesti monimuotoisilla avohoitoin ja vapaaehtoisuuteen perustuvilla palveluilla, jotka on järjestettävä tarvittavassa laajuudessa niinä vuorokauden aikoina, joina niitä tarvitaan;
- 3) potilaan terveydentilan arviointia varten käytettävissä riittävän laajasti ympäri vuorokauden somaattisten erikoisalojen asiantuntemusta. Tahdosta riippumattomaan hoitoon ottaminen ja hoito edellyttävät, että yksikössä on saatavilla psykiatrian erikoisalojen erikoislääkäri taikka psykiatristen kiiretilanteiden hoitoon perehtynyt lääkäri, jolla on mahdollisuus neuvotella psykiatristen erikoisalojen erikoislääkärin kanssa ja tarvittaessa saada hänet hoitoa antavaan yksikköön.

Sosiaalihuoltolain 29 §:n mukaan sosiaalipäivystys on järjestettävä ympärivuorokautisesti kiireellisen ja välttämättömän avun turvaamiseksi kaiken ikäisille. Päivystys on toteutettava siten, että palveluun voi saada yhteyden ympäri vuorokauden ja kiireelliset sosiaalipalvelut voidaan antaa siten kuin tässä tai muussa laissa säädetään. Sosiaalipäivystystä toteutettaessa on toimittava yhteistyössä ensihoitopalvelun, terveydenhuollon päivystyksen, pelastustoimen, poliisin, hätäkeskuksen ja tarpeen mukaan muiden toimijoiden kanssa.

Sosiaalihuoltolain 29 a §:n mukaan sosiaalipäivystystä on järjestettävä terveydenhuoltolain 50 §:n 3 momentissa tarkoitetun laajan ympärivuorokautisen päivystyksikön yhteydessä ja 4 momentissa tarkoitetun perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhteispäivystyksen yhteydessä. Sosiaalipäivystyksen järjestämisestä vastaavat yhteistyössä sairaanhoitopiirien kanssa ne kunnat, joiden alueella tässä momentissa tarkoitetut terveydenhuollon yksiköt sijaitsevat. Sosiaalipäivystys osallistuu tarvittaessa psykososiaalisen tuen antamiseen kiireellisissä tilanteissa.

Hoidon jatkuvuuden turvaamiseksi mielenterveys- ja päihdetyön päivystys toteutetaan osana terveydenhuolto- ja sosiaalipäivystystä. Alueen sosiaalipäivystyksen tehtävänä on yhteistyössä terveydenhuoltolain 46 §:ssä tarkoitetun ensihoitokeskuksen kanssa: 1) sovittaa yhteen Hätäkeskuslaitokselle annettavat paikalliset ja alueelliset sosiaalitoimen hälytysohjeet ottaen huomioon terveystoimen hälytysohjeet; 2) osallistua alueellaan varautumis- ja valmiussuunnitelmien laatimiseen häiriötilanteiden ja suuronnettomuuksien varalle yhdessä muiden viranomaisten, toimijoiden ja erityisvastuualueiden kanssa siten, että suunnitelmat muodostavat kansallisen kokonaisuuden.

Nykytila

Kiireellinen hoidon vastaanotto toiminta

Hyvinkään sairaanhoitoalueella on järjestetty ns. kiirevastaanotto toimintaa seuraavasti: Hyvinkäällä ja Tuusulassa arkisin 8-16. Mäntsälässä ja Nurmijärvellä kaikkina viikonpäivinä klo 8-18 ja Järvenpäässä kaikkina viikonpäivinä klo 8-20. Kuntien kiirepäivystyksellä ei ole tukenaan kuvantamis- tai laboratoriopalveluja virkajan ulkopuolella. Kuntien asukkaat voivat hakeutua myös Hyvinkään sairaalan yhteispäivystykseen ympärivuorokautisesti.

Päivystys

Hyvinkään sairaala toimii HUS-alueen ympärivuorokautisesti päivystävänä akuuttisairaalana, jossa on 24/7 leikkaus- ja synnytystoimintaa. Akuutti – tulosityksikkö vastaa terveydenhuoltolain 50§ ja päivystysasetuksen 5§ mukaisen ympärivuorokautisesti päivystävästä yhteispäivystysyksiköstä, jossa päivystää sisätautien, kirurgian, lastentautien, akuuttilääketieteen ja yleislääketieteen erikoisaloiden lääkäreitä. Yhteispäivystyksessä toimii lisäksi itsenäinen sairaanhoitajan vastaanotto sekä kiireellisen hoidon neuvontapuhelin. Akuutti - tulosityksikköön kuuluvat myös sairaalan sydän- ja tehovalvontayksiköt. Naistentautien ja synnytysten päivystys toimii erillisenä yksikkönä omissa toimitiloissaan ympärivuorokautisesti. Anestesiologi päivystää ympärivuorokautisesti. Takapäivystys on järjestetty kirurgiassa (erikseen pehmytosa- ja tukieliinkirurgia), sisätaudeissa, lastentaudeissa, naistentaukeissa ja anestesiologiassa. Lisäksi lauantaisin ja pyhäpäivinä on keuhkosairauksien ja neurologian päivystys klo 9-16.

Leikkaussalihenkilöstö päivystää sairaalassa ja röntgen- ja laboratoriot toiminta on ympärivuorokautista kaikkina viikonpäivinä. Radiologi työskentelee sairaalassa arkisin klo 20 asti, muina aikoina kuvantamistutkimusten lausunnot ovat saatavissa ympärivuorokautisesti HYKS:stä.

Psykiatrian ympärivuorokautinen lääkäripäivystys on Kellokosken sairaalassa.

Muiden erikoisaloiden päivystys ja yliopistotasoinen hoito on keskitetty erikoisalakohteisesti HUS/HYKS:n klinikoiden päivystyksiin (laaja ympärivuorokautinen päivystys).

Alueen virka-ajan ulkopuolinen sosiaalipäivystys toimii toistaiseksi Järvenpäässä.

Tavoitteet ja toimenpiteet palvelujen kehittämiseksi 2018–2019

Palvelujen yhteensovittaminen ja yhdyspintatyö

1. Yhteispäivystys hoitaa terveydenhuoltolain mukaisen ympärivuorokautisen päivystyksen edellä kuvatulla tavalla. Erikoissairaanhoidon päivystystoiminta on järjestetty samoin edellä kuvatusti ja molempia kehitetään päivystysasetuksen ja alueellisen tarpeen mukaisesti.
2. Muuta kiireellistä hoitoa annetaan kuntien omana virkatyönä arkipäivisin, sekä tarvittaessa iltaisin ja viikonloppuisin.
 - a. Nykyisiin kiirevastaanottojen aukioloaikoihin ei ole toistaiseksi suunniteltu muutoksia, mutta niitä voidaan tarpeen mukaan tarkastella yhteistyökokouksissa.
 - i. Palveluiden alueellinen ristiin käyttö mahdollistetaan suunnitelmakaudella
 - ii. Ajantasainen ruuhkatieto vastaanottoa pitävistä yksiköistä on jatkossa saatavissa sekä potilasohjausta varten että alueen asukkaille.
 - iii. Epidemia- ja ruuhka-aikoina virka-aikaista toimintaa tehostetaan ja aukioloaikoja tarkistetaan vastaamaan ennalta tiedossa olevia kysyntähuippuja.

- b. Kiireellistä hoitoa antavissa toimipisteissä on selkeä ja yhtenäinen tuotteistus/palvelutarjotin, palveluiden sisältö on yhteisesti määritelty ja niistä käytettävä terminologia sovittu.
 - c. Kiirevastaanotoilla on käytössä yhtenäinen tutkimus- ja hoitovälineistö sekä niiden käyttöön sekä akuuttiin lääkehoitoon liittyvä ohjeistus.
 - d. Alueella on yhteisesti sovittu ja henkilöstölle koulutettu hoidon tarpeen ja sen kiireellisyyden arviointiohjeisto.
 - e. Käytössä on yhteinen hoitoon hakeutumisen syytä kuvaava koodisto sekä ensihoidossa, kiirevastaanotoilla että päivystyksessä.
 - f. Kiirevastaanottojen ja yhteispäivystyksen tapaamisia järjestetään säännöllisesti tavoitteena saumaton palvelu.
 - g. Alueellinen hammaslääkäripäivystys siirtyy vuoden 2018 aikana yhteispäivystyksen välittömään läheisyyteen.
3. Sosiaalipäivystys ja kriisityö yhdistetään yhdeksi sosiaali- ja kriisipäivystyskokonaisuudeksi. Näin toteutetaan paremmin sosiaalihuoltolain 29 a mukaista velvoitetta sosiaalipäivystyksen osallistumiseen alueen valmiussuunnitelman laatimisessa.
 4. Hyvinkää sairaanhoitoalueen psykiatrisen tulosityksikön toiminnot siirtyvät vuonna 2018 Kellokosken sairaalasta Hyvinkään sairaalaan uudisrakennukseen. Psykiatrian akuuttitoiminta sovitetaan yhteen sekä somatiikan että sosiaalipäivystyksen kanssa mukaan lukien päihdetyön päivystys.

Palveluohjaus ja sähköiset palvelut

5. Kiireellisen hoidon puhelinneuvontaa keskitetään Hyvinkään sairaalaan vuoden 2018 aikana. Uudistuva puhelinneuvonta on osa HUS-laajuista Päivystysapu -hanketta, jonka pilotointi on käynnistynyt syksyllä 2017.
 - a. Puhelinneuvonnasta voidaan antaa ohjeellisia vastaanottoaikoja yhteispäivystykseen tai alueen muille kiirevastaanotoille, jos kyseessä ei ole välittömästä päivystyksellisen hoidon tarpeesta.
 - b. Maakunnan päivystyspisteiden välistä työnjakoa erityisesti ruuhka- ja epidemia-aikoina voidaan tulevaisuudessa ohjata puhelinneuvonnasta käsin.
 - c. Puhelinneuvonnan rinnalle otetaan käyttöön itsearviointi- ja itsehoito-ohjeita tuottavia digitaalisia palveluita.
 - d. Selvitetään puhelinneuvonnan yhdyspinta sähköiseen hoidon tarpeen arviointiin

Muu kehitys- ja yhteistyö

6. Päivystys ja kiirevastaanotot osallistuvat osaltaan järjestämiskaudella yhteisiin alueellisiin kehittämishankkeisiin, mm.:
 - a. akuutti kotihoito (kotisairaaloiminta)
 - b. alueellinen akuutti vuodeosastohoito
 - c. sosiaalipäivystys
 - d. akuutti hammashoito

Keskeisenä tavoitteena on, että mahdollisimman moni potilas voitaisiin hoitaa kotona vuodeosastohoidon sijaan. Kotisairaalaan saadaan yhteys yhdestä numerosta ympärivuorokautisesti.

7. Toiminnan suunnitteluun otetaan mukaan kokemusasiantuntijoita ja asiakasraadit.
8. Hoidon tarpeen arvioinnissa, päivityksessä ja/tai kiirevastaanotoilla työskenteleville määritellään osaamiskriteerit/pätevyysvaatimukset. Akuuttihoidon alueellista koulutusta lisätään.
9. Alaikäinen potilas ja hänen perheensä otetaan huomioon päivityksessä ja hänen hoidon tarpeensa arvioinnissa on mukana lasten sairauksiin perehtynyt sairaanhoitaja. Lasten päivistystilat Hyvinkään sairaalassa uudistetaan kokonaan vuoden 2018 aikana. Tilat on suunniteltu siten, että ne noudattavat päivistysasetuksessa asetettuja tavoitteita ja sijaitsevat erillään aikuisten päivityksestä. Vuonna 2017 lasten päivityksen kehittämishankkeessa suunniteltu uudistettu lääkäri-hoitaja -työparimalli otetaan käyttöön jo kevään 2018 aikana.
10. Iäkkään päivistyspotilaan toimintakyky arvioidaan ja hänen kotiutuksensa valmistelu käynnistetään viivytyksettä yhdessä potilaan, sosiaalityöntekijän, fysioterapeutin tai muun terveydenhuollon ammattihenkilön, lähettävän yksikön sekä omaisten kanssa.

Tavoitteet ja toimenpiteet 2020–2022

Uuteen Uudenmaan maakunnan järjestämismalliin siirtyminen

1. Valmistaudutaan tuottamaan maakunnan tilaamat akuuttipalvelut Keski-Uudenmaan kuntayhtymässä siten kuin valmisteilla oleva maakunta- ja sote-uudistus edellyttää.
2. Hyödynnetään tietojärjestelmiä siten että tieto kulkee mahdollisimman sujuvasti eri palvelutuottajien välillä. Uusi sote-toimijoiden yhteinen potilastietojärjestelmä Apotti otetaan käyttöön Hyvinkään sairaalassa vuoden 2020 alkuun mennessä. Toimintamalleja ja työnkulkua uudistetaan hyödyntäen uuden tietojärjestelmän mahdollisuudet.
3. Hyvinkään sairaalan Akuutti tulosityksikkö toimii aktiivisesti sekä hoitohenkilöstön että akuuttilääketieteen erikoistuvien lääkäreiden koulutuspaikkana. Tavoite on, että uusi erikoisala ottaa laajalti vastuun somaattisesta etupäivityksestä.

3.5.1.3 Akuutti osastohoito

Nykytila

Osana Keski-Uudenmaan sote-hanketta NHG tuotti raportin terveystieteiden, erikoissairaanhoidon ja Kiljavan sairaalan vuodeosastokäytöstä sekä potilasliikenteestä näiden hoitopaikkojen välillä. Akuutti vuodeosastotyöryhmä tuotti tiedot sairaansijoista ja henkilöstön käytöstä sekä teki ehdotuksen alueen somaattisen vuodeosastohoidon tavoitteista jatkossa.

Vuonna 2015 Keski - Uudenmaan alueen kuuden kunnan (Hyvinkää, Nurmijärvi, Tuusula, Järvenpää, Mäntsälä ja Pornainen) väestö käytti julkisen terveydenhuollon (kunnat, HUS, Kiljava) vuodeosastopalveluja yhteensä 265 000 hoitopäivän / 27525 hoitajakson verran. Näistä 92262 hoitopäivää / 7414 hoitajaksoa toteutui terveystieteiden vuodeosastoilla (keskimääräinen hoitoaika 12,4 pv) ja 106914 hoitopäivää / 19908 hoitajaksoa erikoissairaanhoidossa keskimääräisen hoitoajan ollessa 5,37 vuorokautta. Erikoissairaanhoidon hoitajakoista 14603 toteutui Hyvinkään sairaalassa ja 5305 hoitajaksoa HYKS:ssa tai muissa HUS:n sairaaloissa.

NHG:n selvityksen mukaan vuonna 2015 Hyvinkään sairaanhoitoalueella alkoi somaattisessa erikoissairaanhoidossa yhteensä 2084 hoitojaksoa, joihin liittyi siirto jatkohoitoon perusterveydenhuoltoon, näistä 764 hoitojakson kesto oli alle 7 vrk. Alle 7 vrk:n jatkohoitojaksoista kertyi 2936 hoitopäivää. Akuuttivuodeosastotyöryhmä asetti tavoitteeksi, ettei hoitojaksoa pilkota kahteen paikkaan, jos hoitojakso jatkohoitopaikassa olisi enintään viikon mittainen, koska siirron myötä kokonaishoitoaikaan tulee vähintään yksi lisäpäivä. Siirtoon liittyy aina ylimääräistä työtä molemmissa päissä ja riski tiedonsiirtovirheistä. Potilaalle hoitopaikan vaihto on ylimääräinen fyysinen ja henkinen rasite. Luopumalla alle viikon mittaisista jatkohoitojaksoista terveyskeskuksissa ja hoitaen potilaan koko hoitojakso Hyvinkään sairaalassa, syntyy sairaalaan laskennallisesti n 2300 lisähoitopäivää, mikä 85 % kuormituksella tarkoittaa kahdeksan sairaansijan lisätarvetta.

Terveyskeskusten hoitojaksoista alle 4 % oli yli kolmen kuukauden mittaisia, mutta niihin kului lähes 22 600 hoitopäivää (62 sairaansijan kapasiteetti 100 % kuormituksella). Keskimääräinen hoitoaika yli 3 kk hoitojaksoissa oli 121 vrk, eli 4 kk. Jos tarkoituksenmukaisen terveyskeskusosastohoidon enimmäispituutena pidetään 3 kk:ta, epätarkoituksenmukaista terveydenhuollon sairaansijakäyttöä oli terveyskeskuksissa noin 20 ss verran. Lisäksi Kiljavalla oli keskimäärin noin 30 alueen kuntien asukasta pitkäaikaishoidossa terveydenhuollon sairaansijalla. KUSoten alueen sairaansijat, hoitopäivät, hoitojaksot, keskimääräiset hoitoajat 2015 on kuvattu **liitteessä 7**.

Hyvinkään sairaalan akuuttivuodeosastoilla (3,4 ja 6) hoitopäiviä oli yhteensä 51 206, ja hoitojaksoja 11 026, keskimääräinen hoitoaika kolmella osastolla oli 5 vrk vuonna 2015. Osastoittain kuormitusprosentit olivat: osasto 3 97%, osasto 4 78% (osan vuotta 10 ss sulku) ja osasto 6 93%. (HUS-Ecomed).

Erikoissairaanhoidosta alkaneet lyhyet hoitopisodit (1-6 vrk) tapahtuivat pääosin kokonaan erikoissairaanhoidossa, kaksi tai useampia hoitopaikkoja sisältävät hoitopisodit yleistyivät ketjun pituuden kasvaessa. Pitkien hoitopisodien (kesto 21-90 vrk) hoitopäivistä 49 % toteutui perusterveydenhuollossa, 23 % Hyvinkään sairaalassa, 20 % muualla HUS:ssa ja 8 % Kiljavan kuntoutusosastoilla.⁶

Kiljavan Sairaalassa toteutui vuonna 2015 15477 kuntoutushoitopäivää / 780 hoitojaksoa. Tämän lisäksi Kiljavan Sairaalassa tuotettiin pitkäaikaishoitoa 11960 hoitopäivää. Kiljavan Sairaalassa toteutuneista kuntoutusjaksoista puolet oli akuutin erikoissairaanhoidon jälkeistä kuntoutusta, toinen puoli kuntien läheteillä tapahtuvaa toimintakykyä ja kotona selviytymistä tukevaa kuntoutusta. Akuuttivuodeosastoilta lähetettyjen potilaiden osuus kuntoutushoitopäivistä laskettuna oli 63 %.

Henkilöstö

Terveyskeskusvuodeosastojen henkilöstömäärät eri kunnissa ja hoitohenkilöstövahvuudet eri työvuoroissa vuonna 2015 on esitetty **liitteessä 8**.

Tavoitteet ja toimenpiteet palvelujen kehittämiseksi 2018 - 2022

Terveydenhuollon sairaansijatarpeeseen akuuttihoitohoidossa vaikuttavat monet tekijät. Pyrittäessä sairaansijojen käytön vähentämiseen on keskeinen ratkaistava ongelma

jatkohoitoon pääsy. Avainasemassa ovat riittävät ja hyvin vetävät hoivapaikat (tuetun palveluasumisen eri muodot) ja kotona selviämistä tukevat toimet (kotisairaala/kotisairaanhoido ja kotikuntoutus). Keskeistä on myös oikea potilasvalinta ja toimivat prosessit/hoitoketjut (oikea potilas, oikeaan aikaan oikeassa paikassa oikean ajan). Terveyskeskuksissa merkittävä ongelma on edelleen jatkohoivaan jonottajien määrä tk-osastoilla, vaikka tilanne vuosien 2016-17 aikana onkin merkittävästi parantunut tarkasteluvuoteen 2015 verrattuna. Erikoissairaanhoidosta jatkohoitoon pääsy on merkittävästi parantunut viime vuosina, ongelmia esiintyy pääosin vain erilaisten epidemioiden yhteydessä. Kotisairaaloiminnan kehittäminen, kotikuntoutus ja asumispalveluyksiköiden lääkäripalvelujen tehostaminen ovat tärkeitä kehittämiskohteita pyrittäessä rajaamaan terveydenhuollon sairaansijakapasiteetin lisäämistarvetta.

Keski-Uudenmaalla akuuttivuodeosastohoitoa kehitetään jatkossa osana koko akuuttihoitojärjestelmän kehittämistä, jossa vuodeosastohoito ajatellaan hoitomuotona silloin, kun hoito ei ole järjestettävissä kotiin vietävien palvelujen, kotisairaalan ja polikliinisten palvelujen avulla. Vanhoilla toimintamalleilla toimien vuodeosastokapasiteetin merkittävä lisääminen olisi välttämätöntä eniten vuodeosastohoitoa käyttävän yli 75 v väestön määrän kasvaessa kaksinkertaiseksi 2020-luvulle tultaessa.

Terveyskeskukset keskittyvät ajanvarauksella toimivaan vastaanotto toimintaan sekä virka-aikaiseen, tilanteen mukaan iltaan jatkuvaan lääkärin ja hoitajien kiirevastaanotto toimintaan. Koska terveyskeskuksissa ei ole iltaisin eikä öisin lääkitukea, akuuttivuodeosastotoimintaa tiettyjen potilasryhmien osalta keskitetään yhteispäivystyssairaalaan Hyvinkään sairaalanmäelle.

HUS:n psykiatrian tiekartan mukaan HUS luopuu Kellokosken sairaalasta ja Hyvinkään sairaanhoitoalueen psykiatrian osastot siirtyvät Hyvinkään sairaalan yhteyteen.

Tavoitteet ja toimenpiteet palvelujen kehittämiseksi 2018 - 2022

Palvelujen yhteensovittaminen ja yhdyspintatyö

1. Keski-Uudenmaan terveydenhuollon vuodeosastoja tarkastellaan ja kehitetään yhtenä kokonaisuutena.
2. Alueen väestön sairaansijakäyttö rajoitetaan nykyiseen alueelliseen kapasiteettiin, huolimatta siitä, että väestö ikääntyy voimakkaasti.
3. Vuoden 2018 alusta Hyvinkään sairaalan yhteispäivystykseen hakeutuvat potilaat, joiden hoito edellyttää osastolle ottamista, hoidetaan sairaalanmäen akuuttiosastoilla, vain terveyskeskuksessa jo hoidossa olevat tai kunnan kotisairaanhoidon piirissä olevat ja terveyskeskusosastoille soveltuvat akuuttipotilaat siirretään akuuttihoitoon terveyskeskusten osastoille.
4. Akuuttihoitajaksoja ei tarpeettomasti pilkota. Potilas, joka on otettu sairaalanmäen osastolle, hoidetaan osastolla kotiutukseen asti, ellei potilas tarvitse vaativaa osastokuntoutusta, tai yli viikon mittaista osastotoipumisvaihetta erikoissairaanhoidoa edellyttävän akuuttihoiton jälkeen.
5. Terveyskeskusosastoilla on jatkossa yhtenäiset toimintaprofiilit ja käytännöt. Niiden tehtävä on tukea asukkaiden kotona selviämistä, toimia kotiin vietävien palvelujen tukipisteinä, sekä toimia paikallisten kiire- ja muun vastaanotto toiminnan tukiosastoina

6. Vaativin osastokuntoutus järjestetään edelleen keskitetysti. Sen sairaansijatarpeeksi arvioidaan 60 ss 2020-luvun alkuvuosina
7. Kotisairaaloiminnan kehittämisen myötä terveyskeskusosastoilta voidaan vähentää merkittävä määrä sairaansijoja, mitä toteutetaan kuntakohtaisin päätöksin jo vuosien 2017 ja 2018 aikana. Keskitettyyn akuuttihoitoon sairaalanmäellä arvioidaan tarvittavan huomattavasti vähemmän lisäkapasiteettia kuin mitä voidaan perusterveydenhuollosta vähentää. Terveyskeskusosastopaikkojen vähentämisessä vapautuvat resurssit ohjataan kotisairaaloimintaan ja muuhun avohoitotoimintaan.
8. Pitkäaikaishoito ja jatkohoitopaikan odottaminen terveyskeskusosastolla puretaan kehittämällä kotiin vietäviä palveluja. Kaikenlainen palveluasuminen nähdään yhtenä kotona-asumisen muotona. Viiveetön siirtyminen terveyskeskusosastoilta eteenpäin osastohoitotarpeen päättyessä on keskeisin edellytys, ettei sairaansijakapasiteettia tarvitse lisätä 75 v täyttäneiden määrän kaksinkertaistuessa lähivuosina.
9. Erikoissairaanhoidon hoitokäytäntöjen kehittyminen ja HUS:n sairaaloiden joustavasti elävä työnjako ratkaisee, missä määrin alueen väestön vuodeosastohoitoa tapahtuu HYKS:n klinikoilla. Tavoite on, että HYKS:n osastohoito minimoidaan ja potilaat siirtyvät yliopistosairaalaan paikallisiin palveluihin heti kun yliopistosairaalan resursseja edellyttävä hoidon osuus on ohi. Tällä pyritään varmistamaan, ettei vaativimmankaan hoidon vuodeosastovaihe tarpeettomasti pitkity.
10. Aikuispsykiatrian sairaansijat siirtyvät Kellokoskelta Hyvinkään sairaalan uudisrakennukseen vuoteen 2019 mennessä. Aikuispsykiatria ja psykososiaaliseen alueelliseen ss-tarpeeseen sekä nuorisopsykiatrian yöpymismodulitoimintaan varataan 48 osastopaikkaa.
11. Haasteellisia geropsykiatrisia potilaita keskitetään terveyskeskusosastoilta ja Kellokoskelta sairaalanmäelle. Tahdonvastainen geropsykiatrisen hoito tapahtuu HYKS:ssa
12. Tavoitteiden toteuttaminen vaatii osastohoidon entistä tiiviimpää johtamista yhtenä kokonaisuutena ja toimijoiden sitoutumista sovittuihin toimintamalleihin. Keskeistä on toimintamallien yhdenmukaistaminen. Tarvitaan kattavaa ja ennakoivaa tietoa resurssitilanteesta ja asiakastarjonnasta reaaliaikaisesti, asiakkaiden/potilaiden ennakoivaa palvelutarpeen arviointia ja tarpeiden oikea-aikaisen toimittamisen hallintaa yli yksikkörajojen
13. Uusiin toimintamalleihin siirtymisessä tarvitaan myös merkittävässä määrin henkilöstön koulutusta

3.5.1.4 Kotisairaala ja kotiin vietävät palvelut

Nykytila

Kuntien välinen yhteistyö kotiin vietävien akuuttipalveluiden osalta käynnistyi keväällä 2016 Hyvinkään ja Järvenpään kotisairaaloiden osaamisvaihdolla ja perustamalla alueellinen Kotisairaala ja kotiin tuotettavat akuuttipalvelut työryhmä. Työskentelyn tavoitteena oli:

- Suunnitella yhdenmukaisen toimintamallin Keski-Uudenmaan soten alueelle
- Tuotettavien palveluiden palvelukuvaukset: Kotisairaala, akuutti kotisairaanhoido ja kotiutusyksikkötoiminta (tarkentui myöhemmin akuutiksi kotihoidoksi)
- Palvelut, joiden aloitus tapahtuu nopeasti = välittömästi – saman vrk sisällä ja potilas saa aina hoitoa, resurssit liikkuvat ja lisäresurssi saatavana nopeasti

- Vahvistaa kuntien välistä yhteistyötä potilaan parhaaksi: osaajat liikkuvat tarpeen, ei kuntarajojen mukaan.

Palvelujen sisällöissä ja nimissä ilmeni kuntakohtaisia eroja: Järvenpäässä toimii kotisairaala, Hyvinkäällä kotisairaalapalvelut tuottaa Kotiteho – Kotisairaala ja kotiutusyksikkö ja Tuusulassa KotiAKU. Nurmijärvellä, Mäntsälässä ja Pornaisissa ei ollut varsinaista kotisairaaloimintaa vielä loppuvuodesta 2016, mutta Mäntsälä käynnisti kotisairaaloiminnan huhtikuussa 2017. Akuuttia kotisairaanhoidoa tarjotaan Järvenpään intensiivitiimissä ja osittain myös kotisairaalassa kotiutuville potilaille, Hyvinkään Kotitehossa ja Tuusulan KotiAKU:ssa. Akuutin kotihoidon palvelukuvaus ei ole kunnissa käytössä, toimintaa lähimpänä on kotiutusyksikkötoiminta, jota tarjotaan Järvenpään intensiivitiimissä ja osittain kotisairaalassa, Hyvinkään Kotitehossa ja Tuusulan KotiAKU:ssa.

Muodostettiin alueellisesti yhtenäiset palvelukuvaukset ja potilaskriteerit kotiin tuotettaville akuuttipalveluille (kotisairaala, akuutti kotisairaanhoido ja akuutti kotihoito). Palvelukuvauksissa kuvataan, mitä palveluja potilaalle tarjotaan koko sairaanhoitoalueella (liite 9). Potilaskriteerit muodostettiin kullekin palvelukokonaisuudelle. Alueelliset kotisairaalahoidon potilaskriteerit otettiin käyttöön kuntien kotisairaaloissa keväällä 2017 ja niiden päivitys kirjalliseen materiaaliin on käynnissä. Akuutin kotisairaanhoidon ja akuutin kotihoidon osalta suunnittelu on käynnissä.

Alueellinen kotisairaalan pilottihanke käynnistettiin syyskuussa 2017. Pilotin tavoitteena on arvioida alueellisten potilaskriteerien toteutumista, kehittää kuntien välistä yhteistyötä kotisairaalapotilaiden hoidossa sekä luoda alueellinen malli yhteistyöhön, kotisairaaloiminnan koordinointiin ja raportointiin.

Pilotissa alueen kotisairaalat hoitavat potilaita yhteistyössä koko Keski-Uudenmaan alueella. Potilas voidaan ohjata hoitoon muuhun kuin oman kunnan kotisairaalaan, jos oman kunnan kotisairaala on ruuhkautunut tai potilas asuu selkeästi lähempänä naapurikunnan palveluita. Pilotissa mukana olevat potilaat ovat lyhytaikaisen akuuttihoitoon tarpeessa olevia potilaita, esim. infektiopotilaita. Palliatiiviset potilaat hoidetaan edelleen oman kuntansa kotisairaaloissa.

Tavoitteet ja toimenpiteet palvelujen kehittämiseksi 2018 – 2022

Palveluohjaus ja palvelujen yhteensovittaminen

1. Alueellisen kotisairaalan suunnittelu ja toteutus 2018 - 2019.
Käynnissä oleva Alueellinen kotisairaala –pilottihankeen myötä parannetaan alueellista yhteistyötä ja luodaan malli toiminnan koordinoinnille. Määritetään alueellisen potilaskoordinaattorin työnkuva ja potilaiden hoitoon ohjauksen malli. Tavoitteena on alueellisesti koordinoitu kotisairaaloiminta, jossa on huomioitu kustannustehokkuus (kuinka monta kotisairaaloimintaa alueelle tarvitaan) ja asiakaslähtöisyys (hoito on sujuvaa ja oikea-aikaista) Samalla tarkennetaan arviota alueellisen kotisairaalan potilasvolyymeistä ja niiden vaikutuksista akuuttivuodeosastopaikkoihin.
2. Kotisairaalahoido ensisijaiseksi vaihtoehdoksi sairaalahoidoa tarvittaessa 2018.
Kotisairaalahoidon ja muiden kotiin tuotettavien akuuttipalveluiden avulla potilaita hoidetaan kotona tai asumispalvelussa vuodeosastohoidon tai päivystyskäynnin sijaan, jolloin vuodeosastojen paikkatarve ja päivystyskäynnit vähenevät. Potilaat ohjataan oikeaan hoitopaikkaan tehostamalla potilasohjausta kotiin tuotettaviin akuuttipalveluihin yhteistyössä

Akuutti vuodeosastotoiminta – ja Kiirevastaanotot ja päivystys –työryhmien kanssa Lisäksi pilotoidaan Kotisairaalan konsulttilääkäritoimintaa Hyvinkään sairaalan osastolla syksystä 2017 alkaen.

3. Kotiin tuotettavat akuuttipalvelut ympärivuorokautisiksi 2018-2019
Kotiin tuotettavia akuuttipalveluja (kotisairaala, akuutti kotisairaanhoido, akuutin kotihoito) tuotetaan kaikissa alueen kunnissa. Kunnat toimivat yhteistyössä siten, että työntekijät liikkuvat yli kuntarajojen, mikäli potilaan hoito sitä edellyttää. Esimerkiksi kuntien rajoilla asuvat potilaat saavat tarvittaessa hoidon naapurikunnasta. Palvelukokonaisuuksien yhtenäinen käsitteistö otetaan käyttöön koko alueella. Akuutti kotisairaanhoido ja akuutti kotihoito – palvelukokonaisuuksien suunnittelua jatketaan ja kotiin tuotettavien akuuttipalveluiden käynnistys kaikissa alueen kunnissa toteutetaan vuosien 2018-19 aikana. Palveluiden toiminta-aika laajennetaan portaittain ympärivuorokautiseksi.

Yhdyspintatyö

4. Vuodeosastojen hoitajakset lyhenevät, kun varhaisempi kotiutuminen mahdollistuu kotiin tuotettavien palvelujen avulla. Akuutti kotisairaanhoido mahdollistaa myös hoidon aloituksen suoraan ensihoidon käynniltä tietyissä potilasryhmissä, jolloin päivystyskäyntien määrä vähenee. Hyvinkäällä käynnistettyä toimintamallia, jossa potilaat ohjataan ensihoidon käynniltä akuuttiin kotisairaanhoidoon, laajennetaan alueen muihin kuntiin 2018-2019.
5. Yhteistyötä Ikäihmisten palvelut –ryhmän kanssa käynnistetään yhdenmukaisten suunnitelmien laatimiseksi ja päällekkäisyyksien kartoittamiseksi.

Muu kehitystyö

6. Palliatiivinen hoito kotisairaalassa kansallisten suositusten mukaisesti 2020-2022. STM julkaisee joulukuussa 2017 suosituksen palliatiivisen hoidon ja saattohoidon järjestämisestä. Aiemmin julkaistussa STM:n raportissa ”Syövän hoidon kehittäminen 2010-2020” ehdotetaan kolmiportaista hoitomallia palliatiiviseen hoitoon. Perustason (A) muodostavat kaikki terveydenhuollon yksiköt. Alueellisen erityistason (B) muodostavat isojen kuntien ja kuntayhtymien (n. 50 000 asukkaan väestöpohja) palliatiivisen ja saattohoidon yksiköt. Kotiin vietävien palvelujen osalta B-taso tarkoittaa palliatiivisten ja saattohoitopotilaiden hoitoon erikoistunutta kotisairaanhoidoa/kotisairaala, jonka tavoitettavuus on 24/7. B-tason yksikössä tulee olla moniammatillinen työryhmä, johon kuuluu lääkäri, sairaanhoitaja ja erityistyöntekijöitä. Vähintään yhdellä yksikön lääkäriä tulee olla palliatiivisen lääketieteen erityispätevyys ja vähintään osalla sairaanhoitajista pitkä kokemus tai koulutusta palliatiivisesta hoidosta ja saattohoidosta. B-tason yksikössä hallitaan oirehoidon erityistekniikat, hätätilanteiden hoito sekä psykososiaalisen ja henkisen tuen antaminen. HUS-alueen saattohoitotyöryhmän suosituksen mukaan tarvitaan yksi palliatiivisen hoidon moniammatillinen avohoidon tiimi 100 000 asukasta kohden. Tämä vastaa 15-20 kotisairaalaapaikkaa /100 000 asukasta eli Hyvinkään sairaanhoitoalueella 30-40 kotisairaalaapaikkaa palliatiivisille potilaille.

3.5.1.5 Akuutti suun terveydenhuolto

Nykytila

[Terveystieteiden tutkimuskeskus \(1326 / 2010 / 26§\)](#) mukaan kunnan perusterveydenhuollon on suun terveydenhuoltoa järjestäessään toimittava yhteistyössä erikoissairaanhoidon, muun terveydenhuollon sekä sosiaalihuollon henkilöstön kanssa.

Hyvinkään sairaanhoitoalueen virka-aikaisen päivystyksen hoitaa kukin alueen kunta omissa tiloissaan, mutta yhteinen päätöspuu päivystyksiin on otettu käyttöön kaikissa kunnissa.

Virka-ajan ulkopuolinen päivystys tulisi päivystysasetuksen 23.9.2014/782 § 16 mukaan järjestää sairaanhoitopiirin alueella keskitetysti yhteispäivystyksen yhteydessä. Tällä hetkellä Hyvinkään sairaanhoitoalueen kunnat ostavat virka-ajan ulkopuolisen päivystyksen (yöpäivystystä lukuun ottamatta) Helsingistä yksityiseltä palveluntuottajalta, koska yhteispäivystyksen yhteydessä ei sh-piirissä ole olemassa hammaslääkärin vastaanottotiloja. Pääkaupunkiseudun kunnat ovat järjestäneet oman virka-ajan ulkopuolisen päivystyksensä Helsingin kaupungin omistamassa Haartmanin sairaalassa. Yöpäivystys järjestetään ERVA-alueen yhteisenä päivystyksenä Töölön sairaalassa.

Tavoitteet ja toimenpiteet palvelujen kehittämiseksi 2018 – 2022

Palvelujen yhteensovittaminen

- 1) Sijoitetaan suun terveydenhuollon vastaanottotilat Hyvinkään sairaalan yhteispäivystyksen välittömään läheisyyteen vuoden 2018 aikana. Toteutetun kannattavuuslaskelman perusteella virka-ajan ulkopuolinen päivystys on Hyvinkään sairaanhoitoalueella järjestettävissä suunnilleen samoin kustannuksin kuin nykyinen ostopalvelu. Hyvinkään sairaalassa toimii yhteispäivystys 24/7, johon suun terveydenhuollon päivystyksen on mahdollista tuottaa synergiaetuja. Tilaratkaisujen avulla on mahdollista täyttää paitsi akuuttihoitoon myös osastopotilaiden ja avovastaanoitoilla käyvien potilaiden suun terveydenhuollon konsultaatiotarvetta sekä perushammashoitoa.
- 2) Suun sairauksien hoitaminen yleisanestesiassa Hyvinkään sairaalassa mahdollistuu uuden leikkausyksikön (kevät 2019) myötä. yleisanestesia-hammashoitoa voidaan hyödyntää myös pelkäävien potilaiden ja vaikeasti dementoituneiden potilaiden akuuttihammashoidossa.

Palveluohjaus ja muu kehitystyö

- 3) Yhtenäistetään suun akuuttipalvelujen tilastointia, jolloin pystytään seuraamaan ja ohjaamaan alueellisten akuuttipalvelujen kysyntää.
- 4) Yhteisen potilastietojärjestelmän käyttöönotto Hyvinkään sairaanhoitoalueella suunnitelmakaudella.

3.5.2 Muut terveys- ja sairaanhoitopalvelut

Terveydenhuollon järjestämissuunnitelmaa koskevan [valtioneuvoston asetuksen 337 / 2011, 7 §](#)) mukaan on sovittava, miten hoitoketjut ja alueelliset hoitosuunnitelmat laaditaan yhteistyössä ja miten niiden toteutumista tuetaan ja seurataan.

KU sotien alueella on viimeisen 10 vuoden aikana kuvattu vajaa 30 hoitoketjua. Suunnitelmakaudella kuvataan ja päivitetään kansanterveyden kannalta keskeiset hoito/palveluketjut huomioiden erityisesti ennaltaehkäisevä ja terveyden edistämistä koskeva työ sekä asiakaslähtöisyys muun muassa huomioimalla yhdyspinnat sähköisiin palveluihin (kuten sähköiset talot). Palveluketjujen toimivuutta mitataan, keskeisillä palveluketjuilla on omistajaryhmät, jotka vastaavat ko. potilasryhmän hoidon laadusta ja asiakaslähtöisyydestä.

3.6 Vammaispalvelut ja kehitysvammahuolto

Nykytila

Keski-Uudenmaan kuntien asukkaista on vammaisia noin 1.9 % eli 3700 henkilöä ja tästä ryhmästä noin 720 henkilöä on kehitysvammaisia. Em. 3700 vaikeavammaisen joukosta noin 150 henkilöä saa Kelan vammaistukia, henkilökohtainen avustaja on osalla henkilöitä ja 130 henkilöä asuu ympärivuorokautisessa asumispalveluyksikössä.

Nykytilassa toimivia ja vahvistettavia tekijöitä:

4. Asiakaslähtöiset, joustavat ja lähellä asiakasta olevat palvelut
5. Asiakkaan osallisuus
6. Joustava, lähellä asiakasta oleva päätöksenteko
7. Asiakkaan verkostojen tuntemus ja hyvä verkostoyhteistyö
8. Toimivat vammaisneuvostot
9. Vammaisten henkilöiden itsenäinen asuminen ja kotiin annettava tuki
10. Tukihenkilötoiminta
11. Palvelurakenteen keventäminen ja monipuolistuminen

Nykytilan ongelmakohtat ja kehittämistarpeet:

12. Päälekkäisiä palveluja
13. Suuret kustannukset. Monessa kunnassa kaikki tuotanto on ostopalvelua ja hintoihin ei ole pystytty vaikuttamaan riittävässä määrin kustannusten kasvua hillitsevästi.
14. Henkilökohtaisen avun ja erityisesti henkilökohtaisten avustajien työn kehittäminen.
15. Asiakkaat osittain ohjautuneet liian raskaisiin asumisen palveluihin
16. Asiakkaan palvelutarpeen ja toimintakyvyn arviointi on osittain puutteellista ja yhteiset mittarit puuttuvat.
17. Vaativan tason hoidon (mm. Kehitysvammapsykiatria) saatavuudessa on haasteita.
18. Peruspalvelut eivät kaikilta osin ole vammaisten henkilöiden saavutettavissa. Asiakkaat ohjautuvat liian raskaisiin, viimesijaisiin palveluihin.

19. Kunnilla on nyt lukuisia erilaisia palvelujen asiakaskriteerejä ja hyvin erilaiset tavat järjestää palvelut sekä eroja palvelujen tasossa.

Muutos- ja uudistamistarpeet

20. Palvelurakenteen keventäminen
21. Oma koti ja kotiin vietävien palvelujen ensisijaisuuden huomioiminen palvelurakenteessa.
22. Sosiaalihuoltolain mukaisten palvelujen ensisijaisuuden huomioiminen erityisesti lasten ja ikäihmisten palveluissa.
23. Uudenlainen asenne ja ajattelu, työkuultuurin muuttaminen / tehdään monialaisesti yhdessä työtä, tarpeen mukaan asiakkaan luona hänen arkiympäristössään.
24. Asiakkaan palvelutarpeen monitoimijainen arviointi ja asiakasprosessien uudistaminen / yhteiset asiakkaat.
25. Laitoshoidon purkaminen, tukiasumisen lisääminen ja kotiin vietävien palvelujen kehittäminen
26. Mittareiden käyttöönotto, teknologian lisääminen
27. Ostopalvelujenlaadun varmistaminen. Vaikuttavuuden ostaminen

Tavoitteet ja toimenpiteet palvelujen kehittämiseksi 2018 – 2022

Palveluohjaus

1. Keskitetty asiakas- ja palveluohjaus sekä neuvonta 2018
2. Keskitetty palvelutarpeen arviointi ja palvelusuunnitelma 2018

Palvelujen yhteensovittaminen ja yhdyspintatyö

3. Laaditaan palveluihin (kunnan peruspalvelut, sosiaalihuoltolain mukaiset palvelut, erityislakien mukaiset) ohjeet, selkeät porrastukset ja kriteerit 2018
4. Kehitetään liikkumista tukevia palveluita (kuljetuspalvelut) 2018
5. Avustajakeskus käynnistyy ja henkilökohtainen budjetointi -pilottia jatketaan 2018
6. Kehitetään keskitettyjä/liikkuvia kehitysvammaisten poliklinikkapalveluja 2018
7. Osallisuutta tukevien toimintojen suunnittelu (asiakaskunnan kirjon ja yksilöllisyyden huomiointi, tarve miettiä työ- ja päivätoiminnalle vaihtoehtoja esim. tukea osallistumaan järjestötyöhön → työelämään) 2019
8. Selvitetään keinoja järjestää tukea sekä kehitysvammaisille että muille erityisryhmille omaan kotiin. Esim. tuetun asumisen ohjaaja voi tavata asiakasta max. 3 krt/vko, tätä suuremmassa avuntarpeessa yleensä asiakas ohjautuu asumispalveluihin 2019
9. Raskaista asumispalveluista pyritään kohti itsenäisempää asumista => tuetun asumisen ohjaajan tukea myös iltaisin ja viikonloppuisin. Tarvittaessa asiakas saa yhteyden asumisyksikön ohjaajaan iltaisin ja yöaikaan 2019
10. Työ- ja päivätoimintapalvelujen uudistaminen 2020
11. Työllistämispalvelujen kehittäminen tavoitteena työelämään pääsyn mahdollistaminen kaikille 2020
12. Erityisosaajien kouluttaminen alueelle liikkuvaan työhön esim. nepsy - valmennus 2021-2022
13. Asumisen tukipalvelujen edelleen kehittäminen 2020

Sähköiset palvelut

14. Sähköinen talo osana Terveyskylää valmistuu vammaispalveluihin 2018-2019
15. Digitalisoitumisen mahdollisuudet, mobiililaitteiden hyödyntäminen 2019
16. Tuetun asumisen ohjaajien/tms. yhteydenpitoa asiakkaisiin. Tätä koskeva toimintamallin luonti. Turvaa voi tuoda myös keskusteluyhteyden saaminen tarvittaessa esim. Skypen tai puhelimen avulla 2019
17. Kotona asumista ja kuntoutumista sekä virikkeellisyttä tukevien sähköisten palvelujen kehittäminen, virtuaalihoiva yms. 2020

Muu kehitystyö

18. Henkilökohtaisien avun työnantajamallin sijaisvälitys avustajakeskukseen 2019
19. Tarve lisätä tuetun asumisen ohjaajia asteittain tai ottaa käyttöön vammaispalveluihin/kehitysvammahuoltoon kodinhoitajia asumisohjaajan rinnalle tukemaan asiakasta yhdessä 2019
20. Tutkimustiedon hyödyntäminen palvelujen suunnittelussa 2018-2020
21. Työvalmentajien yhdessä tekemisen kehittäminen ja lukumäärän sekä osaamisen ja yhteisen työmuodon vahvistaminen 2021-2022

3.7 Kuntoutus palvelut

3.7.1 Lääkinnällinen kuntoutus

[Terveystieteiden lain \(1326 / 2010 / 29§\)](#) velvoittaa terveydenhuollon järjestämissuunnitelmassa sopimaan lääkinällisen kuntoutuksen ja siihen kuuluvien apuvälinepalveluiden osalta kuntien terveyskeskusten sekä perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välisestä yhteistyöstä ja toimintakäytännöistä. Suunnitelmassa tulee huomioida myös yhteistyö sosiaalitoimen, muiden hallinnon alojen ja yksityisten toimijoiden kanssa. Lääkinnällisen kuntoutuksen tavoitteena on vaikuttaa väestön terveyteen, hyvinvointiin, työ- ja toimintakykyyn sekä elintapoihin. Kuntoutuksen keinoina ovat ennaltaehkäisevät ja ohjaavat toimenpiteet sekä sairauksiin ja tapaturmiin liittyvät toimintakykyä korjaavat ja ylläpitävät kuntoutusmuodot.

Lääkinnällinen kuntoutus tulee lain mukaan järjestää sisällöltään ja laajuudeltaan sellaiseksi kuin kuntoutuksen tarve alueella edellyttää. Kuntoutus on järjestettävä viivytyksettä siinä muodossa ja sellaisella tavalla ja sellaisessa määrääjässä, että sillä kuntoutuksen työ- ja toimintakyvyn kannalta on vaikuttavuutta. Sairaanhoidosta vastaavissa yksiköissä on tunnistettava sairauteen liittyvät kuntoutustarpeet ja -mahdollisuudet ja käynnistettävä viiveettä kuntoutuksen pääsyyn valmistelut jo hoidon aikana ja sen jatkeeksi.

Kuntoutus on aina tavoitteellista, ennalta suunniteltua ja prosessimaisesti tuotettua toimintaa, jossa tavoitteiden vaikutuksia ja tavoitteisiin pääsemistä sekä tuloksia seurataan systemaattisesti. Yksilön tarvelähtöisesti määritellyt kuntoutustavoitteet ovat asiakkaalle merkityksellisiä ja hän motivoituu tavoittelevaan niitä. Tuloksellisuus edellyttää nykyistä tarkempaa kuntoutusinterventioiden kuvausta ja kuntoutukselle ominaisten ja erilaisten asiakkaan kuntoutustarpeiden ja vaikuttavien tekijöiden tunnistamista ja huomioimista.

Kuntoutuksella käsitteenä tarkoitetaan ammatillista, kasvatuksellista, sosiaalista ja lääkinällistä kuntoutusta. Kuntoutusten eri osa-alueita on määritelty erityisesti lain

säädännössä erilaisia etuisuuksia ja toiminnan sisältöä määriteltäessä. Suurin vastuu lääkinnällisen kuntoutuksen toteuttamisesta on terveydenhuollolla.

Lääkinnällinen kuntoutus tulee erottaa kuntouttavasta työtavasta, hoidollisista ja huollollisista toimenpiteistä ja palveluohjauksesta (HYKS – ERVA).

Lääkinnällisen kuntoutuksen tavoitteena on asiakkaalle merkitykselliseen toimintakyvyn muutokseen vaikuttaminen ja kuntoutujan tukeminen tavoitteisiin pääsemisessä. Kuntoutuksen keskeisenä osana on tunnistaa ja vaikuttaa toimintakyvyn ylläpitämiseen vaikuttaviin tekijöihin, esimerkkinä kuntoutujan elämäntavat ja elämäntilanne. Kuntoutuksessa harjoitetaan taitoja ja toimintoja, huomioiden kuntoutujan toimintakykyä alentavat tekijät ja kuntoutujan omat tavoitteet. Toimintakyvyn muutos näkyy suorituksissa ja osallistumisessa, eli selviytymisessä päivittäisissä toimissa, liikkumisessa ja vuorovaikutuksessa eri tilanteissa esimerkiksi kotona tai työssä.

Kuntoutuksen tavoitteet määritellään yksilöllisesti kuntoutumissuunnitelmassa. Kokonaistavoitteen, esimerkiksi asuminen omakotitalossa puolison kanssa aiemman tilanteen mukaisesti ilman lisäapuja, saavuttamiseksi asetetaan osatavoitteita, jotka määrittävät käytännön kuntoutuksen toteutusta, tarvittavaa osaamista ja käytettäviä menetelmiä. Lääkinnällisen kuntoutuksen osalta osatavoitteita voivat olla esim. lihaskestävyyden, tasapainon, sanasujuvuuden tai hahmottamisen parantumiseen keskittyviä harjoitteita, tukemista ja apuvälineiden hankintaa. Lääkinnällisen kuntoutuksen viitekehystenä käytetään Maailman terveysjärjestön (WHO) toimintakyvyn ja terveyden luokitusjärjestelmää (ICF), joka kuvaa terveyteen liittyvää toimintakykyä.

Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiriin (HUS) kuntayhtymä sekä Kymenlaakson sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymä Carea ja Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymä Eksote ovat tehneet erikoissairaanhoidon järjestämissopimuksen Helsingin Yliopistollisen keskussairaalan erityisvastuualueella ja sopineet lääkinnällisen kuntoutuksen yhteisistä toimintamalleista. HYKS ERVA sopimuksessa mukana olevat tahot laativat yhteisessä kehittämissuunnitelmassa ohjeet yhteisiksi käytännöiksi lääkinnällisen kuntoutuksen toiminnoille erityisvastuualueella. Ohjeistuksessa on kuvattu lasten ja nuorten, työikäisten /aikuisten sekä ikäihmisten ja määrättyjen paljon kuntoutuspalveluita käyttävien sairausryhmien/ henkilöiden kuntoutuskäytännöistä (esim. AVH, TULES). Ohjeistus on ollut lausuntokierroksella kunnissa ja lopullinen korjattu versio valmistuu v. 2017 aikana.

HYKS ERVA- tasoisesti on sovittu seuraavista lääkinnällisen kuntoutuksen kokonaisuuksista:

1. SYV eli selkäydinvamman koko eliniän kestävästä hoidosta ja sen keskittämisestä
2. Vaativan erikoissairaanhoidon hoitoprosessiin liittyvän kuntoutuksen järjestämisestä
3. Kalliiden ja erityisosaamista vaativat apuvälineiden tarpeen arvioinnista ja hankinnasta sekä
4. Kalliiden biomyoelektronisten proteesien tarpeen arvioinnin, hankinnan, huollon ja käytön opetuksesta ja keskittämisestä

Nykytila

Terveydenhuollon järjestämssuunnitelman 2013 - 2016 mukaisesti Keski – Uudenmaan alueen kunnat ja Hyvinkään sairaala perustivat 2015 alueellisen

lääkinnällisen kuntoutuksen toimintaa koordinoivan kuntoutuskoordinaatiotyöryhmän. Asiantuntijaryhmän tehtävänä on tehostaa alueellista kuntoutuspalvelujen koordinointia ja hyväksi koettujen käytäntöjen käyttöönottoa alueella. Kuntoutuskoordinaatiotyöryhmän tehtävänä on ollut lääkitäntöisen kuntoutuksen alueellisten tavoitteiden toteutumisen seuranta suunnitelmakaudella. Ryhmä toimii valmistelevana työryhmänä ja HyTKen ohjauksessa. HyTke koostuu alueen terveysjohtajista ja vastaa Hyvinkään sairaanhoitoalueen terveydenhuollon järjestämissuunnitelman toteutuksesta.

Keski – Uudenmaan Sote kärkihankevalmistelussa kuntoutus on nostettu yhdeksi keskeiseksi, kaikkia palveluryhmiä koskettavaksi palvelukokonaisuudeksi. Kuntoutuspalvelujen tulee muodostaa yhdessä tarpeenmukaisen hoidon ja hoivan kanssa asiakkaan näkökulmasta toiminnallisen kokonaisuuden. Lääkitäntöisen kuntoutuksen palveluissa pääpaino on terveydenhuoltolaissa määriteltyjen terapia- ja apuvälinepalvelujen tuottamisessa ja erityisesti huomioiden alueellisen akuuttihoidon järjestäytymisen, eri asiakasryhmien (vammaset, ikäihmiset, lapset-, nuoret ja perheet, työikäiset sekä mielenterveysasiakkaat) kotiin vietävien palvelujen ja oikea-aikaisen kuntoutuksen palveluketjujen toteutuksen. Apuvälinepalveluiden koordinointia keskitetään Hyvinkään Sairaalanmäelle 2018 valmistuvaan alueelliseen apuvälineyksikköön.

Alueen Lääkitäntöisen kuntoutuksen palveluita tuotetaan tällä hetkellä pääasiallisesti terveydenhuollon kuntoutuksen fysio- ja toimintaterapiayksiköissä, puheterapeuttien, neuropsykologien ja muiden kuntoutusasiiantuntijoiden toimesta kuntakohtaisten toimintakäytäntöjen mukaisesti. Lääkitäntöisen kuntoutuksen ostopalvelut on kilpailutettu ja käytetty kunta /organisaatiokohtaisesti täydentämään omaa palvelutuotantoa.

Yhteistyö

Keskeisin haasteista KU-sote - alueella on monipuolisten kuntoutuspalvelujen kohdentaminen asiakaslähtöisesti ja oikea-aikaisesti niistä parhaiten hyötyville asiakkaille/asiakasryhmille ja kuntoutusprosessin jatkuvuuden turvaaminen ja seuranta. Kuntoutuspalvelujen haasteena on luoda asiakkaan tavoitteet huomioivat, toimintakykyä mahdollistavat, arjessa pärjäämistä ja osallisuutta tukevat käytännöt. Hyvin toimivat kuntoutuspalvelut ehkäisevät osaltaan kuntalaisten eriarvoistumista. Kuntoutuspalveluissa vaarana on toiminnan pirstoutuminen irralliseksi toimenpiteiksi, yksittäisten työntekijöiden toiminnaksi ja vaikuttavien käytäntöjen alikäyttöön. Tavoitteena on johtaa palvelutoimintaa tehokkaasti ja keskitetysti, niin että se mahdollistaa resurssien ja asiantuntijaosaamisen kustannusvaikuttavan hyödyntämisen ja palveluiden tuottamisen hajautetusti KU – alueen terveydenhuollon ja sosiaalipalveluasiakkaiden tarpeisiin.

Muita kuntoutuksen järjestämiseen huomioitavia ja vaikuttavia työryhmiä ja päätöksiä

Vuoden 2017 aikana valmistelussa on useita kuntoutuksen sisältöön vaikuttavia sekä valtakunnallisia että maakunnallisia hankkeita. Näistä tärkeimpiä ovat:

- Sosiaali- ja terveysministeriön asettama kuntoutuksen uudistamiskomitea, jonka tavoitteena on toimeenpanna pääministeri Juha Sipilän hallituksen ohjelman mukaisesti kuntoutusjärjestelmän kokonaisuudistus. Uudistuksen tavoitteena on yhdenvertainen, kustannustehokas ja ohjattava järjestelmä, joka tukee ja vahvistaa kuntoutujaa elämän kaikissa tilanteissa niin, että kuntoutuksessa

toimivien vastuunjako on selvä ja asiakaslähtöinen kuntoutus toimii saumattomasti.

- Erikoissairaanhoidon järjestämissopimukseen ja lääkinnällisen kuntoutuksen HYKS ERVA (Helsingin yliopistollisen keskussairaalan erityisvastuualueella) kuntoutuskäytäntöjen yhdenmukaistaminen - projekti HYKS ERVA – alueella
- Terveystuolain mukaan julkisella sosiaali- ja terveydenhuollolla ei ole velvollisuutta järjestää 1 momentissa tarkoitettua kuntoutusta, jos lääkinnällisen kuntoutuksen järjestäminen on Kansaneläkelaitoksen kuntoutusetuuksista ja kuntoutusrahaetuksista annetun lain (566/2005) 9 §:n perusteella Kansaneläkelaitoksen tehtävänä. Kansaneläkelaitos on tarkentamassa KELA:n rahoittamia lääkinnällisen kuntoutuksen palveluita v 2019 alusta. Muutokset vaikuttavat alueellisiin palveluihin esim. lymfaterapian osalta.

Tavoitteet ja toimenpiteet järjestämissuunnitelmakaudella 2018 – 2022

Palveluohjaus ja palvelutarpeen arviointi

1. Yhtenäistetään potilaan toiminta- ja työkyvyn sekä kuntoutustarpeen arviointi. Hyvä kuntoutussuunnittelu tehostaa kuntoutuksen jatkuvuutta ja kuntoutujan sitoutumista kuntoutukseen. KU alueella tulee laatia monialaista kuntoutusta vaativille potilaille yhdessä sovittuja toimintatapoja noudattaen kuntoutussuunnitelma, jossa määritellään yksilön kuntoutuksen tavoitteet, keinot ja seuranta. Alueellinen toimintatapa kuvataan ja otetaan käyttöön 2018- 2019

Palvelujen yhteensovittaminen ja yhdyspintatyö

2. Hyvinkään sairaalan apuvälineyksikön toiminta ja KU alueen kuntien kuntoutuspalvelut integroidaan asteittain osaksi alueellista kuntoutuspalvelua 2018 – 2019. Alueellisen apuvälineyksikön toiminta alkaa Hyvinkään kaupungin ja Hyvinkään sairaalan yhteistyönä vuonna 2018. Keskitettyä apuväline-toimintaa laajennetaan K6 kuntiin asteittain hyödyntäen kuntien henkilöstön apuvälineosaamista ja tiloja. KU alueella noudatetaan v. 2015 päivitettyä HUS:n, Carean ja Eksoten lääkinnällisen kuntoutuksen apuvälineiden luovutusperusteita sekä jatkossa vuoden 2018 aikana valmistuvia valtakunnallisia apuvälineiden luovutusperusteohjeita. Uudenmaan maakunnallisen apuvälinekeskuksen toiminta on suunniteltu alkavaksi HUS Apuvälinekeskuksen (AVK:n) toimesta 2020.
3. Alueelliset kuntoutusprosessit yhdenmukaistetaan vuosina 2018 – 2019
 - Alueelliset kuntoutusprosessit yhdenmukaistetaan Apuvälineyksikön tarkoituksenmukaisen toiminnan varmistamiseksi ja alueen väestön tasa-arvoisten apuvälinepalvelujen takaamiseksi
 - Valinnanvapauslainsäädännön linjausten perusteella laaditaan Apuvälineyksikön ja alueen yksityisten toimijoiden apuvälinejakeluprosessit
 - Alueella saatetaan päätökseen meneillään olevien kuntoutusprosessien pilotit ja vakiinnutetaan hyväksi havaitut toimintatavat:
 - a. TULE- fysioterapeutin suoravastaanotto
 - b. HUS Hyvinkään sairaalan fysiatriin ja kuntien lääkäreiden ja fysioterapeuttien moniammatilliset yhteisvastaanotot
 - Kuntien lääkinnällisen kuntoutuksen työryhmien kokoonpanot ja toimintatavat yhdenmukaistetaan ja arvioidaan vaativien/erikoisosaamista vaativien kuntoutussuunnitelmatoiminnan keskittämisen hyödyt ja järjestämistavat
 - Kotiin vietävä kuntoutustoiminta arvioidaan erillisenä kokonaisuutena

4. Alueen laitoskuntoutustarvetta seurataan ja arvioidaan sekä integroidaan tarvittaessa muuhun kuntoutustoimintaan
Kiljavan sairaalan toiminta jatkuu KU kuntien omistuksessa ja KU järjestäjäkuntayhtymän ohjauksessa. Kiljavan sairaalan toiminnan vaikuttavuuden perusteella arvioidaan alueellista laitoskuntoutuksen tarvetta osana tulevaa SoTe – rakennetta. Lisäksi arvioidaan sairaalan tuotevalikoiman laajentamista osaksi muuta alueellista kuntoutuspalvelua. Palvelun tuottajan kilpailutus 2019.

Myöntämisperusteet ja yhtenäiset palvelut

5. Toimintakyvyn parantamiseen ja ylläpitämiseen tähtäävät terapiat ja muut kuntoutumista edistävät toimenpiteet ja niihin kohdennetut resurssit alueella kartoitetaan ja toimintatavat yhdenmukaistetaan
 - Terapiaostojen sopimushallinta ja kilpailutukset keskitetään
 - Terapioiden myöntämiskriteerit yhtenäistetään vastaamaan HUS-ERVA alueen kriteereitä.
 - Yhtenäistetään alueellinen terapiapalveluvalikoima niin, että käytössä on vain parhaita vaikuttaviksi todettuja terapiamuotoja osana alueellisia hoito- ja palveluketjuja. Terapiapalvelujen oikein kohdentamiseksi henkilökunta valmennetaan tunnistamaan erilaisten asiakasryhmien tarpeita.

Sähköiset palvelut

6. Kuntoutusasiakkaiden omatoimisuutta/aktiivisuutta tukevien välineiden/teknologian hyödyntämistä ja käyttöä tehostetaan ja otetaan käyttöön digitaalisia työkaluja (esim. Physiotools, Physiofiles) 2020 - 2022

Muu kehitystyö

7. Kuntoutumista ja asiakkaiden toimintakykyä mahdollistava työtapa integroidaan muuhun toimintaan kouluttamalla henkilöstö 2019 -2020
8. Selvitetään erilaisten kuntoutukseen liittyvien osaajien kokoaminen yhteisen alueellisen johdon alle. Laaditaan kuntoutusasiantuntijoiden työ- ja tehtäväkuvaukset sekä arvioidaan henkilöstöresurssien uudelleen kohdentamisen tarve ennaltaehkäisevän ja tehostettujen kuntoutuspalveluiden toteuttamiseksi, 2020 – 2022.

3.7.2 Ikääntyneiden kotikuntoutus

Ikääntyneiden kotikuntoutuksen tavoitteena on iäkkään ihmisen toimintakyvyn parantaminen tai säilyttäminen sekä mahdollisimman itsenäisen selviytymisen edistäminen ikääntyneen omassa kodissa. Kotikuntoutuksen keskiössä ovat asiakkaan oma motivaatio, näkemys tulevaisuudestaan sekä hänen roolinsa kuntoutuksen toteuttajana. Kokonaisuuden pohjana on Eksoten kehittämä Kolmiportainen kotikuntoutusmalli, joka jakautuu kolmeen eri tasoon: varhainen ennaltaehkäisevä tuki, kotona asumista tukeva kuntoutus ja monialainen tehostettu kotikuntoutus. Näistä monialaisen tehostetun kotikuntoutuksen pilotoinnin suunnittelu toteutetaan syksyn 2017 aikana niin, että niiden mukainen toiminta aloitetaan vuoden 2018 aikana.

Tehostettu monialainen kotikuntoutus tarkoittaa suunniteltua, yksilöllistä ja tavoitteellista määräaikaista palvelua (keskimäärin 3-6 viikkoa), joka voi olla joko osana asiakkaan palvelukokonaisuutta (esim. kotihoidon aikana) tai omana palvelunaan asiakkaan yksilöllisen tarpeen mukaan. Tavoitteena on, että asiakas löytää jakson aikana omia voimavaroja ja edistää toimintakykyisyyttä niin, että hän voi jatkaa asumista omassa kodissa mahdollisimman omatoimisesti, toimintakykyisenä ja voimaantuneena. Moniammatilliseen tiimiin kuuluu palveluun nimettyjä fysioterapeutteja, toimintaterapeutteja, kotikuntoutukseen erikoistuneita hoitajia sekä muita ammattilaisia (esim. lääkäri, sosiaalityöntekijä, muut terapeutit) asiakkaan yksilöllisen tarpeen mukaan. Mallin käsikirjan mukaista palvelukokonaisuutta kehitetään pilotointien kautta niin, että lopullinen alueellinen malli on laadittu ja pilotoitu vuoden 2018 loppuun mennessä. Mallin vaikuttavuutta asiakaskohtaisesti, palvelurakenteen näkökulmasta sekä kokonaistaloudellisesti arvioidaan alueellisesti yhdessä sovittujen mittareiden avulla koko pilotoinnin ajan. Malli tulee osaksi ikääntyneiden palvelurakennetta pilotoinnin jälkeen. Myöhemmin kotikuntoutuksen muut osat (varhainen ennaltaehkäisevä tuki sekä kotona asumista tukeva kuntoutus) määritellään ja niiden mukainen toiminta suunnitellaan tarkemmin.

Kotikuntoutus on osa ikääntyneiden palvelurakennetta ja sillä on tiivis yhteistyö ja rajapinta ikääntyneiden muihin palveluihin sekä sosiaali- ja terveydenhuollon muihin palveluihin. Asiakkaat ohjautuvat palveluihin palveluohjauksen kautta, jolloin avainasemassa on asiakkuuksien tunnistaminen muissa palveluissa, jotta yksilöllisesti suunniteltu ja varhaista tukea korostava kotikuntoutus tavoittaa oikeat asiakkaat oikea-aikaisesti. Ikääntyneille kohdennettu kotikuntoutus on osa valtakunnallista kärkihanketta ”Kehitetään ikäihmisten kotihoitoa ja vahvistetaan kaikenikäisten omaishoitoa (I&O)” ja sen puheenjohtajakuntana Järvenpään kaupunki. Mallin laadinta on toteutettu Uudenmaan kuntien ja sairaanhoitoalueiden yhteistyönä sekä siinä on ollut mukana pääkaupunkiseudun toimijoita.

3.8 Muut yhdyspinta hankkeet

3.8.1 Valinnanvapaus

Sosiaali- ja terveysministeriö käynnisti syksyllä 2016 valtakunnallisen palvelusetelikokeilun osana ”Palvelut asiakaslähtöiseksi”-kärkihanketta. Kokeilun tavoitteena on ollut tuottaa tietoa sosiaali- ja terveyspalveluiden valintavapautta koskevaan valmisteluun ja toimeenpanoon. Vuosien 2017-2018 aikana ministeriö ohjaa ja rahoittaa kunnissa ja kuntayhtymissä toteutettavaa valinnanvapauskokeilua.

Valinnanvapauskokeiluissa asiakas voi itse valita palveluiden julkisen, yksityisen tai kolmannen sektorin tuottajan. Kokeilun avulla selvitetään asiakkaan valinnanvapauden vaikutuksia sosiaali- ja terveyspalvelujen saatavuuteen ja laatuun sekä palvelujen hinnoittelu- ja korvausmallien vaikutusta kyseisten palvelujen kokonaismenoihin.

Yhtenä viidestä valituksi tulleesta kokeiluhankkeesta STM päätöksellään 9.11.2016 myönsi 2 milj. euron suuruisen valtionavustuksen Keski-Uudenmaan kuntien palvelusetelikokeiluhankkeelle. Hankkeen tavoitteena on kokeilla perusterveydenhuollon vastaanottopalveluiden palveluntuottajan vapaata valintaa ja tuottaa tietoa siitä, mitä mahdollinen valinnanvapaus sosiaali- ja terveydenhuollon

lainsäädännössä tulee käytännössä vaatimaan järjestäjältä, julkiselta palveluntuottajalta, yksityiseltä palveluntuottajalta, sekä kuntalaiselta. Sittemmin Keski-Uudenmaan hankkeelle saatiin STM:n päätöksellä 26.6.2017 ainoana käynnissä olevista valinnanvapauskokeiluista lisärahoitusta 1,1 milj. euroa kokeilun laajentamiseen suun terveydenhuoltoon. Vuoden 2018 lopussa päättyvän kokeilun tavoitteena on suun terveydenhuollon palveluiden tuottaminen nykyistä asiakaslähtöisemmin, laadukkaammin, tehokkaammin ja paremmalla vaikuttavuudella.

Keski-Uudenmaan sote - kokeilun tarkennetut tavoitteet ovat:

1. Satunnaisesti perustason vastaanottopalveluja käyttävien asiakkaiden ja potilaiden lääkäri- ja hoitajapalveluiden tuottaminen nykyistä asiakaslähtöisemmin ja tehokkaammin valinnanvapautta toteuttaen;
2. Paljon palveluita tarvitsevien asiakkaiden palvelujen vaikuttavuuden ja laadun parantaminen henkilökohtaisella budjetoinnilla ja aktiivisella asiakkuuksien johtamisella; ja
3. Suun terveydenhuollon palvelujen tuottaminen nykyistä asiakaslähtöisemmin, laadukkaammin, tehokkaammin sekä paremmalla vaikuttavuudella valinnanvapautta toteuttaen.

Hanke koostuu kolmesta erillisestä kokonaisuudesta:

1. Perusterveydenhuollon suoran valinnan kokeilussa kunnan asukas valitsee yksityisen, julkisen tai kolmannen sektorin palveluntuottajan. Kokeiluun kuuluvat palvelut on rajattu vastaanottopalveluihin, joilla tarkoitetaan nykyisten perustason terveysasemapalvelujen tasoista hoitoa. Palveluntuottajalla on kokonaisvastuu asiakkaasta ja hänen tarvitsemistaan vastaanottopalveluista. Järjestäjä maksaa yksityisille tuottajille korvauksen tuotetuista palveluista kapitaatio - periaatteen mukaisesti. Lisäksi korvausmallissa kokeillaan kannustin-sanktiomekanismia ja asiakkaiden aiemman palveluitten käytön huomioivaa korjauskerrointa. Järjestelmässä pyritään lisäämään tuottajan mahdollisuuksia organisoida toimintansa tarkoituksenmukaisella tavalla.
2. Henkilökohtainen budjetointi on työkalu, joka mahdollistaa aiempaa ratkaisulähtöisempien palvelukokonaisuuksien muodostamisen erityisesti niille, jotka tarvitsevat useita eri palveluja. Henkilökohtainen budjetointi ja paljon palveluita käyttävien asiakkaiden aktiivinen ohjaaminen edistävät sosiaalitoimen ja terveydenhuollon integraatiota. Henkilökohtainen budjetointi mahdollistaa myös pitkälle erikoistuneiden pienten ja uusien palveluntuottajien osallistumisen palvelutuotantoon. Henkilökohtaista budjetointia tullaan kokeilun ensi vaiheessa soveltamaan rajatuissa asiakasryhmissä.
3. Suun terveydenhuollon suoran valinnan kokeilussa kuntien täysi-ikäiset neuvola-, koulu- ja opiskelijaterveydenhuollon palvelujen piiriin kulumattomat asukkaat voivat valita suun terveydenhuollon palveluistaan vastaavan palveluntuottajan. Asiakas ei voi valita yksittäistä, nimettyä henkilöä palvelujensa tuottajaksi. Asiakkaan valinta voi kohdistua samanaikaisesti vain yhteen palveluntuottajaan. Suun terveydenhuollon kokeilun korvaus- ja rahoitusmalli perustuu kapitaatio- ja suoriterahoitukseen, jota säädellään kannustinmekanismein.

Valinnanvapauskokeilun hallinnointi siirtyy vuoden 2018 alussa Hyvinkään kaupungilta Keski-Uudenmaan sote - kuntayhtymän hoidettavaksi. Kuntayhtymä on hakenut lisää valtionavustusta kokeilun laajentamiseksi ja jatkamiseksi vuoden 2019 loppuun saakka. Porvoo kaupunki, Sipoon kunta, perusturvakuntayhtymä Karviainen ja Lohja kaupunki ovat mukana hakemuksessa. Hakemus ratkaistaan loppuvuodesta 2017.

3.8.2 I & O –kärkihanke

Sosiaali – ja terveysministeriön valtakunnallisessa I&O-kärkihankeessa kehitetään iäkkäiden sekä omais- ja perhehoitajien palveluja nykyistä yhdenvertaisemmiksi ja paremmin koordinoituiksi. Hanke on osa hallituksen sote- ja maakuntauudistukseen liittyvää palvelujen muutos- ja uudistamistyötä. Palvelusisältöjen ja -rakenteiden muuttamisella sekä osaamisen kehittämisellä pyritään vastaamaan tulevaisuuden kasvavaan palvelutarpeeseen. I&O-kärkihankkeen tavoitteena on

- *lisätä terveen ja toimintakykyisen ikääntymisen turvaavia palveluja, monialaista kuntoutusta ja erilaisia asumisen vaihtoehtoja*
- *kehittää iäkkäiden ihmisten kotiin annettavien palvelujen määrää ja sisältöä*
- *kehittää asiakas- ja palveluohjausta*
- *juurruttaa omais- ja perhehoitajien jaksamista tukevia käytäntöjä*
- *lisätä ikääntyneen väestön osallistumista*

Keski-Uudenmaan kunnat ovat olleet vuodesta 2016 saakka mukana Uudenmaan I&O-hankeessa, joka yhdistyy vuoden 2018 alusta pääkaupunkiseudun vastaavaan hankkeeseen. Kärkihankeessa yhteen sovitetaan iäkkäiden alueellista palvelukokonaisuutta ja kokeillaan erilaisia toimintamalleja muun muassa asiakas- ja palveluohjauksessa, kotikuntoutuksessa sekä omais- ja perhehoidossa. Toimintamallien pilotoinnit ajoittuvat vuodelle 2018 ja niiden tuloksia hyödynnetään Uudenmaan ikääntyneen väestön tukemisen suunnitelmassa. Kärkihanke integroidaan osaksi Uudenmaan maakunnan ikääntyneiden sote-valmistelua.

3.8.3 Lapsi- ja perhepalvelujen muutosohjelma (LAPE)

Lasten, nuorten ja perheiden palveluiden kehittämisen viitekehys Keski-Uusimaalla muodostuu vuosina 2018–2019 kansallisesta hallituksen kärkihankeesta eli Lape-muutosohjelmasta, joka toteutetaan Uusimaalla ”Yhdessä olemme enemmän” -hankeessa. Keski-Uudenmaan kuntien päätöksillä lasten, nuorten ja perheiden palvelut sekä sote- että kasvatus- ja sivistystoimialojen osalta ovat sitoutuneet Uudenmaan Lape-hankeeseen, johon on saatu myös merkittävä valtionosuusrahoitus. Hankkeen strateginen ohjaus tapahtuu STM:stä ja OKM:stä ja THL:sta. Uudenmaan kuntien hankkeen käytännön etenemistä ohjaa Uudenmaan LAPE-ohjausryhmä, jossa on edustajat kaikista kunnista. Hanketta hallinnoi Lohjan kaupungin organisaatioon sijoittunut LAPE-hanketoimisto.

Uudenmaan maakunnassa LAPE-hankkeita on kaksi: PKS-kuntien LAPE-hanke ja muun Uudenmaan (18 kuntaa) LAPE-hanke, johon Keski-Uudenmaan kunnat ovat sitoutuneet. Hankkeissa toimijoina ovat kuntien lisäksi HUS asiantuntijoihin ja oppilaitokset, Sosiaalialan osaamiskeskukset, kolmannen sektorin toimijat ja yksityiset toimijat, Sitra sekä lasten ja nuorten edustus. Maakunnan kahden LAPE-hankkeen yhteensovittaminen tapahtuu maakunnan

lasten, nuorten ja perheiden valmisteluryhmässä, jonka puheenjohtaja on Keski-Uusimaalta. Hankkeet tuottavat sisältöä ja toimintamalleja maakunnan tuleviin tuotantorakenteisiin. Vuoropuhelu hankkeiden ja maakunnan valmistelun kesken varmistetaan. Liikelaitoksen tuotantorakenteiden tulee tukea maakuntatasoisia toimintamalleja ja toimintamallien tulee istua maakuntatasoihin tuotantorakenteisiin. Uudenmaan maakunnan lasten, nuorten ja perheiden valmisteluryhmän alatyöryhmät muodostuvat LAPE-hankkeiden yhteistyöryhmistä (PKS & muu Uusimaa), mitä kautta maakunnan valmisteluun osallistuvat laajasti kaikkien kuntien asiantuntijat. Työryhmiä on kymmeniä. Paikallisesti jokaisessa kunnassa muutostyötä ja valmistelua ohjaa ja tukee kuntatasoinen LAPE-ohjausryhmä ja Keski-Uusimaalla Keski-Uusimaan LAPE-ohjausryhmä.

Yhdessä olemme enemmän -hanke

Tavoitteena on uudistaa lasten, nuorten ja perheiden palvelut. Lähtökohtana on lapsen oikeudet, perheiden monimuotoisuus, lapsi- ja perhelähtöisyys sekä lapsen, nuorten ja perheiden omien voimavarojen vahvistaminen. Sekä suunnittelussa että toimeenpanossa lasten, nuorten ja perheiden oma asiantuntemus on mukana. Painopisteenä on lasten ja perheiden matalan kynnyksen palveluiden vahvistaminen ja verkostoiminen perhekeskusmallin mukaisesti. Yhteistyö kuntiin jäävien palvelujen kanssa varmistetaan. Perustason ja erityistason palvelut integroidaan ja vaativinta erityisosaamista edellyttävät palvelut varmistetaan niitä tarvitseville lapsille, nuorille ja perheille.

Kansallisen LAPE-muutosohjelman kehittämiskokonaisuudet ovat seuraavat:

- Lapsen oikeuksiin ja tietoon perustuva toimintakulttuuri
- Perhekeskustoimintamalli
- Varhaiskasvatus, koulu ja oppilaitokset lasten ja nuorten hyvinvoinnin tukena
- Erityis- ja vaativamman tason palvelujen kehittäminen

Uudenmaan kunnat ovat valinneet em. kehittämiskokonaisuuksista painopisteiksi perhekeskustoimintamallin ja varhaiskasvatus, koulu ja oppilaitokset lasten ja nuorten hyvinvoinnin tukena -kokonaisuuden. Erityis- ja vaativamman tason palveluiden kehittämisestä yhteisen kehittämisen kohteiksi on valittu: erityisosaamisen liittäminen osaksi perustason palveluja, uudet toimintamallit vertikaalisen integraation mahdollistamiseksi sekä monialainen yhteistyö ja osaamisen yhdistäminen erityistason palveluissa, uudet toimintamallit horisontaalisen integraation mahdollistamiseksi.

Keski-Uudenmaan lasten, nuorten ja perheiden palveluiden erityisinä kehittämisen, mallinnuksen ja uudistamisen kohteina ovat seuraavat:

1. Perhekeskusmalli
 - a. tavoitteena on löytää yhteinen näkemys perhekeskustoimintamallin toteuttamisesta ja palvelusisällöstä
 - b. ”siltaaminen” peruskuntien palveluihin
2. Varhaiskasvatus, koulu ja oppilaitokset lapsen ja nuoren hyvinvoinnin tukena
 - a. opiskeluhuollon nykytilanteen kartoitus (kumppanina Sosiaalitalo) ja ”uuden kunnan” opiskeluhuollon toimintamallien hahmottelu

3. Erityisen ja vaativan tason palveluiden kehittämien
 - a. alueellisen EVA-opetuksen (vaativan erityisen tuen/opetuksen) uusi rakenne ja toteuttamistapa
 - b. pitkittyneiden huoltoriitojen toimintamalli

3.9 Muut yhteisen sopimisen painopistealueet

3.9.1 Yhteiseen tietojärjestelmään (Apotti) valmistautuminen

Nykytila

Tällä hetkellä alueella on perusterveydenhuollossa käytössä 6 isoa potilas – ja asiakastietojärjestelmää (Pegasos, Effica, GFS, Navitas, ProConsona, Winhit), jotka eivät parhaalla mahdollisella tavalla kommunikoivat keskenään eivätkä tue tarpeeksi ammattilaisten päivittäistä työtä. Perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon eri järjestelmät näkevät vain osittain toistensa tietoja Navitas-järjestelmän kautta, mutta käyttöä hidastaa rajapintaongelma. Valtakunnallinen Kanta-arkisto ei myöskään ratkaise tiedonkulun ongelmia kokonaan. Sosiaalihuollon asiakastietojärjestelmistä ei ole pääsyä aluetietojärjestelmään eikä KANTA:an. KANSA – hanke valtakunnallisesti määrittelee ja yhtenäistää sosiaalihuollon asiakirjarakenteet. Tämäkään hanke ei tuo integraatiota potilas- ja asiakastietojärjestelmien välille. Merkittävä este yhteiskäytölle on myös nykyinen lainsäädäntö.

Apotti muutos- ja potilastietojärjestelmähanke on alkanut HUS vetoisesti jo vuonna 2012 ja toteutusvaihe vuonna 2016. Hankkeessa kehitetään sosiaali- ja terveydenhuollon palveluita kokonaisuutena ja sen myötä otetaan käyttöön alueellisesti yksi ja yhtenäinen sote-tietojärjestelmä. Kyseessä on maailman ensimmäinen sosiaali- ja terveydenhuollon yhteisen tieto- ja toiminnanohjausjärjestelmän käyttöönotto. Apotissa ovat mukana HUS, Helsinki, Vantaa, Kirkkonummi, Kauniainen ja Tuusula, mutta myös muut HUS-alueen kunnat voivat liittyä hankkeeseen hankintasopimuksen mukaisesti. Apotti-järjestelmän ensimmäinen käyttöönotto tapahtuu vuoden 2018 lopulla Vantaalla ja HUS:n Peijaksen sairaalassa ja leviää siitä asteittain koko HUS alueelle. Organisaatioiden edustajat ovat tiiviisti mukana luomassa sisältöä, ja hankkeeseen on näin ollen sitoutettu mittava määrä henkilökuntaa.

Keski-Uudenmaan sote-kuntayhtymän ja HUS:n yhteistyö ja asukkaiden sujuvat palvelukokonaisuudet edellyttävät saumatonta potilas- ja asiakastiedon siirtymistä alueella. Tämän vuoksi on tarkoituksenmukaista liittyä Apottiin, jotta hyödyt asiakkaille, potilaille ja ammattilaisille saadaan käyttöön mahdollisimman pian. Apotin suurimmat taloudelliset hyödyt muodostuvat toimintatapojen muutoksesta ja tiedon nykyistä tehokkaammasta hyödyntämisestä.

Tavoitteet/ suunnitelma valmistautumiselle 2018 – 2022

Tavoitteena on saada suunnitelmakaudella Apotti käyttöön KU soten alueella. Apotin rakenteet, toimintamallit sekä toiminnalliset rajapinnat perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välille määritellään ja luodaan parhaillaan nykyisten omistajien toimesta. Apottiin liittyvät uudet asiakkaat aikanaan ottavat nämä käyttöön

”sellaisenaan”. Tietojärjestelmän rakenteesta johtuen ei ole realistista ajatella, että sitä muokattaisiin uusien liittyjien mukaan. Valmistautuminen käyttöönnottoon edellyttää seuraavia vaiheita

- 1) Vuosina 2018 – 2020 uudistetaan nykyisiä toimintamalleja Apotti huomioiden, jolloin varsinainen käyttöönotto olisi mahdollisimman sujuvaa.
- 2) 2018 suunnitellaan eri tietojärjestelmien käytön siirtymävaihe Apotin käyttöönottoon saakka. Alueella käytössä olevista potilastietojärjestelmistä ainoastaan Efficalla on jatkuvuutta. GFS ja Pegasos ovat elinkaarensa lopussa ja kumpaakaan ei enää kehitetä.
- 3) Apotin käyttöönottovaihe vaatii merkittävää resursointia ja riskien ennakkointia. Kyseessä on mittava toiminnan muutos (uudelleenjärjestelyhanke), johonka on valmistauduttava tietojärjestelmämuutoksen ohella myös kouluttamalla koko henkilöstö uuteen toimintatapaan. Siirtymällä rakenteeseen kirjaamiseen siirrytään myös toiminnanohjaukseen ja tiedon hyötykäyttöön aivan uudella tasolla. Sähköinen asiointi tulee merkittäväksi osaksi potilaan ja hoitopaikan välistä kommunikointia. Vanhoista järjestelmistä ja toimintatavoista luopuminen tapahtuu asteittain, mikä tarkoittaa ylimenovaiheessa raskasta kahden rinnakkaisen tietojärjestelmäarkkitehtuurin ylläpitoa.
- 4) Erikoissairaanhoidossa on varauduttu tiiviisti ja aikatauluttaen Apottihankkeen käyttöönottovaiheeseen; Vantaa / HUS Peijas 11/2018, muu HUS (sisältäen Hyvinkään sairaanhoitoalueen) 10/2019, Helsinki Kirkkonummi ja Kauniainen 2020.

Haaste tiedonkululle ja potilasturvallisuudelle tulee olemaan ylimenokauden kestävä useamman tietojärjestelmän rinnakkainen käyttö. Erityisenä haasteena on Hyvinkään sairaanhoitoalueella avautuva H-sairaalan yhteisosasto, jossa joudutaan miettimään ratkaisua useamman potilastietojärjestelmän tasolla (Uranus, Pegasos, Apotti)

3.9.2 Sähköiset palvelut

Nykytila

Keski-Uudenmaan alueen kuntalaisten ja sosiaali- ja terveystieteiden ammattilaisten käytössä olevissa sähköisissä palveluissa on alueellista eroavaisuutta ja kuntakohtaisia käytäntöjä. Sähköisten asiointipalvelujen kokonaisuus on hajanainen ja alueellinen kehittämisstrategia puuttuu. Samanaikaisesti kansallisesti sähköisessä asiointissa tapahtuu paljon. Järjestämissuunnitelmakauden aikana on odotettavissa kehitystä sekä käytettävissä olevan teknologian että sovellusten osalta. Esimerkiksi tämän hallituskauden kärkihankkeet Virtuaalisairaala ja Omahoidon digitaaliset hyvinvointipalvelut (ODA) ovat tuotanto- ja testausvaiheessa. ODA -hankkeessa uudistetaan sosiaali- ja terveystieteiden toimintamalleja erityisesti perusterveydenhuollon tarpeisiin. Virtuaalisairaala 2.0 hankkeessa tuotetaan digitaalisia erikoissairaanhoidonpalveluja erityisesti kansanterveyden kannalta suurille ja kasvaville potilasryhmille. Jotta kansalainen liikkuu digipalveluissa saumattomasti ja saa avun ilman erikseen liikkumista palvelusta toiseen, tarvitaan näiden hankkeiden kokonaissuunnittelua ja -koordinointia eri asiakassegmenteissä/ potilasryhmissä. Myös sähköisten palvelujen rajapinnat Apottiin on huomioitava ennakoivasti. Edellisten lisäksi alueen kunnissa on suunnitteilla ja kokeiluissa monia erilaisia sähköisen asiointin tuotteita. Utta kokemustietoa kertyy eri projekteista, mutta tiedon ja toiminnallisuuden arviointi ja sen alueellinen koordinointi eivät ole systemaattista ja kattavaa tällä hetkellä.

Tavoitteet ja toimenpiteet palvelujen kehittämiseksi 2018 - 2022

Tavoitteena on luoda alueellinen digitaalinen sosiaali- ja terveyspalvelujen palveluverkko Keski-uudenmaan kuntalaisille. Sähköiset palvelut vahvistavat kuntalaisten oman terveyden ja hyvinvoinnin edistämistä tukemalla omahoitoa ja lisäämällä itsepalvelun mahdollisuuksia. Kehittämistyö toteutetaan kiinteässä yhteistyössä käyttäjien eli kuntalaisten, asiakkaiden ja potilaiden kanssa ja siinä painotetaan innovatiivisia ja käyttäjäystävällisiä ratkaisuja.

1. Laaditaan alueellinen sähköisen asioinnin (sote-palvelut) toimintasuunnitelma, valmis kevät 2018.

- suunnitelmassa nimetään suunnitelmakaudelle ”kärkihankkeet” (asiakassegmentit + pilotoitavien / käyttöön otettavien digipalvelujen muoto) sekä aikataulutetaan niiden toimeenpano suunnitelmakaudelle
- suunnitelmassa määritetään alueellinen yhteistyöverkosto, joka seuraa ja ohjaa hankkeiden toimeenpanon toteutumista, kustannusvaikuttavuutta sekä kokonaiskoordinoi eri käyttöönottoja ja pilotteja alueellisia tavoitteita vasten
- suunnitelmassa kuvattu asiakkaiden osallistamisen keinot sähköisten palvelujen suunnitteluun ja kehittämistyöhön

3.9.3 Muut tukipalvelut

Laboratoriopalvelut on alueen kunnissa ulkoistettu HUSLAB:lle.

HUS Kuvantaminen tuottaa Hyvinkään, Järvenpään, Mäntsälän ja Tuusulan kuvantamispalvelut. Nurmijärvi liittyy HUS Kuvantamiseen vuoden 2019 alusta.

HUS Apteekki tuottaa Nurmijärven ja Mustijoen sosiaali- ja terveyspalvelujen (Mäntsälä ja Pornainen) apteekkipalvelut. Hyvinkäällä on Oma Apteekki, joka tuottaa apteekkipalvelut sekä kliiniset palvelut avovastaanotolle, kotisairaanhoidolle ja osastoille. Tuusulan lääkekeskus tuottaa apteekkipalvelut Tuusulan ja Järvenpään terveys- ja sairaalapalveluille. Lääkehankinnat toteutetaan hankintayhteistyönä HUS-Apteekin kanssa. Vuoden 2018 aikana Tuusula selvittää apteekkipalveluiden järjestämisen vaihtoehdot.

Nurmijärven ja Tuusulan kunnat ovat perustaneet Keski-Uudenmaan Työterveys Oy:n ja Uudenmaan Työterveys Oy:n. Yhtiöiden perustamissopimukset ja yhtiöjärjestykset hyväksyttiin Nurmijärven valtuustossa 26.4.2017 (§ 37) ja Tuusulan valtuustossa 8.5.2017 (§58). Keski-Uudenmaan Työterveys Oy on in house -osakeyhtiö, joka tuottaa omistajakuntien henkilöstön työterveyspalvelut. Kuntayhtiöjärjestys mahdollistaa uusien kuntien tai muun hankintalainsäädännössä tarkoitetun hankintayksikön mukaantulon yhtiöosakkaaksi. Uudenmaan Työterveys Oy tuottaa kuntien järjestämistä vastaavien yritysten työterveyspalvelut. Kuntalain ja kilpailutuslain vuonna 2013 voimaan astuneiden säädösten mukaisesti palveluntuottajan tulee yhtiöittää toimintansa, jos työterveyspalvelut tarjoaa työterveyshuoltolain 14§ tarkoitetuista sairaanhoitopalveluista kuntakonsernin ulkopuolisille toimijoille. Yhtiöittämisvelvoite astuu voimaan siirtymäsäännösten mukaisesti 1.1.2019. Uudenmaan Työterveys Oy mahdollistaa uusien osakkaiden mukaantulon. Mäntsälä on liittymässä osakeyhtiöön mukaan keväällä 2018.

Järvenpään työterveyshuolto on ulkoistettu yksityiselle toimijalle ja Hyvinkäällä on oma työterveyshuolto.

Ympäristöterveydenhuolto on osa kuntien vastuulla olevaa kansanterveystyötä. KU sotien alueella ympäristöterveydenhuollossa toimii alueellinen Keski-Uudenmaan ympäristökeskus -yksikkö osana teknistä toimialaa.

3.9.4 Koulutusyhteistyö ja osaavan henkilöstön saatavuuden turvaaminen

Nykytila

Henkilöstö- ja koulutussuunnitelman laatiminen kunnissa perustuu vuoden 2014 alusta voimaan astuneeseen lakiin taloudellisesti tuetusta ammatillisen osaamisen kehittämisestä (1136/2013) sekä lakiin työnantajan ja henkilöstön välisestä yhteistoiminnasta annetun lain muuttamisesta (1138/2013). Kyseiset lait velvoittavat kunnat saattamaan henkilöstö- ja koulutussuunnitelmansa lain edellyttämälle tasolle ja laatimaan ne yhteistoimintamenettelyssä henkilöstöjärjestöjen edustajien kanssa. Suunnitelmien tavoitteena on antaa perusta ja raami tulevien vuosien henkilöstöresurssin kehittämisestä ja sen kohdentamisesta palveluittain. Henkilöstö- ja koulutussuunnitelmissa kuvataan myös niitä henkilöstön osaamisen vahvistamiseen liittyviä tarpeita, joita tulevien vuosien toimintaympäristö- ja palvelurakennemuutokset edellyttävät.

Kuntien nykyiset henkilöstö- ja koulutussuunnitelmat ovat kuntakohtaisia ja ovat rakenteeltaan ja sisällöiltään muotoutuneet kunkin kunnan tarpeiden mukaisiksi.

Henkilöstön saatavuuden turvaaminen kattaa sekä määräaikaisiin että toistaiseksi voimassa oleviin palvelussuhteisiin rekrytoinnin. Ammattiryhmistä sosiaalityöntekijöiden ja terveyskeskuslääkäreiden saatavuus on kaikissa kunnissa haastavaa, kuten myös määräaikaisen henkilöstön osalta lyhytaikaisten sijaisten rekrytointi.

Hyvinkään sairaalassa on erikoislääkärikoulutusta keskeisillä lääketieteen erikoisaloilla. Alueella on erillinen yleislääketieteen erikoistumisohjelma, jossa taataan 4 erikoistuvalla lääkärillä erikoistumiskoulutusputki eri erikoisalojen koulutusosuudet koordinoitujen erikoislääkäripätevyyteen asti.

Tavoitteet toiminnan kehittämiseksi 2018 - 2022

Muutos kohti yhteisiä Keski-Uudenmaan sosiaali- ja terveyspalveluja on myös henkilöstön näkökulmasta vaativa ja edellyttää osaamisen, ammattitaidon ja tiedonhallinnan päivittämistä sekä esimiehiltä muutosjohtamisen taitoja.

Henkilöstön ammatillisen osaamisen vaatimukset tulevat kasvamaan ja monipuolistumaan merkittävästi lähivuosien aikana. Yhä enemmän tullaan tulevaisuudessa tarvitsemaan henkilöstön muutoskyvykkyyttä, kykyä ottaa haltuun uusia tehtäviä sekä kykyä selviytyä erilaisista yllättävistäkin tilanteista työssä. Syynä näihin vaatimuksiin ovat toimintaympäristössä tapahtuvat nopeat väestörakenteen muutokset, jotka tulevat ohjaamaan nykyisen henkilöstöresurssien käyttöä ja kohdentamista. Keski-Uudenmaan sotien yhtenä työryhmänä on aloittanut koulutus-

ja muutosvalmennustyöryhmä. Työryhmän tarkoituksena on tukea johtoa, esimiehiä ja henkilöstöä muutosvalmennuksen suunnittelussa ja toteutuksessa.

Sosiaali- ja terveystalvveluissa painopisteen siirtyminen terveyden ja itsehoidon edistämiseen sekä teknologian ja digitalisaation lisääntyvät mahdollisuudet edellyttävät henkilöstöltä uudenlaista osaamista, jotta muutosten tuomia mahdollisuuksia voidaan hyödyntää mahdollisimman hyvin.

Väestörakenteen muutos näkyy myös Keski-Uudellamaalla ikääntyneiden määrän kasvuna ja eliniän pitenemisenä sekä palvelutarpeen lisääntymisenä, jotka edellyttävät ennaltaehkäisevää, oikea-aikaista sekä osallisuutta ja toimintakykyä tukevaa toimintaa ja palvelua. Lisäksi kotiin vietävät kotiasumisen palvelut lisäävät henkilöstön erityisosaamisen tarvetta. Erityisesti muistisairaiden suhteellinen osuus kasvaa ja palvelujen piirissä olevien asiakkaiden palvelutarpeet yksilöllistyvät ja edellyttävät monialaista osaamista. Tehostettu monialainen kotikuntoutuksen merkitys tulee kasvamaan. Nämä tekijät lisäävät erityisesti ikääntyneiden parissa työskentelevien osaamisen jatkuvaa päivittämistä, tiedon jakamista sekä erikoistumista.

Sosiaalityön lääkinällisen kuntoutuksen palvelutuotannossa tavoitteena on kuntoutusosaamisen lisääminen, jolloin lisätään lastensuojelun sosiaalityöntekijöiden osaamista ihmissuhdeperustaiseen asiakastyöhön ja järjestetään systemiteoreettisesti orientoitunut työnohjausta.

Keski-Uudenmaan soten alueen nykyisestä henkilöstöstä noin 30 % eläköityy vuoteen 2026 mennessä. Pieneltä osin syntyvää vajetta voidaan paikata poistamalla päällekkäisyyksiä esim. hallinnon virkojen ja tehtävien osalta. Palveluja tuottavan henkilöstön eläköitymisen vuoksi syntyvään henkilöstövaihtuvuuteen tulee varautua henkilöstösuunnittelulla. Henkilöstösuunnittelussa voidaan ottaa kantaa uuden työvoiman rekrytoinnin haasteisiin ja mahdollisuuksiin. Nuorien työelämään tulevien ammattilaisten saatavuutta voidaan parantaa käynnistämällä tavoitteellinen ja tiivis yhteistyö erilaisten oppilaitosten ja yliopistojen kanssa. Työnantajan houkuttelevuuteen tulisi kiinnittää huomiota kehittämällä erilaisia henkilöstön palkitsemiskeinoja ja kehittämällä työnantajakuva houkuttelevasta työpaikasta, jossa henkilöstö voi vaikuttaa työhönsä ja sen kehittämiseen.

3.9.5 Asiakas- ja potilasturvallisuus ja laadunhallinta

Nykytila

HUS:ssa laadittiin Sosiaali- ja terveysministeriön ensimmäiseen valtakunnalliseen potilasturvallisuusstrategiaan pohjautuen (STM potilasturvallisuussuunnitelma 2009-2013) HUS laajuinen potilasturvallisuussuunnitelma vuonna 2011. Samana vuonna perustettiin potilasturvallisuustyön koordinoitiin moniammatillinen HUS potilasturvallisuuden ohjausryhmä, jonka tehtävänä oli edistää, kehittää ja valvoa potilasturvallisuuden toteutumista. Sosiaalihuoltolain edellyttämällä omavalvontasuunnitelmilla vaikutetaan vastaavasti asiakkaiden palvelujen laatuun ja oikeusturvaan sosiaalipalveluiden puolella.

Hyvinkään sairaanhoitoalueen alueellinen potilasturvallisuustyö on kehittynyt alueellisen Potilasturvallisuusfoorumin myötä (HUS esh sekä HySha alueen kunnat). Hoidon saatavuuden rinnalle on kehitetty lukuisia uusia potilasturvallisuutta ja laatua lisääviä strategisia mittareita. Uusia käytäntöjä (alueellinen HaiPro) on pilotoitu ja vakiinnutettu ja uusia mittareita on otettu käyttöön (potilaskuolleisuus ja sairaalaan paluuanalyysit). Magneettisairaala- ja JCI mallin mukaisesti tarkasteluun on otettu hoitointensiiviset tapahtumat (kaatuminen, painehaavat, vajaaravitsemus).

HUS potilasturvallisuuden ohjausryhmä ja HySha Potilasturvallisuusfoorumi ovat edistäneet STM ohjauksen mukaisia ja alueellisesti yhdenmukaisia käytäntöjä. Ne ovat kehittäneet ja valvoneet potilasturvallisuuden toteutumista ja ovat osaltaan pyrkineet levittämään hyviä, vaaratapahtumia minimoivia käytäntöjä alueellamme. Potilasturvallisuussuunnitelmassa asetettuja tavoitteita on toteutettu toimenpano-ohjelman avulla ja arvioitu vuosittain annettavassa potilasturvallisuusraportissa. Alueellisia potilasturvallisuuskoulutuksia ja alueellisia tarpeista esiin tulleita koulutuksia on järjestetty vuosittain.

Käytännön potilasturvallisuustyö painottuu vahvasti vaaratapahtumien ennakointiin ja analysointiin mm. HaiPro järjestelmän avulla. HaiPro- järjestelmä on käytössä valtakunnallisesti ja kattavasti myös Keski-Uudenmaan alueella, laajentuen terveydenhuollosta myös sosiaalityöhön ja tukipalveluihin. HySha Potilasturvallisuusfoorumi on koordinoitunut ja valvonut potilas- ja asiakasturvallisuustyötä mm. arvioimalla uusien toimintamallien potilas- ja asiakasturvallisuutta ja analysoimalla yhteisiä HaiPro-vaaratapahtumailmoituksia (potilaan siirtotilanteet, lääkitys). Viimeisen kahden vuoden aikana on otettu käyttöön vakavien vaaratapahtumien ISHIKAWA käsittelymalli, jossa korjaavat toimenpiteet ja niiden vastuuttaminen on nostettu keskiöön.

STM:n on julkaissut 6/2017 uuden potilas- ja asiakasturvallisuusstrategian vuosille 2017 – 2021. Tässä strategiassa on sote huomioiden erikseen korostettuna myös asiakasturvallisuus - ikäihmisten hoivassa ja muissa sosiaalipalveluissa on nähtävissä hyvin samoja riskejä kuin terveydenhuollossa.

Tavoitteita ja toimenpiteitä vuosille 2018 – 2019

Yhteinen potilasturvallisuusstrategia. KU - järjestäjäkuntayhtymän kunnissa päivitetään ja yhtenäistetään potilas- ja asiakasturvallisuussuunnitelmat huomioiden

erityisesti KU-alueella sovitut toimintamallit valtakunnallisten strategisten tavoitteiden mukaisesti (STM 6/2017 potilas- ja asiakasturvallisuusstrategia).

1. **Positiivisen potilasturvallisuuskulttuurin** tukeminen. Alueellisen Haipro-vaaratapahtumien seurantajärjestelmää laajennetaan mahdollisuuksien mukaan ulottumaan kaikkiin palveluntuottajiin. Kehitetään ”HaiPro asiakkaille” järjestelmää yhteistyössä Sopen kanssa
2. **Potilasturvallisuuden johtaminen** yhdenmukaistetaan. Potilasturvallisuusfoorumin vastuut ja tehtävät vakiinnutetaan. Riskienarviointi uusien toimintamallien käyttöönotossa otetaan osaksi suunnittelua (Apotti, kotisairaala). Omavalvonta- ja riskienhallintamenettelyitä (mm. Turvakävelyt) kehitetään ja jalkautetaan osaksi toimintaa.
3. **Potilasturvallisuuden organisointi ja resursointi määritetään.** KU järjestäjäkuntayhtymässä pyritään yhtenäistämään potilasturvallisuustyön hyvät käytännöt sekä resursointi.
4. **Potilasturvallisuuden arviointi.** Potilasturvallisuus- ja laatumittaristo otetaan osaksi yhteistä strategista mittaristoa. Potilasturvallisuustyötä arvioidaan säännönmukaisesti ja määritetään painopistealueet.

Yhteinen omavalvontasuunnitelma. Kunnissa laadittujen sosiaalihoitolain mukaisten omavalvontasuunnitelmien kehittämistarpeita arvioidaan vuoden 2019 aikana.

Tavoitteita ja toimenpiteitä vuosille 2020-2021

5. **Turvallinen lääkehoito.** Laaditaan sisältörakenteeltaan yhteneväiset lääkehoitosuunnitelmat uudet tietojärjestelmät huomioiden. Tavoitteena on yhtenäistää alueellista lääkehoidon käytänteitä, selkeyttää vastuujakoja ja vahvistaa työntekijätasosta riskienhallinnan toimintakulttuuria.
6. **Potilasturvallisuuden osaamistaso** määritetään. Integroidaan Potilasturvallisuutta taidolla” -verkkokoulutus osaksi perehdytysohjelmaa.
7. **Laiteturvallisuuden kehittäminen.** Laiteturvallisuutta lisätään pyrkimyksenä luoda yhteinen digitaalinen laitehallintajärjestelmä

3.9.6 Kehittäminen ja tutkimus

Nykytila

Tutkimus ja kehittämistoiminta ovat olennainen osa laadukasta hoitoa. Vahvaan tutkimusnäyttöön ja tietoon pohjautuva hoito takaa potilasturvallisen ja laadukkaan hoidon koko hoitoprosessissa. Tietoon ja taitoon pohjautuva hoitokulttuuri toimii hoitoyksikön sisäisenä ja ulkoisena vetovoimatekijänä ja rekrytointivalttina.

Alueella toimii koulutusyksikkö, joka tehtäviin rekrytoinnin ohella kuuluu koulutustoiminnan koordinointi. Yksikkö toimii kiinteässä yhteistyössä tutkimustoimikunnan kanssa, joka puolestaan koordinoi tutkimustoimintaa alueella kiinteässä yhteistyössä HUS tutkimus ja kehittämistoiminnan kanssa sekä alueen oppilaitosten kanssa. Kehittämistoiminta on projektoitu projektisalkkuun ja vastuutettu kehittämispäällikön alaisuuteen. Projektisalkun seuranta ja ohjaus toteutetaan alueellisten yhteistyörakenteissa määritettyjen roolien ja vastuiden mukaisesti (kohta 4).

Alueella koulutetaan merkittävä määrä sekä peruskoulutuksessa että erikoistumisvaiheessa olevia lääkäreitä. Hoitohenkilökunnan osalta oppilaitosyhteistyö ja käytännön harjoittelu kentällä on olennainen osa kouluttautumisessa työelämään.

Koulutusyksikkö

Alueellinen koulutusylilääkärikokous teemoittaa ja koulutusyksikkö koordinoi alueellisia koulutuksia. Koulutukset ovat järjestetty moniammatillisina koko alueen henkilökunnalle aktuellein aihein teemoittain (kipu, monioireinen potilas, potilasturvallisuus).

Tutkimustoiminta

Sairaalan tieteellinen tutkimustoiminta nivoutuu valtaosin myös HUS tutkimustoimintaan. Sairaalan tutkimustoimikunta jakaa myös omaa tutkimusmäärärahaa vuosittain. Tällä halutaan erityisesti tukea tutkimustoimintaansa aloittelevia tutkijoita.

Kehittäminen

Kehittämishankkeet on projektoitu projektisalkkuun ja niiden etenemistä seurataan ja ohjataan säännönmukaisesti alueellisissa yhteistyöfoorumeissa. Omien kehittämishankkeiden lisäksi on vuosittain käynnistetty myös HUS tutkimus- ja kehittämishankkeita, joiden koordinaatio tapahtuu myös alueellisen projektisalkun kautta.

Tavoitteet toiminnan kehittämiseksi 2018 – 2022

1. Tutkimus ja kehittämistoiminnan koordinoiminen alueellisesti
2. Kehittää Kehittämishankkeiden / hyvien käytänteiden jalkauttaminen alueellisiksi malleiksi. Järjestämissuunnitelman tavoitteiden konkreettista toimeenpanoa johdetaan alueellisen hankesalkun avulla
3. Koulutusvirkojen yhteiskäyttö

4 Alueelliset yhteistyön rakenteet

4.1 Keski-Uudenmaan sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämissuunnitelman seurannan ja päivityksen vastuut

Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämissuunnitelman seurantaan ja päivitykseen liittyvät vastuut toteutetaan KU-sote-kuntayhtymän yhteistyöorganisaation mukaisesti kuntayhtymän johtajan johdolla.

5 Liitteet

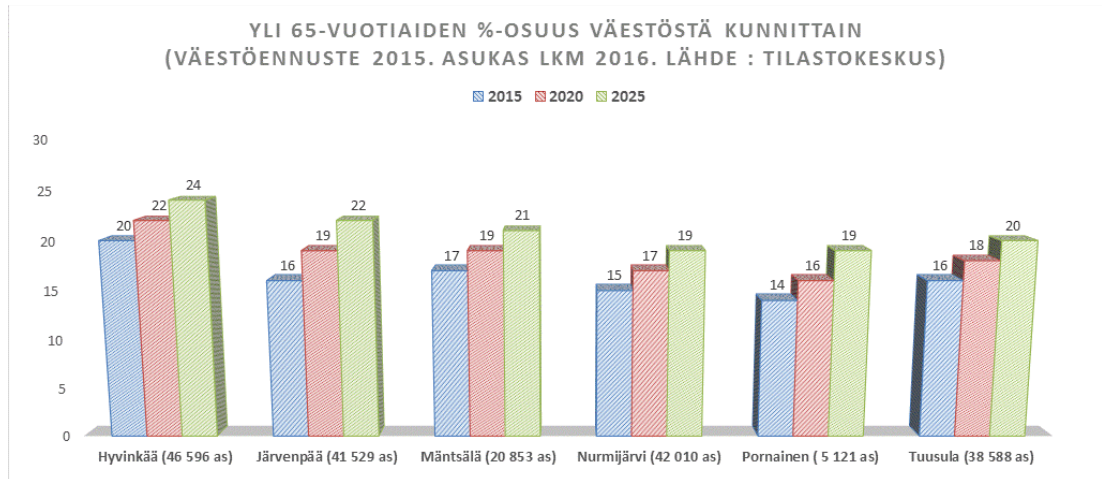
Liite 1. Hyvinvointi-indikaattorit 2016

Hyvinkää Järvenpää Nurmijärvi Mäntsälä Pornainen Tuusula

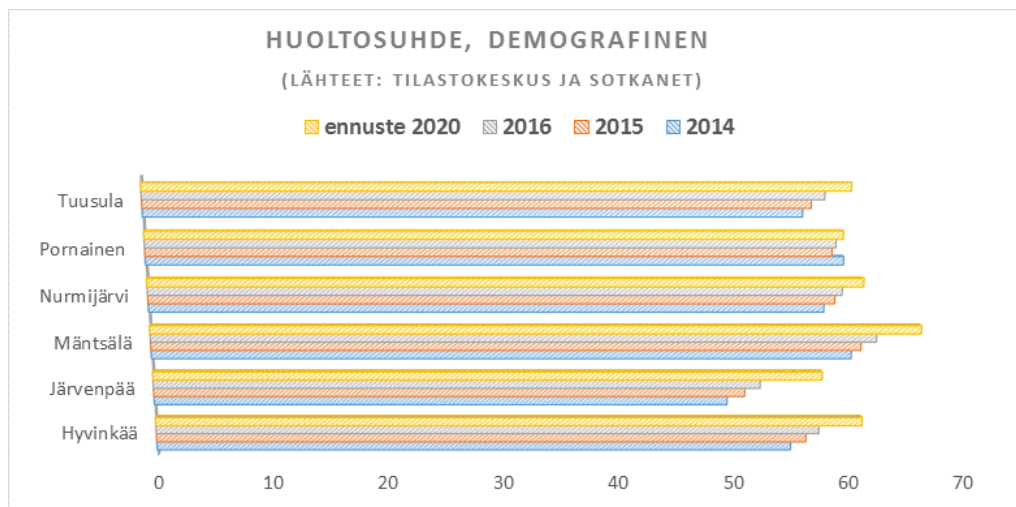
Väestö (2016)	46 596	41 529	42 010	20 853	5 121	38 588
Huoltosuhte, demografinen (2016)	57,3	52,1	58,8	61,9		57
Lapsiperheet % perheistä (2016)	39,4	42,1	47,4	44,9	46,4	45,4
Yh-perheet % lapsiperheistä (2016)	22,4	23,6	17,6	16,6	15	18,3
1 hengen asutokunnat % asutokunnista (2016)	36	40,3	30,4	32,9	25,5	31,4
Työlliset % väestöstä (2015)	43,1	46,7	46	44,5	46,4	46,5
Toimeentulotukea pitkäaikaisesti saaneet 25- 64 -vuotiaat, % vastaavanikäisestä väestöstä (2015)	2,1	2,6	1,4	0,6	0,5	1,1
Toimeentulotukea pitkäaikaisesti saaneet 18- 24 -vuotiaat, % vastaavanikäisestä väestöstä (2015)	4,2	6	2,3	2,4		2,1
Perusterveydenhuollon lastenneuvolakäynnit (2016)	3248	2759	3058	2819	2772	2866
Mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriöiden vuoksi työkyvyttömyyseläkettä saavat 16-24-vuotiaat % vastaavanikäisestä väestöstä	0,8	1,1	0,9	1	1,3	1,4
Kodin ulkopuolelle sijoitetut 18-20-vuotiaat % vastaavanikäisestä väestöstä	1,4	0,9	0,9	0,8		1,8
Päihteiden vuoksi sairaaloiden ja terveyskeskusten vuodeosastoilla hoidossa olleet 15-24-vuotiaat / 1000 vastaavan ikäistä (2016)	2,2	3	1,3	2,3		1,7
Lastensuojelun avohuollollisten tukitoimien piirissä 18-20-vuotiaita, % vastaavan ikäisestä väestöstä (2015)	6,3	4,2	2,8	4,8	4,7	5,1

Mielenterveysperusteisesti sairauspäivärahaa saaneet 24-64-vuotiaat/1000 vastaavanikäistä (2016)	17,3	18,3	17	18,3	15,2	15,3
Työkyvyttömyyseläkettä saavat 25-64-vuotiaat % vastaavanikäisestä väestöstä (2016)	6,9	5,8	4,6	6,3	4,8	5,3
Perusterveydenhuollon avohoidon lääkärikäynnit 15-49-vuotiailla/ 1000 vastaavanikäistä (2016)	767	965	1128	1037	731	843
Perusterveydenhuollon avohoidon lääkärikäynnit 50-64-vuotiailla/ 1000 vastaavanikäistä (2016)	842	943	1107	1097	682	815
Perusterveydenhuollon avohoidon kaikki lääkärikäynnit / 1000 asukasta (2016)	937	1170	1428	1219	833	1072
Säännöllisen kotihoidon piirissä 30.11. olleet 75-vuotta täyttäneet asiakkaat % vastaavanikäisestä väestöstä (2016)	7,7	11,1	11,1	13,3	13,9	8,3
Kelan sairastavuusindeksi, ikävakioitu (2016)	95,8	91,8	89,4	95	89	90,1
Asunnottomat yksinäiset / 1000 asukasta (2016)	3,6	1	0,5	0,4	0	0,5

Liite 2. Kuva 1. Väestömäärät (2016) ja ennusteet yli 65-vuotiaiden %-osuuksista väestöstä.



Kuva 2. Huoltosuhteen kehitys 2014-2016 ja ennuste 2020 kunnittain



Liite 3. Keski-Uudenmaan, Uudenmaan ja koko maan mielenterveyttä kuvaavia indikaattoreita Sotkanetistä vuosilta 2010 – 2016

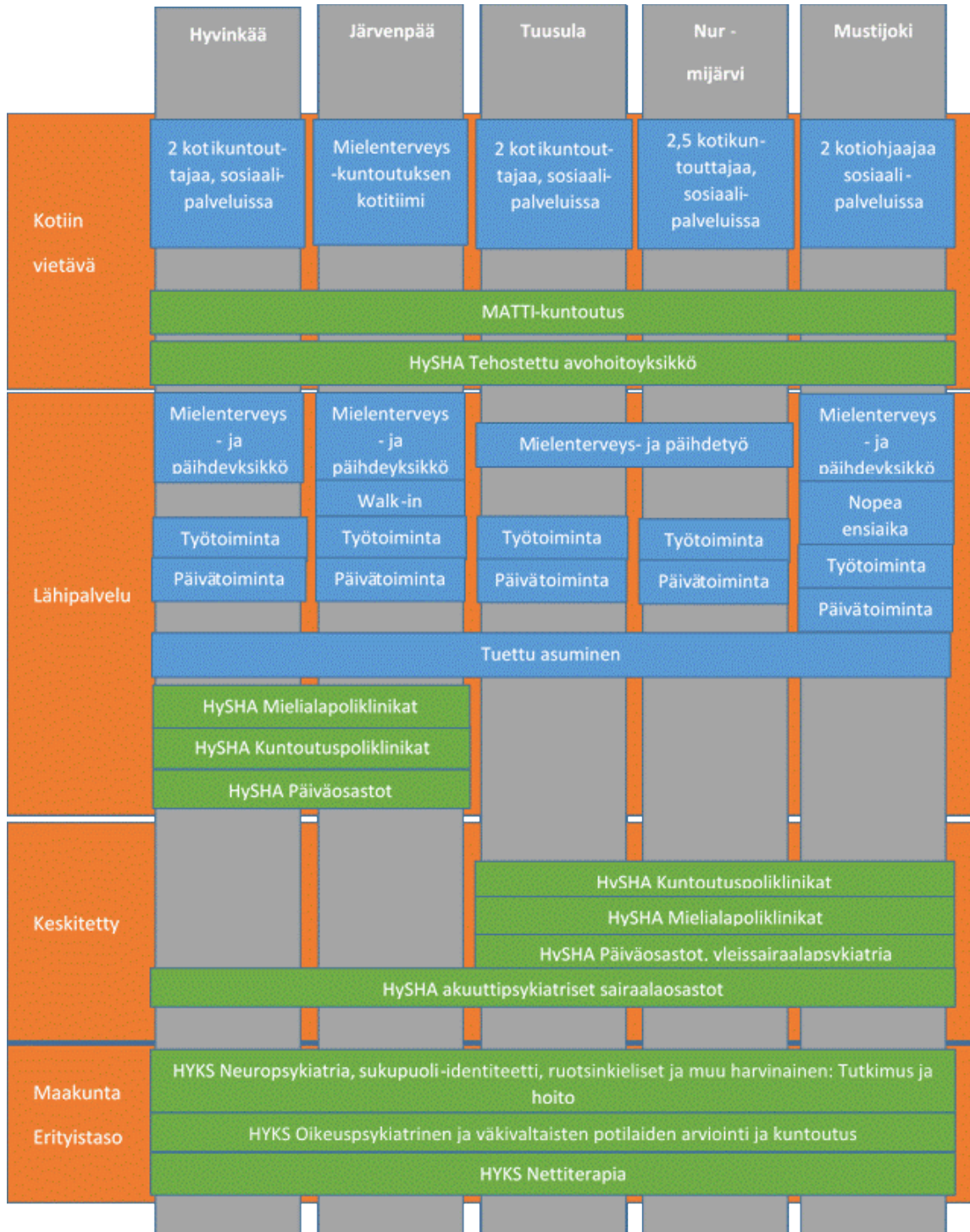
SOTKANet indikaattori alueittain ja vuosittain	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Alkoholijuomien myynti asukasta kohti 100 %:n alkoholina, litraa							
Koko maa	8,1	8,2	7,7	7,6	7,3	7,1	7,1
Hyvinkää	7,2	7,1	6,8	6,6	6,4	6,2	6,2
Järvenpää	9,6	9,5	8,9	8,5	8	7,9	7,7
Mäntsälä	6,5	6,3	5,8	5,7	5,5	5,5	5,5
Nurmijärvi	6,8	6,8	6,5	6,1	5,8	5,6	5,6
Pornainen	2,4	2,7	2,6	2,6	2,4	2,4	2,4
Tuusula	6,1	6,2	5,8	5,6	5,4	5,1	5,1
Uusimaa	8,1	8,1	7,7	7,4	7,1	6,8	6,7
Alkoholijuomien myynti, 100 % alkoholia, litraa / 15 vuotta täyttäneet							
Koko maa	9,7	9,8	9,3	9,1	8,8	8,5	8,4
Hyvinkää	8,7	8,5	8,2	8	7,7	7,5	7,4
Järvenpää	11,7	11,5	10,7	10,3	9,8	9,6	9,4
Mäntsälä	8,3	8,1	7,5	7,3	7	6,9	7
Nurmijärvi	8,8	8,8	8,4	7,8	7,5	7,2	7,1
Pornainen	3,3	3,6	3,4	3,5	3,2	3,1	3,1
Tuusula	7,7	7,8	7,3	7	6,8	6,5	6,4
Uusimaa	9,7	9,8	9,2	8,9	8,5	8,2	8,1
Poliisiin tietoon tulleet huumausaineiden käyttörikokset / 1 000 asukasta							
Koko maa	2,3	2,2	2,1	2,3	2,5	2,8	2,9
Hyvinkää	1,9	3	2,8	2,4	2,4	2	3,2
Järvenpää	2,4	2,8	2,2	2,1	2,3	2	1,8
Mäntsälä	1,9	1,3	1	0,9	0,9	0,5	1,3
Nurmijärvi	1,5	2,6	1	0,9	0,7	0,7	1,8
Pornainen	2,7	1,4		0	0,2	0,8	0,2
Tuusula	1,1	1,3	1,9	1,7	1,1	0,7	1,1
Uusimaa	2,6	2,7	2,3	2,7	3	3,2	3,5
Päihdehuollon nettokustannukset, euroa / asukas							
Koko maa	29,7	31,2	32,9	34,8	35,2	36	
Hyvinkää	16,4	17,4	20,8	21,9	20,2	17	
Järvenpää	28,4	23,2	24,7	37,9	25,4	10	
Mäntsälä	16,6	18,4	16,8	12,4	20,2	15,1	
Nurmijärvi	22,5	17,1	12,9	16,5	12,9	9,9	
Pornainen	6,7	8,6	1,9	25,9	12,6	7,4	
Tuusula	22,5	22,1	20,8	24	31,2	28,3	
Uusimaa	42,9	42,4	44,7	45,6	44,1	41,7	

Työttömät, % työvoimasta							
Koko maa	10,1	9,4	9,8	11,3	12,4	13,4	13,2
Hyvinkää	8,2	7,7	7,8	9,6	10,9	11,8	11,2
Järvenpää	7,6	6,8	6,8	8	9,3	10,6	10,7
Mäntsälä	6,4	5,5	5	5,6	6,7	8	8,1
Nurmijärvi	5,2	4,5	4,2	5,2	6,9	7,9	7,5
Pornainen	5,1	4,5	4,8	6	6,6	7,7	7,3
Tuusula	5,4	4,9	5	6,2	7,2	8,3	8,3
Uusimaa	7,5	7	7,2	8,7	10,1	11,3	11,4
Asunnottomat yksinäiset / 1 000 asukasta							
Koko maa	1,5	1,4	1,4	1,4	1,3	1,2	1,2
Hyvinkää	1,6	0,8	1	1	0,6	1,6	3,6
Järvenpää	1,6	1,3	1,3	0,9	0,8	0,8	1
Mäntsälä	0,3		0,4	0,7	1,1	0,5	0,4
Nurmijärvi	1,4	0,6	0,5	0,8	1,1	0,7	0,5
Pornainen	0	0	0	0	0	0	0
Tuusula	0,8	0,5	0,6	0,5	0,5	0,4	0,5
Uusimaa	3,2	3,2	3,5	3,5	3,1	3	3
Depressiolääkkeistä korvausta saaneet 18 - 24-vuotiaat, % vastaavanikäisestä väestöstä							
Koko maa	5,7	5,7	5,8	5,9	5,9	5,9	4,6
Hyvinkää	7	7,3	7	6,9	6,2	7,9	6,2
Järvenpää	5,8	7	7,5	7,3	7,4	7,6	6,2
Mäntsälä	5,3	6,8	5,4	5,5	6	5,3	4,5
Nurmijärvi	5,5	5,5	6	6,4	6,4	5,9	4,9
Pornainen	3,8	2,8	3,9	3,2	3,1	4,4	3,8
Tuusula	4,9	6,1	5,4	5,2	5,9	6,1	5,7
Uusimaa	5,8	5,8	5,8	5,9	5,9	6	4,6
Depressiolääkkeistä korvausta saaneet 25 - 64-vuotiaat, % vastaavanikäisestä väestöstä							
Koko maa	10	10,1	10	9,6	9,4	9,3	8,1
Hyvinkää	10,9	10,8	10,6	10,5	10,3	10,1	8,9
Järvenpää	10,5	10,7	10,3	9,8	9,7	9,8	8,6
Mäntsälä	9,7	9,6	9,3	9,1	9	8,5	7,9
Nurmijärvi	9,3	9,5	9,4	9,2	9,1	9	7,9
Pornainen	8,7	8,9	8,5	8,4	8,4	8,4	6,4
Tuusula	9,4	9,5	9,3	9,1	9,1	8,7	7,5
Uusimaa	10,3	10,2	10,1	9,7	9,6	9,3	8

Depressiolääkkeistä korvausta saaneet 65 vuotta täyttäneet, % vastaavanikäisestä väestöstä							
Koko maa	11,9	12,1	12,1	11,5	11,5	11,5	11,2
Hyvinkää	12,9	12,3	12,2	11,2	11,1	11,2	10,6
Järvenpää	13	12,8	13,1	12,7	11,9	12,1	12,6
Mäntsälä	11,5	12	11,1	10,8	10,9	11	11,3
Nurmijärvi	10,1	10,7	10,8	10,8	10,5	10,7	9,8
Pornainen	12,4	10,8	10,7	9,6	8,3	7,8	9,3
Tuusula	10,3	10,5	10	9,4	10,4	10,3	9,9
Uusimaa	12,7	12,9	12,8	12,3	12,4	12,3	11,8
Erityiskorvattaviin lääkkeisiin psykoosin vuoksi oikeutettuja, % väestöstä							
Koko maa	1,8	1,8	1,8	1,8	1,8	1,8	1,8
Hyvinkää	1,6	1,7	1,7	1,7	1,7	1,7	1,7
Järvenpää	1,6	1,6	1,6	1,6	1,6	1,6	1,7
Mäntsälä	1,2	1,2	1,2	1,3	1,2	1,3	1,3
Nurmijärvi	1,1	1,1	1,1	1,1	1,1	1,1	1,1
Pornainen	1	0,9	1	1	1	1	0,9
Tuusula	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2
Uusimaa	1,5	1,5	1,5	1,5	1,5	1,5	1,5
Erityiskorvattaviin lääkkeisiin psykoosin vuoksi oikeutetut 18 - 24-vuotiaat, % vastaavanikäisestä väestöstä							
Koko maa	0,8	0,8	0,8	0,8	0,8	0,8	0,8
Hyvinkää	1,1	1	1,1	1,3	1	1	0,9
Järvenpää	1,1	1,2	1,3	1,1	1,2	1,3	1,3
Mäntsälä	0,8	1	1,2	1,1	1,3	1	0,9
Nurmijärvi	1	0,9	1	1,1	1,2	1,3	0,9
Pornainen			1,2	1,2			
Tuusula	0,8	0,7	0,7	0,8	0,8	0,9	1,1
Uusimaa	0,8	0,8	0,7	0,8	0,8	0,8	0,7
Erityiskorvattaviin lääkkeisiin psykoosin vuoksi oikeutetut 18 - 64-vuotiaat, % vastaavanikäisestä väestöstä							
Koko maa	2,1	2,1	2,1	2	2	2	2
Hyvinkää	2	2	2	2	2	2,1	2,1
Järvenpää	1,9	1,9	1,9	1,9	1,9	2	2,1
Mäntsälä	1,6	1,5	1,6	1,6	1,6	1,7	1,6
Nurmijärvi	1,4	1,4	1,4	1,4	1,4	1,4	1,4
Pornainen	1,1	1,1	1,2	1,3	1,2	1,2	1,2
Tuusula	1,5	1,5	1,5	1,5	1,5	1,5	1,5
Uusimaa	1,8	1,8	1,8	1,8	1,8	1,7	1,7

Mielenterveyden häiriöihin sairaalahoitoa saaneet 18 - 24-vuotiaat / 1 000 vastaavanikäistä						
Koko maa	7,8	8,2	8,2	8,3	8	8,2
Hyvinkää	12,1	12,2	14,2	13,7	7,5	10,8
Järvenpää	7,4	11,7	11,8	10	10,8	12,7
Mäntsälä	3,9	8,7	6,7	9,5	10,2	5,2
Nurmijärvi	8,9	8	7,8	7,5	5,2	7,6
Pornainen	0				0	0
Tuusula	4,3	5,3	5,9	7,3	6,6	5,4
Uusimaa	7,6	7,7	8	8,1	7,7	7,1
Mielenterveysindeksi, ikävakioitu						
Koko maa	105,5	103,1	101,8	100		
Hyvinkää	88,4	85,2	83,5	84,1		
Järvenpää	89,6	89,1	87,2	84,9		
Mäntsälä	67,7	65,6	72,2	69,5		
Nurmijärvi	67,8	67,8	63,9	60		
Pornainen	56,5	56	55,4	61,6		
Tuusula	63,1	63,7	65,3	64,9		
Uusimaa	80,9	78,9	77,6	76,6		

Liite 4. Mielenterveys- ja päihdehoitojen palvelujärjestelmän rakenne Keski-Uusimaalla (vihreä: erikoissairaanhoidon tarjoamat palvelut, sininen: kuntien palvelut)



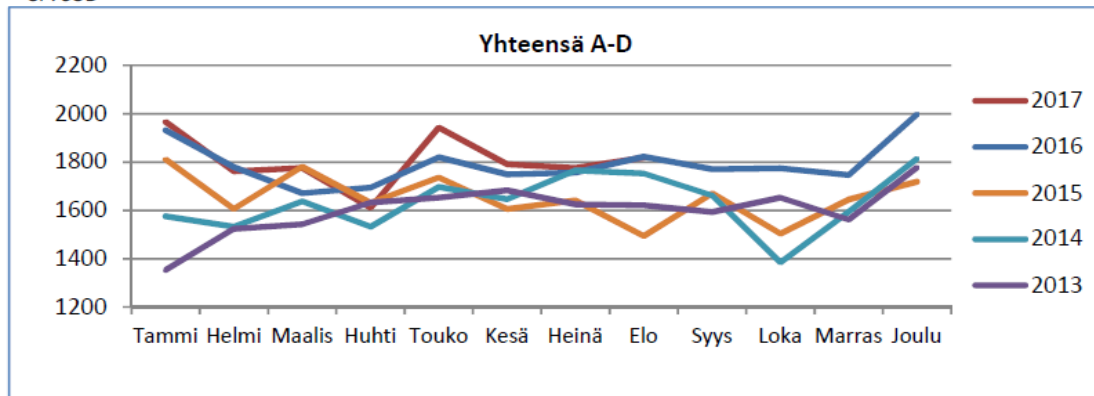
Liite5. STM:n laatusuosituksen mittarit ja peittävyysosuudet alueen kunnissa

Mittari ja peittävyysosuus (STM)	KU-sote	Uusimaa	Koko Suomi
Kotona asuvat 75 vuotta täyttäneet, 91–92 % vastaavan ikäisestä väestöstä 2015	92,4 %	91,3 %	90,6 %
Säännöllisen kotihoidon 75 vuotta täyttäneet asiakkaat, 13–14 % vastaavan ikäisestä väestöstä 2016	9,8 %	10,0 %	11,3 %
Omaishoidontuen 75 vuotta täyttäneet asiakkaat, 6-7 % vastaavan ikäisestä väestöstä 2015	4,0 %	3,7 %	4,7 %
Tehostetun palveluasumisen 75 vuotta täyttäneet asiakkaat, 6-7 % vastaavan ikäisestä väestöstä 2015	5,5 %	6,3 %	7,1 %
Laitoshoidossa (vanhainkodeissa tai pitkäaikaisessa laitoshoidossa terveyskeskuksessa) olevat 75 vuotta täyttäneet asiakkaat, 2-3 % vastaavan ikäisestä väestöstä 2015	1,9 %	2,3 %	2,1 %
Terveyskeskusten pitkäaikaiset 75 vuotta täyttäneet asiakkaat, % vastaavan ikäisestä väestöstä 2015	0,4 %	0,2 %	0,2 %

Liite 6. Ensiohoitopalvelun tehtävämäärät

Hyvinkää	Tammi	Helmi	Maalis	Huhti	Touko	Kesä	Heinä	Elo	Syys	Loka	Marras	Joulu	Yht
A	100	92	105	96	105	115	134	115					862
B	470	410	417	407	467	442	409	457					3479
C	768	747	725	620	809	709	736	771					5885
D	621	499	516	482	549	513	489	461					4130
A-C	1338	1249	1247	1123	1381	1266	1279	1343	0	0	0	0	10226
Muu luok	7	13	13	6	13	12	7	14					
2017*	1966	1761	1776	1611	1943	1791	1775	1818					14441
Teht/as	0,010	0,009	0,009	0,009	0,010	0,010	0,009	0,010					
Muutos	1,81	-1,01	6,28	-4,96	6,76	2,40	1,02	-0,27					
2016*	1931	1779	1671	1695	1820	1749	1757	1823	1770	1774	1746	1998	21513
2015*	1811	1606	1781	1631	1736	1606	1642	1494	1671	1504	1645	1718	19845
2014*	1575	1533	1638	1533	1697	1646	1766	1753	1662	1385	1594	1814	19596
2013*	1354	1524	1543	1633	1653	1683	1625	1621	1593	1653	1562	1778	19222

* ei 793D



Liite 7. Taulukko. KU-sote; sairaansijat, hoitopäivät, hoitajaksot, keskimääräinen hoitoaika ja kuormitus v. 2015. Paikkoja liikaa= sairaansijat, jotka ylittävät tavoitteen 1,5 ss/1000 >75 v.

KU-sote; hoitopäivät, hoitajaksot ja keskimääräinen hoitoaika, kuormitus kunnittain v. 2015									
	Hyvinkää			Järvenpää		Mäntsälä/ Pornainen / Mustijoki	Nurmijärvi		Tuusula
osaston koko, ss	31	31	40	18 + 8	36	37	55		30
Hoitopäivät/ hoitajaksot	11627/882	11337/824	14219/423	7611/603	12697/657	12406/867	19813/ 1504		14958/1654
ka hoitoaika	13,2 vrk	13,7 vrk	33,6 vrk	12,6 vrk	19,3 vrk	14,3 vrk	13,2 vrk		9.0 vrk
pitkät kuntoutuspaikat	10			0		0	12		14
lyhyt kuntoutus /intervalli	8			14		5			
käyttöaste (kuormitus %)	100,16			103.03 %		91,86 %	98,60 %		89 %
paikkoja liikaa = odottaa os:lla jatkopaikkaa	34			12		9	16		-7
% osuus paikkoja liikaa	33 %			22 %		24 %	29 %		-23 %

Liite 8. Henkilöstö. KU-sote-alueen terveyskeskussairaansijat ja henkilöstömäärät 2015

KU-sote osastot (ss) ja hoitohenkilöstömäärät									
	Hyvinkää			Järvenpää		Mäntsälä/ Pornainen	Nurmijärvi		Tuusula
osaston koko, ss	31	31	40	18	36	37	55		30
lääkärit	3,7		2,8	3		1,5	2		1,8
sairaanhoidajavalkanssit	13	13	14	29		14	20		14
lähi- ja perushoitajavalkanssit	8	8	9	13		14	16		7
osastonhoitajat ja apulaisosastonhoitajat	2	1	2	2		1	2		1
osastosihteeri	1	1	1	2		1	2		1
hoitokoordinaattori				1					
sosiaaliohjaaja	1								
fysioterapeutti	2			1	1	1-1½	0,7	0,7	1
kuntohoitaja			0,15				1		
viriketoiminnanohjaaja						0,12			
osastofarmaseutti	0,3	0,3	0,3						
laitoshuoltaja	ostopalveluna			ostopalveluna		5,67	7 sairaala-apulaista ostopalveluna		4,5
arkiaamu (lh ja sh)	8	8	8	12		9	12		7
arki-ilta (lh ja sh)	4	4	6	9		5	8		5
yö (sh ja lh)	2	2	2	4		2	1,5		2
yht. arkivrk (sh ja lh)	14	14	16	25		16	21,5		14
vkl a/i/yö (sh ja lh)	6-8/4/2	6-8/4/2	8/6/2.	10-11/9/4		6/5/2.	10/10/3.		6/4/2.
									3/2/1.

Liite 9

Kotisairaala ja kotiin vietävät palvelut

Palvelukuvaukset

Kotisairaala

- Kotisairaala tarjoaa ympärivuorokautista sairaalatasoista hoitoa potilaan kotona/asumispalvelussa
- Palvelu on tarkoitettu potilaille, jotka tarvitsevat sairaalatasoista hoitoa mutta eivät tarvitse osastoseurantaa ja joiden hoidossa diagnoosi/työdiagnoosi on selvillä
- Kotisairaalaan tullaan lääkärin läheteellä. Lääkäri laatii lähetteen tai väliarvion lähetteeksi kotisairaalaan. Lähetteen ja lääkelistan tulee olla kotisairaalassa, kun hoito alkaa.
- Kotisairaalassa hoidetaan 16 vuotta täyttäneitä potilaita
- Kotisairaala mahdollistaa potilaan hoidon kotona sairaalahoidon sijaan toteuttamalla mm. seuraavia hoitoja:
 - i.v. eli suonensisäiset hoidot (esim. antibioottihoito, nestehoito, punasolut ja muu lääkehoito)
 - vaikeat haavanhoidot, trakeostomia/PEG-letku -potilaan hoidon ohjaus ja aloitus
 - palliatiivinen hoito ja saattohoito
- Hyvinkään sairaanhoitoalueella tarjotaan kotisairaalapalveluja kaikissa alueen kunnissa
- Kunnat toimivat yhteistyössä siten, että kotisairaalan työntekijät liikkuvat potilaan tarpeen mukaan tarvittaessa yli kuntarajojen, mikäli potilaan hoito sitä edellyttää. Esim. kuntien rajoilla asuvat potilaat saavat tarvittaessa hoidon naapurikunnan kotisairaalasta, mikäli hoito tai resurssitilanne sitä edellyttää
- Kotisairaala tarjoaa ympärivuorokautista palliatiivista hoitoa ja saattohoitoa muodostaen tason B palliatiivisen yksikön yhdessä Hyvinkään sairaalan palliatiivisen poliklinikan kanssa
- Palliatiivisella eli oireita lievittävällä hoidolla tarkoitetaan potilaan aktiivista kokonaisvaltaista hoitoa silloin, kun kuolemaan johtava etenevä sairaus ei enää ole parannettavissa. Saattohoito on osa palliatiivista hoitoa ja ajoittuu potilaan viimeisille elinviikoille.
- Hyvinkään sairaanhoitoalueella tason B palliatiivinen hoito mahdollistetaan tarjoamalla kotisairaalapalvelua kaikissa alueen kunnissa ja arvoimalla jatkossa mahdollisuutta järjestää alueellinen ympärivuorokautinen palliatiivinen takapäivystys.

Akuutti kotisairaanhoido

- Akuutti kotisairaanhoido on akuuttia/päivystyksellistä sairaanhoitoa kotona
- Hoidon tarve on terveydenhuollon ammattilaisen arvioima
- Akuutti = vrk sisällä. Potilaan sairaus, toimintakyky tai olosuhteet edellyttävät päivystyksellistä palvelua
- Akuutti kotisairaanhoido on akuuttihoitoa, jatkohoitoa (esim. päivystyskäynnin tai osastojakson jälkeen) tai voinnin kontrollointia
- Toiminta-aika klo 07-22
- Sairaanhoitajan konsultaatio tai kotikäynti
- Tarvittaessa lääkärin konsultaatio ja kotikäynti virka-aikana

- Tavallisia akuutin kotisairaanhoidon tehtäviä: laboratorionäytteet, pistoshoidot, lääkehoidon seuranta ja aloitus, nestetasapainon hoito ja seuranta, kivun seuranta ja lääkehoidon titraus, apuvälinearvio ja välineiden toimitus kotiin, erityistyöntekijöiden (esim. fysioterapeutti) konsultaatio ja käyntien aloitus, tukipalveluiden neuvonta ja käynnistys kuten kotiutustoiminnan kohdalla

Akuutti kotihoito

- Akuutti kotihoidon tarpeen arviointi ja aloitus tehdään potilaan kotona saman vuorokauden sisällä yhteydenotosta
- Toiminta-aika klo 07-22
- Sairaanhoidajan tai lähihoitajan kotikäynti
- Kotihoidon arviointi ja aloitus voi sisältää: ohjausta, neuvontaa, hoivaa ja huolenpitoa, kuntoutusta, tukipalveluiden neuvontaa ja käynnistämistä (esim. ateriapalvelu, siivous, turvapuhelin), ja muiden kotona selviytymistä tukevien palveluiden ja sosiaalipalvelujen ohjausta (esim. apuvälineet, kuljetuspalvelu, omaishoidon tuki, Kelan etuudet)

Potilaskriteerit

Kotisairaala

- Potilaalla on sairaalatasoisen hoidon tarve
- Diagnoosi/työdiagnoosi on olemassa ja hoitosuunnitelma pystytään laatimaan seuraavaan arkipäivään saakka
- Ei tarvetta peruselintoimintojen jatkuvaan monitorointiin
- Ei tarvetta lisähapelle (potilaan oma happirikastinhoito tai kotisairaalan happirikastinhoito ei riitä)
- Tavallisia sairauksia kotisairaalahoidossa:
 - erysipelas (ruusu)
 - pyelonefriitti (munuaisaltaan tulehdus)
 - pneumonia (keuhkokuume)
 - gastroenteriitti
 - rintatulehdus, kohtutulehdus
 - muut infektiot
 - sydämen vajaatoiminta
 - vaikeat haavat
 - suonensisäinen ravitsemushoito
- Tavallisia kotisairaalan tarjoamia tukihoitoja potilaille, joiden hoitovastuu on esim. esh poliklinikalla tai terveyskeskuksessa:
 - verituotteiden (punasolut, verihiutaleet) anto
 - nestehoito
 - suonensisäinen ravitsemushoito
 - trakeostomia/PEG-letku -potilaan hoidon ohjaus ja aloitus
- Jos potilas kieltäytyy kotisairaalahoidosta, potilasta voidaan hoitaa polikliinisesti kotisairaalan toimitiloissa, jonne potilas järjestää kuljetuksen itse
- Mahdollinen lisääntynyt hoivan tarve ja päivittäinen avuntarve järjestetään tarvittaessa akuutista kotihoidosta esim. omaishoidettaville potilaille ja potilaille joiden toimintakyky on alentunut

- Vanhuspalveluiden ympärivuorokautisessa hoidossa (tehostettu palveluasuminen, vanhainkoti, pitkäaikaisosastot) asuvat potilaat voidaan aina toimintakykynsä ja hoivantarpeensa puolesta hoitaa omassa asuinpaikassa, lääketieteellisen hoidon tarve ratkaisee hoitopaikan
- Vammaispalveluiden ja psykiatrian ympärivuorokautisessa hoidossa asuvien osalta asuinpaikkaa konsultoitava kotisairaalahoidon toteuttamisesta, koska hoivapalvelut em. hoitopaikoissa vaihtelevat
- Kotisairaalahoidon poissulkukriteerit:
 - ajankohtainen vaikea päihdeongelma/suonensisäisten huumeiden käyttö tai epäselvä tilanne näiden suhteen
 - yksin asuva sekava potilas tai sekava potilas, jonka omainen on toimintakyvyltään rajoittunut
 - potilaan liikuntakyky on akuutisti rajoittunut eikä potilas selviä siirtymätilanteista mahdollisen omaisen turvin

Akuutti kotisairaanhoido

- Potilaalla on akuutin kotisairaanhoidon tarve sairaudesta tai toimintakyvystä johtuen
- Diagnoosi/työdiagnoosi on selvillä ja hoitosuunnitelma pystytään laatimaan seuraavaan arkipäivään saakka
- Tavallisia sairauksia akuutissa kotisairaanhoidossa:
 - syvä laskimotukos, keuhkoembolia, eteisvärinä: injektio- ja lääkehoito ja voinnin seuranta
 - infektion jatkohoito: laboratorioarvojen ja kliinisen tilan seuranta, lääkehoidon ohjaus
 - gastroenteriitti: nestetasapainon hoito ja seuranta
 - akuutti kipu: kivunhoito, lääkehoidon titraus, toimintakykyarvio ja apuvälineet
 - toimintakyvyltään alentuneen/iäkkään potilaan uusi sairaus ja lääkehoidon aloitus: lääkehoidon toteuttaminen, vointikontrolli, toimintakykyarvio
- Lisääntynyt hoivan tai kotihoidon tarve arvioidaan akuutin kotisairaanhoidon toimesta ja tarvittaessa järjestetään kotihoidon käyntien aloitus akuutista kotihoidosta tai kotihoidon käyntien lisääminen, jos potilas on säännöllisen kotihoidon asiakas.

Akuutti kotihoito

- Potilaan sairaus, toimintakyky tai olosuhteet edellyttävät päivystyksellistä kotihoidon tarpeen arviointia tai aloitusta
- Tavallisia akuutin kotihoidon potilaita:
 - sairaalasta tai päivystyksestä kotiutuva potilas
 - potilas, jonka toimintakyky on muuttunut nopeasti ja kotona pärjääminen on uhattuna
 - kotisairaalapotilas tai akuutin kotisairaanhoidon potilas, jonka hoivan tarve on lisääntynyt akuutista sairaudesta johtuen.