

Palveluiden toimivuus

Lähipalvelut

Porin perusturvan yhteistoiminta-alueen
esimiesten ja kuntalaisten kokemana

BIA KASKI
Tampereen yliopiston
Porin yksikkö
Sosiaalipolitiikan pro gradu
tutkielma
Huhtikuu 2015

Tampereen yliopisto
Porin yksikkö

KASKI, BIA: Palveluiden toimivuus. Lähipalvelut Porin perusturvan yhteistoiminta- alueen esimiesten ja kuntalaisten kokemana

Pro Gradu – tutkielma, 100s., 14 liites.

Sosiaalipolitiikka

Ohjaaja: Ossi Eskelinen

Huhtikuu 2015

Tämän tutkimuksen tarkoituksena on tarkastella Porin perusturvan yhteistoiminta-alueen sosiaali- ja terveystalveluiden toimivuutta esimiesten ja kuntalaisten näkökulmasta: Miten ne vastaavat tällä hetkellä yhteistoiminta-alueen perustamisen yhteydessä tehtyä yhteistoimintasopimusta? Miten sopimuksessa sovittu toimintamalli on toteutunut? Onko palvelut turvattu kaikille yhteistoiminta-alueen asukkaille yhdenmukaisin perustein siten, että ne tuotetaan väestötalpeen mukaisesti lähipalveluina tai keskitettyinä palveluina?

Sosiaali- ja terveydenhuollon uudistamisen keskeisinä tavoitteina ovat väestön terveyden, hyvinvoinnin ja sosiaalisen turvallisuuden edistäminen ja perustalveluiden vahvistaminen. Yhdenvertaiset sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut tulisi turvata koko maassa toteuttamalla kustannustehokas ja vaikuttava palvelurakenne. Palvelut voidaan saatavuuden perusteella jakaa kolmeen ryhmään palveluketjuajattelun mukaisesti: lähipalveluihin, etäämmällä sijaitseviin seudullisiin palveluihin ja laajaa väestöpohjaa edellyttäviin keskitettyihin palveluihin.

Kuntalaisten näkökulmasta lähipalveluiksi mielletään lähellä tarjottavat palvelut. Yleisesti niihin katsotaan kuuluvaksi matalankynnyksen palvelupiste, lääkärin ja hoitajan vastaanotto, neuvolatoiminta, osa ikäihmisten palveluista sekä mobiili- eli liikkuvat palvelut, joiden käyttö on lisääntymässä. Sähköisten palveluiden tarkoituksena on parantaa alueellista saatavuutta. Niitä ovat esimerkiksi ajanvaraus, palvelutiedot ja omahoito. Kotiin tarjottavat palvelut, kuten kotihoito ja perhetyö, tukevat toimintakykyä ja arjessa selviytymistä.

Tutkimuksen empiirinen aineisto on kerätty puolistrukturoidulla kyselylomakkeella Porin perusturvan palvelualueiden esimiehiltä sekä Porin perusturvan yhteistoiminta-alueen kuntalaisilta. Saatujen vastausten avulla on tarkasteltu ja vertailtu esimiesten ja kuntalaisten näkemyksiä: Minkälaisia lähipalveluiden tulee olla? Miten lähipalvelut tulee järjestää? Ovatko olemassa olevat palvelut saatavilla? Vastausten perusteella on määritelty minkälainen on kuntalaisten ja esimiesten mielestä hyvä palvelukokemus.

Tutkimuksessa kuntalaisen ja esimiesten esille nostamat asiat edellyttävät toteutuakseen Porin perusturvan yhteistoiminta-alueella asiakkaan nostamista tekemisen keskiöön. Uudet toimintamallit tarkoittavat henkilökunnan moniammatillisuuden hyödyntämistä, palvelualueiden välisen yhteistyön lisäämistä, hallinnon uudelleen organisointia, johtamisen kehittämistä ja asiakkaan valinnanvapauden lisäämistä.

Asiasanat: yhteistoiminta-alue, sosiaali- ja terveystalvelut, lähipalvelut, palvelut

Tampere University
Pori unit

KASKI, BIA: Functionality of the services. Local services experienced by foremen of Pori's field of social security and members of the community.

Pro Gradu research 100 pages, 14 attachments

Socialpolitics

Supervisor: Ossi Eskelinen

April 2015

The purpose of this research is to investigate the functionality of social and health services in Pori area services of social security. How do the current services correspond with the agreement done as the co-operation area was founded? How has the agreed model of functions been put into action? How have the services been secured for all inhabitants of the co-operation area with consistent grounds in order to be produced according to the needs of inhabitants either as local community services or as centralized services?

The main goals for renewing the social and health services are to improve the health, wellbeing and social security of the population and to enhance social services. Consistent social and health services should be ensured nationwide by implementing cost efficient and poignant service structure. Services can be divided into three groups by accessibility of the service chain. Then services are divided into local community services, further located areal services and centralized services in areas with wide spread settlement.

Members of the community seem to consider that local community services are nearby offered services including easy access service point, doctor and nurse surgery, counselling for infants' and toddlers' parenting as well as part of the services for elderly and mobile services, which are getting more and more common. On-line services aim to improve local accessibility such as appointment booking, service information and self-care. Home services which support persons' ability to function and surviving on a daily basis: home care and family supporting work.

Empiric material of this study has been collected by using a half structured questioner for the foremen of Pori's field of social security and members of the community living in the co-operation area. Answers shall be investigated and therefrom the views of the foremen and the members of the community shall be compared. What are the local services expected to be like, how should the local services be organized and are the existing services available? A good service experience will be described in the foremen's and members' of the community point of view on a basis of this research.

In order to actualize the points revealed by the members of the community and the foremen in this research, the co-operation area of Pori needs to put the customer into the center of its operations. New function models mean utilizing personnel's multi professional skills, increasing co-operation of service areas, reorganizing management, developing leadership and enhancing customer's freedom of choice.

Vocabulary: Co-operation area, social and health services, local community services, services

SISÄLLYS

1	Johdanto	1
2	Tutkimuksen lähtökohdat ja keskeiset käsitteet	6
	2.1 Yhteistoiminta-alue	6
	2.2 Lähipalvelut	8
3	Sosiaali- ja terveyspalvelut osana suomalaista sosiaalipolitiikka 2000-luvulla	13
	3.1 Sosiaali- ja terveyspalveluiden kehitys	16
	3.2 Lakisääteiset sosiaali- ja terveyspalvelut	18
	3.3 Palvelu julkisessa hallinnossa	21
	3.4 Palvelun laatu julkisessa hallinnossa	22
	3.5 Palvelun johtaminen julkisessa hallinnossa	24
4	Porin perusturvan yhteistoiminta-alue ja yhteistoimintasopimus	27
	4.1 Porin perusturvan yhteistoiminta-alue	27
	4.2 Porin perusturvan yhteistoiminta-alueen yhteistoimintasopimus	29
	4.3 Sosiaali- ja terveyspalveluiden organisointi ja toiminta-ajatus	30
	4.4 Sosiaali- ja terveyspalveluiden lähipalvelut	36
	4.5 Lähipalveluiden tuottamistavat	37
	4.6 Lähipalveluiden toimintamalli	41
5	Tutkimuksen tarkoitus ja toteuttaminen	43
	5.1 Tutkimuskysymykset	43
	5.2 Aineistonkeruu	44
	5.3 Tutkimusjoukko	45
	5.4 Tutkimusaineiston analysointi	47

6	Tutkimuksen tulokset	48
	6.1 Lähipalvelut	48
	6.2 Palveluiden järjestämisen vaihtoehdot	53
	6.3 Palveluiden tuottajat	62
	6.4 Palveluiden saatavuus ja saavutettavuus	63
	6.5 Osallisuus	73
	6.6 Palveluiden toimivuus yhteistoiminta-alueella	74
	6.7 Hyvä palvelukokemus	82
7	Tutkimustulosten pohdinta	86
8	Lopuksi	91
LÄHTEET		93
LIITEET	Liite1. Saatekirje	101
	Liite 2. Kyselylomake asiakkaille	102
	Liite 3. Kyselylomake esimiehille	109
KUVIOT	Kuvio1. Palvelujen saatavuuden ympyrämalli	8
	Kuvio2. Porin perusturvakeskuksen organisaatiokaavio 2015	31
TAULUKOT		
	Taulukko 1. Lakisääteiset sosiaalipalvelut	18
	Taulukko 2. Lakisääteiset terveyspalvelut	20
	Taulukko 3. Kuntalaisten ja esimiesten mielipiteet lääkärin vastaanottopalveluiden järjestämistävasta	54
	Taulukko 4. Kuntalaisen ja esimiesten mielipiteet lastenneuvolapalveluiden järjestämistävasta	55
	Taulukko 5. Kuntalaisen ja esimiesten mielipiteet hammaslääkäripalveluiden järjestämistävasta	56

Taulukko 6. Kuntalaisen ja esimiesten mielipiteet kouluterveydenhuollonpalveluiden järjestämistävasta	57
Taulukko 7. Kuntalaisen ja esimiesten mielipiteet mielenterveyspalveluiden työ- ja päivätoiminnan järjestämistävasta	58
Taulukko 8. Kuntalaisen ja esimiesten mielipiteet lastensuojelun avohuollon palveluiden järjestämistävasta	58
Taulukko 9. Kuntalaisen ja esimiesten mielipiteet aikuissosiaalityön toimeentulotukipalveluiden järjestämistävasta	59
Taulukko 10. Kuntalaisen ja esimiesten mielipiteet kehitysvammopalveluiden asumispalveluiden järjestämistävasta	59
Taulukko 11. Kuntalaisen ja esimiesten mielipiteet ikäihmisten päivätoimintapalveluiden järjestämistävasta	60
Taulukko 12. Kuntalaisen ja esimiesten mielipiteet katkaisuhoidon palveluiden järjestämistävasta	60
Taulukko 13. Kuntalaisen ja esimiesten mielipiteet sosiaali- ja terveyspalveluiden mahdollisista tuottajista	62
Taulukko 14. Kuntalaisen ja esimiesten mielipiteet toimipisteiden aukiolopäivien määrän riittävydestä viikossa	64
Taulukko 15. Kuntalaisen ja esimiesten mielipiteet toimipisteiden aukioloaikojen määrän riittävydestä	65
Taulukko 16. Kuntalaisen ja esimiesten mielipiteet puhelinpalvelun aukioloaikojen riittävydestä	66
Taulukko 17. Kuntalaisen mielipiteet puhelimeen vastaamisen nopeuden riittävydestä	67
Taulukko 18. Kuntalaisen mielipiteet takaisin soiton nopeuden riittävydestä	67
Taulukko 19. Esimiesten mielipiteet vastaanottoaikojen saatavuudesta	68

Taulukko 20. Esimiesten mielipiteet palvelutilanteeseen varatun ajan riittävydestä	68
Taulukko 21. Esimiesten mielipiteet palvelutarpeen toteutumisesta	69
Taulukko 22. Esimiesten ja kuntalaisten mielipiteet toimipisteiden sijainnista	70
Taulukko 23. Kuntalaisten ja esimiesten mielipiteet julkisen liikenteen toimivuudesta	71
Taulukko 24. Kuntalaisten näkemys sähköisten palveluiden käytöstä	72
Taulukko 25. Kuntalaisten mielipiteet osallisuudestaan perusturvan palveluiden kehittämiseen	73
Taulukko 26. Kuntalaisten ja esimiesten mielipiteet osallistumistavasta lähipalveluiden kehittämiseen	74
Taulukko 27. Kuntalaisten ja esimiesten mielipiteet asiakkaan puheluun vastaamisesta	75
Taulukko 28. Kuntalaisten ja esimiesten mielipiteet takaisinsoitosta asiakkaalle	76
Taulukko 29. Kuntalaisten ja esimiesten mielipiteet ajan saamisesta haluttuun palveluun	77
Taulukko 30. Kuntalaisten ja esimiesten mielipiteet palvelun ystävällisyydestä	78
Taulukko 31. Kuntalaisten ja esimiesten mielipiteet henkilökunnan ammattitaidosta	79
Taulukko 32. Kuntalaisten ja esimiesten mielipiteet henkilökunnan asiakkaan tuntemisesta	80
Taulukko 33. Kuntalaisten ja esimiesten mielipiteet asiakkaalle annettavasta palveluneuvonnasta	81

1 Johdanto

Suomi on monien sopimusten kautta sitoutunut yhteiseen kansainväliseen palvelujen kehittämisen arvopohjaan. Sopimukset sekä edellyttävät suoraan riittävien palvelujen järjestämistä että asettavat muita velvoitteita, joiden saavuttaminen ilman kattavia palveluja ei olisi mahdollista. Esimerkkejä kansainvälisistä sitoumuksista ovat Kansainvälinen ihmisoikeuksien julistus, YK:n kansainvälinen taloudellisia, sivistyksellisiä ja sosiaalisia oikeuksia koskeva yleissopimus, Euroopan sosiaalinen peruskirja sekä Maailman terveysjärjestön WHO:n perustamisasiakirja. (Teperi, 2006.)

Euroopan unionin mahdollisuudet säätää lakeja sosiaali- ja terveyspolitiikan alueella riippuvat jäsenvaltioiden sille antamasta toimivallasta. Toimivallan eli kompetenssin antaminen perustuu jäsenvaltioiden poliittiseen harkintaan: minkälainen jäsenvaltioiden ja unionin työnjako on unionin ja kansallisten tavoitteiden kannalta mielekästä. Unionille annetun toimivallan käyttöä säädellään paitsi perussopimukseen sisällytettyjen politiikka-artiklojen avulla, myös läheisyys- ja suhteellisuusperiaatteiden pohjalta. Vaikka tällä alueella toimivaltaa on perinteisesti ollut varsin rajoitetusti, ja se on edelleenkin selvästi EU:n ja jäsenvaltioiden välistä jaettua tai unionin kannalta avustavaa toimivaltaa, unionin sosiaali- ja terveyspolitiikan historia voidaan kuvata asteittaisena toimivallan laajentumisena ja lisääntyvänä lainsäädäntönä. Sosiaaliturvajärjestelmät ja sosiaalipolitiikka ovat edelleen pääosin jäsenvaltioiden kansallisen päätösvallan alaisuudessa. EU on kuitenkin aikojen kuluessa saanut tai ottanut yhä enemmän toimivaltaa alueella. (Kattelus, Saari & Kari 2013, 11–13.)

Suomen liittyminen Euroopan unioniin vuoden 1995 alussa on tuonut mukanaan uusia vaatimuksia kuntien toiminnalle. Muuan muassa EU:n sisämarkkinasäännöksiin kuuluva kilpailuoikeus, valtiontukisääntely ja hankintalainsäädäntö koskevat myös kuntien toimintaa. EU-säännökset rajoittavat osittain kuntien mahdollisuuksia hoitaa tehtäviä omassa organisaatiossaan, tukea kunnan alueella harjoitettua yritystoimintaa sekä hoitaa tehtäviä yhteistoiminnassa. EU:n sisämarkkinapolitiikalla on vaikutusta myös kunnan oman palvelutuotannon asemaan, sillä se on ulottumassa tehtäväalueille, jotka ovat olleet Suomessa pitkälti kunnan vastuulla. (Uusi kuntalaki 2014, 13.)

Suomalainen sosiaali- ja terveydenhuolto on merkittävien haasteiden edessä. Julkisen talouden kantokyky, väestörakenteen muutokset ja henkilöstön saatavuuteen liittyvien kysymysten hallitsemisen edellyttävät vallitsevan sosiaali- ja terveystalouden uudistamista huomioiden samalla koko kunta- ja palvelurakenteen uudistamisen. Vuonna 2005 aloitettu kunta- ja palvelurakennemuutos (Paras-hanke) koski koko palvelujärjestelmää ja siinä on tarkasteltu palvelurakennetta toiminnoissa, joissa korostuu sekä uudistamisen mahdollisuudet että välttämättömyys. Tavoitteena on luoda sosiaali- ja terveydenhuollolle yhtenäiset ja kestävät rakenteet. Uudella terveydenhuoltolailla (1326/2010) vahvistettiin perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhteyttä. Sosiaalihuollon lainsäädäntö on uudistumassa perusteellisesti. Kunta- ja palvelurakennemuutos eli Paras-hanke on aikansa suurin ja laaja-alaisin maassamme käynnistetty kuntiin ja kuntarakenteeseen kohdistuva yhteiskunnallinen uudistushanke (Kaarakainen, Niiranen & Kinnunen 2010, 19).

Suomessa on hyvinvointivaltion toimilla kyetty vähentämään eriarvoisuutta merkittävästi ja samalla tuettu talouden hyvää kehitystä. Absoluuttinen köyhyys on vähentynyt, mutta suhteellinen köyhyys lisääntynyt. Samaan aikaan suomalaisten kannatus hyvinvointivaltiota kohtaan on pysynyt vankkana ja kaikista yhteiskunnan jäsenistä halutaan pitää huolta. Edellä mainitun vuoksi näyttää siltä, että harjoitettu politiikka on etäännyttänyt kansalaisten tahdosta melko kauaksi. Hallitusten politiikka on viimeisen kahdenkymmenen vuoden aikana jatkanut perusturvan leikkaamista, eikä se ole riittävästi ennakoanut sosiaalisia seurauksia. (Palola & Karjalainen 2011, 24.)

Julkisen vallan velvoite edistää kansalaisten hyvinvointia, terveyttä ja turvallisuutta lähtee perustuslaista (731/1999). Perustuslain mukaan jokaisella on oikeus välttämättömään toimeentuloon ja huolenpitoon, jos hän ei itse kykene hankkimaan ihmisarvoisen elämän edellyttämää turvaa. Perustuslaki myös turvaa oikeuden riittäviin sosiaali- ja terveystalouteen, joiden järjestämisvastuu on kunnilla. Kunnat vastaavat sosiaali- ja terveystalouksien järjestämisestä. Ne voivat tuottaa sosiaali- ja perusterveydenhuollon palvelut yksin tai muodostaa keskenään kuntayhtymiä. Kunta voi myös ostaa sosiaali- ja terveystalouksia muilta kunnilta, järjestöiltä tai yksityisiltä palvelutuottajilta. (Immonen, Koivuniemi, Natunen & Laaksonen 2012, 7.)

Kunnallisen sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakenteen uudistamistarve on ollut esillä jo varsin pitkään. Sosiaali- ja terveysministeriö asetti vuonna 2010 työryhmän valmistelemaan peruslinjauksia sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämistä, kehittämistä ja valvontaa koskevan lainsäädännön uudistamiseksi. Pääministeri Jyrki Kataisen hallituksen ohjelmassa todettiin, että sosiaali- ja terveydenhuollon laadukkaiden, vaikuttavien ja oikea-aikaisten palvelujen yhdenvertaisen saatavuuden varmistamiseksi uudistetaan sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakennetta osana kuntarakenteen uudistamista.

Kuntien arvioissa kunta- ja palvelurakennemuutoksen vaikutuksista kunnat eivät pystyneet vielä arvioimaan uudistuksen pitkän aikavälin vaikutuksia. Vaikka uudistukseen sisältyvät valinnat ja erilaiset organisaatoratkaisut olivat vaativia, olivat viranhaltijat tyytyväisiä siihen, että kunnan peruskysymyksiä koetteleva uudistus oli pysäyttänyt kuntien päättäjät ja johdon edustajat pohtimaan ja punnitsemaan sosiaali- ja terveyspalveluiden ratkaisuja ja asemaa. Kunta- ja palvelurakennemuutoksen keskeisiä muutoksia ovat olleet kuntien yhdistyminen ja perusterveydenhuollon ja siihen läheisesti liittyvien sosiaalipalveluiden järjestäminen nykyistä keskimäärin laajemmalle väestöpohjalle. Uudistuksessa on ollut hämmäntävää järjestämisen ja palveluiden konkreettisen tuottamisen suhde. Keskeinen viesti on, että järjestämisvastuuta keskitetään, mutta kansalaisia läheltä saataviksi tarkoitetut palvelut pysyvät myös tulevaisuudessa omalta lähialueelta tai omasta kunnasta saatavilla. (Kokko ym. 2014, 6–47.)

Kuntaliitoksia on tehty runsaasti. Lisäksi kunnat ovat muodostaneet sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistoiminta-alueita. Näissä aiempaa laajemmissa rakenteissa palveluita on organisoitu uusilla tavoilla, erilaisia palvelukokonaisuuksia muodostaen. Lähipalveluiden määrittelystä kuntien edustajilla, palveluita järjestävillä asiantuntijoilla sekä kuntalaisilla on ristiriitaisia näkemyksiä. Varsinkin maaseutujen osalta palveluiden tuottaminen asukkaille kohtuullisen matkan päässä, laadukkaina ja monipuolisina, on yhä kasvava haaste eri puolilla Suomea. (Heinämäki 2014, 11.) Palvelurakenteen ja tuottamistapojen muutokset ovat osin heikentäneet sosiaali- ja terveyspalveluita ja niiden saatavuutta osan suomalaisten mielestä. Uudistuksia tehtäessä asiakaslähtöisyys tulee ottaa uudistusten lähtökohdaksi. Palvelujärjestelmälle on vakava viesti, että avun tarpeessa olevilla on selkeitä vaikeuksia saada apua vaikeutuneeseen elämäntilanteeseensa. Erityisen huolestuttavaa on, että avun saanti on vaikeaa niille, jotka sitä eniten tarvitsisivat. (Siltaniemi ym. 2011, 203.)

Kuntaliitoksilla ja palvelurakenneuudistuksilla haettavista muutoksista huolimatta alueelliset erot terveystalouden käytössä kertovat siitä, että terveystalouden tarpeenmukaisen väestöryhmittäisen saatavuuden tavoite on suomalaisessa terveystaloujärjestelmässä vielä saavuttamatta. Sekä palvelujen saatavuudessa että palvelujen laadussa on ylempiä sosiaaliryhmiä suosivia eroja. Tavoitteena on, että väestöllä olisi halutessaan mahdollisuus käyttää paitsi julkisen myös yksityissektorin tuottamia terveystalouja. Todellisuudessa yksityissektorin ja työterveyshuollon keskittyminen suuriin kaupunkeihin sekä korkeat käyttömaksut rajoittavat valinnanvapauden aitoa toteutumista monien kohdalla. (Teperi ym. 2006.)

Kuntien ja valtion välistä yhteistä kuntapolitiikkaa toteutetaan perustalouohjelmien ja perustaloujen arviointijärjestelmien muodostamalla kokonaisuudella. Perustalouohjelma valmistellaan valtionvarainministeriössä ja valmistelusta vastaa perustalouohjelman ministeriryhmä. Vuodesta 2009 alkaen mukana on ollut myös Suomen Kuntaliitto. Perustalouohjelmassa on otettu kantaa muun muassa perustaloujen tilaan, saatavuuteen ja palveluiden tuottamiseen vaadittavaan väestöpohjaan. (Puustinen & Niiranen 2011, 19.) Kunnallinen sosiaalipolitiikka on kiinnittynyt 2010-luvulla hyvin lujasti lakisääteisten palvelujen järjestämisen ja muuntuvien palvelurakenteiden ympärille. Paikallisten toimintaraamien ahtaus voi jättää väestön tarpeet rakenteiden varjoon. Kunnallisen päätöksentekijän tulee tuntea toimintaympäristönsä, sen paikallisuus. Samalla päätöksentekijältä vaaditaan myös kykyä ja halua kuunnella kuntalaisia. (Palola & Karjalainen 2011, 57.)

Kunnallisen sosiaalipolitiikan muotoutumiseen ovat vaikuttanut muun muassa yleinen palvelutarpeen kasvu ja siihen liittyen kuntalaisten odotusten ja laatuvaatimusten muutokset. Asiakas- ja käyttäjälähtöisyyden korostaminen ovat osaltaan voimistaneet tätä kehitystä. Asiakaslähtöisyys korostuu palvelurakenteen ja prosessien uudistamisessa. Palvelurakennetta suunnataan yhä voimakkaammin ennaltaehkäisevään ja varhaisen puuttumisen suuntaan. Moniammatilliseen yhteistyöhön panostetaan ylittämällä entisiä tulosalueiden, organisaatioiden ja sektoreiden rajoja tavoitteena palvelun laadun paraneminen ja kustannustehokkuuden lisääntyminen. (Palola & Karjalainen 2011, 68.)

Sosiaali- ja terveyspalveluiden järjestämisestä ja tuottamisesta laaditun Porin perusturvan yhteistoimintasopimuksen mukaan yhteistoiminta-alueella tuotettavat palvelut turvataan kaikille yhteistoiminta-alueen asukkaille yhdenmukaisin perustein siten, että ne tuotetaan väestötarpeen mukaisesti lähipalveluina tai keskitetysti yhteisinä palveluina. Kullakin lähipalvelualueella on lähipalvelukeskus ja palvelupisteitä sen mukaan kuin väestötarpeen mukainen palvelutarve edellyttää. Palveluissa myös mobiilipalveluiden ja yhteispalveluiden kehittäminen otetaan huomioon. Sopimuksessa mainitaan myös, että ennaltaehkäisevän työn määrää ja laatua lisätään. Lisäksi tuetaan väestön omaehtoista hyvinvoinnin edistämistä ja niihin liittyviä rakenteita. (Porin perusturvan yhteistoimintasopimus, 2012.)

Tässä tutkimuksessa on tarkasteltu Porin perusturvan yhteistoiminta-aluetta, sen sosiaali- ja terveyspalveluiden järjestämistapoja ja toimintamalleja: sitä, miten Porin perusturvan yhteistoiminta-alueen yhteistoimintasopimuksen sisältöä on noudatettu ja miten lähipalvelualueilla on vastattu lakisääteisiin sosiaali- ja terveyspalveluiden palvelutarpeeseen. Tutkimuksen teoriaosassa on avattu tämän tutkimuksen kannalta keskeiset käsitteet. Niiden avulla on käsitelty Porin perusturvan yhteistoiminta-alueen palvelurakenteen muotoutumista ja palveluiden toimivuutta. Porin perusturvan palvelualueiden esimiehiltä ja kuntalaisilta saatujen vastausten avulla on tarkasteltu ja vertailtu heidän näkemyksiään Porin perusturvan yhteistoiminta-alueen yhteistoimintasopimuksessa sovitusta asioista. Minkälaisia lähipalveluiden tulee heidän mielestään olla ja miten palvelut tulee järjestää? Miten palvelut tulee tuottaa ja ovatko ne saatavilla ja saavutettavissa? Miten kuntalaisten osallisuus palveluiden kehittämisessä tulee huomioida ja mitkä asiat vaikuttavat hyvään palvelukokemukseen? Toimivien palveluiden järjestäminen lähellä kuntalaista – asiakasta – vaatii uudenlaisia toimintamalleja, moniammatillista työotetta, eri sektorien ja toimijoiden yhteistyötä, uudenlaista johtajuutta sekä oikeanlaisella asenteella asiakkaan nostamisen toimintojen keskiöön.

2 Tutkimuksen lähtökohdat ja keskeiset käsitteet

Kunnat voivat Paras-lainsäädännön mukaan sopia, että yhteistoiminta-alueen tehtävät annetaan alueen yhden kunnan hoidettavaksi ns. isäntäkuntamallilla. Tällöin tehtävien hoitamista varten perustetaan kuntien yhteinen toimielin tai yhteistoiminta-alueen tehtävät hoitaa kuntayhtymä. Isäntäkuntamallissa jäsenkuntien palveluiden järjestämisvastuuta käyttävä lain edellyttämä yhteinen toimielin on käytännössä isäntäkunnan sosiaali- ja terveydenhuollosta huolehtiva lautakunta, jota laajennetaan yhteistoiminta-alueen kuntien edustajilla kuntien sopimassa suhteessa. (Heinämäki 2011, 30.)

2.1. Yhteistoiminta-alue

Suomessa tuli voimaan vuonna 2007 laki kunta- ja palvelurakennemuutoksesta (169/07, jatkossa Paras-laki). Se luo kehykset kansalaislähtöiselle palvelujen kehittämiseksi. Laki ohjaa kunnan ja yhteistoiminta-alueen muodostamista ja laajaa väestöpohjaa edellyttävien palvelujen organisointia. Sen tavoitteena on luoda elinvoimainen kuntarakente: kehittää palvelujen tuotantotapoja, organisointia ja voimavarojen tehokasta käyttöä sekä tarkistaa kuntien ja valtion välistä tehtäväjako. Paras-lain mukaan kunnassa tai yhteistoiminta-alueella tulee olla vähintään noin 20 000 asukasta, jolloin kunta tai yhteistoiminta-alue huolehtii perusterveydenhuollosta ja siihen kiinteästi liittyvistä sosiaalitoimen tehtävistä. Laki on edesauttanut kuntarakenteen muutosta erityisesti harvaan asutuilla alueilla. Lain tähänastisia vaikutuksia on nähtävissä myös sosiaali- ja terveyspalvelujen järjestämistapojen jakautumisessa peruskuntien ja yhteistoiminta-alueiden kesken (Kokko ym. 2009, 114).

Sosiaali- ja terveyspalveluiden muutosta on tarkasteltu Suomessa kunta- ja palvelurakennemuutoksen eri vaiheissa. Keskiössä on aiempaa laajemmalle alueelle ja väestöpohjalle siirtyneet sosiaali- ja terveyspalvelut ja niiden muutosprosessit, jotka Heinämäen mukaan ovat olleet sekä hallinnollisia, rakenteellisia että toiminnallisia. Kuntaliitosten lisäksi kunnat ovat muodostaneet sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistoiminta-alueita. Yhteistoiminta-alueilla järjestämisvastuu on kunnan päätöksellä siirretty joko kuntayhtymän tai yhden kunnan vastuulle ns. isäntä- tai vastuukuntamallilla. Palvelujen organisoinnissa järjestämisen ja tuottamisen vastuut on selkeästi erotettu toisistaan. (Heinämäki 2014, 11.)

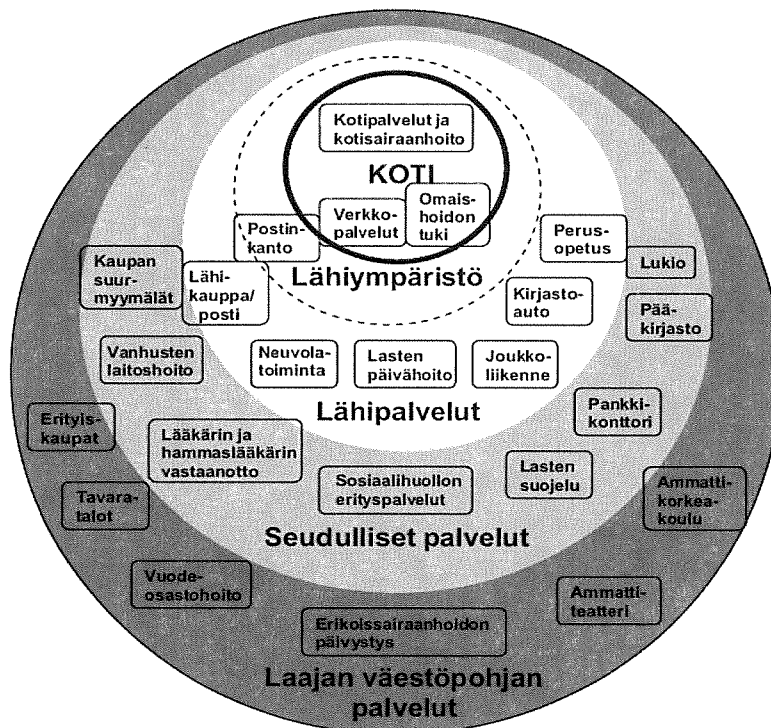
Heinämäki (2014) keskittyy tutkimuksessaan niihin perusteisiin, jotka osaltaan ovat vaikuttaneet Porin perusturvan yhteistoiminta-alueen syntyyn ja siihen liittyviin muutosprosessiin. Heinämäen mukaan tuottamistapojen muutokset ovat olleet odotettua vähäisempiä. Eniten muutoksilla on pyritty lisäämään palvelukokonaisuuksien muodostamista, vahvistamaan toiminnan yhtenäistämistä ja muodostamaan alueellisia toimintamalleja. Porin perusturvan yhteistoiminta-alueen muutosprosessissa kehitetään lähipalvelualueita, lähipalvelukeskuksia, lähipalveluita ja niiden toimintamallin liittyvää moniammatillista työtapaa asettamalla asiakas – kuntalainen – tekemisen keskiöön. (Perusturvan palvelussuunnitelma 2015.)

Palvelujen keskittämistä on tapahtunut pääasiassa osaamista keskittämällä, eikä palveluyksiköiden määrän vähentäminen ole ollut merkittävä osa muutosta. Osaamisen keskittämisen rinnalla on tehty keskittämällä hajauttamista. Tällöin keskitetystä tiimistä on viety asiantuntemusta ja palveluja alueen eri palvelupisteisiin. Osassa toimintayksiköitä pysyviä palveluita on supistettu, mutta samalla palveluita ja asiantuntijatyötä on tuotu asiakkaan ulottuville osaviikkoisesti tai ajanvaraukseen pohjautuen. Näin on toimittu myös Porin perusturvan yhteistoiminta-alueella. (Heinämäki 2014.)

Avohuollon palvelujen kehittäminen sekä määrää lisäämällä että palveluvalikoiman monipuolistamalla on ollut merkittävä osa palvelurakenteen uudistusta. Samalla on vahvistettu ennaltaehkäisevän ja kuntouttavan toiminnan osuutta. Laitospaikkojen vähentäminen näkyy esimerkiksi kokonaisten terveystieteiden vuodeosastojen lopettamisena tai siirtämisenä vanhuspalvelujen toimintakokonaisuuteen, jossa niitä on muutettu edelleen kuntouttaviksi osastoiksi. Myös palveluja on lisätty. Porin perusturvan yhteistoiminta-alueella on pyritty toimimaan samansuuntaisesti. (Perusturvan palvelussuunnitelma 2015.) Sosiaali- ja terveydenhuollon uudistamisen keskeisiä tavoitteita ovat väestön terveyden, hyvinvoinnin ja sosiaalisen turvallisuuden edistäminen ja peruspalveluiden vahvistaminen. Yhdenvertaiset sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut tulisi turvata koko maassa toteuttamalla kustannustehokas ja vaikuttava palvelurakenne. (Esitysluonnos sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämislaiksi 2014.)

2.2 Lähipalvelut

Lähipalveluiden käsite on saanut erilaisia määritelmiä ja siihen liittyvät ilmaukset ovat moninaisia. Lähipalveluiden yhteydessä puhutaan kuntapalveluista, peruspalveluista, julkisista ja yksityisistä palveluista, yleishyödyllisistä palveluista ja niin edelleen. Tässä tutkimuksessa lähipalvelu-käsitteen määrittelyssä keskitytään kunnan järjestämiin sosiaali- ja terveyspalveluihin. Palvelut jaetaan saatavuuden perusteella kolmeen ryhmään palveluketjuajattelun mukaisesti: *lähipalveluihin*, etäämmällä sijaitseviin *seudullisiin palveluihin* ja laajaa väestöpohjaa edellyttäviin *keskitettyihin palveluihin*.



Kuvio 1. Palvelujen saatavuuden ympyrämalli (Lehtola 2008, 24)

Lähipalvelut ovat julkista tilaa ja ne ovat tärkeitä palvelutarpeiden tyydyttämisen kannalta. Pienissä kunnissa lähipalveluympäristö voi olla taajama tai kylä. Kuntaliittoa mukailien Lehtola on määritellyt lähipalvelut sellaisiksi, joita väestö tai osa asukkaista käyttää toistuvasti tai jopa päivittäin. Lähipalveluita on tarjolla kuntalaisten lähiympäristössä, niiden piiriin on helppo hakeutua tai ne tuodaan ihmisille kotiin. Palveluja voidaan siis tarjota siellä missä ihmiset ovat ja tuoda ne, kuten kotipalvelun ja kotisairaanhoidon kohdalla, kotiin asti. (Lehtola 2008, 25–26.)

Väestö tai ainakin osa asukkaista käyttää *lähipalveluja* toistuvasti, jopa päivittäin. Lähipalvelut tarjotaan kuntalaisten lähiympäristössä. Niiden piiriin on helppo hakeutua tai ne tuodaan ihmisille kotiin. Lähipalvelujen tulee olla myös vammaisten saavutettavissa. Kaksikielisissä kunnissa palveluja tulee tarjota suomen ja ruotsin kielellä. (Jäppinen & Kaukopuro-Klemetti 2009, 7.) Käsitettä lähipalvelu käytetään paljon, mutta aina ei ole selvää, mitä sillä käytännössä tarkoitetaan. Mitä palveluita lähipalveluihin on sisällytetty sekä miten lähellä palvelun pitää olla, ollakseen lähipalvelua? (Zitting & Ilmarinen 2011.) Kuntaliiton erityisasiantuntija Antti Kuopila (2014) totesi Kuntamarkkinoilla, että lähipalvelut tulee määritellä kunnallisella tasolla, valtakunnallisella tasolla se ei hänen mielestään onnistu.

Lähipalvelut merkitsevät eri asioita eri-ikäisille ja erilaisessa elämäntilanteessa oleville kuntalaisille. Vanhusväestölle lähipalvelu on usein kotiin vietävää palvelua, muiden väestöryhmien mielestä lähipalvelu voidaan hakea hieman kauempaakin. Lähipalveluiden saatavuuden ohella tulee huomioida myös saavutettavuus. Palvelukokonaisuuksia tulee arvioida tulevaisuudessakin säännöllisesti sekä kuntaorganisaation sisällä että vuorovaikutuksessa kuntalaisten kanssa. Lähipalveluja voi Zittingin raportin pohjalta kuvailla tiivistetysti muutaman yleisen tason määritelmän avulla. **Asiointikertojen tiheys.** Lähipalvelu on arkipäiväistä: se koskettaa suuria ihmisjoukkoja lähes päivittäin. **Asiakaspohja.** Lähipalvelulle löytyy tarpeeksi asiakkaita muutaman tuhannen ihmisen joukosta. **Saavutettavuus.** Kynnyksen lähipalvelun käyttöön on oltava matala matkustamisen näkökulmasta. Mikäli asiakas kokee, että palvelu on kaukana tai sinne on muuten vaikea mennä, hän käyttää palvelua vasta äärimmäisessä tarpeessa, mikäli silloinkaan. **Ihmisläheisyys.** Palvelun käyttökynnyksen on oltava matala myös ihmisläheisyyden näkökulmasta eli palvelun on oltava asiakkaat huomioon ottavaa, jotta he käyttäisivät palvelua mielellään. Lähipalvelujen pitää siis täyttää ainakin nämä Zittingin raportin pohjalta muodostetut määritelmät. Saavutettavuus on näistä määritelmistä joustavin eli saavutettavuutta voidaan parantaa tiheän toimipisteverkon lisäksi myös kuljetus- ja joukkoliikennejärjestelyin, etäpalveluin sekä liikkuvien työntekijöiden ja palvelujen avulla. Parhaimmassa tapauksessa lähipalvelun saavutettavuutta parannetaan tuomalla palvelu kotiin asti. (Zitting & Ilmarinen 2011, 54.)

Lähipalvelujen käsitettä voidaan tarkentaa puhumalla sosiaalihuollon lähipalveluista, terveydenhuollon lähipalveluista, lapsiperheiden lähipalveluista ja niin edelleen. On kuitenkin muistettava, että näidenkin tarkennusten sisällä on vaihtelua. Lisäksi on pohdittava, millä kriteereillä käsitettä halutaan täsmentää. Käytetäänkö palvelun oletettua asiakasryhmää, palvelun alaa vai aluetta, jolla palvelut sijaitsevat? Nämäkin asiat vaikuttavat siihen, mitä kaikkea lähipalveluihin kuuluu ja miten ne määrittyvät. Lähipalvelujen tarkennusten osalta on otettava huomioon useita toisiinsa liittyviä kysymyksiä. Seuraavia ei voi pitää kaiken kattavana listauksena, mutta ne antavat kuvan siitä miten monimutkaista lähipalvelun tarkka määrittely voi olla. **Asiakasryhmä:** Millaiset liikkumismahdollisuudet asiakkailta on? Millaista palvelua asiakkaat tarvitsevat ja miten paljon? Esimerkiksi lapsi tarvitsee toisenlaisia lähipalveluja kuin ikäihminen, ja terveellä työssäkävijällä on paremmat liikkumismahdollisuudet kuin liikuntavammaisella. **Alue:** Minkälainen on alueen maantieteellinen rakenne? Miten väestö on sijoittunut maantieteellisesti? Miten hyvät liikenneyhteydet alueella on? Puhutaanko kaupungista vai haja-asutusalueesta? Esimerkiksi saaristoalueilla tai Lapissa lähipalvelujen määrittely etenkin saavutettavuuden osalta on erilaista kuin pääkaupunkiseudulla. Pidentyneiden palvelumatkojen kompensoiminen liikennejärjestelyillä on maaseudulla haastavampaa kuin kaupungissa. **Palveluala:** Onko palvelutarjontaa määritelty laissa? Mikä on palvelun kohderyhmä? Terveystieteiden palvelujen kohderyhmä on laajempi kuin sosiaalityöntekijän. Vammaispalvelujen saavutettavuuteen on kiinnitettävä enemmän huomiota kuin kulttuuripalvelujen. Kouluun on järjestettävä tietyissä tapauksissa kuljetus, kaupallisiin palveluihin ei. (Zitting & Ilmarinen 2011, 54.)

Meneillään olevassa kuntarakennepöytätyössä pääpaino on ollut kuntien uusissa rajoissa, jolloin palvelujen järjestäminen ja niiden käyttömahdollisuudet ovat jääneet vähemmälle huomiolle. Palveluverkkoja suunniteltaessa ja etenkin lähipalveluita määriteltäessä tulee niiden käyttäjien näkemykset ja kokemukset ottaa huomioon entistä paremmin. Kotitaloustyyppi, asuinalue, elämäntilanne, asuinpaikka ja liikkumistottumukset vaikuttavat palvelutarpeisiin ja lähipalvelukäsitteen sisältöön. Työssä käyvä voi asioida työmatkansa varrella olevassa palvelupisteessä. Erityisen tärkeitä helposti saavutettavat lähipalvelut ovat lapsille ja nuorille, vanhuksille ja vammaisille sekä niille, joilla ei ole mahdollisuutta oman auton käyttöön. Lähipalveluiden saavutettavuudessa tuleekin kiinnittää huomiota myös liikenne- ja kuljetuspalveluiden saatavuuteen. (Kytö 2012.)

Kuopilan (2014) toteamus Kuntamarkkinoilla lähipalveluiden määrittelyn vaikeudesta tukee lausunnolla oleva uusi sote-laki. Siinä järjestämislakiesityksen mukaan sote-alueen palveluja saa keskittää vain, jos palvelujen saatavuus ja laadukkuus edellyttävät erityisosaamista tai kalliita investointeja tai palveluja ei voida muuten toteuttaa riittävän kustannustehokkaasti. Lisäksi sosiaali- ja terveydenhuoltoa voidaan keskittää valtakunnallisesti joillekin kunnille tai kuntayhtymille, jos se on välttämätöntä. Syynä voivat olla tehtävien vaativuus, harvinaisuus, kielelliset oikeudet tai niistä johtuvat suuret kustannukset. (Esitysluonnos sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämislaiksi 2014.)

Porin kaupungin strategian 2020 yhtenä painopistealueena on Hyvän elämän Pori. Tämä painopistealue ohjaa perusturvakeskuksen toimintaa vuosina 2014–2016. Edellä mainitun painopistealueen mukaisesti tavoitteena on, että kaikissa palveluissa ensisijaisena vaihtoehtona ovat koti- ja perhepalvelut. Lisäksi tavoitteena on sähköisen asiointin lisääminen ja uusien toimintamallien kehittäminen kaikilla perusturvan palvelualueilla (esimerkiksi palveluohjaus, nettimeuvonta, sähköinen ajanvaraus, sähköiset lomakkeet ja omahoitopalvelut). Myös palveluseteli on perusturvassa käytössä vanhuspalveluissa ja lääkinnällisessä kuntoutuksessa sekä lapsiperheille suunnatussa kotipalvelussa. Tavoitteena on edelleen laajentaa palvelusetelin monipuolista käyttöä mahdollisuuksien mukaan. (Pori. Asenne. Strategia 2020.)

Palvelut tuotetaan keskitettyinä palveluina (mm. sairaalapalvelut), lähipalveluina (mm. lääkäri- ja hoitajavastaanotot) sekä asiakkaan luona toteutettavina palveluina (mm. kotihoitopalvelut). Tammikuussa 2014 perusturvalautakunnan kehittämisseminaarissa lautakunnan selvä enemmistö puolsi neljään lähipalvelualueeseen siirtymistä. Yhtenä perusteena tälle olivat lähipalveluiden asiakasmäärien ja ikäjakauman jakautuminen tasaisemmin. Samalla haluttiin kehittää toimintamallia, jossa eri tulosalueet, organisaatiot ja sektorit yhdistävät prosessinsa ratkaisukeskeisesti asiakkaan lähtökohdista. Seminaarissa sovittiin myös, että lähipalveluiden mitoitus ja palvelujen sisältö määritellään väestön palvelutarpeen mukaiseksi. Määrittelytyötä ei ole aiemmin toteutettu riittävällä tarkkuudella.

Lähipalveluista keskustellaan monella eri tasolla. Palveluiden tuottajat, julkinen, yksityinen ja kolmas sektori, asiantuntijat ja palveluiden käyttäjät näyttävät osittain puhuvan samasta asiasta erilaisin merkityksin. Lähipalvelut ovat keskiössä myös tulevissa kuntalain ja Sote-lain muutoksissa. Toimivat palvelut, joihin lähipalvelut kuuluvat, vaikuttavat keskeisesti kuntaliitoskeskusteluissa. Poliittisilla päättäjillä ja viranhaltijoilla tulisi olla hyvä käsitys siitä, mitkä palvelut omalla toiminta-alueella määritellään lähipalveluiksi ja miten lähelle palvelun käyttäjää eli kuntalaista ne tulee mahdollistaa.

Palvelusuunnittelua varten perustettiin Porissa palveluohjausmenettely. Palvelusuunnitelmassa kuvataan lähipalvelut ja yhteiset palvelut sekä toimipisteet. Lähipalvelut perustuvat aluejakoon. Kullakin lähipalvelualueella on lähipalvelukeskus ja lähipalvelupisteitä. Lähipalvelut perustuvat moniammatilliseen toimintaan. Toiminnalla pyritään sekä osaamisen laajaan jakamiseen koko organisaatiossa, että tehokkaaseen käyttöön palvelujen tuottamisessa. Palvelutehtävät ja toimintatavat määritellään palvelusuunnitelmassa. Yhteiset palvelut tuotetaan joko keskitetysti yhdestä toimipisteestä tai hajautettuina palveluina lähipalvelupisteissä tai asiakkaan kotona. Palvelutoiminnan painopistettä suunnataan avohoitoon, ennalta ehkäisyyn ja kuntoutukseen, joilla tuetaan asiakkaiden selviytymis- ja toimintakykyä. (Perusturvakeskus Toimintasääntö 2011.)

3 Sosiaali- ja terveyspalvelut osana suomalaista sosiaalipolitiikka 2000-luvulla

Kunnallisten sosiaali- ja terveyspalveluiden järjestämis- ja tuottamistavat ovat ankkuroituneet Suomessa 1900-luvun loppuvuosikymmeninä muodostuneisiin rakenteisiin. Kansanterveyslain mukaan kunta on velvollinen tarjoamaan kuntalaisille perusterveydenhuollon palveluita. Kunnan tulee tarjota myös sosiaalihoitolain ja sosiaalihoillon erityislakien määrittelemiä palveluita sekä erikoissairaanhoidon palveluita. (Kokko ym. 2009, 15.) Terveyspalveluiden monet perusongelmat sekä tarve lisätä palvelujärjestelmän rakenteellista tehokkuutta loivat perusterveydenhuollolle selkeän tavoitteen siirtyä kohti aikaisempaa suurempia yksiköitä ja palveluiden järjestämisen väestöpohjia. Kansallisen Sosiaalialan kehittämissuunnitelman (2003–2007) tavoitteena oli turvata palvelujen saatavuus kaikkialla Suomessa. Siihen pyrittiin uudistamalla lainsäädäntöä, palvelurakenteita ja toimintakäytäntöjä. (Kokko ym. 2009, 15.)

Toimintaympäristömuutokset edellyttivät kunta- ja palvelurakenteen muuttamista. Asiaa lähestyttiin peruskunta, piirimallilla ja aluekuntamallilla. Ministerityöryhmän esittämistä malleista ei syntynyt poliittista yksimielisyyttä. Tämän jälkeen hallituspuolueiden kesken syntyi yhteinen kompromissi kunta- ja palvelurakenteen uudistamisesta. Uudistuksen lähtökohtana oli kunta- ja palvelurakenteen vahvistaminen sekä uusien palvelujen tuotantotapojen edistäminen. Organisoimista uudistamalla haluttiin tarkistaa kuntien rahoitus- ja valtionosuusjärjestelmiä sekä kuntien ja valtion välistä tehtävänkokoja siten, että kuntien kehittämiseen on vahva rakenteellinen ja taloudellinen perusta tulevina vuosikymmeninä. Sosiaali- ja terveyspalveluiden järjestämisen rakenteen muotoutumista ohjaa puitelaki. Lain 4 § määrittelee kuntien käytettävissä olevat keinot niiden pyrkiessä puitelain toteuttamiseen. Puitelaissa korostetaan perusterveydenhuollon ja sosiaalipalveluiden yhteisen kokonaisuuden tärkeyttä ja merkitystä. Puitelaissa tavoitellaan suurempia palveluiden järjestämisyksiköitä joko kuntaliitosten tai yhteistoiminta-alueiden muodostamisen kautta. Tämän lisäksi laissa säädetään väestöpohjaan liittyvät edellytykset oikeudesta järjestää palveluita. (Kokko ym. 2009, 16–25.)

Kuntien tilanne oli vuoden 2011 lopussa Puustisen ja Niirasen (2011, 12) mielestä monella tavalla mielenkiintoinen ja odottava. Pääministeri Matti Vanhasen ensimmäisen hallituksen esityksestä (HE 155/2005) syntynyt, vuonna 2007 säädettyyn lakiin kunta- ja palvelurakennemuutuksesta pohjaava ja koko Suomen kuntakenttää koskeva kunta- ja palvelurakennemuutos, säädettiin olemaan voimassa helmikuusta 2007 vuoden 2012 loppuun. Jyrki Kataisen ensimmäisen hallituksen ohjelmassa (HE 18/2011) vuonna 2011 päätettiin kuntarakennemuutuksesta. Hallitusohjelma määritteli kuntauudistuksen tarkemmat kriteerit ja sen etenemisen. Puustisen ja Niirasen (2011, 16) tutkimuksessa kiinnitetään huomiota kunta-valtio-suhteen kuvaukseen ja heidän mielestään Jyrki Kataisen 2011 hallitusohjelmassa (HE 18/2011) vastuu kuntarakennemuutuksen toteuttamisesta oli selkeästi hallituksella kuntien sijasta, mutta sen sijaan sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämis- ja rahoitusvastuu haluttiin säilyttää kunnilla itsellään. Kataisen hallitusohjelmassa painotettiin jo uuden sote-uudistuksen tavoin kuntien, yritysten ja järjestöjen kanssa tehtävää yhteistyötä.

Valtionneuvosto vahvisti sosiaali- ja terveydenhuollon kansallisen kehittämissuunnitelman (Kaste) vuosille 2012–2015 helmikuussa 2012. Kaste-ohjelma on pitkäkestoinen muutos-, modernisointi ja innovaatioprosessi. Ohjelma perustuu sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelusta ja valtionavustuksesta annettuun lakiin 733/1992. Kaste-ohjelman päätavoitteena on kaventaa hyvinvointi- ja terveyseroja sekä edesauttaa sosiaali- ja terveydenhuollon rakenteiden ja palveluiden asiakaslähtöinen järjestäminen. (Kaste 2012.) Kaste-ohjelman ja sen toimeenpanon keskeisinä periaatteina ovat osallisuus ja asiakaslähtöisyys, jotka tarkoittavat muun muassa ihmisten kuulemista ja vaikutusmahdollisuuksien lisäämistä itseään koskevassa päätöksenteossa, palveluissa ja niiden kehittämisessä. Ihmisten vaikutusmahdollisuuksien lisäämiseksi ja eri-ikäisten näkemysten selvittämiseksi on tarpeen ottaa käyttöön yhteisöllisiä työmenetelmiä, joita ovat esimerkiksi kokemusasiantuntijuus, asiakasraadit, neuvostot ja foorumit. (Kaste 2012, 18.) Kaste-ohjelmakaudelle ajoittuu useita merkittäviä lainsäädäntöhankkeita, jotka ovat vaikuttaneet ja tulevat vaikuttamaan sekä sosiaali- ja terveystalouden järjestämiseen että niiden sisältöön. Yksi merkittävimmistä on kunta- ja palvelurakennemuutos ja siihen liittyvä sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakennemuutos. (Kaste 2012, 19.)

Sote-asiaa viedään eteenpäin pääministeri Stubbin hallituksen sitoutuessa jatkamaan Kataisen hallituksen yhdessä oppositiopuolueiden kanssa 23.3.2014 tekemää linjausta sote-uudistuksesta. Suomalaisten keskeiset hyvinvointipalvelut halutaan turvata toteuttamalla perusteellinen sosiaali- ja terveyspalvelu-uudistus. Kansallisella ja sote-alueiden ohjauksella varmistetaan, että uudistuksella myös supistetaan kestävyysvajetta. Parlamentaarinen valmisteluryhmä sai uuden lakiesityksen valmiiksi kesällä 2014 ja se lähetettiin kuntiin lausuntokierrokselle 18.8.2014. Lausuntoaika päättyi 14.10.2014. Lakiesitys vietiin eduskuntakäsittelyyn marraskuussa ja sote-järjestämislain oli tarkoitus tulla voimaan alkuvuodesta 2015.

Uudessa mallissa on erotettu palvelujen järjestäminen ja niiden tuottaminen toisistaan. Keskeisiä käsitteitä ovat järjestämis- ja tuottamisvastuu. Järjestämisvastuu tulee olemaan viidellä sosiaali- ja terveysalueella (sote-alue). Sote-alueen kuntayhtymä vastaa siitä, että sen alueella asukkaat ja muut palveluihin oikeutetut saavat tarvitsemansa palvelut. Lähtökohtana on lähipalvelujen turvaaminen. Palvelujen tuottamisvastuusta tehtiin päätös eduskuntapuolueiden kesken 14.11.2014 ja samalla sovittiin, että Sote-alueiden sisällä vastuu tuottamisesta annetaan kuntayhtymille. Yksittäinen kunta voi jatkossa olla tuottamisvastuussa vain, jos kuntayhtymä päättää antaa vastuun yhdelle kunnalle. Tuottamisvastuun edellytykset määritellään uudessa laissa. Tuottamisvastuullisella tulee olla kyky vastata ehkäisevistä, korjaavista, hoitavista, kuntouttavista ja muista sote-palveluista yhtenäisenä kokonaisuutena. (Esitysluonnos sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämislaiksi 2014.)

Sote-alue on kuntayhtymä. Jokainen kunta kuuluu yhteen viidestä sote-alueesta. Kunnilla on edustus sote-alueen ylimmässä toimielimessä. Sote-alueet aloittavat suunnitelman mukaan toimintansa alkuvuodesta 2016. Kunnat rahoittavat sote-alueiden toiminnan asukaslukuun perustuvalla maksulla, jossa otetaan huomioon tarvetekijät kuten ikärakenne ja sairastavuus. Lisäksi sote-alueella voidaan tehdä päätös, että myös muita mahdollisia valtionosuustekijöitä otetaan huomioon. Uusien sosiaali- ja terveyspalveluista vastaavien alueiden toiminta alkaa aiemman suunnitelman mukaan 1.1.2017. (Esitysluonnos sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämislaiksi 2014.) Lakiesitystä sote-uudistuksesta ei ehditä hyväksyä eduskunnassa Stubbin hallituksen aikana vaan se siirtyy seuraavan hallituksen käsiteltäväksi.

3.1 Sosiaali- ja terveyspalveluiden kehitys

Sosiaali- ja terveyspalveluiden integroituminen käynnistyi Suomessa 1970-luvulla. Perusterveydenhuollon järjestäminen kuntainliittojen ja myöhemmin kuntayhtymien kautta esti hallinnonalojen yhdistämisen. Vahvana perinteenä sekä sosiaali- että terveystoimen peruspalveluissa on ollut palveluiden organisointi toimialoittain eli ”sektoripohjaisesti”. Integroitumista pyrittiin edistämään 1990-luvulla ns. väestövastuisten toimintamallien avulla. Tällä tarkoitettiin sitä, että kaupunkikunnan alue jaettiin maantieteellisin perustein kaupunkia pienempiin vastuualueisiin ja tavoitteeksi asetettiin, että sekä sosiaali- että terveystoimi toteuttaisi mahdollisuuksien mukaan yhtenäiset jaot yhtenevin rajoin. (Kokko ym. 2009, 79.)

2000-luvulla hahmoteltiin uudeksi vaihtoehdoksi palveluiden organisointi ihmisen elämänkaaren mukaisesti. Tällöin yhteisen vastuualueen alaisuuteen koottaisiin esimerkiksi lasten sekä lapsiperheiden palvelut sekä ikääntyneiden palvelut. Aikuisväestön palvelut ovat olleet jonkin verran ongelmallisempia sijoitettavia, koska aikuis- tai työikäisille ei ole kunnallisissa palveluissa sellaisia palveluita, jotka kattaisivat ikäluokkia yhtä laajalti kuin lasten tai ikääntyneiden palvelut. Jako elämänkaarimallista palveluiden tuottamistapana on ollut selvästi kasvussa. (Kokko ym. 2009, 80.) Elämänkaarimalli perustuu ajatukseen kuntalais- ja asiakaslähtöisemmästä palvelutoiminnasta, jolla kootaan väestöryhmien palvelut ehjiksi ja helposti käytettäviksi kokonaisuuksiksi. Elämänkaarimalli on organisoitu kuntalaisten elämänvaiheiden mukaisiin palvelukokonaisuuksiin, jolloin lähtökohtana on palvelukäyttäjä ja sen yhtenä tarkoituksena on edistää eri toimialojen välistä yhteistyötä (Kaarainen ym. 2010, 44–45).

Erilaisissa elämänvaiheissa ja jopa eri puhetilanteissa terveys rakennetaan ja määritellään eri tavoin. Nuoret kytkevät terveyden hyväkuntoisuuteen, fyysiseen voimaan ja energisyyteen. Vanhemmiten terveys määrittyy ensisijaisesti suhteessa toimintakykyyn ja selviytymiseen. Myös sukupuolten välillä terveys ymmärretään eri tavoin. Naiset määrittelevät terveyden miehiä laaja-alaisemmin ja liittävät sen miehiä useammin sosiaalisiin suhteisiin. Naisten ja miesten erilaisten ajatusmallien taustalla vaikuttavat erot sairastavuudesta ja terveyskäyttäytymisessä sekä sukupuolten erilaiset tehtävät ja asema yhteiskunnassa. Sukupuolittain muotoutunut identiteetti ja käyttäytymismalli heijastuvat myös suhtautumisessa terveyteen ja sairauksiin.

Viime aikoina on kiinnitetty huomiota siihen, että molemmilla sukupuolilla esiintyvät sairaudet ilmenevät eri tavoin naisilla ja miehillä. Se luo paineita etenkin kliinisen lääketieteen käytäntöihin. Naiset ja miehet eivät myöskään ryhminä ole sisäisesti homogeenisia. (Luoto & Kulmala 2003.)

Kuntalaisten hyvinvoinnista puhutaan Suomessa usein hyvinvointia edistävän järjestelmän käsitteiden kautta. 2010-luvun alussa ovat voimistuneet yhtäältä keskustelu ongelmien ehkäisystä ja terveyden ja hyvinvoinnin edistämisestä sekä toisaalta vaatimukset markkinaperusteisten toimintamallien ja kansalaisten oman vastuun lisäämisestä. Sosiaali- ja terveydenhuollon nykyisen ajattelutavan mukaan tavoitteena on tarjota palveluja jo varhaisessa avun tai tuen tarpeen vaiheessa. Ajattelu nousee ajankohtaiseksi etenkin tilanteissa, joissa kuntalaisten palvelutarpeet jostakin syystä lisääntyvät. Varhaisen tuen on osoitettu useimmiten vähentävän tai hidastavan raskaamman palvelun tarvetta ja joskus jopa estävän sen kokonaan. (Kaarainen ym. 2010, 29–65.)

Kansalaisbarometrin (2011) tutkimuksessa kysyttiin, miten tärkeinä suomalaiset pitävät hyviä julkisia sosiaali- ja terveystalvueluita. Vastausten perusteella voidaan todeta, että valtaosa (84 %) täysi-ikäisistä suomalaisista pitää niitä tärkeinä tai erittäin tärkeinä. Samanaikaisesti 68 % vastaajista arvioi julkisten sosiaali- ja terveystalvueluiden heikentyvän tulevaisuudessa. Heikentymiseen liittyen yli puolet (52 %) vastaajista katsoi, etteivät ihmiset ole yhdenvertaisia sosiaali- ja terveystalvueluiden saamisessa. Huolimatta palveluiden mahdollisesta heikentymisestä ja saatavuuden epätasa-arvoisuudesta, tutkimuksen mukaan tulevaisuudessa alle puolet vastaajista kannattaa yritysten hyödyntämistä sosiaali- ja terveystalvuelujen tuottamisessa. (Siltaniemi ym. 2011, 90–95.)

Palveluihin liitetään entistä voimakkaammin valinnanvapaus, joka on asiana voimakkaan ideologinen ja jakaa mielipiteet helposti vankoiksi rintamalinjoiksi. Perustelulinjat kulkevat yleensä niin, että toinen ”rintama” uskoo valinnanvapauden laajentamisen auttavan julkisia palveluja parantumaan sekä tulemaan tehokkaammiksi, käyttäjäystävällisemmiksi ja vetoisemmiksi. Toinen rintamalinja taas sanoo, että valinta voi kyllä olla hieno asia teoriassa, mutta sen laaja edistäminen hyvinvointivaltiossa on kallista, tehotonta, johtaa eriarvoisuuden kasvuun ja vain lisää jakoja yhteiskunnassa. (Palola 2011, 308.)

3.2 Lakisääteiset sosiaali- ja terveystalvelut

Suurin osa sosiaali- ja terveystalveluista on lakisääteisiä, eli lainsäädäntö velvoittaa kunnat järjestämään nämä talvelut. Lakisääteisten talvelujen lisäksi kunnat voivat järjestää muitakin sosiaali- ja terveystalveluja. (Sosiaali- ja terveys ministeriö 2005.) Tässä tutkimuksessa on määritelty ainoastaan lakisääteiset sosiaali- ja terveydenhuollon talvelut. Sosiaali- ja terveydenhuollon yleinen ohjaus ja suunnittelu kuuluvat sosiaali- ja terveysministeriölle. Sote-uudistuksen myötä kansallista ohjausta vahvistetaan ja ministeriöön perustetaan ohjausyksikkö toimeenpanoa varten. Sote-alueen on neuvoteltava ministeriön kanssa vuosittain alueensa tehtävien ja talvelujen toteuttamisesta. Hallitus antaa eduskunnalle joka neljäs vuosi selonteon sosiaali- ja terveydenhuollon pitkän aikavälin tavoitteista ja strategisista linjauksista. Niiden perusteella STM laatii hallituskausittain sosiaali- ja terveydenhuollon valtakunnallisen kehittämishjelman. (Sosiaali- ja terveys ministeriö 2005.)

Lakisääteiset sosiaalitalvelut

Sosiaalihuoltolaissa säädetään kunnan velvollisuudesta huolehtia yleisten sosiaalitalvelujen järjestämisestä. Näitä ovat sosiaalityö, kasvatus- ja perheneuvonta, kotitalvelut, asumistalvelut, laitoshuolto, perhehoito ja omaishoidon tuki. Lisäksi kunnalla on velvollisuus huolehtia sosiaalihuoltolaissa mainituista muista sosiaalitalveluista, joista on säädetty erilliset lait (Katso taulukko 1). Kiireellisesti tarvittavat lakisääteiset sosiaalitalvelut on järjestettävä niinä vuorokauden aikoina kuin niitä tarvitaan. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2005.)

Taulukko 1. Lakisääteiset sosiaalitalvelut (Sosiaali- ja terveysministeriö 2005)

Lakisääteiset sosiaalitalvelut	
<i>Sosiaalityö</i>	Sosiaalityöllä tarkoitetaan sosiaalihuollon ammatillisen henkilöstön suorittamaa ohjausta, neuvontaa ja sosiaalisten ongelmien selvittämistä sekä muita tukitoimia, jotka ylläpitävät ja edistävät yksilöiden ja perheen turvallisuutta ja suoriutumista sekä yhteisöjen toimivuutta.
<i>Kasvatus- ja perheneuvonta</i>	Kasvatus- ja perheneuvonnalla tarkoitetaan asiantuntija-avun antamista kasvatus- ja perheasioissa sekä lapsen myönteistä kehitystä edistävää sosiaalista, psykologista ja lääketieteellistä tutkimusta ja hoitoa.
<i>Kotitalvelut</i>	Kotitalveluja annetaan niille, jotka tarvitsevat apua suoriutuakseen tavanomaiseen elämään kuuluvista tehtävistä ja toiminnoista. Kotitalvelun perusteena voi olla alentunut toimintakyky, perhetilanne, rasittuneisuus, sairaus, synnytys, vamma tai muu vastaavanlainen syy. Kotitalvelujen hankkimiseksi on sosiaalihuoltolaissa erityinen palvelusetelijärjestelmä.

<i>Asumispalvelut</i>	Asumispalveluja annetaan henkilölle, joka erityisestä syystä tarvitsee apua tai tukea asunnon tai asumisensa järjestämisessä.
<i>Laitoshuolto</i>	Laitoshuoltoa annetaan henkilölle, joka tarvitsee apua, hoitoa tai huolenpitoa, jota ei voida tai ei ole järkevää järjestää hänen omassa kodissaan muita sosiaalipalveluja hyväksi käyttäen.
<i>Perhehoito</i>	Perhehoitoa annetaan henkilölle, jonka hoitoa, kasvatusta tai muuta huolenpitoa ei voida tarkoituksenmukaisesti järjestää hänen omassa kodissaan tai muita sosiaali- ja terveydenhuollon palveluja hyväksikäyttäen, ja jonka ei katsota olevan laitoshuollon tarpeessa. Perhekodissa hoidettavien henkilöiden enimmäismäärä on säännelty sosiaalihuoltolaissa. Perhehoitajan asemasta ja tehtävistä säädetään perhehoitajalaissa.
<i>Omaishoidon tuki</i>	Omaishoidon tuella tarkoitetaan vanhuksen, vammaisen tai sairaan henkilön kotona tapahtuvan hoidon tai muun huolenpidon turvaamiseksi annettavaa hoitopalkkiota ja -palveluja, jotka määritellään hoidettavan hoito- ja palvelusuunnitelmassa.
<i>Lasten ja nuorten huolto</i>	Kunnan on lastensuojelulain mukaan huolehdittava siitä, että lastensuojelu järjestetään sisällöltään ja laajuudeltaan sellaiseksi kuin kunnassa esiintyvä tarve edellyttää. Lastensuojelun näkökulma tulee ottaa huomioon myös muita kunnan järjestämiä palveluja kehitettäessä. Joskus lastensuojelun tarve johtuu riittämättömästä toimeentulosta, puutteellisista asumisololoista tai asunnon puuttumisesta. Mainitut seikat voivat oleellisesti estää lapsen ja perheen tai sellaisen itsenäistymässä olevan nuoren kuntoutumista, joka ennen 18 vuottaan on ollut lastensuojelun asiakkaana. Silloin kunnan on viivytyksettä järjestettävä riittävä taloudellinen tuki sekä korjattava asumisoloihin liittyvät puutteet tai järjestettävä tarpeen mukainen asunto.
<i>Lasten päivähoido</i>	Kunnan on lasten päivähoidosta annetun lain mukaan huolehdittava siitä, että lasten päivähoidoita on saatavissa siinä laajuudessa ja sellaisin toimintamuodoin kuin kunnassa esiintyvä tarve edellyttää. Kunta joko järjestää päivähoidon tai valvoo sitä. Päivähoidoita on mahdollisuuksien mukaan järjestettävä lapsen vanhempien tai muiden huoltajien toivomassa muodossa. Päivähoidot palvelut on kunnassa järjestettävä niin, että lasten hoidon ja kasvatuksen tarve eri ikäryhmissä tulee turvatuksi tasapuolisesti ja paikallisten olojen edellyttämällä tavalla. Lapsen vanhemmilla tai muilla huoltajilla on oikeus saada lapselle kunnan järjestämä kokopäiväinen hoitopaikka tai tietyin edellytyksin lasten kotihoidon tai yksityisen hoidontukea. Oikeus päivähoidon, lasten kotihoidon tukeen tai yksityisen hoidon tukeen alkaa sairausvakuutuslain mukaisen äitiys-, isyys- ja vanhempainrahakauden päätyttyä. Oikeus päättyy lapsen siirtyessä perusopetuslaissa tarkoitettuna oppivelvollisena peruskouluun tai sitä vastaavaan kouluun. Silloin kun lapsi ennen peruskoulua osallistuu esiopetukseen, päivähoidoita voidaan järjestää osaaikaisesti.
<i>Päihdehuolto</i>	Kunnan on päihdehuoltolain mukaan huolehdittava siitä, että päihdehuolto järjestetään sisällöltään ja laajuudeltaan sellaiseksi kuin kunnassa esiintyvä tarve edellyttää. Päihdehuollon palveluja on järjestettävä yleisiä sosiaali- ja terveydenhuollon palveluja kehittämällä sekä antamalla erityisesti päihdehuoltoon tarkoitettuja palveluja. Palvelujärjestelmän pitää joka kohdassa pystyä palvelemaan ihmistä, jolla on päihdeongelma. Jos yleiset sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut eivät riitä, asiakas ohjataan päihdehuollon pariin. Palvelut tulee järjestää ensisijaisesti avohuollon toimenpitein. Päihdehuollon palveluja on annettava henkilön, hänen perheensä ja muiden läheistensä avun, tuen ja hoidon tarpeen perusteella.
<i>Kehitysvammaisten erityishuolto</i>	Kehitysvammaisten erityishuollosta annetun lain mukaan erityishuoltoa annetaan henkilölle, jonka kehitys tai henkinen toiminta on estynyt tai häiriintynyt synnynnäisen tai kehitysiässä saadun sairauden, vian tai vamman vuoksi, ja joka ei muun lain nojalla voi saada tarvitsemiaan palveluja.

	Erityishuoltoon kuuluvia palveluja ovat muun muassa terveydenhuolto, ohjaus, kuntoutus ja toiminnallinen valmennus sekä työtoiminnan ja asumisen järjestäminen, apuvälineiden järjestäminen sekä muu tarpeellinen toiminta.
<i>Vammaisuuden perusteella järjestettävät palvelut ja tukitoimet</i>	Vammaisuuden perusteella järjestettävistä palveluista ja tukitoimista annetun lain mukaan kunnan on huolehdittava siitä, että vammaisille tarkoitetut palvelut ja tukitoimet järjestetään sisällöltään ja laajuudeltaan sellaisena kuin kunnassa esiintyvä tarve edellyttää. Vammaista henkilöä on palveltava ja palveluja järjestettävä ottaen huomioon hänen äidinkieltensä. Vammaisten henkilöiden tarvitsemat palvelut ja tukitoimet on järjestettävä niin, että ne tukevat heidän omatoimista suoriutumistaan. Tätä tarkoitusta varten on laadittava palvelusuunnitelma tarvittavien palveluiden ja tukitoimien selvittämiseksi. Suunnitelma laaditaan yhdessä vammaisen henkilön ja hänen huoltajansa kanssa. Kunnan on järjestettävä vaikeavammaiselle henkilölle kohtuulliset kuljetuspalvelut, niihin liittyvät saattajapalvelut, tulkkipalvelut sekä palveluasuminen. Lisäksi vaikeavammaiselle henkilölle on korvattava asunnon muutostöistä sekä asuntoon kuuluvien välineiden ja laitteiden hankkimisesta aiheutuneet kustannukset. Vammaispalvelulaissa on mainittu myös palveluita ja tukitoimia, joita kunta järjestää talousarviossaan varattujen määrärahojen puitteissa. Niitä ovat kuntoutusohjaus, sopeutumisvalmennus ja henkilökohtaisen avustajan palkkaamisesta aiheutuvien kustannusten korvaaminen. Kunta voi järjestää myös vammaisten henkilöiden työllistämistä tukevaa toimintaa ja työtoimintaa.
<i>Kuntouttava työtoiminta</i>	Kuntouttavasta työtoiminnasta annetun lain mukaisilla toimenpiteillä parannetaan työmarkkinatukea tai toimeentulotukea saavan henkilön edellytyksiä työllistyä avoimilla työmarkkinoilla. Kuntouttavaan työtoimintaan pääsee pitkään jatkuneen työttömyyden perusteella. Lain avulla myös edistetään kuntoutettavan mahdollisuuksia osallistua koulutukseen tai muuhun työhallinnon tarjoamaan työllistymistä edistävään toimenpiteeseen.

Lakisäätöiset Terveyspalvelut

Kansanterveyslaki ja -asetus asettavat kunnille terveyspalveluihin liittyviä velvoitteita. Erikseen on säädetty muun muassa erikoissairaanhoidosta, mielenterveyspalveluista, tartuntatautien ehkäisystä ja hoidosta sekä työterveyshuollosta. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2005.)

Taulukko 2. Lakisäätöiset terveyspalvelut (Sosiaali- ja terveysministeriö 2005)

Lakisäätöiset terveyspalvelut	
<i>Terveysneuvonta</i>	Kunnan on ylläpidettävä terveysneuvontaa. Siihen kuuluvat terveyskasvatus ja valistustyö, raskauden ehkäisyneuvonta sekä yleiset terveystarkastukset.
<i>Sairaanhoito ja kuntoutus</i>	Kunnan on järjestettävä kunnan asukkaiden sairaanhoito. Siihen kuuluu lääkärin tutkimus ja hoito sekä lääkinnällinen kuntoutus. Sairaanhoitoa voidaan antaa terveyskeskuksessa avohoitona, vuodeosastolla tai kotisairaanhoitona. Kiireellinen sairaanhoito pitää järjestää kaikille asuinpaikasta riippumatta. Kuntoutusta on järjestettävä siltä osin kuin se ei ole Kansaneläkelaitoksen tehtävänä. Kuntoutuksen sisällöstä on säädetty tarkemmin lääkinnällisestä kuntoutuksesta annetulla asetuksella. Päävastuu apuvälineiden hankkimisesta on terveyskeskuksella tai sairaalalla

<i>Sairaankuljetus</i>	Kunnan on huolehdittava sairaankuljetuksen järjestämisestä ja lääkinnällisen pelastustoiminnan ylläpitämisestä lukuun ottamatta ilma-alusten sekä kelirikkelipoisten ja vastaavien erityiskulkuneuvojen hankintaa ja ylläpitoa.
<i>Hammashuolto</i>	Kunnan on järjestettävä hammashuoltoa. Siihen kuuluu valistus ja ehkäisy sekä hampaiden tutkimus ja hoito. Hoito on järjestettävä kaikille iästä riippumatta.
<i>Kouluterveydenhuolto</i>	Kunnan on ylläpidettävä kouluterveydenhuoltoa, johon kuuluvat peruskoulun ja lukion terveydellisten olojen valvonta, oppilaiden terveydenhoito ja terveystieteiden erikoistutkimukset. Niitä ovat erikoislääkärin tekemä näön tai kuulon tutkimus ja hänen määräämänsä laboratorio-, röntgen- ja muut tutkimukset, psykiatrin tutkimus ja psykologin tutkimus.
<i>Opiskeluterveydenhuolto</i>	Kunnan on ylläpidettävä muiden kuin edellisessä kohdassa tarkoitettujen oppilaitosten opiskelijoille opiskeluterveydenhuoltoa, johon kuuluvat oppilaitosten terveydellisten olojen valvonta, opiskelijoiden terveydenhoito ja sairaanhoito sekä hammashuolto. Korkeakouluopiskelijoiden terveydenhuollon kunta voi antaa Ylioppilaiden terveydenhoitosäätiön järjestettäväksi.
<i>Seulonnat</i>	Kunnan on järjestettävä seulontaa ja muita joukkotarkastuksia. 50–59-vuotiaille naisille on järjestettävä rintasyöpäseulontaa ja 30–60-vuotiaille naisille kohdun kaulaosan syöpäseulontaa.
<i>Erikoissairaanhoito</i>	Erikoissairaanhoitolla tarkoitetaan lääketieteen ja hammaslääketieteen erikoisalojen mukaisia sairauden ehkäisyyn, tutkimiseen, hoitoon ja lääkinnälliseen kuntoutukseen kuuluvia terveydenhuollon palveluja. Erikoissairaanhoiton laajuutta ja laatuvaatimuksia ei ole lainsäädännössä yksilöity. Kotikunnan on huolehdittava siitä, että potilas saa tarpeellisen erikoissairaanhoiton.
<i>Työterveyshuolto</i>	Kunnan on järjestettävä työterveyshuoltopalveluja työntekijöille ja yrittäjille. Eräiden kuntien on lisäksi ylläpidettävä merimiesterveyspalveluita ja järjestettävä merimiehille työterveyspalveluja.
<i>Ympäristöterveydenhuolto</i>	Ympäristöterveydenhuollolla tarkoitetaan yksilön ja hänen elinympäristönsä suojelua. Kunnat vastaavat ympäristöterveydenhuollon toimeenpanosta, johon kuuluvat terveyshaittojen arviointi, terveysvalvonta, elintarvikevalvonta, tuotteiden ja palveluiden turvallisuuden valvonta sekä eläinten terveydenhuolto. Kuntien toimeenpantavaksi kuuluvat myös kemikaalivalvonta ja tupakkalain valvonta, jotka liittyvät läheisesti ympäristöterveydenhuoltoon.
<i>Mielenterveyspalvelut</i>	Kunnan on huolehdittava mielenterveyspalvelujen järjestämisestä. Ne voidaan järjestää osana joko kansanterveystyötä tai sosiaalihuoltoa. Kunnan on järjestettävä sellaiset mielenterveyspalvelut, jotka on tarkoituksenmukaista antaa terveyskeskuksessa. Sairaanhoitopiiriin tulee huolehtia erikoissairaanhoitona annettavista palveluista. Palvelut on järjestettävä sisällöltään ja laajuudeltaan sellaisiksi kuin kunnassa esiintyvä tarve edellyttää. Palvelut on ensisijaisesti järjestettävä avopalveluina sekä siten, että tuetaan oma-aloitteista hoitoon hakeutumista ja itsenäistä suoriutumista.

3.3 Palvelu julkisessa hallinnossa

Palveluilla muovataan kansalaisen arkea, elämäntapaa ja osallistumista. Mielipidetutkimusten mukaan suomalaiset tukevat edelleen julkisia hyvinvointipalveluja ja ovat valmiita rahoittamaan niitä (Kallio, 2010). Palvelut ovat ihmisille ja kansantaloudelle elintärkeitä ja samalla pulmallisia. Suomalaisten ikääntyessä palvelutarpeet kasvavat. Palvelut ovat työvoimavaltaisia ja siksi ne ovat kalliita. Osaksi näistä syistä palveluja on alettu tarkastella tuloksellisuuden ja vaikuttavuuden näkökulmista (Rajavaara 2007).

Palvelun kehittämistä alettiin painottaa Suomen julkisessa hallinnossa voimakkaasti 1980-luvun loppupuolella. Oulasvirran (2007, 79–85) mukaan palvelun käsitteelle on annettu useita toisistaan hyvinkin paljon poikkeavia määritelmiä, joista useat tulevat liiketaloustieteestä. Usein ajatellaan, että palvelut ovat aineettomia, prosessiluontoisia ja että niitä kulutetaan ja tuotetaan osin samanaikaisesti. Myös asiakkaan osallistumista palvelutapahtumaan palvelujen käyttäjänä korostetaan (Grönroos 1987, 9–30).

Palvelun käsite ja siihen liittyvät lähikäsitteet (esim. ydin-, tuki- ja liitännäispalvelut) sovellettuna julkiseen sektoriin ovat erittäin ongelmallisia ja vaikeaselkoisia. Sanaa ”palvelu” voidaan käyttää julkisen sektorin päätoiminnoista tai suoritteista riippumatta niiden sisällöstä. Palvelun käsitteellä voidaan tarkoittaa kaikkien julkisten organisaatioiden päätoimintoja ja yhtä yleisesti sitä käytetään tarkoittaessa hyvinvointisuoritteita eli hyvinvointipalveluita. (Oulasvirran 2007, 20–24.)

3.4 Palvelun laatu julkisessa hallinnossa

Julkisten organisaatioiden tuottamien palveluiden ja suoritteiden laatu on aina tiettyjen edustuksellisen demokratian asettamien reunaehtojen puitteissa olevaa laatua. Laadun tavoitteita asetetaan siten enemmänkin yhteisön kuin yksilön tarpeiden näkökulmasta. Yhteiskuntapoliittisten tavoitteiden ohjaus, ja sitä kautta yhteisöllinen näkökulma säädössidonnaisuuden lisäksi, vaikuttavat laadun kehittämiseen. Toiminnan budjettisidonnaisuus taas osaltaan vaikuttaa palvelutoiminnassa taloudellisten reunaehtojen vuoksi palvelujen laadun ja määrän sääntelyyn. (Oulasvirta 2007, 53–77.)

Palvelun laatu on ollut viime vuosina keskeinen kehittämisen kohde sekä yksityisellä että julkisella sektorilla. Suomessa laadun merkitytä alettiin painottaa erityisen voimakkaasti 1990-luvulla. Laatuajattelu on peräisin yksityiseltä sektorilta ja sen soveltamista julkiseen hallintoon vaikeuttaa julkisen sektorin monet erityispiirteet, joita ovat toiminnan vahva säädössidonnaisuus, asiakkuuden moniulotteisuus, toiminnan poliittinen ohjaaminen ja julkisen hallinnon moniportainen rakenne. (Oulasvirta 2007, 14.)

Julkisessa organisaatiossa laatua tulee lähtökohtaisesti arvioida suhteessa palvelun tuottajan organisaatiolle asetettuihin tavoitteisiin. Julkinen hallinto ohjautuu hyvin pitkälle yhteiskuntapoliittisesti asetettujen tavoitteiden mukaisesti, jotka on puettu säädöksen muotoon ja joissa säännellään, mitä palvelut ovat ja ketkä ovat oikeutettuja niitä käyttämään. Laadun arvioinnissa tulee huomioida laadun käsitteen moniulotteisuus, esimerkiksi keskusteltaessa käsitteen ”sopivuutta käyttötarkoitukseen” kuin rajattaessa laadun käsite kokemaan pelkästään asiakastyytyvää. Julkisen hallinnon toimintaympäristö asettaa reunaehdot näiden käsitteiden merkitykselle. (Oulasvirta 2007, 18.)

Puhuttaessa palvelun laadusta julkisessa hallinnossa, on tärkeä nostaa esille asiointiprosessin käsite. Sillä tarkoitetaan kaikkia niitä vaiheita, jotka palvelun käyttäjä käy läpi hoitaessaan organisaatiossa asiaansa tai saadakseen sieltä palvelua. Käsitteen hyödyllisyys tulee esille laadun tarkastelussa siinä, että se huomioi palvelun piirteet jo ennen sitä hetkeä kun asiakas saa käyttöönsä sen palvelun, jonka saadakseen hän asioi organisaatiossa. Toisaalta siinä huomioidaan myös aika aktiivisen asioinnin jälkeen. Julkisen hallinnon tavoitteina tulisi olla asioinnin helppous, vaivattomuus, yksinkertaisuus ja sujuvuus. Yhteistä lähes kaikille ”laatu”-käsitteen määritelmille on asiakasnäkökulman keskeisyys. (Oulasvirta 2007, 20–22.)

Julkisessa hallinnossa, osana palvelun kehittämistyötä, alettiin painottaa erityisesti 1980-luvun loppupuolelta alkaen, että edustukselliseen demokratiaan liittyvien palautekanavien ohella tarvitaan myös suoran palautteen kanavia. Niissä asiakas antaa suoraan palautetta julkiselle organisaatiolle sen toiminnasta ja sen tuottamista palveluista. Nykyään nämä suoran palautteen kanavat nähdään kiinteänä osana laatutyötä. Julkisten palveluiden tuottamien palvelujen laadun arvioijina voivat olla paitsi yksittäiset palvelujen käyttäjät tai julkisessa organisaatiossa asioivat henkilöt, myös esimerkiksi poliittiset päätöksentekijät, ylempi johto ja asiantuntijat. Näillä kaikilla on palvelujen laatuun nähden omia arvoja ja tavoitteita, jotka ovat usein toisiinsa nähden poikkeavia. (Oulasvirta 2007, 20–23.)

3.5 Palvelun johtaminen julkisessa hallinnossa

Palveluiden johtaminen yhteistoiminta-alueella koostuu strategisesta johtamisesta, operatiivisesta johtamisesta ja poliittisesta johtamisesta. Tämä luo osaltaan jatkuvaa painetta, kun tuotetaan, suunnitellaan ja kehitetään kuntalaisten sosiaali- ja terveystalv palveluita ja viedään uusia toimintamalleja ja prosessien käytäntöön.

Strateginen johtaminen

Sosiaali- ja terveystalv palvelujärjestelmän erityispiirre on, että toiminnan strateginen päätösvalta on suurelta osin kuntien päättäjillä. Kunnallisen päätöksenteon vahvuutena on, että se sallii voimavarojen suuntaamisen väestön tarpeiden ja niiden erityispiirteiden mukaisesti. Toisaalta kunnissa ei aina ole riittävää asiantuntemusta, jota erityiskysymysten ratkaisemisessa tarvittaisiin. Lisäksi taloudellinen niukkuus tuo sosiaali- ja terveydenhuollossa mukanaan tarpeen arvioida palvelutarpeiden välttämättömyyttä ja tehdä valintoja. Ylimpien johtajien työhön kunnissa liittyy myös palvelujärjestelmää koskevan poliittisen päätöksenteon edellyttämä valmistelutyö oman organisaation johtamistyön lisäksi. Ylin johto neuvottelee myös toiminnan resursoinnista rahoittajan eli kunnan kanssa. (Opetusministeriö 2004, 13.)

Strateginen johtaminen koostuu kolmesta toisiinsa liittyvästä kokonaisuudesta: perustehtävälähtöisyydestä, tavoitteiden saavuttamisesta ja toimintaympäristösuuntautuneesta strategisuudesta. Perustehtävät on asetettu valtakunnan tasolla lainsäädännössä, mutta se konkretisoituu kunnan omissa strategisissa päätöksissä. Sidonnaisuutta valtakunnalliseen tavoitteistoon ja poliittiseen tahtoon korostaa hallitusohjelmaan kytkeytyvä sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämisohjelma KASTE. (Niiranen & Hänninen 2012, 35.)

Niirasan ym.(2012, 35) mukaan strateginen suunnittelu ja päätöksenteko ovat tehtäviä, joiden avulla keskeiset yhteistyötahot, avainryhmät ja päättäjät pyritään saamaan mukaan kunta- tai aluetason toiminnan tavoitteenasetteluun. Keskeisten yhteistyöryhmien mukanaolo on tärkeää myös silloin, kun arvioidaan, ovatko tavoitteet toteutuneet. Tavoitteiden toteutumiseksi tarvitaan tiedolla johtamista, joka tarkoittaa toiminnan tuloksellisuudesta ja toiminnan sisällöstä relevanttia tietoa. Tuloksellisuustiedon käyttö johtamisessa onnistuneimmillaan osoittaa, mitä on tehty ja edistääkö tehty työ tavoitteiden saavuttamista.

Operatiivinen johtaminen

Johtamisen muutos on Viitasen ym. (2007) mukaan keskeinen sosiaali- ja terveydenhuollon nykyisyyteen liittyvä asia. Yhtäältä johtamisen oletetaan muuttuneen esimerkiksi kiristyvän talouden, tulos- ja laatujohtamisuudistusten ja yleisen julkisen sektorin ”managerialisoitumisen” myötä. Toisaalta monien ongelmien aiheuttajaksi paikannetaan vanhanaikainen johtaminen eli ajatellaan, että nykytila vaatisi johtamisen muuttumista. Sydänmaanlakka (2009, 20–51) kuvaa menneeseen maailmaan liittyvän johtajuuden kolmen k:n periaatteena. Hänen mukaan hyvä johtaja osasi käskää, kontrolloida ja tarvittaessa korjata. Nykyisessä maailmassa johtajuus rakentuu paremminkin kolmen i:n periaatteelle. Sen mukaan hyvä johtaja osaa innostua, innostaa ja innovoida. Hyvä johtaminen on yhteistoiminnan organisoimista tavoitteiden saavuttamiseksi. Johtajilla on entistä enemmän tietoa organisaatiosta, työntekijöistä, prosesseista, strategiasta ja tavoitteista, mutta vaatimus onkin siinä, miten muuttaa tietämisen tekemiseksi tukemaan oikeanlaista käytäntöä.

Operatiivisessa johtamisessa tulee asiakaslähtöisyyden näkyä entistä selvemmin. Asiakaslähtöisyyden esteinä on nähty vuodesta toiseen palveluiden organisointi, henkilöstön asenteet sekä vaatimaton yhteistyö kuntalaisten kanssa. Tieto ei ole kaikkialla johtanut toimintojen tehokkaaseen uudelleenorganisointiin ja aitoon asiakasyhteistyöhön kuntalaisten kanssa. Aito asiakaslähtöisyys johtaa optimitilanteessa siihen, että kukin asiakas saa itselleen räätälöidyn hoito- ja palvelukokonaisuuden. (Kiikkala 2000, 120.)

Poliittinen johtaminen

Kunnan edustuksellisen ja poliittisen kokonaisuuden muodostavat valtuusto, kunnanhallitus ja lautakunnat. Oulasvirran (1996) mukaan poliittisen tason tulee kunnallisen demokratiamallin mukaisesti ohjata muiden tasojen toimintaa asettamalla tavoitteita, luomalla toimintapolitiikkaa ja seuraamalla edellä mainittujen toteutumista. Kuntalain mukaan valtuusto käyttää ylintä, strategista päätösvaltaa kunnassa. Valtuustolla on kokonaisvastuu kunnan taloudesta ja toiminnasta. Valtuusto vaikuttaa sosiaali- ja terveydenhuoltoon valitsemalla jäsenet perusturvalautakunnan jäsenet sekä osan johtavista viranhaltijoista. (Harjula & Prättälä 2004, 173).

Muuttuvassa toimintaympäristössä myös poliittinen päätöksenteon tulee nojata yhä enemmän tutkittuun asiantietoon. Ryytäsen (2004) mielestä onnistuneet ratkaisut kunnissa vaativat luottamushenkilöiltä laajaa perehtymistä, osaamista ja kauaskantoisia näkemyksiä. Tulevaisuuden merkittävät luottamushenkilöt ovat muutoskykyisiä, yhteistyötaitoisia, strategisia ja monella tavalla päteviä. Tietotulva on valtava ja aikaa perehtyä asioihin on vain rajallisesti. Tässä on yksi luottamushenkilötyön tulevista haasteista. Lautakuntien päätöksenteko on vaikeutunut siirryttäessä kasvukauden sijasta niukkuuden jakamiseen.

Kun tarkastellaan poliittista johtajuutta valtuusto-, hallitus- sekä lautakuntatasolla, sen heikkous tulee esiin toiminnan lyhytkestoisuudessa, jonka yhtenä aiheuttajana on neljän vuoden välein käytävät vaalit. Kansalaisten arvot kanavoituvat hajanaisesti päätöksentekoprosessiin ja eri puolueiden ideologiset näkemykset, keskenään ristikkäiset arvot ja tavoitteet vaikeuttavat yhteisen selkeän tavoitetilan saavutettavuutta. Poliittinen johtajuus tarvitsee tuekseen ymmärryksen siitä, minkälaisien arvojen ja periaatteiden mukaan asioita johdetaan: Mitä eri päätöksentekotilanteissa tarkoitetaan oikeudenmukaisuudella, laillisuudella, objektiivisuudella, tasapuolisuudella ja rehellisyydellä? Miten eri päätöksentekoprosessissa huomioidaan eri kansalaisten arvot, kulttuuriset arvot ja eri intressiryhmien painotukset? Huolimatta päätöksentekoprosessien ja päätöksentekotilanteiden poliittisesta haasteellisuudesta, päätöksenteon tulee entisestään perustua Niiräsen ym. (2012) peräänkuuluttamaan todelliseen tietoon. Niiränen (1994) korostaa että kunnallisen sosiaalipolitiikan johtamisessa kohdataan sekä organisaation sisällä olevat että sen ulkopuolelta tulevat arvot. Arvot saattavat olla toisilleen vastakkaisia ja jopa keskenään kilpailevia. Kysymys voi olla poliittisen päätöksenteon ja toiminnallisen johdon välisistä arvoristiriidoista tai johdon ja henkilöstön välisistä erilaisista arvoista. Myös kunnan eri hallintokuntien kesken saattaa olla ristikkäisiä arvolähtökohtia.

4 Porin perusturvan yhteistoiminta-alue ja yhteistoimintasopimus

Vuoden 2009 alussa Porin kaupungin sosiaali- ja terveystoimintatilat yhdistettiin yhdeksi organisaatioksi, perusturvakeskukseksi. Vuoden 2010 alussa (1.1.2010) aloitti toimintansa Porin perusturvan sosiaali- ja terveydenhuollon *yhteistoiminta-alue*, jossa ovat olleet mukana Luvian, Merikarvian ja Pomarkun kunnat sekä Porin ja Ulvilan kaupungit. Vuoden 2013 alusta alkaen yhteistoiminta-alueesta irtaantuivat Luvian ja Pomarkun kunnat. Samanaikaisesti Noormarkun kunta sulautui kuntaliitoksena Porin kaupunkiin ja Luoteis-Satakunnan kansanterveystyön kuntayhtymä lakkautettiin. Yhteistoiminta-alueen kuntien sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstö siirtyi Porin kaupungin palvelukseen. Samalla Porin palveluliikelaitos aloitti toimintansa ja sinne siirtyivät perusturvasta ruokahuollon, siivouksen ja huollon henkilöstö. Porin perusturvakeskuksen toiminta keskittyi sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen järjestämiseen ja toiminnon tukipalvelut tuli hankittavaksi palveluliikelaitoksesta Porin kaupungin päätöksellä. (Henkilöstö raportti 2012 Porin kaupunki).

Perusturvakeskuksen toimintaa ohjaavat kaupunginvaltuuston hyväksymä strategia sekä perusturvalautakunnan hyväksymä toimintaohjelma. Toiminnan suunnittelussa ja tavoitteiden asettamisessa noudatetaan Porin kaupungin BSC -suunnittelumallia. Palvelujen vaikuttavuutta kehitetään laatu- ja järjestelmäperiaatteiden mukaisesti. Toimintatapa on asiakaslähtöistä. Perusturvakeskuksen kokonaistoimintaa ohjaa *yhteistoimintasopimus* (2010), jonka mukaisesti palvelut tuotetaan lähipalveluina ja yhteisinä palveluina. Palvelut on kuvattu erikseen laaditussa palvelusopimuksessa. Kokonaistoimintaa ohjaa vuosittain talousarvion yhteydessä yhteistoiminta-alueen kuntien kanssa laadittava palvelusuunnitelma. (Perusturvakeskus Toimintasääntö 2011).

4.1 Porin perusturvan yhteistoiminta-alue

Yhteistoiminnan lisääminen voidaan toteuttaa muodostamalla toiminnallisesta kokonaisuudesta muodostuva yhteistoiminta-alue. Yhteistoiminta-alue on lain mukana käyttöön tullut uudiskäsite, yhteinen nimi kahdelle vaihtoehdoiselle tavalle rakentaa kuntien välinen yhteistyö sosiaali- ja terveystoimintojen järjestämisessä.

Nämä kaksi tapaa ovat kuntayhtymän muodostaminen sekä ns. isäntäkuntamallin mukainen yhteistoiminnan organisointi. (Kokko ym. 2009, 24.) Porin perusturvan yhteistoiminta-alue on isäntäkuntamalliin perustuva. Porin perusturvan yhteistoiminta-alue on jaettu neljään lähipalvelualueeseen. Kullakin alueella on oma lähipalvelukeskus ja yksi tai useampia lähipalvelupisteitä. Perusturvan lähipalvelualueet ovat: Itä-Pori (sisältäen Ulvilan ja Lavian), Keski-Pori, Länsi-Pori ja Luoteinen-Pori (sisältäen Merikarvian).

Toimintojen sisäänotto- ja organisaatiovaiheen jälkeen kuntayhtymän haasteena on ollut uuden, entistä toimintajärjestelmää tehokkaamman ja taloudellisemman palveluorganisaation kehittäminen. Airaksinen ym. (2011) toivat omassa arvioinnissaan esille pohdintaa käytännön tavoittelulle, joka on keskeistä myös Porin perusturvan yhteistoiminta-alueella eli miten palvelut järjestetään selkeästi määriteltynä, taloudellisesti tuotettuina ja yhdenmukaisina koko alueella niin, että yhteistoiminta-alueen järjestämät palvelut ovat monimuotoisia ja palveluketjut kykenevät toimimaan ja vastaamaan ennakoivasti aitoon asiakastarpeeseen. (Airaksinen ym. 2011, 17.)

Esille nouseviin kysymyksiin rakenteista sekä vallan ja vastuun jakamisesta on kiinnostava huomiota uudella tavalla. Yhteistoiminta-alueen organisaatioiden yhdistymisten yhteydessä törmätään monenlaisiin sekä ennakoitaviin että ennakoimattomiin haasteisiin. On myös huomioitava median rooli, joka on uusien toimintamallien vastaanottamisen kannalta erityisen merkittävä, sillä julkisuuden avulla pystytään hälventämään asiakkaiden epäluuloa ja pelkoa palveluiden tulevaisuuden suhteen. (Airaksinen ym. 2011, 19.)

Porin perusturvan yhteistoiminta-alueen perustamisen myötä tavoitteet ja toimintamallit sosiaali- ja terveystalouden osalta tulivat uudelleen tarkasteluun. Alueella haettiin perustamisvaiheessa, ja yhä edelleen, erilaisia ratkaisuja ja yhteistyömalleja. Airaksinen ym. (2011, 20) toteavat raportissaan tärkeimmäksi tavoitteeksi peruspalveluiden varmistamisen alueen kuntien asukkaille. Porin perusturvan yhteistoiminta-alueen kunnat ovat sitoutuneita siihen, että alueelle pyritään saamaan, ja osaltaan säilyttämään, mahdollisimman kattavat ja kustannustehokkaat palvelut. Yhteistoiminta-alueella pyritään organisaation läpinäkyvään toimintaan, joka kohtelee peruskuntia tasapuolisesti. Historiallista Pori-vastaisuutta on pyritty aktiivisesti hälventämään läpinäkyvyydellä ja avoimuudella niin virkamiesten kuin poliittisten päättäjien osalta.

Pohdittavaa on, kuinka pitkälle tieto hallinnollisista asioista välittyy tai kuinka pitkälle sen pitää välittyä. Palveluiden positiivinen kokemus on kuitenkin olennaista sosiaali- ja terveyspalveluiden käyttäjälle, toissijaista on palveluiden tuottajien organisaatorakenne tai toiminnan hallintomalli. Monitahoiseen kuntalaiseen rooliin kuuluu oikeus kyseenalaistaa menettelytapoja. Tämä puolestaan vaatii operatiivisen ytimen toimijoilta aktiivista kuntalaisten näkemysten tunnustelua sekä viestintää. (Airaksinen ym. 2011, 26.)

Poliittinen päätöksenteko vaatii riittävästi luotettavaksi koettua tietoa, johon liittyy toimiva tiedonkulku. Luottamushenkilöt ovat raportin mukaan kokeneet, että asioihin ei ole aina riittävästi aikaa perehtyä. Tämä osaltaan heikentää luottamushenkilöiden mahdollisuuksia kanavoida kunnan poliittista ohjausta yhtymähallituksen jäsenten kautta; tarvittavat esityslistat ovat luottamushenkilöiden käytettävissä vasta muutamaa päivää ennen päätöksentekoa vaativaa kokousta. (Airaksinen ym. 2011, 27.)

4.2 Porin perusturvan yhteistoiminta-alueen yhteistoimintasopimus

Porin kaupunki (vastuukunta) sekä Merikarvia, Ulvila ja myöhemmin Lavia sopivat järjestämisvastuullaan olevien sosiaali- ja terveyspalveluiden järjestämisestä ja tuottamisesta yhteistoimintasopimuksella, jonka mukaan Pori toimii yhteistoiminta-alueen isäntäkuntana. Sopimus ei koske päivähoitoa ja varhaiskasvatusta, ympäristöterveydenhuoltoa eikä eläinlääkintähuoltoa, joista sopimuskunnat vastaavat itse tai tehtävät on järjestetty muulla tavoin. (Yhteistoimintasopimus sosiaali- ja terveyspalveluiden järjestämisestä ja tuottamisesta Porin perusturvan yhteistoiminta-alueella 2010.)

Yhteistoimintasopimuksessa (2011) palvelujärjestelmän todetaan muodostavan yhtenäisen kokonaisuuden, jota vastuukunta ja sopijakunnat kehittävät yhdessä. Toiminnasta käytetään yhteistä nimitystä, Porin perusturva. Perusturva kuuluu toiminnallisesti sekä talouden ja hallinnon järjestelyjen puolesta vastuukunnan organisaatioon ja hallintoon. Perusturvan hallinnosta vastaa perusturvalautakunta. Sopimuksessa määritellään palveluista aiheutuvien kustannusten aiheuttamisperiaatteet. (Yhteistoimintasopimus sosiaali- ja terveyspalveluiden järjestämisestä ja tuottamisesta Porin perusturvan yhteistoiminta-alueella 2010.)

Sopimuksen keskeinen määritelmä on järjestämisvastuu ja sen merkitys. Järjestämisvastuulla tarkoitetaan kuntalaisten palvelutarpeen arviointia ja määrittelyä: päätöksentekoa siitä, missä laajuudessa ja laatutasolla palveluja kuntalaisille tarjotaan sekä huolehtimista siitä, että kuntalaisille turvataan tarpeelliset palvelut. Palveluja tuotetaan määrällisesti ja laadullisesti väestötarvetta vastaavalla tavalla kiinnittäen erityistä huomiota palveluiden vaikuttavuuteen, toiminnan taloudellisuuteen sekä järjestelmien ja prosessien tehokkuuteen ja tuottavuuteen. (Yhteistoimintasopimus sosiaali- ja terveyspalveluiden järjestämisestä ja tuottamisesta Porin perusturvan yhteistoiminta-alueella 2010.)

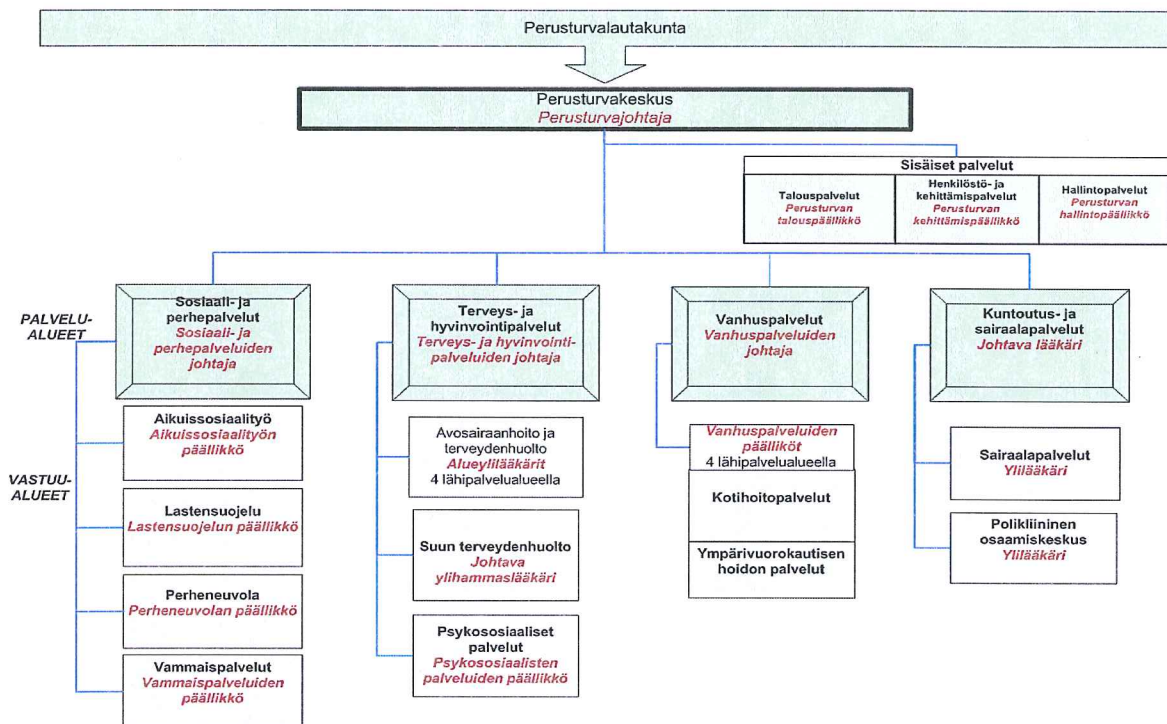
Sopimuksen mukaan huomiota tulee kiinnittää myös pitkäjänteiseen kehittämiseen. Vastuukunta päättää palveluiden tuotantotavasta ja vastaa palveluiden saatavuudesta, saavutettavuudesta ja laadusta sekä niiden valvonnasta ja seurannasta. Palveluiden suunnittelussa ja toteutuksessa vastuukunnan on seurattava ja edistettävä väestön terveyttä ja hyvinvointia yhdessä sopimuskunnan kanssa. Talouden ja toiminnan seuranta perustuu säännölliseen raportointiin. (Yhteistoimintasopimus sosiaali- ja terveyspalveluiden järjestämisestä ja tuottamisesta Porin perusturvan yhteistoiminta-alueella 2010.)

Sopimuksessa on määritelty toiminnassa noudatettavat, yhdessä hyväksytyt tavoitteet ja periaatteet. Yhteistoiminta-alueella on tuotettava palvelut kaikille asukkaille yhdenmukaisin perustein väestötarpeen mukaisesti lähipalveluina tai keskitetysti yhteisinä palveluina. Palveluiden osalta parannetaan laatua, tuottavuutta ja niiden vaikuttavuutta. Palvelurakenteista tehdään yhtenäiset ja kustannustehokkaat ja sellaiset, jotka huomioivat saatavuuden ja saavutettavuuden. Ennaltaehkäisevän työn määrää lisätään ja väestön omaehtoista hyvinvoinnin edistämistä tuetaan. Henkilöstön osalta tulee turvata saatavuus ja osaamisen kehittäminen. Erikoissairaanhoidon kanssa tehtävää yhteistyötä tiivistetään. (Yhteistoimintasopimus sosiaali- ja terveyspalveluiden järjestämisestä ja tuottamisesta Porin perusturvan yhteistoiminta-alueella 2010.)

4.3 Sosiaali- ja terveyspalveluiden organisointi ja toiminta-ajatus

Porin perusturvakeskusta johtaa perusturvajohtaja. Perusturvakeskuksen talous-, henkilöstö-, hallinto- ja kehittämispalveluiden järjestämisestä vastaa sisäisten palveluiden vastuualue. Sisäisten palveluiden tehtävänä on luoda perusturvan toiminnan yleislinjaukset ja edellytykset yhtenäisille toimintakäytännöille.

Perusturvakeskuksen asiakaspalvelujen palvelualueita ovat sosiaali- ja perhepalvelut, terveys- ja hyvinvointipalvelut, vanhushpalvelut sekä kuntoutus- ja sairaalapalvelut. Palvelualueita johtavat palvelujohtajat, jotka toimivat perusturvajohtajan alaisuudessa ja vastaavat palvelualueille osoitettujen yhteisten palvelujen määrärahojen riittävydestä, toiminnallisten tavoitteiden toteuttamisesta ja henkilöstön riittävydestä. (Perusturvakeskus, toimintasääntö 2011.)



Kuvio 2. Porin perusturvakeskuksen organisaatiokaavio 2015

Palvelualueet jakautuvat toimintasäännön vastuualueisiin, vastuuyksiköihin ja toimintayksiköihin. Vastuualueita johtaa palvelujohtajan alaisuudessa vastuualueen päällikkö, alueyllilääkäri tai vanhushpalveluiden päällikkö, joka vastaa toimialueelle osoitettujen määrärahojen riittävydestä sekä toiminnallisten ja taloudellisten tavoitteiden saavuttamisesta, henkilöstöjohtamisesta, kehittämisestä ja koordinoinnista.

Vastuuyksiköt voidaan jakaa sujuvan palvelujen tuotannon kannalta tarpeellisiin toimintayksiköihin. Toimintayksiköllä on oma lähiesimies. Organisaatorakenteesta päättää perusturvvalautakunta, lähiesimiehen valinta tapahtuu henkilövalintasääntöjen mukaisesti. Perusturvakeskuksen sisäisten palvelujen tuottamisesta vastaavat talouspalvelut, henkilöstö- ja kehittämispalvelut sekä hallintopalvelut. (Perusturvakeskus, toimintasääntö 2011.)

Porin perusturvan yhteistoiminta-alueella yhtenä kehittämisen painopistealueena on edistää sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen saatavuutta tasa-arvoisesti ja laadukkaina lähipalveluina kaikille väestöryhmille. Kehittämisessä ja uusien toimintamallien suunnittelussa ja käyttöönotossa halutaan mahdollistaa ratkaisukeskeinen toimintamalli, jossa asiakas asetetaan keskiöön ja palvelut järjestetään hänen tarpeidensa ja toiveidensa mukaisesti. Asiakaslähtöisyyden toteutuminen erilaisissa palveluissa vaatii ymmärrystä siitä, mitä asiakaslähtöisyydellä tarkoitetaan: mitkä ovat asiakasymmärryksen yhteneväisyydet julkisen, yksityisen ja kolmannen sektorin palveluntuottajien välillä ja miten asiakas ja hänen tarpeensa palautetaan palvelutuotannon kehittämisen keskiöön (Virtanen ym. 2011).

Palvelussuunnitelma

Porin perusturvan yhteistoiminta-alueen palveluiden yhteisen ohjauksen peruskirja on palvelussuunnitelma. Sen valmisteluprosessi on tärkeä osa perusturvan johtamisjärjestelmää ja kuntien omaa kuntalaistensa palvelujen harkintaa, arviointia ja ohjaamista. Palvelussuunnitelman periaatteena on turvata yhteistoiminta-alueella tuotettavat palvelut kaikille yhdenmukaisin perustein siten, että niitä tuotetaan väestötarpeen mukaisesti lähipalveluina tai keskitetysti yhteisinä palveluina. Jokaisella palvelualueella parannetaan sosiaali- ja terveystalouden laatua, tuottavuutta ja vaikuttavuutta: rakennetaan yhtenäiset ja kustannustehokkaat palvelurakenteet, jotka ottavat huomioon myös palveluiden saatavuuden ja saavutettavuuden nykyaikaiset vaatimukset ja mahdollisuudet. Kuntalaisten terveyttä ja sosiaalista hyvinvointia edistetään palvelussuunnitelman (2015) mukaan suunnitelmallisesti: Lisätään ennaltaehkäisevän työn määrää ja laatua sekä terveydenhuollossa että sosiaalipalveluissa. Tuetaan väestön omaehtoista hyvinvoinnin edistämistä ja niihin liittyviä rakenteita. Turvataan yhteistoiminta-alueen henkilöstön saatavuus ja osaamisen kehittyminen hyvällä henkilöstöpolitiikalla. Vahvistetaan omistajaohjausta yhteistoiminta-alueen ja sairaanhoitopiirin välillä tiivistämällä vastuukunnan ja sopimuskuntien yhteistyötä erikoissairaanhoidon järjestämisen edunvalvonnassa. Palvelussuunnitelmaan on kirjattu palvelualueittain toimenpiteet ja toimenpiteille mittarit.

Sosiaali- ja perhepalvelut palvelussuunnitelmaan on vuodelle 2015 kirjattu keskeiset asiat, jotka kohdistuvat lähipalvelualueilla tuotettaviin palveluihin, erityispalveluihin ja keskitettyihin palveluihin. Mobiilisti tuotetaan kotiin annettavat palvelut ja sähköisiä hakemuksia otetaan käyttöön tukemaan asiakkaiden tarvetta. Toiminnan painopistettä siirretään omaan toimintaan ja avohuollon palveluihin. Lastensuojelun perhehoitoa lisätään ja laitoshoidon vähennetään. Palvelurakennetta kevennetään kehitysvammaisten asumispalveluita lisäämällä ja panostamalla avohuoltoon ja kotiin vietäviin palveluihin. Laajennetaan omaa palveluvalikkoa. Vammaispalveluiden laitoshoidon puretaan valtakunnallisen suosituksen perusteella. Lisätään suunnitelmallista yhteistyötä muiden peruspalveluita tuottavien tahojen kanssa sekä perusturvan sisällä että muiden yhteistyötahojen kanssa. Asiakkaalle annettava palveluohjaus ja -arviointi toteutetaan oikea-aikaisesti moniammatillisella yhteistyöllä. Kehitetään oman elämän mittareita, nettineuvontaa ja otetaan käyttöön konkreettisia työkaluja. Luodaan asiakaslähtöinen toimintamalli ja hyödynnetään kaikkien ammattitaitoa ja osaamista. Määritellään perus- ja erityispalvelut.

Sosiaali- ja perhepalvelut jakautuvat seuraaviin *vastuualueisiin*: *Aikuissosiaalityössä* yhteistoiminta-alueen asukkaita autetaan oman elämän hallinnassa tukemalla heitä sosiaalisessa ja taloudellisessa selviytymisessä. *Lastensuojelu* huolehtii lastensuojelun (avohuollon, sijaishuollon ja jälkihuollon) palveluista, lastensuojelun maakunnallisesta kehittämisestä, perheoikeudellisista asioista (isyys, elatus, huolto- ja tapaamisoikeus), maakunnallisesta sosiaalipäivystyksestä sekä rikos- ja eräiden riita-asioiden sovittelusta. *Perheneuvola* auttaa lasten ja nuoren kasvuun ja kehitykseen, perhe-elämään sekä ihmissuhteisiin liittyvissä ongelmissa ja kriisitilanteissa. *Vammaispalvelut* tarjoavat avohuollon asiakkaille ja vammaispalveluyksiköiden asiakkaille ja vammais- ja kehitysvammaispalveluita ja taloudellisia tukitoimia asianmukaisten lakien mukaisesti.

Terveys- ja hyvinvointipalvelut palvelussuunnitelmaan on vuodelle 2015 kirjattu muun muassa tehtäväksi seuraavia toimenpiteitä: ajanvarauksen takaisinsoittojärjestelmä, yhdenmukaisten hoitokäytäntöjen ja yhteisten ohjeiden laatiminen, taataan hoidon tarpeen arviointi 3 vrk:n sisällä, kehitetään mobiileja ja sähköisiä palveluita sekä palveluohjausta. Lähipalvelukeskusten toimintaa kehitetään palvelualueiden yhteistyönä sisältäen mm. arviointiyksiköt. Tehdään toimintasuunnitelmat ja palvelukuvaukset. Kehitetään mobiileja palveluita ja palveluliikennettä sekä kartoitetaan mahdollisuudet palvelubussin käyttöönoton eri vaihtoehtoja yhteistyössä muiden hallintokuntien kanssa (esim. kirjastoauto). Psykososiaalisissa palveluissa painopistettä siirretään laitoshoidosta avopalveluihin.

Toimintaa mukautetaan väestön tarpeiden mukaisesti. Täytetään neuvola-asetuksen mukainen toiminta. Kehitetään palvelualueiden ja muiden toimijoiden välistä yhteistyötä perheiden kanssa: esim. perhetyö, neuvola, lastensuojelu, koulu, päivähoito ja 3. sektori. Suun terveydenhuollossa tavoitteena on lasten ja nuorten reikiintymisindeksin alentaminen. Ollaan aktiivisesti mukana erilaisissa hyvinvointia ja terveyttä edistävässä hankkeissa ja tapahtumissa. Tehdään yhteistyötä korkeakoulun, yliopiston ja koulujen kanssa.

Terveys- ja hyvinvointipalvelut jakautuvat seuraaviin *vastuualueisiin: Avoterveydenhuollon ja suun terveydenhuollon* tehtävänä on järjestää yhteistoiminta-alueen asukkaille kansanterveyslain mukaisia avoterveydenhuollon palveluita *Psykososiaalisten palvelujen* (päihde- ja mielenterveyspalveluiden) yksikkö tuottaa palveluja mielenterveys- ja päihdeongelmallisille. Yksikkö edistää mielenterveyttä ja tavoittelee päihdehaittojen vähentämistä yhdessä muiden palveluntuottajien kanssa.

Vanhuspalveluiden palvelussuunnitelmaan on vuodelle 2015 kirjattu keskeiseksi asiaksi yhteistyön lisääminen eri sidosryhmien kanssa: moniammatillisen erityisosaamisen ja yhteistyön lisääminen lähialueilla. Palvelutarpeen arviointi toteutetaan viipymättä. Laaditaan yhteistyössä yksityisten palveluntuottajien kanssa asiakas-, omais- ja henkilöstötyytyväisyysmittarit seuraamaan palveluiden laatua. Ympäri vuorokautisen hoidon henkilöstömitoitusta nostetaan ja kehitetään laitoshoidon avopainotteisemmaksi. Samalla kehitetään kotihoitoa sekä tiivistetään yhteistyötä kotisairaalan kanssa. Kotihoitoa lisätään ilta- ja tarvittaessa yöaikaan. Hyvinvointitekniikan käyttöönottoa laajennetaan. Turvataan ja vahvistetaan omaishoidontuki. Asiakkaalle annettava palveluohjaus ja arviointi toteutetaan oikea-aikaisesti moniammatillisella yhteistyöllä. Kuntouttavaa toimintaa ja kuntalaisten itsehoitopalveluita lisätään sekä samalla korostetaan kuntalaisten omaa vastuuta. Muistisairauksien varhaiseen tunnistamiseen kiinnitetään huomiota ja hyödynnetään muistihoidtajaverkostoa. Ennaltaehkäisevälle työlle tulee varata riittävät resurssit ja siihen liittyen turvattava Viikkarin Valkaman avopalvelukeskuksen, Wassan ja Santran toiminta jatkossakin. Henkilökunnan koulutus- ja uramahdollisuudet varmistetaan ja huolehditaan kehittämiskeskusteluista, ammattiosaamisen käyttämisestä ja työnjaon selkiyttämisestä. Vanhuspalveluissa halutaan pidentää työntekijöiden työuria ja nostaa vanhustyön imagoa. Rekrytointiin tulee panostaa jo opiskeluharjoittelun aikana yhteistyössä työssäoppimiskeskuksen kanssa. Yhteisten hoitoketjujen luominen sairaanhoitopiiriin ja perusturvan eri palvelualueiden kanssa koetaan tärkeäksi.

Vanhuspalvelut jakautuvat seuraaviin *vastuualueisiin*: *Kotihoitopalvelut* järjestää asiakkaan tarpeista lähtevää, riittävää ja oikein kohdennettua palvelua, jolla luodaan edellytykset asiakkaan kotona selviytymiselle ja hyvinvoinnille. *Palveluasumisessa ja pitkäaikaishoidossa* järjestetään hoivaa ja hoitoa vanhuksille sekä pitkäaikaissairaille, joiden kotona asuminen käytettävissä olevien palvelujen turvin ei ole mahdollista.

Kuntoutus- ja sairaalapalveluiden palvelussuunnitelmaan on vuodelle 2015 kirjattu muun muassa seuraavia toimenpiteitä: toiminta keskitetty Porin Maantiekadulle, kuntoutusta ja saattohoitoa osastohoitona järjestetään lähipalveluina. Osaamiskeskuksen arviointiyksikkö-, kuntoutus- ja kotisairaalapalvelut sisältäen mobiililääkäri-palvelun järjestetään lähipalveluina. Tehostetuilla kotisairaala- ja mobiililääkäri-palveluilla parannetaan asiakkaan sairaanhoitoa kotona ja vältetään asiakkaan tarpeetonta kuljettamista. Kuntoutus- ja sairaalapalveluiden toimintaa on kehitetty, geriatria painottaen, apuna muun muassa geriatrinen arviointiyksikkö, tasapaino- ja muistipoliklinikka, geriatrinen kuntoutusosasto ja muistipotilaan kuntouttavan osasto. Palveluketjuja kehitetään moniammatillisesti. Henkilökunta tavoittaa yhdestä numerosta mobiililääkärin ja toisesta saa tiedon osastopaikasta. Sairaalan osastojaksolta kotiutetaan saattaen. Arvioidaan ennakkoon ennen akuuttia sairastumista iäkkäiden kuntoa ja hyvinvointia arviointiyksikössä Ennaltaehkäisevien ohjeiden ja neuvonnan, määrää ja laatua terveydenhuollossa sekä sosiaalipalveluissa tehostetaan yhteistyössä muiden palvelualueiden ja 3-sektorin kanssa. Painotetaan kokonaisvaltaisessa kuntoutussuunnitelmassa elämäntapaohjeita: mm. ravitsemusta ja ryhmäliikunta. Vahvistetaan kotiin tehtäviä arviointikäyntejä. Huolehditaan henkilöstön hyvinvoinnista. Tehostetaan perehdyttämistä ja senioritukea. Panostetaan rekrytointiin. Huomioidaan eri ammattiryhmien koulutussuunnitelmat palvelualueella. Tehdään yhteinen opiskelijoiden palautelomake koko perusturvaan. Käydään irtisanoutuneen henkilön kanssa lähtökeskustelu. Tehdään tarpeen mukaiset hoito- ja kuntoutusketjut yhteistyössä eri palvelualueiden ja sairaanhoitopiirin kanssa, huomioon ottaen sote- uudistus.

Kuntoutus- ja sairaalapalvelut jakautuvat seuraaviin *vastuualueisiin*: *Sairaalapalvelut* järjestää äkillisen sairauden vaatiman sairaalahoidon ja siihen liittyvän jatkohoidon sekä kuntoutuksen ja polikliinisen erikoistutkimuksen. Sairaalapalvelut järjestää lisäksi tarpeellisen, pääasiassa päiväkirurgisen, leikkaustoiminnan. *Kuntoutuspalvelut* järjestää perusturvan asiakkaille erikoislääkärijohtoista tutkimusta, ohjausta, neuvontaa ja hoitoa sekä toimintakykyä ylläpitävää ja edistävää palvelua.

Palvelussuunnitelman lisäksi Porin perusturvan yhteistoiminta-alueeseen kuuluville Merikarvialle ja Ulvilalle on tehty omat *kuntakortit*. Kuntakorteista löytyy palvelualueittain talouteen liittyvät talousarvioluvut, kunnan väestöennuste, huoltosuhteet vuodelle 2012 ja ennusteet vuosille 2020, 2025 ja 2040, kansantautien esiintyvyys, vanhushuoltosuhte, päihteiden vuoksi sairaaloiden ja terveyskeskusten vuodeosastolla hoidetut potilaat, kodin ulkopuolelle sijoitettujen alle 18-vuotiaiden %-osuus ikäluokasta, kehitysvammaisten asumisen tarve kodin ulkopuolella 2012–2017 aikana %-osuus alueen kehitysvammaisista, tulotaso 2012 verotettavat tulot €/asukas, tarvevakioidut menot/asukas 2011, laitoshoidossa olevien yli 75-vuotiaiden %-osuus ikäluokista vuosina 2009 ja 2013 sekä diabeteksen esiintyvyys vuosina 2009 ja 2012. Kuntakorteista kerrotaan, mitä myönteistä sosiaali- ja terveyspalveluihin liittyvää on tapahtunut, minkälaisia riskejä on ilmaantunut ja/tai on ilmaantumassa sekä tulevista mahdollisuuksista. Kuntakortteihin on kerätty myös kehittämiskohteet, toimenpiteet sekä toimenpiteille vastuuhenkilöt ja aikataulut. (Kuntakortit 2015, Ulvila ja Merikarvia.)

4.4 Sosiaali- ja terveyspalveluiden lähipalvelut

Yleisesti lähipalveluihin katsotaan kuuluvaksi muun muassa matalankynnyksen palvelupisteet, lääkärin ja hoitajan vastaanotto, neuvolatoiminta ja osa ikäihmisten palveluista. *Mobiilipalveluiden eli liikkuvien palveluiden* käyttö on lisääntymässä. *Sähköisten palveluiden* tarkoituksena on parantaa alueellista saatavuutta kuten ajanvarausta, palvelutietoja ja omahoitoa. *Kotiin tarjottavat* palvelut tukevat toimintakykyä ja arjessa selviytymistä. Niitä ovat mm. kotihoito ja perhetyö.

Porin perusturvan yhteistoiminta-alueen lähipalvelukeskuksissa tuotettavia palveluita ovat:

- palveluneuvonta ja ajanvaraus kaikkiin palveluihin
- lääkäri- ja hoitajavastaanotto
- äitiys- ja lastenneuvola
- sosiaalityöntekijän vastaanotto
- psykiatrisen sairaanhoitajan vastaanotto
- fysioterapeutin vastaanotto
- vanhuspalveluiden kotihoitopalvelut ja ympärivuorokautisen hoidon järjestäminen
- arviointiyksiköt

4.5 Lähipalveluiden tuottamistavat

Toimintaympäristön muuttuessa kuntien on pohdittava, mikä on palveluiden paras tuottamis- ja tarjoamistapa. Samalla on noussut entistä tärkeämmäksi määritellä, mitkä kuntien palveluista ovat lähipalveluja ja mitkä palvelut tarjotaan seudullisesti, maakunnallisesti tai vieläkin keskitetympin esimerkiksi erityisvastuualueen tai valtakunnan tasolla. Kuntalaisen kannalta ei ole ensisijaista, mikä organisaatio palvelun järjestää tai tuottaa. Tärkeää on se, mistä palvelu on saatavissa ja miten se toimii. Kuntalaisen palveluketju toimii, kun kunta vastaa palvelujen tehokkaasta tarjonnasta lähellä kuntalaista. (Jäppinen & Kaukopuro & Klemetti 2009, 3–6.)

Sosiaali- ja terveystalveluiden tuotannossa voidaan erottaa julkinen ja yksityinen palvelutuotanto, mutta palvelujen rahoitus sen sijaan voidaan kanavoida kolmen erillisen perustalveluita tuottavan tuotantojärjestelmän kautta. Nämä ovat kunnallinen perusterveydenhuolto, yksityinen terveydenhuolto ja työterveyshuolto. Palveluiden tuottaminen voidaan jakaa edelleen kolmeen sektoriin, joilla hyvinvointipalvelut voidaan tuottaa: valtion ja kuntien alainen, yleensä verorahoin rahoitettu julkinen sektori, vapaaehtoistyöhön ja hyväntekeväisyyteen perustuvien järjestöjen kolmas sektori sekä markkinoilla toimiva ja voittoa tavoitteleva, yksityiseen omistukseen ja yritystoimintaan perustuva yksityinen sektori, jonka rahoitus tulee vakuutuksista tai kuluttajien maksamista laskuista. (Teperi 2006, 183.)

Palvelut tuotetaan keskitettyinä palveluina (mm. sairaalapalvelut), lähipalveluina (mm. lääkäri- ja hoitajavastaanotot) sekä asiakkaan luona toteutettavina palveluina (mm. kotihoitopalvelut). Tammikuussa 2014 perusturvalautakunnan kehittämisseminaarissa lautakunnan selvä enemmistö puolsi neljään lähipalvelualueeseen siirtymistä. Yhtenä perusteena tälle olivat lähipalveluiden asiakasmäärien ja ikäjakauman jakautuminen tasaisemmin. Samalla haluttiin kehittää toimintamallia, jossa eri tulosalueet, organisaatiot ja sektorit yhdistävät prosessinsa ratkaisukeskeisesti asiakkaan lähtökohdista. Seminaarissa sovittiin myös, että lähipalveluiden mitoitus ja palvelujen sisältö määritellään väestön palvelutarpeen mukaiseksi. Määrittelytyötä ei ole aiemmin toteutettu riittävällä tarkkuudella.

Julkinen sektori

Mitä ovat julkiset palvelut? Julkiset palvelut eroavat yksityisistä palveluista siinä, että julkiset palvelut on laissa määrätty julkisen sektorin järjestettäväksi. Useimmiten julkinen sektori rahoittaa suurimman osan palveluista. Julkinen sektori voi tukea erilaisilla järjestelmillä myös täysin yksityisten palvelujen tuotantoa kuten sairausvakuutuskorvauksilla yksityisiä terveyspalveluja. Suurin osa julkisista palveluista on kuntien järjestämiä palveluja. (Valtiovarainministeriö 2005, 13–14).

Suomalaisen lainsäädännön mukaan kunnalla on velvollisuus järjestää sosiaali- ja terveyspalvelut asukkailleen ja asukkailla on puolestaan oikeus saada kunnan järjestämiä palveluita. Kunnat järjestävät palveluita joko omina kunnallisten tuottajien palveluina, kuntayhtymien kautta tai ostopalveluina. Pääsääntönä on ollut, että kunnat järjestävät palvelut omassa kunnassa. Terveystieteiden tutkimuskeskuksen yhteydessä kuntalaiselle annettiin oikeus käyttää palveluja itse valitsemissa kunnassa. (Kokko ym. 2009, 53.) Perusterveydenhuollon palveluita annetaan kuntien terveyskeskuksissa, työterveydenhuollossa ja yksityisillä lääkäriasemilla. Kuntien perusterveydenhuoltopalvelut voidaan tuottaa yksittäisen kunnan tai kuntaryhmien toimintana tai hankkimalla ne ostopalveluina yksityissektorilta. Erikoissairaanhoidon järjestämisvastuu on kuntien muodostamilla sairaanhoitopiireillä. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2004.)

Suomessa kunnat ja kuntayhtymät tuottavat itse lähes kaikki julkiset hyvinvointipalvelut, vaikkakin palvelutuotantoa on jonkin verran ulkoistettu yritysten ja järjestöjen tuotettavaksi. On realistista odottaa hyvinvointipalveluiden tuottamistapojen vähitellen muuttuvan aiempaa monipuolisemmaksi ja saavan rinnalleen myös lisää yksityistä tuotantoa. (Jäppinen & Kaukopuro-Klemetti 2009, 10.) Sote-uudistuksen linjauksessa (2015) sote-alue tekee päätöksen siitä, mitkä kunnat ja kuntayhtymät ovat tuottamisvastuussa. Ne tuottavat sote-alueen järjestämispäätöksen mukaiset palvelut ja vastaavat niihin kuuluvasta julkisen vallan käytöstä. Sote-alueen ja kunnan vuosittaisessa tulossopimuksessa sovitaan tarkemmin tuotettavista palveluista. Tuottamisvastuullisella kunnalla ja kuntayhtymällä pitää olla kyky vastata ehkäisevistä, korjaavista, hoitavista, kuntouttavista ja muista sote-palveluista yhtenäisenä kokonaisuutena. Nämä tehtävät edellyttävät omaa henkilöstöä ja muita voimavaroja. (Esitysluonnos sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämislainsiksi 2014.)

Käytännössä tuottamisvastuussa olevan kuntayhtymän pitää pystyä kattavasti huolehtimaan sosiaalihuollon, perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon palveluista. Poikkeuksena tästä on ainoastaan sosiaali- ja terveydenhuollon ympärivuorokautinen päivystys. Sote-alueella vastuu ympärivuorokautisesta päivystyksestä voidaan osoittaa jonkun tai joidenkin tuottamisvastuussa olevien kuntien tai kuntayhtymien tehtäväksi. Sote-alueella voi olla omaa tuottamisvastuuta tukipalveluista ja vain poikkeustapauksessa joistakin muista palveluista. (Esitysluonnos sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämislaiksi 2014.)

Uuden sote-järjestämislakiehdotuksen mukaan sote-alueen on laadittava joka neljäs vuosi järjestämis päätös. Sote-alue laatii järjestämis päätöksen tuottamisvastuussa olevien kuntien ja kuntayhtymien kanssa käytyjen neuvottelujen perusteella. Järjestämis päätöksessä sovitaan, miten alueen asukkaiden sosiaali- ja terveyspalvelut toteutetaan asiakaslähtöisesti ja varmistetaan mm. palvelujen saatavuus, laadukkuus ja kustannustehokkuus. Järjestämis päätöksessä sovitaan, mitä palveluja kunta tai kuntayhtymä tuottaa itse ja miltä osin se voi hankkia palveluja myös järjestöiltä, yrityksiltä ja palveluseteliä käyttämällä. Järjestämis päätöksen pitää perustua alueen asukkaiden tarpeisiin, joita mitataan ja seurataan. Lisäksi on otettava huomioon asukkaiden näkemykset. (Esitysluonnos sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämislaiksi 2014.)

Yksityinen sektori

Yksityisen sektorin rooli tai osuus julkisten palvelujen tuottamisessa on vähäinen. Palvelujen erilaisuuden sekä kirjanpidon ja tilastoinnin käytäntöjen vuoksi tarkkaa tietoa ei ole käytettävissä. Yksityisen sektorin osuus julkisten palvelujen tuotannossa vaihtelee aina tilanteesta, jossa yksityinen sektori tuottaa kaikki tai pääosan julkisista palveluista tilanteeseen, jossa se tuottaa ainoastaan julkista palvelutuotantoa täydentäviä palveluja tai julkisen palvelutuotannon tarvitsemia tukipalveluja. Sellaisia julkisia palveluja, joiden tuottamiseen ei yksityinen sektori lainkaan osallistuisi, on vaikea löytää. Aina kun on kyse julkisista palveluista, julkinen sektori järjestää, säätelee ja osittain myös rahoittaja valvoo palvelutuotantoa. Yksityisen sektorin rooli julkisessa palvelutuotannossa on tuottaa markkinaehtoisesti julkisen yksikön kuten valtion, kunnan tai palvelujen loppukäyttäjän ostamia palveluja sen mukaan kuin on sovittu. (Valtiovarainministeriö 2005, 14.)

Yksityisen sektorin osallistumismahdollisuuksia julkisessa palvelutuotannossa säätelee mm. perustuslaki sekä julkisia hankintoja koskevat säännökset. Julkisia palvelutehtäviä koskevista vastuista säädetään Suomen perustuslaissa. EU:n perustamissopimus puolestaan säätelee julkisissa hankinnoissa noudatettavasta tasapuolisuuden ja syrjimättömyyden periaatteista. (Valtiovarainministeriö 2005, 23).

Kolmas sektori

Järjestösektoria on kuvattu eri käsittein niin Suomessa kuin kansainvälisestikin: kolmas, järjestö-, yhteisö-, vapaaehtois-, epävirallinen sektori, non profit, non governmental ja yleishyödylliset organisaatiot, kansalaisyhteiskunta ja välitaso. Suomessa kolmannen sektorin käsite nousi käyttöön 1990-luvun alussa, nyt selkeintä on puhua kansalaisjärjestöistä. Aluetta on pakotettu sektoreiksi samoin kuin markkina-, julkista ja kotitaloussektoriakin. (Julkunen 2006, 118).

Järjestöbarometrin (2011) mukaan sosiaali- ja terveysjärjestöjen päätarkoituksena on jonkin erityisryhmän, oman jäsenistön tai laajemman väestönosan fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen hyvinvoinnin tukeminen ja edistäminen. Näiden järjestöjen perustamisen taustalla on usein ajankohtaisia yhteiskunnallisia ongelmia ja haasteita ja niiden tarkoituksena on ihmisten äänen ja tarpeiden saattaminen paremmin kuuluviin esimerkiksi yhteiskunnalliseen päätöksentekoon.

Siltaniemen ym. (2011, 157) mukaan järjestöjen palvelutoiminnan tavoitteena ei ole lisäarvon tuottaminen omistajille kuten yksityisessä yrityksessä. Järjestöjen palvelutoiminta eroaa yksityisten yritysten palvelutuotannosta myös sikäli, että järjestöjen toimintaan sisältyy jäsenten edunvalvontaan liittyviä tehtäviä. Järjestöjen palvelutoimintaan puolestaan voi sisältyä vapaaehtoista vertaisapua ja muuta palkatonta vapaaehtoistyötä. Vapaaehtoistoiminta ja vertaisuus ovat aktiivista kansalaistoimintaa (Valtiovarainministeriö 2005, 48).

Järjestöillä on kuitenkin myös palvelutuotantoa, joka perustuu kokonaan ammatillisen palkatun henkilöstön työhön. Näiltä osin järjestöjen toiminta on muuttunut aikaisempaa ammattimaisemmaksi. Suuri osa tällaisesta palvelutoiminnasta toimii kilpailuilla markkinoilla. Tästä syystä eräät järjestöt ovat yhtiöittäneet kilpailunalaista palvelutuotantoaan. Osa järjestöjen palvelutoiminnasta on kuitenkin alueella, jossa palvelutuotanto yritysmuodossa ei olisi kannattavaa.

Vapaaehtoisen kansalaistoiminnan ja ammatillisen palvelutoiminnan yhteensovittaminen on järjestöille iso kysymys. Järjestöjen sosiaali- ja terveystalvveluja ostavat kunnat, Kansaneläkelaitos (kuntoutuspalvelut), Valtiokonttori (sotainvalidien ja -veteraanien palvelut), työvoimahallinto sekä yksityiset vakuutuslaitokset ja kotitaloudet. (Valtiovarainministeriö 2005, 48.)

Sininauhaliiton lähipalveluhankkeen yhteydessä projektipäällikkö Asta Juntunen (2012) on todennut, että lähipalveluita voidaan toteuttaa myös järjestölähtöisesti ja yhteistyötä tehden. Hän määrittelee järjestölähtöisen lähipalvelun olevan järjestöjen tekemää vertais-, vapaaehtois- tai ammatillista toimintaa, jota toteutetaan ihmisten omassa elinympäristössä. Työtä tehdään yhteistyössä muiden toimijoiden kanssa ja toiminta on helposti saatavilla ja saavutettavissa. Toimintaa ohjaa auttamisen halu.

Järjestötoiminta koskettaa eri tavoin lähes kaikkia suomalaisia ja järjestöt ovat merkittävä yhteiskunnallinen toiminnan muoto, joka tuottaa hyvinvointia, palveluja, apua ja vertaistukea suurelle joukolle suomalaisia. Järjestötoiminta tarjoaa myös osallistumis- ja vaikuttamiskanavia yhteiskuntaan ja yhteiskunnalliseen päätöksentekoon sekä luo sosiaalista koheesiota ja pääomaa siihen osallistuville. Järjestötoimintaan liittyy kiinteästi toiminnan vapaaehtoisuus, joka on jonkin verran tärkeämpää naisille kuin miehille. Alueellisesti vapaaehtoistyön merkitys on suurinta maaseutumaisissa kunnissa ja Etelä-Suomen ulkopuolella. (Siltaniemen ym. 2011, 141–143.)

4.6 Lähipalveluiden toimintamalli

Porin perusturvalautakunta asetti tammikuussa 2014 tavoitteeksi yhdistää lähipalvelualueet neljäksi toiminnalliseksi kokonaisuudeksi. Lähipalvelualueiden ongelma nykyisellään on, että palvelualueiden aluerajat eivät ole yhtenäiset. Vasta yhtenäiset aluerajat mahdollistavat resurssien jakamisen monialaisesti lähipalvelualueille. Lisäksi alueiden kokonaisvaltainen suunnitelma väestön palvelutarpeesta ja henkilöstöresurssien käytöstä puuttuu. Tulevaisuudessa henkilöstöresurssien käyttöön odotetaan osaltaan ratkaisua työn alla olevasta henkilöstöpankista, jonka avulla koko perusturvan resurssien jakautuminen nähdään palvelualueittain ja vielä tarkemmin vastuualueittain.

Lähipalvelualueiden palveluiden tueksi on kehitetty ja kehitetään tarpeen mukaan liikkuvia palveluyksiköitä, jotka vievät palvelut haja-asutusalueille, palvelutaloihin ja kouluille eli lähelle kuntalaisia. Palveluiden lähestyttävyyteen kiinnitetään huomiota tarkoituksena saada asiakkaat ennaltaehkäisevästi tietoisiksi erilaisten julkisten, yksityisten ja kolmannen sektorin toimijoiden palveluista. Tarkoituksena on tukea asiakkaiden omaa vastuunottoa terveydestään ja hyvinvoinnistaan. Palveluneuvonnalla ja -ohjauksella nähdään olevan tulevaisuudessa yhä keskeisempi asema sosiaali- ja terveydenhuollossa. Maassamme on vireillä useita lakialoitteita, joissa otetaan kantaa sen puolesta, että neuvonnasta tehtäisiin lakisääteistä. Esimerkiksi uuden sosiaalihuoltolain pykäläehdotuksessa neuvonnalla todetaan voitavan tukea hyvinvointia edistäviä valintoja ja toimintatapoja. Lakia julkisen hallinnon yhteisestä asiakaspalvelusta aletaan puolestaan kokeilla syksyllä 2015. Porin perusturvakeskuksessa on keväällä 2014 käynnistynyt palveluneuvonta, jossa kuntalaisella on mahdollista saada neuvontaa ja ohjausta perusturvan palveluista henkilökohtaisen käynnin välityksellä, puhelimitse ja sähköpostin kautta. Tätä toimintaa laajennetaan edelleen ja palveluneuvojien osaamista syvennetään kohti ratkaisukeskeisempää toimintamallia.

Porin perusturvakeskuksessa on käynnistynyt yhteistyössä alueen koulutusorganisaatioiden kanssa työssäoppimiskeskushanke, työnimeltään TOPI, jonka tavoitteena on aikaansaada hyvin toimiva, moniammatilliseen ja monialaiseen työskentelyyn pohjautuva toimintamalli. Työssäoppimiskeskuksen toiminnan tavoitteena on tukea lähipalvelualueiden henkilöstön saatavuutta ja monialaisen osaamisen varmistamista. Vuorovaikutuksen ja yhteistyön lähipalvelualueiden ja työssäoppimiskeskuksen välillä pyritään pitämään tiiviinä ja koulutuksen sisällössä painottaa ratkaisukeskeistä toimintamallia.

Porin perusturvan yhteistoiminta-alueen lähipalvelutoimintamallia kehitetään siten, että mallin keskiössä on asiakas, joka saa pääsääntöisesti palvelunsa omalta lähipalvelualueeltaan (Porin perusturvan yhteistoiminta-alue on jaettu maantieteellisesti neljään palvelualueeseen). Palvelut turvataan monialaisen tarjonnan (monituottajamalli) ja moniammatillisen henkilöstön avulla. Samalla vahvistetaan väestön valinnanvapautta ottamalla yksityisen ja kolmannen sektorin palvelut osaksi palvelutarjontaa päivittäisissä asiakaskohtaamisissa.

5 Tutkimuksen tarkoitus ja toteuttaminen

Tutkimuksen tarkoituksena on tarkastella, miten sosiaali- ja terveyspalveluiden järjestämisestä ja tuottamisesta laadittu Porin perusturvan yhteistoimintasopimus toimintamalleineen on esimiesten ja kuntalaisten mielestä toteutunut. Onko sopimuksessa sovittu toimintamalli asiasisältöineen toteutunut ja palvelut turvattu kaikille yhteistoiminta-alueen asukkaille yhdenmukaisin perustein siten, että niitä tuotetaan väestötarpeen mukaisesti lähipalveluina tai keskitetysti yhteisinä palveluina? Miten kuntalaiset ja esimiehet kokevat lähipalvelualueiden palveluiden toimivuuden?

5.1 Tutkimuskysymykset

Tämän tutkimuksen lähtökohtana on siis se, että Porin perusturvalla on ollut vuodesta 2010 lähtien yhteistoiminta-alueen yhteistoimintasopimus, jossa on määritelty malli sosiaali- ja terveyspalveluiden järjestämisestä ja tuottamisesta. Tämän voi olettaa toteutuvan käytännössä eli palvelujen toteuttamisessa tulisi näkyä sopimuksessa määriteltyjä asioita. Sitä, onko näin tapahtunut, on tässä tutkimuksessa lähdetty laajasti selvittämään kysymällä alueen sosiaali- ja terveyspalvelujen toteuttamiseen liittyviä asioita kuntalaisilta ja yhteistoiminta-alueen esimiehiltä.

Tämän tutkimuksen tutkimuskysymyksiksi muotoutuivat:

- Minkälaisia lähipalveluiden tulisi olla?
- Miten Porin perusturvan yhteistoiminta-alueen sosiaali- ja terveyspalveluiden lähipalvelut tulisi toiminnallisesti järjestää esimiesten ja kuntalaisten mielestä?
- Mitkä tahot ovat sopivia tuottamaan kuntalaisten sosiaali- ja terveyspalveluita?
- Millaisia kokemuksia on Porin perusturvan yhteistoiminta-alueen sosiaali- ja terveyspalveluista saatavuuden ja saavutettavuuden osalta?
- Mikä on kuntalaisen halua osallistua Porin perusturvan yhteistoiminta-alueen sosiaali- ja terveyspalveluiden suunnitteluun vaikuttamisen ja kehittämisen näkökulmasta ja onko heillä tarvittaessa siihen mahdollisuus?
- Miten koetaan sosiaali- ja terveyspalveluiden toimivuus Porin perusturvan yhteistoiminta-alueella?
- Mistä muodostuu hyvä palvelukokemus Porin perusturvan yhteistoiminta-alueen sosiaali- ja terveyspalveluiden osalta?

5.2 Aineistonkeruu

Alasuutarin (1994) mukaan tutkimuksen teoreettinen viitekehys asettaa rajoja sille, millaista menetelmää tai menetelmiä käytetään aineiston keräämiseen. Kyselylomakemenetelmä soveltuu kvantitatiivisen tutkimuksen lisäksi myös kvalitatiiviseen tutkimukseen. Kyselylomakemenetelmä tunnetaan keskeisenä survey-tutkimuksen menetelmänä, jossa otos muodostuu tietyistä perusjoukosta. Kyselylomakkeen strukturoitavuus vaihtelee sen mukaan onko kyseessä kvalitatiivinen vai kvantitatiivinen tutkimus. (Soininen 1995, 114.) Survey-tutkimus pyrkii selvittämään otokseen valittujen käsityksiä tutkijaa kiinnostavista asioista (Järvinen & Järvinen 2004, 55).

Tämän tutkimuksen aineisto kerättiin kahdella eri kyselylomakkeella. Toinen suunnattiin Porin perusturvan yhteistoiminta-alueen esimiehille ja toinen Porin perusturvan yhteistoiminta-alueen palveluja käyttäville kuntalaisille. Tässä tutkimuksessa kyselylomakkeiden kysymyksistä suurin osa oli valmiiksi strukturoituja kysymyksiä, mutta molemmat kyselylomakkeet sisälsivät myös avoimia kysymyksiä. Tutkimuksen ongelmiin pyrittiin saamaan vastauksia analysoimalla esimiesten ja kuntalaisten vastauksia ja osin vertailemalla niitä toisiinsa. Kyselyn avovastausaineistolla täydennettiin, syvennettiin ja konkretisoitiin kvantitatiivista aineistoa. Laadullisen aineiston merkitys perustuu tässä tutkimuksessa tulosten syventämiseen, ei niinkään laadullisten väittämien yleistettävyyteen.

Kyselytutkimusten etuna pidetään yleisesti sen tehokkuutta ja edullisuutta halutessa tietoa laajasta joukosta. Sen avulla voidaan kerätä laaja tutkimusaineisto ja tutkimuksessa voi olla paljon osallistujia ja vastausta voidaan odottaa useisiin kysymyksiin. Hyvin suunnitellun kyselylomakkeen aineisto voidaan helposti käsitellä tallennettuun muotoon ja aineiston analysointi tietokoneella onnistuu nopeasti. Tulosten tulkinta saattaa kuitenkin olla hankalaa. Kyselytutkimuksen aineistoa pidetään pinnallisena ja tutkimuksia teoreettisesti vaatimattomina. Joskus kyselynä suoritettun tutkimuksen vastausprosentti voi jäädä liian alhaiseksi tai sitten vastaajajoukko ei piirteiltään vastaakaan otosjoukkoa. (Järvinen & Järvinen 2004, 57; Hirsijärvi ym. 1998, 191–193.)

Tulosten luotettavuuden lisäämiseksi esimiehet saivat vastata sähköiseen kyselylomakkeeseen nimettöminä. Taustatiedoksi esimiehiä pyydettiin merkitsemään vain oma palvelualueensa. Lisäksi sähköisen kyselylomakkeen tiedot annettiin jokaiselle esimiehelle samanlaisena sähköisessä muodossa.

Hyvät vastaamisohjeet parantavat reliabiliteettia. Reliabiliteettia voidaan parantaa minimoimalla virhetekijöitä, kysymysten paljoutta, kysymysten ymmärrettävyyttä ja järjestystä. (Vehviläinen - Julkunen & Paunonen 1997.) Kuntalaisten vastaamishalukkuuteen saattoi vaikuttaa kyselylomakkeen pituus ja kysymysten selkeys ja ymmärrettävyys. Kuntalaisille suunnattu kyselylomake olisi tullut esitettävä suuremmalla joukolla.

5.3 Tutkimusjoukko

Tutkimuksessa haluttiin arvioida Porin perusturvan yhteistoiminta-alueen esimiesten ja kuntalaisten näkemyksiä lähipalveluiden toimivuudesta. Esimiesten osalta otannaksi määriteltiin koko esimiesryhmä sen saavutettavuuden vuoksi. Kuntalaisten kohdalla otannan määrittely suhteessa tutkimusongelmaan oli haastavampi. Lopulta päädyttiin yhteistoiminta-alueen kaikkiin kuntalaisiin kohdistuvaan sähköiseen kyselyyn, josta tiedotettiin kuntalaisille alueen päämediassa, ilmaisjakelulehdissä, Porin kaupungin verkkosivuilla sekä Porin perusturvan omilla verkkosivuilla. Kyselyyn oli mahdollista vastata myös paperiversiona Porin perusturvan yhteistoiminta-alueen toimipisteissä. Kyselyyn osallistuvilla oli myös mahdollisuus ottaa yhteyttä tutkijaan. Päätös siitä, että kuntalaisten kohdalla ei määrittely selvää otantaa, oli tietoinen riski.

Molemmille ryhmille annettiin kyselyyn vastausaikaa neljä viikkoa. Viikko ennen vastausajan päättymistä, kyselystä laitettiin muistutus Porin perusturvan verkkosivuille, tarkoituksena aktivoida kuntalaisia osallistumaan kyselyyn. Kuntalaisten kohdalla varauduttiin alhaiseen vastausprosenttiin. Osin tähän odotettiin vaikuttavan sen, että vastaajien piti kirjautua perusturvan verkkosivuille voidakseen vastata kyselyyn. Kyselyyn annettua kuukauden kestävästä vastausajasta pidettiin lyhyenä, joten vastausajan päätyttyä mahdollisuutta vastata kyselyyn jatkettiin viikolla.

Tutkimusaineiston ensimmäinen tutkimusjoukko koostui Porin perusturvan yhteistoiminta-alueella työskentelevistä esimiehistä. Kyselylomake lähetettiin sähköisenä Webropol-kyselynä. Kaikille yhteistoiminta-alueen esimiehille (100) lähetettiin henkilökohtainen sähköposti, jonka sisältämä linkki ohjasi kyselyn vastaussivulle. Saatteessa kerrottiin kyselyn yhteydestä Sitran rahoittamaan hankkeeseen sekä tähän tutkimukseen. Tarkoituksena oli saada vastauksia jokaisen neljän palvelualueen sekä heidän alaisuudessaan olevien vastuualueiden esimiehiltä. Kyselyyn vastasi 65 esimiestä, joiden vastaukset jakaantuivat tasaisesti neljän palvelualueen kesken.

Tutkimusaineiston toinen ryhmä koostui Porin perusturvan yhteistoiminta-alueiden palveluiden käyttäjistä eli kuntalaisista. Kyselylomake lähetettiin sähköisenä Webropol-kyselynä ja sen sijainnista verkkosivuilla viestittiin kuntalaisille alueen päämediassa, ilmaisjakelulehdissä, Porin kaupungin verkkosivuilla sekä Porin perusturvan omilla verkkosivuilla. Sähköinen lomake lähetettiin jokaiseen Porin perusturvan yhteistoiminta-alueella (120) olevaan toimipisteeseen, jossa lomaketta tulostettiin myös paperiversiona täytettäväksi. Toimipisteissä kuntalaisia ohjeistettiin lomakkeen täyttämiseen netissä tai paperiversiona perusturvassa työsuhteessa olevien palveluneuvojien avustuksella. Saatteessa kerrottiin kyselyn yhteydestä Sitran rahoittamaan hankkeeseen sekä tähän tutkimukseen. Vastausajan päättyessä 138 kuntalaista oli vastannut kyselyyn. Vastauksista 117 annettiin sähköisesti ja 21 paperiversiona.

Kyselyyn vastanneista kuntalaisista suurin osa (82 %) oli naisia. Yhteistoiminta-alueen vastaukset painottuivat Poriin (73 %) ja Ulvilaan (20 %). Tarkasteltaessa ikäryhmiä 30 – 69 vuotiaiden osuus vastaajista oli 84 %. Alle 30 vuotiaita vastaajia oli 10 % ja yli 70 vuotiaita 8 %. Ihmisiin kohdistuvissa tutkimuksissa kysymys tutkimukseen osallistuneiden määrästä on keskeinen. Se liittyy laatuihin kuten tieteellinen, edustava ja yleistettävä (Tuomi 2008, 141–142). Kuntalaisten osalta aineisto ei ole tilastollisesti edustava eli yleistyksiä ei voida tehdä. Laadullisessa mielessä aineiston avulla voidaan kuitenkin olettaa tässä joukossa ilmenevien asioiden ja ominaisuuksien esiintyvän laajemminkin. Huolimatta kuntalaisten epäedustavasta näytteestä, vertailua kuntalaisten ja esimiesten välillä tehtiin tässä tutkimuksessa.

5.4 Tutkimusaineiston analysointi

Kerätyn aineiston analyysi, tulkinta ja johtopäätösten tekeminen on tutkimuksen ydinasia. Analyysivaiheessa tutkijalle selviää, minkälaisia vastauksia hän saa ongelmiin. (Hirsjärvi ym. 2003, 207). Tämän tutkimuksen tuloksia käsiteltiin taulukkoanalyysillä ja frekvensseillä, joiden avulla tulkittiin Porin perusturvan yhteistoiminta-alueella annettavien palveluiden toimivuutta. Tutkimuskysymyksiä ja tutkimusaineistoa on paljon, mutta sitä voidaan perustella tutkittavan aiheen ajankohtaisuudella ja merkittävyydellä. Kuntalaisten jakaminen pieniin ikäryhmiin perustui mielenkiintoon löytää erilaisia trendejä, yhtäläisyyksiä ja poikkeamia eri ikäryhmien välillä sekä haluun tarkastella miten nämä tukevat elinkaariajattelua palveluiden toimivuuden näkökulmasta katsottuna.

Ensimmäisessä vaiheessa aineiston läpikäynti tapahtui ryhmien sisällä. Esimiesten vastauksia tarkasteltiin palvelualueittain ja niistä tehtiin tarvittavat taulukot, joiden avulla selvennettiin vastausten jakautumista. Tämän jälkeen työskentely keskittyi esimiesten avovastausten yleiseen lukemiseen. Yleisen pohdinnan jälkeen aineisto tiivistettiin kirjoittamalla puhtaaksi palvelualueittain. Kuntalaisten vastauksia tarkasteltiin ikäryhmittäin ja niiden perusteella tehtiin tarvittavat taulukot asian ilmentämiseen. Avovastaukset luettiin ensin yleisesti ja sen jälkeen tiivistettiin ikäryhmittäin. Analysoinnissa esimiesten vastauksia palvelualueittain ja kuntalaisten vastauksia ikäryhmittäin kuvataan pääasiassa samoissa taulukoissa, jolloin samankaltaisuuksien ja erottavien vastausten havainnointi on yksinkertaisinta.

Kvalitatiivista aineistoa tulee tarkastella kokonaisuutena. Laadullisen aineiston analyysi aloitetaan mahdollisemman pian keräämisvaiheen jälkeen, koska aineisto on tällöin vielä tuore ja inspiroi tutkijaa. Tärkeää on tarkastella ongelmia ja ilmiöitä laajasta perspektiivistä ja kokonaisuuden valossa. (Hirsjärvi & Hurme 1982, 122.) Tässä tutkimuksessa tutkimusongelmia käsiteltiin osittain vertailemalla Porin perusturvan yhteistoiminta-alueen yhteistoimintasopimukseen kirjattuja asioita ja kyselyiden perusteella saatuja esimiesten ja kuntalaisten näkemyksiä keskenään. Aineiston vertailussa käytettiin laadullisia ja määrällisiä tuloksia rinnakkain.

6 Tutkimuksen tulokset

Tutkimusten tulosten tarkastelussa kuntalaisten vastaukset on luokiteltu ikäryhmittäin ja perusturvan esimiesten vastaukset palvelualueittain. Ensimmäisenä kuntalaiset ja esimiehet määrittelevät, millaisia heidän mielestään sosiaali- ja terveyspalveluiden lähipalveluiden tulisi olla. Tämän jälkeen toisessa kohdassa ryhmitellään vastaajien näkemykset, miten perusturvan palveluita tulee järjestää. Kolmantena selvitetään vastaajien mielipiteet sosiaali- ja terveyspalveluiden tuottajista. Neljännessä kohdassa tarkastellaan saatavuuteen ja saavutettavuuteen liittyvien asioiden toimivuutta. Viidentenä määritellään kuntalaisen osallisuutta ja kuudennessa kohdassa yhteistoiminta-alueen palveluiden tämän hetkistä toimivuutta. Viimeisessä osassa eli seitsemännessä kohdassa tarkastellaan, mistä vastaajien mielestä muodostuu hyvä palvelukokemus.

6.1 Lähipalvelut

Porin perusturvan yhteistoiminta-alueen neljällä lähipalvelualueella sijaitsevista entisistä terveyskeskuksista käytetään nimitystä lähipalvelukeskukset. Kansanterveyslain mukaan terveyskeskukset vastaavat sairaan- ja kotihoidon palveluista, sairaankuljetuksista, neuvolatoiminnasta, koulu- ja opiskelijaterveydestä, hammashuollosta, terveysneuvonnasta, terveystarkastuksista sekä kuntoutus- ja mielenterveyspalveluista. Kunnan terveyskeskusten on järjestettävä myös työterveyshuollon palvelut niitä haluaville yrityksille. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2004.) Palvelujen tarpeenmukaisen käytön ja terveyserojen kaventumisen kannalta on tärkeää, että kaikilla väestöryhmillä on yhdenvertaiset mahdollisuudet käyttää tarvitsemiaan palveluita ja siten edistää ja ylläpitää hyvinvointiaan. Erot palvelujen saatavuudessa, käytössä tai laadussa voivat jopa suurentaa terveyseroja. (Keskimäki 2005.)

Kuntalaisilta ja esimiehiltä kysyttiin, *minkälaisia heidän mielestään sosiaali- ja terveyspalveluiden lähipalveluiden tulisi olla*. Kuntalaisten osalta luokittelussa on käytetty ikäryhmiä, jotka osaltaan perustuvat elinkaariajatteluun ja haluun tarkastella iän vaikutusta annetuissa vastauksissa; miten ikäluokat suhtautuvat heille tarjottaviin palveluihin verrattuna eri väestöryhmien palvelutarpeeseen. Esimiesten vastaukset on koottu yhteen palvelualueittain, sillä palvelualueen toimintojen vaikutusta halutaan tarkastella annetuissa vastauksissa.

Kuntalaisten ja perusturvan esimiesten avoimet vastaukset ikäluokittain ja palvelualueittain teemoitettiin ja sen jälkeen analyysia jatkettiin tarkastelemalla, mitä eri teemat sisälsivät kuntalaisten ja esimiehien vastauksissa. Aineistosta voi nostaa esiin tutkimusongelmaa valaisevia teemoja. Näin on mahdollista vertailla tiettyjen teemojen esiintymistä ja ilmenemistä aineistossa (Eskola & Suoranta 2000, 175).

Kuntalaisten vastaukset ikäryhmittäin tiivistettynä

Kuntalaisten mielestä sosiaali- ja terveystalveluiden lähitalveluiden tulee olla lähellä ja helposti tavoitettavissa. Ikäryhmittäin korostuviin asioihin vaikuttavat talvelutarpeiden määrä ja niiden monimuotoisuus, jonka johdosta eri talveluiden toivotaan saatavan yhdestä paikasta. Talvelupisteiden sijaintiin liitetään hyvät liikenneyhteydet ja julkisen liikenteen toimivuus. Nuoremmissa ikäryhmissä talveluiden toimivuus ja hoitoon pääsyn nopeus ovat ensisijaisia asioita ja vastaavasti vanhemmissa ikäryhmissä esille nostetaan henkilökunnan ja omalääkärin merkitys. Talvelutarve kokonaisuudessaan määrittelee myös kuntalaisten näkemyksiä perusterveydenhuoltoon kuuluvista talveluista ja niiden mahdollisista tuottajista. Avovastausten perusteella kuntalaisten näkemykset siitä, minkälaisia sosiaali- ja terveystalveluiden tulisi olla, on seuraavassa tiivistetty ikäryhmittäin.

19–29-vuotiaiden vastauksissa haluttiin sosiaali- ja terveystalveluiden lähitalveluiden olevan helposti tavoitettavissa ja ihmisläheisiä. Talveluiden tulee sijaita viihtyisissä tiloissa, joissa eri talvelut on merkitty selvillä opasteilla.

30–39-vuotiaiden mielestä sosiaali- ja terveystalveluiden lähitalveluiden tulee olla toimivia. Toimivuuteen vaikuttavat puhelinpalvelun sujuvuus ja päivystysajan saaminen lähimpään lähitalvelukeskukseen mahdollisimman nopeasti. Lähitalveluiden toimivuuteen ja saavutettavuuteen vaikuttavat myös julkisen liikenteen linjareitit ja aikataulut. Yleisesti ottaen välimatkat Porissa ovat kohtuulliset myös keskitetyille talveluille, mutta Ulvilan, Lavian ja Merikarvia osalta tulee huomioida välimatkojen muodostama tarve lähitalveluille. Perusterveydenhuollon talvelut sekä näyttöidenotto tulee sijaita yhdessä paikassa lähitalveluna. Näin vältetään turhalta eri toimipisteiden väliseltä käytöltä. Lähitalveluiden tulee olla matalan kynnyksen paikkoja, joissa on riittävästi henkilökuntaa. Neuvola ja ikäihmisten talvelut tulee sijaita lähitalveluina.

40–49-vuotiaiden mielestä sosiaali- ja terveystalveluiden lähitalveluiden tulee koostua usein käytettävistä talveluista. Talveluiden tulee olla hyvin saatavilla, joustavia ja asiakaslähtöisiä. Äkillisessä tilanteessa tulee saada aika nopeasti ja asiakkaan on pystyttävä luottamaan siihen, että apua on saatavilla. Lääkäri- ja neuvolatalvelut sekä terveydenhoitajatalvelut tulee tuottaa lähellä asiakasta omalääkäriperiaatteella, jotta lääkäriillä on tuntemus asiakkaasta ja tarvittava talvelu pystytään hallitsemaan kokonaisuutena. Lääkäriin ja hoitohenkilökunnan tulee olla suomenkielen taitoisia. Ajanvarauksen pitää olla sujuvaa ja onnistua myös sähköisesti. Lähitalveluna halutaan sellaiset talvelut, jotka oikeasti vastaavat lähialueen asukkaiden tarpeisiin. Lähitalveluissa tulee kiinnittää huomiota myös ennaltaehkäisevään talveluun eli asiakasta neuvotaan ajoissa. Lähitalveluiden osalta on tärkeää, että asiakkaan tiedot ovat hoitohenkilökunnan käytössä, joka auttaa hoidon sujuvuudessa. Lähitalveluihin tulee liittää tarvittaessa kotikäyntejä ja vastaanottoaikoja tulee olla joskus myös iltaisin.

50–59-vuotiaiden mielestä lähitalveluiden tulee olla lähellä ihmistä. Julkisen liikenteen merkitystä pidetään tärkeänä. Toimipisteen suhteen toivotaan huomioitavan lapsiperheiden ja ikäihmisten osalta liikkumisen helppous ja esteettömyys. Hoitosuhteessa tuttu henkilökunta koetaan hyväksi asiakksi. Lähitalvelussa tulee voida hoitaa pienet ongelmat. Lääkäreiden tulee lähitalvelualueella liikkua enemmän, ei aina sairaan ihmisen. Sosiaali- ja terveystalveluiden lähitalvelut tulee tuottaa tiiviimmässä yhteistyössä eri talveluntuottajien ja asiakkaiden välillä. Lähitalveluiden tulee olla niitä talveluita, joita asiakkaat yleisesti tarvitsevat usein. Niiden tulee olla myös helposti saatavia ja ennaltaehkäiseviä. Eri alojen asiantuntijoiden tulee sijaita samassa paikassa ja huolehtia keskinäisestä tiedonkulusta asiakkaan asioimisen helpottamiseksi. Talveluiden tulee olla selkeitä ja ymmärrettäviä talveluita.

60–69-vuotiaiden mielestä lähitalveluiden tulee olla asiakaslähtöisiä ja helposti saavutettavissa. Lääkärille ja sairaanhoitajalle tulee saada nopeasti aika. Omalääkäriä kaivataan sen tuoman turvallisuuden tunteen vuoksi. Lähitalveluiden toimivuuteen liittyvät hyvät liikenneyhteydet. Lasten, nuorten ja ikäihmisten talveluiden toivotaan jatkossakin olevan lähitalveluita. Lähitalveluiden toimivuuden kannalta tulee osata hyödyntää lähialueen mahdollisuudet eri talveluntuottajien muodossa. Lähitalveluissa tulee huomioida myös muutkin kuin itse sairauteen liittyvät talvelut, esimerkkinä ikäihmisten yksinäisyys. Talvelut ja niiden suunnittelu täytyy perustua yhteistyöhön, johon liittyvät asiakkaan riittävä neuvonta ja huomioon ottaminen.

70–74-vuotiaiden mielestä sosiaali- ja terveystalveluiden lähitalveluiden tulee olla hyviä ja asiakkaan hyvinvointia lisääviä. Paikalla tulee olla saman lääkäriin ja hoitajan. Tarvittaessa asiakas ohjataan erikoislääkäriin hoitoon. Laboratorion tulee olla käytettävissä ja hoitotarvikkeet saatavilla. Talveluiden puhelinnumeroiden tulee löytyä helposti.

Yli 75-vuotiaiden mielestä lähitalveluiden tulee sijaita lähellä ja olla helposti saatavilla

Yhteenvetona voidaan todeta kuntalaisten mielestä lähitalveluihin liittyvän voimakkaasti **saavutettavuus**. Se määriteltiin tässä kohdin lähellä olevaksi ja helposti tavoitettavaksi talveluksi. Vastauksissa korostettiin välimatkan lisäksi myös julkisen liikenteen sujuvuutta. Samoin **saatavuus** esiintyi kaikissa ikäryhmissä kuntalaisten vastauksissa. Kuntalaiset liittävät saatavuuteen toimivan ajanvarauksen ja sähköiset talvelut. Sosiaali- ja terveystalveluiden lähitalveluiden tulee kuntalaisten mielestä olla asiakaslähtöisiä. Asiakaslähtöisyys tarkoitti tässä kohdin kuntalaisten mielestä nopeaa pääsyä talvelun piiriin ja talveluiden saamista yhdestä paikasta. **Henkilökunnan** tulee kuntalaisten mielestä olla ystävällistä ja mielellään pysyvää.

Esimiesten vastaukset talvelualoittain tiivistettynä

Esimiehiltä kysyttiin, minkälaisia heidän mielestään sosiaali- ja terveystalveluiden lähitalveluiden tulisi olla. Tarkasteltaessa vastauksia talvelualueiden kesken, painotukset ovat hyvin saman suuntaisia. Kaikkien esimiesten mielestä lähitalvelut tulee olla lähellä ja asiakkaan talvelutarpeeseen tulee vastata joustavasti ja nopeasti. Esimiehet määrittelevät lähitalveluiden kriteeriksi muun muassa käyttäjien suuren määrän ja talveluiden saavutettavuuden. Esimiesten vastauksissa esille nostettu asiakkaan huomioiminen kokonaisuutena vaati uudenlaisia toimintamalleja ja asiakasprosesseja. Esimiesten avovastaukset ovat tiivistetty talvelualueittain.

Sosiaali- ja perhetalveluiden esimiesten mielestä lähitalveluiden tulee olla lähellä asiakasta, asiakaslähtöisiä, helposti talvelua ja ohjausta antavia sekä toimipisteiltään matalankynnyksen paikkoja. Asiakkaan tulee päästä helposti talvelun piiriin ilman monia soittoja, selvittelyitä ja lomakkeiden täyttämistä. Lähitalveluiden tulee tarjota selkeää neuvontaa kaiken ikäisille ja auttaa asiakasta löytämään talvelut ja etuudet, joihin hänellä on oikeus. Lähitalveluiden tulee talvellla asiakasta heidän liikkumismahdollisuutensa huomioiden. Talveluiden aukioloaikojen tulee olla pitempiä. Lähitalveluiden ajanvarauksen tulee olla toimiva ja aikoja saatavilla. Tarvittaessa asiakkaalle on annettava mahdollisuus päivystykselliseen käyntiin.

Lähipalveluiksi sopivat sellaiset palvelut, joita suuri väestömäärä käyttää tai palvelun käyttäjän on vaikea hakea palvelua kaukaa. Hyvä lähipalvelu on tiivistettynä hyödyllistä, vaivatonta ja vaikuttavaa. Moniammatillisen asiantuntemuksen lisäksi paikalliset toimijat ovat vahvasti mukana ja paikallisosuhteiden ja asiakkaiden tarpeet huomioidaan. Hyvä verkostotyöskentely kokoaa palvelut yksilöllisesti asiakkaan ympärille. Monipuoliset lähipalvelut tarvitsevat toteutuakseen koulutettua henkilökuntaa ja heidän palveluallttiuttaan sekä kokonaisvaltaista, hallintokuntarajat ylittävää palvelua, yhdessä paikassa. Näin asiat hoituvat ja tämä näkyy myös tehokkaana ajankäyttönä.

Terveys- ja hyvinvointipalveluiden esimiesten mielestä lähipalveluiden tulee olla helposti saavutettavia ja niiden tukena tulee olla moniammatillista palvelua tuottava keskus. Palveluiden tulee olla laadukkaita, asiantuntevia ja oikea-aikaisia väestön tarpeeseen nähden. Henkilöstön tulee liikkua ammatillisuuden ja osaamisen varmistamisen vuoksi. Eri palveluiden tuottajien on sijaittava lähellä toisiaan ja jalkauduttava tarpeen mukaan. Lähipalveluina tulee tuottaa neuvolapalvelut sekä sairaanhoitajan ja lääkärin vastaanotto toiminta. Lähipalveluina tuotetaan ne palvelut, joita ihminen tarvitsee selvitäkseen arjestaan.

Vanhuspalveluiden esimiesten mielestä lähipalveluiden tulee olla helposti saavutettavissa ja palvelujen tuottajana tulee olla osaava ja motivoitunut henkilökunta. Lähipalveluina tarvitaan palvelut, joissa asiakasmäärät ovat suuria ja jotka edellyttävät useita henkilökohtaisia kontakteja. Eri palvelualojen peruspalvelut tulee olla edustettuina lähipalvelukeskuksissa. Asiakas tulee huomioida kokonaisvaltaisesti ja hänet osata ohjata oikeaan paikkaan kulloisenkin tarpeen mukaan ilman pitkiä odotusaikoja. Kaikista palveluista tullee löytyä selkeää tietoa. Mobiilitoiminta on osa lähipalvelua. Hallinnon tulee tukea lähipalveluiden toimintaa olemalla toimivaa ja joustavaa. Se ei saa olla esteenä inhimilliselle toiminnalle.

Kuntoutus- ja sairaalapalveluiden esimiesten mielestä lähipalveluiden tulee olla lähellä asiakasta ja muodoltaan kokonaisvaltaista palvelua. Asiakkaan tulee saada hoitoa mahdollisimman nopeasti ja paikassa, mihin hänen on helpointa liikkua. Lähipalvelun tulee vastata asiakkaan palvelutarpeeseen joustavasti ja nopeasti. Pääsyn palvelun piiriin tulee olla mahdollisimman yksinkertaista. Neuvontaa ja apua tulee saada yhdestä paikasta. Lähipalveluina tulee tuottaa ennaltaehkäisevät palvelut ja peruspalvelut. Mobiilipalveluja tulee kehittää osana lähipalveluja.

Lähipalveluihin liittyi esimiesten vastuksissa voimakkaasti *saavutettavuus*. Se määriteltiin tässä kohdin lähellä oleviksi ja helposti tavoitettaviksi palveluiksi, jossa asiakas saa hoitoa mahdollisimman nopeasti. Vastauksissa korostettiin välimatkan lisäksi myös julkisen liikenteen sujuvuutta. Samoin *saatavuus* esiintyi esimiesten vastauksissa. Esimiesten mielestä ajanvarauksen tulee olla toimivaa ja asiakkaan tulee päästä palvelun piiriin helposti ja nopeasti. Esimiehet korostavat myös palveluneuvonnan tärkeyttä. Sosiaali- ja terveyspalveluiden lähipalveluiden tulee esimiesten mielestä olla asiakaslähtöisiä. *Asiakaslähtöisyys* tarkoitti tässä kohdin esimiesten mielestä nopeaa pääsyä palvelun piiriin ja palveluiden saamista yhdestä paikasta. Esimiehet korostivat yksilöllisyyttä, palvelun kokonaisvaltaisuutta, ennaltaehkäisevää otetta ja palveluiden vaikuttavuutta. Lähipalveluihin liitettiin myös vahvasti henkilökunnan merkitys. *Henkilökunnan* osalta esimiehet korostavat moniammatillisuuden merkitystä.

6.2 Palveluiden järjestämisen vaihtoehdot

Kyselylomakkeen kysymysten avulla tutkittiin Porin perusturvan yhteistoiminta-alueen sosiaali- ja terveyspalveluiden esimiehiltä sekä alueen kuntalaisilta, *miten heidän mielestään Porin perusturvan yhteistoiminta-alueen sosiaali- ja terveyspalveluiden palveluita tulee järjestää*. Palveluiden vaihtoehtoina olivat eri palvelualueiden peruspalvelut. Järjestämisvaihtoehtoina olivat oma lähipalvelualue, keskitetty palvelu, mobiilipalvelu (tarkennettuna liikkuva palveluyksikkö) ja muun toimintojen tukena sähköiset palvelut. Tässä kohdin tarkasteltavaksi ei valittu kaikkia kyselylomakkeessa olleita palveluvaihtoehtoja vaan valintaperusteena käytettiin osaa eri väestöryhmiin kohdistettavista palveluista.

Vastaajat ovat voineet arvottaa halutessaan useampaa kuin yhtä palveluiden järjestämistapaa. Taulukoissa 3 - 12 näkyvät kuntalaisten ja esimiesten arvottamien eri palvelumuotojen vastausten prosenttijakaumat. Ikäryhmittäin tarkasteltuna voidaan todeta lukumäärien olevan pieniä, joka tulee huomioida tulosten tulkinnassa. Kokonaismäärien lisäksi on haluttu tarkastella järjestämistapojen jakautumista ikäryhmien välillä sekä niiden sisällä. Kehitettäessä palveluita vastaamaan kuntalaisten todellisia tarpeita, on tulevaisuudessa syytä tarkastella kriittisesti myös elinkaarimallin toimivuutta. Esimiesten kohdalla vastauksia tarkastellaan palvelualueittain.

TAULUKKO 3. Kuntalaisten ja esimiesten mielipiteet lääkärin vastaanottopalveluiden järjestämistavasta

	Lähipalvelu alue %	Keskitetty palvelu %	Mobiili palvelu %	Sähköinen palvelu %	Yhteensä % (N)
Kuntalaiset					
15–18 vuotta	67	0	0	33	100 (3)
19–29 vuotta	79	0	14	7	100 (14)
30–39 vuotta	73	9	9	9	100 (33)
40–49 vuotta	67	12	12	9	100 (43)
50–59 vuotta	89	3	5	3	100 (37)
60–69 vuotta	80	8	0	12	100 (25)
70–74 vuotta	86	14	0	0	100 (7)
Yli 75 vuotta	100	0	0	0	100 (3)
Kaikki	77	7	7	9	100 (165)
Esimiehet					
Sosiaali- ja perhepalvelut	44	15	29	12	100 (N=41)
Terveys- ja hyvinvointipalvelut	58	5	21	16	100 (N=19)
Vanhuspalvelut	40	12	36	12	100 (N=52)
Kuntoutus – ja sairaalapalvelut	38	10	28	24	100 (N=21)
Kaikki	44	11	31	14	100 (N=133)

Kuntalaiset arvottavat vastauksissaan selkeästi lähipalvelut lääkärin vastaanottopalveluiden järjestämistavaksi. Mobiilipalveluiden ja sähköisten palveluiden käyttö Porin perusturvassa on vielä vähäistä ja todennäköisesti vaikuttanut niiden kohdalla vastausten alhaiseen määrään. Eri palvelualueiden esimiesten vastaukset painottuvat lähipalveluihin ja mobiilipalveluihin. Esimiesten kohdalla mobiilipalveluiden kannatus lääkärin palveluiden järjestämistapana liittyy todennäköisesti kuntalaisia parempaan tietoisuuteen palvelun sisällöstä ja toimintatavoista. Esimiehet ovat myös tietoisia siitä, että palaute mobiililääkärin olemassa olevasta toiminnasta on ollut hyvää niin asiakkaan, yhteistyötahojen kuin kustannusten näkökulmasta. Kuntalaisten ja esimiesten vastausten erilaisuutta voidaan osittain selittää myös sillä, että esimiehet mieltävät mobiilipalveluiden merkityksen olemassa olevien palveluiden täydentäjänä, ei korvaavana toimintamallina. Tämä voidaan nähdä muun muassa vanhuspalveluiden esimiesten vastauksista.

TAULUKKO 4. Kuntalaisten ja esimiesten mielipiteet lastenneuvolapalveluiden järjestämistavasta

	Lähipalvelu alue %	Keskitetty palvelu %	Mobiili palvelu %	Sähköinen palvelu %	Yhteensä % (N)
Kuntalaiset					
15–18 vuotta	34	33	0	33	100 (3)
19–29 vuotta	69	15	8	8	100 (13)
30–39 vuotta	72	6	3	19	100 (32)
40–49 vuotta	79	6	9	6	100 (34)
50–59 vuotta	94	3	3	0	100 (31)
60–69 vuotta	73	27	0	0	100 (15)
70–74 vuotta	100	0	0	0	100 (3)
Yli 75 vuotta	100	0	0	0	100 (1)
Kaikki	78	9	5	8	100 (132)
Esimiehet					
Sosiaali- ja perhepalvelut	62	14	7	17	100 (29)
Terveys- ja hyvinvointipalvelut	76	0	12	12	100 (16)
Vanhuspalvelut	58	18	6	18	100 (33)
Kuntoutus – ja sairaalapalvelut	47	24	18	11	100 (17)
Kaikki	60	15	9	16	100 (95)

Kuntalaisten mielestä lastenneuvolapalvelut tulee järjestää lähipalveluna. Tarkasteltaessa taulukkoa 4, voidaan todeta, että nuorimmat ikäryhmät ovat eniten kohdistaneet vastauksia sähköisiin palveluihin, joten niiden käyttöä palvelutarjonnassa tulisi lisätä ja monipuolistaa. Esimiesten vastaukset keskittyvät lähipalveluihin. Terveys- ja hyvinvointipalveluiden esimiehet ovat odotetusti palvelualueista selvemmin lähipalveluiden kannalla, johon todennäköisesti vaikuttaa lastenneuvolapalveluiden kuuluminen terveys- ja hyvinvointipalveluiden kokonaisuuteen.

TAULUKKO 5. Kuntalaisten ja esimiesten mielipiteet hammaslääkäripalveluiden järjestämistavasta

	Lähipalvelu alue %	Keskitetty palvelu %	Mobiili palvelu %	Sähköinen palvelu %	Yhteensä % (N)
Kuntalaiset					
15–18 vuotta	67	0	0	33	100 (3)
19–29 vuotta	79	7	7	7	100 (14)
30–39 vuotta	67	23	0	10	100 (30)
40–49 vuotta	57	34	6	3	100 (35)
50–59 vuotta	71	29	0	0	100 (34)
60–69 vuotta	73	18	0	9	100 (22)
70–74 vuotta	80	20	0	0	100 (5)
Yli 75 vuotta	100	0	0	0	100 (3)
Kaikki	68	24	2	6	100 (146)
Esimiehet					
Sosiaali- ja perhepalvelut	41	59	0	0	100 (N=22)
Terveys- ja hyvinvointipalvelut	31	63	6	0	100 (N=16)
Vanhuspalvelut	35	45	13	7	100 (N=31)
Kuntoutus – ja sairaalapalvelut	31	46	15	8	100 (N=13)
Kaikki	35	52	9	4	100 (82)

Hammaslääkäripalvelut tulee kuntalaisten mielestä kaikissa ikäryhmissä selkeästi (yli 50 %) järjestää lähipalveluina, mutta myös keskitetty järjestämistapa saa kannatusta. Mobiilipalveluja ei kuntalaisten mielestä pidetä järjestämisen vaihtoehtona. Vastauksissa näkyy todennäköisesti mobiilipalveluiden toiminnan puuttuminen Porin perusturvan yhteistoiminta-alueelta. Tilanne tulee muuttumaan, sillä päätös mobiilipalvelun käyttöönotosta hammaslääkäripalveluissa on jo tehty perusturvalautakunnassa. Sähköisen palvelun maininneet vastaajat ovat todennäköisesti kohdistaneet vastauksensa ajanvaraukseen liittyviin asioihin. Vastaavasti eri palvelualueiden esimiesten mielestä keskitetty palvelu on ensisijainen hammaslääkäripalveluiden järjestämisen vaihtoehto lähipalveluiden rinnalla. Mobiilipalvelut nostetaan sosiaali- ja terveyspalveluiden esimiehiä lukuun ottamatta yhdeksi vaihtoehdoksi. Esimiehet ovat tietoisia tulevasta mobiiliyksiköstä ja sen käyttöön liittyvistä toimintamalleista ja suunnitelmista.

TAULUKKO 6. Kuntalaisten ja esimiesten mielipiteet kouluterveydenhuollonpalveluiden järjestämistavasta

	Lähipalvelu alue %	Keskitetty palvelu %	Mobiili palvelu %	Sähköinen palvelu %	Yhteensä % (N)
Kuntalaiset					
15–18 vuotta	67	0	0	33	100 (3)
19–29 vuotta	83	0	17	0	100 (12)
30–39 vuotta	75	11	3	11	100 (28)
40–49 vuotta	73	14	8	5	100 (37)
50–59 vuotta	94	3	3	0	100 (32)
60–69 vuotta	80	20	0	0	100 (15)
70–74 vuotta	100	0	0	0	100 (3)
Yli 75 vuotta	0	0	100	0	100 (1)
Kaikki	80	9	6	5	100 (131)
Esimiehet					
Sosiaali- ja perhepalvelut	87	9	0	4	100 (23)
Terveys- ja hyvinvointipalvelut	80	0	7	13	100 (15)
Vanhuspalvelut	76	0	14	10	100 (29)
Kuntoutus – ja sairaalapalvelut	53	12	12	23	100 (17)
Kaikki	75	5	8	12	100 (84)

Kuntalaisten mielestä kouluterveydenhuollon palvelut tulee ensisijaisesti järjestää lähipalveluna. Huomattavaa on vastausten yksimielisyys ikäryhmästä riippumatta. Poikkeuksena ei voida pitää edes yli 75-vuotiaiden vastausta ensisijaisesta järjestämistavasta, sillä mobiilipalveluiden tarkoitus on viedä palvelut lähelle asiakasta, jos ne eivät muuten ole saavutettavissa. Sähköisten palveluiden laajentamista tulee hyödyntää. Esimiesten mielestä kouluterveydenhuollon palvelut tulee selkeästi järjestää lähipalveluna. Yllättävää on palvelualueiden vastauksissa sähköisten palveluiden vähäinen huomiointi sosiaali- ja perhepalveluiden (4 %) osalta. Kuntalaisten ja esimiesten samansuuntaisten vastausten taustalla vaikuttavat todennäköisesti ymmärrys palvelutarpeen oikea-aikaisuudesta ja sen saavutettavuuden tärkeydestä. Nuoret tarvitsevat matalankynnyksen keskustelupaikkoja ja samalla tiedostetaan viranomaisten keskinäiseen työnjakoon liittyvät haasteet perusturvan ja koulutoimen välillä.

Seuraavissa taulukoissa 7 – 12 tuloksia on tarkasteltu kuntalaisten osalta yhtenä tutkimusjoukkona. Tähän päädyttiin vastausten samankaltaisuuden vuoksi, sillä ikäryhmien välillä ei esiintynyt mainittavia eroja.

TAULUKKO 7. Kuntalaisten ja esimiesten mielipiteet mielenterveyspalveluiden työ- ja päivätoiminnan järjestämistavasta

	Lähipalvelu alue%	Keskitetty palvelu %	Mobiili palvelu %	Sähköinen palvelu %	Yhteensä % (N)
Kuntalaiset	32	60	5	3	100 (129)
Esimiehet					
Sosiaali- ja perhepalvelut	30	65	5	0	100 (23)
Terveys- ja hyvinvointipalvelut	8	92	0	0	100 (12)
Vanhuspalvelut	27	73	0	0	100 (26)
Kuntoutus – ja sairaalapalvelut	15	62	8	15	100 (13)
Kaikki	23	72	3	3	100 (74)

Kuntalaiset arvottavat vastauksissaan (60 %) mielenterveyspalveluiden työ- ja päivätoiminnan osalta keskitettyä palvelua ensimmäisenä järjestämistapana. Selvästi eniten (92 %) keskitettyjen palveluiden kannalla ovat terveys- ja hyvinvointipalveluiden esimiehet. Lähipalveluiden tarpeellisuus näkyy toisena järjestämisen vaihtoehtona molemmissa vastaajaryhmissä. Vastauksissa ilmenee mobiilipalveluiden sekä sähköisten palveluiden sopimattomuus kyseisen palvelun järjestämistapana.

TAULUKKO 8. Kuntalaisten ja esimiesten mielipiteet lastensuojelun avohuollon palveluiden järjestämistavasta

	Lähipalvelu alue %	Keskitetty palvelu %	Mobiili palvelu %	Sähköinen palvelu %	Yhteensä % (N)
Kuntalaiset	40	48	7	4	100 (136)
Esimiehet					
Sosiaali- ja perhepalvelut	29	45	19	7	100 (31)
Terveys- ja hyvinvointipalvelut	13	49	25	13	100 (16)
Vanhuspalvelut	26	48	16	10	100 (31)
Kuntoutus – ja sairaalapalvelut	21	37	21	21	100 (19)
Kaikki	24	45	20	11	100 (97)

Kuntalaisten mielestä keskitetyt palvelut (48 %) nousevat ensimmäiseksi vaihtoehdoksi, mutta myös lähipalveluilla (40 %) on selkeä kannatus lastensuojelun avohuollon palveluiden järjestämisen vaihtoehtona. Esimiesten vastauksissa eniten kannatusta palveluiden järjestämiseksi on saanut selkeästi keskitetyt palvelut. Toisena vaihtoehtona esimiesten vastaukset jakautuvat palvelualueittain lähipalveluiden ja mobiilipalveluiden välillä.

TAULUKKO 9. Kuntalaisten ja esimiesten mielipiteet aikuissosiaalityön toimeentulotukipalveluiden järjestämistavasta

	Lähipalvelu alue %	Keskitetty palvelu %	Mobiili palvelu %	Sähköinen palvelu %	Yhteensä % (N)
Kuntalaiset	43	43	5	9	100 (136)
Esimiehet					
Sosiaali- ja perhepalvelut	31	50	0	19	100 (26)
Terveys- ja hyvinvointipalvelut	19	57	12	12	100 (16)
Vanhuspalvelut	29	45	3	23	100 (31)
Kuntoutus – ja sairaalapalvelut	21	51	7	21	100 (14)
Kaikki	26	49	5	20	100 (87)

Kuntalaisten vastauksissa lähipalvelut ja keskitetyt palvelut (43 %) saavat yhtäläisen kannatuksen aikuissosiaalityön toimeentulotuen palveluiden järjestämistavaksi. Mobiilipalvelut ja sähköiset palvelut koetaan vähäisinä vaihtoehtoina. Esimiesten vastaukset painottuvat keskitettyihin palveluihin ja toiseksi vastaukset kohdistuvat järjestämistapana lähipalveluihin. Sähköisten palveluiden merkitys painottuu esimiesten vastauksissa kuntalaisten vastauksia enemmän. Asiaan voidaan ajatella vaikuttavan esimiesten parempi tietoisuus sähköisistä palveluista, niiden käyttömahdollisuuksista ja kehitteillä olevista uusista palveluista. Palveluiden tuottajien tulee huomioida sähköiseen asiointiin siirryttäessä kuntalaisten tarpeiden mukaisesti riittävä opastus ja neuvonta.

TAULUKKO 10. Kuntalaisten ja esimiesten mielipiteet kehitysvammopalveluiden asumispalveluiden järjestämistavasta

	Lähipalvelu alue %	Keskitetty palvelu %	Mobiili palvelu %	Sähköinen palvelu %	Yhteensä % (N)
Kuntalaiset	29	67	2	2	100 (125)
Esimiehet					
Sosiaali- ja perhepalvelut	42	50	8	0	100 (26)
Terveys- ja hyvinvointipalvelut	0	92	0	8	100 (12)
Vanhuspalvelut	34	58	4	4	100 (26)
Kuntoutus – ja sairaalapalvelut	0	90	0	10	100 (11)
Kaikki	27	64	4	5	100 (75)

Kuntalaisten vastauksien (67 %) perusteella kehitysvamma palveluiden asumispalvelut voidaan järjestää keskitettyinä palveluina ja toisena vaihtoehtona (29 %) lähipalveluina. Kokonaisuudessaan palvelualueiden esimiehet ovat vastausten perusteella keskitettyjen palveluiden kannalla, varsinkin terveys- ja hyvinvointipalveluiden (92 %) sekä kuntoutus- ja sairaalapalveluiden esimiehet (90 %).

TAULUKKO 11. Kuntalaisten ja esimiesten mielipiteet ikäihmisten päivätoimintapalveluiden järjestämistavasta

	Lähipalvelu alue %	Keskitetty palvelu %	Mobiili palvelu %	Sähköinen palvelu %	Yhteensä % (N)
Kuntalaiset	76	17	4	3	100 (138)
Esimiehet					
Sosiaali- ja perhepalvelut	58	38	4	0	100 (24)
Terveys- ja hyvinvointipalvelut	40	47	13	0	100 (15)
Vanhuspalvelut	41	45	7	7	100 (31)
Kuntoutus – ja sairaalapalvelut	41	29	12	18	100 (17)
Kaikki	46	40	8	6	100 (87)

Taulukosta nähdään selkeästi, että kuntalaisten mielestä ikäihmisten päivätoiminnan palvelut tulee järjestää lähipalveluina (76 %), sillä keskitettyjen palveluiden vastausten osuus on selvästi (17 %) vähäisempi. Esimiesten vastaukset ovat hyvin saman suuntaisia eri palvelualueiden välillä. Poikkeuksena voidaan todeta sähköisten palveluiden käytön rajoittuminen vain vanhuspalveluihin sekä kuntoutus- ja sairaalapalveluihin. Palvelualueittain tarkasteltaessa sosiaali- ja perhepalvelut ovat järjestämisessä lähipalveluiden (58 %) kannalla, samoin kuntoutus- ja sairaalapalvelut (41 %). Tässä kohdin kuntalaisten ja esimiesten vastausten voidaan katsoa eroavan toisistaan kuntalaisten kannattaessa selkeämmin lähipalveluita ikäihmisten päivätoiminta palveluiden järjestämistapana.

TAULUKKO 12. Kuntalaisten ja esimiesten mielipiteet katkaisuhoidon palveluiden järjestämistavasta

	Lähipalvelu alue %	Keskitetty palvelu %	Mobiili palvelu %	Sähköinen palvelu %	Yhteensä % (N)
Kuntalaiset	10	81	5	4	100 (125)
Esimiehet					
Sosiaali- ja perhepalvelut	10	90	0	0	100 (20)
Terveys- ja hyvinvointipalvelut	0	92	8	0	100 (13)
Vanhuspalvelut	11	85	4	0	100 (26)
Kuntoutus – ja sairaalapalvelut	9	82	0	9	100 (11)
Kaikki	9	87	3	1	100 (70)

Taulukosta nähdään selkeästi, että kuntalaiset (81 %) ja esimiehet (yli 80 %) arvottavat vastauksissaan katkaisuhoidon palveluiden järjestämistapana keskitettyjä palveluita. Mobiilipalveluiden ja sähköisten palveluiden käyttöä ei katkaisuhoidon osalta pidetty järjestämistapana. Pelkästään yksittäisen järjestämistapojen rinnalla tulisi miettiä, miten näillä toiminnoilla olisi mahdollisuutta tukea olemassa olevia toimintoja ja toimintamalleja.

Kuntalaisten näkökulmasta *lähipalveluiksi* mielletään lähellä tarjottavat palvelut, joihin yleisesti katsotaan kuuluvaksi muun muassa matalankynnyksen palvelupisteet, lääkärin ja hoitajan vastaanotto, neuvolatoiminta ja osa ikäihmisten palveluista. *Mobiilipalvelut* eli liikkuvat palvelut, joiden käyttö on lisääntymässä, yhdistetään lähipalveluihin, sillä niiden tarkoituksena on viedä palvelut lähelle asiakasta, jos palvelutarvetta ei muuten pystytä kunnolla täyttämään. *Sähköisten palveluiden* tarkoituksena on parantaa alueellista saatavuutta liittyen ajanvaraukseen, palvelutietoihin ja omahoitoon. *Kotiin tarjottavat* palvelut kuten kotihoito ja perhetyö tukevat toimintakykyä ja arjessa selviytymistä. Kyselyssä kotona annettavia palveluita ei nostettu esille järjestämisvaihtoehtona. Lähipalveluille vaihtoehdoksi annettiin *keskitetyt palvelut*, joihin luetaan harvemmin käytettyjä palveluita kuten päivystykset ja päiväkirurgia.

Yhteenvedon voidaan todeta, että tässä tutkimuksessa kuntalaiset ikäryhmittäin ja esimiehet palvelualueittain liittivät lähipalveluina järjestettäviin palveluihin lääkärin vastaanottopalvelut, äitiys- ja lastenneuvolapalvelut, kouluterveydenhuollon palvelut ja ikäihmisten päivätoiminnan. Keskitettyjen palveluiden eli harvemmin käytettyjen palveluiden osalta kuntalaisten ja eri palvelualueiden esimiesten vastaukset olivat hyvin samansuuntaiset. Keskitettynä palveluna voidaan kuntalaisten ja esimiesten vastausten perusteella järjestää muun muassa mielenterveyspalvelut työ- ja päivätoiminnassa, lastensuojelun avohuollon palvelut, kehitysvammaisten asumispalvelut, katkaisuhoidon palvelut sekä aikuissosiaalityöhön ja toimeentulotukeen liittyvät palvelut.

6.3 Palveluiden tuottajat

Porin perusturvan yhteistoiminta-alueella pyritään lisäämään moniammatillista yhteistyötä sosiaali- ja terveyspalveluiden palvelualueiden kesken ja samalla tiivistämään yhteistyötä yritysten, kolmannen sektorin ja seurakunnan toimijoiden kanssa. Kyselylomakkeessa kysyttiin Porin perusturvan yhteistoiminta-alueen kuntalaisilta ja esimiehiltä, *ketkä heidän mielestään voisivat osallistua sosiaali- ja terveyspalveluiden tuottamiseen*. Sosiaali- ja terveyspalveluiden tarjontajärjestelmästä on muotoutunut monitoimijainen, mikä on lisännyt palveluiden integroinnin tarvetta. Keskeiseksi kehittämishaasteeksi onkin tästä johtuen noussut eri toimijoista muodostuvan palvelukokonaisuuden koordinointi ja kehittäminen sekä eri osapuolien halu ja kyky nähdä toisensa yhteistyökumppaneina. (Kaarankainen 2003, 35.)

TAULUKKO 13. Kuntalaisten ja esimiesten mielipiteet sosiaali- ja terveyspalveluiden mahdollisista tuottajista

	Valtio %	Kunnat %	Yksityinen sektori %	Kolmas sektori %	Seurakunnat %	Yhteensä % (N)
Kuntalaiset						
15–18 vuotta	60	40	0	0	0	100 (5)
19–29 vuotta	24	34	14	14	14	100 (29)
30–39 vuotta	23	30	23	15	9	100 (77)
40–49 vuotta	24	34	24	10	10	100 (92)
50–59 vuotta	27	33	19	13	8	100 (100)
60–69 vuotta	22	36	24	13	5	100 (58)
70–74 vuotta	43	43	7	0	7	100 (14)
Yli 75 vuotta	18	27	10	18	27	100 (11)
Kaikki	25	34	20	12	9	100 (386)
Esimiehet						
Sosiaali- ja perhepalvelut	20	24	22	19	15	100 (85)
Terveys- ja hyvinvointipalvelut	22	24	20	20	14	100 (50)
Vanhuspalvelut	17	25	25	17	16	100 (92)
Kuntoutus – ja sairaalapalvelut	19	22	22	22	15	100 (36)
Kaikki	19	24	23	19	15	100 (263)

Kuntalaisten vastausten perusteella voidaan todeta, että kunnat, valtio ja yksityinen sektori mielletään sosiaali- ja terveyspalveluiden vahvimpina tuottajina. Kolmas sektori ja seurakunnat yhdessä saavuttavat saman vastaustason kuin yksityinen sektori. Esimiesten vastauksissa palveluiden tuottaminen jakaantuu melko tasaisesti kaikkien tuottajien kesken. Samoin verrattaessa eri palvelualueita keskenään voidaan todeta, että näkemys sosiaali- ja terveyspalveluiden tuottajista on samansuuntainen. Yhteenvedonä voidaan mainita, että kuntalaisten mielestä (yli 50 %) julkinen sektori (valtio ja kunnat) on ensisijainen sosiaali- ja terveyspalveluiden tuottaja. Esimiesten vastauksissa näkyy todennäköisesti parempi tietoisuus siitä, että julkinen sektori tarvitsee palveluiden järjestämisessä ja tuottamisessa myös yksityisen ja kolmannen sektorin toimijoiden kanssa tehtävää yhteistyötä. Tämän perusteella tulee kiinnittää huomiota siihen, miten ja missä tilanteessa muiden palvelutuottajien palveluista kerrotaan kuntalaisille. Julkisen, yksityisen ja kolmannen sektorin entistä tiiviimpi, suunnitelmallisempi ja avoimempi yhteistyö antaa kuntalaisille valinnanmahdollisuuksia ja synnyttää osaltaan luottamusta eri toimijoiden palveluiden monipuolisempaan hyödyntämiseen.

6.4 Palveluiden saatavuus ja saavutettavuus

Sosiaali- ja terveyspalvelut on järjestettävä yhdenvertaisesti. Palvelujen tulee olla sisällöltään ja laadultaan sellaisia kuin sosiaali- ja terveydenhuollon lainsäädäntö sekä sosiaali- ja terveysalueen kuntien asukkaiden tarve edellyttävät. Palvelut on toteutettava väestön tarpeet huomioon ottaen lähellä palvelujen käyttäjiä.

Saatavuuteen liittyen tässä kohdin tarkastellaan toimipisteiden aukiolopäiviä ja aukioloaikoja, puhelinpalvelun aukioloaikaa ja siihen vastaamista sekä takaisinsoiton nopeutta. Vastaanottoajan saatavuutta, ajan riittävyyttä palvelutilanteessa ja sen vastaamista asiakkaan palvelutarpeeseen. *Saavutettavuudella* viitataan tässä välimatkoihin ja liikkumismahdollisuuksiin eli ihmisten edellytyksiin päästä palvelujen luokse. Se on eri asia kuin saatavuus. Esimerkiksi asiakkaan elämäntilanne ja sairaus voivat estää palvelun käytön, vaikka ne olisivat lähelläkin. Saavutettavuus liittyy siis hyvin kiinteästi liikkumismahdollisuuksiin.

Silti keskeinen saavuttavuuden mittari on kilometreissä mitattava etäisyys (Kaskisaari ym. 2010.) Saatavuuden näkökulmasta tarkastellaan välimatkan lisäksi toimipisteiden sijaintia ja julkisen liikenteen toimivuutta. Lopuksi tarkastellaan vastaajien mahdollisuutta ja halukkuutta hyödyntää sähköisiä palveluita. *Sähköisten palveluiden* avulla pystytään parantamaan monien palveluiden saatavuutta huomioiden ne kuntalaiset, joilla ei ole mahdollisuutta tai edellytyksiä toistaiseksi hyödyntää sähköisiä palveluita.

TAULUKKO 14. Kuntalaisten ja esimiesten mielipiteet toimipisteiden aukiolopäivien määrän riittävydestä viikossa

	Täysin samaa mieltä %	Lähes samaa mieltä %	Lähes eri mieltä %	Täysin eri mieltä %	En osaa sanoa %	Yhteensä % (N)
Kuntalaiset						
15–18 vuotta	67	33	0	0	0	100 (3)
19–29 vuotta	27	46	9	9	9	100 (11)
30–39 vuotta	50	38	4	8	0	100 (24)
40–49 vuotta	52	32	6	4	6	100 (31)
50–59 vuotta	71	24	0	5	0	100 (34)
60–69 vuotta	48	17	17	4	14	100 (23)
70–74 vuotta	20	60	20	0	0	100 (5)
Yli 75 vuotta	33	67	0	0	0	100 (3)
Kaikki	52	32	7	5	4	100 (134)
Esimiehet						
Sosiaali- ja perhepalvelut	80	10	0	5	5	100 (20)
Terveys- ja hyvinvointipalvelut	75	7	8	0	0	100 (12)
Vanhuspalvelut	77	18	0	0	5	100 (22)
Kuntoutus – ja sairaalapalvelut	22	78	0	0	0	100 (9)
Kaikki	70	23	2	2	3	100 (63)

Kuntalaiset ovat tyytyväisiä toimipisteiden aukiolopäivien määrään tarkasteltaessa taulukon vastauksia. Ikäryhmittäin katsottuna 60 – 74 vuotiaat suhtautuvat asiaan kaikista kriittisemmin mikä osaltaan herättää kysymyksen siitä, minkälaisia muutoksia he toivoisivat. Esimiehet ovat vastausten perusteella erittäin tyytyväisiä aukiolopäivien määrään. Kuntoutus- ja sairaalapalveluiden esimiesten vastausten perusteella voisi kuitenkin olettaa heidän haluavan aukioloaikoihin jonkinlaisia muutoksia. Toimipisteiden aukioloajoista ei ole käyty laajempaa keskustelua, joka osittain voisi olla aiheellista kuntalaisten palvelutarpeen toteuttamisessa entistä joustavammin koko Porin perusturvan yhteistoiminta-alueella.

TAULUKKO 15. Kuntalaisten ja esimiesten mielipiteet toimipisteiden aukioloaikojen määrän riittävydestä

	Täysin samaa mieltä %	Lähes samaa mieltä %	Lähes eri mieltä %	Täysin eri mieltä %	En osaa sanoa %	Yhteensä % (N)
Kuntalaiset						
15–18 vuotta	33	67	0	0	0	100 (3)
19–29 vuotta	27	18	27	18	10	100 (11)
30–39 vuotta	54	20	13	13	0	100 (24)
40–49 vuotta	37	33	16	7	7	100 (30)
50–59 vuotta	53	35	3	9	0	100 (34)
60–69 vuotta	41	17	14	14	14	100 (22)
70–74 vuotta	33	50	17	0	0	100 (6)
Yli 75 vuotta	67	33	0	0	0	100 (3)
Kaikki	44	29	12	10	5	100 (133)
Esimiehet						
Sosiaali- ja perhepalvelut	75	10	0	10	5	100 (20)
Terveys- ja hyvinvointipalvelut	42	42	16	0	0	100 (12)
Vanhuspalvelut	56	32	4	4	4	100 (22)
Kuntoutus – ja sairaalapalvelut	11	78	11	0	0	100 (9)
Kaikki	52	34	6	5	3	100 (63)

Vastausten perusteella voidaan sanoa, että kuntalaisten mielestä aukioloajat ovat riittävät. Ikäryhmittäin tarkasteltuna kriittisyys aukioloaikojen suhteen tulee kuitenkin esille. Kriittisimmin aukioloaikojen riittävyteen suhtautuvat 19–29-vuotiaat kuntalaiset. Eri palvelualueiden esimiehistä yli 80 % on täysin tai lähes samaa mieltä toimipisteiden aukioloaikojen riittävydestä arkipäivisin. Tällä hetkellä Porin perusturvan yhteistoiminta-alueella on tarvetta erityisesti lääkärin ja hammaslääkärin vastaanottoaikojen lisäämiselle. Tästä syystä esimiesten erittäin positiivinen vastaus herättää pientä ristiriitaisuutta palveluiden toimivuutta tarkasteltaessa, vaikkakin juuri terveys- ja hyvinvointipalveluiden esimiehet, joiden alaisuuteen lääkäri ja hammaslääkäri toiminnot kuuluvat suhtautuvat muiden palvelualueiden esimiehiä kriittisemmin aukioloaikojen riittävyteen.

TAULUKKO 16. Kuntalaisten ja esimiesten mielipiteet puhelinpalvelun aukioloaikojen riittävydestä

	Täysin samaa mieltä %	Lähes samaa mieltä %	Lähes eri mieltä %	Täysin eri mieltä %	En osaa sanoa %	Yhteensä % (N)
Kuntalaiset						
15–18 vuotta	33	67	0	0	0	100 (3)
19–29 vuotta	30	10	0	40	20	100 (10)
30–39 vuotta	42	42	0	16	0	100 (24)
40–49 vuotta	37	23	17	17	6	100 (30)
50–59 vuotta	38	32	21	3	6	100 (34)
60–69 vuotta	33	24	19	10	14	100 (21)
70–74 vuotta	20	60	20	0	0	100 (5)
Yli 75 vuotta	0	25	0	25	50	100 (4)
Kaikki	35	31	13	13	8	100 (131)
Esimiehet						
Sosiaali- ja perhepalvelut	55	20	5	5	15	100 (20)
Terveys- ja hyvinvointipalvelut	50	42	8	0	0	100 (12)
Vanhuspalvelut	41	51	4	0	4	100 (22)
Kuntoutus – ja sairaalapalvelut	11	67	11	0	11	100 (9)
Kaikki	43	41	6	2	8	100 (63)

Suurin osa kuntalaisista on täysin tai lähes samaa mieltä puhelinpalvelun aukioloaikojen riittävydestä, vaikka vastaukset vaihtelevat ikäryhmittäin. Kriittisemmin suhtautuvat 19–29-vuotiaat, joista 40 % on lähes tai täysin eri mieltä aukioloaikojen riittävydestä. Suurin osa esimiehistä (yli 75 %) on tyytyväisiä puhelinpalvelun aukioloaikoihin. Tarkasteltaessa aukioloaikojen riittävyyttä sen kautta, että todennäköisesti asiakkaalla on tarve saavuttaa aika haluttuun palveluun, voidaan kuntalaisten avovastausten perusteella todeta pientä ristiriitaisuutta puhelinpalvelun aukioloaikojen riittävyyden, palveluajan saamisen ja palvelutarpeen tyydyttämisen välillä. Keskustelua on käyty eri perusturvan palveluiden puhelinpalveluaikojen purkamisesta ja ajanvarauksen siirtämisestä keskitettyyn malliin. Tämän tutkimuksen vastaukset tukevat osaltaan tämän suuntaista muutosta.

TAULUKKO 17. Kuntalaisten mielipiteet puhelimeen vastaamisen nopeuden riittävydestä

	Täysin samaa mieltä %	Lähes samaa mieltä %	Lähes eri mieltä %	Täysin eri mieltä %	En osaa sanoa %	Yhteensä % (N)
Kuntalaiset						
15–18 vuotta	67	33	0	0	0	100 (3)
19–29 vuotta	18	9	9	55	9	100 (11)
30–39 vuotta	23	35	15	27	0	100 (26)
40–49 vuotta	20	23	20	30	7	100 (30)
50–59 vuotta	12	53	20	9	6	100 (34)
60–69 vuotta	23	14	27	27	9	100 (22)
70–74 vuotta	0	60	20	20	0	100 (5)
yli 75 vuotta	0	0	0	67	33	100 (3)
Kaikki	19	31	19	25	6	100 (134)

Kuntalaiset ovat kokonaisuudessaan vähän enemmän tyytyväisiä kuin tyytymättömiä puhelimeen vastaamisen riittävään nopeuteen. Tarkasteltaessa tilannetta ikäryhmittäin täytyy kuitenkin todeta tilanteen olevan huono, täysin eri mieltä olevien vastausmäärien vuoksi. Puhelimeen vastaamisen on todettu toimivan huonosti ja kritiikki kohdistuu eniten terveyst- ja hyvinvointipalveluiden palveluihin. Puhelimeen vastaamiseen on mietitty yhden numeron mallia, mutta toteutuakseen se vaatii perusturvan sisäisen toimintamallin uudistamista ja selkeyttämistä.

TAULUKKO 18. Kuntalaisten mielipiteet takaisin soiton nopeuden riittävydestä

	Täysin samaa mieltä %	Lähes samaa mieltä %	Lähes eri mieltä %	Täysin eri mieltä %	En osaa sanoa %	Yhteensä % (N)
Kuntalaiset						
15–18 vuotta	33	33	34	0	0	100 (3)
19–29 vuotta	18	28	18	18	18	100 (11)
30–39 vuotta	33	33	4	17	13	100 (24)
40–49 vuotta	13	50	7	13	17	100 (30)
50–59 vuotta	29	47	9	3	12	100 (34)
60–69 vuotta	22	34	22	13	9	100 (23)
70–74 vuotta	17	33	0	33	17	100 (6)
Yli 75 vuotta	0	0	0	50	50	100 (4)
Kaikki	24	39	10	13	14	100 (135)

Taulukosta 18 on luettavissa, että suurin osa vastaajista on täysin tai lähes samaa mieltä siitä, että pyydetty takaisinsoitto tapahtuu riittävän nopeasti. Tilanteeseen ei kuitenkaan voida olla tyytyväisiä analysoitaessa ikäluokkien vastauksia. Huomionarvoista on työkäisten tyytyväisyys takaisinsoiton nopeuteen, johon voi osaltaan vaikuttaa takaisinsoittojärjestelmän yleinen käyttö työelämän eri toimijoiden keskuudessa.

TAULUKKO 19. Esimiesten mielipiteet vastaanottoaikojen saatavuudesta

	Täysin samaa mieltä %	Lähes samaa mieltä %	Lähes eri mieltä %	Täysin eri mieltä %	En osaa sanoa %	Yhteensä % (N)
Esimiehet						
Sosiaali- ja perhepalvelut	5	55	10	15	15	100 (20)
Terveys- ja hyvinvointipalvelut	0	38	23	31	8	100 (13)
Vanhuspalvelut	11	38	28	6	17	100 (18)
Kuntoutus – ja sairaalapalvelut	0	56	22	0	22	100 (9)
Kaikki	5	47	20	13	15	100 (60)

Yleisesti voidaan todeta, että esimiesten mielestä vastaanottoaikojen saatavuus on kohtalaista. Palvelualueiden välisessä tarkastelussa voidaan todeta terveys- ja hyvinvointipalveluiden esimiesten (54%) olevan eniten tyytymättömiä vastaanottoaikojen saatavuuteen. Tässäkin kohdin kritiikki todennäköisesti kohdistuu lääkärin ja hammaslääkärin vastaanottoaikojen saatavuuteen.

TAULUKKO 20. Esimiesten mielipiteet palvelutilanteeseen varatun ajan riittävydestä

	Täysin samaa mieltä %	Lähes samaa mieltä %	Lähes eri mieltä %	Täysin eri mieltä %	En osaa sanoa %	Yhteensä % (N)
Esimiehet						
Sosiaali- ja perhepalvelut	25	50	15	5	5	100 (20)
Terveys- ja hyvinvointipalvelut	50	42	8	0	0	100 (12)
Vanhuspalvelut	18	68	14	0	0	100 (22)
Kuntoutus – ja sairaalapalvelut	33	33	23	0	11	100 (9)
Kaikki	29	52	14	2	3	100 (63)

Kokonaisuudessaan palvelualueiden esimiesten mielestä palvelutilannetta varten asiakkaalle varattu aika on riittävä. Täysin tai lähes samaa mieltä varatun ajan riittävydestä on yli 65 % esimiehistä. Vastauksista voidaan kuitenkin päätellä, että asiaa tulee tarkastella uudella tavalla. Yleisesti tiedetään kuntalaisten haluavan kiireettömän palvelutilanteen, jossa hänen tilanteensa kartoitetaan kokonaisvaltaisemmin. Vastausten perusteella voidaan arvioida esimiesten ja kuntalaisten mielipiteissä olevan pientä eroavaisuutta varsinkin, kun terveys- ja hyvinvointipalveluiden esimiehet ovat eniten tyytyväisiä palvelutilanteeseen varatun ajan riittävyteen ja heidän alaisuuteen kuuluvat lääkärin vastaanottotoiminnot.

TAULUKKO 21. Esimiesten mielipiteet palvelutarpeen toteutumisesta

	Täysin samaa mieltä %	Lähes samaa mieltä %	Lähes eri mieltä %	Täysin eri mieltä %	En osaa sanoa %	Yhteensä % (N)
Esimiehet						
Sosiaali- ja perhepalvelut	20	50	20	5	5	100 (20)
Terveys- ja hyvinvointipalvelut	8	58	26	8	0	100 (12)
Vanhuspalvelut	18	77	5	0	0	100 (22)
Kuntoutus – ja sairaalapalvelut	22	45	22	0	11	100 (9)
Kaikki	18	60	16	3	3	100 (63)

Asiakkaan palvelutarve toteutetaan esimiesten mielestä hyvin, sillä täysin tai lähes samaa mieltä palvelutarpeen toteuttamisesta on yli 65 % esimiehistä. Parhaiten asiakkaan palvelutarpeen pystyvät mielestään toteuttamaan vanhuspalveluiden esimiehet. Vanhuspalveluiden osalta tulokseen voidaan kohdistaa lievää kriittisyyttä, sillä ikäihmisten palvelutarpeeseen vastaamisesta tai enemmänkin vastaamiseen jättämisestä käydään jatkuvaa keskustelua.

TAULUKKO 22. Esimiesten ja kuntalaisten mielipiteet toimipisteiden sijainnista

	Parantunut %	Ei muutosta %	Huonontunut %	En osaa sanoa %	Yhteensä % (N)
Kuntalaiset					
15–18 vuotta	0	33	0	67	100 (3)
19–29 vuotta	10	60	10	20	100 (10)
30–39 vuotta	4	88	4	4	100 (24)
40–49 vuotta	18	43	28	11	100 (28)
50–59 vuotta	9	63	22	6	100 (35)
60–69 vuotta	14	48	19	19	100 (21)
70–74 vuotta	20	80	0	0	100 (5)
Yli 75 vuotta	34	33	33	0	100 (3)
Kaikki	12	60	17	11	100 (129)
Esimiehet					
Sosiaali- ja perhepalvelut	28	55	17		100 (18)
Terveys- ja hyvinvointipalvelut	50	36	14		100 (14)
Vanhuspalvelut	9	59	32		100 (22)
Kuntoutus – ja sairaalapalvelut	33	56	11		100 (9)
Kaikki	27	52	21		100 (63)

Toimipisteiden sijainnissa ei kokonaisuudessaan kuntalaisten mielestä ole tapahtunut suurta muutosta. Ikäryhmien välinen tarkastelu osoittaa, että toimipisteiden sijainnin koetaan parantuneen ja vastaavasti huonontuneen melko tasaisesti. Esimiesten mielestä muutos koetaan eri tavalla palvelualueittain. Terveys- ja hyvinvointipalvelut (50 %) sekä kuntoutus- ja sairaalapalvelut (33 %) kokevat suurimman muutoksen palveluiden parantumisessa. Huomattavaa on vanhuspalveluiden (32 %) näkemys toimipisteiden sijainnin huonontumisesta. Asiaa tulisi tarkastella syvällisemmin palveluiden saatavuuden kannalta. Koetaanko toimipisteiden sijainnin huonontuminen myös palveluiden toimivuuden huonontumisena.

TAULUKKO 23. Kuntalaisten ja esimiesten mielipiteet julkisen liikenteen toimivuudesta

	Täysin samaa mieltä %	Lähes samaa mieltä %	Lähes eri mieltä %	Täysin eri mieltä %	En osaa sanoa %	Yhteensä % (N)
Kuntalaiset						
15–18 vuotta	0	33	33	34	0	100 (3)
19–29 vuotta	50	0	0	30	20	100 (10)
30–39 vuotta	8	24	16	40	12	100 (25)
40–49 vuotta	3	7	23	40	27	100 (30)
50–59 vuotta	15	18	21	36	9	100 (33)
60–69 vuotta	10	10	5	57	18	100 (21)
70–74 vuotta	0	40	40	10	0	100 (5)
Yli 75 vuotta	0	20	20	20	20	100 (4)
Kaikki	11	15	18	40	16	100 (131)
Esimiehet						
Sosiaali- ja perhepalvelut	60	25	5	0	10	100 (20)
Terveys- ja hyvinvointipalvelut	31	46	15	8	0	100 (13)
Vanhuspalvelut	23	45	27	5	0	100 (22)
Kuntoutus – ja sairaalapalvelut	22	33	23	11	11	100 (9)
	35	3	17	5	5	100 (64)

Vastausten perusteella voidaan todeta, että kuntalaiset eivät ole tyytyväisiä julkisen liikenteen toimivuuteen missään ikäryhmissä. Esimiesten vastaukset painottuvat toimivuuden kannalle, vaikkakin myös heidän keskuudessaan esiintyy lievää kriittisyyttä. Julkisen liikenteen merkitys nousee esille toimivien lähipalveluiden kriteereissä ja sen vuoksi kuntalaisten ja esimiesten vastausten selvää eroavaisuutta tulee tarkastella tarkemmin. Lähipalvelut tulee mahdollistaa kaikille kuntalaisille yhdenmukaisin perustein ja tämän tavoitteen saavuttamiseksi palveluiden piiriin tulee päästä myös julkisen liikenteen avulla.

Sähköiset palvelut

Kuntalaisilta kysyttiin *missä palveluissa heidän mielestään tulisi käyttää sähköisiä palveluita*. Avoimet vastaukset luettiin kokonaisuudessaan ja sen jälkeen ryhmiteltiin ikäryhmittäin. Tämän jälkeen vastauksia tarkasteltiin ikäryhmän sisällä ja niistä tiivistettiin esille nousevat keskeiset asiat.

TAULUKKO 24. Kuntalaisten näkemys sähköisten palveluiden käytöstä

<i>19–29 vuotta:</i> Kaikki ajanvaraukset
<i>30–39 vuotta:</i> Kaikki ajanvaraukset, lomakkeet, reseptien uusinta ja kokeiden tulokset. Neuvonta koskien asioita lääkärille, hoitajalle, sosiaalityöntekijöille. Ennaltaehkäisevää neuvontaa ja apua akuutissa tilanteessa. Omien potilastietojen katsominen. Kotouttamisessa apuna.
<i>40–49 vuotta:</i> Kaikki ajanvaraukset, lomakkeet, reseptien uusinta ja kokeiden tulokset. Neuvonta koskien asioita lääkärille, hoitajalle, sosiaalityöntekijöille. Ennaltaehkäisevää neuvontaa ja apua akuutissa tilanteessa. Omien potilastietojen katsominen. Kotouttamisessa apuna.
<i>50–59 vuotta:</i> Kaikki ajanvaraukset, lomakkeet, reseptien uusinta, kokeiden tulokset, hoitotarvikkeiden ja apuvälineiden tilaukset ja omaisen asioiden hoitaminen. Neuvontaa koskien asioita lääkärille, hoitajalle ja nettiterapiaa. Parempaa viestintää esimerkiksi poikkeuksellisista aukioloajoista.
<i>60–69 vuotta:</i> Kaikki ajanvaraukset, lomakkeet, reseptien uusinta, kokeiden tulokset, hoitotarvikkeiden ja apuvälineiden tilaukset ja omaisen asioiden hoitaminen. Neuvontaa koskien asioita lääkärille, hoitajalle.
<i>70–74 vuotta:</i> Kaikki ajanvaraukset, hakemukset ja neuvonta

Kuntalaisten vastauksissa jokaisessa ikäryhmässä nousee esille ajanvarauksen sähköistäminen. Asiaan kannattaa kiinnittää huomiota, sillä sen avulla voidaan parantaa vastaavasti puhelinpalvelun tämän hetkistä toimimattomuutta. Sähköinen ajanvaraus mahdollistaa helposti myös varatun ajan perumisen. Käyttämättömät varausajat ovat pois niitä tarvitsevilta asiakkailta sekä samalla turhia kustannuksia aiheuttava epäkohta. Taulukon perusteella erilaisten lomakkeiden täyttäminen, reseptien uusiminen, kokeiden tulokset sekä lääkäreiden ja hoitajien neuvonta halutaan myös sähköisenä palveluna. Vastausten voidaan todeta tukevan sitä olettamusta, että kuntalaisten halukkuus sähköiseen asiointiin on suurempaa kuin mihin Porin perusturvan yhteistoiminta-alueen eri palvelualueilla tällä hetkellä on valmiudet vastata.

6.5 Osallisuus

Pääministeri Paavo Lipposen I hallituksen hallitusohjelmassa yhtenä tavoitteena oli kansalaisten todellisten vaikuttamismahdollisuuksien sekä hallinnon avoimuuden ja julkisuuden lisääminen kaikilla tasoilla. Sisäministeriö asetti 27.2.1997 osallisuushankkeen toteuttamaan hallitusohjelmissa ja kuntalaissa asetettua tavoitteita kuntalaisen osallistumis- ja vaikuttamismahdollisuuksien sekä hallinnon avoimuuden ja julkisuuden lisäämisestä. Kansalaisten osallisuuteen kiinnitetään erityistä huomiota ja tavoitteena on kansalaisten todellisten vaikuttamismahdollisuuksien sekä hallinnon avoimuuden ja julkisuuden lisääminen kaikilla tasoilla. Vaikutusmahdollisuuksien parantaminen ja osallistumisen lisääminen on nähty keinoina, joilla kuntalaisten luottamusta poliittiseen ja hallinnolliseen toimintaan pystytään parantamaan. Samalla päätöksenteosta ja palveluista nähdään rakentuvan enemmän kuntalaisten tarpeita vastaavia. (Jäppinen 2011, 145–145.)

TAULUKKO 25. Kuntalaisten mielipiteet osallisuudestaan perusturvan palveluiden kehittämiseen

	Kyllä %	Ei %	Yhteensä % (N)
Kuntalaiset			
15–18 vuotta	0	100	100 (3)
19–29 vuotta	20	80	100 (10)
30–39 vuotta	4	96	100 (24)
40–49 vuotta	22	78	100 (27)
50–59 vuotta	13	87	100 (32)
60–69 vuotta	0	100	100 (20)
70–74 vuotta	0	100	100 (6)
Yli 75 vuotta	33	67	100 (3)
Kaikki	11	89	100 (125)

Porin perusturvan yhteistoiminta-alueen kuntalaisista suurin osa ei ole vastausten perusteella osallistunut perusturvan palveluiden kehittämiseen. Ikäryhmittäin tarkasteltuna voidaan todeta 40 – 59 vuotiaiden ja 19 – 29 vuotiaiden olleen aktiivisempia osallistumaan palveluiden kehittämiseen, kuin muut ikäryhmät. Tulevaisuuden haasteena on miettiä uusia tapoja osallistaa kuntalaiset osaksi palveluiden kehittämiseen, jotta resurssit ja palvelutarpeet pystytään kohdentamaan entistä paremmin ja vaikuttavammin.

TAULUKKO 26. Kuntalaisten ja esimiesten mielipiteet osallistumistavasta lähipalveluiden kehittämiseen

	Asiakaspalaute %	Asiakasraati %	Asiakastilaisuus %	Muulla tavoin %	Yhteensä % (N)
Kuntalaiset					
15–18 vuotta	100	0	0	0	100 (3)
19–29 vuotta	40	33	27	0	100 (15)
30–39 vuotta	46	31	18	5	100 (39)
40–49 vuotta	50	33	14	3	100 (36)
50–59 vuotta	49	21	30	0	100 (47)
60–69 vuotta	50	21	29	0	100 (28)
70–74 vuotta	43	14	43	0	100 (7)
Yli 75 vuotta	25	25	50	0	100 (4)
Kaikki	48	26	24	2	100 (179)
Esimiehet					
Sosiaali- ja perhepalvelut	42	14	30	14	100 (43)
Terveys- ja hyvinvointipalvelut	46	29	21	4	100 (24)
Vanhuspalvelut	49	21	24	6	100 (47)
Kuntoutus – ja sairaalapalvelut	47	32	16	5	100 (19)
Kaikki	46	22	24	8	100 (133)

Kuntalaiset kokonaisuudessaan pitävät asiakaspalautteen antamista parhaana annettuna vaihtoehtona. Ikäryhmittäin tarkasteltuna poikkeuksen ei voida pitää yli 75-vuotiaita, otettaessa huomioon vastaajien lukumäärä. Kuntalaisten vastausten perusteella asiakaspalautteen rinnalle voidaan kehittää asiakastilaisuuksia, joihin muodostetaan monipuolinen, keskusteltavaan aiheeseen liittyvä asiakasraati, johon tulee kuulua myös tarvittava edustus kuntalaisia. Esimiehet jokaisella palvelualueella ovat ensisijaisesti (yli 40 %) asiakaspalautteen kannalla, mutta myös asiakasraadit ja asiakastilaisuudet nähdään hyvinä vaikuttamisen keinoina.

6.6 Palveluiden toimivuus yhteistoiminta-alueen muodostamisen jälkeen

Porin perusturvan yhteistoiminta-alue on toiminut viisi vuotta. Yhteistoiminta-alueeseen kuuluvat Pori, Ulvila, Merikarvia ja Lavia. Yhteistoiminta-alueen perustamisvaiheessa tehtiin yhteistoimintasopimus, jossa määriteltiin toiminnassa noudatettavat ja yhdessä hyväksytyt tavoitteet ja periaatteet.

Porin perusturvan yhteistoiminta-alueen palveluiden yhteisen ohjauksen peruskirja on palvelussuunnitelma. Palvelussuunnitelman tarkoituksena on konkretisoida ne tekemiset, joiden avulla yhteistoiminta-alueella tuotetaan tarvittavat palvelut yhdenmukaisin perustein. Käytännössä se tapahtuu kiinnittämällä huomiota palvelurakenteeseen, jonka avulla huomioidaan palveluiden saatavuus ja saavutettavuus täyttäen nykyhetken vaatimukset.

Seuraavissa taulukoissa 30 – 37 tarkastellaan kuntalaisten ja esimiesten mielipiteitä siitä, miten heidän mielestään yhteistoimintasopimuksen ja sen vaikutuksesta palvelussuunnitelmiin kirjatut konkreettiset tekemiset ovat toimineet yhteistoiminta-alueen voimassaolon aikana. Tutkimustulosten tarkastelussa on tässä kohdin otettu mukaan ne asiat, jotka vaikuttavat eniten kuntalaisten käsitykseen palveluiden toimivuudesta.

TAULUKKO 27. Kuntalaisten ja esimiesten mielipiteet asiakkaan puheluun vastaamisesta

	Parantunut %	Ei muutosta %	Huonontunut %	En osaa sanoa %	Yhteensä % (N)
Kuntalaiset					
15–18 vuotta	34	33	0	33	100 (3)
19–29 vuotta	10	30	40	20	100 (10)
30–39 vuotta	8	46	42	4	100 (24)
40–49 vuotta	17	30	33	20	100 (30)
50–59 vuotta	21	47	21	11	100 (34)
60–69 vuotta	11	39	22	28	100 (18)
70–74 vuotta	0	80	20	0	100 (5)
Yli 75 vuotta	0	33	67	0	100 (3)
Kaikki	14	41	30	15	100 (127)
Esimiehet					
Sosiaali- ja perhepalvelut	50	44	6		100 (18)
Terveys- ja hyvinvointipalvelut	85	15	0		100 (13)
Vanhuspalvelut	15	85	0		100 (20)
Kuntoutus – ja sairaalapalvelut	56	33	11		100 (9)
Kaikki	47	50	3		100 (60)

Yleisesti tarkasteltuna kuntalaisten mielestä asiakkaan puheluun vastaamisessa ei ole tapahtunut suurta muutosta. Tapahtuneen muutoksen koetaan kuitenkin yleisesti heikentäneen puheluun vastaamista kuin parantaneen sitä. Ikäryhmittäin tarkasteltuna voidaan todeta 19 – 39 vuotiaiden kokevan muita selkeämmin palveluiden huonontuneen.

Vastaavasti esimiesten mielestä vastaaminen on selkeästi parantunut. Kuntalaisten ja esimiesten näkemyksissä on selkeä eroavaisuus, johon tulee kiinnittää huomiota, sillä puheluihin vastaamisella on suuri merkitys kuntalaisille tarkasteltaessa palveluiden toimivuutta.

TAULUKKO 28.Kuntalaisten ja esimiesten mielipiteet takaisinsoitosta asiakkaalle

	Parantunut %	Ei muutosta %	Huonontunut %	En osaa sanoa %	Yhteensä % (N)
Kuntalaiset					
15–18 vuotta	33	0	0	67	100 (3)
19–29 vuotta	40	20	10	30	100 (10)
30–39 vuotta	54	25	13	8	100 (24)
40–49 vuotta	27	33	10	30	100 (30)
50–59 vuotta	51	24	11	14	100 (35)
60–69 vuotta	35	40	10	15	100 (20)
70–74 vuotta	60	20	20	0	100 (5)
Yli 75 vuotta	25	50	25	0	100 (4)
Kaikki	43	28	11	18	100 (131)
Esimiehet					
Sosiaali- ja perhepalvelut	67	33	0		100 (18)
Terveys- ja hyvinvointipalvelut	77	23	0		100 (13)
Vanhuspalvelut	38	62	0		100 (21)
Kuntoutus – ja sairaalapalvelut	56	44	0		100 (9)
Kaikki	56	44	0		100 (61)

Kuntalaisten mielestä takaisinsoitto asiakkaalle on parantunut. Ikäryhmittäin tarkasteltuna voidaan todeta, että takaisin soiton katsotaan säilyneen ennallaan tai parantuneen kaikissa ikäryhmissä. Esimiesten mielestä asiakkaalle soitettava takaisinsoiton tilanne on huomattavasti parantunut. Kuntalaisen ja esimiesten vastaukset eroavat sen verran toisistaan, että asiaan kannattaa kiinnittää huomiota kehitettäessä puhelinpalvelun toimivuutta tulevaisuudessa.

TAULUKKO 29 . Kuntalaisten ja esimiesten mielipiteet ajan saamisesta haluttuun palveluun

	Parantunut %	Ei muutosta %	Huonontunut %	En osaa sanoa %	Yhteensä % (N)
Kuntalaiset					
15–18 vuotta	33	0	0	67	100 (3)
19–29 vuotta	10	30	40	20	100 (10)
30–39 vuotta	8	46	46	0	100 (24)
40–49 vuotta	7	30	50	13	100 (30)
50–59 vuotta	12	29	53	6	100 (34)
60–69 vuotta	14	24	38	24	100 (21)
70–74 vuotta	0	40	60	0	100 (5)
Yli 75 vuotta	0	33	67	0	100 (3)
Kaikki	10	32	47	12	100 (130)
Esimiehet					
Sosiaali- ja perhepalvelut	50	33	17		100 (18)
Terveys- ja hyvinvointipalvelut	8	69	23		100 (13)
Vanhuspalvelut	24	62	14		100 (21)
Kuntoutus – ja sairaalapalvelut	56	33	11		100 (9)
Kaikki	33	51	16		100 (61)

Taulukosta voidaan todeta, että kuntalaisten mielestä ajan saaminen haluttuun palveluun on selkeästi huonontunut. Esimiesten kohdalla voidaan kokonaisuutena todeta palveluiden pysyneen ennallaan tai parantuneen. Palvelualueittain tarkasteltuna sosiaali- ja perhepalveluiden sekä kuntoutus- ja sairaalapalveluiden esimiesten mielestä ajan saaminen on parantunut selkeästi aikaisemmasta. Kuntalaisten selkeää tyytymättömyyttä tulee tarkastella lähemmin ja selvittää mihin palveluihin kuntalaiset eivät koe saavansa tarvitsemaansa aikaa.

TAULUKKO 30. Kuntalaisten ja esimiesten mielipiteet palvelun ystävällisyydestä

	Parantunut %	Ei muutosta %	Huonontunut %	En osaa sanoa %	Yhteensä % (N)
Kuntalaiset					
15–18 vuotta	0	33	0	67	100 (3)
19–29 vuotta	10	50	20	20	100 (10)
30–39 vuotta	8	71	13	8	100 (24)
40–49 vuotta	17	56	10	17	100 (29)
50–59 vuotta	9	71	11	9	100 (35)
60–69 vuotta	25	55	5	15	100 (20)
70–74 vuotta	0	100	0	0	100 (5)
Yli 75 vuotta	50	50	0	0	100 (4)
Kaikki	14	63	10	13	100 (130)
Esimiehet					
Sosiaali- ja perhepalvelut	56	44	0		100 (18)
Terveys- ja hyvinvointipalvelut	54	46	0		100 (13)
Vanhuspalvelut	45	55	0		100 (20)
Kuntoutus – ja sairaalapalvelut	44	56	0		100 (9)
Kaikki	50	50	0		100 (60)

Kokonaisuudessaan kuntalaisten mielestä palvelun ystävällisyydessä ei ole tapahtunut suurta muutosta. Ikäryhmittäin tarkasteltuna erottuvat 19–29-vuotiaat vastaajat, joiden mielestä palveluiden ystävällisyys on huonontunut eniten. Eri palvelualueiden esimiesten mielestä palveluiden ystävällisyys on säilynyt entisellään tai selkeästi parantunut. Kuntalaisten ja esimiesten vastausten eroavaisuuteen tulee kiinnittää huomiota, sillä asiakkaiden kokema palvelun ystävällisyys on niitä perusasioita, joihin tulee kiinnittää huomiota kaikissa asiakastilanteissa ja kohtaamisissa.

TAULUKKO 31. Kuntalaisten ja esimiesten mielipiteet henkilökunnan ammattitaidosta

	Parantunut %	Ei muutosta %	Huonontunut %	En osaa sanoa %	Yhteensä % (N)
Kuntalaiset					
15–18 vuotta	0	67	0	33	100 (3)
19–29 vuotta	20	30	30	20	100 (10)
30–39 vuotta	8	63	25	4	100 (24)
40–49 vuotta	14	62	7	17	100 (29)
50–59 vuotta	12	68	8	12	100 (34)
60–69 vuotta	25	50	5	20	100 (20)
70–74 vuotta	0	80	0	20	100 (5)
Yli 75 vuotta	25	75	0	0	100 (4)
Kaikki	14	60	12	14	100 (129)
Esimiehet					
Sosiaali- ja perhepalvelut	67	28	5		100 (18)
Terveys- ja hyvinvointipalvelut	77	23	0		100 (13)
Vanhuspalvelut	62	38	0		100 (21)
Kuntoutus – ja sairaalapalvelut	56	45	0		100 (9)
Kaikki	65	33	2		100 (61)

Kuntalaisten mielestä henkilökunnan ammattitaidossa ei ole tapahtunut mainittavaa muutosta entiseen verrattuna. Ikäryhmittäin tarkasteltuna voidaan todeta henkilökunnan ammattitaidon huonontuneen eniten 19–39-vuotiaiden vastaajien mielestä. Vastaavasti esimiesten mielestä henkilökunnan ammattitaito on niin selkeästi parantunut, että olisi hyvä tarkastella mihin asioihin se liitetään ja minkä vuoksi sama kokemus ei ole välittynyt tutkimukseen vastanneille kuntalaisille.

TAULUKKO 32. Kuntalaisten ja esimiesten mielipiteet henkilökunnan asiakkaan tuntemisesta

	Parantunut %	Ei muutosta %	Huonontunut %	En osaa sanoa %	Yhteensä % (N)
Kuntalaiset					
15–18 vuotta	0	33	0	67	100 (3)
19–29 vuotta	10	40	30	20	100 (10)
30–39 vuotta	9	46	36	9	100 (22)
40–49 vuotta	10	42	17	31	100 (29)
50–59 vuotta	6	56	26	12	100 (34)
60–69 vuotta	11	42	26	21	100 (19)
70–74 vuotta	20	60	0	20	100 (5)
Yli 75 vuotta	0	100	0	0	100 (3)
Kaikki	9	48	24	19	100 (125)
Esimiehet					
Sosiaali- ja perhepalvelut	39	56	5		100 (18)
Terveys- ja hyvinvointipalvelut	23	77	0		100 (13)
Vanhuspalvelut	50	40	10		100 (20)
Kuntoutus – ja sairaalapalvelut	33	56	11		100 (9)
Kaikki	38	55	7		100 (60)

Suurin osa kuntalaisista mieltää henkilökunnan asiakkaan tuntemisen pysyneen ennallaan. Tapahtuneet muutokset ovat huonontaneet olemassa olevaa tilannetta. Ikäryhmittäin tarkasteltuna voidaan todeta tyytymättömyyden olevan suurinta 19–39 vuotiaiden ryhmässä. Kuntalaiset toivoivat avovastauksissa henkilökunnan osalta pysyvyyttä ja omalääkäri-periaatetta, sillä asiakkaan taustojen tuntemisen katsottiin lisäävään asioiden sujuvuutta, tietojen ajanmukaisuutta sekä näiden lopputulemana laadukkaampaa ja kokonaisvaltaisempaa palvelua. Esimiehet kokevat muutoksen tapahtuneen parempaan suuntaa, varsinkin vanhuspalveluiden kohdalla. Kuntalaisten ja esimiesten vastausten eroavaisuuksien vuoksi olisi hyvä keskustella miten ja missä tilanteissa kuntalaiset kokevat eniten tarvitsevansa henkilökunnan osalta aikaisempaa tunnettavuutta.

TAULUKKO 33. Kuntalaisten ja esimiesten mielipiteet asiakkaalle annettavasta palveluneuvonnasta

	Parantunut %	Ei muutosta %	Huonontunut %	En osaa sanoa %	Yhteensä % (N)
Kuntalaiset					
15–18 vuotta	0	33	0	67	100 (3)
19–29 vuotta	10	40	20	30	100 (10)
30–39 vuotta	8	42	21	29	100 (24)
40–49 vuotta	17	45	14	24	100 (29)
50–59 vuotta	29	36	20	15	100 (34)
60–69 vuotta	16	32	20	32	100 (19)
70–74 vuotta	0	60	20	20	100 (5)
Yli 75 vuotta	0	34	33	33	100 (3)
Kaikki	17	39	19	25	100 (127)
Esimiehet					
Sosiaali- ja perhepalvelut	44	56	0		100 (18)
Terveys- ja hyvinvointipalvelut	46	54	0		100 (13)
Vanhuspalvelut	55	41	4		100 (22)
Kuntoutus – ja sairaalapalvelut	89	11	0		100 (9)
Kaikki	55	44	1		100 (62)

Asiakkaalle annettavan palveluneuvonnan katsotaan kuntalaisten mielestä kokonaisuudessaan pysyneen entisellään. Ikäryhmiä tarkasteltaessa voidaan todeta muutoksen tapahtuneen huonompaan suuntaan. Esimiesten mielestä palveluiden neuvonta on säilynyt ennallaan tai parantunut. Erityisesti kuntoutus- ja sairaalapalveluiden esimiesten (89 %) mielestä neuvonta on parantunut. Tulosten perusteella tulee tarkastella, mistä johtuu esimiesten näkemys asiakkaan neuvonnan selkeästä parantumisesta. Asiaa tulee tarkastella myös siltä osin, että Porin perusturvassa on tehostettu asiakkaan palveluneuvontaa ja asiakasohjausta. Ovatko uudet toimintamallit tavoittaneet vastanneet kuntalaiset, vai pitääkö olemassa olevia toimintamalleja tuoda paremmin kuntalaisten tietoisuuteen.

6.7 Hyvä palvelukokemus

Mistä mielestänne muodostuu hyvä palvelukokemus? Kyselylomakkeessa kysyttiin avoimena kysymyksenä sama kysymys kuntalaisilta ja palvelualueiden esimiehiltä. Aineistoa käsiteltiin kuntalaisten osalta ikäluokittain ja esimiesten osalta palvelualueittain. Tämän lisäksi kuntalaisten avoimet vastaukset ikäluokittain ja esimiesten palvelualueittain teemoitettiin ja analyysia jatkettiin tarkastelemalla, mitä eri teemat sisälsivät kuntalaisten ja esimiehien vastauksissa. Mukaan otettiin vain sellaisia asioita, jotka esiintyvät suuressa osassa tai kaikissa vastauksissa.

Kuntalaisten avoimissa vastauksissa hyvään palvelukokemukseen liitettiin voimakkaasti asiakaspalvelu. Kuntalaisten mielestä asiakaspalvelussa on tärkeintä asiakkaan ystävällinen kohtaamien kontaktin tavasta riippumatta. *Asiakaspalveluun* liitettiin myös sen toimivuus ja nopeus. Yleensä nämä asiat yhdistettiin ensimmäisenä ajanvarauksen toimivuuteen ja sen monimuotoisuuteen. Asiakkaiden avovastauksia luettaessa voidaan todeta, etteivät nämä asiat ole asiakkaiden odottamalla tasolla. Hyvä palvelukokemus kulminoituu monella tavalla henkilöstöön. *Henkilöstön* vaikutus hyvään palvelukokemukseen oli kuntalaisten mielestä keskeinen asia. Henkilöstön odotetaan olevan ystävällistä, palveluhenkistä ja ammattitaitoista. Kolmantena kuntalaisten mielestä hyvään palvelukokemukseen tarvitaan hyvät palveluprosessit. *Palveluprosessien* ja asiakasprosessien välille oli tässä kohdin vaikea tehdä selvää erottelua. Kuntalaisten mielestä palveluprosessiin liittyen voidaan yhdistää nopea pääsy lääkärille ja yleisesti palveluille tulee varata riittävästi aikaa ja osallistaa asiakas osaksi palvelutapahtumaa. Hyvään palveluprosessiin kuuluu asiakkaan ohjaus oikeaan paikkaan, oikeaan aikaan ja oikean palvelun piiriin. Asiakas odottaa hyvässä palveluprosessissa selkeitä ohjeita ja neuvoja jatkotoimenpiteitä varten sekä haluaa palvelunsa yhdestä paikasta.

Seuraavassa *kuntalaisten vastaukset* ikäryhmittäin tiivistettynä.

19–29-vuotiaiden näkemyksissä esille nousee henkilökunnan tapa käsitellä asiakasta heti ensi kontaktista lähtien: miten asiakkaalle vastataan puhelimeen, miten asiakas huomioidaan vastaanotolla ja miten hänen asiaansa keskitytään. Vastaanoton ilmapiirillä todetaan olevan suurta merkitystä ja erikseen mainitaan kiireen tuntu toiminnossa. Asian uskotaan johtuvan henkilökunnan vähyydestä. Asiakaspalvelun halutaan olevan nopeaa ja ammattitaitoista, mutta samalla inhimillistä ja asiakkaan yksilöllisyys huomioon ottavaa. Asiakas haluaa tuntea, että häntä halutaan auttaa.

30–39-vuotiaiden vastauksissa esille nousee henkilökunnan tapa käsitellä asiakasta heti palvelutarpeen alusta asti ja siihen sisältyvä asiakkaan kunnioittaminen. Tässä ikäryhmässä korostetaan työntekijöiden riittävää asiantuntemusta ja toivotaan henkilökunnan pysyvyyttä. Omalääkäri tai omahoitaja helpottaa asiointia, sillä silloin asiakkaan tiedot ja taustat ovat parhaiten tunnistettavissa. Vastaajien mukaan palvelut tulee olla nopeasti saatavilla ja hoidettavissa samassa palvelupisteessä kerralla kuntoon. Vastaajat toivovat myös neuvontaa avun hakemiseen oikeasta paikasta ja varmistusta, että asiakas on ymmärtänyt asiat oikein. Ajanvarauksen tulee onnistua helposti puhelimella ja sähköisenä palveluna.

40–49-vuotiaiden ryhmässä asiakkaat pitävät tärkeänä henkilökunnan tapaa käsitellä asiakasta ystävällisesti, kunnioittaen ja yksilönä. Henkilökunnan tulee olla asiantuntevaa, asiallista ja palveluhenkistä. Vastaanottoajoilta toivotaan täsmällisyyttä. Kohtaamisen henkilökunnan kanssa halutaan olevan rauhallinen. Nopea pääsy lääkärille on keskeistä, mutta myös se, että osataan ohjata tarvittaessa oikeaan paikkaan, jos ei itse voida auttaa. Lääkärien halutaan keskittyvän asiakkaan kohtaamiseen, ottamaan asiakkaan asia tai asiat vakavasti sekä keskustelemaan asiakkaan tilanteesta kokonaisvaltaisesti. Henkilökunnan mielestä pieni ongelma voi olla asiakkaalle suuri ongelma.

50–59-vuotiaiden ryhmässä hoitohenkilökunnan ystävällisyys, ammattitaito ja palveluhenkisyys vaikuttavat hyvään palvelukokemukseen: Ajanvaraukseen saa nopeasti yhteyttä ja tarvittaessa takaisinsoitto toimii sovitulla tavalla. Netistä löytyvät kaikki vapaat ajat ja varaaminen sitä kautta on helppoa. Anteeksipyttäminen asiakkaalta myöhästymistilanteessa antaa tunteen arvostamisesta ja toisen huomioon ottamisesta. Lääkäriin pääsyä voidaan odotella vähän kauemmin, jos omista asioistaan pääsee keskustelemaan esimerkiksi sähköisesti henkilökunnan kanssa. Selkeät ohjeet ja neuvot kotihoitoon auttavat asiaa. Asiakkaan tulee päästä osallistumaan itseään koskevaan hoitosuunnitelmaan, että hän ei tunne olevansa pelkkä ulkopuolinen kohde. Pääsy riittävän usein saman henkilön vastaanotolle on hyvä. Tärkeää on myös henkilökunnan kielitaito; lääkärin tulee puhua ja ymmärtää suomenkieltä. Hoitohenkilökunnan tulee selvittää asiakkaalle tehtävät toimenpiteet ja sen jälkeen kertoa ymmärrettävästi jatkotoimenpiteistä sekä antaa selkeät ohjeet tarvittaessa asiakkaan mukaan. Palveluneuvojien apu on tärkeää. Reseptien uusimisen tulee olla joustavaa.

60–69-vuotiaiden ryhmässä oikea palveluasenne, ammattiosaaminen ja hyvät vuorovaikutustaidot koetaan tärkeiksi: Annetut ajat pitävät paikkansa. Asiakas pääsee keskustelemaan asiantuntijan kanssa mahdollisemman nopeasti. Lääkärin käytös on ystävällistä ja asiakaslähtöistä – niistä muodostuu turvallinen hoitosuhde. Tehtävät toimenpiteet ja annettavat ohjeet perustellaan hyvin sekä kerrotaan miten ne liittyvät asiakkaan kokonaistilanteeseen. Tällöin annettuja ohjeita noudatetaan luottavaisesti. Tarvittavat ohjeet annetaan kirjallisesti tai sähköisesti asiakkaan mukaan.

70–74-vuotiaiden ryhmässä hyvän palvelukokemuksen perustaksi nousee asiakkaan kuuntelemisen tärkeys sekä asiakkaan kunnioittaminen. Lisäksi tärkeää on keskittyminen asiakkaaseen; ei anneta iän vaikuttaa hoitoon ja sen määrittelyyn. Lääkəriin ja hoitoihin pääsee nopeasti.

Yli 75-vuotiaiden mielestä hyvä palvelukokemus muodostuu ihmisestä itsestään samoin kuin toimivasta ja ystävällisestä palvelusta. Tärkeää on ratkaisun löytäminen palvelutarpeeseen tai vähintäänkin asiakkaan ohjaaminen oikeaan paikkaan.

Esimiesten vastauksissa hyvään palvelukokemukseen liittyy toimiva asiakaspalvelu. **Asiakaspalveluun** liitettiin vahvasti asiakkaan kuunteleminen ja asiakaspalvelun nopeus. Hyvässä palvelukokemuksessa henkilöstön vaikutus on keskeistä. **Henkilöstön** odotetaan olevan ammattitaitoista ja koulutettua. Asiakkaan kohtaaminen on tärkeä, erikseen mainittava asia. Kolmantena esimiesten mielestä hyvään palvelukokemukseen tarvitaan hyvät palveluprosessit. **Palveluprosessien** tulee esimiesten mielestä olla asiakasystävällisiä, niihin tulee varata riittävästi aikaa ja ne ovat laadukkaita. Eri toimijoiden moniammatillinen toimintamalli luo asiakkaalle hyötyä. Palvelut ovat oikea-aikaisia ja toimipaikkojen saatavuus ja saavutettavuus hyvä. Hyvään palvelukokemukseen tulee kuulua myös laadukkaat jatkotoimenpiteet.

Seuraavassa eri **palvelualueiden esimiesten** vastaukset tiivistettynä.

Sosiaali- ja perhepalveluiden esimiehien mielestä hyvä palvelukokemus muodostuu asiakkaan kuuntelemisesta ja hänen asiaansa vakavasti suhtautumisesta. Ensimmäisen yhteydenoton aikana tulee pystyä antamaan apua ja huolehtimaan, ettei avun saamista tarvitse odottaa liian kauan. Palvelun tulee olla asiakaslähtöistä, asiantuntevaa ja asiakasta arvostavaa.

Asiakasta halutaan aidosti palvella ja hänen asiansa tulee ottaa hoitaakseen, vaikka valmista ratkaisua ei heti olisikaan. Henkilökunnan tulee olla koulutettua ja valmista yhteistyöhön asiakkaan kanssa. Henkilökunnalla tulee olla kyky asiakkaan aitoon kuulemiseen. Toimipaikkojen tulee olla hyvin saavutettavissa ja niiden toimintojen sujuvaa. Hyvä palvelukokemus syntyy siitä, että asiakaspalvelutilanne on asiakasta kunnioittavaa ja hän tuntee saavansa apua, tukea, ohjausta ja hoitoa hakemaansa ongelmaan.

Terveys- ja hyvinvointipalveluiden esimiesten mielestä hyvä palvelukokemus muodostuu asiallisesta ja ammatillisesta asiakaspalvelusta, johon on varattu riittävästi aikaa. Palvelukokemukseen vaikuttaa onnistunut vuorovaikutus, jolloin potilasta oikeasti kuunnellaan ja hänet ja hänen tarpeensa otetaan vakavasti. Asiakasta hoidetaan tarvittaessa moniammatillisen tiimin yhteistyöllä, joka näkyy hyvinä sisäisinä hoitopolkuina. Palvelu ja hoidot ovat laadukkaita ja turvallisia. Palvelukokemukseen voidaan vaikuttaa myös toimivalla tietotekniikalla, hyvällä yhteistyöllä erikoissairaanhoidon kanssa ja hyvällä johtamisella. Asiakas saa tarvittavaa tietoa monipuolisesti eri palveluista ja hänet osataan ohjata oikeaan paikkaan. Asiakaspalveluun liittyvät opasteet ovat selkeitä ja hyvin löydettävissä.

Vanhuspalveluiden esimiesten mielestä hyvä palvelukokemus muodostuu aidosta läsnäolosta palvelutilanteessa sekä ammattilaisen tietotaidosta ja kyvystä kuunnella asiakasta. Palvelukokemukseen vaikuttavat yhteistyöhalukkuus ja positiivinen ilmapiiri. Asiakas tulee kohdata ystävällisesti, arvostavasti ja kiireettömästi. Asiakasta tulee auttaa ajallaan ja hänen tulee tuntea olonsa turvalliseksi. Hyvään palvelukokemukseen liittyy usein eri tahojen yhteistyö. Palveluiden keskittäminen yhteen toimipisteeseen on tärkeää varsinkin ajanvarauksen, neuvonnan ja ohjauksen osalta: asiakas saa ammattitaitoista hoitoa oikea aikaisesti ja myös tarvittavat jatkotoimenpiteet suunnitellaan hyvin. Palvelukokemus syntyy pitkälle työntekijöiden asenteesta omaan työhönsä.

Kuntoutus- ja sairaalapalveluiden esimiesten mielestä hyvä palvelukokemus syntyy asiakkaan saamasta hyödystä ja palvelukokemuksesta. Hyvä palvelukokemus alkaa jo ajanvarauksesta: puhelimen tai netin välityksellä. Kohtaamisessa asiakasta kohdellaan ystävällisesti, kunnioittaen ja hänelle annetaan aikaa. Asiakkaan asiantuntevassa palvelussa huomioidaan asiakkaan oma motivaatio, omahoidon toteutus ja jatkohoidon suunnittelu. Hyvään palvelukokemukseen vaikuttaa myös hyvä ja moniammatillinen tiimityö.

7 Tutkimustulosten pohdinta

Tässä tutkimuksessa pääpaino on ollut Porin perusturvan yhteistoiminta-alueen sosiaali- ja terveystalveluiden toimivuuden tarkastelussa ja siinä, miten ne vastaavat yhteistoiminta-alueen perustamisen yhteydessä tehtyyn yhteistoimintasopimukseen. Sopimuksessa keskeisintä on järjestämisvastuun ja sen merkityksen määrittely. Kuntalaisille on tuotettava palvelut yhdenmukaisin perustein väestötarpeen mukaisesti lähipalveluina tai keskitetysti yhteisinä palveluina. Palveluiden osalta tulee parantaa laatua, tuottavuutta ja niiden vaikuttavuutta. Tutkimusaiheen valintaan on vaikuttanut mielenkiinto ja halu ymmärtää Porin perusturvan yhteistoiminta-alueen toimintaa itsessään sekä se, että kyseessä on Porin kaupungin suurin hallintokunta. Tutkittavien tuottamien vastausten perusteella voidaan ottaa kantaa tutkimuskysymyksiin: Miten Porin perusturvan järjestämät palvelut käytännössä rakentuvat ja miten ne vastaavat kuntalaisten odotuksiin? Mihin asioihin tulevaisuudessa tulee kiinnittää huomiota ja minkälaista kehittämistä tarvitaan, jotta sosiaali- ja terveystalvelut tukevat kuntalaisia arjessa ja auttavat heitä ottamaan vastuuta omasta hyvinvoinnistaan? Miten määritellään ja turvataan että palvelut ovat tarpeeksi lähellä?

Tutkimuksen perusteella näyttää siltä, että Porin perusturvassa palveluiden säilymistä lähellä kuntalaista pystytään tukemaan kehittämällä lähipalvelualueiden toimintaa entistä monimuotoisemmiksi. Lähipalvelualueilla olevien lähipalvelukeskusten ja lähipalvelupisteiden avulla syvennetään moniammatillista, yli hallintokuntien tehtävää yhteistyötä. Moniammatillisuudella tarkoitetaan tässä olemassa olevan verkoston hyödyntämistä ja kokoamista asiakkaan ympärille, asiakkaan tarpeista lähtien. Toimintamallista halutaan tehokas ja vaikuttava joka tarvittaessa mahdollistaa vastuuhenkilön nimeämisen asiakkaalle. Tällä tavalla voidaan aloittaa vanhan mallisen tiimityöskentelyn purkamisen ja hyödyntää sähköisiä palvelumalleja esimerkiksi konsultoivassa työssä. Kehittämiseen ja suunnitteluun tulee kuitenkin liittää entistä vahvemmin kuntalaisten osallisuus. Näin kuntalaiset voidaan sitouttaa toimimaan vastuullisesti olemassa olevia palveluita kohtaan sekä pohtimaan entistä tarkemmin myös omaa osallisuuttaan terveyden ja kokonaisvaltaisen hyvinvoinnin näkökulmasta. Porin perusturvassa vahvistetaan asiakkaan neuvontaa ja palveluohjausta ja siihen liitetään vahvasti yhteistyö eri toimijoiden kanssa.

Porin perusturvan yhteistoiminta-alueella on ymmärretty yhteistyön merkitys sosiaali- ja terveystalouden palvelualueiden kesken ja samalla huomioitu yhteistyön entistä suurempi tarve yritysten, kolmannen sektorin ja seurakunnan toimijoiden kanssa. Julkisen sektorin vahvaa roolia kuntalaisten keskuudessa tukee valinnan vapauden heikkous, esimerkiksi palvelusetelin käytön rajoittuminen vain osaan julkisen sektorin järjestämistä oleviin palveluihin. Esimiesten kohdalla eri tuottajat – julkinen, yksityinen, kolmas sektori ja seurakunnan – saavat tasaisesti kannatusta. Asiaan vaikuttaa todennäköisesti perusturvan esimiesten parempi näkemys palveluiden saatavuudesta, olemassa olevista resursseista ja palvelutarpeen kasvusta. Näin esimiehillä on parempi ymmärrys siitä, että julkinen sektori ei yksin pysty vastaamaan kaikkiin kuntalaisten palvelutarpeisiin ilman muiden toimijoiden kanssa tehtävää yhteistyötä. Tutkimuksessa saatujen kuntalaisten vastausten perusteella tietoa sosiaali- ja terveystalouden yritysten ja kolmannen sektorin palvelutuottajien palveluista tulee tehostaa siitä huolimatta, että esimiesten vastausten perusteella kuntalaiset saavat riittävästi tietoa kyseisistä palveluista. Tähän ristiriitaan todennäköisesti vaikuttaa se, että vaikka esimiehet ottavat asian hyvin puheeksi, kokevat he tietonsa olevan puutteellisia. Asiaan toivotaan osaltaan parannusta ns. palvelupankista. Palvelupankki on sähköinen tietojärjestelmä, jonka tiedot tulevat löytymään Porin perusturvan nettisivuilta. Järjestelmään kerätään kattava kokonaisuus sosiaali- ja terveystalouden sekä hyvinvointipalveluiden tuottajista yhteistyössä kolmannen sektorin ja yksityisten yritysten edustajien kanssa. Tietojen tallentamista varten tarvittava järjestelmä valmistuu kevään 2015 aikana. Tarkoituksena on liittää kuntalaisten hyvinvoinnin tarkasteluun myös muut tarvittavat tahot. Niitä ovat muun muassa eri hallintokuntien toiminnot kuten koulutoimi, lasten päivähoido sekä kulttuuri- ja vapaa-aika palvelut.

Palveluiden toimivuuteen ja pysyvyyteen lähellä asiakasta vaikuttavat eri intressitahojen erilaiset näkemykset samasta asiasta. Mitä ylemmäs organisaation sisällä mennään ja samalla kauemmas päivittäisen palveluntarvitsijan läheisyydestä, sitä vaikeampaa on määritellä miten, missä ja millä tavalla asiakkaan palvelutarpeeseen tulee parhaiten vastata. Tutkimuksen perusteella voidaan todeta, että palveluiden toimivuuteen liittyvissä näkemyksissä kuntalaisen ja esimiesten vastauksissa on paljon samankaltaisuutta, mutta myös selvää eroavaisuutta. Palveluiden ja kuntalaisen tarpeiden entistä parempaan kohdentamiseen tulee osallistaa palveluiden käyttäjät eli asiakkaat vahvistamaan toimivia malleja ja samalla kehittämään uusia, heille sopivia vaihtoehtoja. Lähipalvelualueiden lähipalvelukeskuksissa on mahdollista suunnata eri asiakasryhmille kohdennettuja tilaisuuksia, joiden aikana voidaan osallistaa asiakkaat palveluiden ideointiin toiminnan kautta.

Tutkimuksen aikana on perusturvan eri palvelualueiden henkilökunnan kanssa keskusteltu siitä, miten asiakkaat kokevat eri palvelut. Lääkäri- ja hoitajavastaanotot sekä neuvolapalvelut ovat palveluita, joita ei kategorisoida negatiivisella tavalla. Sen sijaan asiakkaiden on välillä vaikea hakeutua päihde- ja mielenterveys- sekä sosiaalipalveluiden palveluiden piiriin. Kun lähipalvelualueille rakennetaan toimivia lähipalvelukeskuksia, voidaan osittain vähentää kyseistä ongelmaa. Esimerkiksi kun moniammatillinen työryhmä työskentelee perheen kanssa, voidaan vaikeisiin asioihin hakea ratkaisua ja tehdä palvelusuunnitelma neuvolan tiloissa, ei lastensuojelun toiminnoille osoitetussa paikassa. Palveluiden kehittämisessä on tärkeää kartoittaa lähtötilanne ja ymmärtää asioiden taustat ja olemassa olevat tilanteet. Palveluiden toimivuus yhteistoimintasopimuksen ja tehtyjen palvelussopimusten perusteella ovat keskeisiä asioita Porin perusturvan toiminnan arvioimisessa.

Tutkimuksessa saatujen vastausten perusteella voidaan todeta, että kuntalaisten mielestä hyvät lähipalvelut ja hyvän palvelukokemuksen ydinasiat ovat lähellä toisiaan ja toteutettavissa, sillä ne muodostuvat ystävällisestä, palveluhenkisestä ja ammattitaitoisesta henkilökunnasta. **Henkilökunnan** ystävällisyyteen ja palveluhalukkuuteen tulee kiinnittää huomiota. Vaikka esimiesten mielestä tilanne on selkeästi parantunut, kuntalaiset kokevat asian eri tavalla. Kuntalaiset haluavat kunnioittavaa ja heidät huomioon ottavaa palvelua. Asiakasta tulee palvella hyvin koko asiakasprosessin aikana. Huomiota tulee kiinnittää jo siihen, miten asiakkaalle yhteydenottotilanteessa ilmoitetaan tarvittavan palveluajan saatavuuden olevan juuri kyseisellä hetkellä hieman haasteellista. **Ajanvarauksen toimivuus** puhelimitse ja sähköisesti on parannettavissa sisäisten prosessien ja töiden uudelleen järjestelyjen avulla. **Asiakkaan pääsy riittävän nopeasti palvelun piiriin**, tarvitsee toteutuakseen riittävät resurssit, mutta myös töiden ja toimenkuvien tarkastelua, uudenlaista organisaatiota sekä uusia työtapoja. Asiakkaiden toive **palveluiden saamiseen yhdestä paikasta** tukee lähipalvelualueiden ja lähipalvelukeskusten olemassa olevaa tavoitetilaa. Esimiehillä on valmius tuottaa kokonaisvaltaisia, hallintokuntarajat ylittäviä, palveluja yhden luukun periaatteella. Näin pystytään tehostamaan myös asiakkaan ja työntekijöiden ajankäyttöä. **Saavutettavuuteen** vaikuttaa eri toimipisteiden aukiolopäivien määrä ja aukioloajat. Kuntalaisten ja palvelualueiden esimiesten mielestä toimipisteiden aukiolopäiviä on tarpeellinen määrä ja aukioloajat arkipäivisin riittävät. Aukioloaikojen riittävyyteen tulee kuitenkin määrättyjen palveluiden kohdalla suhtautua kriittisesti, sillä kuntalaiset eivät mielestään saa palveluaikaa tarvitsemaansa palveluun riittävän nopeasti. Tutkimalla, mihin kohderyhmään ja palveluun tyytymättömyys kohdistuu, voidaan tilannetta parantaa asiakassegmentoinnin ja kohdennettujen aukioloaikojen avulla.

Kuntalaiset toivovat *palveluneuvontaa ja ohjausta*, jonka avulla tarvittavat palvelut saavutetaan oikea-aikaisesti oikeasta paikasta. Esimiesten mielestä palveluneuvonnan tulee myös auttaa asiakasta löytämään tarvittavat palvelut ja etuudet, joihin hänellä on oikeus. *Palvelut* tulee määritellä selkeästi ja niistä tulee saada riittävästi tietoa. Palvelut ja niihin liittyvät *yhteystiedot* tulee olla helposti löydettävissä. Kuntalaisten mielestä myös poikkeavuuksista tulee viestiä kunnolla. Viestintään tulee liittää voimakkaasti asioista etukäteen kertominen. Uusien toimintojen, välillä henkilöidenkin tutuksi tekeminen, auttaa tilanteessa, jossa ennakkoluulot ja väärät tiedot voivat olla hyvän asiakassuhteen ja toiminnan rakentamisen esteenä.

Palveluiden kehittäminen on jatkuvaa ja yhtenä tärkeänä yksittäisenä asiana tutkimuksen kannalta nousee esille sähköiset palvelut. Sähköiset palvelut liitetään muiden palvelumuotojen tukemiseen ja parempaan saatavuuteen. Sähköisten palveluiden käytön selvä lisääntyminen tuo painetta niiden kehittämiseen jokaisella perusturvan palvelualueella. Kuntalaisten vastauksista voidaan päätellä, että yhä useammat toiminnot, jotka eivät välttämättä vaadi henkilökohtaista keskustelua tai tapaamista, tulee siirtää sähköiseen muotoon. Kuntalaisten valmiudet hyödyntää sähköisiä palveluita kyselyyn vastanneiden osalta ovat erittäin hyvä. Sähköisten toimintamallien ja tietotekniikan mahdollisuuksien hyödyntämistä tulee pystyä laajentamaan myös tiedon kulun välittämisessä sosiaali- ja terveystieteiden sekä erikoissairaanhoidon toimijoiden välillä. Ilman tätä sosiaali- ja terveydenhuollon sekä erikoissairaanhoidon saumattomien palveluketjujen aikaan saaminen ei onnistu. Sähköistä asiointia tulee hyödyntää myös perusturvan henkilöstön keskuudessa, esimerkiksi erilaisissa neuvottelu- ja konsultaatiotilanteissa. Sähköisten palveluiden mahdollisuuksia tulee lisätä perusturvan sisäisissä koulutuksissa ja uusien asioiden viestinnässä. Sähköiset toiminnot tukevat myös tarvittavan asiantuntijuuden jakamisen helposti ja nopeasti, tarvittaessa millä tahansa alueella. Hyvinvointiteknologian hyödyntämistä perusturvan toiminnoissa tulee entisestään lisätä. Tällä hetkellä parhaimpia käytäntöjä ja tuloksia voidaan seurata kuntoutus- ja sairaalapalveluissa ja vanhuspalveluissa. Lautakunnan päätöksen mukaisesti perusturvan yhtenä toiminnallisena painopisteenä kaikissa palveluissa on ensisijaisena vaihtoehtona koti- ja perhepalvelut sekä sähköisen asioinnin lisääminen kaikilla perusturvan palvelualueilla. Edellä mainitut tukevat yhtäaikaaisesti molempia painopistealueita.

Porin perusturvan yhteistoiminta-alueen palveluiden järjestämiseen, tuottamiseen ja niiden toimivuuteen vaikuttavat monet eri tahot. Kokonaisuuden muodostumiseen vaikuttavat *strateginen, operatiivinen, ja poliittinen johtaminen*. Julkisena toimijana Porin perusturvan tulee huomioida edellä mainitut kokonaisuudet kaikessa toiminnassaan. Lähipalvelualueiden, lähipalvelukeskusten ja niihin liittyvän moniammatillisen toimintamallin kehittämisessä ja käytäntöön viemisessä tarvitaan uudenlaista johtamista ja organisointia. Lähipalvelualueella tulee selkeästi ilmetä kenen vastuulla on päivittäisten toimintojen toimivuus ja yhteensovittaminen. Moniammatillisen työn kehittyminen asiakkaan näkökulmasta vaatii selkeät vastuuhenkilöt niin työyhteisön sisällä eri palvelualueiden henkilöstön osalta kuin asiakkaan kannalta. Vain tällä tavalla on mahdollisuus päästä palvelu-, hoito- ja asiakasprosesseissa yhtenäisiin, tehokkaisiin ja asiakkaan kannalta vaikuttaviin palvelukokonaisuuksiin. Keskusteluissa eri palvelualueiden esimiesten kanssa näyttäytyy halu oman työn kehittämisestä ja sen uudelleen arvioimisesta. Erilaiset säännöt ja rajapinnat näyttäytyvät heille päivittäisessä asiakastyöskentelyssä, eikä aina järkevällä tavalla. Heillä on pyrkimyksenä vastata ylemmältä taholta tuleviin ohjeistuksiin, vaikka asioiden käytäntöön panossa ei aina ole helppoa noudattaa saatuja ohjeistuksia. Samaan aikaan osa heistä kokee, ettei heitä itseään ole johdettu annettujen tavoitteiden mukaisesti. Kokemus siitä, ettei itsellä ole esimiehenä riittävästi aikaa kehittämistyöhön, erilaisiin hankkeisiin tai toiminnallisten prosessien kehittämiseen, aiheuttaa jonkinasteista turhautumista. Palveluiden johtamisessa Porin kaupungin hallituksella, valtuustolla ja sen valitsemalla perusturvalautakunnan jäsenillä on suuri vaikutus Porin perusturvan yhteistoiminta-alueen palveluiden järjestämisessä. Tämän vuoksi on helppo yhtyä Ryynäsen (2004) näkemykseen siitä, että luottamushenkilöiden tulee perehtyä laajasti asioihin, heillä tulee olla osaamista ja kauaskantoisia näkemyksiä, vaikka poliittista johtajuutta vaikeuttaa toiminnan lyhytkestoisuus, erilaisten vaalien rytmittäessä poliittisten päättäjien toimintaa.

Kun tarkastellaan kuntalaisten ja eri palvelualueiden esimiesten vastauksia keskenään ja peilataan niitä perusturvan yhteistoiminta-alueen yhteistoimintasopimukseen, on hyvä huomata, että palveluiden kartoittamisen seurauksena saatavat kuntalaisten todelliset palvelutarpeet, olemassa olevat Porin perusturvan henkilöstöresurssit ja käytettävissä oleva budjetti sekä lain edellyttämä palvelutarjonta ja sen taso, eivät aina vastaa kuntalaisten näkemyksiä riittävästä, laadukkaista ja vaikuttavista palveluista. Yhtenäisen näkemyksen löytäminen ja ymmärtäminen vaatii avointa vuoropuhelua eri osapuolien ja toimijoiden kesken.

8 Lopuksi

Tämä tutkimus on elänyt ja muuttanut suuntaansa prosessin edetessä. Tutkimuksen tässä vaiheessa voin todeta, että kuntalaisille ja esimiehille laadittujen kyselylomakkeiden sisältöön olisi tullut kiinnittää tarkempaa huomiota. Jos tämä tutkimus tehtäisiin uudelleen, lomakkeiden suunnitteluun ja kuntalaisten tavoittamiseen käytettäisiin enemmän aikaa. Riittävän kokoisen aineiston puuttuessa, kuten tässä tutkimuksessa, ei kuntalaisilta saatujen vastausten perusteella voida yleistää asioita, vain todeta, että esitetään seuraavaa. Esimiesten vastausten osalta tätä ongelmaa ei ole. Toisaalta voidaan todeta, että tämän asian ymmärrykseen on tarvittu koko tähän tutkimukseen käytetty prosessointi ja aika. Olen kiitollinen keskusteluista, joita olen saanut käydä perusturvan henkilöstön kanssa. Heidän avullaan tietoisuuteni perusturvassa tehtävästä monimuotoisesta työstä on kasvanut. Jokaisessa työyhteisössä on omat vaikeutensa ja haasteensa, mutta päällimmäisenä mieleeni jää työhönsä sitoutunut henkilöstö, joka on valmis kehittämään ja kehittymään omassa työssään.

Porin perusturvan yhteistoiminta-alueen sosiaali- ja terveystalvueluita halutaan kehittää parantamalla laatua, tuottavuutta ja niiden vaikuttavuutta. Jatkotutkimuksena voisi selvittää lähipalvelualueiden väestön palvelutarpeet sekä vastaavasti käytössä olevien resurssien saatavuus. Saatuja tietoja tulee pitää ajantasaisena osana koko perusturvan henkilöstöhallinnon toimintaa. Porin perusturvan yhteistoiminta-alueen lähipalvelualueita ja lähipalvelukeskuksia tulee entisestään kehittää asiakkaiden tarpeita vastaaviksi matalankynnyksen toimintaympäristöiksi, joissa moniammatillisen toimintamallin avulla asiakas saa ennaltaehkäisevää neuvontaa ja palvelua, oikea aikaista, vaikuttavaa ja nopeaa hoitoa sekä laadukasta jatkohoitoa. Lähipalvelualueiden ja lähipalvelukeskusten toimintaan tulee liittää entistä kiinteämmin monitahoinen eri verkostojen välinen yhteistyö. Palveluneuvoja-toiminnalla tulee tukea väestön neuvonta- ja asiakasohjaustoimintaa entistä kokonaisvaltaisemmin ja huomioida erityisesti paljon palveluita tarvitsevat kuntalaiset. Porin perusturvan yhteistoiminta-alueen toimintatavat tulee mallintaa niin, että ne halutaan laajempaan maakunnalliseen käyttöön. Tasavertaisten palveluiden järjestäminen mahdollisten kuntaliitosten seurauksena sekä tulevan sote-uudistuksen näkökulmasta asettaa vaatimuksia uudenlaisille tavoille tehdä asiakkaan palvelutarpeita vastaavia palvelumalleja. Asiakkaan tulee aina olla palveluiden keskiössä ja hänen valinnanvapauttaan tulee kunnioittaa.

Eri palvelutarpeissa olevien asiakkaiden näkemykset tulee pystyä huomioimaan entistä yksityiskohtaisemmin. Asiaan voisi perehtyä tutkimalla asiakassegmentoinnin vaikuttavuutta ja samalla suhtautua kriittisesti olemassa olevaan elinkaarimallin. Kasvotusten tapahtuvaan ja sähköiseen asiointiin voidaan esimerkiksi segmentoinnilla ja palvelutarpeen arvioinnilla liittää selkeitä ja toimivia asiakasprosesseja. Terveystieteiden osittain vierastetaan liiketalouden teorioita ja malleja asiakkuuksiin ja asiakasprosesseihin liittyvissä keskusteluissa. Asiakkuuksien hoidon ja asiakasprosessien kehittämisen tarkoituksena tulee olla asiakaslähtöisen strategian rakentaminen, johon kaikki toimijat toiminnoissaan sitoutuvat. Asiakaslähtöinen ajattelu, siihen sitoutuminen, rakentuu päivittäin asiakaskohtaamisissa. Tämän vuoksi erityisesti asiakasrajapinnassa toimivien henkilöiden tulee ymmärtää sen merkitys ja tärkeys kokonaisuuden kannalta. Palvelukokonaisuuksien palvelupakettien suunnitteluun liittyen, palvelujen tuotannossa tulee jatkossa tehdä entistä systemaattisempaa ja suunnitelmallisempaa yhteistyötä kolmannen sektorin ja yksityisten toimijoiden kanssa niin, että he ovat aidosti osallisena julkisen palvelutuotannon rinnalla.

Ylisektorinen johtaminen tuottaa vaikuttavia, tavoitettavia, suunnitelmallisia ja koordinoituja palveluja, joissa hyödynnetään erilaisten toimijoiden paras osaaminen yhteisesti asetettujen tavoitteiden saavuttamiseksi. Yhteisiä prosesseja ja vastuita tulee selkeyttää lähipalvelualueella toimivien palvelualueiden sisällä ja eri palvelualueiden välillä. Keskinäistä koordinaatiota on lisättävä ja luotava toimintatapoja, joiden tuloksena päällekkäinen työpanos vähenee, eivätkä asiakkaat joudu kulkemaan työntekijältä toiselle. Johtamisen kehittäminen on avainasemassa lähipalvelualueiden ja lähipalvelukeskusten asiakaskeskeisen ja moniammatillisen toimintamallin saavuttamisessa koko maakunnassa. Jatkotutkimuksen kohteena voisi olla miten uudenlainen päätöksentekokulttuuri ja johtaminen tulee yhdistää tukemaan palvelutarpeen, palveluiden ja niiden kehittämisen vaikutusmahdollisuuksien säilymistä lähellä kuntalaista. Lähipalvelualueen eri toimijoista tulee muodostaa tiivis kokonaisuus, jossa julkinen, kolmas sektori, yritystoiminta, vapaaehtoistoiminta ja hallintokuntien edustajat yhdessä poliittisten toimijoiden kanssa tukevat väestön palvelutarpeisiin vastaamista parhaalla mahdollisella tavalla. Tähän liittyen myös lähipalvelualueen sosiaali- ja terveystieteiden kokonaisuudesta vastaavan henkilön tulee johtajana osallistua lähipalvelualueen toimintaan ja ymmärtää sen eri toimijoista muodostuva kokonaisuus. Tämänkaltaisen roolin tarve korostuu tulevan sote-lainsäädännön myötä, jotta yhteys perus- ja erikoissairaanhoidon osalta kunnan muiden toimijoiden kanssa säilyy ja kehittyy.

LÄHTEET

Airaksinen, Jenni & Tolkki, Helena & Toni K, & Laine (2011) Paras palvelutuotanto – peruskunnasta peruskallioon? Kalliolan tilaaja-tuottaja-sovellus ja kunnan ohjaustunne: Peruspalvelukuntayhtymä Kallion toimintamallin arviointi. Acta nro 223. Tampereen yliopisto suomen kuntaliitto.

Alasuutari, Pertti (1999) Laadullinen tutkimus. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Antola, Esko & Anttiroiko, Ari-Veikko & Finne, Inka & Haavisto, Tuula & Kari, Matti & Koivusalo, Meri & Kuusi, Emma & Myllymäki, Arvo & Palola, Elina & Rainesalo, Pirkko & Salo, Markku & Virtala, Mirja (2005) Euroopan unionin vaikutukset kuntien hyvinvointipalveluihin. Suomen Kuntaliitto. Helsinki: Hakapaino

Eronen, Anne & Londen, Pia & Perälähti, Anne & Siltaniemi, Aki & Särkelä, Riitta (2010) Sosiaalibarometri 2010. Julkaisuja 3/2011. Sosiaali- ja terveysturvan keskusliitto. Helsinki.

Esitysluonnos sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämislainsiksi
http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=10386860&name=DLFE-31223.pdf
Viitattu 20.9.2014.

Grönroos, Christian (1990) Nyt kilpaillaan paleluilla. Ekonomia-sarja. Espoo: Weilin Göös.

Grönroos, Christian (1987) Hyvään palveluun. Palvelun kehittäminen julkishallinnossa. Valtiohallinnon kehittämiskeskus, Suomen Kaupunkiliitto, Suomen Kunnallisliitto. Helsinki: Valtion painatuskeskus.

Hakala, Juha T. (2008) Uusi graduopas. Melkein maisterin entistä ehompi niksikirja. Oy Yliopistokustannus, HYY Yhtymä. Helsinki: Yliopistopaino.

Hallituksen esitys eduskunnalle laiksi sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä sekä eräiksi siihen liittyviksi laeiksi. <https://www.finlex.fi/fi/esitykset/he/2014/20140324> Viitattu 25.1.2015.

Hallituksen esitys eduskunnalle kuntalain ja eräiksi siihen liittyviksi laeiksi 8.5.2014.

www.vm.fi/uusikuntalaki Viitattu 20.11.2014.

HE 140/1975 vp, Hallituksen esitys kunnallislain.

<http://www.finlex.fi/fi/esitykset/he/1994/19940192>. Viitattu 20.10.2014.

Heikkilä, Tarja (2008) Tilastollinen tutkimus. Helsinki: Edita Prima.

Heinämäki, Liisa (2013) *Palvelut muutoksessa. Sosiaali- ja terveyspalvelujen muutos laajemmille järjestämisalueille siirryttäessä*. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL). Työpaperi 2/2014. Helsinki 2014.

Heinämäki, Liisa (2012) *Valtionhallinnon ohjelmaohjaus kuntien sosiaali- ja terveydenhuollossa 2000-luvulla*. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Tampere: Juvenes Print – Tampereen Yliopistopaino Oy.

Heinämäki, Liisa (2011) *Yhteistoiminta-alueiden sosiaali- ja terveyspalvelut 2010. Järjestämisen, tuottamisen ja hallinnon kysymyksiä uusissa palvelurakenteissa*. Raportti 41/2011. Tampere: Juvenes Print – Tampereen yliopistopaino Oy.

Hirsjärvi, Sirkka & Hurme, Helena (2008) *Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö*. Oy Yliopistokustannus, HYY yhtymä. Helsinki: Yliopistopaino.

Hirsijärvi, Sirkka & Remes, Pirkko & Sajavaara, Paula (2003) *Tutki ja kirjoita*. Kirjayhtymä Oy. Vantaa: Dark Oy.

<http://www.kunnat.net/fi/asiantuntijapalvelut> Viitattu 1.9.2014.

<http://www.kunnat.net/fi/palvelualueet/projektit/uusikunta2017/Sivut/default.aspx>

Viitattu 22.8.2014.

<http://www.kunnat.net/vaikuttavalahipalvelut> Viitattu 20.8.2014.

<http://www.stm.fi/palvelurakenneuudistus/kasitteet> Viitattu 1.9.2014.

http://www.stat.fi/artikkelit/2012/art_2012-06-04_002.html?s=3 Viitattu 20.11.2014.

<http://www.kunnat.net/vaikuttavalahipalvelut> Viitattu 20.8.2014.

Immonen, Mika & Koivuniemi, Jouni & Natunen, Sanna & Laasonen, Kaisu (2012) *Liikkuvat palvelukonseptit hyvinvointipalvelujärjestelmässä: Ikäihmisten hyvinvointipalvelutarpeet Etelä-Karjalan haja-asutusalueella*. Lappeenranta: Lappeenrannan teknillinen yliopisto. <http://www.lut.fi/TBRC> Viitattu 16.9.2014.

Julkunen, Raija (2006) *Kuka vastaa? Hyvinvointivaltion rajat ja julkinen vastuu*. Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus. Vaajakoski: Gummerus Kirjapaino Oy.

Jäppinen, Tuula (2011) *Kunta ja käyttäjälähtöinen innovaatiotoiminta*. Acta – väitöskirja. Acta nro 230. Suomen Kuntaliitto, Helsinki.

Jäppinen, Tuula & Kaukopuro - Klemetti, Hanna (2009) Kuntalaisen Paras. Uudistuvat lähipalvelut. Kuntaliiton verkkojulkaisu. Helsinki: Star-Offset.

http://shop.kunnat.net/product_details.php?p=289 Viitattu 20.8.2014.

Järvinen, Pertti & Järvinen, Annikki (2004) Tutkimustyön metodeista. Tampere: Opinpajan Kirja.

Kaarakainen, Minna & Niiranen, Vuokko & Kinnunen, Juha toim. (2010) Rakenteet muuttuvat – mihin suuntaan? Paras-ARTTU-ohjelman tutkimuksia nro 6. Kuntaliiton verkkojulkaisu. Helsinki: Kuntatalon paino.

Kaarankainen, Minna & Häyrinen, Kristiina & Laitinen, Pertti & Rissanen, Sari (2003) Hoivayritysten tietotekniset valmiudet ja ohjelmien kehittämistarpeet. Terveystieteiden ja – talouden laitos, Kuopion teknologiakeskus Teknia Oy. Kuopio.

Kallio, Johanna (2010) Hyvinvointipalvelujärjestelmän muutos ja suomalaisten mielipiteet 1996 – 2006. Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia 108. Helsinki: Kelan tutkimusosasto.

Kananoja, Aulikki & Niiranen, Vuokko & Jokiranta, Harri (2008) Kunnallinen sosiaalipolitiikka. Osallisuutta ja yhteistä vastuuta. Juva: WS Bookwell Oy.

Kaskisaari, Marja & Tammelin, Mia & Hirvonen, Johanna & Hämeenaho, Pilvi & Ilmarinen, Katja & Vartiainen, Anssi (2010) Kuntalaisten arvioita sosiaalipalveluista. ParasSos-tutkimus Keski-Suomen yhdeksän kunnan alueella. Terveystieteiden ja hyvinvoinnin laitos. Raportti 6/2010. Helsinki: Yliopistopaino.

Kaste 2011 – 2015. Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämissuunnitelma. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2012:1. Tampere: Juvenes Print - Tampereen Yliopistopaino.

http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=5197397&name=DLFE-18303.pdf Viitattu 10.9.2014.

Kataisen hallitusohjelma 2011

<http://valtioneuvosto.fi/documents/10184/147449/Kataisen+hallituksen+ohjelma/81f1c20f-e353-47a8-8b8f-52ead83e5f1a> Viitattu 20.12.2014.

Kattelus, Mervi & Saari, Juho & Kari, Matti (2013) Uusi sosiaalinen Eurooppa. Euroopan unionin sosiaali- ja terveyspolitiikka. Ulkoasiainministeriön Eurooppa-tiedotus. Jyväskylä: Kopiojyvä Oy.

Kauppinen, Timo ym. (2012) Työ ja Terveys Suomessa 2003. Työterveyslaitos. Helsinki 2004.

http://www.ttl.fi/fi/verkkokirjat/tyo_ja_terveys_suomessa/Documents/Tyo_ja_Terveys_2012.pdf Viitattu 28.2.2015.

Keskimäki, Ilmo (2005).

http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=suo00062 Viitattu 1.3.2015.

Kiikkala, Irma (2000) Asiakaslähtöisyys toiminnan periaatteena sosiaali- ja terveydenhuollossa. Teoksessa: Nouko-Juvonen, Susanna & Ruotsalainen, Pekka & Kiikkala, Irma toim. (2000) Hyvinvoinnin palveluketjut. Hygienia. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Kokko, Simo & Heinämäki, Liisa & Tynkkynen, Liina-Kaisa & Haverinen, Riitta & Kaskisaari, Marja & Muuri, Anu & Pekurinen, Markku & Tammelin, Mia (2009) Kunta- ja palvelurakennemuutoksen toteutuminen. Kuntakysely sosiaali- ja terveystalouden järjestämisestä ja tuottamisesta. THL Raportteja 36/2009.

Kröger, Teppo (1997) Hyvinvointikunnan aika. Kunta hyvinvointivaltion sosiaalipalvelujen rakentajana. Acta Universitatis Tamperensis 561. Tampere: Tampereen yliopisto.

Kunnallislaki 642/1948.

Kunnallislaki 953/1976.

Kuntalaki 365/1995.

Kuntaliiton, Uusi Kunta 2017 – ohjelma.

<http://www.kunnat.net/fi/palvelualueet/projektit/uusikunta2017/Sivut/default.aspx>

Viitattu 9.9.2014.

Kuopila, Antti (2014), alustus Kuntamarkkinoilla. Suomen Kuntaliitto, Helsinki.

Kuopila, Antti (2007) Tilaaja-tuottaja-toimintatapa – Ideasta käytäntöön. Näin me sen teimme: Jyväskylä, Oulu, Raisio ja Rovaniemi. Suomen Kuntaliitto, Helsinki.

Kytö, Hannu (2012) Artikkelit, Tilastokeskuksen Hyvinvointikatsaus 2/2012.

http://www.stat.fi/artikkelit/2012/art_2012-06-04_002.html Viitattu 15.8.2014.

Laamanen, Elina & Ala-Kauhaluoma, Mika & Nouko-Juvonen, Susanna (2002) Kuntien ja kolmannen sektorin projektityhteistyö sosiaali- ja terveydenhuollossa. Kokemuksia ja kehittämissajatuksia. Acta nro 143. Suomen Kuntaliitto. Helsinki.

Laitinen, Heikki & Simola, Antti & Vuorinen, Marko (2009) Työturvallisuuden ja -terveyden johtaminen. Tietosanoma Oy.

Lehtola, Ilkka (2008) Matka maalta markettiin. Tiehallinnon selvityksiä 25/2008. Tiehallinto. Kuopio.

Leinonen, Anu (2008) Sosiaalipalvelut muutoksessa – Paras vai palveluaukko? Tutkimussuunnitelma ParasSos-tutkijaryhmälle. Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus. Helsinki: Valopaino Oy.

Luoto, Riitta & Kulmala Ilona toim. (2003) Sukupuoli ja terveys. Tampere: Vastapaino.

Matti Vanhasen II hallituksen politiikkaohjelmat.

Niemelä, Pauli toim. (2010) Hyvinvointipolitiikka. Helsinki: WSOYpro Oy.

Niiranen, Vuokko & Hänninen, Markku toim. (2012) Sosiaalitoimen johtajat kunnissa. Suomen Kuntaliitto ja kirjoittajat. Helsinki: Kuntatalon paino.

Otala, Leena-Maija & Ahonen, Guy (2005) Työhyvinvointi tuloksen tekijänä. WSOY. Porvoo.

Oulasvirta, Leena (2007) Palvelun laadun arviointi moniportaisessa julkisessa organisaatiossa. Akateeminen väitöskirja. Tampere: Tampereen Yliopistopaino Oy – Juvenes Print.

Oulasvirta, Leena (1996) Kuinka kunta toimii. 4 uudistettu painos. Helsinki: Kuntakoulutus Oy.

Outinen, Maarit & Holma, Tupu & Lempinen, Kristiina (1994) Laatu ja asiakas. Laatutyöskentely sosiaali- ja terveystalalla. Juva: WSOY.

Palola, Elina & Karjalainen, Vappu toim. (2011) Sosiaalipolitiikka – Hukassa vai uuden jäljillä? Terveystalon ja hyvinvoinnin laitos. Helsinki: Unigrafia Oy Yliopistopaino.

Pori. Asenne. Strategia (2020).

http://www.pori.fi/material/attachments/viestinta/o3taRczkH/Pori_2020_strategia-1.pdf

Viitattu 1.10.2015.

Porin perusturvakeskus, henkilöstöraportti (2012).

http://www.pori.fi/material/attachments/hallintokunnat/henkilostopalvelut/6FQkIqTHN/Henkilostoraportti_2012.pdf. Viitattu 12.12.2014.

Porin perusturvan yhteistoimintasopimus 2012.

https://www.pori.fi/material/attachments/hallintokunnat/perusturva/hallinto/6Ga3PfiU9/Yhteistoimintasopimus_sosiaali_ ja_ terveystaloiden_ jarjestamisesta_ ja_ tuottamisesta_ 18.12.2012_ allekirj.pdf Viitattu 12.11.2014.

Perusturvakeskus toimintasääntö

http://www.pori.fi/material/attachments/perusturva/5zTfQqG9t/Perusturva_toimintasaanto_ltk130411.pdf Viitattu 10.12.2014.

Puustinen, Alisa & Niiranen, Vuokko (2011) Rakenteet, päätöksenteko ja toiminta sosiaali- ja terveystaluuissa. SOTEPÄ – sosiaali- ja terveystaluu Paras-hankkeessa. Paras-ARTTU-ohjelman tutkimuksia nro 16. Suomen Kuntaliitto. Helsinki.

Pylvänen, Riitta & Lindberg, Mia (2012) Palveluseteliopas. Palvelusetelitoiminnan kehittäminen Jyväskylässä. Saarijärvi: Offset Oy.

Rajavaara, Marketta (2007) Vaikuttavuusyhteiskunta. Sosiaalisten olojen arvostelusta vaikutusten todentamiseen. Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia 84. Helsinki: Kela,

Reikko, Kai & Salonen, Kari & Uusitalo, Ilkka (2010) Puun ja kuoren välissä. Lähijohtajuus sosiaali- ja terveysalalla. Turun ammattikorkeakoulun tutkimuksia 31. Tampere: Juvenes Print Oy.

Siltaniemi, Aki & Hakkarainen, Tyyne & Londén, Pia & Luhtanen, Marjukka & Perälähti, Anne & Särkelä, Riitta (2011) Kansalaisbarometri 2011. Hyvinvointi, palvelut ja osallisuus kansalaismielipiteissä. Helsinki: Sosiaali- ja terveysturvan keskusliitto ry.

Siltaniemi, Aki & Perälähti, Anne & Eronen, Anne & Särkelä, Riitta & Londen Pia (2009) Kansalaisbarometri 2009. Suomalaisten arviota hyvinvoinnista, palveluista ja Parasuudistuksesta. Sosiaali- ja terveysturvan keskusliitto, Helsinki.

Sininauhaliitto (2012) Lähipalvelut kaikille – totta vai tarua? Multiprint.

Sisäasiainministeriö: Osallisuushankkeen I vaiheen tulokset 1/2000. Sisäasiainministeriön julkaisu (moniste) 2000.

Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämisohjelma KASTE 2012–2015.

STM, Julkaisuja 2012:1.

http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=5197397&name=DLFE-18303.pdf

Viitattu 2.9.2014.

Sosiaali- ja terveysalan johtamiskoulutustyöryhmän muistio (2004) Opetusministeriön työryhmämuistioita ja selvityksiä 2004:30. Yliopistopaino.

<http://www.minedu.fi/julkaisut/index.html> Viitattu 16.11.2014.

Sosiaali- ja terveysministeriö (2004) Terveydenhuolto Suomessa. Esitteitä 2004:11. Helsinki.

Sosiaali- ja terveysministeriö (2008) Uusi terveydenhuoltolaki. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2008:23.

http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=39503&name=DLFE-9404.pdf.

Viitattu 1.3.2015.

Sosiaali- ja terveyspolitiikka – EU:n toimivalta ja lainsäädäntö.

<http://www.eurooppatiedotus.fi> Viitattu 13.9.2014.

Sosiaali- ja terveyspolitiikka – EU:n toimivalta ja lainsäädäntö

<http://www.eurooppatiedotus.fi/public/download.aspx?ID=114850&GUID=%7B43faff70-3983-46a5-bc16-f86304aefd3f%7D>

Viitattu 13.9.2014.

Sosiaalisesti kestävä Suomi 2020, 2010. Sosiaali- ja terveystieteiden strategia. Sosiaali- ja terveysministeriö. http://www.tyosuojelu.fi/upload/STM_strategia_2020.pdf
Viitattu 16.11.2014.

Suomen perustuslaki 731/1999.

Sydänmaalakka, Pentti (2009) Jatkuva uudistuminen. Luovuuden ja innovatiivisuuden johtaminen. Helsinki: Talentum.

Tekes (2013) Uskallus & innovaatiot. Uusia näkökulmia suomalaisiin sosiaali- ja terveyspalveluihin. Katsaus 298/2013. Markprint Oy.

Teperi, Juha & Vuorenkoski, Lauri & Manderbacka, Kristiina & Ollila, Eeva & Keskimäki, Ilmo toim. (2006) Riittävät palvelut jokaiselle. Näkökulmia yhdenvertaisuuteen sosiaali- ja terveydenhuollossa. Stakes. Helsinki: Edita Prima Oy.

Tuomi, Jouni (2008) Tutki ja lue. Johdatus tieteellisen tekstin ymmärtämiseen. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Vaarama, Marja & Moisio, Pasi & Karvonen, Sakari toim. (2010) Suomalaisten hyvinvointi 2010. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Helsinki: Yliopistopaino
Valtiovarainministeriö. SADE-hanke 2014.
http://www.vm.fi/vm/fi/05_hankkeet/023_sade/index.jsp Viitattu 30.8.2014.

Valvira

http://www.valvira.fi/ohjaus_ja_valvonta/vanhustenhuolto Viitattu 11.11.2014.

Vehviläinen – Julkunen, Katri & Paunonen, Mari (1997) Kvantitatiivisen tutkimuksen luotettavuus. Teoksessa Paunonen, Mari & Vehviläinen – Julkunen, Katri. Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. Juva: WSOY.

Viitanen, Elina & Kokkinen, Lauri & Konu, Anne & Simonen, Outi & Virtanen, V. Juha & Lehto, Juhani (2007) Johtajana sosiaali- ja terveydenhuollossa. Kunnallisan kehittämissäätiön tutkimusjulkaisut, nro 59. Vammala: Vammalan Kirjapaino Oy.

Virkki, Tuija & Vartiainen, Anssi & Kettunen, Pekka & Heinämäki, Liisa (2011) Sosiaalipalvelut muutoksessa. Kuntalaisten ja henkilöstön näkemyksiä Paras-uudistuksesta. Raportti. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Tampere: Juvenes Print – Tampereen Yliopistopaino Oy.

Yhteistoimintasopimus sosiaali- ja terveyspalveluiden järjestämisestä ja tuottamisesta (2012). https://www.pori.fi/material/attachments/hallintokunnat/perusturva/hallinto/6Ga3PflU9/Yhteistoimintasopimus_sosiaali_ja_terveyspalveluiden_jarjestamisesta_ja_tuottamisesta_18.12.2012_allekirj.pdf Viitattu 23.1.2015.

Yksityisen palvelutuotannon rooli julkisessa palvelutuotannossa. Valtiovarainministeriö 2005.
http://www.vm.fi/vm/fi/04_julkaisut_ja_asiakirjat/01_julkaisut/02_taloudelliset_katsaukset/97935/97936_fi.pdf Viitattu 12.11.2014.

Zitting, Joakim & Ilmarinen, Katja (2011) Missä on lähipalvelu? Lähipalvelukäsitteen määrittely ja käyttö julkisissa asiakirjoissa. Raportti 43/2010. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Helsinki: Yliopistopaino.

Liite 1. Saatekirje

Kaski Bia

SAATE

Porin perusturva

bia.kaski@pori.fi

gsm. 0400 327 354

Arvoisa vastaanottaja,

Opiskelen Tampereen yliopiston Porin yksikössä pääaineenani sosiaalitiede. Teen sosiaalitieteiden maisterin tutkintoon kuuluvaa pro gradu – tutkielmaani.

Tutkimuksen yhtenä osana kartoitetaan Porin perusturvan yhteistoiminta-alueen lähipalveluihin liittyviä asioita.

Kyselyyn on mahdollista vastata netissä olevan linkin kautta, tai paperiversiona ja palauttaa perusturvan toimipisteeseen.

Teidän näkemyksenne ja kokemuksenne lähipalveluihin liittyvistä asioista ovat ensiarvoisen tärkeitä ja toivon, että palauttaisitte kyselylomakkeen huolellisesti täytettynä.

Kyselyyn tulee vastata viimeistään 14.10.201.

Tutkielmani ohjaajana toimii Tampereen yliopiston yliassistentti Ossi Eskelinen

Annan myös itse mielelläni lisätietoja kyselylomakkeeseen liittyen.

Lämmin kiitos vastauksistanne ja hyvää syksyn jatkoa!

Yhteistyöterveisin,

Bia Kaski

17	Sairaalan poliklinikka	4	3	2	1
18	Lastensuojelu - avohuolto	4	3	2	1
19	Lastensuojelu - sijaishuolto	4	3	2	1
20	Perheasiyksikkö	4	3	2	1
21	Kasvatus- ja perheneuvonta	4	3	2	1
22	Aikuissosiaalityö ja toimeentulotuki	4	3	2	1
23	Kotouttaminen	4	3	2	1
24	Kuntouttava työtoiminta	4	3	2	1
25	Vammaispalvelut - avopalvelut	4	3	2	1
26	Vammaispalvelut - asumispalvelut	4	3	2	1
27	Kehitysvammaispalvelut - avopalvelut	4	3	2	1
28	Kehitysvammaispalvelut - asumispalvelut	4	3	2	1
29	Kehitysvammaisten erityishuolto	4	3	2	1
30	Vanhusten ympärivuorokautinen hoito	4	3	2	1
31	Vanhusten kotihoito	4	3	2	1
32	Ikäihmisten päivätoiminta	5	4	3	2
33	Muistihoitajat	5	4	3	2
34	Muu palvelu, mikä?	5	4	3	2

7. Mitä seuraavista palveluista käytätte ja kuinka usein?

Ympyröikää vaihtoehto kunkin käyttämänne palvelun kohdalta.

	Palvelut / Palveluiden käyttö	Päivittäin	Viikoittain	Kuukausittain	Vuosittain	Ei koskaan
1	Lääkärin vastaanotto	5	4	3	2	1
2	Sairaanhoitajan vastaanotto	5	4	3	2	1
3	Äitiysneuvola	5	4	3	2	1
4	Lastenneuvola	5	4	3	2	1
5	Hammaslääkäri	5	4	3	2	1
6	Suuhygienisti	5	4	3	2	1

7	Kouluterveydenhuolto	5	4	3	2	1
8	Opiskeluterveydenhuolto	5	4	3	2	1
9	Avomielenterveystyö	5	4	3	2	1
10	Depressiohoitaja ja psykiatrinen sairaanhoitaja	5	4	3	2	1
11	Mielenterveyspalvelut - asumispalvelu	5	4	3	2	1
12	Mielenterveyspalvelut työ- ja päivätoiminta	5	4	3	2	1
13	Päihdepalvelut – a-klinikkatoiminta	5	4	3	2	1
14	Katkaisuhoito	5	4	3	2	1
15	Päihdekuntoutus	5	4	3	2	1
16	Sairaalan vuodeosasto	5	4	3	2	1
17	Sairaalan poliklinikka	5	4	3	2	1
18	Lastensuojelu - avohuolto	5	4	3	2	1
19	Lastensuojelu - sijaishuolto	5	4	3	2	1
20	Perheasiyksikkö	5	4	3	2	1
21	Kasvatus- ja perheneuvonta	5	4	3	2	1
22	Aikuissosiaalityö ja toimeentulotuki	5	4	3	2	1
23	Kotouttaminen	5	4	3	2	1
24	Kuntouttava työtoiminta	5	4	3	2	1
25	Vammaispalvelut - avopalvelut	5	4	3	2	1
26	Vammaispalvelut - asumispalvelut	5	4	3	2	1
27	Kehitysvammaispalvelut - avopalvelut	5	4	3	2	1
28	Kehitysvammaispalvelut - asumispalvelut	5	4	3	2	1
29	Kehitysvammaisten erityishuolto	5	4	3	2	1
30	Vanhusten ympärivuorokautinen hoito	5	4	3	2	1
31	Vanhusten kotihoito	5	4	3	2	1
32	Ikäihmisten päivätoiminta	5	4	3	2	1
33	Muistihoitajat	5	4	3	2	1

34	Muu palvelu, mikä?	5	4	3	2	1
----	--------------------	---	---	---	---	---

8. Onko teillä mahdollisuus käyttää sähköisiä palveluita? Kyllä Ei

9. Oletteko käyttäneet olemassa olevia sähköisiä palveluita?

Toimeentulotukihakemuksen yhteydessä Kyllä Ei
 Vammaispalveluhakemuksen yhteydessä Kyllä Ei

10. Missä palveluissa mielestänne tulisi käyttää sähköistä palvelua?

11. Mitä mieltä olette seuraavien käyttämienne palvelujen järjestämistapojen palveluajasta?
 Ympyröikää riveittäin mieleisenne vaihtoehto.

		Täysin samaa mieltä	Lähes samaa mieltä	Lähes eri mieltä	Täysin eri mieltä	En osaa sanoa
1	Toimipisteen aukiolopäiviä viikossa tarpeellinen määrä	5	4	3	2	1
2	Toimipisteen aukioloaika arkipäivänä riittävä	5	4	3	2	1
3	Puhelinpalvelun aukioloaika on riittävä	5	4	3	2	1
4	Puhelimeen vastattiin riittävän nopeasti	5	4	3	2	1
5	Pyydetty takaisinsoitto tapahtui riittävän nopeasti	5	4	3	2	1
6	Palveluneuvojan palveluaika on riittävä	5	4	3	2	1

12. Mitä mieltä olette käyttämienne sosiaali- ja terveystieteiden palvelujen sijainnista yleensä?
 (matka kotoa – palvelupisteeseen)
 Ympyröikää riveittäin mieleisenne vaihtoehto.

		Täysin samaa mieltä	Lähes samaa mieltä	Lähes eri mieltä	Täysin eri mieltä	En osaa sanoa
1	Välimatka on sopiva	5	4	3	2	1
2	Julkinen liikenne on toimiva	5	4	3	2	1

13. Miten yleensä mieluiten varaatte ajan vastaanotolle tai tarvitsemiinne muihin palveluihin?
 Ympyröikää 1 – 3 mieleistänne vaihtoehtoa.

1	Puhelimella suoralla kontaktilla
2	Puhelimitse, jättämällä soittopyynnön
3	Toisen toimipisteen / ammattilaisen kautta
4	Edellisen vastaanottokäynnin yhteydessä
5	Internetin kautta
6	Palveluneuvojalta
7	Muulla tavoin, miten?

14. Mistä yleensä haette tarvitsemanne palvelupisteen / palvelun yhteystiedot?

Puhelinluettelosta

Internetistä

Paikallislehdestä

Muualta? _____

15. Onko palveluneuvojen palvelu teille tuttua?

Kyllä Ei

16. Jos olette käyttäneet palveluneuvojen palvelua, mitä mieltä olet seuraavista asioista?

Ympyröikää riveittäin mieleisenne vaihtoehto.

		Täysin samaa mieltä	Lähes samaa mieltä	Lähes eri mieltä	Täysin eri mieltä	En osaa sanoa
1	Palveluneuvojan yhteystieto löytyi helposti	5	4	3	2	1
2	Sain yhteyden palveluneuvojaan riittävän nopeasti	5	4	3	2	1
3	Palvelu oli ammattitaitoista	5	4	3	2	1
4	Palvelu oli kohteliasta	5	4	3	2	1
5	Käytän palvelua tarvittaessa uudelleen	5	4	3	2	1

17. Jos olette asioineet perusturvan toimipisteissä, niin minkälainen palvelukokemus käyntinne oli?

Ympyröikää riveittäin mieleisenne vaihtoehto.

		Täysin samaa mieltä	Lähes samaa mieltä	Lähes eri mieltä	Täysin eri mieltä	En osaa sanoa
1	Yhteystiedot haluamaani palvelupisteeseen löytyivät helposti	5	4	3	2	1
2	Sain yhteyden haluamaani palvelupisteeseen helposti	5	4	3	2	1
3	Sain ajan vastaanotolle riittävän nopeasti	5	4	3	2	1
4	Odotusaika paikanpäällä oli kohtuullinen	5	4	3	2	1
5	Tilat olivat viihtyisät	5	4	3	2	1
6	Opasteet ovat selkeitä	5	4	3	2	1
7	Yleinen ilmapiiri oli hyvä	5	4	3	2	1
8	Vastaanotolla mielipiteeni otettiin huomioon	5	4	3	2	1
9	Sain hoidettua asiani	5	4	3	2	1
10	Palvelutilanne oli rauhallinen	5	4	3	2	1
11	Tarvitsemani palvelu toteutui hyvin	5	4	3	2	1
12	Saamani kohtelu oli ystävällistä	5	4	3	2	1
13	Saamani palvelu oli luottamuksellista	5	4	3	2	1
14	Paneutuminen asiaani oli kattavaa	5	4	3	2	1
15	Saamani palvelu oli asiantuntevaa	5	4	3	2	1
16	Saamani palvelu oli yksilöllistä	5	4	3	2	1
17	Sain ennaltaehkäisevää neuvontaa	5	4	3	2	1
18	Ohjeet muuttivat toimintaani	5	4	3	2	1
19	Sain riittävästi ohjeita ja neuvoja jatkohoitoon	5	4	3	2	1
20	Ohjeet ja neuvot olivat ymmärrettäviä	5	4	3	2	1
20	Ohjeet auttoivat	5	4	3	2	1

18. Oletteko saaneet osallistua teihin kohdistuvaan palvelusuunnitelman laatimiseen?

Kyllä Ei Ei tarvetta

Mikäli ette saaneet osallistua, mihin olisitte halunneet osallistua?

19. Oletteko osallistuneet perusturvan palveluiden kehittämiseen? Kyllä Ei

Jos vastasit kyllä, niin mihin?

20. Jos osallistuisitte teitä kiinnostavien palveluiden kehittämiseen, mikä olisi hyvä keino? Rastittakaa teille mieluisin / mieluisimmat vaihtoehdot.

- Asiakaspalautteet
 Asiakasraadit tietyille kohdejoukolle (tiettyyn palveluun tai ikäryhmään liittyen)
 Aiheeseen liittyvät asiakastilaisuudet asiakkaiden kuulemistä varten
 Muulla tavoin,
miten? _____

21. Ketkä mielestänne voivat osallistua sosiaali- ja terveystalvelujen tuottamiseen?

Valitkaa yksi tai useampi vaihtoehto.

- Valtio
 Kunnat
 Yksityinen sektori
 Kolmannen sektorin toimijat (yhdistykset, järjestöt)
 Seurakunnat

22. Oletteko saaneet tietoa sosiaali- ja terveystalveluyritysten ja kolmannen sektorin talveluista?

Kyllä Ei

23. Miten alla olevat talvelut ovat mielestänne muuttuneet yhteistoiminta-alueen muodostumisen jälkeen (Merikarvia- Ulvila – Lavia liittyivät Porin yhteistoiminta-alueeseen)?

Ympyröikää riveittäin mieleisenne vaihtoehto.

		Parantunut	Ei muutosta	Huonontunut	En osaa sanoa
1	Ajanvarauksen helppous	4	3	2	1
2	Takaisin soitto /soittopyyntö	4	3	2	1
3	Yhteystietojen löytäminen	4	3	2	1
4	Puheluun vastaaminen	4	3	2	1
5	Ajan saaminen riittävän nopeasti	4	3	2	1
6	Odotusaika vastaanottopisteessä	4	3	2	1
7	Talvelun ystävällisyys	4	3	2	1
8	Henkilökunnan asiantuntemus	4	3	2	1
9	Henkilökunta tuntee tilanteeni	4	3	2	1
10	Aiempien tietojeni saatavuus vastaanottotilanteessa	4	3	2	1
11	Neuvonta saatavilla olevista talveluista	4	3	2	1
12	Vastaanottopisteen sijainti	4	3	2	1

24. Mistä mielestänne muodostuu hyvä palvelukokemus?

25. Millaisia mielestänne sosiaali- ja terveyspalveluiden lähipalveluiden pitäisi olla?

26. Mitä vielä haluaisitte tuoda esille?

KIITOS VASTAUKSISTANNE!

Liite 3. Kyselylomake esimiehille

PORI

PORIN PERUSTURVAN YHTEISTOIMINTA-ALUEEN PALVELUJEN KYSELYLOMAKE ESIMIEHILLE

Palvelualueesi: 1 Sosiaali- ja perhepalvelut 2 Terveys- ja hyvinvointipalvelut
3 Vanhuspalvelut 4 Kuntoutus- ja sairaalapalvelut

1. Kuinka seuraavia sosiaali- ja terveystoimen palveluja tulisi mielestäsi järjestää?
Ympyröi sopiva / sopivat vaihtoehdot.

	Palvelut / Palveluiden tuottaminen	Lähipalvelu	Keskitettypalvelu	Mobiilipalvelu	Nettipalvelu
1	Lääkärin vastaanotto	5	4	3	2
2	Sairaanhoidajan vastaanotto	5	4	3	2
3	Äitiysneuvolapalvelut	5	4	3	2
4	Lastenneuvolapalvelut	5	4	3	2
5	Hammaslääkäri	5	4	3	2
6	Suuhygienisti	5	4	3	2
7	Kouluterveydenhuolto perusopetuksessa	5	4	3	2
8	Opiskeluterveydenhuolto	5	4	3	2
9	Avomielenterveystyö	5	4	3	2
10	Depressiohoitaja ja psykiatrinen sairaanhoitaja	5	4	3	2
11	Mielenterveyspalvelut - asumispalvelu	5	4	3	2
12	Mielenterveyspalvelut työ- ja päivätoiminta	5	4	3	2
13	Päihdepalvelut – a-klinikkatoiminta	5	4	3	2
14	Katkaisuhoito	5	4	3	2
15	Päihdekuntoutus	5	4	3	2
16	Sairaalan vuodeosasto	5	4	3	2
17	Sairaalan poliklinikka	5	4	3	2
18	Lastensuojelu - avohuolto	5	4	3	2

19	Lastensuojelu - sijaishuolto	5	4	3	2
20	Perheasiayksikkö	5	4	3	2
21	Kasvatus- ja perheneuvonta	5	4	3	2
22	Aikuissosiaalityö ja toimeentulotuki	5	4	3	2
23	Kotouttaminen	5	4	3	2
24	Kuntouttava työtoiminta	5	4	3	2
25	Vammaispalvelut - avopalvelut	5	4	3	2
26	Vammaispalvelut - asumispalvelut	5	4	3	2
27	Kehitysvammaispalvelut - avopalvelut	5	4	3	2
28	Kehitysvammaispalvelut - asumispalvelut	5	4	3	2
29	Kehitysvammaisten erityishuolto	5	4	3	2
30	Vanhusten ympärivuorokautinen hoito	5	4	3	2
31	Vanhusten kotihoito	5	4	3	2
32	Ikäihmisten päivätoiminta	5	4	3	2
33	Muistihoidajat	5	4	3	2
34	Muuta?	5	4	3	2

2. Voiko sosiaali- ja terveystoimen palveluissa hyödyntää seuraavia palvelumuotoja?
Ympyröi sopiva / sopivat vaihtoehdot.

	Palvelut / Palveluiden käyttö	palveluseteli	sähköinen ajanvaraus	sähköinen lomake	Ei mitään mainituista
1	Lääkärin vastaanotto	5	4	3	2
2	Sairaanhoitajan vastaanotto	5	4	3	2
3	Äitiysneuvolanpalvelut	5	4	3	2
4	Lastenneuvolanpalvelut	5	4	3	2
5	Hammaslääkäri	5	4	3	2
6	Suuhygienisti	5	4	3	2
7	Kouluterveydenhuolto	5	4	3	2
8	Opiskeluterveydenhuolto	5	4	3	2

9	Avomielenterveystyö	5	4	3	2
10	Depressiohoitaja ja psykiatrinen sairaanhoitaja	5	4	3	2
11	Mielenterveyspalvelut - asumispalvelu	5	4	3	2
12	Mielenterveyspalvelut työ- ja päivätoiminta	5	4	3	2
13	Päihdepalvelut – a-klinikkatoiminta	5	4	3	2
14	Katkaisuhoito	5	4	3	2
15	Päihdekuntoutus	5	4	3	2
16	Sairaalan vuodeosasto	5	4	3	2
17	Sairaalan poliklinikka	5	4	3	2
18	Lastensuojelu - avohuolto	5	4	3	2
19	Lastensuojelu - sijaishuolto	5	4	3	2
20	Perheasiyksikkö	5	4	3	2
21	Kasvatus- ja perheneuvonta	5	4	3	2
22	Aikuissosiaalityö ja toimeentulotuki	5	4	3	2
23	Kotouttaminen	5	4	3	2
24	Kuntouttava työtoiminta	5	4	3	2
25	Vammaispalvelut - avopalvelut	5	4	3	2
26	Vammaispalvelut - asumispalvelut	5	4	3	2
27	Kehitysvammaispalvelut - avopalvelut	5	4	3	2
28	Kehitysvammaispalvelut - asumispalvelut	5	4	3	2
29	Kehitysvammaisten erityishuolto	5	4	3	2
30	Vanhusten ympärivuorokautinen hoito	5	4	3	2
31	Vanhusten kotihoito	5	4	3	2
32	Ikäihmistien päivätoiminta	5	4	3	2
33	Muistihoitajat	5	4	3	2
34	Muuta?	5	4	3	2

3. Onko edellisten lisäksi mielestäsi palvelua, jota tulisi lisätä?

Kyllä Ei

Mitä palvelua?

4. Onko mielestäsi palvelua, jota voisi vähentää? Kyllä Ei
Mikä palvelu / Mitä palveluita?

5. Mitä mieltä olet palveluihinne kohdistuvista palveluajoista?
Ympyröi mieleisesi vaihtoehto.

		Täysin samaa mieltä	Lähes samaa mieltä	Lähes eri mieltä	Täysin eri mieltä	En osaa sanoa
1	Toimipisteen aukiolopäiviä on tarpeellinen määrä viikossa	5	4	3	2	1
2	Toimipisteen aukioloaika arkipäivänä on riittävä	5	4	3	2	1
3	Puhelinpalvelun aukioloaika on riittävä	5	4	3	2	1
4	Palveluneuvojan palveluaika on riittävä	5	4	3	2	1

6. Mitä mieltä olet palvelualueesi palveluiden saavutettavuudesta?
Ympyröi mieleisesi vaihtoehto.

		Täysin samaa mieltä	Lähes samaa mieltä	Lähes eri mieltä	Täysin eri mieltä	En osaa sanoa
1	Toimipisteitä on riittävä määrä	5	4	3	2	1
2	Toimipisteiden sijainti palvelualueella on hyvä	5	4	3	2	1
3	Palvelut ovat sopivan välimatkan päässä	5	4	3	2	1
4	Palvelut ovat saavutettavissa julkisella liikenteellä	5	4	3	2	1

7. Miten palvelualueenne palveluiden saavutettavuutta voisi parantaa?

8. Miten haluat asiakkaan varaavan ajan palveluihinne?
Ympyröi vaihtoehto / vaihtoehdot. Ympyröi vaihtoehto / vaihtoehdot

1	Puhelimella suoralla kontaktilla
2	Puhelimitse, jättämällä soittopyynnön
3	Toisen toimipisteen / ammattilaisen kautta
4	Edellisen vastaanottokäynnin yhteydessä
5	Internetin kautta
6	Palveluneuvojalta

7	Muulla tavoin, miten?
---	-----------------------

9. Mitä mieltä olet toimintaanne liittyvistä fyysistä tiloista ja palvelutilanteesta?
Ympyröi mieleisesi vaihtoehto.

		Täysin samaa mieltä	Lähes samaa mieltä	Lähes eri mieltä	Täysin eri mieltä	En osaa sanoa
1	Yhteystiedot palvelupisteeseen löytyvät helposti	5	4	3	2	1
2	Vastaanotolle saa hyvin aikoja	5	4	3	2	1
3	Odotusaika paikanpäällä on kohtuullinen	5	4	3	2	1
4	Tilat ovat viihtyisiä	5	4	3	2	1
5	Opasteet ovat selkeitä	5	4	3	2	1
6	Yleinen ilmapiiri on hyvä	5	4	3	2	1
7	Asiakkaan palvelutilanteeseen varataan riittävästi aikaa	5	4	3	2	1
8	Asiakkaan palvelutarve pystytään toteuttamaan	5	4	3	2	1
9	Asiakasta ehditään ohjeistamaan jatkoa ajatellen	5	4	3	2	1

10. Voiko asiakas osallistua palvelu / hoitosuunnitelmansa tekemiseen? Kyllä Ei

Kyllä - Millä tavoin?

Ei - Minkä vuoksi?

11. Voiko asiakas osallistua heille kohdennettujen lähipalveluiden kehittämiseen? Kyllä Ei

12. Millä tavalla asiakas voisi osallistua lähipalveluiden kehittämiseen?

Valitse yksi tai useampi vaihtoehto.

- Asiakaspalautteet
- Asiakasraadit tietyille kohdejoukolle (tiettyyn palveluun tai ikäryhmään liittyen)
- Aiheeseen liittyvät asiakastilaisuudet asiakkaiden kuuntelemista varten
- Muulla tavoin, miten? _____

13. Ketkä mielestänne voivat osallistua sosiaali- ja terveyspalvelujen tuottamiseen?

Valitse yksi tai useampi vaihtoehto.

- Valtio
 Kunnat
 Yksityinen sektori
 Kolmannen sektorin toimijat (yhdistykset, järjestöt)
 Seurakunnat

14. Kerrotko asiakkaalle muiden palvelutuottajien sosiaali- ja terveyspalveluiden palveluista (yksityinen ja kolmas sektori)? Kyllä Ei

15. Onko sinulla tarpeeksi tietoa sosiaali- ja terveyspalveluiden palvelutuottajien palveluista (yksityinen ja kolmas sektori)? Kyllä Ei

16. Miten alla olevat palvelut ovat mielestäsi muuttuneet neljän viime vuoden aikana?
Ympyröi mieleisesi vaihtoehto.

		Ei muutosta	Parantunut	Huonontunut
1	Asiakkaan ajanvarauksen helppous	3	2	1
2	Asiakkaalle takaisin soitto	3	2	1
3	Asiakkaan yhteystietojen löytyminen	3	2	1
4	Asiakkaan puheluun vastaaminen	3	2	1
5	Asiakas saa haluamansa palveluajan riittävän nopeasti	3	2	1
6	Asiakkaan odotusaika vastaanottopisteessä	3	2	1
7	Asiakaspalvelun ystävällisyys	3	2	1
8	Henkilökunnan asiantuntemus	3	2	1
9	Henkilökunta tuntee asiakkaan tilanteen / taustan	3	2	1
10	Aiempien tietojen saatavuus vastaanottotilanteessa	3	2	1
11	Asiakkaan neuvonta saatavilla olevista palveluista	3	2	1
12	Vastaanottopisteiden sijainti asiakkaannäkökulmasta	3	2	1

17. Mistä mielestäsi muodostuu hyvä palvelukokemus?

18. Millaisia mielestäsi lähipalveluiden tulisi olla?

19. Mitä vielä haluaisit tuoda esille?

KIITOS VASTAUKSISTASI!