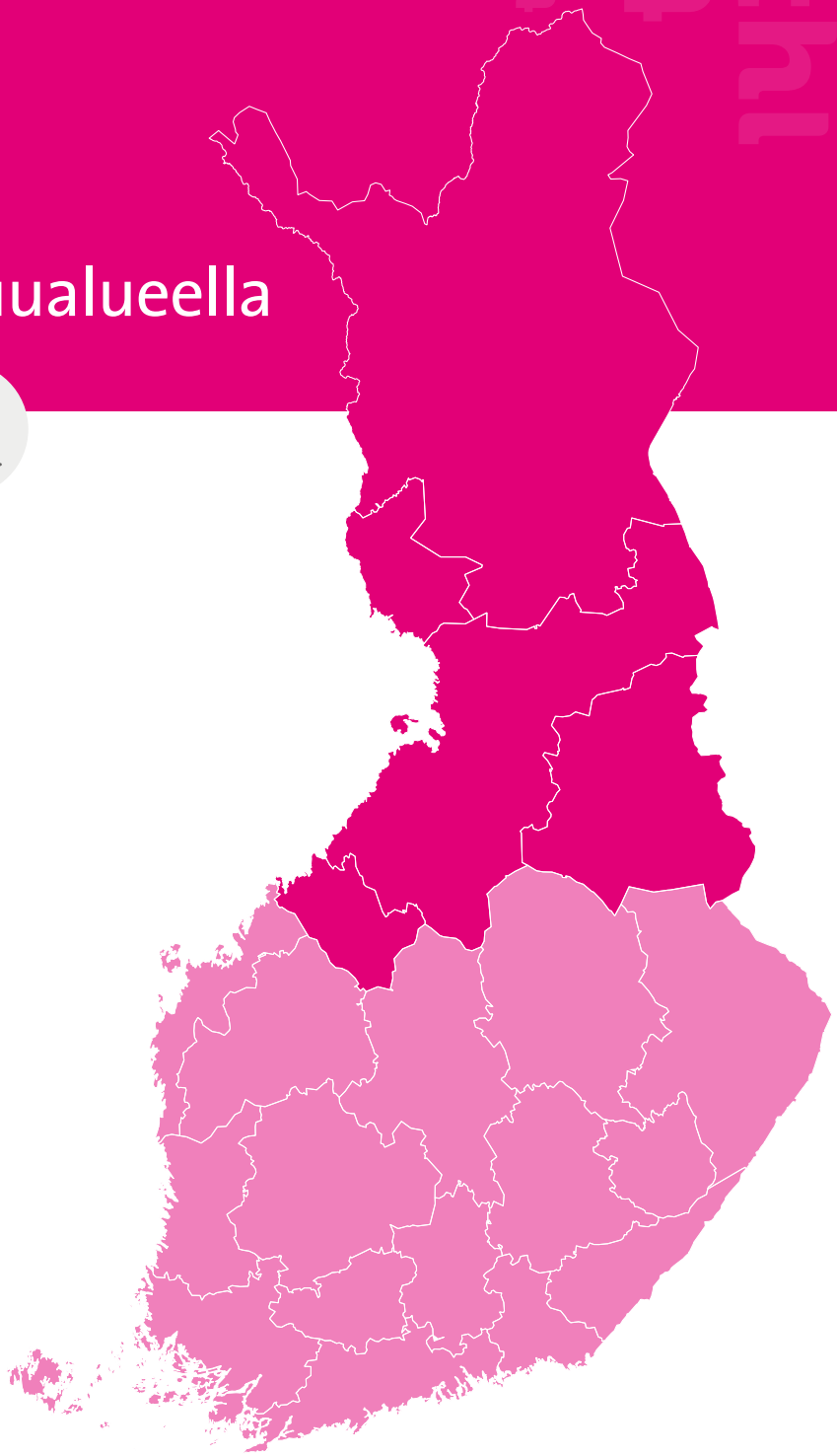
TIEDOSTA ARVIOINTIIN

tavoitteena paremmat palvelut

Sosiaali- ja terveyspalvelut OYS-erityisvastuualueella

PÄÄTÖSTEN TUEKSI 8/2019



Pohjois-Pohjanmaa
Kainuu
Keski-Pohjanmaa
Lappi
Länsi-Pohja
Mellersta Österbotten

Asiantuntija-arvio 2019

THL:n asiantuntijaryhmä

THL:n asiantuntijaryhmä

Arvioinnin vastuuhenkilönä on toiminut tietoylijohtaja, professori ***Pekka Rissanen***.
Arviointityötä on koordinoinut projektipäällikkö ***Kimmo Parhiala***.

Alueellisina arviointipäälliköinä ovat toimineet:
Tiina Hetemaa, Pohjois-Pohjanmaa, Kainuu, Keski-Pohjanmaa, Lappi, Länsi-Pohja
Nina Knape, Helsinki ja Uusimaa, Etelä-Karjala, Kymenlaakso, Päijät-Häme
Raimo Kekkonen, Pohjois-Savo, Etelä-Savo, Itä-Savo, Keski-Suomi, Pohjois-Karjala
Hannele Ridanpää, Varsinais-Suomi, Satakunta, Vaasa
Eija Rintala, Pirkanmaa, Etelä-Pohjanmaa, Kanta-Häme

Tehtäväkokonaisuuksien ja ulottuvuuksien arvioinnin asiantuntijaryhmien vastuuhenkilöinä ovat toimineet:
Aikuisten mielenterveys-, päihde- ja sosiaalipalvelut
tutkimusprofessori ***Jaana Suvisaari***
erityisasiantuntija ***Eeva Liukko***
Hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen
johtava asiantuntija ***Anne Lounamaa***
Ikääntyneiden palvelut
tutkimuspäällikkö ***Minna-Liisa Luoma***
Lasten, nuorten ja perheiden palvelut
johtava asiantuntija ***Arja Hastrup***
Perusterveydenhuolto
ylilääkäri ***Anu Niemi***
Rahoitus ja kustannukset
tutkimuspäällikkö ***Mikko Peltola***
Somaattinen erikoissairaanhoito ja ensihoito
kehittämispäällikkö ***Pirjo Häkkinen***
Suun terveydenhuolto
johtava ylihammaslääkäri ***Marina Merne-Grafström*** (Turun kaupunki)
Terveydensuojelu
johtava asiantuntija ***Jari Jalava***
Vammaisten palvelut
johtava asiantuntija ***Päivi Nurmi-Koikkalainen***

Kaikkiaan arvioinnin asiantuntijaryhmä koostuu noin 100 THL:n asiantuntijasta.

Päätösten n tueksi 8/2019
ISBN:978-952-343-429-5 (verkko)
ISSN 1799-3946 (verkko)
URN:ISBN:978-952-343-429-5

Sisällys

	Arvioinnin taustaa	**5**
1	**Väestötekijät ja järjestämistehtävän yleiset edellytykset**	**6**
1.1	Väestö ja elinolot	6
1.2	Järjestämissopimus, järjestämissuunnitelma ja valmiussuunnitelma	7
1.3	ICT-ratkaisut	9
1.4	Henkilöstö vuonna 2018	9
2	**Pohjois-Pohjanmaa**	**12**
2.1	Asiantuntija-arvio	12
2.2	Toimintaympäristö	14
2.3	Sosiaali- ja terveyspalvelujen rahoitus ja kustannukset	16
2.4	Hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen	19
2.5	Terveydensuojelu	21
2.6	Somaattinen erikoissairaanhoito ja ensihoito	22
2.7	Perusterveydenhuolto	24
2.8	Suun terveydenhuolto	26
2.9	Lasten, nuorten ja perheiden palvelut	27
2.10	Aikuisten mielenterveys-, päihde- ja sosiaalipalvelut	30
2.11	Vammaisten palvelut	33
2.12	Ikääntyneiden palvelut	35
3	**Kainuu**	**37**
3.1	Asiantuntija-arvio	37
3.2	Toimintaympäristö	39
3.3	Sosiaali- ja terveyspalvelujen rahoitus ja kustannukset	41
3.4	Hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen	45
3.5	Terveydensuojelu	47
3.6	Somaattinen erikoissairaanhoito ja ensihoito	48
3.7	Perusterveydenhuolto	50
3.8	Suun terveydenhuolto	52
3.9	Lasten, nuorten ja perheiden palvelut	53
3.10	Aikuisten mielenterveys-, päihde- ja sosiaalipalvelut	56
3.11	Vammaisten palvelut	59
3.12	Ikääntyneiden palvelut	60
4	**Keski-Pohjanmaa**	**62**
4.1	Asiantuntija-arvio	62
4.2	Toimintaympäristö	64
4.3	Sosiaali- ja terveyspalvelujen rahoitus ja kustannukset	66
4.4	Hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen	69
4.5	Terveydensuojelu	71
4.6	Somaattinen erikoissairaanhoito ja ensihoito	72
4.7	Perusterveydenhuolto	74
4.8	Suun terveydenhuolto	76
4.9	Lasten, nuorten ja perheiden palvelut	77
4.10	Aikuisten mielenterveys-, päihde- ja sosiaalipalvelut	79
4.11	Vammaisten palvelut	81
4.12	Ikääntyneiden palvelut	82

5	**Lappi**	**84**
5.1	Asiantuntija-arvio	84
5.2	Toimintaympäristö	86
5.3	Sosiaali- ja terveyspalvelujen rahoitus ja kustannukset	88
5.4	Hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen	91
5.5	Terveydensuojelu	93
5.6	Somaattinen erikoissairaanhoito ja ensihoito	94
5.7	Perusterveydenhuolto	96
5.8	Suun terveydenhuolto	98
5.9	Lasten, nuorten ja perheiden palvelut	99
5.10	Aikuisten mielenterveys-, päihde- ja sosiaalipalvelut	102
5.11	Vammaisten palvelut	104
5.12	Ikääntyneiden palvelut	105
6	**Länsi-Pohja**	**107**
6.1	Asiantuntija-arvio	107
6.2	Toimintaympäristö	109
6.3	Sosiaali- ja terveyspalvelujen rahoitus ja kustannukset	111
6.4	Hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen	114
6.5	Terveydensuojelu	116
6.6	Somaattinen erikoissairaanhoito ja ensihoito	117
6.7	Perusterveydenhuolto	119
6.8	Suun terveydenhuolto	121
6.9	Lasten, nuorten ja perheiden palvelut	122
6.10	Aikuisten mielenterveys-, päihde- ja sosiaalipalvelut	125
6.11	Vammaisten palvelut	127
6.12	Ikääntyneiden palvelut	129
7	**Mellersta Österbotten**	**131**
7.1	Expertutvärdering	131
7.2	Verksamhetskontext	134
7.3	Social- och hälsovårdens finansiering och kostnader	136
7.4	Främjande av hälsa och välfärd	140
7.5	Hälsoskydd	142
7.6	Specialiserad somatisk sjukvård och prehospital akutsjukvård	143
7.7	Primärvård	145
7.8	Mun- och tandvård	147
7.9	Tjänster för barn, unga och familjer	148
7.10	Mentalvårds- och missbrukartjänster och socialservice för vuxna	151
7.11	Tjänster för personer med funktionsnedsättning	154
7.12	Tjänster för äldre	156
	Áššedovdiárvvoštallan	**158**
	Äššitobdeeárvuštâllâm	**161**
	Ä'šštobddi- a'rvvõs	**164**
	Menetelmät ja laatuseloste	**166**
	Lähteet ja arvioinnissa käytetty tausta-aineisto	**168**

Arvioinnin taustaa

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos THL arvioi vuosittain sote-palvelujen järjestämistä maan eri alueilla. Arviointi tehdään sosiaali- ja terveysministeriön toimeksiannosta, mutta arvioinnin kohteet perustuvat sosiaali- ja terveyspalvelujen järjestämistä koskevaan lainsäädäntöön.

Arvioinnin sisältö muodostuu suoriutumisen ulottuvuuksista, joita tänä vuonna tehdyissä arvioinneissa ovat olleet palvelujen yhdenvertainen saatavuus, laatu ja vaikuttavuus, asiakaslähtöisyys ja integraatio sekä rahoitus ja kustannukset. Erityisesti arvioitiin palvelujen saatavuutta, integraatiota ja kustannusvaikuttavaa toteuttamista. Arvioinnissa on vertailtu sairaanhoitopiirien alueilla kuntien ja kuntayhtymien järjestämiä sosiaali- ja terveyspalveluja sekä verrattu niiden toteutumista muun maan tilanteeseen. Lisäksi on lyhyesti kuvattu erikoissairaanhoidon erityisvastuualueen (erva) toimintaympäristöä sekä sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen tarvetta.

Arvioinnin tietolähteet monipuolisia

THL on koonnut arvioinnissa käytetyn tietopohjan ns. KUVA-indikaattoreista. Indikaattorien taustatiedot, viimeisimmät arvot ja arvojen kehitys alueittain ovat avoimesti tarkasteltavissa THL:n Tietoikkunassa (www.thl.fi/tietoikkuna).

Arvioinnin tietolähteinä edellä mainittujen KUVA-indikaattoreiden lisäksi käytettiin THL:n, sosiaali- ja terveysministeriön sekä valtiovarainministeriön kokoamaa dokumenttiaineistoa alueiden suunnitelmista, hallinnosta ja toimintatavoista. Materiaalina hyödynnettiin lisäksi alueiden toimijoiden omia aineistoja sekä valvontaviranomaisten raportteja. THL:n asiantuntijat olivat arvioinnin eri vaiheissa yhteydessä alueiden yhteyshenkilöiden ja muiden toimijoiden kanssa.

Arvioinnissa käytettiin kansallisia tietolähteitä, jotka kattavat pääosin kaikki arvioidut alueet. Arviointi kohdistuu vuoteen 2018. Pieni osa tiedoista on vuodelta 2017 tai sitä vanhempia. Tuoreimmat arvioinnissa käytetyt tiedot ovat tulleet indikaattoreihin 12.9.2019. Poikkeuksena ovat tiedot nettokäyttökustannuksista ja väestöennusteesta.

Kaikkia arvioinnin kannalta tärkeitä tietoja ei koota kansallisesti vertailukelpoisella tavalla, tai niiden käyttö ei ole ollut lainsäädännön vuoksi mahdollista. Katvealueita on erityisesti sosiaalipalvelujen tietopohjassa.

Arviointi tukee ohjausta ja kehittämistyötä

THL:n arviointitoiminnon tavoitteena on, että asiantuntija-arvioinnit tukevat paitsi ministeriöiden ohjaustehtävää myös alueiden omaa muutos- ja kehittämistyötä.

Kiitämme lämpimästi alueen yhdyshenkilöitä ja muita arviointiin osallistuneita sekä Valviran, aluehallintovirastojen ja THL:n asiantuntijoita yhteistyöstä sote-järjestämistehtävän onnistumisen arvioinnissa.

Helsingissä 10.12.2019

Tiina Hetemaa
Arviointipäällikkö

Pekka Rissanen
Tietoylijohtaja

1 Väestötekijät ja järjestämistehtävän yleiset edellytykset

1.1 Väestö ja elinolot

Oulun yliopistollisen sairaalan erityisvastuualueeseen kuuluvat Pohjois-Pohjanmaan, Kainuun, Keski-Pohjanmaan, Länsi-Pohjan ja Lapin sairaanhoitopiirit. Erityisvastuualue on noin puolet Manner-Suomen pinta-alasta, ja siellä on maan kaksi maantieteellisesti suurinta sairaanhoitopiiriä, Pohjois-Pohjanmaa ja Lappi, sekä kaksi harvaan asutuinta, Lappi ja Kainuu. Väestömäärältään Pohjois-Pohjanmaa on maan neljänneksi suurin, kun taas muut neljä aluetta on maan kuuden pienimmän joukossa. Väestö on vähentynyt vuodesta 2010 vuoteen 2018 Länsi-Pohjassa ja Kainuussa, pysynyt lähes ennallaan Keski-Pohjanmaalla ja Lapissa ja kasvanut Pohjois-Pohjanmaalla. Vuonna 2018 tehdyn, vuoteen 2030 asti ulottuvan väestöennusteen mukaan väestö vähenisi kaikilla pohjoisen alueilla: Pohjois-Pohjanmaalla (0,4 %), Lapissa (2,5 %), Keski-Pohjanmaalla (4,2 %), Länsi-Pohjassa (10,8 %) ja Kainuussa (11,5 %).

Väestöllinen huoltosuhde on koko alueella maan keskiarvoa korkeampi. Synnyttäneisyys hedelmällisessä iässä olevilla naisilla on korkea; kaikki viisi sairaanhoitopiiriä kuuluivat maan seitsemän kärkipaikkaa pitävän alueen joukkoon. Pohjois-Pohjanmaalla 0–17-vuotiaiden osuus väestöstä oli maan suurin ja Keski-Pohjanmaalla toiseksi suurin vuonna 2018, muilla pohjoisen alueilla se oli alle maan keskitason. Yli 65-vuotiaiden osuus oli Kainuussa maan kolmanneksi suurin, ja muillakin alueilla se oli keskivertoa suurempi, lukuun ottamatta Pohjois-Pohjanmaata, jossa se oli maan toiseksi pienin. Vuoden 2015 väestöennusteen mukaan näin olisi Pohjois-Pohjanmaalla myös vuonna 2030, vaikka ikääntyneiden määrä selkeästi lisääntyykin.

Asunnottomuus on alueilla vähäistä. Ulkomaalaistaustaisia ja äidinkielenään jotain muuta kuin suomea, ruotsia tai saamea puhuvia on vain noin kolme prosenttia väestöstä. Yhden vanhemman perheitä on Keski-Pohjanmaalla maan toiseksi vähiten, vain Lapissa ja Länsi-Pohjassa niitä on maan keskiarvoa enemmän. Ruotsinkielisten osuus on maan toiseksi suurin Keski-Pohjanmaalla. Kouluttautuneisuus oli Pohjois-Pohjanmaalla maan kolmanneksi korkeinta, kun se muilla pohjoisen alueilla oli alle maan keskitason. Koulutuksen ulkopuolelle jääneiden osuus 17–24-vuotiaista oli vain Länsi-Pohjassa maan keskiarvoa suurempi, maan pienin se oli Keski-Pohjanmaalla.

Taloudellinen huoltosuhde oli alueilla maan keskiarvoa suurempi, Länsi-Pohjassa maan toiseksi ja Kainuussa neljänneksi suurin. Työllisten osuus väestöstä oli OYS-erityisvastuualueella maan keskiarvoa pienempi, Länsi-Pohjassa sekä Kainuussa se oli maan pienimpien joukossa. Työttömien osuus työvoimasta oli Keski-Pohjanmaalla maan kolmanneksi pienin, kun se pohjoisen muilla alueilla oli keskivertoa suurempi. Pitkäaikaistyöttömiä työttömistä oli vähemmän kuin maassa keskimäärin, tosin Pohjois-Pohjanmaalla vain hieman vähemmän. Rakennetyöttömyys oli maan kolmanneksi vähäisintä Keski-Pohjanmaalla, mutta muilla pohjoisen alueilla se oli keskivertoista tai yleisempää. Nuorisotyöttömyys oli Keski-Pohjanmaalla vähäisempää, mutta muilla pohjoisen alueilla yleisempää kuin maassa keskimäärin, Länsi-Pohjassa se oli maan yleisintä. Tuloerot olivat alueilla maan pienimpiä vuonna 2017, lukuun ottamatta Pohjois-Pohjanmaata, mutta sielläkin ne olivat pienemmät kuin maassa keskimäärin. Pienituloisiin kotitalouksiin kuului Keski-Pohjanmaalla 12 prosenttia ja pohjoisen muilla alueilla 14–15 prosenttia väestöstä.

Väestön sairastavuus on yleisempää kuin maassa keskimäärin. Ikävakioimaton THL:n sairastavuusindeksi (2014–2016) vaihtelee Keski-Pohjanmaan 104:stä Länsi-Pohjan 136:een, joka on maan toiseksi suurin, eikä ikävakiointi muuta tilannetta.

Kroonisten sairauksien vuoksi erityiskorvattaviin lääkkeisiin oikeutettuja on pohjoisen alueilla enemmän kuin maassa keskimäärin: Kainuussa maan eniten, kolmasosa väestöstä. Kainuun alle 80-vuotiailla oli vuonna 2017 menetettyjä elinvuosia maan toiseksi eniten, kun taas Keski-Pohjanmaalla niitä oli toiseksi vähiten. Työkyvyttömyyseläkettä sai 16–64-vuotiaista keskimääräistä useampi; Kainuussa heidän osuutensa oli maan suurin ja Länsi-Pohjassa toiseksi suurin. Pohjoisen alueilla oli eni-

ten vammaistukea (korotettu ja ylin tuki) saavia alle 16-vuotiaista.

1.2 Järjestämissopimus, järjestämissuunnitelma ja valmiussuunnitelma

OYS-erityisvastuualueella on voimassa terveydenhuoltolain ja valtioneuvoston asetuksen mukainen erikoissairaanhoidon järjestämissopimus. Kainuun keskussairaalalla on STM:n myöntämä poikkeuslupa hoitaa synnytyksiä vuoden 2022 loppuun ja Länsi-Pohjan sairaalalla vuoden 2020 loppuun. Länsi-Pohjan luvan edellytyksenä on kuitenkin, että Länsi-Pohjan ja Lapin sairaanhoitopiirit toimittavat Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin koordinoimana laatimansa ja erityisvastuualueella hyväksytyn suunnitelman maakunnallisesta synnytysten järjestämismallista ja tuotantorakenteesta sekä sen järjestämisen aikataulusta viimeistään 31.12.2019.

Järjestämissuunnitelmia on erityisvastuualueella hyväksytty eripituisille ajanjaksoille ja eri ajankohtina seuraavasti: Kainuun sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymässä on terveydenhuollon järjestämissuunnitelma 2017–2020, Pohjois-Pohjanmaalla on terveydenhuollon järjestämissuunnitelma 2013–2016 ja sen päivitys 2016, Keski-Pohjanmaalla on hyvinvointipalvelujen järjestämissuunnitelma 2017–2018, Lapissa sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämissuunnitelma 2017–2020 ja Länsi-Pohjassa sosiaali- ja terveyspalvelujen järjestämissuunnitelma 2018–2025.

Sosiaali- ja terveydenhuollon päivystysjärjestelyt

Järjestämissopimuksen mukaan ympärivuorokautista päivystystä on kuudessa toimipisteessä:

Taulukko 1. Perustietoja alueesta.

	Pohjois-Pohjanmaa	Kainuu	Keski-Pohjanmaa	Lappi	Länsi-Pohja	Koko maa (vaihteluväli)
Alueen perustiedot						
Pinta-ala, km^2	45 349	22 687	7 719	91 736	8 634	390 908 (5 708 - 91 736)
Väestö 31.12.	409 418	73 061	77 689	117 350	61 172	5 517 919 (41 060 - 1 667 203)
Väestöennuste 2030	407 713	64 651	74 389	114 376	54 535	5 566 685 (34 428 - 1 822 810)
Väestöntiheys, asukkaita/km^2	11,3	3,6	12,5	1,4	8,8	18,2 (1,4 - 190,5)
Väestön ikä- ja perherakenne sekä asuminen						
Syntyvyys (Yleinen hedelmällisyysluku)*	53,5	45,2	55,5	44,0	47,7	44,5 (36,5 - 55,5)
0 - 17-vuotiaat, % väestöstä	23,4	17,1	22,5	17,6	19,1	19,2 (15,1 - 23,4)
65 vuotta täyttäneet, % väestöstä	19,0	27,5	23,1	24,0	25,8	21,8 (17,3 - 31,8)
65 vuotta täyttäneet, % väestöstä, väestöennuste 2030	24,6	35,6	27,7	30,0	33,0	26,3 (20,9 - 40,8)
Huoltosuhde, demografinen	63,1	71,1	72,1	63,2	71,0	60,8 (51,4 - 78,0)
Yhden vanhemman perheet, % lapsiperheistä	19,0	20,6	15,8	23,5	22,8	22,5 (15,4 - 25,6)
Asunnottomat yksin asuvat / 1 000 asukasta	0,3	0,3	0,1	0,1	0,4	0,9 (0,1 - 1,8)

Väestön kielirakenne						
Ruotsinkielinen väestö, % väestöstä 31.12.*	0,2	0,1	14,5	0,2	0,3	5,2 (0,1 - 49,8)
Ulkomaalaistaustaiset / 1 000 asukasta	29,4	28,2	29,8	29,1	34,3	73 (22,6 - 135,4)
Muu kuin suomi, ruotsi tai saame äidinkielenä / 1 000 asukasta*	27,2	27,7	28,2	26,1	28,6	67,7 (20,4 - 126,9)

Väestön työllisyys/työttömyys ja sosioekonominen asema						
Koulutustasomittain*	374	324	325	345	323	369 (315 - 414)
Koulutuksen ulkopuolelle jääneet 17 - 24-vuotiaat, % vastaavanikäisestä väestöstä*	6,6	7,3	5,6	6,1	8,5	8,1 (5,6 - 10,3)
Työlliset, % väestöstä*	39,5	37,0	40,8	40,6	36,7	42,2 (35,9 - 46,9)
Työttömät, % työvoimasta	10,8	11,3	7,4	11,8	12,0	9,7 (6,5 - 13,9)
Pitkäaikaistyöttömät, % työttömistä	29,0	23,6	22,7	24,3	23,7	29,8 (16,1 - 35,7)
Vaikeasti työllistyvät (rakennetyöttömyys), % 15 - 64-vuotiaista	4,7	5,5	3,3	5,0	5,4	4,6 (3,1 - 7,0)
Nuorisotyöttömät, % 18 - 24-vuotiaasta työvoimasta	15,9	16,5	11,0	12,8	19,8	12,3 (7,7 - 19,8)
Taloudellinen huoltosuhde (Elatussuhde)*	153,4	170,5	145,3	146,2	172,8	136,8 (113,3 - 178,6)
Gini-kerroin, käytettävissä olevat tulot*	25,7	23,5	23,4	24,2	23,8	27,7 (23,4 - 30,5)
Kunnan yleinen pienituloisuusaste*	14,3	14,8	12,2	14,1	14,1	12,8 (9,7 - 18,1)

Väestön sairastavuus						
THL:n sairastavuusindeksi, ikävakioimaton**	118,2	130,5	104,2	116,7	136,1	100 (76,8-136,3)
Erityiskorvattaviin lääkkeisiin oikeutettuja, % väestöstä	26,8	33,8	26,3	30,1	29,5	25,4 (20,4 - 33,8)
Menetetyt elinvuodet (PYLL) ikävälillä 0 - 80 vuotta / 100 000 asukasta*	6337	7523	5536	7309	6805	6 321 (5 149-7 720)
Työkyvyttömyyseläkettä saavat, % 16 - 64-vuotiaista	7,4	9,2	6,6	7,8	9	5,9 (4,0 - 9,2)

*2017, **2016

Oulun seudun yhteispäivystyksessä ja Lapin keskussairaalassa on laaja ympärivuorokautinen päivystys, Kainuun, Keski-Pohjanmaan ja Länsi-Pohjan keskussairaaloissa sekä Oulaskankaan sairaalassa on ympärivuorokautinen päivystys. Oulun seudun yhteispäivystys tukee alueen muita päivystäviä yksiköitä, palvelee koko Pohjois-Suomen akuuttihoitoa ja on tiiviissä yhteydessä ensihoitoon. Sopimuksessa todetaan myös, että sairaalakohtaisten päivystysrinkien määrällisiä tarpeita ja muotoja tarkastellaan erikoisaloittain ja sovitetaan sairaaloiden profiileihin ja erityisvastuualueen kokonaisuuteen. Tavoitteena on varmistaa, että omat resurssit riittävät mahdollisimman pitkälle kaikkien henkilöstöryhmien kohdalla. Jos ulkopuolisten päivystäjien käyttö on tarpeen, resurssi hankitaan muodostettavan osuuskunnan kautta ensisijaisesti keskitetysti.

Perusterveydenhuollon ympärivuorokautiseen päivystykseen on Raahen seudun hyvinvointikuntayhtymällä, Kuusamon kaupungilla ja Inarin kunnalla STM:n myöntämä poikkeuslupa 31.12.2020 saakka.

Ympärivuorokautisia sosiaalipäivystyksiä on alueella 14, mikä johtuu osin alueen maantieteellisestä suuruudesta (STM 2019).

Ensihoidon järjestäminen

Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri hallinnoi erityisvastuualueen ensihoitokeskusta, joka vastaa ensihoitovalmiuden ylläpidosta ja johtaa ensihoitopalvelun operatiivista toimintaa koko alueella. Sairaanhoitopiirillä on yhteistoimintasopimukset ensihoitopalvelun toteuttamisesta Oulu-Koillismaan pelastuslaitoksen ja Jokilaaksojen pelastuslaitoksen kanssa, jotka ovat voimassa vuoden 2020 loppuun saakka. Yhteistyöviranomaisina ovat sosiaalitoimi, pelastustoimi, poliisi, rajavartiosto, vapaaehtoiset järjestöt (SPR, Vapepa, meripelastus) ja Puolustusvoimat. Lapin sairaanhoitopiiri järjestää omana toimintanaan jäsenkuntiensa ensihoitopalvelut, ja keskussairaalassa sijaitseva ensihoitokeskus vastaa ensihoitopalvelujen koordinoimisesta ja palvelutasopäätöksen toteutumisesta. Länsi-Pohjan sairaanhoitopiiri järjestää alueellaan ensihoidon ja sairaankuljetuksen omana toimintanaan. Keski-Pohjanmaalla ensihoito on integroitu päivystysjärjestelmään ja kuntayhtymä tuottaa sen omana toimintana. Kainuussa ensihoitopalvelut järjestetään terveystoimen omana toimintana jokaisessa Kainuun kunnassa.

Valmiussuunnitelma

Terveydenhuollon alueellinen valmiussuunnitelma on laadittu yhdessä alueen kuntien kanssa. Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri koordinoi erityisvastuualueen valmiussuunnittelua ja kehittää sitä tukevaa selainpohjaista sähköistä toimintaympäristöä. Jatkokehitystä ja ylläpitoa varten STM on nimennyt sen terveydenhuoltolain 38 §:ssä tarkoitetuksi yhdeksi valtakunnalliseksi toimijaksi. Lisäksi sairaanhoitopiiri kehittää selaimeen uusia ominaisuuksia, ylläpitää olemassa olevia toimintoja ja tarvittaessa antaa koulutusta portaalin käytöstä. Sähköinen toimintaympäristö antaa ajantasaisen tilannekuvan sosiaali- ja terveydenhuollon valmiussuunnittelusta sekä tarjoaa toimijoille valmiussuunnittelua tukevat ohjeet, tiedot ja välineet yhdestä ja samasta portaalista.

1.3 ICT-ratkaisut

OYS-erityisvastuualueen kunnissa on käytössä lukuisia asiakas- ja potilastietojärjestelmiä (taulukko 2). Julkisessa perusterveydenhuollossa on käytössä neljä eri järjestelmää, erikoissairaanhoidossa kaksi ja sosiaalihuollossa kolme järjestelmää. Erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon yhteinen potilastietojärjestelmä on käytössä Kainuun ja Keski-Pohjanmaan sairaanhoitopiirien alueilla, mikä helpottaa toiminnallista integraatiota, koska potilastietojen siirrossa ei ole viiveitä. Länsi-Pohjan alueella on perusterveydenhuollossa käytössä yksi järjestelmä, kun taas Lapissa ja Pohjois-Pohjanmaalla on kummassakin neljä eri järjestelmää. Lapissa on lisäksi otettu vuonna 2019 käyttöön tietoallas, johon on integroitu kolmen kunnan ja keskussairaalan potilaiden terveydenhuollon tiedot. Oulun kaupunki ja kaikki alueen sairaanhoitopiirit ovat mukana UNA-yhteistyössä, jonka tavoitteena on määritellä sosiaali- ja terveydenhuollon tietojärjestelmäkokonaisuuden vaatimukset.

1.4 Henkilöstö vuonna 2018

Kainuun soten tilinpäätöstietojen mukaan henkilöstöä oli 3 822, joista määräaikaisia oli 21 prosenttia. Henkilöstön saatavuudessa oli ongelmia. Psykiat-

rien, silmälääkäreiden, ortopedien ja verisuonikirurgien sekä myös työterveyslääkäreiden saaminen on ollut vaikeaa. Lääkärivajetta on korvattu ostopalveluilla, mutta sopimuskumppanit eivät ole pystyneet aina kattamaan tarvetta. Valtakunnallisesti tehdyssä vertailussa lokakuussa 2018 terveyskeskuslääkäreiden virkojen täyttöaste oli sairaanhoitopiireistä maan heikoin, lääkärivaje oli 19,6 prosenttia. Tilapäisiin sairaanhoitajien ja lähihoitajien sijaisuuksiin on ollut haasteellista saada tarvittaessa tekijöitä. Perhepalveluissa on ollut pulaa kelpoisuusehdot täyttävistä sosiaalityöntekijöistä, ja ostopalveluilla korvattiin myös perheneuvola-, koulupsykologi- ja lääkärivajetta.

Keski-Pohjanmaalla Soitessa oli tilinpäätöskertomuksen mukaan henkilöstöä yhteensä 3 830, joista määräaikaisia oli 28 prosenttia. Alueella on haasteena rekrytoida perusterveydenhuollon lääkäreitä, vaikka lokakuussa 2018 terveyskeskuslääkäreiden kaikissa viroissa oli tekijä. Pulaa oli erikoislääkäreistä pienillä erikoisaloilla ja psykiatriassa. Tilapäisiin sairaanhoitajien ja lähihoitajien sijaisuuksiin oli haasteellista saada tekijöitä. Lisäksi erikoisosaajista, kuten psykologeista ja sosiaalityöntekijöistä, oli pulaa.

Lapin sairaanhoitopiirin tilinpäätöksen ja toimintakertomuksen mukaan henkilöstöä oli vuonna 2018 yhteensä 2 067, mutta kuntien palveluksessa olevan sote-henkilöstön määrästä ei ole tietoja käytettävissä. Saamenkielisen sosiaali- ja terveyspalvelujen henkilöstön saatavuudessa oli puutteita sekä saamelaisten kotiseutualueella että sen ulkopuolella. Valtakunnallisesti tehdyssä vertailussa lokakuussa 2018 terveyskeskuslääkäreiden virkojen täyttöaste oli hyvä, vajetta oli 2,9 prosenttia.

Länsi-Pohjan alueen kunnista Kemi, Tornio, Keminmaa ja Simo perustivat Mehiläinen-ryhmittymän kanssa yhteisyrityksen Mehiläinen Länsi-Pohja Oy:n, jonka toiminta käynnistyi kesäkuussa 2018. Henkilöstöstä sairaanhoitopiiriin jäi 411 ja noin 800 siirtyi yhteisyrityksen palvelukseen. Kuntien sote-henkilöstöä on noin 1200. Lääkäreiden saatavuudessa on ollut ongelmia seuraavilla erikoisaloilla: neurologia, ortopedia, lastentaudit, patologia ja infektiotaudit. Valtakunnallisesti tehdyssä vertailussa lokakuussa 2018 terveyskeskuslääkäreiden virat olivat täynnä. Hoitohenkilökunnan sijaisten hankinnassa oli suuria haasteita.

Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin kunnallisen sote-henkilöstön määrä oli vuoden 2017 lopussa 17 000 työntekijää. Sairaanhoitopiirin kuntayhtymässä henkilöstöä oli 6 900, joista määräaikaisia oli 25 prosenttia. Osaavan hoitohenkilökunnan saatavuudessa oli ongelmia. Lääkäreiden saatavuudessa on ollut ongelmia seuraavilla erikoisaloilla: sisätaudit, keuhkosairaudet, neurologia ja syöpäsairaudet sekä kehitysvammahuolto. Lääkärivajetta on korvattu ostopalveluilla. Vaikeus rekrytoida psykiatrian

Taulukko 2. Käytössä olevat potilas- ja asiakastietojärjestelmät.

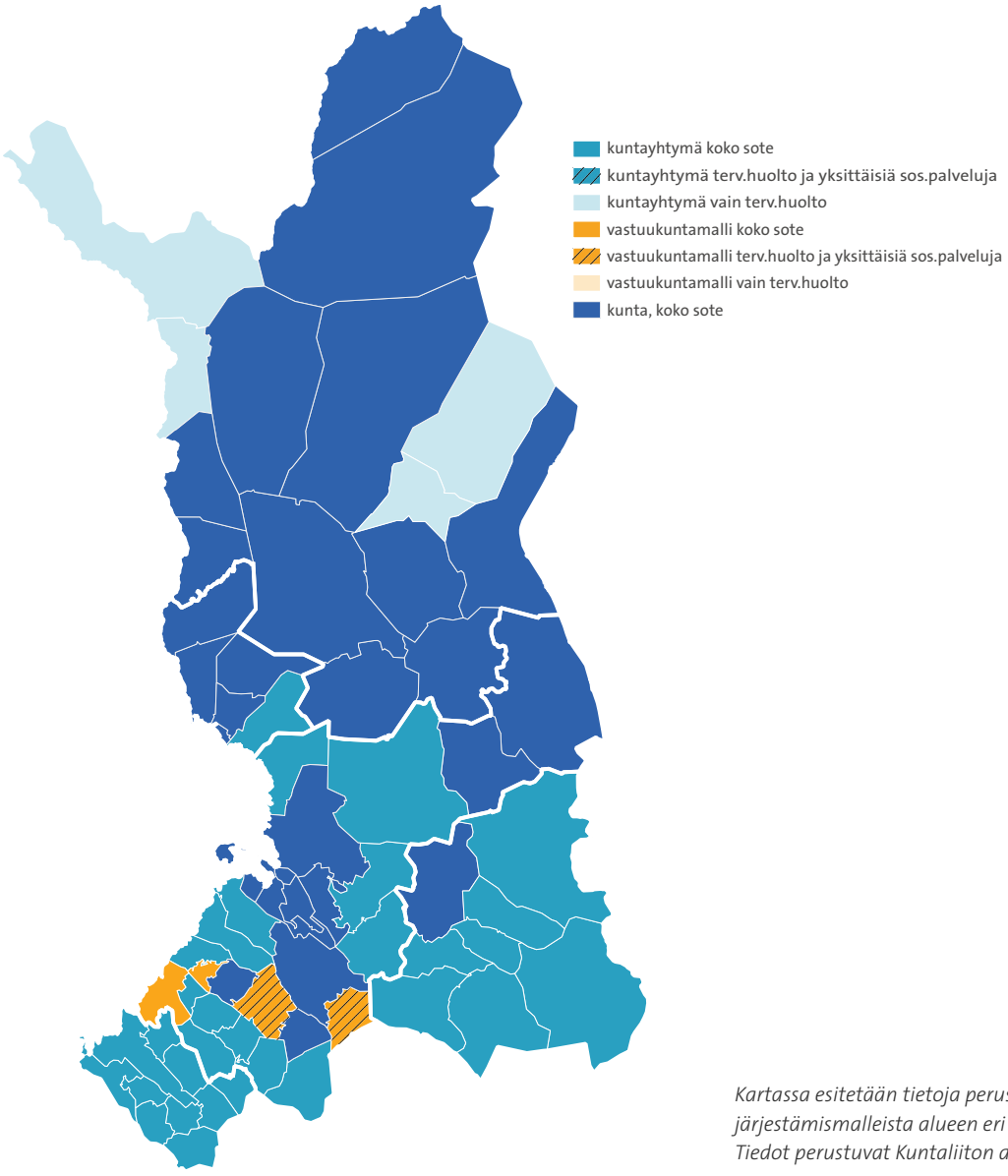
Sairaanhoitopiirin alue	Kuntia	Apotti- tai UNA-hankkeessa mukana	Sosiaalihuolto	Perusterveydenhuolto	Suun terveydenhuolto	Erikoissairaanhoito
Pohjois-Pohjanmaa	29	UNA (shp ja Oulu)	ProConsona, Effica	Mediatri, Pegasos, Lifecare, Effica	Effica, Lifecare, Mediatri	ESKO
Lappi	15	UNA	ProConsona, Effica	Mediatri, Pegasos, Lifecare, Effica	Effica, Lifecare, Mediatri, WinHit	ESKO
Keski-Pohjanmaa	10	UNA	Effica	Lifecare	Lifecare	Lifecare
Kainuu	8	UNA	ProConsona	Lifecare	Lifecare	Lifecare
Länsi-Pohja	6	UNA	ProConsona	Pegasos	WinHit	ESKO
OYS ERVA -alue yhteensä	68	5	3	4	4	2

alan lääkäreitä eläkkeelle jäävien tilalle muodostaa uhan toiminnalle ja koko alueen psykiatrisen hoidon järjestämiselle. Valtakunnallisesti tehdyssä vertailussa lokakuussa 2018 terveyskeskuslääkäreiden virkojen täyttöaste oli hyvä, vajetta oli 2,2 prosenttia.

Ammattibarometrin mukaan keväällä 2019 pulaa oli erityisesti lähi-, sairaan- ja terveydenhoitajista ja sosiaalityön erityisasiantuntijoista (Kainuu, Keski-Pohjanmaa, Lappi, Pohjois-Pohjanmaa), yleis-, erikois- ja hammaslääkäreistä (Kainuu, Keski-Pohjanmaa, Lappi), erikoislääkäreistä (Pohjois-Pohjanmaa), terveydenhuollon bioanalyytikoista (Kainuu, Lappi, Länsi-Pohja), kuulontutkijoista ja puheterapeuteista sekä psykologeista (Keski-Pohjanmaa, Lappi), röntgenhoitajista (Keski-Pohjanmaa ja Länsi-Pohja) ja suuhygienisteistä (Lappi, Länsi-Pohja).

Vuonna 2018 Oulun yliopistollisen sairaalan erityisvastuualueella 29 kuntaa järjesti kaikki sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut itse, kuntayhtymämallilla järjesti kaikki sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut 31 kuntaa ja terveydenhuoltopalvelut 4 kuntaa, vastuukuntamallissa oli 4 kuntaa, joista 2 kuntaa järjesti kaikki sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut ja 2 kuntaa järjesti terveydenhuoltopalvelut sekä yksittäisiä sosiaalipalveluja (kuvio 1).

KUVIO 1. Peruspalvelujen järjestämismallit alueen kunnissa vuonna 2018.



Kartassa esitetään tietoja peruspalvelujen järjestämismalleista alueen eri kunnissa. Tiedot perustuvat Kuntaliiton aineistoihin.

2 Pohjois-Pohjanmaa

2.1 Asiantuntija-arvio

Pohjois-Pohjanmaa on 29 kunnan muodostama 409 000 asukkaan alue. Synnyttäneisyys on suurta ja lapsia on paljon. Väestöennusteen mukaan iäkkäiden määrä kasvaa noin kolmanneksella vuoteen 2030 mennessä, mutta väestömäärä pysyy lähes ennallaan. Alueen kunnat poikkeavat toisistaan väestömäärän, ikärakenteen, sairastavuuden ja työttömyyden suhteen. Väestöllinen huoltosuhde vaihtelee alueen kunnissa 52:sta 105:een ja elatussuhde 134:stä 220:een. Työttömyys on vähentynyt viime vuodet, mutta taloudellinen niukkuus työikäisillä ja lapsiperheissä on yleistä.

Mielenterveyspalvelujen tarve muuta maata suurempaa

Sairastavuus on keskiarvoa suurempaa – THL:n ikävakioimaton sairastavuusindeksi on 118. Mielenterveysindeksi on maan suurimpia, ja erityiskorvattaviin lääkkeisiin psykoosin vuoksi oikeutettuja on maan neljänneksi eniten. Mielenterveysperusteisesti sairauspäivärahaa saavia on maan suurimpia osuuksia sekä nuorissa että työikäisissä. Myös mielenterveyden häiriöiden vuoksi työeläkettä saavia on keskimääräistä enemmän molemmissa ikäryhmissä.

Palvelujen käyttö monin osin muuta maata vähäisempää

Sairaaloiden käyntimäärät ovat selvästi pienemmät kuin maassa keskimäärin. Hoito on laadukasta, komplikaatioita hoitojaksoista oli maan vähiten. Vaikka somaattisen erikoissairaanhoidon lähes kaikki lähetteet käsitellään hoitotakuun mukaisesti, odotusajoissa on viiveitä ja odotusajan mediaani on pidentynyt edellisvuodesta maan pisimpien joukkoon. Suuresta tarpeesta huolimatta julkisten mielenterveyspalvelujen käyttö ei poikkea merkittävästi maan keskitasosta. Kelan korvaamia käyntejä yksityispsykiatrilla on väestöön suhteutettuna maan kolmanneksi eniten. Psykiatreista ennakoidaan tulevan alueella pulaa, mikä voi olla vakava uhka koko hoitojärjestelmälle. Päihdehuoltoon liittyvät pienet luvut selittynevät kirjaamiskäytännöillä Oulun kaupungin osalta. Päihteiden aiheuttamat ongelmat ovat käyntisyynä maan yleisimpiä alueen terveyskeskuksissa.

Perusterveydenhuollon peittävyys on suuri. Saatavuudessa ja riittävyydessä on ongelmia, vaikka väestöön suhteutettuna terveyskeskuslääkäreitä on suhteellisen paljon. Tämä ei kuitenkaan lisää erikoissairaanhoidon päivystyskäyntejä. Perusterveydenhuollossa päivystyskäynnit ovat lisääntyneet huomattavasti, mutta ovat silti maan keskitasoa. Lääkärien työpanosta kohdentuu tarpeen mukaisesti muuta maata enemmän neuvolapalveluihin, mutta myös vuodeosastohoitoon. Sähköisesti tai puhelimella asiointi on lisääntynyt, niiden osuus on jo noin viidennes. Suun terveydenhuolto painottuu selkeästi julkisiin palveluihin ja saatavuudessa on ongelmia.

Koulu- ja opiskeluterveydenhuollon lääkäriresurssit eivät ole suosituksen mukaisia, ja lukioissa psykologeja on niukasti. Tarvetta palveluille ehkä olisi, sillä kuntoutuspsykoterapiaa saaneiden nuorten osuus on suuri. Kodin- ja lastenhoitopalvelujen sekä lastensuojelun palvelujen asiakkaana on paljon perheitä. Lastensuojeluilmoitusten määrä on lisääntynyt, mutta on alle maan keskiarvon. Lastensuojelun hoitotakuuajoissa on ylityksiä, ja tilanne on huonontunut edellisvuodesta. Huostaan otettuja ja sijoitettuja on kuitenkin vähän.

Toimeentulotukien käsittely on sujuvaa, ja työttömien aktivointiaste on noussut.

Vammaistukien saajia on muihin alueisiin verrattuna paljon. Laitoshoitoa on purettu kansallisten tavoitteiden mukaisesti ja maan kehitykseen nähden nopeasti. Kehitysvammaisten asumispalveluissa on asiakkaita keskitasoa enemmän. Kuljetuspalveluissa yhdenvertainen saatavuus on haaste pitkien välimatkojen sekä myös kuntien erilaisten palvelujen järjestämiskäytäntöjen vuoksi. Kotihoitoon on kohdennettu henkilöstöä, mikä näkyy säännöllisen kotihoidon piirissä olevien iäkkäiden korkeana osuutena. Kotihoidon yksiköistä 75 prosentissa on saatavilla yöaikaista palvelua, mutta mahdollisuudet ympärivuorokautiseen lääkärikonsultaatioon ovat verraten heikot.

Sosiaali- ja terveydenhuollon palveluja järjestää usea toimija

Alueella on yhteensä 18 järjestäjää ja järjestämistavat vaihtelevat. Terveysasemia ja -pisteitä on 44, joista viisi on ulkoistettu. Alueella toimii useita sairaaloita, esimerkiksi Oulun yliopistollinen sairaala, Oulaskankaan sairaala, jossa synnytystoiminta päättyi vuoden 2018 lopussa, sekä Raahen sairaala, jonka leikkaustoiminta henkilöstöineen siirtyi sairaanhoitopiirin toiminnaksi vuoden 2018 alussa. Oulussa on kaupunginsairaala ja kehitysvammapalveluja tuottava Tahkokankaan palvelukeskus. OYS:n Tulevaisuuden sairaala 2030:n uudisrakentaminen on merkittävä, 910 miljoonan euron investointi, jonka tavoitteena on uudenlainen toimintatapa sekä aiempaa parempi vaikuttavuus ja tuottavuus. Alueella on otettu edistysaskeleita palvelukokonaisuuksien kuvaamisessa ja sopimisessa sekä asiakas- ja palveluohjauksessa. Työtä tehdään Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin ja Oulun kaupungin yhteisessä hoito- ja palveluketjujen integraatiohankkeessa, jonka myötä Esko-potilastietojärjestelmää laajennetaan tukemaan hoitoketjujen toimintaa. Hanke on tarkoitus laajentaa kaikkiin alueen kuntiin. (Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri 2019)

Palvelujen toteutus on ollut taloudellista

Alueen kuntien talous heikkenee koko maan kehityksen suuntaisesti, ja tilikauden tulokset ovat alijäämäisiä 20 kunnassa. Vuosikate riittää kattamaan poistot ainoastaan yhdeksässä kunnassa. Sosiaali- ja terveydenhuollon nettokäyttökustannukset ovat maan keskiarvoa pienemmät, vaikka kasvoivat 2,4 prosenttia edellisvuodesta. Tarvevakioituina ne olivat maan pienimpien joukossa vuonna 2017.

Alueella on panostettu perusterveydenhuoltoon, jonka avohoidon osuus koko sektorin kuluista on maan suurin ja kustannukset ylittävät maan keskiarvon. Tämä voi vähentää erikoissairaanhoidon kuluja. Myös vuodeosastohoidon kustannukset ylittävät maan keskiarvon. Erikoissairaanhoidon nettokäyttökustannusten osuus koko sektorista on maan keskitasoa ja asukaskohtaisesti maan keskiarvon tuntumassa. Vaikka lasten väestöosuus on maan suurin, lastensuojelun laitos- ja perhehoidon nettokäyttökustannukset ovat maan pienimpiä ja avohuoltopalvelujen alle maan keskitason, mikä on linjassa alueen vähäisemmän erityispalvelujen tarpeen kanssa.

Vammaispalvelut tuotetaan tehokkaasti ja pienemmin kustannuksin kuin maassa keskimäärin. Kelan kuntoutuspalvelujen asukaskohtaiset kustannukset ovat maan suurimmat. Työllistymistä tukevien palvelujen kustannukset ja kunnan osarahoittama työmarkkinatuki ovat linjassa koko maan keskiarvon kanssa, mutta asukaskohtainen perustoimeentulotuki asukasta kohden oli keskiarvoa selvästi pienempi. Koettu taloudellinen niukkuus voi viitata toimeentulotuen alikäyttöön.

Ikääntyneiden palvelut ovat menoeristä toiseksi suurin. Ympärivuorokautisen hoivan asumispalvelujen nettokäyttökustannukset ovat maan pienimpiä. Laitospalvelujen kustannukset ovat laskusuuntaiset, kun taas kotihoidon kustannukset noususuuntaiset. Ikääntyneiden palvelujen kustannusten ennustetaan kasvavan maan toiseksi eniten (59 %) vuoteen 2030 mennessä.

Koettu terveys ja hyvinvointi vaikuttavat paremmilta kuin maassa keskimäärin

Hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen rakenteet ja toimintamallit ovat kunnossa, lisäksi raportointi kunnissa on kattavaa. Liikuntaa on mahdollistettu kunnissa hyvin, myös liikuntaseuroihin kuulumattomille lapsille. Koettu terveys ja hyvinvointi ovat parempia kuin maassa keskimäärin.

Elintavoissa on paljon hyvää, mutta alkoholia liikaa käyttävien työikäisten osuus on maan kolmanneksi suurin, mikä ei kuitenkaan näy alkoholikuolleisuudessa. Ikääntyneistä iso osa kokee yksinäisyyttä, pitää muistiaan huonona ja kohtaa suuria vaikeuksia itsestä huolehtimisessa.

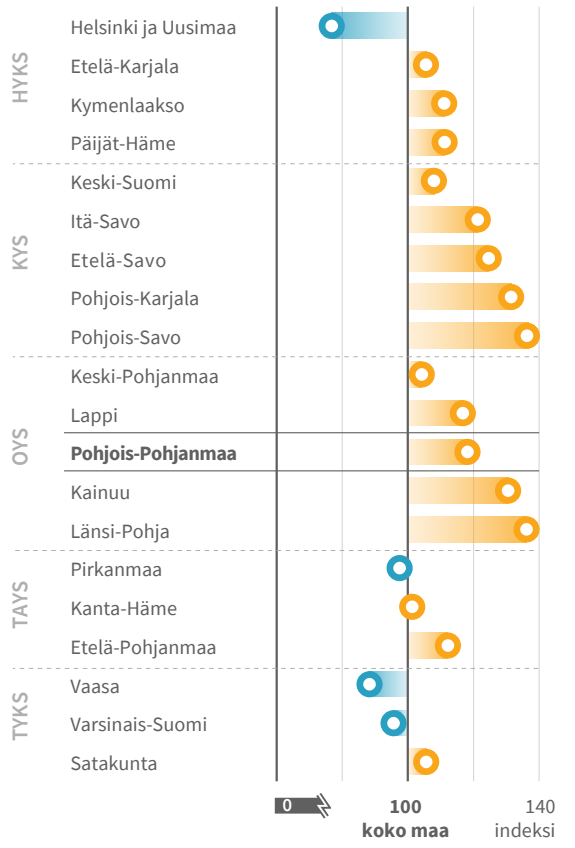
Hoitohenkilökunnan hyvä influenssarokotuskattavuus ja käsihuuhteen suuri kulutus ovat onnistumisia ennaltaehkäisevissä toimissa.

2.2 Toimintaympäristö

Alueen väestön palvelutarve vaihtelee kunnittain

Pohjois-Pohjanmaa on 29 kunnan muodostama 409 000 asukkaan alue, jonka väestö on kasvanut viime vuosina. Alueella on pitkät etäisyydet, mutta lähes puolet väestöstä asuu Oulun seudulla. Alueen kunnat poikkeavat toisistaan väestömäärän, ikärakenteen, sairastavuuden, työllisyyden ja työttömyyden suhteen. Väestöllinen huoltosuhde vaihtelee alueen kunnissa 52:sta 105:een ja elatussuhde 134:stä 220:een.

KUVIO 2. Alueiden väliset erot sairastavuudessa.



THL:n sairastavuusindeksi kuvaa alueiden väestön sairastavuutta suhteessa koko maan tasoon. Mitä pienempi luku on, sitä terveempi on alueen väestö. Indeksi kokoaa tiedot seitsemästä vakavasta sairausryhmästä. Ikävakioimaton indeksi kuvaa alueen todellista sairaustaakkaa.

Pohjois-Pohjanmaan väestössä on maan eniten alle 18-vuotiaita ja toiseksi vähiten yli 65-vuotiaita. Synnyttäneisyys on maan toiseksi suurinta. Lapsiperheistä pienituloisia on maan kolmanneksi eniten. Sairastavuus on keskivertoa suurempaa. Ajanjaksolla 2014–2016 alueen väestön ikävakioimaton THL:n sairastavuusindeksi oli 118, kunnittain indeksi vaihteli 78:sta 180:een (kuvio 2). Mielenterveysperusteisesti sairauspäivärahaa saaneiden osuus on alueella suuri, samoin kuntoutuspsykoterapiaa saaneiden nuorten osuus. Alkoholia liikaa käyttävien työikäisten osuus on maan kolmanneksi suurin.

Useita järjestämismalleja käytössä

Pohjois-Pohjanmaan alueella 12 kuntaa järjestää kaikki sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut itse asukkailleen. Kuntayhtymämallia käyttää 13 kuntaa ja vastuukuntamallia neljä. Näistä Merijärvi ja Kalajoki (isäntäkunta) järjestävät kaikki sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut, ja Pyhäntä ja Haapavesi (isäntäkunta) järjestävät terveydenhuoltopalvelut sekä yksittäisiä sosiaalipalveluja (vuonna 2018).

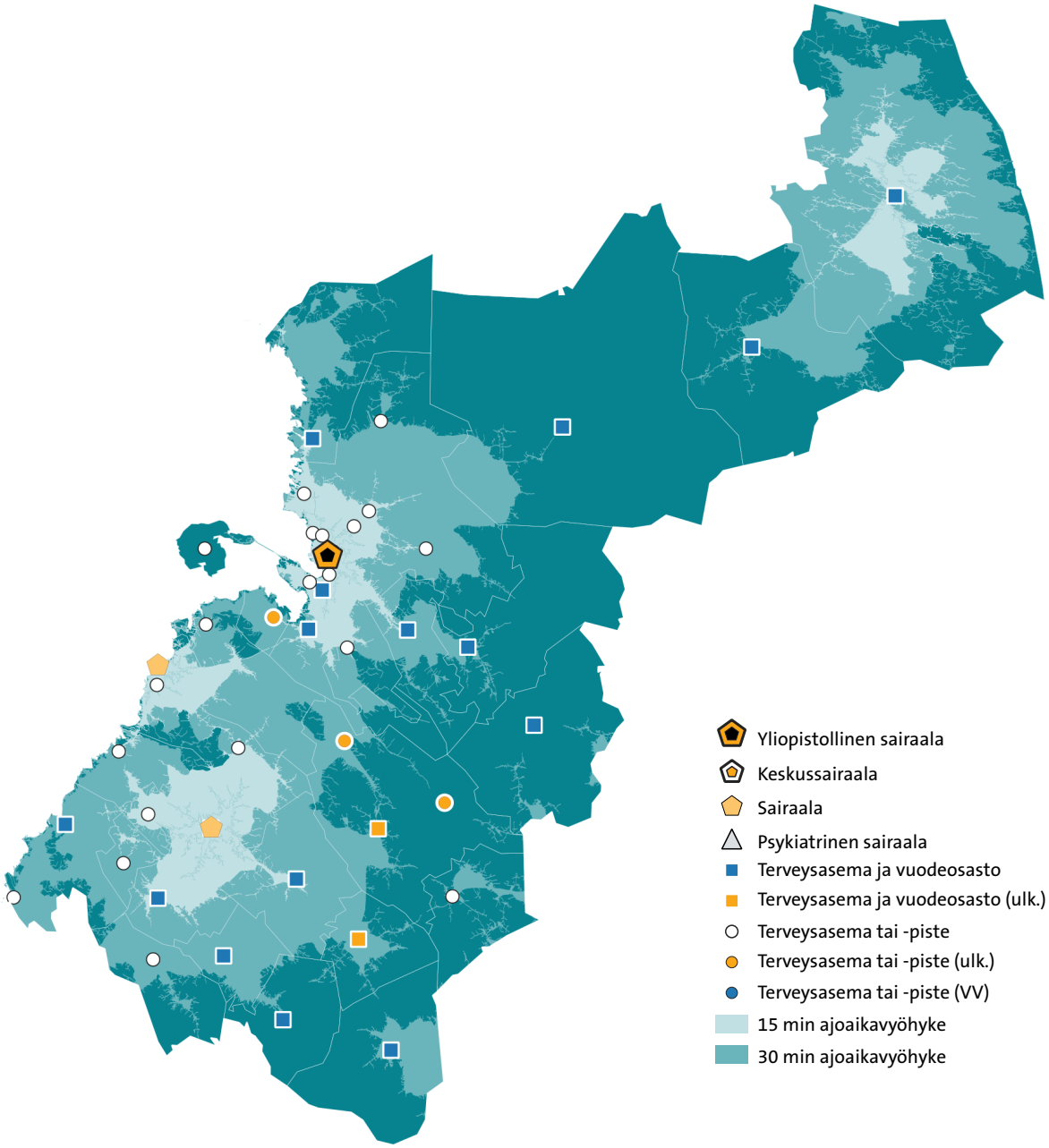
Alueella on 44 terveysasemaa ja -pistettä, näistä 5 on ulkoistettu (kuvio 3).

Alueella on useita sairaaloita: Oulun yliopistollinen sairaala, Oulaskankaan sairaala, jossa synnytysosaston varsinainen potilastoiminta päättyi 14.12.2018, ja Raahen sairaala, jonka leikkaustoiminta henkilöstöineen siirtyi sairaanhoitopiirin toiminnaksi liikkeenluovutuksella vuoden 2018 alusta alkaen. Lisäksi on Oulun kaupunginsairaala ja kehitysvammahuollon palveluja tuottava Tahkokankaan palvelukeskus.

Erittäin merkittävä investointi yliopistosairaalaan

Tulevaisuuden sairaalan OYS 2030:n uudisrakentamisen kustannukset ovat 910 miljoonaa euroa (OYS 2030-hanke).

KUVIO 3. Julkisesti järjestettyjen terveyspalvelujen palveluverkko vuonna 2018.



Julkisesti järjestetyt terveyspalvelut on jaoteltu sairaala- ja terveysasematyypeittäin. Terveysasemat on jaoteltu lisäksi alueen itse tuottamiin, ulkoistettuihin (ulk) tai palvelusetelikokeilun kautta asukkaan vapaasti valittavissa (vv) oleviin toimipisteisiin. Vaaleammat vyöhykkeet kartassa kuvaavat lähimmän ympärivuorokautisen päivystyksen maantieteellistä saavutettavuutta.

2.3 Sosiaali- ja terveyspalvelujen rahoitus ja kustannukset

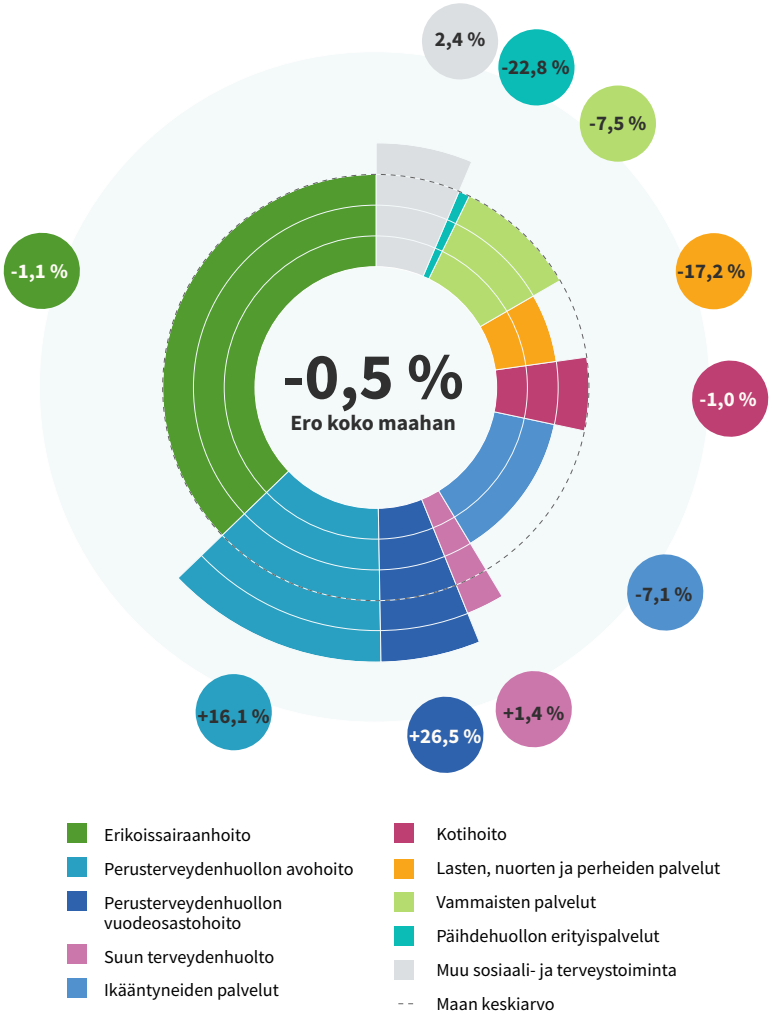
Sosiaali- ja terveystointen asukaskohtaiset nettokäyttökustannukset olivat maan pienimpiä, samoin vuoden 2017 tarvevakioidut menot. Väestöennusteen mukaan väestö vähenee vain hieman vuoteen 2030 mennessä, mutta ikääntyy muuta maata enemmän, minkä vuoksi reaalikasvun ennuste on muuta maata suurempi.

Kuntien talous on heikentynyt

Kuntien ja kuntakonsernien taloustietojen mukaan Pohjois-Pohjanmaan kuntien talous heikkeni koko maan kehityksen suuntaisesti. Alueen kuntien tilikauden tulokset asukasta kohti olivat alijäämäisiä 20 kunnassa 29:stä. Vuotta aikaisemmin tilikauden tulos oli ollut alijäämäinen ainoastaan viidessä kunnassa.

Alueen kuntien verotulojen kehitys oli heikkoa. Kuntien verotulot asukasta kohti laskivat edellisvuo-

KUVIO 4. Sosiaali- ja terveystoimen nettokäyttökustannusten jakauma ja alueen ero maan keski-arvoon 2018.



Kuviossa esitetään kustannusten jakauma tehtävittäin. Jos alueen menot ovat maan keskiarvoa suuremmat, kuvion tehtäväkohtainen osa ylittää katkoviivalla kuvatun maan keskiarvon. Ero maan keskiarvoon on kuvattu myös prosentteina.

Tehtäväkohtaisen osuuden leveys kuvaa suhteellista osuutta kaikista sosiaali- ja terveystoimen nettokäyttökustannuksista.

Tehtäväkohtaisen osuuden etäisyys keskipisteestä kuvaa sen suhteellista sijoittumista alueiden välisessä vertailussa.

desta 16:ssa ja nousivat 13 kunnassa, yhteensä ne supistuivat edellisvuodesta (-178 euroa / asukas). Kokonaisuutena verorahoitus eli verotulot ja valtionosuus asukasta kohti pienenivät 17 kunnassa. Konsernitilinpäätöksen[1]perusteella Raahen talous täyttää lähtökohtaisesti kuntarakennelain 56 a §:n tarkoittaman harkinnanvaraisen yhdistymisavustuksen ehdot.

Tulorahoituksen riittävyyttä kuvaava vuosikate asukasta kohti heikkeni selvästi lähes kaikissa Pohjois-Pohjanmaan kunnissa (26/29). Negatiivisen vuosikatteen kirjasivat Oulainen (- 3 euroa / asukas), Pudasjärvi (- 124 euroa / asukas), Pyhäjärvi (- 100 euroa / asukas) ja Tyrnävä (- 43 euroa / asukas). Vuonna 2017 Pohjois-Pohjanmaalla ei ollut ollut yhtään negatiivisen vuosikatteen kuntaa.

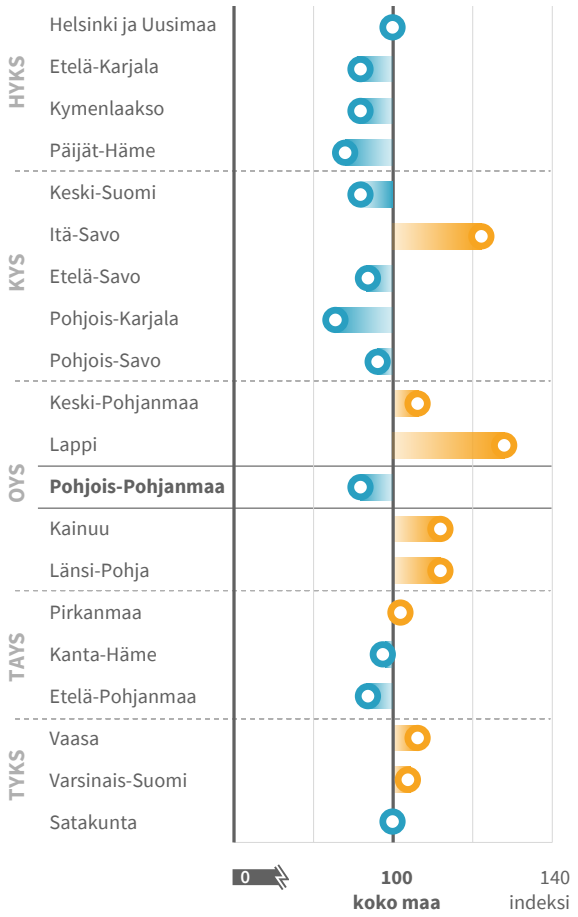
Vuosikate riitti kattamaan poistot alueen kunnista ainoastaan yhdeksässä, kun vuotta aikaisemmin vuosikate oli kattanut poistot 23 kunnassa. Vuosikate ei riittänyt kattamaan poistoja Kalajoella, Pyhäjärvellä, Siikalatvalla eikä Tyrnävällä myöskään vuonna 2017.

Sosiaali- ja terveystoimen nettokäyttökustannukset olivat maan pienimpiä

Pohjois-Pohjanmaan kuntien sosiaali- ja terveystointen nettokäyttökustannukset olivat 1 351 miljoonaa euroa (3 301 euroa / asukas). Asukaskohtaiset nettokäyttökustannukset kasvoivat 2,4 prosenttia edellisvuodesta, ja ne olivat 0,5 prosenttia pienemmät kuin maassa keskimäärin (kuvio 4). Sosiaali- ja terveystoimen nettokäyttökustannukset olivat pienimmät Limingassa (2 368 euroa / asukas) ja suurimmat Vaalassa (5 104 euroa / asukas).

Sosiaali- ja terveystoimen nettokäyttökustannuksista suhteellisesti suurin osuus muodostui erikoissairaanhoidosta (37 %), ja toiseksi eniten kustannuksia kohdentui ikääntyneiden palveluihin (13 %). Perusterveydenhuollon avohoidon osuus oli 12,9 prosenttia ja vuode-osastohoidon 6,0 prosenttia.

KUVIO 5. Sosiaali- ja terveydenhuollon tarvevakioitujen menojen indeksi 2017.



Tarvevakioinnilla tarkoitetaan alueen asukkaiden palvelutarpeeseen vaikuttavien tekijöiden huomioimista. Maan keskiarvo on luku 100. Tämän ylittävä luku kertoo, kuinka monta prosenttia alueen tarvevakioidut menot olivat maan keskiarvoa suuremmat.

Sosiaali- ja terveydenhuollon tarvevakioidut menot olivat maan pienimpiä

Vuonna 2017 koko maan sosiaali- ja terveydenhuollon nettomenot olivat keskimäärin 3 100 euroa asukasta kohti. Pohjois-Pohjanmaalla nämä olivat 3 084 euroa asukasta kohti, mikä oli puoli prosenttia vähemmän kuin maassa keskimäärin. Alueen väestön palvelutarve oli kuitenkin neljä prosenttia keskimääräistä suurempi. Tarvevakioidut menot[2] olivat

[1] Kuntalain 114 §:n mukaan kuntien tulee laatia ja sisällyttää tilinpäätökseensä konsernitilinpäätös. Kuntakonserni sisältää kunnan oman organisaation, mukaan lukien kunnan liikelaitokset, sekä eri yhteisöt, joissa kunnalla on kirjanpitolain (1336/1997) tarkoittama määräysvalta. Konsernitilinpäätökseen yhdistellään lisäksi suhteellisella yhdistelyllä kuntayhtymät, joissa kunta on jäsenenä, ja siinä otetaan huomioon kunnan osakkuusyhteisöt. Vuodesta 2017 lähtien kriisikuntamenettely on perustunut kunnan taseeseen kertyneen alijäämän lisäksi myös kuntakonserneja koskeviin tietoihin kuntalain 118 §:n kriteerien mukaisesti.

[2] Tarvevakioitujen menojen laskennassa käytetyt sosiaali- ja terveydenhuollon nettomenot eivät sisällä ympäristöterveydenhuoltoa eivätkä ns. muuta sosiaali- ja terveystoimintaa. Lisäksi kotihoidon osalta arvioidaan ainoastaan yli 65-vuotiaiden kustannukset. Tarvetekijöinä on huomioitu ikä- ja sukupuolirakenne, sairastavuus ja sosioekonominen asema.

neljä prosenttia pienemmät kuin maassa keskimäärin, ne olivat maan kolmanneksi pienimmät yhdessä kolmen muun alueen kanssa (kuvio 5). Pohjois-Pohjanmaan kunnissa väestön palvelutarve oli pienimmillään 17 prosenttia pienempi (Liminka) ja suurimmillaan 44 prosenttia suurempi (Pyhäjärvi) kuin maassa keskimäärin. Tarvevakioidut sosiaali- ja terveydenhuollon menot olivat Kärsämäellä alueen pienimmät, 12 prosenttia keskimääräistä pienemmät. Alueen suurimmat tarvevakioidut menot olivat Hailuodossa, 15 prosenttia maan keskitasoa suuremmat.

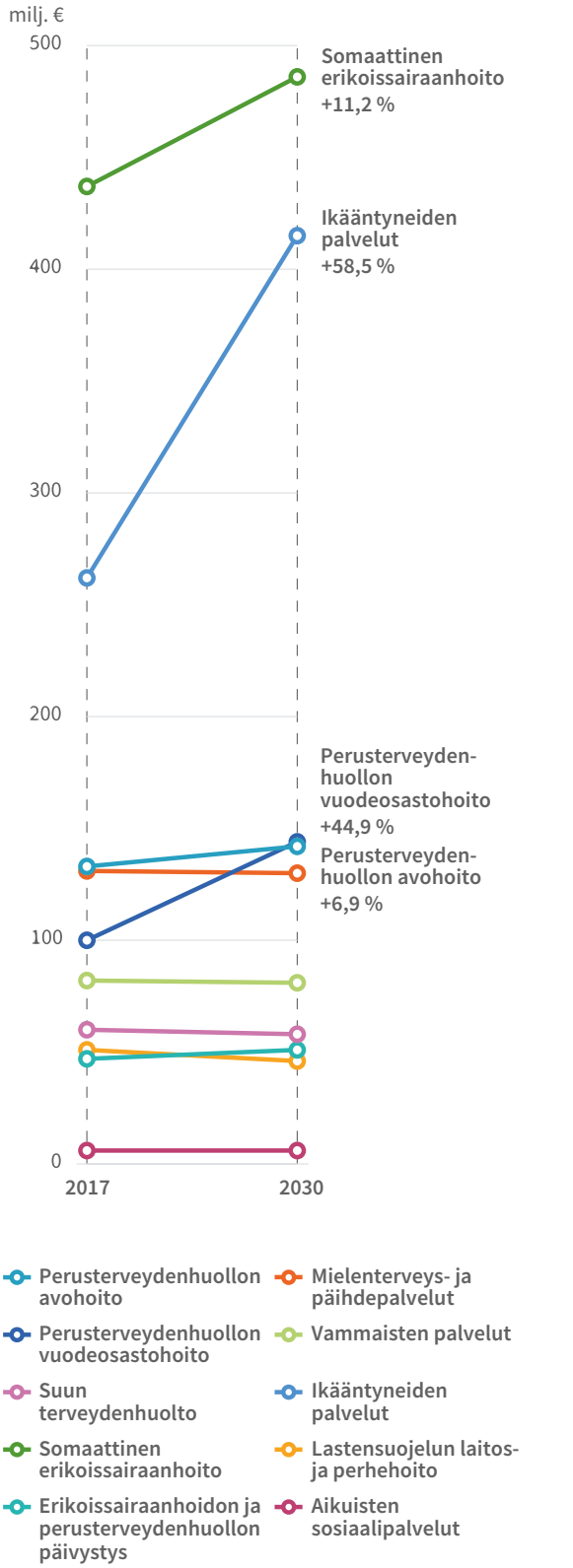
Ikääntyneiden palvelujen kustannusten kasvuennuste vuoteen 2030 mennessä lähes 60 prosenttia

THL:n ennustelaskelmien mukaan sosiaali- ja terveyspalvelujen vuotuiset kustannukset kasvavat eniten alueilla, joissa väestönkasvu on koko maata suurempaa ja joihin väestö keskittyy. Pohjois-Pohjanmaan väestö vähenee ennusteen mukaan vuoteen 2030 mennessä 0,3 prosentilla, kun vastaavalla ajanjaksolla koko maassa väestömäärän ennustetaan kasvavan 1,0 prosentilla. Alueen 65 vuotta täyttäneiden määrä kasvaa enemmän kuin maassa keskimäärin eli noin 32 prosenttia (koko maassa 24 %) vuoteen 2030 mennessä.

Väestörakenteen muutoksen perusteella sosiaali- ja terveyspalvelujen vuotuiseksi reaalikasvuksi ennakoidaan keskimäärin 1,4 prosenttia (koko maassa 1,2 %) vuosina 2017–2030. Alueen sosiaali- ja terveyspalvelujen kustannusten kokonaiskasvun ennuste vuoteen 2030 mennessä on 19 prosenttia (koko maassa 17 %), 1 308 miljoonasta 1 560 miljoonaan. Ikääntyneiden palvelujen kustannusten ennustetaan kasvavan vuoteen 2030 mennessä eniten, 59 prosenttia (koko maassa 50 %). Toiseksi eniten kasvua ennustetaan perusterveydenhuollon vuodeosastohoidon menoihin, 45 prosenttia (koko maassa 40 %).

Alueiden kustannusten kasvuvauhdissa on eroja, jotka aiheutuvat väestörakenteen kehityksestä ja kustannusrakenteen eroista lähtötilanteessa. Tämän vuoksi suuri väestönkasvu ei suoraan selitä nopeinta kasvuvauhtia, vaan siihen vaikuttavat todennäköisesti myös erot huoltosuhteessa ja sosiaali- ja terveyspalvelujen kustannusrakenteessa.

KUVIO 6. Sosiaali- ja terveyspalvelujen reaalikustannusten ennuste.



Tehtäväkohtainen viiva kuvaa reaalikustannusten muutosta vuosien 2017 ja 2030 välillä. Osassa tehtävistä on lisäksi merkitty kustannusten prosentuaalinen muutos. Tiedot perustuvat THL:n tuottamaan alueellistettuun sosiaalimenojen ennustemalliin.

2.4 Hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen

Hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen työtä koordinoidaan hyvin. Kunnissa järjestetään liikuntaryhmätoimintaa. Lapsilla, nuorilla, työikäisillä ja ikääntyneillä koettu terveys ja hyvinvointi ovat keskimääräistä parempia, ja elintavoissa on paljon hyviä piirteitä. Hyvinvointia ja terveyttä edistävän kulttuuritoiminnan rakenteita ja toimintamalleja on keskimääräistä useammassa kunnassa.

Hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen rakenteet ja voimavarat kehitteillä

Hyvinvoinnin ja terveyden edistämisestä (hyte) koordinoivat alueella yhdessä maakuntaliitto, aluehallintoviranomainen ja sairaanhoitopiiri. Sairaanhoitopiirissä on hyvinvointikoordinaattori (terveyden edistämisen koordinaattori). Hyte on kirjattu maakuntaliiton julkaisemaan maakuntaohjelmaan. Alueella toimii eri organisaatioiden asiantuntijoista koostuva monisektorinen hyte-verkosto. Alueella toimii kuntien hyvinvointikoordinaattoreiden verkosto.

Järjestöyhteistyö moninaista

Sosiaali- ja terveysjärjestöjen avustuskeskus on myöntänyt alueella rahoitusta muun muassa muistisairauksien asiantuntija- ja tukikeskuksen toimintaan (Oulun seudun muistiyhdistys ry), kohtaamispaikkaan erityistä tukea tarvitseville tytöille ja pojille, ikäihmisille tehtävään työhän (Vuolle setlementti ry), vapaaehtoistoimintaan lapsiperheille (Auta lasta ry) ja Vanhempien Akatemiaan (Nuorten ystävät ry).

Liikuntaa mahdollistetaan hyvin

Kunnille suunnattujen kyselyjen mukaan 92 prosentissa kunnista on nimetty hyte-koordinaattori. Laajan hyvinvointikertomuksen on hyväksynyt 92 prosenttia alueen tiedot toimittaneista kunnanvaltuustoista. Kunnista 56 prosenttia on raportoinut valtuustolle väestöryhmien välisiä terveyseroja.

Kuntalaisten osallistumisen ja vaikuttamisen mahdollisuuksista kertoi verkkosivuillaan vain 52 prosenttia tiedot antaneista kunnista (25 /29). Paikallinen turvallisuussuunnitelma oli käsitelty ja toimenpiteistä päätetty viidesosassa alueen kunnista.

Kunnista 86 prosentissa järjestetään kohdennettuja liikkumisryhmiä liikuntaseuratoiminnan ulkopuolella oleville lapsille ja nuorille. Hallinnonalojen yhteisiä rakenteita tai toimintamalleja, joissa käsitellään hyvinvointia ja terveyttä edistävää kulttuuritoimintaa, on 59 prosentissa alueen kunnista (koko maassa 44 %).

Koettu hyvinvointi ja terveydentila parempi kuin maassa keskimäärin

Peruskoulun 8. ja 9. luokan oppilaista terveydentilansa keskinkertaiseksi tai huonoksi kokevien osuus oli maan keskiarvoa pienempi (vuonna 2017). Alueen yläkouluikäisistä oppilaista kohtalaista tai vaikeaa ahdistuneisuutta kokevien osuus oli maan pienimpiä. Koulukiusattuna vähintään kerran viikossa olleiden oppilaiden osuus oli maan toiseksi pienin.

Alueen 20–64-vuotiaista elämänlaatunsa hyväksi tuntevien osuus oli maan suurimpia. Vastaavanikäisistä maan pienimpiin kuuluva osuus uskoo, ettei todennäköisesti jaksa työskennellä vanhuuseläkeikään saakka.

65 vuotta täyttäneistä elämänlaatunsa hyväksi tuntevien osuus oli keskimääräistä hieman suurempi. Arkitoimissa oli suuria vaikeuksia 75 vuotta täyttäneistä yhtä monella kuin maassa keskimäärin.

Elintavoissa alueella paljon hyvää

Peruskoulun 8. ja 9. luokan oppilaiden humalahakuinen juominen oli maan vähäisintä ja päivittäinen tupakkatuotteiden tai sähkösavukkeiden käyttö oli maan keskitasoa (vuonna 2017). Huumeita kokeilleiden osuus oli maan pienimpiä. Hengästyttävää liikuntaa korkeintaan tunnin viikossa harrasti maan pienimpiin kuuluva osuus ikäluokasta. Ylipainoisia oli maan vähiten. Oppilasryhmästä niukasti hedelmiä, marjoja ja kasviksia syöviä oli maan keskivertoa enemmän.

Kasviksia ravitsemussuositusten mukaan syöviä aikuisia oli maan vähiten.

Alueen 20–64-vuotiaista päivittäin tupakoivien osuus oli maan keskitasoa. Alkoholin liikakäyttö oli hyvin yleistä. Se, ettei harrastanut vapaa-ajalla liikuntaa, oli alueen aikuisväestössä maan harvinaisinta. Lihavien (BMI ≥ 30 kg/m^2) osuus alueen aikuisväestöstä on lisääntynyt, mutta se oli vuonna 2018 maan toiseksi pienin.

65 vuotta täyttäneistä alkoholia liikaa käyttävien osuus oli maan keskitasoa pienempi, ja alkoholikuolleisuus oli vuonna 2017 maan toiseksi pienintä.

KUVIO 7. Hyvinvointiin ja terveyteen vaikuttavia muutostekijöitä.

*Väestön hyvinvointiin, terveyteen ja turvallisuuteen vaikuttavat monet sekä pienet että laajat muutostekijät aina yksilön elintavoista maailmanpolitiikkaan.**

*Mukaillen Palosuo ym. 2004. Kokemuksia sosioekonomisten terveyserojen kaventamisesta Ruotsissa, Englannissa ja Hollannissa.

2.5 Terveydensuojelu

Rokotusohjelma ei ole toteutunut tavoitteiden mukaisesti. Erikoissairaanhoidon hoitohenkilökunnan influenssarokotuskattavuus on maan keskitasoa korkeampi, mutta iäkkäällä väestöllä selvästi alle tavoitetason. Erikoissairaanhoidon infektioiden ennalta ehkäisyyn kohdennettu henkilöstöä niukasti.

Kansallinen rokotusohjelma ei toteudu tavoitteiden mukaisesti

Pohjois-Pohjanmaalla 65 vuotta täyttäneiden influenssarokotuskattavuus (46 %) kaudella 2017–2018 jäi selvästi alle Eurooppa-neuvoston asettaman 75 prosentin tavoitetason. Ikääntyneiden influenssarokotuskattavuus on parantunut alueella viidessä vuodessa 14 prosenttiyksikköä.

Vuonna 2015 syntyneistä lapsista vähintään yhden viitosrokotteen kurkkumätää, jäykkäkouristusta, hinkuyskää, poliota ja Hib-bakteerin aiheuttamia tauteja vastaan on saanut lähes 99 prosenttia. Kolmen annoksen rokotussarjan saaneiden lasten osuus (92 %) on huomattavasti matalampi kuin rokotussarjan aloittaneiden osuus.

Tuhkarokolta, sikotaudilta ja vihurirokolta suojaavan rokotteen ensimmäisen annoksen 11–24 kuukauden iässä saaneiden lasten osuus on jäänyt alle 95 prosentin useampana vuonna, mikä voi lisätä tautien leviämisriskiä.

Useita eri syöpiä ehkäisevät HPV-rokotukset on rokotusohjelman suositusten mukaisesti saanut vain 48 prosenttia tytöistä. Rokotuskattavuus on hyvin matala verrattuna maan korkeimpaan (70 %).

Tehosterokotuksen kurkkumätää, jäykkäkouristusta ja hinkuyskää vastaan saaneiden 14–16-vuotiaiden osuus on myös matala (88 %).

Antibioottien vuosikulutus asukasta kohti muuta maata vähäisempää

Uusien C-hepatiitti-infektioiden määrä oli väestöön suhteutettuna maan keskitasoa suurempi. Ruiskuhuumeiden välityksellä tarttuneita C-hepatiitti-infektioita oli myös hieman maan keskitasoa enemmän, mutta niiden määrä on pysytellyt kolmen viime vuoden ajan aikaisempia vuosia matalammalla tasolla. Huumeidenkäyttäjien terveysneuvontapisteissä asioi selvästi maan keskiarvoa pienempi määrä asiakkaita vuonna 2017.

Clostridium difficile -ripulitapauksia oli enemmän kuin maassa keskimäärin, vaikka antibioottien (J01, bakteerilääkkeet) vuosikulutus asukasta kohti oli maan keskimääräistä pienempi.

Erikoissairaanhoidon infektioiden torjuntatyössä hygieniahoitajien työpanos maan pienimpiä

Erikoissairaanhoidon toimintayksikköjen hoitohenkilökunnan eli hoitajien ja lääkärien influenssarokotuskattavuus (89 %) oli maan keskitasoa korkeampi. Käsihuuhdetta kulutettiin somaattisen erikoissairaanhoidon vuodeosastoilla myös maan keskitasoa enemmän. Erikoissairaanhoidon toimintayksiköissä hygieniahoitajien työpanos infektioiden torjuntatyössä oli maan pienimpiä.

2.6 Somaattinen erikoissairaanhoito ja ensihoito

Saatavuudessa on ongelmia, vaikka lähes kaikki lähetteet käsitellään hoitotakuun mukaisesti. Palvelujen käyttö on selvästi vähäisempää kuin maassa keskimäärin. Hoidon laatu on hyvä. Erikoissairaanhoidon nettokäyttökustannukset asukasta kohden ovat maan keskiarvon tuntumassa, ja ne pysyivät edellisvuoteen nähden lähes ennallaan.

Hoitotakuu ylittyi maan toiseksi useimmin

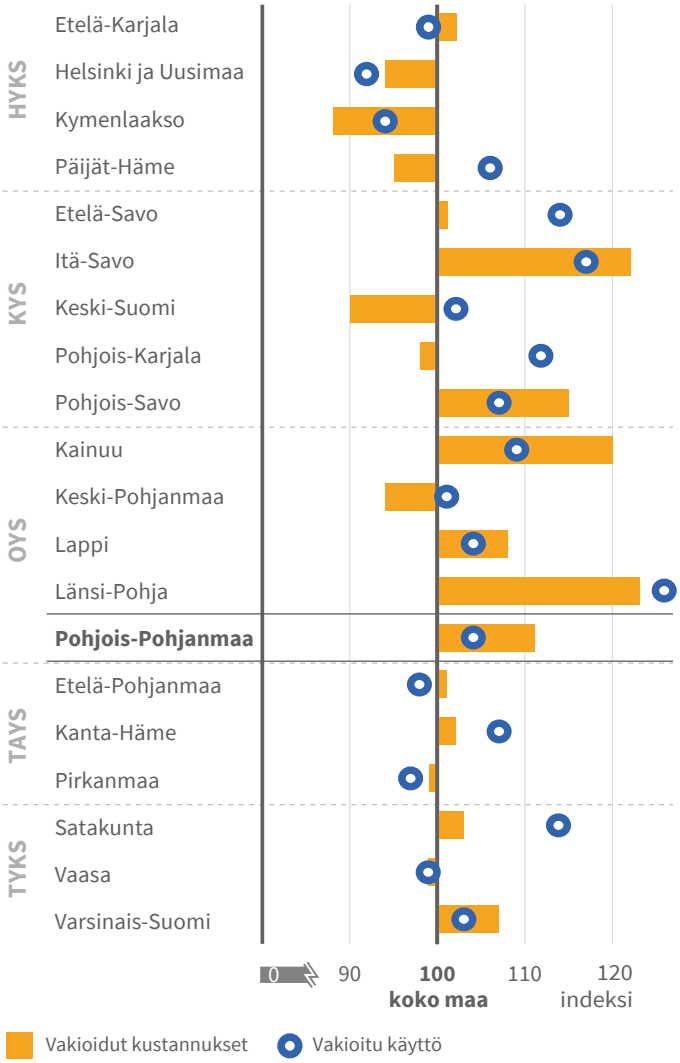
Somaattinen erikoissairaanhoito on keskitetty pääosin Oulun yliopistolliseen sairaalaan. Oulaskankaan sairaalan vastuulla on osa somaattista erikoissairaanhoitoa Oulaisissa, ja lisäksi näitä palveluja alueella tuottavat Raahen sairaala ja vähäisessä määrin myös Kuusamon terveyskeskus sekä Oulun kaupunki.

Pääsyssä somaattiseen erikoissairaanhoitoon oli viiveitä. Odotusajan mediaani oli 47 vuorokautta, mikä on maan pisimpiä aikoja ja edellisvuodesta suurentunut huomattavasti (7 vrk). Kaikkiaan 215 potilasta oli odottanut kiireetöntä erikoissairaanhoitoa yli kuusi kuukautta vuoden 2018 lopussa, mikä on väestöön suhteutettuna maan toiseksi eniten. Lähetteet kiireettömään erikoissairaanhoitoon käsiteltiin 21 vuorokaudessa kattavammin kuin suuressa osassa muuta maata, vain 0,4 prosentissa aika ylittyi. Vaikka lähetteiden käsittely onnistui hyvin, niin odotusajoissa oli hoitotakuulainsäädännön vastaisia viiveitä ja odotusajan mediaani oli maan pisimpiä. Pohjois-Pohjanmaan sairaaloissa hoidetaan maan neljänneksi eniten (10 %) muiden sairaanhoitopiirien alueiden potilaita.

Palvelujen käyttö vähäisempää kuin maassa keskimäärin

Päivystyskäyntejä erikoissairaanhoidossa oli maan kolmanneksi vähiten. Maan toiseksi pienin osuus erikoissairaanhoidon hoitojaksoista alkoi päivystyksenä vuonna 2017.

KUVIO 8. Somaattisen erikoissairaanhoidon ikä- ja sukupuolivakioidut kustannukset ja käyttö 2017.



Kuvio kertoo, miten alueiden somaattisen erikoissairaanhoidon käyttö ja kustannukset suhteutuvat maan keskiarvoon kun alueiden ikä- ja sukupuolirakenteen erot huomioidaan.

Koko maan luku on 100. Tämän ylittävä luku kertoo, kuinka monta prosenttia alueen somaattisen erikoissairaanhoidon käyttö tai kustannukset olivat maan keskiarvoa suuremmat.

Täysi-ikäisellä väestöllä oli somaattisen erikoissairaanhoidon avohoitokäyntejä maan toiseksi vähiten ja vuodeosaston hoitojaksoja maan kolmanneksi vähiten. Vastaavasti vuonna 2017 vuodeosastohoidossa olleita potilaita oli maan neljänneksi vähiten.

Kaihileikkauksia tehtiin väestöön suhteutettuna vähemmän kuin maassa keskimäärin, samoin lonkan kokotekonivelen ensileikkauksia; nämä heijastelevat alueen ikärakennetta.

Laatupoikkeamia vähemmän kuin maassa keskimäärin

Erikoissairaanhoidon laatua ja potilasturvallisuutta kuvaavia hoitojaksoihin liittyviä komplikaatioita oli maan vähiten. Vuonna 2017 potilasvahinkoja oli hoitojaksoihin suhteutettuna saman verran kuin maassa keskimäärin.* Päivystyksessä hoidetuista ja kotiutetuista aikuispotilaista palasi 48 tunnin sisällä päivystykseen harvempi kuin maassa keskimäärin.

Ensihoidon haasteena alueen laajuus

Ensihoitotehtäviä asukasta kohden oli keskimääräistä enemmän. Ensihoitotehtäviä neliökilometriä kohden taas oli keskimääräistä vähemmän, mikä lähinnä kertoo alueen laajuudesta. Ensihoidon tavoittamisajan mediaani A-kiireellisyysluokassa ydintaajamassa oli alueella sama kuin maassa keskimäärin, 5,3 minuuttia. Vastaava tavoittamisaika oli muussa taajamassa 7,4 minuuttia, mikä on maan keskiarvoa hieman pidempi. Taajaman ulkopuolella asutulla alueella tavoittamisaika oli sama kuin maassa keskimäärin, 14,2 minuuttia.

Kustannukset maan keskitasoa

Erikoissairaanhoidon asukaskohtaiset nettokäyttökustannukset (1 235 euroa / asukas) olivat maan keskiarvon tuntumassa ja pysyivät edellisvuoteen nähden lähes ennallaan.

Vuonna 2017 somaattisen erikoissairaanhoidon kustannusindeksin mukaiset ikä- ja sukupuolivakioidut laskennalliset kustannukset olivat alueella 11 prosenttia suuremmat kuin maassa keskimäärin. Somaattisen erikoissairaanhoidon palveluja käytettiin ikä- ja sukupuolivakioiduilla alueellisilla episodeilla tarkasteltuna neljä prosenttia enemmän kuin keskimäärin maassa (kuvio 8). Somaattisen erikoissairaanhoidon tuottavuutta sairaala-, alue- ja erikoisalatasolla on kuvattu tarkemmin THL:n julkaisussa Sairaaloiden tuottavuus 2017.

*Alueiden välistä vertailua vaikeuttavat komplikaatioiden erilaiset kirjaamistavat ja erot potilaiden neuvonnassa vahinkoilmoitusten tekoon.

2.7 Perusterveydenhuolto

Asiointi sähköisesti tai puhelimella on yleistä, mutta hoitoonpääsyssä on ongelmia. Terveyskeskuslääkäreitä on maan neljänneksi eniten väestöön suhteutettuna. Sairaalahoitoa taudeissa, joita hoidetaan pääosin perustasolla, on muuta maata enemmän. Asukaskohtaiset avohoidon kustannukset ovat nousseet ja vuodeosaston kustannukset pysyneet lähes ennallaan.

Alueen asukkaista 78 prosenttia asioi terveyskeskuksessa vuonna 2018. Hoitajakäyntejä oli lääkärikäynteihin verrattuna kaksinkertainen määrä, jälkimmäiset ovat vähentyneet kuusi prosenttia vuodesta 2015. Terveyskeskuslääkäreitä oli maan neljänneksi eniten (8,13 /10 000 asukasta). Viidennes asiointikäynneistä tapahtui sähköisesti tai puhelimella. Fysioterapiakäyntejä oli maan kolmanneksi vähiten, mutta osa tuotetaan liikuntapalveluina.

Palveluntuottajille tehtyyn kyselyyn perustuvan arvion mukaan työterveyshuollon palveluja voi käyttää noin 38 prosenttia alueen 16–64-vuotiaista (Työterveyslaitos 2019).

Tuki- ja liikuntaelinsairaudet sekä tapaturmat yleisiä käyntisyitä

Puolet asukkaista kävi avosairaanhoidon vastaanotolla. Lääkärillä käynnin syy oli kirjattu 57 prosentissa käynneistä (kuvio 9). Tuki- ja liikuntaelinsairaudet oli alueen yleisin ja tapaturmat alueella maan kolmanneksi yleisin käyntisyy (taulukko 3). Verenpaine- ja keuhkoahtaumataudin vuoksi käyntejä oli sairastavuuteen nähden kohtalaisesti. Päivystyskäyntejä oli keskimääräistä vähemmän, vaikka ne ovat lisääntyneet huomattavasti vuodesta 2015. Perusterveydenhuollon vuodeosastopotilaita ja hoitopäiviä oli väestöön suhteutettuna keskimääräistä enemmän, ja ne ovat pysyneet lähes ennallaan viime vuodet.

Hoidon saatavuudessa ongelmia

Perusterveydenhuollon onnistumisesta kertovat sairastuneiden oikea-aikainen hoitaminen ja komplikaatioiden estäminen. Lääkärin vastaanotto kiireettömän asian vuoksi toteutui yli viikon kuluttua hoidon tarpeen arvioimisesta 37 prosentissa käynneistä ja maan suurimpia osuuksia (7,7 %) hoitota-

Taulukko 3. Käyntisyiden kirjausaste ja erityiskorvausoikeus sairausryhmittäin.

	Lääkärin vastaanoton käyntisyy, % kirjatuista käyntisyistä		Erityiskorvausoikeus % väestöstä	
	Pohjois-Pohjanmaa	Koko maa	Pohjois-Pohjanmaa	Koko maa
Tuki- ja liikuntaelinsairaudet	16,4	16,4		
Verenkiertoelinten sairaudet	10,3	10,5		
Tapaturma	8,6	6,7		
Ylähengitysteiden akuutti infektio	5	4,8		
Verenpainetauti (25 vuotta täyttäneistä)	4,1	4,7	13,7	10,3
Diabetes	2,5	3,3	6	6,3
Astma	1,4	1,4	5,9	4,9
Keuhkoahtaumatauti (ikävakioitu)	0,5	0,5	6,4	4,8
Dementia	0,3	0,4		

kuun vastaisesti yli kolmessa kuukaudessa. Väestökyselyn mukaan palveluja tarvinneista 15 prosenttia ei ollut saanut lääkärin ja 12 prosenttia hoitajan vastaanottopalveluja riittävästi. Palvelun toteutuminen kohtuullisessa ajassa sai maan huonoimman arvion alueen asukkailta, 4,4 asteikolla yhdestä viiteen.

Vuonna 2016 sairaalahoidon syynä oli useammin diabetes ja vuonna 2018 astma, keuhkoahtaumatauti ja sydämen vajaatoiminta kuin muualla maassa. Hoitotulokset kohdunkaulan syövässä olivat paremmat ja rintasyövässä samalla tasolla kuin maassa keskimäärin, mutta paksusuolen syövässä tulokset olivat maan kolmanneksi huonoimmat. Seulontatutkimuksiin osallistuttiin kuten maassa keskimäärin vuonna 2017. Mikrobilääkkeitä käytettiin maan keskiarvoa harvemmin epäspesifisen ylähengitystieinfektion hoitoon.

Lääkäreistä kuusi prosenttia koki organisaatioiden välisen tiedonvaihdon toimivaksi. Väestökyselyssä alle puolet ilmoitti saaneensa myönteisen asiakaskokemuksen terveyspalveluista, ja palveluja käyttäneistä hieman yli puolet koki niiden käytön sujuvaksi. Asiakkaat olivat tyytyväisiä terveysaseman vastaanottopalveluihin, vaikka arviot olivatkin maan huonoimpia (4,4–4,5 asteikolla yhdestä viiteen). Terveysasemaa vaihtaneita oli vähän. Valinnan mahdollisuudesta tiedettiin huonosti ja harva koki sen aidoksi mahdollisuudeksi. Suhteellinen eriarvoisuus koulutusryhmien välillä oli maan pienin sen suhteen, olivatko korkeat asiakasmaksut olleet hoidon esteenä.

Valvontaviranomaisen mukaan julkista valtaa käyttävien viranhaltijoiden julkisen vallan käyttöön liittyvät tehtävät sekä varahenkilöjärjestelyt ovat olleet esillä palvelujen kokonaisulkoistuksissa.

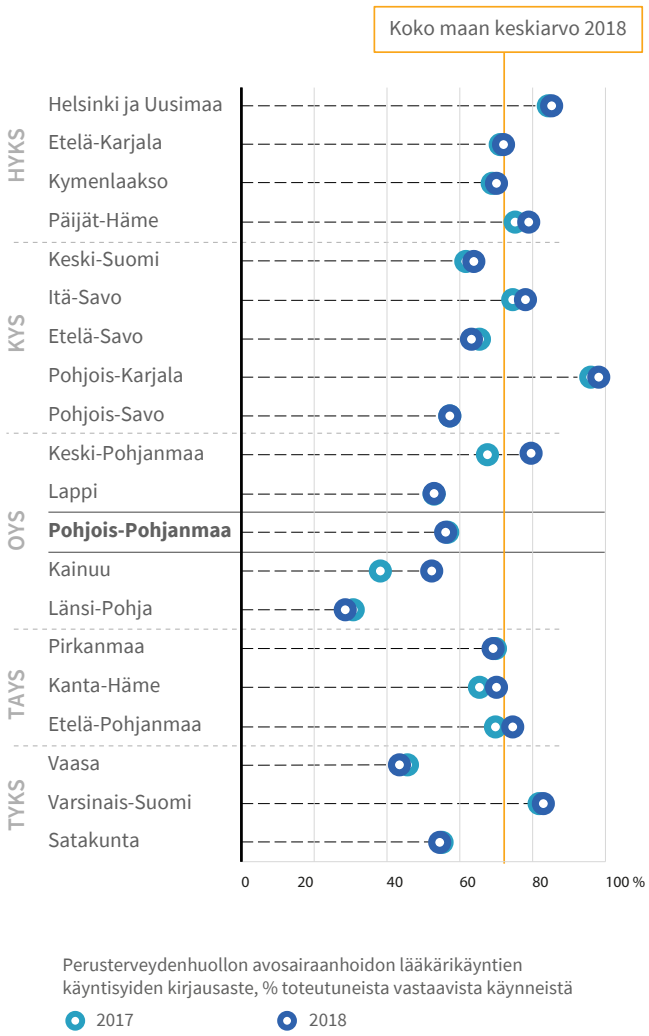
Avohoidossa kustannukset ovat kasvaneet ja vuodeosastohoidossa pysyneet ennallaan

Perusterveydenhuollon avohoidon (pois lukien suun terveydenhoito) asukaskohtaiset nettokäyttökustannukset (425 euroa / asukas) olivat 16 prosenttia maan keskiarvoa suuremmat, ja ne ovat lisääntyneet 11 prosenttia vuodesta 2015.

Perusterveydenhuollon vuodeosaston nettokäyttökustannukset (197 euroa / asukas) ylittivät maan keskiarvon 27 prosentilla, mutta ne ovat pysyneet lähes ennallaan vuoteen 2015 verrattuna.

Korvattujen lääkkeiden kustannukset (366 euroa / asukas) kasvoivat neljä prosenttia edellisvuodesta.

KUVIO 9. Alueiden väliset erot käyntisyiden kirjaamisessa 2017 ja 2018.



2.8 Suun terveydenhuolto

Julkinen hammashoito on alueella yleistä ja yksityinen vähäistä. Saatavuus ei toteutunut yhdenvertaisesti. Suun terveydenhuollon asukas- ja potilaskohtaiset nettokäyttökustannukset ovat supistuneet edellisvuodesta.

Julkisten palvelujen käyttö runsasta

Terveyskeskuspalvelujen käyttö oli alueella yleistä ja yksityispalvelujen käyttö vähäistä. Oikomishoitoa sai alueella maan toiseksi suurin osuus terveystarkastuksessa käyneistä 12-vuotiaista.* Asiakaskohtaisesti laskettuna käyntejä oli hieman enemmän kuin maassa keskimäärin; tämän perusteella hammashoidossa saattaa olla tehostamisen varaa. Kelan korvaamia aikuisten yksityisen hammashoidon käyntejä oli alueella selkeästi vähemmän kuin maassa keskimäärin.

Väestökyselyssä vain pieni osa vastaajista ilmoitti puutteista hammaslääkäripalvelujen saatavuudessa tai riittävyydessä. Valvontaviranomaisen mukaan kiireettömään hoitoon pääsy ei kaikilta osin toteutunut alueella yhdenvertaisesti. Lokakuussa 2018 kiireettömistä perusterveydenhuollon hammaslääkärikäynneistä 44 prosenttia toteutui yli kolmen viikon kuluttua hoidon tarpeen arvioinnista, mikä on maan keskiarvon tuntumassa.

Suun terveydessä kuntakohtaisia eroja

Reikiintyneitä, paikattuja ja poistettuja hampaita sekä runsaasti kariesta oli terveystarkastuksessa käyneillä 12-vuotiailla enemmän kuin maassa keskimäärin, ja tervehampaisia heistä oli pienempi osuus kuin maassa keskimäärin.

Niiden asiakkaiden osuus, joilla ei ollut hoidon tarvetta reikiintymisen tai ienhoidon takia, vaihteli kunnittain paljon (Alavieskassa 34 % ja Tyrnävällä 82 %).

Asiakas- ja asukaskohtaiset kustannukset ovat vähentyneet

Asukaskohtaiset nettokäyttökustannukset (82 euroa / asukas) olivat hieman korkeammat kuin maassa keskimäärin, mutta potilasta kohden laskettuna keskimääräistä pienemmät. Molemmat olivat supistuneet vuodesta 2016. Yksityisen hammashoidon asukaskohtaiset kustannukset (44 euroa / asukas) olivat 29 prosenttia maan keskiarvoa pienemmät.

*Kunnat lähettävät 12-vuotiaita terveystarkastuksiin eri perustein, mikä on vertailussa otettava huomioon.

2.9 Lasten, nuorten ja perheiden palvelut

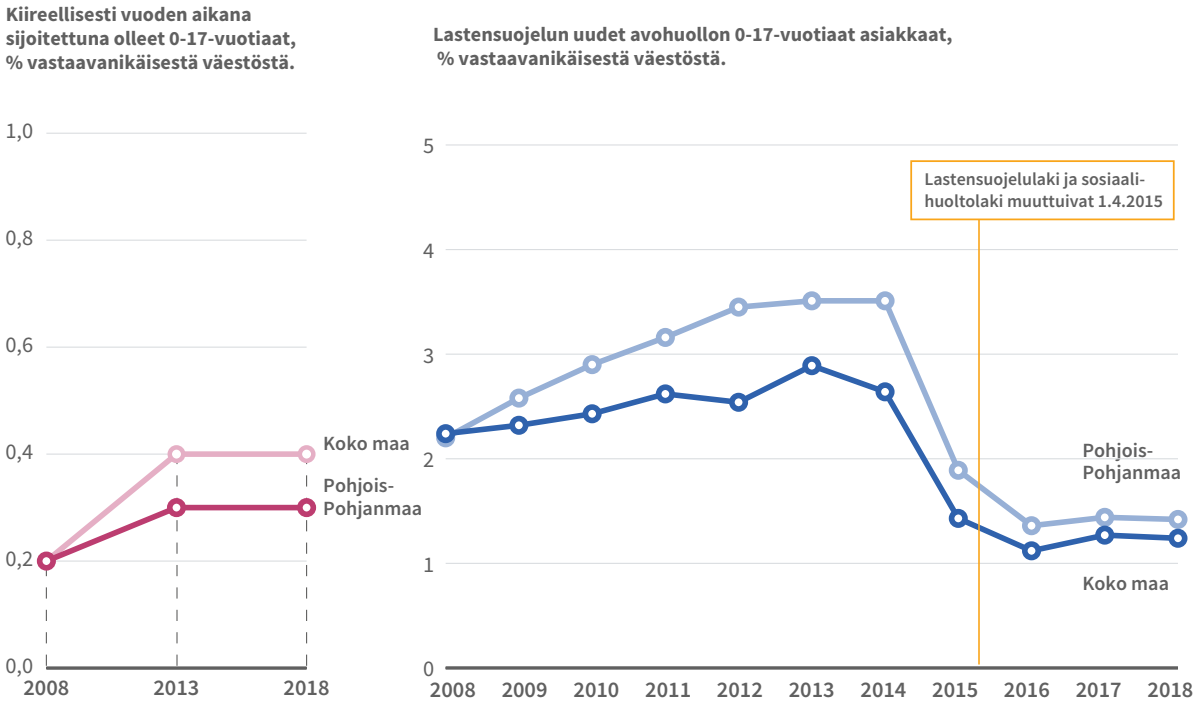
Lasten suuresta määrästä huolimatta palvelutarve ei korostu. Henkilöstömitoitukset alittavat suositukset monilta osin. Perheet käyttävät paljon kodin- ja lastenhoitopalveluja, mutta eivät erityispalveluja. Lastensuojelun hoitotakuuajoissa on ylityksiä. Lastensuojelun asukaskohtaiset laitos- ja perhehoidon nettokäyttökustannukset ovat maan pienimpiä.

Syntyvyys on maan toiseksi suurinta, ja neuvola- ja kouluikäisten lasten osuus väestöstä on maan suurin. Palvelutarvetta lisääviä tekijöitä on kuitenkin vähän. Ahtaasti asuvia asuntokuntia oli lapsiperheistä 30 prosenttia, ja lapsista pienituloisiin perheisiin kuului maan kolmanneksi suurin osuus. 8. ja 9. luokan oppilaiden itse ilmoittamat mielialaan liittyvät ongelmat eivät korostuneet, koulukiusaamista olivat kokeneet verrattain harvat, ja toimintarajoitteita oli vähän. Humalahakuinen juominen oli ikäluokassa maan vähäisintä, ja harva oli kokeillut huumeita. Toimeentulotukea lapsiperheistä sai pieni osa. Yhden vanhemman perheitä oli vähän.

Palvelujen käyttö vähäistä

Käyntejä lastenneuvolassa sekä koulu- ja opiskeluterveydenhuollossa oli vähän. Kaikissa näissä oli kuitenkin suuria kuntakohtaisia eroja, samoin äitiysneuvolan käynneissä. Hoitajamitoitus oli suositusten mukainen äitiysneuvolassa mutta ei lastenneuvolassa. Asiakkaat olivat kuitenkin kaikin puolin

KUVIO 10. Lastensuojelun uusien avohuollon asiakkaiden sekä kiireellisesti sijoitettuna olleiden osuudet alueella ja koko maassa.



Vasen kuvio esittää kiireellisesti vuoden aikana sijoittettujen lasten prosentuaaliset osuudet vuosina 2008, 2013 ja 2018 sekä osuuden muutossuunnan. Oikea kuvio esittää lastensuojelun uusien avohuollon asiakkaiden osuudet vuosina 2008–2018. Tulkinnassa tulee huomioida, että uuden sosiaalihuoltolain yhteydessä (1.4.2015) lastensuojelun avohuollon asiakkuus määriteltiin alkamaan vasta mikäli lastensuojelutarpeen selvityksen jälkeen todetaan lastensuojelutarve. Aiemmin asiakkuus alkoi päätöksestä aloittaa lastensuojelutarpeen selvitys.

tyytyväisiä neuvolapalveluihin, kuten muuallakin maassa. Kouluterveydenhuollon lääkäriresurssit olivat maan huonoimpia, ja ne olivat huonontuneet edellisvuodesta. Opiskeluterveydenhuollossakaan ne eivät olleet suosituksen mukaisia, ja myös ne olivat huonontuneet. Lisäksi lukioissa psykologeja oli vähän oppilasmäärään nähden.

Ehkäisyneuvonnassa ei olla onnistuttu. Raskaudenkeskeytyksiä oli maan neljänneksi eniten ja näistä jopa viidennes oli sellaisia, joita edelsi aikaisempi raskaus, joka oli päättynyt keskeytykseen tai synnytykseen saman tai edellisen vuoden aikana.

Varhaista tukea käytetään

Maan suurimpiin kuuluva osuus perheistä käytti kodin- ja lastenhoitopalveluja sekä lastensuojelun vastaavia palveluja. Lastensuojeluilmoituksia tehtiin vain hieman enemmän kuin maassa keskimäärin, ja huostaanotot olivat 0–17-vuotiailla vähäisiä, mutta kuntakohtaisesti eroja oli molemmissa. Kodin ulkopuolelle tai kiireellisesti sijoitettujen lasten osuus oli pieni, ja osuus on viime vuodet pysynyt samalla tasolla. Maan suurin osuus oli sijoitettuna perheisiin; laitoksiin sijoitettujen osuus oli maan pienimpiä, mikä on suositusten mukaista.

Lastensuojelussa hoitotakuuylityksiä

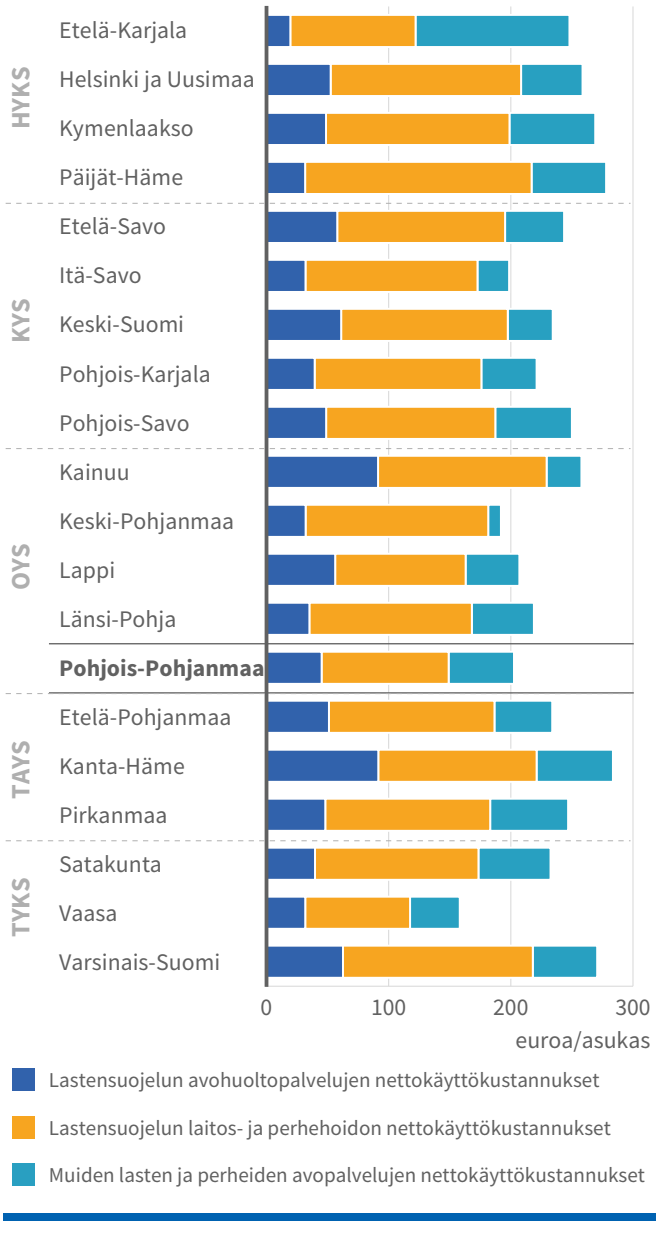
Lastensuojelun palvelutarpeen arvioinnit käynnistettiin seitsemässä arkipäivässä 95-prosenttisesti, ja ne valmistuivat kolmessa kuukaudessa 94-prosenttisesti. Tilanne on huonontunut edellisvuodesta. Molemmissa hoitotakuun määräaika ylittyy. Uusien lastensuojelun avohuollon asiakkaiden määrä on pysynyt lähes ennallaan viime vuodet (kuvio 10).

Somaattinen ja psykiatrinen erikoissairaanhoito ei korostunut

Lasten somaattisen erikoissairaanhoidon avo- tai vuodeosastohoito ei korostunut. Päiväkirurgisia potilaita oli keskitasoisesti, eikä päivystykseen 48 tunnin sisällä palanneita ollut poikkeavan paljon.

Lasten- ja nuorisopsykiatrian avohoidon käyntejä oli molempia vähän, eikä psykiatrian laitoshoito korostunut missään ikäluokassa. Hoitotakuu ylittyi kymmenen potilaan osalta lastenpsykiatriassa, ja hoitoonpääsyn odotusajan mediaani oli 40 päivää (31.12.2018). Hoitotakuu toteutui nuorisopsykiatriassa ja mediaani oli 34 päivää.

KUVIO 11. Lasten ja perheiden avopalvelujen ja lastensuojelun nettokäyttökustannukset vuonna 2018.



Kuviossa asukaskohtaiset nettokäyttökustannukset esitetään summautuvasti. Kuvio kertoo sekä kustannusten jakautumisesta eri palvelutyyppien kesken että yhteenlaskettujen kustannusten eroista alueiden välillä. Tulkinnassa tulee huomioida alueiden väliset erot väestön ikärakenteessa.

Kustannukset olivat maltilliset

Lastensuojelun asukaskohtaiset avohuoltopalvelujen nettokäyttökustannukset (45 euroa / asukas) olivat alle maan keskitason, vaikkakin ne olivat kasvaneet vuodesta 2015. Myös laitos- ja perhehoidon nettokäyttökustannukset (104 euroa / asukas) olivat maan pienimpiä; nekin olivat kasvaneet hieman vuoden 2015 jälkeen. Lasten ja perheiden muiden avopalvelujen nettokäyttökustannukset (54 euroa / asukas) olivat samat kuin maassa keskimäärin. (Kuvio 11.)

2.10 Aikuisten mielenterveys-, päihde- ja sosiaalipalvelut

Mielenterveys- ja päihdepalvelujen tarve on muuta maata suurempi, sosiaalipalvelujen maan keskitasoa. Koettu taloudellinen niukkuus voi viitata toimeentulotuen alikäyttöön. Psykoterapian saatavuus on hyvä. Päihdeongelmat kuormittavat perusterveydenhuoltoa. Alkoholia liikaa käyttäviä on paljon, mutta alkoholikuolleisuus on maan pienimpiä. Kustannukset ovat monilta osin maan keskitasoa.

Työkyvyttömyyseläke mielenterveyden-häiriön vuoksi yleisempi kuin muualla maassa

Sosiaalipalvelujen tarve työikäisillä oli maan keskitasoa työttömyys- ja toimeentulotukilukujen valossa. Työttömyys on vähentynyt viime vuodet, mutta sekä nuoriso- että pitkäaikaistyöttömyys olivat maan keskitasoa hieman suurempia. Nuorista syrjäytymisriskissä oli keskimääräistä hieman useampi vuonna 2017. Perustoimeentulotukea vuoden aikana tai pitkäaikaista toimeentulotukea sai harvempi kuin maassa keskimäärin sekä 18–24- että 25–64-vuotiaista. Kuitenkin väestökyselyn mukaan maan suurin osa 20–64-vuotiaista koki taloudellista niukkuutta.

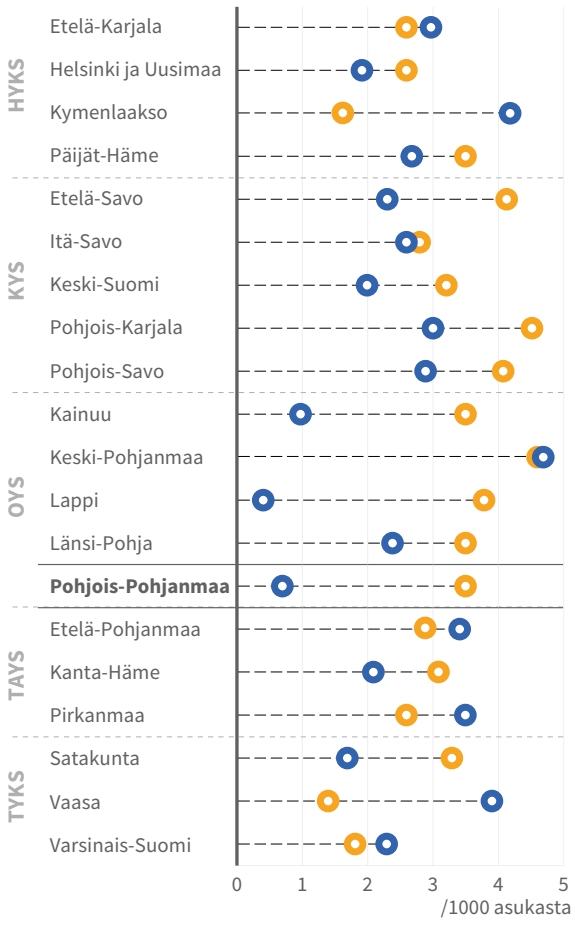
Mielenterveyspalvelujen tarve on alueella muuta maata suurempi. Merkittävä psyykkinen kuormittuneisuus ei poikennut muusta maasta, vaikka mielenterveyshäiriöt olivat keskivertoa yleisempiä. Mielenterveysindeksi (2014–2016) oli maan suurimpia, ja erityiskorvattaviin lääkkeisiin psykoosin vuoksi oikeutettuja oli väestöstä maan suurimpia osuuksia. Mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriöiden vuoksi työkyvyttömyyseläkettä sai maan suurimpiin kuuluva osuus 18–24-vuotiaista ja 25–64-vuotiaistakin useampi kuin maassa keskimäärin.

Päihdepalvelujen tarve vaikuttaa pienemmältä kuin maassa keskimäärin poliisin tietoon tulleiden huumausainerikosten perusteella, mutta suuremmalta pistohuumeista saatujen uusien hepatiitti-C-infektioiden perusteella. Alkoholinmyynti oli maan keskitasoa väestöön suhteutettuna, mutta alkoholia liikaa käyttävien osuus oli maan suurimpia.

Ehkäisevää toimeentulotukea myönnettiin vähemmän kuin maassa keskimäärin

Kuntiin osoitetut toimeentulotukihakemukset käsiteltiin viikon sisällä 99-prosenttisesti. Ehkäisevää toimeentulotukea sai sekä työikäisistä että nuorista maan keskiarvoa harvempi, täydentävää samoin kuin maassa keskimäärin. Aikuisten sosiaalipalvelujen saatavuudessa ei näiden perusteella vaikuta olleen ongelmia, mutta Kelan ja kuntien välisessä

KUVIO 12. Päihdehuollon asiakkaat ja potilaat eri palveluissa alueittain vuonna 2018.



Merkin etäisyys pystyakselista kuvaa väestösuhteutettua asiakasmäärää palvelussa.

asiakasohjauksessa saattaa olla puutteita. Koettu taloudellinen niukkuus voi viitata toimeentulotuen alikäyttöön.

Avohoidon mielenterveyspalvelujen ja psykiatrian avohoidon käytön perusteella palvelujen saatavuus oli alueella samanlainen kuin maassa keskimäärin. Käyntejä erikoissairaanhoidon avohoidon psykiatriassa oli vähemmän kuin maassa keskimäärin. Perusterveydenhuollossa oli mielenterveyskäyntejä lääkärille keskimääräistä enemmän, samoin muulle ammattilaiselle kuin lääkärille. Psykiatrian laitoshoito ei poikennut maan keskitasosta, mutta pakkotoimia sairaalahoidossa käytettiin keskimääräistä enemmän.

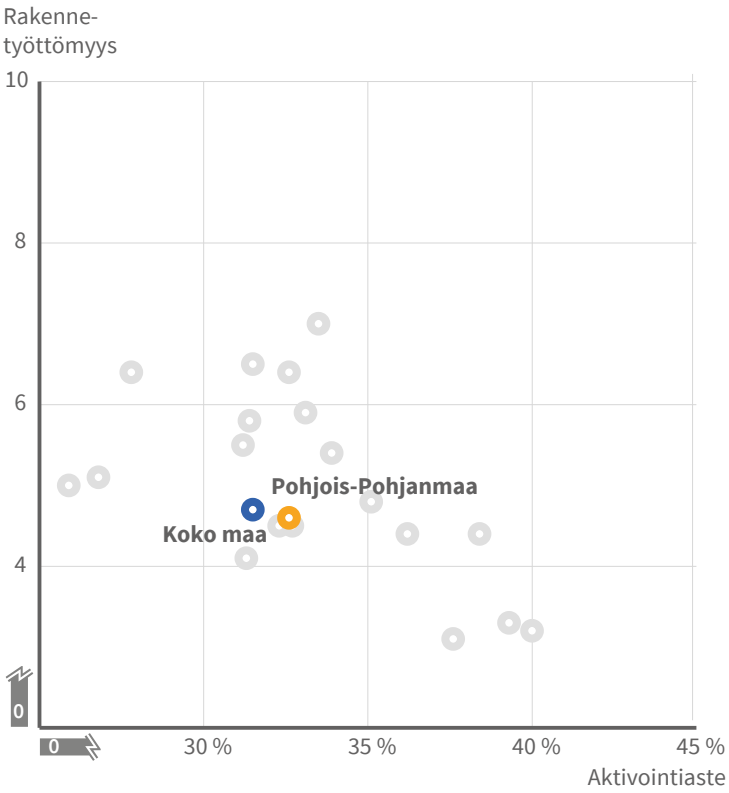
Psykoterapian saatavuus hyvä

Kelan korvaaman kuntoutuspsykoterapian keskimääräistä runsaampi käyttö viittaa hyvään psykoterapian saatavuuteen, myös kuntoutuspsykoterapiaa saaneiden nuorten suhteellinen osuus oli suuri. Kelan korvaamia yksityispsykiatrikäyntejä tehtiin alueella maan kolmanneksi eniten. Erikoislääkäritasoinen hoito vaikuttaa kokonaisuutena riittävältä palvelujen tarpeeseen nähden.

Päihteiden aiheuttamat ongelmat perusterveydenhuollon lääkärin avosairaanhoidon käyntisyynä yleinen

Uusien C-hepatiitti-infektioiden määrä oli väestöön suhteutettuna maan keskitasoa suurempi. Ruiskuhuumeiden välityksellä tarttuneiden C-hepatiitti-infektioiden määrä oli lähellä maan keskitasoa, ja se on pysytellyt kolmen viime vuoden ajan aikaisempia vuosia matalammalla tasolla. Huumeidenkäyttäjien terveysneuvontapisteissä oli asiakkaita selvästi maan keskitasoa vähemmän vuonna 2017. Päihteiden aiheuttamat ongelmat olivat terveyskeskuslääkärin vastaanoton syynä alueella maan yleisimpiä. Päihdehuollon avopalvelujen asiakkaita väestöön suhteutettuna oli maan toiseksi vähiten ja laitoshoidossa kolmanneksi vähiten, mikä johtuu osin siitä, että Oulun päihdepalvelut kirjautuvat tietojärjestelmässä erikoissairaanhoidoksi. Vuonna 2017 alkoholikuolleisuus oli alueella maan pienimpiä, myös yli 65-vuotiailla.

KUVIO 13. Rakennetyöttömyys ja aktivointiaste 2018.



Työttömien aktivointiasteen perusteella työllistymistä edistävien palvelujen yhteensovittamisessa on onnistuttu kuten koko maassa (kuvio 13). Työttömien terveystarkastukseen osallistumisen perusteella asiakasohjaus ja asiakaslähtöisyys toteutuivat vain kohtalaisesti, vaikkakin kuten maassa keskimäärin.

Skitsofreniapotilaista vuodeosastohoito uusiutui 30 päivän kuluessa reilulla neljänneksellä ja kaksisuuntaisen mielialahäiriön potilailla reilulla viidenneksellä, edellinen on keskimääräistä enemmän ja jälkimmäinen on maan toiseksi suurin osuus. Vuodeosastohoidon uusiutumisen yleisyys viitannee siihen, että alueella sairaala- ja avohoidon integraatio ei toimi.

Kustannukset olivat monilta osin maan keskitasolla

Kunnan osarahoittaman työmarkkinatuen osuus asukasta kohden (75 euroa / asukas) oli maan keskitasoa, ja se on pysynyt lähes ennallaan vuodesta 2015 alkaen. Työllistymistä tukevien palvelujen asukaskohtaiset nettokäyttökustannukset (90 euroa / asukas) olivat samansuuruiset kuin koko maassa.

Kelan kuntoutuspalvelujen kustannukset olivat maan suurimmat (95 euroa / asukas).

Perustoimeentulotuki asukasta kohden (86 euroa / asukas) oli maan keskiarvoa selvästi pienempi, ja sekin on pysynyt lähes ennallaan vuoden 2015 jälkeen.

Päihdehuollon erityispalvelujen asukaskohtaiset nettokäyttökustannukset (27 euroa / asukas) olivat maan keskiarvoa pienemmät.

2.11 Vammaisten palvelut

Paljon hoitoa ja huolenpitoa tarvitseva paljon. Laitoshoitoa on purettu huomattavasti, ja vaikeavammaisten asuminen ja palvelut on järjestetty yhdistettynä ratkaisuna maan keskitasoa useammin. Vammaispalvelut tuotetaan tehokkaasti ja pienemmin kustannuksin kuin maassa keskimäärin.

Palvelujen tarve keskimääräistä suurempi

Alle 16-vuotiaista korotetun tai ylimmän vammaistuen saajia oli maan neljänneksi eniten ja 16 vuotta täyttäneistä maan eniten. Eläkkeensaajien korotettua tai ylintä hoitotukea sai 16–64-vuotiaista selvästi maan keskitasoa useampi.

Vuonna 2017 vammaisuuden perusteella Kelan etuuksia saavia oli väestöön suhteutettuna maan keskiarvoa enemmän, mutta vammaisille myönnettyjen palvelujen ja tukien määrä oli maan pienimpien joukossa.

Laitoshoito lähes purettu

Vaikeavammaisten palveluasumisen asiakkaita oli väestöön suhteutettuna maan keskiarvoa enemmän.

Vuonna 2017 sekä kehitysvammaisten ohjatun ja tuetun että autetun asumisen asiakkaita oli maan keskitasoa enemmän suhteutettuna alueen väestöön. Kehitysvammalaitoksissa asui kaksitoista pitkäaikaisasiakasta vuonna 2017. Järjestäjä on vuodesta 2008 lähtien onnistunut purkamaan laitoshoitoa enemmän kuin maassa keskimäärin. (Kuvio 14.)

Korvausta asunnon muutostöistä tai laitteista sai vammaispalvelulain perusteella maan kolmanneksi pienin osuus.

Vammaispalvelulain mukaisia kuljetuspalveluja saavien osuus pysynyt ennallaan

Vammaispalvelulain perusteella kuljetuspalveluja sai alueen väestöön suhteutettuna maan pienin osuus, ja ikääntyneiden osuus näissä palveluissa oli pienempi kuin maassa keskimäärin.

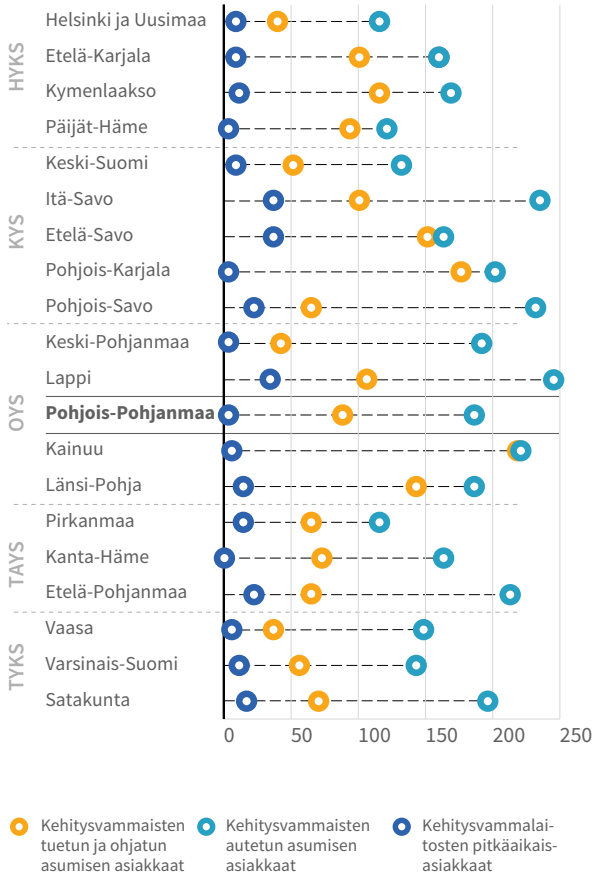
Vastaavasti sosiaalihuoltolain perusteella kuljetuspalveluja sai maan keskitasoa useampi.

Aluehallintoviraston mukaan palvelujen yhdenvertainen saatavuus on haaste pitkien välimatkojen, mutta myös kuntien erilaisten käytäntöjen vuoksi. Kokonaisulkoistuksissa oli ongelmia, jotka liittyivät julkisen vallan käyttöä sisältävien tehtävien hoitamiseen.

Asukaskohtaiset kustannukset muuta maata pienemmät

Vammaispalvelulain mukaisten palvelujen ja taloudellisten tukitoimien menot yhteensä (109 euroa / asukas) olivat maan keskiarvoa pienemmät, samoin

KUVIO 14. Kehitysvammaisten laitos- ja asumispalvelujen asiakkaat 2017.



Merkin etäisyys pystyakselista kuvaa väestösuhteutettua asiakasmäärää palvelussa.

kuljetuspalvelujen kustannukset (21 euroa / asukas). Vammaisten ympärivuorokautisen hoivan asumispalvelujen nettokäyttökustannukset (131 euroa / asukas) olivat maan pienimpien joukossa ja laitoshoidon nettokäyttökustannukset (12 euroa / asukas) olivat pienemmät kuin maassa keskimäärin. Muiden vammaisten palvelujen nettokäyttökustannukset (175 euroa / asukas) olivat hieman pienemmät kuin maan keskiarvo.

2.12 Ikääntyneiden palvelut

Ikääntyneiden osuus on pieni, mutta koettu hoivan tarve suuri. Säännöllinen kotihoito on yleistä. Päivystyksen painopiste on perusterveydenhuollossa. Yli 75-vuotiaita on vähän erikoissairaanhoidon vuodeosastohoidossa. Kotihoidossa tarjolla myös yöaikaista palvelua. Kustannukset ovat noususuuntaiset laitoshoitoa lukuun ottamatta ja kustannusten ennustetaan kasvavan vuoteen 2030 mennessä maan eniten.

Ikääntyneiden osuus väestöstä oli maan pienimpiä. Yksin asuminen oli harvinaista yli 75-vuotiailla. Eläkeläisistä korotettua tai ylintä hoitotukea sai keskimääräistä useampi. Toimeentulotukea yli 65-vuotiaista sai keskimääräistä harvempi. Yli 75-vuotiaista harvalla oli suuria vaikeuksia 500 metrin matkan kävelemisessä, mutta yksinäisyyttä, huonomuistisuutta ja suuria vaikeuksia itsestä huolehtimisessa koki maan suurimpia osuuksia.

I&O-kärkihankkeessa tehtiin alueella kuvaukset hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen toimintamalleista, asiakas- ja palveluohjauksen menetelmistä, kuntouttavan ja toimivan kotihoidon uudistamisesta sekä omais- ja perhehoidon yhtenäisistä toimintamalleista (Oinas 2016).

Palvelurakenne on keventynyt

Kotona asui 90 prosenttia 75 vuotta täyttäneistä. Omaishoidon tuella hoidettavien osuus oli maan keskiarvoa suurempi ja säännöllisen kotihoidon piirissä oli maan suurimpia osuuksia iäkkäistä. Palveluasuminen oli vähäistä yli 65-vuotiailla. Tehostettu palveluasuminen on lisääntynyt ja oli keskimääräistä hieman yleisempää. Vanhainkodeissa tai pitkäaikaisessa laitoshoidossa oli 75 vuotta täyttäneistä pienempi osuus kuin vuonna 2015, mutta osuus oli edelleen maan suurimpia. (Kuvio 15.)

Kotihoitoon kohdennettu henkilöstöä

Kotihoidossa työskenteli ikääntyneiden palveluiden henkilöstöstä suurempi osuus kuin maassa keskimäärin. Intensiivisen kotihoidon osuus oli maan keskimääräistä tasoa; säännöllisen kotihoidon piirissä olevista viidenneksen luona käytiin kaksi tai kolme kertaa päivässä ja samoin viidenneksen luona vähintään kolme kertaa päivässä. Keskimääräistä useampi yli 75-vuotias sai tukipalveluja kotona asumiseen.

Päivystyksen painopiste perusterveydenhuollossa

Vaikka alueen yli 75-vuotiailla oli vuoteen 2015 verrattuna huomattavasti enemmän (284 %) perusterveydenhuollon päivystyskäyntejä, niin määrä oli edelleen maan keskiarvon tuntumassa. Herää kuitenkin kysymys päiväaikaisen toiminnan riittävyydestä. Erikoissairaanhoidossa määrät pysyivät ennallaan ja olivat maan pienimpiä.

Perusterveydenhuollon vuodeosastolla potilaita ja hoitopäiviä oli alueen väestöön suhteutettuna maan keskiarvoa enemmän. Edelliset ovat lisääntyneet (14 %) ja jälkimmäiset vähentyneet hieman (3,3 %) vuodesta 2015.

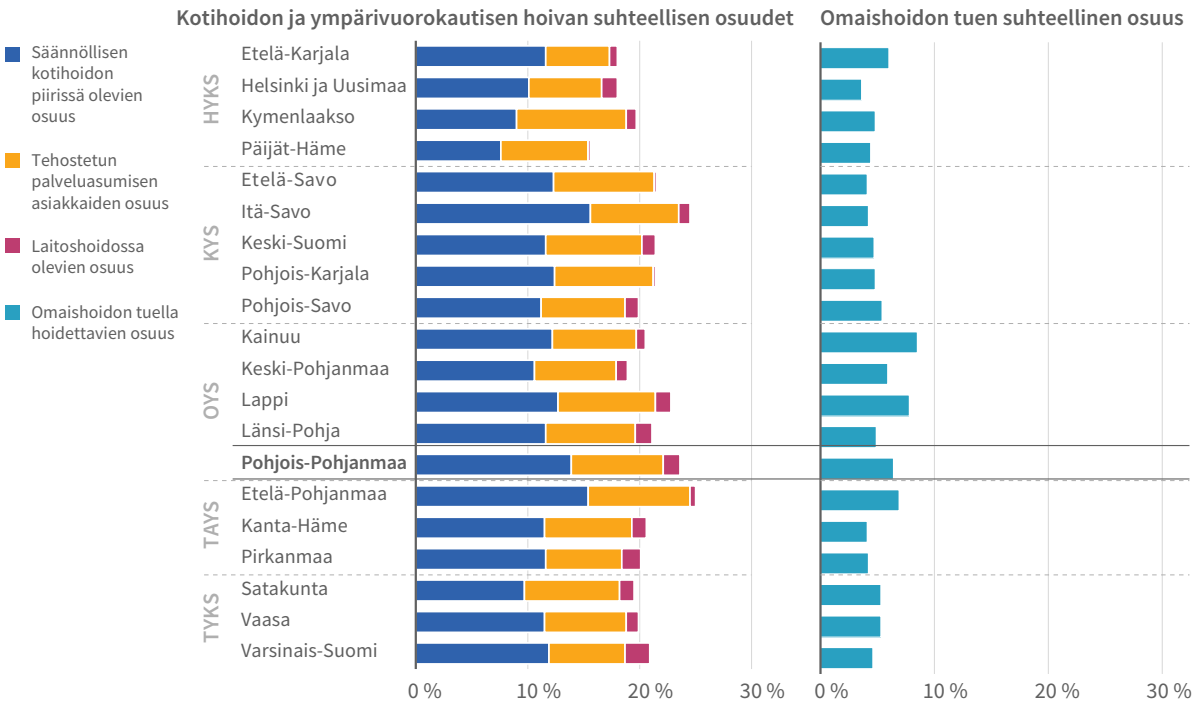
Kaatumiseen ja putoamiseen liittyviä hoitojaksoja oli vähän 65 vuotta täyttäneillä. Somaattisen erikoissairaanhoidon vuodeosaston potilaina oli 75-vuotiaista harva ja hoitopäiviä heillä oli vähän vuonna 2017. Aikuisikäisistä vuodeosastopotilaista maan pienin osuus oli 75 vuotta täyttäneitä, ja heille kertyi myös maan pienin osuus hoitopäivistä. Psykiatrian laitoshoito ja hoitopäivien määrä eivät poikenneet muusta maasta 65 vuotta täyttäneillä.

Erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon hyvä integraatio sekä myös hyvät perusterveydenhuollon ja vanhusten palvelut mahdollistavat hoitojen painottumisen peruspalveluihin. Kuntakohtaiset erot edellä mainituissa palveluissa ovat huomattavat.

Systemaattinen ravitsemustilan ja lääkehoidon kokonaisarviointi toteutuu paremmin kuin muualla maassa

Kotihoidon yksiköistä harvemmalla kuin muualla maassa oli mahdollisuus ympärivuorokautiseen lääkärikonsultaatioon. Kotihoidon yksiköistä 75 prosentissa oli saatavana yöaikainen palvelu arkena ja viikonloppuna. Kotihoidon yksiköistä ravitsemustilan arviointi ja lääkehoidon kokonaisarvi-

KUVIO 15. Ikääntyneiden palvelurakenne ja -kattavuus 75 vuotta täyttäneillä suhteessa vastaavan ikäiseen väestöön 2017.



Vasen kuvio esittää kotihoidon ja ympärivuorokautisen hoivan prosentuaaliset osuudet summautuvasti. Tiedot ovat poikkileikkaustietoja.Oikealla olevassa kuviossa esitetään vuoden aikana omaishoidon tukea saaneiden hoidettavien osuus prosentteina. Omaishoitajien osuus on vuoden kertymätieto.

ointi tehtiin systemaattisesti paremmin kuin koko maassa keskimäärin. Ympärivuorokautisen hoidon yksiköistä noin puolet on ottanut käyttöön muistisairaiden hyvän hoidon kriteeristön ja hyvin suuri osuus myös kirjalliset ohjeet itsemääräämisoikeuden rajoittamisen käytännöistä. Maan suurimpiin kuuluva osuus kotihoidon yksiköistä kokee tarvitsevansa lisäkoulutusta saattohoidosta. (THL, Vanhuspalvelujen tila -tutkimus)

Vanhustenhuollon valvonta-asiat ja epäkohtailmoitukset lisääntyivät, valvonnat kohdistuivat erityisesti tehostetun palveluasumisen henkilöstön riittävyyteen ja palvelujen laatuun.

Kustannukset noususuuntaiset laitoshoitoa lukuun ottamatta

Kotihoidon nettokäyttökustannukset (185 euroa / asukas) olivat pienemmät kuin maassa keskimäärin, vaikka ne olivat kasvaneet vuoteen 2015 verrattuna (13 %). Ikääntyneiden ympärivuorokautisen hoivan asumispalvelujen nettokäyttökustannukset (254 euroa / asukas) olivat maan pienimpiä ja nousseet muuta maata vähemmän vuoteen 2015 verrattuna (6,9 %). Ikääntyneiden laitospalvelujen nettokäyttökustannukset (73 euroa / asukas) olivat hieman suuremmat kuin maassa keskimäärin, mutta laskusuuntaiset. Muiden ikääntyneiden palvelujen nettokäyttökustannukset (97 euroa / asukas) olivat keskimääräistä suuremmat, ja ne olivat kasvaneet vuoteen 2015 verrattuna (37 %).

3 Kainuu

3.1 Asiantuntija-arvio

Kainuun sairaanhoitopiiri on kahdeksan kunnan muodostama 73 000 asukkaan alue. Väestö on iäkästä ja vähentynyt vuosien ajan. Työllisiä väestöstä on vähän. Elatussuhde ja väestöllinen huoltosuhde ovat korkeat. Työkyvyttömyyseläkettä saavia on paljon. Sairastavuus on alueella suurta, ikävakioimaton THL:n sairastavuusindeksi on 131. Kroonisten sairauksien vuoksi erityiskorvattaviin lääkkeisiin oikeutettuja on maan eniten. Ennenaikainen kuolleisuus on suurta.

Lääkäreistä pulaa sekä sairaalassa että terveyskeskuksessa

Somaattisen erikoissairaanhoidon sairaalapalvelujen käyttö on keskitasoa hieman runsaampaa. Saatavuus on hyvä, odotus- ja käsittelyajoissa on hoitotakuulainsäädännön vastaisia viiveitä vain vähän ja odotusajan mediaani on verrattain lyhyt. Lonkan kokotekonivelen ensileikkauksia tehdään maan toiseksi eniten. Erikoislääkäreitä joudutaan hankkimaan ostopalveluna. Ensihoitotehtäviä asukasta kohden on maan eniten.

Mielenterveyspalvelujen tarve on muuta maata suurempi, mutta erikoislääkäritasoinen avohoito on vähäistä. Perusterveydenhuollossa mielenterveyskäyntejä muulle ammattilaiselle kuin lääkärille on maan eniten ja lääkärille keskitasoisesti. Sairaalajaksot ovat keskimääräistä pidempiä, ja yli 90 päivää sairaalassa olleita potilaita on maan eniten, mutta kuntoutuskotien asiakkaita vähän.

Perusterveydenhuollon peittävyys on suuri, mutta saatavuudessa on ongelmia. Asiointi sähköisesti tai puhelimella on yleistä. Väestöön suhteutettuna terveyskeskuslääkäreitä on vähän. Avohoidossa lääkäreiden vastaanotot ovat vähentyneet 30 prosentilla vuoteen 2015 verrattuna, mikä heijastuu myös hoitoon pääsyyn. Hoitokäytännöt vaikuttavat hyviltä, mutta käyntisyiden kirjaus on puutteellista. Lääkärityöpanosta kohdentuu myös vuodeosastoille, joissa potilaita on ollut keskimääräistä enemmän ja hoitopäiviä paljon. Suun terveydenhuolto painottuu julkisiin palveluihin, joiden saatavuudessa on ollut ongelmia.

Lastenneuvolan ja kouluterveydenhuollon palvelujen käyttö on vähäistä, myös äitiysneuvolan ja opiskeluterveydenhuollon keskimääräistä vähäisempää. Neuvolapalveluissa hoitajamitoitukset ylittävät suositukset, mutta opiskeluterveydenhuollossa lääkäreitä on vähän. Lastensuojelun avopalveluissa on paljon asiakkaita, ja huostassa olevia on paljon. Lastensuojelun palvelutarpeen arvioinnit käynnistetään erinomaisesti, mutta valmistumisessa on määräaikaylityksiä. Lasten- ja nuorisopsykiatriassa osastohoito korostuu. Palvelut painottuvat erityispalveluihin.

Päihdehuollon avopalvelujen asiakasmäärä on maan keskitasoa ja laitoshoidossa maan pienimpiä, kuitenkin perusterveydenhuollossa päihteiden aiheuttamat ongelmat ovat yleisiä. Huumeidenkäyttäjien matalan kynnyksen palveluja ei ole. Toimeentulotukien käsittely on sujuvaa, ja työttömien aktivointiaste on noussut. Työttömien terveystarkastuksia tehdään maan eniten.

Vaikka vammaistukien saajia on maan eniten, myönnettyjen palvelujen ja tukien määrä on lähempänä maan keskitasoa. Laitoshoito on lähes purettu ja vaikeavammaisten ohjattua ja tuettua sekä autettua asumispalvelua lisätty.

Iäkkäiden alueellinen palvelukokonaisuus vaikuttaa toimivalta. Omaishoidon tukea hyödynnetään maan eniten. Kotihoitoon on kohdennettu henkilöstöä. Säännöllinen kotihoito on yleistä, ja yöaikaista palvelua arkena ja viikonloppuna tarjotaan enemmän kuin muualla. RAI-arviointijärjestelmä ja tehostettu moniammatillinen kotikuntoutuksen toimintamalli ovat käytössä. Kotisairaala toimii kotihoidon ja asumispalveluyksiköiden tukena osassa aluetta. Myös ympärivuorokautisen lääkärikonsultaation saatavuus on suhteellisen hyvä, mutta silti erikoissairaanhoidon päivystyskäyntien korostuminen yli 75-vuotiailla viittaa riittämättömiin lääkärin palveluihin perustasolla.

Kustannukset monilta osin maan suurimpia

Alueen kuntien talous on heikentynyt koko maan kehitystä enemmän. Kuntien tilikauden tulokset ovat alijäämäisiä yhtä kuntaa lukuun ottamatta. Negatiivisen vuosikatteen kuntia on neljä. Vuosikate riittää kattamaan poistot alueen kunnista vain yhdessä. Sosiaali- ja terveydenhuollon nettokäyttökustannukset kasvoivat (8,2 %) edellisvuodesta ja olivat maan toiseksi suurimmat. Vuoden 2017 tarvevakioidut menot olivat myös maan suurimpia. Sosiaali- ja terveyspalvelujen kustannukset eivät ole tasapainossa kuntien rahoituskyvyn kanssa, kun väestö vähenee ja verotulot pienenevät. Talouden tasapainottamisohjelman lisäksi on käynnistetty koko henkilöstöä koskeva yhteistoimintamenettely 24.10.2019.

Erikoissairaanhoidon asukaskohtaiset nettokäyttökustannukset ovat maan suurimmat, 46 prosenttia maan keskiarvoa suuremmat. Ne nousivat edellisvuodesta lähes 20 prosenttia. Alueen on syytä selvittää kustannusten kasvamisen syyt. Myös perusterveydenhuollon avohoidon kustannukset ovat maan suurimmat ja nousuuntaiset. Vuodeosaston kustannukset ovat melko tyypilliset. Suun terveydenhuollon kustannukset ovat maan suurimmat potilaskohtaisesti.

Lastensuojelun asukaskohtaiset avohuoltopalvelujen nettokäyttökustannukset ovat maan toiseksi suurimmat ja laitos- ja perhehoidon maan keskiarvon tuntumassa. Vammaispalveluissa kustannukset ovat maan keskiarvoa korkeammat ja nousuuntaiset, lukuun ottamatta laitoshoitoa. Kelan kuntoutuspalvelujen kustannukset ovat maan suurimpia. Työllistymistä tukevien palvelujen kustannukset ja kunnan osarahoittama työmarkkinatuki ovat maan keskitasoa. Asukaskohtainen perustoimeentulotuki on maan pienimpiä, samoin päihdehuollon erityispalvelujen nettokäyttökustannus.

Ikääntyneiden palvelut ovat menoeristä toiseksi suurin, mikä on linjassa alueen ikärakenteen kanssa. Kotihoidon asukaskohtaiset nettokäyttökustannukset ylittävät maan keskiarvon ja ovat nousuuntaiset. Ympärivuorokautisen hoivan asumispalvelujen nettokäyttökustannukset ovat maan pienimpiä ja laitoshoidon maan keskiarvoa pienemmät ja laskusuuntaiset. Palvelurakennetta on kevennetty, mikä näkyy kustannuksissa. Ikääntyneiden palvelujen kustannusten ennustetaan lisääntyvän vuoteen 2030 mennessä 38 prosenttia.

Viidentoista vuoden kokemus maakunnallisesta sosiaali- ja terveyspalvelujen järjestämisvastuusta

Kainuun sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymä tuottaa koko alueelle erikoissairaanhoidon, myös sosiaali- ja perusterveydenhuollon palvelut, lukuun ottamatta Puolankaa, joka on ne ulkoistanut. Kaikissa alueen kunnissa on saatavilla perusterveydenhuollon avovastaanottopalveluja ja ikääntyneiden, perheiden sekä mielenterveys- ja päihdeongelmaisten palveluja. Kainuun keskussairaalassa on ympärivuorokautinen päivystys. Kainuun uusi sairaala rakennetaan allianssiurakkana, ja kokonaiskustannukseksi arvioidaan 159 miljoonaa euroa.

Kainuun uusi sairaala -hanke keskittyy perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhteensovittamiseen tarjoamalla niitä samassa rakennuksessa. Suunnitelmissa on myös Seinätön sairaala -toimintamalli, joka luo palvelukokonaisuuden jatkuvuutta sairaalasta kotiin asti yhteensovittaen myös sosiaalihuollon palveluja terveydenhuoltoon.

Hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen aktiivista

Hyvinvoinnin ja terveyden edistämiseen on hyvät rakenteet, ja toiminta on monialaista. On hienoa, että hyvinvointia ja terveyttä edistävän kulttuuritoiminnan rakenteita ja toimintamalleja on keskimääräistä useammassa kunnassa.

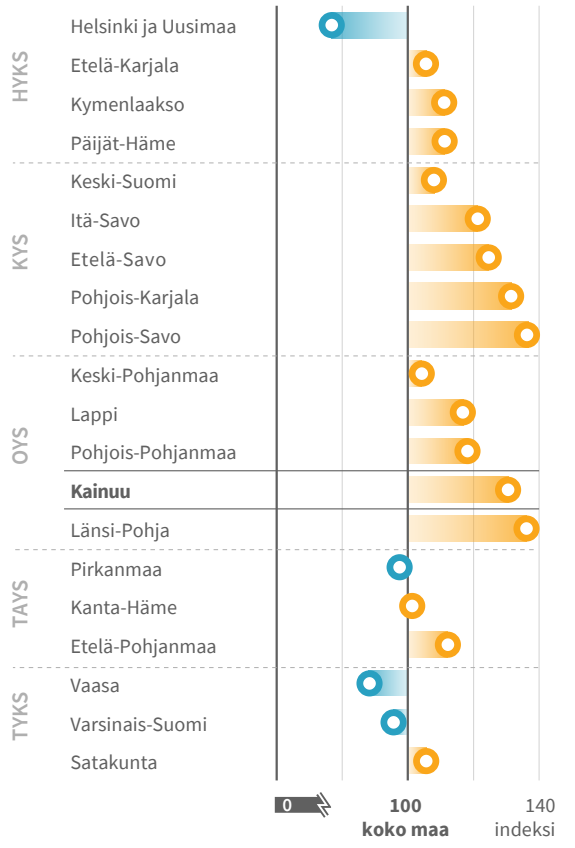
Lapsilla koettu terveys on hyvä, mutta haaste on yläkouluikäisten tupakointi. Elintavoiltaan kainuulaiset aikuiset eivät juuri poikkea maan keskitasosta. Iäkkäistä monella on vaikeuksia suoriutua arkitoimista. Erikoissairaanhoidon infektioiden ennaltaehkäisyssä on puutteita.

3.2 Toimintaympäristö

Väestön palvelutarve on suuri

Kainuun sairaanhoitopiiri on kahdeksan kunnan muodostama 73 000 asukkaan alue. Väestö on vähentynyt vuosien ajan. Alueella on pitkät etäisyydet, ja väestötiheys on maan kolmanneksi pienin, mutta noin puolet väestöstä asuu Kajaanissa. Työllisiä väestöstä on maan kolmanneksi vähiten. Elatussuhde (171 vuonna 2017) ja väestöllinen huoltosuhde (71) olivat maan neljänneksi suurimmat. Yli 65-vuotiaiden osuus väestöstä on maan kolmanneksi suurin. Työkyvyttömyyseläkettä saavien 16–64-vuotiaiden osuus on pienentynyt viime vuodet, mutta se on silti Kainuussa maan suurin.

KUVIO 2. Alueiden väliset erot sairastavuudessa.



THL:n sairastavuusindeksi kuvaa alueiden väestön sairastavuutta suhteessa koko maan tasoon. Mitä pienempi luku on, sitä terveempi on alueen väestö. Indeksi kokoaa tiedot seitsemästä vakavasta sairausryhmästä. Ikävakioimaton indeksi kuvaa alueen todellista sairaustaakkaa.

Samoin Kelan työkyvyttömyysindeksi on pienentynyt, mutta se oli maan kolmanneksi suurin vuonna 2017. Työkykynsä heikentyneeksi arvioivien osuus 20–64-vuotiaista oli maan suurin.

Väestön sairastavuus on alueella suurta (kuvio 2). Ajanjaksolla 2014–2016 alueen väestön ikävakioimaton THL:n sairastavuusindeksi oli maan neljänneksi suurin, 131, ja kuntakohtaiset erot huomattavat (119–189). Sairastavuus on alueella kaikissa tutkituissa sairausryhmissä maan keskitasoa yleisempää, aivoverisuonitautien suhteen se on maan toiseksi yleisintä ja sepelvaltimotaudin sekä tuki- ja liikuntaelinsairauksien suhteen yleisintä. Kainuulaisista kroonisten sairauksien vuoksi erityiskorvattaviin lääkkeisiin oikeutettuja oli maan suurin osuus, ja alueen alle 80-vuotiailla oli vuonna 2017 menetettyjä elinvuosia maan toiseksi eniten.

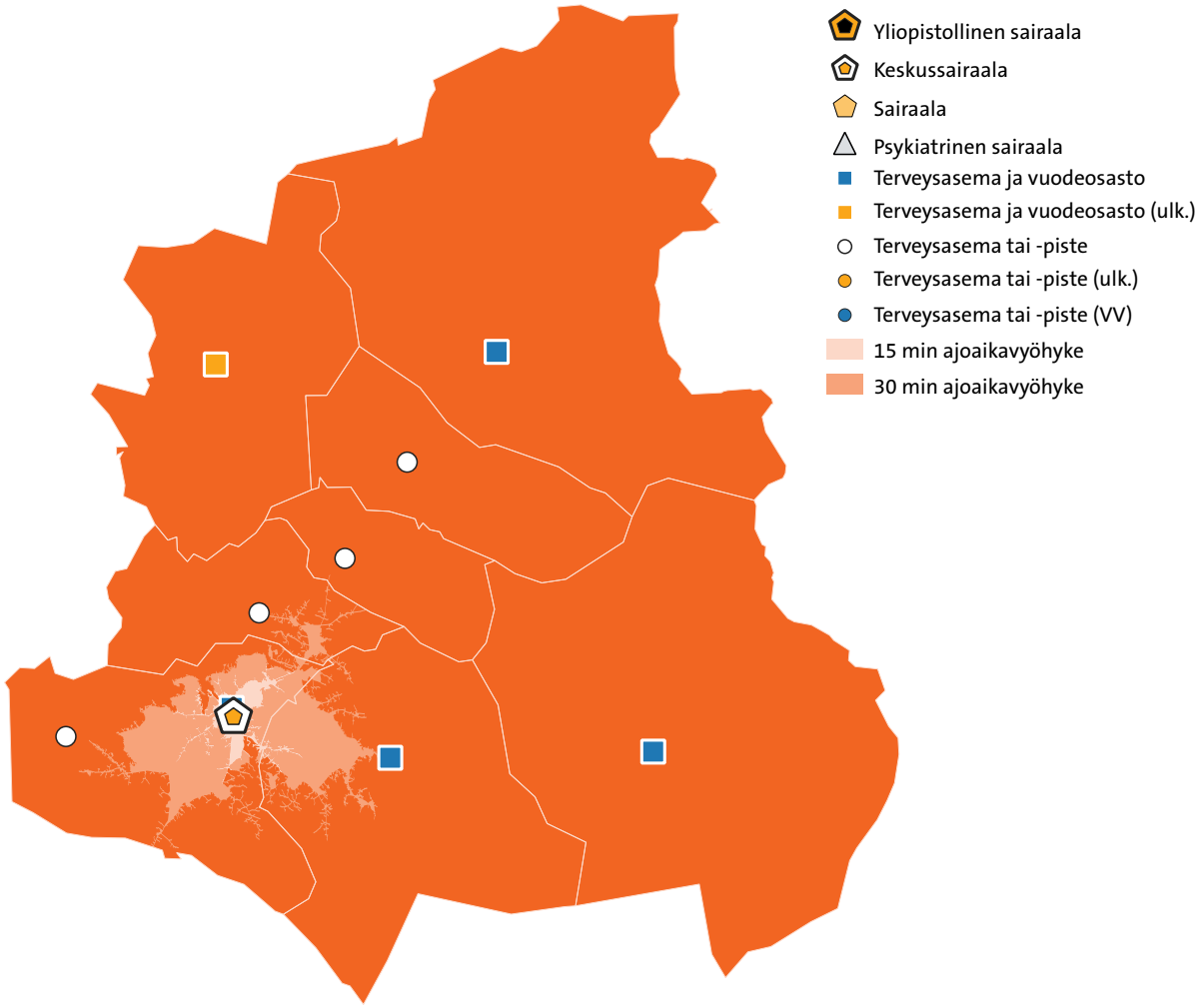
Peruspalveluja kaikissa alueen kunnissa

Kainuun sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymä tuottaa koko alueelle erikoissairaanhoidon, myös sosiaali- ja perusterveydenhuollon palvelut, lukuun ottamatta Puolankaa, joka on ne ulkoistanut. Terveysasemia on kahdeksan, joista yksi on ulkoistettu. Kajaanissa sijaitseva Kainuun keskussairaala toimii ympärivuorokautisesti päivystävänä keskussairaalana. (Kuvio 3.)

Uuteen sairaalaan investoidaan merkittävästi

Merkittävin investointi on uuden keskussairaalan rakentaminen, johon Kainuun sote sai poikkeusluvan. Kainuun uusi sairaala rakennetaan allianssiurakkana, ja kokonaiskustannukseksi arvioidaan 159 miljoonaa euroa. Kainuun uusi sairaala -hanke keskittyy perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhteensovittamiseen tarjoamalla niitä samassa rakennuksessa. Suunnitelmissa on myös Seinätön sairaala -toimintamalli, joka luo palvelukokonaisuuden jatkuvuutta sairaalasta kotiin asti yhteen sovittaen myös sosiaalihuollon palveluja terveydenhuoltoon.

KUVIO 3. Julkisesti järjestettyjen terveyspalvelujen palveluverkko vuonna 2018.

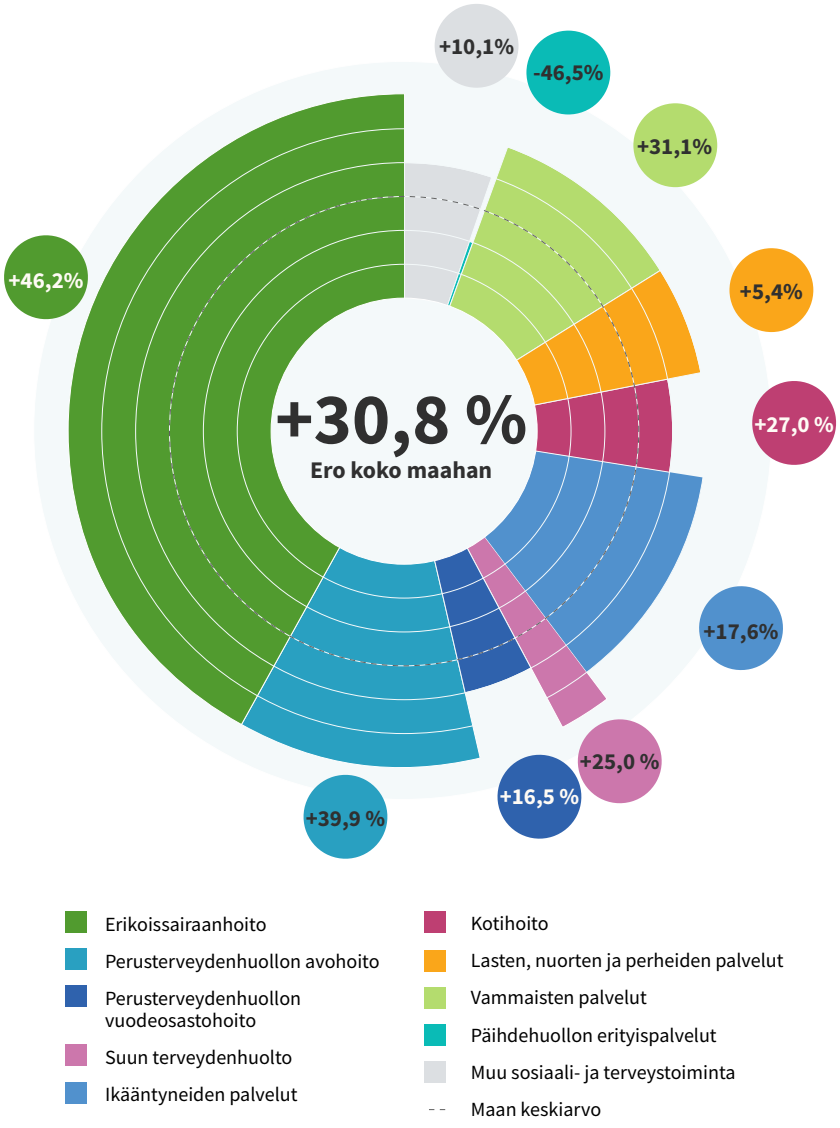


Julkisesti järjestetyt terveyspalvelut on jaoteltu sairaala- ja terveysasematyypeittäin. Terveysasemat on jaoteltu lisäksi alueen itse tuottamiin, ulkoistettuihin (ulk) tai palvelusetelikokeilun kautta asukkaan vapaasti valittavissa (vv) oleviin toimipisteisiin. Vaaleammat vyöhykkeet kartassa kuvaavat lähimmän ympärivuorokautisen päivystyksen maantieteellistä saavutettavuutta.

3.3 Sosiaali- ja terveyspalvelujen rahoitus ja kustannukset

Sosiaali- ja terveystoimen nettokäyttökustannukset ovat suurentuneet kahdeksan prosenttia edellisvuodesta, ja samaan aikaan alueen kuntien talous on heikentynyt. Vuonna 2017 tarvevakioidut menot olivat kuusi prosenttia suuremmat kuin maassa keskimäärin. Väestöennusteen mukaan väestö vähenee ja ikääntyy vuoteen 2030 mennessä muuta maata hitaammin, minkä vuoksi reaalikasvun ennuste on muuta maata pienempi.

KUVIO 4. Sosiaali- ja terveystoimen nettokäyttökustannusten jakauma ja alueen ero maan keski-arvoon 2018.



Kuviossa esitetään kustannusten jakauma tehtävittäin. Jos alueen menot ovat maan keskiarvoa suuremmat, kuvion tehtäväkohtainen osa ylittää katkoviivalla kuvatun maan keskiarvon. Ero maan keskiarvoon on kuvattu myös prosentteina.

Tehtäväkohtaisen osuuden leveys kuvaa suhteellista osuutta kaikista sosiaali- ja terveystoimen nettokäyttökustannuksista.

Tehtäväkohtaisen osuuden etäisyys keskipisteestä kuvaa sen suhteellista sijoittumista alueiden välisessä vertailussa.

Kuntien taloudellinen kantokyky heikentynyt

Kuntien ja kuntakonsernien talouden tunnuslukujen mukaan Kainuun kuntien (8) talous heikkeni vuonna 2018 koko maan kehitystä enemmän[1]. Alueen kuntien tilikauden tulokset asukasta kohti olivat alijäämäisiä Hyrynsalmea lukuun ottamatta. Vuotta aikaisemmin tilikauden tulos oli ollut alijäämäinen neljässä kunnassa.

Alueen kuntien verotulojen kehitys oli heikkoa, Suomussalmea lukuun ottamatta asukaskohtaiset verotulot vähenivät edellisvuodesta. Kokonaisuutena verorahoitus eli verotulot ja valtionosuus asukasta kohti supistui alueen kunnissa Hyrynsalmea, Paltamoa ja Suomussalmea lukuun ottamatta. Konsernitilinpäätöksen[1] perusteella Hyrynsalmen talous täyttää lähtökohtaisesti kuntarakennelain 56 a §:n tarkoittaman harkinnanvaraisen yhdistymisavustuksen ehdot.

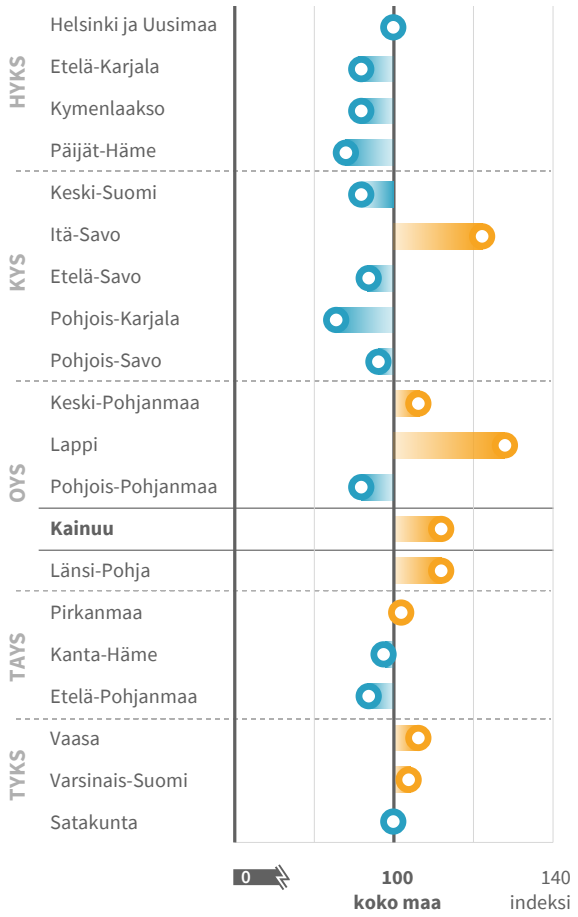
Tulorahoituksen riittävyyttä kuvaava vuosikate asukasta kohti heikkeni selvästi vuonna 2018 Kainuun kaikissa kunnissa. Negatiivisen vuosikatteen kirjasivat Kuhmo (- 72 euroa / asukas), Ristijärvi (- 43 euroa / asukas), Sotkamo (- 73 euroa / asukas) ja Suomussalmi (- 112 euroa / asukas). Vuonna 2017 Kainuussa ei ollut yhtään negatiivisen vuosikatteen kuntaa.

Vuosikate riitti kattamaan poistot alueen kunnista ainoastaan Hyrynsalmella, kun vuotta aikaisemmin vuosikate oli kattanut poistot neljässä kunnassa. Kajaanissa, Paltamossa, Ristijärvellä ja Suomussalmella vuosikate ei riittänyt kattamaan poistoja myöskään vuonna 2017.

Sosiaali- ja terveystoimen nettokäyttökustannukset suurenivat

Kainuun kuntien sosiaali- ja terveystointen nettokäyttökustannukset olivat 317 miljoonaa euroa (4 341 euroa / asukas). Asukaskohtaiset nettokäyttökustannukset kasvoivat 8,2 prosenttia edellisvuodesta, ja ne olivat maan toiseksi korkeimmat, 31 prosenttia korkeammat kuin maassa keskimäärin. Ne olivat pienimmät Kajaanissa (3 873 euroa / asukas) ja suurimmat Puolangalla (6 053 euroa / asukas).

KUVIO 5. Sosiaali- ja terveydenhuollon tarvevakioitujen menojen indeksi 2017.



Tarvevakioinnilla tarkoitetaan alueen asukkaiden palvelutarpeeseen vaikuttavien tekijöiden huomioimista. Maan keskiarvo on luku 100. Tämän ylittävä luku kertoo, kuinka monta prosenttia alueen tarvevakioidut menot olivat maan keskiarvoa suuremmat.

Sosiaali- ja terveystoimen nettokäyttökustannuksista suhteellisesti suurin osuus muodostui erikoissairaanhoidosta (42 %), ja toiseksi eniten kustannuksia kohdentui ikääntyneiden palveluihin (12 %). Perusterveydenhuollon avohoidon osuus oli 11,8 prosenttia ja vuode-osastohoidon 4,2 prosenttia. (Kuvio 4.)

[1] Kuntalain 114 §:n mukaan kuntien tulee laatia ja sisällyttää tilinpäätökseensä konsernitilinpäätös. Kuntakonserni sisältää kunnan oman organisaation, mukaan lukien kunnan liikelaitokset, sekä eri yhteisöt, joissa kunnalla on kirjanpitolain (1336/1997) tarkoittama määräysvalta. Konsernitilinpäätökseen yhdistellään lisäksi suhteellisella yhdistelyllä kuntayhtymät, joissa kunta on jäsenenä, ja siinä otetaan huomioon kunnan osakkuusyhteisöt. Vuodesta 2017 lähtien kriisikuntamenettely on perustunut kunnan taseeseen kertyneen alijäämän lisäksi myös kuntakonserneja koskeviin tietoihin kuntalain 118 §:n kriteerien mukaisesti.

Sosiaali- ja terveydenhuollon tarvevakioidut menot olivat maan suurimpia vuonna 2017

Vuonna 2017 koko maan sosiaali- ja terveydenhuollon nettomenot olivat keskimäärin 3 100 euroa asukasta kohti ja Kainuussa 3 909 euroa, mikä oli 26 prosenttia enemmän kuin maassa keskimäärin. Alueen väestön palvelutarve oli kuitenkin 19 prosenttia keskimääräistä suurempi. Tarvevakioidut menot[2] olivat kuusi prosenttia korkeammat kuin maassa keskimäärin ja maan kolmanneksi korkeimmat Länsi-Pohjan kanssa. (Kuvio 5.) Kainuun kunnissa väestön palvelutarve oli pienimmilläänkin kahdeksan prosenttia maan keskimääräistä suurempi (Kajaani) ja suurimmillaan maan suurin, 65 prosenttia maan keskimääräistä suurempi (Ristijärvi). Tarvevakioidut sosiaali- ja terveydenhuollon menot olivat Paltamossa alueen pienimmät, maan keskitasolla. Alueen suurimmat tarvevakioidut menot olivat Puolangalla, 22 prosenttia maan keskitasoa suuremmat.

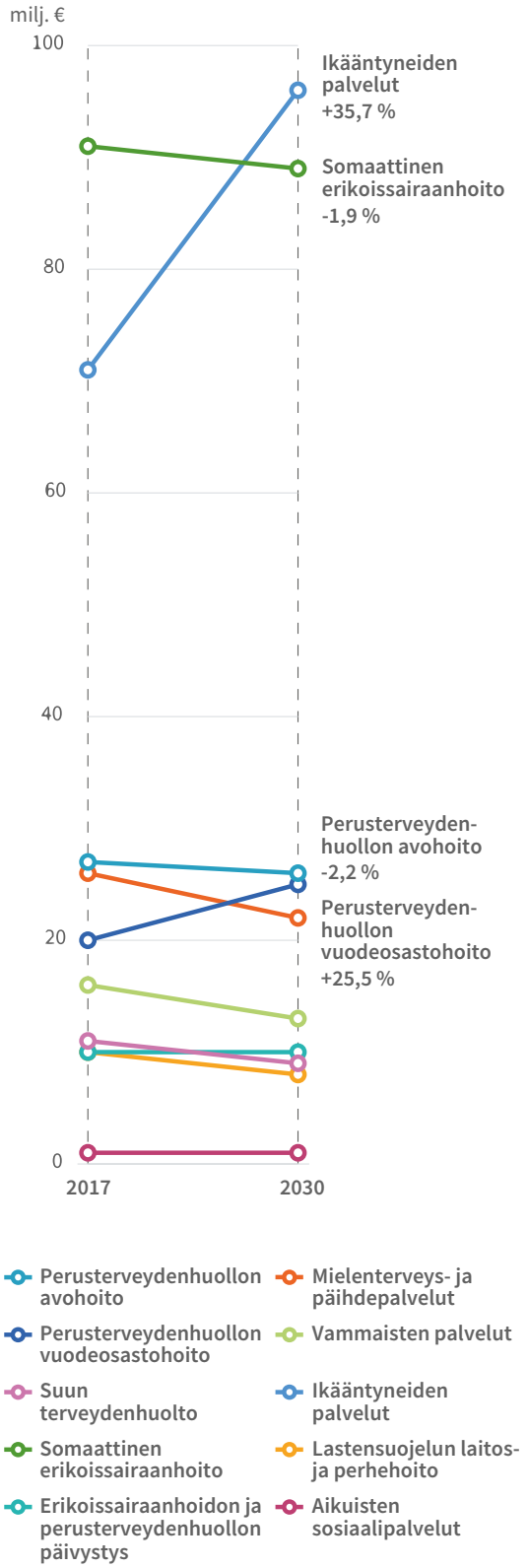
Kasvuennusteen mukaan suurin kasvu on ikääntyneiden palvelujen kustannuksissa

THL:n ennustelaskelmien mukaan sosiaali- ja terveyspalvelujen vuotuiset kustannukset kasvavat eniten alueilla, joissa väestönkasvu on koko maata suurempaa ja joihin väestö keskittyy. Kainuun väestö vähenee ennusteen mukaan vuoteen 2030 mennessä 12,6 prosentilla, kun vastaavalla ajanjaksolla koko maassa väestömäärän ennustetaan kasvavan 1,0 prosentilla. Alueen 65 vuotta täyttäneiden määrä kasvaa hitaammin kuin maassa keskimäärin eli noin 17 prosenttia (koko maassa 24 %) vuoteen 2030 mennessä.

Väestörakenteen muutoksen perusteella sosiaali- ja terveyspalvelujen vuotuiseksi reaalikasvuksi ennakoidaan keskimäärin 0,4 prosenttia (koko maassa 1,2 %) vuosina 2017–2030. Alueen sosiaali- ja terveyspalvelujen kustannusten kokonaiskasvun ennuste vuoteen 2030 men-

[2] Tarvevakioitujen menojen laskennassa käytetyt sosiaali- ja terveydenhuollon nettomenot eivät sisällä ympäristöterveydenhuoltoa eivätkä ns. muuta sosiaali- ja terveystoimintaa. Lisäksi kotihoidon osalta arvioidaan ainoastaan yli 65-vuotiaiden kustannukset. Tarvetekijöinä on huomioitu ikä- ja sukupuolirakenne, sairastavuus ja sosioekonominen asema.

KUVIO 6. Sosiaali- ja terveyspalvelujen reaalikustannusten ennuste.



Tehtäväkohtainen viiva kuvaa reaalikustannusten muutosta vuosien 2017 ja 2030 välillä. Osassa tehtävistä on lisäksi merkitty kustannusten prosentuaalinen muutos. Tiedot perustuvat THL:n tuottamaan alueellistettuun sosiaalimenojen ennustemalliin.

nessä on 5,5 prosenttia (koko maassa 17,0 %), 283 miljoonasta 299 miljoonaan. Ikääntyneiden palvelujen kustannusten ennustetaan kasvavan vuoteen 2030 mennessä eniten, 36 prosenttia (koko maassa 50 %). Toiseksi eniten kasvua ennustetaan perusterveydenhuollon vuodeosastohoidon menoihin, 26 prosenttia (koko maassa 40 %). (Kuvio 6.)

Alueiden kustannusten kasvuvauhdissa on eroja, jotka aiheutuvat väestörakenteen kehityksestä ja kustannusrakenteen eroista lähtötilanteessa. Tämän vuoksi suuri väestönkasvu ei suoraan selitä nopeinta kasvuvauhtia, vaan siihen vaikuttavat todennäköisesti myös erot huoltosuhteessa ja sosiaali- ja terveyspalvelujen kustannusrakenteessa.

3.4 Hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen

Hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen rakenteet ovat kunnossa. Järjestöyhteistyö on monipuolista. Kunnat ovat aktiivisia hyte-toiminnassa ja hallinnonalat ylittäviä rakenteitakin löytyy. Koetussa hyvinvoinnissa on haasteita aikuisilla. Elintavoiltaan kainuulaiset aikuiset eivät juuri poikkea maan keskitasosta, mutta yläkoulu ikäisten tupakointi on yleistä.

Hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen rakenteet kunnossa

Hyvinvoinnin ja terveyden edistämistä (hyte) koordinoi Kainuun sote -kuntayhtymä, jossa on hyte-koordinaattori (terveyden edistämisen koordinaattori). Hyte on kirjattu sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämissuunnitelmaan. Kuntien hyvinvoinnin, terveyden ja turvallisuuden edistämisen ryhmät muodostuvat kunnan johtoryhmästä ja eri hallinnonalojen asiantuntijoista. Kuntien hyvinvointikoordinaattoreilla on oma verkosto.

Sosiaali- ja terveysjärjestöjen avustuskeskus on myöntänyt alueella rahoitusta muun muassa kulttuuripajatoimintaan mielenterveyskuntoutujille (Sosiaalipedagogiikan säätiö), kohtaamispaikkojen perustamiseen lapsiperheille, toimintaan yläkouluikäisille ja tukihenkilötoimintaan (Mannerheimin Lastensuojeluliiton Kainuun piiri ry), muistisairauksien asiantuntija- ja tukikeskuksen toimintaan (Kainuun muistiyhdistys ry), Kainuun monikulttuuristen toimintakeskusten toimintaan (Kainuun Nuotta ry), syrjäytymisvaarassa olevien 45–65-vuotiaiden työikäisten miesten elämänhallinnan ja elintapojen kohentamiseen (Miina Sillanpää -säätiö) ja ystäväpiiritoimintaan ikäihmisille (Vanhustyön keskusliitto ry).

Liikuntaa on mahdollistettu hyvin

Kyselyjen mukaan Kainuun kunnissa on hyte-asioiden koordinoinnista vastaava henkilö. Laajan hyvinvointikertomuksen on hyväksynyt 88 prosenttia kunnanvaltuustoista. Kunnista 75 prosenttia on raportoinut valtuustolle väestöryhmien välisiä terveyseroja ja 88 prosenttia kertoi verkkosivuillaan osallistumisen ja vaikuttamisen mahdollisuuksista. Paikallisen turvallisuussuunnitelman toimenpiteistä oli päätetty kolmasosassa kunnista.

Liikuntaa järjestettiin liikuntaseuratoiminnan ulkopuolella oleville lapsille ja nuorille 75 prosentissa kuntia, samoin liikuntaneuvontaa, mutta harvassa kunnassa ohjattiin sosiaali- ja terveyspalveluista asiakkaita liikuntaneuvontaan.

Hallinnonalojen yhteisiä rakenteita tai toimintamalleja, joissa käsitellään hyvinvointia ja terveyttä edistävää kulttuuritoimintaa, on 62 prosentissa kunnista.

Aikuisilla koetussa hyvinvoinnissa haasteita, nuorilla ei

Vanhempien arvioimana 4. ja 5. luokan oppilaiden tavallisuudesta poikkeava epäsosiaalinen käytös oli maan toiseksi yleisintä.

Peruskoulun 8. ja 9. luokan oppilaista harva koki terveydentilansa keskinkertaiseksi tai huonoksi (vuonna 2017) ja myös harvempi kuin maassa keskimäärin koki kohtalaista tai vaikeaa ahdistuneisuutta. Koulukiusattuna olleiden oppilaiden osuus oli maan pienin.

Alueen 20–64-vuotiaista elämänlaatunsa hyväksi tuntevien osuus oli maan keskiarvoa pienempi ja maan toiseksi suurin osuus uskoi, ettei todennäköisesti jaksa työskennellä vanhuuseläkeikään saakka.

Yli 65-vuotiaista elämänlaatunsa hyväksi tuntevien osuus oli alueella maan pienimpiä. Maan suurin osuus 75 vuotta täyttäneistä koki suuria vaikeuksia arkitoimissa.

Elintavoiltaan kainuulaiset aikuiset eivät juuri poikkea maan keskitasosta

Peruskoulun 8. ja 9. luokan oppilaiden tupakkatuotteiden tai sähkösavukkeiden päivittäinen käyttö oli maan yleisimpiä. Ikäluokasta ylipainoisia oli lähes saman verran kuin maassa keskimäärin, samoin hengästyttävää liikuntaa korkeintaan tunnin viikossa harrastavia. Oppilasryhmästä niukasti hedelmiä, marjoja ja kasviksia syöviä oli maan kolmanneksi eniten.

Aikuisista kasviksia ravitsemussuositusten mukaan syöviä oli keskitasoisesti, samoin päivittäin tupakoivia. Alkoholia liika käyttävien osuus

oli maan pienimpiä. Vapaa-ajan liikunnan harrastaminen oli alueen aikuisväestössä keskimääräistä vähäisempää. Lihavia heistä oli maan keskitason verran, vaikka osuus on pienentynyt.

65 vuotta täyttäneistä alkoholia liikaa käyttävien osuus oli maan keskitasoa pienempi, ja alkoholikuolleisuus vuonna 2017 oli maan neljänneksi pienintä.

KUVIO 7. Hyvinvointiin ja terveyteen vaikuttavia muutostekijöitä.

*Väestön hyvinvointiin, terveyteen ja turvallisuuteen vaikuttavat monet sekä pienet että laajat muutostekijät aina yksilön elintavoista maailmanpolitiikkaan.**

*Mukaillen Palosuo ym. 2004. Kokemuksia sosioekonomisten terveyserojen kaventamisesta Ruotsissa, Englannissa ja Hollannissa.

3.5 Terveydensuojelu

Rokotusohjelma on osin onnistunut. Kolme viitosrokotetta saaneiden lasten osuus on maan paras, mutta henkilökunnan influenssarokotuskattavuus on maan pienimpiä erikoissairaanhoidossa. Huumehaittojen ennaltaehkäisyssä on puutteita, samoin erikoissairaanhoidon infektioiden ennaltaehkäisyssä.

Kansallinen rokotusohjelma toteutuu vaihtelevasti

Kaudella 2017–2018 puolet alueen 65 vuotta täyttäneistä sai influenssarokotuksen, mikä on alle Eurooppa-neuvoston 75 prosentin tavoitetason. Rokotuskattavuus on kuitenkin parantunut.

Vuonna 2015 syntyneistä lapsista vähintään yhden viitosrokotteen kurkkumätää, jäykkäkouristusta, hinkuyskää, poliota ja Hib-bakteerin aiheuttamia tauteja vastaan on saanut yli 99 prosenttia. Kolmen annoksen rokotussarjan saaneiden lasten osuus on maan paras (96 %), mutta selvästi matalampi kuin rokotussarjan aloittaneiden osuus.

Tuhkarokolta, sikotaudilta ja vihurirokolta suojaavan rokotteen ensimmäisen annoksen 11–24 kuukauden iässä saaneiden lasten osuus on maan korkein. Koska rokotuskattavuus on vuosittain yleensä ollut yli 95 prosenttia, riski tautien leviämiseen on vähäinen.

Useita eri syöpiä ehkäisevät HPV-rokotukset on rokotusohjelman mukaisesti saanut 54 prosenttia tytöistä, mikä on hyvin matala verrattuna maan korkeimpaan (70 %).

Tehosterokotuksen kurkkumätää, jäykkäkouristusta ja hinkuyskää vastaan saaneiden 14–16-vuotiaiden osuus on maan keskitasoa.

Huumeidenkäyttäjien matalan kynnyksen palvelut puuttuivat

Uusien C-hepatiitti-infektioiden määrä oli väestöön suhteutettuna maan pienimpiä. Ruiskuhuumeiden välityksellä tarttuneita C-hepatiitti-infektioita oli maan keskitasoa vähemmän, määrä vähentyi alle puoleen vuodesta 2017 vuoteen 2018, mutta tähän vaikuttaa myös testien määrä. Alueella ei ollut huumeidenkäyttäjien terveysneuvontapisteitä vuonna 2018.

Clostridium difficile -ripulitapauksia oli alueella maan toiseksi eniten. Antibioottien (J01, bakteerilääkkeet) vuosikulutus asukasta kohti oli maan keskiarvon tuntumassa.

Erikoissairaanhoidon hoitohenkilökunnalla niukasti influenssarokotuksia

Erikoissairaanhoidon toimintayksikköjen hoitohenkilökunnan eli hoitajien ja lääkärien influenssarokotuskattavuus oli maan pienimpiä. Käsihuuhdetta kulutettiin somaattisen erikoissairaanhoidon vuodeosastoilla maan keskiarvoa vähemmän. Erikoissairaanhoidon toimintayksiköissä hygieniahoitajien työpanos infektioiden torjuntatyössä oli maan keskiarvoa hieman suurempi.

3.6 Somaattinen erikoissairaanhoito ja ensihoito

Sairaalapalvelujen käyttö on keskitasoa hieman runsaampaa. Saatavuus on pääosin hyvä, joillain erikoisaloilla on pulaa lääkäreistä. Lonkan kokotekonivelen ensileikkauksia tehdään maan toiseksi eniten väestöön suhteutettuna. Ensihoitotehtäviä asukasta kohden on maan eniten. Erikoissairaanhoidon nettokäyttökustannukset ovat maan suurimmat ja kasvaneet huomattavasti edellisvuodesta.

Saatavuus hyvä

Somaattinen erikoissairaanhoito on keskitetty Kainuun keskussairaalaan. Hoitoonpääsy toimi hyvin: odotusajan mediaani oli 33 vuorokautta 31.12.2018, mikä on maan lyhyimpiä aikoja ja lähes sama kuin edeltävänä vuonna. Kuitenkin 12 potilasta oli vuoden 2018 lopussa odottanut kiireetöntä erikoissairaanhoitoa yli kuusi kuukautta, mikä on väestöön suhteutettuna maan keskimäärää enemmän. Lähetteet kiireettömään erikoissairaanhoitoon käsiteltiin 21 vuorokaudessa kattavammin kuin suuressa osassa muuta maata, vain 0,3 prosentissa aika ylittyi. Odotus- ja käsittelyajoissa oli hoitotakuulainsäädännön vastaisia viiveitä vain vähän, ja odotusajan mediaani oli verrattain lyhyt. Kiireettömän erikoissairaanhoidon kysyntä ei poikennut lähetemäärien perusteella muusta maasta. Silmätautien ja kardiologian erikoislääkäripalveluja hankittiin ostopalveluna.

Lonkan kokotekonivelen ensileikkauksia on tehty paljon

Päivystyskäyntejä oli erikoissairaanhoidossa maan keskitasoa hieman enemmän. Kajaanin ja Ristijärven asukkaat käyttävät virka-aikaan yhteispäivystystä, ja ne kirjautuu erikoissairaanhoidoksi. Vuonna 2017 kaikista päättyneistä erikoissairaanhoidon hoitojaksoista alkoi päivystyksenä 48 prosenttia, mikä on maan keskiarvon tuntumassa. Täysi-ikäisellä väestöllä oli somaattisen erikoissairaanhoidon avohoitokäyntejä keskimääräistä enemmän, samoin vuodeosaston hoitojaksoja. Vastaavasti vuonna 2017 vuodeosastohoidossa oli saman verran potilaita kuin maassa keskimäärin.

Kaihileikkauksia tehtiin vähemmän kuin maassa keskimäärin ja lonkan kokotekonivelen ensileikkauksia maan toiseksi eniten, edellistä selittää silmälääkäripula ja jälkimmäistä alueen ikärakenne.

Erikoissairaanhoidon laatua ja potilasturvallisuutta kuvaavia hoitojaksoihin liittyviä komplikaatioita ei ollut poikkeavasti. Vuonna 2017 potilasvahinkoja oli vähemmän kuin maassa keskimäärin*. Päivystyksessä hoidetuista ja kotiutetuista aikuispotilaista palasi 48 tunnin sisällä päivystykseen saman verran kuin maassa keskimäärin.

Ensihoitotehtäviä paljon väestöön suhteutettuna

Ensihoitotehtäviä asukasta kohden oli maan eniten ja neliökilometriä kohden vähän. Ensihoidon tavoittamisajan mediaani A-kiireellisyysluokassa ydintaajamassa oli 5,8 minuuttia ja maassa keskimäärin 5,3 minuuttia. Vastaava tavoittamisaika muussa taajamassa oli 6,5 minuuttia, mikä on maan lyhyimpiä aikoja. Taajaman ulkopuolella asutulla alueella tavoittamisaika oli vastaavasti 16 minuuttia, mikä on maan pisimpien joukossa, mutta selittyy alueen laajuudella ja pienellä väestötiheydellä.

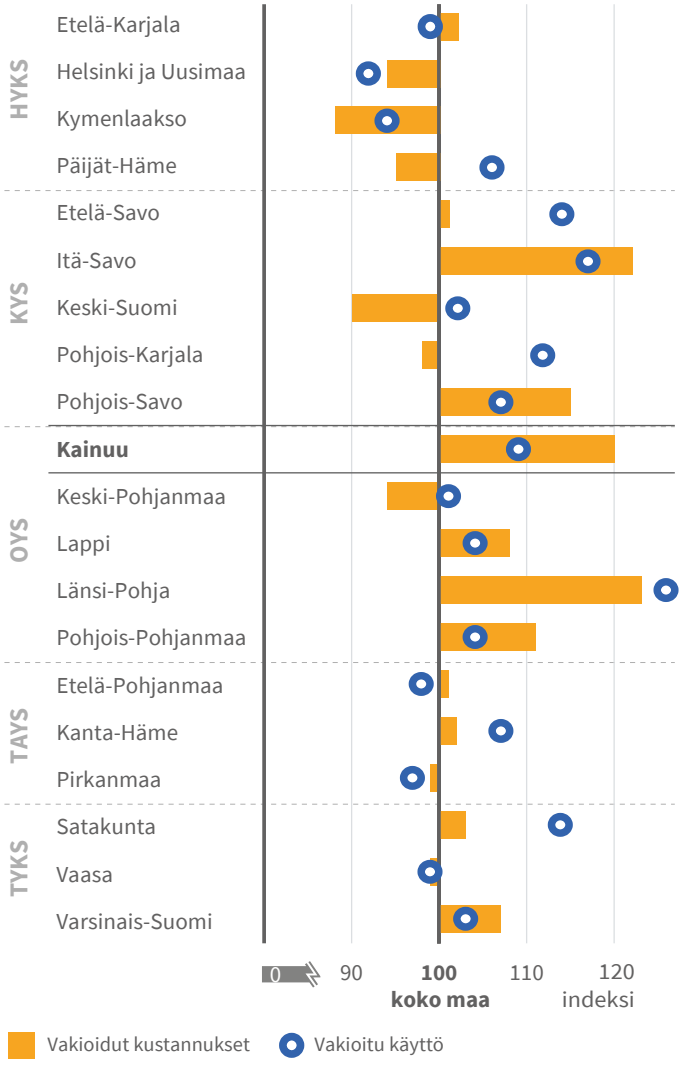
Kustannukset maan suurimmat

Asukaskohtaiset erikoissairaanhoidon nettokäyttökustannukset (1 825 euroa / asukas) olivat maan suurimmat, ja ne ovat lisääntyneet lähes viidenneksellä edellisvuodesta. Kustannukset ylittävät maan keskiarvon (1 248 euroa / asukas) 46 prosentilla.

Vuonna 2017 somaattisen erikoissairaanhoidon kustannusindeksin mukaiset ikä- ja sukupuolivakioidut laskennalliset kustannukset olivat alueella maan kolmanneksi suurimmat, 20 prosenttia suuremmat kuin maassa keskimäärin. Somaattisen erikoissairaanhoidon palveluja käytettiin ikä- ja sukupuolivakioiduilla alueellisilla episodeilla tarkasteltuna yhdeksän prosenttia enemmän kuin keskimäärin maassa (kuvio 8). Somaattisen erikoissairaanhoidon tuottavuutta sairaala-, alue- ja erikoisalatasolla on kuvattu tarkemmin THL:n julkaisussa Sairaaloiden tuottavuus 2017.

*Alueiden välistä vertailua vaikeuttavat komplikaatioiden erilaiset kirjaamistavat ja erot potilaiden neuvonnassa vahinkoilmoitusten tekoon.

KUVIO 8. Somaattisen erikoissairaanhoidon ikä- ja sukupuolivakioidut kustannukset ja käyttö 2017.



Kuvio kertoo, miten alueiden somaattisen erikoissairaanhoidon käyttö ja kustannukset suhteutuvat maan keskiarvoon kun alueiden ikä- ja sukupuolirakenteen erot huomioidaan.

Koko maan luku on 100. Tämän ylittävä luku kertoo, kuinka monta prosenttia alueen somaattisen erikoissairaanhoidon käyttö tai kustannukset olivat maan keskiarvoa suuremmat.

3.7 Perusterveydenhuolto

Palvelut ovat hoitajapainotteisia. Väestöön suhteutettuna terveyskeskuslääkäreitä on maan toiseksi vähiten. Lääkärikäynnit ovat vähentyneet huomattavasti. Asiointi sähköisesti tai puhelimella on yleistä, mutta hoitoonpääsyssä on ongelmia ja hoidon tulokset vaihtelevat. Vuodeosaston hoitopäiviä on paljon. Asukaskohtaiset avohoidon nettokäyttökustannukset ovat maan suurimmat ja noususuuntaiset.

Kainuulaisista 81 prosenttia asioi terveyskeskuksessa. Asiointi sähköisesti tai puhelimella oli maan kolmanneksi yleisintä. Hoitajakäyntejä oli maan eniten suhteessa lääkärikäynteihin, joita avohoidossa olikin maan vähiten väestöön suhteutettuna. Ne ovat vähentyneet 30 prosentilla vuodesta 2015. Terveyskeskuslääkäreitä oli maan toiseksi vähiten (5,54 /10 000 asukasta); lääkäreistä moni on jäänyt eläkkeelle. Lääkäreitä hankittiin myös ostopalveluna.

Palveluntuottajille tehtyyn kyselyyn perustuvan arvion mukaan työterveyshuollon palveluja voi käyttää noin 59 prosenttia alueen 16–64-vuotiaista (Työterveyslaitos, 2019).

Puolet asukkaista kävi avosairaanhoidon vastaanotolla. Lääkärillä käynnin syyt oli kirjattu puutteellisesti (kuvio 9). Käyntisyistä alueen ja maan yleisin oli tuki- ja liikuntaelinsairaudet (taulukko 3). Erityiskorvattaviin lääkkeisiin sepelvaltimotaudin, astman ja keuhkoahtauman vuoksi oikeutettuja oli väestöstä maan eniten, verenpainetaudissa maan toiseksi ja diabeteksessa maan kolmanneksi eniten. Kuitenkin lääkärin vastaanotoista käyntejä diabeteksen vuoksi oli maan vähiten. Päivystyskäyntejä väestöön suhteutettuna oli keskimääräistä enemmän, vaikka Kajaanin ja Ristijärven asukkaat käyttävät virka-aikana yhteispäivystystä, joka on erikoissairaanhoitoa. Perusterveydenhuollon vuodeosastopotilaita oli väestöön suhteutettuna enemmän kuin maassa keskimäärin ja hoitopäivien lukumäärä oli maan suurimpia.

Taulukko 3. Käyntisyiden kirjausaste ja erityiskorvausoikeus sairausryhmittäin.

	Lääkärin vastaanoton käyntisyy, % kirjatuista käyntisyistä		Erityiskorvausoikeus % väestöstä	
	Kainuu	Koko maa	Kainuu	Koko maa
Tuki- ja liikuntaelinsairaudet	23,4*	16,4		
Verenkiertoelinten sairaudet	11,4	10,5		
Verenpainetauti (25 vuotta täyttäneistä)	4,1	4,7	14,9	10,3
Tapaturma	7	6,7		
Ylähengitysteiden akuutti infektio	3,2	4,8		
Diabetes	2**	3,3	8	6,3
Astma	1,7	1,4	8,4	4,9
Keuhkoahtaumatauti (ikävakioitu)	0,8*	0,5	7,7*	4,8
Dementia	0,3	0,4		

*maan suurin osuus **maan pienin osuus

Hoitoonpääsyssä koettu ongelmia

Perusterveydenhuollon onnistumisesta kertovat sairastuneiden oikea-aikainen hoitaminen ja komplikaatioiden estäminen. Valvontaviranomaisen mukaan huono lääkäritilanne on näkynyt hoitoonpääsyn vaikeutumisena. Väestökyselyn mukaan palveluja tarvinneista maan suurin osuus ei ollut saanut lääkärin ja neljänneksi suurin osuus hoitajan vastaanottopalveluja riittävästi. Lääkärin vastaanotto kiireettömän asian vuoksi toteutui yli viikon kuluttua hoidon tarpeen arvioimisesta 38 prosentissa käynneistä, hoitotakuuaika ei ylittynyt. Asiakkaiden mielestä palvelu toteutui kohtuullisessa ajassa.

Hoitotulokset vaihtelevat

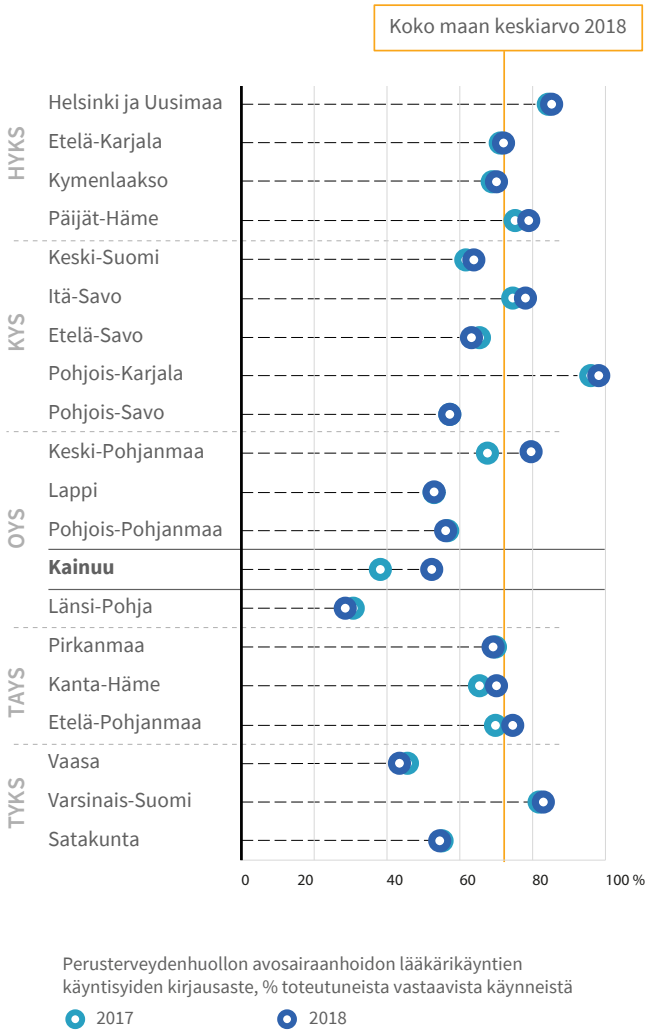
Vuonna 2016 sairaalahoitoa diabeteksen vuoksi oli huomattavan paljon ja vuonna 2018 keskimääräistä vähemmän astman, keuhkoahtauman tai sydämen vajaatoiminnan vuoksi. Hoitotulokset kohdunkaulan syövässä olivat paremmat ja rintasyövässä samalla tasolla kuin maassa keskimäärin, mutta paksusuolen syövässä maan kolmanneksi huonoimmat. Seulontatutkimuksiin osallistuttiin kuten maassa keskimäärin vuonna 2017.

Mikrobilääkkeitä käytettiin epäspesifisen ylähengitystieinfektion hoitoon maan toiseksi harvimmin, mikä kertoo hyvistä hoitokäytännöistä. Terveyskeskuslääkärin vastaanotolla yli kymmenen kertaa vuodessa joutui käymään hyvin harva.

Kyselytutkimuksen mukaan vain harva lääkäri koki organisaatioiden välisen tiedonvaihdon toimivaksi. Myönteisen asiakaskokemuksen terveyspalveluista ilmoitti saaneensa väestökyselyssä noin puolet, samoin puolet palveluja käyttäneistä piti käyttöä sujuvana, ja asiakkaat olivat vastaanottopalveluihin tyytyväisiä. Eriarvoisuus koulutusryhmien välillä oli vähäistä sen suhteen, olivatko korkeat asiakasmaksut olleet hoidon esteenä.

Terveysasemaa vaihtoi harva, mahdollisuudesta tiedettiin huonosti, ja harva koki sen aidoksi mahdollisuudeksi.

KUVIO 9. Alueiden väliset erot käyntisyiden kirjaamisessa 2017 ja 2018.



Perusterveydenhuollon avosairaanhoidon lääkärikäyntien käyntisyiden kirjausaste, % toteutuneista vastaavista käynneistä

2017 2018

Kustannukset maan suurimmat

Perusterveydenhuollon avohoidon (pois lukien suun terveydenhoito) asukaskohtaiset nettokäyttökustannukset (512 euroa / asukas) olivat maan suurimmat, 40 prosenttia maan keskiarvoa suuremmat, ja ne olivat lisääntyneet 7,3 prosenttia vuodesta 2015. Perusterveydenhuollon vuodeosaston vastaavat (182 euroa / asukas) ylittivät maan keskiarvon 16 prosentilla; lisäystä oli 6,4 prosenttia vuodesta 2015.

Korvattujen lääkkeiden kustannukset (421 euroa / asukas) olivat maan neljänneksi suurimmat.

3.8 Suun terveydenhuolto

Suun terveydenhuollon palvelujen tarve on muuta maata suurempi. Julkinen hammashoito on alueella yleistä ja yksityinen vähäistä. Hoitoonpääsyssä on ongelmia sekä valvontaviranomaisen että väestön mielestä. Asukaskohtaiset nettokäyttökustannukset ovat maan toiseksi suurimmat ja potilasta kohden laskettuna maan suurimmat.

Hoidon saatavuudessa ongelmia

Terveyskeskuspalvelujen käyttö oli alueella maan keskitasoa yleisempää ja yksityispalvelujen käyttö vähäistä. Kelan korvaamia yksityisen hammashoidon käyntejä oli alueella maan toiseksi vähiten. Oikomishoitoa sai maan suurimpiin kuuluva osuus terveystarkastuksessa käyneistä 12-vuotiaista.*

Väestökyselyssä hammaslääkäripalvelujen puutteita saatavuudessa tai riittävyydessä ilmoittaneiden osuus oli suuri. Lokakuussa 2018 kiireettömistä perusterveydenhuollon hammaslääkärikäynneistä maan kolmanneksi suurin osuus toteutui yli kolmen viikon kuluttua hoidon tarpeen arvioinnista. Valvontaviranomaisen mukaan hoitoonpääsyssä on ollut ongelmia.

Suun terveydessä parannettavaa

Kouluterveyskyselyn mukaan 8. ja 9. luokan oppilaista hampaitaan harvemmin kuin kahdesti päivässä harjaavia oli vähemmän kuin maassa yleensä, mutta edelleen se on huonolla tasolla.

Reikiintyneitä, paikattuja ja poistettuja hampaita sekä runsaasti kariesta oli terveystarkastuksessa käyneillä 12-vuotiailla valtakunnallisesti vertailtunakin paljon. Tervehampaisia heistä oli puolet, mikä on vähän.

Suun terveydenhuollon 18 vuotta täyttäneiden asiakkaiden ientaskujen tilaa kuvaava CPI-indeksien keskiarvo oli maan keskitason tuntumassa.

Kunnissa vaihteli paljon niiden asiakkaiden osuus, joilla ei ollut hoidon tarvetta reikiintymisen tai ienhoidon osalta (Hyrynsalmella 29 % ja Kuhmossa 59 %).

Julkisen suun terveydenhuollon potilaskohtaiset kustannukset olivat maan suurimmat

Asukaskohtaiset nettokäyttökustannukset (102 euroa / asukas) olivat maan toiseksi suurimmat ja potilasta kohden laskettuna maan suurimmat (275 euroa / potilas). Molemmat olivat nousseet edellisvuodesta. Kelan korvaaman yksityisen hammashoidon asukaskohtaiset kustannukset olivat maan kolmanneksi pienimmät (44 euroa / asukas).

* Kunnat lähettävät 12-vuotiaita terveystarkastuksiin eri perustein, mikä on vertailussa otettava huomioon.

3.9 Lasten, nuorten ja perheiden palvelut

Lasten mielenterveyden avopalvelujen ja kasvatus- ja perheneuvola palvelujen vähäinen käyttö ei ole linjassa sen suhteen, että lasten epäsosiaalista käyttäytymistä ja huostaan ottoja on keskimääräistä enemmän. Lastensuojelun avohoidon asiakkaita on maan toiseksi eniten ja asukaskohtaiset kustannukset ovat maan suurimpia. Palvelut painottuvat erityispalveluihin. Hoitotakuu toteutui psykiatrialla.

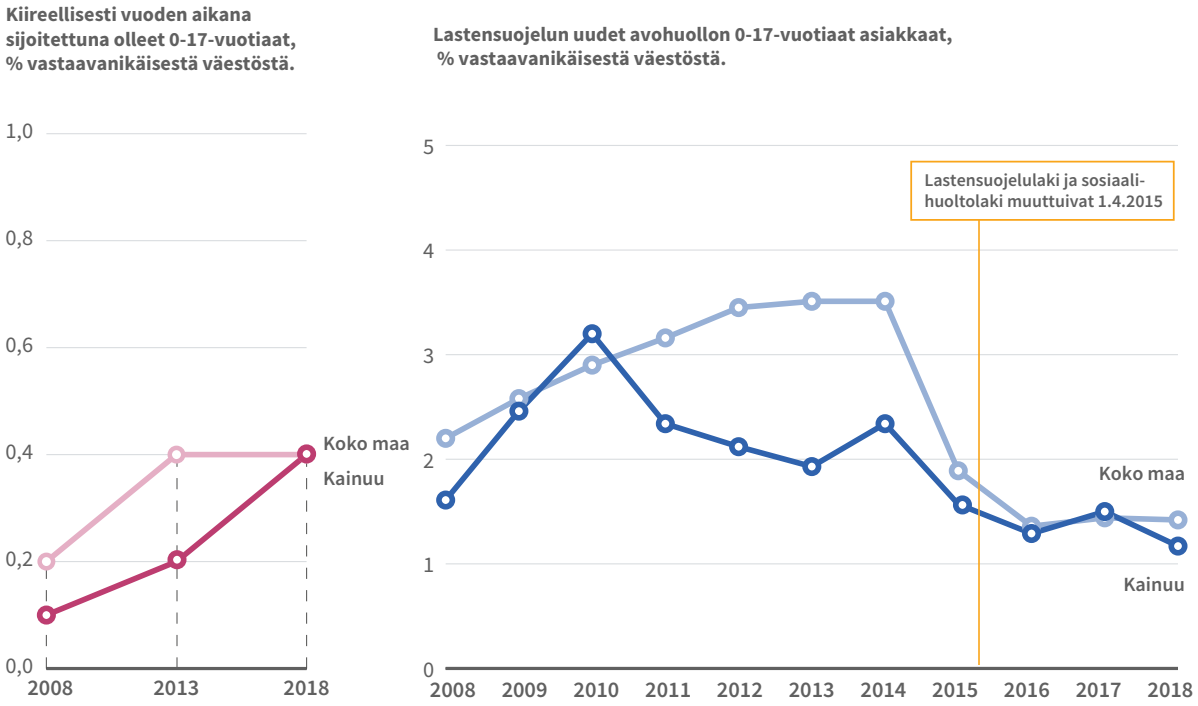
Palvelun tarve muuta maata vähäisempi

Lasten osuus on Kainuussa pieni, mikä vähentää palvelutarvetta. Toisaalta vanhempien arvioiman neljäs- ja viidesluokkalaisten epäsosiaalisen käytöksen perusteella mielenterveyspalveluille on alueella tarvetta muuta maata enemmän. Oppilaiden itse ilmoittama kokemus mielialaan liittyvistä ongelmista ei anna aihetta suurempaan huoleen, mutta 8. ja 9. luokan oppilaista joka kymmenes koki koulukuraattoripalvelut riittämättömiksi. Toimintarajoitteita oli harvalla, ja koulukiusaamista oli kokenut maan pienin osuus. Pitkäaikaista toimeentulotukea on lapsiperheistä saanut maan toiseksi pienin osuus.

Peruspalvelun käyttö vähäisempää kuin muualla maassa

Käyntejä lastenneuvolassa ja kouluterveydenhuollossa oli vähän, ja myös äitiysneuvolan ja opiskeluterveydenhuollon käyntejä oli maan keskiarvoa vähemmän. Henkilöstöresurssit olivat osin maan

KUVIO 10. Lastensuojelun uusien avohuollon asiakkaiden sekä kiireellisesti sijoitettuna olleiden osuudet alueella ja koko maassa.



Vasen kuvio esittää kiireellisesti vuoden aikana sijoittettujen lasten prosentuaaliset osuudet vuosina 2008, 2013 ja 2018 sekä osuuden muutossuunnan. Oikea kuvio esittää lastensuojelun uusien avohuollon asiakkaiden osuudet vuosina 2008–2018. Tulkinnassa tulee huomioida, että uuden sosiaalihuoltolain yhteydessä (1.4.2015) lastensuojelun avohuollon asiakkuus määriteltiin alkamaan vasta mikäli lastensuojelutarpeen selvityksen jälkeen todetaan lastensuojelutarve. Aiemmin asiakkuus alkoi päätöksestä aloittaa lastensuojelutarpeen selvitys.

keskitasoa paremmat, esimerkiksi äitiysneuvolassa hoitajamitoitus ylittää suosituksen selvästi. Opiskeluterveydenhuollon lääkäriresurssit olivat maan toiseksi pienimmät.

Alueen ehkäisyneuvonta toteutuu hyvin, sillä 15–19-vuotiailla oli maan vähiten raskaudenkeskeytyksiä samanikäisiin verrattuna, vaikka maksutonta ehkäisyä ei ole. Huolestuttavaa on, että raskauden ensimmäisen kolmanneksen jälkeen tupakoi edelleen maan kolmanneksi suurin osuus. Perhepalveluissa on voinut osallistua Onks tää normaalia- ja En jaksa -chatien kokeiluun vuonna 2018, ja palvelu toimii edelleen.

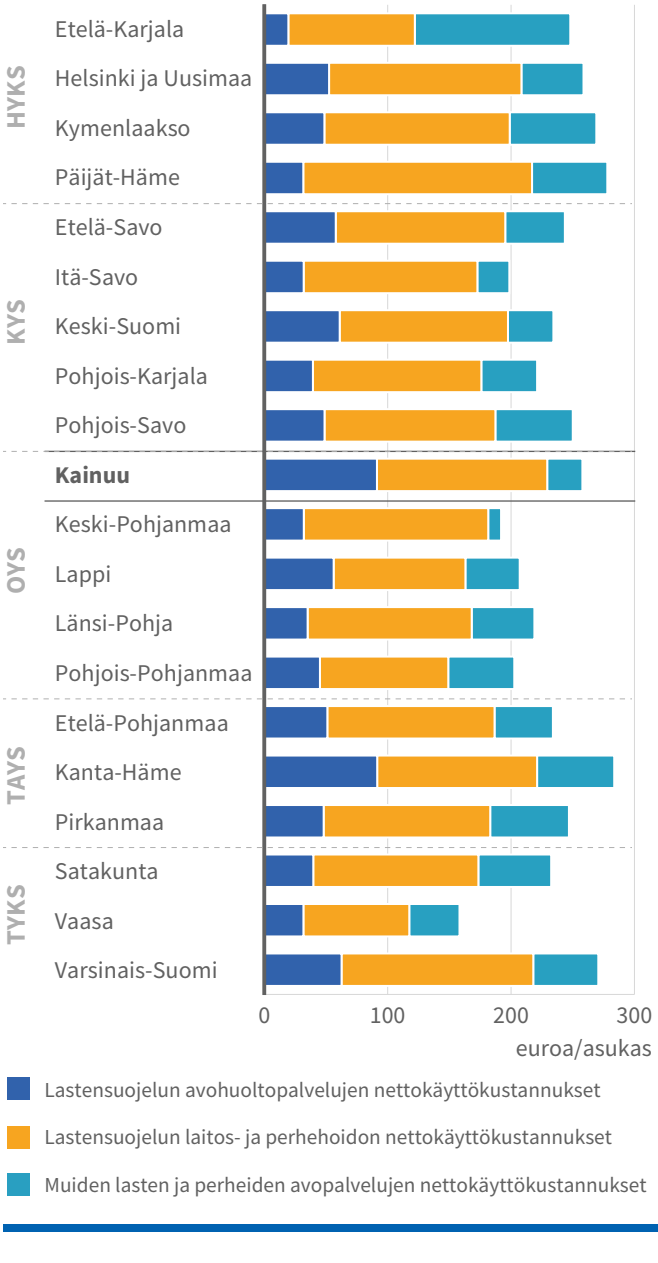
Huostassa olleiden osuus suuri

Alle 22-vuotiaista sosiaalihuoltolain mukaisia kasvatus- ja perheneuvolapalveluja sai harva. Kodin- ja lastenhoitopalvelut, myös lastensuojelun tukitoimena annetut, eivät korostuneet, mutta lastensuojelun avohoidon asiakkaita oli maan toiseksi eniten 0–17-vuotiaista. Uusien lastensuojelun avohuollon asiakkaiden määrän lievä väheneminen voi olla seurausta siitä, että perheet ovat saaneet apua muista palveluista (kuvio 10). Lastensuojeluilmoituksia 0–17-vuotiaista ei tehty poikkeuksellisen paljon, mutta huostassa olleiden osuus ikäluokasta oli maan suurimpien joukossa ja se on suurentunut viime vuosina. Kodin ulkopuolelle sijoitettujen lasten osuus on kuitenkin viime vuodet pysynyt samana, ja näistä suositusten mukaisesti suurempi osa on ollut sijoitettuna perheisiin kuin laitoksiin. Kiireelliset sijoitukset eivät poikenneet muusta maasta (kuvio 10). Lastensuojelun palvelutarpeen arvioinnit käynnistettiin seitsemässä arkipäivässä erinomaisesti, ja ne valmistuivat kolmessa kuukaudessa 94-prosenttisesti. Molemmat ovat parantuneet vuoteen 2017 verrattuna, vaikka jälkimmäinen on edelleen maan keskiarvoa huonompi. Palvelut kaikkiaan vaikuttavat painottuneen erityispalveluihin, peruspalveluja ei kenties ole riittävästi tarjolla.

Lasten somaattisen erikoissairaanhoidon vuodeosastohoidon suuren potilasmäärän lisäksi myös hoitopäiviä oli paljon. Lastentautien avohoidon, päivystykseen 48 tunnin sisällä palanneiden ja päiväkirurgisten potilaiden määrä ei poikennut maan keskitasosta.

Lastenpsykiatrian avohoidon käyntejä oli 0–12-vuotiailla vastaavanikäisiin suhteutettuna vain vähän, mutta laitoshoidossa heitä oli paljon. Hoitotakuu toteutui, ja hoidon odottamisajan mediaani vuoden 2018 lopussa oli 26 päivää. Vastaavasti nuo-

KUVIO 11. Lasten ja perheiden avopalvelujen ja lastensuojelun nettokäyttökustannukset vuonna 2018.



Kuviossa asukaskohtaiset nettokäyttökustannukset esitetään summautuvasti. Kuvio kertoo sekä kustannusten jakautumisesta eri palvelutyyppien kesken että yhteenlaskettujen kustannusten eroista alueiden välillä. Tulkinnassa tulee huomioida alueiden väliset erot väestön ikärakenteessa.

risopsykiatriassa avohoitokäyntejä oli runsaasti ja laitoshoitopotilaita paljon. Hoitotakuu toteutui, ja hoidon odottamisajan mediaani oli 46 päivää.

Asukaskohtaiset lastensuojelun avohuoltopalvelun kustannukset maan suurimpia

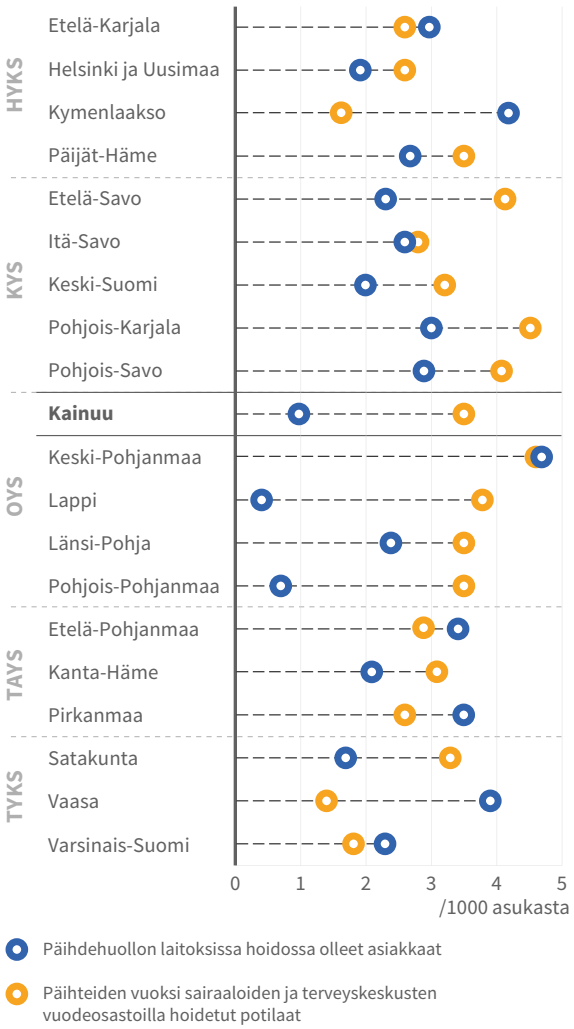
Lastensuojelun asukaskohtaiset avohuoltopalvelujen nettokäyttökustannukset (91 euroa / asukas) olivat maan toiseksi suurimmat. Laitos- ja perhehoidon nettokäyttökustannukset (138 euroa / asukas) ovat kasvaneet vuoden 2015 jälkeen, ja ne ovat maan keskiarvon tuntumassa. Muiden lasten ja perheiden avopalvelujen nettokäyttökustannukset olivat maan pienimpiä (29 euroa / asukas). (Kuvio 11.)

3.10 Aikuisten mielenterveys-, päihde- ja sosiaalipalvelut

Mielenterveyspalvelujen tarve on muuta maata suurempi, sosiaalipalvelujen maan keskitasoa ja päihdepalvelujen muuta maata vähäisempi. Psykiatriset sairaalahoitojaksot ovat keskimääräisesti pitkiä, mutta ympärivuorokautisesti tuettujen kuntoutuskotien asiakkaita on vähän. Kuntiin osoitetut toimeentulotukihakemukset on käsitelty määräajassa. Työttömien terveystarkastuksia on tehty maan eniten.

Sosiaalipalvelujen tarve työikäisillä oli maan keskitasoa työttömyys- ja toimeentulotukilukujen valossa. Väestöstä työllisiä oli maan kolmanneksi vähiten. Työttömyys on vähentynyt viime vuodet, mutta sekä nuoriso- että rakennetyöttömyys olivat maan keskitasoa yleisempiä. Syrjäytymisriskissä olevien nuorten osuus oli maan kolmanneksi suurin vuonna 2017. Alueen 25–64-vuotiaista keskimääräistä harvempi sai perustoimeentulotukea tai pitkäaikaista toimeentulotukea. 18–24-vuotiaista keskimääräistä harvempi sai pitkäaikaista toimeentulotukea, mutta hieman keskiarvoa useampi sai perustoimeentulotukea.

KUVIO 12. Päihdehuollon asiakkaat ja potilaat eri palveluissa alueittain vuonna 2018.



Merkin etäisyys pystyakselista kuvaa väestösuhteutettua asiakasmäärää palvelussa.

Mielenterveyspalvelujen tarve oli alueella muuta maata suurempi. Vaikka merkittävää psyykkistä kuormittuneisuutta ilmoitti kainuulaisista kokeneensa maan pienin osuus, niin mielenterveyshäiriöt olivat alueella keskivertoa yleisempiä. Mielenterveysindeksi (2014–2016) oli keskimääräistä korkeampi, ja erityiskorvattaviin lääkkeisiin psykoosin vuoksi oikeutettuja oli keskimääräistä enemmän. Maan kolmanneksi suurin osuus 25–64-vuotiaista sai mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriöiden vuoksi työkyvyttömyyseläkettä. Itsemurhakuolleisuus oli maan toiseksi suurin vuonna 2017.

Päihdepalvelujen tarve vaikuttaa pienemmältä kuin maassa keskimäärin poliisin tietoon tulleiden huumausainerikosten, pistohuumeista saatujen uusien hepatiitti-C-infektioiden ja alkoholia liikaa käyttävien osuuden perusteella. Alkoholin myynti väestöön suhteutettuna oli kuitenkin maan suurimpia.

Mielenterveyskäyntejä perusterveydenhuollossa maan eniten muulle ammattilaiselle kuin lääkärille

Kuntiin osoitetut toimeentulotukihakemukset käsiteltiin viikon sisällä 99-prosenttisesti. Ehkäisevää toimeentulotukea sai sekä työikäisistä että nuorista maan suurimpiin kuuluva osuus, mutta täydentävä toimeentulotuki ei poikennut muusta maasta.

Perustason mielenterveyspalvelujen ja psykiatrian avohoidon käytön perusteella palvelujen saatavuus oli alueella hyvä, kuitenkin niin, että

muulle ammattilaiselle kuin lääkärille oli mielenterveyskäyntejä perusterveydenhuollossa maan eniten, lääkärille saman verran kuin maassa keskimäärin ja erikoissairaanhoidon avohoidon psykiatrialle maan kolmanneksi vähiten.

Psykiatrian kuntoutuskotien asiakkaita oli ympärivuorokautisesti tuetuissa palveluissa vähän. Ikäluokissa 18–24- ja 25–64-vuotiaat psykiatrian laitospotilaita ei ollut poikkeuksellisen paljon, mutta hoitopäiviä molemmissa ikäryhmissä oli maan toiseksi eniten. Hoitojaksot olivat siis pidempiä, ja yli 90 päivää yhtäjaksoisesti sairaalassa olleita potilaita oli väestöön suhteutettuna maan eniten. Pakkotoimia käytettiin keskimääräistä enemmän.

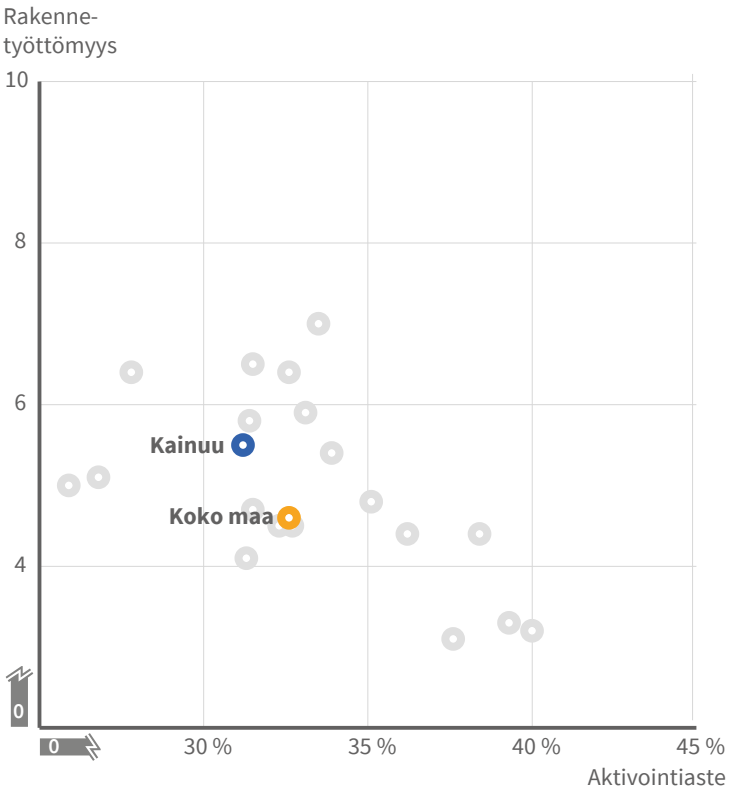
Psykoterapian saatavuudessa haasteita

Kelan korvaaman kuntoutuspsykoterapian vähäinen käyttö viittaa psykoterapian saatavuuden haasteisiin. Nuorten psykiatrian käynteihin verrattuna kuntoutuspsykoterapiaa saaneita nuoria on vähän. Kelan korvaamia yksityispsykiatrikäyntejä oli keskimääräistä selvästi vähemmän, mikä selittynee tarjonnan vähäisyydellä. Erikoislääkäritasoinen avohoito vaikuttaa kokonaisuutena vähäiseltä.

Huumeidenkäyttäjien matalan kynnyksen palveluja ei ole

Uusien C-hepatiitti-infektioiden määrä väestöön suhteutettuna oli maan pienimpiä. Ruiskuhuumeiden välityksellä tarttuneiden C-hepatiitti-infektioiden määrä oli maan keskitasoa pienempi ja oli puolittunut edellisvuodesta, mutta myös testausten määrä on voinut vähentyä, sillä neulanvaihtopisteitä ei ollut vuonna 2018. Päihteiden aiheuttamat ongelmat olivat terveyskeskuslääkärin vastaanoton syynä useammin kuin suuressa osassa muuta maata. Päihdehuollon avopalvelujen asiakasmäärä oli maan keskitasoa ja laitoshoidossa maan pienimpiä. Vuonna 2017 alkoholikuolleisuus oli koko maata jonkin verran suurempi, mutta yli 65-vuotiailla maan neljänneksi pienin.

KUVIO 13. Rakennetyöttömyys ja aktivointiaste 2018.



Asiakasohjaus työttömien terveystarkastukseen onnistunut

Työttömien aktivointiasteen perusteella työllistymistä edistävien palvelujen yhteensovittamisessa onnistuttiin samoin kun maassa keskimäärin. Työttömien terveystarkastukseen osallistumisen perusteella asiakasohjaus ja asiakaslähtöisyys toteutuvat alueista parhaiten.

Vuodeosastohoidon uusiutuminen skitsofreniapotilailla vähentynyt

Skitsofreniapotilaan vuodeosastohoidon uusiutuminen 30 päivän kuluessa oli maan toiseksi vähäisintä, kun se kaksisuuntaisen mielialahäiriön vuoksi oli maan keskitasoa. Edellinen on vähentynyt ja jälkimmäinen lisääntynyt vuoteen 2016 verrattuna, joten sairaalan ja avohoidon integraation toimivuus jää epäselväksi.

Kelan asukaskohtaiset kuntoutuspalvelujen kustannukset maan suurimpia

Kunnan osarahoittama työmarkkinatuki (70 euroa / asukas) oli maan keskitasoa, ja se oli pysynyt lähes ennallaan vuodesta 2016 alkaen. Työllistymistä tukevien palvelujen nettokäyttökustannukset (90 euroa / asukas) olivat samat kuin koko maassa. Kelan kuntoutuspalvelujen kustannukset olivat maan suurimpien joukossa (82 euroa / asukas). Perustoimeentulotuki (80 euroa / asukas) oli maan pienimpiä, ja sekin oli pysynyt ennallaan viime vuodet.

Päihdehuollon erityispalvelujen nettokäyttökustannukset (19 euroa / asukas) olivat maan pienimpien joukossa.

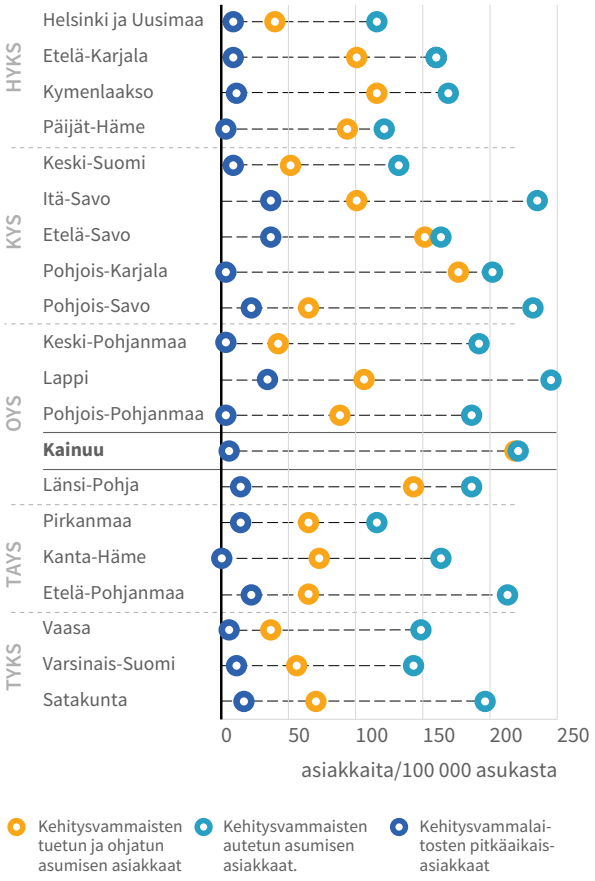
3.11 Vammaisten palvelut

Hoitoa ja huolenpitoa tarvitsevia on paljon, vammaisuuden perusteella Kelan etuuksia saavia oli väestöön suhteutettuna maan eniten. Kustannukset ovat kuitenkin maan keskitasoa tai sitä suuremmat. Laitoshoito on lähes purettu ja vaikeavammaisten ohjattua ja tuettua sekä autettua asumispalvelua lisätty. Kuljetuspalvelun saajia on väestöön suhteutettuna paljon ja iäkkäiden osuus maan suurin.

Korotettua tai ylintä vammaistukea alle 16-vuotiaista kainuulaisista sai maan toiseksi suurin osuus ja 16 vuotta täyttäneistä saman verran kuin maassa keskimäärin. Eläkkeensaajien korotettua tai ylintä hoitotukea sai 16–64-vuotiaista maan suurin osuus.

Vuonna 2017 vammaisuuden perusteella Kelan etuuksia saavia oli väestöön suhteutettuna maan eniten, kuitenkin vammaisille myönnettyjen palvelujen ja tukien määrä oli lähempänä maan keskiarvoa.

KUVIO 14. Kehitysvammaisten laitos- ja asumispalvelujen asiakkaat 2017.



Merkin etäisyys pystyakselista kuvaa väestösuhteutettua asiakasmäärää palvelussa.

Ohjatun ja tuetun asumisen asiakkaiden osuus maan suurin

Väestöön suhteutettuna alueella oli maan keskitasoa enemmän vaikeavammaisten palveluasumisen asiakkaita, vaikka vähentyneet 26 prosentilla vuoteen 2015 verrattuna.

Vastaavasti vuonna 2017 kehitysvammaisten ohjatun ja tuetun asumisen asiakkaita oli maan eniten ja autetun asumisen asiakkaita keskimääräistä enemmän. Asiakkaita edellisissä oli yhtä monta. Kehitysvammalaitoksessa asui kuusi pitkäaikaisasiakasta vuonna 2017. (Kuvio 14.)

Korvausta asunnon muutostöistä tai laitteista sai vammaispalvelulain perusteella useampi kuin maassa keskimäärin.

Kuljetuspalvelujen saajia paljon

Sosiaalihuoltolain perusteella kuljetuspalveluja sai väestöön suhteutettuna maan neljänneksi suurin osuus ja vammaispalvelulain perusteella maan suurin osuus, jälkimmäisessä ikääntyneitä on maan eniten. Edellinen on pienentynyt ja jälkimmäinen suurentunut huomattavasti vuoteen 2015 verrattuna. Aluehallintoviraston mukaan vammaispalvelujen yhdenvertainen saatavuus on haaste pitkien välimatkojen vuoksi.

Kustannukset maan keskitasoa tai sitä suuremmat

Vammaispalvelulain mukaisten palvelujen ja taloudellisten tukitoimien menot (152 euroa / asukas) olivat maan keskiarvoa suuremmat ja kuljetuspalvelujen kustannukset näistä samat kuin maassa keskimäärin (28 euroa / asukas). Vammaisten ympärivuorokautisen hoivan asumispalvelujen nettokäyttökustannukset (166 euroa / asukas) olivat maan keskiarvoa suuremmat ja laitoshoidon (23 euroa / asukas) maan keskiarvon tuntumassa. Muiden vammaisten palvelujen nettokäyttökustannukset olivat maan toiseksi suurimmat (263 euroa / asukas).

3.12 Ikääntyneiden palvelut

Iäkkäitä on paljon ja heidän palvelutarpeensa on suuri. Ikääntyneiden palvelukokonaisuus ollut jo vuosia käytössä. Palvelurakennetta on kevennetty. Omaishoidon tuella hoidettavien osuus on maan suurin, säännöllistä kotihoitoa saa maan suurimpiin kuuluva osuus ja intensiivinen kotihoito on korostunut. Päivystys painottuu erikoissairaanhoitoon ja vuodeosastohoito perusterveydenhuoltoon.

Ikääntyneiden osuus on maan suurimpia

Väestöstä suuri osuus on iäkkäitä. Heidän palvelutarpeensa oli maan keskiarvoa suurempi toimeentulotuen, hoitotukien, arkitoimissa selviytymisen, itsestä huolehtimisen, koetun elämänlaadun ja yksinäisyyden perusteella. Yksin asuminen 75 vuotta täyttäneillä ei poikennut muusta maasta. Toimeentulotukea sai maan suurimpiin kuuluva osuus alueen 65 vuotta täyttäneistä, ja rahanpuutteen vuoksi ruoasta, lääkkeistä tai lääkärikäynneistä tinkimään joutuneiden osuus oli maan keskiarvoa pienempi.

Kotona asui 92 prosenttia 75 vuotta täyttäneistä. Ikäluokasta omaishoidon tuella hoidettavien osuus oli maan suurin ja säännöllistä kotihoitoa sai hyvin moni. Ikääntyneiden tehostetun palveluasumisen käyttö ei poikennut muusta maasta, mutta laitoshoito oli keskimääräistä vähäisempää; molemmat ovat lievästi pienentyneet vuodesta 2015. Kotona annettavia palveluja on lisätty. Intensiivinen kotihoito 75 vuotta täyttäneillä poikkesi keskimääräisestä sen osalta, että käyntejä vähintään kolme kertaa päivässä oli useammalla, lähes neljäsosalla. Kotona asumisen tukeminen julkisesti rahoitetuilla tukipalveluilla suhteutuu hyvin Kainuun ikärakenteeseen sekä palvelutarpeeseen. (Kuvio 15.)

Ikääntyneiden palvelujen henkilöstöstä maan suurimpiin kuuluva osuus työskenteli kotihoidossa. Osassa kunnista on kotisairaalatoimintaa, joka toimii myös vanhuspalvelujen kotihoidon sekä asumispalveluyksiköiden tukena sairaanhoidollista osaamista vaativissa tehtävissä sekä kotisaattohoitojen toteutuksessa (Tolonen 2018).

Päivystyksen painopiste perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välillä vaihteli kunnittain

Päivystyskäyntejä yli 75-vuotiailla oli vastaavanikäisiin suhteutettuna maan keskiarvoa vähemmän perusterveydenhuollossa ja enemmän erikoissairaanhoidossa; kuntakohtaiset erot olivat tosin huomattavia. Kajaanin ja Ristijärven asukkaat käyttävät yhteispäivystystä myös virka-aikaan. Perusterveydenhuollon vuodeosaston hoitopäiviä oli paljon, vaikka ne ovat vähentyneet neljänneksellä vuoteen 2015 verrattuna. Somaattisen erikoissairaanhoidon vuodepotilaina oli maan pienimpiä osuuksia alueen 75 vuotta täyttäneistä vuonna 2017, ja myös hoitopäiviä oli heillä keskimääräistä vähemmän. Psykiatrian laitoshoito ei juuri poikennut muusta maasta.

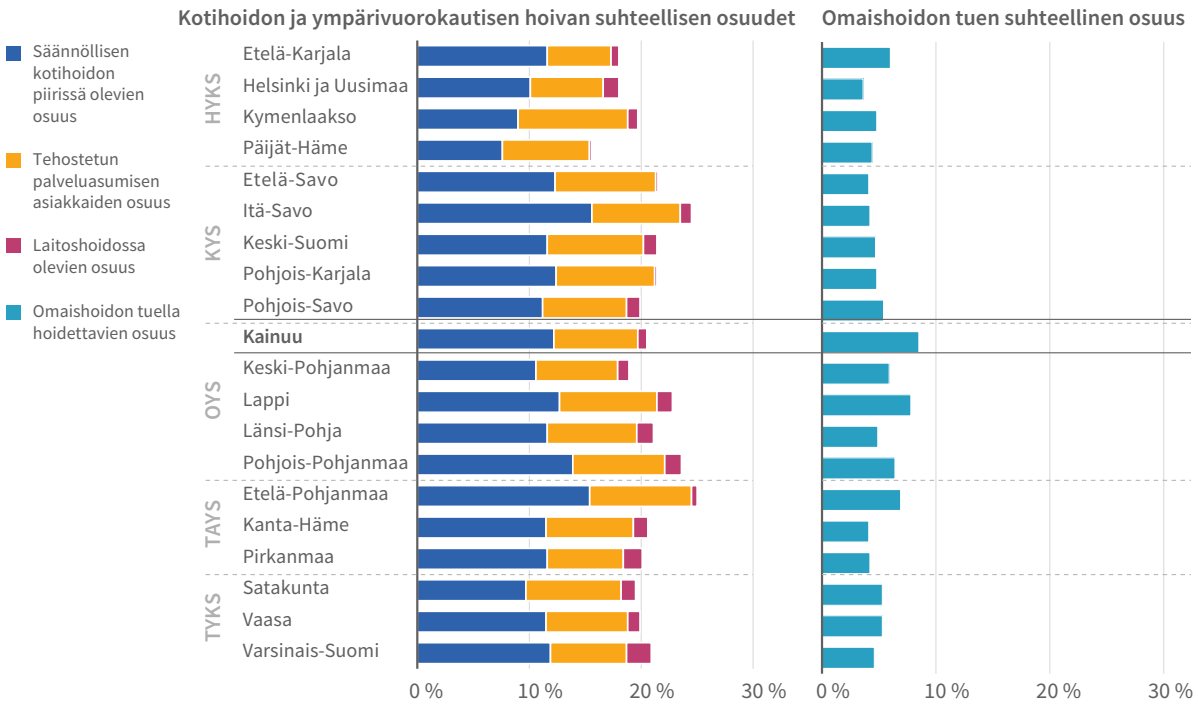
Erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon hyvä integraatio sekä myös hyvät perusterveydenhuollon ja vanhusten palvelut mahdollistavat hoitojen painottumisen peruspalveluihin.

Yhtenäisiä toimintamalleja otettu käyttöön hyvin

Iäkkäiden alueellinen palvelukokonaisuus on toiminut vuodesta 2005 alkaen. RAI-arviointijärjestelmä ja tehostettu moniammatillinen kotikuntoutuksen toimintamalli ovat käytössä. Yöaikainen palvelu arkena ja viikonloppuna oli tarjolla keskimääräistä useammassa kotihoidon yksikössä, samoin mahdollisuus ympärivuorokautiseen lääkärikonsultaatioon. Puolessa yksiköistä ravitsemustilaa arvioitiin systemaattisesti, mikä on maan suurimpia osuuksia. Maan toiseksi suurin osuus ympärivuorokautisen hoidon yksiköistä on ottanut käyttöön muistisairaiden hyvän hoidon kriteeristön ja kaikki yksiköt kirjalliset ohjeet itsemääräämisoikeuden rajoittamisen käytännöistä. Lisäkoulutustarpeen henkilöstön saattohoito-osaamisessa koetaan olevan maan pienimpiä sekä kotihoidossa että ympärivuorokautisen hoidon yksiköissä. Kotisairaala on joka kolmannen kotihoidon yksikön tukena, mikä on maan pienin osuus. (THL, Vanhuspalvelujen tila -tutkimus.)

Viranomaisen valvonta-asiat ja yhteydenotot lisääntyivät aiemmasta. Valvontakäynnit sekä yksityisessä että julkisessa tehostetussa palveluasumisessa kohdistuivat erityisesti henkilöstön riittävyy-

KUVIO 15. Ikääntyneiden palvelurakenne ja -kattavuus 75 vuotta täyttäneillä suhteessa vastaavan ikäiseen väestöön 2017.



Vasen kuvio esittää kotihoidon ja ympärivuorokautisen hoivan prosentuaaliset osuudet summautuvasti. Tiedot ovat poikkileikkaustietoja. Oikealla olevassa kuviossa esitetään vuoden aikana omaishoidon tukea saaneiden hoidettavien osuus prosentteina. Omaishoitajien osuus on vuoden kertymätieto.

teen ja palvelujen laatuun.

Kustannukset painottumassa kevyempiin palveluihin

Kotihoidon nettokäyttökustannukset (237 euroa / asukas) ylittivät maan keskiarvon; ne ovat olleet noususuuntaiset vuodesta 2015 alkaen. Ikääntyneiden ympärivuorokautisen hoivan asumispalvelujen nettokäyttökustannukset (286 euroa / asukas) olivat maan keskitasoa pienemmät, samoin laitospalveluissa (48 euroa / asukas). Molemmat ovat viime vuosina pienentyneet. Muiden ikääntyneiden palvelujen nettokäyttökustannukset (204 euroa / asukas) olivat maan toiseksi suurimmat, ja ne ovat kasvaneet vuoteen 2015 verrattuna 19 prosenttia.

4 Keski-Pohjanmaan

4.1 Asiantuntija-arvio

Palvelutarvetta lisääviä riskitekijöitä on vähän

Keski-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri on kymmenen kunnan muodostama 78 000 asukkaan alue. Ruotsinkielisten osuus väestöstä on maan toiseksi suurin. Syntyvyys on suuri, samoin lasten osuus, mutta työikäisten osuus on maan pienin. Elatussuhde on maan keskitasoa suurempi ja väestöllinen huoltosuhde maan korkeimpia. Tulonjako on alueella maan tasaisin. Alue on hyvinvoivaa työttömyyden, aktiivisen järjestötoiminnan, perherakenteen ja sairastavuuden perusteella. Alueella voidaan olla tyytyväisiä ennenaikaisen kuolleisuuden ja itsemurhakuolleisuuden mataliin lukuihin. THL:n ikävakioimaton sairastavuusindeksi on 104.

Palvelujen saatavuus pääosin kunnossa

Erikoissairaanhoidon päivystyksen käyttö sekä avo- ja vuodeosastohoito eivät juuri poikkea maan keskiarvosta. Saatavuudessa ei ole ollut suuria ongelmia, mutta hoitotakuulainsäädännön vastaisia viiveitä on odotus- ja käsittelyajoissa jonkin verran. Erikoislääkäripalvelujen hankkiminen ostopalveluna on pidentänyt lähetteiden käsittelyaikoja. Potilaista maan suurin osuus on muiden sairaanhoitopiirien potilaita. Synnytyksiä on huomattavan paljon. Päivystystoiminnan hyvästä laadusta kertoo takaisin hoitoon palaavien potilaiden vähäinen määrä. Kaikki mielenterveyspalvelut järjestetään osana erikoissairaanhoitoa. Psykiatrinen laitoshoito ei poikkea maan keskiarvosta, vaikka erikoissairaanhoitoon keskittyvä palvelurakenne voi lisätä vuodeosastohoitojen uusiutumista. Pakkotoimia sairaalahoidossa on vähän.

Perusterveydenhuollon peittävyys on hyvä, samoin saatavuus. Avohoidon lääkäri- ja hoitajakäyntejä tehdään vähän, mutta asiointi sähköisesti tai puhelimella on yleistä. Päivystystä ja vuodeosastohoitoa käytetään alueella keskimääräistä enemmän. Keskimääräistä suurempi osa lääkäreiden työpanoksesta kohdentuu neuvolapalveluihin ja myös vuodeosastohoitoon. Suun terveydenhuollon käyttö painottuu terveyskeskuksiin, ja runsaasti suun terveydenhuollon palveluja tarvitsevia on alueella paljon.

Koulu- ja opiskeluterveydenhuollon lääkäriresurssit ovat poikkeuksellisen vähäiset, ja lukioissa psykologeja on niukasti. Neuvolapalveluissa hoitajamitoitukset ylittyvät. Kodin- ja lastenhoitopalvelujen sekä lastensuojelun palvelujen asiakkaina on paljon perheitä. Lastensuojeluilmoitusten määrä on vähentynyt ja on maan toiseksi pienin. Lastensuojelun arvioinnit tehdään määräajoissa. Tarve erityis- ja vaativan tason palveluille vaikuttaa koko maata pienemmältä.

Päihdehuollon avopalvelujen asiakasmäärä väestöön suhteutettuna on maan keskitasoa suurempi ja laitoshoidossa maan suurin, vaikka alkoholin riskikäyttö ei korostu ja alkoholikuolleisuus on maan pienimpiä. Huumeidenkäyttäjien terveysneuvontapisteissä asioineita on ollut vähän. Toimeentulotukien käsittely on sujuvaa, ja työttömien aktivointiaste on noussut.

Vammaistukien saajia on maan neljänneksi eniten, ja vammaisille myönnettyjen palvelujen ja tukien määrä on selkeästi maan keskiarvoa suurempi. Pulaa on lasten ja nuorten palveluista. Painopiste kehitysvammaisten asumispalveluissa on raskaammin tuotetuissa ympärivuorokautisissa palveluissa, mutta toisaalta laitoshoitoa ei juuri ole. Itsenäistä asumista tuetaan hyvin asunnon muutostöillä ja laitteilla.

Iäkkäiden alueellinen palvelukokonaisuus näyttää toimivalta. Omaishoidon tukea hyödynnetään maan toiseksi eniten. Kotihoidossa on käytössä virtuaalihoivapalvelu ja lääkeautomaatit. Kotisairaala ja lääkärikonsultaatiot ovat työn tukena lähes kaikkien kotihoidon yksiköiden alueella. Yöaikaista palvelua arkena ja viikonloppuna on tarjolla harvoissa yksiköissä. RAI-arviointijärjestelmä ja tehostettu moniammatillinen kotikuntoutuksen toimintamalli ovat käytössä.

Parin vuoden kokemus maakunnallisesta sosiaali- ja terveyspalvelujen järjestämisvastuusta

Perus- ja erikoispalvelut sekä sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut yhteen liittävä maakunnallinen sosiaali- ja terveyspalvelukuntayhtymä Soite aloitti toimintansa 1.1.2017. Terveysasemia on 13, ja Keski-Pohjanmaan keskussairaalassa on yhteispäivystys. Keskussairaalan yhteyteen rakennettavat perusterveydenhuollon ja sosiaalityön tilat ovat merkittäviä investointeja, joilla vahvistetaan integroidun toimintaympäristön mukaista sote-kampusaluetta.

Monitoimijaisen yhteistyön toimintamalleja on toteutettu ja integraatiorajapinnat tunnistettu. Perus- ja erikoistason sekä sosiaali- ja terveydenhuollon välistä yhteistyötä on tuettu esimerkiksi moniammatillisilla tiimeillä sekä lisäämällä asiakkaiden tarpeiden mukaista hoito-, palvelu- ja kuntoutussuunnitelmien laadintaa. Sähköisiä konsultaatiomahdollisuuksia on lisätty.

Perusterveydenhuollon vuodeosaston kustannukset supistuneet, kaikkiaan kustannukset lisääntyneet

Alueen kuntien talous on heikentynyt. Tilikauden tulokset asukasta kohti ovat alijäämäisiä yhtä kuntaa lukuun ottamatta. Negatiivisen vuosikatteen kuntia on kolme, ja vuosikate riittää kattamaan poistot ainoastaan yhdessä. Sosiaali- ja terveyspalvelujen kustannukset eivät ole tasapainossa kuntien rahoituskyvyn kanssa. Talouden tasapainottamisohjelman lisäksi on käynnistetty koko henkilöstöä koskeva yhteistoimintamenettely 8.10.2019.

Sosiaali- ja terveydenhuollon nettokäyttökustannukset ovat maan keskiarvoa suuremmat, ja ne ovat lisääntyneet 5,2 prosenttia edellisvuodesta, koko maata enemmän. Myös vuoden 2017 tarvevakioidut menot ovat maan keskiarvoa suuremmat.

Erikoissairaanhoidon asukaskohtaiset nettokäyttökustannukset ovat keskiarvon tuntumassa, mutta edellistä vuotta suuremmat. Kustannusten osuus koko sektorista on suurin, mutta aluevertailussa maan pienimpiä. Perusterveydenhuollon asukaskohtaiset avohoidon kustannukset ovat maan keskiarvoa suuremmat mutta pienemmät kuin vuonna 2015. Vuodeosaston kustannukset ovat supistuneet 29 prosenttia vuoteen 2015 verrattuna, ja ne lähestyvät maan keskiarvoa. Asukaskohtaiset suun terveydenhuollon nettokäyttökustannukset ovat maan suurimmat ja noususuuntaiset.

Lastensuojelun laitos- ja perhehoidon sekä avohuoltopalvelujen nettokäyttökustannukset ovat kohtuulliset lasten suureen väestöosuuteen nähden ja linjassa alueen vähäisemmän erityispalvelujen tarpeen kanssa. Vammaispalveluissa ympärivuorokautisen hoivan kustannukset ovat maan suurimpien joukossa, mutta muuten suurelta osin keskimääräistä pienemmät. Päihdehuollon erityispalvelujen asukaskohtaiset nettokäyttökustannukset ovat maan keskitasoa. Kelan kuntoutuspalvelujen asukaskohtaiset kustannukset ovat maan suurimpia. Työllistymistä tukevien palvelujen kustannukset ja kunnan osarahoittama työmarkkinatuki ovat maan pienimpiä, samoin asukaskohtainen perustoimeentulotuki.

Ikääntyneiden palvelut ovat menoeristä toiseksi suurin. Kotihoidon nettokäyttökustannukset ovat maan keskiarvoa suuremmat ja noususuuntaiset. Ympärivuorokautisen hoivan asumispalveluiden kustannukset ovat maan suurimpien joukossa, mutta laitospalveluissa maan pienimpien joukossa. Ikääntyneiden palvelujen kustannusten ennustetaan lisääntyvän 44 prosenttia vuoteen 2030 mennessä.

Rokotusohjelman toteutuminen on haaste

Hyte-työtä tehdään kunnissa ja kuntayhtymässä, ja lisäksi verkostoon kuuluu monipuolisesti maakunnan toimijoita ja järjestöjä. Liikuntaneuvontaa järjestetään kunnissa hyvin.

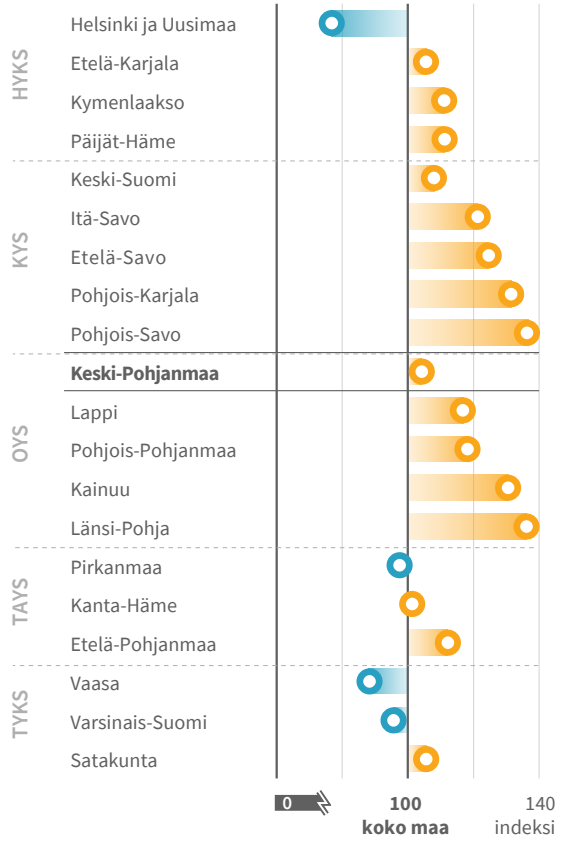
Elintavoiltaan keskipohjalaiset elävät keskimääräistä paremmin, mutta koetussa hyvinvoinnissa ja terveydessä on haasteita sekä lapsilla että aikuisilla. Uusien C-hepatiitti-infektioiden määrä on väestöön suhteutettuna maan pienin. Alueen suurena haasteena on rokotusohjelman tavoitteiden mukainen toteutuminen.

4.2 Toimintaympäristö

Väestön palvelutarvetta lisääviä tekijöitä vähän

Keski-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri on kymmenen kunnan muodostama 78 000 asukkaan alue. Väestömäärältään alue on maan neljänneksi pienin. Yli puolet väestöstä asuu Kokkolassa. Ruotsinkielisten osuus väestöstä on maan toiseksi suurin. Työllisiä väestöstä on 41 prosenttia (2017). Elatussuhde (2017) on maan keskitasoa suurempi ja väestöllinen huoltosuhde maan kolmanneksi korkein. Väestöstä alle 18-vuotiaita on maan toiseksi suurin osuus ja 25–65-vuotiaita maan pienin osuus. Synnyttäneisyys hedelmällisessä iässä olevilla naisilla on maan korkein. Yhden vanhemman perheiden osuus lapsiperheistä on maan toiseksi pienin. Aktiivisesti järjestötoimintaan yms. osallistuvia on eniten ja koulutuksen ulkopuolelle jääneitä nuoria taas vähiten koko maahan verrattuna. Työttömyysaste on alueella maan kolmanneksi matalin, pitkäaikaistyöttömien osuus maan toiseksi ja rakennetyöttömien osuus kolmanneksi pienin. Monessa suhteessa tilanne alueella on hyvä. Tulonjako alueella on maan tasaisin.

KUVIO 2. Alueiden väliset erot sairastavuudessa.



THL:n sairastavuusindeksi kuvaa alueiden väestön sairastavuutta suhteessa koko maan tasoon. Mitä pienempi luku on, sitä terveempi on alueen väestö. Indeksi kokoaa tiedot seitsemästä vakavasta sairausryhmästä. Ikävakioimaton indeksi kuvaa alueen todellista sairaustaakkaa.

Sairastavuus on maan keskitasoa ja ennenaikainen kuolleisuus on koko maan pienintä

Ajanjaksolla 2014–2016 alueen väestön ikävakioimaton THL:n sairastavuusindeksi on hieman maan keskitasoa suurempi, 104, mutta vaihtelu kunnittain on suurta (93–152) (kuvio 2). Sairausryhmittäisten ikävakioimattomat indeksit ovat suurimmalta osalta maan keskitasoa tai hieman korkeammat (tapaturma 99, dementia 100 [2013–2015], syöpä 104, mielenterveys 104, tuki- ja liikuntaelinsairaus 105, aivoverisuonitauti 111, sepelvaltimotauti 119), mutta näissäkin on huomattavat kunnittaiset vaihtelut. Itsemurhakuolleisuus oli alueella maan pienin. Alle 80-vuotiailla oli vuonna 2017 menetettyjä elinvuosia maan toiseksi vähiten.

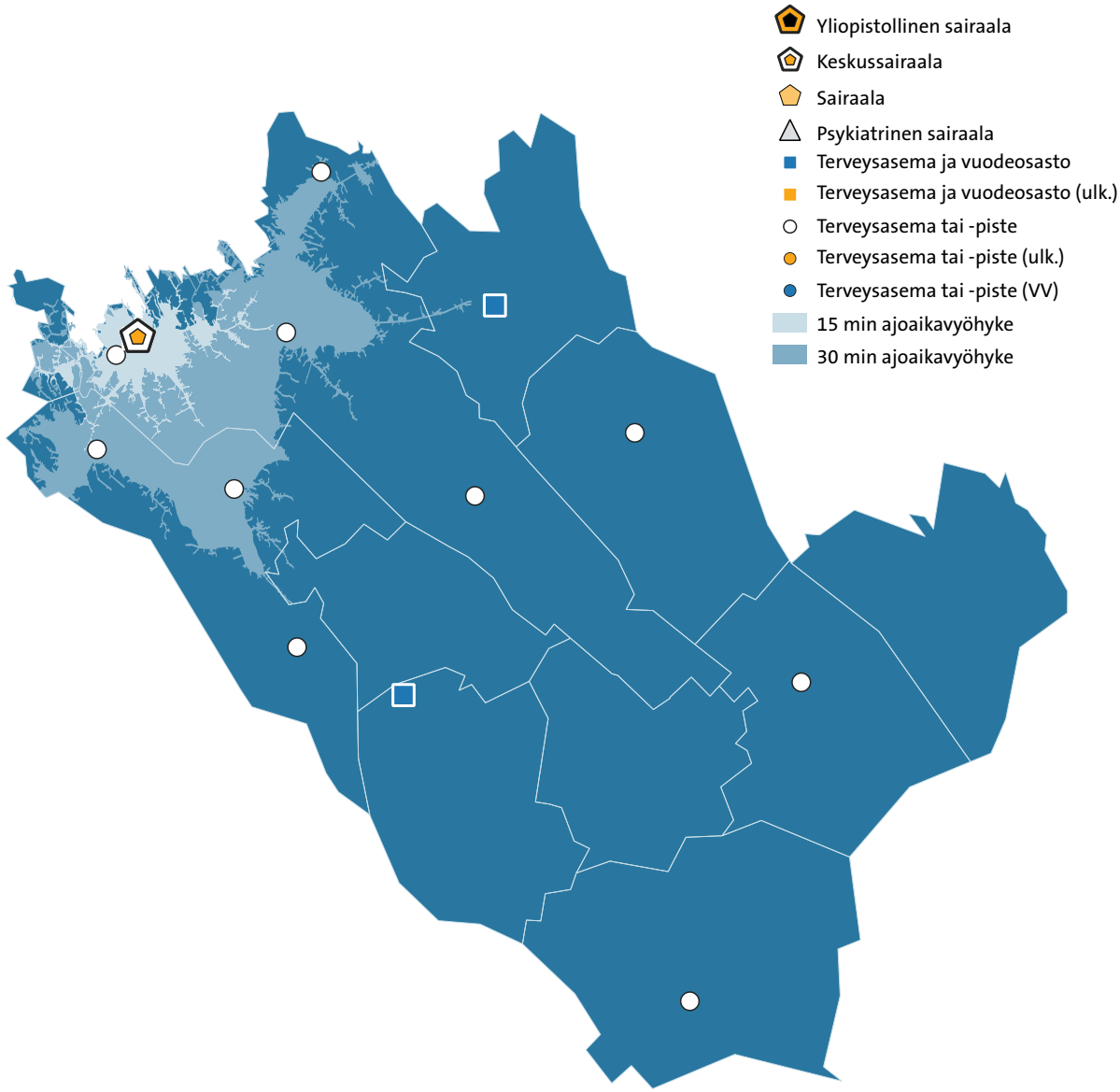
Järjestäminen ollut maakunnallista kolme vuotta

Perus- ja erikoispalvelut sekä sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut yhteen liittävä maakunnallinen sosiaali- ja terveyspalvelukuntayhtymä Soite aloitti toimintansa 1.1.2017. Terveysasemia on 13, joissa on lääkärin vastaanotto ja lisäksi on hoitajan vastaanotto Reisjärvellä (kuntayhtymä Selänne). Keski-Pohjanmaan keskussairaalaan on keskitetty erikoissairaanhoito. (Kuvio 3.)

Keskussairaalan yhteyteen perusterveydenhuollon ja sosiaalityön tilat

Merkittävä investointi on Keski-Pohjanmaan keskussairaalan peruskorjausohjelman jatkaminen sekä keskussairaalan yhteyteen rakennettavat perusterveydenhuollon ja sosiaalityön tilat (noin 20 miljoonaa euroa), joilla vahvistetaan integroidun toimintaympäristön mukaista sote-kampusaluetta.

KUVIO 3. Julkisesti järjestettyjen terveyspalvelujen palveluverkko vuonna 2018.



Julkisesti järjestetyt terveyspalvelut on jaoteltu sairaala- ja terveysasematyypeittäin. Terveysasemat on jaoteltu lisäksi alueen itse tuottamiin, ulkoistettuihin (ulk) tai palvelusetelikokeilun kautta asukkaan vapaasti valittavissa (vv) oleviin toimipisteisiin. Vaaleammat vyöhykkeet kartassa kuvaavat lähimmän ympärivuorokautisen päivystyksen maantieteellistä saavutettavuutta.

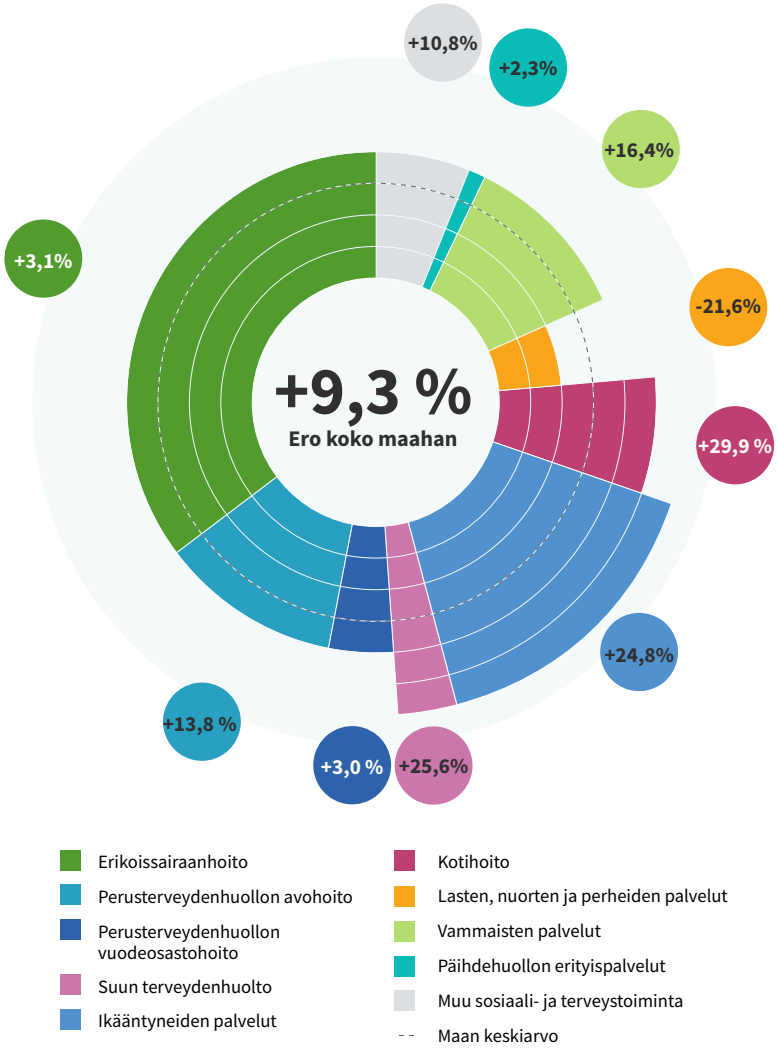
4.3 Sosiaali- ja terveyspalvelujen rahoitus ja kustannukset

Sosiaali- ja terveystoimen nettokäyttökustannukset ovat suurentuneet viisi prosenttia edellisvuodesta, ja samaan aikaan alueen kuntien talous on heikentynyt. Vuonna 2017 tarvevakioidut menot olivat kolme prosenttia suuremmat kuin maassa keskimäärin. Väestöennusteen mukaan väestö vähenee ja ikääntyy vuoteen 2030 mennessä muuta maata hitaammin, minkä vuoksi reaalikasvun ennuste on muuta maata pienempi.

Kuntien taloudellinen kantokyky heikentynyt

Kuntien ja kuntakonsernien taloustietojen mukaan Keski-Pohjanmaan kuntien (10) talous heikkeni vuonna 2018 koko maan kehityksen suuntaisesti. Alueen kuntien tilikauden tulokset asukasta kohti olivat alijäämäisiä Vetelin kuntaa lukuun ottamatta. Vuotta aikaisemmin tilikauden tulos oli ollut alijäämäinen viidessä kunnassa.

KUVIO 4. Sosiaali- ja terveystoimen nettokäyttökustannusten jakauma ja alueen ero maan keski-arvoon 2018.



Kuviossa esitetään kustannusten jakauma tehtävittäin. Jos alueen menot ovat maan keskiarvoa suuremmat, kuvion tehtäväkohtainen osa ylittää katkoviivalla kuvatun maan keskiarvon. Ero maan keskiarvoon on kuvattu myös prosentteina.

Tehtäväkohtaisen osuuden leveys kuvaa suhteellista osuutta kaikista sosiaali- ja terveystoimen nettokäyttökustannuksista.

Tehtäväkohtaisen osuuden etäisyys keskipisteestä kuvaa sen suhteellista sijoittumista alueiden välisessä vertailussa.

Alueen kuntien verotulojen kehitys oli heikkoa. Kuntien verotulot asukasta kohti osin laskivat (Halsua, Kokkola, Reisjärvi, Veteli), osin nousivat (Kannus, Kaustinen, Kruunupyy, Lestijärvi, Perho, Toholampi), yhteensä ne supistuivat edellisvuodesta 84,7 euroa asukasta kohden. Kokonaisuutena verorahoitus eli verotulot ja valtionosuus asukasta kohti kasvoivat alueen kunnissa Halsuaa, Kokkolaa, Veteliä ja Perhoa lukuun ottamatta. Konsernitilinpäätöksen [1] perusteella Reisjärven, Kaustisen ja Halsuan talous täyttää lähtökohtaisesti kuntarakennelain 56 a §:n tarkoittaman harkinnanvaraisen yhdistymisavustuksen ehdot.

Tulorahoituksen riittävyyttä kuvaava vuosikate asukasta kohti heikkeni selvästi Veteliä lukuun ottamatta alueen kaikissa kunnissa. Negatiivinen vuosikate kirjattiin Lestijärvellä (- 346 euroa / asukas), Perhossa (- 20 euroa / asukas) ja Reisjärvellä (- 330 euroa / asukas). Vuonna 2017 Keski-Pohjanmaalla ei ollut yhtään negatiivisen vuosikatteen kuntaa.

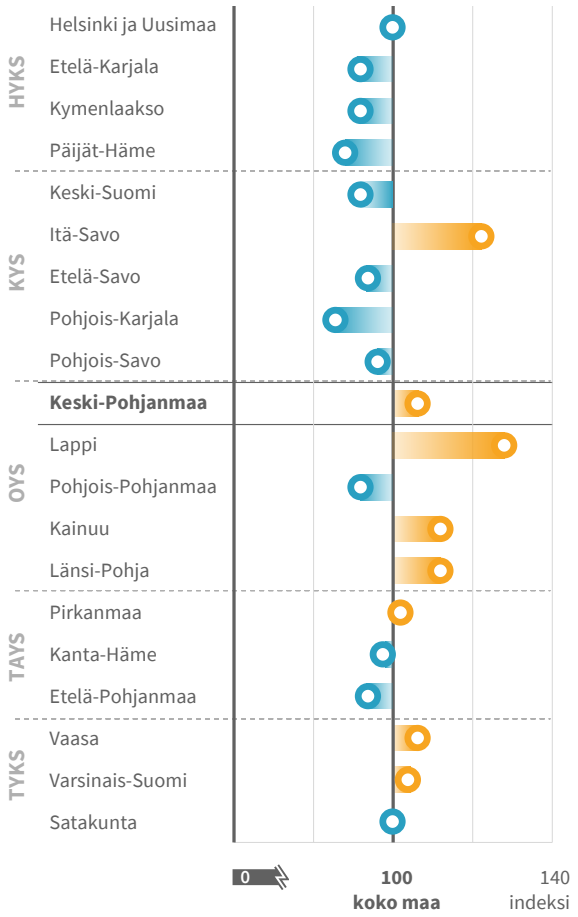
Vuosikate riitti kattamaan poistot alueen kunnista ainoastaan Vetelissä, kun vuotta aikaisemmin vuosikate oli kattanut poistot viidessä kunnassa.

Sosiaali- ja terveystoimen nettokäyttökustannukset suurentuneet

Keski-Pohjanmaan kuntien sosiaali- ja terveystointen nettokäyttökustannukset olivat yhteensä 282 miljoonaa euroa (3 628 euroa / asukas). Asukaskohtaiset nettokäyttökustannukset olivat 9,3 prosenttia korkeammat kuin maassa keskimäärin (kuvio 4), ja ne olivat nousseet 5,2 prosenttia edellisvuodesta ja yhteensä 7,8 prosenttia vuodesta 2015. Ne olivat matalimmat Kokkolassa (3 496 euroa / asukas) ja suurimmat Lestijärvellä (4 835 euroa / asukas).

Kustannuksista suhteellisesti suurin osuus muodostui erikoissairaanhoidosta (36 %), ja toiseksi eniten kustannuksia kohdentui ikääntyneiden palveluihin (16 %). Perusterveydenhuollon avohoidon osuus oli 11,5 prosenttia ja vuode-osastohoidon 4,4 prosenttia (kuvio 4).

KUVIO 5. Sosiaali- ja terveydenhuollon tarvevakioitujen menojen indeksi 2017.



Tarvevakioinnilla tarkoitetaan alueen asukkaiden palvelutarpeeseen vaikuttavien tekijöiden huomioimista. Maan keskiarvo on luku 100. Tämän ylittävä luku kertoo, kuinka monta prosenttia alueen tarvevakioidut menot olivat maan keskiarvoa suuremmat.

Sosiaali- ja terveydenhuollon tarvevakioidut menot olivat maan keskiarvoa suuremmat

Vuonna 2017 koko maan sosiaali- ja terveydenhuollon nettomenot olivat keskimäärin 3 100 euroa asukasta kohti ja Keski-Pohjanmaalla 3 275 euroa asukasta kohti, mikä oli kuusi prosenttia enemmän kuin maassa keskimäärin. Alueen väestön palvelutarve oli kolme prosenttia keskimääräistä suurempi. Tarvevakioidut menot [2] olivat kolme prosenttia

[1] Kuntalain 114 §:n mukaan kuntien tulee laatia ja sisällyttää tilinpäätökseensä konsernitilinpäätös. Kuntakonserni sisältää kunnan oman organisaation, mukaan lukien kunnan liikelaitokset, sekä eri yhteisöt, joissa kunnalla on kirjanpitolain (1336/1997) tarkoittama määräysvalta. Konsernitilinpäätökseen yhdistellään lisäksi suhteellisella yhdistelyllä kuntayhtymät, joissa kunta on jäsenenä, ja siinä otetaan huomioon kunnan osakkuusyhteisöt. Vuodesta 2017 lähtien kriisikuntamenettely on perustunut kunnan taseeseen kertyneen alijäämän lisäksi myös kuntakonserneja koskeviin tietoihin kuntalain 118 §:n kriteerien mukaisesti.

[2] Tarvevakioitujen menojen laskennassa käytetyt sosiaali- ja terveydenhuollon nettomenot eivät sisällä ympäristöterveydenhuoltoa eivätkä ns. muuta sosiaali- ja terveystoimintaa. Lisäksi kotihoidon osalta arvioidaan ainoastaan yli 65-vuotiaiden kustannukset. Tarvetekijöinä on huomioitu ikä- ja sukupuolirakenne, sairastavuus ja sosioekonominen asema.

korkeammat kuin maassa keskimäärin (kuvio 5). Keski-Pohjanmaan kunnissa väestön palvelutarve oli matalimmillaan prosentin pienempi kuin maassa keskimäärin (Kokkola ja Kruunupyy) ja suurimmillaan 35 prosenttia keskimääräistä suurempi (Lestijärvi). Tarvevakioidut sosiaali- ja terveydenhuollon menot olivat Lestijärvellä alueen pienimmät, kolme prosenttia pienemmät kuin maassa keskimäärin. Alueen suurimmat tarvevakioidut menot olivat Kruunupyyssä, yhdeksän prosenttia keskimääräistä suuremmat.

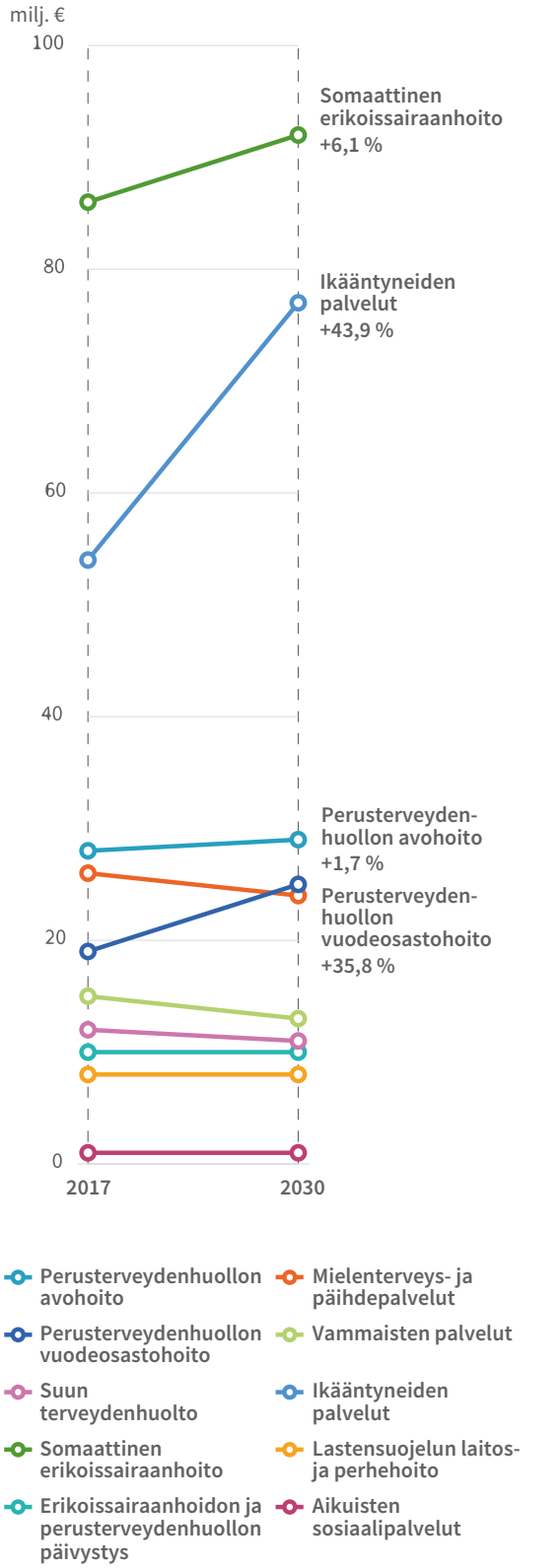
Kasvuennusteen mukaan suurin kasvu ikääntyneiden palvelujen kustannuksissa

THL:n ennustelaskelmien mukaan sosiaali- ja terveyspalvelujen vuotuiset kustannukset kasvavat eniten alueilla, joissa väestönkasvu on koko maata suurempaa ja joihin väestö keskittyy. Keski-Pohjanmaan väestö vähenee ennusteen mukaan vuoteen 2030 mennessä 4,8 prosentilla, kun vastaavalla ajanjaksolla koko maassa väestömäärän ennustetaan kasvavan 1,0 prosentilla. Alueen 65 vuotta täyttäneiden määrä kasvaa hitaammin kuin maassa keskimäärin eli noin 17 prosenttia (koko maassa 24 %) vuoteen 2030 mennessä.

Väestörakenteen muutoksen perusteella sosiaali- ja terveyspalvelujen vuotuiseksi reaalikasvuksi ennakoidaan keskimäärin 0,9 prosenttia (koko maassa 1,2 %) vuosina 2017–2030. Alueen sosiaali- ja terveyspalvelujen kustannusten kokonaiskasvun ennuste vuoteen 2030 mennessä on 12 prosenttia (koko maassa 17 %), 259 miljoonasta 290 miljoonaan. Ikääntyneiden palvelujen kustannusten ennustetaan kasvavan vuoteen 2030 mennessä eniten, 44 prosenttia (koko maassa 50 %). Toiseksi eniten kasvua ennustetaan perusterveydenhuollon vuodeosastohoidon menoihin, 36 prosenttia (koko maassa 40 %). (Kuvio 6.)

Alueiden kustannusten kasvuvauhdissa on eroja, jotka aiheutuvat väestörakenteen kehityksestä ja kustannusrakenteen eroista lähtötilanteessa. Tämän vuoksi suuri väestönkasvu ei suoraan selitä nopeinta kasvuvauhtia, vaan siihen vaikuttavat todennäköisesti myös erot huoltosuhteessa ja sosiaali- ja terveyspalvelujen kustannusrakenteessa.

KUVIO 6. Sosiaali- ja terveyspalvelujen reaalikustannusten ennuste.



Tehtäväkohtainen viiva kuvaa reaalikustannusten muutosta vuosien 2017 ja 2030 välillä. Osassa tehtävistä on lisäksi merkitty kustannusten prosentuaalinen muutos. Tiedot perustuvat THL:n tuottamaan alueellistettuun sosiaalimenojen ennustemalliin.

4.4 Hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen

Rakenteet hyvinvoinnin ja terveyden edistämiselle ovat olemassa ja järjestöyhteistyö on monipuolista. Kunnat ovat kohtalaisen aktiivisia hyte-toiminnassa. Koetussa hyvinvoinnissa on haasteita sekä aikuisilla että yläkouluikäisillä. Ravitsemussuositukset eivät toteudu nuorilla eivätkä työikäisillä. Iäkkäissä liikaa alkoholia käyttäviä on maan vähiten.

Hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen on järjestämissuunnitelmassa

Hyvinvoinnin ja terveyden edistämistä (hyte) koordinoi alueella Soite, ja kuntayhtymässä toimii alueellinen hyvinvointikoordinaattori. Hyte on kirjattu järjestämissuunnitelmaan. Hyten yhteistyöverkostoon kuuluu maakunnan eri toimijoita (maakunta, kunnat, järjestöt, yritykset ja muut alueen toimijat). Kuntien hyvinvointikoordinaattoreilla on oma verkosto.

Hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen järjestöyhteistyö monialaista

Sosiaali- ja terveysjärjestöjen avustuskeskus on myöntänyt alueella rahoitusta muun muassa alueellisen mielenterveysomaistyön koordinointiin ja toteuttamiseen (Finfami Pohjanmaa ry), muistisairauksien asiantuntija- ja tukikeskuksen toimintaan (Suomen dementiayhdistys ry), mielenterveyskuntoutujien kohtaamispaikkaan (Keski-Pohjanmaan sosiaalipsykiatrinen yhdistys ry), vauvaperheiden ryhmätoimintaan ja unineuvontaan (Kokkolan ensi- ja turvakoti ry) ja omaishoitoperheiden toimintaan (Keski-Pohjanmaan omaishoitajat ry).

Kunnissa hyvin hyte-koordinaatiota, vähemmän rakenteita ja raportointia

Kunnille suunnattujen kyselyjen mukaan 89 prosentissa kunnista on nimetty hyte-asioiden koordinoinnista vastaava henkilö. Laajan hyvinvointikertomuksen ovat hyväksyneet kaikki alueen kunnanvaltuustot. Kunnista 78 prosenttia on raportoinut valtuustolle väestöryhmien välisiä terveyseroja.

Kuntalaisten osallistumisen ja vaikuttamisen mahdollisuuksista kertoi verkkosivuillaan 67 prosenttia alueen kunnista. Paikallista turvallisuussuunnitelmaa ei ole käsitelty alueen kunnissa, yhdessä se oli jaettu tiedoksi. Kunnat toivovat, että Soite aloittaisi uuden alueellisen turvallisuussuunnitelman tekemisen.

Kunnista 60 prosentissa järjestetään kohdennettuja liikkumisryhmiä liikuntaseuratoiminnan ulkopuolella oleville lapsille ja nuorille ja 70 prosentissa järjestetään liikuntaneuvontaa. Kunnista 61 prosenttia raportoi ohjaavansa sosiaali- ja terveyspalveluista asiakkaita liikuntaneuvontaan.

Hallinnonalojen yhteisiä rakenteita tai toimintamalleja, joissa käsitellään hyvinvointia ja terveyttä edistävää kulttuuritoimintaa, on 44 prosentissa alueen kunnista; tämä on myös koko maan keskiarvo.

Koululaisilla ja työikäisillä haasteita koetussa hyvinvoinnissa

Peruskoulun 8. ja 9. luokan oppilaista viidennes koki terveydentilansa keskinkertaiseksi tai huonoksi, mikä on maan suurimpia osuuksia (2017). Kohtalaista tai vaikeaa ahdistuneisuutta oli yhtä monella kuin maassa keskimäärin. Koulukiusattuna vähintään kerran viikossa olleiden oppilaiden osuus oli maan pienimpiä, samoin itsensä yksinäiseksi tuntevien osuus. Ikäluokassa päivittäinen tupakointi oli yleisempää kuin muualla maassa.

Alueen 20–64-vuotiaista elämänlaatunsa hyväksi tuntevien osuus oli maan pienin ja keskimääräistä useampi uskoi, ettei todennäköisesti jaksa työskennellä vanhuuseläkeikään saakka.

65 vuotta täyttäneistä elämänlaatunsa hyväksi tuntevien osuus oli koko maan tasoa. Samoin arkitoimissa oli suuria vaikeuksia kokeneiden osuus 75 vuotta täyttäneistä.

Elintavoiltaan keskipohjalaiset elävät keskimääräistä paremmin

Peruskoulun 8. ja 9. luokan oppilaiden humalahakuinen juominen oli maan toiseksi vähäisintä (vuonna 2017). Hengästyttävää liikuntaa korkeintaan tunnin viikossa harrasti lähes yhtä moni kuin

maassa keskimäärin, ja ylipainoisia oli saman verran kuin maassa keskimäärin. Oppilasryhmästä niukasti hedelmiä, marjoja ja kasviksia syöviä oli maan neljänneksi eniten.

Alueen 20–64-vuotiaista päivittäin tupakoivien osuus oli maan keskitasoa. Alkoholia liika käyttävien osuus oli maan pienimpiä. Vapaa-ajan liikunnan harrastamattomuus oli keskimääräistä. Lihavien (BMI ≥ 30 kg/m^2) osuus on kasvanut, ja se oli vuonna 2018 maan suurin. Aikuisista verrattain harvat söivät kasviksia ravitsemussuositusten mukaan.

65 vuotta täyttäneistä alkoholia liikaa käyttävien osuus oli maan pienin, ja alkoholikuolleisuus oli maan keskiarvoa pienempi (2017).

KUVIO 7. Hyvinvointiin ja terveyteen vaikuttavia muutostekijöitä.

*Väestön hyvinvointiin, terveyteen ja turvallisuuteen vaikuttavat monet sekä pienet että laajat muutostekijät aina yksilön elintavoista maailmanpolitiikkaan.**

*Mukaillen Palosuo ym. 2004. Kokemuksia sosioekonomisten terveyserojen kaventamisesta Ruotsissa, Englannissa ja Hollannissa.

4.5 Terveydensuojelu

Rokotusten kattavuustavoitteet eivät täyty. Lähialueella todetun tuhkarokkotapauksen vuoksi alueella annettiin ylimääräisiä rokotuksia. Clostridium difficile -ripulitapauksia on ollut maan eniten. Hygieniahoitajien työpanos infektioiden torjuntatyössä on maan pienimpiä, mutta käsihuuhteen kulutus somaattisen erikoissairaanhoidon vuodeosastoilla maan suurimpia.

Rokotustavoitteet eivät täyttyneet

Kaudella 2017–2018 Keski-Pohjanmaalla maan pienimpiin kuuluva osuus 65 vuotta täyttäneistä sai influenssarokotuksen (42 %, kyseessä on osin tietojärjestelmäongelma, koska 25 % tiedoista ei ole siirtynyt THL:ään). Osuus jäi alle Eurooppa-neuvoston asettaman 75 prosentin tavoitetason. Kattavuus on kuitenkin parantunut viidessä vuodessa kymmenen prosenttiyksikköä.

Vuonna 2015 syntyneistä lapsista vähintään yhden viitosrokotteen kurkkumätää, jäykkäkouristusta, hinkuyskää, poliota ja Hib-bakteerin aiheuttamia tauteja vastaan on saanut lähes 99 prosenttia. Kolmen annoksen rokotussarjan saaneiden lasten osuus on maan parhaimpia (94 %), mutta merkittävästi matalampi kuin rokotussarjan aloittaneiden osuus.

Tuhkarokolta, sikotaudilta ja vihurirokolta suojaavan rokotteen ensimmäisen annoksen 11–24 kuukauden iässä saaneiden lasten osuus on ollut parempi kuin maassa keskimäärin. Luodossa todetun tuhkarokkotapauksen vuoksi alueella annettiin ylimääräisiä rokotuksia (250). Kaiken ikäiset saivat rokotuksia. Tautien leviämisen riski on vähäinen.

Useita eri syöpiä ehkäisevät HPV-rokotukset on rokotusohjelman suositusten mukaisesti saanut 47 prosenttia tytöistä. Rokotuskattavuus on hyvin matala verrattuna maan korkeimpaan (70 %).

Tehosterokotuksen kurkkumätää, jäykkäkouristusta ja hinkuyskää vastaan saaneiden 14–16-vuotiaiden osuus on myös matala. Edelleen on syytä kiinnittää huomiota kouluikäisten rokotusten toteutumiseen.

C-hepatiitti-infektioiden ilmaantuvuus maan pienin

Uusia C-hepatiitti-infektioiden määrä oli väestöön suhteutettuna maan pienin. Ruiskuhuumeiden välityksellä tarttuneita C-hepatiitti-infektioita oli hyvin vähän, mutta niiden määrä on suurentunut kolmen viime vuoden ajan. Huumeidenkäyttäjien terveysneuvontapisteissä asioi vuonna 2017 maan pienin määrä asiakkaita.

Clostridium difficile -ripulitapauksia oli maan eniten, vaikka antibioottien (J01, bakteerilääkkeet) vuosikulutus asukasta kohti jäi hieman alle maan keskiarvon.

Erikoissairaanhoidon vuodeosastoilla käsihuuhteen kulutus maan suurimpia

Erikoissairaanhoidon toimintayksikköjen hoitohenkilökunnan eli hoitajien ja lääkärien influenssarokotuskattavuus oli maan keskitasoa. Käsihuuhteen kulutus somaattisen erikoissairaanhoidon vuodeosastoilla oli maan suurimpia. Erikoissairaanhoidon toimintayksiköissä hygieniahoitajien työpanos infektioiden torjuntatyössä oli sen sijaan maan pienimpiä.

4.6 Somaattinen erikoissairaanhoito ja ensihoito

Keski-Pohjanmaan keskussairaalassa hoidetuista potilaista maan suurin osuus on muiden alueiden potilaita. Synnytyksiä on paljon. Odotus- ja käsittelyajoissa on hoitotakuulainsäädännön vastaisia viiveitä jonkin verran, ja odotusajan mediaani on kohtalainen. Päivystystoiminnan hyvästä laadusta kertoo takaisin hoitoon palaavien potilaiden vähäinen määrä.

Saatavuudessa viiveitä

Somaattinen erikoissairaanhoito on keskitetty Keski-Pohjanmaan keskussairaalaan. Hoitoonpääsyajat olivat kohtalaisia: odotusajan mediaani oli 42 vuorokautta (31.12.2018), mikä on aluevertailussa kohtalainen tulos ja samalla tasolla kuin edellisenä vuonna. Kaikkiaan 26 potilasta oli odottanut kiireetöntä erikoissairaanhoitoa yli kuusi kuukautta vuoden 2018 lopussa, mikä on väestöön suhteutettuna lähes sama kuin maan keskiarvo. Lähetteet kiireettömään erikoissairaanhoitoon käsiteltiin 21 vuorokaudessa valtaosin, mutta aika ylittyi 1,4 prosentissa, mikä on maan suurimpia osuuksia. Ostopalveluna hankittiin osa erikoislääkäripalveluista, mikä hidastaa lähetteiden käsittelyä, koska lääkäri on paikalla vain ajoittain. Odotus- ja käsittelyajoissa oli hoitotakuulainsäädännön vastaisia viiveitä jonkin verran, ja odotusajan mediaani oli kohtalainen. Erikoissairaanhoidon lähetemäärä oli suuri, mutta myös konsultaatiot tehdään lähetteinä ja lisäksi lähetteet kuntoutusyksikön terapiapalveluihin kasvattivat määrää. Keski-Pohjanmaan keskussairaalassa hoidettavista potilaista maan suurin osuus (23 %) oli muiden alueiden potilaita.

Alueella terapiapalvelut (esim. fysio- ja toimintaterapia) ovat kokonaan erikoissairaanhoitoa, samoin kaikki psykiatriset palvelut. Myös yhteispäivystys kirjataan erikoissairaanhoidoksi.

Palvelujen käyttö keskitasoista

Erikoissairaanhoidon päivystyskäyntien määrä asukasta kohden ei poikennut muusta maasta. Vuonna 2017 kaikista erikoissairaanhoidon hoitojaksoista alkoi päivystyksenä 46 prosenttia, mikä on maan keskiarvon tuntumassa.

Täysi-ikäisellä väestöllä oli somaattisen erikoissairaanhoidon avohoitokäyntejä maan keskiarvon verran ja vuodeosaston hoitojaksoja hieman maan keskitasoa enemmän. Vastaavasti vuonna 2017 vuodeosastohoidossa oli potilaita keskitasoa hieman enemmän.

Kaihileikkauksia tehtiin väestöön suhteutettuna vähemmän kuin maassa keskimäärin ja lonkan kokotekonivelen ensileikkauksia lähes maan keskiarvon verran.

Päivystykseen palanneita potilaita vähemmän kuin maassa keskimäärin

Erikoissairaanhoidon laatua ja potilasturvallisuutta kuvaavia hoitojaksoihin liittyviä komplikaatioita oli vähemmän kuin suuressa osassa muuta maata. Toisaalta vuonna 2017 potilasvahinkoja oli enemmän kuin maassa keskimäärin.* Päivystyksessä hoidetuista ja kotiutetuista aikuispotilaista palasi 48 tunnin sisällä päivystykseen selvästi harvempi kuin maassa keskimäärin, mikä kertoo päivystystoiminnan hyvästä laadusta.

Ensihoidon tavoittamisajat maan lyhyimpiä

Ensihoitotehtävien määrä asukasta kohden ei poikennut muusta maasta, mutta ensihoitotehtäviä neliökilometriä kohden oli vähemmän kuin maassa keskimäärin. Ensihoidon tavoittamisajan mediaani A-kiireellisyysluokassa ydintaajamassa oli 5 minuuttia, maan parhaimpia, kun se maassa keskimäärin oli 5,3 minuuttia. Vastaava tavoittamisaika muussa taajamassa oli 6,5 minuuttia, mikä on maan lyhyimpiä aikoja. Taajaman ulkopuolella asutulla alueella tavoittamisaika oli 10,6 minuuttia, mikä on maan lyhyin aika.

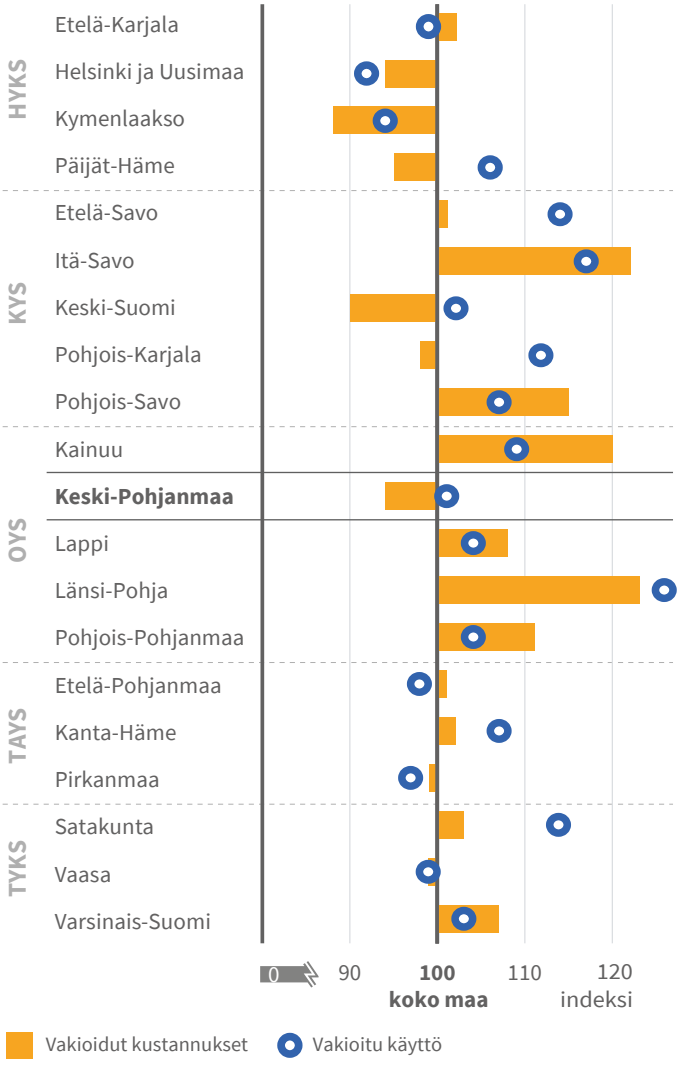
*Alueiden välistä vertailua vaikeuttavat komplikaatioiden erilaiset kirjaamistavat ja erot potilaiden neuvonnassa vahinkoilmoitusten tekoon.

Kustannukset keskimääräiset

Erikoissairaanhoidon nettokäyttökustannukset olivat asukasta kohden 1 287 euroa, maan keskiarvon tuntumassa mutta edellistä vuotta suuremmat (3,9 %).

Vuonna 2017 somaattisen erikoissairaanhoidon kustannusindeksin mukaiset ikä- ja sukupuolivakioidut laskennalliset kustannukset olivat alueella kuusi prosenttia pienemmät kuin maassa keskimäärin. Somaattisen erikoissairaanhoidon palveluja käytettiin ikä- ja sukupuolivakioiduilla alueellisilla episodeilla tarkasteltuna yksi prosentti enemmän kuin keskimäärin maassa (kuvio 8). Somaattisen erikoissairaanhoidon tuottavuutta sairaala-, alue- ja erikoisalatasolla on kuvattu tarkemmin THL:n julkaisussa Sairaaloiden tuottavuus 2017.

KUVIO 8. Somaattisen erikoissairaanhoidon ikä- ja sukupuolivakioidut kustannukset ja käyttö 2017.



Kuvio kertoo, miten alueiden somaattisen erikoissairaanhoidon käyttö ja kustannukset suhteutuvat maan keskiarvoon kun alueiden ikä- ja sukupuolirakenteen erot huomioidaan.

Koko maan luku on 100. Tämän ylittävä luku kertoo, kuinka monta prosenttia alueen somaattisen erikoissairaanhoidon käyttö tai kustannukset olivat maan keskiarvoa suuremmat.

4.7 Perusterveydenhuolto

Perusterveydenhuollon peittävyys on hyvä, samoin saatavuus. Kyky hoitaa kansansairauksia näyttää vaihtelevan. Avohoidon käyntejä sekä lääkäreille että hoitajille on vähän, mutta asiointi sähköisesti tai puhelimella on yleistä. Sekä avo- että vuodeosastohoidon asukaskohtaiset kustannukset ovat vähentyneet vuoden 2015 jälkeen.

Väestöstä 80 prosenttia oli perusterveydenhuollon asiakkaana vuonna 2018. Avohoidossa asiointi sähköisesti tai puhelimella oli yleistä ja vastaanottokäyntejä väestöön suhteutettuna oli maan vähiten. Avohoidon lääkäreiden vastaanotoilla käyntejä oli maan toiseksi vähiten ja ne ovat vähentyneet 23 prosentilla vuoden 2015 jälkeen. Terveyskeskuslääkäreiden kaikissa viroissa oli tekijä lokakuussa 2018 (8,03 / 10 000 asukasta). Palveluntuottajille tehtyyn kyselyyn perustuvan arvion mukaan työterveyshuollon palveluja voi käyttää noin 63 prosenttia alueen 16–64-vuotiaista (Työterveyslaitos, 2019).

Asukkaista maan kolmanneksi pienin osuus kävi avosairaanhoidon vastaanotolla. Lääkärillä käynnin syyt oli kirjattu maan neljänneksi parhaiten (kuvio 9). Käyntisyistä yleisin oli tuki- ja liikuntaelinsairaudet, seuraavaksi yleisin, ja samalla maan yleisin, oli verenkiertoelinten sairaudet (taulukko 3). Kroonisten tautien vuoksi tehdyt käynnit jakautuivat muutoin erityiskorvausoikeuksien perusteella arvioidun sairastavuuden mukaisesti, mutta diabeteksen takia lääkärin vastaanotolla käytiin suhteellisen vähän. Päivystyskäyntejä oli väestöön suhteutettuna maan keskimäärää enemmän. Perusterveydenhuollon vuodeosastopotilaita ja hoitopäiviä oli väestöön suhteutettuna enemmän kuin maassa keskimäärin. Fysioterapiapalvelut ovat osa erikoissairaanhoitoa.

Hoitotulokset vaihtelivat

Perusterveydenhuollon onnistumisesta kertovat sairastuneiden oikea-aikainen hoitaminen ja komplikaatioiden estäminen. Lääkärin vastaanotto kiireettömän asian vuoksi toteutui yli viikon kuluttua hoidon tarpeen arvioimisesta vain 28 prosentissa, maan toiseksi harvimmin, mutta hoitotakuun vastaisesti yli kolmessa kuukaudessa 1,9 prosentissa

Taulukko 3. Käyntisyiden kirjausaste ja erityiskorvausoikeus sairausryhmittäin.

	Lääkärin vastaanoton käyntisyy, % kirjatuista käyntisyistä		Erityiskorvausoikeus % väestöstä	
	Keski-Pohjanmaa	Koko maa	Keski-Pohjanmaa	Koko maa
Tuki- ja liikuntaelinsairaudet	17,1	16,4		
Verenkiertoelinten sairaudet	14,3*	10,5		
Verenpainetauti (25 vuotta täyttäneistä)	6,1	4,7	12,1	10,3
Tapaturma	5,3	6,7		
Ylähengitysteiden akuutti infektio	3,7	4,8		
Diabetes	2,4	3,3	6,1	6,3
Astma	1,9	1,4	5,7	4,9
Keuhkoahtaumatauti (ikävakioitu)	0,6	0,5	5,7	4,8
Dementia	0,2	0,4		

*maan suurin osuus

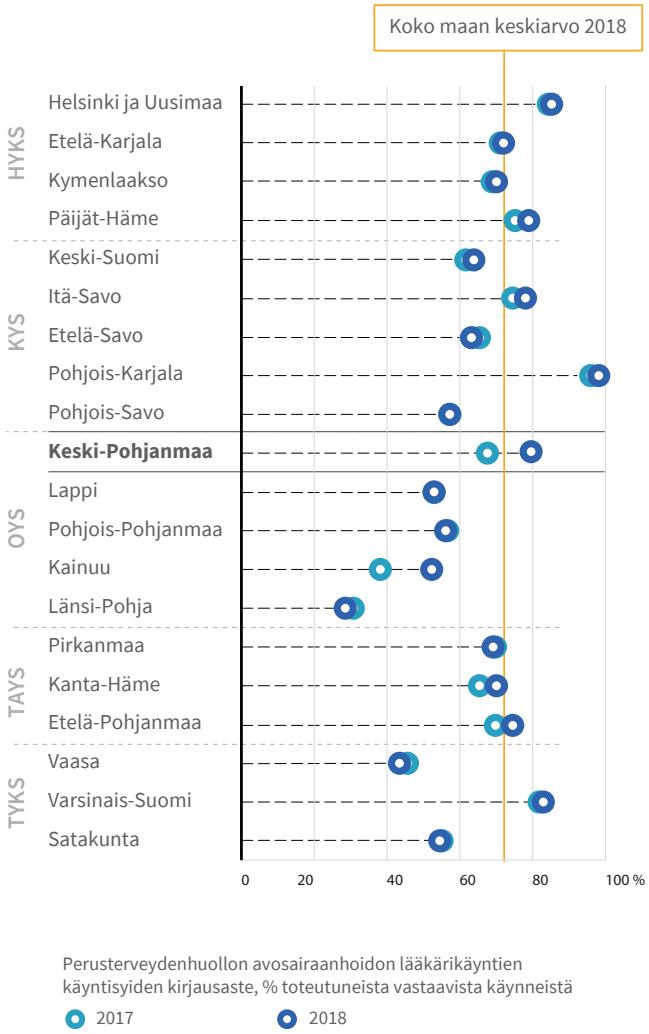
(mittausajankohtana vaihdettu tietojärjestelmää). Vastaanotolla käyneiden mielestä palvelu toteutui kohtuullisessa ajassa. Valvontaviranomaisen mukaan ajoittaisen lääkäreiden puutteen vuoksi palvelutarpeeseen ei ole kyetty aina vastaamaan.

Vuonna 2016 sairaalahoitojaksojen syynä oli huomattavan usein diabetes. Vuonna 2018 keskimääräistä yleisempänä syynä oli astma tai keuhkoahtauma, mutta sydämen vajaatoiminta oli maan toiseksi harvinaisin. Hoitotulokset paksusuolen syövässä olivat maan kolmanneksi parhaat ja rintasyövässä samalla tasolla kuin maassa keskimäärin, mutta kohdunkaulan syövässä maan kolmanneksi huonoimmat. Seulontatutkimuksiin osallistuttiin paremmin kuin maassa keskimäärin (2017).

Mikrobilääkkeitä käytettiin epäspesifisen ylähengitystieinfektion hoitoon hieman maan keskivertoa useammin. Terveyskeskuslääkärin vastaanotolla yli kymmenen kertaa vuodessa joutui käymään hyvin harva.

Kyselytutkimuksen mukaan vain harva lääkäri koki organisaatioiden välisen tiedonvaihdon toimivaksi. Väestökyselyn mukaan terveyspalveluja käyttäneistä sujuvaksi niiden käytön koki maan pienin osuus. Asiakastyytyväisyyskyselyn mukaan terveysaseman vastaanottopalveluihin oltiin kaikkiaan tyytyväisiä. Terveysasemaa vaihtaneiden osuus oli maan pienin, samoin osuus väestöstä, joka tiesi miten toimia, jos haluaisi vaihtaa terveysasemaa.

KUVIO 9. Alueiden väliset erot käyntisyiden kirjaamisessa 2017 ja 2018.



Perusterveydenhuollon avosairaanhoidon lääkärikäyntien käyntisyiden kirjausaste, % toteutuneista vastaavista käynneistä

2017 2018

Kustannukset supistuneet vuodesta 2015

Perusterveydenhuollon avohoidon (pois lukien suun terveydenhoito) asukaskohtaiset nettokäyttökustannukset (417 euroa / asukas) olivat 14 prosenttia maan keskiarvoa suuremmat. Kustannukset ovat kasvaneet edellisvuodesta, mutta kaiken kaikkiaan supistuneet vuoden 2015 jälkeen 8,6 prosenttia.

Perusterveydenhuollon vuodeosaston nettokäyttökustannukset (160 euroa / asukas) olivat lähellä maan keskiarvoa ja vähentyneet 29 prosenttia vuoteen 2015 verrattuna.

Korvattujen lääkkeiden kustannukset (363 euroa / asukas) olivat asukasta kohden maan pienimpiä.

4.8 Suun terveydenhuolto

Suun terveydenhuollon käyttö painottuu terveyskeskuksiin ja runsaasti palveluja tarvitsevia on paljon. Suun terveys vaihtelee kunnittain. Asukaskohtaiset julkisen suun terveydenhuollon nettokäyttökustannukset ovat maan korkeimmat ja yksityisen maan toiseksi pienimmät.

Terveyskeskuspalvelujen käyttö oli alueella yleistä ja yksityispalvelujen käyttö vähäistä. Väestöön suhteutettuna potilaita ja käyntejä oli paljon julkisessa suun terveydenhuollossa. Asiakaskohtaisesti laskettuna käyntejä oli enemmän kuin maassa keskimäärin; tämän perusteella hammashoidossa saattaa olla tehostamisen varaa. Aikuisasiakkaita, joilla oli yli viisi suun terveydenhuollon käyntiä vuodessa, oli maan toiseksi eniten. Kelan korvaamia yksityisen hammashoidon käyntejä oli alueiden vertailussa toiseksi vähiten, palveluja ei ole tarjolla.

Väestökyselyssä joka viides vastaaja eli maan keskiarvoa useampi ilmoitti puutteista hammaslääkäripalvelujen saatavuudessa tai riittävyydessä. Kiireettömistä perusterveydenhuollon hammaslääkärikäynneistä puolet toteutui yli kolmen viikon kuluttua hoidon tarpeen arvioinnista lokakuussa 2018, osuus on suurentunut.

Suun terveys vaihtelee kunnittain

Kouluterveyskyselyn mukaan 8. ja 9. luokan oppilaista hampaitaan harvemmin kuin kahdesti päivässä harjaavia oli saman verran kuin maassa keskimäärin. Reikiintyneitä, paikattuja ja poistettuja hampaita sekä runsaasti kariesta oli maan eniten terveystarkastuksessa käyneistä 12-vuotiaista*, tervehampaisia heistä oli vain puolet.

Kunnissa vaihteli paljon niiden asiakkaiden osuus, joilla ei ollut hoidon tarvetta reikiintymisen tai ienhoidon vuoksi (Toholammella 28 % ja Kruunupyyssä 64 %).

Asukaskohtaiset julkisen hammashoidon kustannukset ovat maan korkeimmat

Asukaskohtaiset suun terveydenhuollon nettokäyttökustannukset (102 euroa / asukas) olivat maan korkeimmat, mutta potilasta kohden laskettuna lähempänä maan keskiarvoa. Yksityisen hammashoidon asukaskohtaiset kustannukset olivat maan toiseksi pienimmät.

*Kunnat lähettävät 12-vuotiaita terveystarkastuksiin eri perustein, mikä on vertailussa otettava huomioon.

4.9 Lasten, nuorten ja perheiden palvelut

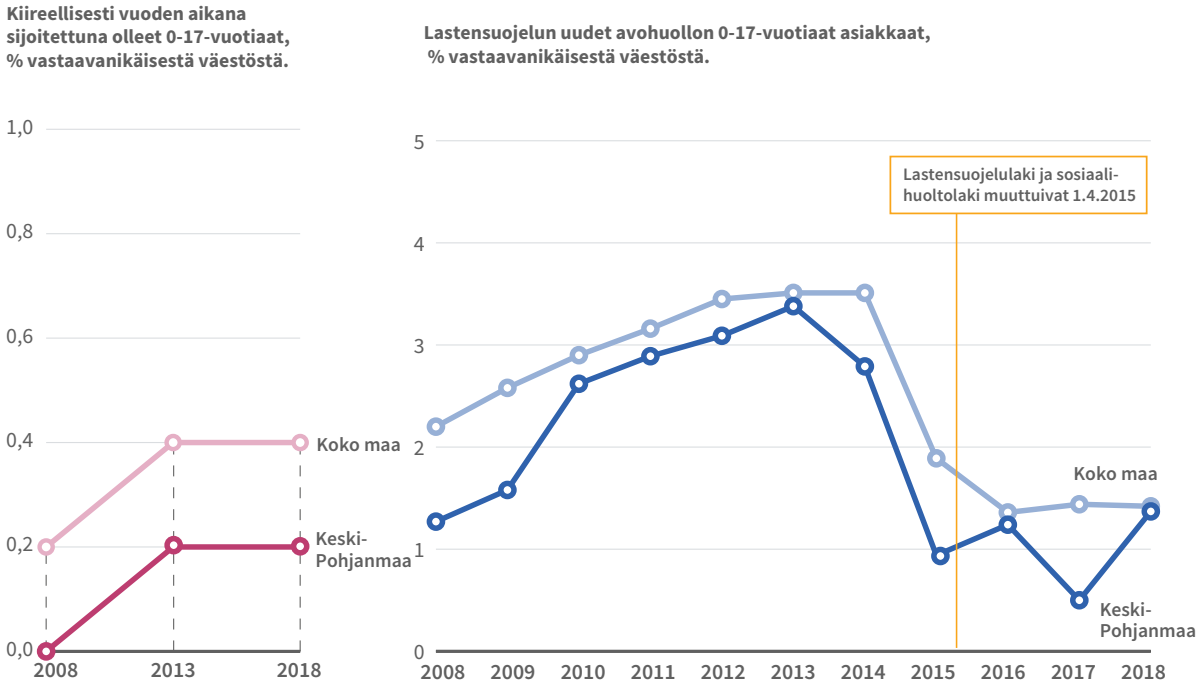
Suuri syntyvyys ja lapsien määrä lisäävät palvelutarvetta, mutta alueen yleinen hyvinvointi vähentää sitä. Tarve erityis- ja vaativan tason palveluille on koko maata pienempi. Mahdollisesti perheiden palvelutarpeisiin on kyetty muuta maata paremmin vastaamaan perus-palveluilla, joita alueella käytetään paljon.

Syntyvyys on maan suurinta, ja lasten osuus väestöstä on maan toiseksi suurin sekä neuvola- että kouluikäisissä, mikä lisää palvelutarvetta. Toisaalta palvelutarvetta lisääviä tekijöitä on vain vähän toimeentulotukien, päihteiden käytön, koettujen mielialaongelmien, koulukiusaamisen tai yksinäisyyden perusteella. Yhden vanhemman perheitä on vähän.

Palvelujen käyttö runsasta

Käyntejä lasten- ja äitiysneuvolassa oli paljon, ja myös kouluterveydenhuollossa käyntejä oli runsaasti. Kaikissa näissä oli kuitenkin suuria kuntakohtaisia eroja. Koulukuraattorin palveluita piti riittämättöminä vain pieni osuus 8. ja 9. luokan oppilaista, samoin kouluterveydenhoitajan palveluja. Jälkimmäisen osalta näin kokivat myös lukiolaiset. Henkilöstöresurssit olivat osin maan keskitasoa paremmat, esimerkiksi lasten- ja äitiysneuvolassa hoitajamitoitus ylitti suosituksen selvästi, mutta koulu- ja opiskeluterveydenhuollon lääkäriresurssit olivat poikkeuksellisen huonot ja huonontuneet edellisvuodesta. Lisäksi lukioissa psykologeja oli vähän oppilasmäärään nähden.

KUVIO 10. Lastensuojelun uusien avohuollon asiakkaiden sekä kiireellisesti sijoitettuna olleiden osuudet alueella ja koko maassa.



Vasen kuvio esittää kiireellisesti vuoden aikana sijoittettujen lasten prosentuaaliset osuudet vuosina 2008, 2013 ja 2018 sekä osuuden muutossuunnan. Oikea kuvio esittää lastensuojelun uusien avohuollon asiakkaiden osuudet vuosina 2008–2018. Tulkinnassa tulee huomioida, että uuden sosiaalihuoltolain yhteydessä (1.4.2015) lastensuojelun avohuollon asiakkuus määriteltiin alkamaan vasta mikäli lastensuojelutarpeen selvityksen jälkeen todetaan lastensuojelutarve. Aiemmin asiakkuus alkoi päätöksestä aloittaa lastensuojelutarpeen selvitys.

Peruspalvelujen ennalta ehkäisevässä toiminnassa on osin onnistuttu. Raskauden ensimmäisen kolmanneksen jälkeen tupakoi maan pienin osuus. Alueella oli vain vähän sellaisia raskaudenkeskeytyksiä, joita edelsi saman tai edellisen vuoden aikana (joko keskeytykseen tai synnytykseen päättynyt) raskaus. Maan pienin osuus tytöistä sai kohdunkaulan syövältä ja sen esiasteilta suojaavan rokotuksen.

Kodin- ja lastenhoitopalveluja alueen perheistä käytti maan suurin osuus, ja lastensuojelun vastaavia palveluja käytettiin saman verran kuin maassa keskimäärin. Lastensuojelun avohoidon asiakkuudet, lastensuojeluilmoitukset ja huostaan otot olivat 0–17-vuotiailla vähäisiä. Kodin ulkopuolelle toistuvasti tai kiireellisesti sijoitettujen lasten osuus oli pieni, ja se on viime vuodet pysynyt samalla tasolla (kuvio 10). Näistä suositusten mukaisesti suurempi osa oli sijoitettuna perheisiin; laitoksiin sijoitettujen osuus oli maan pienin.

Palvelujen saatavuus hyvä

Kasvatus- ja perheneuvonnan saatavuus oli muuta maata parempi. Lastensuojelun palvelutarpeen arvioinnit käynnistettiin seitsemässä arkipäivässä lähes 99-prosenttisesti, ja ne valmistuivat kolmessa kuukaudessa lähes 100-prosenttisesti. Unikoulu on ensi- ja turvakodin palvelua.

Lasten somaattisen erikoissairaanhoidon vuodeosastohoidon potilaita oli paljon ja hoitopäiviä keskimääräisesti. Lastentautien avohoidon, päivystykseen 48 tunnin sisällä palanneiden ja päiväkirurgisten potilaiden määrä ei poikennut maan keskitasosta.

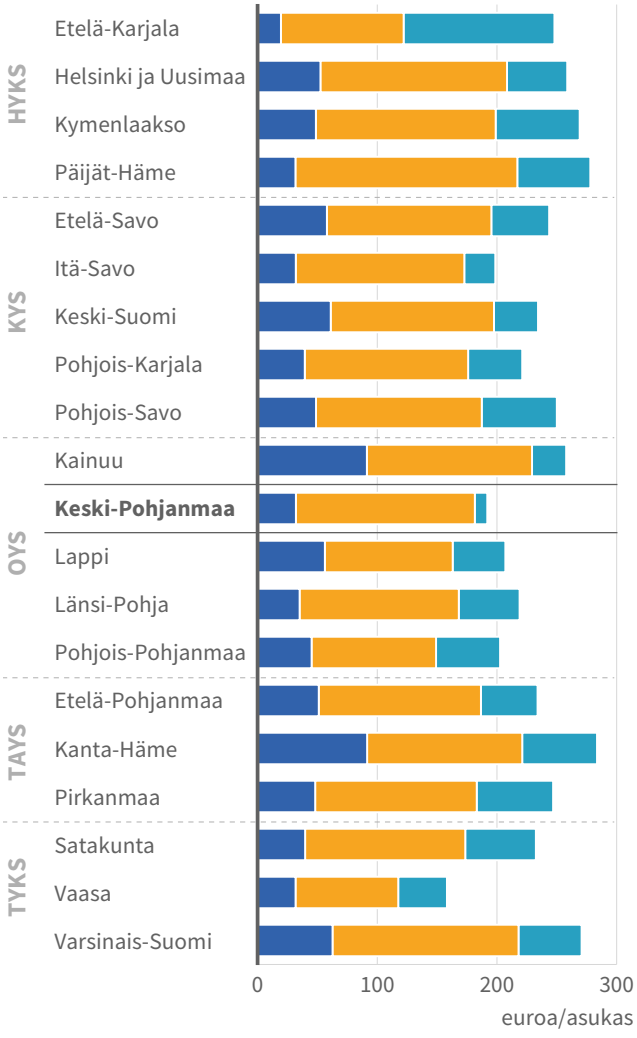
Psykiatrian laitoshoito ei korostu missään ikäluokassa, eivät myöskään lasten- ja nuorisopsykiatrian avohoitokäynnit. Hoitotakuut toteutuivat. Lastenpsykiatrian odotusajan mediaani oli 26 päivää (31.12.2018) ja nuorisopsykiatrian 46 päivää.

Uusien lastensuojelun avohuollon asiakkaiden osuus kasvoi koko maan tasolle (kuvio 10).

Lastensuojelun laitoshoito korostuu kustannuksissa

Lastensuojelun asukaskohtaiset avohuoltopalvelujen nettokäyttökustannukset (32 euroa / asukas) olivat maan pienimpien luokkaa, ja ne olivat vielä pienentyneet hieman vuodesta 2015. Toisaalta laitos- ja perhehoidon nettokäyttökustannukset (150 euroa / asukas) ovat nousseet vuoden 2015 jälkeen ja ovat maan suurimpien lähellä. Lasten ja perheiden muiden avopalvelujen nettokäyttökustannukset olivat maan pienimmät (10 euroa / asukas), ja ne olivat pienentyneet vuodesta 2015.

KUVIO 11. Lasten ja perheiden avopalvelujen ja lastensuojelun nettokäyttökustannukset vuonna 2018.



Kuviossa asukaskohtaiset nettokäyttökustannukset esitetään summautuvasti. Kuvio kertoo sekä kustannusten jakautumisesta eri palvelutyyppien kesken että yhteenlaskettujen kustannusten eroista alueiden välillä. Tulkinnassa tulee huomioida alueiden väliset erot väestön ikärakenteessa.

4.10 Aikuisten mielenterveys-, päihde- ja sosiaalipalvelut

Alue on hyvinvoiva ja palvelujen tarve keskimääräistä pienempi. Palvelujen saatavuus on hyvä. Psykiatrian palvelut on keskitetty erikoissairaanhoitoon, ja erikoislääkäritasoinen hoito on keskimääräistä runsaampaa. Päihdehuollossa laitoshoito on yleistä. Työttömien aktivointiaste on maan korkeimpia. Sairaalahoidossa pakkotoimia käytetään vähän, ja alueen itsemurhakuolleisuus on maan pienin. Monien palvelujen kustannukset ovat maan pienimpiä.

Palvelutarve keskimääräinen tai sitä pienempi

Sosiaalipalvelujen tarve työikäisillä oli maan keskitasoa pienempi työttömyys- ja toimeentulotukilukujen valossa. Työttömyys oli maan pienimpiä, ja se on vähentynyt viime vuodet, kuitenkin sekä nuoriso- että rakennetyöttömien osuudet olivat maan keskitasoa suuremmat. Syrjäytymisriskissä olevien nuorten osuus oli lähes sama kuin maassa keskimäärin vuonna 2017. Perustoimeentulotukea vuoden aikana saaneita oli 18–24- ja 25–64-vuotiaiden ikäryhmissä vähän muuhun maahan verrattuna, samoin pitkäaikaista toimeentulotukea saaneita.

Mielenterveyspalvelujen tarve alueella ei poikennut muusta maasta. Merkittävä psyykkinen kuormittuneisuuskaan ei poikennut muusta maasta, vaikka itsensä yksinäiseksi tuntevien osuus oli maan suurin. Mielenterveysindeksi (2014–2016) oli vain hieman keskimääräistä korkeampi ja erityiskorvattaviin lääkkeisiin psykoosin vuoksi oikeutettuja oli keskimääräistä vähemmän. Mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriöiden vuoksi työkyvyttömyyseläkettä sai 25–64-vuotiaista saman verran kuin maassa keskimäärin. Itsemurhakuolleisuus oli maan pienin vuonna 2017.

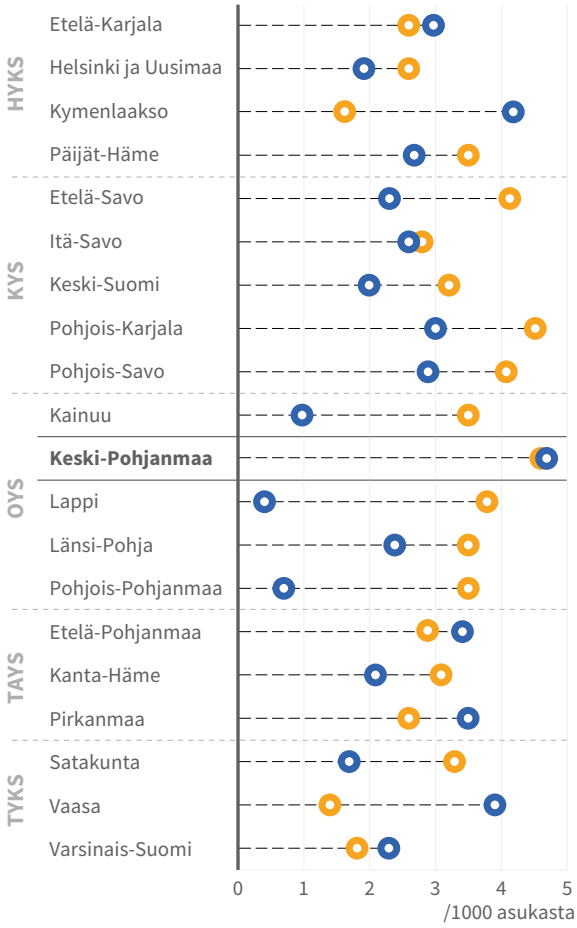
Päihdepalvelujen tarve vaikuttaa pienemmältä kuin maassa keskimäärin poliisin tietoon tulleiden huumausainerikosten, pistohuumeista saatujen uusien hepatiitti-C-infektioiden ja alkoholia liikaa käyttävien osuuden perusteella. Alkoholin myynti on ollut maan pienimpiä väestöön suhteutettuna.

Palvelujen saatavuus hyvä

Kuntiin osoitetut toimeentulotukihakemukset käsiteltiin viikon sisällä sataprosenttisesti. Ehkäisevää toimeentulotukea saavien osuus oli maan keskitasoa pienempi työikäisillä. Aikuisten sosiaalipalvelujen saatavuudessa ei näiden perusteella vaikuta olleen ongelmia.

Psykiatrinen hoito on kaikki erikoissairaanhoitoa, myös psykiatristen hoitajien palvelut. Erikoissairaanhoidon avohoitokäyntejä olikin selvästi enemmän kuin maassa keskimäärin. Psykiatrian

KUVIO 12. Päihdehuollon asiakkaat ja potilaat eri palveluissa alueittain vuonna 2018.



Merkin etäisyys pystyakselista kuvaa väestösuhteutettua asiakasmäärää palvelussa.

laitoshoito ei poikennut maan keskitasosta potilaiden tai hoitopäivien määrän suhteen ja pakkotoimia sairaalahoidossa käytettiin selvästi keskimääräistä vähemmän.

Kelan korvaaman kuntoutuspsykoterapian runsas käyttö nuorilla viittaa psykoterapian hyvään saatavuuteen. Toisaalta Kelan korvaamia yksityispsykiatrikäyntejä oli alueella maan toiseksi vähiten.

Päihdehuollossa laitoshoito oli yleisempää kuin muualla maassa

Huumeidenkäyttäjien terveysneuvontapisteissä asioineiden asiakkaiden määrä oli maan pienin vuonna 2017. Päihteiden aiheuttamat ongelmat olivat perusterveydenhuollon lääkärin avosairaanhoidon vastaanoton käyntisyynä yhtä usein kuin maassa keskimäärin. Päihdehuollon avopalvelujen asiakasmäärä väestöön suhteutettuna oli maan keskitasoa suurempi. Päihdehuollon laitoksissa ja terveydenhuollon vuodeosastoilla hoidettuja potilaita oli lähes saman verran vuonna 2018, maan eniten molempia väestöön suhteutettuna (kuvio 12)

Alkoholikuolleisuus oli alueella maan pienimpiä ja 65 vuotta täyttäneillä myös maan keskiarvoa pienempi vuonna 2017.

Valvontaviranomaisen mukaan osassa asumispalveluyksiköistä sosiaalityöntekijän palvelut olivat puutteelliset ja hoitajamitoitukset alhaiset.

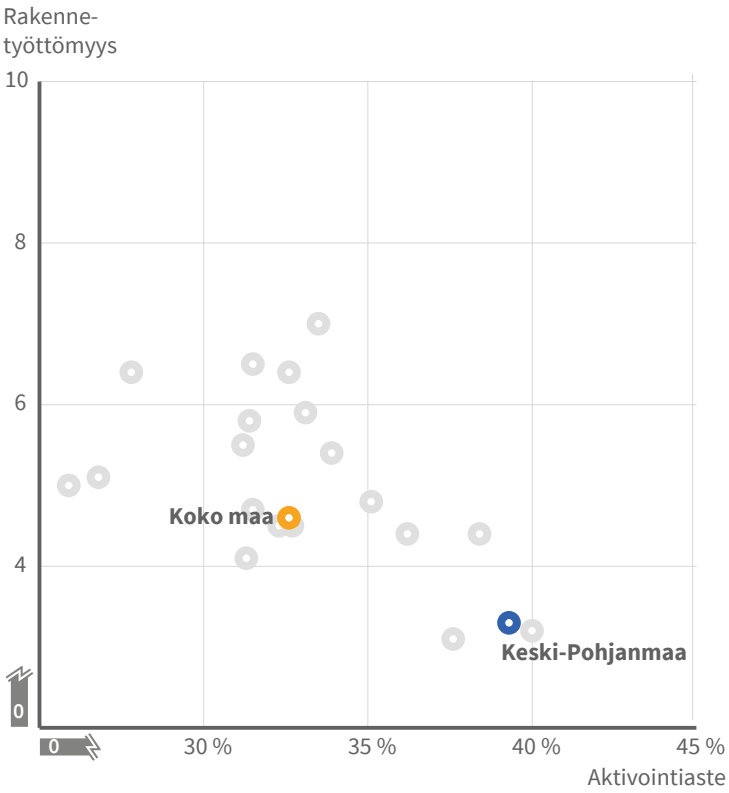
Työllistymistä edistävien palvelujen yhteensovittamisessa onnistuttu

Työttömien aktivointiasteen perusteella työllistymistä edistävien palvelujen yhteensovittamisessa on onnistuttu hyvin (kuvio 13). Työttömien terveystarkastukseen osallistumisen perusteella asiakasohjaus ja asiakaslähtöisyys toteutuvat maan keskitasoa paremmin.

Vuodeosastohoidon uusiutuminen skitsofreniapotilailla on vähentynyt

Skitsofreniapotilaista vuodeosastohoito uusiutui 30 päivän kuluessa neljänneksellä, mikä on keskimääräistä enemmän, vaikka luku on vähentynyt lähes viisi prosenttiyksikköä vuodesta 2017. Vastaavasti kaksisuuntaisen mielialahäiriön vuoksi osastohoito uusiutui noin 15 prosentilla, maan keskiarvoa selvästi harvemmalla. Vuodeosastohoidon uusiutuminen heijastelee alueen erikoissairaanhoitoon keskittyvää palvelurakennetta.

KUVIO 13. Rakennetyöttömyys ja aktivointiaste 2018.



Kustannukset useassa palvelussa maan pienimpiä

Kunnan osarahoittama työmarkkinatuki asukasta kohden (39 euroa / asukas) oli maan pienimpiä, ja se on pysynyt lähes ennallaan vuodesta 2015. Työllistymistä tukevien palvelujen asukaskohtaiset nettokäyttökustannukset (38 euroa / asukas) olivat maan pienimpiä. Kelan kuntoutuspalvelujen kustannukset olivat maan suurimpia (87 euroa / asukas), ja ne ovat pysyneet ennallaan viime vuosina. Perustoimeentulotuki asukasta kohden (59 euroa / asukas) oli maan pienimpiä. Päihdehuollon erityispalvelujen asukaskohtaiset nettokäyttökustannukset (36 euroa / asukas) olivat maan keskitasoa.

4.11 Vammaisten palvelut

Paljon hoitoa ja huolenpitoa tarvitsevien osuus väestöstä on suuri. Itsenäistä asumista tuetaan. Painopiste kehitysvammaisten asumispalveluissa on raskaammin tuotetussa ympärivuorokautisessa palvelussa. Näiden nettokäyttökustannukset ovat maan suurimpien joukossa, mutta vammaispalvelulain mukaisten palvelujen ja taloudellisten tukitoimien menot yhteensä ovat maan kolmanneksi pienimmät.

Palveluja tarvitsevia paljon väestöön suhteutettuna

Alueen alle 16-vuotiaista korotettua tai ylintä vammaistukea sai maan kolmanneksi suurin osuus ja yli 16-vuotiaista useampi kuin maassa keskimäärin. Eläkkeensaajien korotettua tai ylintä hoitotukea sai 16–64-vuotiaista maan neljänneksi suurin osuus. Vuonna 2017 vammaisuuden perusteella Kelan etuuksia saavia oli neljänneksi eniten väestöön suhteutettuna ja vastaavasti vammaisille myönnettyjen palvelujen ja tukien määrä oli selkeästi maan keskiarvoa suurempi.

Aluehallintoviraston mukaan lasten ja nuorten vammaispalveluista on pulaa, lisäksi rajoitustoimenpiteistä ja lain tulkinnasta on tullut kyselyjä.

Laitoshoitoa ollut vähän jo kymmenen vuotta

Vaikeavammaisten palveluasumisen asiakkaita väestöön suhteutettuna oli maan keskitasoa enemmän. Keskimääräistä enemmän oli myös kehitysvammaisten autetun asumisen asiakkaita vuonna 2017, toisaalta ohjatun ja tuetun asumisen asiakkaita oli vähän (kuvio 14). Kehitysvammalaitoksessa asui kolme pitkäaikaisasiakasta vuonna 2017.

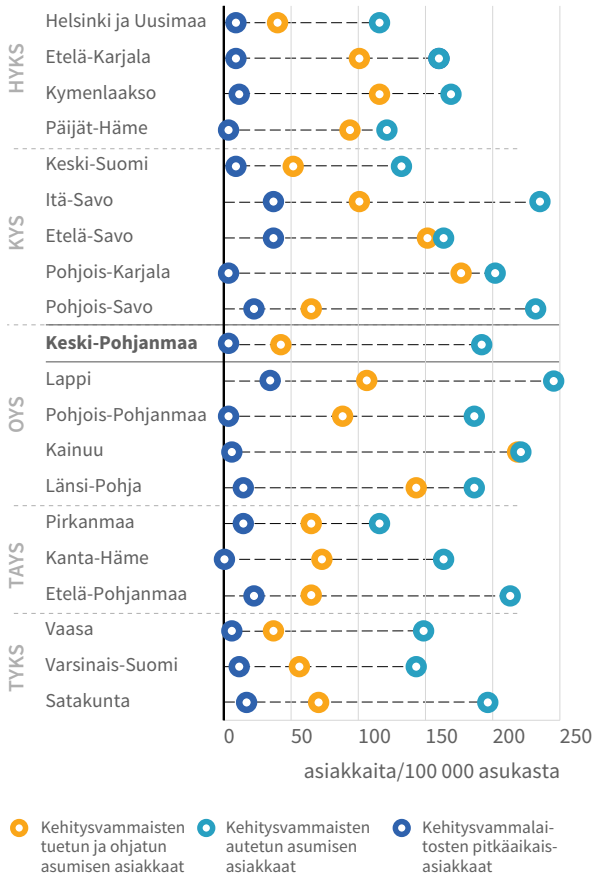
Korvausta asunnon muutostöistä tai laitteista sai vammaispalvelulain perusteella maan toiseksi suurin osuus, useampi kuin edellisvuonna.

Kuljetuspalveluja vammaispalvelulain perusteella sai väestöön suhteutettuna maan keskivertoa useampi, vaikka määrä on vähentynyt vuoteen 2015 verrattuna. Ikääntyneitä näissä palveluissa oli keskimääräistä enemmän. Noin 30 prosenttia kuljetuspalveluista järjestettiin sosiaalihuoltolain perusteella (tieto Soitesta).

Kustannukset monilta osin keskimääräistä pienemmät

Vammaispalvelulain mukaisten palvelujen ja taloudellisten tukitoimien menot yhteensä olivat maan kolmanneksi pienimmät (100 euroa / asukas), ja kuljetuspalvelujen kustannukset näistä (23 euroa / asukas) olivat myös maan keskiarvoa pienemmät. Vammaisten ympärivuorokautisen hoivan asumispalvelujen nettokäyttökustannukset (180 euroa / asukas) olivat maan suurimpien joukossa, ja laitoshoidon nettokäyttökustannukset (5,3 euroa / asukas) olivat keskimääräistä pienemmät. Muiden vammaisten palvelujen nettokäyttökustannukset olivat maan keskitasoa suuremmat (215 euroa / asukas).

KUVIO 14. Kehitysvammaisten laitos- ja asumispalvelujen asiakkaat 2017.



Merkin etäisyys pystyakselista kuvaa väestösuhteutettua asiakasmäärää palvelussa.

4.12 Ikääntyneiden palvelut

Palvelut ovat laadukkaita, niissä hyödynnetään teknologiaa ja systemaattisia arviointeja, lisäksi kotisairaala ja lääkärikonsultaatiot ovat työn tukena. Omaishoitoa käytetään maan toiseksi eniten. Säännöllisen kotihoidon asiakkaita keskimääräistä vähemmän, mutta käyntejä 2–3 kertaa päivässä on usealle intensiivisessä kotihoidossa olevista. Päivystyskäyntejä keskimääräistä vähemmän.

Keski-Pohjanmaan iäkäs väestö ei juuri poikkea muusta maasta. Maan pienin osuus 75 vuotta täyttäneistä asui yksin. Ikäluokasta maan suurimpiin kuuluva osuus koki suuria vaikeuksia itsestä huolehtimisessa, mutta taloudellista niukkuutta maan pienimpiä osuuksia.

Etäpalveluja käytössä

Kotona asui 92 prosenttia 75 vuotta täyttäneistä, mikä on maan suurimpia osuuksia. Ikäluokasta omaishoidon tuella hoidettavien osuus oli maan toiseksi suurin. Alueelle on perustettu omais- ja perhehoidon keskus (Ahonen 2016). Säännöllistä kotihoitoa sai noin kymmenen prosenttia 75 vuotta täyttäneistä ja viidennes 85 vuotta täyttäneistä; osuudet ovat maan keskiarvoa pienempiä. Palveluasunnoissa asui vain harva 65 vuotta täyttäneistä. Ikääntyneiden tehostetun palveluasumisen käyttö ei poikennut muusta maasta, ja laitoshoitoa käytettiin maan keskiarvoa vähemmän. Molemmat ovat lievästi pienentyneet vuodesta 2015. (Kuvio 15.) Palveluasumisen asiakas kuuluu etälääkäripalvelujen piiriin (Ahonen 2016).

Soiten kotihoidossa ovat käytössä lääkeautomaatit ja VideoVisit-virtuaalihoivapalvelu – ikäihmisen ja ammattilaisen välillä on tabletin kautta toimiva kuva- ja ääniyhteys.

Ikääntyneiden palveluiden henkilöstöstä kolmannes työskenteli kotihoidossa. Intensiivinen kotihoito 75 vuotta täyttäneillä poikkesi keskimääräisestä sen osalta, että käyntejä 2–3 kertaa päivässä oli maan toiseksi suurimmalla osuudella. Tukipalveluja 75 vuotta täyttäneistä sai yli puolet, mikä on maan suurin osuus.

Yhtenäisiä toimintamalleja käytössä

Alueen 75 vuotta täyttäneillä oli maan keskiarvoa vähemmän päivystyskäyntejä sekä perusterveydenhuollossa että erikoissairaanhoidossa.

Perusterveydenhuollon vuodeosastohoidossa oli alueen väestöön suhteutettuna enemmän potilaita kuin maassa keskimäärin, samoin hoitopäiviä, vaikka ne ovat vähentyneet neljänneksellä vuodesta 2015.

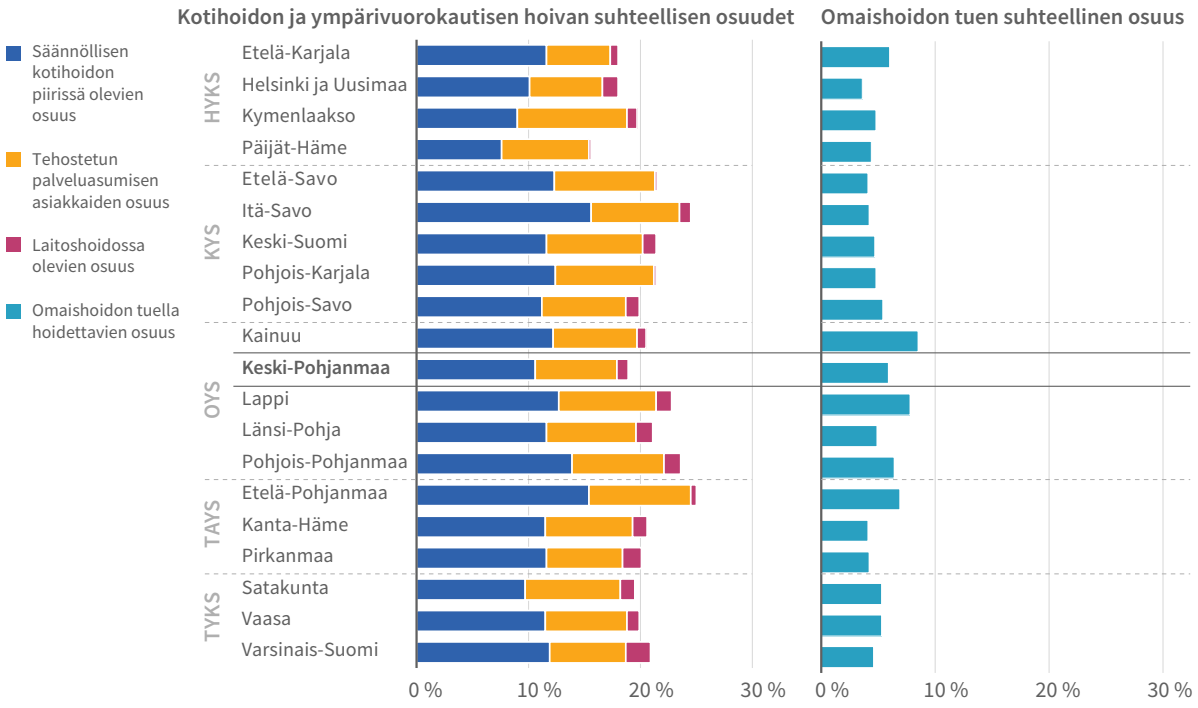
Somaattisen erikoissairaanhoidon vuodeosastohoidon käyttö ei alueen 75 vuotta täyttäneillä poikennut muusta maasta vuonna 2017.

Alueen 65 vuotta täyttäneistä maan suurin osuus kävi terveystarkastuksessa perusterveydenhuollossa. Iäkkäille sopimattomia lääkkeitä käytti lähes yhtä moni kuin maassa keskimäärin, vaikka monilääkittyjä yli 75-vuotiaista oli maan kolmanneksi suurin osuus.

Iäkkäiden alueellinen palvelukokonaisuus on toiminut vuodesta 2017 alkaen, ja RAI-arviointijärjestelmä on käytössä kaikissa iäkkäiden palveluissa. Tehostettu moniammatillinen kotikuntoutuksen toimintamalli on käytössä. Kotihoidon yksiköistä maan suurimmassa osassa oli mahdollisuus ympärivuorokautiseen lääkärikonsultaatioon. Maan pienin osuus yksiköistä antoi yöaikaista palvelua arkena ja viikonloppuna. Kotihoidon yksiköissä ravitsemustilaa ja lääkehoitoa arvioitiin systemaattisesti maan parhaiden joukossa. Maan pienin osuus ympärivuorokautisen hoidon yksiköistä oli ottanut käyttöön muistisairaiden hyvän hoidon kriteeristön. Saattohoito-osaamisessa lisäkoulutustarpeen koetaan olevan maan pienimpiä ympärivuorokautisen hoidon yksiköissä ja maan suurimpia kotihoidossa. Kotisairaala toimii lähes kaikkien kotihoidon yksiköiden alueella. (THL, Vanhuspalvelujen tila -tutkimus.)

Aluehallintovirasto totesi valvontahavaintoraportissaan, että ikääntyvien palvelut olivat erityistarkastelukohde. Erityisesti henkilöstömitoitukset ovat työllistäneet valvonnassa, lisäksi sosiaalihuoltolain vastaiseen palvelutuotantoon (”kotihoitoa palveluasumisessa”) on alueella puututtu.

KUVIO 15. Ikääntyneiden palvelurakenne ja -kattavuus 75 vuotta täyttäneillä suhteessa vastaavan ikäiseen väestöön 2017.



Vasen kuvio esittää kotihoidon ja ympärivuorokautisen hoivan prosentuaaliset osuudet summautuvasti. Tiedot ovat poikkileikkaustietoja. Oikealla olevassa kuviossa esitetään vuoden aikana omaishoidon tukea saaneiden hoidettavien osuus prosentteina. Omaishoitajien osuus on vuoden kertymätieto.

Ikääntyneiden ympärivuorokautisen hoivan asumispalvelujen nettokäyttökustannukset maan suurimpia

Kotihoidon nettokäyttökustannukset (243 euroa / asukas) olivat maan keskiarvoa suuremmat, ja ne olivat kasvaneet edeltävästä vuodesta 14 prosenttia (kustannukset sisältävät lääkärityöpanoksen). Ikääntyneiden ympärivuorokautisen hoivan asumispalvelujen nettokäyttökustannukset (448 euroa / asukas) olivat maan suurimpia, kun vastaavasti laitospalvelujen (12 euroa / asukas) olivat maan pienimpiä. Edelliset ovat olleet noususuuntaiset viime vuodet ja jälkimmäiset laskusuuntaiset. Muiden ikääntyneiden palvelujen nettokäyttökustannukset (109 euroa / asukas) ovat kasvaneet vuoteen 2015 verrattuna 35 prosenttia.

5 Lappi

5.1 Asiantuntija-arvio

Lapin sairaanhoitopiiri muodostuu viidestätoista kunnasta, ja alueella asuu 117 000 asukasta. Väestön ikäjakauma ei merkittävästi poikkea Suomen keskiarvosta. Demografinen ja taloudellinen huoltosuhde ovat maan keskitasoa korkeampia. Työttömyys on lähellä maan keskitasoa. Sairastavuus alueella on muuta maata yleisempää – ikävakioimaton THL:n sairastavuusindeksi on 117. Alueella sairastavuudessa korostuvat aivoverisuonitaudit, sepelvaltimotauti ja tapaturmat sekä tuki- ja liikuntaelinsairaudet.

Etäpalvelut kehittyneitä

Somaattisen erikoissairaanhoidon lähes kaikki lähetteet käsitellään hoitotakuun mukaisesti, mutta odotusajoissa on lainvastaisia viiveitä väestöön suhteutettuna maan eniten. Ympärivuorokautista päivystystä järjestetään Rovaniemellä ja erityisluvalla Inarissa. Pitkät välimatkat hillitsevät päivystyksen käyttöä. Huomio kiinnittyykin päivystykseen palaavien potilaiden huomattavan suureen osuuteen, mikä alueen on syytä selvittää.

Perusterveydenhuollon peittävyys on suuri. Asiointikäynneistä reilu viidennes tapahtuu sähköisesti tai puhelimella, lääkärikäynnit ovat vähentyneet. Saatavuus on odotusaikojen perusteella hyvä. Terveyskeskuslääkäreitä on suhteellisen paljon, mutta työpanosta tarvitaan myös vuodeosastoille, missä potilaita ja hoitopäiviä on paljon. Suun terveydenhuollossa sekä julkisia että yksityisiä palveluja käytetään vähän, eikä yhdenvertainen saatavuus näissä täysin toteudu.

Neuvolapalveluja käytetään alueella vähän, mutta koulu- ja opiskeluterveydenhuollon palvelujen käyttö on yleisempää. Henkilöstöresurssit eivät kohdistu tarpeen mukaisesti. Kasvatus- ja perheneuvolapalvelujen saatavuus on hyvä. Lastensuojelun avopalveluissa on paljon asiakkaita, mutta sijoitettuja tai huostassa olleita on maan keskiarvon verran. Lasten- ja nuorisopsykiatriassa osastohoito on yleistä, vaikka alueella on jo vuosia käytetty sähköisesti ja etäpalveluina erikoislääkäri- ja terapiapalveluja.

Mielenterveys- ja päihdepalvelujen tarve on suurempi kuin maassa keskimäärin

Työikäisistä verrattain suuri osuus sai mielenterveysperusteisesti sairauspäivärahaa. Tarpeeseen vastataan avohoitopainotteisilla mielenterveyspalveluilla. Nettiterapiat ovat suosittuja, ja telepsykiatriaa on hyödynnetty alueella pitkään. Laitoshoidon osuus ei poikkea muusta maasta, mutta pakkotoimia käytetään paljon suhteessa muihin alueisiin. Vuodeosastohoidot uusiutuvat harvoin, kenties sairaala- ja avohoidon integraation myötä. Yksityispsykiatripalveluja ja psykoterapiaa on tarjolla vähän.

Rovaniemen päihdehuolto on sairaanhoitopiirin toimintaa, joten päihdehuollon asiakasmäärät näyttävät pieniltä tilastoissa. Laitoshoitoa on maan vähiten, ja sen korvaamista alueella mietitään. Päihteiden aiheuttamia ongelmia hoidetaan paljon perusterveydenhuollossa. Alkoholihaitat ovat yleisiä. Pohjoissaamenkielisille hankitaan kulttuurisensitiivisiä ja omakielisiä palveluja Norjan Karasjoelta lisäksi on tarjolla sosiaalisesti kuntouttavaa pienryhmätoimintaa eli mettäterapiaa.

Matala työttömien aktivointiaste on parantunut viime vuosina. Toimeentulotukihakemusten käsittely on sujuvaa.

Vammaistukien saajien osuus on maan suurimpia, ja myönnettyjen palvelujen ja tukien määrä on keskimääräistä suurempi. Laitoshoitoa on purettu kansallisten tavoitteiden mukaisesti, mutta hitaammin kuin muualla maassa. Kehitysvammaisten asumisessa painopiste on raskaammissa palveluissa.

Eläkeläisistä hoitotukea saa moni, mutta alueella esiintyy taloudellista niukkuutta. Palvelurakenne on keventynyt, ja omaishoidon tukea hyödynnetään paljon. Ikääntyneiden tehostettu palveluasuminen on hyvin yleistä 85 vuotta täyttäneillä. Kotihoitoon on kohdennettu henkilöstöä, vaikka alueelliset olosuhteet ovat

haaste kotihoidon järjestämiselle. Iäkkäiden ravitsemustilaa arvioidaan systemaattisesti. Päivystyskäynnit ovat vähentyneet, mikä kertoo palvelujen toimivuudesta. Kotikuntoutuksen ja ennakoivan kotiutumisen toimintamallia on alueella kehitetty.

Useita järjestäjiä

Alueella on yhteensä 13 terveydenhuollon ja 15 sosiaalihuollon järjestäjää. Järjestämistavat vaihtelevat, ja sairaanhoitopiiri vastaa myös kahden kunnan perusterveydenhuollon palveluista. Terveysasemia ja -pisteitä on 21, joista yksi on ulkoistettu. Somaattinen erikoissairaanhoito on keskitetty Lapin keskussairaalaan, jonka allianssimallilla toteutettavan peruskorjaus- ja uudisrakennushankkeen kokonaiskustannukset ovat 118 miljoonaa euroa. Saamelaisalueella on vain yksittäisiä saamenkielentaitoisia ammattihenkilöitä, ja palvelujen saaminen omalla kielellä on haastavaa.

Integraatioon liittyvää työtä on tehty asiakas- ja palveluohjauksen sekä asiakassegmentoinnin saralla. Sosiaali- ja terveydenhuoltouudistuksen yhteydessä asiakkuusryhmät tunnistettiin palveluntarpeen ja toimintakyvyn mukaan, lisäksi geneeristä mallia palvelujen kuvaamiseen valmisteltiin.

Erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon kustannukset maan suurimpia

Alueen kuntien talous on heikentynyt. Tilikauden tulokset asukasta kohti ovat alijäämäisiä seitsemässä kunnassa, ja vuosikate riittää kattamaan poistot kahdeksassa. Sosiaali- ja terveydenhuollon nettokäyttökustannukset ovat maan kolmanneksi suurimmat ja yli viisi prosenttia edellisvuotta suuremmat. Vuoden 2017 tarvevakioidut menot ovat maan suurimmat. Erillismäärärahalla tuotetaan saamenkielisiä ja kulttuurinmukaisia palveluja.

Erikoissairaanhoidon asukaskohtaiset nettokäyttökustannukset ovat erittäin korkeat, ja ne ovat kasvaneet edellisvuodesta. Perusterveydenhuollon avohoidon kustannukset ovat olleet laskusuunnassa, mutta maan suurimpien joukossa. Myös vuodeosastohoidon kustannukset ovat pienentyneet. Potilaskohtaiset julkisen suun terveydenhuollon nettokäyttökustannukset olivat myös suuret, vaikkakin laskusuuntaiset.

Lastensuojelun kustannuksissa laitos- ja perhehoito ylittää maan keskitason, kun taas avohuoltopalveluihin käytetään keskimääräistä vähemmän rahaa. Vammaispalvelun kustannusten osuus koko sektorista on Lapissa aluevertailun suurin, ja laitoshoidon asukaskohtaiset kustannukset ovat maan suurimmat. Alueen erityispiirteet aiheuttavat lisäkustannuksia asumis- ja kuljetuspalvelukustannuksiin. Työllistymistä tukevien palvelujen kustannukset, kunnan osarahoittama työmarkkinatuki ja asukaskohtainen perustoimeentulotuki ovat keskimääräistä pienempiä. Päihdehuollon erityispalvelujen nettokäyttökustannukset ovat maan pienimpiä, mikä johtuu siitä, että tehtäviä on siirretty erikoissairaanhoitoon. Kelan kuntoutuspalvelujen kustannukset ovat korkeat.

Ikääntyneiden palvelut ovat menoeristä toiseksi suurin. Kotihoidon, ympärivuorokautisen hoivan asumispalvelujen ja laitospalvelujen nettokäyttökustannukset ovat maan keskiarvon yläpuolella, mutta melko tyypilliset ja noususuuntaiset lukuun ottamatta laitospalveluja. Ikääntyneiden palvelujen kustannusten ennustetaan lisääntyvän 45 prosentilla vuoteen 2030 mennessä.

Hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen monialaista

Hyvinvoinnin ja terveyden edistämiseen on sekä maakunnallisia että alueellisia rakenteita, ja toiminta on monialaista. Liikuntaa on mahdollistettu kunnissa hyvin myös liikuntaseuroihin kuulumattomille lapsille.

Ravitsemussuositukset eivät toteudu aikuisilla, lisäksi haasteena on aikuisilla yleinen tupakan ja alkoholin käyttö. Alkoholikuolleisuus on maan suurimpia. Yksinäisyys on yleistä sekä yläkouluikäisillä että iäkkäillä.

Ennalta ehkäisevässä työssä on onnistuttu rokotusten osalta vaihtelevasti. Hyvää on, että infektioiden torjuntatyöhön on panostettu.

Davvisámegiel áššedovdiárvvoštallan lea publikašuvnna loahpas.
Anárašgiel áššedovdiárvvoštallan lea publikašuvnna loahpas.
Nuortalašgiel áššedovdiárvvoštallan lea publikašuvnna loahpas.

5.2 Toimintaympäristö

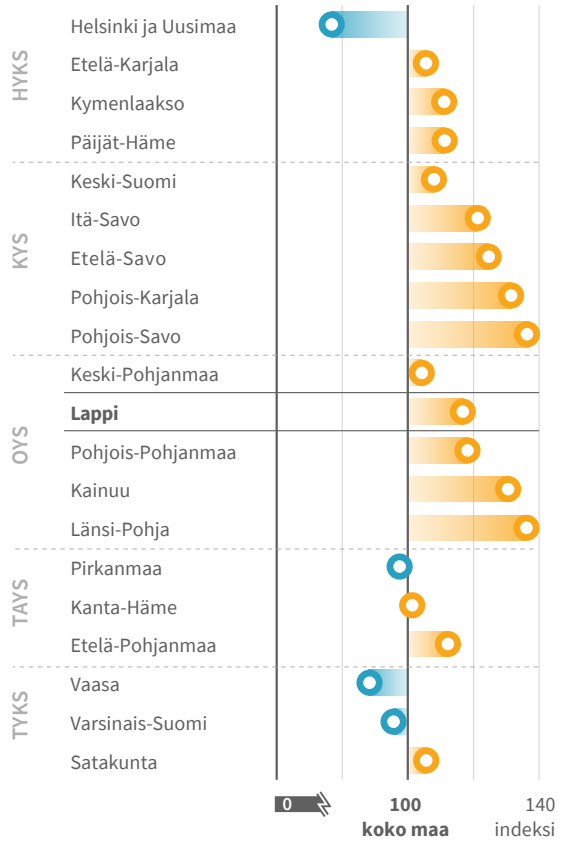
Väestön palvelutarve vaihtelee suuresti

Lapin sairaanhoitopiiri on viidentoista kunnan muodostama 117 000 asukkaan alue, jonka väestö on hieman vähentynyt viime vuosina. Väestötiheys on maan pienin. Lapissa on pitkät etäisyydet, mutta yli puolet väestöstä asuu Rovaniemellä. Väestön ikäjakauma on lähellä koko maata. Demografinen (63) ja taloudellinen huoltosuhde (146 vuonna 2017) olivat maan keskitasoa suurempia, ja niissä oli suuret kuntakohtaiset erot (demografinen 55–93 ja taloudellinen 111–223). Työllisten osuus oli hieman alle maan keskitason vuonna 2017. Aktiivisesti järjestötoimintaan osallistuvien osuus väestöstä oli maan pienin.

Nuorisotyöttömyys oli samaa luokkaa kuin maassa keskimäärin, mutta syrjäytymisriski muuta maata vähäisempi. Työttömyys ja rakennetyöttömyys olivat hieman keskimääräistä yleisempiä, ja pitkäaikaistyöttömien osuus oli sama kuin maassa keskimäärin. Maan suurimpia osuuksia sekä 18–24- että 25–64-vuotiaista sai mielenterveysperusteisesti sairauspäivärahaa.

Sairastavuus alueella on muuta maata yleisempää (kuvio 2). Ajanjaksolla 2014–2016 alueen väestön ikävakioimaton THL:n sairastavuusindeksi on 117, indeksi vaihtelee Muonion 96:sta Pelkosenniemen 170:een. Aivoverisuonitaudeissa, sepelvaltimotaudissa ja tuki- ja liikuntaelinsairauksissa sairastavuus on maan keskitasoa selkeästi yleisempää, ja tapaturmat ovat maan kolmanneksi yleisimpiä. Erityiskorvattaviin lääkkeisiin oikeutettuja on 30 prosenttia väestöstä. Aikuisista vammaistuen saajia (korotettu ja ylin tuki) on maan toiseksi eniten ja alle 16-vuotiaista eniten. Alle 80-vuotiailla oli vuonna 2017 menetettyjä elinvuosia maan neljänneksi eniten.

KUVIO 2. Alueiden väliset erot sairastavuudessa.



THL:n sairastavuusindeksi kuvaa alueiden väestön sairastavuutta suhteessa koko maan tasoon. Mitä pienempi luku on, sitä terveempi on alueen väestö. Indeksi kokoaa tiedot seitsemästä vakavasta sairausryhmästä. Ikävakioimaton indeksi kuvaa alueen todellista sairaustaakkaa.

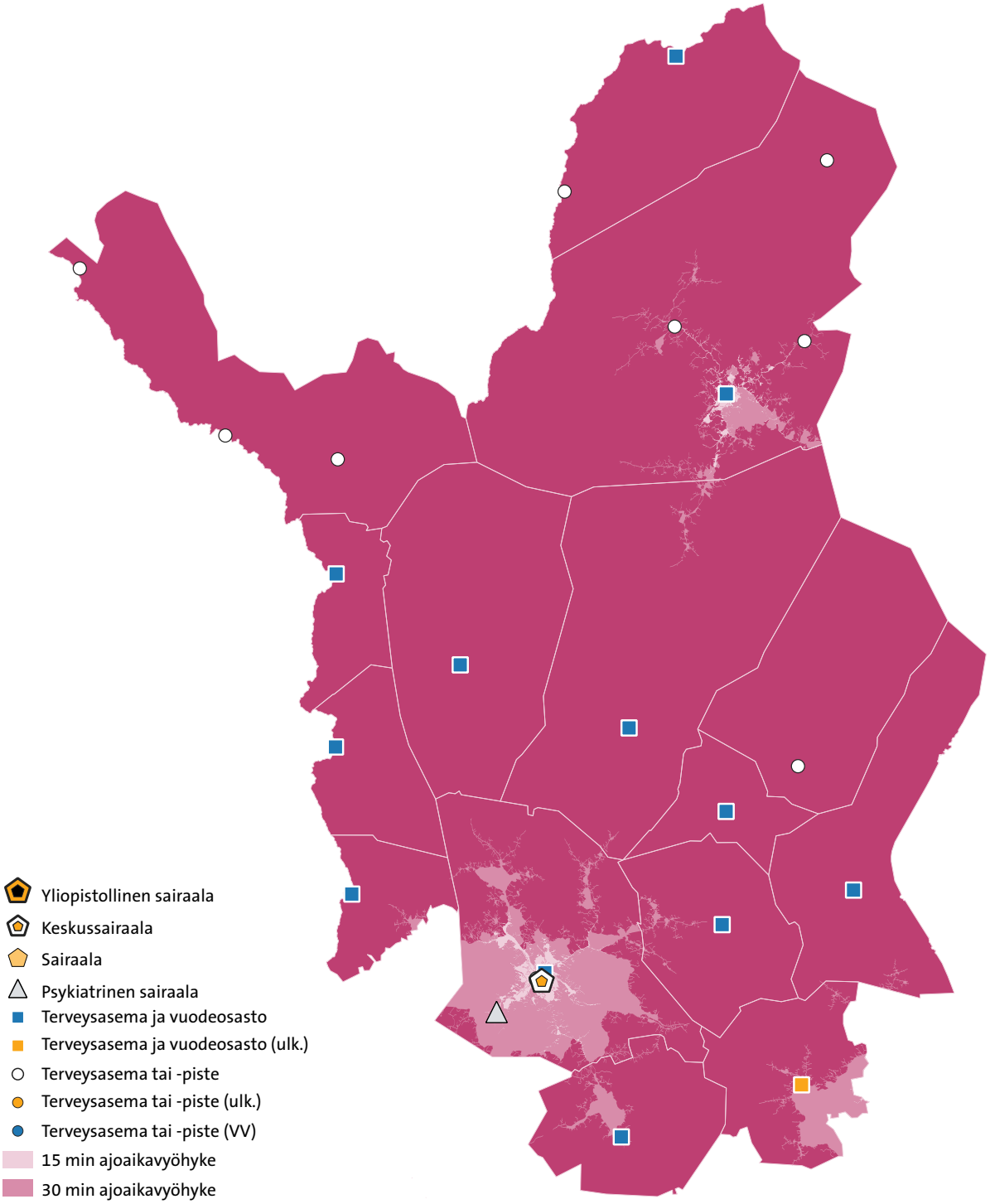
Suurin osa kunnista järjestää palvelut itse

Alueen kunnista 11 järjestää sosiaali- ja terveydenhuoltopalvelut itse. Pelkosenniemen–Savukosken kansanterveystyön kuntayhtymä vastaa perustajakuntien perusterveydenhuollon palveluista, ja Lapin sairaanhoitopiirin kuntayhtymä vastaa Muonion ja Enontekiön kuntien perusterveydenhuollon palveluista. Terveysasemia ja -pisteitä on 21, joista yksi on ulkoistettu. Somaattinen erikoissairaanhoito on keskitetty Lapin keskussairaalaan. (Kuivo 3.)

Keskussairaalan korjaus- ja rakennushankkeisiin merkittävät investoinnit

Merkittävin investointi on Lapin keskussairaalan peruskorjaus- ja uudisrakennushanke, jonka kokonaiskustannukset ovat sosiaali- ja terveysministeriön poikkeuslupapäätöksessä 118 miljoonaa euroa. Hanke toteutetaan allianssimallilla.

KUVIO 3. Julkisesti järjestettyjen terveyspalvelujen palveluverkko vuonna 2018.



Julkisesti järjestetyt terveyspalvelut on jaoteltu sairaala- ja terveysasematyypeittäin. Terveysasemat on jaoteltu lisäksi alueen itse tuottamiin, ulkoistettuihin (ulk) tai palvelusetelikokeilun kautta asukkaan vapaasti valittavissa (vv) oleviin toimipisteisiin. Vaaleammat vyöhykkeet kartassa kuvaavat lähimmän ympärivuorokautisen päivystyksen maantieteellistä saavutettavuutta.

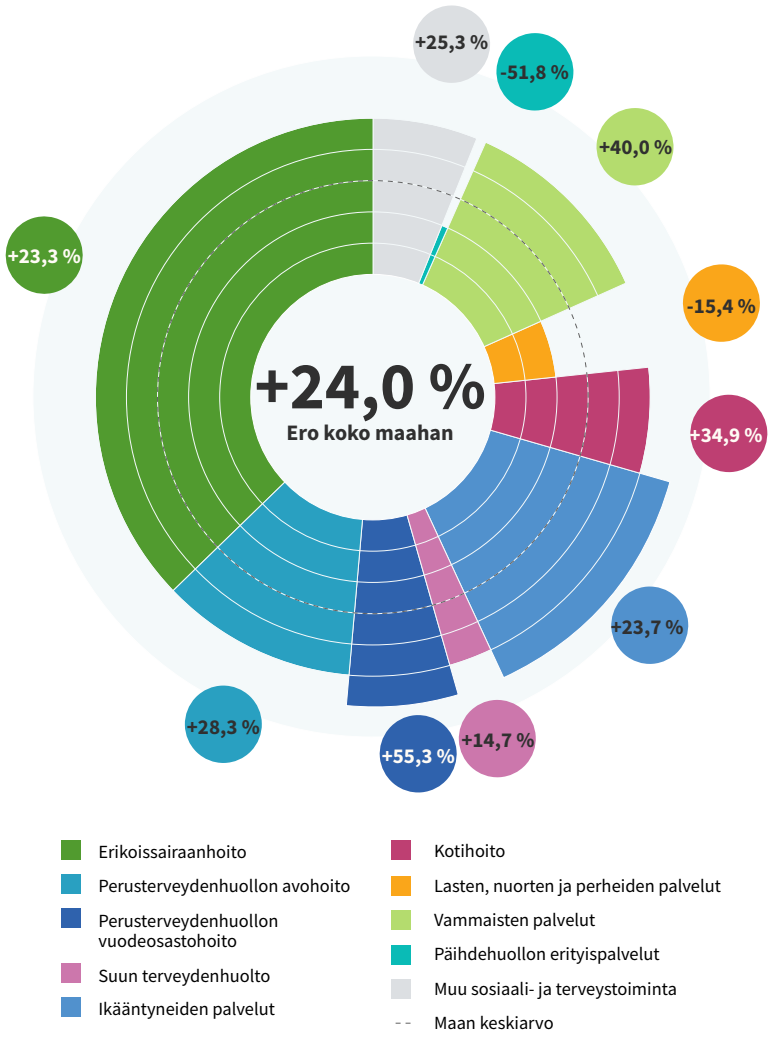
5.3 Sosiaali- ja terveyspalvelujen rahoitus ja kustannukset

Sosiaali- ja terveystointen asukaskohtaiset nettokäyttökustannukset olivat maan kolmanneksi suurimmat, ja ne lisääntyivät viisi prosenttia edellisvuodesta. Vuonna 2017 tarvevakioidut menot olivat maan suurimmat, ja alueen kunnista 12 oli tarvevakioitujen menojen suhteen maan 16 kalleimman kunnan joukossa. Saamenkielisten ja kulttuurinmukaisten palvelujen tuottamiseen on erillisrahoitusta.

Kuntien taloudellinen kantokyky heikentynyt vuonna 2018

Kuntien ja kuntakonsernien taloustietojen mukaan Lapin kuntien talous heikkeni koko maan kehityksen suuntaisesti. Alueen kuntien tilikauden tulokset asukasta kohti olivat alijäämäisiä seitsemässä kunnassa. Vuotta aikaisemmin tilikauden tulos oli ollut alijäämäinen kolmessa kunnassa.

KUVIO 4. Sosiaali- ja terveystoimen nettokäyttökustannusten jakauma ja alueen ero maan keski-arvoon 2018.



Kuviossa esitetään kustannusten jakauma tehtävittäin. Jos alueen menot ovat maan keskiarvoa suuremmat, kuvion tehtäväkohtainen osa ylittää katkoviivalla kuvatun maan keskiarvon. Ero maan keskiarvoon on kuvattu myös prosentteina.

Tehtäväkohtaisen osuuden leveys kuvaa suhteellista osuutta kaikista sosiaali- ja terveystoimen nettokäyttökustannuksista.

Tehtäväkohtaisen osuuden etäisyys keskipisteestä kuvaa sen suhteellista sijoittumista alueiden välisessä vertailussa.

Alueen kuntien verotulojen kehitys oli heikkoa. Kuntien verotulot asukasta kohti nousivat kahdeksassa ja laskivat seitsemässä kunnassa, yhteensä ne supistuivat edellisvuodesta (222 euroa / asukas). Kokonaisuutena verorahoitus eli verotulot ja valtionosuus asukasta kohti kasvoivat alueen kunnissa Posiota, Ranuaa, Rovaniemeä ja Savukoskea lukuun ottamatta.

Tulorahoituksen riittävyyttä kuvaava vuosikate asukasta kohti heikkeni Lapin kaikissa kunnissa lukuun ottamatta Kemijärveä, Pelloa ja Sallaa. Negatiivinen vuosikate kirjattiin Rovaniemellä (- 104 euroa / asukas) ja Savukoskella (- 14 euroa / asukas). Vuonna 2017 Lapissa oli vain yksi negatiivisen vuosikatteen kunta.

Vuosikate riitti kattamaan poistot alueen viidentoista kunnan joukosta kahdeksasta, kun vuotta aikaisemmin vuosikate oli kattanut poistot kolmea kuntaa lukuun ottamatta.

Sosiaali- ja terveystoimen nettokäyttökustannukset vaihtelevat kunnittain

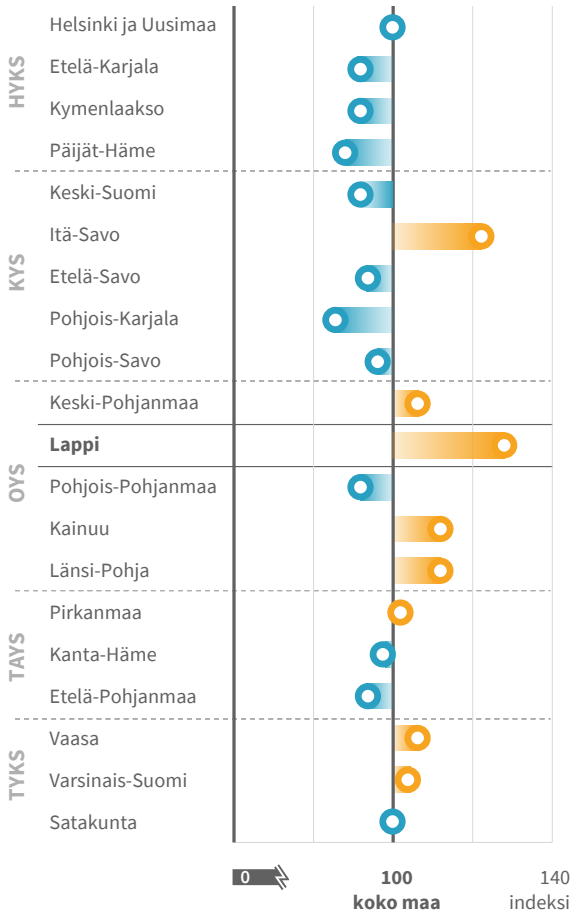
Lapin kuntien sosiaali- ja terveystointen nettokäyttökustannukset olivat 483 miljoonaa euroa (4 116 euroa / asukas). Asukaskohtaiset nettokäyttökustannukset kasvoivat 5,3 prosenttia edellisvuodesta, ja ne olivat maan kolmanneksi suurimmat, 24 prosenttia suuremmat kuin maassa keskimäärin (kuvio 4). Sosiaali- ja terveystoimen nettokäyttökustannukset olivat matalimmat Rovaniemellä (3 514 euroa / asukas) ja suurimmat Pelkosenniemellä (6 080 euroa / asukas).

Sosiaali- ja terveystoimen nettokäyttökustannuksista suhteellisesti suurin osuus muodostui erikoissairaanhoidosta (37 %), ja toiseksi eniten kustannuksia kohdentui ikääntyneiden palveluihin (14 %). Perusterveydenhuollon avohoidon osuus oli 11,4 prosenttia ja vuode-osastohoidon 5,9 prosenttia.

Sosiaali- ja terveydenhuollon tarvevakioidut menot olivat maan suurimmat vuonna 2017

Vuonna 2017 koko maan sosiaali- ja terveydenhuollon nettomenot olivat keskimäärin 3 100 euroa asukasta kohti ja Lapissa 3 744 euroa asukasta kohti, mikä oli 21 prosenttia enemmän kuin maassa keskimäärin. Alueen väestön palvelutarve oli kuusi prosenttia keskimääräistä suurempi. Tarvevakioidut menot [1] olivat 14 prosenttia suuremmat kuin maassa keskimäärin, maan suurimmat (kuvio 5). Lapin kunnissa väestön palvelutarve oli matalimmillaan neljä prosenttia (Kittilä) pienempi kuin maassa keskimäärin ja suurimmillaan 42 prosenttia keskimääräistä suurempi (Salla). Tarvevakioidut sosiaali- ja terveydenhuollon menot olivat Rovaniemellä alueen pienimmät, mutta viisi prosenttia suuremmat kuin maassa keskimäärin. Alueen ja koko maan suurimmat tarvevakioidut menot olivat

KUVIO 5. Sosiaali- ja terveydenhuollon tarvevakioitujen menojen indeksi 2017.



Tarvevakioinnilla tarkoitetaan alueen asukkaiden palvelutarpeeseen vaikuttavien tekijöiden huomioimista. Maan keskiarvo on luku 100. Tämän ylittävä luku kertoo, kuinka monta prosenttia alueen tarvevakioidut menot olivat maan keskiarvoa suuremmat.

[1] Tarvevakioitujen menojen laskennassa käytetyt sosiaali- ja terveydenhuollon nettomenot eivät sisällä ympäristöterveydenhuoltoa eivätkä ns. muuta sosiaali- ja terveystoimintaa. Lisäksi kotihoidon osalta arvioidaan ainoastaan yli 65-vuotiaiden kustannukset. Tarvetekijöinä on huomioitu ikä- ja sukupuolirakenne, sairastavuus ja sosioekonominen asema.

Pelkosenniemellä, jossa ne olivat 53 prosenttia keskimääräistä suuremmat. Kaikkiaan 12 Lapin kuntaa oli niiden 16 kunnan joukossa, joissa oli maan suurimmat tarvevakioidut menot.

Kasvuennusteen mukaan suurin kasvu ikääntyneiden palvelujen kustannuksissa

THL:n ennustelaskelmien mukaan sosiaali- ja terveyspalvelujen vuotuiset kustannukset kasvavat eniten alueilla, joissa väestönkasvu on koko maata suurempaa ja joihin väestö keskittyy. Lapin väestö vähenee ennusteen mukaan vuoteen 2030 mennessä 2,6 prosentilla, kun vastaavalla ajanjaksolla koko maassa väestömäärän ennustetaan kasvavan 1,0 prosentilla. Alueen 65 vuotta täyttäneiden määrä kasvaa lähes samoin kuin maassa keskimäärin eli noin 25 prosenttia (koko maassa 24 %) vuoteen 2030 mennessä.

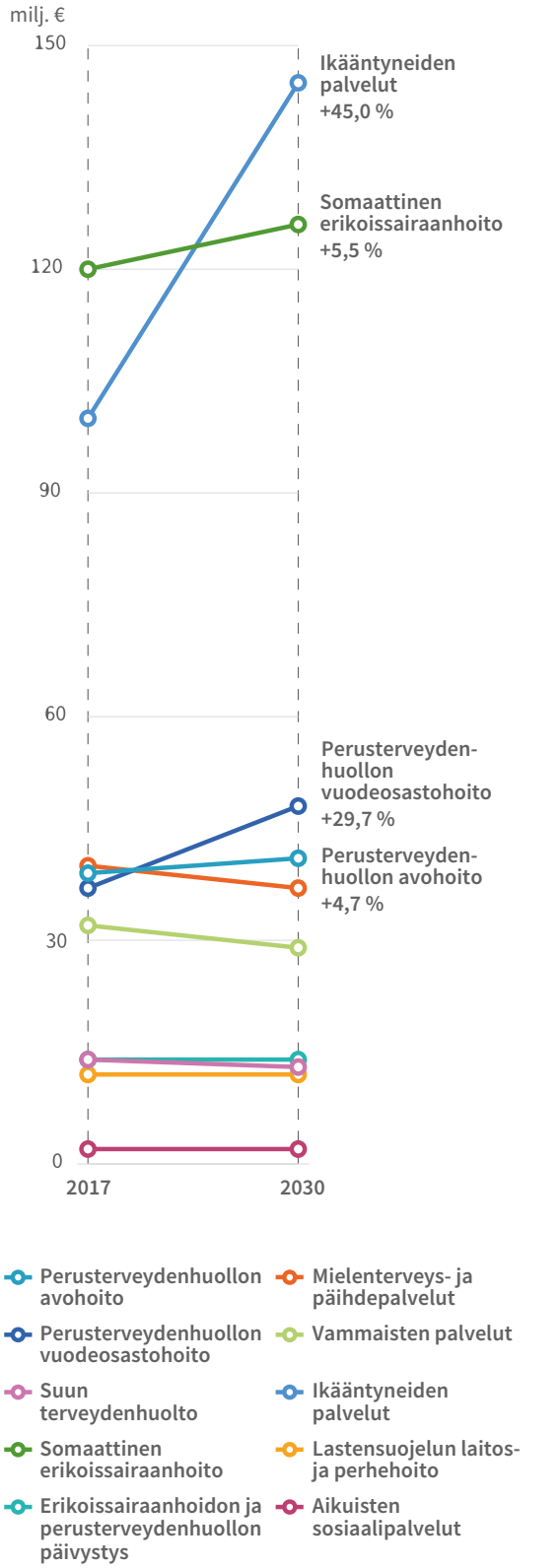
Väestörakenteen muutoksen perusteella sosiaali- ja terveyspalvelujen vuotuiseksi reaalikasvuksi ennakoidaan keskimäärin 1,0 prosenttia (koko maassa 1,2 %) vuosina 2017–2030. Alueen sosiaali- ja terveyspalvelujen kustannusten kokonaiskasvun ennuste vuoteen 2030 mennessä on 14 prosenttia (koko maassa 17 %), 409 miljoonasta 467 miljoonaan. Ikääntyneiden palvelujen kustannusten ennustetaan kasvavan vuoteen 2030 mennessä eniten, 45 prosenttia (koko maassa 50 %). Toiseksi eniten kasvua ennustetaan perusterveydenhuollon vuodeosastohoidon menoihin, 30 prosenttia (koko maassa 40 %). (Kuvio 6.)

Alueiden kustannusten kasvuvauhdissa on eroja, jotka aiheutuvat väestörakenteen kehityksestä ja kustannusrakenteen eroista lähtötilanteessa. Tämän vuoksi suuri väestönkasvu ei suoraan selitä nopeinta kasvuvauhtia, vaan siihen vaikuttavat todennäköisesti myös erot huoltosuhteessa ja sosiaali- ja terveyspalvelujen kustannusrakenteessa.

Saamenkielisten ja kulttuurinmukaisten palvelujen rahoitus

Sosiaali- ja terveysministeriön myöntämällä erillismäärärahalla (480 000 euroa) on tuotettu saamenkielisiä ja kulttuurinmukaisia palveluja. Saamelaisten kotiseutualueen kunnat saavat yleiskatteista valtionosuuden lisäosaa harvan asutuksen ja saamelaisväestön perusteella.

KUVIO 6. Sosiaali- ja terveyspalvelujen reaalikustannusten ennuste.



Tehtäväkohtainen viiva kuvaa reaalikustannusten muutosta vuosien 2017 ja 2030 välillä. Osassa tehtävistä on lisäksi merkitty kustannusten prosentuaalinen muutos. Tiedot perustuvat THL:n tuottamaan alueellistettuun sosiaalimenojen ennustemalliin.

5.4 Hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen

Hyvinvoinnin ja terveyden edistämiseen on sekä maakunnallisia että alueellisia rakenteita. Ravitsemussuositukset eivät toteudu lapsilla eivätkä aikuisilla. Aikuisten elintavat alueella ovat muuta maata huonommat. Saamelaisten tyytyväisyys sosiaalisiin suhteisiinsa on hyvä, mutta syrjintää etnisin perustein kokee moni.

Hyvinvoinnin ja terveyden edistämisessä sekä maakunnallisia että alueellisia rakenteita

Hyte-työtä koordinoivat maakuntaliitto ja aluehallintoviranomainen. Maakunnassa on tehty alueellinen hyvinvointikertomus. Maakunnallisen hyvinvoinnin monialainen seurantaryhmä toimii hyte-työn koordinaatioryhmänä. Aluehallintoviraston terveyden edistämisen koordinaatioryhmässä on edustus Lapin liitosta, kunnista sekä Länsi-Pohjan ja Lapin perusterveydenhuollon yksiköistä. Edellä mainitut ryhmät kokoontuvat noin kaksi kertaa vuodessa. Kuntien hyvinvoinnin ja ehkäisevän päihdetyön yhdyshenkilöillä on oma verkosto. Itä-Lapissa toimii oma aktiivinen hyvinvointityöryhmä.

Hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen järjestöyhteistyö moninaista

Sosiaali- ja terveysjärjestöjen avustuskeskus (STEA) on myöntänyt alueella rahoitusta muun muassa muistisairauksien asiantuntija- ja tukikeskuksen toimintaan (Lapin muistiyhdistys ry), saamelaisten ikäihmisten, muistisairaiden ja heidän omaistensa tukemiseen sekä luontoa hyödyntävään kulttuurisensitiiviseen päihdetyöhön (SámiSoster ry), huumeita käyttävien kohtaamispaikkatoimintaan sekä monikulttuuriseen vapaaehtoistoimintaan (Rovalan setlementti ry) ja omaishoitoperheiden toimintaan (Napapiirin omaishoitajat ry).

Kunnissa hyvin hyte-koordinaatiota

Kunnille suunnattujen kyselyjen mukaan 83 prosentissa kunnista on nimetty hyte-koordinaattori, laajan hyvinvointikertomuksen on hyväksynyt 80 prosenttia ja 67 prosenttia on raportoinut valtuustolle väestöryhmien välisistä terveyseroista.

Kuntalaisten osallistumisen ja vaikuttamisen mahdollisuuksista kertoi verkkosivuillaan 67 prosenttia, ja paikallinen turvallisuussuunnitelma on käsitelty ja toimenpiteistä päätetty 55 prosentissa alueen kunnista.

Kunnista 64 prosentissa järjestetään kohdennettuja liikkumisryhmiä liikuntaseuratoiminnan ulkopuolella oleville lapsille ja nuorille, ja liikuntaneuvontaa on tarjolla 50 prosentissa. Kunnista 53 prosenttia raportoi ohjaavansa sosiaali- ja terveyspalveluista asiakkaita liikuntaneuvontaan.

Hallinnonalojen yhteisiä rakenteita tai toimintamalleja, joissa käsitellään hyvinvointia ja terveyttä edistävää kulttuuritoimintaa on 36 prosentissa alueen kunnista.

Koettu hyvinvointi ja terveys monin osin maan keskitasoa

Vanhempien arvioima 4. ja 5. luokan oppilaiden tavallisuudesta poikkeava epäsosiaalinen käytös oli alueella maan yleisimpiä. Maan keskiarvon tuntumassa olivat peruskoulun 8. ja 9. luokan oppilaista terveydentilansa keskinkertaiseksi tai huonoksi kokevien osuus vuonna 2017, kohtalaista tai vaikeaa ahdistuneisuutta kokevien osuus ja koulukiusattuna vähintään kerran viikossa olleiden osuus. Itsensä yksinäiseksi tuntevien osuus oli maan suurimpia.

FinSote-kyselyn tiedot ovat Länsi-Pohjan ja Lapin väestöllä yhteiset: 20–64-vuotiaista elämänlaatunsa hyväksi tuntevien osuus oli maan keskitasoa. Niiden osuus, jotka uskoivat, etteivät todennäköisesti jaksa työskennellä vanhuuseläkeikään saakka, oli maan suurimpia.

FinSote-kyselyn mukaan 65 vuotta täyttäneistä elämänlaatunsa hyväksi tuntevien osuus oli alueella maan suurimpia. Arkitoimissa suuria vaikeuksia kokevien osuus 75 vuotta täyttäneistä oli maan keskitasoa.

Tutkimusten (Heikkilä ym. 2013, Heikkilä ym. 2019) mukaan saamelaiset olivat sosiaalisiin suhteisiinsa huomattavan tyytyväisiä. Sen sijaan heistä

huolestuttavan moni oli kohdannut syrjintää ja kiusaamista etnisin perustein.

Aikuisten elintavat muuta maata huonommat

Peruskoulun 8. ja 9. luokan oppilaiden humalahakuinen juominen sekä päivittäinen tupakkatuotteiden käyttö olivat maan pienimpiä vuonna 2017. Enintään tunnin viikossa hengästyttävää liikuntaa harrastavia oli lähes saman verran kuin maassa keskimäärin. Ylipainoisia oli hieman maan keskitasoa enemmän. Oppilasryhmästä niukasti hedelmiä, marjoja ja kasviksia syöviä oli maan toiseksi eniten.

Alueen 20–64-vuotiaista päivittäin tupakoivien osuus oli maan suurin. Alkoholin liikakäyttö oli yleistä, maan suurimpia, samoin alkoholikuolleisuus. Kasviksia ravitsemussuositusten mukaan syövien osuus oli pieni. Vapaa-ajan liikunnan harrastaminen oli alueen aikuisväestössä keskimääräistä yleisempää. Lihavien osuus alueen aikuisväestöstä on vähentynyt, ja se oli vuonna 2018 maan keskitasoa.

65 vuotta täyttäneistä alkoholia liikaa käyttävien osuus oli maan keskitason tuntumassa.

KUVIO 7. Hyvinvointiin ja terveyteen vaikuttavia muutostekijöitä.

*Väestön hyvinvointiin, terveyteen ja turvallisuuteen vaikuttavat monet sekä pienet että laajat muutostekijät aina yksilön elintavoista maailmanpolitiikkaan.**

*Mukaillen Palosuo ym. 2004. Kokemuksia sosioekonomisten terveyserojen kaventamisesta Ruotsissa, Englannissa ja Hollannissa.

5.5 Terveydensuojelu

Rokotuskattavuudet vaihtelevat. Osassa kattavuus on vuosia ollut hyvä, esimerkiksi riski tuhkarokon, sikotaudin ja vihurirokon leviämiseen on vähäinen. Erikoissairaanhoidon toimintayksiköissä hygieniahoitajien työpanos infektioiden torjuntatyössä on maan suurimpia.

Kansallisen rokotusohjelman mukaisten rokotteiden kattavuudessa parantamisen varaa

Lapissa 65 vuotta täyttäneiden influenssarokotuskattavuus (48 %) kaudella 2017–2018 jäi alle Eurooppa-neuvoston asettaman 75 prosentin tavoitetason. Ikääntyneiden influenssarokotuskattavuus on noussut viidessä vuodessa kuusi prosenttiyksikköä.

Vuonna 2015 syntyneistä lapsista vähintään yhden viitosrokotteen kurkkumätää, jäykkäkouristusta, hinkuyskää, poliota ja Hib-bakteerin aiheuttamia tauteja vastaan on saanut yli 99 prosenttia. Kolmen annoksen rokotussarjan saaneiden lasten osuus on maan keskitasoa ja huomattavasti matalampi kuin rokotussarjan aloittaneiden osuus.

Tuhkarokolta, sikotaudilta ja vihurirokolta suojaavan rokotteen ensimmäisen annoksen 11–24 kuukauden iässä saaneiden lasten osuus on maan keskitasoa vähän parempi. Rokotuskattavuus ei ole viimeisen kuuden vuoden aikana alittanut 95 prosentin rajaa eli riski tautien leviämiseen on vähäinen.

Useita eri syöpiä ehkäisevät HPV-rokotukset on rokotusohjelman suositusten mukaisesti saanut 54 prosenttia tytöistä. Rokotuskattavuus on hyvin matala verrattuna maan korkeimpaan (70 %).

Tehosterokotuksen kurkkumätää, jäykkäkouristusta ja hinkuyskää vastaan saaneiden 14–16-vuotiaiden osuus on maan suurimpia.

Antibioottien kulutus ei poikkea muusta maasta

Uusien C-hepatiitti-infektioiden määrä oli väestöön suhteutettuna maan keskitasoa suurempi. Ruiskuhuumeiden välityksellä tarttuneita C-hepatiitti-infektioita oli maan keskitason verran. Huumeidenkäyttäjien terveysneuvontapisteissä asioi maan keskiarvoa pienempi määrä asiakkaita.

Clostridium difficile -ripulitapauksia oli alueella paljon väestöön suhteutettuna, vaikka antibioottien (J01, bakteerilääkkeet) vuosikulutus asukasta kohti oli sama kuin maassa keskimäärin.

Erikoissairaanhoidon infektioiden torjuntatyössä hygieniahoitajien työpanos kansallisesti hyvällä tasolla

Erikoissairaanhoidon toimintayksikköjen hoitohenkilökunnan eli hoitajien ja lääkärien influenssarokotuskattavuus oli maan keskitasoa parempi. Käsihuuhdetta kulutettiin somaattisen erikoissairaanhoidon vuodeosastoilla vähemmän kuin maassa keskimäärin. Erikoissairaanhoidon toimintayksiköissä hygieniahoitajien työpanos infektioiden torjuntatyössä oli maan suurimpia.

5.6 Somaattinen erikoissairaanhoito ja ensihoito

Pääsyssä somaattiseen erikoissairaanhoitoon on viiveitä, ja hoitotakuun ylittäneitä odotusaikoja on maan eniten. Päivystyskäyntejä on verrattain vähän, mutta päivystykseen palaavia potilaita paljon. Alueen laajuus pidentää ensihoidon tavoiteaikoja. Asukaskohtaiset erikoissairaanhoidon nettokäyttökustannukset ovat maan suurimpia, ja ne ovat lisääntyneet kahdeksan prosenttia edellisvuodesta.

Hoitoon pääsyssä viiveitä

Somaattinen erikoissairaanhoito on keskitetty Lapin keskussairaalaan. Hoitoonpääsy oli viiveistä; odotusajan mediaani oli 45 vuorokautta (12/2017) ja 59 (8/2019), mitkä ovat maan keskiarvoa selvästi pidempiä aikoja. Vuoden 2018 tietoa ei ole käytössä, koska tieto oli toimitettu vain osasta erikoisaloja, jolloin mediaania ei voida laskea. Vuoden 2018 lopussa kaikkiaan 64 potilasta oli odottanut kiireetöntä erikoissairaanhoitoa yli kuusi kuukautta, mikä on väestöön suhteutettuna maan eniten. Lähetteet kiireettömään erikoissairaanhoitoon käsiteltiin 21 vuorokaudessa kattavammin kuin suuressa osassa muuta maata, vain 0,6 prosentissa aika ylittyi. Odotusajoissa oli hoitotakuulainsäädännön vastaisia viiveitä, ja odotusajan mediaani oli verrattain pitkä. Lähetteiden käsittelyajoissa viive oli vähäinen. Kiireettömän erikoissairaanhoidon kysyntä on keskimääräinen lähetemäärien perusteella.

Päivystyspalvelujen käyttö vähäistä

Päivystyskäyntejä oli erikoissairaanhoidossa maan toiseksi vähiten. Ympärivuorokautista päivystystä järjestetään Rovaniemellä ja erityisluvalla Inarissa. Pitkät välimatkat hillitsevät päivystyksen käyttöä. Vuonna 2017 kaikista erikoissairaanhoidon hoitojaksoista alkoi päivystyksenä 46 prosenttia, mikä on maan keskiarvon tuntumassa.

Täysi-ikäisellä väestöllä oli somaattisen erikoissairaanhoidon avohoitokäyntejä keskimääräistä vähemmän ja vuodeosaston hoitojaksoja keskimääräistä enemmän. Vuonna 2017 potilaita oli vuodeosastohoidossa maan keskitasoa enemmän.

Kaihileikkauksia tehtiin väestöön suhteutettuna maan pienimpiä määriä, mutta lonkan kokotekonivelen ensileikkauksia tehtiin keskimääräistä enemmän.

Päivystykseen palaa viidennes potilaista

Erikoissairaanhoidon laatua ja potilasturvallisuutta kuvaavia hoitojaksoihin liittyviä komplikaatioita ei ollut alueella poikkeavasti. Vuonna 2017 potilasvahinkoja oli hoitojaksoihin suhteutettuna selvästi vähemmän kuin maassa keskimäärin.* Päivystystoiminnassa huomiota herätti se, että päivystyksessä hoidetuista ja kotiutetuista aikuispotilaista lähes viidennes palasi 48 tunnin sisällä päivystykseen, mikä on maan suurimpia osuuksia.

Ensihoito haastavaa alueen laajuuden vuoksi

Ensihoitotehtäviä asukasta kohden oli maan keskiarvoa enemmän. Ensihoitotehtäviä neliökilometriä kohden taas oli maan vähiten, mikä lähinnä kertoo alueen laajuudesta ja harvasta asutuksesta. Ensihoidon tavoittamisajan mediaani A-kiireellisyysluokassa ydintaajamassa oli 6,0 minuuttia, maan pisimpiä, ja maassa keskimäärin se oli 5,3 minuuttia. Vastaava tavoittamisaika muussa taajamassa oli 7,6 minuuttia, mikä on maan pisimpiä aikoja. Taajaman ulkopuolella asutulla alueella tavoittamisaika oli 20,3 minuuttia, mikä on maan pisin, mutta selittyy alueen laajuudella ja pienellä väestötiheydellä.

Kustannukset maan suurimpia

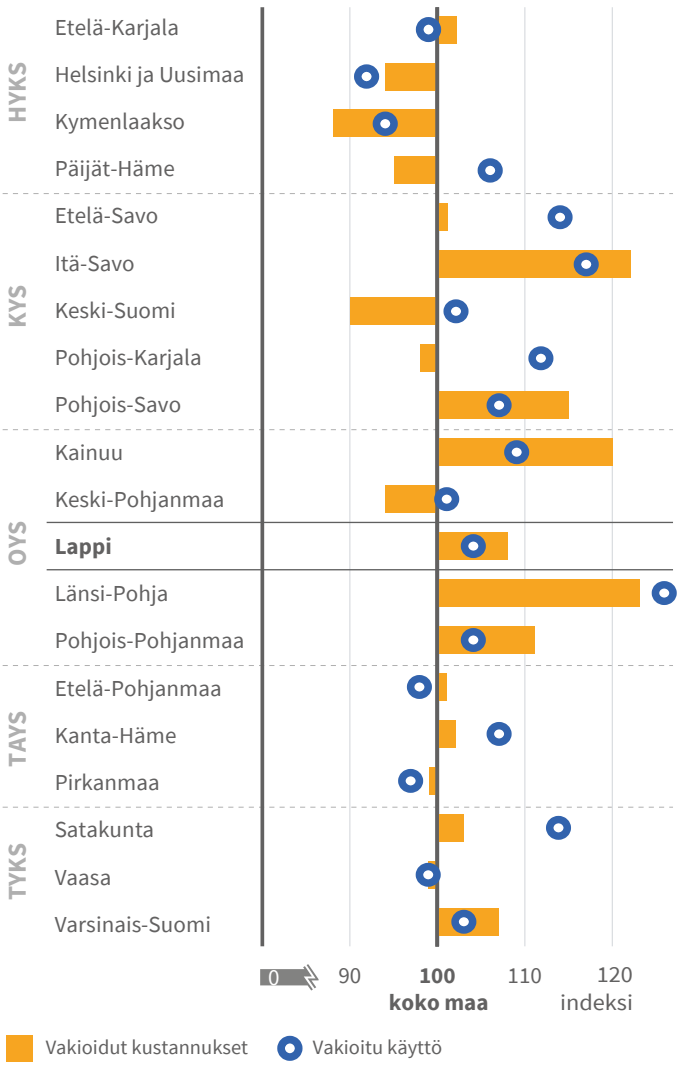
Erikoissairaanhoidon nettokäyttökustannukset olivat 1 539 euroa asukasta kohden, maan suurimpia ja myös edeltävää vuotta korkeammat (8,1 %). Kustannukset ylittivät maan keskiarvon 23 prosentilla.

Vuonna 2017 somaattisen erikoissairaanhoidon kustannusindeksin mukaiset ikä- ja sukupuoliva-

*Alueiden välistä vertailua vaikeuttavat komplikaatioiden erilaiset kirjaamistavat ja erot potilaiden neuvonnassa vahinkoilmoitusten tekoon.

kioidut laskennalliset kustannukset olivat alueella kahdeksan prosenttia suuremmat kuin maassa keskimäärin. Somaattisen erikoissairaanhoidon palveluja käytettiin ikä- ja sukupuolivakioiduilla alueellisilla episodeilla tarkasteltuna neljä prosenttia enemmän kuin keskimäärin maassa (kuvio 8). Somaattisen erikoissairaanhoidon tuottavuutta sairaala-, alue- ja erikoisalatasolla on kuvattu tarkemmin THL:n julkaisussa Sairaaloiden tuottavuus 2017.

KUVIO 8. Somaattisen erikoissairaanhoidon ikä- ja sukupuolivakioidut kustannukset ja käyttö 2017.



Kuvio kertoo, miten alueiden somaattisen erikoissairaanhoidon käyttö ja kustannukset suhteutuvat maan keskiarvoon kun alueiden ikä- ja sukupuolirakenteen erot huomioidaan.

Koko maan luku on 100. Tämän ylittävä luku kertoo, kuinka monta prosenttia alueen somaattisen erikoissairaanhoidon käyttö tai kustannukset olivat maan keskiarvoa suuremmat.

5.7 Perusterveydenhuolto

Saatavuus on pääosin hyvä. Väestöön suhteutettuna terveyskeskuslääkäreitä on maan toiseksi eniten. Lääkärikäynnit ovat vähentyneet huomattavasti, ja palvelut ovat hoitaja-painotteisia. Asiointi sähköisesti tai puhelimella on yleistä. Vuodeosastohoitoa on paljon. Asukaskohtaiset avohoidon nettokäyttökustannukset ovat maan suurimpia ja vuodeosaston kustannukset maan suurimmat, vaikka molemmat ovat supistuneet.

Lapin asukkaista 80 prosenttia oli terveyskeskuksen asiakkaana vuonna 2018. Reilu viidennes asioinneista tapahtui sähköisesti tai puhelimella. Terveyskeskuslääkäreitä oli maan toiseksi eniten (8,51/10 000 asukasta). Avohoidon hoitajakäyntejä oli 1,8-kertainen määrä lääkärikäynteihin verrattuna, jotka ovatkin vähentyneet 22 prosentilla vuodesta 2015.

Palveluntuottajille tehtyyn kyselyyn perustuvan arvion mukaan työterveyshuollon palveluja voi käyttää noin 41 prosenttia alueen 16–64-vuotiaista (Työterveyslaitos 2019).

Asukkaista maan neljänneksi suurin osuus kävi avosairaanhoidon vastaanotolla. Lääkärillä käyntien syistä yleisin oli tuki- ja liikuntaelinsairaudet (taulukko 3). Kroonisten tautien vuoksi tehdyt käynnit jakautuivat erityiskorvausoikeuksien perusteella arvioidun sairastavuuden mukaisesti; astman ja keuhkoahtauman vuoksi oikeutettuja oli väestöstä maan toiseksi eniten. Luvuista tehdyt tulkinnat ovat suuntaa antavia, koska lääkärikäyntien syiden kirjaaminen oli puutteellista (kuvio 9). Päivystyskäyntejä oli kuten maassa keskimäärin. Perusterveydenhuollon vuodeosastopotilaita oli väestöön suhteutettuna maan toiseksi eniten, samoin hoitopäiviä.

Yli 60 prosenttia pääsi lääkärin vastaanotolle viikossa

Perusterveydenhuollon onnistumisesta kertovat sairastuneiden oikea-aikainen hoitaminen ja komplikaatioiden estäminen. Lääkärin vastaanotto kiireettömän asian vuoksi toteutui yli viikon kuluttua hoidon tarpeen arvioimisesta 39 prosentissa käynneistä ja hoitotakuun vastaisesti yli kolmessa kuukaudessa 0,2 prosentissa. Valvontaviranomaisen mukaan palvelujen saatavuudessa oli ongelmia.

Kyselyn vastaukset ovat Länsi-Pohjan ja Lapin väestöllä yhteiset: Terveysasemaa vaihtaneita oli

Taulukko 3. Käyntisyiden kirjausaste ja erityiskorvausoikeus sairausryhmittäin.

	Lääkärin vastaanoton käyntisyy, % kirjatuista käyntisyistä		Erityiskorvausoikeus % väestöstä	
	Lappi	Koko maa	Lappi	Koko maa
Tuki- ja liikuntaelinsairaudet	19,4	16,4		
Verenkiertoelinten sairaudet	12,2	10,5		
Verenpainetauti (25 vuotta täyttäneistä)	5,1	4,7	12,8	10,3
Tapaturma	5,9	6,7		
Ylähengitysteiden akuutti infektio	4,1	4,8		
Diabetes	4,2	3,3	7,2	6,3
Astma	2*	1,4	7,3	4,9
Keuhkoahtaumatauti (ikävakioitu)	0,8*	0,5	7,1	4,8
Dementia	1	0,4		

*maan suurin osuus

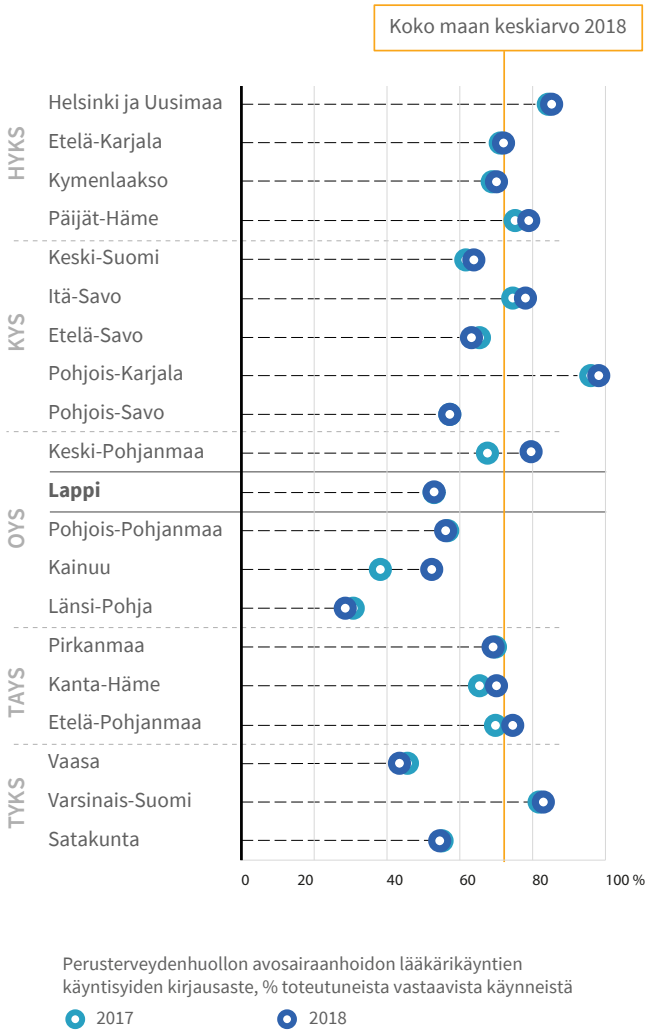
vähän, valinnan mahdollisuuksista tiedettiin huonosti, ja harva koki sen aidoksi mahdollisuudeksi. Palveluja tarvinneista maan suurin osuus ei ollut saanut hoitajan vastaanottopalveluja riittävästi ja lääkäripalvelujen osalta osuus oli maan keskitasoa. Vastaanotolla käyneiden mielestä palvelu toteutui kohtuullisessa ajassa ja oli sujuvaa. Myönteisen asiakaskokemuksen terveyspalveluista ilmoitti saaneensa väestökyselyssä alle puolet. Vain harva lääkäri koki organisaatioiden välisen tiedonvaihdon toimivaksi. Eriarvoisuus koulutusryhmien välillä oli vähäistä sen suhteen, olivatko korkeat asiakasmaksut olleet hoidon esteenä.

Saamelaisalueella on vain yksittäisiä saamenkielentaitoisia ammattihenkilöitä, joten omakielisen palvelun saaminen erityisesti inarin- tai koltansaameksi on heikkoa (Saamebarometri 2016).

Aikuisilla sairaalahoito astman tai keuhkoahtaumataudin vuoksi oli maan yleisintä, mikä osin selittyy sairastavuudella, mutta myös avohoidon valmiutta hoitoon voisi tarkastella. Hoitotulokset vaihtelivat, paksusuolen syövässä ne olivat maan keskitasoa paremmat ja kohdunkaulan syövässä ja rintasyövässä maan huonoimpia. Seulontatutkimuksiin osallistuttiin kuten maassa keskimäärin vuonna 2017.

Mikrobilääkehoitoa käytettiin hieman maan keskivertoa useammin epäspesifisen ylähengitystieinfektion hoitoon. Terveyskeskuslääkärin vastaanotolla yli kymmenen kertaa vuodessa joutui käymään useampi kuin maassa keskimäärin. Asiakkaat olivat tyytyväisiä terveysaseman vastaanottopalveluihin.

KUVIO 9. Alueiden väliset erot käyntisyiden kirjaamisessa 2017 ja 2018.



Kustannukset ovat vähentyneet vuodesta 2015

Perusterveydenhuollon avohoidon (pois lukien suun terveydenhoito) asukaskohtaiset nettokäyttökustannukset (470 euroa / asukas) olivat maan kolmanneksi suurimmat, 28 prosenttia maan keskiarvoa suuremmat, vaikka ne olivat supistuneet vuodesta 2015 kuusi prosenttia. Perusterveydenhuollon vuodeosaston nettokäyttökustannukset (242 euroa / asukas) olivat maan suurimmat ja ylittivät maan keskiarvon 55 prosentilla, vaikka ovatkin supistuneet 3,5 prosenttia vuodesta 2015.

Korvattujen lääkkeiden kustannukset (411 euroa / asukas) kasvoivat kuusi prosenttia edellisvuodesta.

5.8 Suun terveydenhuolto

Suun terveydenhuollon julkisia palveluja käytettiin vähemmän kuin maassa keskimäärin ja yksityisiä maan vähiten. Yhdenvertainen saatavuus ei valvontaviranomaisen mukaan toteudu. Asukas- ja potilaskohtaiset julkisen terveydenhuollon nettokäyttökustannukset ovat maan suurimpia ja yksityisen hammashoidon asukaskohtaiset kustannukset maan pienimmät.

Yksityisen hammashoidon käyntejä maan vähiten

Terveyskeskuspalvelujen käyttö on vähäisempää kuin maassa keskimäärin. Kelan korvaamia aikuisten yksityisen hammashoidon käyntejä oli alueella maan vähiten. Oikomishoitoa sai alueella vain pieni osa terveystarkastuksessa käyneistä 12-vuotiaista*.

Väestökyselyssä (Lappi ja Länsi-Pohja yhdessä) pieni osa vastaajista ilmoitti puutteista hammaslääkäripalvelujen saatavuudessa tai riittävyydessä. Lokakuussa 2018 kiireettömistä perusterveydenhuollon hammaslääkärikäynneistä 34 prosenttia toteutui yli kolmen viikon kuluttua hoidon tarpeen arvioinnista, mikä on maan keskiarvoa parempi tulos. Valvontaviranomaisen mukaan hoitoonpääsyssä on ollut ongelmia.

Tervehampaisten osuus vaihtelee kunnittain

Suun terveys oli maan keskimääräistä tasoa. Kouluterveyskyselyn mukaan 8. ja 9. luokan oppilaista hampaitaan harvemmin kuin kahdesti päivässä harjaavia oli lähes saman verran kuin maassa yleensä.

Reikiintyneitä, paikattuja ja poistettuja hampaita sekä runsaasti kariesta oli terveystarkastuksessa käyneillä 12-vuotiailla hieman vähemmän kuin maassa keskimäärin. Tervehampaisia heistä oli suurempi osuus kuin maassa keskimäärin.

Kunnissa vaihteli paljon niiden asiakkaiden osuus, joilla ei ollut hoidon tarvetta reikiintymisen tai ienhoidon osalta (Utsjoella 51 % ja Kolarissa 98 %).

Korkeat kustannukset julkisessa suun terveydenhuollossa

Asukaskohtaiset nettokäyttökustannukset (93 euroa / asukas) olivat maan kolmanneksi korkeimmat ja potilaskohtaiset maan toiseksi korkeimmat. Edellinen on lievästi kasvanut vuodesta 2015 ja jälkimmäinen supistunut. Kelan korvaaman yksityisen hammashoidon asukaskohtaiset kustannukset olivat maan pienimmät (39 euroa / asukas).

* Kunnat lähettävät 12-vuotiaita terveystarkastuksiin eri perustein, mikä on vertailussa otettava huomioon.

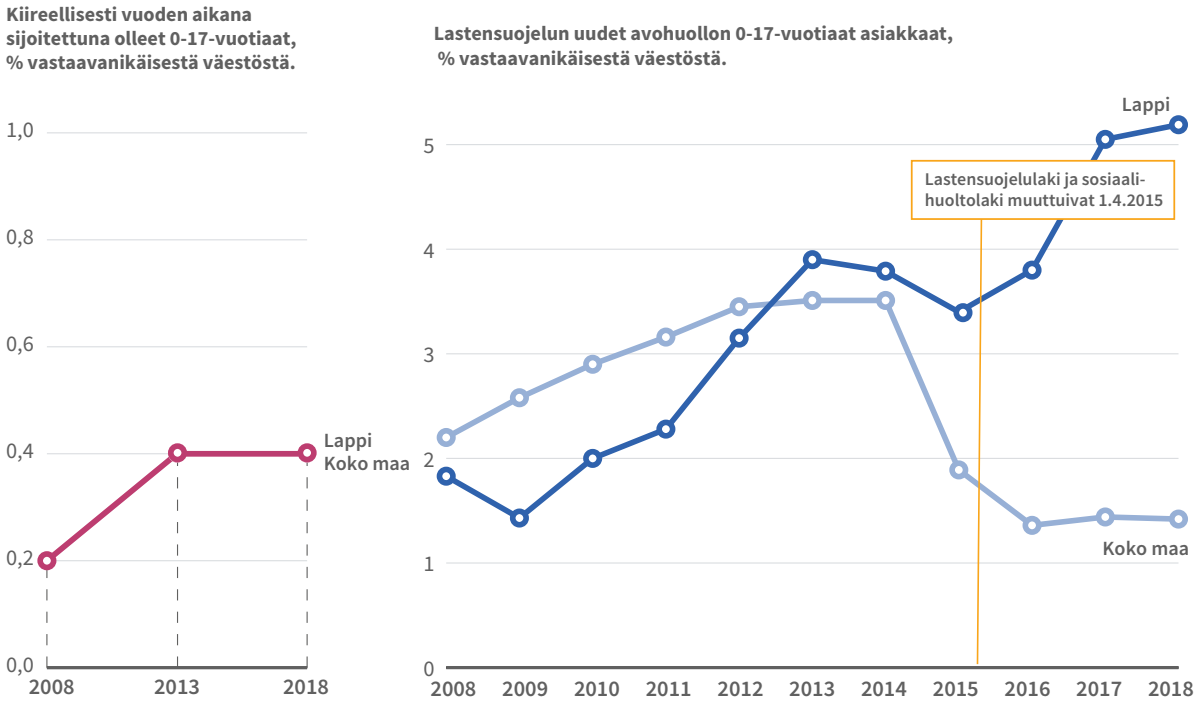
5.9 Lasten, nuorten ja perheiden palvelut

Kasvatus- ja perheneuvolapalvelujen saatavuus on hyvä. Lastensuojelun avopalveluissa on paljon asiakkaita. Somaattisen erikoissairaanhoidon vuodeosastohoidon hoitopäiviä on paljon. Lastenpsykiatriassa avohoitoa on vähän, mutta laitoshoitoa maan eniten. Saamelaisille on vain niukasti tarjolla kulttuurisensitiivisiä ja omakielisiä palveluja.

Väestön ikärakenne lasten ja nuorten osalta on lähellä koko maan ikärakennetta. Vanhempien arvioiman neljäs- ja viidesluokkalaisten epäsosiaalisen käytöksen perusteella mielenterveyspalveluille on tarvetta muuta maata enemmän. Oppilaiden itse ilmoittama kokemus mielialaan liittyvistä ongelmista ei korostunut, mutta itsensä yksinäiseksi tunsi joka kymmenes 8. ja 9. luokan oppilas. Toimintarajoitteita esiintyi myös paljon. Kaikissa oppilasryhmissä huumeita kokeilleiden osuus oli maan pienimpiä. Lapsiperheistä pitkäaikaista toimeentulotukea sai pieni osuus, mutta ahtaasti asuvia asuntokuntia oli lapsiperheissä paljon.

Saamenkielisten äitiys- ja lastenneuvola-, perheneuvola- sekä mielenterveys- ja terapiapalvelujen tarpeeseen ei pystytä nykyisellään vastaamaan riittävän hyvin (Saamebarometri 2016, Heikkilä ym. 2019). Myös lastensuojelussa omakielisyys on tärkeää.

KUVIO 10. Lastensuojelun uusien avohuollon asiakkaiden sekä kiireellisesti sijoitettuna olleiden osuudet alueella ja koko maassa.



Vasen kuvio esittää kiireellisesti vuoden aikana sijoittettujen lasten prosentuaaliset osuudet vuosina 2008, 2013 ja 2018 sekä osuuden muutossuunnan. Oikea kuvio esittää lastensuojelun uusien avohuollon asiakkaiden osuudet vuosina 2008–2018. Tulkinnassa tulee huomioida, että uuden sosiaalihuoltolain yhteydessä (1.4.2015) lastensuojelun avohuollon asiakkuus määriteltiin alkamaan vasta mikäli lastensuojelutarpeen selvityksen jälkeen todetaan lastensuojelutarve. Aiemmin asiakkuus alkoi päätöksestä aloittaa lastensuojelutarpeen selvitys.

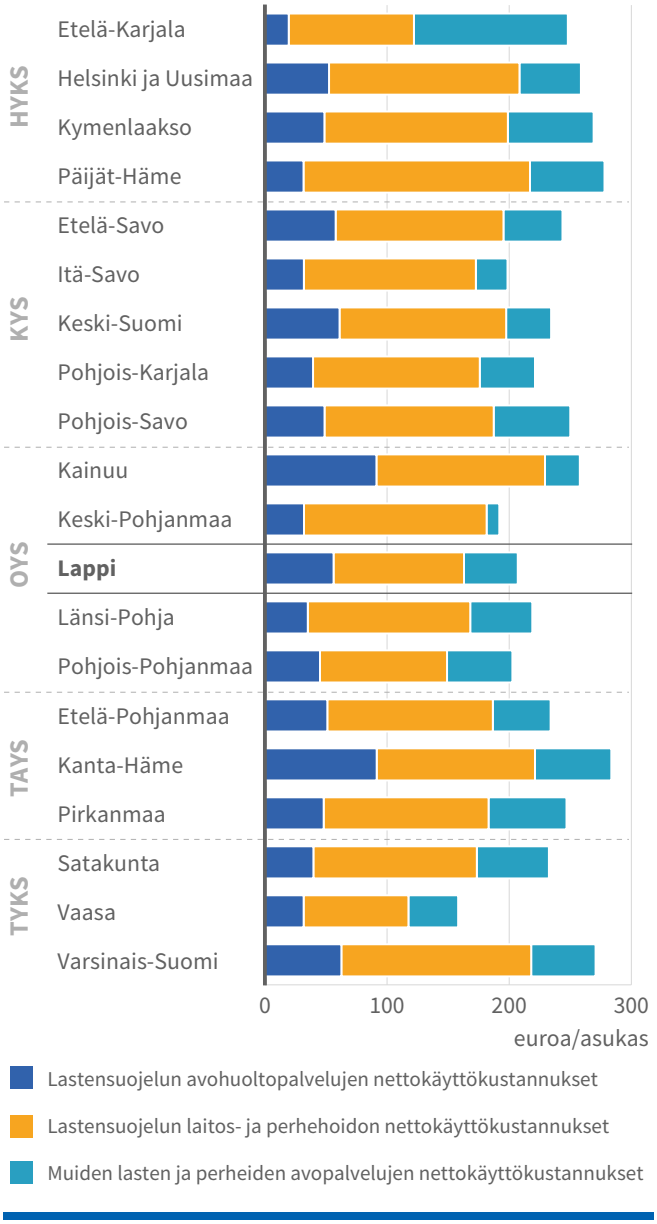
Lastenneuvolassa käyntejä vähän ja opiskelijaterveydenhuollossa paljon

Käyntejä lastenneuvolassa oli vähän, äitiysneuvolassakin maan keskiarvoa vähemmän, kun taas kouluterveydenhuollossa käyntejä oli maan keskiarvoa enemmän ja opiskeluterveydenhuollossa paljon. Kaikissa näissä oli kuitenkin suuria kuntakohtaisia eroja. Henkilöstöresurssit vaihtelivat: äitiysneuvolassa hoitajamitoitus ylitti suosituksen, lastenneuvolassa ei, kouluterveydenhuollossa lääkärimitoitus oli parempi kuin maassa keskimäärin, mutta ei täyttänyt suositusta, ja opiskeluterveydenhuollon lääkäriresurssit olivat maan pienimpien joukossa. Kouluterveydenhoitajan palvelut koki riittämättömiksi vain pieni osuus ammatillisen oppilaitoksen opiskelijoista. Toisaalta koulukuraattoripalvelut koki riittämättömiksi joka kymmenes 8. ja 9. luokan oppilas.

Lastenpalvelujen saatavuudessa ei viiveitä

Kodin- ja lastenhoitopalvelut, myös lastensuojelun tukitoimena annetut, eivät korostuneet Lapissa. Alle 22-vuotiaista kasvatus- ja perheneuvoloiden lapsiasiakkaiden osuus oli lähellä maan keskitasoa, ja odotusaika sinne oli maan lyhyimpien joukossa. Lastensuojeluilmoituksia 0–17-vuotiaista ei ollut poikkeuksellisen paljon, vaikka ne ovat lisääntyneet vuodesta 2016 lähtien; lisäksi niissä oli suuret kuntakohtaiset erot. Lastensuojelun avohoidon asiakkaina oli maan suurin osuus 0–17-vuotiaista. Uusien lastensuojelun avohuollon asiakkaiden osuus vastaavanikäisistä on suurentunut vuoden 2015 jälkeen, mikä voi johtua siitä, että perheiden tarpeisiin ei ole pystytty vastaamaan jo varhaisemmin muilla palveluilla. Syynä voi olla myös se, että palveluja tarjotaan vain lastensuojelun piiriin otetuille; tämä käytäntö poikkeaa muun maan käytännöstä eikä ole vuoden 2015 lakimuutoksen tavoitteen mukainen. (Kuvio 10.) Kodin ulkopuolelle sijoitetuista suurempi osa on ollut sijoitettuna perheisiin, laitoksiin sijoitettujen osuus olikin maan toiseksi pienin. Kaikkiaan sijoitettujen osuus oli sama kuin koko maan keskiarvo, ja myös huostassa olleiden osuus oli lähellä maan keskiarvoa. Lastensuojelun palvelutarpeen arvioinnit sekä käynnistettiin seitsemässä arkipäivässä että saatiin valmiiksi kolmessa kuukaudessa 99-prosenttisesti.

KUVIO 11. Lasten ja perheiden avopalvelujen ja lastensuojelun nettokäyttökustannukset vuonna 2018.



Kuviossa asukaskohtaiset nettokäyttökustannukset esitetään summautuvasti. Kuvio kertoo sekä kustannusten jakautumisesta eri palvelutyyppien kesken että yhteenlaskettujen kustannusten eroista alueiden välillä. Tulkinnassa tulee huomioida alueiden väliset erot väestön ikärakenteessa.

Psykiatriassa korostuu laitoshoidon käyttö

Lasten somaattisen erikoissairaanhoidon vuodeosastohoidon hoitopäiviä oli paljon vastaavanikäisiin suhteutettuna. Myös vuodeosastopotilaita oli paljon vuonna 2017. Lastentautien avohoitoa oli keskimääräistä enemmän, mutta päivystykseen 48 tunnin sisällä palanneita ei ollut poikkeavan paljon. Päiväkirurgisia potilaita oli maan keskiarvoa vähemmän.

Lastenpsykiatrian avohoidon käyntejä oli maan kolmanneksi vähiten vastaavanikäisiin suhteutettuna, mutta laitoshoitoa oli maan eniten. Vastaavasti nuorisopsykiatriassa avohoitokäyntien määrä oli lähellä maan keskiarvoa, mutta laitoshoitoa oli maan kolmanneksi eniten.

Eroa muihin alueisiin selittävät osaltaan pitkät välimatkat. Alueella on käytetty jo vuosia erikoislääkäri- ja terapiapalveluja sähköisinä etäpalveluina.

Kustannukset maltilliset

Lastensuojelun asukaskohtaiset avohuoltopalvelujen nettokäyttökustannukset (56 euroa / asukas) olivat maan keskiarvoa suuremmat, ja ne olivat kasvaneet vuodesta 2015. Laitos- ja perhehoidon nettokäyttökustannukset (107 euroa / asukas) olivat maan keskiarvoa pienemmät. Muiden lasten ja perheiden avopalvelujen nettokäyttökustannukset (44 euroa / asukas) ovat pysyneet lähes ennallaan vuodesta 2015 vuoteen 2017 mutta sen jälkeen nousseet. (Kuvio 11.)

5.10 Aikuisten mielenterveys-, päihde- ja sosiaalipalvelut

Sosiaalipalvelujen tarve on maan keskitasoa, mielenterveys- ja päihdepalvelujen keskitasoa suurempaa. Palvelujen saatavuus on pääsääntöisesti hyvä, ja etäteknologiaa hyödynnetään. Psykiatriassa käytetään paljon pakkotoimia. Alkoholikuolleisuus on maan suurimpia. Kustannukset ovat kuntoutuspalveluja lukuun ottamatta keskimääräistä pienemmät. Saamelaisille hankitaan palveluja Norjasta.

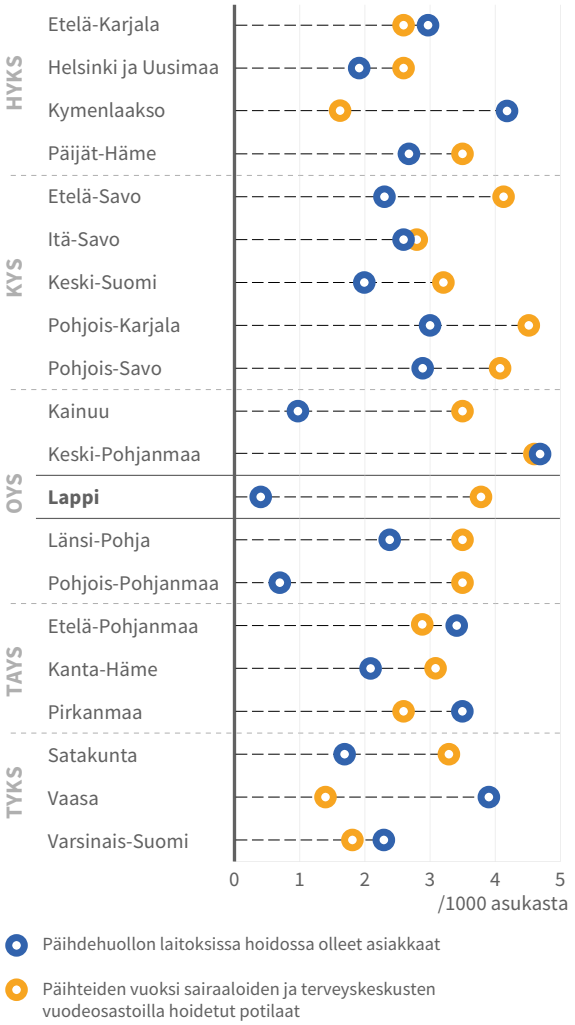
Sosiaalipalvelujen tarve oli työikäisillä maan keskitasoa pienempi toimeentulotuki- ja työttömyyslukujen valossa. Työttömyys on vähentynyt viime vuodet, mutta nuoriso- ja pitkäaikaistyöttömiä oli maan keskitason verran ja rakennetyöttömiä keskitasoa enemmän. Nuorten syrjäytymisriski oli muuta maata vähäisempi vuonna 2017. Perustoimeentulotukea sai vuoden aikana keskimääräistä harvempi ja pitkäaikaista toimeentulotukea harva.

Mielenterveyspalvelujen tarve oli keskimääräistä suurempi. Mielenterveysindeksi (2014–2016) oli hieman maan keskiarvoa suurempi, ja erityiskorvattaviin lääkkeisiin psykoosin vuoksi oikeutettuja oli maan keskitason verran. Mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriöiden vuoksi työkyvyttömyyseläkettä sai 25–64-vuotiaista yhtä moni kuin maassa keskimäärin, mutta mielenterveysperusteisesti sairauspäivärahaa saivat maan suurimpiin kuuluvat osuudet sekä 18–24- että 25–64-vuotiaista.

Päihdepalvelujen tarve vaikuttaa pienemmältä kuin maassa keskimäärin poliisin tietoon tulleiden huumausainerikosten ja pistohuumeista saatujen uusien hepatiitti-C-infektioiden perusteella. Toisaalta alkoholia myytiin väestöön suhteutettuna maan eniten, ja alkoholia liikaa käyttävien osuus oli maan suurimpia.

Lapin sairaanhoitopiirillä on erikoissairaanhoitosopimus Norjan Helse Finnmarkin kanssa pohjoissaamenkielisten palvelujen ostamisesta. Kulttuurisensitiivistä osaamista ja menetelmiä on kehitetty Saamelaisten kansallisessa psyykkisen terveyden- ja päihdehuollon osaamiskeskuksessa Norjassa. Saamelaisten itsemurhariskin on todettu olevan keskimääräistä suurempi liittyen syrjintään ja ylisukupolvisiin traumoihin (Young ym. 2015; Kaiser ym. 2012; Omma ym. 2012).

KUVIO 12. Päihdehuollon asiakkaat ja potilaat eri palveluissa alueittain vuonna 2018.



Merkin etäisyys pystyakselista kuvaa väestösuhteutettua asiakasmäärää palvelussa.

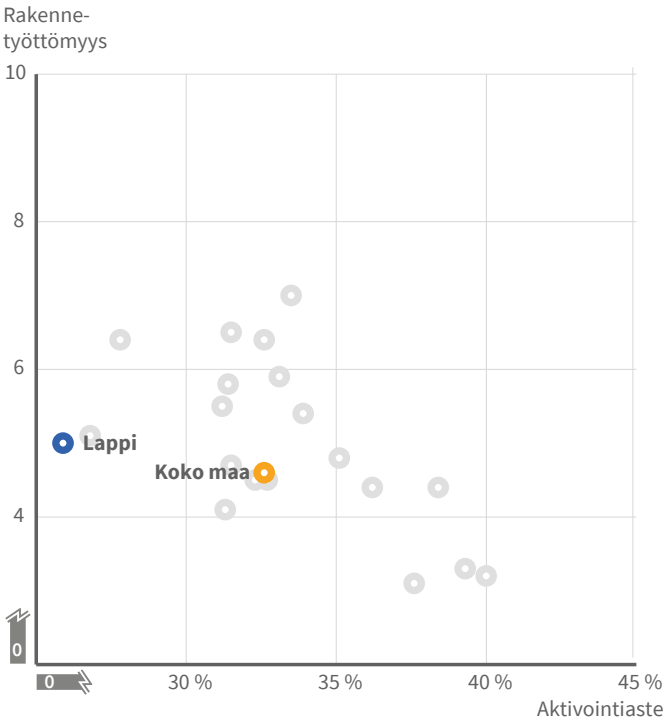
Telepsykiatrian palveluja ollut käytössä vuosia

Kuntiin osoitetut toimeentulotukihakemukset on käsitelty viikon sisällä lähes sataprosenttisesti, minkä perusteella aikuisten sosiaalipalvelujen saatavuudessa ei vaikuta olleen ongelmia. Sekä ehkäisevää että täydentävää toimeentulotukea sai sekä työikäisissä että nuorissa keskimääräistä harvempi.

Avohoidon mielenterveyspalvelujen ja psykiatrian avohoidon käytön perusteella palvelujen saatavuus oli alueella hyvä, kuitenkin niin, että erikoissairaanhoidon avohoidon psykiatriassa käyntejä oli selvästi maan keskiarvoa enemmän ja perusterveydenhuollossa mielenterveyskäyntejä vain hieman maan keskiarvoa enemmän. Psykiatrian ei-ympärivuorokautisissa kuntoutuskodeissa oli asiakkaita väestöön suhteutettuna maan eniten. Psykiatrian laitoshoito ei poikennut muusta maasta, mutta pakkotoimia käytettiin maan toiseksi eniten. Nuorten psykiatrian käyntien suhteen kuntoutuspsykoterapiaa saaneiden nuorten suhteellinen osuus ei ollut poikkeava.

Erikoissairaanhoidon konsultaatiot järjestetään usein videoyhteydellä, ja psykoterapiapalveluissa nettiterapiat ovat suosittuja. Telepsykiatriaa on kehitetty alueella pitkään.

KUVIO 13. Rakennetyöttömyys ja aktivointiaste 2018.



Alkoholikuolleisuus maan suurimpia

Kelan korvaaman kuntoutuspsykoterapian vähäinen käyttö viittaa psykoterapian saatavuuden haasteisiin. Kelan korvaamia yksityispsykiatrikäyntejä tehtiin alueella maan neljänneksi vähiten, mikä selittynee yksityispsykiatripalvelujen vähäisyydellä.

Uusien C-hepatiitti-infektioiden määrä oli väestöön suhteutettuna maan keskitasoa suurempi, ja ruiskuhuumeiden välityksellä tarttuneiden C-hepatiitti-infektioiden määrä oli maan keskitasoa. Huumeidenkäyttäjien terveysneuvontapisteissä asioineiden asiakkaiden määrä oli alueella maan keskiarvoa pienempi. Päihteiden aiheuttamat ongelmat olivat perusterveydenhuollossa lääkärin avosairaanhoidon käyntisyynä maan yleisimpiä. Päihdehuollon avopalvelujen asiakasmäärä väestöön suhteutettuna oli maan pienimpiä, samoin laitoshoidossa, mikä osin johtuu siitä, että Rovaniemen päihdepalvelut ovat siirtyneet Lapin sairaanhoitopiirille. Alueella mietitäänkin, tulisiko jäljellä oleva laitoshoito korvata muulla toiminnalla. Vuonna 2017 alkoholikuolleisuus oli alueella maan suurimpia ja 65 vuotta täyttäneilläkin maan keskiarvoa suurempi.

Työttömien aktivointiaste (26 %) oli Ahvenanmaan jälkeen maan pienin, minkä perusteella työllistymistä edistävien palvelujen yhteensovittamisessa ei ole onnistuttu kuten muualla maassa (kuvio 13). Toki TE-palvelujen saatavuus vaikuttaa myös tulokseen. Työttömien terveystarkastukseen osallistumisen perusteella asiakasohjaus ja asiakaslähtöisyys toteutuivat kuten maassa keskimäärin.

Vuodeosastohoidon uusiutuminen vähentynyt

Skitsofreniapotilaan vuodeosastohoidon uusiutuminen 30 päivän kuluessa oli maan keskiarvoa vähäisempää ja kaksisuuntaisen mielialahäiriön vuoksi maan toiseksi vähäisintä. Vuodeosastohoidon uusiutumisen vähäisyys viittaa siihen, että sairaala- ja avohoidon integraatio toimii.

Kelan kuntoutuspalvelujen kustannukset olivat maan suurimpia

Kunnan osarahoittama työmarkkinatuki (64 euroa / asukas) ja työllistymistä tukevien palvelujen nettokäyttökustannukset (85 euroa / asukas) olivat sekä edellisvuosia että maan keskitasoa pienemmät. Kelan kuntoutuspalvelujen kustannukset olivat maan suurimpia (88 euroa / asukas). Perustoimeentulotuki asukasta kohden (84 euroa) oli maan keskiarvoa pienempi.

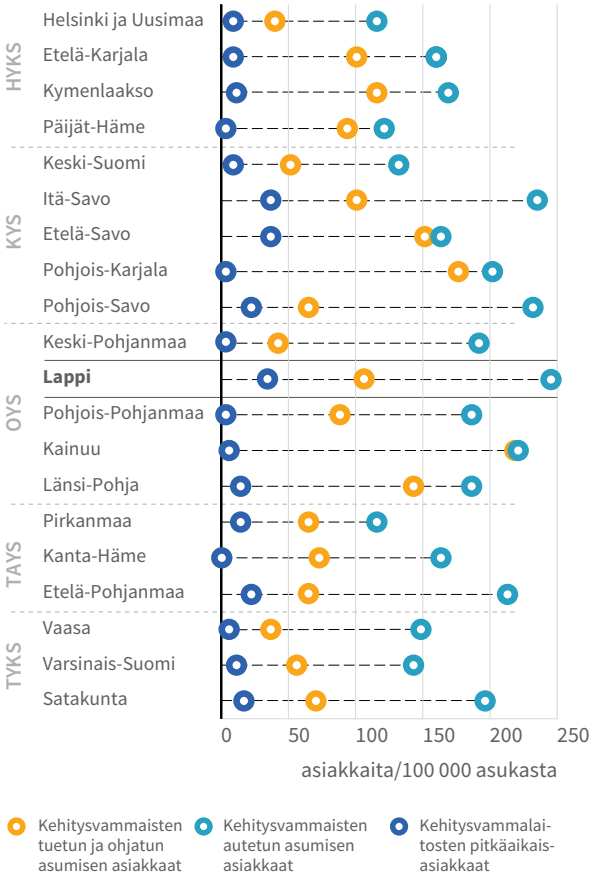
Päihdehuollon erityispalvelujen asukaskohtaiset nettokäyttökustannukset (17 euroa / asukas) olivat maan pienimpiä.

5.11 Vammaisten palvelut

Paljon hoitoa ja huolenpitoa tarvitsevien osuus väestöstä on suuri. Laitoshoitoa, ympärivuorokautista autettua sekä tuettua ja ohjattua asumispalvelua käytetään enemmän kuin maassa keskimäärin; painopiste on raskaammin tuotetuissa palveluissa. Kustannukset ovat keskimääräistä suuremmat, osin maan suurimmat, mikä selittyy asiakasmäärillä ja palvelurakenteen raskaudella.

Alueen alle16-vuotiaista korotettua tai ylintä vammaistukea sai maan suurin osuus ja yli 16-vuotiaista maan toiseksi suurin osuus. Eläkkeensaajien korotettua tai ylintä hoitotukea sai 16–64-vuotiaista maan kolmanneksi suurin osuus. Vuonna 2017 vammaisuuden perusteella Kelan etuuksia saavia oli väestöön suhteutettuna maan kolmanneksi eniten, ja vastaavasti vammaisille myönnettyjen palvelujen ja tukien määrä oli selkeästi maan keskiarvoa suurempi.

KUVIO 14. Kehitysvammaisten laitos- ja asumispalvelujen asiakkaat 2017.



Merkin etäisyys pystyakselista kuvaa väestösuhteutettua asiakasmäärää palvelussa.

Painopiste on raskaammin tuotetuissa palveluissa

Vaikeavammaisten palveluasumisen asiakkaita oli väestöön suhteutettuna maan keskitasoa vastaavasti. Vastaavasti kehitysvammaisten ohjatun ja tuetun asumisen asiakkaita oli vuonna 2017 maan keskitasoa enemmän ja autetun asumisen asiakkaita Manner-Suomen eniten. Laitoshoitoa on purettu hitaammin kuin maassa keskimäärin. Kehitysvammalaitosten pitkäaikaisasiakkaita oli maan kolmanneksi eniten vuonna 2017. (Kuvio 14.)

Korvausta asunnon muutostöistä tai laitteista sai vammaispalvelulain perusteella selvästi useampi kuin maassa keskimäärin.

Sosiaalihuoltolain perusteella kuljetuspalveluja sai väestöön suhteutettuna yhtä moni kuin maassa keskimäärin ja vammaispalvelulain perusteella keskimääräistä useampi; molemmat ovat vähentyneet vuoteen 2015 verrattuna.

Hallinnollista ohjausta tarvittu

Aluehallintovirasto on antanut hallinnollista ohjausta palvelujen järjestämis- ja tuottamisvastuun selkeämpään erottamiseen, kansalaisten yhdenvertaisuuteen ja itsemääräämisoikeuteen sekä palvelujen lainmukaisuuteen ja laatuun.

Kustannukset keskimääräistä suuremmat, laitoshoidon osalta maan suurimmat

Vammaispalvelulain mukaisten palvelujen ja taloudellisten tukitoimien menot yhteensä olivat maan suurimpien joukossa (160 euroa / asukas), näistä kuljetuspalvelujen kustannukset (31 euroa / asukas) olivat maan keskiarvoa suuremmat. Vammaisten ympärivuorokautisen hoivan asumispalvelujen nettokäyttökustannukset (178 euroa / asukas) olivat maan keskiarvoa suuremmat ja laitoshoidon maan suurimmat (79 euroa / asukas). Muiden vammaisten palvelujen nettokäyttökustannukset (225 euroa / asukas) olivat maan suurimpien joukossa.

5.12 Ikääntyneiden palvelut

Eläkeläisistä hoitotukea saa moni. Omaishoidon tuella hoidettavien osuus on maan suurimpia. Asumispalvelut ovat kehittyneet vanhuspalvelulain suuntaisesti, mikä näkyy myös kustannuksissa. Päivystyskäynnit ovat vähentyneet, mikä kertoo palvelujen toimivuudesta. Saamenkieliset palvelut ovat vähäisiä. Kustannusrasite iäkkäiden hoidossa on maan keskiarvoa suurempi.

Maan toiseksi suurin osuus eläkeläisistä saa korotettua tai ylintä hoitotukea Lapissa. Yksin asuminen 75 vuotta täyttäneillä ei poikkea muusta maasta. FinSote-kyselyn tiedot ovat Lapin ja Länsi-Pohjan väestöllä yhteiset: yli 65-vuotiaista elämänlaatunsa hyväksi kokee hyvin moni, rahanpuute tulee esille perusasioiden (esimerkiksi ruoka ja lääkkeet) hankinnoissa ja yli 75-vuotiaista harva kokee muistissa tai itsestä huolehtimisessa ongelmia, mutta tunne yksinäisyydestä on maan yleisimpiä.

Palvelurakenne on keventynyt

75 vuotta täyttäneistä maan pienimpiin kuuluva osuus (90 %) asui kotona; omaishoidon tuella hoidettavien osuus oli kuitenkin maan suurimpia. Ikääntyneiden tehostettu palveluasuminen oli keskimääräistä yleisempää, etenkin 85 vuotta täyttäneillä. Vanhainkodeissa tai pitkäaikaisessa laitoshoidossa oli 75 vuotta täyttäneistä saman verran kuin maassa keskimäärin.

Kotihoitoon kohdennettu henkilöstöä

Toimiva kotihoito Lappiin hankkeessa on kehitetty yhdessä alueen kuntien kanssa kotikuntoutuksen ja ennakoivan kotiutumisen toimintamalli, kokeiltu ja selvitetty etäteknologian käyttöä palveluissa ja valmennettu henkilöstöä.(Toimiva kotihoito Lappiin-hanke). Kotihoidossa työskentelevien osuus ikääntyneiden palveluiden henkilöstöstä oli maan keskiarvoa suurempi. Vaikka kotihoidon piirissä oli keskimääräistä suurempi osa iäkkäistä, niin intensiivisessä kotihoidossa heitä oli koko maata vähemmän. Maan pienin osuus 75 vuotta täyttäneistä sai tukipalveluja kotona asumiseen. Pitkät etäisyydet ja tietoverkkojen toimimattomuus luovat erityisesti haasteita riittävien kotiin annettavien palvelujen järjestämiseen ja ikääntyneiden mielekkään arjen tukemiseen. Saamelaisten ikääntyneiden mahdollisuudet saada omakielistä laitoshoito- ja kotiin annettavia palveluja ovat riittämättömät (Lohtander 2019), vaikka niiden tarjontaa on pyritty lisäämään STM:n erillismäärärahan turvin (Lehtola & Ruotsala-Kangasniemi 2017).

Päivystyksen painopiste perusterveydenhuollossa

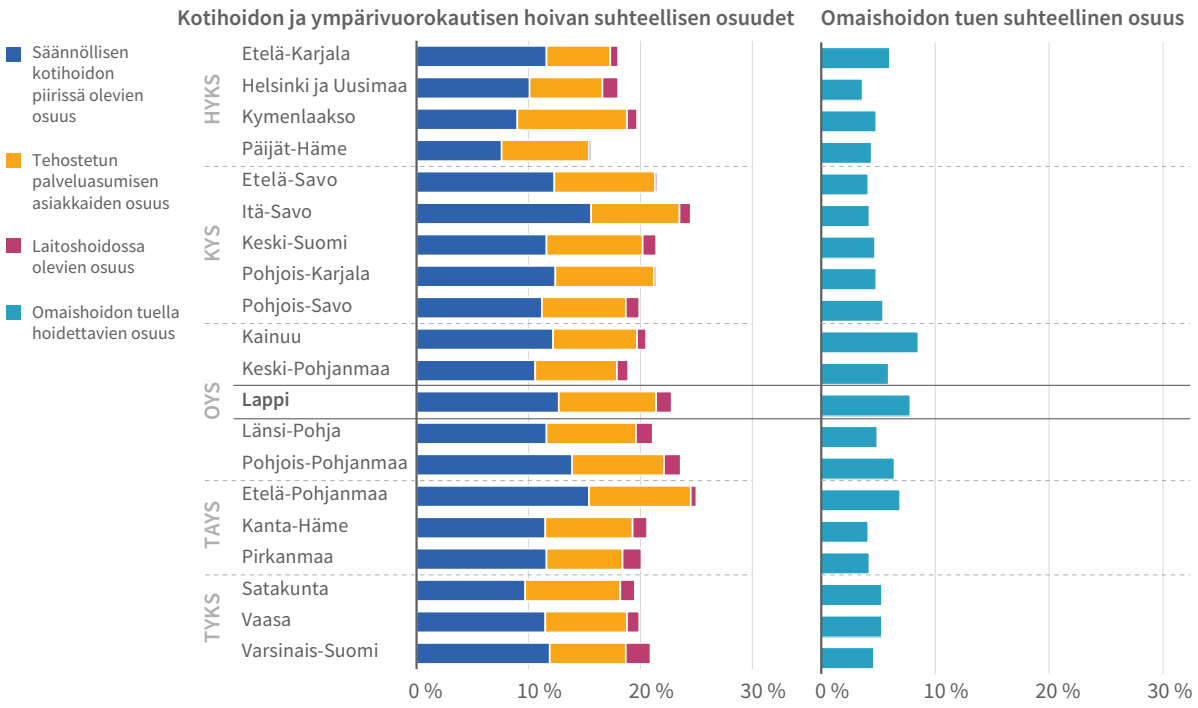
Vuoteen 2015 verrattuna päivystyskäynnit 75 vuotta täyttäneillä ovat vähentyneet sekä perusterveydenhuollossa että erikoissairaanhoidossa, missä niitä oli Manner-Suomen vähiten. Perusterveydenhuollon vuodeosastohoidon potilaita ja hoitopäiviä oli alueen väestöön suhteutettuna maan eniten, vaikka jälkimmäiset ovat vähentyneet neljänneksellä vuoteen 2015 verrattuna. Somaattisen erikoissairaanhoidon vuodepotilaina oli maan keskiarvoa pienempi osuus alueen 75 vuotta täyttäneistä vuonna 2017; kaikista aikuisikäisistä vuodeosastopotilaista heitä oli reilu neljännes, joka on maan pienimpiä osuuksia. Vastaavasti vuonna 2018 hoitopäiviä oli ikäryhmällä maan keskivertoa vähemmän ja hoitopäivistä heille kertyi kolmannes. Psykiatrian laitoshoidossa 65 vuotta täyttäneistä oli pieni osa, ja hoitopäiviä heille kertyi vain vähän vastaavanikäisiin suhteutettuna.

Erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon hyvä integraatio sekä myös hyvät perusterveydenhuollon ja vanhusten palvelut mahdollistavat hoitojen painottumisen peruspalveluihin. Kuntakohtaiset erot edellä mainituissa palveluissa olivat huomattavat.

Saattohoidosta halutaan lisäkoulutusta

Yli puolessa kotihoidon yksiköistä ravitsemustilaa arvioitiin systemaattisesti, mikä on maan suurimpia osuuksia, mutta lääkehoidon kokonaisarvioinnin suhteen alue oli maan heikoimpien joukossa. Maan

KUVIO 15. Ikääntyneiden palvelurakenne ja -kattavuus 75 vuotta täyttäneillä suhteessa vastaavan ikäiseen väestöön 2017.



Vasen kuvio esittää kotihoidon ja ympärivuorokautisen hoivan prosentuaaliset osuudet summautuvasti. Tiedot ovat poikkileikkaustietoja. Oikealla olevassa kuviossa esitetään vuoden aikana omaishoidon tukea saaneiden hoidettavien osuus prosentteina. Omaishoitajien osuus on vuoden kertymätieto.

pienimpiin kuuluva osuus yksiköistä oli ottanut käyttöön muistisairaiden hyvän hoidon kriteeristön tai kirjalliset ohjeet itsemääräämisoikeuden rajoittamisen käytännöistä. Sekä koti- että ympärivuorokautisen hoidon yksiköistä hyvin monissa ajatellaan, että saattohoidosta tarvitaan lisäkoulutusta. (THL, Vanhuspalvelujen tila -tutkimus.)

Aluehallintoviraston valvonta kohdistui erityisesti henkilöstön riittävyyteen, koulutukseen ja osaamiseen sekä palvelujen laatuun ja turvallisuuteen. Yksityisten palveluntuottajien määrä on olennaisesti lisääntynyt, samoin epäkohtailmoitusten määrä, kun tuottaja vaihtui kunnasta yksityiseksi.

Ikääntyneiden hoidon kustannusrasite on Lapissa muuta maata raskaampi

Kotihoidon nettokäyttökustannukset (252 euroa / asukas) olivat suuremmat kuin maassa keskimäärin, ja kasvaneet vuodesta 2015 (14 %). Ikääntyneiden ympärivuorokautisen hoivan asumispalvelujen (389 euroa / asukas) ja laitospalvelujen (76 euroa / asukas) nettokäyttökustannukset olivat maan keskimääräistä suuremmat; edellinen on kasvanut vuoteen 2015 verrattuna (10 %) ja jälkimmäinen vähentynyt (18 %). Myös muiden ikääntyneiden palvelujen nettokäyttökustannukset (100 euroa / asukas) olivat keskimääräistä suuremmat, ja kasvaneet vuodesta 2015 (12 %).

6 Länsi-Pohja

6.1 Asiantuntija-arvio

Länsi-Pohjan sairaanhoitopiiri on kuuden kunnan muodostama 61 000 asukkaan alue. Väestön ikäjakauma on lähellä maan keskiarvoa. Työttömyys on laskenut viime vuodet, mutta työllisten osuus on silti matala ja työkyvyttömyyseläkkeellä olevia työikäisiä on paljon. Aluetta myös vaivaa suuri nuorisotyöttömyys ja nuorten suurentunut syrjäytymisriski. Lapsiperheissä on pienituloisuutta ja ahtaasti asuvia paljon.

Sairastavuus alueella on suurta – ikävakioimaton THL:n sairastavuusindeksi on maan toiseksi suurin, 136. Alueella korostuvat tuki- ja liikuntaelinsairaudet, tapaturmat, sepelvaltimotauti ja mielenterveysongelmat. Itsemurhakuolleisuus on maan suurinta.

Hoidon saatavuudessa ongelmia

Somaattisen erikoissairaanhoidon käyttö on runsasta. Odotus- ja käsittelyajoissa oli hoitotakuulainsäädännön vastaisia viiveitä. Päivystyskäynnit asukasmäärään suhteutettuna ovat pysyneet lähes ennallaan vuodesta 2015 lähtien, vaikka virka-ajan ulkopuolinen päivystys kirjautuu Kemissä erikoissairaanhoidoksi.

Perusterveydenhuollon peittävyys on suuri. Saatavuudessa on ongelmia, vaikka väestöön suhteutettuna terveyskeskuslääkäreitä on maan kolmanneksi eniten. Avohoidon vastaanottokäyntejä on paljon, mutta sähköisiä tai puhelimella asiointeja vähän. Käynnit lääkärivastaanotolla ovat vähentyneet. Käyntisyiden kirjaamisaste on maan huonoin. Bakteerilääkkeitä käytetään hoitokäytäntöjen vastaisesti ylähengitystieinfektioon suhteellisen paljon, kun alueita vertaillaan keskenään. Lääkärien työpanosta kohdentuu myös vuodeosastoille, joissa potilaita ja hoitopäiviä on paljon. Suun terveydenhuollon palveluja käytetään vähän ja saatavuus on hyvä. Asiakkaita, joilla on yli viisi hammaslääkärikäyntiä vuoden aikana, on vähän, mikä viittaa kustannusten suhteen järkevään toteutukseen.

Lasten ja perheiden palvelut painottuivat peruspalveluihin

Lasten- ja äitiysneuvolassa hoitajamitoitus ylittää suosituksen, mutta koulu- ja opiskeluterveydenhuollossa lääkärimitoitus ei ole suositusten mukainen ja lukioissa psykologeja on vähän. Äitiysneuvolakäyntejä on alueella paljon. Raskaudenaikainen tupakointi on yleistä suhteessa koko maan lukuihin. Raskaudenkeskeytyksiä on paljon, vaikka maksutonta ehkäisyä tarjotaan alueella. Kodin- ja lastenhoitopalvelujen asiakkaana on paljon perheitä ja lastensuojelun vastaavissa vähän. Lastensuojeluilmoituksia tehdään niukasti, mutta huostassa olevia on suhteellisen paljon. Uusien lastensuojelun avohuollon asiakkaiden määrä on vähentynyt. Lastensuojelun hoitotakuuajoissa on ylityksiä.

Mielenterveys-, päihde- ja sosiaalipalvelujen tarve on suurempi kuin maassa keskimäärin

Mielenterveyspalveluissa on käytössä avoimen dialogin nk. Keroputaan hoitomalli. Nuoria on psykiatrian vuodeosastohoidossa vähän, mutta työikäisiä enemmän kuin maassa keskimäärin. Pakkotoimia käytetään maan eniten, mikä voi osin selittyä sillä, että osastohoidossa on suurempi osuus vakavammin sairaita kuin muualla. Skitsofreniapotilaan vuodeosastohoidon uusiutuminen on maan toiseksi yleisintä, kun se kaksisuuntaisen mielialahäiriön vuoksi on maan vähäisintä. Kuntoutuspsykoterapiaa saaneiden nuorten suhteellinen osuus on maan pienin, mikä tarpeeseen nähden vaikuttaa riittämättömältä, varsinkin kun alueen 25–64-vuotiaista työkyvyttömyyseläkettä mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriöiden vuoksi saa maan toiseksi suurin osuus.

Päihdehuolto painottuu avopalveluihin. Alkoholikuolleisuus on matalalla tasolla verrattuna muuhun maahan. Uusien C-hepatiitti-infektioiden määrä on suuri, mutta poliisin aktiivinen puuttuminen nuorten huumeidenkäyttöön on saattanut vaikuttaa myös testausten lisääntymiseen. Työttömien aktivointiaste on parantunut, mutta toimeentulotukihakemusten käsittelyssä on viiveitä.

Vammaistukien saajia on maan toiseksi eniten, ja myönnettyjen palvelujen ja tukien määrä on suuri. Vaikeavammaisten palveluasuminen on lisääntynyt, samoin kehitysvammaisten tuettu ja ohjattu asuminen. Laitoshoitoa on vähän. Vaikeavammaisten kuljetuspalvelua saavia on paljon ja näistä iäkkäiden osuus suuri.

Eläkeläisistä hoitotukea saa usea, mutta taloudellista niukkuutta esiintyy. Säännöllisessä kotihoidossa on lähes neljännes yli 85-vuotiaista, ja kotihoitoon onkin kohdennettu henkilöstöä. Tehostetun palveluasumisen osuus on lisääntynyt. Päivystyskäynnit lisääntyivät iäkkäillä sekä perusterveydenhuollossa että erikoissairaanhoidossa, jossa niitä on maan toiseksi eniten. Ongelmia on mahdollisesti palvelujen oikeassa kohdentamisessa. Kaatumiseen ja putoamiseen liittyviä hoitojaksoja on maan eniten. Muistisairaiden hyvän hoidon kriteeristö on otettu käyttöön kotihoidon yksiköissä.

Palveluntuottajissa muutoksia ja uusi yhteisyritys

Simo kuuluu Oulunkaaren kuntayhtymään peruspalvelujen osalta, muuten alueen kunnat järjestävät itse kaikki sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut. Yhteisyritys Mehiläinen Länsi-Pohja Oy aloitti toimintansa kesällä 2018. Kunnat tuottavat osan palveluista ja Länsi-Pohjan sairaanhoitopiiri sekä Mehiläinen Länsi-Pohja Oy osan. Sairaanhoitopiirille siirrettiin Kemin mielenterveyspalvelut ja päihdepalvelut huhtikuussa 2018.

Yhtenäisemmän asiakas- ja palveluohjauksen tarve on tunnistettu. Alueen psykiatrian avoimen dialogin hoitomalli on edistynyt esimerkki hyvin juurtuneesta, sosiaali- ja terveydenhuoltoa integroivasta yhteistyöstä. Ikääntyneiden palveluissa asiakas- ja palveluohjaus on mallinnettu ja pilotoitu. Terveydenhuollon ulkoistukset tuovat oman haasteensa palvelujen saumattomuuteen.

Kustannukset monin osin maan suurimpia

Alueen kuntien talous on heikentynyt. Tilikauden tulokset ovat alijäämäisiä Tervolan kuntaa lukuun ottamatta. Samoin vuosikate riittää kattamaan poistot ainoastaan Tervolassa, vaikka alueen kuntien verotulojen kehitys on ollut hyvä. Sosiaali- ja terveydenhuollon nettokäyttökustannukset ovat maan suurimpia, samoin vuoden 2017 tarvevakioidut menot.

Erikoissairaanhoidon asukaskohtaiset nettokäyttökustannukset ovat maan suurimpia; ne ovat kasvaneet edellisvuodesta, ja kustannusten osuus koko sektorista on maan suurin. Toimintojen siirto erikoissairaanhoitoon voi selittää osan kustannusten kasvusta, mutta myös perusterveydenhuollon avohoidon kustannukset kasvoivat edellisvuodesta ja olivat maan keskiarvoa suuremmat. Korkeat vuodeosastokustannukset ovat olleet viime vuosina laskusuunnassa, samoin kuin suun terveydenhuollon kustannukset.

Asukaskohtaiset nettokäyttökustannukset ovat matalalla tasolla monissa palveluissa. Lastensuojelun palvelut tuotetaan pienemmin kustannuksin kuin maassa keskimäärin, samoin kuin ympärivuorokautiset vammaispalvelut. Työllistymistä tukevat palvelut, kunnan osarahoittama työmarkkinatuki, asukaskohtainen perustoimeentulotuki sekä päihdehuollon erityispalvelut kuuluvat myös tähän ryhmään. Poikkeuksena ovat Kelan kuntoutuspalvelujen kustannukset, jotka ylittivät maan keskiarvon.

Ikääntyneiden palvelut ovat menoeristä toiseksi suurin. Kotihoidon nettokäyttökustannukset ovat maan toiseksi suurimmat, ja ne ovat kasvaneet vuodesta 2015, samoin laitospalvelujen kustannukset ovat korkeat. Ympärivuorokautisen hoivan asumispalvelujen nettokäyttökustannukset ovat maan keskiarvoa suuremmat, mutta melko tyypilliset ja noususuuntaiset. Kokonaisuutena ikääntyneiden palvelujen kustannusten ennustetaan lisääntyvän 38 prosenttia vuoteen 2030 mennessä.

Hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen rakenteet kunnossa

Hyvinvoinnin ja terveyden edistämiseen on sekä maakunnallisia että alueellisia rakenteita, ja toiminta on monialaista. Haasteina ovat yläkouluikäisten ja työikäisten tupakkatuotteiden ja alkoholin käyttö. Ravitsemussuosituksetkaan eivät heillä toteudu. Vammat ja myrkytykset ovat alueella muuta maata yleisempiä. Erikoissairaanhoidossa hygieniahoitajien työhön on kohdennettu resursseja ja hoitohenkilökunnan influenssarokotuskattavuus on maan parhaita. Hyvää on myös se, että antibioottien vuosikulutus asukasta kohti on maan pienimpiä.

6.2 Toimintaympäristö

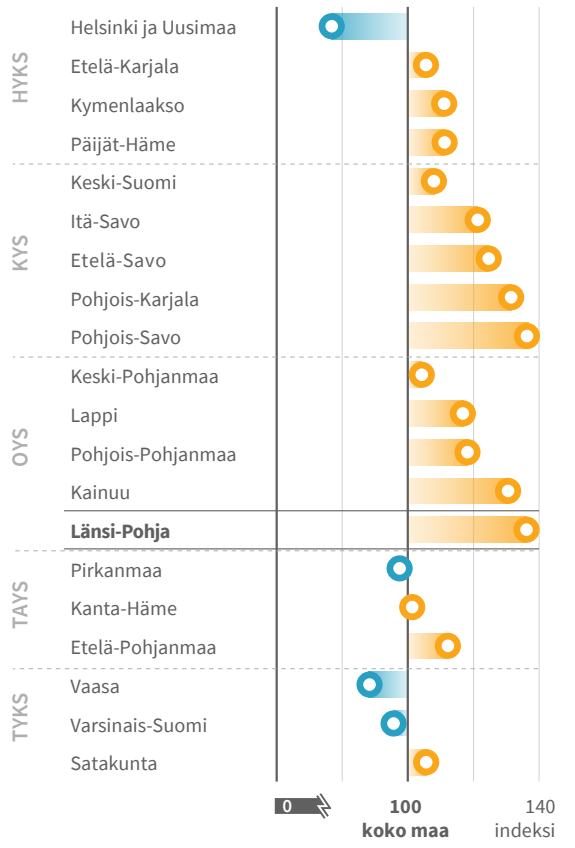
Väestön palvelutarve on suuri

Länsi-Pohjan sairaanhoitopiiri on kuuden kunnan muodostama 61 000 asukkaan alue. Väestömäärältään alue on maan toiseksi pienin ja väestö on vähentynyt viime vuosina. Alue on harvaan asuttu, mutta kolmasosa väestöstä asuu Kemissä ja kolmasosa Torniossa. Väestön ikäjakauma on lähellä maan keskiarvoa. Työllisiä väestöstä on maan toiseksi vähiten. Työttömyys ja rakennetyöttömyys ovat hieman koko maata yleisempiä ja pitkäaikaistyöttömiä on saman verran kuin maassa keskimäärin. Nuorisotyöttömiä on maan suurin osuus, lähes viidennes 18–24-vuotiaista. Syrjäytymisriskissä olevien nuorten osuus oli maan toiseksi suurin, samoin myös työkyvyttömyyseläkkeellä olevien osuus 16–64-vuotiaista. Kelan ikävakioitu työkyvyttömyysindeksi oli maan toiseksi suurin vuonna 2017.

Lapsiperheistä pienituloisia on maan toiseksi eniten ja ahtaasti asuvien lapsiasuntokuntien osuus on maan suurin. Tulonjako oli maan tasaisimpia vuonna 2017.

Sairastavuus alueella on suurta (kuvio 2). Ajanjaksolla 2014–2016 alueen väestön ikävakioimaton THL:n sairastavuusindeksi on maan toiseksi suurin 136. Kuntakohtaiset erot sairastavuudessa ovat huomattavat: ikävakioimaton indeksi vaihtelee Tornion 108:sta Kemin 164:ään. Sairastavuus on maan suurin tapaturmien suhteen, tuki- ja liikuntaelinsairauksissa maan toiseksi suurinta ja muissakin keskivertoa suurempaa lukuun ottamatta dementiaa. Itsemurhakuolleisuus on alueella maan suurinta.

KUVIO 2. Alueiden väliset erot sairastavuudessa.



THL:n sairastavuusindeksi kuvaa alueiden väestön sairastavuutta suhteessa koko maan tasoon. Mitä pienempi luku on, sitä terveempi on alueen väestö. Indeksi kokoaa tiedot seitsemästä vakavasta sairausryhmästä. Ikävakioimaton indeksi kuvaa alueen todellista sairaustaakkaa.

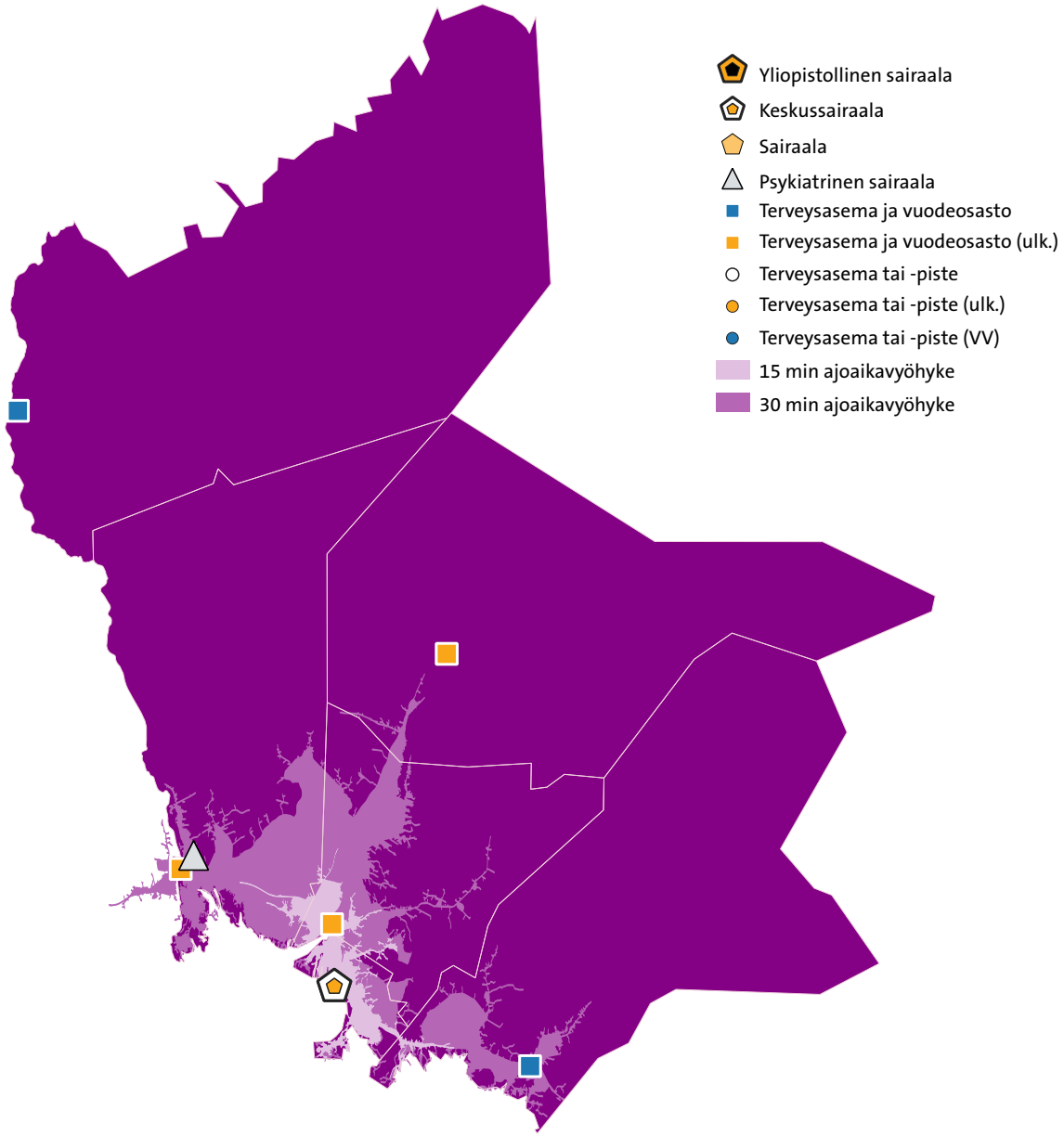
Yhteisyritys tuottaa osan erikoissairaanhoidosta ja osalle kunnista myös peruspalveluja

Alueen kunnista Simo kuuluu Oulunkaaren kuntayhtymään peruspalvelujen osalta, muuten kunnat järjestävät itse kaikki sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut. Alueen kunnista Kemi, Tornio, Keminmaa ja Simo perustivat Mehiläinen-ryhmittymän kanssa yhteisyrityksen Mehiläinen Länsi-Pohja Oy. Sen toiminta käynnistyi kesäkuussa 2018 ja se tuottaa somaattisen erikoissairaanhoidon palvelut koko alueelle. Perusterveydenhuollon ja suun terveydenhuollon palvelut kokonaan Keminmaalle ja osittain Kemille ja Torniolle. Simon asukkaille kuntoutuspalvelut. Länsi-Pohjan sairaanhoitopiiri tuottaa hallinto-, talous- ja tukipalvelut sekä psykiatrian ja riippuvuuksien hoidon, ensihoidon ja apuvälinekeskuksen palvelut. Terveysasemia on kuusi, joista neljä on ulkoistettu. Somaattinen erikoissairaanhoito on keskitetty Länsi-Pohjan keskussairaalaan. (Kuvio 3.)

Merkittäviä investointeja ei ole

Rakennusten peruskorjaukseen investoidaan noin miljoona euroa.

KUVIO 3. Julkisesti järjestettyjen terveyspalvelujen palveluverkko vuonna 2018.

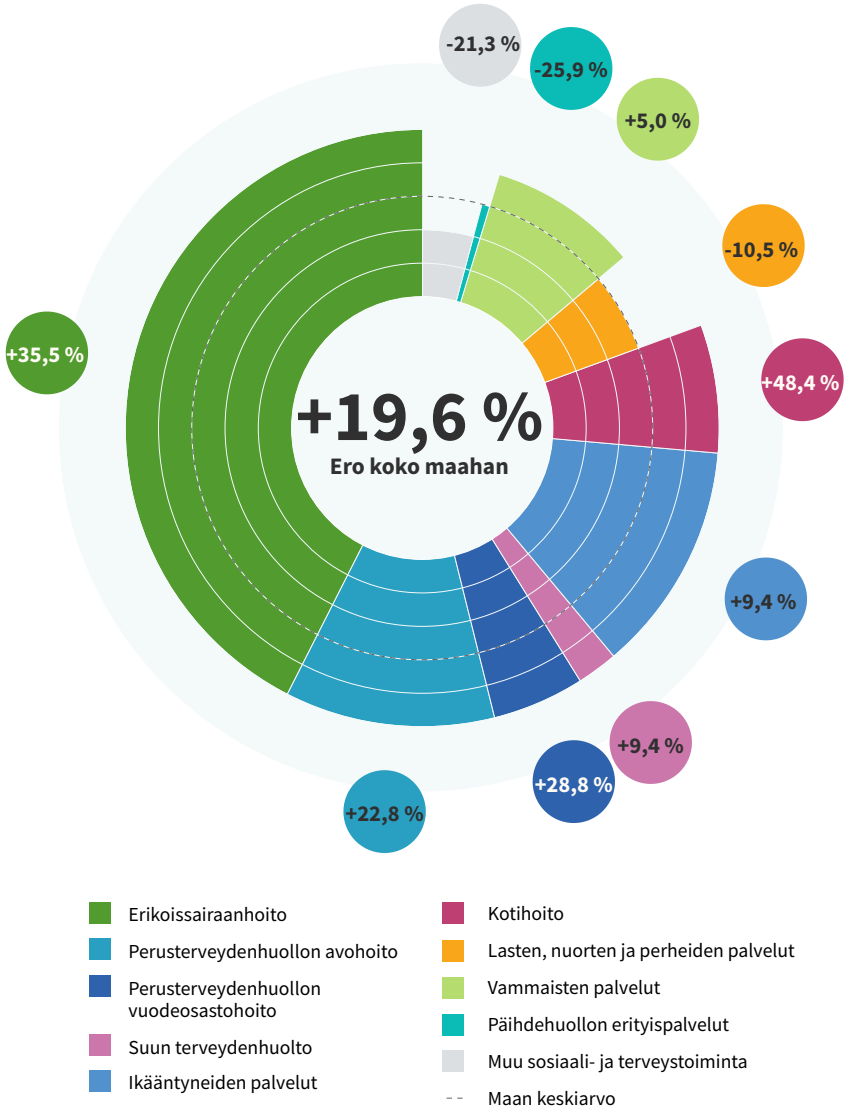


Julkisesti järjestetyt terveyspalvelut on jaoteltu sairaala- ja terveysasematyypeittäin. Terveysasemat on jaoteltu lisäksi alueen itse tuottamiin, ulkoistettuihin (ulk) tai palvelusetelikokeilun kautta asukkaan vapaasti valittavissa (vv) oleviin toimipisteisiin. Vaaleammat vyöhykkeet kartassa kuvaavat lähimmän ympärivuorokautisen päivystyksen maantieteellistä saavutettavuutta.

6.3 Sosiaali- ja terveyspalvelujen rahoitus ja kustannukset

Sosiaali- ja terveystointen asukaskohtaiset nettokäyttökustannukset olivat maan suurimpia, samoin vuoden 2017 tarvevakioidut menot. Väestöennusteen mukaan väestö vähenee vuoteen 2030 mennessä, mutta ikääntyy muuta maata vähemmän, minkä vuoksi reaalikasvun ennuste on muuta maata pienempi.

KUVIO 4. Sosiaali- ja terveystoimen nettokäyttökustannusten jakauma ja alueen ero maan keski-arvoon 2018.



Kuviossa esitetään kustannusten jakauma tehtävittäin. Jos alueen menot ovat maan keskiarvoa suuremmat, kuvion tehtäväkohtainen osa ylittää katkoviivalla kuvatun maan keskiarvon. Ero maan keskiarvoon on kuvattu myös prosentteina. Tehtäväkohtaisen osuuden leveys kuvaa suhteellista osuutta kaikista sosiaali- ja terveystoimen nettokäyttökustannuksista. Tehtäväkohtaisen osuuden etäisyys keskipisteestä kuvaa sen suhteellista sijoittumista alueiden välisessä vertailussa.

Kuntien vuosikatteet heikkenivät

Kuntien ja kuntakonsernien taloustietojen mukaan Länsi-Pohjan kuntien (6) talous heikkeni selkeästi. Alueen kuntien tilikauden tulokset asukasta kohti olivat alijäämäisiä Tervolaa lukuun ottamatta. Vuotta aikaisemmin tilikauden tulos ei ollut ollut alijäämäinen yhdessäkään alueen kunnassa.

Alueen kuntien verotulojen kehitys oli hyvä. Kuntien verotulot asukasta kohti nousivat edellisvuodesta Kemiä ja Tervolaa lukuun ottamatta; yhteensä ne kasvoivat edellisvuodesta 260 euroa asukasta kohti. Kokonaisuutena verorahoitus eli verotulot ja valtionosuus asukasta kohti kasvoivat alueen kunnissa Tervolaa ja Kemiä lukuun ottamatta.

Tulorahoituksen riittävyyttä kuvaava vuosikate asukasta kohti heikkeni selvästi Länsi-Pohjan kaikissa kunnissa. Negatiivinen vuosikate kirjattiin Kemissä (- 188 euroa / asukas), kun edeltävänä vuonna ei ollut ollut yhtään negatiivisen vuosikatteen kuntaa.

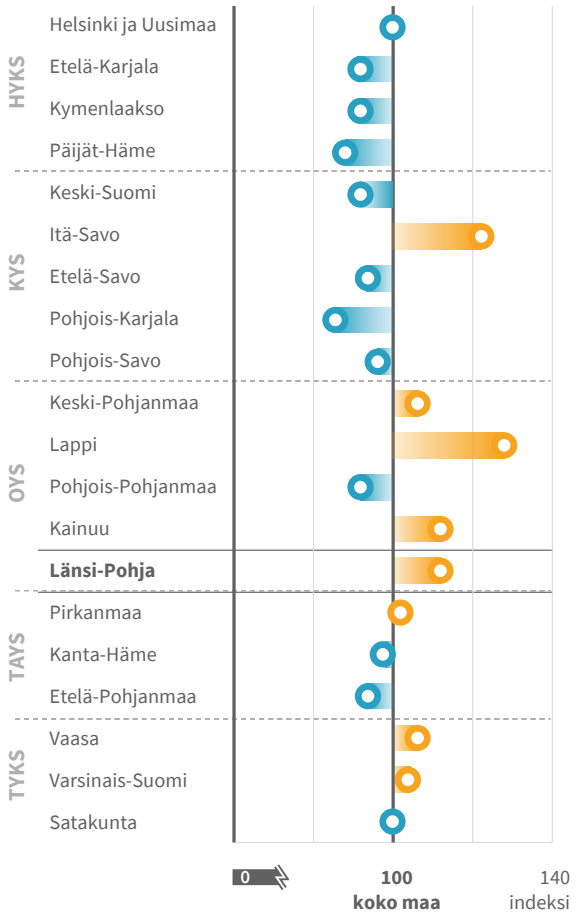
Vuosikate riitti kattamaan poistot alueen kuudesta kunnasta ainoastaan Tervolassa; vuotta aikaisemmin vuosikate oli kattanut poistot kaikissa kunnissa.

Sosiaali- ja terveystoimen nettokäyttökustannukset maan suurimpia vuonna 2018

Länsi-Pohjan kuntien sosiaali- ja terveystointen nettokäyttökustannukset olivat vuonna 2018 yhteensä 243 miljoonaa euroa (3 970 euroa / asukas). Asukaskohtaiset nettokäyttökustannukset kasvoivat 6,1 prosenttia edellisvuodesta, ja ne olivat maan neljänneksi suurimmat, 20 prosenttia suuremmat kuin maassa keskimäärin (kuvio 4). Sosiaali- ja terveystoimen nettokäyttökustannukset olivat pienimmät Torniossa (3 346 euroa / asukas) ja suurimmat Ylitorniolla (5 469 euroa / asukas).

Sosiaali- ja terveystoimen nettokäyttökustannuksista suhteellisesti suurin, myös maan suurin, osuus muodostui erikoissairaanhoidosta (43 %), ja toiseksi eniten kustannuksia kohdentui ikääntyneiden palveluihin (13 %). Perusterveydenhuollon avohoidon osuus oli 11,3 ja vuode-osastohoidon 5,1 prosenttia.

KUVIO 5. Sosiaali- ja terveydenhuollon tarvevakioitujen menojen indeksi 2017.



Tarvevakioinnilla tarkoitetaan alueen asukkaiden palvelutarpeeseen vaikuttavien tekijöiden huomioimista. Maan keskiarvo on luku 100. Tämän ylittävä luku kertoo, kuinka monta prosenttia alueen tarvevakioidut menot olivat maan keskiarvoa suuremmat.

Sosiaali- ja terveydenhuollon tarvevakioidut menot maan suurimpia

Vuonna 2017 koko maan sosiaali- ja terveydenhuollon nettomenot olivat keskimäärin 3 100 euroa asukasta kohti. Länsi-Pohjassa nämä olivat 3 611 euroa asukasta kohti, mikä oli 16 prosenttia enemmän kuin maassa keskimäärin. Alueen väestön palvelutarve oli kymmenen prosenttia keskimääräistä suurempi. Tarvevakioidut menot [1] olivat kuusi prosenttia suuremmat kuin maassa keskimäärin, ne olivat maan kolmanneksi korkeimmat yhdessä Kainuun

[1] Tarvevakioitujen menojen laskennassa käytetyt sosiaali- ja terveydenhuollon nettomenot eivät sisällä ympäristöterveydenhuoltoa eivätkä ns. muuta sosiaali- ja terveystoimintaa. Lisäksi kotihoidon osalta arvioidaan ainoastaan yli 65-vuotiaiden kustannukset. Tarvetekijöinä on huomioitu ikä- ja sukupuolirakenne, sairastavuus ja sosioekonominen asema.

kanssa (kuvio 5). Länsi-Pohjan kunnissa väestön palvelutarve oli matalimmillaan yhden prosentin pienempi (Tornio ja Keminmaa) ja suurimmillaan 37 prosenttia suurempi (Ylitornio) kuin maassa keskimäärin. Tarvevakioidut sosiaali- ja terveydenhuollon menot alueella olivat pienimmät Kemissä ja Torniossa, kuitenkin neljä prosenttia suuremmat kuin maassa keskimäärin, ja korkeimmat Ylitorniolla, 17 prosenttia suuremmat kuin maassa keskimäärin.

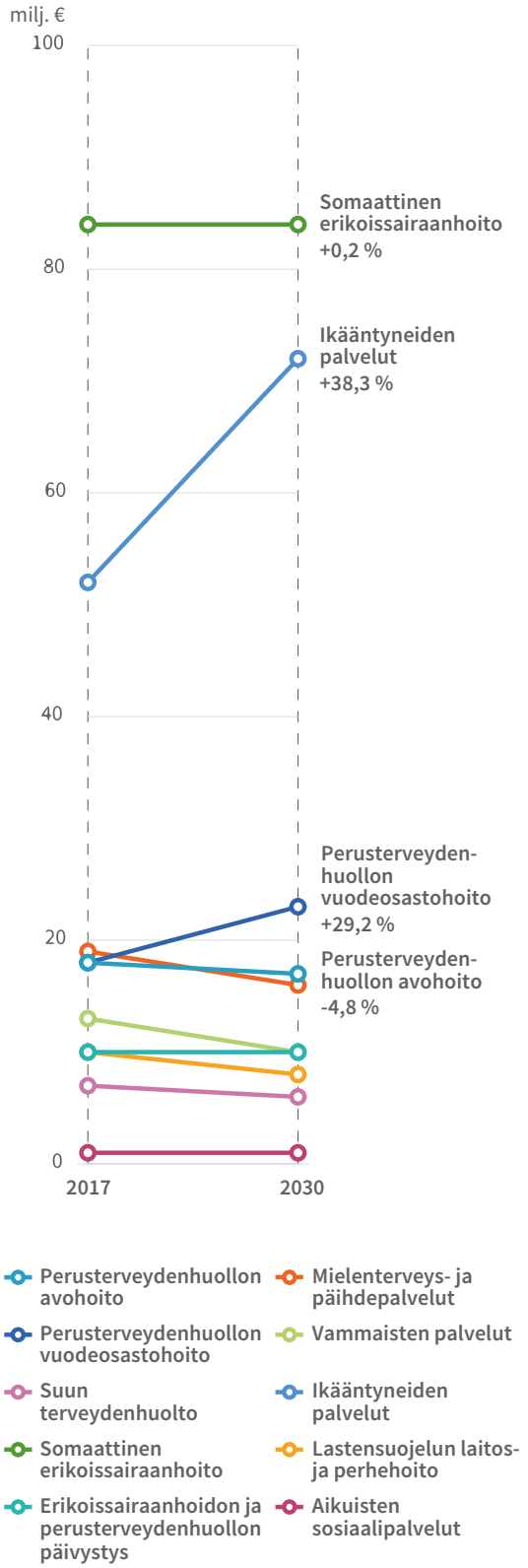
Sosiaali- ja terveyspalvelujen kustannusten kehitys vuoteen 2030 asti

THL:n ennustelaskelmien mukaan sosiaali- ja terveyspalvelujen vuotuiset kustannukset kasvavat eniten alueilla, joissa väestönkasvu on koko maata suurempaa ja joihin väestö keskittyy. Länsi-Pohjassa väestö vähenee ennusteen mukaan vuoteen 2030 mennessä 11,7 prosentilla, kun vastaavalla ajanjaksolla koko maassa väestömäärän ennustetaan kasvavan 1,0 prosentilla. Alueen 65 vuotta täyttäneiden määrä kasvaa hitaammin kuin maassa keskimäärin eli noin 17 prosenttia (koko maassa 24 %) vuoteen 2030 mennessä.

Väestörakenteen muutoksen perusteella sosiaali- ja terveyspalvelujen vuotuiseksi reaalikasvuksi ennakoidaan keskimäärin 0,5 prosenttia (koko maassa 1,2 %) vuosina 2017–2030. Alueen sosiaali- ja terveyspalvelujen kustannusten kokonaiskasvun ennuste vuoteen 2030 mennessä on 6,5 prosenttia (koko maassa 17 %), 231 miljoonasta 246 miljoonaan. Ikääntyneiden palvelujen kustannusten ennustetaan kasvavan vuoteen 2030 mennessä eniten, 38 prosenttia (koko maassa 50 %). Toiseksi eniten kasvua ennustetaan perusterveydenhuollon vuodeosastohoidon menoihin, 29 prosenttia (koko maassa 40 %). (Kuvio 6.)

Alueiden kustannusten kasvuvauhdissa on eroja, jotka aiheutuvat väestörakenteen kehityksestä ja kustannusrakenteen eroista lähtötilanteessa. Tämän vuoksi suuri väestönkasvu ei suoraan selitä nopeinta kasvuvauhtia, vaan siihen vaikuttavat todennäköisesti myös erot huoltosuhteessa ja sosiaali- ja terveyspalvelujen kustannusrakenteessa.

KUVIO 6. Sosiaali- ja terveyspalvelujen reaalikustannusten ennuste.



Tehtäväkohtainen viiva kuvaa reaalikustannusten muutosta vuosien 2017 ja 2030 välillä. Osassa tehtävistä on lisäksi merkitty kustannusten prosentuaalinen muutos. Tiedot perustuvat THL:n tuottamaan alueellistettuun sosiaalimenojen ennustemalliin.

6.4 Hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen

Hyvinvoinnin ja terveyden edistämiseen on sekä maakunnallisia että alueellisia rakenteita. Ravitsemussuositukset eivät toteudu lapsilla eivätkä aikuisilla. Vammat ja myrkytykset ovat aikuisilla yleisiä. Koulukiusaus on muuta maata yleisempää. Kunnissa on kohdennettuja liikuntaryhmiä, mutta harvassa ohjataan asiakkaita sosiaali- ja terveyspalveluista liikuntaneuvontaan.

Hyvinvoinnin ja terveyden edistämisessä sekä maakunnallisia että alueellisia rakenteita

Länsi-Pohjan sairaanhoitopiirin perusterveydenhuollon yksikkö koordinoi alueensa hyvinvoinnin ja terveyden edistämistä (hyte). Alueelliseen terveyden edistämisen johtoryhmään kuuluu jäsenkuntien hyte-yhdyshenkilöitä, erikoissairaanhoidon toimijoita, Lapin ammattikorkeakoulun, Lapin aluehallintoviraston ja järjestöjen edustajia. Kuntien hyvinvoinnin ja terveyden edistämistyön rakenteet ovat vahvistuneet, ja kunnat ovat resursoineet hyte-työhön. Yhteinen alueellinen hyvinvointikertomus on tehty Länsi-Pohjan ja Lapin alueelta. Kuntien hyvinvointikoordinaattoreilla on oma verkosto.

Hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen järjestöyhteistyö moninaista

Sosiaali- ja terveysjärjestöjen avustuskeskus on myöntänyt alueella rahoitusta muun muassa muistisairauksien asiantuntija- ja tukikeskuksen toimintaan sekä muisti- ja ikäystävällisen mallin kehittämiseen Lappiin (Lapin muistiyhdistys ry), kohtaamispaikkaan erityistä tukea tarvitsevien lasten ja nuorten perheille (Erityislasten omaiset ELO ry), omaishoitoperheiden toimintaan (Länsi-Pohjan omaishoitajat ja läheiset ry) ja ystäväpiiritoimintaan ikäihmisille (Vanhustyön keskusliitto ry).

Kunnissa hyte-koordinaatiota hyvin, mutta liikuntaneuvontaa ja sinne ohjausta vähän

Kunnille suunnattujen kyselyjen mukaan 83 prosentissa kunnista on nimetty hyte-koordinaattori. Laajan hyvinvointikertomuksen on hyväksynyt 83 prosenttia alueen kunnanvaltuustoista. Kunnista 83 prosenttia on raportoinut valtuustolle väestöryhmien välisiä terveyseroja.

Kuntalaisten osallistumisen ja vaikuttamisen mahdollisuuksista kertoi verkkosivuillaan 83 prosenttia kunnista. Paikallinen turvallisuussuunnitelma oli käsitelty ja toimenpiteistä päätetty viidesosassa kunnista.

Länsi-Pohjan kunnat järjestävät kohdennettuja liikkumisryhmiä liikuntaseuratoiminnan ulkopuolella oleville lapsille ja nuorille. Liikuntaneuvontaa järjestetään kolmasosassa alueen kunnista, samoin kolmasosa raportoi ohjaavansa sosiaali- ja terveyspalveluista asiakkaita liikuntaneuvontaan, mikä on maan pienin osuus.

Hallinnonalojen yhteisiä rakenteita tai toimintamalleja, joissa käsitellään hyvinvointia ja terveyttä edistävää kulttuuritoimintaa, on kolmasosassa alueen kunnista.

Koettu hyvinvointi ja terveys vaihtelevat

Peruskoulun 8. ja 9. luokan oppilaista kohtalaista tai vaikeaa ahdistuneisuutta kokevien osuus oli maan pienimpiä, vaikka koulukiusattuna vähintään kerran viikossa olleiden oppilaiden osuus oli maan suurimpia.

Alueen 20–64-vuotiaista vammojen ja myrkytysten vuoksi sairaalahoidossa olleita oli maan eniten.

FinSote-kyselyn tiedot ovat Länsi-Pohjan ja Lapin väestöllä yhteiset: 20–64-vuotiaista elämänlaatunsa hyväksi tuntevien osuus oli maan keskitasoa. Niiden osuus, jotka uskoivat, etteivät todennäköisesti jaksa työskennellä vanhuuseläkeikään saakka, oli maan suurimpia. Alueen yli 65-vuotiaista elämänlaatunsa hyväksi tuntevia oli maan eniten. Arkitoimissa suuria vaikeuksia kokevien osuus 75 vuotta täyttäneistä oli maan keskitasoa.

Elintavoiltaan lapset ja nuoret maan keskitasoa tai sitä huonompia

Vuonna 2017 peruskoulun 8. ja 9. luokan oppilaiden humalahakuinen juominen sekä päivittäinen tupakkatuotteiden tai sähkösavukkeiden käyttö olivat maan yleisimpiä. Hengästyttävää liikuntaa korkeintaan tunnin viikossa harrastavien osuus ikäluokasta oli yksi maan suurimpia. Ylipainoisia ikäluokasta oli

maan keskitason verran, samoin niukasti hedelmiä, marjoja ja kasviksia syöviä.

FinSote-kyselyn mukaan vain harvat aikuiset söivät kasviksia ravitsemussuositusten mukaan. 20–64-vuotiaista päivittäin tupakoivien osuus oli maan suurin. Alkoholin liikakäyttö oli hyvin yleistä. Vapaa-ajan liikunnan harrastaminen oli aikuisväestössä keskimääräistä yleisempää. Lihavien osuus alueen aikuisväestöstä on vähentynyt, ja se oli vuonna 2018 maan keskitasoa.

FinSote-kysely: 65 vuotta täyttäneistä alkoholia liikaa käyttävien osuus oli maan keskitasoa.

KUVIO 7. Hyvinvointiin ja terveyteen vaikuttavia muutostekijöitä.

*Väestön hyvinvointiin, terveyteen ja turvallisuuteen vaikuttavat monet sekä pienet että laajat muutostekijät aina yksilön elintavoista maailmanpolitiikkaan.**

*Mukaillen Palosuo ym. 2004. Kokemuksia sosioekonomisten terveyserojen kaventamisesta Ruotsissa, Englannissa ja Hollannissa.

6.5 Terveydensuojelu

Erikoissairaanhoidon hoitohenkilökunnan influenssarokotuskattavuus on maan parhaimpia, mutta ikääntyneillä se on selvästi alle tavoitetason. Infektioiden leviämisen ehkäisy on osin huonontunut pienen rokotuskattavuuden vuoksi. Antibioottien vuosikulutus asukasta kohti on maan pienimpiä.

Kansallisen rokotusohjelman mukaisten rokotteiden kattavuudessa parantamisen varaa

Länsi-Pohjassa 65 vuotta täyttäneiden influenssarokotuskattavuus (44 %) kaudella 2017–2018 jäi selvästi alle Eurooppa-neuvoston asettaman 75 prosentin tavoitetason. Ikääntyneiden influenssarokotuskattavuus on pienentynyt alueella edellisvuodesta kaksi prosenttiyksikköä.

Vuonna 2015 syntyneistä lapsista vähintään yhden viitosrokotteen kurkkumätää, jäykkäkouristusta, hinkuyskää, poliota ja Hib-bakteerin aiheuttamia tauteja vastaan on saanut lähes 99 prosenttia. Kolmen annoksen rokotussarjan saaneiden lasten osuus on maan keskitasoa ja selvästi matalampi kuin rokotussarjan aloittaneiden osuus.

Tuhkarokolta, sikotaudilta ja vihurirokolta suojaavan rokotteen ensimmäisen annoksen 11–24 kuukauden iässä saaneiden lasten osuus on niin pieni (93 %), että riski tautien leviämiseen on olemassa.

Useita eri syöpiä ehkäisevät HPV-rokotukset on rokotusohjelman suositusten mukaisesti saanut 59 prosenttia tytöistä. Rokotuskattavuus on hyvin matala verrattuna maan korkeimpaan (70 %). Poikien HPV-rokotukset on aloitettu osassa kuntia syksyllä 2019.

Tehosterokotuksen kurkkumätää, jäykkäkouristusta ja hinkuyskää vastaan saaneiden 14–16-vuotiaiden osuus on maan keskiarvoa suurempi (93 %, koko maassa 87 %).

Antibioottien vuosikulutus maan pienimpiä

Uusien C-hepatiitti-infektioiden määrä oli väestöön suhteutettuna maan suurin; siihen vaikuttaa poliisin Ankkuri-toiminta (ks. sivu 125). Ruiskuhuumeiden välityksellä tarttuneita C-hepatiitti-infektioita oli maan keskiarvoa enemmän, mutta niiden määrä on pysytellyt kolmen viime vuoden ajan aikaisempia vuosia matalammalla tasolla. Huumeidenkäyttäjien terveysneuvontapisteessä asioitiin 132 kertaa.

Clostridium difficile -ripulitapauksien määrä oli alueella maan suurimpia, vaikka antibioottien (J01, bakteerilääkkeet) vuosikulutus asukasta kohti oli maan pienimpiä.

Erikoissairaanhoidon infektioiden torjuntatyössä hygieniahoitajien työpanos kansallisesti hyvällä tasolla

Erikoissairaanhoidon toimintayksikköjen hoitohenkilökunnan eli hoitajien ja lääkärien influenssarokotuskattavuus oli maan parhaimpia. Käsihuuhdetta kulutettiin somaattisen erikoissairaanhoidon vuodeosastoilla maan keskitasoa vähemmän. Erikoissairaanhoidon toimintayksiköissä hygieniahoitajien työpanos infektioiden torjuntatyössä oli maan suurimpia.

6.6 Somaattinen erikoissairaanhoito ja ensihoito

Somaattisen erikoissairaanhoidon odotus- ja käsittelyajoissa on hoitotakuulainsäädännön vastaisia viiveitä. Sairaalapalvelujen käyttö on monin osin maan suurimpia. Päivystykseen palanneiden potilaiden osuus on keskimääräistä suurempi. Asukaskohtaiset erikoissairaanhoidon nettokäyttökustannukset ovat maan suurimpia ja osuus koko sektorin kuluista on maan suurin.

Lähetteiden käsittelyssä viiveitä

Somaattinen erikoissairaanhoito on keskitetty Länsi-Pohjan keskussairaalaan. Hoitoonpääsyssä oli viiveitä. Kahdeksan potilasta oli joutunut odottamaan kiireetöntä erikoissairaanhoitoa yli kuusi kuukautta vuoden 2018 lopussa. Odotusajan mediaani oli 43 vuorokautta (31.12.2018) ja se pysyi edellisvuoteen nähden lähes ennallaan. Lähetteet kiireettömään erikoissairaanhoitoon käsiteltiin 21 vuorokaudessa Länsi-Pohjaa harvemmin vain Kymenlaaksossa, aika ylittyi peräti 2,3 prosentissa. Odotus- ja käsittelyajoissa oli hoitotakuulainsäädännön vastaisia viiveitä, mutta odotusajan mediaani oli kohtalainen. Kuitenkaan kiireettömän erikoissairaanhoidon kysyntä ei lähetteiden määrän perusteella poikennut muusta maasta. Sairaanhoitopiirin alueella asuvista erikoissairaanhoidon potilaista maan kolmanneksi suurin osuus (15 %) hoidettiin muun kuin asuinkunnan sairaanhoitopiirin alueella.

Kemin päihde- ja mielenterveyspalvelut siirtyivät erikoissairaanhoitoon huhtikuussa 2018, Tornion mielenterveyspalvelut jo vuosia sitten. Lisäksi virka-ajan ulkopuolinen päivystys Kemissä tilastoituu erikoissairaanhoidoksi.

Palvelujen käyttö runsasta

Päivystyskäyntejä oli erikoissairaanhoidossa maan toiseksi eniten väestöön suhteutettuna; määrä on pysynyt lähes ennallaan vuodesta 2015 lähtien. Vuonna 2017 kaikista päättyneistä erikoissairaanhoidon hoitojaksoista alkoi päivystyksenä 47 prosenttia, mikä on maan keskitasoa. Täysi-ikäisellä väestöllä oli somaattisen erikoissairaanhoidon avohoitokäyntejä maan kolmanneksi eniten ja vuodeosaston hoitojaksoja maan eniten vastaavanikäisiin suhteutettuna. Vastaavasti vuonna 2017 potilaita oli vuodeosastohoidossa maan eniten.

Kaihileikkauksia tehtiin väestöön suhteutettuna enemmän kuin maassa keskimäärin ja lonkan kokotekonivelen ensileikkauksia maan neljänneksi eniten. Silmälääkärin ja ortopedin palveluja oli hyvin tarjolla.

Täysi-ikäisistä päiväkirurgiana hoidettujen potilaiden määrä suhteutettuna vastaavanikäisiin oli maan suurimpia.

Laatupoikkeamia keskimääräistä vähemmän

Erikoissairaanhoidon laatua ja potilasturvallisuutta kuvaavia hoitojaksoihin liittyviä komplikaatioita ei ollut alueella poikkeavasti. Vuonna 2017 potilasvahinkoja oli hoitojaksoihin suhteutettuna vähemmän kuin maassa keskimäärin.* Päivystyksessä hoidetuista ja kotiutetuista aikuispotilaista palasi 48 tunnin sisällä päivystykseen selvästi suurempi osuus kuin maassa keskimäärin.

Ensihoidon vasteaika taajamassa on maan parhaimpia

Ensihoitotehtäviä asukasta kohden oli maan keskiarvoa enemmän. Ensihoitotehtävien määrä neliökilometriä kohden oli maan pienimpiä. Ensihoidon tavoittamisajan mediaani A-kiireellisyysluokassa ydintaajamassa oli 5,0 minuuttia, maan parhaimpia, kun se koko maassa oli keskimäärin 5,3 minuuttia. Vastaava tavoittamisaika oli muussa taajamassa 7,2 minuuttia, mikä on myös maan keskiarvo. Taajaman ulkopuolella asutulla alueella tavoittamisaika oli 13,3 minuuttia, mikä on maan keskiarvon tuntumassa.

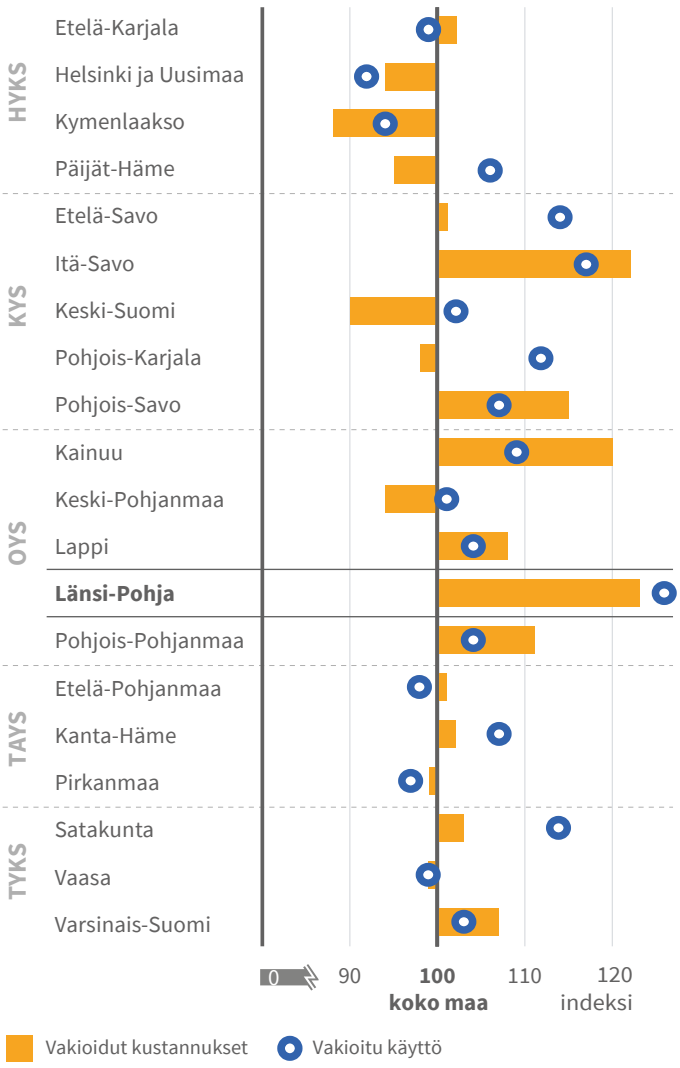
*Alueiden välistä vertailua vaikeuttavat komplikaatioiden erilaiset kirjaamistavat ja erot potilaiden neuvonnassa vahinkoilmoitusten tekoon.

Kustannukset ovat maan suurimpia

Erikoissairaanhoidon nettokäyttökustannukset olivat maan suurimpia, 1 692 euroa asukasta kohden, ja ne kasvoivat (7,9 %) edellisvuodesta. Kustannukset ylittivät maan keskiarvon 35 prosentilla. Osuus koko sektorin kuluista oli maan suurin (43 %).

Vuonna 2017 somaattisen erikoissairaanhoidon kustannusindeksin mukaiset ikä- ja sukupuolivakioidut laskennalliset kustannukset olivat alueella maan suurimmat, 23 prosenttia suuremmat kuin maassa keskimäärin. Somaattisen erikoissairaanhoidon palveluja käytettiin ikä- ja sukupuolivakioiduilla alueellisilla episodeilla tarkasteltuna maan eniten, 26 prosenttia enemmän kuin keskimäärin maassa (kuvio 8). Somaattisen erikoissairaanhoidon tuottavuutta sairaala-, alue- ja erikoisalatasolla on kuvattu tarkemmin THL:n julkaisussa Sairaaloiden tuottavuus 2017 (Häkkinen, P. & Matveinen, P. 2019).

KUVIO 8. Somaattisen erikoissairaanhoidon ikä- ja sukupuolivakioidut kustannukset ja käyttö 2017.



Kuvio kertoo, miten alueiden somaattisen erikoissairaanhoidon käyttö ja kustannukset suhteutuvat maan keskiarvoon kun alueiden ikä- ja sukupuolirakenteen erot huomioidaan.

Koko maan luku on 100. Tämän ylittävä luku kertoo, kuinka monta prosenttia alueen somaattisen erikoissairaanhoidon käyttö tai kustannukset olivat maan keskiarvoa suuremmat.

6.7 Perusterveydenhuolto

Peittävyys on hyvä, mutta saatavuudessa on ongelmia. Avohoidon käyntejä on paljon, ja sähköisesti tai puhelimella asioidaan vähän. Terveyskeskuslääkäreitä on maan kolmanneksi eniten väestöön suhteutettuna. Vuodeosastohoitoa on paljon. Asukaskohtaiset avo- ja vuodeosastohoidon kustannukset ovat selvästi maan keskiarvoa suuremmat, edelliset ovat kasvaneet ja jälkimmäiset supistuneet viime vuosina.

Sekä avo- että vuodeosastohoitoa käytetään paljon

Alueen asukkaista 80 prosenttia asioi terveyskeskuksessa vuonna 2018. Maan pienin osuus asiointikäynneistä tapahtui sähköisesti tai puhelimella. Väestöön suhteutettuna avohoidon käyntejä oli maan toiseksi eniten. Hoitajakäyntejä oli maan toiseksi eniten lääkärikäynteihin verrattuna, jälkimmäiset ovat vähentyneet 11 prosentilla vuodesta 2015. Kun kaikki yhteystavat otetaan huomioon, asiointikäyntejä lääkäreille oli maan toiseksi vähiten, vaikka terveyskeskuslääkäreitä oli maan kolmanneksi eniten (8,18 / 10 000 asukasta).

Palveluntuottajille tehtyyn kyselyyn perustuvan arvion mukaan työterveyshuollon palveluja voi käyttää noin 42 prosenttia alueen 16–64-vuotiaista (Työterveyslaitos 2019).

Reilu puolet asukkaista kävi avosairaanhoidon vastaanotolla. Tuki- ja liikuntaelinsairaudet oli alueen yleisin ja tapaturmat alueella maan yleisin käyntisyy (taulukko 3). Diabeteksen vuoksi käyntejä oli suhteellisen vähän sairastavuuteen verrattuna. Luvuista tehdyt tulkinnat ovat suuntaa antavia, koska lääkärikäyntien syiden kirjaaminen oli maan heikointa (kuvio 9). Päivystyskäyntejä oli väestöön suhteutettuna keskitasoisesti. Perusterveydenhuollon vuodeosastopotilaita oli väestöön suhteutettuna paljon ja hoitopäiviä maan neljänneksi eniten.

Hoidon saatavuudessa ongelmia

Perusterveydenhuollon onnistumisesta kertovat sairastuneiden oikea-aikainen hoitaminen ja komplikaatioiden estäminen. Lääkärin vastaanotto kiireettömän asian vuoksi toteutui yli viikon kuluttua

Taulukko 3. Käyntisyiden kirjausaste ja erityiskorvausoikeus sairausryhmittäin.

	Lääkärin vastaanoton käyntisyy, % kirjatuista käyntisyistä		Erityiskorvausoikeus % väestöstä	
	Länsi-Pohja	Koko maa	Länsi-Pohja	Koko maa
Tuki- ja liikuntaelinsairaudet	19,8	16,4		
Verenkiertoelinten sairaudet	12,3	10,5		
Verenpainetauti (25 vuotta täyttäneistä)	5,4	4,7	13,9	10,3
Tapaturma	9,2*	6,7		
Ylähengitysteiden akuutti infektio	4	4,8		
Diabetes	2,5	3,3	7,2	6,3
Astma	1,4	1,4	5,1	4,9
Keuhkoahtaumatauti (ikävakioitu)	0,7	0,5	4,8	4,8
Dementia	1,3*	0,4		

*maan suurin osuus

hoidon tarpeen arvioimisesta 59 prosentissa käynneistä ja hoitotakuun vastaisesti yli kolmessa kuukaudessa 3,2 prosentissa. Valvontaviranomaisen kantelu- ja valvonta-asioista kolmasosa koski hoitoonpääsyä tai palvelujen saatavuutta. Asiakkaiden tyytyväisyys terveysaseman vastaanottopalveluihin oli maan paras, myös palvelujen toteutumiseen kohtuullisessa ajassa.

Vuonna 2018 sairaalahoitoja oli keuhkoahtaumataudin vuoksi maan neljänneksi eniten, mutta astman vuoksi maan kolmanneksi vähiten. Vuonna 2016 hoitojaksoja oli alueella diabeteksen vuoksi maan eniten. Hoitotulokset kohdunkaulan syövässä olivat paremmat ja rintasyövässä samalla tasolla kuin maassa keskimäärin, mutta paksusuolen syövässä tulokset olivat maan kolmanneksi huonoimmat. Seulontatutkimuksiin osallistuttiin kuten maassa keskimäärin vuonna 2017.

Mikrobilääkehoitoa käytettiin epäspesifiseen ylähengitystieinfektioon maan kolmanneksi yleisimmin. Terveyskeskuslääkärin vastaanotolla yli kymmenen kertaa vuodessa joutui käymään hyvin harva. Terveysasemaa vaihtaneiden osuus oli maan viidenneksi suurin.

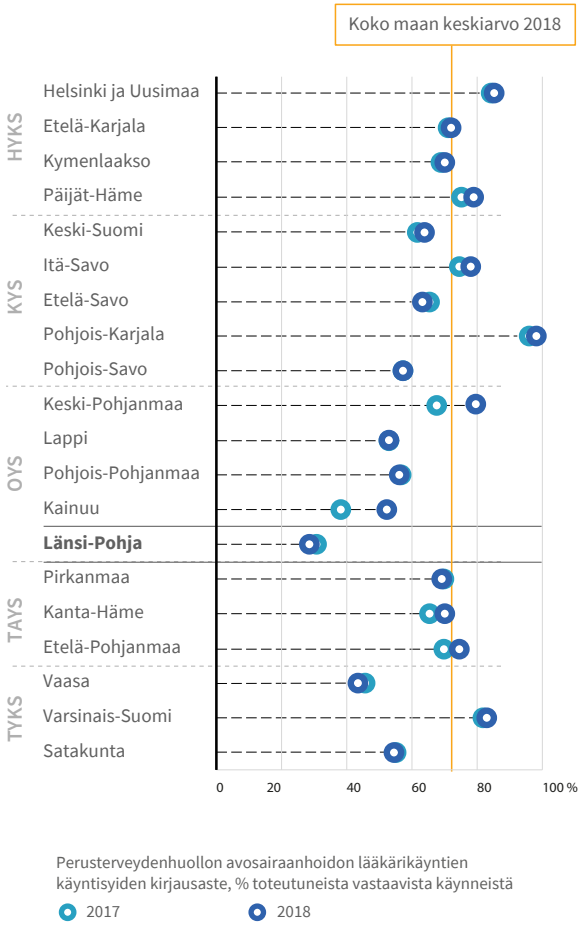
Väestökyselyn vastaukset ovat Länsi-Pohjan ja Lapin väestöllä yhteiset: Terveysaseman valinnan mahdollisuuksista tiedettiin huonosti, ja harva koki sen aidoksi mahdollisuudeksi. Palveluja tarvinneista maan suurin osuus ei ollut saanut hoitajan vastaanottopalveluja riittävästi ja lääkäripalvelujen osalta osuus oli maan keskitasoa. Myönteisen asiakaskokemuksen terveyspalveluista ilmoitti saaneensa väestökyselyssä alle puolet. Vain harva lääkäri koki organisaatioiden välisen tiedonvaihdon toimivaksi. Eriarvoisuus koulutusryhmien välillä oli vähäistä sen suhteen, olivatko korkeat asiakasmaksut olleet hoidon esteenä.

Kustannukset maan keskiarvoa suuremmat

Perusterveydenhuollon avohoidon (pois lukien suun terveydenhoito) asukaskohtaiset nettokäyttökustannukset (450 euroa / asukas) olivat 23 prosenttia maan keskiarvoa suuremmat, ja ne ovat lisääntyneet edellisvuodesta 9,7 prosenttia ja kaikkiaan 10 prosenttia vuodesta 2015. Perusterveydenhuollon vuodeosaston nettokäyttökustannukset (201 euroa / asukas) olivat maan neljänneksi suurimmat ja ylittivät maan keskiarvon 27 prosentilla, vaikka ovat supistuneet 13 prosenttia vuodesta 2015.

Korvattujen lääkkeiden kustannukset (376 euroa / asukas) kasvoivat 2,8 prosenttia edellisvuodesta.

KUVIO 9. Alueiden väliset erot käyntisyiden kirjaamisessa 2017 ja 2018.



6.8 Suun terveydenhuolto

Terveyskeskuspalvelujen käyttö suun terveydenhuollossa on vähäistä, samoin yksityispalvelujen käyttö. Saatavuus on hyvä. Aikuisasiakkaita, joilla on yli viisi hammaslääkärikäyntiä vuoden aikana, on vähän. Julkisen terveydenhuollon asukaskohtaiset nettokäyttökustannukset ovat keskimääräistä suuremmat ja potilasta kohden laskettuna maan kolmanneksi suurimmat.

Palvelujen käyttö vähäistä, saatavuus hyvä

Terveyskeskuspalvelujen käyttö oli alueella vähäistä, väestöön suhteutettuna potilaita ja käyntejä oli vähän. Asiakaskohtaisesti laskettuna käyntejä julkisella puolella oli hieman vähemmän kuin maassa keskimäärin. Aikuisasiakkaita, joilla oli yli viisi käyntiä suun terveydenhuollossa, oli maan toiseksi vähiten, mikä viittaa kustannusten kannalta järkevään toteutukseen. Kelan korvaamia aikuisten yksityisen hammashoidon käyntejä oli alueella vähän.

Väestökyselyssä (Lappi ja Länsi-Pohja yhdessä) vain pieni osa vastaajista ilmoitti puutteita hammaslääkäripalvelujen saatavuudessa tai riittävyydessä. Lokakuussa 2018 kiireettömistä perusterveydenhuollon hammaslääkärikäynneistä vain viidennes toteutui yli kolmen viikon kuluttua hoidon tarpeen arvioinnista, mikä oli maan paras tulos. Alueen asiakkaat olivat myös maan tyytyväisimpiä palvelun toteutumiseen kohtuullisessa ajassa.

Tervehampaisten osuus vaihteli kunnittain

Kouluterveyskyselyn mukaan 8. ja 9. luokan oppilaista hampaitaan harvemmin kuin kahdesti päivässä harjaavia oli hieman enemmän kuin maassa yleensä.

Reikiintyneitä, paikattuja ja poistettuja hampaita oli terveystarkastuksessa käyneillä 12-vuotiailla* enemmän kuin maassa keskimäärin, mutta kariesta keskimääräistä vähemmän. Tervehampaisia heistä oli pienempi osuus kuin maassa keskimäärin.

Niiden asiakkaiden osuus, joilla ei ollut hoidon tarvetta reikiintymisen tai ienhoidon takia, vaihteli kunnittain paljon (Ylitorniossa 82 % ja Tervolassa 44 %).

Potilaskohtaiset kustannukset ovat vähentyneet

Asukaskohtaiset nettokäyttökustannukset (89 euroa / asukas) olivat maan keskimäärää suuremmat; ne olivat suurentuneet 15 prosenttia edellisvuodesta. Potilaskohtaiset kustannukset olivat maan kolmanneksi suurimmat, vaikka ne olivat vähentyneet 22 prosenttia edellisvuodesta. Kelan korvaaman yksityisen hammashoidon asukaskohtaiset kustannukset (47 euroa / asukas) olivat 25 prosenttia maan keskiarvoa pienemmät.

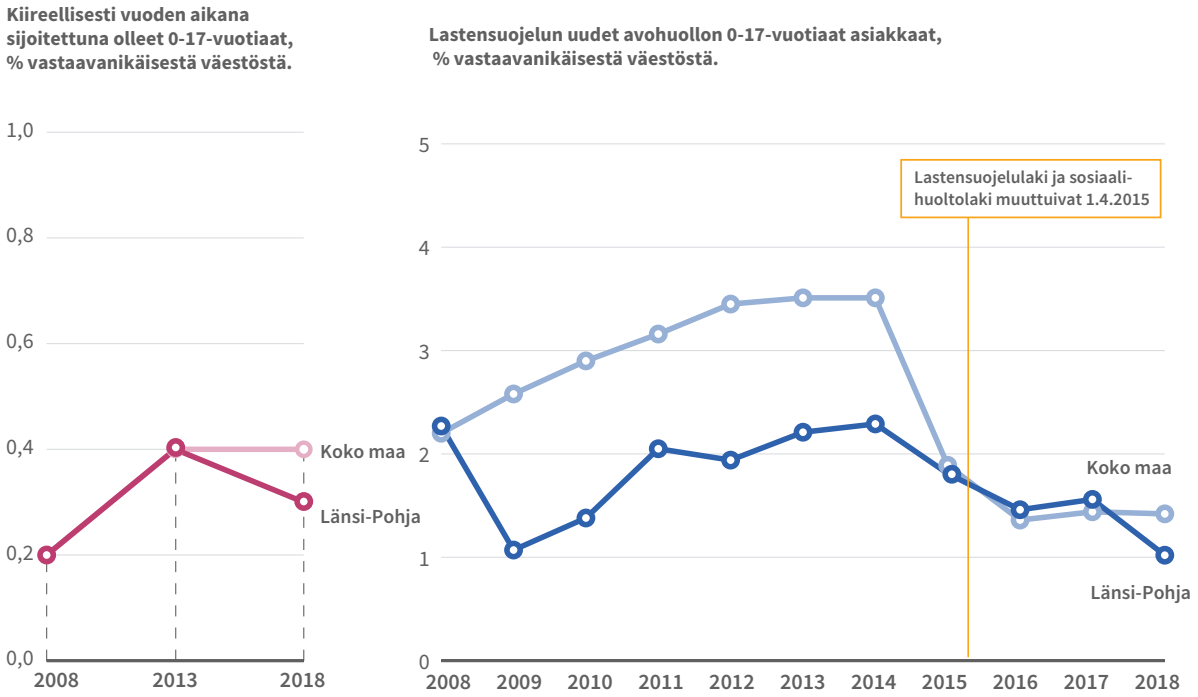
*Kunnat lähettävät 12-vuotiaita terveystarkastuksiin eri perustein, mikä on vertailussa otettava huomioon.

6.9 Lasten, nuorten ja perheiden palvelut

Palvelut painottuvat peruspalveluihin. Lastensuojelun hoitotakuuajat ylittyvät. Uusien lastensuojelun avohuollon asiakkaiden määrä on vähentynyt. Somaattisen erikoissairaanhoidon vuodeosastohoitoa, mutta myös päiväkirurgiaa, on paljon. Raskaudenkeskeytyksiä on nuorilla maan eniten. Lukioissa psykologeja on vähän. Lastensuojelun asukaskohtaiset kustannukset ovat maan keskiarvoa pienemmät.

Väestön ikärakenne lasten ja nuorten osalta on lähellä koko maan ikärakennetta. Ahtaasti asuvia asuntokuntia oli lapsiperheissä maan eniten, ja lapsista pienituloisiin perheisiin kuului maan toiseksi suurin osuus. Vanhempien arvioiman neljäs- ja viidesluokkalaisten epäsosiaalisen käytöksen perusteella mielenterveyspalveluille oli alueella tarvetta muuta maata enemmän. Maan suurin osa 8. ja 9. luokan oppilaista oli toimintarajoitteisia. Oppilaiden itse ilmoittama kokemus mielialaan liittyvistä ongelmista ei anna aihetta huoleen, ja vain harva koki koulukuraattoripalvelut riittämättömiksi. Ikäluokassa humalahakuinen juominen oli yleistä ja tupakkatuotteiden tai sähkösavukkeiden päivittäinen käyttö oli maan yleisintä, mutta huumeita kokeilleita oli pienempi osuus kuin maassa keskimäärin.

KUVIO 10. Lastensuojelun uusien avohuollon asiakkaiden sekä kiireellisesti sijoitettuna olleiden osuudet alueella ja koko maassa.



Vasen kuvio esittää kiireellisesti vuoden aikana sijoittettujen lasten prosentuaaliset osuudet vuosina 2008, 2013 ja 2018 sekä osuuden muutossuunnan. Oikea kuvio esittää lastensuojelun uusien avohuollon asiakkaiden osuudet vuosina 2008–2018. Tulkinnassa tulee huomioida, että uuden sosiaalihuoltolain yhteydessä (1.4.2015) lastensuojelun avohuollon asiakkuus määriteltiin alkamaan vasta mikäli lastensuojelutarpeen selvityksen jälkeen todetaan lastensuojelutarve. Aiemmin asiakkuus alkoi päätöksestä aloittaa lastensuojelutarpeen selvitys.

Käyntejä äitiysneuvolassa ja opiskeluterveydenhuollossa runsaasti

Käyntejä äitiysneuvolassa oli paljon ja lastenneuvolassa keskimääräisesti. Vastaavasti opiskeluterveydenhuollossa käyntejä oli paljon ja kouluterveydenhuollossa keskimääräisesti. Kaikissa oli kuitenkin suuria kuntakohtaisia eroja. Lukion 1. ja 2. luokan oppilaista maan suurimpiin kuuluva osuus kertoi kouluterveydenhoitajan vastaanotolle pääsyssä olevan ongelmia vuonna 2017. Henkilöstöresurssit vaihtelivat, esimerkiksi hoitajamitoitus lasten- ja äitiysneuvolassa ylitti suosituksen, mutta lääkärimitoitus koulu- ja opiskeluterveydenhuollossa ei, vaikka se olikin parempi kuin maassa keskimäärin. Lukioissa psykologeja oli maan toiseksi vähiten oppilasmäärään nähden.

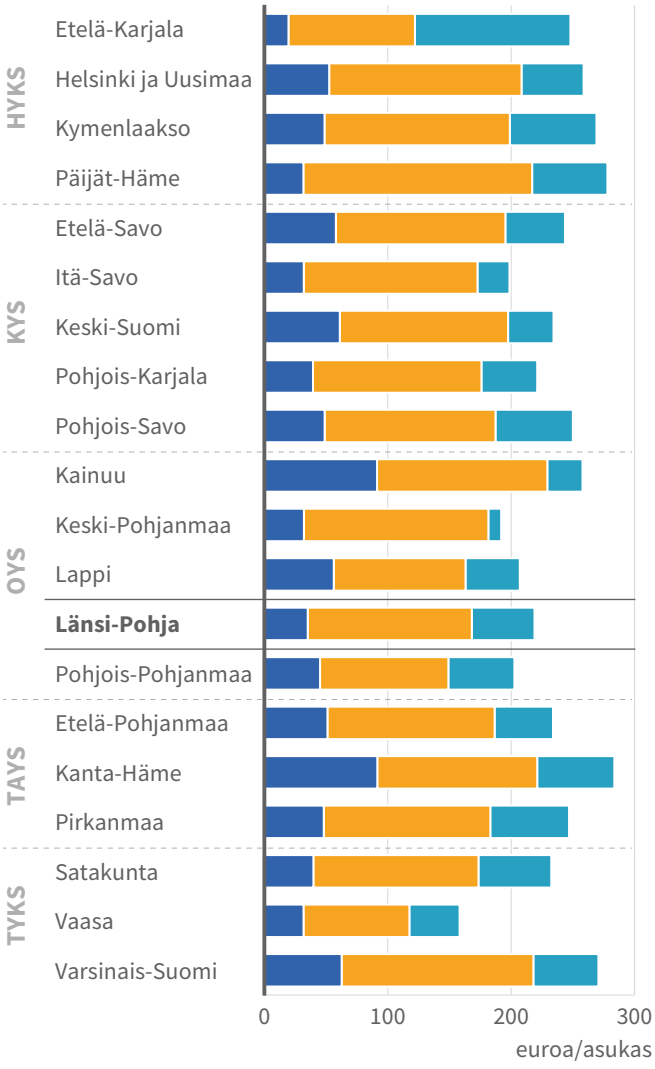
Raskauden ensimmäisen kolmanneksen jälkeen tupakoivia oli maan suurin osuus. Ehkäisyneuvonnassa ei ole onnistuttu, sillä alueen 15–19-vuotiailla oli samanikäisiin verrattuna maan eniten raskaudenkeskeytyksiä, vaikka maksutonta ehkäisyäkin alueella on. Toisaalta alueella oli maan vähiten sellaisia raskaudenkeskeytyksiä, joita edelsi saman tai edellisen vuoden aikana (joko keskeytykseen tai synnytykseen päättynyt) raskaus.

Painopiste peruspalveluissa, kiireellisiä sijoituksia vähän

Kodin- ja lastenhoitopalveluja alueen perheistä käytti maan toiseksi suurin osuus ja lastensuojelun vastaavia palveluja maan pienin osuus. Neuvoloissa oli perhetyöntekijöitä. Alle 22-vuotiaista sosiaalihuoltolain mukaisia kasvatus- ja perheneuvolapalveluja sai keskimääräistä pienempi osuus. Lastensuojelun avohoidon asiakkuudet ja lastensuojeluilmoitukset olivat 0–17-vuotiailla vähäisiä, toisaalta huostassa olleiden osuus ikäluokasta oli maan suurimpien joukossa. Kodin ulkopuolelle sijoitettujen lasten osuus ei ollut poikkeavan suuri, ja se on viime vuodet pysynyt lähes samana. Näistä suositusten mukaisesti suurempi osa oli sijoitettuna perheisiin kuin laitoksiin. Kiireellisiä sijoituksia tehtiin vähän. Uusia lastensuojelun avohuollon asiakkaita oli edellisvuotta vähemmän, mikä voi selittyä sillä, että perheiden tarpeisiin on pystytty vastaamaan jo varhaisemmin muilla palveluilla. (Kuvio 10.)

Lastensuojelun palvelutarpeen arvioinnit käynnistettiin seitsemässä arkipäivässä 98-prosenttisesti, ja ne valmistuivat kolmessa kuukaudessa 93-prosenttisesti, mikä on keskimääräistä huo-

KUVIO 11. Lasten ja perheiden avopalvelujen ja lastensuojelun nettokäyttökustannukset vuonna 2018.



Kuviossa asukaskohtaiset nettokäyttökustannukset esitetään summautuvasti. Kuvio kertoo sekä kustannusten jakautumisesta eri palvelutyyppien kesken että yhteenlaskettujen kustannusten eroista alueiden välillä. Tulkinnassa tulee huomioida alueiden väliset erot väestön ikärakenteessa.

nompi tulos. Palvelut kaikkiaan vaikuttavat painottuneen peruspalveluihin.

Somaattisessa erikoissairaanhoidossa korostui laitoshoito, psykiatriassa avohoito

Lasten somaattisen erikoissairaanhoidon vuodeosastohoidon hoitopäiviä oli maan eniten, vaikka päiväkirurgisia potilaitakin oli paljon. Vuodeosastopotilaita oli maan eniten vuonna 2017. Toisaalta lastentautien avohoito ei korostunut, eikä päivystykseen 48 tunnin sisällä palanneita ollut poikkeavan paljon.

Lasten- ja nuorisopsykiatrian avohoidon käyntejä oli molempia maan keskiarvoa enemmän vastaavanikäisiin suhteutettuna, mutta vastaavasti laitoshoidossa potilaita oli vähän.

Kustannukset olivat maan keskiarvoa pienemmät

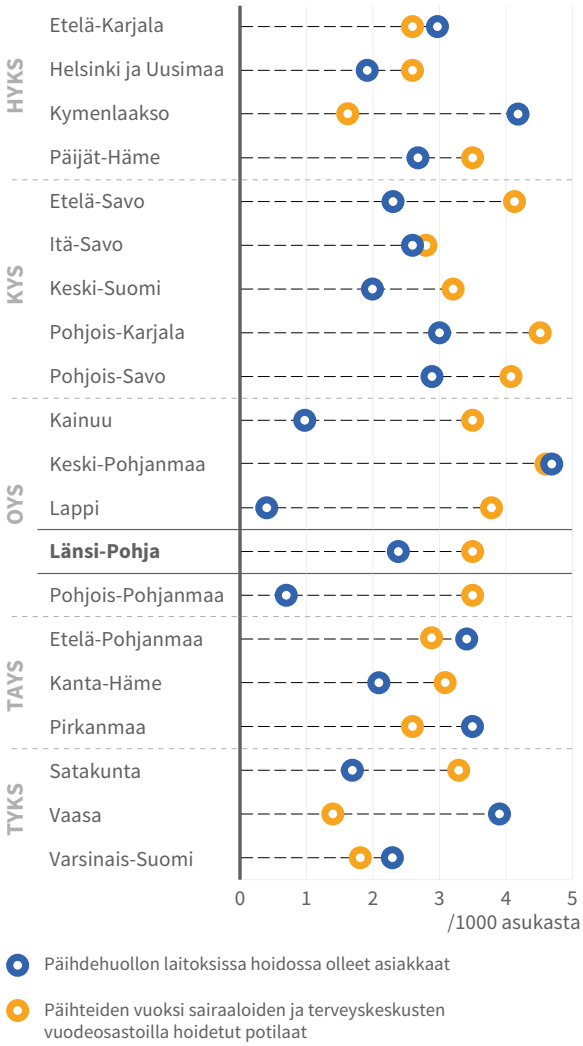
Lastensuojelun asukaskohtaiset avohuoltopalvelujen nettokäyttökustannukset (35 euroa / asukas) olivat maan keskiarvoa pienemmät, ja ne ovat pysyneet lähes ennallaan vuodesta 2015. Laitos- ja perhehoidon nettokäyttökustannukset (133 euroa / asukas) olivat maan keskiarvoa pienemmät. Lasten ja perheiden muiden avopalvelujen nettokäyttökustannukset olivat hieman maan keskiarvoa pienemmät (51 euroa / asukas), ja ne olivat nousseet vuodesta 2015. (Kuvio 11.)

6.10 Aikuisten mielenterveys-, päihde- ja sosiaalipalvelut

Mielenterveys-, päihde- ja sosiaalipalvelujen tarve on keskimääräistä suurempi. Työttömien aktivointiaste on parantunut, mutta toimeentulotukihakemusten käsittelyssä on viiveitä. Nuorisotyöttömyys ja nuorten syrjäytymisriski ovat maan suurimpia. Itsemurhakuolleisuus oli maan suurinta. Pakkotoimia sairaalahoidossa käytetään maan eniten. Kustannukset ovat pienentyneet viime vuosina.

Sosiaalipalvelujen tarve vaikutti 25–64-vuotiailla pienemmältä kuin 18–24-vuotiailla. Nuorisotyöttömiä oli ikäluokasta maan eniten ja useampi kuin joka viides sai vuoden aikana perustoimeentulotukea. Syrjäytymisriskissä olevia nuoria oli maan toiseksi eniten vuonna 2017. Työttömyys on vähentynyt viime vuodet, ja pitkäaikaistyöttömien osuus oli sama kuin koko maassa – toisaalta rakennetyöttömiä oli keskimääräistä enemmän. Väestöstä työllisiä oli maan toiseksi vähiten.

KUVIO 12. Päihdehuollon asiakkaat ja potilaat eri palveluissa alueittain vuonna 2018.



Merkin etäisyys pystyakselista kuvaa väestösuhteutettua asiakasmäärää palvelussa.

Mielenterveyspalvelujen tarve oli muuta maata suurempi. Mielenterveyshäiriöt olivat keskimääräistä yleisempiä ja itsemurhakuolleisuus maan suurinta vuonna 2017. Mielenterveysindeksi (2014–2016) oli maan suurimpia, mutta erityiskorvattaviin lääkkeisiin psykoosin vuoksi oikeutettuja oli keskimääräistä vähemmän. Mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriöiden vuoksi työkyvyttömyyseläkettä 25–64-vuotiaista sai maan toiseksi suurin osuus.

Päihdepalvelujen tarve vaikuttaa suuremmalta kuin maassa keskimäärin poliisin tietoon tulleiden huumausainerikosten ja pistohuumeista saatujen uusien hepatiitti-C-infektioiden perusteella. Myös alkoholia myytiin maan keskiarvoa enemmän väestöön suhteutettuna. Viime vuonna aloitettiin poliisin vetämä Ankkuri-toiminta, jolla pyritään puuttumaan nuorten huumeidenkäyttöön varhain. Toiminta on tuonut huumausainerikoksia esiin.

Psykiatriassa käytetään avoimen dialogin hoitomallia, mutta aikuisten laitoshoitoa on enemmän kuin maassa keskimäärin

Kuntiin osoitetut toimeentulotukihakemukset käsiteltiin viikon sisällä 96-prosenttisesti, mikä oli maan toiseksi pienin osuus. Ehkäisevää toimeentulotukea sai sekä työikäisistä että nuorista vain harva ja täydentävää molemmissa ikäryhmissä maan suurimmat osuudet. Saatavuudessa saattaa näiden perusteella olla ongelmia.

Sairaanhoitopiiri tuottaa Tornion mielenterveyspalvelut ja huhtikuusta 2018 lähtien myös Kemin mielenterveys- ja päihdepalvelut. Avohoidon mielenterveyspalvelujen ja psykiatrian avohoidon käyttö oli maan keskitasoa runsaampaa, kuitenkin

niin, että erikoissairaanhoidon psykiatrialle käyntejä oli maan keskiarvoa vähemmän, samoin perusterveydenhuollon muulle ammattilaiselle kuin lääkärille ja hieman maan keskiarvoa enemmän lääkärille. Avoimen dialogin nk. Keroputaan hoitomallia käytetään alueella. Psykiatrian laitoshoitopäiviä oli maan neljänneksi vähiten 18–24-vuotiailla, vaikka potilasmäärä oli maan suurimpia; hoitojaksot olivat siis keskimäärin lyhyitä. Laitoshoitopäiviä ja -potilaita oli 25–64-vuotiaiden ikäryhmässä keskimääräistä enemmän vastaavanikäisiin suhteutettuna. Pakkotoimia sairaalahoidossa käytettiin alueista eniten.

Psykoterapian saatavuudessa haasteita

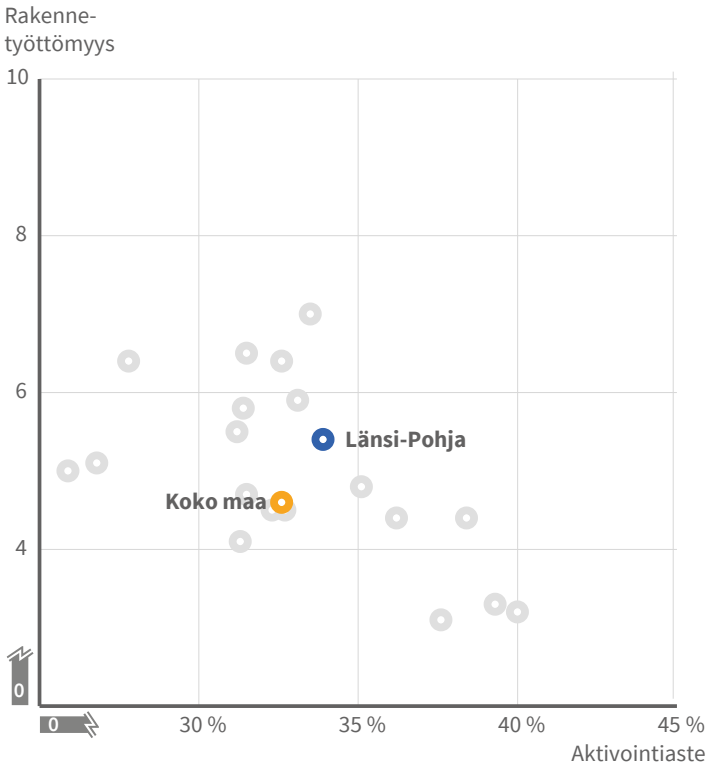
Kelan korvaaman kuntoutuspsykoterapian vähäinen käyttö viittaa psykoterapian saatavuuden haasteisiin. Kuntoutuspsykoterapiaa saaneiden nuorten suhteellinen osuus oli maan pienin. Kelan korvaamia yksityispsykiatrikäyntejä oli maan keskiarvoa selvästi vähemmän, mikä selittynee palvelujen vähäisyydellä. Erikoislääkäritasoinen hoito vaikuttaa kaiken kaikkiaan vähäiseltä.

Uusien C-hepatiitti-infektioiden määrä oli väestöön suhteutettuna maan suurin. Ruiskuhuumeiden välityksellä tarttuneiden C-hepatiitti-infektioiden määrä oli maan keskiarvoa suurempi, mutta se on pysytellyt kolmen viime vuoden ajan aikaisempia vuosia matalammalla tasolla. Alueella on yksi huumeidenkäyttäjien terveysneuvontapiste, Kemin Sauvonsaaren terveysasema, jossa asiointeja vuonna 2018 oli 132 (tieto saatu erikseen Airi Partaselta, THL, ja Varpu Wiensiltä, DIAK).

Päihdehuollon avopalvelujen asiakkaita väestöön suhteutettuna oli maan eniten ja laitoshoidossa keskitasoisesti (kuvio 12). Vuonna 2017 alkoholikuolleisuus oli maan toiseksi pienintä ja 65 vuotta täyttäneillä maan keskiarvoa hieman pienempi.

Työttömien aktivointiasteen perusteella työllistymistä edistävien palvelujen yhteensovittamisessa on onnistuttu kuten muuallakin maassa (kuvio 13). Työttömien terveystarkastukseen osallistumisen perusteella asiakasohjaus ja asiakaslähtöisyys toteutuvat vain kohtalaisesti, mutta paremmin kuin maassa keskimäärin.

KUVIO 13. Rakennetyöttömyys ja aktivointiaste 2018.



Skitsofreniapotilaan vuodeosastohoito uusiutui 30 päivän kuluessa maan toiseksi yleisimmin, kun uusiutuminen kaksisuuntaisen mielialahäiriön vuoksi oli maan vähäisintä. Vuodeosastohoidon uusiutumisen yleisyys voi viitata siihen, että alueella sairaala- ja avohoidon integraatio ei täysin toimi tai että hoito on sairaalakeskeistä.

Kustannukset vähentyneet viime vuosina

Kunnan osarahoittama työmarkkinatuki asukasta kohden (62 euroa / asukas) oli maan keskitasoa pienempi, ja se oli vähentynyt 19 prosenttia vuodesta 2015. Työllistymistä tukevien palvelujen asukaskohtaiset nettokäyttökustannukset (68 euroa / asukas) olivat keskimääräistä pienemmät. Kelan kuntoutuspalvelujen kustannukset (75 euroa / asukas) olivat maan keskiarvoa suuremmat, vaikka ne olivat pienentyneet vuoden 2015 jälkeen. Perustoimeentulotuki (97 euroa / asukas) oli maan keskiarvoa pienempi; se on vähentynyt 18 prosenttia vuodesta 2015. Päihdehuollon erityispalvelujen asukaskohtaiset nettokäyttökustannukset (26 euroa / asukas) olivat maan keskiarvoa pienemmät.

6.11 Vammaisten palvelut

Hoitoa ja huolenpitoa tarvitsevia on paljon muihin alueisiin verrattuna. Vaikeavammaisten palveluasuminen on lisääntynyt, samoin kehitysvammaisten tuettu ja ohjattu asuminen. Laitoshoitoa on vähän. Vaikeavammaisten kuljetuspalvelua saa moni, ja näistä iäkkäiden osuus on maan toiseksi suurin. Asukaskohtaiset kustannukset ovat monin osin maan keskitasoa suuremmat.

Alle 16-vuotiaista korotettua tai ylintä vammaistukea sai huomattavasti useampi kuin maassa keskimäärin ja yli 16-vuotiaista hieman keskimääräistä useampi. Eläkkeensaajien korotettua tai ylintä hoitotukea sai 16–64-vuotiaista maan toiseksi suurin osuus.

Vuonna 2017 vammaisuuden perusteella Kelan etuuksia sai maan toiseksi suurin osuus väestöstä, ja vastaavasti vammaisille myönnettyjen palvelujen ja tukien määrä oli myös suuri.

Aluehallintovirasto antoi hallinnollista ohjausta usean asian suhteen.

Vaikeavammaisten palveluasuminen lisääntynyt, samoin kehitysvammaisten tuettu ja ohjattu asuminen

Vaikeavammaisten palveluasumisen asiakkaita oli väestöön suhteutettuna maan neljänneksi eniten; asiakasmäärä on yli kaksinkertaistunut vuoteen 2015 verrattuna.

Vuonna 2017 kehitysvammaisten ohjatun ja tuetun asumisen asiakkaita oli väestöön suhteutettuna maan neljänneksi eniten ja myös autetun asumisen asiakkaita oli keskimääräistä enemmän. Jälkimmäisessä on ympärivuorokautinen henkilökunta, ja kaikkiaan asiakkaita oli näissä yksiköissä enemmän.

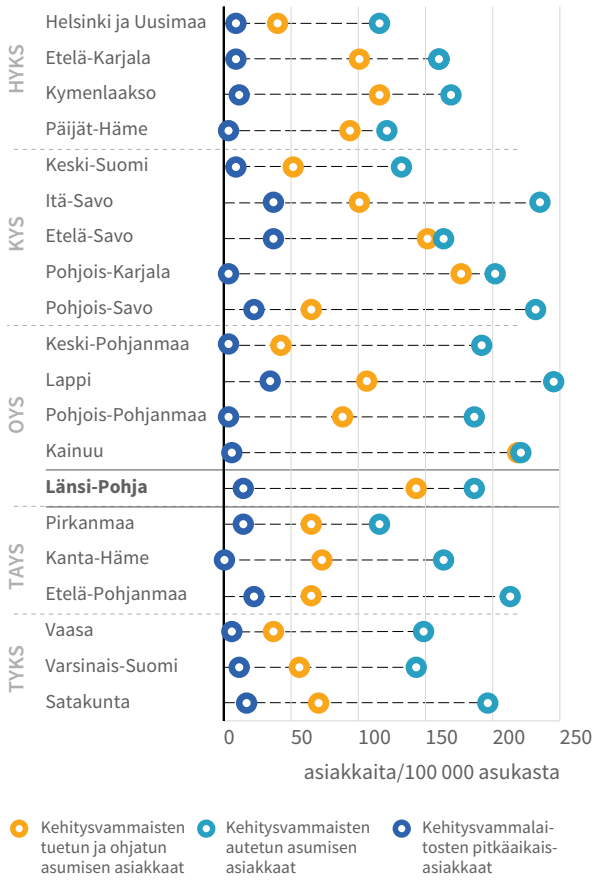
Vuonna 2017 kehitysvammalaitoksessa asui kymmenen pitkäaikaisasiakasta. Järjestäjä on onnistunut purkamaan laitoshoitoa. (Kuvio 14.)

Korvausta asunnon muutostöistä tai laitteista sai vammaispalvelulain perusteella useampi kuin maassa keskimäärin.

Sosiaalihuoltolain mukaisten kuljetuspalvelujen osuus on vähentynyt

Vammaispalvelulain perusteella kuljetuspalvelua sai väestöön suhteutettuna maan kolmanneksi suurin osuus – lisäystä vuodesta 2015 oli 19 prosenttia vastoin koko maan trendiä. Ikääntyneiden osuus näissä palveluissa oli maan toiseksi suurin. Sosiaalihuoltolain perusteella kuljetuspalvelua sai hyvin harva; käytettävän tiedon perusteella palvelu on lähes loppunut vuoden 2015 jälkeen.

KUVIO 14. Kehitysvammaisten laitos- ja asumispalvelujen asiakkaat 2017.



Merkin etäisyys pystyakselista kuvaa väestösuhteutettua asiakasmäärää palvelussa.

Ympärivuorokautisen hoivan asumispalvelujen kustannukset maan pienimpiä

Vammaispalvelulain mukaisten palvelujen ja taloudellisten tukitoimien menot yhteensä (144 euroa / asukas) olivat maan keskiarvoa suuremmat, ja näistä kuljetuspalvelujen kustannukset (41 euroa / asukas) olivat maan suurimmat. Vammaisten ympärivuorokautisen hoivan asumispalvelujen nettokäyttökustannukset (127 euroa / asukas) olivat maan pienimpiä ja laitoshoidon (26 euroa / asukas) maan keskiarvon tuntumassa. Muiden vammaisten palvelujen nettokäyttökustannukset olivat maan keskiarvoa suuremmat (208 euroa / asukas).

6.12 Ikääntyneiden palvelut

Eläkeläisistä hoitotukea saa usea. Palvelurakenne on keventynyt. Säännöllistä kotihoitoa on paljon hyvin iäkkäillä. Muistisairaiden hyvän hoidon kriteeristö käytössä kotihoidossa. Päivystyskäyntejä on paljon sekä perusterveydenhuollossa että erityisesti erikoissairaanhoidossa. Asukaskohtaiset kustannukset ovat monin osin suuret, ja ne ovat kasvaneet viime vuosina.

Eläkeläisistä maan kolmanneksi suurin osuus saa korotettua tai ylintä hoitotukea

Länsi-Pohjan väestö ei juuri poikennut ikääntyneiden osalta muusta maasta. Maan kolmanneksi suurin osuus alueen eläkeläisistä sai korotettua tai ylintä hoitotukea. Toimeentulotukea yli 65-vuotiaista sai saman verran kuin maassa keskimäärin. Yksin asuminen yli 75-vuotiailla ei poikennut muusta maasta. FinSote-kyselyn tiedot ovat Länsi-Pohjan ja Lapin väestöllä yhteiset: Elämänlaatunsa hyväksi kokeneiden osuus yli 65-vuotiaista oli maan suurimpia, rahanpuute tulee esille perusasioiden (esimerkiksi ruoka ja lääkkeet) hankinnoissa ja yli 75-vuotiaista harva kokee muistissa tai itsestä huolehtimisessa ongelmia, mutta tunne yksinäisyydestä oli maan yleisimpiä.

Toimiva kotihoito Lappiin -hankkeessa on kehitetty yhdessä alueen kuntien kanssa kotikuntoutuksen ja ennakoivan kotiutumisen toimintamalli, kokeiltu ja selvitetty etäteknologian käyttöä palveluissa ja valmennettu henkilöstöä. (Toimiva kotihoito Lappiin -hanke)

Palvelurakenne on keventynyt

Kotona asui 91 prosenttia 75 vuotta täyttäneistä. Omaishoidon tuella hoidettavien osuus oli maan keskiarvon tuntumassa yli 75-vuotiailla, mutta maan pienimpiä yli 85-vuotiailla. Toisaalta lähes neljännes, maan suurimpia osuuksia, jälkimmäisestä ikäluokasta sai säännöllistä kotihoitoa. Ikääntyneiden tehostettu palveluasuminen on lisääntynyt vuodesta 2015 ja oli hieman keskimääräistä yleisempää. Vanhainkodeissa tai pitkäaikaisessa laitoshoidossa oli yli 75-vuotiaista pienempi osuus kuin vuonna 2015, mutta osuus oli edelleen maan suurimpia. (Kuvio 15.)

Kotihoitoon kohdennettu henkilöstöä

Kotihoidon henkilöstön osuus ikääntyneiden palvelujen henkilöstöstä oli maan suurimpia. Yli 75-vuotiaista yhtä moni oli intensiivisessä kotihoidossa kuin maassa keskimäärin, heistä viidenneksen luona käydään 2–3 kertaa päivässä ja lähes neljänneksen luona vähintään kolme kertaa. Kotona asumiseen sama ikäluokka sai tukipalveluja useammin kuin maassa keskimäärin.

Päivystyskäynnit lisääntyneet kuten koko maassa

Yli 75-vuotiaiden päivystyskäynnit ovat lisääntyneet vuodesta 2015 sekä perusterveydenhuollossa että erikoissairaanhoidossa, jossa niitä oli maan toiseksi eniten.

Perusterveydenhuollon vuodeosastopotilaita oli väestöön suhteutettuna keskimääräistä enemmän ja hoitopäiviä maan kolmanneksi eniten, vaikka ne ovat vähentyneet vuoden 2015 tasolle vuonna 2016 tapahtuneen kasvun jälkeen.

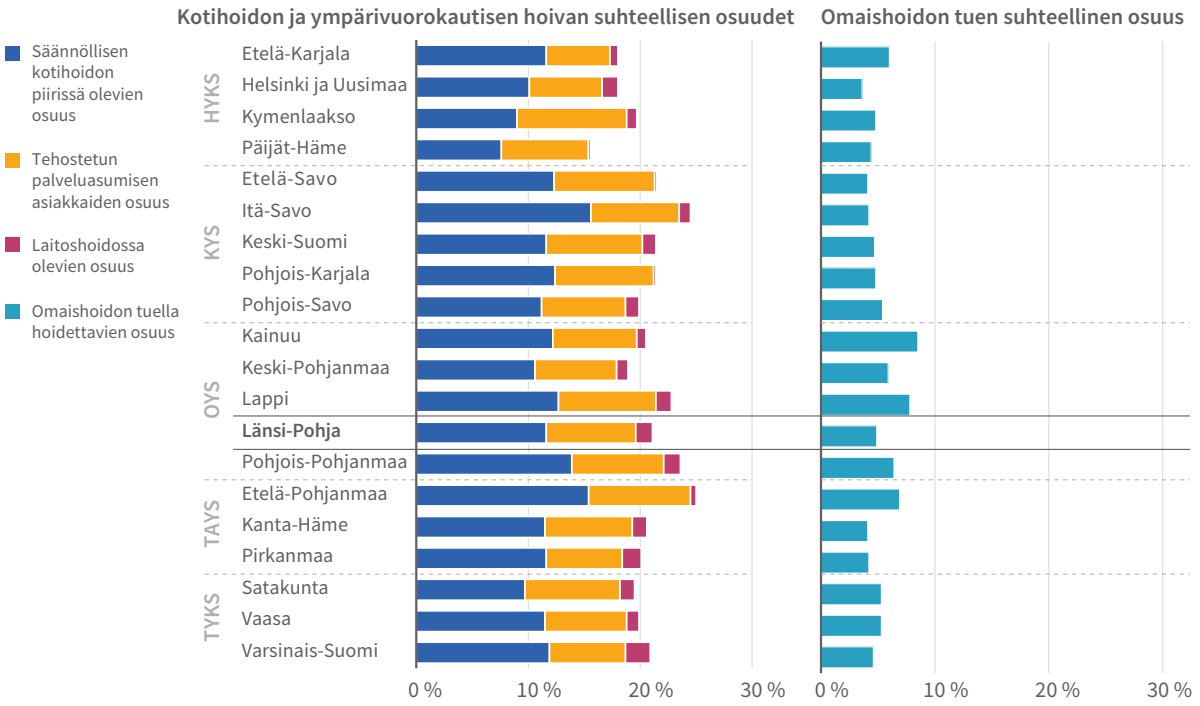
Kaatumiseen ja putoamiseen liittyvät hoitojaksot yli 65-vuotiailla olivat aluevertailun yleisimpiä. Somaattisen erikoissairaanhoidon vuodepotilaina oli maan toiseksi suurin osuus alueen 75 vuotta täyttäneistä vuonna 2017, hoitopäiviä heillä oli saman verran kuin maassa keskimäärin. Aikuisikäisistä vuodeosastopotilaista 31 prosenttia oli yli 75-vuotiaita, ja heille kertyi 34 prosenttia hoitopäivistä. Vain pieni osa 64 vuotta täyttäneistä oli psykiatrian laitoshoidossa, ja hoitopäiviä heille kertyi vain vähän.

Erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon hyvä integraatio sekä myös hyvät perusterveydenhuollon ja vanhusten palvelut mahdollistavat hoitojen painottumisen peruspalveluihin. Kuntakohtaiset erot edellä mainituissa palveluissa olivat huomattavat.

Muistisairaiden hyvän hoidon kriteeristö otettu käyttöön hyvin

Viidesosassa kotihoidon yksiköistä ravitsemustilaa ja lääkehoitoa arvioidaan systemaattisesti; osuus on huonompi kuin koko maassa. Maan suurin osuus

KUVIO 15. Ikääntyneiden palvelurakenne ja -kattavuus 75 vuotta täyttäneillä suhteessa vastaavan ikäiseen väestöön 2017.



Vasen kuvio esittää kotihoidon ja ympärivuorokautisen hoivan prosentuaaliset osuudet summautuvasti. Tiedot ovat poikkileikkaustietoja. Oikealla olevassa kuviossa esitetään vuoden aikana omaishoidon tukea saaneiden hoidettavien osuus prosentteina. Omaishoitajien osuus on vuoden kertymätieto.

kotihoidon yksiköistä oli ottanut käyttöön muistisairaiden hyvän hoidon kriteeristön. Saattohoito-osaamisessa lisäkoulutustarpeen koetaan olevan maan pienimpiä ympärivuorokautisen hoidon yksiköissä ja maan pienin kotihoidossa. (THL, Vanhuspalvelujen tila -tutkimus.)

Aluehallintoviraston valvonta kohdistui erityisesti henkilöstön riittävyyteen, koulutukseen ja osaamiseen sekä palvelujen laatuun ja turvallisuuteen. Yksityisten palveluntuottajien määrä on olennaisesti lisääntynyt, samoin epäkohtailmoitusten määrä, kun tuottaja vaihtui kunnasta yksityiseksi.

Kotihoidon ja ympärivuorokautisen hoivan asumispalvelujen kustannukset kasvussa

Kotihoidon nettokäyttökustannukset (277 euroa / asukas) olivat maan toiseksi suurimmat. Ne ovat kasvaneet vuoteen 2015 verrattuna (14 %). Ikääntyneiden ympärivuorokautisen hoivan asumispalvelujen nettokäyttökustannukset (345 euroa / asukas) olivat maan keskiarvoa suuremmat, mutta melko tyypilliset. Nekin ovat kasvaneet vuodesta 2015 (18 %). Ikääntyneiden laitospalvelujen nettokäyttökustannukset (81 euroa / asukas) olivat maan suurimpien joukossa ja hieman vähenemässä. Muiden ikääntyneiden palvelujen nettokäyttökustannukset (74 euroa / asukas) olivat keskimääräistä pienemmät.

7 Mellersta Österbotten

7.1 Expertutvärdering

Få riskfaktorer som ökar servicebehovet

Mellersta Österbottens sjukvårdsdistrikt är ett område som består av tio kommuner och 78 000 invånare. Området har landets näst största andel svenskspråkig befolkning. Nativiteten är hög och likaså är andelen barn stor, däremot har området landets minsta andel personer i arbetsför ålder. Försörjningskvoten är högre än landets medelnivå och den demografiska försörjningskvoten är en av de högsta i landet. Området har landets jämnaste inkomstfördelning. Med tanke på arbetslöshet, aktiv organisationsverksamhet, familjestruktur och sjuklighet är området välmående. Man kan vara nöjd över de låga siffrorna i fråga om förtida dödsfall och självmordsdödlighet. THL:s icke-åldersstandardiserade sjuklighetsindex är 104.

Tillgången till tjänster huvudsakligen i skick

Användningen av den specialiserade sjukvårdens jour samt öppenvården och avdelningsvården avviker knappt alls från landets medelvärde. Det har inte observerats några stora problem i tillgången till vård, men vad gäller vänte- och behandlingstider förekommer det i viss mån fördröjningar som strider mot lagstiftningen om vårdgaranti. Specialisttjänster har skaffats som köpta tjänster vilket har lett till att det tagit längre tid att behandla remisser. Området har landets största andel patienter från andra sjukvårdsdistrikt. Det sker anmärkningsvärt många förlossningar. Det ringa antalet patienter som återvänder för vård vittnar om att jourverksamheten är av hög kvalitet. Alla mentalvårdstjänster ordnas inom ramen för den specialiserade sjukvården. Den psykiatriska institutionsvården avviker inte från landets medelvärde även om fokusen på specialiserad sjukvård kan bidra till förnyade perioder av vård på vårdavdelning. Tvångsåtgärder används i ringa utsträckning i sjukhusvården.

Primärvårdens täckning är bra, likaså tillgången till vård. Det görs få besök hos läkare och skötare inom öppenvården, men det är vanligt att uträtta ärenden elektroniskt eller per telefon. Jouren och avdelningsvården används mer än genomsnittligt i området. En större del än genomsnittligt av läkarnas arbetsinsats allokeras till rådgivningstjänster samt även till vård på vårdavdelningar. I fråga om mun- och tandvård ligger fokus på hälsovårdscentralerna, och i området finns många människor som behöver många mun- och tandvårdstjänster.

Skol- och studerandehälsovården har exceptionellt små läkarresurser och det finns knappt om psykologer vid gymnasierna. Hälsovårdardimensioneringen överskrids vid rådgivningarna. Hemservicen och barnavårdsservicen samt barnskyddet har många familjer som klienter. Antalet barnskyddsanmälningar har minskat och är näst lägst i landet. Barnskyddet gör sina bedömningar inom den utsatta tiden. Behovet av tjänster på specialiserad nivå och krävande nivå verkar vara mindre än landets genomsnitt.

Antalet klienter inom missbrukarvårdens öppna tjänster i förhållande till befolkningen är större än landets medelnivå och antalet klienter som får institutionsvård störst i landet, trots att riskkonsumtionen av alkohol är måttlig och alkoholdödligheten hör till landets minsta. Hälsorådgivningspunkterna för drogmissbrukare har använts i ringa grad. Handläggningen av utkomststöd löper smidigt och aktiveringsgraden bland arbetslösa har ökat.

Området har fjärde flest personer som får handikappbidrag och antalet tjänster och stöd som beviljas personer med funktionsnedsättning ligger klart över landets medelvärde. Det råder brist på tjänster för barn och unga. Inom boendeservicen för personer med utvecklingsstörning ligger tyngdpunkten på tyngre tjänster med dygnetruntvård, men å andra sidan förekommer knappt alls någon institutionsvård. Möjligheterna till självständigt boende stöds i stor utsträckning genom ändringsarbeten och anordningar i bostaden.

Den regionala servicehelheten för äldre verkar fungera. Stödet för närståendevård utnyttjas näst mest i landet. Inom hemvården används en virtuell omsorgstjänst och läkemedelsautomater. Nästan alla enheter

för hemvård får stöd av ett hemsjukhus och läkarkonsultationer. Få enheter erbjuder service nattetid på vardagar och veckoslut. Informationssystemet RAI och en effektiviserad multiprofessionell handlingsmodell för rehabilitering i hemmet används.

Ett par års erfarenhet av ansvar för att ordna social- och hälsotjänster på landskapsnivå

Social- och hälsovårdssamkommunen Soite är landskapets samkommun och förenar tjänster på basnivå och specialnivå samt social- och hälsovårdstjänster. Soite inledde sin verksamhet den 1 januari 2017. I området finns 13 hälsostationer och Mellersta Österbottens centralsjukhus har en samjour. De lokaler för primärvård och socialt arbete som ska byggas i anslutning till centralsjukhuset är betydande investeringar genom vilka man stärker campusområdet för social- och hälsovård enligt principen om en integrerad verksamhetsmiljö.

Man har genomfört verksamhetsmodeller för samarbete mellan många aktörer och identifierat integrationsgränssnitt. Samarbetet mellan tjänsterna på basnivå och specialiserad nivå och social- och hälsovården har fått stöd genom till exempel multiprofessionella team och genom att man i större utsträckning gjort upp vård-, service- och rehabiliteringsplaner i enlighet med klienternas behov. Möjligheterna till elektronisk konsultation har utökats.

Kostnaderna för primärvårdens vårdavdelning har minskat, på det stora hela har kostnaderna ökat

Kommunerna i området har fått en sämre ekonomi. Redovisningsperiodens resultat per invånare uppvisade underskott i alla kommuner förutom en. Tre kommuner har ett negativt årsbidrag, och årsbidraget är endast i en kommun tillräckligt för att täcka avskrivningarna. Kostnaderna för social- och hälsotjänsterna är inte i balans med kommunernas finansieringsförmåga. Utöver programmet för att få ekonomin i balans startades ett samarbetsförfarande som berör hela personalen den 8 oktober 2019.

Nettodriftskostnaderna för social- och hälsovården är större än landets medelvärde och de har stigit med 5,2 procent sedan året innan, vilket är mer än i hela landet. Också 2017 var de behovsstandardiserade utgifterna högre än landets medelvärde.

Nettodriftskostnaderna per invånare för den specialiserade sjukvården ligger nära landets medelvärde, men är större än året innan. Kostnaderna utgör den största andelen i hela sektorn, men hör i jämförelsen mellan alla områden till de lägsta i landet. Kostnaderna för primärvårdens öppenvård per invånare är större än genomsnittet i landet men mindre än 2015. Vårdavdelningens kostnader har minskat med 29 procent jämfört med 2015, och kostnaderna närmar sig landets medelvärde. Nettodriftskostnaderna per invånare för mun- och tandvården är störst i landet och håller på att stiga.

Nettodriftskostnaderna för barnskyddets institutions- och familjevård samt öppenvårdstjänster är skäliga i proportion till den stora andelen barn och i linje med områdets mindre behov av specialtjänster. Inom tjänsterna för personer med funktionsnedsättning hör kostnaderna för dygnetruntomsorg till de största i landet, men i övrigt är kostnaderna till största delen lägre än landets genomsnitt. Nettodriftskostnaderna per invånare för specialtjänster inom missbrukarvården ligger på landets medelnivå. Kostnaderna per invånare för Fpa:s rehabiliteringstjänster hör till de högsta i landet. Kostnaderna för tjänster som stödjer sysselsättningen och kommunens delfinansierade arbetsmarknadsstöd är bland de lägsta i landet, likaså det grundläggande utkomststödet per invånare.

Tjänsterna för äldre utgör den näst största utgiftsposten. Nettodriftskostnaderna för hemvården är högre än i landet i genomsnitt och håller på att stiga. Kostnaderna för boendeservice med dygnetruntomsorg hör till de största i landet medan kostnaderna för institutionsservice är bland de lägsta. Kostnaderna för tjänsterna för äldre förutspås stiga med 44 procent före 2030.

Utmaningar att genomföra vaccinationsprogrammet

Kommunerna och samkommunen arbetar för verksamheten för främjande av välfärd och hälsa och nätverket för detta omfattar dessutom många olika aktörer och organisationer i landskapet. Motionsrådgivning ordnas i stor utsträckning i kommunerna.

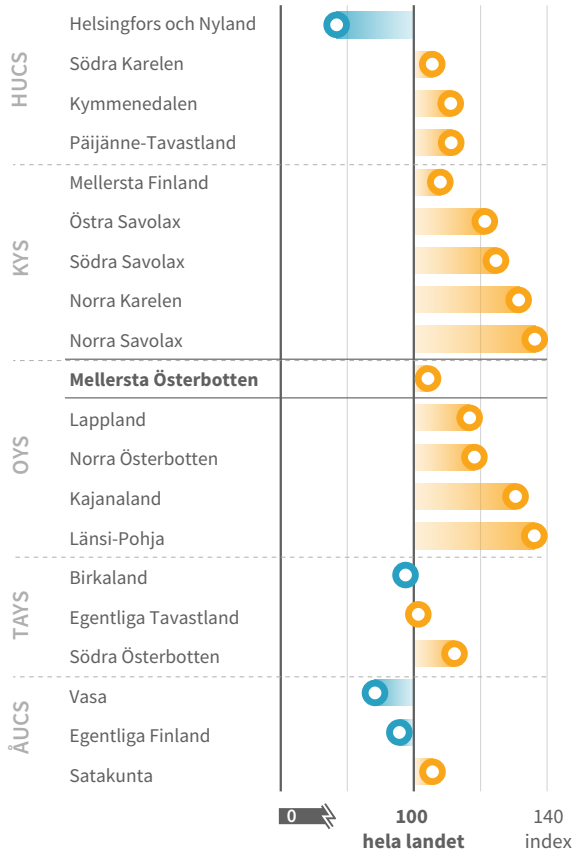
Invånarna i Mellersta Österbotten har sundare levnadsvanor än genomsnittet, men det förekommer utmaningar i det upplevda välbefinnandet och den upplevda hälsan och detta gäller både barn och vuxna. Antalet nya hepatit C-infektioner är lägst i landet i proportion till befolkningen. En stor utmaning för området är att genomföra vaccinationsprogrammet enligt målen.

7.2 Verksamhetskontext

Få faktorer som ökar befolkningens servicebehov

Mellersta Österbottens sjukvårdsdistrikt är ett område som består av tio kommuner och 78 000 invånare. Området har den fjärde minsta befolkningen i landet. Över hälften av invånarna bor i Karleby. Området har landets näst största andel svenskspråkig befolkning. 41 procent av invånarna är sysselsatta (2017). Försörjningskvoten (2017) är högre än landets medelnivå och den demografiska försörjningskvoten tredje högst i landet. I fråga om befolkningsstruktur har området landets näst största andel personer under 18 år och landets minsta andel 25–65-åringar. Förlossningstalet bland kvinnor i fertil ålder är högst i landet. Andelen familjer med bara en förälder är näst minst i landet. Antalet personer som aktivt deltar i organisationsverksamhet eller liknande är högst i landet medan antalet ungdomar utanför utbildning är minst i en jämförelse med hela landet. Området har landets tredje lägsta arbetslöshetsgrad, landets näst lägsta andel långtidsarbetslösa och tredje lägsta andel strukturellt arbetslösa. Situationen ser i många avseenden bra ut i området. Området har landets jämnaste inkomstfördelning.

FIGUR 2. Skillnader i sjuklighet mellan områdena.



THL:s sjuklighetsindex beskriver sjukligheten bland befolkningen i kommuner och områden i förhållande till nivån i hela landet. Ju lägre index, desto friskare är befolkningen i området. Indexet innehåller uppgifter om sju allvarliga sjukdomsgrupper. Det icke-åldersstandardiserade indexet beskriver den verkliga sjukdomsbördan i området.

Sjukligheten ligger på landets medelnivå och antalet förtida dödsfall är minst i hela landet

Under tidsperioden 2014–2016 var THL:s icke-åldersstandardiserade sjuklighetsindex för befolkningen i området aningen högre än landets medelnivå, 104, men det förekommer stora variationer mellan kommunerna (93-152)(figur 2). De icke-åldersstandardiserade indexen för olika sjukdomsgrupper ligger till största delen på landets medelnivå eller aningen högre (olycksfall 99, demens 100 [2013–2015], cancer 104, psykisk hälsa 104, sjukdomar i stöd- och rörelseorganen 105, cerebrovaskulära sjukdomar 111, kranskärlssjukdomar 119), men även dessa varierar stort mellan olika kommuner. Självmordsdödligheten är lägst i hela landet. År 2017 hade områdets invånare under 80 år näst minst förlorade levnadsår i hela landet.

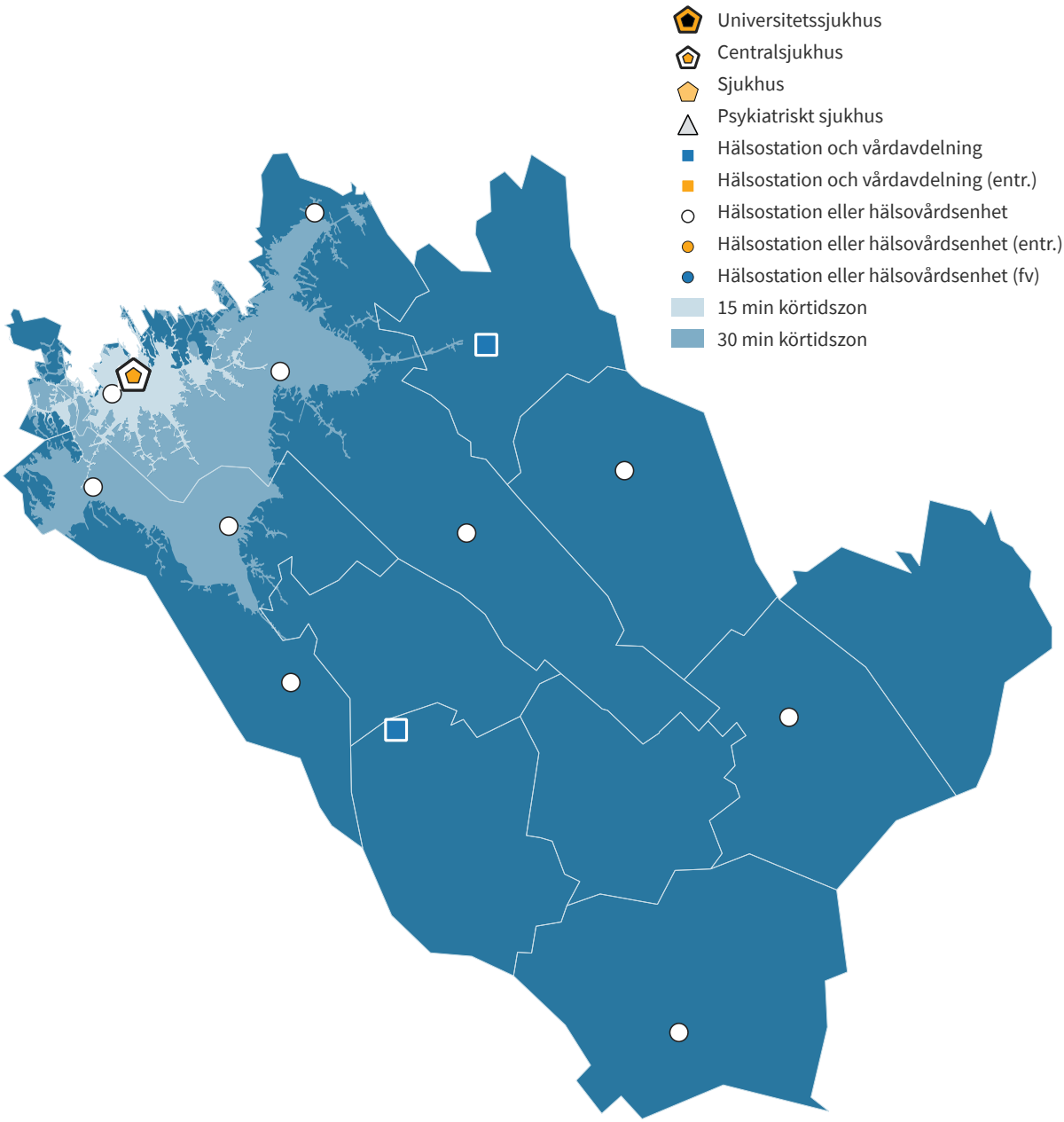
Landskapet har haft organiseringsansvaret i tre år

Social- och hälsovårdssamkommunen Soite är landskapets samkommun och förenar tjänster på basnivå och specialnivå samt social- och hälsovårdstjänster. Soite inledde sin verksamhet den 1 januari 2017. I området finns 13 hälsostationer med läkarmottagning och i Reisjärvi finns dessutom en skötarmottagning (samkommunen Selänne). Den specialiserade sjukvården har koncentrerats till Mellersta Österbottens centralsjukhus. (Figur 3.)

Lokaler för primärvård och socialt arbete i anslutning till centralsjukhuset

En betydande investering är att programmet för ombyggnad av Mellersta Österbottens centralsjuk-

FIGUR 3. Servicenätverk för hälsovårdstjänster som anordnas i offentlig regi 2018.



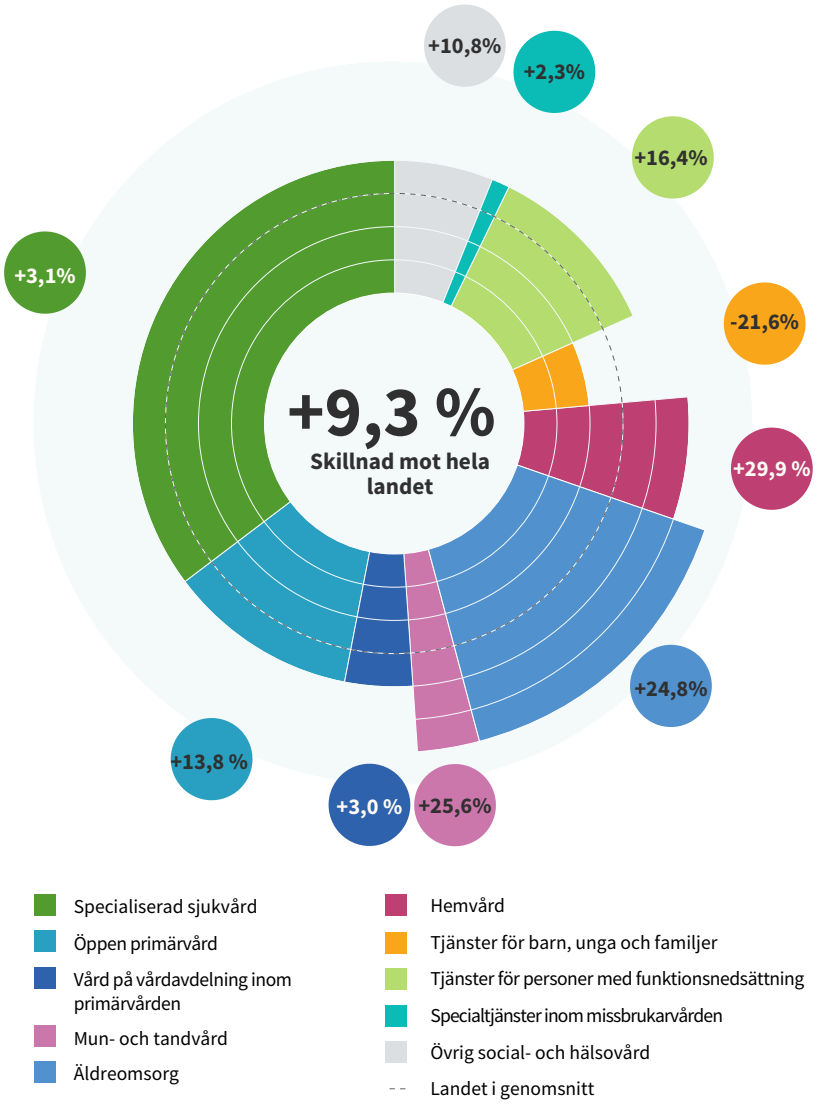
De hälsovårdstjänster som anordnas i offentlig regi är indelade i sjukhus- och hälsostationtyper. Hälsostationerna är även indelade iverksamhetsställen som distriktet själva tillhandahåller, som man lägger ut på entreprenad (entr.) eller som kan väljas fritt av invånarna via försöket med servicesedlar (fv). De ljusare zonerna på kartan visar den geografiska tillgängligheten till närmaste dygnet-runt-jour.

hus fortsätter och att det i anslutning till centralsjukhuset ska byggas lokaler för primärvård och socialt arbete (cirka 20 miljoner euro), genom vilka man stärker campusområdet för social- och hälsovård enligt principen om en integrerad verksamhetsmiljö.

7.3 Social- och hälsovårdens finansiering och kostnader

Nettodriftskostnaderna för social- och hälsovården har ökat med fem procent sedan förra året och samtidigt har kommunernas ekonomi blivit sämre. År 2017 var de behovsstandardiserade utgifterna tre procent högre än i landet i genomsnitt. Enligt en befolkningsprognos kommer befolkningen fram till 2030 att minska och åldras i långsammare takt än i resten av landet, och därför är prognosen för den reala tillväxten lägre än i det övriga landet.

FIGUR 4. Fördelning av nettodriftskostnaderna för social- och hälsovårdsväsendet i distriktet och skillnaden jämfört med genomsnittet i landet 2018.



Figuren visar fördelningen av kostnaderna uppgiftsvis. Om områdets utgifter är större än genomsnittet i landet överskrider den uppgiftsvisa delen i figuren genomsnittet i landet, som visas med en streckad linje. Skillnaden jämfört med genomsnittet i landet visas även i procent.

Den uppgiftsvisa andelens bredd visar den relativa andelen för alla social- och hälsovårdens nettodriftskostnader.

Den uppgiftsvisa andelens avstånd från mittpunkten visar dess relativa placering i en jämförelse mellan områdena.

Kommunernas ekonomiska bärkraft har blivit sämre

Enligt kommunernas och kommunkoncernernas ekonomiska uppgifter fick kommunerna (10) i Mellersta Österbotten sämre ekonomi 2018, precis som i hela landet. Resultaten av kommunernas redovisningsperioder uppvisade underskott i alla kommuner utom Veteli. Ett år tidigare hade fem kommuner uppvisat underskott.

Utvecklingen gällande kommunernas skatteinkomster var svag. Kommunernas skatteinkomster per invånare minskade delvis (Halsua, Karleby, Reisjärvi, Veteli) och ökade delvis (Kannus, Kaustby, Kronoby, Lestijärvi, Perho, Toholampi), sammanlagt minskade de med 84,7 euro per invånare jämfört med året innan. På det hela taget ökade skattefinansieringen, det vill säga skatteinkomsterna och statsandelen per invånare, i områdets kommuner, med undantag för Halsua, Karleby, Veteli och Perho. På basis av koncernbokslutet[1]uppfyller ekonomin i Reisjärvi, Kaustby och Halsua i princip villkoren för det sammanslagningsunderstöd enligt prövning som avses i 56 a § i kommunstrukturlagen.

Årsbidraget som beskriver inkomstfinansieringens tillräcklighet per invånare försämrades avsevärt i alla områdets kommuner förutom Veteli. Ett negativt årsbidrag registrerades i Lestijärvi (- 346 euro/invånare), Perho (- 20 euro/invånare) och Reisjärvi (- 330 euro/invånare). År 2017 fanns det i Mellersta Österbotten inte en enda kommun med negativt årsbidrag.

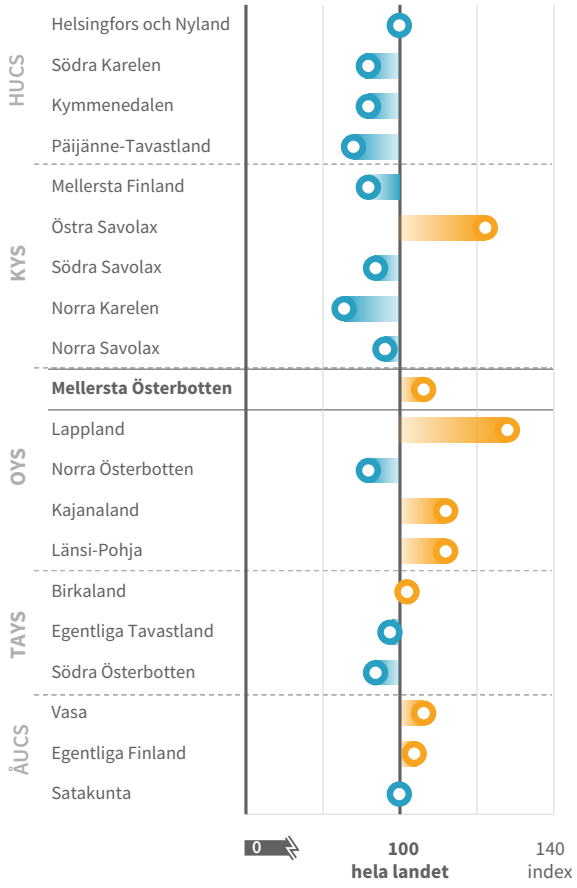
Endast i Veteli räckte årsbidraget för att täcka avskrivningarna, medan det ett år tidigare hade täckt avskrivningarna i fem kommuner.

Nettodriftskostnaderna för social- och hälsovården har ökat

Nettodriftskostnaderna för social- och hälsovården i Mellersta Österbotten uppgick till sammanlagt 282 miljoner euro (3 628 euro/invånare). Nettodriftskostnaderna per invånare var 9,3 procent högre än i landet i genomsnitt (figur 4), och de hade stigit med 5,2 procent jämfört med året innan och med sammanlagt 7,8 procent sedan 2015. Kostnaderna var minst i Karleby (3 496 euro/invånare) och störst i Lestijärvi (4 835 euro/invånare).

Den specialiserade sjukvården stod proportionellt sett för den största andelen av kostnaderna (36 %), och den näst största andelen av kostnaderna inriktades på tjänster för äldre (16 %). Primärvårdens öppenvård stod för 11,5 procent av kostnaderna och vårdavdelningarna för 4,4 procent (figur 4).

FIGUR 5. Index för behovsstandardiserade utgifter inom social- och hälsovården 2017.



Med behovsstandardiserade utgifter avses hänsyn till faktorer som påverkar servicebehovet av invånarna i området. Landets medelvärde är 100. En högre siffra anger hur många procent högre områdets behovsstandardiserade utgifter var än genomsnittet för hela landet.

[1] Enligt 114 § i kommunallagen ska kommunerna upprätta och i sitt bokslut ta in ett koncernbokslut. En kommunkoncern omfattar kommunens egen organisation, inklusive kommunens affärsverk, samt olika sammanslutningar där kommunen har bestämmande inflytande enligt bokföringslagen (1336/1997). Med koncernbokslutet sammanställs dessutom genom proportionell sammanställning de samkommuner kommunen är medlem i, och i bokslutet beaktas även kommunens intressesammanslutningar. Sedan 2017 har kriskommunförfarandet grundat sig på såväl underskottet i kommunens balansräkning som på uppgifter om kommunkoncerner enligt kriterierna i 118 § i kommunallagen.

Social- och hälsovårdens behovsstandardiserade utgifter överskred landets medelvärde

År 2017 var hela landets nettoutgifter för social- och hälsovården i genomsnitt 3 100 euro per invånare och i Mellersta Österbotten 3 275 euro per invånare, vilket är sex procent mer än i landet i genomsnitt. Områdets befolknings servicebehov var tre procent högre än genomsnittet. De behovsstandardiserade utgifterna[2] var tre procent högre än i landet i genomsnitt (figur 5). Bland kommunerna i Mellersta Österbotten var befolkningens servicebehov som lägst en procent lägre än landets genomsnitt (Karleby och Kronoby) och som högst 35 procent högre än genomsnittet (Lestijärvi). Lestijärvi hade områdets lägsta behovsstandardiserade social- och hälsovårdsutgifter, tre procent lägre än i landet i genomsnitt. Områdets största behovsstandardiserade utgifter hade Kronoby, nio procent större än genomsnittet.

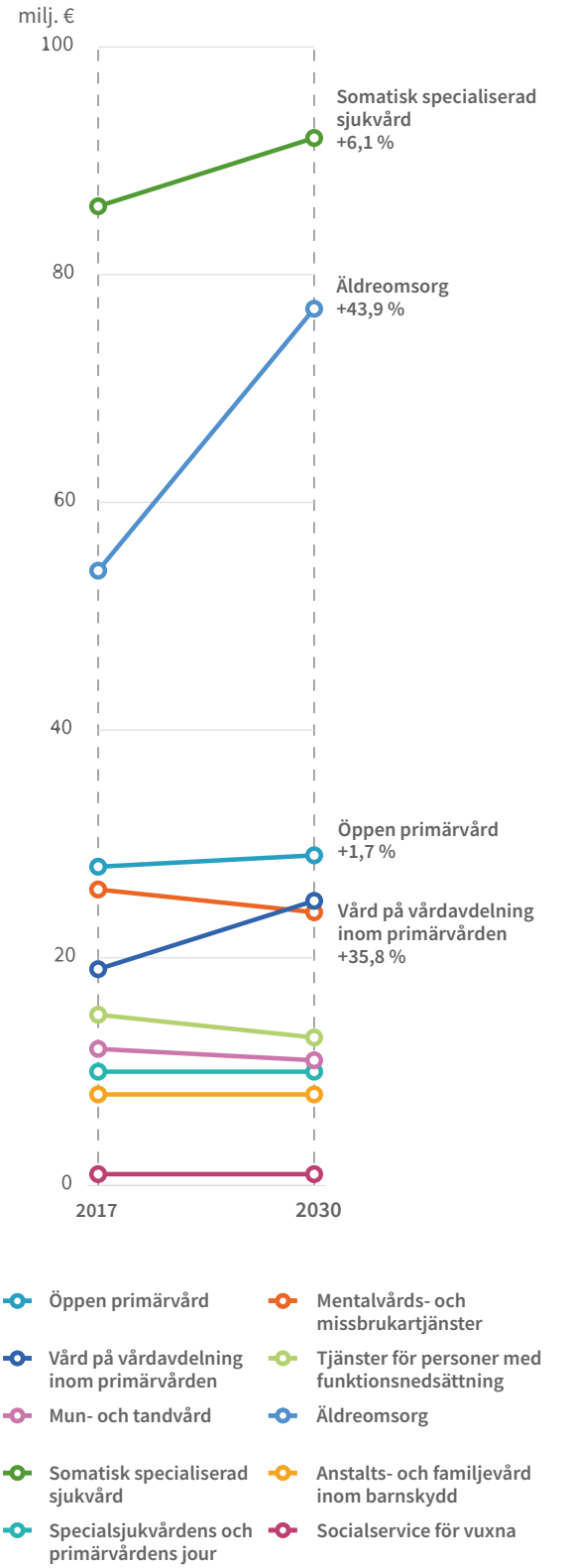
Kostnaderna för tjänsterna för äldre ökar mest enligt tillväxtprognosen

Enligt THL:s prognoskalkyler kommer de årliga kostnaderna för social- och hälsotjänsterna att öka mest i de områden där befolkningen ökar mer än i hela landet och dit befolkningen koncentreras. Enligt prognosen kommer befolkningen i Mellersta Österbotten att åldras med 4,8 procent före 2030, medan hela landets befolkningsmängd förutspås öka med 1,0 procent under samma tidsperiod. Antalet 65 år fyllda ökar långsammare i området än i landet i genomsnitt, med cirka 17 procent (24 % i hela landet) före 2030.

Utifrån förändringen i befolkningsstrukturen förutspås social- och hälsotjänsternas reala ökning per år uppgå till i genomsnitt 0,9 procent (1,2 % i hela landet) under åren 2017–2030. Kostnaderna för områdets social- och hälsotjänster förutspås öka med totalt cirka 12 procent före

[2] De nettoutgifter för social- och hälsovården som använts för att beräkna de behovsstandardiserade utgifterna inkluderar varken miljö- och hälsoskydd eller övrig social- och hälsovårdsverksamhet. Inom hemvården utvärderas dessutom endast kostnaderna för personer över 65 år. Behovsfaktorerna som beaktats är ålders- och könsstruktur, sjuklighet och socioekonomisk ställning.

FIGUR 6. Prognos för de reella kostnaderna för social- och hälsovårdstjänster.



Det uppgiftsvisa strecket visar förändringar i de reella kostnaderna mellan 2017 och 2030. För en del av uppgifterna har man dessutom angett den procentuella förändringen för kostnaderna. Uppgifterna bygger på THL:s regionaliserade prognosmodell över sociala utgifter.

2030 (17 % i hela landet), från 259 till 290 miljoner euro. Kostnaderna för tjänsterna för äldre förväntas öka mest, med 44 procent (50 % i hela landet) fram till 2030. De näst största utgiftsökningen förutspås inom primärvårdens vård på vårdavdelningar, 36 procent (40 % i hela landet). (Figur 6.)

Det finns skillnader i hur snabbt kostnaderna ökar i områdena och dessa skillnader beror på befolkningsstrukturens utveckling och skillnaderna i kostnadsstrukturen vid utgångsläget. Därför kan en stor befolkningstillväxt inte vara en direkt förklaring till den snabbaste kostnadsökningen, utan den påverkas sannolikt även av skillnader i den demografiska försörjningskvoten och kostnadsstrukturen för social- och hälsotjänster.

7.4 Främjande av hälsa och välfärd

Det finns strukturer för att främja hälsa och välfärd och organisationssamarbetet är mångsidigt. Kommunerna är måttligt aktiva i verksamheten för främjande av hälsa och välfärd. Vad gäller det upplevda välbefinnandet förekommer dock utmaningar såväl bland vuxna som högstadieelever. Näringsrekommendationerna iakttas varken bland ungdomar eller personer i arbetsför ålder. Andelen äldre som överkonsumerar alkohol är lägst i landet.

Främjandet av hälsa och välfärd i planen för ordnande av social- och hälsovården

Främjandet av hälsa och välfärd koordineras av Soite och samkommunen har en regional välfärdskoordinator. Verksamheten för främjande av hälsa och välfärd har skrivits in i planen för ordnande av social- och hälsovården. Samarbetsnätverket för verksamheten omfattar olika aktörer i landskapet (landskapet, kommunerna, organisationer, företag och andra aktörer i området). Kommunernas välfärdskoordinatorer har ett eget nätverk.

Multiprofessionellt organisationssamarbete för att främja hälsa och välfärd

Social- och hälsoorganisationernas understödscentral har i området beviljat finansiering bland annat för koordinering och genomförande av det regionala anhörigarbetet för mentalvården (FinFami Österbotten rf), verksamheten inom expert- och stödcentret för minnessjukdomar (Suomen dementiayhdistys ry), en mötesplats för rehabiliteringsklienter inom mentalvården (Mellersta Österbottens socialpsykiatriska förening rf), gruppverksamhet och sömnrådgivning för spädbarnsfamiljer (Kokkolan ensi- ja turvakoti ry) och verksamhet för familjer med närståendevårdare (Keski-Pohjanmaan omaishoitajat ry).

Bra koordinering av verksamheten för främjande av hälsa och välfärd i kommunerna, mindre strukturer och rapportering

En enkät riktad till kommunerna visar att 89 procent av kommunerna i området har utsett en person som ansvarar för att koordinera frågor kring främjande av hälsa och välfärd. Alla kommunfullmäktige i området har godkänt den omfattande välfärdsberättelsen. Sammanlagt 78 procent av kommunerna har rapporterat om hälsoskillnader mellan olika befolkningsgrupper till fullmäktige och 67 procent informerade om kommuninvånarnas möjligheter att delta och påverka på sin webbplats. Den lokala säkerhetsplanen hade inte behandlats i områdets kommuner, i en kommun hade den distribuerats för kännedom. Kommunerna önskar att Soite inleder arbetet med den lokala säkerhetsplanen.

I 60 procent av kommunerna ordnas riktade motionsgrupper för barn och unga som inte deltar i motions- och idrottsföreningarnas verksamhet och i 70 procent av kommunerna ordnas motionsrådgivning. Totalt 61 procent av kommunerna rapporterade att de hänvisat klienter från social- och hälsotjänsterna till motionsrådgivningen.

I 44 procent av områdets kommuner, vilket också är medelvärdet för hela landet, finns strukturer eller verksamhetsmodeller som är gemensamma för olika förvaltningsområden och inom vilka man behandlar kulturell verksamhet som främjar välfärd och hälsa.

Utmaningar i det upplevda välbefinnandet bland skolelever och personer i arbetsför ålder

Var femte elev i årskurs 8 och 9 i grundskolan upplevde sitt hälsotillstånd som medelmåttigt eller dåligt, vilket hör till de största andelarna i landet (2017). Lika många lider av måttlig eller svår ångest som i landet i genomsnitt. Andelen elever som blivit mobbade i skolan minst en gång per vecka hörde till de minsta i landet, likaså andelen elever som kände sig ensamma. Daglig rökning var vanligare bland denna åldersgrupp än bland motsvarande åldersgrupper på andra håll i landet.

Andelen 20–64-åringar som upplevde sig ha en god livskvalitet var minst i landet och fler än genomsnittligt trodde att de sannolikt inte kommer att orka arbeta tills de får ålderspension.

Andelen 65 år fyllda personer som upplevde sig ha en god livskvalitet låg på landets medelnivå och det gjorde även andelen 75 år fyllda personer som hade stora svårigheter att klara av de dagliga sysslorna.

Invånarna i Mellersta Österbotten har sundare levnadsvanor än genomsnittet

Berusningsdrickande bland eleverna i årskurs 8 och 9 i grundskolan förekom näst minst i hela landet (år 2017). Nästan lika många som i landet i genomsnitt motionerade högst en timme per vecka så att de blir andfådda, och det fanns lika många överviktiga som i landet i genomsnitt. I elevgruppen fanns fjärde flest personer som åt knappt med frukt, bär och grönsaker.

Andelen 20–64-åringar som röker dagligen låg på landets medelnivå medan andelen personer som använder för mycket alkohol hörde till de minsta i landet. Andelen personer som inte motionerar på fritiden låg på genomsnittlig nivå. Andelen feta personer (BMI ≥ 30 kg/m^2) har ökat och var 2018 störst i landet. Förhållandevis få vuxna åt den mängd grönsaker som fastställts i näringsrekommendationerna.

Andelen personer som fyllt 65 år och som överkonsumerar alkohol var lägst i landet och alkoholdödligheten mindre än landets genomsnitt (2017).

FIGUR 7. Förändringsfaktorer som påverkar hälsa och välbefinnande.

*Befolkningens välbefinnande, hälsa och säkerhet påverkas av många förändringsfaktorer, både små och stora, alltifrån individens levnadsvanor till världspolitiken.**

*Modifierad äfter Palosuo ym. 2004. Kokemuksia sosioekonomisten terveyserojen kaventamisesta Ruotsissa, Englannissa ja Hollannissa.

7.5 Hälsoskydd

Målen gällande vaccinationstäckning uppfylls inte. På grund av att ett fall av mässling upptäckts i närområdet gavs extra vaccinationer. Området har haft flest fall av Clostridium difficile-diarré i hela landet. Hygienskötarnas arbetsinsats för att bekämpa infektioner hör till de minsta i landet medan användningen av handdesinfektionsmedel på vårdavdelningar inom den specialiserade somatiska sjukvården hör till de största i landet.

Vaccinationsmålen uppfylldes inte

Under säsongen 2017–2018 hörde andelen 65 år fyllda invånare i Mellersta Österbotten som fick influensavaccin till de minsta i landet (42 %, delvis på grund av ett problem med datasystemet, eftersom 25 % av uppgifterna inte har överförts till THL). Denna andel ligger under den målnivå på 75 procent som fastställts av Europeiska rådet. Täckningen har emellertid förbättrats med tio procentenheter på fem år.

Av de barn som föddes 2015 fick nästan 99 procent minst en dos av det femvalenta vaccin som skyddar mot difteri, stelkramp, kikhosta, polio och sjukdomar orsakade av Hib-bakterier. Andelen barn som fått hela vaccinationsserien på tre doser hörde till de bästa i landet (94 %), men är betydligt lägre än andelen barn som påbörjat vaccinationsserien.

Andelen barn som fått den första dosen vaccin som skyddar mot mässling, påssjuka och röda hund i 11–24 månaders ålder har varit högre än i landet i genomsnitt. På grund av det fall av mässling som upptäcktes i Larsmo började man ge extra vaccinationer i området (250). Personer i alla åldrar fick vaccin. Risken för att sjukdomar ska spridas är liten.

Sammanlagt 47 procent av flickorna har fått HPV-vaccin som skyddar mot flera olika typer av cancer i enlighet med rekommendationerna i vaccinationsprogrammet. Vaccinationstäckningen är mycket låg jämfört med den högsta i landet (70 %).

Även andelen 14–16-åringar som fått boostervaccin mot difteri, stelkramp och kikhosta var mycket låg. Det finns fortsättningsvis skäl att fästa uppmärksamhet vid vaccineringen av skolelever.

Förekomsten av hepatit C-infektioner minst i landet

Antalet nya hepatit C-infektioner var lägst i landet i proportion till befolkningen. Det förekom mycket få hepatit C-infektioner som smittat genom injicerade droger, men antalet har ökat under de senaste tre åren. Hälsorådgivningspunkterna för drogmissbrukare hade 2017 det minsta antalet klienter i landet.

Antalet fall av Clostridium difficile-diarré var störst i landet även om årsförbrukningen av antibiotika (J01, antibakteriella läkemedel) per invånare låg aningen under landets medelnivå.

Förbrukningen av handdesinfektionsmedel på vårdavdelningar inom den specialiserade sjukvården bland de största i landet

Influensavaccinationstäckningen bland vårdpersonal, det vill säga vårdare och läkare, vid verksamhetsenheter för specialiserad sjukvård låg på landets medelnivå. Förbrukningen av handdesinfektionsmedel på vårdavdelningar inom den specialiserade somatiska sjukvården var bland de största i landet. Vid verksamhetsenheter inom den specialiserade sjukvården hörde dock hygienskötarnas arbetsinsats för att bekämpa infektioner till de minsta i landet.

7.6 Specialiserad somatisk sjukvård och prehospital akutsjukvård

Mellersta Österbottens centralsjukhus vårdade landets största andel patienter från andra områden. Det sker många förlossningar. Vad gäller vänte- och behandlingstider förekommer i viss mån fördröjningar som strider mot lagstiftningen om vårdgaranti, och medianen för väntetiden är måttlig. Det ringa antalet patienter som återvänder för vård vittnar om att jourverksamheten är av hög kvalitet.

Fördröjningar i tillgången

Den specialiserade somatiska sjukvården har koncentrerats till Mellersta Österbottens centralsjukhus. Det tar måttlig tid att få vård: medianen för väntetiden var 42 dygn (31.12.2018), vilket är ett måttligt resultat i jämförelsen mellan regioner, och ligger på samma nivå som året innan. I slutet av 2018 hade sammanlagt 26 patienter väntat på icke-brådskande specialiserad i mer än sex månader, vilket i proportion till befolkningsmängden ligger på landets medelnivå. Merparten av remisserna till icke-brådskande specialiserad sjukvård behandlades inom 21 dygn, men tiden överskreds i 1,4 procent av fallen, vilket hör till de största andelarna i landet. En del av specialistjänsterna skaffades som köpta tjänster, vilket fördröjer behandlingen av remisser eftersom läkaren endast ibland är på plats. I vänte- och behandlingstiderna förekom i viss mån fördröjningar som strider mot lagstiftningen om vårdgaranti, och medianen för väntetiden var måttlig. Den specialiserade sjukvården fick många remisser, men även konsultationer genomförs genom remisser och dessutom ökade antalet till följd av remisserna till rehabiliteringsenhetens terapitjänster. Mellersta Österbottens centralsjukhus vårdade landets största andel patienter från andra områden (23 %).

I området genomförs terapitjänsterna (till exempel fysio- och ergoterapi) liksom även de psykiatriska tjänsterna helt och hållet inom ramen för den specialiserade sjukvården. Även samjouren räknas till den specialiserade sjukvården.

Användningen av tjänster på medelnivå

Antalet jourbesök inom den specialiserade sjukvården per invånare avvek inte från resten av landet. År 2017 inleddes 46 procent av alla vårdperioder inom den specialiserade sjukvården via jouren, vilket ligger nära landets medelvärde.

Den myndiga befolkningen gjorde ungefär lika många besök inom den specialiserade somatiska sjukvårdens öppenvård som i landet i genomsnitt och antalet vårdperioder på vårdavdelning var aningen fler än genomsnittligt. Även 2017 vårdades aningen fler patienter än genomsnittligt på vårdavdelningar.

Det gjordes färre starroperationer i proportion till befolkningen än i landet i genomsnitt medan antalet primära operationer av total höftledsprotes låg nära landets medelnivå.

Antalet patienter som återvänt till jouren färre än i landet i genomsnitt

I området upptäcktes färre sådana komplikationer i samband med vårdperioder som beskriver den specialiserade sjukvårdens kvalitet och patientsäkerheten än i största delen av det övriga landet. Å andra sidan var antalet patientskador fler än landets genomsnitt 2017.* Andelen vuxna patienter som vårdats vid och utskrivits från jouren och sedan återvänt till jouren inom 48 timmar var klart mindre än i landet i genomsnitt, vilket tyder på att jourverksamheten håller en hög kvalitet.

Tiderna det tar den prehospitala akutsjukvården att nå patienten bland de kortaste i landet

Antalet prehospitala akutsjukvårdsuppdrag per invånare avvek inte från det övriga landet, men det genomfördes färre uppdrag per kvadratkilometer än i landet i genomsnitt. Medianen för den tid det tog den prehospitala akutsjukvården att nå patienten var 5 minuter i fråga om uppdrag i angelägenhet-

*Jämförelsen mellan de olika områdena försvåras på grund av olika sätt att dokumentera komplikationer och skillnader i vägledningen av patienter gällande skadeanmälningar.

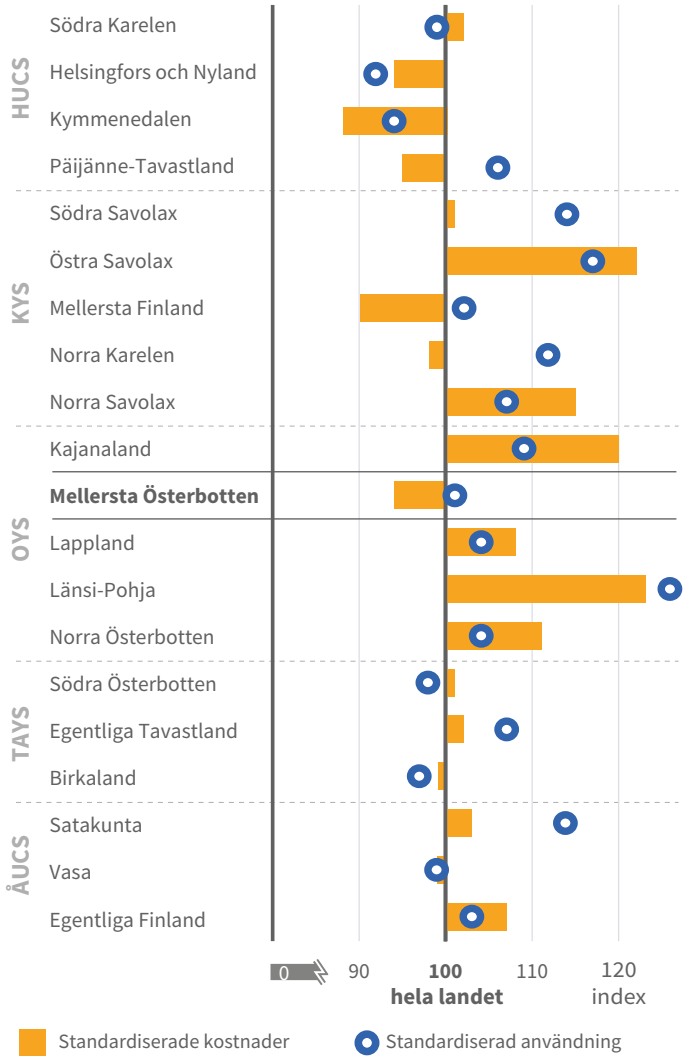
sklass A i centralorter, vilket hörde till de bästa i landet. Landets genomsnitt låg på 5,3 minuter. I andra tätorter var motsvarande median 6,5 minuter, vilket hör till de kortaste tiderna i landet. I bebodda områden utanför tätorter låg medianen på 10,6 minuter, vilket var den lägsta i landet.

Genomsnittliga kostnader

Nettodriftskostnaderna för den specialiserade sjukvården var 1 287 euro per invånare, vilket låg nära landets medelnivå men var större än året innan (3,9 %).

År 2017 var de enligt kostnadsindexet ålders- och könsstandardiserade kalkylerade kostnaderna för den specialiserade somatiska sjukvården sex procent lägre än i landet i genomsnitt. Den specialiserade somatiska sjukvårdens tjänster användes, granskat i ålders- och könsstandardiserade regionala episoder, i en procent högre grad än i landet i genomsnitt. (Figur 8.) I publikationen om sjukhusens produktivitet 2017 (Sairaaloiden tuottavuus 2017) har produktiviteten analyserats på sjukhus-, områdes- och specialitetsnivå.

FIGUR 8. Ålders- och könsdifferentierade kostnader för och användning av specialiserad somatisk sjukvård 2017.



I figuren visas det hur användningen av och kostnaderna för specialiserad somatisk sjukvård förhåller sig till genomsnittet i landet med hänsyn till skillnader i ålders- och könsstrukturen i områdena.

Siffran för hela landet är 100. En högre siffra anger hur många procent högre invånarnas användning av eller kostnaderna för tjänster inom den specialiserade somatiska vården var än genomsnittet för hela landet.

7.7 Primärvård

Primärvårdens täckning är bra, likaså tillgången till vård. Förmågan att sköta folksjukdomar verkar variera. Det görs få besök hos läkare och skötare inom öppenvården, men det är vanligt att uträtta ärenden elektroniskt eller per telefon. Både öppenvårdens och vårdavdelningsvårdens kostnader per invånare har minskat efter 2015.

År 2018 var 80 procent av befolkningen klienter inom primärvården. Inom öppenvården var det vanligt att uträtta ärenden elektroniskt eller per telefon och i förhållande till befolkningen gjordes minst besök på mottagningar i hela landet. Det gjordes näst minst besök på en läkarmottagning inom öppenvården och besöken har minskat med 23 procent sedan 2015. Samtliga tjänster som primärvårdsläkare var bemannade i oktober 2018 (8,03/10 000 invånare). Enligt en bedömning baserad på en enkät till serviceproducenter kan cirka 63 procent av områdets 16–64-åringar utnyttja företagshälsovårdens tjänster (Arbetshälsoinstitutet, 2019).

Den tredje minsta andelen i landet besökte en mottagning inom öppenvården. Man var fjärde bäst i landet på att dokumentera orsakerna till läkarbesök (figur 9). Den vanligaste orsaken till besök var sjukdomar i stöd- och rörelseorganen, den näst vanligaste – och samtidigt landets vanligaste – sjukdomar i cirkulationsorganen (tabell 3). Besöken på grund av kroniska sjukdomar fördelades i övrigt enligt sjukligheten baserad på rätten till specialersättning, men det gjordes förhållandevis få besök på en läkarmottagning med anledning av diabetes. Det gjordes fler besök än genomsnittligt i förhållande till befolkningen. Primärvården hade i proportion till invånarantalet fler patienter på avdelningsvård och vårddagar än landet i genomsnitt. Fysioterapitjänsterna är en del av den specialiserade sjukvården.

Vårdresultaten varierade

Det att sjuka personer vårdas i rätt tid och att komplikationer förhindras vittnar om en lyckad primärvård. I fråga om icke-brådskande ärenden besökte patienten i endast 28 procent av fallen läkarens mottagning mer än en vecka efter att vårdbehovet

Tabell 3. Registrering av besöksorsaker och rättigheter till specialersättning enligt sjukdomsgrupp.

	Besöksorsak i % av de registrerade besöken på läkarmottagning		Rättigheter till specialersättning i % av befolkningen	
	Mellersta Österbotten	Hela landet	Mellersta Österbotten	Hela landet
Muskuloskeletala sjukdomar	17,1	16,4		
Sjukdomar i cirkulationsorganen	14,3*	10,5		
Blodtryckssjukdom (personer som fyllt 25 år)	6,1	4,7	12,1	10,3
Olycksfall	5,3	6,7		
Akut infektion i övre luftvägarna	3,7	4,8		
Diabetes	2,4	3,3	6,1	6,3
Astma	1,9	1,4	5,7	4,9
Obstruktiv lungsjukdom (åldersstandardiserat)	0,6	0,5	5,7	4,8
Demens	0,2	0,4		

*största andelen i landet

bedömts, vilket är näst mest sällan i landet, men i 1,9 procent av fallen fick patienten vänta på besöket i mer än tre månader, vilket strider mot vårdgarantin (datasystemet byttes under mätningstidpunkten). De som besökt en mottagning anser att de fick service inom skälig tid. Enligt tillsynsmyndigheten har man på grund av att det tidvis råder brist på läkare inte alltid kunnat svara mot servicebehovet.

År 2016 var diabetes anmärkningsvärt ofta orsaken till en period av sjukhusvård. År 2018 var orsaken oftare än genomsnittligt astma eller obstruktiv lungsjukdom medan hjärtsvikt var den näst mest sällsynta orsaken jämfört med resten av landet. I fråga om cancer i tjocktarmen var vårdresultaten tredje bäst i landet och bröstcancer på samma nivå som landets genomsnitt medan resultaten för livmoderhalscancer var tredje sämst. Man deltog aktivare i screeningundersökningar än i landet i genomsnitt (2017).

Antimikrobiella läkemedel användes aningen oftare än genomsnittligt för att behandla ospecificerad övre luftvägsinfektion. Mycket få personer var tvungna att besöka en hälsovårdscentralläkare mer än tio gånger per år.

Enligt en enkätundersökning upplevde endast få läkare att informationsutbytet mellan olika organisationer fungerade väl. En befolkningsundersökning visade att den andel som anlitat hälsotjänster och upplevt att det gick smidigt var minst i landet. Enligt en enkät om klientnöjdhet var man på det stora hela nöjd med hälsostationens mottagningstjänster. Andelen personer som bytt hälsostation var minst i landet, och likaså den andel som visste hur man ska gå till väga om man vill byta hälsostation.

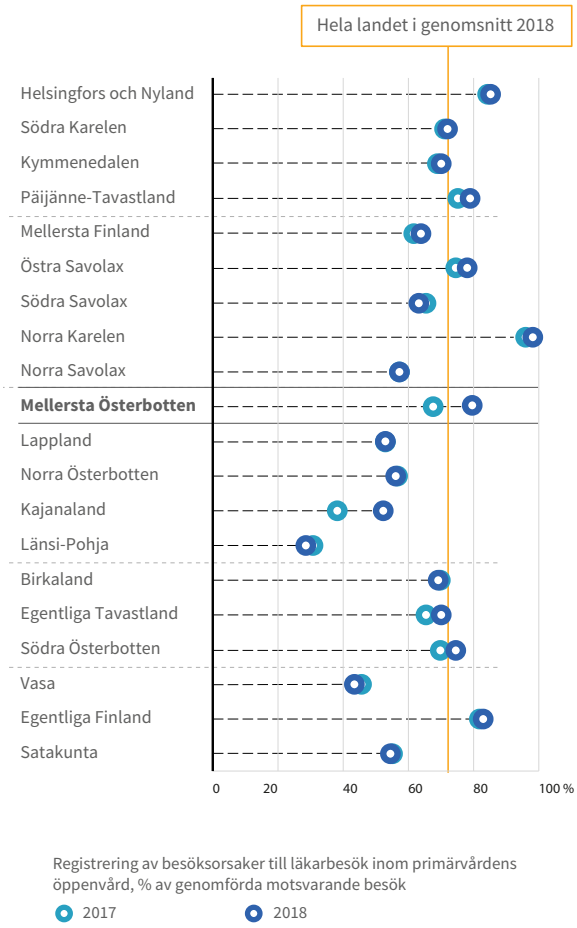
Kostnaderna minskat sedan 2015

Nettodriftskostnaderna för primärvårdens öppenvård (mun- och tandvården utesluten), 417 euro/invånare, var 14 procent högre än landets medelvärde. Kostnaderna hade ökat sedan året innan men på det stora hela minskat med 8,6 procent efter 2015.

Nettodriftskostnaderna för primärvårdens vårdavdelning (160 euro/invånare) låg nära landets medelvärde och hade minskat med 29 procent jämfört med 2015.

Kostnaderna för läkemedel som ersätts (363 euro/invånare) hörde till de lägsta i landet.

FIGUR 9. Skillnader i registrering av besöksorsaker mellan områdena 2017 och 2018.



7.8 Mun- och tandvård

I fråga om mun- och tandvård ligger fokus på hälsovårdscentralerna och det finns många människor som behöver mycket service. Mun- och tandhälsan varierar mellan de olika kommunerna. Nettodriftskostnaderna för den offentliga mun- och tandvården var högst i landet medan kostnaderna för den privata mun- och tandvården var näst lägst i landet.

Det var vanligt att anlita hälsovårdscentralernas tjänster och de privata tjänsterna användes i ringa utsträckning. Den offentliga mun- och tandvården hade många patienter och besök i proportion till befolkningen. Räknat per invånare gjordes fler besök än i landet i genomsnitt; detta tyder på att det finns skäl att effektivisera tandvården. Antalet vuxna klienter som besökte mun- och tandvården fler än fem gånger per år var näst störst i landet. Antalet Fpa-ersatta besök hos den privata tandvården var näst minst i jämförelsen mellan de olika områdena, tjänster erbjuds inte.

I en befolkningsundersökning uppgav var femte deltagare, det vill säga fler än landets genomsnitt, att det finns brister i tillgången till tandläkartjänster eller i tjänsternas tillräcklighet. I oktober 2018 genomfördes hälften av de icke-brådskande tandläkarbesöken inom primärvården mer än tre veckor efter att vårdbehovet bedömts, andelen har blivit större.

Mun- och tandhälsan varierar mellan de olika kommunerna

Enligt enkäten Hälsa i skolan borstade ungefär lika måna elever i årskurserna 8 och 9 sina tänder mer sällan än två gånger per dag som i landet i genomsnitt. Kariesangripna, lagade eller avlägsnade tänder samt tänder som hade rikligt med karies förekom i störst utsträckning i hela landet bland de 12-åringar som varit på hälsoundersökning*, endast hälften av dem hade friska tänder.

Andelen klienter som inte behövde karies- eller tandköttsvård varierade stort mellan de olika kommunerna (Toholampi 28 % och Kronoby 64 %).

Kostnaderna per invånare för offentlig mun- och tandvård de högsta i landet

Nettodriftskostnaderna för mun- och tandvården (102 euro/invånare) var högst i hela landet men räknat per patient låg de närmare landets medelvärde. Kostnaderna per invånare för privat tandvård var näst lägst i landet.

*Kommunerna hänvisar 12-åringar till hälsoundersökningar på olika grunder, vilket bör beaktas i jämförelsen.

7.9 Tjänster för barn, unga och familjer

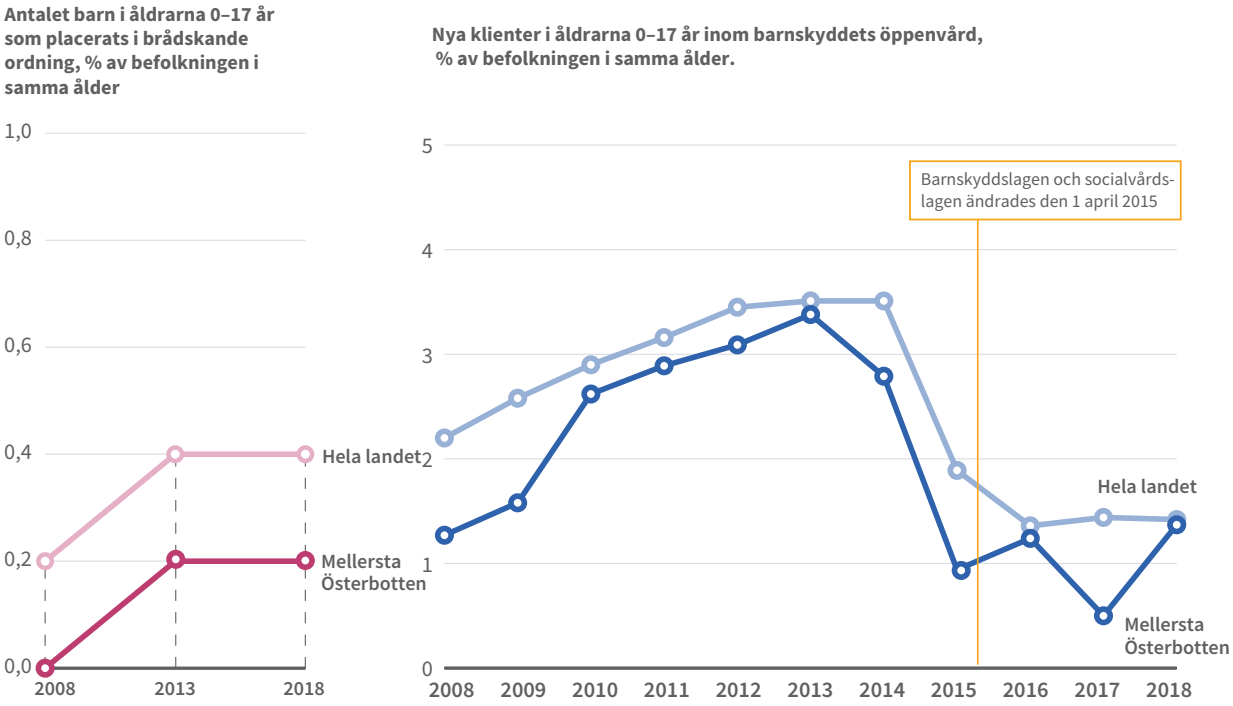
Den höga nativiteten och det stora antalet barn ökar servicebehovet, men tack vare det allmänna goda välbefinnandet i området minskar behovet. Behovet av tjänster på specialiserad nivå och krävande nivå är mindre än i det övriga landet. Eventuellt har man i området genom den basservice som invånarna använder i stor utsträckning lyckats svara mot familjernas servicebehov bättre än i resten av landet.

Nativiteten är bland de högsta i landet och barnens andel av befolkningen är näst störst i fråga om såväl barn under som i skolåldern, vilket ökar servicebehovet. Å andra sidan visar indikatorer såsom utkomststöd, användning av alkohol och droger, upplevda psykiska problem, skolmobbning eller ensamhet att det finns få faktorer som ökar servicebehovet. I området finns få familjer med endast en förälder.

Tjänster anlitas i stor utsträckning

Det gjordes många besök både på barn- och mödrarådgivningen och inom skolhälsovården. I alla dessa tjänster förekommer dock stora skillnader mellan de olika kommunerna. Endast en liten andel av eleverna i årskurserna 8 och 9 ansåg att skolkuratorns samt skolhälsovårdarens tjänster var otillräckliga. I fråga om den senare var även studerandena vid gymnasierna av samma åsikt. Personalresurserna var delvis bättre än landets genomsnittsnivå, till

FIGUR 10. Nya klienter hos barnskyddets öppenvård samt andelen i brådskande ordning placerade barn i området och i hela landet.



Figuren till vänster visar de procentuella andelarna i brådskande ordning placerade barn 2008, 2013 och 2018 samt i vilken riktning andelen går. Figuren till höger visar andelen nya klienter hos barnskyddets öppenvård 2008–2018. I tolkningen bör man ta i beaktande att i samband med den nya socialvårdslagen (1.4.2015) förordades det att en klientrelation inom barnskyddets öppenvård först skulle börja om man konstaterade att det fanns ett barnskyddsbehov efter en utredning av behovet av barnskydd. Tidigare inleddes en klientrelation efter ett beslut om att påbörja en bedömning av barnskyddsbehovet.

exempel överskred hälsovårdardimensioneringen vid barn- och mödrarådgivningarna klart rekommendationen, samtidigt som läkarresurserna inom skol- och studerandehälsovården var exceptionellt dåliga och hade blivit ännu sämre jämfört med året innan. Dessutom hade gymnasierna få psykologer med tanke på antalet studerande.

Den förebyggande verksamheten inom basservicen var delvis lyckad. Landets minsta andel gravida kvinnor rökte efter den första trimestern. I området gjordes endast få aborter efter en graviditet (som antingen avbrutits genom abort eller lett till förlossning) under samma eller föregående år. Landets minsta andel flickor fick det vaccin som skyddar mot livmoderhalscancer och dess förstadier.

Familjerna i området utnyttjade hemservicen och barnavårdsservicen i störst utsträckning i hela landet och motsvarande tjänster inom barnskyddet anlitades i samma mån som i landet i genomsnitt. I fråga om 0–17-åringar var klientrelationer inom barnskyddets öppenvård, barnskyddsanmälningar och omhändertaganden ovanliga. Andelen barn som upprepade gånger eller brådskande placerats utanför hemmet var liten och har bibehållits på samma nivå under de senaste åren (figur 10). En större del av dem hade i enlighet med rekommendationerna placerats i familjer; andelen barn på institutioner var minst i hela landet.

God tillgång till service

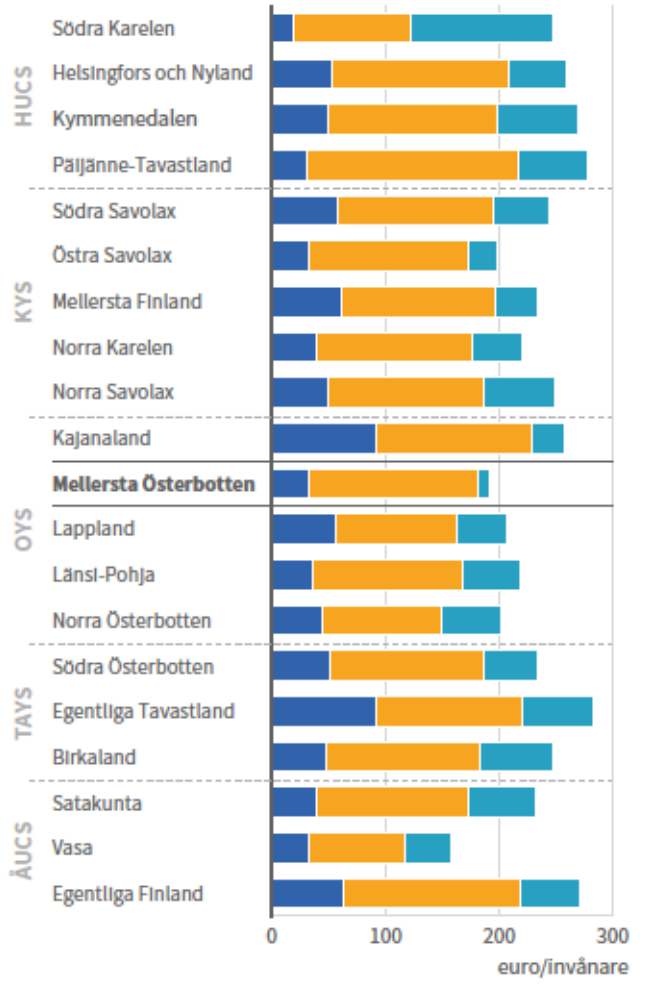
Tillgången till rådgivning i uppfostrings- och familjefrågor var bättre än i övriga delar av landet. Bedömningarna av servicebehovet inom barnskyddet inleddes till nästan 99 procent inom sju vardagar och de blev till nästan 100 procent färdiga inom tre månader. Sömnskola är en tjänst som erbjuds av mödra- och skyddshemmet.

Många barn vårdades som patienter på vårdavdelningen för barn inom den specialiserade somatiska sjukvården och antalet vårddagar var genomsnittligt. Antalet patienter inom öppenvården av barnsjukdomar, som återvänt till jouren inom 48 timmar och inom dagkirurgin avvek inte från landets genomsnittsnivå.

Den psykiatriska institutionsvården framhävs inte i någon åldersgrupp och det gör heller inte öppenvårdsbesöken inom barn- och ungdomspsykiatrin. Vårdgarantierna uppfylldes. Medianen för väntetiden till barnpsykiatrin var 26 dagar (31.12.2018) och till ungdomspsykiatrin 46 dagar.

Andelen nya klienter inom barnskyddets öppenvård ökade och nådde samma nivå som i resten av landet (figur 10).

FIGUR 11. Nettodriftskostnaderna för öppenvården för barn och familjer och barnskyddet 2018.



I figuren visas de summerade nettodriftskostnaderna per invånare. Figuren visar både fördelningen av kostnaderna mellan olika servicetyper och skillnaderna i de sammanlagda kostnaderna mellan områdena. I tolkningen bör man ta hänsyn till skillnaderna i befolkningens åldersstruktur mellan områdena.

Barnskyddets institutionsvård framhävs i kostnaderna

Nettodriftskostnaderna för barnskyddets öppenvårdstjänster (32 euro/invånare) hörde till de minsta i landet och hade ytterligare minskat en aning sedan 2015. Å andra sidan hade nettodriftskostnaderna för institutions- och familjevården (150 euro/invånare) stigit efter 2015 och låg nära de största i landet. Nettodriftskostnaderna för övriga öppna tjänster för barn och familjer var lägst i landet (10 euro/invånare), och hade minskat sedan 2015. (Figur 11.)

7.10 Mentalvårds- och missbrukartjänster och socialservice för vuxna

Ett välmående område med mindre servicebehov än genomsnittligt. Tillgången till service var god. De psykiatriska tjänsterna har koncentrerats till den specialiserade sjukvården och det gavs mer vård på specialistnivå än genomsnittligt. Inom missbrukarvården var institutionsvård allmän. Aktiveringsgraden bland arbetslösa var bland de högsta i landet. Inom sjukvården används tvångsåtgärder i liten utsträckning och självmordsdödligheten är lägst i landet. Inom flera tjänster hör kostnaderna till de lägsta i landet.

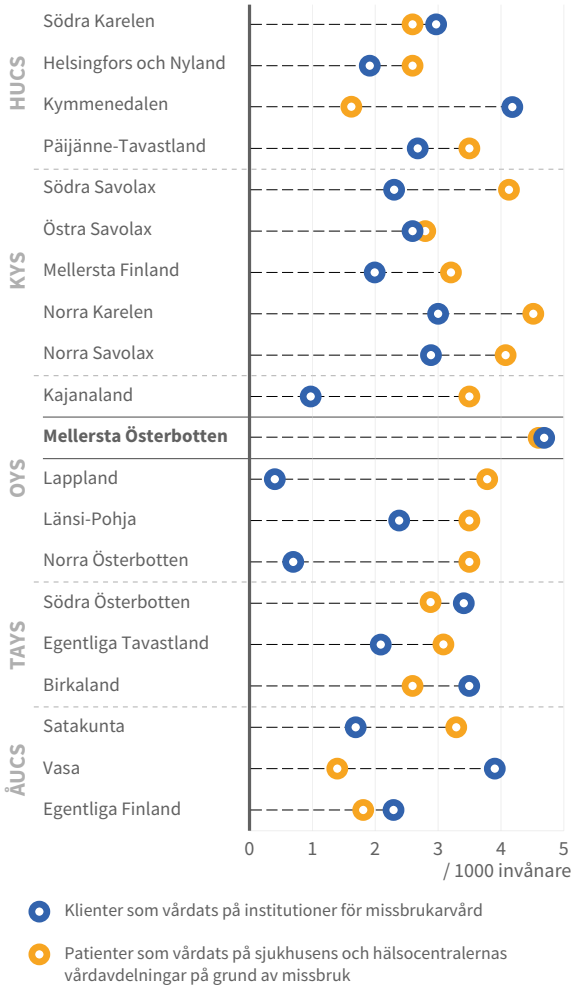
Servicebehovet på sin höjd genomsnittligt

Behovet av socialservice bland personer i arbetsför ålder var mindre än landets genomsnitt i förhållande till siffrorna för arbetslöshet och utkomststöd. Arbetslösheten hörde till de minsta i landet och har minskat under de senaste åren, däremot är ungdomsarbetslösheten och den strukturella arbetslösheten mer utbredd än i landet i genomsnitt. Andelen ungdomar som riskerar att marginaliseras var nästan samma som i landet i genomsnitt 2017. I åldersgrupperna 18–24 år och 25–64 år hade få personer jämfört med i resten av landet fått grundläggande utkomststöd under året, och samma gällde långvarigt utkomststöd.

Behovet av mentalvårdstjänster avvek inte från resten av landet. Inte heller andelen som upplever betydande psykisk belastning avvek från det övriga landet, även om området hade den största andelen personer som kände sig ensamma. Indexet för mentala sjukdomar (2014–2016) var endast aningen högre än genomsnittet och färre personer än genomsnittligt hade rätt till specialsersättningar för läkemedel mot psykos. Personer i åldern 25–64 år fick sjuk- eller invalidpension på grund av psykisk ohälsa och beteendestörningar i samma utsträckning som i landet i genomsnitt. År 2017 var självmordsdödligheten lägst i hela landet.

På basis av antalet narkotikabrott som kommit till polisens kännedom, antalet nya hepatit C-infektioner som smittat genom injicerade droger och andelen personer som överkonsumerar alkohol verkar behovet av missbrukartjänster vara mindre än i landet i genomsnitt. Försäljningen av alkohol i förhållande till invånarantalet har varit bland de minsta i landet.

FIGUR 12. Klienter och patienter inom olika missbrukartjänster områdesvis 2018.



Det utmärkta avståndet på vertikalaxeln visar antalet klienter i tjänsten i förhållande till befolkningen.

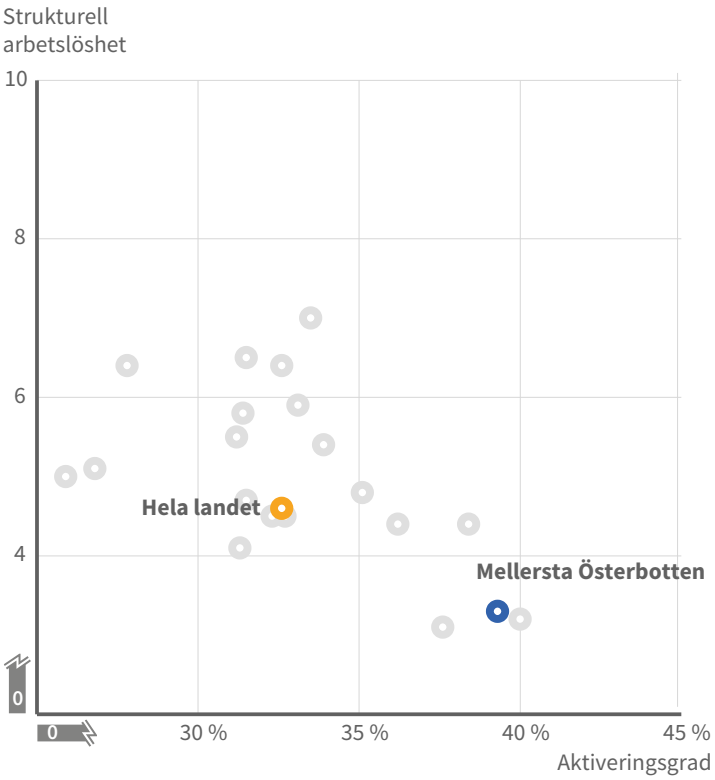
God tillgång till service

Hundra procent av alla ansökningar om utkomststöd som kommunerna fick behandlades inom en vecka. Andelen personer i arbetsför ålder som fick förebyggande utkomststöd var mindre än medelnivån i landet. Utifrån dessa uppgifter verkar det inte finnas några problem med tillgången till socialservice för vuxna.

All psykiatrisk vård, även de tjänster som psykiatriska sjukskötare tillhandahåller, räknas som specialiserad sjukvård. Det gjordes klart fler besök inom den specialiserade sjukvårdens öppenvård än i landet i genomsnitt. Den psykiatriska institutionsvården avvek inte från landets medelnivå i fråga om antalet patienter eller vårddagar och inom sjukhusvården användes klart färre tvångsåtgärder än genomsnittligt.

Det omfattande utnyttjandet av rehabiliteringspsykoterapi som ersätts av Fpa bland ungdomar tyder på att tillgången till psykoterapi är god. Å andra sidan anlitades i området i näst minst utsträckning privata psykiatriska tjänster som ersattes av Fpa.

FIGUR 13. Strukturell arbetslöshet och aktiveringsgrad 2018.



Inom missbrukarvården var institutionsvård vanligare än i resten av landet

År 2017 var antalet klienter som besökte hälsorådgivningspunkterna för drogmissbrukare minst i hela landet. Problem orsakade av alkohol och droger var lika ofta som i landet i genomsnitt orsaken till besök hos läkare inom primärvårdens öppna sjukvård. Antalet klienter inom missbrukarvårdens öppna tjänster var i förhållande till befolkningen större än landets genomsnittliga nivå. Antalet patienter som vårdades vid institutioner inom missbrukarvården och på vårdavdelningar inom hälso- och sjukvården var nästan detsamma 2018, bägge bland de största i landet i förhållande till befolkningen (figur 12).

Områdets alkoholdödlighet var bland de minsta i landet och i fråga om 65 år fyllda invånare även mindre än landets medelvärde 2017.

Enligt tillsynsmyndigheten var socialarbetarnas tjänster bristfälliga och vårdardimensioneringarna för låga vid en del enheter för serviceboende.

Framgångsrik samordning av tjänster som främjar sysselsättningen

På basis av aktiveringsgraden bland arbetslösa har man lyckats bra med att samordna tjänster som främjar sysselsättningen (figur 13). Deltagandet i hälsoundersökningar för arbetslösa visar att klienthänvisningen och klientorienteringen ligger på en bättre nivå än landets genomsnitt.

Återkommande vårdavdelningsvård bland schizofrenipatienter har minskat

En fjärdedel av schizofrenipatienterna kom tillbaka för avdelningsvård inom 30 dagar, vilket är mer än genomsnittet, trots att siffran har minskat med nästan fem procentenheter sedan 2017. På motsvarande sätt upprepades vården på vårdavdelning på grund av bipolär sjukdom i cirka 15 procent av fallen, vilket är klart färre än genomsnittet i landet. Fenomenet med återkommande perioder av avdelningsvård är en återspegling av områdets servicestruktur, där fokus ligger på specialiserad sjukvård.

Inom flera tjänster hör kostnaderna till de lägsta i landet

Kommunens delfinansierade arbetsmarknadsstöd (39 euro/invånare) var bland de lägsta i landet och har bibehållits på ungefär samma nivå sedan 2015. Nettodriftskostnaderna för tjänster som stödjer sysselsättningen (38 euro/invånare) var aningen lägre än landets genomsnitt. Kostnaderna för Fpa:s rehabiliteringstjänster var störst i landet (87 euro/invånare), och har under de senaste åren hållits på samma nivå. Det grundläggande utkomststödet per invånare (59 euro/invånare) var bland de lägsta i landet. Nettodriftskostnaderna per invånare för specialtjänster inom missbrukarvården (36 euro/invånare) ligger på landets medelnivå.

7.11 Tjänster för personer med funktionsnedsättning

En stor andel av befolkningen behöver mycket vård och omsorg. Självständigt boende stöds. Inom boendeservicen för personer med utvecklingsstörning ligger tyngdpunkten på tyngre tjänster dygnet runt. Nettodriftskostnaderna för dessa hör till de största i landet samtidigt som utgifterna för tjänster och ekonomiska stödåtgärder enligt handikappservicelagen sammanlagt är tredje lägst i landet.

Många personer som behöver mycket service i förhållande till befolkningen

Andelen barn under 16 år som fick handikappbidrag med förhöjt eller högsta belopp var tredje störst i landet och andelen personer över 16 år som fick motsvarande var fler än genomsnittligt. Andelen 16–64-åringar som fick vårdbidrag med förhöjt eller högsta belopp för pensionstagare var fjärde störst i landet. År 2017 kom området på fjärde plats vad gäller personer som fick förmåner från Fpa på grund av funktionsnedsättning och även antalet tjänster och stöd som beviljats personer med funktionsnedsättning låg tydligt över medelnivån i landet.

Enligt regionförvaltningsverket råder det brist på tjänster för barn och unga med funktonsnedsättning och dessutom har det kommit frågor om begränsningsåtgärder och tolkning av lagen.

Lite institutionsvård redan i tio år

Området hade i proportion till befolkningen fler klienter på serviceboende för personer med grav funktionsnedsättning än landets genomsnittsnivå. Detsamma gällde klienter vid assisterade boenden för personer med utvecklingsstörning 2017, men å andra sidan fanns det få klienter inom styrda boenden och stödboenden för personer med utvecklingsstörning (figur 14). På institutionen för personer med utvecklingsstörning fanns tre långtidsklienter 2017.

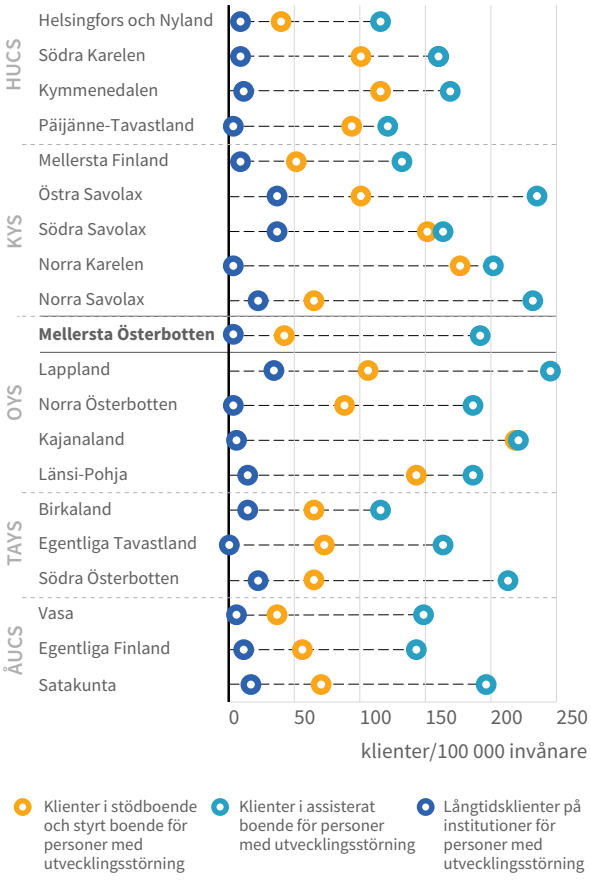
Området hade landets näst största andel personer som fick ersättning för ändringsarbeten eller anordningar i bostaden med stöd av handikappservicelagen. Antalet var fler än året innan.

Fler personer än genomsnittligt fick färdtjänster med stöd av handikappservicelagen även om antalet har minskat jämfört med 2015. Bland dessa personer fanns fler äldre än genomsnittligt. Ungefär 30 procent av färdtjänsterna ordnades med stöd av socialvårdslagen (uppgifter från Soite).

Kostnaderna till många delar lägre än genomsnittligt

Utgifterna för tjänster och ekonomiska stödåtgärder enligt handikappservicelagen var sammanlagt tredje minst i landet (100 euro/invånare), och av dessa låg även kostnaderna för färdtjänster (23 euro/invånare) under landets genomsnittliga nivå.

FIGUR 14. Klienter inom institutionsvård och boendeservice för personer med utvecklingsstörning 2017.



Det utmärkta avståndet på vertikalaxeln visar antalet klienter i tjänsten i förhållande till befolkningen.

Nettodriftskostnaderna för boendeservice med dygnetruntomsorg för personer med funktionsnedsättning (180 euro/invånare) hörde till de största i landet medan nettodriftskostnaderna för institutionsvården (5,30 euro/invånare) var lägre än landets medelvärde. Nettodriftskostnaderna för övriga tjänster för personer med funktionsnedsättning var högre än landets medelnivå (215 euro/invånare).

7.12 Tjänster för äldre

Tjänsterna är högklassiga, inom tjänsterna utnyttjas teknik och systematiska bedömningar, dessutom stöds arbetet av hemsjukhuset och läkarkonsultationer. Närståendevård utnyttjas näst mest i landet. Färre klienter än genomsnittligt får regelbunden hemvård, men många klienter som får intensiv hemvård besöks 2–3 gånger per dag. Jouren besöks i mindre grad än genomsnittligt.

Den äldre befolkningen i Mellersta Österbotten avviker knappt alls från det övriga landet. Området hade den minsta andelen personer över 75 år som bor ensamma. Andelen personer i denna åldersgrupp som upplevde att de har svårt att ta hand om sig själva var bland de största i landet medan den andel som upplevde att deras ekonomi var knappt hörde till de minsta.

Distanstjänster används

Sammanlagt 92 procent av områdets 75 år fyllda invånare bodde hemma, vilket hör till de största andelarna i landet. Andelen personer i denna åldersgrupp som vårdas med stöd för närståendevård var näst störst i landet. I området har grundats ett center för anhörig- och närståendevård (Ahonen 2016). Ungefär tio procent av alla som fyllt 75 år och en femtedel av dem som fyllt 85 år fick regelbunden hemvård; dessa andelar än mindre än landets medelvärde. Endast få personer som fyllt 65 år bodde i servicebostäder. Användningen av serviceboenden med heldygnsomsorg för äldre avvek inte från de övriga delarna av landet och institutionsvård utnyttjades mindre än genomsnittligt. Användningen av båda dessa tjänster har minskat en aning sedan 2015. (Figur 15.) En klient vid ett serviceboende omfattas av distansläkartjänsterna.

Inom Soites hemvård används läkemedelsautomater och den virtuella omsorgstjänster VideoVisit, genom vilken man skapar en bild- och ljudförbindelse mellan den äldre personen och den yrkesutbildade via en pekdator.

En tredjedel av personalen inom tjänsterna för äldre arbetade inom hemvården. Den intensiva hemvården för personer som fyllt 75 år avvek från genomsnittet till den del att andelen personer som fick besök 2–3 gånger per dag var näst störst i landet. Över hälften av de invånare som fyllt 75 år fick stödtjänster, vilket är den största andelen i landet.

Enhetliga verksamhetsmodeller i bruk

Områdets invånare som fyllt 75 år gjorde färre jourbesök inom såväl primärvården som den specialiserade sjukvården än genomsnittet för landet.

På primärvårdens vårdavdelningar fanns i proportion till områdets befolkning fler patienter än i landet i genomsnitt. Detsamma gällde antalet vårddagar, även om dessa har minskat med en fjärdedel sedan 2015.

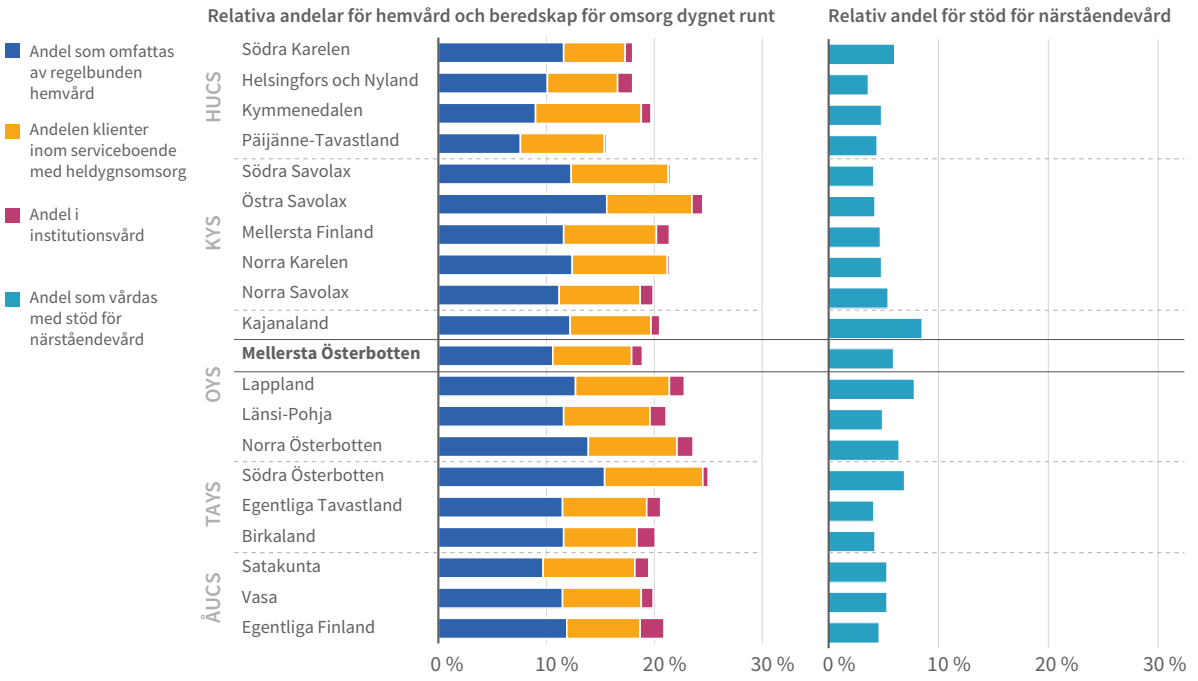
År 2017 avvek användningen av vårdavdelningar inom den specialiserade somatiska sjukvården inte från det övriga vad gäller personer som fyllt 75 år.

I fråga om 65 år fyllda invånare hade området landets största andel personer som gick på hälsoundersökning inom primärvården. Nästan lika många personer som i landet i genomsnitt använde läkemedel som inte är lämpliga för äldre trots att området hade landets tredje största andel personer över 75 år som multimedicinerar.

Den regionala servicehelheten för äldre har varit i bruk sedan 2017 och informationssystemet RAI används inom alla tjänster för äldre. En effektiviserad multiprofessionell handlingsmodell för rehabilitering i hemmet används. I fråga om enheter för hemvård hade den största delen i hela landet möjlighet till läkarkonsultation dygnet runt. Andelen enheter som tillhandahöll tjänster nattetid på vardagar och veckoslut var minst i hela landet. Inom enheterna för hemvård bedömdes näringstillståndet och läkemedelsbehandlingar systematiskt och man hörde till de bästa i landet på att göra detta. Landets minsta andel av enheterna för dygnetruntvård hade tagit i bruk kriterierna för god vård av minnessjuka. Behovet av tilläggsutbildning om terminalvård upplevdes vara bland de minsta i landet vid enheterna för dygnetruntvård och bland de största inom hemvården. Hemsjukhuset är verksamt inom nästan alla hemvårdsenheters områden.

Regionförvaltningsverket konstaterade i sin tillsynsrapport att tjänsterna för äldre var ett föremål

FIGUR 15. Servicestruktur och -omfattning personer som fyllt 75 år i förhållande till befolkningen i samma ålder 2017.



Figuren till vänster visar de procentuella andelarna summerat för hemvård och beredskapen för omsorg dygnet runt. Uppgifterna är tvärsnittsdata. I figuren till höger visas andelen som får stöd för närståendevård under året i procent. Andelen närståendevårdare är ackumulerade uppgifter för året.

för särskild granskning. I synnerhet personaldimensioneringarna har orsakat arbete och dessutom har man ingripit i serviceproduktion (”hemvård vid serviceboenden”) som strider mot socialvårdslagen.

Nettodriftskostnaderna för boendeservice med dygnetruntomsorg för äldre bland de största i landet

Nettodriftskostnaderna för hemvården (243 euro/invånare) var större än landets medelvärde och hade ökat med 14 procent jämfört med föregående år (i kostnaderna inkluderas läkarnas arbetsinsats). Nettodriftskostnaderna för boendeservice med dygnetruntomsorg för äldre (448 euro/invånare) hörde till de största i landet medan nettodriftskostnaderna för institutionsvården (12 euro/invånare) hörde till de minsta. De tidigare har ökat under de senaste åren medan de senare har minskat. Nettodriftskostnaderna för övriga tjänster för äldre (109 euro/invånare) har ökat med 35 procent jämfört med 2015.

5 Lappi

Áššedovdiárvvoštallan

Sámi buohccedikšunbiire čohkiida viđanuppelogi gielddas, ja guovllus orrot 117 000 orru. Álbmoga ahkejuohkašupmi ii mearkkašahtti láđje spiehkas Suoma gaskaárvvus. Demográfalaš ja ekonomalaš fuolahusgorri leat allelis go riikka gaskadássi. Bargguhisvuohta lea lahka riikka gaskadási. Guovllu buozalmasdáhpáhusaid mearri lea dábáleabbo go riikka eará guovlluin – ahkestandárdakeahtes DBL:a buozalmasindeaksa lea 117. Guovllu buozalmasain ožžot deattu vuoiŋŋamašvarrasuotnadávddat, čierggesváibmosuotnadávda ja bárttit sihke doarjja- ja lihkadanealabuozalmasat.

Gáiddusbálvalusat ovdánan

Somáhtalaš spesiálabuohccedikšuma measta buot sáddenbáhpirat gieđahallojuvvojit dikšundáhkádusa mielde, muhto vuordináiggiin leat lágavuostášaš ádjáneamit álbmoga ektui buot eanemus olles riikkas. Birrajándora gohcin ordnejuvvo Roavenjárggas ja sierralobiin Anáris. Guhkes gaskkat doalahallet gohcima geavahusa. Dás šaddánai giddejuvvot fuomášupmi gohcimii máhcci buhcciid mearkkašahtti stuora oassái, man guovlu ferte čielggadit.

Vuođđodearvvašvuohtafuolahusa gokčevašvuohta lea stuoris. Áššehasgalledemiin buorrái viđadas dáhpáhuvvet šleađggalaččat dehe telefovnna bakte, doavttergalledeamit leat unnon. Oažžašuvvan lea vuordináiggiid vuođul buorre. Dearvvašvuohtadoaktárat leat gorálaš olu, muhto bargobijus dárbbahuvvo maid seaŋgaossodagaide, main buohccit ja dikšunbeaivvit leat olu. Njálmmi dearvvašvuohtafuolahusas sihke almmolaš ja priváhta bálvalusat adnojuvvojit unnán, iige ovttaveardásaš oažžašuvvan dáin ollašuva dievaslaččat.

Rávvehatbálvalusat adnojuvvojit guovllus unnán, muhto skuvla- ja oahppovázzima dearvvašvuohtafuolahusa bálvalusaid geavahus lea dábáleabbo. Bargiidresurssat eai čuoze dárbui. Bajásgeassin- ja bearašrávvehatbálvalusaid oažžašuvvan lea buorre. Mánáidsuodjaleami rabasbálvalusain leat olu áššehasat, muhto dikšunsadjái biddjon dehe áittarduvvon áššehasat leat riikka gaskaárvvu veardde. Mánáid- ja nuoraidpsykiatriijas ossodatdikšun lea dábálaš, vaikko guovllus leat juo jagiid mielde geavahuvvon šleađggalaččat ja gáiddusbálvalussan spesiáladoavtter- ja terapiijabálvalusat.

Mielladearvvašvuohta- ja gárrenávnnasbálvalusaid dárbu lea gaskaárvvu mielde stuorit go riikkas

Bargoahkásaččain oalle stuora oassi oaččui mielladearvvašvuođa vuođul buohcanbeaiveruđa. Dárbui dávistuvvo mielladearvvašvuođa bálvalusain, main lea deaddu rabasdikšumis. Neahttaterapiijat leat bivnnuhat, ja telepsykiatriija lea adnon ávkin guhká guovllus. Lágádusdikšuma oassi ii spiehkas riikka eará dilis, muhto bággodoaimmat adnojuvvojit olu eará guovlluid ektui. Seaŋgaossodatdikšumat ođasnuvvet hárve, dat soaitá boahtit buohcceviesso- ja rabasdikšuma ovttaiduvvamis. Priváhtapsykiatriijabálvalusat ja psykoterapiija leat unnán fállun.

Roavenjárgga gárrenávnnasfuolahus gullá buohccedikšunbiirre bargui, nu ahte gárrenávnnasfuolahusa áššehasmearit oidnojit statistihkain unnit. Lágádusdikšun lea riikka unnimus, ja dan buhtten guovllus guorahallojuvvo. Gárrenávdnasiid dagahan buncaraggát dikšojuvvojit olu vuođđodearvvašvuohtafuolahusas. Alkoholaárut leat dábálaččat. Sápmelaččaide kultursensitiiva ja iežasgiel bálvalusat háhkkojuvvojit Norggas, muhto maiddái ng. meahcceterapiija lea fállun gárrenávnnasveajuiduvviide sámi guovllus.

Vuollegis bargguhemiid aktiverenceahkki lea buorránan maŋemus jagiid. Birgenláhkedoarjjaohcamušaid gieđahallan lea njuovžil.

Lápmásiid doarjjaoažžuid oassi lea riikka stuorimusaid joavkkus, ja mieđihuvvon bálvalusaid ja doarjagiid mearri lea stuorit go gaskamearálaččat. Lágádusdikšun lea burgojuvvon álbmotlaš ulbmiliid mielde, muhto njoazibut go riikka eará sajes. Bázahallan olbmuid orrumis deaddočuokkis lea losit bálvalusain.

Ealáhatolbmuin dikšundoarjaga ožžot máŋggas, muhto guovllus lea ekonomalaš vátni. Bálvalusráhkadus lea geahppánan, ja oapmahašdikšuma doarjja adnojuvvo olu ávkin. Vuorrasiid beavttálmahtton bálvalanorrun lea hui dábálaš 85 jagi deavdán olbmuid gaskavuođas. Ruovttudikšumii leat čuozihuvvon bargit, vaikko guvllolaš dilit leat hástalus ruovttudikšuma ordnemii. Vuorrasiid biebmodilli árvvoštallojuvvo systemáhtalaččat. Gohcingalledeamit leat unnon, mii muitala bálvalusaid doaibmivuođas. Ruoktoveajuiduhttima ja noahkku ruovttuiduvvama doaibmamálle lea guovllus gárgehuvvon.

Máŋga ordnejeaddji

Guovllus leat oktiibuot 13 dearvvašvuohtafuolahusa ja 15 sosiálafuolahusa ordnejeaddji. Ordnenvuogit molsašuddet, ja buohccedikšunbiirres lea ovddasvástádus maiddái guovtti gieldda vuođđodearvvašvuohtafuolahusa bálvalusain. Dearvvašvuohtastašuvnnat ja -čuoggát leat 21, main okta lea addojuvvon olggobeale beali dikšuma várás. Somáhtalaš spesiálabuohccedikšun lea čohkkejuvvon Sámi guovddášbuohccevissui, man vuođđodivvun- ja ođđavistehuksenfidnu, mii ollašuhttojuvvo alliánsamálliin, olllislaš golut leat 118 miljovnna euro. Sámi guovllus leat dušše ovttaskas sámegielalaš ámmátolbmot, ja bálvalusaid oažžun iežas gillii lea hástaleaddji.

Bargu, mii laktása integrašuvdnii, lea dahkkon áššehas- ja bálvalusbagadallama sihke áššehassegmenterema suorggis. Sosiála- ja dearvvašvuohtafuolahusa ođastusa olis áššehasjoavkkut identifiserejuvvoje bálvalusdárbbu ja doaibmannávcca mielde, dan lassin generalaš málle bálvalusaid govvideapmái válmmaštallojuvvui.

Spesiálabuohccedikšuma ja vuođđodearvvašvuohtafuolahusa golut leat riikka stuorimusat

Guovllu gielddaid ekonomiija lea hedjonan. Kontobaji bohtosiin orru guovdu lea vuolláibáza čieža gielddas, ja jahkegokču reahkká gokčat geahpádusaid gávccis. Sosiála- ja dearvvašvuohtafuolahusa nettogeavahangolut leat riikka goalmmádin stuorimusat ja badjel vihtta proseantta ovddit jagi stuoribut. Jagi 2017 dárbobuohtastahtton golut leat riikka stuorimusat. Sierramearreruđain buvttaduvvojit bálvalusat sámegiela ja kultuvrra mielde.

Spesiálabuohccedikšuma nettogeavahangolut orru guovdu leat hui alladat, ja dat leat sturron ovddit jagis. Vuođđodearvvašvuođa rabasdikšuma golut leat leamaš njiedjame, muhto leat riikka stuorimusaid joavkkus. Maiddái seaŋgaossodatdikšuma golut leat unnon. Buohcci guovdu almmolaš njálmmi dearvvašvuohtafuolahusa nettogeavahangolut ledje maid stuorrát, vaikko gal njiedjame.

Mánáidsuodjalusa goluin lágádus- ja bearašdikšun manná riikka gaskadási badjel, go fas rabasdikšunbálvalusaide adnojuvvo ruhta unnit go gaskamearálaččat. Lápmásiidbálvalusaid goluid oassi oba sektoris lea Sámis guovloveardádallama stuorimus, ja lágádusdikšuma golut orru guovdu leat riikka stuorimusat. Guovllu sierraiešvuogit dagahit lassigoluid orrun- ja fievrridanbálvalusgoluide. Bálvalusaid, mat dorjot barggolašvuođa, golut, giella oasseruhtadan bargomárkandoarjagat ja vuođđobirgenlähkedoarjagat orru guovdu leat gaskamearálaš dási unnibut. Gárrenávnnasfuolahusa sierrabálvalusaid nettogeavahangolut leat riikka unnimusaid siste, mii boahtá das, ahte barggut leat sirdojuvvon spesiálabuohccedikšumii. Áel:a (Kela) veajuiduhttinbálvalusain leat alla golut.

Vuorrasiid bálvalusat leat golloearrin nubbin stuorimus. Ruovttudikšuma, birrajagi dikšuma orrunbálvalusaid ja lágádusbálvalusaid nettogeavahangolut leat riikka gaskaárvvu bajábealde, muhto oalle mihtilmasat ja loktaneami guvlui manname earret lágádusbálvalusat. Vuorrasiid bálvalusaid golut einnostuvvojit lassánit 45 proseanttain jagi 2030 rádjái.

Buorredili ja dearvvašvuođa ovddideapmi máŋggasuorggat

Buorredili ja dearvvašvuođa ovddideapmái leat sihke eanangottálaš ja guvllolaš ráhkadusat, ja doaibma lea máŋggasuorggat. Lihkadeapmi lea dahkkon bures vejolažžan gielddain maiddái mánáide geat eai gula faláštallanservviide.

Biebmanávžžuhusat eai ollašuva ráves olbmuin, dan lassin ráves olbmuin lea hástalussan dábálaš duhpaha ja alkohola geavaheapmi. Alkoholajámolašvuohta lea riikka stuorimusaid siste. Oktonasvuohta lea dábálaš sihke badjeskuvlaahkásaččain ja vuorrasiin.

Ovddalgihtii eastadeaddji barggus lea lihkostuvvon boahkuhemiid oasis molsašuddi ládje. Buorre lea dat, ahte infekšuvnnaid duostunbargui leat biddjon návccat.

5 Lappi

Äššitobdeeárvuštâllâm

Laapi pyecceetipšompirrâdâh hámmášuvá vitnubáloh kieldâst, já ton kuávlust ääsih 117 000 olmožid. Ässeevievâ ahejuáhásem ij merhâšitteht spiehâst Suomâ koskâáárvust. Demografisâš já ekonomilâš huolâtteijei já huolâttemnáál ulmui koskâsâš jyehimloho (ađai huoltosuhde) lii ollâgub ko staatâ koskâtääsi. Pargottesvuotâ lii staatâ koskâtääsi alda. Puácuvuođâi tiettum ulmui kooskâst (ađai sairastavuus) kuávlust lii táválub ko eres kuávluin staatâst – ahestáđástithánnáá THL puácuvuotâindeks (ikävakioimaton THL sairastavuusindeksi) lii 117. Eromâšávt vuoiŋâšvorrâsuonâtaavdah, váimusuonâtavdâ já täpitormeh já toorjâ- já lihâdemorgaanpuácuvuođah láá ollâ tääsist taan kuávlust.

Káiduspalvâlusah láá ovdánâm tääsist

Masa puoh somatlii eromâšpyecceetipšom vuolgâttâsah kieđâvuššojeh tipšomtáhádâs miäldásávt, mut vyerdimaaigijn láá laavâvuástásiih ääjih eenâb ko eres saajeest staatâst ko verdid ässeevievâ miärán. Pirrâmpiäiválâš kosáttâh (ađai päivystys) uárnejuvvoo Ruávinjaargâst já sierânâs luuvijn Anarist. Kuhes kooskâi keežild ulmuin lii ollâ koozâš vyelgiđ kosáttâhân. Kosáttâhân mäccee pyeccei meeri lii merhâšittee styeres, já suujâ taas ličij kuávlust pyeri čielgiđ.

Vuáđutiervâsvuođâtipšom luávdittetteevuotâ (peittävyys) lii styeres. Ášástâllâmkolliimijn váhá eenâb ko viiđâduási tábáhtuvá šleđgâhámásávt tâi puhelimáin, tuáhtárkolliimeh láá kiäppánâm. Ulâttitteevuotâ (saatavuus) lii vyerdimaaigij vuáđuld pyeri. Tiervâsvuotâkuávdáštuáhtáreh láá viehâ ennuv, mut pargonaavcah tarbâšuvvojeh meid seŋgâuásáduvváid, main pyecceeh já tipšompeeivih láá ennuv. Njäälmi tiervâsvuođâtipšom peln sehe almoliih já priivaat palvâlusah kiävttojeh uccáá, ige oovtâviärdásâš ulâttitteevuotâ täin aaibâs olášuu.

Ravviittâhpalvâlusah kiävttojeh kuávlust uccáá, mut škovlâ- já uápputiervâsvuođâtipšom palvâlusâi kevttim lii táválub. Pargoviehâresurseh iä čuosâ táárbui miäldásávt. Šoddâdem- já perâravviittâhpalvâlusâi ulâttitteevuotâ lii pyeri. Párnáisuojâlem ávuspalvâlusâi peln láá ennuv äššigâsah, mut saijejum tâi aitârdâsân valdum ulmuuh láá staatâ koskâáárvu verd. Párnái- já nuorâipsykiatriast uásádâhtipšom lii táválâš, veikkâ kuávlust láá sierânâstuáhtár- já terapiapalvâlusah jo maŋgâ ive kevttum šleđgâhámásávt já káiduspalvâlussân.

Mielâtiervâsvuotâ- já uáivádítteepalvâlusâi tárbu lii stuárráb ko staatâst koskâmiärálávt

Pargoahasijn viehâ stuorrâ uási finnij mielâtiervâsvuođâ keežild vuáđustâllum puácupeiviruuđâ. Táárbun västiduvvoo tiädutmáin ávustipšom mielâtiervâsvuotâpalvâlusâin. Nettiterapiah láá piivnoheh, já telepsykiatria lii lamaš kiävtust kuávlust jo kuhháá. Lágádâstipšom meeri ij spiehâst staatâ eres oosijn, mut pággutooimah kiävttojeh ennuv ko verdid eres kuávloid. Seŋgâuásádâhtipšomeh uđâsmuveh harvii, máhđulávt pyecceeviäsu- já ávustipšom integraatio keežild. Priivaatpsykiatripalvâlusah já psykoterapia lii fáállun uccáá.

Ruávinjaargâ uáivádítteetipšom lii pyecceetipšompirrâduv toimâ, já nuuvtpa uáivádítteetipšo äššigâsmereh oroh lemin uceh statistikijn. Lágádâstipšom lii ubâ staatâst ucemustáá, já lii smiettâmnáál, maht tom puáhtá sajanpieijâđ. Vuáđutiervâsvuođâtiipšon iteh ennuv uáivádittei tovâttem čuolmah tipšomnáál. Alkoholhááituh láá táváliih. Sämmilijd kulttursensitivliih já jieijâskielâliih palvâlusah hahhojeh Taažâst, mut meid nk. mecciterapia lii uáivádítteeamnâsij kevttimist vajoiduvvee ulmuid fáállun sämikuávlust.

Vyeligis pargottes ulmui aktivistemtääsi lii puáránâm majemui ivij. Áigápuátutoorjâucâmušâi kieđâvuššâm mana njyebžilávt.

Vádulâštorjui uážžoi meeri lii ohtâ stuárráámusâin ubâ staatâst, já mieđettum palvâlusâi já torjui meeri lii stuárráb ko koskâmiärálávt. Uási lágádâstipšoost lii roččum aalmuglij uulmij miäldásávt, mut hitásubbooht ko eres saajeest staatâst. Ovdánemvádulij ulmui aassâm orniimist tiäddu lii lussâdub palvâlusâin.

Iäláttuvlijn tipšomtorjuu finnee maaŋgâs, mut kuávlust lii ennuv ekonomilâš kärživuotâ. Palvâlusrááhtus lii šoddâm keppisubbon, já omâhâštipšom toorjâ kiävttoo ennuv. Elilâm ulmui pehtilittum palvâlusaassâm lii uáli táválâš tain, kiäh láá tiävdám 85 ihheed. Päikkitipšomân lii čuosâttum pargoviehâ, veikkâ kuávluliih tileh láá hástun päikkitipšom orniimist. Elilâm ulmui ravâdemtile árvuštâlloo systematlávt. Kosáttâhkolliimeh láá kiäppánâm, mii muštâl tast, et palvâlusah tuáimih. Päikkivajoidittem já munedeijee pääikán lyeštim toimâmmyenster lii kuávlust ovdedum.

Maŋgâ uárnejeijee

Kuávlust láá ohtsis 13 tiervâsvuođâtipšom já 15 sosialtipšom uárnejeijed. Ornimvyevih mulsâšudeh, já pyecceetipšompirrâdâh västid meid kyevti kieldâ vuáđutiervâsvuođâtipšom palvâlusâin. Tiervâsvuotâsajattuvah já -čuággáh láá 21, main ohtâ lii olgostittum. Somatlâš sierânâspyecceetipšom lii čuákkejum Laapi kuávdášpyecceeviäsun, mon alliansmyensteráin olášittum vuáđutivvoom- já uđđâsisträhtimhaavâ ubâlâš koloh láá 188 miljovn eurod. Sämikuávlust láá tuše muáddi sämikielâtáiđusii áámmátulmuu, já palvâlusâi finnim jieijâs kielân lii hástulâš.

Äššigâs- já palvâlusstivrim já äššigâssegmentaatio syergist lii porgum integraation lohtâšuvvee pargo. Sosial- já tiervâsvuođâtipšomuđâsmittem ohtâvuođâst ášástâllâmjuávhuh (asiakkuusryhmät) juáhhojii palvâlemtáárbu já toimâmnaavcâi mield, ton lasseen valmâštâllui geneerisâš myenster palvâlusâi kuvvim várás.

Sierânâspyecceetipšom já vuáđutiervâsvuođâtipšom koloh láá ubâ staatâst oovtah stuárráámusâin

Kuávlu kieldâi ruttâtuálu lii hiäjusmum. Tilipaje puátuseh ässee kuáttá láá vuálápáculiih čiččâm kieldâst, já ihekate rijttáá luávdiđ meddâlistmijd käävci kieldâst. Sosial- já tiervâsvuođâtipšom nettokevttimkoloh láá kuálmádin stuárráámusah staatâst já paijeel vittâ prooseent oovdeb ivveest stuárráábeh. Ive 2017 tárbustäđidum (ađai tarvevakioidut) manoh láá stuárráámusah staatâst. Sierânâsmeriruuđáin pyevtittuvvojeh sämikielâliih já kultturmiäldásiih palvâlusah.

Sierânâspyecceetipšom ässeekuáhtásiih nettokevttimkoloh láá uáli olluuh, já toh láá lasanâm oovdeb ivveest. Vuáđutiervâsvuođâtipšom ávustipšom koloh láá moonnâm vuáluskulij, mut láá stuárráámus koloi juávhust ubâ staatâst. Meid seŋgâuásádâhtipšom koloh láá uccom. Pyecceekuáhtásiih almolii njäälmi tiervâsvuođâtipšom nettokevttimkoloh lijjii meid stuárráh, mut monâmin vuáluskulij.

Párnáisuojâlem koloin lágádâs- já perâtipšom lii aaleeb ko staatâ koskâtääsi, mut vist ávustipšompalvâlussáid kiävttoo ucceeb ruttâ ko koskâmiärálávt. Vádulâšpalvâlem koloi uási ubâ sektorist lii Laapist kuávluviärdádâllâm stuárráámus, já lágádâstipšom ässeekuáhtásiih koloh láá stuárráámusah ubâ staatâst. Kuávlu eromâšjiešvuođah tovâtteh lasekoloid aassâm- já jođettempalvâlemkoloi keežild. Pargo finnim tuárjoo palvâlusâi koloh, kieldâ uásiruttâdem pargomarkkântoorjâ já ässeekuáhtásâš vuáđuáigápuátutoorjâ láá ucebeh ko koskâmiärálávt. Uáivádítteetipšom sierânâspalvâlusâi nettokevttimkoloh láá ucemusâi juávhust ubâ staatâst, mii šadda tast, et pargoh láá sirdum sierânâspyecceetiipšon. Kela vajoidittempalvâlusâi koloh láá olluuh.

Elilâm ulmui palvâlusah láá manoin nubben stuárráámus. Päikkitipšom, pirrâmpiäivälii tipšom, aassâmpalvâlusâi já lágádâspalvâlusâi nettokevttimkoloh láá staatâ koskâáárvu paajaabeln, mut viehâ tijpâliih já paijaanmin eereeb lágádâspalvâlusah. Árvuštâlmij mield elilâm ulmui palvâlusâi koloh šaddeh lasanid 45 prosenttáin ive 2030 räi.

Pyereestvaijeem já tiervâsvuođâ ovdedem lii maaŋgâsuárgág

Pyereestvaijeem já tiervâsvuođâ ovdedem várás láá sehe eennâmkodáliih já kuávluliih ráhtuseh, já toimâm lii maaŋgâsuárgág. Lihâdem lii tohhum kieldâin pyereest máhđulâžžân meiddei tooid párnáid, kiäh iä kuulâ lihâdemservijd.

Ravâdemavžuuttâsah iä olášuu rävisulmuin, ton lasseen hástun lii rävisulmuin táválâš tubbáák já alkohol kevttim. Alkoholjamâlâšvuotâ lii ohtâ stuárráámusâin ubâ staatâst. Ohtuunisvuotâ lii táválâš sehe paješkovlâahasijn já elilâm ulmuin.

Muuneeld estee pargo lii puáhuttâsâi peeleest luhostum motomin pyereest, motomin hyenebeht. Šiev äšši lii, et infektioi tuástumpaargon láá pieijum naavcah.

5 Lappi

Ä'šštobddi- a'rvvõs

Lappi puõccihåiddamvu'vdd ää'blǩâst vitmlo kåå'ddast, da vuu'dest ä'sse 117000 jälsteei. Narood åå'ǩǩjuâggtõs ij miârkkšõõvvjen rätkkai Lää'ddjânnam kõskkäärvast.

Demograaflaž da tällsažvuõtt huõllåå'nnemkõskkvuõtt liâ jânnam kõskktää'zz åå'lab. Tuâjjte'mvuõtt lij â'lddlest jânnam kõskktää'zz. Puõccâmvuõtt vuu'dest lij jeä'rab jânnam takainallšab – åå'ǩǩmo'ttjete'm THL puõ'ccemvuõđindeeks lij 117. Vuu'dest puõccâmvuõđâst pâjjne vuõivâšnvõrrsuõnnkõõv, väimmsuõnnkõpp da påå'mh de tu'vdlstõk- da liikkeemruõiddkõõv.

Olggkääzzkõõzz oudâsvikkum

Somaatla spesiaalpuõccâmhååid âlddsin puk vuõlttõõzz ǩiõtt'tâ'lle håiddstaan meâldlen, leša vue'rddemaai'jin liâ lääi'jvuästtla jaukkõõzz naroo'de suåvvtõõlljen jânnam jäänmõssân. Pirrsuutksaid pei'vvrõõttjid jä'rjste Ruä'vnjaargâst da spesiaal- loo'vin Aanrest. Ku'ǩes mä'tǩǩ- kõõsk tuõ'll'je pei'vvrõõttâm âânnmõõžž. Vuâmmšummuš ǩiddtâåvv pei'vvrõ'tte ma'cci puõccâmnii'ǩǩi eža šu'rre vuässõ'sse, mõõn vuu'din lij tarbb se'lvted.

Vuâđđtiõrvâsvuõtthuõl kä'ttemvuõtt lij šurr. Ä'šślâ'sttem jååttmõõžžin eežža viiđad šâdd liâđglen le'be te'lfoonin, dåhttrest jååttmõõžž liâ occnam.

Vuäǯǯamvuõtt lij vue'rddemääi'jin määi'nest pue'rr. Tiõrvâsvuõttdåhttar liâ eža jiânnai, leša tuâjjlaid taarbše še puõccâmsâå'jid, ko'st puõccinee'ǩ da håiddpeei'v liâ jiânnai. Njää'lm tiõrvâsvuõtthuõllast da õlmmla de õhtt'õllsa kääzzkõõzzid â'nne ooccân, jiâ-ka õõutverddsaž vuäǯǯamvuõtt täin tiuddjen teâuddai.

Vuä'pstempäi'ǩǩ kääzzkõõzzid â'nne vuu'din ooccân, leša škooul- da mätt'tõõttmõš tiõrvâsvuõtthuõl kääzzkõõzzi âânnmõš lij takainallšab. Persoonkå'ddresuurs jiâ till'lâåvv taarbi mie'lddsen. Šõddeem- da piârvuä'pstempäi'ǩǩkääzzkõõzzi vuäǯǯamvuõtt lij pue'rr. Päärnaisuõjjõõzz äävkääzzkõõzzin liâ jiânnai ää'šša, leša aazztum le'be huõlddast le'ddi liâ jânnam kõskkäärv ve'rdd. Päärnai- da nuõrroummi psykiatrâst juâggashåidd lij takainallšem, hå't vuu'dest lij ju'n ee'jjid õnnum liâđglen da olggkääzzkõõzzan spesiaaldåhttar da terapiakääzzkõõzz.

Miõltiõrvâsvuõtt- peäneckääzzkõõzzi tarbb lij šõõrab gu jânnmest kõskkmie'rin

Tuâjjâkksain verddõssân šurr vue'ss vuäǯǯai miõltiõrvâsvuõttvuâđđsen puõccâmpei'vvtie'ğğ. Tarbbsa va'sttee äävhåiddteäddlõõzzin miõltiõrvâsvuõttkääzzkõõzzin. Nett- terapia liâ siâssum, da telepsykiatria lij ä'uǩǩuum vuu'dest kuu'ǩǩääi'j. Strooi'telhååid vue'ss ij rätkkai jee'res å'rnn jânnam, leša päkktuåimid â'nne jiânnai kõskkvuõđâst jee'res vuu'did. Puõccâmsâå'jjhåidd ođđân hää'rveld, mõõšt puõccipõrtt- da äävhååid integraatio meâldlen. Õõut'ollsažpsykiatriakääzzkõõzzid da psykoterapia lij ta'rjjeemnalla ooccân.

Ruä'vnjaarg peänechuõl lij puõccâmhåiddpirrõõzz tuåimmjummuž, gõõi peänechuõl ää'šślažmeä'r kuâsttje u'ccen laskkaalmin. Strooi'telhåidd lij jânnam uu'ccben, da tõn ko'rvvummuš vuu'dest smiõ'tte. Peänci tue'jjeem jie'ddid hoi'dde jiânnai vuâđđtiõrvâsvuõtthuõllast. Alkoholskäädđ liâ takainallšem. Sä'mmlaid kulttuursensitiivlaid da jiijjâsǩiõllsaid kääzzkõõzzid ha'ŋǩǩee Taarrast, leša še nk. meä'ccterapia lij peänectõrgsmee'jid ta'rjjeemnalla sää'mvuu'dest.

Vue'llgaž tuâjjtee'm aktivâ'sttemcie'ǩǩes lij puârrnam mõõnni ee'ǩǩen. Tuåimmupue'ttemstaanooccmõõzzi ǩiõtt'tõõllmõš lij väivvtee'm.

Lää'mes-staani vuäǯǯai vue'ss liâ jânnam šuurmõõzz, da miõtt'tõttum kääzzkõõzzi da staani mie'rr lij kõskkmie'rrsa šõõrab. Strooi'telhååid lij pu'rğğuum meersai täävtõõzzi meâldlen, leša meälgžab gu jee'res å'rnn jânnam. Šõddâmvâkksai aassmõõžžâst teäddä'šš lij lossääb kääzzkõõzzin.

Jeältõkoummi håiddstaan vuäǯǯa määŋgas, leša vuu'din voddâ'tte tällsažvuõđi vää'n. Kääzzkõõzzâžraajõs lij ǩeäppsmõõvvâm, da ruåđihååid staan ä'uǩǩâ'stte jiânnai. Puärsmõõvvi viõk-

klõttum kääzzkõõzzâžaazztummuš lij sami takainallšem 85 ee'ǩǩed teâuddjin. Dommhoiddu liâ tillõttum persoonkåå'dd, hå't vooudla jällmõõžž liâ va'ʒʒtõs dommhååid jä'rjstõõllmõ'šše. Puärsmõõvvi to'lmmummušvue'ǩǩ ärvvtâ'lle systtemaatlen. Pei'vvrõõttâmjåättmõõžž liâ occnam, mii maainast kääzzkõõzzi tuåimmjummšest. Dommtõrgsmeei da ouddtu'mmjem jeälõõttâm tuåimmjem-maal lij vuu'dest ooudâsvikkum.

Mäŋgg jä'rjsteei

Vuu'dest liâ õhttse'žže 13 tiõrvâsvuõtthuõl da 15 sosiaalhuõl jä'rjsteei. Jä'rjstõõllâmvue'ǩǩ vaajtâ'lle, da puõccâmhåiddpirrõs va'sttad še kuei't kåå'dd vuâđđtiõrvâsvuõtthuõl kääzzkõõzzin.Tiõrvâsvuõttpääi'ǩ da -sââ'jj liâ 21, koin õhtt lij åålgstõttum. Somaatlaž spesiaalpuõccâmhåidd lij kõskkõttum Lappi kõõskõspuõccipõ'rtte, koon allianssimaalin raajjâm vuâđđko'rjjeem- da oođâsraajâlmha'ŋǩǩõõzz ceâlaiteä'ğğââ'nnemkuul liâ 118 miljoon eu'rred.

Sää'mvuu'dest lij pâi õõutlaž sää'mǩiõllsiltteei ämmatnee'ǩǩ, da kääzzkõõzzi vuäʒʒmõš jiijjâs ǩiõlin lij va'ʒʒtõs.

Integraatio õhtteei tuâjj lij rajjum ää'ššlaž- da kääzzkõõzzohjjeem de ää'ššlažsegmentõ'ttem määi'nest. Sosiaal- da tiõrvâsvuõtthuõl oođummuž õhttvuõđâst ää'ššlažä'rttlid tåbddjõ'tte kääzzkõõzztaarb da tuåimmjemood mie'ldd, lââ'zzen geneeristtâm maal kääzzkõõzzi karttõ'sse valmštõ'lle.

Spesiaalpuõccâmhåid da vuâđđtiõrvâsvuõtthuõl kuul jânnam šõõrmõõzz

Vuu'di koo'ddi tällsažvuõtt lij huânn'nam. Tiilpooddi puåđõõzz aazzji puått liâ vue'llpää'cclma čiččmest kåå'ddest, da ee'ǩǩkättlmõš riittai kä'tted jaukktõõzzid kääu'cest. Sosiaal- da tiõrvâsvuõtthuõl nettââ'nnemkuul liâ jânnam kuälmeen šõõrmõõzz da pâi'l vitt prosee'nt oou'dab ee'jj šõõrab. Ee'jj 2017 tarbbmottjete'm mâân liâ jânnam šõõrmõõzz. Jeä'rabmie'rrtie'ğğin rä'jje sää'mǩiõllsaid da kulttuurmeâldsaid kääzzkõõzzid.

Spesiaalpuõccâmhååid aazzjipuåttla nettââ'nnemkuul liâ še ââ'lab, hå't-i luâšttõõttâm årra; da tõk liâ šõddâm oou'dabee'jjest. Vuâđđtiõrvâsvuõtthuõl äävhååid kuul liâ leämmaš luâšttõõttâm årra, leša jânnam šõõrbi ä'rttlest.Še puõccâmsââ'jjhååid kuul liâ õccnam.Puõččipuåttla õõlmâs njä'lmmtiõrvâsvuõtthuõl nettââ'nnemkuul le'jje še šuur, håt-i luâšttõõttâm årra.

Päärnaisuõ'jjeem kuulin stroi'ttel- da piârhåidd ââ'lad jânnam kõskktää'zz, gu e'pet äävhuõllkääzzkõõzzid â'nne kõskkmie'rin uu'ccben tie'ğğ. Lää'meskääzzkõõzz kuul vue'ss ceâlai sektoorâst lij Lappâst vooudlažverddõõzz šõõrmõs, da strooi'telhåidd aazzipuåttla kuul liâ jânnam šõõrmõõzz. Vuu'd jeä'rbužåå'bleǩ räjja lââ'sskuulid jälstem- da jåå'đtemkää'zzkõõzzâžkuulid. Tuâjjvuõđ staanam kääzzkõõzzi kuul, kåå'dd pie'ǩǩ- tie'ğğtem tuâjjmarkkânstaan da aazzpuåddlaž vuâđđtuåimmpue'ttemstaan liâ kõskkmie'rin uu'ccab. Peänechuõl spesiaal- kääzzkõõzzi nettââ'nnemkuul liâ jânnam uu'ccmõõzz. Mii puätt tõ'st, štõ tuâjj liâ sirddum spesiaalpuõccâmhåiddu. Kela tõrgsmeeikääzzkõõzzâžkuul liâ šuur.

Puärsmõõvvi kääzzkõõzz liâ mõõnnâmkuu'sǩin nu'bben šõõrmõõzz. Dommhååid, pirrsuutksaž hååid aazzamkääzzkõõzzi da stroi'ttelkääzzkõõzzi nettââ'nnemkuul liâ jânnam kõskkäärv pââ'jbeä'lnn, leša eežža šlaajjnallšem da pâjjnem årra lokku vää'ldǩâni stroi'ttelkääzzkõõzzid.Puärsmõõvvi kääzzkõõzzi kuul ouddkâ'stte lâssned 45 prosee'ntin ekka 2030 mâânast.

Pue'rrjie'llem da tiõrvâsvuõđ ooudummuš määŋgvuâllsaž

Pue'rrjie'llem da tiõrvâsvuõđ ooudummša liâ še mäddkåå'ddsa de vooudla raajâlm, da tuåimmjummuš lij määŋgvuâllsaž. Liikkummuš lij vuei'tlvõsttum kåå'ddin puârast še liikkummuš-sie'brid ko'lljete'mes päärnaid.

To'lmmummuš-siâssmõõžž jiâ teâuddai tiuddâkksain, lââ'zzen va'ʒʒtõssân lij tiuddâkksain takainalla tääbbaǩ da alkohool âânnmõš. Alkoholjää'mmemvuõtt lij jânnam šuurbaž. Õhttnažvuõtt lij takainallšem še pââ'jjškooulekksain da puärrsin.

Ouddlest cõggõõttâm tuâjast lij o'nstõttum čuâggtõõzzi määi'nest vââjtõõvvjen. Pue'rr lij, štõ infektiovuâsttâ'ddemtuõjju lij rajjum jiânnai.

Menetelmät ja laatuseloste

Sosiaali- ja terveyspalvelujen asiantuntija-arvio perustuu sekä määrälliseen tietoon että laadulliseen dokumenttiaineistoon. Arvioinnin pääasiallisena tietolähteenä on käytetty Sosiaali- ja terveydenhuollon kustannusvaikuttavuusmittaristoa (KUVA). Arviointia on syvennetty käyttämällä viranomaisten ja tutkimuslaitosten selvityksiä sekä alueellisten palvelujärjestäjien suunnitteludokumentteja ja päätösasiakirjoja.

Arvioitavana olevien alueiden edustajat ovat osallistuneet arviointiin yhteisten keskustelujen kautta, ja heillä on ollut mahdollisuus kommentoida valmistuvia tekstejä. Alueiden edustajien lisäksi arviointiin on välillisesti osallistunut suuri joukko Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen asiantuntijoita.

Arviointi perustuu pääsääntöisesti julkisesti ja avoimesti saatavilla olevaan tietoon. Mittaristoon kuulumattomat tietolähteet on mainittu tekstissä, ja niihin viitataan erillisellä lähdeviitteellä. Aineistot, jotka eivät ole avoimesti saatavilla, on kuvattu alempana.

Kansallinen kustannusvaikuttavuusmittaristo ja Tietoikkuna

Kansallinen kustannusvaikuttavuusmittaristo on sosiaali- ja terveysministeriön sekä laajan asiantuntijajoukon yhteistyönä muodostama noin 540 indikaattorin kokoelma (Hämäläinen ym. 2019). Kokoelmasta on tuotannossa noin 450 indikaattoria. Mittariston ylläpitämisestä ja kehittämisestä vastaa työryhmä, joka koostuu arvioinnin ja tilastoinnin asiantuntijoista sekä alueiden edustajista. Lisätietoja KUVA-indikaattoreista ja arvioinnista on osoitteessa **thl.fi/arviointi**.

Kustannusvaikuttavuusmittariston kaikki indikaattoriarvot esitetään tätä varten kehitetyssä käyttöliittymässä, Tietoikkunassa. Tietoikkuna poimii tilastopalvelu- ja indikaattoripankki Sotkanetistä (sotkanet.fi) kustannusvaikuttavuusmittaristoon kuuluvat indikaattorit alueittain. Indikaattorien tiedot päivittyvät ympäri vuoden sitä mukaa, kun aineistoja valmistuu.

Tavoitteena on, että arvioinnissa käytetyt indikaattoritiedot ovat luotettavia ja ajantasaisia. Vuosittain päivittyvien indikaattorien viivästyminen johtuu usein tietojen toimitusvaikeuksista. Kyselyaineistoihin perustuvat indikaattorit päivittyvät yleensä joka toinen vuosi.

Yhdenmukaisen tarkastelun vuoksi Tietoikkunasta löytyvien indikaattorien päivittyminen on keskeytetty 12.9.2019, lukuun ottamatta nettokäyttökustannus- ja väestöennustetietoja. Päivämäärän jälkeen päivittyneiden indikaattorien osalta käytetään sen vuoden tietoja, jotka olivat käytettävissä mainittuna päivämääränä. Sotkanetiin indikaattorit päivittyvät normaalisti. Indikaattoreihin tehdyt korjaukset muuttavat Tietoikkunassa olevia arvoja, mikäli ne kohdistuvat esitettävän vuoden tietoihin.

Kustannusvaikuttavuusmittariston tietojen ajantasaisuutta seurataan arvioinnissa tiiviisti ajantasaisuusmittarin avulla. Syyskuussa 2019 noin 70 prosenttia indikaattorien tiedoista oli vuodelta 2018 tai 2019. Arviointi kohdistuu vuoteen 2018, joten tavoitteena on käyttää mahdollisimman paljon vuoteen 2018 kohdistuvaa tietoa.

Julkaisemattomat lähteet

Alueelliset sosiaali- ja terveyspalvelujen kustannusennusteet 2017-2030

Suomessa sosiaali- ja terveydenhuollon kustannuskehitystä arvioidaan SOME-mallilla, joka on THL:ssä alueellistettu. Arviointi kattaa keskeiset laitos- ja avohoidon palvelumuodot sekä perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon eri muodot. Alueiden kustannuskehityksen arvioinnissa on keskitytty väestökehityksen vaikutukseen. Malli ei huomioi tuottavuuden kehitystä tai inflaatiota. Laskennassa eri palveluista ja toimenpiteistä aiheutuvat menot kohdennetaan miesten ja naisten vuositasoisiin ikäryhmiin, jolloin väestöennusteen perusteella on arvioitavissa, kuinka palvelujen volyymi kehittyy tulevaisuudessa. Laskenta nojaa oletukseen, että menojen jakautuminen kunkin ikäryhmän sisällä säilyy nykyisen kaltaisena, mutta kun ikäryhmien koot muuttuvat väestöennusteen mukaisesti, myös palvelujen kokonaiskustannukset muuttuvat.

Lastensuojelun avohuollon uudet asiakkaat

Indikaattori perustuu Lastensuojelun avohuollon tiedonkeruuseen, jossa kunnat ilmoittavat vuosittain uusien lastensuojeluasiakkaiden määrän. Sotkanet-

indikaattori 1245 lastensuojelun avohuollon asiakkaiden kokonaismäärästä perustuu samaan tiedonkeruuseen. Uusien asiakkaiden määrät julkaistaan vuosittain Lastensuojelu-tilastossa, samoin kuin väestösuhteutetut luvut maakunnittain. Sairaanhoitopiirien aluejaolla olevia lukuja ei ole saatavilla julkisesti, vaan luvut on toimitettu arviointiyksikölle.

Työterveyshuollon asiakasmäärät

Arvio asiakasmääristä perustuu Työterveyslaitoksen Työterveydenhuollon toiminta ja laatu Suomessa 2018 -kyselyyn (ks. Lähteet), jossa työterveyshuoltoa tarjoavilta toimijoilta on kysytty muun muassa työterveyshuollon asiakkaana olevien työnantajien henkilöstömääristä sekä sopimustyypeistä. Kyselyyn on vastannut noin 81 prosenttia työterveyshuoltoa tarjoavista toimijoista. Työterveyslaitos on toimittanut erikseen tiedot asiakasmääristä sairaanhoitopiirien aluejaolla. Määrät on suhteutettu alueen työikäiseen väestöön THL:ssä.

Terveydenhuollon palveluverkko ja ympärivuorokautisten päivystysten saavutettavuus

THL kerää, ylläpitää ja analysoi julkisen terveydenhuollon palveluverkkotietoa. Sairaala- ja terveysasematiedot on poimittu THL:n ylläpitämästä Soteorganisaatiorekisteristä ja tarkistettu manuaalisesti hyödyntäen kuntien ja kuntayhtymien verkkosivuja. Palveluverkkokartassa kuvataan vuoden 2018 tilannetta. Palvelusetelikokeilun tiedot perustuvat sosiaali- ja terveysministeriön, kuntien ja kuntayhtymien sekä yksityisten terveystoimijoiden verkkosivuilta kerättyihin tietoihin. Ulkoistettujen toimipisteiden tiedot on kerätty yhdistelemällä Kuntaliiton selvityksen (2019) sekä kuntien, kuntayhtymien ja yksityisten terveyspalveluntuottajien verkkosivujen tietoja. Kattavan paikkatiedon puute Suomessa rajoittaa toimipistetarkastelua.

Vanhuspalvelujen tila

Vanhuspalvelujen tila -kyselyyn pohjautuvia tietoja on käytetty ikääntyneiden palvelujen arvioinnissa. Kotihoidon ja ympärivuorokautisen hoidon yksiköiden toimintaa koskevat tiedot on julkaistu THL:n tilastopalvelussa maakunnittain. Sairaanhoitopiirien aluejaolla olevat luvut on toimitettu arviointiyksikölle. Niitä ei ole julkaistu tilastopalveluissa, mutta ne ovat nähtävillä THL:n verkkosivuilla PowerPoint-esityksenä.

RAI-arvioitujen osuus

Indikaattori esittää RAI-välineillä arvioitujen määrän tuhatta vastaavanikäistä kohden (75 vuotta täyttäneet). Indikaattorin tiedot perustuvat THL:lle toimitettuihin RAI-vertailukehittämisen tietoihin. Tiedot eivät ole julkisesti saatavilla, vaan indikaattoria voivat käyttää RAI-vertailukehittämisen kumppanit kirjautumalla THL:n tilastopalveluun. Aluejakoja on tehty neljä: asukkaiden kotikunnat, vanhuspalveluja järjestävät kuntayhtymät, maakunnat ja koko maa. Tietoja ei ole saatavilla sairaanhoitopiirien aluejaolla.

Tietolähteiden laatuun liittyvät rajoitukset

Lasten terveys, hyvinvointi ja palvelut (LTH) sekä Finsote-kyselytutkimusten aineistot ovat käytössä ainoastaan maakunnittain jaoteltuina. Sama koskee myös RAI-arvioitujen osuutta. Tietoja on käytetty osana arviointia, ja poikkeavista aluejaoista on mainittu tekstissä erikseen. Lisäksi kyselytutkimuksissa, esimerkiksi vastausten kattavuudessa, on aluekohtaisia rajoitteita. Jos rajoitteet ovat merkittäviä, tietoja ei ole käytetty.

Arvioinnissa on käytetty aluehallintovirastojen valvontahavaintoja, jos ne ovat yksilöitävissä arvioitavalle alueelle.

Hoitoilmoitusjärjestelmän kolmen rekisterin (sosiaalihuollon hoitoilmoitusrekisteri, terveydenhuollon hoitoilmoitusrekisteri ja perusterveydenhuollon avohoidon hoitoilmoitusrekisteri eli Avohilmo) tietojen laatu ja kattavuus vaihtelevat sairaanhoitopiireittäin ja alueittain. Tähän voivat vaikuttaa muun muassa ammattilaisten erilaiset kirjaamiskäytännöt sekä tekniset ongelmat tietojen siirrossa THL:lle.

Myös sosiaalipalvelujen toimintatilaston luotettavuuteen vaikuttaa se, kuinka täsmällisiä tietoja sinne on toimitettu. Joissain toimituksissa tiedetään olevan ristiriitoja tilastomääritelmien kanssa, jolloin tiedot sisältävät myös muita toimintatietoja ulosrajaavasta tilastomääritelmästä huolimatta. Toimintatilaston luotettavuuteen vaikuttaa myös kuntien vastausaktiivisuus; suurten kuntien toimintatietojen jättäminen ilmoittamatta vaikuttaa mittarien väestösuhteutettuihin lukuihin ja vääristää alueiden välistä vertailua.

Tiedonkeruukohtaiset vuosittaiset laatuselosteet ovat saatavilla THL:n verkkosivuilla.

Kansalliset lähteet

Arvioinnissa käytetyn indikaattoritiedon käyttöliittymä Tietoikkuna www.thl.fi/tietoikkuna

Ammattibarometri. www.ammattibarometri.fi

Halme, S. & Tiirinki, H. (2019) Hajaannuksesta kohti yhteensovitettuja palveluita: dokumenttianalyysi toiminnallisesta integraatiosta sairaanhoitopiirien alueilla. Työpaperi 27/2019, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos THL. Verkkolähde [luettu 27.11.2019].

Häkkinen, P. & Matveinen, P. (2019) Sairaaloiden tuottavuus 2017. Tilastoraportti 5/2019. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos THL. Verkkolähde [luettu 27.11.2019].

Hämäläinen, P., Kovasin, M. & Räikkönen, O. (2019) Ehdotukset sote-ohjauksen mittareista ja tietopohjan varmentamisesta. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2019:33. Verkkolähde [luettu 27.9.2019].

Jormanainen, V., Parhiala, K., & Reponen, J. (2019) Highly concentrated markets of electronic health records data systems in public health centres and specialist care hospitals in 2017 in Finland. Finnish Journal of EHealth and EWelfare, 11(1-2), 109-124. Verkkolähde [luettu 27.11.2019].

KEVA (2018) Maakuntien kuntatyöntekijät lukuina. Verkkolähde [luettu 29.11.2019].

Klemetti, R. & Hakulinen-Viitanen, T. (toim.) (2013) Äitiysneuvolaopas - Suosituksia äitiysneuvolatoimintaan. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos THL. Tampere: Juvenes Print - Suomen Yliopistopaino Oy; 2013.

Kuntaliitto. Kuntien taloudellisia tunnuslukuja -taulukot. Verkkolähde [luettu 27.10.2019].

Kuntaliitto. Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestäminen 2018 -taulukot. Verkkolähde [luettu 27.11.2019].

Kuntaliitto (2019). Sosiaali- ja terveydenhuollon ns. kokonaisulkoistukset. Verkkolähde [luettu 10.08.2019].

Nurmi, T. & Rönkä, S. (2018) Päihdehuollon huumeasiakkaat 2017. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Tilastoraportti 31/2018. Verkkolähde [luettu 4.10.2019].

Lääkäriliitto (2019) Terveyskeskusten lääkäritilanne lokakuussa 2018. Verkkolähde [luettu 27.11.2019].

Ollila, P., Holopainen, L., Juurikkala, V. & Rapeli, M. (2019) Kartoitus sosiaalipäivystystoiminnan järjestämisestä ja toiminnasta. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2019:37. Verkkolähde [luettu 26.11.2019].

Sosiaali- ja terveysjärjestöjen avustuskeskus (STEA). http://avustukset.stea.fi/

Sosiaali- ja terveysministeriö (2004) Lastenneuvola lapsiperheen tukena - Opas työntekijöille. Sosiaali- ja terveysministeriön oppaita 2004:14. Helsinki: Edita Prima Oy; 2004.

Sähköinen hyvinvointikertomus. www.hyvinvointikertomus.fi

Takala, E.-P., Leino, T., Harjunpää, K., Hirvonen, M., Kauranen, T., Liljeström, K., Syynimaa, S. & Österbacka, O. (2019) Työterveyshuollon toiminta ja laatu Suomessa 2018. Työterveyslaitos. Verkkolähde [luettu 27.11.2019].

Teaviisari -tilastopalvelu. www.teaviisari.fi

Terveytemme.fi – Tilasto- ja seurantatietoja alueittain ja väestöryhmittäin, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos THL. www.terveytemme.fi

THL. Jätevesitutkimus. Verkkolähde [luettu 27.11.2019].

THL. Vanhuspalvelujen tila. Verkkolähde [luettu 27.11.2019].

Tilasto- ja indikaattoripankki Sotkanet. www.sotkanet.fi

Valtioneuvosto (2019) Maakunta- ja sote-uudistuksen digimuutosohjelma. Loppuraportti, VM054:00/2018. Verkkolähde [luettu 26.11.2019].

Valtionvarainministeriö (2019) Kuntien tilinpäätökset 2018 muistio 31.5.2019. Verkkolähde [luettu 4.10.2019].

Valtionvarainministeriö. Talouden tunnusluvut kuntakonserneittain vuosien 2017 ja 2018 tilinpäätösten mukaan -taulukko. Verkkolähde [luettu 18.6.2019].

Alueelliset lähteet

Erityisvastuualue

Aluehallintovirasto (2019) Lapin aluehallintoviraston valvontahavaintoraportti Lapin sairaanhoitopiirin ja Länsi-Pohjan sairaanhoitopiirin alueiden sosiaali- ja terveydenhuollon palve-luiden yhdenvertaisesta saatavuudesta. Verkkolähde [luettu 2.12.2019].

Aluehallintovirasto (2019) Länsi- ja Sisä-Suomen aluehallintoviraston sosiaali- ja terveydenhuollon valvontahavaintoraportti Etelä-Pohjanmaan, Keski-Pohjanmaan, Keski-Suomen, Pirkanmaan ja Vaasan sairaanhoitopiirien alueen sosiaali- ja terveydenhuollon palveluiden yhdenvertaisesta saatavuudesta vuonna 2018. Verkkolähde [luettu 2.12.2019].

Aluehallintovirasto (2019) Pohjois-Suomen aluehallintoviraston sosiaali- ja terveydenhuollon valvontahavaintoraportti Pohjois-Pohjanmaan ja Kainuun sairaanhoitopiirien alueen sosiaali- ja terveydenhuollon palveluiden yhdenvertaisesta saatavuudesta. Verkkolähde [luettu 2.12.2019].

Pohjois-Pohjanmaa

Oinas, R. (2019) Iäkkäiden yhteen sovitettu palvelukokonaisuus Pohjois-Pohjanmaalla. STM/3242/2016. Verkkolähde [luettu 29.11.2019].

OYS 2030-hanke. www.oys2030.fi

Pohjois-Pohjanmaa (2017) Pohjois-Pohjanmaan maakuntaohjelma 2018–2021. Verkkolähde [luettu 13.9.2019].

Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri (2019) Hallituksen pöytäkirjan 11.6.2019 kohdan § 105 liite. Esitys sote-tietohallintoyhteistyön, tietojohtamisen ja sosiaali- ja terveydenhuollon palveluketjujen kehittämisen (integraatio) toteuttamiseksi Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin koordinoimana. Verkkolähde [luettu 29.11.2019].

Salmela, S. (2019) Pohjois-Pohjanmaan maakunta- ja sote-uudistus. Hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen. Loppuraportti. Pohjois-Pohjanmaan maakunta- ja soteuudistuksen hyte-valmistelun loppuraportti ajalta 1.4.2018–31.3.2019. Verkkolähde [luettu 13.9.2019].

Kainuu

Kainuun liitto (2019) Kainuun maakuntauudistus. Loppuraportti 13.9.2019. Verkkolähde [luettu 29.11.2019].

Kainuun sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymä (2019) Arviointikertomus 2018. Verkkolähde [luettu 29.11.2019].

Kainuun sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymä (2018) Kainuun sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämissuunnitelma 2017–2020. Verkkolähde [luettu 29.11.2019].

Kainuun sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymä (2019) Vuosikertomus 2018. Verkkolähde [luettu 29.11.2019].

Tolonen, E. (2018) Iäkkäiden maakunnallinen palvelukokonaisuus Kainuussa. Kainuun sote 2018 D32. [luettu 29.11.2019].

Keski-Pohjanmaa

Ahonen, L. (2018) Iäkkäiden yhteen sovitettujen palvelujen kokonaisuus Keski-Pohjanmaalla. Keski-Pohjanmaan sosiaali- ja terveyspalvelukuntayhtymä Soite. STM/3239/2016. Verkkolähde [luettu 13.9.2019].

Ahonen, L. & Ollikainen, A. (2016) Hyvinvointipalvelujen järjestämissuunnitelma 2017–2018. Verkkolähde [luettu 13.9.2019].

Lappi

Heikkilä, L., Laiti-Hedemäki, E. & Pohjola, A. (2013) Saamelaisten hyvä elämä ja hyvinvointipalvelut. Sámiid buorre eallin ja buresveadjinbálvalusat. Sämmilij šiev eellim já pyereestvaijeempalvâlusah. Saa´mi šiõgg jie´llem da pue´rrjie´llemkääzzkõõzz. Verkkolähde [luettu 29.11.2019].

Heikkilä, L., Laiti-Hedemäki, E. & Miettunen, T. (2019) Buorre eallin gávpogis. Saamelaisten hyvä elämä ja hyvinvointipalvelut kaupungissa. Verkkolähde [luettu 29.11.2019].

Kaiser, N. & Salander, E. (2012) Suicidal expressions among the Swedish reindeer-herding Sámi population. Suicidology online 3: 114-123.

Palo, M. & Moisanen, T. (2019) Sosiaali- ja terveyspalvelut. Lapin maakunta- ja sote -uudistuksen valmistelu 2016 – 2019. Lapin maakuntahallinto. Verkkolähde [luettu 13.9.2019].

Lehtola, R. & Ruotsala, P. (2017) Saamenkielisten palveluiden nykytilakartoitus. Saamelaisten lasten-, nuorten ja perheiden palvelut. Saamelaiskäräjät. Verkkolähde [luettu 29.11.2019].

Lohtander, J. (2018) Iäkkäiden yhteensovitettujen palvelujen kokonaisuus Lapin maakunnassa. Lapin maakuntauudistus. Verkkolähde [luettu 13.9.2019].

Omma, L., Jakobsson, LH. & Petersen, S. (2012) The health of young Swedish Sámi with special reference to mental health. Int J Circumpolar Health 71: 18381.

Pasanen, A. (2016) Saamebarometri 2016. Selvitys saamenkielisistä palveluista saamelaisalueella - Sámi giellabaromehter 2016. Čielggadus sámegielat bálvalusain sámeguovllus. Oikeusministeriön julkaisu 39/2016. Verkkolähde [luettu 29.11.2019].

Pohjois-Suomen sosiaalialan osaamiskeskus. Toimiva kotihoito Lappiin -hanke. Verkkolähde [luettu 29.11.2019].

Young, TK.,Revich, B. & Soininen, L. (2015) Suicide in circumpolar regions: an introduction and overview- Int J Circumpolar Health 74:27349.

Länsi-Pohja

Lohtander, J. (2018) Iäkkäiden yhteensovitettujen palvelujen kokonaisuus Lapin maakunnassa. Lapin maakuntauudistus. Verkkolähde [luettu 13.9.2019].

Pohjois-Suomen sosiaalialan osaamiskeskus. Toimiva kotihoito Lappiin -hanke. Verkkolähde [luettu 29.11.2019].

Palo, M. & Moisanen, T. (2019) Sosiaali- ja terveyspalvelut. Lapin maakunta- ja sote -uudistuksen valmistelu 2016 – 2019. Lapin maakuntahallinto. Verkkolähde [luettu 13.9.2019].