

TIEDOSTA ARVIOINTIIN

tavoitteena paremmat palvelut

Sosiaali- ja
terveyspalvelut
Tyks-erityisvastuualueella

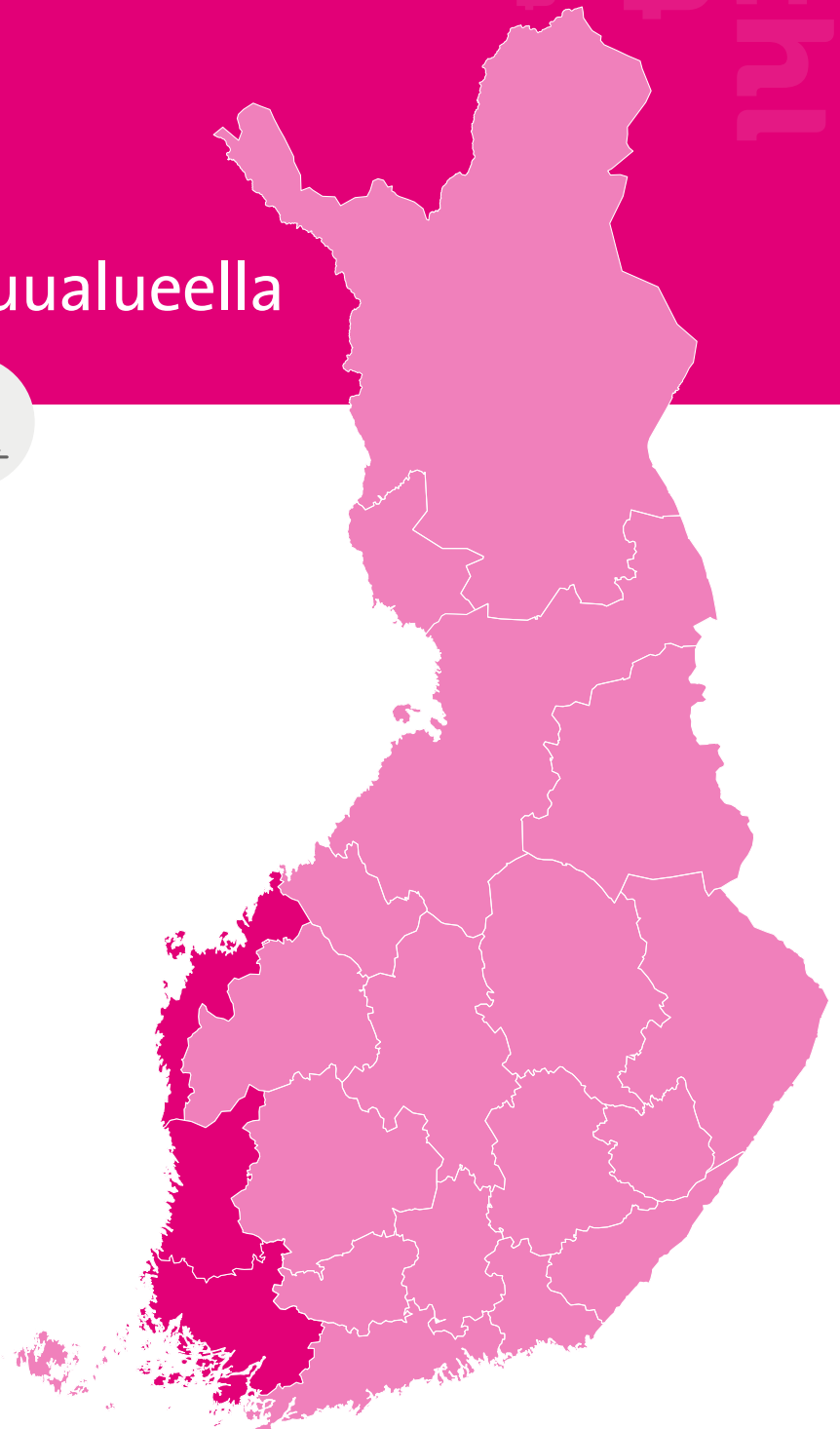
PÄÄTÖSTEN TUEKSI 10/2019



Varsinais-Suomi
Satakunta
Vaasa
Egentliga Finland
Vasa

Asiantuntija-arvio 2019

THL:n asiantuntijaryhmä



THL:n asiantuntijaryhmä

Arvioinnin vastuuhenkilönä on toiminut tietoylijohtaja, professori **Pekka Rissanen**.
Arviointityötä on koordinoanut 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 tueksi 10/2019

ISBN:978-952-343-431-8 (verkko)

ISSN 1799-3946 (verkko)

URN:ISBN:978-952-343-431-8

Sisällyt

	Arvioinnin taustaa	5
1	Väestötekijät ja järjestämistehtävän yleiset edellytykset	6
1.1	Väestö ja elinolot	6
1.2	Valmius ja järjestämissopimus ja -suunnitelmat	7
1.3	ICT-ratkaisut	10
1.4	Henkilöstö	10
2	Varsinais-Suomi	12
2.1	Asiantuntija-arvio	12
2.2	Toimintaympäristö	14
2.3	Sosiaali- ja terveystalvetujen rahoitus ja kustannukset	16
2.4	Hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen	20
2.5	Terveydensuojelu	22
2.6	Somaattinen erikoissairaanhoido ja ensihoito	23
2.7	Perusterveydenhuolto	25
2.8	Suun terveydenhuolto	28
2.9	Lasten, nuorten ja perheiden talvetut	29
2.10	Aikuisten mielenterveys-, päihde- ja sosiaalitalvetut	32
2.11	Vammaisten talvetut	35
2.12	Ikääntyneiden talvetut	37
3	Satakunta	39
3.1	Asiantuntija-arvio	39
3.2	Toimintaympäristö	41
3.3	Sosiaali- ja terveystalvetujen rahoitus ja kustannukset	43
3.4	Hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen	47
3.5	Terveydensuojelu	49
3.6	Somaattinen erikoissairaanhoido ja ensihoito	50
3.7	Perusterveydenhuolto	52
3.8	Suun terveydenhuolto	54
3.9	Lasten, nuorten ja perheiden talvetut	55
3.10	Aikuisten mielenterveys-, päihde- ja sosiaalitalvetut	58
3.11	Vammaisten talvetut	61
3.12	Ikääntyneiden talvetut	63
4	Vaasa	65
4.1	Asiantuntija-arvio	65
4.2	Toimintaympäristö	67
4.3	Sosiaali- ja terveystalvetujen rahoitus ja kustannukset	69
4.4	Hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen	72

4.5	Terveydensuojelu	74
4.6	Somaattinen erikoissairaanhoido ja ensihoito	75
4.7	Perusterveydenhuolto	77
4.8	Suun terveydenhuolto	80
4.9	Lasten, nuorten ja perheiden palvelut	81
4.10	Aikuisten mielenterveys-, päihde- ja sosiaalipalvelut	84
4.11	Vammaisten palvelut	87
4.12	Ikääntyneiden palvelut	89
5	Egentliga Finland	91
5.1	Expertutvärdering	91
5.2	SVD-områdets gemensamma ärenden	93
5.3	Social- och hälsovårdens finansiering och kostnader	95
5.4	Främjande av hälsa och välfärd	99
5.5	Hälsoskydd	101
5.6	Specialiserad somatisk sjukvård och prehospital akutsjukvård	102
5.7	Primärvård	104
5.8	Mun- och tandvård	107
5.9	Tjänster för barn, unga och familjer	108
5.10	Mentalvårds- och missbrukartjänster och socialservice för vuxna	111
5.11	Tjänster för personer med funktionsnedsättning	114
5.12	Tjänster för äldre	116
6	Vasa	118
6.1	Expertutvärdering	118
6.2	Allmänna frågor inom sjukvårdsdistriktets område	120
6.3	Social- och hälsovårdstjänsternas finansiering och kostnader	122
6.4	Främjande av hälsa och välfärd	125
6.5	Hälsoskydd	127
6.6	Specialiserad somatisk sjukvård och prehospital akutsjukvård	128
6.7	Primärvård	130
6.8	Munhälsövård	133
6.9	Tjänster för barn, unga och familjer	134
6.10	Mentalvård, missbrukarvård och socialservice för vuxna	137
6.11	Tjänster för personer med funktionsnedsättning	140
6.12	Tjänster för äldre	142
	Menetelmät ja laatuseloste	144
	Lähteet ja arvioinnissa käytetty tausta-aineisto	146

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 arviointiin 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 ohjaustehdävää 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

Hannele Ridanpää

Arviointipäällikkö

Pekka Rissanen

Tietoylijohtaja

1

Väestötekijät ja järjestämistehtävän yleiset edellytykset

1.1 Väestö ja elinolot

Alueen perustiedot

Turun yliopistollisen sairaalan erityisvastuualueeseen kuuluvat Varsinais-Suomen, Satakunnan ja Vaasan sairaanhoitopiirit. Sairaanhoitopiirien jäsenkuntien muodostamista alueista käytetään tässä raportissa jatkossa käsitteitä Varsinais-Suomi, Satakunta ja Pohjanmaa. Alueella on yhteensä 58 kuntaa, ja yhdessä ne kattavat noin 13 prosenttia Manner-Suomen pinta-alasta. Alueen väestötiheys on maan keskiarvoa suurempi; Varsinais-Suomi on maan toiseksi tiheimmin asuttu alue, jossa väestötiheys on yli kaksinkertainen maan keskiarvoon verrattuna. Alueella asui vuoden 2018 lopussa noin 870 000 asukasta, noin 16 prosenttia Suomen väestöstä.

Satakunnan väestö on viime vuosina vähentynyt selvästi ja väestömäärän vähentymisen ennustetaan jatkuvan huomattavana myös tulevina vuosina. Tilastokeskuksen uusimman väestöennusteen mukaan Satakunnan väestömäärä vähenee vuoteen 2030 mennessä seitsemän prosenttia. Varsinais-Suomessa väestömäärä on puolestaan kasvanut ja kasvun ennustetaan jatkuvan maan kolmanneksi runsaimpana, noin 1,5 prosenttia. Myös Pohjanmaalla väestömäärä on hieman kasvanut viime vuosina, mutta ennusteiden mukaan kasvu kääntyy lievään laskuun.

Väestön ikä- ja perherakenne sekä asuminen

Syntyvyys on maan kolmanneksi korkeinta Pohjanmaalla. Noin joka viides Pohjanmaalla asuva on 0–17-vuotias; osuus on maan kolmanneksi suurin.

65 vuotta täyttäneitä on Satakunnassa maan keskitasoa enemmän; ikääntyneiden osuus kasvaa maan keskitasoa vastaavasti ja ylittää 30 prosenttia vuoteen 2030 mennessä. Myös Pohjanmaalla ja Varsinais-Suomessa ikääntyneiden osuus kasvaa, mutta ennusteiden mukaan kasvu on maan pienimpiä.

Väestöllinen huoltosuhde on maan kolmanneksi matalin Varsinais-Suomessa. Yhden vanhemman

perheitä on maan vähiten Pohjanmaalla. Asunnotomia on väestömäärään suhteutettuna maan toiseksi eniten Varsinais-Suomessa.

Väestön kielirakenne

Väestön kielirakenne on monipuolinen. Ulkomaalaistaustaisia on maan toiseksi eniten Pohjanmaalla ja Varsinais-Suomessa maan kolmanneksi eniten. Ruotsinkielistä väestöä on maan eniten Pohjanmaalla (50 %) ja Varsinais-Suomessa maan neljänneksi eniten (6 %); alueilla asuu runsaasti myös muuta kuin suomea, ruotsia tai saamea äidinkielenään puhuvia asukkaita.

Väestön työllisyys ja sosioekonominen asema

Väestön koulutustaso on koulutuksen pituudella mitattuna maan toiseksi matalin Satakunnassa yhdessä Kymenlaakson kanssa; Varsinais-Suomessa ja Pohjanmaalla koulutustaso on puolestaan maan korkeimpia.

Työllisiä on maan toiseksi eniten Pohjanmaalla ja maan kolmanneksi eniten Varsinais-Suomessa. Työttömiä on Pohjanmaalla maan vähiten ja alueen muissa sairaanhoitopiireissä maan keskitasoa vastaavasti. Vaikeasti työllistyviä on maan toiseksi vähiten Pohjanmaalla. Nuorisotyöttömiä on maan vähiten Pohjanmaalla ja kolmanneksi vähiten Varsinais-Suomessa.

Taloudellista kantokykyä kuvaava elatusuhde oli maan toiseksi matalin Pohjanmaalla, jossa myös kuntien yleinen pienituloisuusaste oli maan kolmanneksi matalin. Varsinais-Suomessa elatusuhde oli puolestaan maan kolmanneksi matalin ja asutokuntien välistä tulonjaon epätasaisuutta kuvaava gini-kerroin maan toiseksi korkein.

Väestön sairastavuus

Varsinais-Suomessa ja Pohjanmaalla väestön terveydentila on eri mittareilla tarkasteltuna maan keskitasoa parempi. THL:n ikävakioimaton sairastavuusindeksi on kyseisillä alueilla maan matalimpia. Myös keskimääräistä pienempi erityiskorvattaviin lääkkeisiin oikeutettujen osuus alueilla heijastaa

väestön vähäistä sairastavuutta. Satakunnassa sairastavuusindeksi on puolestaan hieman maan keskitasoa korkeampi.

Väestömäärään suhteutettuna alle 80-vuotiailla oli ennenaikaisten kuolemien vuoksi menetettyjä elinvuosia maan vähiten Pohjanmaalla. Työkyvyttömyyseläkettä saavia on maan toiseksi vähiten Pohjanmaalla ja neljänneksi vähiten Varsinais-Suomessa.

1.2 Valmius ja järjestämissopimus ja -suunnitelmat

Tyks-erva alueella on voimassa terveydenhuoltolain ja valtioneuvoston asetuksen mukainen erikoissairaanhoidon järjestämissopimus vuosille 2017–2021. Järjestämissopimuksen valmistelussa on huomioitu sairaanhoitopiirien yhteistyötä lin-

jaava Tyks-erva -strategia, joka on päivitetty vuosille 2019–2023.

Erva-alueella on hyväksytty järjestämissuunnitelmia eripituisille ajoille ja eri ajankohtina. Varsinais-Suomen järjestämissuunnitelma on tehty vuosille 2013-2016 ja päivitys 2017–2018 kattaa sosiaali- ja terveydenhuollon kokonaisuutena. Parhailaan on päätöksentekoprosessissa sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämissuunnitelma 2019–2020. Satakunnan alueen hyvinvointipalvelujen järjestämissuunnitelma 2017+ päivitys on hyväksytty kesäkuussa 2019 Satakunnan sairaanhoitopiirin yhtymävaltuustossa. Vaasan sairaanhoitopiirin alueen ensimmäinen terveydenhuollon järjestämissuunnitelma 2013–2016 ja sen päivitys 2015–2016. Parhailaan on käynnissä uuden suunnitelman laatiminen koskemaan sosiaali- ja terveydenhuoltoa kokonaisuutena vuosina 2020–2021.

Taulukko 1. Perustietoja alueesta.

	Varsinais-Suomi	Satakunta	Vaasa	Koko maa (vaihteluväli)
Alueen perustiedot				
Pinta-ala, km ²	20 902	11 493	17 081	390 908 (5 708 - 91 736)
Väestö 31.12.	481 478	218 624	169 684	5 517 919 (41 060 - 1 667 203)
Väestöennuste 2030	488 452	203 356	168 357	5 566 685 (34 428 - 1 822 810)
Väestötiheys, asukkaita/km ²	43,7	28,0	25,4	18,2 (1,4 - 190,5)
Väestön ikä- ja perherakenne sekä asuminen				
Syntyvyys (Yleinen hedelmällisyysluku)*	41,5	42,1	51,1	44,5 (36,5 - 55,5)
0 - 17-vuotiaat, % väestöstä	18,0	17,9	20,6	19,2 (15,1 - 23,4)
65 vuotta täyttäneet, % väestöstä	23,0	26,6	22,5	21,8 (17,3 - 31,8)
65 vuotta täyttäneet, % väestöstä, väestöennuste 2030	27,1	31,5	25,6	26,3 (20,9 - 40,8)
Huoltosuhde, demografinen	61,1	70,5	66,1	60,8 (51,4 - 78,0)
Yhden vanhemman perheet, % lapsiperheistä	22,2	22,2	15,4	22,5 (15,4 - 25,6)
Asunnottomat yksin asuvat / 1 000 asukasta	1,3	0,5	0,1	0,9 (0,1 - 1,8)

Väestön kielirakenne				
Ruotsinkielinen väestö, % väestöstä 31.12.*	5,6	0,4	49,8	5,2 (0,1 - 49,8)
Ulkomaalaistaustaiset / 1 000 asukasta	73,4	35,7	75,9	73 (22,6 - 135,4)
Muu kuin suomi, ruotsi tai saame äidinkielenä / 1 000 asukasta*	67,7	33,0	67,7	67,7 (20,4 - 126,9)
Väestön työllisyys/työttömyys ja sosioekonominen asema				
Koulutustasomittain*	363	321	360	369 (315 - 414)
Koulutuksen ulkopuolelle jääneet 17 - 24-vuotiaat, % vastaavanikäisestä väestöstä*	8,1	7,7	6,7	8,1 (5,6 - 10,3)
Työlliset, % väestöstä*	42,5	39,8	43,5	42,2 (35,9 - 46,9)
Työttömät, % työvoimasta	9,4	9,7	6,5	9,7 (6,5 - 13,9)
Pitkäaikaistyöttömät, % työttömistä	30,5	26,5	26,6	29,8 (16,1 - 35,7)
Vaikeasti työllistyvät (rakennetyöttömyys), % 15 - 64-vuotiaista	4,5	4,5	3,2	4,6 (3,1 - 7,0)
Nuorisotyöttömät, % 18 - 24-vuotiaasta työvoimasta	10,6	12,8	7,7	12,3 (7,7 - 19,8)
Taloudellinen huoltosuhde (Elatussuhde)*	135,3	151,4	129,7	136,8 (113,3 - 178,6)
Gini-kerroin, käytettävissä olevat tulot*	27,5	24,9	25,0	27,7 (23,4 - 30,5)
Kunnan yleinen pienituloisuusaste*	13,5	13,4	12,0	12,8 (9,7 - 18,1)
Väestön sairastavuus				
THL:n sairastavuusindeksi, ikävakioimaton**	95,6	105,5	88,2	100 (76,8-136,3)
Erytiskorvattaviin lääkkeisiin oikeutettuja, % väestöstä	24,4	27,2	24,3	25,4 (20,4 - 33,8)
Menetetyt elinvuodet (PYLL) ikävälillä 0 - 80 vuotta / 100 000 asukasta*	6120	6805	5149	6 321 (5 149-7 720)
Työkyvyttömyyseläkettä saavat, % 16 - 64-vuotiaista	5,8	7	4,9	5,9 (4,0 - 9,2)
*2017, **2016				

Tyks-erva -alueella 12 kuntaa järjestää itse kaikki sosiaali- ja terveyspalvelut; kuntayhtymämallilla kaikki sosiaali- ja terveyspalvelut järjestää 14 kuntaa, vain terveyspalvelut neljä kuntaa sekä terveyspalvelut sekä yksittäisiä sosiaalipalveluja neljä kuntaa. Vastuukuntamallilla toimivia kuntia on 23, joista yhdeksän järjestää kaikki sosiaali- ja terveyspalvelut, 12 järjestää terveyspalvelut sekä yksittäisiä sosiaalipalveluja ja kaksi vain terveyspalveluja (kuvio 1).

Punkalaidun on Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin jäsenkunta, mutta peruspalvelut tuottaa Pirkanmaan maakuntaan kuuluva Sastamalan seudun yhteistoiminta-alue, Sotesi. Yhteistoiminta-alue toimii vastuukuntamallilla ja järjestää kaikki sosiaali- ja terveyspalvelut.

Sosiaali- ja terveydenhuollon päivystysjärjestelyt

Erva-alueella on kaksi laajan ympärivuorokautisen päivystyksen yksikköä, Turun yliopistollinen keskussairaala (Tyks) ja Satakunnan keskussairaala (Satasairaala). Hallituksen esitys terveydenhuollon muuttamisesta sisältää ehdotuksen, että Vaasan sairaanhoitopiirille lisätään velvoite järjestää laajan ympärivuorokautisen päivystyksen yksikkö keskussairaalan yhteyteen 1.1.2020 alkaen.

Ympärivuorokautisia, perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhteispäivystysyksiköitä on erva-alueella kaksi, TYKS Salon sairaalassa ja Vaasan keskussairaalassa (VKS). Vaasan sairaanhoitopiirin ylläpitämä nykyinen ympärivuorokautinen perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon päivystys vastaa hyvin pitkälle laajan päivystyksen yksikön toimintaa.

Ympärivuorokautinen perusterveydenhuollon päivystysyksikkö on Pietarsaaren sairaalassa STM:n myöntämällä poikkeusluvalla 31.12.2022 saakka.

Suun terveydenhuollon virka-ajan ulkopuolisesta päivystyksestä vastaavat Varsinais-Suomessa alueen terveyskeskukset alueellisena yhteistyönä ja erva-alueen muissa sairaanhoitopiireissä keskussairaalat. Pohjanmaa tekee yhteistyötä Etelä-Pohjanmaan kanssa ja Pietarsaaren kaupunki hankkii päivystyksen ostopalveluna Keski-Pohjanmaan sote-kuntayhtymältä. Koko erva-alueen yöaikainen suun terveydenhuollon päivystys on keskitetty TYKS:iin.

Ympärivuorokautinen sosiaalipäivystys on vähintään yhdessä toimipisteessä TYKS-erva -alueen kaikissa sairaanhoitopiireissä. Vakka-Suomen kunnat ovat siirtämässä virka-ajan sosiaalipäivystyksen Turun vastuulle vuoden 2020 alusta lukien. Alueilla on suorat asiakasnumerot sosiaalipäivystykseen. Ainoastaan Pohjanmaalla sosiaalipäivystys ei vielä sijaitse terveydenhuollon yhteispäivystyksen yhteydessä.

Ensihoidon järjestäminen

TYKS-erva -alueen ensihoitokeskusta hallinnoi Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri. Ensihoitokeskus toimii verkostomaisesti ja se muodostuu sopijapuolten tarkoitusta varten osoittamista resursseista. Lääkäritasoinen päivystys muodostuu Varsinais-Suomen ja Satakunnan sairaanhoitopiirien ensihoidon lääkäriyksiköistä sekä niihin osoitetuista lääkinnällisistä resursseista. Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri vastaa lääkäripäivystyksestä ympärivuorokautisen päivystyksen osalta. Lääkärihelikopterin asemapaikkana on Turku.

Erva-alueen sairaanhoitopiirit järjestävät ensihoitopalvelun osittain omana toimintana sekä yhteistoiminnassa alueen pelastuslaitosten kanssa. Lisäksi Varsinais-Suomen ja Satakunnan sairaanhoitopiirit hankkivat osan palveluista yksityisiltä palveluntuottajilta. Varsinais-Suomi tekee yhteistyötä myös Pirkanmaan kanssa ensihoitopalvelun järjestämiseksi.

Valmiussuunnitelma

Tyks-erva -alueella käynnistyi vuoden 2018 aikana alueellisen valmiuskeskus- ja tilannekeskusyhteistyön suunnittelu; tavoitteena on, että järjestelmä on valmis vuoden 2020 alusta. Erva-alueeseen kuuluvien sairaanhoitopiirien alueilla ei ole laadittu erikoissairaanhoidon, perusterveydenhuollon ja sosiaalihuollon järjestäjien kanssa yhteisiä valmiussuunnitelmia. Pohjanmaalla valmiussuunnitelmat ovat kuitenkin soveltuvin osin yhtenäisiä erityis- ja perustason kesken.

1.3 ICT-ratkaisut

Erva-alueen palvelutuotannossa on käytössä lukuisia asiakas- ja potilastietojärjestelmiä (Taulukko 2).

Julkisessa perusterveydenhuollossa on käytössä neljä eri järjestelmää, erikoissairaanhoidossa kolme, sosiaalihuollossa neljä järjestelmää ja suun terveydenhuollossa neljä järjestelmää. Alueella ei missään ole käytössä erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon yhteisiä potilastietojärjestelmiä. Alueen sote-tietojohdamisen yhteisenä haasteena onkin tietojen hajautuminen eri tietojärjestelmiin. Maakunnallisen asiakas- ja potilastietojärjestelmän suunnittelu on kuitenkin käynnistynyt Varsinais-Suomessa ja Satakunnassa osana UNA Kaari -hanketta. Pohjanmaa on puolestaan mukana Keski-Suomen sairaanhoitopiirin ja Kuntahankintojen järjestämässä asiakas- ja potilastietojärjestelmän kilpailutuksessa.

Kaikki alueen sairaanhoitopiirit ovat mukana UNA-hankkeessa. Satakunnan alueen kaikki Lifecare-käyttäjät käynnistivät yhteisen potilastietojärjestelmän suunnittelun vuonna 2018. Varsinais-Suomen ja Satakunnan sairaanhoitopiireillä on valtakunnalliseen suositukseen pohjautuvat yhteiset arkkitehtuuriperiaatteet.

Tietoaltaat ovat käytössä alueen kaikissa sairaanhoitopiirissä. Ainoastaan Varsinais-Suomen alueella toimivasta Paimion-Sauvon kansanterveys-

työn kuntayhtymän perusterveydenhuollon tiedot on integroitu Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin tietoaltaaseen. Satakunnan sairaanhoitopiirissä tietoallas on pääasiassa tutkimuskäytössä. Myös Pohjanmaalla on ryhdytty rakentamaan tietovarantoa, jota kuitenkin ovat vaikeuttaneet toimijoiden erilaiset kirjaamiskäytännöt.

Sote-uudistuksen valmistelun yhteydessä yhteistoiminta-alue sopi periaatetasolla mm. mobiilipalvelujen sekä tietoaltaiden ja tietojohdamisen yhteisestä valmistelusta. Tällä hetkellä valmistelu etenee kuntapohjaisesti. Erva-alueen sairaanhoitopiirit ovat osakkaina samassa, tietohallinnon palveluja tuottavassa julkishallinnon in-house -yhtiössä.

1.4 Henkilöstö

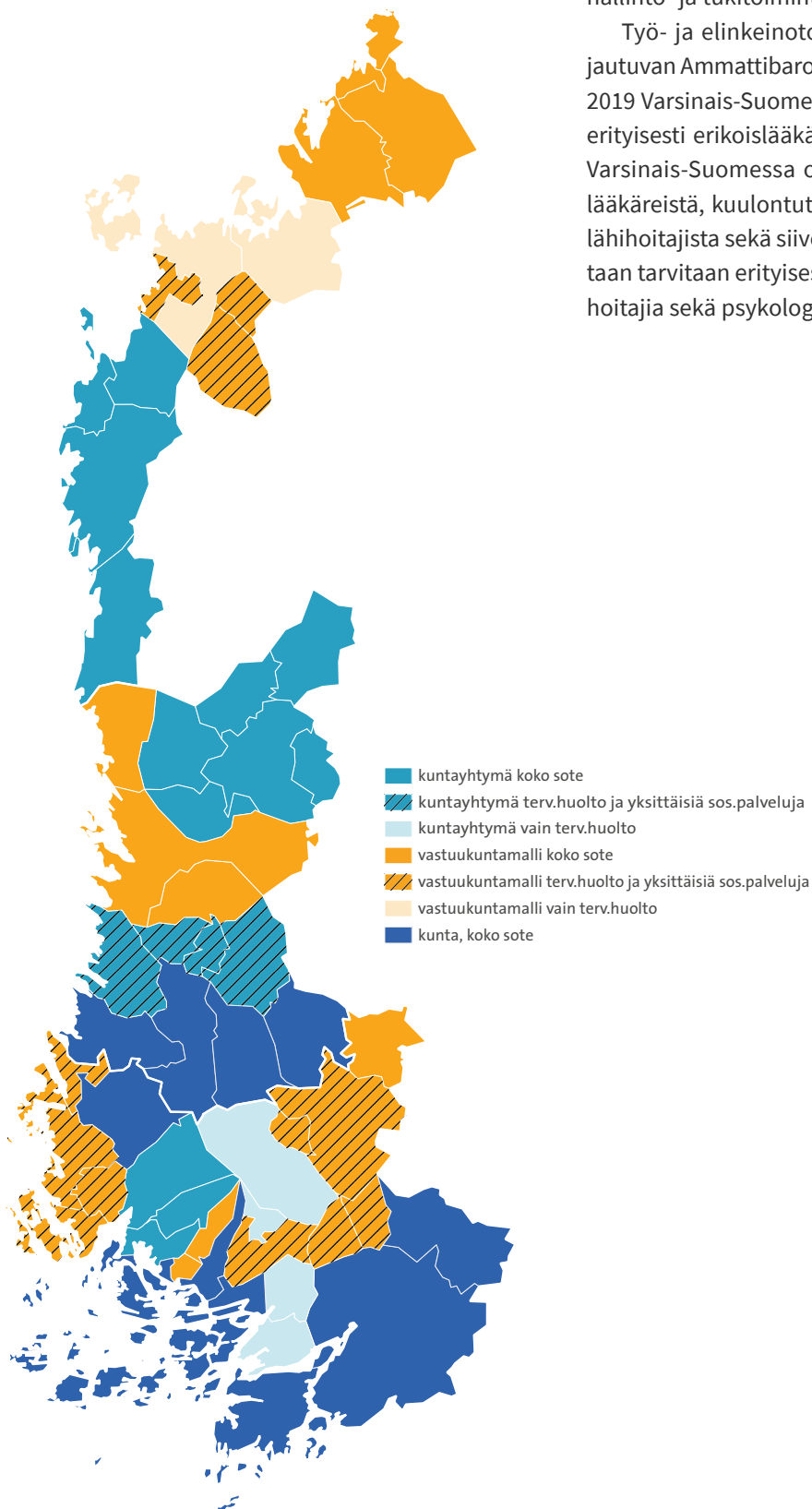
Kevan mukaan erva-alueella työskentelevän kunnallisen sote-henkilöstön kokonaismäärä oli vuoden 2017 lopussa yhteensä noin 41 000. Varsinais-Suomen osuus tästä oli 23 000 (56 %), Satakunnan 10 000 (24 %) ja Pohjanmaan 8 000 (20 %). Erikoissairaanhoidon henkilöstöä oli yhteensä noin 14 100 (34 % kokonaismäärästä).

Vuoteen 2017 verrattuna erikoissairaanhoidon henkilöstö- ja henkilötyövuosien määrät kasvoivat Varsinais-Suomen ja Satakunnan sairaanhoitopiireissä. Satakunnan lukuja nosti mm. Rauman leikkaustoiminnan siirtyminen Satasairaalaan. Sen

Taulukko 2. Käytössä olevat potilas- ja asiakastietojärjestelmät.

Sairaanhoitopiirin alue	Kuntia	Apotti- tai UNA-hankkeessa mukana	Sosiaalihuolto	Perusterveydenhuolto	Suun terveydenhuolto	Erikoissairaanhoito
Varsinais-Suomi	28	UNA	ProConsona LifeCare/Effica Abilita Nappula	Mediatri Pegasos Lifecare/Effica Abilita	Lifecare/Effica WinHit Abilita	Uranus
Satakunta	17	UNA	Lifecare/Effica ProConsona	Lifecare Pegasos	Lifecare/Effica Pegasos WinHit	Lifecare
Vaasa	13	UNA	Abilita ProConsona	Abilita Lifecare/Effica Pegasos	Abilita Lifecare/Effica	Esko
yhteensä	58	UNA	4	4	4	3

KUVIO 1. Peruspalvelujen järjestämismallit alueen kunnissa vuonna 2018.



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

sijaan Vaasan sairaanhoitopiirissä henkilöstömäärää vähensivät pääasiassa vuoden aikana tehdyt hallinto- ja tukitoimintojen ulkoistukset.

Työ- ja elinkeinotoimistojen näkemyksiin pohjautuvan Ammattibarometrin mukaan maaliskuussa 2019 Varsinais-Suomessa ja Satakunnassa oli pulaa erityisesti erikoislääkäreistä ja hammaslääkäreistä. Varsinais-Suomessa oli erityinen pula myös yleislääkäreistä, kuulontutkijoista ja puheterapeuteista, lähihoitajista sekä siivoojista. Pohjanmaalla puolestaan tarvitaan erityisesti sairaanhoitajia, terveydenhoitajia sekä psykologeja.

2 Varsinais-Suomi

2.1 Asiantuntija-arvio

Palvelujen tarve on keskimääräistä pienempi

Varsinais-Suomen väestön sote-palvelujen tarve on maan keskitasoa pienempi. Työllisyystilanne on hyvä, ja pitkäaikaistyöttömien osuus työvoimasta on maan keskitasoa. Aikuisten runsas alkoholinkäyttö ja psyykinen kuormittuneisuus kuitenkin lisäävät perheiden palvelutarpeita, mikä viittaa mielenterveyttä ja päihdetömyyttä edistävien toimien keskimääräistä suurempiin tarpeisiin. Väestön sairastavuus on maan pienimpiä.

Terveyspalvelut on järjestetty erikoissairaanhoidon painotteisesti. Sosiaalipalvelujen järjestämisessä painotuvat puolestaan ympärivuorokautiset palvelut. Palvelujen saatavuus vaihtelee kunnittain, mikä lisää tarvetta alueellisesti yhtenäisemmille palveluille.

Varsinais-Suomen sote-palvelujen järjestäjäkenttä on erittäin hajanainen: alueella on seitsemän yhteistoiminta-alueita, ja kahdeksan kuntaa tuottaa itse kaikki sote-palvelut. Osa yhteistoiminta-alueisiin kuuluvista kunnista tuottaa itse sosiaalipalvelut. Erikoissairaanhoidon tuottajia on kaksi, samoin kehitysvammaisten erityishuollon tuottajia. Alueella ei ole vireillä vapaaehtoisen, maakunnallisen sote-kuntayhtymän perustamisvalmistelua.

Perusterveydenhuollon päivystysmäärien kasvu kuvastaa vaikeuksia saada apua muualta

Vaikka keskimääräinen odotusaika kiireettömään somaattiseen erikoissairaanhoidon on pidentynyt, erikoissairaanhoidon päivystyskäynnit ovat vähentyneet runsaasti. Päivystyskäyntien painopiste on siirtynyt perusterveydenhuoltoon, mikä viittaa siihen, etteivät avosairaanhoidon ja muu palvelujärjestelmä kykene riittävästi vastaamaan väestön palvelutarpeisiin. Taustalla vaikuttanee terveyskeskusten heikentynyt lääkäritilanne, mikä näkyy myös viiveinä lääkärin vastaanotolle pääsystä.

Asiakasmaksut muodostavat keskimääräistä useammin esteen terveyspalvelujen saamiselle, mikä viittaa yhdenvertaisuuden keskimääräistä heikompaan toteutumiseen eri koulutusryhmien välillä. Tähän liittyy myös asuntokuntien välisen tulonjaon epätasaisuus, joka korostuu alueella.

Suun terveydenhuollossa julkisten palvelujen käytön vähäisyys voi viitata saatavuusongelmiin, vaikkakin kiireettömän hoidon saatavuus on parantunut edellisvuodesta. Runsa yksityinen palvelutarjonta voi puolestaan asettaa sosioekonomiset ryhmät eriarvoiseen asemaan palvelujen saatavuuden suhteen.

Lasten, nuorten ja perheiden peruspalvelujen saatavuus vastaa maan keskitasoa. Varhaisen tuen perhepalvelujen saatavuus näyttää puolestaan hieman maan keskitasoa heikommalta. Lastensuojelun tarvetta kuvaavat kehityssuunnat viittaavatkin puutteisiin perustason palvelujen varhaisessa saatavuudessa ja verkostojen toimivuudessa, mikä näkyy myös kustannuksissa. Kodin ulkopuolisten sijoitusten kasvun taustalla voi olla myös psykiatrisen hoidon riittämättömyys. Lasten ja nuorten somaattisen erikoissairaanhoidon saatavuus näyttää puolestaan hyvältä, ja perustasolle jalkautuvat lastenlääkärit edistävät saavutettavuutta.

Nuorilla aikuisilla psykoterapiapalvelujen saatavuus on hieman maan keskitasoa parempi. Lyhyet hoitoajat psykiatrian laitoshoidossa saattavat viitata mielenterveyskuntoutujien asumis- ja avopalvelujen parempaan saatavuuteen. Valvontaviranomaisen mukaan mielenterveys- ja päihdekuntoutujien asumispalveluissa olevat asiakkaat eivät saa riittävästi ohjausta muihin sosiaalipalveluihin. Huumeidenkäyttäjien terveysneuvontapalvelujen hyvä saatavuus näkyy ruiskuhuumeiden välityksellä tarttuneiden C-hepatiitti-infektioiden vähyytenä.

Toiminnallisessa integraatiossa on vahvistamisen varaa

Ikääntyneiden perusterveydenhuollon päivystyskäyntien kasvu saattaa viitata puutteisiin sekä avosairaanhoidon saatavuudessa että ikääntyneiden palveluiden ja perusterveydenhuollon integraatiossa. Tähän viittaa myös kotihoitoa tukevien palvelujen vähäisyys. Kotihoidon niukat henkilöstöresurssit näyttävät heikentävän

intensiivisempien palvelujen saatavuutta. Ikääntyneille kertyy runsaasti hoitopäiviä vuodeosastoilla. Tämä kuvastaa ikääntyneiden laitospainotteista palvelurakennetta, mikä näkyy myös kustannuksissa. Taustalla voi olla myös perustason avopalvelujen riittämättömyys sekä puutteet erityis- ja perustason integraatiossa. Kotihoidon asiakkailta on vähän päivystyksenä alkaneita vuodeosastojaksoja. Tämä voi viitata kotihoidon asiakasrakenteen keveyteen, mikä vastaavasti voi kuvastaa kotihoitoa korvaavien palvelujen riittämättömyyttä.

Väestö pitää terveyspalveluja usein sujuvina ja myönteisinä, mikä kuvastaa palveluprosessien ketteryyttä. Aikuisten sosiaalipalveluissa näkyy paitsi alueen hyvä työllisyystilanne myös onnistuminen palvelujen yhteensovittamisessa. Vähentynyt itsemurhakuolleisuus voi viitata mielenterveystoimijoiden integroitumiseen. Myös mielenterveysyistä myönnettyjen työkyvyttömyyseläkkeiden vähyys suhteessa mielenterveysperusteisesti päivärahaa saaneisiin kertoo eri toimijatahojen välisestä integraatiosta.

Erikoissairaanhoidon osuus alueen palvelujärjestelmässä on huomiota herättävän suuri

Erikoissairaanhoidon osuus alueen sote-kustannuksista on prosentuaalisesti suurin, mutta euromääräiset kustannukset asukasta kohti ovat maan keskitasoa. Erikoissairaanhoidolla on iso toiminnallinen ja taloudellinen rooli alueen palvelujärjestelmässä. Alueella tuotettu erikoissairaanhoidon on kuitenkin suhteellisen avohoitopainotteista, ja palveluntuottajat pystyvät kattavasti vastaamaan asukkaiden erikoissairaanhoidon tarpeisiin. Palvelujen tuottavuus ei kuitenkaan vaikuta erityisen hyvältä. Kustannuksia lisäävät lukuisat sairaalakiinteistöt. Lisäksi kahden tuottajan malli saattaa haastaa palveluprosessien sujuvuuden sekä lisätä riskiä liialliseen palvelutarjontaan väestön tarpeisiin nähden. Myös lukuisat käytössä olevat terveydenhuollon potilastietojärjestelmät lisäävät päällekkäisen työn mahdollisuutta perusterveydenhuollon kanssa.

Perusterveydenhuollon avohoidon kustannukset asukasta kohti ovat puolestaan maan pienimmät. Tämä kuvastaa erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon merkittävää ”epätasapainoa” alueen palvelurakenteessa.

Perustason palveluverkkoa ei ole tiivistetty ja erikoissairaanhoidon kiinteistöihin investoidaan merkittävästi

Varsinais-Suomen sosiaali- ja terveystoimen asukaskohtaiset nettokäyttökustannukset kasvoivat edellisvuodesta kolme prosenttia, mikä vastaa maan keskitasoa. Kustannukset olivat ilman tarvevakiointia 1,3 prosenttia maan keskiarvoa suuremmat; tarvevakioituna nämä olivat vuonna 2017 kaksi prosenttia yli maan keskiarvon.

Vaikka elatussuhteen suotuista kehitys on vahvistanut palvelujen rahoitus pohjaa, kuntien taloudellinen kantokyky on kuitenkin heikentynyt viime vuosina. Väestön ikärakenteen ennustettu kehitys kuitenkin turvaa rahoituksen riittävyyden keskimääräistä paremmin.

Lukuisissa alueen kunnista on menossa talouden tasapainottamisohjelmia. Perustason palveluverkkoon ei alueelta saatujen tietojen mukaan ole tehty merkittäviä muutoksia viime vuosina, vaikka alueen 17 kunnassa väestömäärä on vähentynyt vuosina 2008–2018. Toisaalta väestöennusteen mukaan Varsinais-Suomen väestömäärä kasvaa vuoteen 2030 mennessä. Tulevien vuosien kustannusten kasvupaineita lisää käynnissä oleva sairaanhoitopiirin uudisrakennushanke, jonka kokonaiskustannusarvio on 157,4 miljoonaa euroa. Alueen kunnat ja sairaanhoitopiiri ovat juuri käynnistäneet yhteisen työskentelyn, jossa valmistellaan sairaanhoitopiirin toiminnan ja talouden ohjausprosessit.

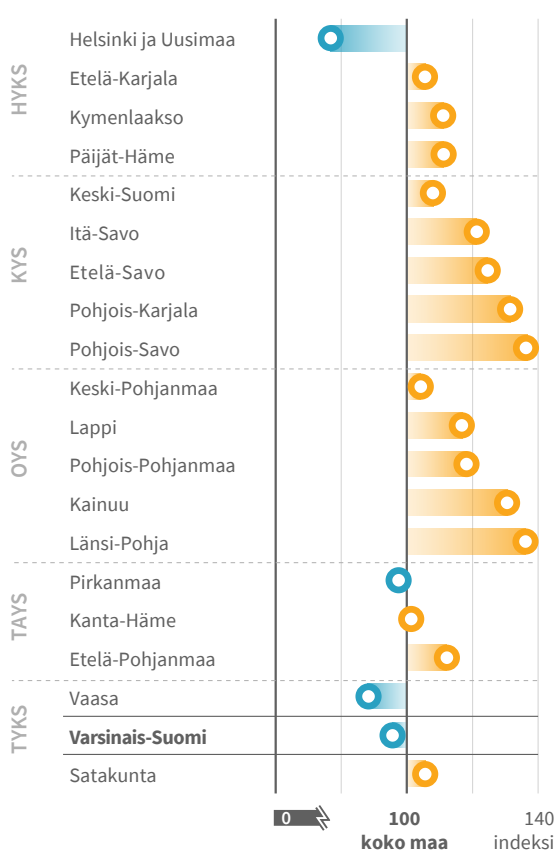
2.2 Toimintaympäristö

Väestön palvelutarve vaihtelee kuntakohtaisesti

Varsinais-Suomi on 28 kunnan muodostama, noin 480 000 asukkaan alue. Alue on maan kolmanneksi runsasväkisintä seutua, ja asutus keskittyy vahvasti Turun kaupungin ympärille.

Alueella on väkiluvultaan hyvin eri kokoisia kuntia (926–191 331). Kunnat poikkeavat toisistaan erityisesti myös ikärakenteen, äidinkielen ja tulonjaon tasaisuuden suhteen. Pitkäaikaistyöttömiä on maan keskitasoa vastaavasti, mutta alueen sisäiset erot ovat suuret (0,3–4,1 % työvoimasta). Myös koulutuk-

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 kokooa tiedot seitsemästä vakavasta sairausryhmästä. Ikävakioimaton indeksi kuvaa alueen todellista sairaustaakkaa.

sen ulkopuolelle jääneiden nuorten aikuisten osuudet poikkeavat kuntien välillä (4–18 %).

Väestön sairastavuus on maan pienimpiä (kuvio 2), mutta kuntien välillä on vaihtelua (75–131). Sairausryhmäkohtaiset indeksit ovat matalia; vain syöpäindeksi vastaa maan keskitasoa.

Palvelujen järjestäjä- ja tuottajakenttä on erittäin hajanainen

Alueella on yhteensä 15 perustason sote-palvelujen järjestäjää (neljä vastuukuntamallilla toimivaa yhteistoiminta-alueeta, kolme kuntayhtymämallilla toimivaa yhteistoiminta-alueeta ja kahdeksan kuntaa). 14 kuntaa tuottaa sosiaalipalvelut joko kokonaan tai osittain itse.

Erikoissairaanhoidon palveluja tuottavat Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri ja Turun kaupunki. Kehitysvammaisten erityishuollosta vastaavat sekä Kehitysvammaisten tuki- ja osaamiskeskus (KTO) että Kärkulla samkommun. Varsinais-Suomen lastensuojelun kuntayhtymä tuottaa sekä sijaishuollon että avohuollon palveluja pääasiassa jäsenkunnilleen.

Terveyspalveluista on ulkoistussopimus Turun kaupungin alueella sijaitsevasta Pansio-Pernon terveysasemasta vuoden 2020 heinäkuuhun asti.

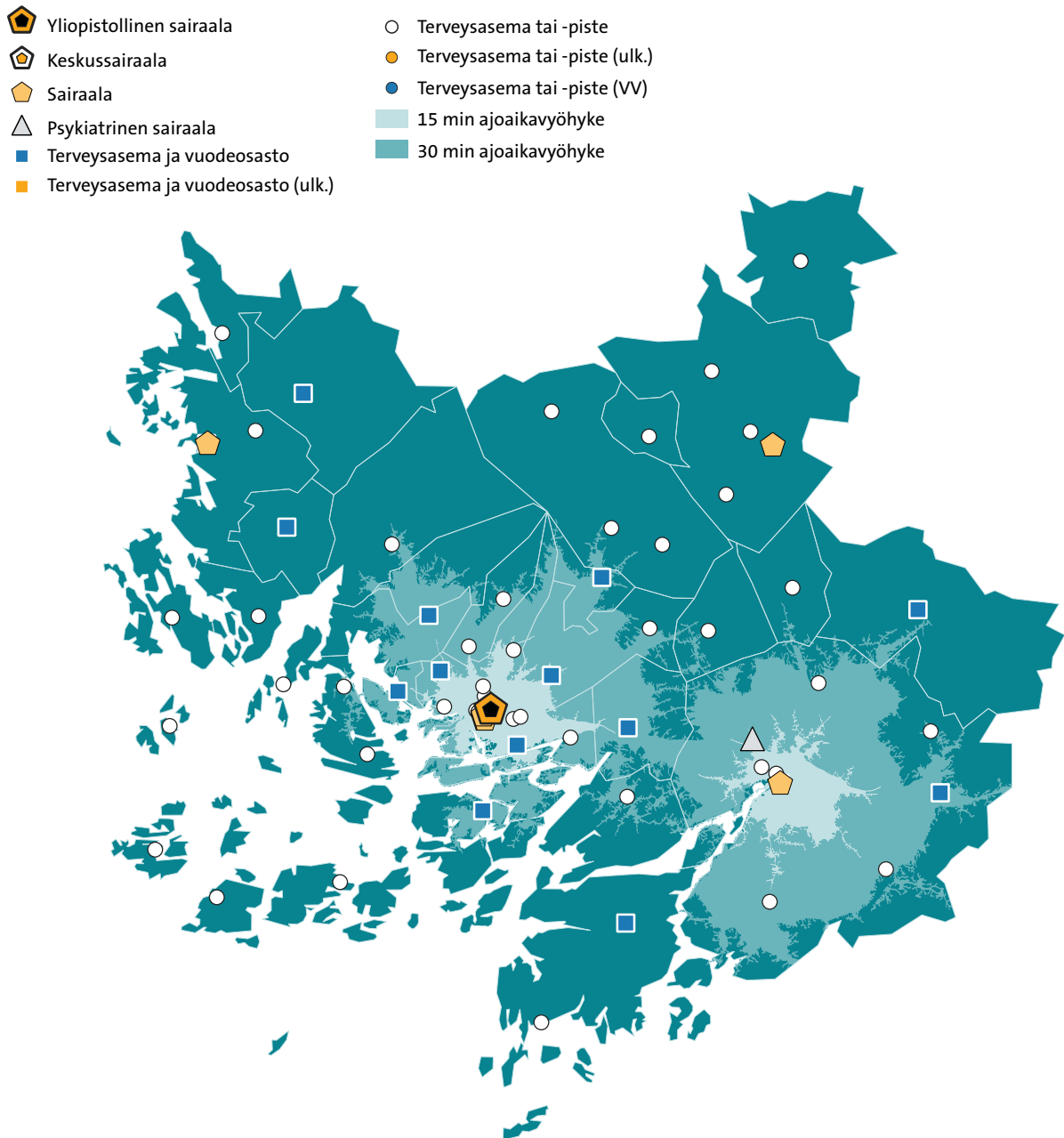
Alueella ei ole vireillä vapaaehtoisen, maakunnallisen sote-kuntayhtymän perustamisvalmisteluja.

Alueella on tiheä palveluverkko

Alueella on 45 terveysasemaa ja 14 terveyskeskussairaala. Lisäksi alueella on 10 julkista, erikoissairaanhoidon palveluja tuottavaa sairaalaa: Tyks Kantasairaala, Tyks Kirurginen sairaala, Tyks Loimaan sairaala, Tyks Salon sairaala, Tyks Raision sairaala, Tyks Vakka-Suomen sairaala, Halikon psykiatrinen sairaala ja Turunmaan sairaala sekä Turun kaupunginsairaala ja Kaskenlinnan kuntoutuskeskus (kuvio 3).

Alueen sote-palveluverkkoon ei tehdyistä palveluverkkoselvityksistä huolimatta ole tehty merkittäviä muutoksia viime vuosina. Loimaan kaupunki suunnittelee parhaillaan kahden terveysaseman sulkemista.

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.

Isojen investointien pääpaino erikoissairaanhoidon kiinteistöissä

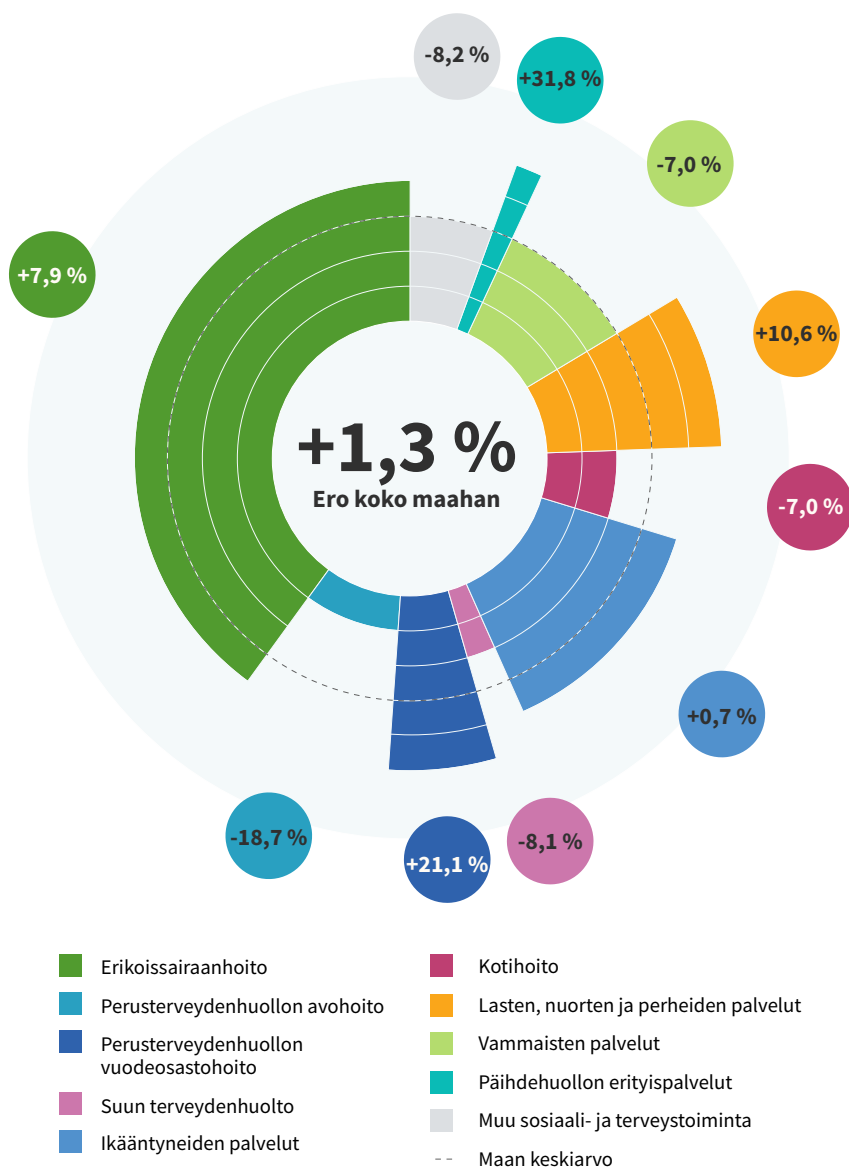
STM on myöntänyt poikkeuslupia sosiaali- ja terveydenhuollon rakennusinvestointeihin noin 212 miljoonan euron arvosta. Merkittävimpänä investointina on Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin T3-sairaala, jonne sijoittuvat mm. lasten ja naisten

sekä korva-, nenä- ja kurkkutautien klinikat. Sairaalaan tulee myös alueen ainut synnytysyksikkö sekä sairaalan toimialueita palveleva leikkausyksikkö. Poikkeusluvanvaraisia investointeja tehdään myös Turun kaupungissa, jonne valmistuu kaksi ikäänntyneiden ympärivuorokautista asumispalveluyksikköä, sekä Kärkullan kuntayhtymässä.

2.3 Sosiaali- ja terveystoimen rahoitus ja kustannukset

Sosiaali- ja terveystoimen asukaskohtaiset nettokäyttökustannukset ovat nousseet kolme prosenttia edellisvuodesta. Samaan aikaan alueen kuntien talous on heikentynyt. Vuonna 2017 tarvevakioidut menot olivat kaksi prosenttia korkeammat kuin maassa keskimäärin. Ennusteen mukaan alueen väestö kasvaa, ja ikääntyminen vastaa keskitasoa vuoteen 2030 mennessä, minkä vuoksi sote-kustannusten kasvuennuste noudattelee maan keskiarvoa.

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 on heikentynyt elatusuhteen hyvästä kehityksestä huolimatta

Varsinais-Suomen kuntien tilikauden tulokset asukasta kohti olivat alijäämäisiä 18 kunnassa, kun vuotta aikaisemmin tulos oli ollut alijäämäinen ainoastaan kahdessa kunnassa.

Verotulot asukasta kohti pienenevät edelliseen vuoteen verrattuna 14 kunnassa. Kustavin ja Naantalin verotulot olivat maan suurimpia. Kokonaisuutena verorahoitus eli verotulot ja valtionosuus asukasta kohti heikkeni 22 kunnassa. Kuntien tuloveroprosentit vaihtelivat 18,75 prosentin (Kustavi) ja 22,25 prosentin (Vehmaa) välillä.

Tulorahoituksen riittävyyttä kuvaava vuosikate asukasta kohti heikkeni vuonna 2018 alueen kaikissa kunnissa yhtä kuntaa lukuun ottamatta. Oripäässä, Vehmaalla ja Mynämäellä asukaskohtaiset vuosikatteen olivat maan heikoimpia. Kustavissa puolestaan asukaskohtainen vuosikate oli maan parhaimpia (725 euroa / asukas).

Viidessä alueen kunnassa kirjattiin negatiivinen vuosikate.

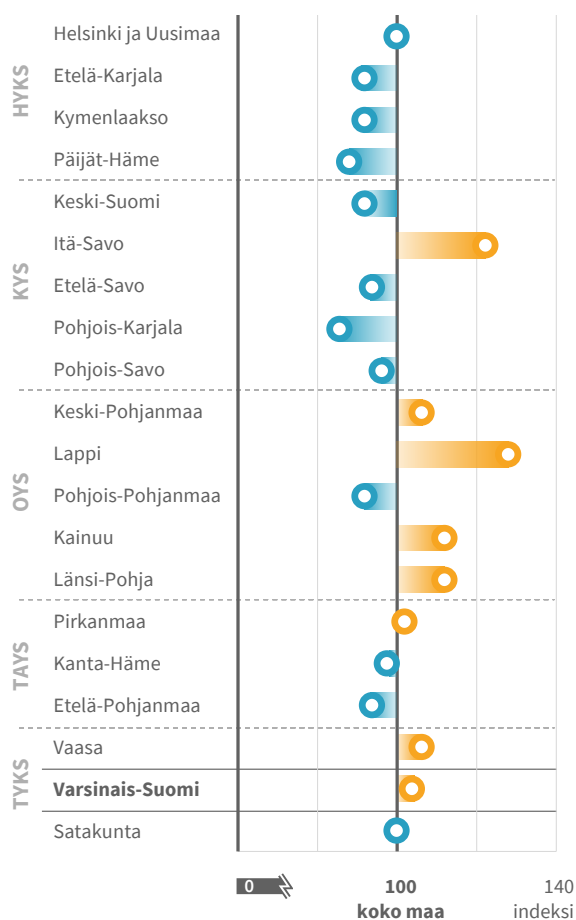
Vuosikate riitti kattamaan poistot vuonna 2018 kahdeksassa kunnassa. Vuotta aikaisemmin vuosikate oli kattanut poistot alueen kaikissa kunnissa viittä kuntaa lukuun ottamatta. Vuosikate-poistomittari oli maan heikoimpia Vehmaalla, Oripäässä ja Mynämäellä; Taivassalossa ja Pyhärannassa puolestaan mittari oli maan parhaimpia.

Kuntalain 118 §:n mukaiset kuntakonsernin arviointimenettelyn kriteerit täyttyvät Vehmaalla peräkkäisinä vuosina taseeseen kertyneiden alijäämien vuoksi. Kunta täyttää näin ollen myös kuntarakennelain 56 a §:n tarkoittaman harkinnanvaraisen yhdistymisavustuksen ehdot. Kriisikuntamenettely käynnistyi syyskuun alussa.¹

Lukuisissa alueen kunnissa on talouden tasapainottamisohjelmia. Syksyllä 2019 alueelle on perustettu kuntien ja sairaanhoitopiirin edustajista muodostuva ryhmä, joka valmistelee kuntien ja sairaanhoitopiirin yhteiset prosessit kuntayhtymän talouden ja toiminnan ohjaukseen. Taloudellisen

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.

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



Tarvevakioiden avulla 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.

kantokyvyn vahvistamiseksi tuloveroprosenttiaan vuodelle 2019 nosti kolme alueen kuntaa, joista Oripää nosti myös yleistä kiinteistöveroprosenttiaan. Alueen kolmelle kunnalle on myönnetty harkinnanvaraista valtionosuuden korotusta kuluvalle vuodelle.

Perusterveydenhuollon avohoidon pieni osuus alueen sote-kustannuksista kuvastaa tuotannon työnjakoa

Varsinais-Suomen sosiaali- ja terveystoimen nettokäyttökustannukset (ei varhaiskasvatus) olivat

vuonna 2018 yhteensä 1,62 miljardia euroa (3 362 euroa / asukas). Asukaskohtaiset nettokäyttökustannukset kasvoivat kolme prosenttia edellisvuodesta (koko maassa 3 %) ja ovat siten 1,3 prosenttia keskimääräistä suuremmat (Kuvio 4). Sosiaali- ja terveystoimen nettokäyttökustannukset olivat matalimmat Ruskossa (2 372 euroa / asukas) ja suurimmat Kustavissa (4 744 euroa / asukas).

Varsinais-Suomessa sosiaali- ja terveystoimen nettokäyttökustannuksista suhteellisesti suurin osa muodostui erikoissairaanhoidosta (40 %, koko maassa 38 %), jonka osuus oli maan kolmanneksi suurin. Toiseksi eniten kertyi ikääntyneiden palveluista (14 %, koko maassa 14 %). Kolmanneksi eniten kustannuksia kertyi vammaisten palveluista (10 %, koko maassa 10 %). Lasten, nuorten ja perheiden palvelujen osuus oli maan suurimpia (8 %, koko maassa 4 %). Perusterveydenhuollon avohoidon osuus alueen nettokäyttökustannuksista oli maan pienin (9 %, koko maassa 11 %). Myös kotihoidon osuus oli maan pienimpiä (5 %, koko maassa 6 %). Päihdehuollon erityispalvelujen osuus oli maan suurin yhdessä Helsingin ja Uudenmaan kanssa (1,4 %, koko maassa 1,1 %).

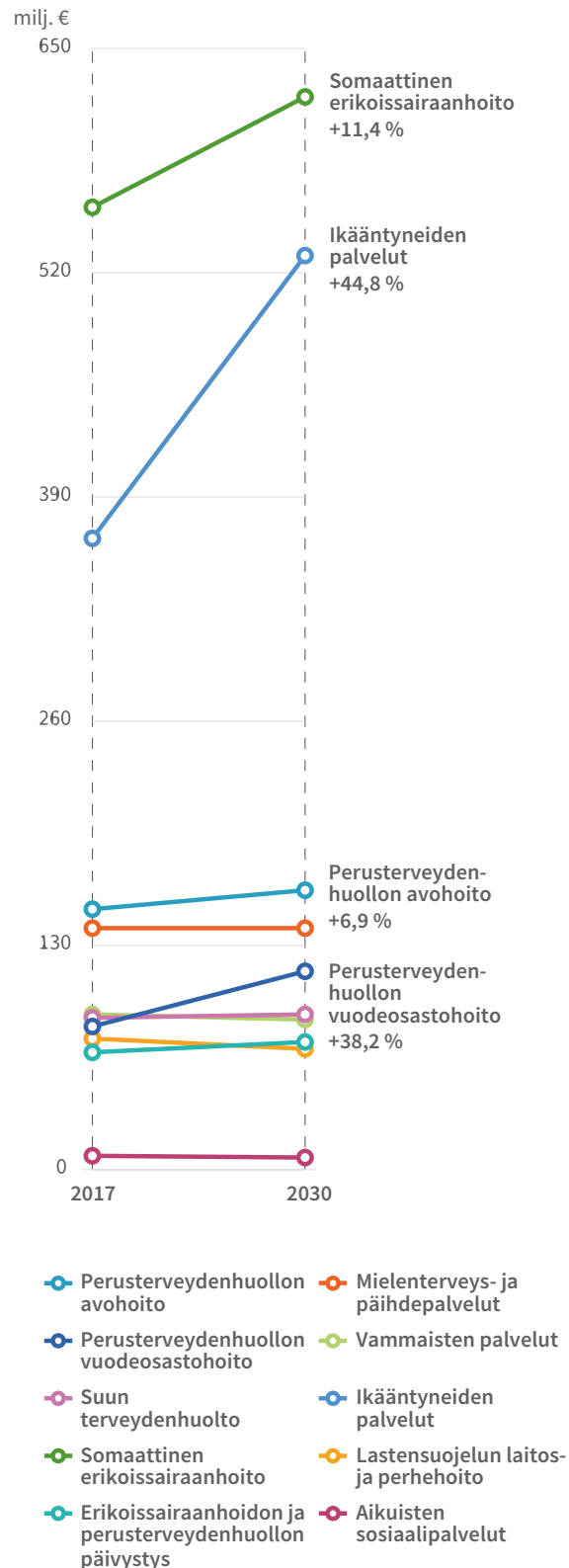
Sosiaali- ja terveydenhuollon tarvekaioidut menot ylittävät maan keskiarvon

Vuonna 2017 koko maan sosiaali- ja terveydenhuollon nettomenot olivat keskimäärin 3 100 euroa asukasta kohti. Varsinais-Suomessa nämä olivat 3 137 euroa asukasta kohti, mikä oli 1,2 prosenttia enemmän kuin maassa keskimäärin. Alueen väestön palvelutarve oli prosentin keskimääräistä pienempi. Tarvekaioidut menot² olivat kaksi prosenttia korkeammat kuin maassa keskimäärin (Kuvio 5).

Varsinais-Suomen kunnissa väestön palvelutarve oli matalimmillaan 19 prosenttia pienempi (Masku) ja suurimmillaan 29 prosenttia suurempi (Punkalaidun) kuin maassa keskimää-

² Tarvekaioitujen 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 reaali-kustannusten ennuste.



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

rin. Tarvekaioidut sosiaali- ja terveydenhuollon menot olivat matalimmat Ruskossa, 10 prosenttia keskimääräistä pienemmät. Alueen suurimmat tarvekaioidut menot olivat Paraisilla, 17 prosenttia suuremmat kuin maassa keskimäärin.

Alueen hyvä työllisyystilanne, työkäisen väestön suuri osuus sekä yksityisen palvelutarjonnan runsaus viittaavat siihen, että palveluja tarvitseva väestö ohjautunee julkisiin palveluihin maan keskitasoa vähemmän.

Sote-kustannusten kasvuennuste noudattelee maan keskitasoa

THL:n ennustelaskelmien mukaan sosiaali- ja terveyspalvelujen vuotuiset kustannukset kasvavat eniten alueilla, joissa väestönkasvu on koko maata suurempaa ja joihin väestö keskittyy. Varsinais-Suomen väestö kasvaa ennusteen mukaan vuoteen

2030 mennessä kahdella prosentilla (koko maassa + 1 %). 65 vuotta täyttäneen väestön ennustetaan kasvavan alueella vastaavalla ajanjaksolla noin 22 prosenttia (koko maassa 24 %).

Väestörakenteen muutoksen perusteella Varsinais-Suomen sosiaali- ja terveyspalvelujen reaalisuus ennakoitua vuosina 2017–2030 keskimäärin 1,2 prosenttia vuodessa (koko maassa + 1,2 %). Alueen sosiaali- ja terveyspalvelujen kustannusten kokonaiskasvun ennuste vuoteen 2030 mennessä on 17 prosenttia (koko maassa 17 %). Ikäntyneiden palvelujen kustannusten ennustetaan kasvavan vuoteen 2030 mennessä eniten, 45 prosenttia (koko maassa 50 %). Toiseksi eniten kasvua ennustetaan perusterveydenhuollon vuodeosastohoidon menoihin (38 %, koko maassa 40 %) (Kuvio 6).

2.4 Hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen

Hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen sisältyy järjestämissuunnitelmaan. Hyte-koordinaattorit on nimetty alueen kaikkiin kuntiin. Ikääntyneillä kaatumisiin ja putoamiseen liittyvät hoitajakset ovat lisääntyneet runsaasti. Väestön hyvinvointi vastaa maan keskitasoa, mutta alkoholin liikakäyttö kaikissa ikäryhmissä on huomiota herättävää.

Hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen suuntaviivat linjataan järjestämissuunnitelmassa

Hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen on osa Varsinais-Suomen sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämissuunnitelmaa. Alueellista hyte-koordinaattoriverkostoa koordinoi Turun kaupunki. Alueellinen hyvinvointikertomus valmistui vuonna 2018.

Järjestöjen toiminta ulottuu monien apua tarvitsevien arkeen

Sosiaali- ja terveystajärjestöjen avustuskeskus (STEA) myönsi rahoitusta muun muassa lastensuojelun nuorten aikuisten kokemusasiantuntijoiden toimintaan lastensuojelun piirissä olevien nuorten ja läheisverkostojen tueksi (Auta Lasta ry), työikäisten ja ikääntyneiden maahanmuuttajataustaisten naisten syrjäytymisen ehkäisemiseen (Daisyladies ry), senioreiden digitaalisten taitojen vahvistamiseen sekä mielen hyvinvoinnin tukemiseen (Auralan Settlementti ry), yksinäisten, masentuneiden, sosiaalisesti syrjäytyneiden, monikulttuuristen, psyykkisesti oireilevien ja muiden erityistä tukea tarvitsevien tyttöjen ja nuorten naisten matalan kynnyksen toimintaan sekä ryhmä- ja yksilötukeen (Auralan Nuoret ry), sekä avustajakeskuksen vapaaehtoistoimintaan ja vapaaehtoisten vertaistuen kehittämiseen (Lounais-Suomen lihastautiyhdistys ry). Osana STEA:n Järjestö 2.0 -avustuskokonaisuutta alueella on käynnissä JärjestöSotehanke 113, joka alueen näkemyksen mukaan on jännevöittänyt julkisen sektorin ja järjestöjen välistä yhteistyötä.

Hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen monialaisessa yhteistyössä on vielä kehittämismahdollisuuksia

Alueen kaikissa kunnissa oli hyte-asioiden koordinoinnista vastaava henkilö. Terveystajärjestöjen edellyttämän laajan hyvinvointikertomuksen on hyväksynyt 96 prosenttia alueen kuntien valtuus-

toista. Aluehallintoviraston valvontahavaintoraportin mukaan hyvinvointikertomusten laadussa on kuitenkin puutteita. Hieman alle puolet kunnista on raportoinut valtuustolle väestöryhmien välisiä terveyseroja; osuus on maan pienimpiä.

Kuntalaisten osallistumisen ja vaikuttamisen mahdollisuuksista kertoi verkkosivuillaan 67 prosenttia alueen kunnista. Paikallisen turvallisuus-suunnitelman laatineista yhdeksästä kunnasta kahden kunnan hyvinvointiryhmässä keskusteltiin ja päätettiin suunnitelmaan liittyvistä toimenpiteistä. Poikkihallinnollisia rakenteita tai toimintamalleja, joissa käsitellään hyvinvointia ja terveyttä edistävää kulttuuritoimintaa, oli puolessa alueen kunnista (koko maassa 44 %).

80% alueen kunnista järjestää kohdennettuja liikkumisryhmiä liikuntaseuratoiminnan ulkopuolella oleville lapsille ja nuorille.

Liikuntaneuvontaa järjesti 78 prosenttia alueen kunnista. 72 prosenttia kunnista raportoi ohjaavansa sosiaali- ja terveystajärjestöistä asiakkaita liikuntaneuvontaan.

Aluehallintoviraston valvontahavaintoraportin mukaan ehkäisevästä päihdetyöstä vastaavien toimielinten ja toimintaohjelmien määrä vähentyi alueen kunnissa, mikä on alkoholin riskikulutuksen kannalta huono kehityssuunta.

Väestön hyvinvointi vastaa maan keskitasoa

Yksinäisyyttä kokevia 8. ja 9. luokkalaisia oli vuonna 2017 maan kolmanneksi vähiten yhdessä Pohjois-Karjalan kanssa. Koulukiusaamista esiintyi puolestaan hieman maan keskitasoa enemmän. Työikäiset uskovat jaksavansa työskennellä vanhuuseläkeikään saakka todennäköisemmin kuin maassa keskimäärin. Sairaalahoittoa vaatineita vammoja ja myrkytyksiä oli vuonna 2017 maan vähiten. Kaatumiseen ja putoamiseen liittyviä hoitajaksoja oli ikääntyneillä vuonna 2017 maan keskitason verran,

mutta vuodesta 2015 ne ovat lisääntyneet eniten (96 %) maassamme.

Ehkäisevässä päihdetyössä on tehostamisen varaa

Vuonna 2017 alueen 8. ja 9. luokkalaiset joivat humalahakuisesti hieman maan keskitasoa yleisemmin. Päivittäin tupakoivia työikäisiä oli hieman

maan keskitasoa enemmän. Alkoholin liikakäyttö oli maan toiseksi runsainta työikäisten ja 65 vuotta täyttäneiden keskuudessa. Ikääntyneillä liikakäyttö on yleistynyt maan keskitasoa enemmän vuodesta 2015. Kulutus ei kuitenkaan heijastunut vuoden 2017 alkoholikuolleisuuslukuihin. Vapaa-ajan liikuntaa harrastavia työikäisiä oli maan kolmanneksi vähiten.

KUVIO 7. Hyvinvointiin ja terveyteen vaikuttavia muutostekijöitä.



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

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

2.5 Terveysturvajärjestelmä

Rokotusohjelman mukaisten rokotusten kattavuus vaihtelee; ikääntyneiden influenssarokotuskattavuus on kohentunut, mutta erityisesti lapsilla rokotuskattavuudet ovat tautisuojan kannalta matalahkoja. Bakteerilääkkeiden käyttö on runsasta. Antibioottiripulitapaukset ovat vähentyneet viime vuosina selvästi. Erikoissairaanhoidon lääkäreiden ja hoitajien influenssarokotuskattavuus on maan paras.

Kansallisen rokotusohjelman toimeenpano vastaa maan keskitasoa

Varsinais-Suomessa 65 vuotta täyttäneiden influenssarokotuskattavuus oli maan keskitasoa (47 %, koko maassa 48 %), mutta jäi vielä kauas Eurooppa-neuvoston asettamasta 75 prosentin kattavuustavoitteesta. Kattavuus on parantunut kaudesta 2014–2015 (+ 9 %-yksikköä), kuten muualla maassakin.

Vähintään yhden viitosrokotteen kurkkumätää, jäykkäkouristusta, hinkuyskää, poliota ja Hib-bakteerin aiheuttamia tauteja vastaan sai 99 prosenttia vuonna 2015 syntyneistä lapsista (koko maassa myös 99 %). Koko rokotussarjan saaneiden lasten osuus (88 %) jäi tätä huomattavasti matalammaksi, mikä viittaa puutteisiin rokotusten toteuttamisessa, kirjaamisessa tai tiedonsiirrossa.

Tuhkarokko-, sikotauti- ja vihurirokkorokotteen (MPR) ensimmäisen annoksen 11–24 kuukauden iässä saaneiden lasten osuus oli maan keskitasoa (94 %, koko maassa 93 %). MPR-rokotuskattavuus on vuodesta 2015 parantunut maan eniten. Kattavuus on vuosittain jäänyt alle 95 prosentin rajan, joten tautien leviämisen riski on kohonnut.

NOSTO: Tytöistä 60 prosenttia on saanut kohdunkaulan syövältä ja sen esiasteilta suojaavan papilloomavirus- eli HPV-rokotteen.

HPV-rokotuskattavuus jää kuitenkin maan korkeimmasta kattavuudesta (70 %).

Tehosterokotuksen kurkkumätää, jäykkäkouristusta ja hinkuyskää vastaan saaneiden 14–16-vuotiaiden osuus oli maan kolmanneksi matalin (87 %).

Erikoissairaanhoidon henkilöstö suojautuu kattavasti influenssaa vastaan

Vaikka huumeiden käyttäjien terveysneuvontapisteissä asioivia asiakkaita oli vuonna 2017 maan eniten, uusia C-hepatiitti-infektioita esiintyi maan keskitasoa vastaavasti. Ruiskuhuumeiden välityksellä tarttuneita C-hepatiitti-infektioita oli puolestaan maan toiseksi vähiten, kuten Kymenlaaksossakin.

Antibioottien (J01, bakteerilääkkeet) vuosikulutuksen osuudesta on ollut runsasta useana vuonna. Tämä voi liittyä yksityisten palveluntuottajien lääkärin käytäntöihin. Clostridium difficile -ripulitapauksia oli kuitenkin maan keskitason verran; määrä on vähentynyt vuodesta 2015 maan kolmanneksi eniten, mikä viittaa hygieniatoimien tehostamiseen.

Erikoissairaanhoidon lääkäreiden ja hoitajien influenssarokotuskattavuus oli maan paras (95 %).

2.6 Somaattinen erikoissairaanhoito ja ensihoito

Lähetteiden käsittely on maan nopeinta. Keskimääräinen odotusaika on kuitenkin pidentynyt maan eniten edellisvuoteen verrattuna. Avohoitokäyntejä on maan keskitasoa runsaammin, ja päivystyskäynnit ovat vähentyneet maan eniten. Päivystyksen kautta vuodeosastolle päädytään maan vähiten, mutta uusintakävijöiden määrä on hieman kasvanut.

Hoitotakuu toteutuminen on hieman parantunut

Erikoissairaanhoitoon saapui yhteensä noin 101 000 lähetettä, mikä vastaa maan keskitasoa alueen väestömäärään nähden. Kiireettömien lähetteiden käsittely oli maan nopeimpia; lähetteisistä vain 0,5 prosenttiin (koko maassa 1 %) otettiin kantaa yli kolmen viikon kuluttua lähetteen saapumisesta. Lähetteiden käsittely nopeutui hieman edellisvuoteen verrattuna.

Keskimääräinen odotusaika kiireettömään hoitoon oli vuoden lopussa maan keskitasoa, 38 vuorokautta (koko maassa 32–55 vuorokautta). Odotusaika pidentyi kuitenkin edellisvuodesta maan eniten. Vuoden 2018 lopussa erikoissairaanhoitoon kiireetöntä hoitoa yli puoli vuotta odottaneita potilaita oli maan keskitasoa vastaavasti. Hoitotakuu ei täysin toteutunut, mutta hoitoa odottavien potilaiden määrä väheni hieman edellisvuodesta.

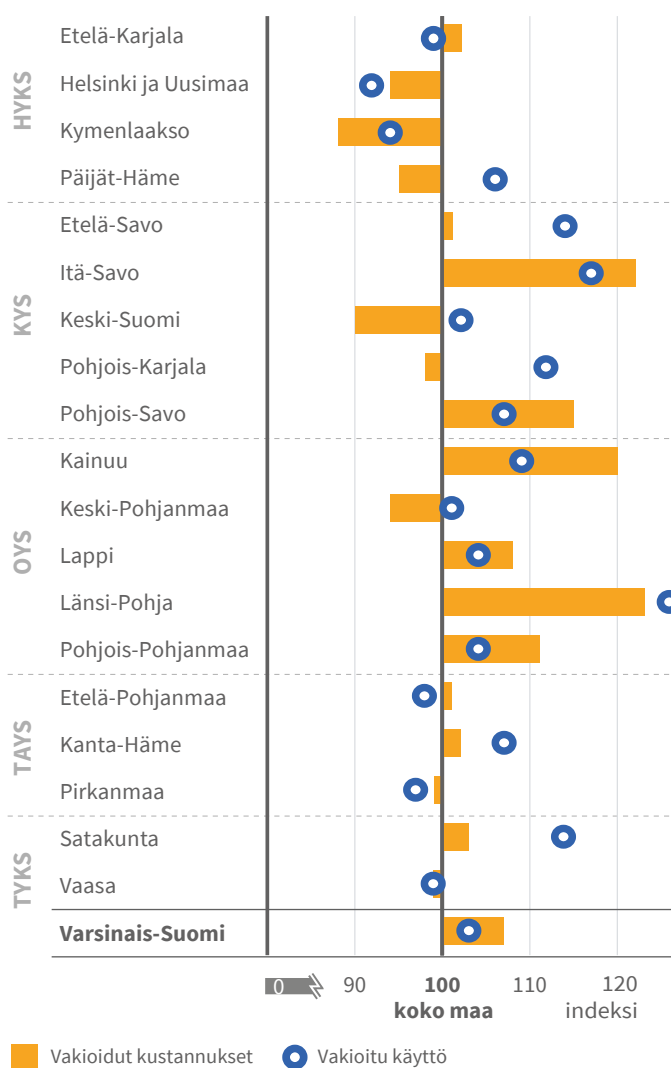
Alueen asukkaita hoidettiin maan vähiten toisen sairaanhoitopiirin alueella.

Erikoissairaanhoitoon päivystyksen käyttö on vähentynyt

Erikoissairaanhoitoon päivystyskäyntien määrä oli maan keskitasoa, 7 prosenttia keskimääräistä enemmän. Määrä on vähentynyt vuodesta 2015 maan eniten (- 34 %, koko maassa + 4 %). Taustalla on osittain kirjauskäytäntöjen yhtenäistäminen. Turun kaupungin päivystyskäynnit on vuonna 2018 tilastoitu erikoissairaanhoitoon.

Päätyneistä hoitajaksoista 40 prosenttia alkoi päivystyksenä vuonna 2017; osuus

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



Kuvio kertoo, miten alueiden somaattisen erikoissairaanhoitoon 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 erikoissairaanhoitoon käyttö tai kustannukset olivat maan keskiarvoa suuremmat.

on maan pienin. Taustalla voi muun muassa olla, että päivystykseen tullaan suhteellisen lievien terveysongelmien vuoksi.

Erikoissairaanhoidon avohoidon käyntejä oli 23% maan keskitasoa enemmän.

Vuodeosastohoidon käyttö oli puolestaan maan vähäisimpiä vuonna 2017.

Hoitojaksoihin liittyviä komplikaatioita kertyi vuoden aikana 1 700, mikä vastaa maan keskitasoa. Myös korvattujen potilasvahinkojen osuus vastasi vuonna 2017 maan keskitasoa.* Kahden vuorokauden sisällä päivystykseen uudelleen palanneiden aikuisikäisten osuus on hieman (1,5 %) noussut edellisvuodesta, mikä voi viitata liian varhaiseen kotiuttamiseen.

Alueen näkemyksen mukaan konsultaatiokäytännöt erikois- ja perustason välillä vaihtelevat erikoisaloittain.

Ensihoitoa tarvitaan keskimääräistä harvemmin

Ensihoitotehtävien määrä on alueen väestömäärään nähden maan pienimpiä. Yhtä neliökilometriä kohti ensihoitotehtäviä kertyi hieman maan keskitasoa enemmän, mikä on linjassa alueen väestötiheyteen.

Ensihoidon keskimääräinen tavoittamisaika A-kiireellisyysluokan tehtävissä vastasi maan keskitasoa ydintaajamassa (5 min), samoin kuin taajaman ulkopuolisella asutulla alueella (14 min). Muussa taajamassa ensihoidon saapuminen kesti puolestaan maan kolmanneksi pisimpään (8 min).

Tuottavuuden parantamisessa on potentiaalia

Varsinais-Suomessa erikoissairaanhoidon asukas-kohtaiset nettokäyttökustannukset (1 347 euroa / asukas) olivat maan keskitasoa, 8 prosenttia yli maan keskiarvon.

Vuonna 2017 somaattisen erikoissairaanhoidon kustannusindeksin mukaiset ikä- ja sukupuolivakioituneet kustannukset olivat seitsemän prosenttia maan keskitasoa suuremmat. Somaattisen erikoissairaanhoidon palveluja käytettiin ikä- ja sukupuolivakioituina alueellisina episodeina tarkasteltuna kolme prosenttia enemmän kuin keskimäärin maassa; somaattisen erikoissairaanhoidon käyttöindeksi oli maan keskitasoa (Kuvio 8). Somaattisen erikoissairaanhoidon tuottavuutta sairaala-, alue- ja erikoisalatasolla on kuvattu tarkemmin THL:n julkaisussa Sairaaloitten tuottavuus 2017.

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

2.7 Perusterveydenhuolto

Viikon sisällä lääkärin vastaanotolle pääsi maan toiseksi heikoiten, mutta hoitotakuu toteutuu hieman maan keskitasoa paremmin. Lääkäritilanne on hieman heikentynyt edellisvuodesta. Kansansairauksien hoitoon panostamisesta huolimatta päivystyskäynnit ovat lisääntyneet. Terveyspalvelujen käyttö koetaan sujuvana. Käyntisyiden kirjaamisaste on maan kolmanneksi paras.

Ammattilaisten välisessä työnjaossa on kehittämismahdollisuuksia

Terveyskeskuksissa asioi 75 prosenttia alueen asukkaista. Avohoidon asiakasmäärä oli maan pienimpiä, mutta käyntejä, mukaan lukien lääkärikäynnit, oli väestöön suhteutettuna maan keskitasoa vastaavasti. Vuodesta 2015 lääkärikäynnit ovat vähentyneet hieman maan keskitasoa enemmän (10 %, koko maassa 6 %). Määriin vaikuttaa se, että osassa aluetta kotihoidon ja tehostetun palveluasumisen asiakkaiden lääkärikäynnit kirjataan ikääntyneiden palveluihin. Väestön kokemukset lääkärin vastaanottopalvelujen riittävydestä olivat kuitenkin maan keskitasoa myönteisemmät.

Väestön kokemukset hoitajien vastaanottopalvelujen riittävydestä olivat puolestaan hieman maan keskitasoa kielteisempiä. Fysioterapiakäyntejä oli hieman maan keskitasoa enemmän.

Hoitajakäyntejä oli 1,6-kertainen määrä lääkärikäynteihin verrattuna

Sähköinen asiointi ei ollut kovin yleistä. Käytössä olivat kuitenkin Virtuaalisairaala, OmaOlo-palvelu sekä Päivystysapu 116117. Osassa aluetta on tarjolla kiireetöntä vastaanottotoimintaa iltaisin.

Suhteellinen eriarvoisuus koulutusryhmien välillä oli FinSote-tutkimuksen mukaan hieman maan keskitasoa yleisempää sen suhteen, ovatko korkeat asiakasmaksut olleet hoidon esteenä.

Käyntisytyt lääkärillä kirjataan kattavasti

Työterveyslaitoksen kyselyn mukaan työterveyshuollon palveluja voi käyttää 47 prosenttia alueen 16–64-vuotiaista, mikä on maan pienimpiä osuuksia (koko maassa 56 %).

Taulukko 3. Käyntisyiden kirjausaste ja erityiskorvausoikeus sairausryhmittäin.

	Lääkärin vastaanoton käyntisyty, % kirjatuista käyntisyistä		Erityiskorvausoikeus % väestöstä	
	Varsinais-Suomi	Koko maa	Varsinais-Suomi	Koko maa
Tuki- ja liikuntaelinsairaudet	16,4	16,4		
Verenkiertoelinten sairaudet	13,4	10,5		
Verenpainetauti (25 v. täyttäneistä)	6,8	4,7	8,9	10,3
Tapaturma	3,9	6,7		
Ylähengitysteiden akuutti infektio	4,2	4,8		
Diabetes	4,8	3,3	6,2	6,3
Astma	1,3	1,4	4	4,9
Keuhkohtaumatauti (ikävakioitu)	0,5	0,5	3,9	4,8
Dementia	0,4	0,4		

Kansansairauksien hoitoon panostaminen näkyi lääkärikäynneissä ja vuodeosastohoidossa (taulukko 3). Astman, keuhkohtaumataudin ja sydämen vajaatoiminnan vuoksi kertyi hoitajaksoja maan keskitasoa vähemmän. Verenpainetaudin ja diabeteksen osalta käyntejä lääkärin vastaanotolla kertyi suhteellisen paljon verrattuna erityiskorvaus-oikeuksien perusteella arvioituun sairastavuuteen.

Käyntisyys lääkärin vastaanotolla kirjataan kattavasti (82 % käynneistä) (Kuvio 9).

Lääkärin vastaanotolle pääsi viikon sisällä maan toiseksi heikoiten

Lokakuussa 2018 lääkärin vastaanotolle pääsi kii-reettömän asian vuoksi yli viikon päästä hoidon tarpeen arvioinnista 65 prosentissa käynneistä, mikä on maan toiseksi suurin osuus yhdessä Satakunnan kanssa (koko maassa 56 %). Hoitotakuun vastaisesti yli kolme kuukautta joutui vastaanottoaika odottamaan kuitenkin hie-man maan keskitasoa harvemmin (1,7 %, koko maassa 2,7 %).

Terveyskeskusten lääkäri-vaje oli loka-kuussa 2018 hieman maan keskitasoa pie-nempi (4 %, koko maassa 5,7 % lääkäri-tehtävistä). Tilanne on hieman heikentynyt edellisvuodesta. Ostopalvelulääkäreiden käyttö oli maan keskitasoa runsaampaa.

Kattava osallistuminen papa-seulontoihin selittänee kohdunkaulan syövän hyvät hoitotulokset

Antibioottien runsaasta kulutuksesta huolimatta potilaat saivat mikrobilääkemääräyksen epäspesifisen ylähengitystieinfektion hoitoon maan keskitasoa vastaavasti.

Vuonna 2017 seulontatutkimuksiin, erityisesti kohdunkaulan syövän seulontaan (papa), osallistuttiin kattavasti. Hoitotulokset kohdunkaulan syövässä ja rintasyövässä olivat vuonna 2017 maan parhaimmista.

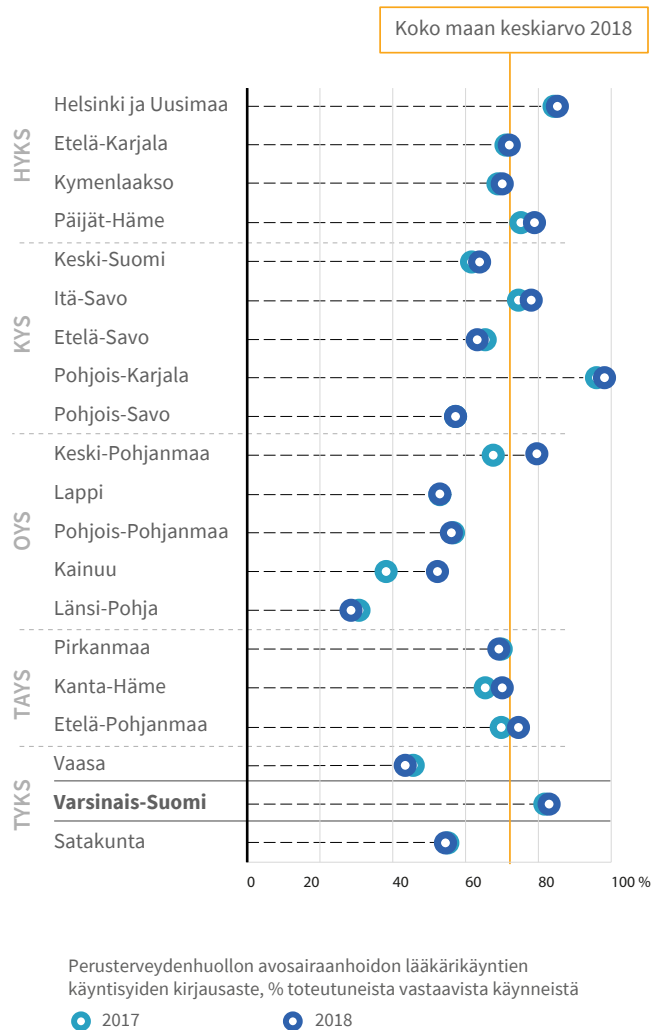
Terveyspalveluja käyttäneistä myönteisen asiakaskokemuksen oli saanut maan toiseksi suurin osa asiakkaista (54 %, koko maassa 51 %). Myös kokemukset terveyspalvelujen käytön sujuvuudesta olivat maan kolmanneksi parhaimmat (58 % asiakkaista, koko maassa 50 %).

Päivystyksen painopiste on siirtynyt perusterveydenhuoltoon

Perusterveydenhuollon päivystyskäyntejä (ml. yhteispäivystys) kertyi runsaasti, 52 prosenttia maan keskitasoa enemmän; määrä on kasvanut vuodesta 2015 maan keskitasoa enemmän (52 %, koko maassa 15 %). Taustalla on osittain kirjauskäytäntöjen yhtenäistäminen. Lisäksi käyntimäärään vaikuttaa, että Turun perusterveydenhuollon päivystyskäynnit kirjattiin erikoissairaanhoidon.

Perusterveydenhuollon vuodeosastohoidon potilaita oli maan keskitasoa vastaavasti, mutta hoitopäiviä kertyi keskitasoa enemmän. Vuodesta 2015 vähennys hoitopäivien määrässä on ollut

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



Perusterveydenhuollon avosairaanhoidon lääkärikäyntien käyntisyiden kirjausaste, % toteutuneista vastaavista käynneistä

● 2017

● 2018

pienempi kuin maassa keskimäärin. Hoitopäivien määrä kuvastaa jäljellä olevaa terveystieteiden pitkäaikaislaitoshoitoa ja ikääntyneiden yöaikaisen kotihoidon keskimääräistä heikompaan saatavuutta.

Perusterveydenhuollon osuus tautitaakan hoitamisessa näyttötyy kustannusten valossa pienenä

Varsinais-Suomessa perusterveydenhuollon avo-

hoidon asukaskohtaiset nettokäyttökustannukset olivat maan pienimmät (298 euroa / asukas), 19 prosenttia alle maan keskitason. Perusterveydenhuollon vuodeosastohoidon kustannukset olivat hieman maan keskitasoa suuremmat (189 euroa / asukas), 21 prosenttia yli maan keskitason. Korvattujen lääkkeiden kokonaiskustannukset olivat maan keskitasoa (379 euroa / asukas); kasvua edellisvuodesta maan kolmanneksi eniten (5 %).

2.8 Suun terveydenhuolto

Kiireettömän käynnin odotusajan perusteella hoidon saatavuus on parantunut edellisvuodesta. Paljon palveluja tarvitsevien aikuisasiakkaiden määrä on vähentynyt runsaasti. Julkisen ja yksityisen suun terveydenhuollon asukaskohtaiset kustannukset ovat lähes yhtä suuret.

Sekä julkisten että yksityisten palvelujen käyttö on vähentynyt

Julkisten suun terveydenhuollon palvelujen käyttö oli alueella vähäistä. Sekä asiakas- että käyntimäärät ovat vuodesta 2015 vähentyneet maan toiseksi eniten. Kelan korvaamia yksityisen hammashoidon hammaslääkäri- ja suuhygienistikäyntejä oli puolestaan maan eniten. Myös nämä käynnit ovat vähentyneet vuodesta 2015 maan eniten.

Lokakuussa 2018 hoidon saatavuus oli hieman maan keskitasoa parempi: yli puolet (60 %) julkisen puolen asiakkaista pääsi hammaslääkärille kolmen viikon sisällä hoidon tarpeen arvioinnista. Hoidon saatavuus on parantunut edellisvuodesta. Väestön kokemukset hammaslääkäripalvelujen riittävästä ovat hieman maan keskitasoa paremmat.

Paljon palveluja tarvitsevien asiakkaiden määrä on vähentynyt

Suun perustutkimuksessa käyneillä, 12 vuotta täytäneillä oli reikiintyneitä, paikattuja ja poistettuja hampaita maan keskitasoa vastaavasti. Heistä tervehampaisia oli maan keskitasoa vastaavasti; osuus on hieman kasvanut edellisvuodesta. Vain harvalla 12-vuotiaalla oli runsaasti kariesta; tosin tieto puuttui 32 prosentista alueen kunnista. *

Suun terveydenhuollon asiakkaita, joilla ei ole hoidon tarvetta kariuksen tai ientulehduksen vuoksi, on maan kolmanneksi eniten (78 %, koko maassa 65 %); vuodesta 2015 osuus on kasvanut maan toiseksi eniten. Tämä voi viitata suun terveydentilan yleiseen paranemiseen ja vähentyneisiin palvelutarpeisiin.

Paljon palveluja tarvitsevia aikuisasiakkaita on maan keskitason verran, mutta osuudet ovat vähentyneet vuodesta 2015 maan eniten. Tämä viittaa palvelutarpeiden vähentymiseen, hoitoonpääsyn nopeutumiseen tai hoitoprosessien tehostumiseen.

Julkisen suun terveydenhuollon kustannukset ovat vähentyneet

Julkisesti tuotetun suun terveydenhuollon asukaskohtaiset nettokäyttökustannukset ovat maan toiseksi pienimmät (75 euroa / asukas), 8 prosenttia alle maan keskitason; kustannukset ovat vähentyneet vuodesta 2015 maan toiseksi eniten. Yksityisen hammashoidon kustannukset olivat puolestaan maan korkeimmat (76 euroa / asukas), 22 prosenttia yli maan keskitason.

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

2.9 Lasten, nuorten ja perheiden palvelut

Varhaisen vaiheen perhepalveluja käytetään hieman vähemmän kuin maassa keskimäärin. Lastensuojelun palvelutarpeen arviointi on hieman nopeutunut edellisvuodesta. Kodin ulkopuoliset ja kiireelliset sijoitukset ovat kasvaneet. Laitossijoitusten osuus on maan suurin, mikä näkyy kustannuksissa. Erityisesti nuorisopsykiatristen avohoitokäyntejä oli maan keskitasoa vähemmän. Somaattisen erikoissairaanhoidon avohoitokäyntejä on puolestaan runsaasti.

Palvelujen saavutettavuutta on parannettu

Alueen syntyvyys oli vuonna 2017 hieman maan keskitasoa pienempi. Osa alueen neuvoloista on avoinna iltaisin, ja tarjolla on myös ilman ajanvarausta toimivia avoneuvolavastaanottoja. Suurin osa alueen kunnista on mukana maakunnallisessa neuvola-chatissa.

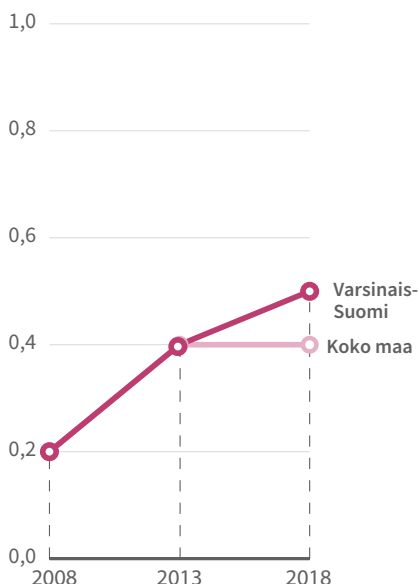
Vuonna 2017 maan keskitasoa useammalla alakouluikäisellä oli kokemusta vanhempiensa liiali-

sen alkoholinkäytön haitallisuudesta, mikä kuvastaa aikuisten alkoholin riskikäyttöä. Opiskeluterveydenhuollon lääkärimitoitus oli vuonna 2017 maan paras. Tästä huolimatta valvontaviranomainen on tuonut esiin ongelmat opiskeluterveydenhuollon hoitopäätöksissä.

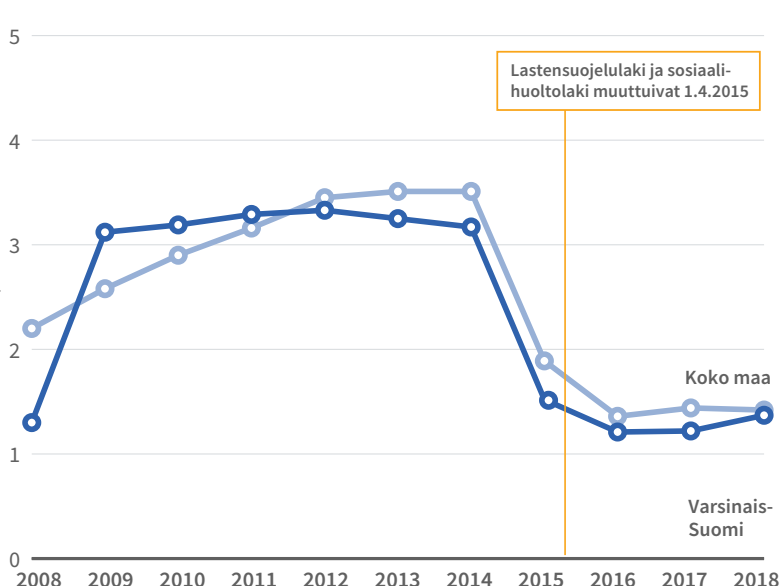
Osassa alueen yläkouluista ja toisen asteen oppilaitoksista on psykiatrisia sairaanhoitajia sekä päiväkoteissa sosiaaliohjaajia. Yläkoululaisten koke-

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

Kiireellisesti vuoden aikana sijoitettuna olleet 0-17-vuotiaat, % vastaavanikäisestä väestöstä.



Lastensuojelun uudet avohuollon 0-17-vuotiaat asiakkaat, % vastaavanikäisestä väestöstä.



Vasen kuvio esittää kiireellisesti vuoden aikana sijoitettujen lasten prosentuaaliset osuudet vuosina 2008, 2013 ja 2018 sekä osuuden muutos suunnan. Oikea kuvio esittää lastensuojelun uusien avohuollon asiakkaiden osuudet vuosina 2008–2018. Tulkinassa 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.

mukset koulukuraattorilta saamansa tuen ja avun riittävydestä olivat maan toiseksi heikoimmat.

Varhaisen tuen palveluja on saatavilla hieman maan keskitasoa vähemmän

Lapsiperheet saivat sosiaalihuoltolain mukaisia perhepalveluja hieman maan keskitasoa vähemmän. Keskimääräinen odotusaika kasvatus- ja perheneuvolan ensimmäiselle käynnille oli kuitenkin maan lyhimpiä (17 vrk, koko maassa 23 vrk). Alueen näkemyksen mukaan sosiaalihuoltolain mukaisten palvelujen resurssit ja sisällöt poikkeavat huomattavasti kunnittain.

Kodin ulkopuolelle sijoitettujen lasten ja nuorten määrä on kasvanut

Lastensuojeluilmoituksia tehtiin hieman maan keskitasoa enemmän. Tämä voi kuvastaa joko huolien parempaa tunnistamista tai ehkäisevien palvelujen puutetta. Lokakuussa 2018 lastensuojelun palvelutarpeen arviointien käynnistäminen (98,8 %) ja valmistuminen (96,4 %) määräajoissa vastasivat maan keskitasoa. Edellisen vuoden vastaavaan ajankohtaan verrattuna tilanne on hieman parantunut.

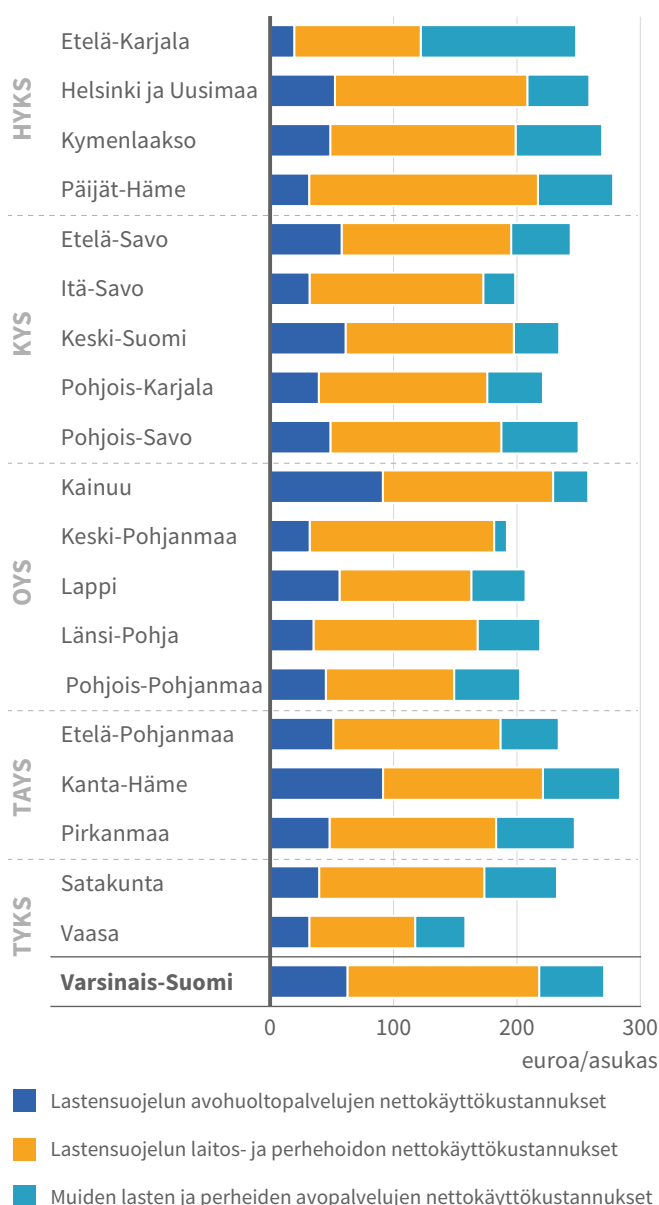
Lastensuojelun avohuoltoon tuli uusia, alle 18-vuotiaita asiakkaita maan keskitasoa vastaavasti. Osuus on vuodesta 2008 pysynyt lähes samana, kun koko maan kehitys on puolestaan ollut vähenevä (Kuvio 10). Alueen näkemyksen mukaan asiakkuuksien niin sanotut rajanvetokäytännöt sosiaalihuolto- ja lastensuojelulain välillä vaihtelevat vielä kunnittain.

Kodin ulkopuolelle sijoitettujen lasten ja nuorten osuus on vuodesta 2009 kasvanut maan keskitasoa enemmän.

Kiireellisesti sijoitettuja lapsia ja nuoria oli hieman maan keskitasoa enemmän; osuus on vuodesta 2008 kasvanut maan keskitasoa enemmän. Kodin ulkopuolisissa sijoituksissa laitoksiin sijoitettujen lasten ja nuorten osuus oli maan suurin (43 %), vaikka 13–17-vuotiaiden sijoitettujen osuus ole erityisen suuri. Sijoituksia perheisiin ja ammatillisiin perhekoteihin oli puolestaan vähän.

Alueen mukaan lastensuojeluyksiköiden laatua seurataan yhä systemaattisemmin yhteistyössä Turun kaupungin lastensuojelun tukipalvelujen ja muiden kuntien kesken. Valvontaviranomaisen esiinnostamat puutteet yksityisten lastensuojeluyksiköiden toiminnassa (lääkehoito ja henkilöstön päte-

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



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

vyys) viittaavat kuitenkin siihen, että kuntien järjestämismvastuuseen kuuluva valvonta on riittämätöntä.

Somaattista erikoissairaanhoidoa käytetään runsaasti, mutta psykiatrista vähän

Lasten ja nuorten somaattisen erikoissairaanhoidon avohoitokäyntejä oli maan kolmanneksi eni-

Lapsia ja nuoria hoidettiin päiväkirurgisesti maan eniten.

ten. Avopediatrit jalkautuvat perustasolle osassa aluetta. Vuodeosastohoitoa käytettiin vuonna 2017 puolestaan maan keskitasoa vähemmän.

Vuonna 2017 sekä lasten- että erityisesti nuorisopsykiatrian avohoitokäyntejä oli maan keskitasoa vähemmän. Myös nuorisopsykiatrian laitoshoidon hoitopäiviä kertyi vähän, vaikka hoitajaksoja oli maan keskitasoa vastaavasti; tämä viittaa lyhyisiin hoitoaikoihin. Lasten- ja nuorisopsykiatrit eivät jalkaudu perustasolle, eikä käytössä ole myöskään

systemaattisia konsultaatioita. Alueen näkemyksen mukaan vaikeudet psykiatristen palvelujen saataavuudessa lisäävät kysyntää perustasolla. Lasten- ja nuorisopsykiatrian keskimääräiset hoitopääsyajat olivat vuoden 2018 lopussa maan lyhyimpiä.

Lastensuojelun korkeat kustannukset kuvastavat nykyistä palvelurakennetta

Lasten, nuorten ja perheiden palvelujen asukas-kohtaiset, yhteenlasketut nettokäyttökustannukset olivat maan kolmanneksi suurimmat, 11 prosenttia yli maan keskitason. Lastensuojelun avopalvelujen käyttökustannukset olivat maan kolmanneksi suurimmat (63 euroa / asukas), 24 prosenttia yli maan keskitason. Lastensuojelun laitos- ja perhehoidon kustannukset olivat myös maan kolmanneksi suurimmat (155 euroa / asukas), 11 prosenttia yli maan keskitason. Muut lasten ja perheiden avopalvelujen kustannukset olivat puolestaan maan keskitasoa (53 euroa / asukas), 2 prosenttia alle maan keskitason (Kuvio 11).

2.10 Aikuisten mielenterveys-, päihde- ja sosiaalipalvelut

Syrjäytymisriskissä olevia nuoria aikuisia oli vähän. Nuorten aikuisten psykoterapiapalvelujen saatavuus on hieman maan keskitasoa parempi. Psykkisestä kuormittuneisuutta huolimatta itsemurhakuolleisuus oli maan pienimpiä. Aikuisten psykiatrisen laitoshoidon on vähäistä. Mielenterveys- ja päihdekuntoutujien asumispalveluissa painopiste on maan keskitasoa enemmän ympärivuorokautisissa palveluissa.

Nuorten syrjäytymisriski on vähäinen

Pitkäaikaistyöttömiä oli työvoimasta maan keskitasoa vastaavasti. Vaikka syrjäytymisriskissä oli noin 6 200 nuorta aikuista, heidän osuutensa vastaavien ikäisistä oli silti vuonna 2017 maan pienim-

piä. Myös nuorisotyöttömiä oli maan kolmanneksi vähiten. Asunnottomia oli puolestaan maan toiseksi eniten.

Perustoimeentulotukea saaneita nuoria aikuisia oli maan keskitasoa vähemmän. Myös pitkäaikaisesti toimeentulotukea saaneita asukkaita oli hieman maan keskitasoa vähemmän. Perustoimeentulotukea myönnettiin maan keskitasoa vastaavasti (107 euroa / asukas), yhteensä noin 51,5 miljoonaa euroa.

Kuntiin osoitetut toimeentulotukihakemukset käsiteltiin lakisääteisessä määräajassa maan keskitasoa vastaavasti (99 %). Täydentävää toimeentulotukea oli myönnetty vähän. Suhteutettuna toimeentulotukea pitkäaikaisesti saaneiden määrään ehkäisevää toimeentulotukea myönnettiin hieman maan keskitasoa enemmän, mikä voi kuvastaa toimivaa asiakasohjausta Kelasta kuntiin.

Pitkäaikaistyöttömyyden kustannukset kunnille ovat vähentyneet

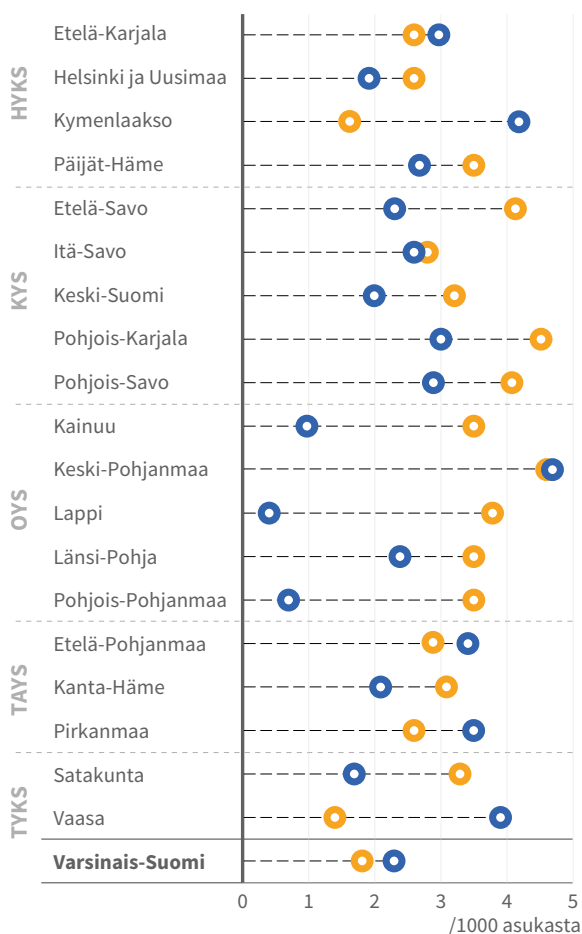
Työttömien aktivointiaste ja rakennetyöttömyys olivat maan keskitasoa (Kuvio 13). Myös alueen kuntien osarahoittama työmarkkinatuki oli maan keskitasoa (68 euroa / asukas), yhteensä noin 32,7 miljoonaa euroa; maksut ovat vuodesta 2015 vähentyneet maan kolmanneksi eniten (12 %). Työttömille tehtiin terveystarkastuksia maan keskitasoa vähemmän (2 % työttömistä, koko maassa 4 %).

Työllistymistä tukevan toiminnan asukaskohtaiset nettokäyttökustannukset olivat maan keskitasoa (95 euroa / asukas), 6 prosenttia yli maan keskitason.

Aikuisilla esiintyy psyykkistä kuormittuneisuutta hyväksi koetusta elämänlaadusta huolimatta

FinSote-tutkimuksen mukaan psyykkisesti merkittävästi kuormittuneita aikuisia oli maan kolmanneksi eniten. Bentsodiatsepiinien käyttö oli maan toiseksi runsainta.

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



- Päihdehuollon laitoksissa hoidossa olleet asiakkaat
- Päihteiden vuoksi sairaaloiden ja terveyskeskusten vuodeosastoilla hoidettuja potilaita

Merkin etäisyys pystyakselistasta kuvaa väestösuhteutettua asiakasmäärää palvelussa.

Itsemurha-ajatuksia ilmoittaneet olivat hakenneet apua mielenterveyteen liittyviin ongelmiinsa maan keskitasoa vastaavasti. Itsemurhakuolleisuus oli kuitenkin maan pienimpiä vuonna 2017, ja on ollut laskusuunnassa viime vuodet. Hoitoon hakeutumisen kynnys ei vaikuta erityisen korkealta, ja näyttää, että palvelujärjestelmä on onnistunut ehkäisemään kuolemia.

Mielenterveysperusteisesti sairauspäivärahaa saaneita oli maan keskitasoa vastaavasti, mutta mielenterveysperusteisia osasairauspäivärahakausia alkoi hieman maan keskitasoa vähemmän. Mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriöiden vuoksi työkyvyttömyyseläkettä saavia nuoria aikuisia oli maan keskitasoa vastaavasti (1,2 %); aikuisten osuus oli puolestaan maan pienimpiä (3,4 %).

Psykoterapeuttisen hoidon saatavuus on nuorilla aikuisilla hieman maan keskitasoa parempi

Perusterveydenhuollon mielenterveyskäyntejä, kaikki ikäryhmät huomioiden, oli maan kolmanneksi vähiten; 34 prosenttia maan keskiarvoa vähemmän. Kuitenkin käyntimäärä terveyskeskuslääkärin vastaanotolla mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriöiden vuoksi oli vuonna 2017 kirjavaista käyntisyistä maan suurimpia. Nuoret aikuiset saivat Kelan korvaamaa kuntoutuspsykoterapiaa hieman maan keskitasoa enemmän.

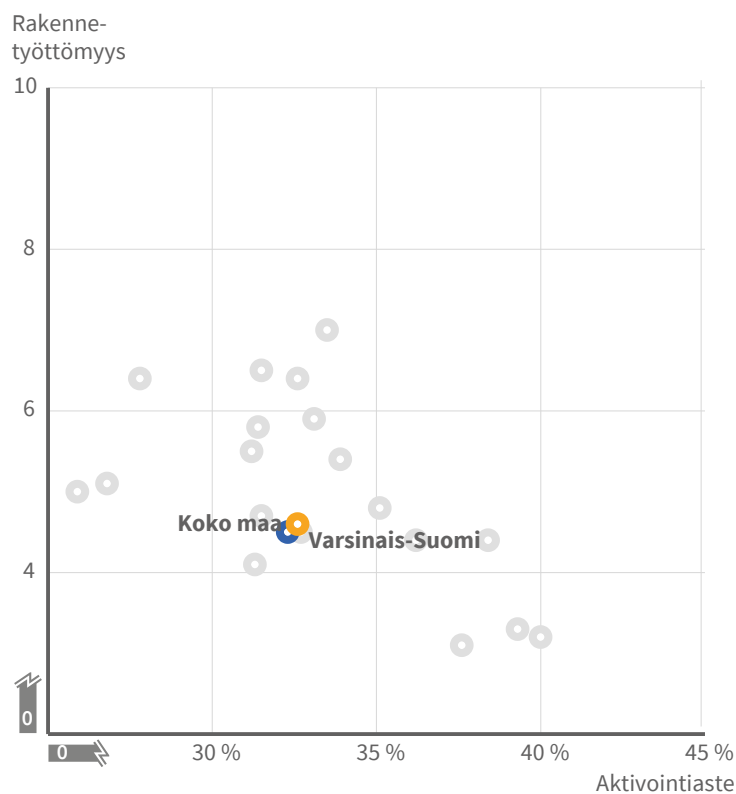
Psykiatrisia avopalveluja käytetään runsaasti: avohoitokäyntejä oli aikuisikäisillä vuonna 2017 hieman (16 %) maan keskitasoa enemmän ja Kelan korvaamia käyntejä yksityispsykiatrilla maan toiseksi eniten.

Pakkotoimia käytettiin psykiatrisessa sairaalahoidossa vuonna 2017 maan toiseksi vähiten.

Psykiatrisen laitoshoidon hoitopäiviä oli aikuisilla maan vähiten, 24 prosenttia maan keskiarvoa vähemmän. Yli kolme kuukautta yhtäjaksoisesti sairaalassa olleita psykiatrisen potilaita oli maan toiseksi vähiten.

Mielenterveyskuntoutujien asumispalveluissa pääpaino oli vuonna 2017 maan keskitasoa enem-

KUVIO 13. Rakennetyöttömyys ja aktiivointiaste 2018.



män ympärivuorokautisissa asumispalveluissa. Valvontaviranomaisen esiin nostamat puutteet yksityisten asumispalveluyksiköiden toiminnassa (henkilöstömitoitus ja lääkeluvat) viittaavat siihen, että kuntien järjestämävastuuseen kuuluva valvonta on riittämätöntä.

Alkoholin riskikulutus on yleistä

Alkoholijuomien maan keskitasoa vastaavasta myynnistä huolimatta alkoholin riskikäyttäjiä oli maan toiseksi eniten sekä työikäisessä väestössä että ikääntyneissä. Alkoholikuolleisuus oli kuitenkin maan keskitasoa vuonna 2017. Ikääntyneillä liika-ikäyttö on vuodesta 2015 yleistynyt maan keskitasoa enemmän, mutta alkoholikuolleisuus on kuitenkin vähentynyt maan keskitasoa enemmän. Alkoholin riskikäytön yleisyys ei erityisesti heijastu terveyskeskuslääkärin vastaanottoihin.

Huumeiden käyttäjille tarkoitettuja matalan kynnyksen terveysneuvontapalveluja oli vuonna 2017 saatavilla maan eniten, mikä näkyy ruisku- ja huumeiden välityksellä tarttuneiden C-hepatiitti-infektioiden vähyytenä. Huumausainerikoksia tuli poliisin tietoon maan keskitasoa vähemmän.

Päihdehuollon avopalvelut painottuvat hieman maan keskitasoa vähemmän suhteessa laitos- ja asumispalveluihin, mikä näkyy päihdeasiakkaiden vähyytenä vuodeosastoilla (Kuvio 12). Valvontaviranomainen on kiinnittänyt huomiota muun muassa asumispalvelujen laitospäisiin toimintakäytäntöihin.

Päihteiden käytöstä aiheutuvat kustannukset kertyvät ns. korjaavista palveluista. Erityispalvelujen asukaskohtaiset nettokäyttökustannukset olivat maan toiseksi suurimmat (47 euroa / asukas), 31,8 prosenttia yli maan keskitason; kustannusten kasvu vuodesta 2015 on ollut maan suurimpia.

2.11 Vammaisten palvelut

Vammaisille henkilöille suunnattujen kevyempien asumispalvelujen saatavuus on parantunut hieman hitaammin kuin maassa keskimäärin. Korvaukset asunnon muutostöihin ja asuntoon kuuluvista laitteista ja välineistä on vähentyneet. Kehitysvammaisten pitkäaikaista laitoshoidtoa on vielä jäljellä.

Hoitoa ja huolenpitoa tarvitsevia on maan keskitasoa enemmän

Kelan myöntämien vammaistuen saajia näyttää olevan hieman maan keskitasoa enemmän suhteessa väestömäärään. Vammaisille myönnettyjen palvelujen ja tukien kokonaismäärä oli kuitenkin maan keskitasoa.

Kevyempiä asumispalveluja on saatavilla keskitasoa vähemmän

Vuoden 2017 lopussa tuetun ja ohjatun asumisen asiakkaita oli hieman maan keskitasoa vähemmän; osuus on kasvanut hieman hitaammin kuin maassa keskimäärin. Ympäri vuorokautista palvelua kuvaavan autetun asumisen asiakkaiden määrä oli puolestaan maan keskitasoa.

Kehitysvammalaitoksessa pitkäaikaisesti asuvia asiakkaita oli vuoden 2017 lopussa saman verran kuin maassa keskimäärin (Kuvio 14).

Asunnon muutostöistä tai asuntoon kuuluvista laitteista ja välineistä korvausta saaneiden asiakkaiden määrä oli maan pienimpiä.

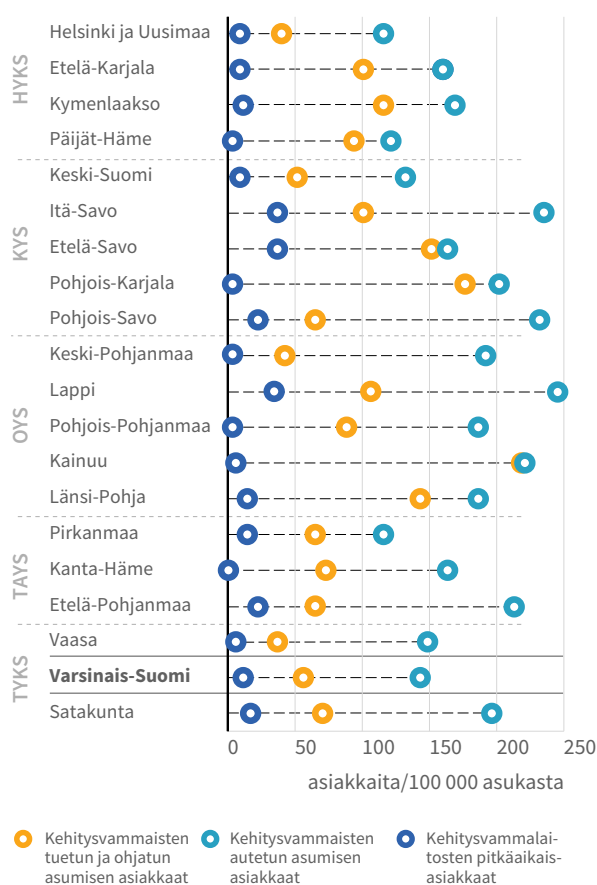
Määrä on vuodesta 2009 maan keskiarvosta poiketen hieman vähentynyt (- 7 %, koko maassa + 16 %).

Sosiaalihuoltolain mukaisten kuljetuspalvelujen osuus ei ole lisääntynyt

Vammaispalvelulain perusteella järjestetyn kuljetuspalvelun saajia oli maan keskitasoa vastaavasti; myös kustannukset olivat maan keskitasoa. Vastaavaa palvelua sosiaalihuoltolain nojalla sai myös maan keskitasoa vastaavasti; määrä on pysynyt lähes samana vuodesta 2015. Ikääntyneiden osuus vaikeavammaisten kuljetuspalveluissa oli hieman maan keskitasoa pienempi.

Myönnettyistä kuljetuspalveluista sosiaalihuoltolain mukaisten kuljetuspalvelujen osuus oli 17 prosenttia ja vammaispalvelulain mukaisten kuljetuspalvelujen osuus 83 prosenttia; osuudet vastaavat maan keskitasoa.

KUVIO 14. Kehitysvammaisten laitosis- ja asumispalvelujen asiakkaat 2017.



Merkin etäisyys pystyakselista kuvaa väestösuhteutettua asiakkasmäärää palvelussa.

Kustannukset ovat maan keskitasoa

Vammaisten palvelujen asukaskohtaiset nettokäytökustannukset olivat maan keskitasoa, 7 prosenttia alle maan keskitason. Vammaispalvelulain mukaisen palvelujen ja taloudellisten tukitoimien menot olivat maan keskitasoa, 10 prosenttia alle maan keskitason. Vammaisten ympärivuorokautisen hoivan asumispalvelujen kustannukset olivat maan keski-

tasoa (131 euroa / asukas), 6 prosenttia alle maan keskitason. Vammaisten laitoshoidon kustannukset olivat maan keskitasoa (25 euroa / asukas), 15 prosenttia yli maan keskitason; pitkäaikaisen laitoshoidon purun etenemistä kuvaa se, että kustannukset ovat vuodesta 2015 pienentyneet maan toiseksi eniten.

2.12 Ikääntyneiden palvelut

Gerontologisen sosiaalityön saatavuus näyttää puutteelliselta. Kotihoidon henkilöstö-resurssit ovat suhteellisen pienet eivätkä kohdennu erityisen vahvasti paljon palveluja tarvitseviin. Kotihoidon laadussa näyttää olevan puutteita. Ikääntyneiden perusterveydenhuollon päivystyskäynnit ovat lisääntyneet. Pitkäaikaisen laitoshoidon osuus ikääntyneiden palvelurakenteessa on maan suurin, mikä näkyy myös kustannuksissa. Sekä perusterveydenhuollon että erikoissairaanhoidon vuodeosastohoitoa käytetään runsaasti.

Ikääntyneiden palvelutarve on maan keskitasoa

Yksin asuvia 75 vuotta täyttäneitä oli saman verran kuin maassa keskimäärin. Itsensä yksinäiseksi tuntevia oli kuitenkin maan kolmanneksi vähiten. Korotettua tai ylintä hoitotukea saavia eläkeläisiä oli maan keskitasoa vastaavasti. FinSote-tutkimuksen mukaan 65 vuotta täyttäneet joutuivat rahanpuutteen vuoksi tinkimään ruoasta, lääkkeistä tai lääkärikäynneistä hieman maan keskitasoa yleisemmin. Kuitenkin vastaavasta ikäryhmästä toimeentulotuen saajia oli maan kolmanneksi vähiten; alueen mukaan gerontologisen sosiaalityön saatavuus on alueella epätasaista. Ikääntyneiden hyvinvointia ja terveydentilaa on käsitelty myös hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen osiossa.

Kotihoidossa pienet henkilöstöresurssit

Kotona asuvia oli saman verran kuin maassa keskimäärin (90,9 %, koko maassa 91,1 %). Tukipalveluja saaneiden 75 vuotta täyttäneiden asiakkaiden osuus vastaavanikäisestä väestöstä oli maan pienimpiä; vuodesta 2015 osuus on supistunut hieman enemmän kuin maassa keskimäärin.

Säännöllisen kotihoidon 75 vuotta täyttäneitä asiakkaita, joiden luona käydään 2–3 kertaa päivässä, oli maan keskitasoa vastaavasti. Asiakkaita, joiden luona käydään vähintään kolme kertaa päivässä, oli puolestaan hyvin vähän, eikä osuus ole juurikaan kasvanut vuodesta 2013.

Ikääntyneiden palveluiden henkilöstöstä alle kolmasosa (31 %) työskenteli kotihoidossa; osuus oli maan kolmanneksi pienin (koko maassa 36 %).

Kotihoidon henkilöstön osuus ikääntyneiden palveluiden henkilöstöstä on vähentynyt hieman vuodesta 2014. Valvontaviranomainen on tuonut

esiin lisääntyvät yhteydenotot kotihoidon henkilöstön riittävydestä.

Pitkäaikaisen laitoshoidon purku on edennyt hitaammin kuin maassa keskimäärin. Kotihoidon vahvistamisen sijaan alueella on lisätty tehostettua palveluasumista (Kuvio 15).

Päivystyspalvelujen käyttö on runsasta

Perusterveydenhuollon päivystyskäyntien määrä oli 75 vuotta täyttäneillä maan suurimpia, 38 prosenttia keskimääräistä enemmän; vuodesta 2015 käyntien määrä on kasvanut hieman keskimääräistä enemmän (36 %, koko maassa 10 %). Myös erikoissairaanhoidon päivystyskäyntejä oli hieman (14 %) maan keskitasoa enemmän; vuodesta 2015 käyntimäärä on kuitenkin vähentynyt maan eniten (-19 %, koko maassa +6 %). Kotihoitoa tukevaa ympärivuorokautista lääkärikonsultaatiotukea oli saatavilla maan keskitasoa vähemmän.

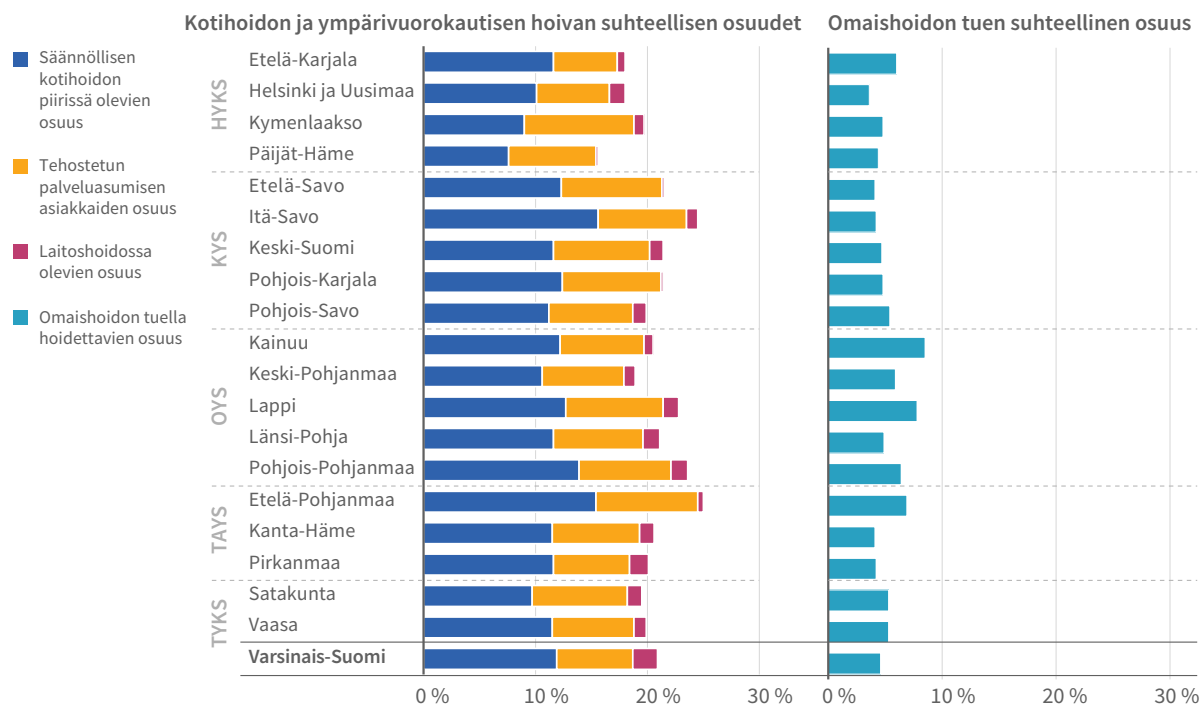
Kuitenkin kotihoidon asiakkailta oli päivystyksenä alkaneita hoitajaksoja joko sairaalan tai terveyskeskuksen vuodeosastolla maan kolmanneksi vähiten.

Perusterveydenhuollon vuodeosastohoidon käyttö oli hoitopäivissä mitattuna maan runsaimpia. Yöaikaisen kotihoidon saatavuus olikin maan pienimpiä ja pitkäaikaista laitoshoidon on jäljellä maan eniten. Vuodesta 2015 vähennys hoitopäivien määrässä jäi hieman maan keskitasosta. Myös somaattisen erikoissairaanhoidon vuodeosastohoidon hoitopäiviä kertyi maan keskitasoa enemmän vuonna 2017; aikuisikäisten hoitopäivistä 42 prosenttia kertyi 75 vuotta täyttäneille.

Kotihoidon laatu ei näyttäydä erityisen hyvänä

Kotihoidon asiakkaiden lääkkeitä ja ravitsemustilaa arvioitiin maan keskitasoa harvemmin. Lääkkeitä käyttivätkin sopimattomia lääkkeitä selvästi 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.

keskitasoa useammin, mikä saattaa selittää lisääntyneet vakavat kaatumiset. Sekä kotihoidon että ympärivuorokautisen hoidon henkilöstön saattohoito-osaamisessa koettiin olevan lisäkoulutustarvetta maan keskitasoa enemmän (THL, Vanhuspalvelujen tila -tutkimus).

Valvontaviranomaisen esiin nostamat puutteet yksityisten asumispalveluyksiköiden toiminnassa (henkilöstön määrä ja lääkehoito) viittaavat siihen, että kuntien järjestämisvastuuseen kuuluva valvonta on riittämätöntä.

Laitoshoidon korkeat kustannukset kuvastavat nykyistä palvelurakennetta

Ikääntyneiden palveluiden asukaskohtaiset, yhteensasketut kustannukset olivat maan keskitasoa, pro-

sentin yli maan keskitason. Kotihoidon kustannukset olivat maan pienimpien joukossa (174 euroa / asukas), 7 prosenttia alle maan keskitason; kasvuvauhti vuodesta 2015 on ollut selvästi keskimääräistä hitaampaa. Muiden ikääntyneiden palvelujen kustannukset olivat maan pienempien joukossa (73 euroa / asukas), 10 prosenttia alle maan keskitason. Ikääntyneiden ympärivuorokautisen hoivan asumispalvelujen kustannukset olivat maan keskitasoa (309 euroa / asukas), 0,2 prosenttia alle maan keskitason. Ikääntyneiden laitospalvelujen kustannukset olivat maan suurimpien joukossa (78 euroa / asukas), 18 prosenttia yli maan keskitason.

3 Satakunta

3.1 Asiantuntija-arvio

Palvelutarve on hieman keskimääräistä suurempi

Satakunnan väestön sote-palvelujen tarve on lähellä maan keskitasoa. Työllisyystilanne vastaa maan keskitasoa, ja pitkäaikaistyöttömien osuus työvoimasta on hieman maan keskitasoa pienempi. Aikuisten runsas alkoholinkäyttö sekä heikot kokemukset elämänlaadusta lisäävät perheiden palvelutarpeita. Väestön elintavat ovat monilta osin huonot, mikä viittaa hyvinvointia ja terveyttä edistävien toimien tarpeellisuuteen. Väestön sairastavuus on hieman maan keskitasoa suurempi.

Terveyspalvelut on järjestetty erikoissairaanhoidon painotteisesti. Sosiaalipalvelujen järjestämisessä painottuvat puolestaan ympärivuorokautiset palvelut. Tämä kuvastaa perustasolla annettavien avopalvelujen ja kevyempien palvelumuotojen suurempaa tarvetta. Palvelujen saatavuus vaihtelee kunnittain, mikä lisää tarvetta alueellisesti yhtenäisemmille palveluille.

Satakunnan sote-palvelujen järjestäjä- ja tuottajakenttä on hajanainen; alueella on kolme yhteistoiminta-aluetta ja neljä kuntaa tuottaa itse kaikki sote-palvelut. Osa yhteistoiminta-alueisiin kuuluvista kunnista tuottaa myös itse sosiaalipalveluja. Erikoissairaanhoidon tuottajia on kolme. Alueella ei ole vireillä vapaaehtoisien, maakunnallisen sote-kuntayhtymän perustamisvalmisteluja.

Haasteet perustason terveyspalvelujen saatavuudessa lisäävät erikoissairaanhoidon käyttöä

Sekä erikoissairaanhoidon että perusterveydenhuollon hoitotakuiden toteutuminen on heikentynyt edellisvuoteen verrattuna. Päivystyskäyntien painopiste on siirtynyt erikoissairaanhoidon, mikä viittaa siihen, etteivät perusterveydenhuolto ja muu palvelujärjestelmä kykene riittävästi vastaamaan väestön palvelutarpeisiin. Taustalla vaikuttanee terveyskeskusten lääkäriajaja, mikä näkyy myös viiveinä lääkärin vastaanotolle pääsystä. Myös perusterveydenhuollon hoitotakuu toteutuu hieman maan keskitasoa huonommin. Asiakasmaksut muodostavat hieman keskimääräistä harvemmin esteen terveyspalvelujen saamiselle, mikä viittaa eri koulutusryhmien keskimääräistä vahvempaan yhdenvertaisuuteen.

Suun terveydenhuollossa kiireettömän käynnin odotusajan perusteella hoidon saatavuus on hieman maan keskitasoa heikompi. Viiveet hoitopääsystä saattavat lisätä paljon hammaslääkäripalveluja tarvitsevien asiakkaiden määrää.

Lasten, nuorten ja perheiden peruspalvelujen sekä varhaisen tuen palvelujen saatavuus näyttää keskimääräistä paremmalta. Lastensuojelun tarvetta kuvaavat kehityssuunnat viittaavat kuitenkin puutteisiin perustason palvelujen varhaisessa saatavuudessa ja verkostojen toimivuudessa. Lastensuojeluilmoitusten vähyys sekä palvelutarpeen arviointiprosessin hidastuminen voivat viivästyttää tarvittavien tukitoimien aloitusta. Myönteistä on, että kiireellisesti sijoitettujen lasten ja nuorten osuus on kasvanut maan keskitasoa vähemmän.

Myös nuorisopsykiatrian avohoitokäyntien runsaus ja pitkittyneiltä vaikuttavat hoitojaksot saattavat kuvastaa puutteita perustason palvelujen saatavuudessa. Lasten ja nuorten somaattisen erikoissairaanhoidon saatavuus näyttää hyvältä. Osassa aluetta perustasolle jalkautuvat palvelut edistävät erityispalvelujen saavutettavuutta.

Psykoterapiaa on nuorille aikuisille tarjolla niukasti. Pitkittyneet hoitoajat psykiatrian laitoshoidossa saattavat viitata mielenterveyskuntoutujien asumispalvelujen sekä avopalvelujen heikompaan saatavuuteen. Valvontaviranomaisen mukaan mielenterveys- ja päihdekuntoutujien asumispalveluissa olevat asiakkaat saavat riittämättömästi ohjausta muihin sosiaalipalveluihin. Huumeidenkäyttäjien terveysneuvontapalvelujen saatavuus näyttää heikolta.

Kotiin vietävien palvelujen vähyys vaikeuttaa toiminnallisen integraation toteutumista

Ikääntyneiden erikoissairaanhoidon päivystyskäyntien määrän kasvu kuvastaa puutteita erikoissairaanhoidon ja perustason välisessä integraatiossa. Tähän viittaa myös erikoissairaanhoidon vuodeosastohoitopäivien runsaus. Kotihoitoa tukevia palveluja on, kotisairaaloimintaa lukuun ottamatta, saatavilla vain vähän, mikä näkyy kotona asuvien ja säännöllistä kotihoitoa saavien ikääntyneiden vähäisyytenä. Lisäksi kotihoidon henkilöstöresurssit näyttävät kohdentuvan suhteellisen vähän palveluja tarvitseviin, mikä voi kuvastaa kevyempien, kotihoitoa korvaavien vaihtoehtojen puutetta.

Aikuisten sosiaalipalveluissa näkyy onnistuminen palvelujen yhteensovittamisessa. Mielenterveysperusteisen osasairauspäivärahakausien vähyys viittaa puolestaan puutteelliseen integraatioon eri toimijoiden välillä, mikä heijastuu mielenterveysyistä myönnettyjen työkyvyttömyyseläkkeiden määrään.

Kaksisuuntaista mielialahäiriötä sairastavien potilaiden vuodeosastohoidon keskimääräistä tiheämpää uusiutumista voi viitata joko erikoissairaanhoidon ja perustason välisen integraation puutteellisuuteen tai perustason palvelujen riittämättömyyteen.

Perusterveydenhuollon osuus tautitaakan hoitamisessa on maan keskitasoa pienempi

Erikoissairaanhoidon runsaasta käytöstä huolimatta kustannukset asukasta kohti ovat maan keskitasoa, mikä viittaa hyvään tuottavuuteen. Kustannuksia lisäävät kuitenkin lukuisat sairaalakiinteistöt. Lisäksi kolmen tuottajan malli haastaa palveluprosessien sujuvuuden sekä lisää riskiä liialliseen palvelutarjontaan väestön tarpeisiin nähden. Myös lukuisat käytössä olevat terveydenhuollon potilastietojärjestelmät lisäävät päällekkäisen työn mahdollisuutta perusterveydenhuollon kanssa. Perusterveydenhuollon avohoidon kustannukset asukasta kohti ovat puolestaan pienet, ja ne ovat vähentyneet viime vuosina.

Vammaispalvelujen ja erilaisten tukimuotojen saatavuus näyttää hyvältä. Vammaispalvelujen palvelurakenteessa korostuvat kuitenkin ympärivuorokautiset palvelut ja erityislain perusteella myönnetty palvelut, jotka lisäävät kustannuksia.

Ikääntyneiden palvelujen kustannukset asukasta kohti ovat korkeat. Kustannuksia kerryttää erityisesti raskas palvelurakenne. Kotiin vietävien palvelujen vahvistamisen sijaan alueella on lisätty tehostettua palveluasumista.

Päihdepalvelujen osalta kysymykseksi nousee, miksi päihdehuollon erityispalvelujen asukaskohtaiset kustannukset ovat maan pienimpien joukossa, vaikka alkoholin liikakäyttöä on paljon.

Väestömäärän vähenemisestä huolimatta perustason palveluverkkoa ei ole tiivistetty ja erikoissairaanhoidon kiinteistöihin investoidaan

Satakunnan sosiaali- ja terveystoimen asukaskohtaiset nettokäyttökustannukset kasvoivat edellisvuodesta viisi prosenttia, mikä ylittää maan keskitason. Kustannukset ovat ilman tarvevakiointia 7,4 prosenttia maan keskiarvoa suuremmat; tarvevakioituna nämä olivat vuonna 2017 yhtä suuret kuin maassa keskimäärin.

Heikentynyt elatussuhde on osaltaan vaikeuttanut kuntien rahoitusmahdollisuuksia viime vuosina. Palveluverkkoon ei alueelta saatujen tietojen mukaan ole kuitenkaan tehty merkittäviä muutoksia viime vuosina, vaikka väestömäärä on Eurajokea lukuun ottamatta vähentynyt alueen kaikissa kunnissa vuosina 2008–2018. Vuoteen 2030 ulottuvan väestöennusteen mukaan Satakunnan väestömäärä jatkaa vähenemistään. Tulevien vuosien kustannusten kasvupaineita lisää käynnistymässä oleva psykiatrian uudisrakennushanke, jonka kokonaiskustannusarvio on 51 miljoonaa euroa.

3.2 Toimintaympäristö

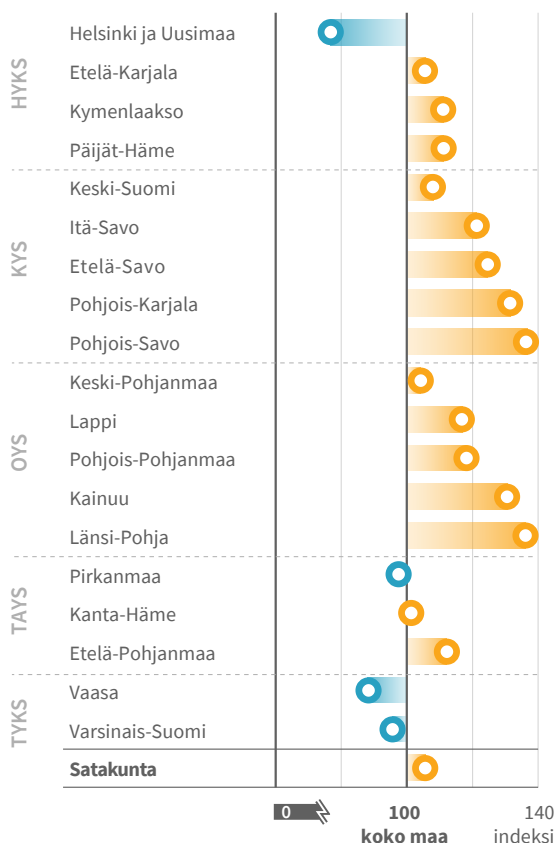
Väestön palvelutarve vaihtelee kuntakohtaisesti

Satakunta on 17 kunnan muodostama, noin 219 000 asukkaan alue. Asutus keskittyy erityisesti Porin ja Rauman kaupunkien ympärille.

Alueella on väkiluvultaan hyvin erikokoisia kuntia (1 458–84 403). Kunnat poikkeavat toisistaan erityisesti myös syntyvyyden ja väestön koulutustason suhteen. Nuorisotyöttömiä on saman verran kuin maassa keskimäärin, mutta kuntien välillä on vaihtelua (7–16 %).

Väestön sairastavuus on hieman maan keskitasoa suurempi (Kuvio 2), mutta kuntien välillä on

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. Indeksillä 100 on koko maan keskiarvo. Indeksillä 140 on korkein indeksin omaava sairausryhmä. Ikävakiomaton indeksi kuvaa alueen todellista sairaustaakkaa.

vaihtelua (93–147). Sairausryhmäkohtaiset indeksit vaihtelevat; alueella korostuvat aivoverisuonitaudit ja syöpätaudit,

Palvelujen järjestäjä- ja tuottajakenttä on melko hajanainen

Alueella on yhteensä seitsemän perustason palvelujen järjestäjää (yksi vastuukuntamallilla toimiva yhteistoiminta-alue, kaksi kuntayhtymämallilla toimivaa yhteistoiminta-aluetta ja neljä kuntaa). Neljä kuntaa tuottaa itse osan sosiaalipalveluista.

Satakunnan sairaanhoitopiiri tuottaa sekä erikoissairaanhoidon palveluja että kehitysvammaisten erityishuoltoa. Perustason erikoissairaanhoidon tuottavat Porin ja Rauman kaupungit.

Eurajoen ja Luvian terveysasemien toiminta on ulkoistettu Terveystalolle vuoden 2020 loppuun saakka.

Alueella ei ole vireillä vapaaehtoisen, maakunnallisen sote-kuntayhtymän perustamisvalmisteluja.

Alueella on useita sairaaloita

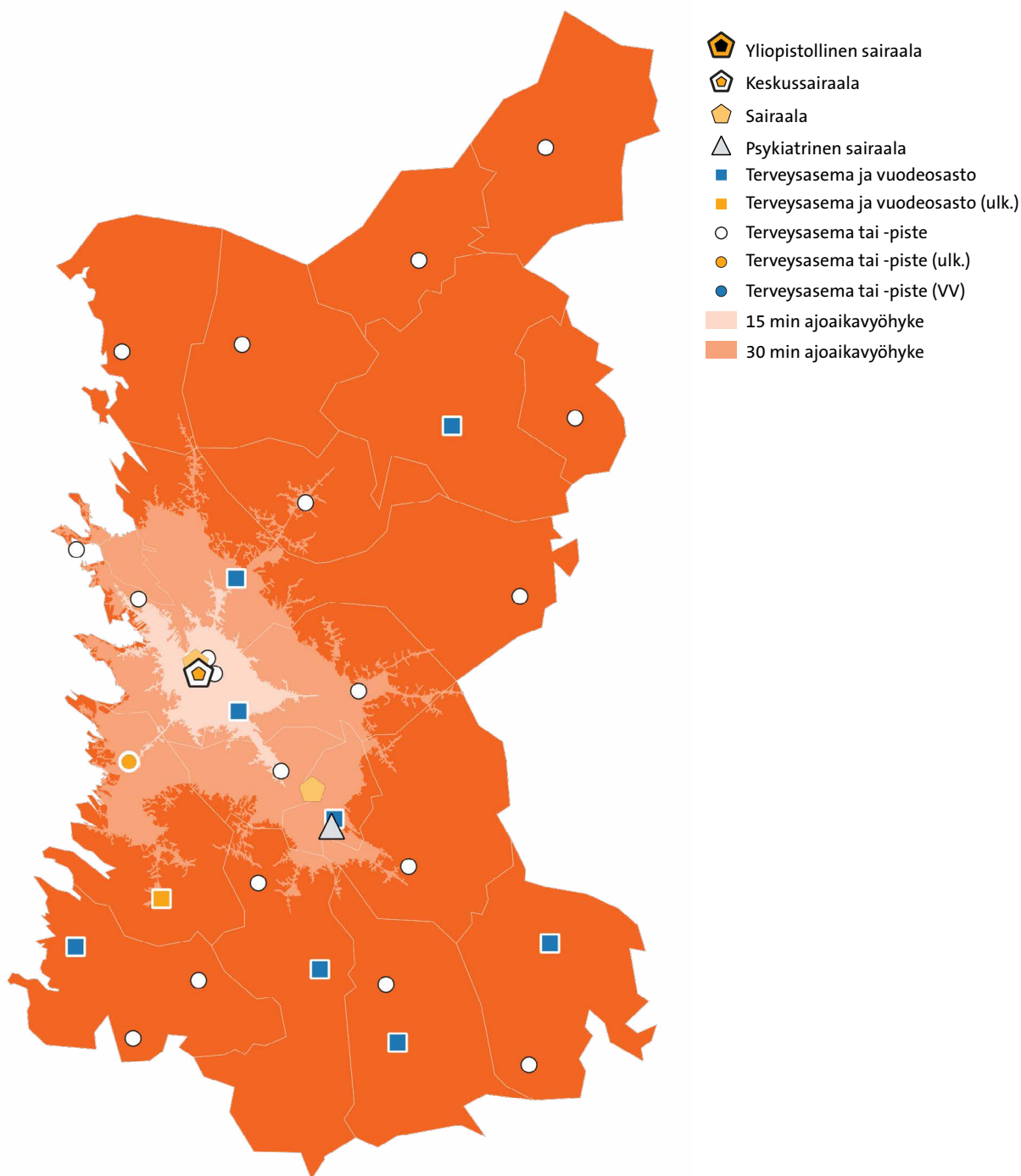
Alueella on 20 terveysasemaa ja 10 terveyskeskussairaala. Lisäksi on neljä julkista, erikoissairaanhoidon palveluja tuottavaa sairaalaa: Satakunnan keskussairaala (Satasairaala), Harjavallan psykiatrisen sairaala (SATSHP), Rauman Terveyspalvelut ja Porin kaupunginsairaala. Antinkartanon kuntoutuskeskuksessa tuotetaan kehitysvammaisille suunnattuja erityishuollon palveluja.

Osana Euran kunnan talouden vakauttamisohjelmaa lääkärivastaanotto Panelian terveysasemalla on päätetty lopettaa vuoden 2020 alussa. Porin kaupungissa toimintoja on keskitetty moniammatillisiin sote-keskuksiin (Kuvio 3).

Isojen investointien pääpaino erikoissairaanhoidon kiinteistöissä

STM on myöntänyt poikkeuslupia sosiaali- ja terveydenhuollon rakennusinvestointeihin noin 88,5 miljoonan euron arvosta. Merkittävimpiä investointina on Satapsykiatria-uudisrakennushanke, jonka myötä muun muassa psykiatrian osastohoito nykyisestä Harjavallan sairaalasta siirtyy Satasairaalan alueelle vuoden 2021 loppuun mennessä. Toinen merkittävä investointikohde oli Satasaira-

KUVIO 3. Julkisesti järjestettyjen terveyspalvelujen palveluverkko vuonna 2018.



Juljisesti järjestetyt terveyspalvelut on jaoteltu sairaala- ja terveysasematyyppittäin. 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.

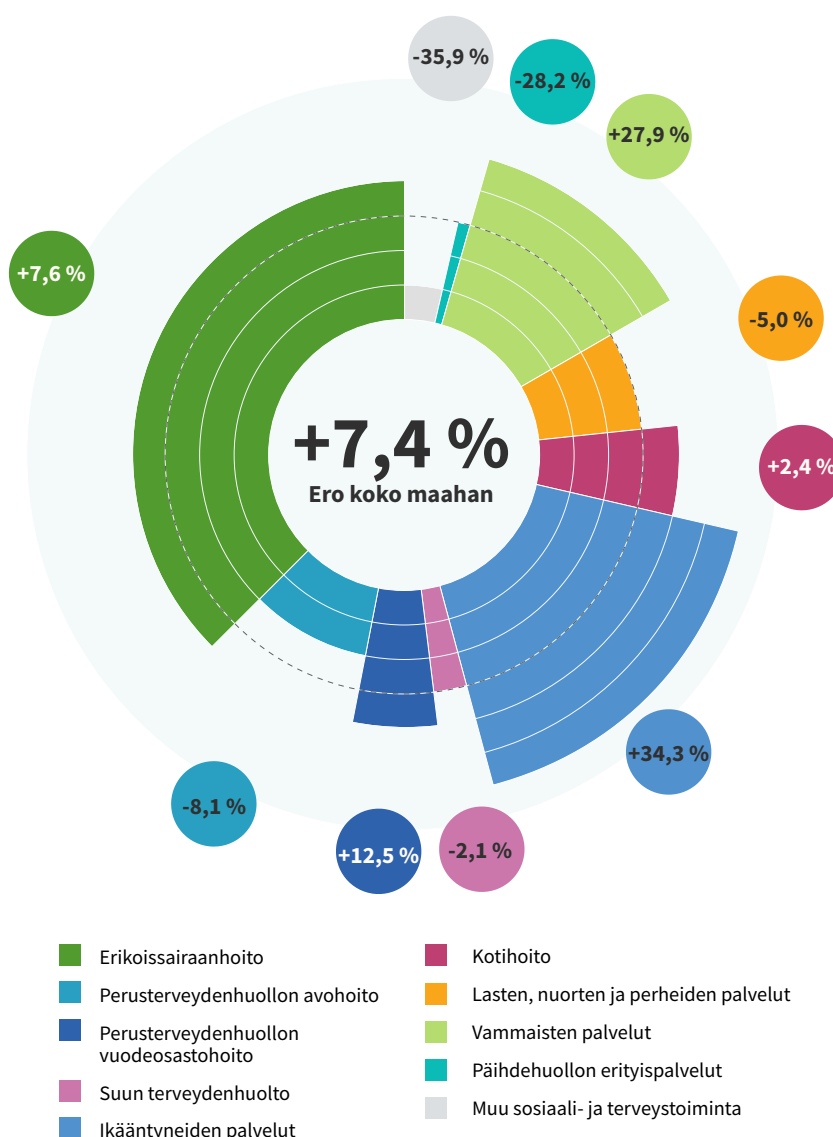
lan H-uudisrakennus, johon sisältyy apteekkikonaisuus, obduktio sekä tekniikan ja toimistojen tiloja. Lisäksi on investoitu uuteen maakunnalliseen apuvälinekeskukseen. Poikkeusluvanvaraisia investointeja tehdään myös Kankaanpään Peruspalvelu-

keskuksessa. Lokakuussa 2019 STM on myöntänyt myös Rauman kaupungille poikkeusluvan vanhainkodin peruskorjaukseksi ikäihmisten hyvinvointikeskusta varten.

3.3 Sosiaali- ja terveystoimen rahoitus ja kustannukset

Sosiaali- ja terveystoimen asukaskohtaiset nettokäyttökustannukset ovat nousseet viisi prosenttia edellisvuodesta. Samaan aikaan alueen kuntien talous on heikentynyt. Vuonna 2017 tarvevakioidut menot olivat yhtäsuuret kuin maassa keskimäärin. Ennusteen mukaan väestö vähenee, mutta ikääntyy muuta maata hitaammin vuoteen 2030 mennessä, minkä vuoksi sote-kustannusten kasvuennuste on keskimääräistä 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.

Heikentynyt elatusuhde heijastuu kuntien taloudelliseen kantokykyyn

Satakunnan alueen kuntien tilikauden tulokset asukasta kohti olivat alijäämäisiä 13 kunnassa, kun vuotta aikaisemmin tulos oli alijäämäinen ainoastaan neljässä kunnassa.

Alueen kuntien verotulojen kehitys on heikentynyt. Verotulot asukasta kohti laskivat edellisvuoteen verrattuna 11 kunnassa. Eurajoen ja Harjavallan asukaskohtaiset verotulot olivat maan suurimpia. Karvialla puolestaan verotulot olivat maan pienimpiä. Kokonaisuutena verorahoitus eli verotulot ja valtionosuus asukasta kohti laski 12 kunnassa. Kuntien tuloveroprosentit vaihtelivat 18 prosentin (Eurajoki) ja 22,5 prosentin (Jämijärvi) välillä.

Tulorahoituksen riittävyyttä kuvaava vuosikate asukasta kohti heikkeni selvästi lähes kaikissa kunnissa. Vajaan 2 000 asukkaan Honkajoella asukaskohtainen vuosikate oli maan toiseksi heikoin (-496 €/as.).

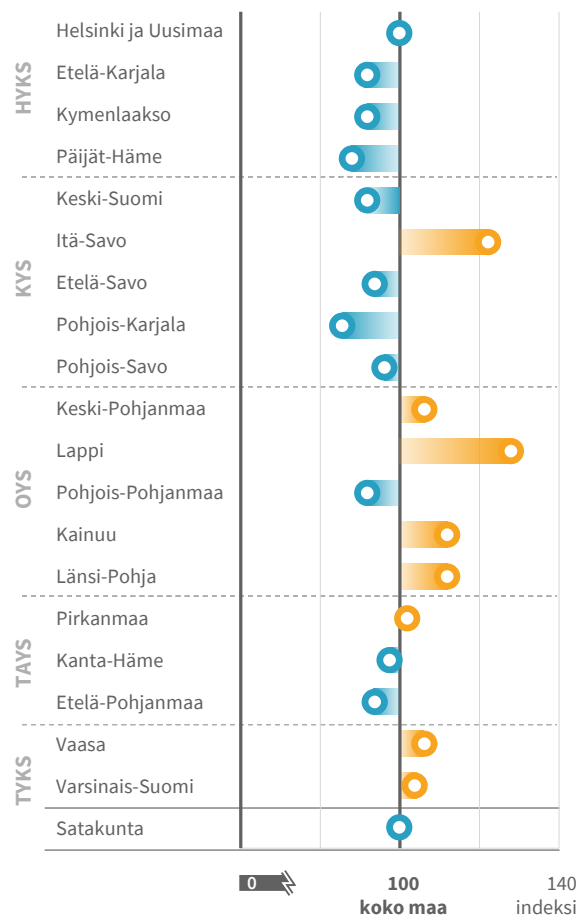
Kuudessa alueen kunnassa kirjattiin negatiivinen vuosikate.

Vuosikate riitti kattamaan poistot viidessä kunnassa. Vuotta aikaisemmin vuosikate kattoi poistot alueen kaikissa kunnissa viittä kuntaa lukuun ottamatta. Vuosikate-poistot -mittari oli Honkajoella maan heikoin (-289 %). Jämijärvellä puolestaan mittari oli maan parhaimpia (195 %).

Kuntalain 118 §:n mukaiset kuntakonsernin arviointimenettelyn kriteerit täyttyvät Honkajoella peräkkäisten vuosien alijäämäisten taseiden vuoksi. Myös Jämijärvi täyttää menettelyn käynnistämisen kriteerit, mutta menettely aloitettiin siellä jo vuonna 2017. Konsernitilinpäätöksen¹ perusteella Ulvilan talous täyttää lähtökohtaisesti kuntarakennelain 56 a §:n tarkoittaman harkinnanvaraisen yhdistymisavustuksen ehdot; Ulvilan konserniin kertyi alijäämää maan kolmanneksi eniten (766 €/as.).

Lukuisissa alueen kunnista on menossa talouden tasapainottamishankkeita sekä tuottavuuden kehittämishankkeita. Taloudellisen kantokyvyn vahvistamiseksi tuloveroprosenttiaan vuodelle

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 tarvevakioitut menot olivat maan keskiarvoa suuremmat.

2019 nosti kuusi alueen kuntaa, joista Harjavalta ja Pomarkku nostivat myös yleistä kiinteistöveroprosenttiaan. Alueen kolmelle kunnalle on myönnetty harkinnanvaraista valtionosuuden korotusta kuluvalle vuodelle.

Perusterveydenhuollon avohoidon pieni osuus alueen yhteenlasketuista sote-kustannuksista kuvastaa tuotannon työnjakoa Satakunnan sosiaali- ja terveystoimen nettokäytökustannukset (ei varhaiskasvatus) olivat vuonna

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.

2018 yhteensä 779,3 miljoonaa euroa (3 565 €/as.). Asukaskohtaiset nettokäyttökustannukset kasvoivat viisi prosenttia edellisvuodesta (koko maassa 2,8 %) ja ovat siten 7,4 prosenttia keskimääräistä suuremmat (Kuvio 4).

Sosiaali- ja terveystoimen nettokäyttökustannukset olivat matalimmat Ulvilassa (3 281 €/as.) ja suurimmat Merikarviolla (4 444 €/as.).

Satakunnan sosiaali- ja terveystoimen nettokäyttökustannuksista suhteellisesti suurin osa muodostui erikoissairaanhoidosta (38 %, koko maassa 38 %). Toiseksi eniten kustannuksia kertyi ikääntyneiden palveluista (17 %, koko maassa 13 %), jonka osuus oli maan suurin. Kolmenneksi eniten kustannuksia kertyi vammaisten palveluista (12 %, koko maassa 10 %), jonka osuus oli myös maan suurin yhdessä Itä-Savon kanssa. Perusterveydenhuollon avohoidon osuus alueen nettokäyttökustannuksista oli maan toiseksi pienin (9 %, koko maassa 11 %).

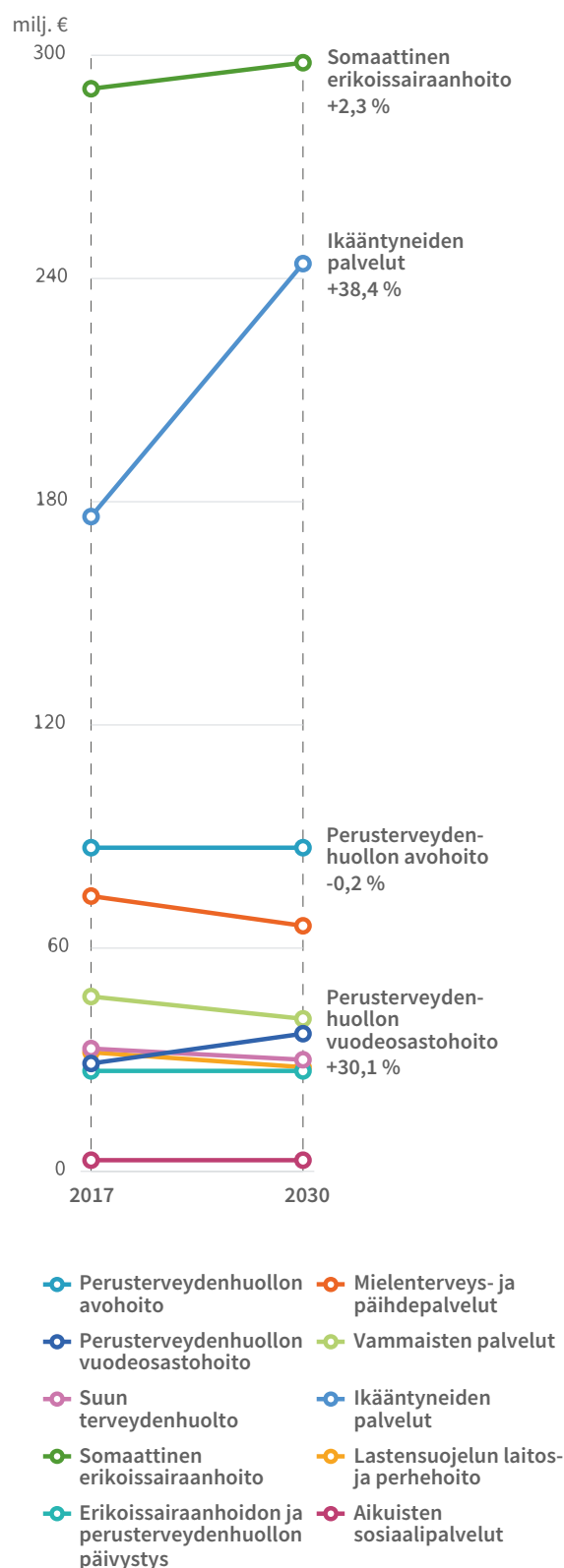
Sosiaali- ja terveydenhuollon tarvevakioidut menot vastaavat maan keskitasoa

Vuonna 2017 koko maan sosiaali- ja terveydenhuollon nettomenot olivat keskimäärin 3 100 euroa asukasta kohti. Satakunnassa nämä olivat 3 282 euroa asukasta kohti, mikä oli kuusi prosenttia enemmän kuin maassa keskimäärin. Alueen väestön palvelutarve oli viisi prosenttia keskimääräistä suurempi. Tarvevakioidut menot² olivat yhtä suuret kuin maassa keskimäärin (Kuvio 5).

Satakunnan kunnissa väestön palvelutarve oli matalimmillaan kahdeksan prosenttia pienempi (Eurajoki) ja suurimmillaan 29 prosenttia suurempi (Merikarvia) kuin maassa keskimäärin. Tarvevakioidut sosiaali- ja terveydenhuollon menot olivat matalimmat Porissa, neljä prosenttia keskimääräistä pienemmät. Alueen suurimmat tarvevakioidut menot olivat Harjavallassa, 15 prosenttia suuremmat kuin maassa keskimäärin.

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 terveystoimen reaali-kustannusten ennuste.



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

Alueen väestön ikärakenne viittaa siihen, että palveluja tarvitseva väestö ohjautunee maan keskitasoa enemmän julkisiin palveluihin.

Sote-kustannusten kasvuennuste jää maan maan keskitasosta

THL:n ennustelaskelmien mukaan sosiaali- ja terveyspalvelujen kustannusten vuotuinen kasvunne on suurinta alueilla, missä väestön kasvu on koko maata suurempaa ja joihin väestö keskittyy. Satakunnan väestö vähenee ennusteen mukaan vuoteen 2030 mennessä 8 prosentilla (koko maassa + 1 %). 65 vuotta täyttäneen väestön ennustetaan kasvavan alueella vastaavalla ajanjaksolla noin 12 prosenttia (koko maassa 24 %).

Väestörakenteen muutoksen perusteella Satakunnan sosiaali- ja terveyspalvelujen reaalikasvuksi ennakoidaan vuosina 2017–2030 keskimäärin 0,6 prosenttia vuodessa (koko maassa + 1,2 %). Alueen sosiaali- ja terveyspalvelujen kustannusten kokonaiskasvun ennuste vuoteen 2030 mennessä on 7,5 prosenttia (koko maa 17 %). Ikääntyneiden palvelujen kustannusten ennustetaan kasvavan vuoteen 2030 mennessä eniten, 38 prosenttia (koko maassa 50 %). Toiseksi eniten kasvua ennustetaan perusterveydenhuollon vuodeosastohoidon menoihin (30 %, koko maassa 40 %) (Kuvio 6).

3.4 Hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen

Hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen toimintatapoja kehitetään monialaisessa hyte-verkostossa, jonka vetovastuu on sairaanhoitopiirillä. Kaikki kunnat eivät ole nimenneet hyte-koordinaattoria. Väestö kokee hyvinvointinsa ja terveydentilansa selvästi maan keskitasoa heikommaksi. Väestön kasautuneet epäterveelliset elintavat kuvastavat vaikeuttavien ennaltaehkäisevien palvelujen tarvetta.

Alueen hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen rakenteet ovat vahvistuneet

Alueellisen hyvinvoinnin ja terveyden edistämisestä vastaa sairaanhoitopiirin perusterveydenhuollon yksikkö. Alueellinen hyvinvointikoordinaattori on nimetty ja ensimmäinen alueellinen hyvinvointikertomus on valmistumassa vuoden 2019 lopussa. Hyvinvointityötä tehdään alueellisesti asiantuntijoista koostuvassa monialaisessa hyte-verkostossa sekä hyte-koordinaattoreiden verkostossa.

Järjestöt edistävät monipuolisesti väestön hyvinvointia ja terveyttä

Sosiaali- ja terveysjärjestöjen avustuskeskus (STEA) on myöntänyt alueella rahoitusta muun muassa porilaisten taloudellisista tai sosiaalisista syistä syrjäytymisvaarassa olevien lasten ja nuorten hyvinvoinnin edistämiseen ja sosiaaliseen vahvistamiseen (Otsolan kannatusyhdistys ry), lasten ja perheiden eriarvoisuuden vähentämiseen (Mannerheimin Lastensuojeluliiton Satakunnan piiri ry), alueellisen mielenterveystyön omaistoimintaan ja sen koordinointiin (Finfami Satakunta ry) sekä avustajakeskuksen vapaaehtoistoimintaan ja vertaistuen kehittämiseen (Lounais-Suomen lihastautiyhdistys ry).

Monialaisessa hyvinvoinnin ja terveyden edistämässä on vielä vahvistamismahdollisuuksia

Hyte-asioiden koordinoinnista vastaavia henkilöitä on nimetty alueen kuntiin maan keskitasoa vähemmän (75 %, koko maassa 83 %). Terveydenhuoltolain edellyttämän laajan hyvinvointikertomuksen on hyväksynyt 94 prosenttia alueen kuntien valtuustoista. Aluehallintoviraston mukaan hyvinvointikertomusten laadussa oli kuitenkin puutteita. 67 prosenttia kunnista on raportoinut valtuustolle väestöryhmien välisistä terveyseroja.

Verkkosivuilla kuntalaisten osallistumisen ja vaikuttamisen mahdollisuuksista kertovia kuntia on maan vähiten (40 %). Paikallisen turvallisuussuunnitelman laatineista kolmesta kunnasta kahden kunnan hyvinvointiryhmässä on keskusteltu ja päätetty suunnitelmaan liittyvistä toimenpiteistä. Hallinnonalojen yhteisiä rakenteita tai toimintamalleja, joissa käsitellään hyvinvointia ja terveyttä edistävää kulttuuritoimintaa, on joka viidennessä alueen kunnista (koko maassa 44 %). Liikuntaneuvontaa järjestää 87 prosenttia alueen kunnista. Kaikki kunnat raportoivat ohjaavansa sosiaali- ja terveyspalveluista asiakkaita liikuntaneuvontaan.

73 prosenttia alueen kunnista järjestää kohdennettuja liikkumisryhmiä liikunta-seuratoiminnan ulkopuolella oleville lapsille ja nuorille.

Aluehallintoviraston mukaan ehkäisevän päihdetyön rakenteet ja suunnitelmat olivat vahvistuneet alueen kaikissa kunnissa, mikä on alkoholin riskikulutuksen kannalta hyvä kehityssuunta.

Väestön matala koulutustaso näkyy hyvinvoinnin ja terveydentilan kokemuksissa

Alueen yläkouluikäisten kokemukset omasta terveydentilastaan olivat maan heikoimpia, myös työikäisten ja ikääntyneiden kokemukset elämänlaadusta olivat heikot. Ylipaino on yläkouluikäisillä aluevertailussa hyvin yleistä, samoin tupakkatuotteiden ja sähkösavukkeiden päivittäinen käyttö sekä humalahakuinen juominen.

Selvästi maan keskitasoa suurempi osuus (30 %, koko maassa 23 %) työikäisistä ei uskonut jaksavansa työskennellä vanhuuseläkeikäen saakka. Myös sairaalahoitoa vaativien vammojen ja myrkytysten määrä oli vuonna 2017 maan suurimpia. Arkitoimissa suuria vaikeuksia kokevia 75 vuotta täyttäneitä oli maan toiseksi eniten.

Ennenaikaiset kuolemat ovat laskusuunnassa

Työikäisistä noin joka neljäs oli lihava ja myös diabetesta esiintyy on runsasti. Vapaa-ajan liikuntaa harrastavia aikuisikäisiä oli maan toiseksi vähiten ja päivittäinen tupakointi oli maan keskitasoa yleisempää. Maan suurin osuus työikäisistä käytti liikaa alkoholia (36 %), mikä näkyi myös alkoholikuollei-

suudessa. Myös ikääntyneiden alkoholikuolleisuus on ollut nousussa. Ennenaikaisten kuolemien väestöosuhteutettu määrä (PYLL) alle 80-vuotiailla on vähentynyt reilusti vuodesta 2013, mikä kuvaa erityisesti nuorella iällä tapahtuvien kuolemien vähentymistä.

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 Terveysturvajelu

Rokotusohjelman mukaisten rokotusten kattavuus vaihtelee; ikääntyneiden influenssarokotuskattavuus on matala. Lapsilla rokotuskattavuudet ovat tautisuojaan kannalta melko hyvällä tasolla. Bakteerilääkkeiden käyttö on runsasta laskevasta kehityssuunnasta huolimatta ja antibioottiripulitapausten määrä on maan suurimpia.

Kansallisen rokotusohjelman toimeenpano vastaa maan keskitasoa

Satakunnassa 65 vuotta täyttäneiden influenssarokotuskattavuus on maan kolmanneksi matalin (41 %, koko maassa 48 %), ja jää kauas Eurooppa-neuvoston asettamasta 75 %:n kattavuustavoitteesta.

Vähintään yhden viitosrokotteen kurkkumätää, jäykkäkouristusta, hinkuyskää, poliota ja Hib-bakteerin aiheuttamia tauteja vastaan saaneiden, vuonna 2015 syntyneiden lasten osuus vastaa maan keskitasoa (99 %, koko maa 99 %). Koko rokotussarjan saaneiden lasten osuus (92 %) on maan keskitasoa parempi, mutta jää sarjan aloituskattavuutta merkittävästi matalammaksi. Tämä viittaa puutteisiin rokotusten toteuttamisessa, kirjaamisessa tai tiedonsiirrossa.

11-24 kuukauden iässä tuhkarokko-, sikotauti- ja vihurirokkorokotteen (MPR) ensimmäisen annoksen saaneiden lasten osuus on hieman maan keskitasoa korkeampi (96 %, koko maassa 93 %). Maan keskiarvosta poiketen MPR-rokotuskattavuus on vuodesta 2015 hieman noussut. Kattavuus on vuosittain ylittänyt 95 prosentin rajan, joten tautien leviämiskäsi on pieni.

Tytöistä 54 prosenttia on saanut kohdunkaulasyövältä ja sen esiasteilta ehkäisevän papilloomavirus- eli HPV-rokotteen.

HPV-rokotuskattavuus jää huomattavasti maan korkeimmasta kattavuudesta (70 %).

Tehosterokotuksen kurkkumätää, jäykkäkouristusta ja hinkuyskää vastaan saaneiden 14-16 -vuotiaiden osuus on maan keskitasoa korkeampi (91 %).

Antibioottien käyttö on runsasta

Vaikka huumeiden käyttäjien terveysneuvontapisteissä asioivia asiakkaita oli vuonna 2017 maan toiseksi vähiten, uusia C-hepatiitti -infektioita esiintyi hieman maan keskitasoa vähemmän. Ruiskuhuumeiden välityksellä tarttuneiden C-hepatiitti -infektioiden ilmaantuvuus oli kuitenkin maan keskitasoa.

Antibioottien (J01, bakteerilääkkeet) vuosikulutus on ollut runsasta useana vuotena, mutta on kuitenkin vähentynyt vuodesta 2015. Tämä voi viitata yksityisten palveluntuottajien lääkehoidon käytäntöihin. Myös Clostridium difficile -ripulitapausten määrä on maan suurimpia, mikä voi viitata muun muassa näytteenottoaktiivisuuteen tai puutteellisiin torjuntatoimiin. Hygieniahoitajien henkilöstöresurssit erikoissairaanhoidossa ovat maan pienimpien joukossa, kuten myös käsihuuhteen kulutus somaattisen erikoissairaanhoidon vuodeosastoilla.

Erikoissairaanhoidossa työskentelevien lääkäreiden ja hoitajien influenssarokotuskattavuus on maan keskitasoa (91 %).

3.6 Somaattinen erikoissairaanhoido ja ensihoito

Lähetteen käsittely on hidastunut. Kiireetöntä hoitoa yli puoli vuotta odottaneita potilaita on hieman maan keskitasoa enemmän, ja hoitotakuun toteutuminen on heikentynyt edellisvuodesta. Sekä avohoito- että päivystyskäyntejä kertyy maan keskitasoa enemmän ja määrät ovat kasvaneet runsaasti. Erikoissairaanhoidon käyttö on kokonaisuutena runsasta, mutta laadukasta.

Hoitotakuun toteutuminen on heikentynyt

Erikoissairaanhoidon saapui yhteensä noin 58 000 lähetettä, mikä on hieman maan keskitasoa enemmän alueen väestömäärään nähden. Kiireettömien lähetteen käsittely myös kesti hieman keskimääräistä kauemmin; lähetteen käsittely 1,3 prosenttiin (koko maassa 1 %) otettiin kantaa yli kolmen viikon kuluessa lähetteen saapumisesta. Lähetteen käsittely on edellisvuoteen verrattuna hidastunut maan toiseksi eniten.

Keskimääräinen odotusaika kiireettömään hoitoon, 40 vuorokautta, vastasi vuoden lopussa kuitenkin maan keskitasoa (koko maassa 32–55 vuorokautta). Hoitotakuu ei täysin toteudu, sillä vuoden 2018 lopussa erikoissairaanhoidon kiireetöntä hoitoa yli puoli vuotta odottaneita potilaita oli hieman maan keskitasoa enemmän. Hoitoa odottavien potilaiden määrän kasvu edellisvuodesta on maan suurimpia.

Erikoissairaanhoidon käyttö on runsasta

Erikoissairaanhoidon päivystyskäyntejä kertyi hieman (37 %) maan keskitasoa enemmän. Määrä on vuodesta 2015 kasvanut maan toiseksi eniten (99 %, koko maassa 4 %). Perusterveydenhuollon kyky hoitaa akuutteja tilanteita vaikuttaa puutteelliselta, mikä voi liittyä viiveisiin perusterveydenhuollon hoitopäätöksiin.

Erikoissairaanhoidon avohoidon käyntejä oli 20 prosenttia maan keskitasoa enemmän.

Määrä on kasvanut vuodesta 2015 maan kolmanneksi eniten (20 %, koko maassa 10 %). Myös vuodeosastohoidon käyttö oli runsasta vuonna 2017; hoitajaksoja kertyi aikuisikäisille 37 prosenttia maan keskitasoa enemmän.

Kaihileikkauksia tehtiin maan keskitasoa vastaavasti, vaikka 65 vuotta täyttäneitä on hieman keskimääräistä enemmän. Lonkan tekoniivelen ensileikkauksia tehtiin puolestaan maan keskitasoa enemmän, mikä liittyy tuki- ja liikuntaelinsairauksien yleisyyteen alueella.

Hoitojaksoihin liittyviä komplikaatioita kertyi vuoden aikana noin 800, mikä on hieman maan keskitasoa vähemmän. Myös potilasvahinkoja korvattiin vuonna 2017 maan kolmanneksi vähiten.* Kahden vuorokauden sisällä päivystykseen uudelleen palanneita aikuisikäisiä oli maan keskitasoa vähemmän (12 %, koko maassa 16 % kotiutetuista).

Alueen näkemyksen mukaan kirjallisia hoitoketjukuvaavuuksia on tehty jonkin verran. Perustason konsultaatiomahdollisuuksia ei koeta erityisen tiiviiksi, paitsi lastentaudeissa.

Ensihoito tavoittaa taajaman ulkopuoliset alueet maan keskitasoa nopeammin

Ensihoitotehtäviä oli alueen väestömäärään nähden maan keskitasoa vastaavasti. Yhtä neliökilometriä kohti ensihoitotehtäviä kertyi hieman maan keskitasoa enemmän, mikä on linjassa alueen väestön tiheyteen.

Ensihoidon keskimääräinen tavoittamisaika A-kiireellisyysluokan tehtävissä vastasi maan keskitasoa ydintaajamassa (6 min), samoin muussa taajamassa (7 min). Taajaman ulkopuolisella asutulla alueella tavoittamisaika oli puolestaan maan kolmanneksi lyhin (13 min).

Palvelutuotannon tuottavuus vaikuttaa hyvältä

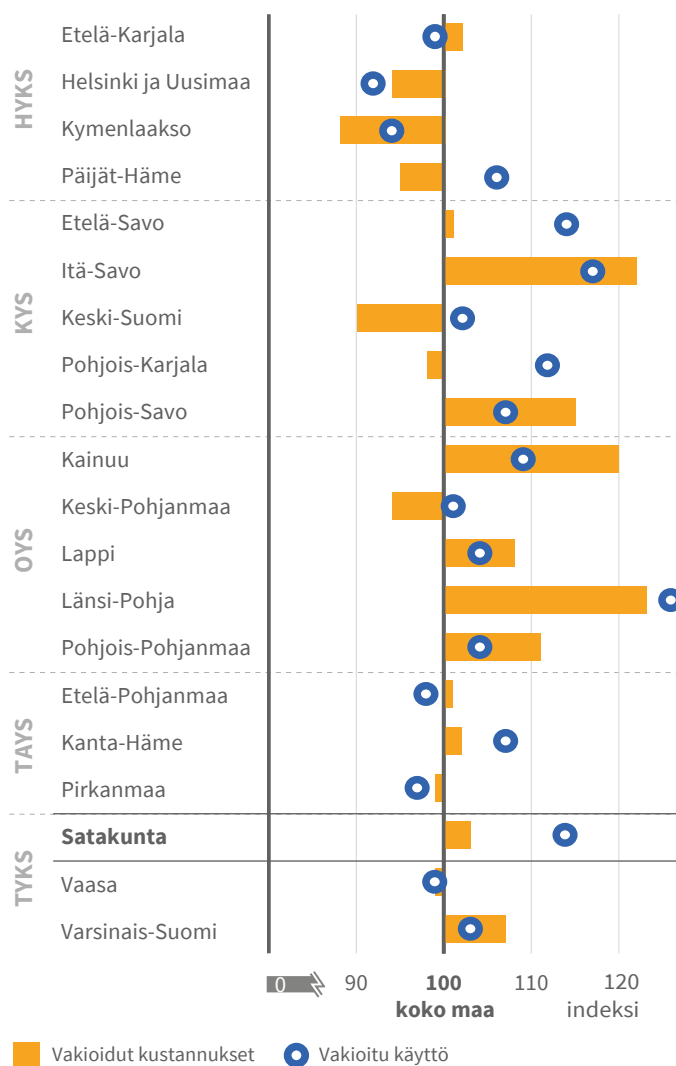
Satakunnassa erikoissairaanhoidon asukaskohtaiset nettokäyttökustannukset olivat maan keskitasoa

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

soja (1 343 euroa / asukas), 8 prosenttia yli maan keskitason.

Vuonna 2017 somaattisen erikoissairaanhoiton kustannusindeksin mukaiset ikä- ja sukupuolivakioitujen laskennalliset kustannukset olivat alueella kolme prosenttia maan keskitasoa suuremmat. Somaattisen erikoissairaanhoiton palveluja käytettiin ikä- ja sukupuolivakioituilla alueellisilla episodeilla tarkasteltuna 16 prosenttia enemmän kuin keskimäärin maassa; somaattisen erikoissairaanhoiton käyttöindeksi oli maan kolmanneksi suurin (Kuvio 8). Somaattisen erikoissairaanhoiton tuottavuutta sairaala-, alue- ja erikois- alatasolla on kuvattu tarkemmin THL:n julkaisussa Sairaaloiden tuottavuus 2017.

KUVIO 8. Somaattisen erikoissairaanhoiton ikä- ja sukupuolivakioitujen kustannukset ja käyttö 2017.



Kuvio kertoo, miten alueiden somaattisen erikoissairaanhoiton 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 erikoissairaanhoiton käyttö tai kustannukset olivat maan keskiarvoa suuremmat.

3.7 Perusterveydenhuolto

Viikon sisällä lääkärin vastaanotolle pääsee kiireettömissä tapauksissa maan toiseksi heikoiten. Myös hoitotakuu toteutuu hieman maan keskitasoa huonommin ja tilanne on heikentynyt viime vuoteen verrattuna. Perusterveydenhuolto näyttää ”vuotavan” asiakaita erikoissairaanhoidon päivystykseen. Perusterveydenhuollon avohoidon kustannukset ovat vähentyneet vuodesta 2015, mikä voi viitata palvelujen heikentymiseen. Käyntisyiden kirjausaste on maan heikoimpia.

Väestön koulutustason vaikutus hoidon saatavuuteen on maan pienimpiä

Terveyskeskuksissa asioi 78 prosenttia alueen väestöstä. Vuodesta 2015 lääkärikäynnit ovat vähentyneet hieman maan keskitasoa enemmän.

Hoitajakäyntejä oli lähes kaksinkertainen määrä lääkärikäynteihin verrattuna.

Väestön kokemukset hoitajien vastaanottopalvelujen riittävydestä olivat maan keskitasoa myönteisemmät. Fysioterapiakäyntejä oli maan toiseksi eniten, mikä voi kuvastaa alueella kehityksen TULE-MIELI hoito- ja kuntoutusmallin käyttöä.

Osassa aluetta on tarjolla kiireetöntä vastaanottoa iltaisin.

Suhteellinen eriarvoisuus koulutusryhmien

välillä oli FinSote-tutkimuksen mukaan maan keskitasoa harvinaisempaa sen suhteen, ovatko korkeat asiakasmaksut olleet hoidon esteenä.

Käyntisyiden kirjaaminen on puutteellista

Työterveyslaitoksen kyselyn mukaan työterveyshuollon palveluja voi käyttää 48 prosenttia alueen 16–64-vuotiaista, mikä on maan pienimpiä osuuksia (koko maassa 56 %).

Lääkärikäyntien perusteella kansansairauksien hoitoon panostaminen ei erityisesti korostu (Taulukko 3). Keuhkohtaumataudin vuoksi kertyi paljon sekä lääkärikäyntejä että vuodeosastojaksoja erityiskorvausoikeuden perusteella arvioituun sairastavuuteen verrattuna. Astman vuoksi kertyi hoitokajsoja vuodeosastolla maan keskitasoa vähemmän, mikä kuvastaa sairauden vähäisyyttä alueella.

Taulukko 3. Käyntisyiden kirjausaste ja erityiskorvausoikeus sairausryhmittäin.

	Lääkärin vastaanoton käyntisyiden, % kirjatuista käyntisyistä		Erityiskorvausoikeus % väestöstä	
	Satakunta	Koko maa	Satakunta	Koko maa
Tuki- ja liikuntaelinsairaudet	16,9	16,4		
Verenkiertoelinten sairaudet	10,2	10,5		
Verenpainetauti (25 v. täyttäneistä)	4,6	4,7	11,5	10,3
Tapaturma	8	6,7		
Ylähengitysteiden akuutti infektio	5,1	4,8		
Diabetes	3,2	3,3	7,1	6,3
Astma	1,1 **	1,4	4	4,9
Keuhkohtaumatauti (ikävakioitu)	0,6	0,5	3,7**	4,8
Dementia	0,7	0,4		

**maan pienin osuus

Luvut ja niistä tehdyt tulkinnat ovat suunta-antavia, koska käyntisyöt lääkäriin vastaanotolla kirjataan puutteellisesti (55 % käynneistä) (Kuvio 9).

Lääkäriin vastaanotolle pääsi viikon sisällä maan toiseksi heikoiten

Lokakuussa 2018 lääkäriin vastaanotolle pääsi kiireettömän asian vuoksi yli viikon kuluttua hoidon tarpeen arvioinnista 65 prosentissa käynneistä, mikä on maan toiseksi suurin osuus yhdessä Varsinais-Suomen kanssa (koko maassa 56 %). Myös hoitotakuun vastaisesti yli kolme kuukautta vastaanottoaika odottamaan joutuneiden osuus oli hieman maan keskitasoa suurempi (5,4 %, koko maassa 2,7 %). Hoitoa odottavien potilaiden määrän kasvu edellisvuodesta on maan suurimpia.

Lääkäriavajien alueen terveyskeskuksissa oli lokakuussa 2018 maan keskitasoa suurempi (9,2 %, koko maassa 5,7 % lääkärintehtävistä).

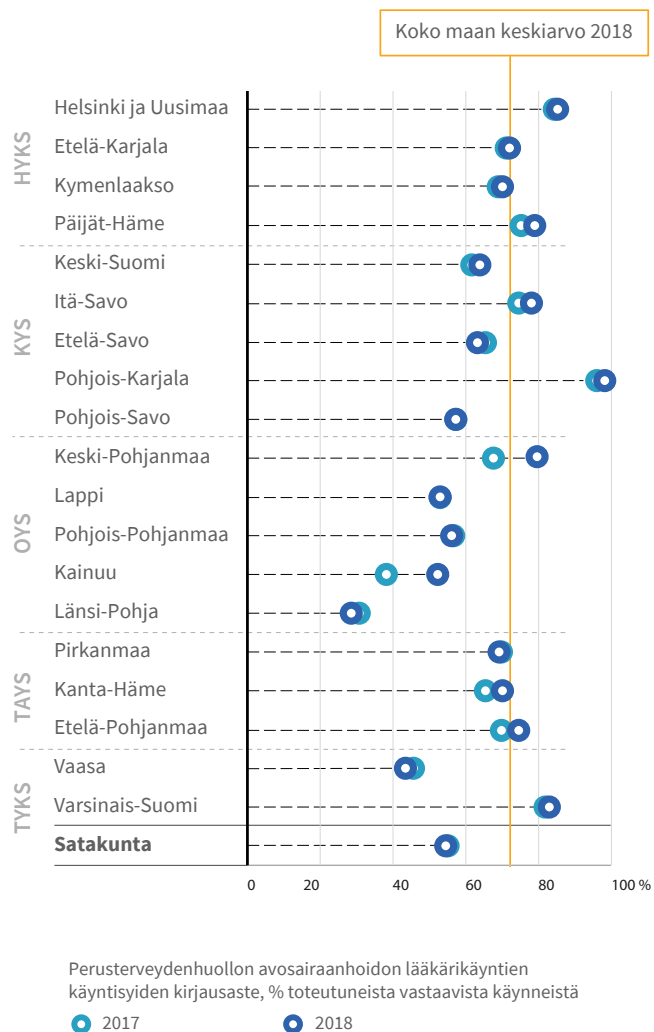
Vuonna 2017 rintasyövän seulontatutkimuksiin osallistuttiin kattavasti, mutta heikosti kohdunkaulan syövän (papa) osalta. Hoitotulokset kohdunkaulan syövässä ja erityisesti paksunsuolen syövässä olivat vuonna 2017 maan heikoimpia.

Perusterveydenhuollon päivystyksen käyttö on vähentynyt

Avohoidon lääkärikäyntien vähenemisestä huolimatta perusterveydenhuollon päivystyskäyntejä (ml. yhteispäivystys) tehtiin 56 prosenttia keskimääräistä vähemmän; määrä on maan pienimpiä. Määrä on vuodesta 2015 vähentynyt maan toiseksi eniten (- 40 %, koko maassa + 15 %). Osassa aluetta on käytössä ns. mobiilitoiminta, joka tarjoaa kiireellistä tutkimusta ja hoitoa koteihin, asumispalveluyksiköihin ja hoitolaitoksiin.

Perusterveydenhuollon vuodeosastohoidon potilaita oli maan keskitasoa vastaavasti, mutta hoitopäiviä kertyi maan kolmanneksi vähiten; tämä viittaa lyhyisiin hoitoaikoihin. Vuodesta 2015 vähenys hoitopäivien määrässä on kuitenkin ollut pienempi kuin maassa keskimäärin. Kotihoitoa tukevia kotisairaalapalveluja on saatavilla runsaasti, mutta yöaikaisen kotihoidon saatavuus on maan keskitasoa vähäisempää.

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



Perusterveydenhuollon osuus tautitaakan hoitamisessa näyttäytyy kustannusten valossa pienenä

Perusterveydenhuollon avohoidon asukaskohtaiset nettokäyttökustannukset olivat maan kolmanneksi pienimmät (337 euroa / asukas), 8 prosenttia alle maan keskitason. Kustannukset ovat maan keskiarvosta poiketen vähentyneet vuodesta 2015. Perusterveydenhuollon vuodeosastohoidon kustannukset olivat lähempänä maan keskitasoa (175 euroa / asukas), 13 prosenttia yli maan keskitason. Korvattujen lääkkeiden kokonaiskustannukset olivat maan keskitasoa (396 euroa / asukas); kasvua edellisvuodesta 4 prosenttia.

3.8 Suun terveydenhuolto

Kiireettömän käynnin odotusajan perusteella hoidon saatavuus on hieman maan keskitasoa heikempi. Paljon palveluja tarvitsevien aikuisasiakkaiden määrä on hieman maan keskitasoa suurempi. Nuoriin kohdistuva ennaltaehkäisevä työ vaikuttaa riittävästi.

Alle puolet asiakkaista pääsi hammaslääkärille kolmessa viikossa

Julkisten suun terveydenhuollon palvelujen käyttö vastasi maan keskitasoa. Vuodesta 2015 käyntimäärä on kasvanut hieman. Kelan korvaamia yksityisen hammashoidon hammaslääkäri- ja suuhygienistikäyntejä oli maan keskitasoa vastaavasti.

Lokakuussa 2018 hoidon saatavuus oli hieman maan keskitasoa heikempi; alle puolet (45 %) julkisen puolen asiakkaista pääsi hammaslääkärille kolmen viikon sisällä hoidon tarpeen arvioinnista. Väestön kokemukset palvelujen saamisesta kohdullisissa ajassa vastasivat kuitenkin maan keskitasoa.

Nuorilla suun sairauksien ennaltaehkäisy vaatii erityishuomiota

Vähintään kaksi kertaa vuorokaudessa hampaansa harjaavia 8. ja 9. luokkalaisia oli vuonna 2017 vähän (53 %, koko maassa 58 %). Suun perustutkimuksessa käyneillä 12 vuotta täyttäneillä oli reikiintyneitä, paikattuja ja poistettuja hampaita maan kes-

kitasoa vastaavasti. Heistä tervehampaisia oli maan keskitasoa vastaavasti; osuus on hieman kasvanut edellisvuodesta. 12-vuotiailla oli runsaasti kariesta; tosin tieto puuttui 40 prosentista alueen kunnista. *

Suun terveydenhuollon asiakkaista noin puolella (56 %) ei ollut hoidon tarvetta karieksen tai ienhoidon vuoksi; vuodesta 2015 osuus on pysynyt lähes samana, mikä voi viitata siihen, että suun yleisessä terveydentilassa tai palvelutarpeissa ei ole tapahtunut merkittävää muutosta.

Paljon palveluja tarvitsevia aikuisasiakkaita oli hieman maan keskitasoa enemmän. Tämä voi viitata palvelutarpeiden runsauteen, tehottomiin hoitoprosesseihin tai hoitoonpääsyn pitkittymiseen.

Kustannukset ovat maan keskitasoa

Julkisesti tuotetun suun terveydenhuollon asukas-kohtaiset nettokäyttökustannukset olivat maan keskitasoa (80 euroa / asukas), 2 prosenttia alle maan keskitason. Myös yksityisen hammashoidon olivat maan keskitasoa (59 euroa / asukas).

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

3.9 Lasten, nuorten ja perheiden palvelut

Varhaisen tuen perhepalvelujen saatavuus vaikuttaa maan keskitasoa runsaammalta. Lastensuojelun palvelutarpeen arviointiprosessi on hidastunut edellisvuodesta. Kodin ulkopuolelle sijoitettujen lasten osuus on kasvanut. Laitossijoitusten osuus painottuu maan keskitasoa enemmän. Somaattisen erikoissairaanhoidon käyttö on lisääntynyt runsaasti. Nuorisopsykiatrian avopalvelujen saatavuus on maan keskitasoa parempi.

Opiskeluhuollon lääkäriresurssit maan kärkeä

Alueen syntyvyys vuodesta 2015 laskenut maan toiseksi eniten. Äitiys- ja lastenneuvolapalvelujen saatavuus oli maan parhaimpia. Toimeentulotukea saaneita lapsiperheitä oli hieman maan keskitasoa vähemmän; tämä voi viitata siihen, että palveluohjausta neuvoloista Kelan palveluihin ei ole riittävästi. Osa alueen neuvoloista on avoinna arki-iltaisina.

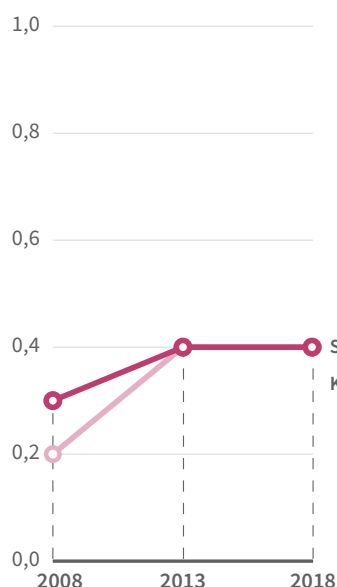
Alakouluikäisiä, jotka pitivät vanhempiensa liiallista alkoholinkäyttöä haittaavana, oli vuonna

2017 maan toiseksi eniten, mikä kuvastaa aikuisten alkoholin riskikäyttöä. 8. ja 9. luokan oppilaiden kokemukset hyvinvoinnistaan ja terveydentilastaan olivat maan heikoimpia. Tilannetta on kuvattu tarkemmin hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen osiossa.

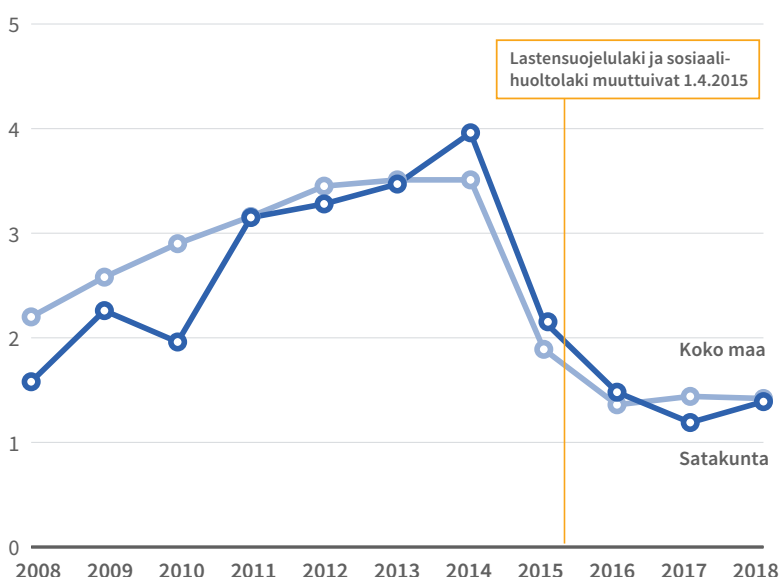
Opiskeluhuollon lääkärimitoitus oli vuonna 2017 maan paras. Myös kouluterveydenhoitajien resurssit vaikuttivat hyviltä. Valvontaviranomainen on kuitenkin tuonut esiin ongelmat opiskeluterveydenhuollon hoitopäätöksissä. Osassa alueen oppilaitok-

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

Kiireellisesti vuoden aikana sijoitettuna olleet 0-17-vuotiaat, % vastaavanikäisestä väestöstä.



Lastensuojelun uudet avohuollon 0-17-vuotiaat asiakkaat, % vastaavanikäisestä väestöstä.



Vasen kuvio esittää kiireellisesti vuoden aikana sijoitettujen lasten prosentuaaliset osuudet vuosina 2008, 2013 ja 2018 sekä osuuden muutossuunnan. Oikea kuvio esittää lastensuojelun uusien avohuollon asiakkaiden osuudet vuosina 2008–2018. Tulkinnaassa 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.

sista on tarjolla hyvinvointitoimintaa, johon sisältyy tarvittaessa kotikäynnit.

Varhaisen vaiheen tukimuotoja tarjolla keskimääräistä enemmän

Lapsiperheet saivat sosiaalihuoltolain mukaisia perhepalveluja maan keskitasoa enemmän, poislukien perhetyö. Alueen mukaan palvelujen sisällöt poikkeavat huomattavasti kunnittain. Osassa aluetta on koulujen perhetyöntekijöitä sekä chat-palvelu perheneuvoloissa ja nuorten psykososiaalisissa palveluissa.

Lastensuojelun palvelutarpeen arviointiprosessi on hidastunut

Lastensuojeluilmoituksia tehtiin hieman maan keskitasoa vähemmän; määrä on kasvanut maan keskitasoa maltillisemmin vuodesta 2015. Tämä voi kuvastaa huolien heikompaan tunnistamista tai ilmoitusten tekemisen pitkittämistä. Lastensuojelun palvelutarpeen arviointien käynnistäminen (96,1 %) ja valmistuminen (90 %) lakisäätöisissä määräajoissa toteutuivat maan keskitasoa heikommin. Edellisen vuoden vastaavaan ajankohtaan verrattuna tilanne on valmistumisen osalta hieman heikentynyt. Alueen mukaan taustalla on pula sosiaalityöntekijöistä.

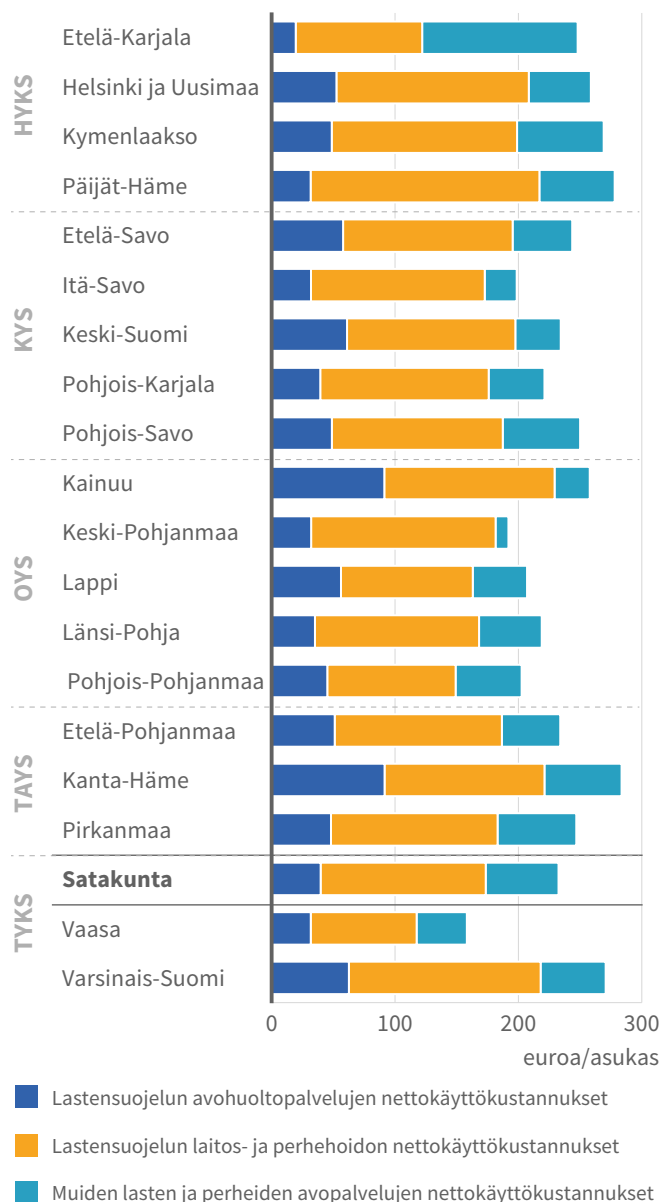
Uusia, alle 18-vuotiaita lastensuojelun avohuollon asiakkaita tuli maan keskitasoa vastaavasti; osuus on vuodesta 2008 laskenut, mutta vähemmän kuin maassa keskimäärin.

Kodin ulkopuolelle toistuvasti sijoitettuja lapsia ja nuoria oli maan toiseksi eniten.

Kodin ulkopuolelle sijoitettujen lasten ja nuorten osuus on vuodesta 2009 kasvanut hieman maan keskitasoa enemmän. Kiireellisesti sijoitettuja lapsia ja nuoria oli maan keskitasoa vastaavasti; osuus on vuodesta 2008 kasvanut maan keskitasoa vähemmän (Kuvio 10). Kodin ulkopuolisissa sijoituksissa laitoksiin sijoitettujen lasten ja nuorten osuus oli maan suurimpia. Tätä saattaa osittain selittää 16–17-vuotiaiden sijoitettujen nuorten hieman maan keskitasoa suurempi osuus tai vakavan päihdekäytön mahdollinen yleisyys

sijoitusperusteena. Sijoituksia ammatillisiin perhekoteihin oli puolestaan maan kolmanneksi vähiten, mikä alueen mukaan liittyy tarjonnan vähäisyyteen. Satakunnan lastensuojelun kehittämissyksikkö valvoo sijaishuollon yksiköitä yhdessä alueen kuntien ja aluehallintoviraston kanssa.

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



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

Erikoissairaanhoidon käyttö on runsasta

Lasten ja nuorten somaattisen erikoissairaanhoidon avohoitokäyntejä oli maan toiseksi eniten; määrä on vuodesta 2014 kasvanut lähes 50 prosenttia. Käyttöä selittää osaltaan diabeteksen runsas esiintyvyys alueella. Avopediatrit jalkautuvat perustasolle osassa aluetta. Myös vuodeosastohoidon (vuonna 2017) ja päiväkirurgian käyttö oli selvästi maan keskitasoa runsaampaa.

Vuonna 2017 nuorisopsykiatrian avohoitokäyntejä oli 43 prosenttia maan keskitasoa enemmän. Hoitopäiviä nuorisopsykiatrian osastolla oli maan keskitasoa vastaavasti, mutta hoitajaksoja oli puolestaan keskitasoa vähemmän; tämä viittaa pitkiin hoitoaikoihin. Alueen mukaan systemaattiset konsultaatiokäytännöt erikois- ja perustason välillä puuttuvat johtuen osittain psykiatriapulasta. Osassa aluetta perustasolla on saatavilla psykiatripalve-

luja. Lasten- ja nuorisopsykiatrian keskimääräiset hoitopäisyajat olivat vuoden 2018 lopussa maan lyhimpiä.

Kustannukset ovat maan keskitasoa

Lasten, nuorten ja perheiden palvelujen asukas-kohtaiset, yhteenlasketut nettokäyttökustannukset olivat maan keskitasoa, viisi prosenttia sen alle. Lastensuojelun avopalvelujen kustannukset olivat hie- man (22 %) maan keskitasoa pienemmät (40 euroa / asukas); kustannukset ovat muusta maasta poiketen vähentyneet vuodesta 2015. Lastensuojelun laitos- ja perhehoidon kustannukset olivat kuitenkin maan keskitasoa (134 euroa / asukas), 5 prosenttia alle maan keskitason. Muut lasten ja perheiden avopalvelujen kustannukset olivat maan keskitasoa (59 euroa / asukas), 10 prosenttia yli maan keskitason (Kuvio 11).

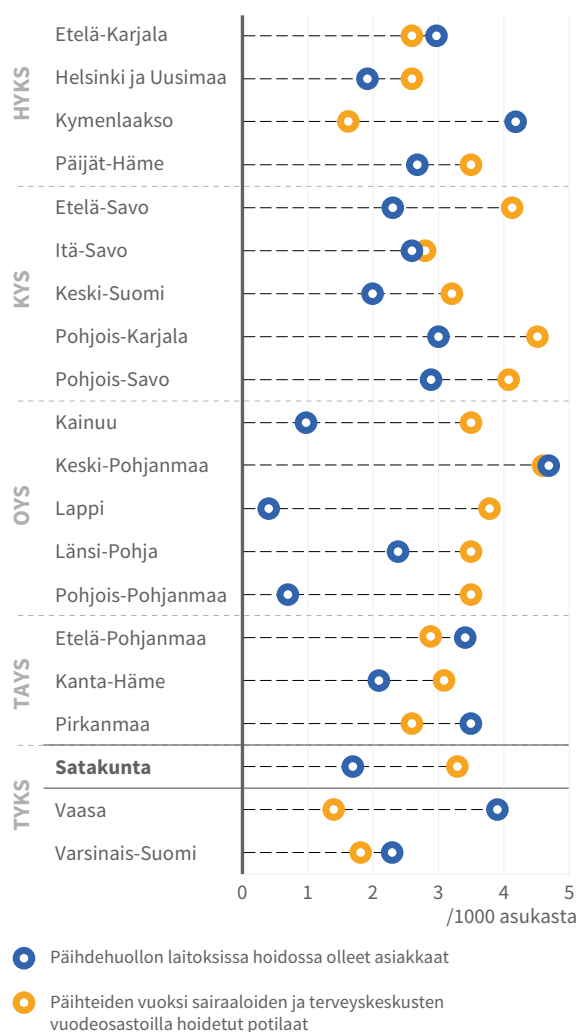
3.10 Aikuisten mielenterveys-, päihde- ja sosiaalipalvelut

Pitkäaikaisesti toimeentulotukea saaneita aikuisia oli maan keskitasoa vähemmän. Nuorilla aikuisilla kuntoutuspsykoterapiapalvelujen saatavuus on vähäistä. Hoitopäivien määrät psykiatrisessa laitoshoidossa ovat kasvaneet maan eniten. Mielenterveyskuntoutujien asumispalveluissa painottuvat maan keskitasoa enemmän ympärivuorokautiset palvelut. Päihdepalvelujen kustannukset vaikuttavat pieniltä väestön kulutustottumuksiin nähden.

Ehkäisevää ja täydentävää toimeentulotukea on myönnetty runsaasti

Pitkäaikaistyöttömien oli työvoimasta hieman maan keskitasoa vähemmän, kuten myös perustoimeentulotukea saaneita aikuisia. Toimeentulotukiasiak-

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



Merkin etäisyys pystyakselistasta kuvaa väestösuhteutettua asiakasmäärää palvelussa.

kuudet pitkittyivät aikuisilla maan keskitasoa harvemmin. Myönnetyn perustoimeentulotuen määrä oli maan pienimpiä (83 euroa / asukas) eli yhteensä noin 51,5 miljoonaa euroa.

Kuntiin osoitetut toimeentulotukihakemukset käsiteltiin lakisääteisessä määräajassa maan keskitasoa vastaavasti (99 %). Suhteutettuna toimeentulotukea pitkäaikaisesti saaneiden määrään sekä täydentävää että ehkäisevää toimeentulotukea on myönnetty maan keskitasoa enemmän. Täydentävää toimeentulotukea on myönnetty suhteessa jopa enemmän kuin pitkäaikaista toimeentulotukea, mikä saattaa viitata muun muassa perustoimeentulotuen riittämättömyyteen.

Työmarkkinatuen maksusuudet vähentyneet

Työttömien aktivointiaste ja rakennetyöttömyys vastasivat maan keskitasoa (Kuvio 13). Alueen kuntien osarahoittama työmarkkinatuki oli maan pienimpiä (47 euroa / asukas), yhteensä noin 10,3 miljoonaa euroa; maksut ovat vuodesta 2015 vähentyneet maan keskitasoa enemmän (10 %). Pitkäaikaistyöttömien osuus työttömistä oli maan keskitasoa, mutta osuus on vuodesta 2015 vähentynyt maan kolmanneksi eniten (3,4 %, koko maassa 1,3 %). Työttömien terveystarkastukset toteutuvat kattavasti (8 % työttömistä, koko maassa 4 %). Työllistymistä tukevan toiminnan asukaskohtaiset nettokäyttökustannukset olivat maan pienimpien joukossa (38 euroa / asukas), 57 prosenttia alle maan keskitason.

Osasairauspäivärahan vähäinen käyttö lisää mielenterveysperusteisia työkyvyttömyyseläkkeitä

Erityiskorvattaviin lääkkeisiin psykoosin vuoksi oikeutettuja sekä tahdosta riippumattomaan hoitoon määrättyjä aikuisikäisiä oli maan keskitasoa

vastaavasti. Bentsodiatsepiinien käyttö kuului kuitenkin maan runsaimpiin.

FinSote-tutkimuksen mukaan noin joka kymmenes (11 %, koko maassa 13 %) aikuinen on psyykkisesti merkittävästi kuormittunut. Itsemurha-ajatuksia ilmoittaneet olivat hakeneet apua mielenterveyteen liittyviin ongelmiin maan keskitasoa vastaavasti; itsemurhakuolleisuus oli kuitenkin hieman maan keskitasoa suurempi vuonna 2017. Hoitoon hakeutumisen kynnys ei näyttäisi olevan kovin korkea, mutta palvelujärjestelmä ei ole onnistunut erityisen hyvin ehkäisemään kuolemia.

Mielenterveysperusteisesti sairauspäivärahaa saaneita aikuisia oli maan kolmanneksi vähiten. Mielenterveysperusteisia osasairauspäivärahakausia alkoi maan vähiten. Mielenterveyden tai käyttäytymisen häiriöiden vuoksi työkyvyttömyyseläkettä saavia oli hieman maan keskitasoa enemmän.

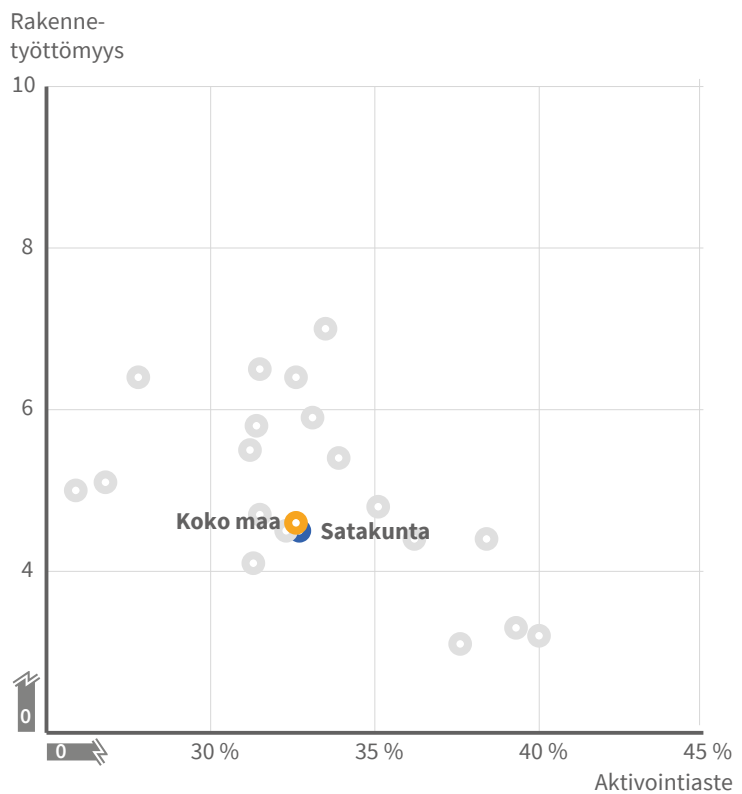
Psyko-terapeuttisen hoidon saatavuus on nuorilla aikuisilla maan heikoimpia

Käyntimäärä terveyskeskuslääkärin vastaanotolla mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriöiden vuoksi oli vuonna 2017 kirjatuista käyntisyistä maan pienimpiä. Osassa aluetta on tarjolla mielen-terveys- ja päihdeasiakkaiden ajanvarauksetonta vastaanottoa. Nuoret aikuiset saivat Kelan korvaamaa kuntoutuspsykoterapiaa selvästi keskimääräistä vähemmän. Alueen mukaan perustasolla ei ole saatavilla varhaisen vaiheen lyhytpsykoterapiaa.

Yli kolme kuukautta yhtäjaksoisesti sairaalassa olleita psykiatrian potilaita oli maan toiseksi eniten.

Psykiatrian laitoshoidon hoitopäiviä oli sekä nuorilla aikuisilla että aikuisikäisillä hieman maan keskitasoa enemmän; määrät ovat vuodesta 2015 kasvaneet maan eniten. Pakkotoimia käytettiin kuitenkin hieman maan keskitasoa vähemmän. Kaksisuuntaista mielialahäiriötä sairastavan potilaan

KUVIO 13. Rakennetyöttömyys ja aktivointiaste 2018.



vuodeosastohoito uusiutui kuukauden sisällä kotiutuksesta maan keskitasoa useammin.

Mielenterveyskuntoutujien asumispalveluissa pääpaino oli selvästi ympärivuorokautisissa asumispalveluissa. Valvontaviranomaisen esiin nostamat puutteet yksityisten asumispalveluyksiköiden toiminnassa (henkilöstömitoitus ja lääkeluvat) viittaavat siihen, että kuntien järjestämisvastuuseen kuuluva valvonta on riittämätöntä.

Maksatulehdusten lisääntyminen viittaa kasvaneeseen huumeiden käyttöön

Alkoholijuomien maan keskitasoa vastaavasta myynnistä huolimatta työikäisiä alkoholin riskikäyttäjiä oli maan eniten; määrä on maan keskiarvosta poiketen kasvanut vuodesta 2015. Väestön alkoholikuolleisuus on vuodesta 2010 laskenut hieman vähemmän kuin maassa keskimäärin.

Huumeidenkäyttäjien terveysneuvontapisteissä oli asiakkaita maan toiseksi vähiten. Tämä ei heijastunut uusien C-hepatiitti-infektioiden esiintyvyyteen, joskin määrä on lisääntynyt vuodesta 2015.

Päihdehuollon avopalvelut painottuvat hieman maan keskitasoa enemmän suhteessa laitoshoittoon ja asumispalveluihin. Päihteiden vuoksi vuodeosastohoitoa saaneiden potilaiden määrä on vähentynyt vuodesta 2015 (Kuvio 12). Valvontaviranomainen on tuonut esiin mielenterveys- ja päihdekuntoutujien asumispalvelujen laitosmaiset toimintakäytännöt.

Päihdehuollon erityispalvelujen asukaskohtaiset nettokäyttökustannukset olivat maan pienimpien joukossa (26 euroa / asukas), 28,2 prosenttia keskimääräistä vähemmän.

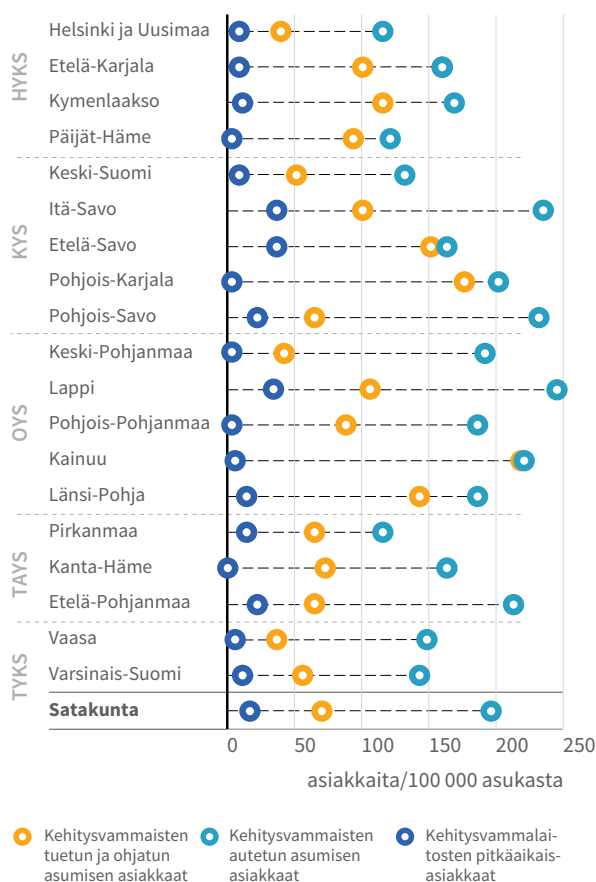
3.11 Vammaisten palvelut

Vammaisille on myönnetty runsaasti palveluja ja erilaisia tukimuotoja, mikä heijastuu kustannuksiin. Vammaisten palveluasumisen asiakkaita on maan eniten. Asumispalvelujen saatavuus on lisääntynyt enemmän ympärivuorokautisen hoivan yksiköissä kuin kevyemmän tuen yksiköissä. Kehitysvammaisten pitkäaikaista laitoshoidtoa on vielä jäljellä. Kuljetuspalvelujen painopiste on maan keskitasoa enemmän erityislain nojalla järjestetyissä palveluissa.

Palveluja ja erilaisia tukimuotoja on myönnetty runsaasti

Kelan myöntämien vammaistuen saajia näyttää olevan hieman maan keskitasoa enemmän suhteessa väestömäärään. Vammaisille myönnettyjen palvelujen ja tukien kokonaismäärä oli maan kolmanneksi suurin.

KUVIO 14. Kehitysvammaisten laitosis- ja asumispalvelujen asiakkaat 2017.



Merkin etäisyys pystyakselistä kuvaa väestösuhteutettua asiakasmäärää palvelussa.

Pitkäaikaista laitoshoidtoa oli vielä jäljellä vuonna 2017

Vaikeavammaisten palveluasumisen asiakkaita oli maan eniten; vuodesta 2015 määrä on kasvanut runsaasti.

Vuoden 2017 lopussa tuetun ja ohjatun asumisen asiakkaita oli maan keskitasoa vastaavasti. Ympärivuorokautista palvelua kuvaavan autetun asumisen asiakkaita oli puolestaan hieman keskitasoa enemmän; vuodesta 2015 määrä on kasvanut maan toiseksi eniten. Kehitysvammalaitoksessa pitkäaikaisesti asuvia asiakkaita oli vuoden 2017 lopussa maan keskitasoa enemmän (Kuvio 14).

Asumisen muutostöistä tai asuntoon kuuluvista laitteista ja välineistä korvausta saaneita asiakkaita oli maan eniten.

Määrä on vuodesta 2009 kasvanut maan toiseksi eniten (80 %, koko maassa 16 %).

Liikkumista tukevat palvelut järjestetään vahvasti erityislain nojalla

Vammaispalvelulain perusteella järjestetyn kuljetuspalvelun saajien määrä oli maan suurimpia; kustannukset olivat kuitenkin maan keskitasoa. Saajien määrä on kuitenkin vähentynyt vuodesta 2015 selvästi maan keskitasoa enemmän. Vastaavaa palvelua sosiaalihuoltolain nojalla sai hieman maan keskitasoa harvempi, mikä voi kuvastaa muun muassa tiukkoja myöntämiskriteejä. Ikääntyneiden osuus vaikeavammaisten kuljetuspalveluissa oli maan kolmanneksi suurin.

Myönnettyistä kuljetuspalveluista sosiaalihuoltolain mukaisten kuljetuspalvelujen osuus oli yhdeksän prosenttia ja vammaispalvelulain mukaisten 91 prosenttia. Painopiste oli maan keskitasoa enem-

män erityislain nojalla järjestettävissä kuljetuspalveluissa.

Ympäri vuorokautiset asumispalvelut ja laitoshoidon lisäävät kustannuksia

Vammaisten palvelujen asukaskohtaiset nettokäytökustannukset olivat maan suurimpia, 28 prosenttia yli maan keskitason. Vammaispalvelulain mukaisten palvelujen ja taloudellisten tukitoimien

menot ovat hieman (14 %) maan keskitasoa suuremmat. Vammaisten ympärivuorokautisen hoivan asumispalvelujen kustannukset olivat maan suurimmat (193 euroa / asukas), 38 prosenttia yli maan keskitason. Kustannusten kasvuvauhti vuodesta 2015 on ollut maan toiseksi nopeinta. Vammaisten laitoshoidon kustannukset olivat lähellä maan keskitasoa (33 euroa / asukas), 52 prosenttia yli maan keskitason.

3.12 Ikääntyneiden palvelut

Gerontologisen sosiaalityön saatavuus näyttää puutteelliselta. Säännöllisen kotihoidon saatavuus on vähäistä. Kotihoidon maan keskitasoa vastaavat resurssit näyttävät kohdentuvan suhteellisen vähän palveluja tarvitseville asiakkaille. Kotihoitoa tukevaa kotisairaalatoimintaa on saatavilla maan eniten ja ympärivuorokautista lääkärikonsultaatiota maan vähiten. Laitoshoidon kustannukset ovat laskusuunnasta huolimatta suuret. Erikoissairaanhoidon päivystyskäynnit ovat lisääntyneet. Vuodeosastohoito painottuu erikoissairaanhoitoon.

Ikääntyneiden palvelutarve on lähellä maan keskitasoa

Satakunnassa ikääntyneiden osuus oli hieman maan keskitasoa suurempi. 75 vuotta täyttäneistä yksin asuvia ja itsensä yksinäiseksi tuntevia oli maan keskitasoa vastaavasti. Myös korotettua tai ylintä hoitotukea saavia eläkeläisiä oli maan keskitasoa vastaavasti. FinSote-tutkimuksen mukaan 65 vuotta täyttäneet joutuivat rahanpuutteen vuoksi tinkimään ruoasta, lääkkeistä tai lääkärikäynneistä yhtä yleisesti kuin maassa keskimäärin. Kuitenkin vastaavasta ikäryhmästä toimeentulotuen saajia oli hieman maan keskitasoa vähemmän, mikä voi viitata puutteisiin gerontologisessa sosiaalityössä. Ikääntyneiden hyvinvointia ja terveydentilaa on käsitelty myös hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen osiossa.

Kotona asuvia ikääntyneiden vähäisyys kuvastaa palvelurakenteen painottumista ympärivuorokautiseen hoivaan

Kotona asuvia oli maan kolmanneksi vähiten yhdessä Keski-Suomen kanssa (90,1 %, koko maassa 91,1 %). Tukipalveluja saaneiden 75 vuotta täyttäneiden asiakkaiden osuus vastaavanikäisestä väestöstä on maan pienimpiä; vuoteen 2015 verrattuna osuus on laskenut enemmän kuin maassa keskimäärin.

Säännöllisen kotihoidon 75 vuotta täyttäneitä asiakkaita, joiden luona käydään 2–3 kertaa päivässä, oli maan kolmanneksi vähiten yhdessä Lapin kanssa. Myös sellaisia asiakkaita, joiden luona käydään vähintään kolme kertaa päivässä, on maan vähiten, eikä osuus ole juurikaan kasvanut vuodesta 2013. Kotihoidon henkilöstöresurssit vastaavat maan keskitasoa (35 % ikääntyneiden palveluiden henkilöstöstä, koko maassa 36 %).

Kotihoidon vahvistamisen sijaan alueella on lisätty tehostettua palveluasumista (Kuvio 15).

Päivystyskäyntien painopiste on siirtynyt erikoissairaanhoitoon

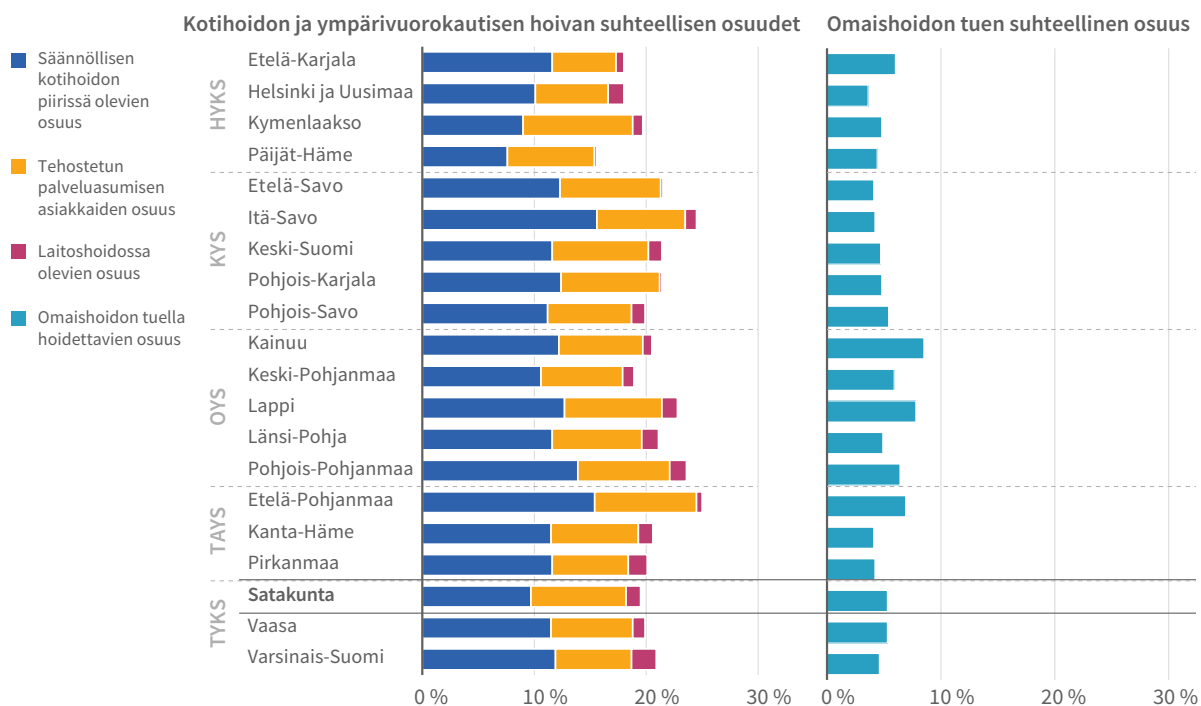
Perusterveydenhuollon päivystyskäyntien määrä 75 vuotta täyttäneillä oli maan pienimpiä, 66 prosenttia keskimääräistä vähemmän; vuodesta 2015 määrä on vähentynyt maan toiseksi eniten (- 54 %, koko maassa + 10 %). Akuuteissa tilanteissa on osassa aluetta saatavilla palveluja koteihin ja tehostetun palveluasumisen yksiköihin. Erikoissairaanhoidon päivystyskäyntien määrä oli puolestaan maan keskitasoa, 7 prosenttia keskimääräistä enemmän; vuodesta 2015 määrä on kasvanut maan toiseksi eniten (87 %, koko maassa 6 %). Kotihoitoa tukevaa ympärivuorokautista lääkärikonsultaatiota on saatavilla maan vähiten.

Perusterveydenhuollon vuodeosastohoidon käyttö oli maan vähäisimpiä, vaikka myös yöaikaisen kotihoidon saatavuus oli maan pienimpiä ja pitkäaikaista laitoshoidoa oli vielä jäljellä. Vuodesta 2015 hoitopäivien vähennys on kuitenkin ollut maan vähäisintä. Kotihoitoa tukevaa kotisairaalatoimintaa oli puolestaan saatavilla maan eniten. Somaattisen erikoissairaanhoidon vuodeosastohoitoa käytettiin vuonna 2017 maassa eniten.

Aikuisikäisten vuodeosastohoitopäivistä poikkeuksellisen paljon, noin puolet, kertyi 75 vuotta täyttäneille

Vuodesta 2015 potilasmäärät ovat lisääntyneet maan keskitasoa enemmän.

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



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

Lääkehoidon arviointien vähäisyys ei näy monilääkittyjen ikääntyneiden määrässä

Kotihoidon asiakkaiden lääkehoito ja ravitsemustila arvioitiin maan keskitasoa harvemmin. Tämä ei kuitenkaan näy iäkkäiden epätarkoituksenmukaisena lääkehoitona. Sekä kotihoidon että ympärivuorokautisen hoidon henkilöstön saattohoito-osaamisessa koetaan olevan lisäkoulutustarvetta maan keskitasoa vähemmän. (THL, Vanhuspalvelujen tila-tutkimus.)

Valvontaviranomaisen esiin nostamat puutteet yksityisten asumispalveluyksiköiden toiminnassa (henkilöstön määrä ja lääkehoito) viittaavat siihen, että kuntien järjestämisvastuuseen kuuluva valvonta on riittämätöntä.

Raskas palvelurakenne näkyy kustannuksissa

Ikääntyneiden palveluiden asukaskohtaiset, yhteensasketut kustannukset olivat maan kolmanneksi

suurimmat, 34 prosenttia yli maan keskitason. Kotihoidon kustannukset olivat maan keskitasoa, 2 prosenttia keskimääräistä suuremmat (191 euroa / asukas); kustannukset ovat vuodesta 2015 kasvaneet keskitasoa vähemmän. Muiden ikääntyneiden palvelujen kustannukset olivat maan keskitasoa (80 euroa / asukas), 2 prosenttia alle maan keskitason; kustannukset ovat kasvaneet hieman keskitasoa enemmän. Ikääntyneiden ympärivuorokautisen hoidon asumispalvelujen kustannukset olivat maan suurimpien joukossa (444 euroa / asukas), 44 prosenttia yli maan keskitason; kustannukset ovat kasvaneet selvästi keskitasoa enemmän. Ikääntyneiden laitospalvelujen kustannukset olivat maan suurimmat (89 euroa / asukas), 36 prosenttia yli maan keskitason; kustannukset ovat kuitenkin vähentyneet runsaasti.

4 Vaasa

4.1 Asiantuntija-arvio

Alueen väestön palvelutarve on pieni

Pohjanmaan väestön sote-palvelujen tarve on pieni. Työllisyystilanne on maan parhaimpia, ja pitkäaikaisyöttömien osuus työvoimasta on maan pienimpiä. Nuorten heikot kokemukset hyvinvoinnista sekä aikuisten mielenterveysongelmat lisäävät perheiden palvelutarpeita, mikä viittaa hyvinvointia ja terveyttä edistävien toimien tarpeellisuuteen. Väestön sairastavuus on pientä.

Terveyspalvelujen järjestämisessä perusterveydenhuolto painottuu hieman maan keskitasoa enemmän. Sosiaalipalvelujen järjestämisessä ympärivuorokautisten palvelujen osuus on hieman keskimääräistä suurempi. Palvelujen saatavuus vaihtelee kunnittain, mikä lisää tarvetta alueellisesti yhtenäisemmille palveluille.

Pohjanmaan sote-palvelujen järjestäjä- ja tuottajakenttä on hajanainen; alueella on neljä yhteistoiminta-aluetta. Suurin osa yhteistoiminta-alueisiin kuuluvista kunnista tuottaa kuitenkin sosiaalipalvelut joko kokonaan tai osittain itse; viisi kuntaa tuottaa itse myös osan terveyspalveluista. Erikoissairaanhoidon tuottajia on kaksi, samoin kehitysvammaisten erityishuollon tuottajia. Alueella on vireillä vapaaehtoisen, maakunnallisen hyvinvointikuntayhtymän perustamisvalmistelut.

Hoitotakuiden toteutumisessa isot erot erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon välillä

Pääsy lääkärin vastaanotolle kiireettömissä tilanteissa viivästyy sekä perusterveydenhuollossa että erikoissairaanhoidossa. Taustalla vaikuttanee lääkäriajavaive, joka on tosin hieman helpottanut alueen terveyskeskuksissa. Perusterveydenhuollon päivystyskäyntien määrä on kasvanut runsaasti, mikä viittaa siihen, etteivät avosairaanhoido ja muut etulinjan palvelut kykene riittävästi vastaamaan palvelutarpeisiin. Terveyskeskuslääkärin vastaanotolla tiheästi käyviä asiakkaita on vähän, mikä voi olla yhteydessä kehittyneeseen työnjakoon lääkäreiden ja hoitajien välillä sekä kansansairauksien hyvään hoitoon. Erikoissairaanhoidon lähetettä kertyy runsaasti samoille asiakkaille, mikä kuvastaa puutteita lähettävien tahojen kokonaistilanteiden haltuunotossa. Erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon välistä ”epätasapainoa” kuvaavat isot erot hoitotakuun toteutumisessa.

Asiakasmaksut muodostavat usein esteen terveyspalvelujen saamiselle, mikä viittaa keskimääräistä heikompaan yhdenvertaisuuteen eri koulutusryhmien välillä. Suun terveydenhuollon asiakkaiden kokemukset hoitopääsyn hitaudesta voivat viitata saatavuusongelmaan. Perustasolle jalkautuvien palvelujen vähyyden heikentää erityispalvelujen saavutettavuutta.

Lasten, nuorten ja perheiden peruspalvelujen saatavuus on maan parhaimpia. Ainoastaan opiskeluterveydenhuollon resurssit näyttävät maan keskitasoa heikommilta. Oppilaiden kokemukset terveystarkastusten laadusta olivat huomiota herättävän huonot. Sekä perheiden varhaisen tuen palvelujen että lastensuojelun avopalvelujen käyttö on vähäistä, mikä heijastuu myös kustannuksiin. Vaikka kodin ulkopuolisiin sijoituksiin päädytään harvoin, niiden kasvu viittaa puutteisiin perustason palvelujen varhaisessa saatavuudessa ja verkostojen toimivuudessa. Sijoitusten kasvun taustalla voi olla myös psykiatrisen hoidon riittämättömyys. Lastensuojeluilmoitusten vähyyden ja palvelutarpeen arviointiprosessin hidastuminen entisestään voivat viivästyttää tarvittavien tukitoimen aloitusta.

Mielenterveyspalvelujen saatavuus näyttää vähäiseltä, mitä kuvastaa myös kasvanut itsemurhakuolleisuus. Päihdehuollon avopalvelujen saatavuus näyttää puolestaan riittävältä, mihin viittaa myös vähentynyt alkoholikuolleisuus. Sen sijaan mielenterveys- ja päihdekuntoutujien asumispalvelujen saatavuus vaikuttaa riittämättömältä, ja ohjaus muihin sosiaalipalveluihin on valvontaviranomaisen mukaan puutteellista. Kehitysvammaisten kevyempien asumisratkaisujen vähyyden voi viitata kotiin vietävien palvelujen riittämättömyyteen.

Asiakkaiden palvelukokemukset heijastelevat toiminnallisen integraation vähyyttä

Ikääntyneiden perusterveydenhuollon päivystyskäyntimäärien kasvu viittaa puutteisiin ikääntyneiden palveluiden ja perusterveydenhuollon integraatiossa. Tähän liittyy myös sekä avohoidon lääkärikäyntien että kotihoitoa tukevan ympärivuorokautisen lääkärikonsultaation vähäisyys. Yöaikaisen kotihoidon maan keskitasoa paremmasta saatavuudesta huolimatta ikääntyneiden vuodeosastohoito painottuu vahvasti erikoissairaanhoidon, mikä kuvastaa puutteellista integraatiota perus- ja erityistason välillä. Intensiivisen kotihoidon saatavuus näyttää hyvältä, mikä näkyy myös kustannuksissa. Kevyempien palvelumuotojen saatavuus näyttää puolestaan vähäisestä.

Aikuisten sosiaalipalveluissa näkyy paitsi piirteitä hyvästä työllisyydestä myös onnistuminen palvelujen yhteensovittamisessa. Mielenveysperusteisten osasairauspäiväraha-kausien runsaus ja mielenveysyistyä myönnettyjen työkyvyttömyyseläkkeiden vähäisyys kuvastavat toimijoiden välistä integraatiota.

Sekä sosiaali- että terveyspalveluja käyttäneiden kokemukset palvelun sujuvuudesta olivat huomiota herättävän kielteiset; palveluprosessit vaikuttavat kankeilta.

Perusterveydenhuollon osuus tautitaakan hoitamisessa on maan keskitasoa suurempi

Pohjanmaalla erikoissairaanhoidon käyttö ja kustannukset ja siten myös tuottavuus ovat maan keskitasoa. Tuottavuutta on parantanut asukaskohtaisten kustannusten väheneminen. Heikentävänä tekijänä on kuitenkin ollut alueen asukkaiden hakeutuminen toisen sairaanhoitopiirin alueelle hoidettavaksi. Kahden tuottajan malli haastaa palveluprosessien sujuvuuden sekä lisää riskiä liialliseen palvelutarjontaan väestön tarpeisiin nähden. Myös lukuisat käytössä olevat terveydenhuollon potilastietojärjestelmät lisäävät päällekkäisen työn mahdollisuutta perusterveydenhuollon kanssa.

Perusterveydenhuollon avohoidon euromääräiset kustannukset asukasta kohti ovat lähellä maan keskitasoa, mutta avohoidon osuus alueen sote-kustannuksista oli prosentuaalisesti maan suurimpia. Kysymykseksi nousee, miksi perusterveydenhuollon vuodeosastohoidon kustannukset ovat maan suurimpien joukossa, vaikka käyttö on lukujen valossa maan keskitasoa. Samoin pitää kysyä, miksi ikääntyneiden laitospalvelujen kustannukset ovat maan toiseksi suurimmat, vaikka laitoshoidon osuus palvelurakenteessa vastaa maan keskitasoa.

Kustannustaso on korkeampi kuin laskennalliset tarpeet osoittavat

Pohjanmaan sosiaali- ja terveystoimen asukaskohtaiset nettokäyttökustannukset kasvoivat viisi prosenttia edellisvuodesta, mikä ylittää maan keskitason. Kustannukset olivat ilman tarvevakiointia 2,8 prosenttia maan keskiarvoa suuremmat; tarvevakioituina nämä olivat vuonna 2017 kolme prosenttia yli maan keskiarvon.

Elatussuhteen heikentyminen on osaltaan vaikeuttanut kuntien rahoitusmahdollisuuksia viime vuosina. Väestön ikärakenteen ennustettu kehitys kuitenkin turvaa rahoituksen riittävyyden keskimääräistä paremmin.

Perustason palveluverkkoon ei alueelta saatujen tietojen mukaan ole tehty merkittäviä muutoksia viime vuosina, vaikka alueen seitsemässä kunnassa väestömäärä on vähentynyt vuosina 2008–2018. Toisaalta väestöennusteen mukaan Pohjanmaan väestömäärässä ei tapahdu suuria muutoksia vuoteen 2030 mennessä. Tulevien vuosien kustannusten kasvupaineita lisää käynnissä oleva sairaanhoitopiirin ja Vaasan kaupungin uudisrakennushanke, jonka kokonaiskustannusarvio on 140 miljoonaa euroa.

4.2 Toimintaympäristö

Väestön palvelutarve vaihtelee kuntakohtaisesti

Pohjanmaa on 13 kunnan muodostama, noin 170 000 asukkaan alue. Asutus keskittyy erityisesti Vaasan ja Pietarsaaren kaupunkien ympärille.

Alueella on väkiluvultaan hyvin erikokoisia kuntia (1 262–67 552). Kunnat poikkeavat toisistaan erityisesti myös ikärakenteen, työllisyyden ja äidinkielen suhteen. Vaikka elatusuhde on maan toiseksi paras, se on heikentynyt vuodesta 2013 maan keskitasoa enemmän. Syntyvyys on maan kolmanneksi korkeinta, mutta kuntien välillä on vaihtelua (42–91). Alueella on yhden vanhemman perheitä maan vähiten, mutta kuntakohtaisia eroja on (6–21 %).

Väestön sairastavuus on maan toiseksi matalinta (Kuvio 2), mutta kuntien välillä on vaihtelua (69–107). Sairausryhmäkohtaiset indeksit ovat pääsääntöisesti alle maan keskitason; vain aivoverisuoni- ja sepelvaltimotauti-indeksit ovat lähellä maan keskitasoa.

Palvelujen järjestäjä- ja tuottajakenttä on hajanainen

Alueella on yhteensä neljä perustason palvelujen järjestäjää (kolme vastuukuntamallilla toimivaa yhteistoiminta-alueita ja yksi kuntayhtymämallilla toimiva yhteistoiminta-alue). Neljä kuntaa tuottaa sosiaalipalvelut joko kokonaan tai osittain itse, ja viisi kuntaa tuottaa sosiaali- ja terveyspalveluja osittain itse.

Erikoissairaanhoidon palveluja tuottaa Vaasan sairaanhoitopiiri. Perustason erikoissairaanhoidon tuottaa myös Pietarsaaren kaupunki. Kehitysvammaisten erityishuollosta vastaavat Tuki- ja osaamiskeskus Eskoo sekä Kärkulla samkommun.

Terveyspalveluista ei ole voimassa olevia ulkoistussopimuksia. Kristiinankaupunki on 17.9.2019 päättänyt käynnistää sopimusneuvottelut terveyspalvelujen osittaisulkoistuksesta sekä yhteisyrityksen perustamisesta yksityisen palveluntuottajan kanssa. Pohjanmaan hyvinvointikuntayhtymän valmistelu käynnistyi vuonna 2018. Kunnanvaltuustot päättävät perussopimuksen hyväksymisestä ja osallistumisesta uuteen kuntayhtymään mahdollisesti vielä tänä vuonna.

Alueella on tiheä terveysasemaverkosto

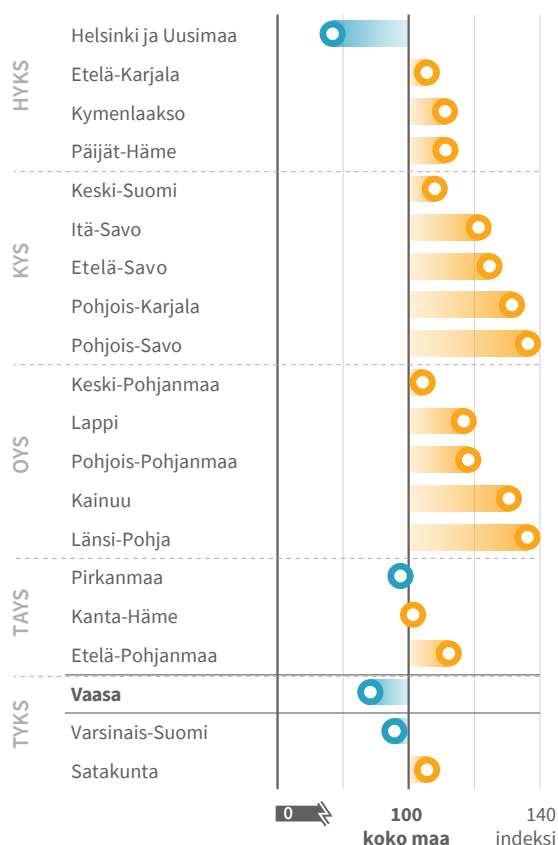
Alueella on 23 terveysasemaa ja seitsemän terveyskeskussairaala. Alueella on kolme julkista, erikoissairaanhoidon palveluja tuottavaa sairaalaa: Vaasan keskussairaala, Huutoniemen psykiatrinen sairaala (VSHP) sekä Malmin sairaala Pietarsaareissa (Kuvio 5).

Alueen sote-palveluverkkoon on viime vuosina tehty jonkin verran muutoksia lakkauttamalla yksittäisiä terveysasemia.

Mittavat rakennusinvestoinnit koskevat myös perustasoa

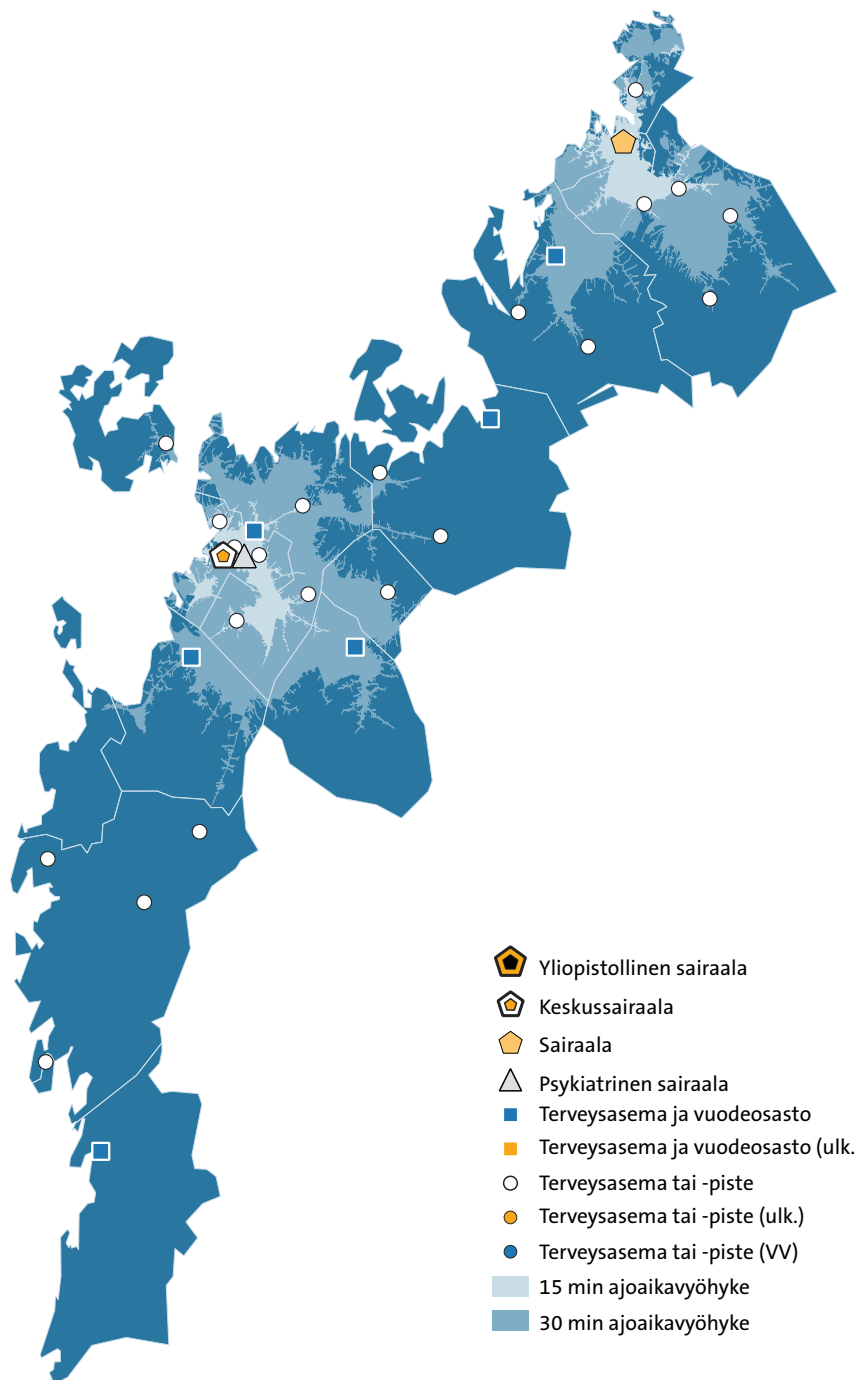
STM on myöntänyt poikkeuslupia sosiaali- ja terveydenhuollon rakennusinvestointeihin noin

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 kokoo tiedot seitsemästä vakavasta sairausryhmästä. Ikävakiomaton indeksi kuvaa alueen todellista sairaustaakkaa.

KUVIO 3. Julkisesti järjestettyjen terveyspalvelujen palveluverkko vuonna 2018.



Juljisesti järjestetyt terveyspalvelut on jaoteltu sairaala- ja terveysasematyyppittäin. 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.

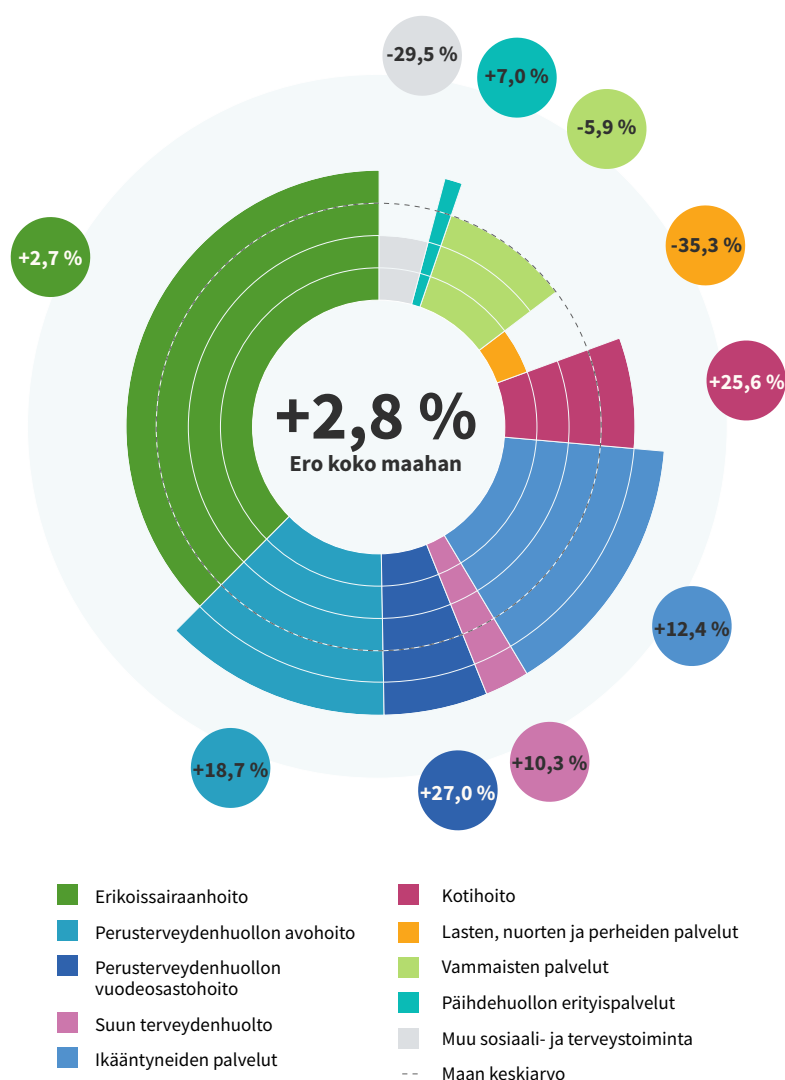
188 miljoonan euron arvosta. Merkittävimpänä investointina on Vaasan keskussairaalan alueelle rakennettava uudisrakennus, jonne sijoittuu mm. erikoissairaanhoidon ja Vaasan kaupungin perusterveydenhuollon yhteinen suurpoliklinikka sekä

psykiatrian osastot nykyisestä Huutoniemen sairaalasta. Poikkeusluvanvaraisia investointeja on tehty tai tehdään lisäksi Vaasassa, Närpiössä ja Korsnäsissä.

4.3 Sosiaali- ja terveystoimen rahoitus ja kustannukset

Sosiaali- ja terveystoimen asukaskohtaiset nettokäyttökustannukset ovat nousseet viisi prosenttia edellisvuodesta. Samaan aikaan alueen kuntien talous on heikentynyt. Vuonna 2017 tarvevakioidut menot olivat kolme prosenttia korkeammat kuin maassa keskimäärin. Ennusteen mukaan väestö vähenee hieman, mutta ikääntyy muuta maata hitaammin vuoteen 2030 mennessä, minkä vuoksi sote-kustannusten kasvuennuste noudattelee maan keskiarvoa.

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.

Heikentynyt elatusuhde heijastuu kuntien taloudelliseen kantokykyyn

Pohjanmaan kuntien tilikauden tulokset asukasta kohti olivat alijäämäisiä yhdeksässä kunnassa, kun vuotta aikaisemmin tulos oli ollut alijäämäinen ainoastaan kolmessa kunnassa.

Alueen kuntien verotulojen kehitys on heikentynyt. Verotulot asukasta kohti vähenivät edelliseen vuoteen verrattuna kaikissa kunnissa kahta lukuun ottamatta. Kaskisissa asukaskohtaiset verotulot olivat maan suurimpia ja Luodossa maan pienimpiä. Kokonaisuutena verorahoitus eli verotulot ja valtionosuus asukasta kohti pienenevät 11 kunnassa. Kuntien tuloveroprosentit vaihtelivat 19,5 prosentin (Luoto) ja 22 prosentin (Kaskinen) välillä.

Tulorahoituksen riittävyttä kuvaava vuosikate asukasta kohti heikkeni vuonna 2018 alueen kaikissa kunnissa yhtä lukuun ottamatta.

Yhdessä alueen kunnassa kirjattiin negatiivinen vuosikate.

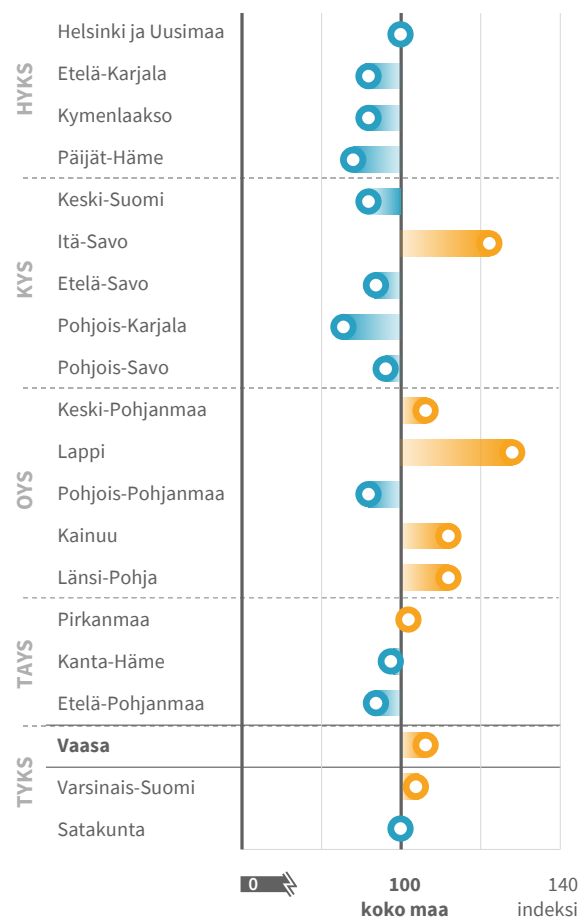
Vuosikate riitti kattamaan poistot vuonna 2018 kolmessa kunnassa. Vuotta aikaisemmin vuosikate oli kattanut poistot neljää kuntaa lukuun ottamatta kaikissa kunnissa. Taloudellisen kantokyvyn vahvistamiseksi Vaasa ja Korsnäs nostivat tuloveroprosenttiaan vuodelle 2019.

Perusterveydenhuollon osuus alueen yhteenlasketuista sote-kustannuksista on maan suurimpia

Pohjanmaan sosiaali- ja terveystoimen (ei varhaiskasvatus) nettokäyttökustannukset olivat vuonna 2018 yhteensä 579 miljoonaa euroa (3 413 euroa / asukas). Asukaskohtaiset nettokäyttökustannukset kasvoivat 5,3 prosenttia edellisvuodesta (koko maassa 2,8 %) ja ovat siten 2,8 prosenttia keskimääräistä korkeammat (Kuvio 4). Sosiaali- ja terveystoimen nettokäyttökustannukset olivat matalimmat Luodossa (2 625 euroa / asukas) ja suurimmat Kaskisissa (5 168 euroa / asukas).

Pohjanmaan sosiaali- ja terveystoimen nettokäyttökustannuksista suhteellisesti suurin osa muodostui erikoissairaanhoidosta (38 %, koko maassa 38 %) ja toiseksi eniten ikääntyneiden palveluista (15 %, koko maassa 14 %). Kolmanneksi eniten kustannuksia kertyi perusterveydenhuollon avohoidosta (13 %, koko maassa 11 %), jonka osuus

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 tarvevakioituidut menot olivat maan keskiarvoa suuremmat.

oli maan kolmanneksi suurin. Myös perusterveydenhuollon vuodeosastohoidon osuus alueen nettokäyttökustannuksista oli maan suurimpia (6 %, koko maassa 5 %), samoin kotihoidon osuus (7 %, koko maassa 6 %) yhdessä Etelä-Karjalan ja Pohjois-Savon kanssa. Lasten, nuorten ja perheiden palveluiden osuus oli maan toiseksi pienin (5 %, koko maassa 7 %).

Sosiaali- ja terveydenhuollon tarvevakioituidut menot ylittävät maan keskiarvon

Vuonna 2017 koko maan sosiaali- ja terveydenhuollon nettomenot olivat keskimäärin 3 100 euroa asukasta kohti. Pohjanmaalla nämä olivat 3 118 euroa asukasta kohti, mikä oli 0,6 prosenttia enemmän kuin maassa keskimäärin. Alueen väestön palvelu-

tarve oli maan toiseksi pienin, kolme prosenttia keskimääräistä pienempi. Tarvevakioidut menot [1] olivat kuitenkin kolme prosenttia suuremmat kuin maassa keskimäärin (Kuvio 5). Pohjanmaan kunnissa väestön palvelutarve oli matalimmillaan 20 prosenttia pienempi (Luoto) ja suurimmillaan 22 prosenttia suurempi (Kristiinankaupunki) kuin maassa keskimäärin. Tarvevakioidut sosiaali- ja terveydenhuollon menot olivat matalimmat Kristiinankaupungissa, kahdeksan prosenttia keskimääräistä pienemmät. Alueen suurimmat tarvevakioidut menot olivat Kaskisissa, 32 prosenttia suuremmat kuin maassa keskimäärin.

Alueen työllisyystilanne ja väestön ikärakenne viittaavat siihen, että palveluja käyttävä väestö ohjautunee julkisiin palveluihin maan keskitasoa vähemmän.

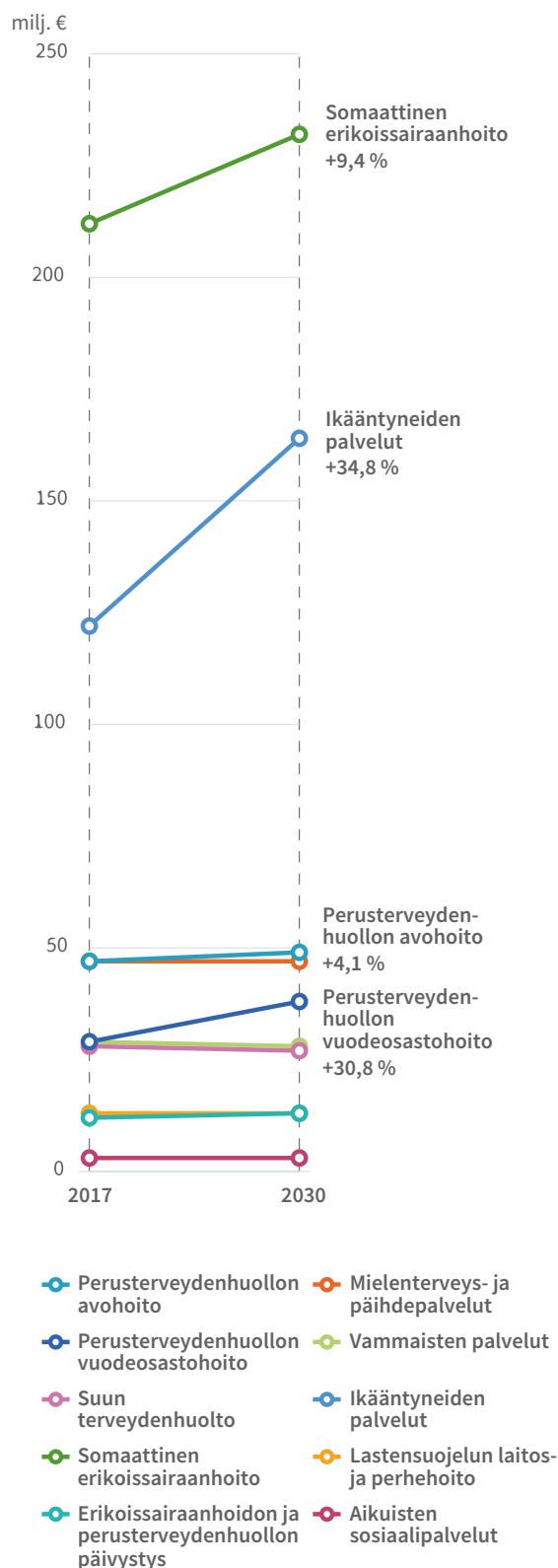
Sote-kustannusten kasvuennuste jää maan keskitasosta

THL:n ennustelaskelmien mukaan sosiaali- ja terveyspalvelujen vuotuiset kustannukset kasvavat eniten alueilla, joissa väestönkasvu on koko maata suurempaa ja joihin väestö keskittyy. Pohjanmaan väestö vähenee ennusteen mukaan vuoteen 2030 mennessä yhdellä prosentilla (koko maassa +1 %). 65 vuotta täyttäneen väestön ennustetaan kasvavan alueella vastaavalla ajanjaksolla 15 prosenttia (koko maassa 24 %).

Väestörakenteen muutoksen perusteella Pohjanmaan sosiaali- ja terveyspalvelujen reaalisuiksi ennakoitaan vuosina 2017–2030 keskimäärin prosentti vuodessa (koko maassa 1,2 %). Alueen sosiaali- ja terveyspalvelujen kustannusten kokonaiskasvun ennuste vuoteen 2030 mennessä on 13,2 prosenttia (koko maassa 17 %). Ikäntyneiden palvelujen kustannusten ennustetaan kasvavan vuoteen 2030 mennessä eniten, 35 prosenttia (koko maassa 50 %). Toiseksi eniten kasvua ennustetaan perusterveydenhuollon vuodeosastohoidon menoihin (31 %, koko maassa 40 %) (Kuvio 6).

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.

KUVIO 6. Sosiaali- ja terveyspalvelujen reaali-kustannusten ennuste.



Tehtäväkohtainen viiva kuvaa reaali-kustannusten 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

Alueelta puuttuu hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen rakenteet sekä koordinaatio. Nuorten elintavat sekä kokemukset hyvinvoinnistaan ovat maan keskitasoa huonommat ja poikkeavat huomattavasti muista ikäryhmistä. Ikääntyneillä kaatumiseen ja putoamiseen liittyvät hoitajaksot ovat vähentyneet runsaasti.

Alueellisten rakenteiden puuttuminen kuvaa kuntien vähäistä sitoutumista

Hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen on kirjattu Vaasan sairaanhoitopiirin terveydenhuollon järjestämissuunnitelmaan 2015–2016, mutta alueellista organisaatiota ei ole vielä perustettu. Alueen kuntien hyvinvointikoordinaattoreilla ei ole omaa verkostoa. Osassa kuntia on monialaiset työryhmät.

Järjestöjen toiminta edistää hyvinvointia matalalla kynnyksellä

Sosiaali- ja terveysjärjestöjen avustuskeskus (STEA) on myöntänyt alueella rahoitusta muun muassa tietotekniikan ohjaus- ja koulutuspalveluihin suomen- ja ruotsinkielisille henkilöille, joilla on oppimisvaikeuksia, sekä esteettömän oppimateriaalin tuottamisen edistämiseen (Datero ry), maa-hanmuuttajien työelämäosallisuuden ja -valmiuksien vahvistamiseen yhteistyössä yli kulttuurirajojen yksilö- ja ryhmäohjauksella Pietarsaaren seudulla (Kokkotyö-säätiö), mielenterveysongelmia kohdanneiden nuorten ja perheiden tukemiseen sekä mielenterveysongelmien ehkäisemiseen lisäämällä tietoa, vähentämällä stigmaa ja tarjoamalla vertaistukea ja muita matalan kynnyksen palveluja (Finfami Pohjanmaa ry) sekä psykososiaalisen yhdistyksen monitoimitalon toimintaan (Contact ry).

Valtuustojen päätöksenteossa on harvoin hyvinvointiin liittyviä asioita

Pohjanmaan kunnista 39 prosentissa (koko maassa 83 %) on nimetty hyte-asioiden koordinoinnista vastaava henkilö; osuus on maan pienin. Terveydenhuoltolain edellyttämän laajan hyvinvointikertomuksen hyväksyneiden kunnanvaltuustojen osuus on maan pienimpiä. Vain joka kolmas kunta on raportoinut valtuustolle väestöryhmien välisistä terveyseroista; osuus on maan pienin yhdessä Itä-Savon ja Kanta-Hämeen kanssa.

Kuntalaisten osallistumisen ja vaikuttamisen mahdollisuuksista kertoo verkkosivuillaan 77 prosenttia alueen kunnista. Paikallisen turvallisuus-suunnitelman laatineista kahdesta kunnasta toisen hyvinvointiryhmässä on keskusteltu ja päätetty suunnitelmaan liittyvistä toimenpiteistä. Hallinnonalojen yhteisiä rakenteita tai toimintamalleja, joissa käsitellään hyvinvointia ja terveyttä edistävää kulttuuritoimintaa, on 15 prosentissa alueen kunnista (koko maassa 44 %).

75 prosenttia alueen kunnista järjestää kohdennettuja liikkumisryhmiä liikunta-seuratoiminnan ulkopuolella oleville lapsille ja nuorille.

Liikuntaneuvontaa järjestää 67 prosenttia alueen kunnista. Hieman yli puolet (55 %) kunnista raportoi ohjaavansa sosiaali- ja terveystalouksista asiakkaita liikuntaneuvontaan.

Nuorten kokema hyvinvointi on muita ikäryhmiä heikompi

Yksinäiseksi itsensä tuntevien 8. ja 9. luokkalaisten osuus oli vuonna 2017 maan suurimpia (10,1 %, koko maassa 9,5 %). Kohtalaista tai vaikeaa ahdistuneisuutta kokevia oli maan kolmanneksi eniten. Yläkoululaisten kokemukset terveydentilastaan olivat maan heikoimmat.

Työikäiset uskovat jaksavansa työskennellä vanhuuseläkeikään saakka todennäköisemmin kuin maassa keskimäärin (81 %, koko maassa 77 %). Sairaalahoitoa vaativia vammoja ja myrkytyksiä oli vuonna 2017 maan kolmanneksi vähiten.

Arkitoimissa suuria vaikeuksia kokevia 75 vuotta täyttäneitä oli maan vähiten. Kaatumiseen ja putoamiseen liittyneitä hoitajaksot oli 65 vuotta täyttäneillä vuonna 2017 maan keskitasoa vähemmän; määrä on vähentynyt vuodesta 2015 maan kolmanneksi eniten.

Nuorten elintavat ovat riski terveydelle

Kohdennetuista liikkumisryhmistä huolimatta alueen 8. ja 9. luokkalaiset harrastivat maan vähiten hengästyttävää liikuntaa vuonna 2017. Humalahaikuista juomista esiintyi maan eniten, mikä viittaa puutteisiin ehkäisevässä päihdetyössä. Laittomia huumeita kokeilleita yläkoululaisia oli puolestaan maan keskitasoa vähemmän (6 %, koko maassa 8 %).

Alkoholin liikkakäyttö oli vähäistä sekä työikäisillä että ikääntyneillä; myös alkoholikuolleisuudet olivat maan matalimmat. Päivittäin tupakoivia työikäisiä oli maan vähiten (11 %, koko maassa 14 %) ja vapaa-ajan liikuntaa harrastavia maan toiseksi eniten.

KUVIO 7. Hyvinvointiin ja terveyteen vaikuttavia muutostekijöitä.



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

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

4.5 Terveysturvajelu

Rokotusohjelman mukaisten rokotusten kattavuus on heikko: ikääntyneiden influenssarokotuskattavuus on pysynyt vähäisenä ja erityisesti lapsilla rokotuskattavuudet ovat tautisuojaajan kannalta matalia. Bakterilääkkeiden käyttö on vähäistä, ja uusien C-hepatiitti-infektioiden määrä on maan pienimpiä. Erikoissairaanhoidon lääkäreiden ja hoitajien influenssarokotuskattavuus on matala.

Kansallinen rokotusohjelma toteutuu heikosti

Pohjanmaalla 65 vuotta täyttäneiden influenssarokotuskattavuus oli maan matalin (34 %, koko maassa 48 %) ja jää kauas Eurooppa-neuvoston asettamasta 75 prosentin kattavuustavoitteesta. Kattavuus on parantunut maan toiseksi vähiten verrattuna kauteen 2014–2015 (3 %-yksikköä).

Vähintään yhden viitosrokotteen kurkkumätää, jäykkäkouristusta, hinkuyskää, poliota ja Hib-bakteerin aiheuttamia tauteja vastaan saaneiden, vuonna 2015 syntyneiden lasten osuus on maan pienin (95 %, koko maassa 99 %). Koko rokotussarjan saaneiden lasten osuus on puolestaan maan keskitasoa (88 %) mutta jää sarjan aloituskattavuutta huomattavasti matalammaksi.

Tuhkarokko-, sikotauti- ja vihurirokkorokotteen (MPR) ensimmäisen annoksen 11–24 kuukauden iässä saaneiden lasten osuus on maan toiseksi pienin (89 %, koko maassa 93 %). MPR-rokotuskattavuus on vuodesta 2015 pysynyt lähes samana. Kattavuus on jo useiden vuosien ajan jäänyt selvästi alle 95 prosentin, joten tautien leviämisen riski on kohonnut. Luodon alueella todetun tuhkarokkotauksen vuoksi alueen pohjoisosissa käynnistettiin mittavat tuhkarokkon torjuntatoimet; MPR-rokotuksia annettiin runsaasti (yli 760) kaiken ikäisille. Tautien leviäminen on silti edelleen mahdollista.

Vain puolet tytöistä on saanut kohdunkaulan syövältä ja sen esiasteilta suojaavan papilloomavirus- eli HPV-rokotteen.

HPV-rokotuskattavuus on maan kolmanneksi matalin ja jää huomattavasti maan korkeimmasta kattavuudesta (70 %). Tehosterokotuksen kurkkumätää, jäykkäkouristusta ja hinkuyskää vastaan saaneiden 14–16-vuotiaiden osuus on maan pienimpiä (88 %). Alueen mukaan heikko rokotuskattavuus kytkeytyy alueella vallitsevaan kulttuuriin.

Rokotevastaisuus näkyy myös erikoissairaanhoidon henkilöstössä

Huumeidenkäyttäjien terveysneuvontapisteissä asioivia asiakkaita oli vuonna 2017 maan keskitasoa vähemmän. Tästä huolimatta uusien C-hepatiitti-infektioiden esiintyvyys oli maan pienimpiä.

Vaikka antibioottien vuosikulutus (J01, bakterilääkkeet) asukasta kohti on ollut vähäistä useana vuotena, Clostridium difficile -ripulitapauksia oli hieman maan keskitasoa enemmän. Vaikka hygieniahoitajien henkilöstöresurssit erikoissairaanhoidossa olivat hieman maan keskitasoa pienemmät, käsihuuhteen kulutus somaattisen erikoissairaanhoidon vuodeosastoilla oli maan runsaimpia.

Erikoissairaanhoidon lääkäreiden ja hoitajien influenssarokotuskattavuus oli maan toiseksi matalin (72 %).

4.6 Somaattinen erikoissairaanhoito ja ensihoito

Lähetteen käsittely on nopeaa. Keskimääräinen odotusaika kiireettömään hoitoon on maan toiseksi pisin, mutta hoitotakuun toteutuminen on maan parhaimpia. Sekä avohoitettää päivystyskäyntien määrä on maan pienimpiä. Alueen asukkaita hoidetaan runsaasti toisen sairaanhoitopiirin alueella. Asukaskohtaiset kustannukset ovat vähentyneet vuodesta 2015.

Pitkistä odotusajoista huolimatta hoitotakuu toteutuu maan keskitasoa paremmin

Erikoissairaanhoitoon saapui yhteensä noin 40 000 lähetettä, mikä vastaa maan keskitasoa alueen väestömäärään nähden. Kiireettömien lähetteen käsittely oli maan nopeimpia; lähettestä vain 0,4 prosenttiin (koko maassa 1 %) otettiin kantaa yli kolmen viikon kuluttua lähetteen saapumisesta.

Keskimääräinen odotusaika kiireettömään hoitoon oli vuoden lopussa maan toiseksi pisin, 50 vuorokautta (koko maassa 32–55 vuorokautta). Vuoden 2018 lopussa erikoissairaanhoidon kiireetöntä hoitoa yli puoli vuotta odottaneita potilaita oli kuitenkin maan kolmanneksi vähiten, mikä voi viitata systemaattiseen jononpurkuun. Hoitoa odottavien potilaiden määrä oli hieman vähentynyt edellisvuodesta.

Yli kymmenen erikoissairaanhoidon lähetettä saaneita asiakkaita oli vuonna 2017 maan toiseksi eniten.

Alueen asukkaita on hoidettu maan eniten toisen sairaanhoitopiirin alueella. Erityisenä kehittämiskohteena on parhaillaan erikoissairaanhoidon ostopalvelujen vähentäminen kehittämällä erikoissairaanhoidon lähipalveluja jäsenkuntien alueilla.

Erikoissairaanhoidon päivystystä käytetään vähän

Erikoissairaanhoidon päivystyskäyntien määrä oli maan pienimpiä, 32 prosenttia keskimääräistä vähemmän; määrä on vuodesta 2015 pysynyt lähes samana. Päättyneistä hoitajaksoista 45 prosenttia alkoi päivystyksenä vuonna 2017; osuus on maan kolmanneksi pienin. Taustalla voi olla muun muassa

se, että päivystykseen tullaan suhteellisen lievien terveysongelmien vuoksi.

Erikoissairaanhoidon avohoidon käyntejä oli seitsemän prosenttia maan keskitasoa vähemmän.

Määrä on kasvanut vuodesta 2015 maan keskitasoa vähemmän (2 %, koko maassa 10 %). Vuodeosastohoidon käyttö oli puolestaan maan keskitasoa vuonna 2017.

Lonkan tekonivelen ensileikkauksia tehtiin maan kolmanneksi vähiten, mikä on linjassa tuki- ja liikuntaelinsairauksien vähäisen esiintyvyyden kanssa.

Alueen mukaan sairaanhoitopiirin erikoislääkäreiden jalkautuminen perustasolle oli toistaiseksi pienimuotoista. Eräiden erikoisalojen vastaanottoa myytiin osalle alueen kunnista.

Korvattavia potilasvahinkoja sattuu vähän

Hoitojaksoihin liittyviä komplikaatioita kertyi vuoden aikana lähes 600, mikä vastaa maan keskitasoa. Korvattuja potilasvahinkoja oli kuitenkin vuonna 2017 maan vähiten. *

Vaasan keskussairaalassa on pitkään edistetty potilasturvallisuutta; vuonna 2019 on perustettu valtakunnallinen potilasturvallisuuskeskus.

Ensihoito tavoittaa nopeasti ydintaajamassa asuvat

Ensihoitotehtäviä oli alueen väestömäärään nähden maan toiseksi vähiten. Yhtä neliökilometriä kohti ensihoitotehtäviä kertyi maan kolmanneksi vähiten,

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

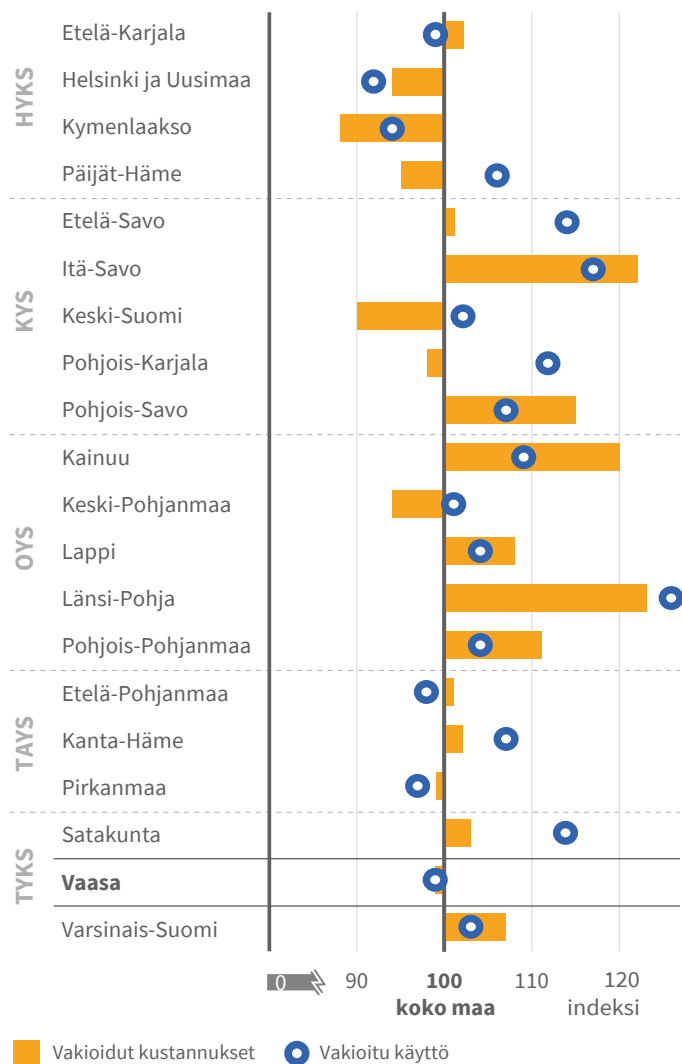
vaikka alueen väestötiheys on keskimääräistä suurempi. Ensihoidon keskimääräinen tavoittamisaika A-kiireellisyysluokan tehtävissä oli ydintaajamassa maan kolmanneksi lyhin (5 min). Muussa taajamassa (7 min) ja taajaman ulkopuolisella asutulla alueella (15 min) tavoittamisajat vastaavat puolestaan maan keskitasoa.

Tuottavuus vastaa maan keskitasoa

Pohjanmaalla erikoissairaanhoidon asukaskohtaiset nettokäyttökustannukset olivat maan keskitasoa (1 283 euroa / asukas), kolme prosenttia yli maan keskitason. Vuodesta 2015 kustannukset ovat maan keskiarvosta poiketen vähentyneet (- 4 %).

Vuonna 2017 somaattisen erikoissairaanhoidon kustannusindeksin mukaiset ikä- ja sukupuolivakioidut laskennalliset kustannukset olivat alueella prosentin maan keskitasoa pienemmät. Somaattisen erikoissairaanhoidon palveluja käytettiin ikä- ja sukupuolivakioituilla alueellisilla episodeilla tarkasteltuna prosentin vähemmän kuin maassa keskimäärin; somaattisen erikoissairaanhoidon käyttöindeksi oli maan pienimpiä (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

Kiireettömän hoidon saatavuus on maan keskitasoa heikompi. Runsaasti palveluja käytäviä asiakkaita on vähän. Yhdenvertaisuus terveystalvelujen saatavuudessa eri koulutusryhmien välillä toteutuu keskimääräistä heikommin. Päivystyskäynnit ovat kasvaneet, mutta vuodeosastohoidon käyttö on vähentynyt runsaasti. Käyntisyiden kirjaamisaste on maan toiseksi heikoin.

Ammattiryhmien välistä työnjakoa on kehitetty

Terveyskeskuksissa asioi 78 prosenttia alueen väestöstä. Lääkärikäyntien määrä oli maan pienimpiä. Myös väestön kokemukset lääkärien vastaanotto- palvelujen riittävydestä olivat hieman maan keskitasoa kielteisemmät.

Hoitajakäyntejä oli noin kaksinkertainen määrä lääkärikäynteihin verrattuna.

Fysioterapiakäyntien määrä oli puolestaan maan pienimpiä. Sähköinen asiointi ei ollut kovin yleistä. Alueella ei on tarjolla kiireetöntä vastaanottotoimintaa iltaisin.

Suhteellinen eriarvoisuus koulutusryhmien välillä oli FinSote-tutkimuksen mukaan maan toiseksi yleisintä sen suhteen, ovatko korkeat asiakasmaksut olleet hoidon esteenä. Tämä voi viitata

aluerakenteen vahvaan jakautumiseen maaseutu- ja kaupunkialueisiin.

Käyntisyiden kirjaaminen vähentynyt entisestään

Työterveyslaitoksen kyselyn mukaan työterveys- huollon palveluja voi käyttää 59 prosenttia alueen 16–64-vuotiaista, mikä on maan suurimpia osuuksia (koko maassa 56 %) (Työterveyslaitos, 2019).

Yli puolet alueen asukkaista kävi avosairaanhoidon vastaanotolla; peittävyys on hieman maan keskitasoa suurempi.

Kansansairauksien hoitoon panostaminen näkyy lääkärikäynneissä ja vuodeosastojen hoitajaksoissa (taulukko 3). Diabeteksen, astman ja keuhkohtaumataudin vuoksi tehtyjä käyntejä oli suhteellisen paljon erityiskorvauksien perusteella arvioituun sairastavuuteen verrattuna. Keuhkohtaumataudin vuoksi tehtyjen käyntien määrä vaikuttaa

Taulukko 3. Käyntisyiden kirjausaste ja erityiskorvauksioikeus sairausryhmittäin.

	Lääkärin vastaanoton käyntisyys, % kirjatusta käyntisyistä		Erityiskorvauksioikeus % väestöstä	
	Pohjanmaa	Koko maa	Pohjanmaa	Koko maa
Tuki- ja liikuntaelinsairaudet	15,4	16,4		
Verenkiertoelinten sairaudet	10,5	10,5		
Verenpainetauti (25 v. täyttäneistä)	5	4,7	12,1	10,3
Tapaturma	5,4	6,7		
Ylähengitysteiden akuutti infektio	4,5	4,8		
Diabetes	4	3,3	5,2	6,3
Astma	1,6	1,4	4,3	4,9
Keuhkohtaumatauti (ikävakioitu)	0,5	0,5	4,3	4,8
Dementia	0,4	0,4		

suurelta, kun otetaan huomioon tupakoivien aikuisten vähyys. Sydämen vajaatoiminnan ja astman vuoksi kertyi hoitokasvoja maan keskitasoa vähemmän.

Luvut ja niistä tehdyt tulkinnat ovat suuntaa-antavia, koska käyntisyys lääkärin vastaanotolla kirjataan puutteellisesti (44 % käynneistä); edeltävään vuoteen verrattuna kirjaaminen oli vähentynyt maan eniten, kolme prosenttia (Kuvio 9).

Lääkärin vastaanotolle pääsi viikon sisällä maan keskitasoa harvemmin

Lokakuussa 2018 lääkärin vastaanotolle pääsi kiirettömän asian vuoksi yli viikon kuluttua 61 prosentissa käynneistä, mikä on hieman maan keskitasoa enemmän (koko maassa 56 %). Hoitotakuun vastaisesti yli kolme kuukautta joutui odottamaan maan toiseksi suurin osuus (12 %, koko maassa 3 %); alueen näkemyksen mukaan tietojen luotettavuuteen voi vaikuttaa ongelmat raportoinnissa.

Lääkärivaje terveyskeskuksissa oli lokakuussa 2018 maan keskitasoa (6,7 %, koko maassa 5,7 % lääkärintehtävistä); tilanne oli parantunut edeltävään vuoteen verrattuna. Ostopalvelulääkäreiden käyttö oli vähäistä.

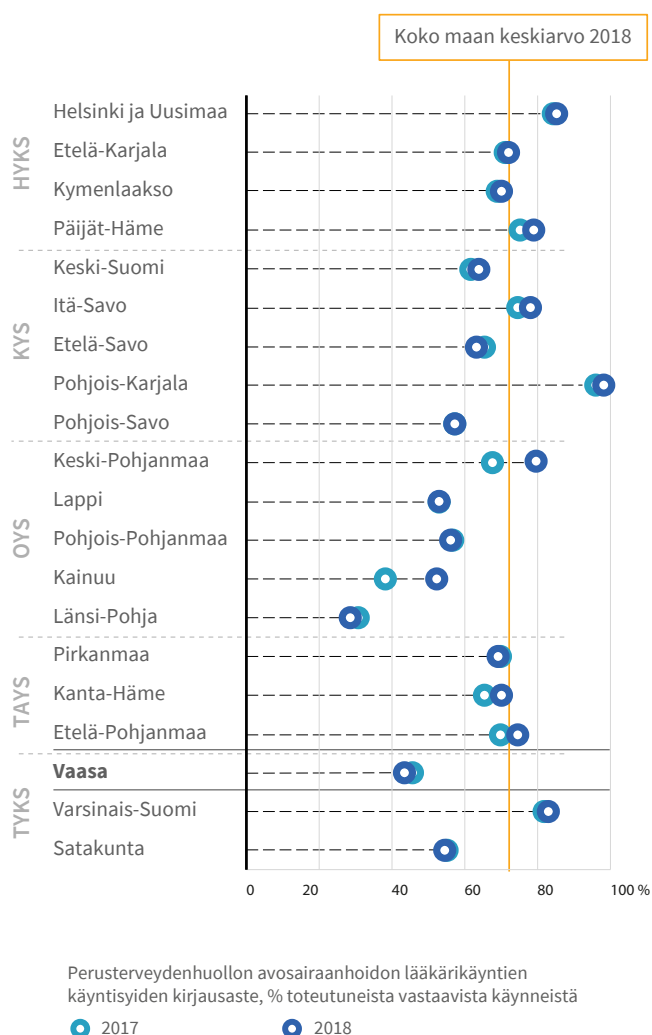
Palvelujen sujuvuuteen ollaan keskitasoa tyytymättömpämpiä

Terveyskeskuslääkärin palveluja runsaasti käyttävien osuus oli maan kolmanneksi pienin. Potilaat saivat mikrobilääkemääräyksen epäspesifisen ylähengitystieinfektion hoitoon maan keskitasoa yleisemmin.

Seulontatutkimuksiin osallistuminen oli vuonna 2017 maan keskitasoa kattavampaa; paksusuolen syövän hoitotulokset olivat maan parhaita.

Vain puolet terveyspalvelujen käyttäjistä piti käyttöä sujuvana, osuus on maan kolmanneksi pienin (koko maassa 55 %). Lukuisista käytössä olevista tietojärjestelmistä huolimatta noin joka kymmenes lääkäri koki vuonna 2017 tehdyn Potilastietojärjestelmät lääkärin työvälineenä -kyselytutkimuksen mukaan organisaatioiden välisen tiedonvaihdon toimivaksi; osuus on maan toiseksi suurin (11 %, koko maassa 4 %).

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



Perusterveydenhuollon päivystyksen käyttö on lisääntynyt

Perusterveydenhuollon päivystyskäyntejä (ml. yhteispäivystys) kertyi keskitasoa vastaavasti. Vuoteen 2015 verrattuna määrän kasvu on ollut maan suurimpia (107 %, koko maassa 15 %). Tämä viittaa siihen, että avosairaanhoido kiirevastaanottoineen ei kykene riittävästi vastaamaan palvelutarpeisiin. Keskussairaalan toimittamien tietojen puutteista johtuen määrät on suuntaa-antavia.

Perusterveydenhuollon vuodeosastohoidon hoitopäivät ovat vuodesta 2015 vähentyneet maan kolmanneksi eniten (47 %), mikä johtunee osittain ikääntyneiden palveluiden rakennemuutoksesta.

Perusterveydenhuollon osuus tautitaakan hoitamisessa näyttäytyy kustannusten valossa maan keskitasoa suurempana

Pohjanmaalla perusterveydenhuollon avohoidon asukaskohtaiset nettokäyttökustannukset olivat 19

prosenttia yli maan keskitason (435 euroa / asukas). Myös perusterveydenhuollon vuodeosastohoidon asukaskohtaiset nettokäyttökustannukset olivat maan suurimpien joukossa (198 euroa / asukas), 27 prosenttia yli maan keskitason. Korvattujen lääkkeiden asukaskohtaiset kokonaiskustannukset olivat maan toiseksi pienimmät (336 euroa / asukas); kasvua edellisvuodesta 5 prosenttia.

4.8 Suun terveydenhuolto

Kiireettömän käynnin odotusajan perusteella hoidon saatavuus vastaa maan keskitasoa. Väestön kokemukset hoitoonpääsyn nopeudesta ovat maan heikoimmat. Yksityisten palvelujen käyttö on runsasta.

Palvelujen käyttö on kokonaisuutena runsasta

Julkisten suun terveydenhuollon palvelujen käyttö vastaa maan keskitasoa; käyntimäärä on vuodesta 2015 kasvanut hieman. Kelan korvaamia yksityisen hammashoidon hammaslääkäri- ja suuhygienisti-käyntejä on puolestaan maan toiseksi eniten.

Lokakuussa 2018 hoidon saatavuus vastasi maan keskitasoa; hieman yli puolet (55 %) julkisen puolen asiakkaista pääsi hammaslääkärille kolmen viikon sisällä hoidon tarpeen arvioinnista. Väestön kokemukset palvelujen saatavuudesta kohtuullisessa ajassa olivat kuitenkin maan heikoimmat.

Noin joka viides (22 %) suun perustutkimuksessa käyneistä 12-vuotiaista on saanut oikomishoitoa; osuus on maan toiseksi pienin.*

Alueen hammashoitolat eivät ole avoinna arki-iltaisain.

Hoitoa tarvitsevien määrä on kasvanut

Suun perustutkimuksessa käyneillä 12 vuotta täytäneillä oli reikiintyneitä, paikattuja ja poistettuja

hampaita kuitenkin maan keskitasoa enemmän. Heistä tervehampaisia oli maan toiseksi vähiten (47 %, koko maassa 62 %); edellisvuoteen verrattuna osuus on vähentynyt maan toiseksi eniten.

Suun terveydenhuollon asiakkaista noin puolella (55 %) ei ollut hoidon tarvetta karieksen tai ien hoidon vuoksi; vuodesta 2015 osuus on vähentynyt runsaasti, mikä voi viitata suun terveydentilan yleiseen heikentymiseen ja kasvaneisiin palvelutarpeisiin.

Suun terveydenhuollon kustannukset ovat korkeat

Julkisesti tuotetun suun terveydenhuollon asukas-kohtaiset nettokäyttökustannukset olivat maan suurimpien joukossa (90 euroa / asukas), 10 prosenttia yli maan keskitason, vaikka palvelujen käyttö oli keskitasoa; tämä voi viitata vaativien toimenpiteiden runsauteen. Myös yksityisen hammashoidon asukaskohtaiset kustannukset olivat maan kolmanneksi korkeimmat (71 euroa / asukas), 14 prosenttia yli maan keskitason.

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

4.9 Lasten, nuorten ja perheiden palvelut

Sekä varhaisen tuen perhepalvelujen että lastensuojelun käyttö on vähäistä, mikä heijastuu kustannuksiin. Lastensuojelun palvelutarpeen arviointiprosessi on hidastunut edellisvuodesta. Kodin ulkopuolisia sijoituksia oli kasvavasta kehityssuunnasta huolimatta vain vähän; laitossijoitukset painottuvat. Lasten- ja nuorisopsykiatrian avopalvelujen saatavuus on maan keskitasoa heikempi. Somaattisen erikoissairaanhoidon käyntimäärät ovat vähentyneet.

Lukion psykologiresurssit maan heikoimmat

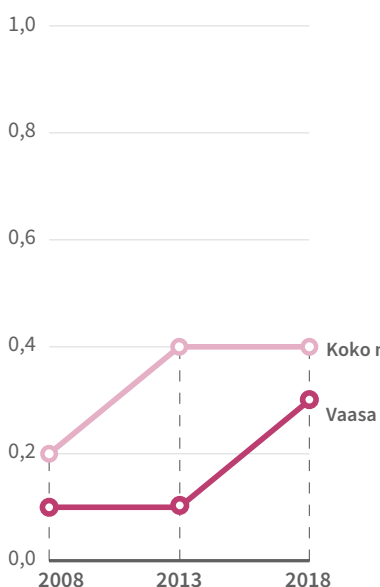
Syntyvyys oli vuonna 2017 maan kolmanneksi korkein. Alle 18-vuotiaiden osuus alueen väestöstä oli maan kolmanneksi suurin. Maan kolmanneksi suurin osuus synnyttäjistä oli yli puolet raskaudesta savuttomana vuonna 2017. Äitiysneuvolapalvelujen saatavuus oli maan parhaimpia. Lapsiperheiden taloudellinen tilanne on maan parhaimpia. Alueen neuvolat eivät ole avoinna arki-iltaisina.

Vanhempien liiallisen alkoholinkäytön haitallisena kokeneita alakouluikäisiä oli vuonna 2017 maan vähiten. 8. ja 9. luokan oppilaiden elintavat sekä kokemukset hyvinvoinnistaan olivat maan heikoimpia. Tilannetta on kuvattu tarkemmin hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen osiossa.

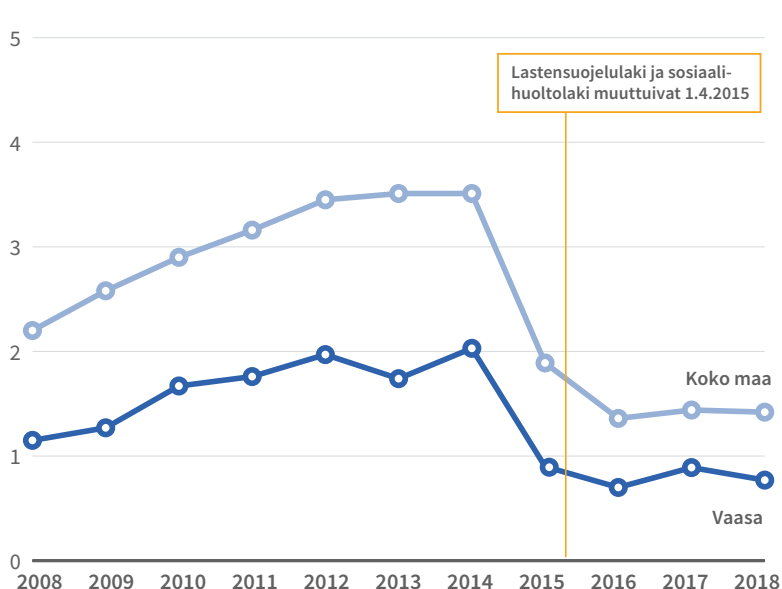
Kouluterveydenhuollon lääkarimitoitus oli vuonna 2017 maan parhaimpia, mutta opiskeluterveydenhuollossa keskitasoa huonompi; suositukset

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

Kiireellisesti vuoden aikana sijoitettuna olleet 0-17-vuotiaat, % vastaavanikäisestä väestöstä.



Lastensuojelun uudet avohuollon 0-17-vuotiaat asiakkaat, % vastaavanikäisestä väestöstä.



Vasen kuvio esittää kiireellisesti vuoden aikana sijoitettujen lasten prosentuaaliset osuudet vuosina 2008, 2013 ja 2018 sekä osuuden muutos suunnan. Oikea kuvio esittää lastensuojelun uusien avohuollon asiakkaiden osuudet vuosina 2008–2018. Tuloksinna 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.

eivät toteudu kummassakaan. Kuraattoripalvelujen saatavuus oli hyvä eri kouluasteilla, mutta 8. ja 9. luokkalaisten kokemukset tuen ja avun saamisesta olivat kuitenkin maan huonoimmat. Lukion psykologimitoitus oli maan huonoin. Kokemukset terveystarkastusten laadusta olivat vuonna 2017 maan heikoimmat kaikilla kouluasteilla. Raskaudenkeskeytyksiä tehtiin alueella alle 20-vuotiaille naisille maan toiseksi vähiten.

Varhaisen vaiheen perhepalveluissa on vähän asiakkaita

Lapsiperheet saivat vähän sosiaalihuoltolain mukaisia palveluja. Keskimääräinen odotusaika kasvatusta- ja perheneuvolan ensimmäiselle käynnille oli kuitenkin maan pisin (41 vrk, koko maassa 23 vrk); alueen mukaan kyse on saatavuusongelmasta. Myös lastensuojelun avohuoltoa saavia lapsia ja nuoria on vähän. Perheille annattavien avopalvelujen painopiste on lastensuojelulain perusteella annetuissa palveluissa.

Osassa aluetta on chat-palvelu ehkäisevässä perhetyössä ja lapsiperheiden kotipalvelussa.

Lastensuojelun palvelutarpeen arviointiprosessit pitkittyvät

Lastensuojeluilmoituksia tehtiin maan vähiten. Tämä voi kuvastaa huolien heikompaa tunnistamista tai ilmoituksen tekemisen pitkittämistä, mikä vastaavasti näkyy raskaampien palvelujen lisääntyneenä tarpeena. Määräaikaisten toteutumisen lastensuojelun palvelutarpeen arviointien käynnistymisessä (90,3 %) ja valmistumisessa (78,7 %) oli maan heikoimpia. Edellisen vuoden vastaavaan ajankohtaan verrattuna tilanne on selvästi heikentynyt.

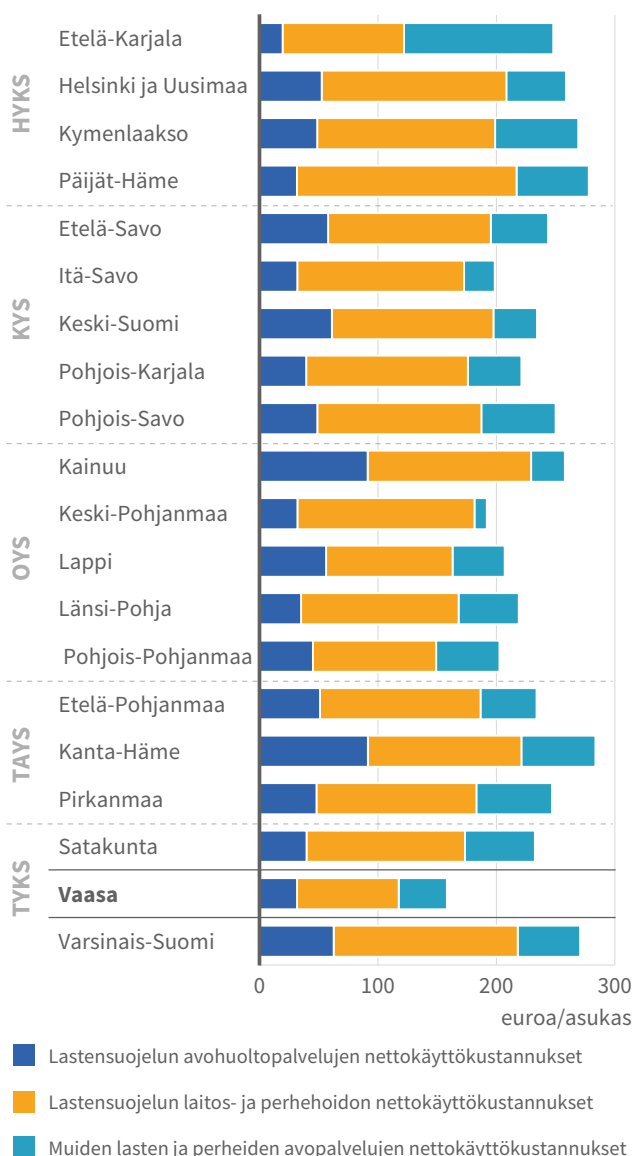
Uusia, alle 18-vuotiaita lastensuojelun avohuollon asiakkaita tuli maan vähiten; osuus on vuodesta 2008 pienentynyt, mutta hieman vähemmän kuin maassa keskimäärin (Kuvio10). Valvontaviranomainen on todennut, että monessa kunnassa lastensuojelun sosiaalityö on ruuhkautunut eivätkä asiakkaat saa tarvitsemiaan palveluja.

Kodin ulkopuolisia sijoituksia oli maan vähiten yhdessä Etelä-Karjalan kanssa; osuus on kuitenkin vuodesta 2009 kasvanut maan keskitasoa enemmän.

Kodin ulkopuolelle toistuvasti sijoitettujen lasten ja nuorten osuus oli maan toiseksi pienin.

Kiireellisesti sijoitettuja lapsia ja nuoria oli hie- man maan keskitasoa vähemmän; osuus on vuodesta 2008 kasvanut maan keskitasoa vastaavasti.

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



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

Kodin ulkopuolisissa sijoituksissa laitoksiin sijoitet-
tujen lasten ja nuorten osuus oli maan kolmanneksi
suurin (39 %), jota saattaa osittain selittää vakavan
päihdekäytön mahdollinen yleisyys sijoitusperuste-
ena. Sijoitukset perheisiin olivat puolestaan maan
keskitasoa, ja ammatillisiin perhekoteihin lapsia
sijoitettiin maan toiseksi vähiten. Valvontaviran-
omaisen mukaan alueen kunnat valvoivat yksityisiä
lastensuojelulaitoksia melko kohtuullisesti, vaikka
sijaishuoltopaikoista sekä sijaishuollossa olevien
lasten psykiatrisista palveluista on pulaa.

Nuorisopsykiatrian avohoitokäyntejä vähän

Lasten ja nuorten somaattisen erikoissairaanhoidon
avohoidon käyntimäärä on muusta maasta poike-
ten vähentynyt viime vuosina. Vuodeosastohoidon
käyttö oli puolestaan vuoden 2017 hieman maan
keskitasoa runsaampaa, vaikka diabetesta esiintyy
alle 15-vuotiailla maan vähiten.

Vuonna 2017 sekä lasten- että nuorisopsykiatrian
avohoitokäyntejä oli maan keskitasoa vähemmän.
Alueen mukaan palvelujen vähäisyys erityistasolla
lisää perustason palvelujen kysyntää. Tarkkailulä-
heteellä tahdosta riippumattomaan psykiatriseen

hoitoon siirrettyjä lapsia ja nuoria oli maan vähiten.
Osassa aluetta on perustasolle jalkautuva tiimi. Sys-
temaattiset konsultaatiokäytännöt ja palveluketju-
kuvaukset perus- ja erityistason välillä puuttuvat.
Tietoja lasten- ja nuorisopsykiatrian keskimääräi-
sistä odotusajoista sekä hoitotakuun toteutumisesta
vuoden 2018 lopussa ei ollut saatavilla.

Kustannustaso kuvastaa palvelujen vähäistä käyttöä

Lasten, nuorten ja perheiden palvelujen asukas-
kohtaiset, yhteenlasketut nettokäyttökustannuk-
set olivat maan pienimmät, 35,3 prosenttia maan
keskitasoa vähemmän. Muut lasten ja perheiden
avopalvelujen kustannukset olivat maan pienim-
pien joukossa (41 euroa / asukas), 24 prosenttia alle
maan keskitason. Lastensuojelun avopalvelujen
kustannukset olivat maan kolmanneksi pienimmät
(32 euroa / asukas), 37 prosenttia keskimääräistä
vähemmän. Lastensuojelun laitos- ja perhehoidon
kustannukset olivat kuitenkin maan pienimmät
(86 euroa / asuaks), 39 prosenttia keskimääräistä
vähemmän (Kuvio 11).

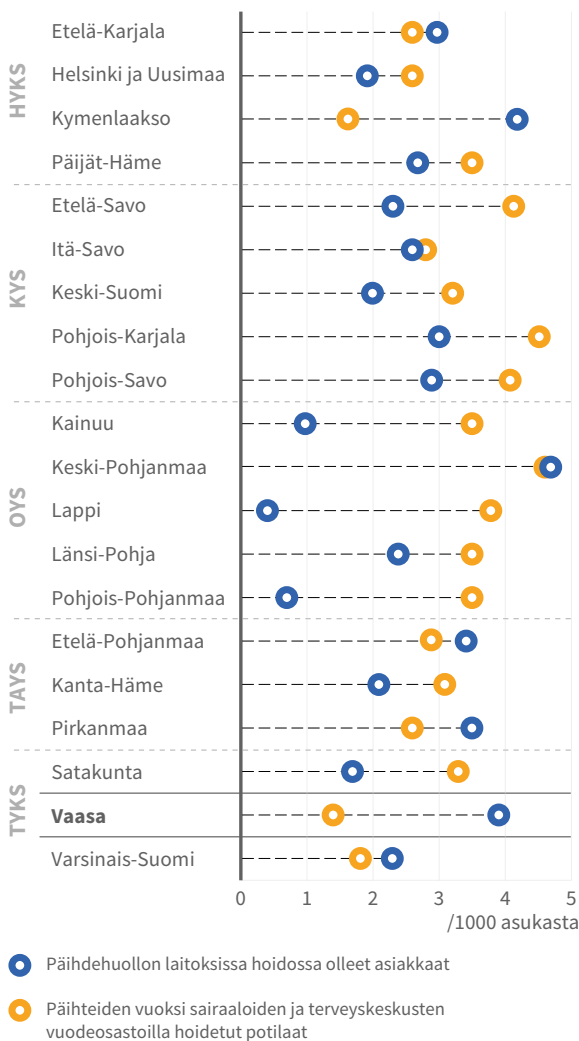
4.10 Aikuisten mielenterveys-, päihde- ja sosiaalipalvelut

Syrjäytymisriskissä olevia nuoria aikuisia oli maan vähiten. Toimeentulotukiasiakkuudet pitkittyvät maan keskitasoa harvemmin. Pitkäaikaistyöttömien osuus työttömistä on kasvanut viime vuosina runsaasta aktivointitoimenpiteistä huolimatta. Työttömien terveystarkastuksia tehtiin maan vähiten. Aikuisilla on runsaasti mielenterveysperusteisia sairauspoissaoloja. Mielenterveyspalvelujen käyttö näyttää vähäiseltä, mutta päihdepalvelujen runsaalta. Psykiatrisen laitoshoidon vähäisestä käytöstä huolimatta pakkotoimia käytetään runsaasti.

Aikuisten sosiaalipalvelujen tarve on maan keskitasoa selvästi pienempi

Alueella oli vähän pitkäaikaistyöttömiä ja nuorisotyöttömiä. Vaikka syrjäytymisriskissä oli noin 1 800 nuorta aikuista, heidän osuutensa vastaavanikä-

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



Merkin etäisyys pystyakselistasta kuvaa väestösuhteutettua asiakasmäärää palvelussa.

sistä oli maan pienin vuonna 2017. Myös perustoimeentulotukea saaneita oli vähän ja asiakkuudet pitkittyvät selvästi maan keskitasoa harvemmin. Perustoimeentulotukea myönnettiin maan toiseksi vähiten (76 euroa / asukas) eli yhteensä noin 12,9 miljoonaa euroa.

Kuntiin osoitetut toimeentulotukihakemukset käsiteltiin lakisääteisessä määräajassa maan keskitasoa vastaavasti (98 %). Täydentävää toimeentulotukea saaneita nuoria aikuisia ja aikuisia oli vähän. Suhteutettuna toimeentulotukea pitkäaikaisesti saaneiden määrään ehkäisevää toimeentulotukea on myönnetty maan keskitasoa enemmän, mikä voi kuvastaa toimivaa asiakasohjausta Kelasta kuntiin.

Osassa aluetta on käytössä chat-palvelu aikuisten sosiaalityössä.

Työttömiä aktivoidaan tehokkaasti, mutta pitkäaikaistyöttömien osuus työttömistä on kasvanut

Työttömien aktivointiaste oli maan korkein ja rakennetyöttömyys maan matalimpia (Kuvio 13). Alueen kuntien osarahoittama työmarkkinatuki oli maan pienin (39 euroa / asukas), yhteensä noin 6,6 miljoonaa euroa. Pitkäaikaistyöttömien osuus työttömistä on vuodesta 2015 kasvanut maan kolmanneksi eniten (+ 1,7 %, koko maassa - 1,3 %). Työttömille tehtiin terveystarkastuksia maan vähiten (0,8 % työttömistä, koko maassa 3,6 %). Työllistymistä tukevan toiminnan asukaskohtaiset nettokäyttökustannukset olivat maan pienimpien joukossa (58 euroa / asukas), 36 prosenttia alle maan keskitason.

Mielenterveyden häiriöt johtavat vain harvoin työkyvyttömyyseläkkeeseen – osasairauspäivärahaa käytetään runsaasti

Erytyiskorvattaviin lääkkeisiin psykoosin vuoksi oikeutettuja on maan vähiten, kuten myös tahdosta riippumattomaan hoitoon määrättyjä aikuisikäisiä.

Bentsodiatsepiinien käyttö on maan vähäisintä.

Maan suurin osa (54 %, koko maassa 44 %) niistä, joilla oli ollut itsemurha-ajatuksia, oli hakenut apua mielenterveyteen liittyviin ongelmiin. Itsemurhakuolleisuus oli kuitenkin maan keskitasoa vuonna 2017, mutta on ollut noususuunnassa viime vuodet. Hoitoon hakeutumisen kynnyks näyttää olevan matala, mutta palvelujärjestelmä ei ole onnistunut erityisen hyvin ehkäisemään kuolemia.

Mielenterveysperusteisesti sairauspäivärahaa saaneita nuoria aikuisia oli vähän, mutta aikuisten osuus oli maan toiseksi suurin. Mielenterveysperusteisia osasairauspäivärahakausia alkoi maan eniten. Mielenterveyden tai käyttäytymisen häiriöiden vuoksi työkyvyttömyyseläkkeellä olevia oli vähän.

Mielenterveyspalvelujen käyttö on maan keskitasoa vähäisempää

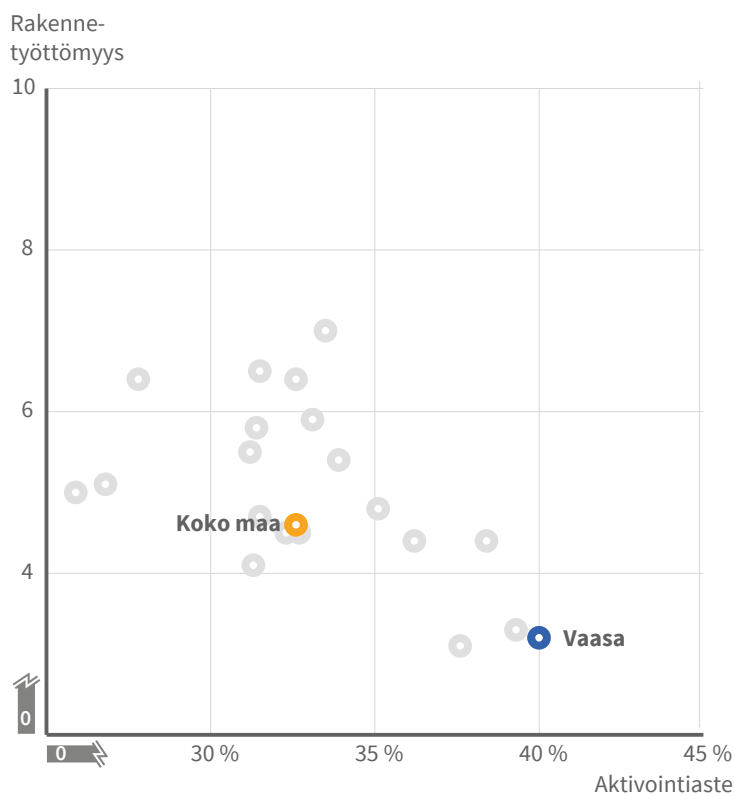
Aikuisten mielenterveyden avohoitoikäntejä oli vähän, 19 prosenttia maan keskitasoa vähemmän. Myös perusterveydenhuollon mielenterveyskäyntien määrä, kaikki ikäryhmät huomioiden, oli maan pienimpiä, 27 prosenttia maan keskiarvoa vähemmän. Kelan korvaaman kuntoutuspsykoterapian saatavuus oli maan keskitasoa heikompi. Perustason palveluntuottajilla ei ollut kattavasti tarjolla varhaisen vaiheen lyhytpsykoterapiaa.

Psykiatrian avopalveluja käytettiin hieman maan keskitasoa vähemmän: psykiatrian avohoitokäyntejä oli aikuisikäisillä vuonna 2017 hieman (16 %) maan keskitasoa vähemmän ja Kelan korvaamia käyntejä yksityispsykiatrilla maan kolmanneksi vähiten. Systemaattiset konsultaatiokäytännöt ja palveluketjukurvat perus- ja erityistason välillä puuttuvat.

Psykiatrian laitoshoidoa käytetään vähän. Ainoastaan aikuisväestön hoitoajat näyttävät hieman pitkittyvän.

Psykiatrisessa sairaalahoidossa käytettiin pakkotoimia maan kolmanneksi eniten vuonna 2017.

KUVIO 13. Rakennetyöttömyys ja aktivointiaste 2018.



Mielenterveyskuntoutujien ympärivuorokautisesti tuetuissa sekä ei-ympärivuorokautisesti tuetuissa asumispalveluissa oli asiakkaita maan keskitasoa vähemmän. Valvontaviranomaisen mukaan mielenterveysasiakkaita sijoitetaan myös ikääntyneiden palveluyksiköihin, mikä voi kuvastaa asumispalvelujen riittämättömyyttä. Lisäksi valvontahavaintoraportissa on mainittu puute mielenterveys- ja päihdekuntoutujien päivätoiminnasta sekä asumispalveluyksiköissä olevien asukkaiden sosiaalipalvelujen tarpeen arvioinnista.

FinSote-tutkimuksen mukaan vain 40 prosenttia asiakkaista koki sosiaalipalvelut sujuviksi; osuus on maan kolmanneksi heikoin.

Päihdehuollon avo- ja laitoshoidossa on paljon asiakkaita

Alkoholijuomia myytiin maan vähiten. Myös riskikäyttäjiä oli väestössä vähän. Alkoholikuolleisuus on vähentynyt vuodesta 2015 ja oli vuonna 2017 maan matalin. Vaikka huumausainerikoksia tuli poliisin tietoon maan keskitasoa enemmän, huumeidenkäyttäjien terveysneuvontapalvelujen käyttö oli hieman maan keskitasoa vähäisempää vuonna 2017.

Päihdehuollon laitoshoidon runsaudesta huolimatta avopalvelut painottuivat selvästi maan keskitasoa enemmän suhteessa ympärivuorokautisiin palveluihin. Päihteiden vuoksi vuodeosastohoitoa saaneita oli maan vähiten (Kuvio 12).

Päihdehuollon erityispalvelujen asukaskohtaiset nettokäyttökustannukset olivat maan keskitasoa (38 euroa / asukas), 7 prosenttia keskimääräistä suuremmat; kustannukset ovat vuodesta 2015 kasvaneet maan eniten.

4.11 Vammaisten palvelut

Vammaisten palveluasumisen asiakkaita on maan toiseksi eniten. Itsenäisemmän asumisen mahdollistavien asumispalvelujen saatavuus on kasvusta huolimatta edelleen vähäistä. Kehitysvammaisten pitkäaikaista laitoshoidtoa on vielä jäljellä. Korvaukset asunnon muutostöihin ja asuntoon kuuluvista laitteista ja välineistä on vähentyneet. Kuljetuspalvelujen painopiste on maan keskitasoa enemmän yleislain nojalla järjestettävissä palveluissa.

Hoitoa ja huolenpitoa tarvitsevien määrä on maan keskitasoa

Kelan myöntämien vammaistuen saajia näyttää olevan hieman maan keskitasoa vähemmän suhteessa väestömäärään. Vammaisille myönnettyjen palvelujen ja tukien kokonaismäärä oli vuonna 2017 maan keskitasoa.

Asumispalvelujen saatavuus on lisääntynyt - kevyempiä asumispalveluja on silti tarjolla vähän

Vaikeavammaisten palveluasumisen asiakkaita oli maan toiseksi eniten; vuodesta 2015 määrä on kasvanut maan toiseksi eniten.

Vuoden 2017 lopussa tuetun ja ohjatun asumisen asiakkaita oli maan vähiten; vuodesta 2015 määrä on kuitenkin kasvanut maan kolmanneksi eniten. Ympärivuorokautista palvelua kuvaavan autetun asumisen asiakkaita oli puolestaan maan keskitasoa vastaavasti; vuodesta 2015 määrä on kasvanut hieman maan keskitasoa enemmän (Kuvio 14).

Kehitysvammalaitoksissa pitkäaikaisesti asuvia asiakkaita oli vuoden 2017 lopussa hieman maan keskitasoa vähemmän

Asunnon muutostöistä tai asuntoon kuuluvista laitteista ja välineistä korvausta saaneiden asiakkaiden määrä on maan keskiarvosta poiketen hieman vähentynyt vuodesta 2009 (- 10 %, koko maassa + 16 %).

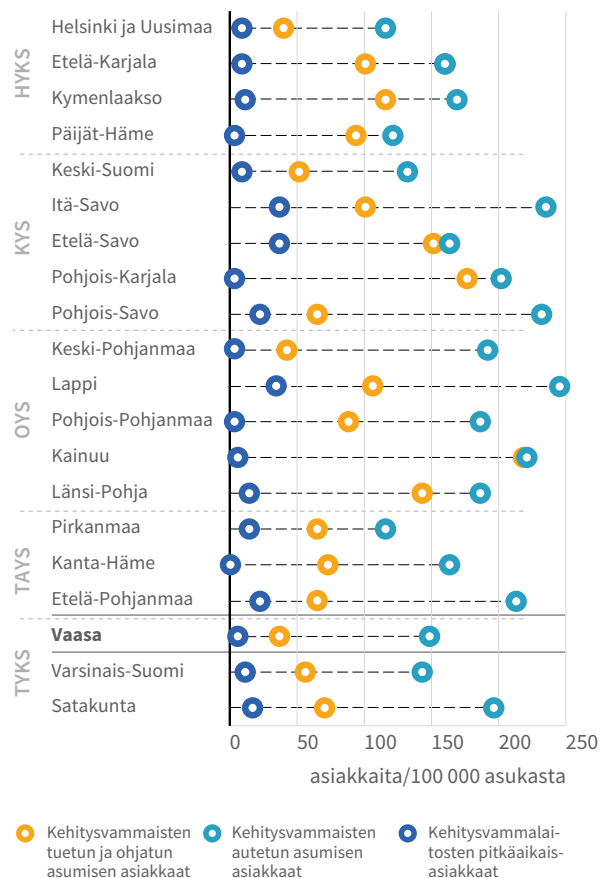
Liikkumista tukevia palveluja järjestetään yhä enemmän yleislain nojalla

Vammaispalvelulain perusteella järjestetyn kuljetuspalvelun saajia oli hieman maan keskitasoa enemmän; kustannukset ovat kuitenkin maan pienimpiä. Vastaavaa palvelua sosiaalihoitolain nojalla sai selvästi maan keskitasoa useampi; määrä on vuodesta 2015 kasvanut enemmän kuin maassa

keskimäärin, 50 prosenttia (koko maassa - 10 %). Ikäntyneiden osuus vaikeavammaisten kuljetuspalveluissa oli hieman maan keskitasoa suurempi.

Sosiaalihoitolain mukaisten kuljetuspalvelujen osuus myönnettyistä kuljetuspalveluista on vuodesta 2015 kasvanut seitsemän prosenttia (koko maassa - 1 %). Painopiste oli maan keskitasoa enemmän yleislain nojalla järjestettävissä kuljetuspalveluissa.

KUVIO 14. Kehitysvammaisten laitosis- ja asumispalvelujen asiakkaat 2017.



Merkin etäisyys pystyakselista kuvaa väestösuhteutettua asiakasmäärää palvelussa.

Vammaispalvelujen kustannukset vastaavat maan keskitasoa

Vammaisten palvelujen asukaskohtaiset nettokäytökustannukset olivat maan keskitasoa, 6 prosenttia alle maan keskitason. Vammaispalvelulain mukaisen palvelujen ja taloudellisten tukitoimien menot olivat maan keskitasoa, 7 prosenttia keskimääräistä

pienemmät. Vammaisten ympärivuorokautisen hoidon asumispalvelujen kustannukset olivat maan keskitasoa (170 euroa / asukas), 21 prosenttia yli maan keskitason. Vammaisten laitoshoidon kustannukset olivat maan keskitasoa (19 euroa / asukas), 16 prosenttia alle maan keskitason.

4.12 Ikääntyneiden palvelut

Gerontologisen sosiaalityön saatavuus näyttää puutteelliselta. Kotona asumisen tukemisen julkisesti rahoitetuilla tukipalveluilla on runsasta. Kotihoidon laatu vaikuttaa hyvältä. Perusterveydenhuollon päivystyskäynnit ovat kasvaneet. Erikoissairaanhoidon vuodeosastohoitoa käytetään runsaasti. Vaikka laitoshoidon kustannukset ovat edelleen suuret, palvelurakenteen keventäminen on edennyt nopeasti viime vuosina.

Ikääntyneiden palvelutarve on verrattain pieni

75 vuotta täyttäneistä yksin asuvia ja itsensä yksinäiseksi tuntevia oli vähän. Korotettua tai ylittä hoidotukea saavia eläkeläisiä oli alueen väestöön suhteutettuna maan toiseksi vähiten. FinSote-tutkimuksen mukaan 65 vuotta täyttäneet joutuivat rahanpuutteen vuoksi tinkimään ruoasta, lääkkeistä tai lääkärikäynneistä yhtä yleisesti kuin maassa keskimäärin. Kuitenkin vastaavasta ikäryhmästä toimeentulotuen saajia oli maan vähiten, mikä voi viitata puutteisiin gerontologisessa sosiaalityössä. Ikääntyneiden hyvinvointia ja terveydentilaa on käsitelty myös hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen osiossa.

Kotona asumista tuetaan tarjoamalla intensiivistä kotihoitoa ja tukipalveluja

Kotona asuvia oli saman verran kuin maassa keskimäärin (90,9 %, koko maassa 91,1 %); osuus on kuitenkin vuodesta 2013 kasvanut maan kolmanneksi eniten. Tukipalveluja saaneiden 75 vuotta täyttäneiden asiakkaiden osuus vastaavanikäisestä väestöstä oli maan suurimpia; vuoteen 2015 verrattuna osuus on muusta maasta poiketen kasvanut noin yhdeksällä prosentilla (koko maassa - 1 %).

Säännöllisen kotihoidon 75 vuotta täyttäneitä asiakkaita, joiden luona käydään 2–3 kertaa päivässä, oli maan kolmanneksi eniten. Niiden asiakkaiden osuus, joiden luona käydään vähintään kolme kertaa päivässä, oli puolestaan maan keskitasoa. Osassa aluetta kotihoidon käyntejä on mahdollista tehdä sähköisen kuvapalvelun kautta. Kotihoidon henkilöstöresurssit olivat maan keskitasoa (39 % ikääntyneiden palvelujen henkilöstöstä, koko maassa 36 %).

Alueella on vahvistettu kotihoitoa ja tehostetun palveluasumisen osuus on pysynyt samana (Kuvio 15).

Erikoissairaanhoidon vuodeosastohoidon käyttö on lisääntynyt

Perusterveydenhuollon päivystyskäyntien määrä oli 75 vuotta täyttäneillä maan keskitasoa; vuodesta 2015 käyntimäärien kasvu on ollut maan suurimpia (120 %, koko maassa 10 %). Näyttää siltä, että perusterveydenhuollon avosairaanhoido ei kykene vastaamaan palvelutarpeisiin, mihin viittaavat myös viiveet hoitopäivissä. Sen sijaan päivystyskäyntien määrä erikoissairaanhoidossa oli maan pienimpiä, 29 prosenttia keskimääräistä vähemmän. Kotihoitoa tukevaa ympärivuorokautista lääkärinkonsultaatiota oli saatavilla hieman keskitasoa vähemmän.

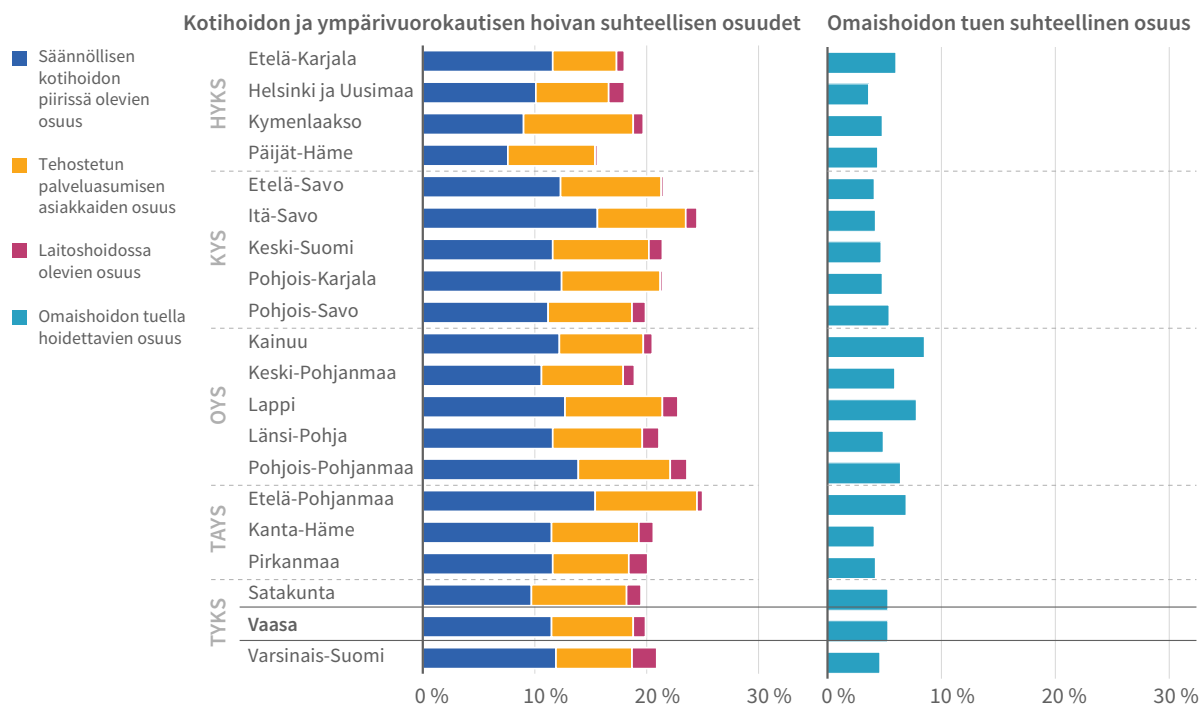
Kotihoidon asiakkailta oli päivystyksenä alkaneita hoitokasvoja joko sairaalan tai terveyskeskuksen vuodeosastolla maan toiseksi vähiten. Keskussairaalan toimittamien tietojen puutteista johtuen perusterveydenhuollon päivystyskäyttöä kuvaavat luvut ovat suuntaa-antavia.

Perusterveydenhuollon vuodeosastohoidon käyttö vastasi maan keskitasoa, vaikka yöaikaisen kotihoidon saatavuus oli hieman maan keskitasoa parempi. Vuodesta 2015 hoitopäivät ovat vähentyneet maan toiseksi eniten, mikä kuvastaa tehtyä rakennemuutosta. Somaattisen erikoissairaanhoidon vuodeosastohoidon käyttö oli runsasta vuonna 2017.

Alueen 75 vuotta täyttäneet käyttivät aikuisikäisten vuodeosastohoitopäivistä poikkeuksellisen paljon, noin puolet – osuus on maan toiseksi suurin.

Hoitopäivien määrä on vuodesta 2015 kasvanut maan eniten.

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



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

Länsi- ja Sisä-Suomen aluehallintovirasto totesi valvontahavaintoraportissaan, että tehostetun palveluasumisen kriteerit ovat tiukat eikä kaikkien kuntien kotihoito pysty vastaamaan tarpeisiin.

Ikääntyneiden lääkehoito on hyvin toteutettua, mikä heijastuu vakavien kaatumisten vähäisyyteen

Kotihoidon asiakkaiden lääkehoito ja ravitsemustila arvioidaan maan keskitasoa yleisemmin; tämä näkyy iäkkäille sopimattomien lääkkeiden vähäisempänä käyttönä. Muistisairaiden hyvän hoidon kriteeristö ja erityisesti kirjalliset ohjeet itsemääräämisoikeuden rajoittamisen käytännöistä ovat käytössä ympärivuorokautisen hoidon yksiköissä maan keskitasoa harvemmin.

Ympärivuorokautisen hoidon henkilöstön saattohoito-osaamisessa koettiin olevan lisäkoulutustarvetta maan keskitasoa enemmän. (THL, Vanhuspalvelujen tila -tutkimus.)

Kevyempien ja hyvinvointia tukevien palvelujen osuus kustannuksista on pieni

Ikääntyneiden palveluiden asukaskohtaiset, yhteenlasketut kustannukset olivat maan keskitasoa, 12 prosenttia yli maan keskitason. Kotihoidon kustannukset olivat hieman (+ 26 %) yli maan keskitason (235 euroa / asukas). Muiden ikääntyneiden palvelujen kustannukset olivat maan kolmanneksi pienimmät (68 euroa / asukas), 16 prosenttia alle maan keskitason; kustannukset ovat maan keskiarvosta poiketen vähentyneet vuodesta 2015. Ikääntyneiden ympärivuorokautisen hoidon asumispalvelujen kustannukset olivat maan keskitasoa (362 euroa / asukas), 17 prosenttia yli maan keskitason. Ikääntyneiden laitospalvelujen kustannukset olivat maan toiseksi suurimmat (83 euroa / asukas), 26 prosenttia yli maan keskitason.

5 Egentliga Finland

5.1 Expertutvärdering

Behovet av tjänster är mindre än genomsnittet

I Egentliga Finland är befolkningens behov av social- och hälsovårdstjänster lägre än i landet i genomsnitt. Sysselsättningsläget är bra, och andelen långtidsarbetslösa av arbetskraften ligger på landets medelnivå. Riklig alkoholkonsumtion och psykisk belastning bland vuxna ökar dock familjernas behov av tjänster, vilket tyder på ett större behov än genomsnittet av verksamhet som främjar den psykiska hälsan och drogfrihet. Befolkningens sjuklighet hör till den lägsta i landet.

I ordnandet av hälsovårdstjänster ligger tyngdpunkten på den specialiserade sjukvården. I ordnandet av socialservice ligger tyngdpunkten på heldygnssorg. Tillgången till tjänster varierar i olika kommuner, vilket medför ett ökat behov av enhetligare tjänster på regional nivå.

I Egentliga Finland är fältet för anordnare av tjänster mycket splittrat: på området finns sju samarbetsområden, och åtta kommuner producerar själva alla social- och hälsovårdstjänster. En del av de kommuner som hör till samarbetsområdena producerar själva socialservicen. Det finns två producenter av specialiserad sjukvård och även två producenter av specialomsorger för personer med utvecklingsstörning. På området har ingen förberedelse för frivilligt grundande av en samkommun för social- och hälsovård på landskapsnivå inletts.

Ökat antal jourbesök inom primärvården återspeglar svårigheter att få hjälp på annat håll

Trots att väntetiden i genomsnitt till icke-brådskande somatisk specialiserad sjukvård har blivit längre, har jourbesöken inom den specialiserade sjukvården minskat betydligt. Tyngdpunkten för jourbesöken har flyttats till primärvården, vilket tyder på att den öppna sjukvården och andra servicesystem inte i tillräcklig utsträckning motsvarar befolkningens behov av tjänster. En bakgrundsfaktor torde vara den försämrade läkarsituationen på hälsovårdscentralerna, vilket också leder till att besök på läkarmottagningen fördröjs.

Klientavgifter utgör oftare än genomsnittet ett hinder för tillgången till hälso- och sjukvårdstjänster, vilket tyder på att jämlikheten mellan olika utbildningsgrupper förverkligas sämre än genomsnittet. Detta är också förknippat med den ojämna inkomstfördelningen mellan olika hushåll, vilket framhävs på området.

Inom mun- och tandvården kan liten användning av de offentliga tjänsterna vara tecken på problem med tillgången, även om tillgången till icke-brådskande vård har förbättrats jämfört med året innan. Ett rikligt utbud av privata tjänster kan å sin sida försätta socioekonomiska grupper i en ojämlig ställning i fråga om tillgången till tjänster.

Tillgången till basservice för barn, unga och familjer motsvarar genomsnittet i landet. Tillgången till familjetjänster för tidigt stöd verkar dock vara något lägre än i landet i genomsnitt. Utvecklingstrender som beskriver behovet av barnskydd tyder också på brister i tillgången till tjänster på basnivå i tidigt skede och nätverkens funktion, vilket också framkommer av kostnaderna. Bakgrunden till ökat antal placeringar utom hemmet kan också vara otillräcklig psykiatrisk vård. Tillgången till somatisk specialiserad sjukvård för barn och unga verkar vara bra, och barnläkare som ambulerar inom primärvården främjar tillgången.

Bland unga vuxna är tillgången till psykoterapitjänster något bättre än i landet i genomsnitt. Korta vårdtider inom psykiatrisk institutionsvård kan tyda på bättre tillgång till boende- och öppenvårdstjänster för rehabiliteringsklienter inom mentalvården. Enligt tillsynsmyndigheten får rehabiliteringsklienter inom mental- och missbrukarvårdens boendeservice inte tillräcklig vägledning till annan socialservice. En minskning av antalet hepatit C-infektioner som smittat genom injicerade droger är tecken på bra tillgång till hälsoråd-givningstjänster för narkotikamissbrukare.

Den funktionella integrationen bör stärkas

En ökning av jourbesöken inom primärvården bland äldre personer kan tyda på brister i både tillgången till öppen sjukvård och integration inom tjänster för äldre och primärvård. Få stödtjänster för hemvården tyder också på detta. Det verkar som om knappa personalresurser inom hemvården försämrar tillgången till mer intensiva tjänster. Antalet vårddagar på vårdavdelningar är högt för äldre personer. Det här återspeglar den institutionsbetonade servicestrukturen, vilket också framkommer i kostnaderna. En bakomliggande orsak kan också vara otillräckliga öppenvårdstjänster på basnivå samt brister i integreringen på bas- och specialnivå. Vårdavdelningsperioder som har inlett jourmässigt är ringa för klienter inom hemvården. Det här kan tyda på en lätt klientstruktur inom hemvården, vilket i sin tur kan bero på otillräckliga tjänster som ersätter hemvård.

Befolkningen anser ofta att hälso- och sjukvårdstjänsterna är smidiga och positiva, vilket återspeglar flexibla serviceprocesser. Inom socialservicen för vuxna framkommer utöver det goda sysselsättningsläget på området även en lyckad samordning av tjänsterna. Minskat antal självmord kan vara tecken på integrering av aktörer inom mentalvårdsarbetet. Även lågt antal beviljade sjuk- eller invalidpensioner på grund av psykisk ohälsa i förhållande till det antal som har fått dagpenning på grund av på grund av psykisk ohälsa beskriver integrering mellan olika aktörer.

Den specialiserade sjukvårdens andel av områdets servicesystem är uppseendeväckande stor

Den specialiserade sjukvårdens andel av områdets social- och hälsovårdskostnader är procentuellt sett störst, men räknat i euro ligger kostnaderna per invånare på landets medelnivå. Den specialiserade sjukvården har en stor funktionell och ekonomisk roll i områdets servicesystem. Den specialiserade sjukvård som genomförs på området är dock relativt öppenvårdsbetonad, och tjänsteproducenterna förmår svara på invånarnas behov av specialiserad sjukvård på ett heltäckande sätt. Tjänsternas produktivitet verkar dock inte vara särskilt bra. Det stora antalet sjukhusfastigheter ökar kostnaderna. Dessutom kan modellen med två producenter orsaka problem i serviceprocessernas smidighet och öka risken för stort tjänsteutbud i relation till befolkningens behov. De många olika patientdatasystem som används inom hälso- och sjukvården ökar också risken för överlappande arbete tillsammans med primärvården.

Kostnaderna per invånare inom primärvårdens öppenvård hör dock till de lägsta i landet. Det här beskriver en betydande obalans mellan den specialiserade sjukvården och primärvården i områdets servicestruktur.

Basnivåns servicenätverk har inte komprimerats och omfattande fastighetsinvesteringar görs inom den specialiserade sjukvården

I Egentliga Finland ökade nettodriftskostnaderna per invånare för social- och hälsovården med tre procent, vilket motsvarar landets medelnivå. Kostnaderna utan behovsstandardisering var 1,3 procent högre än landets medelvärde; de behovsstandardiserade kostnaderna var två procent högre än landets medelvärde 2017.

Trots att försörjningskvotens gynnsamma utveckling har stärkt tjänsternas finansieringsbas, har kommunernas ekonomiska bärkraft försvagats under de senaste åren. Prognosen för utvecklingen av befolkningens åldersstruktur tryggar dock finansieringen bättre än genomsnittet.

I många av områdets kommuner pågår ekonomiska balanseringsprogram Enligt de uppgifter som har erhållits från området har inga betydande förändringar i basnivåns servicenätverk utförts under de senaste åren, trots att befolkningens mängd i de 17 kommunerna har minskat åren 2008–2018. Å andra sidan kommer antalet invånare enligt befolkningsprognosen att öka fram till 2030. Under de kommande åren kommer kostnadstrycket att öka till följd av det pågående nybyggnadsprojektet i sjukvårdsdistriktet, vars totalkostnadsbedömning uppgår till 157,4 miljoner euro. Områdets kommuner och sjukvårdsdistriktet har nyligen inlett ett samarbete, inom vilket man bereder styrprocesser för sjukvårdsdistriktets verksamhet och ekonomi.

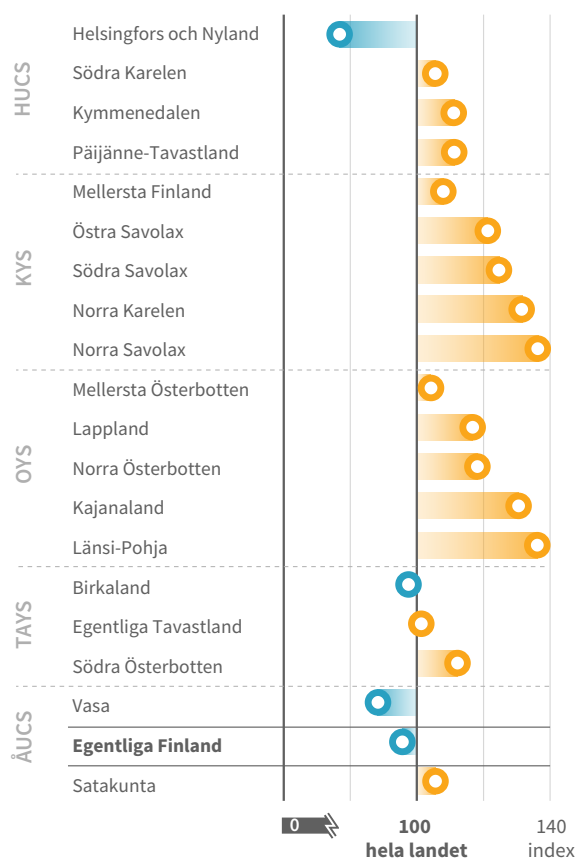
5.2 SVD-områdets gemensamma ärenden

Befolkningens behov av tjänster varierar från kommun till kommun

Egentliga Finland består av 28 kommuner och cirka 480 000 invånare. Området är det tredje största tätbefolkade området i landet och bosättningen är starkt koncentrerad kring Åbo stad.

På området varierar befolkningmängden kraftigt i de olika kommunerna (926–191 331). Kommunerna skiljer sig från varandra särskilt i fråga om åldersstrukturen, modersmålet och jämnheten i inkomstfördelningen. Långtidsarbetslösheten motsvarar landets medelnivå, men områdets interna skillnader är stor (0,3–4,1 % av arbetskraften). Även andelen unga vuxna utanför utbildning varierar i olika kommuner (4–18 %).

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.

Befolkningens sjuklighet hör till landets lägsta (figur 2), men variationer förekommer mellan olika kommuner (75–131). De sjukdomsspecifika indexen är låga; endast indexet för cancer motsvarar landets medelnivå.

Fältet för anordnare och producenter är mycket splittrat

På området finns sammanlagt 15 anordnare av social- och hälsovårdstjänster på basnivå (fyra samarbetsområden som verkar enligt ansvarskommunmodellen, tre samarbetsområden som verkar enligt samkommunmodellen och åtta kommuner). 14 kommuner producerar socialtjänsterna själva, antingen helt eller delvis.

Egentliga Finlands sjukvårdsdistrikt och Åbo stad producerar tjänster inom den specialiserade sjukvården. Både Kehitysvammaisten tuki- ja osaamiskeskus (KTO) och Kårkulla samkommun ansvarar för specialomsorger om utvecklingsstörda. Egentliga Finlands samkommun för barnskyddet producerar tjänster både inom vård utom hemmet och öppenvård i huvudsak till sina medlemskommuner.

Inom hälso- och sjukvårdstjänster finns ett utlokaliseringsavtal med Pansio-Perno hälsostation, som finns på Åbo stads område, fram till juli 2020.

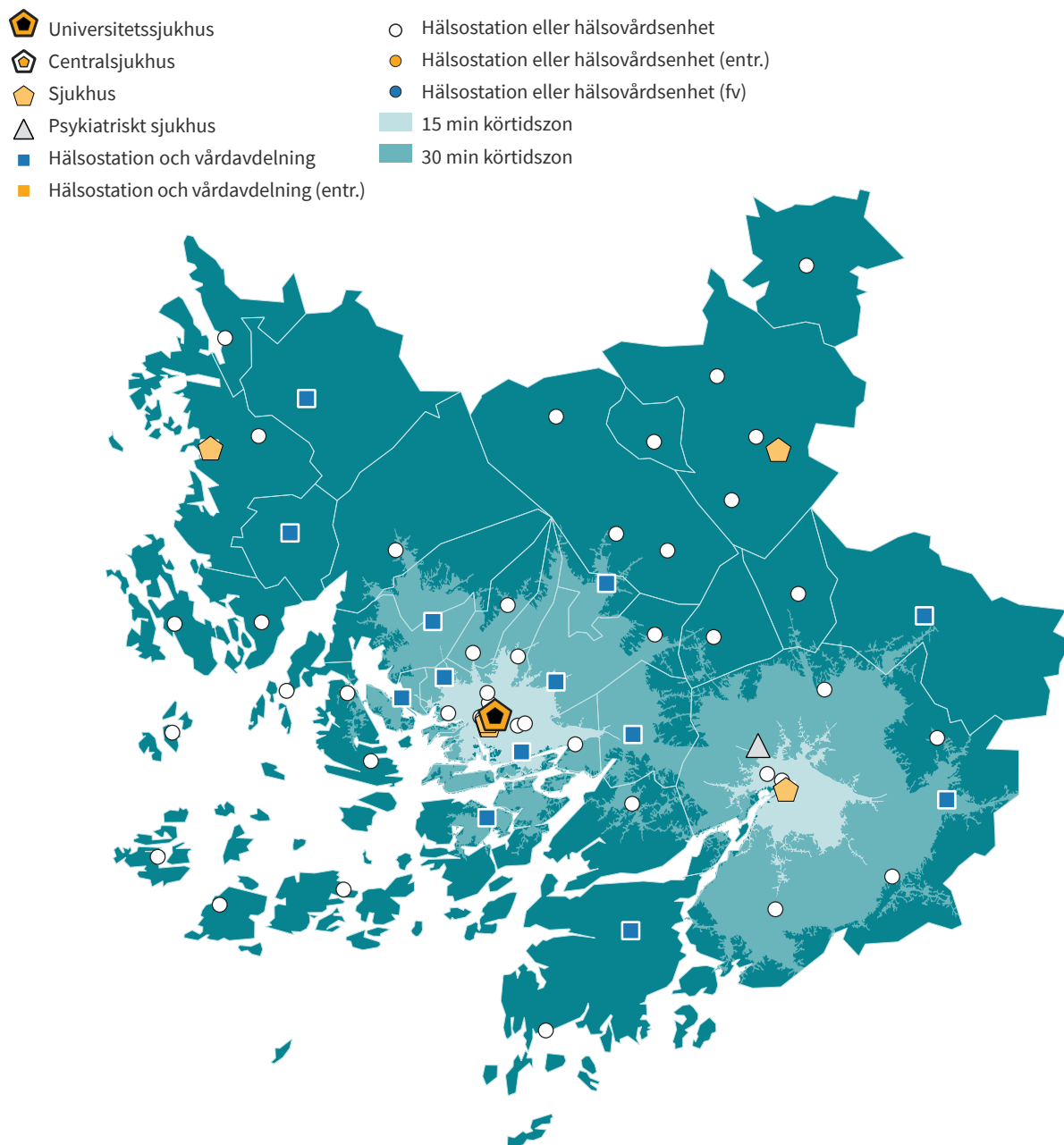
På området har ingen förberedelse för frivilligt grundande av en samkommun för social- och hälsovård på landskapsnivå inletts.

På området finns ett tätt servicenätverk

I området finns 45 hälsostationer och 14 hälsocentralsjukhus. På området finns också 10 offentliga sjukhus som producerar tjänster inom den specialiserade sjukvården: Åucs Stamsjukhus, Åucs kirurgiska sjukhus, Åucs Loimaa sjukhus, Åucs Salo sjukhus, Åucs Reso sjukhus, Åucs Vakka-Suomi sjukhus, Halikko psykiatriska sjukhus och Åbolands sjukhus samt Åbo stadssjukhus och Kaskenlinna rehabiliteringscenter (figur 3).

Trots de utredningar av servicenätverket för social- och hälsovården som har genomförts på området har inga betydande förändringar gjorts under de senaste åren. Loimaa stad planerar för närvarande att stänga två hälsostationer.

FIGUR 3. Servicenätverk för hälsovårdstjänster som anordnas i offentlig regi 2018.



De hälsovårdstjänster som anordnas i offentlig regi är indelade i sjukhus- och hälsostationstyper. Hälsostationerna är även indelade i verksamhetsställen 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.

Tyngdpunkten i de stora investeringarna ligger på fastigheter inom den specialiserade sjukvården

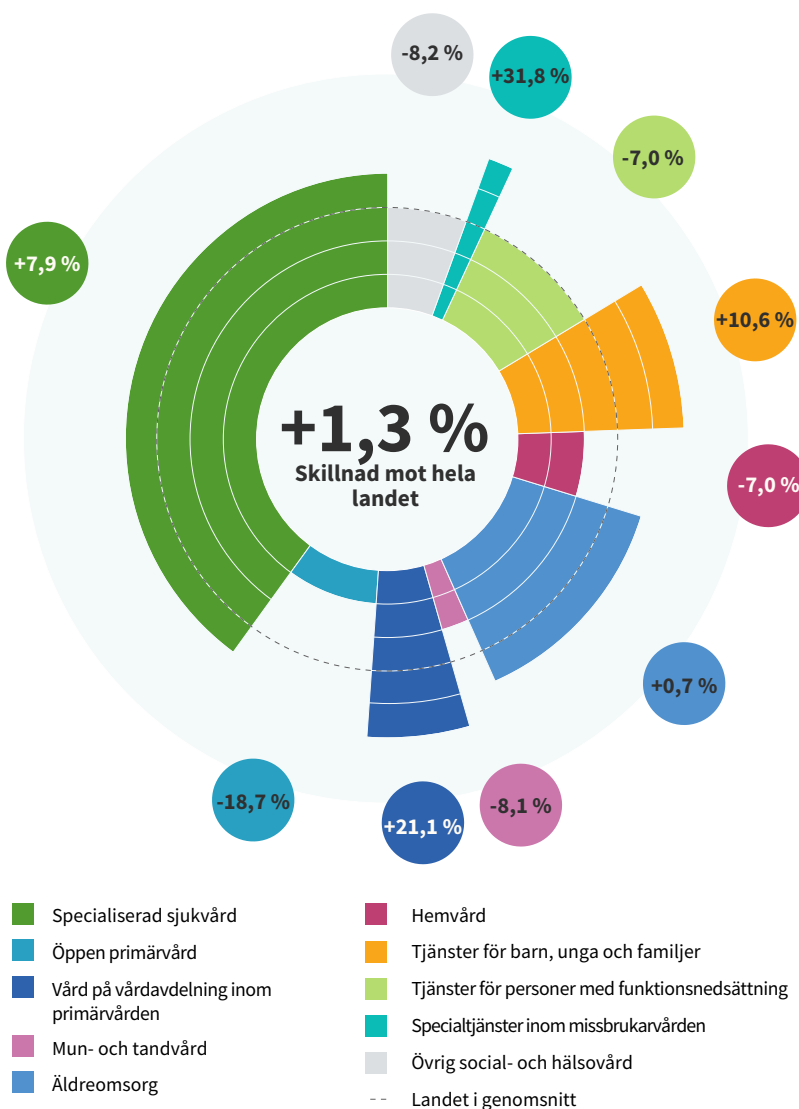
SHM har beviljat undantagslov för byggnadsinvesteringar inom social- och hälsovården till ett värde på cirka 212 miljoner euro. Till de största investeringarna hör Egentliga Finlands sjukvårdsdistrikts T3-sjukhus, där bland annat klinikerna för barnsjuk-

domar, gynekologi samt öron-näs-halssjukdomar kommer att finnas. Områdets enda förlossningsenhet kommer också att finnas på sjukhuset samt en operationsenhet som betjänar sjukhusets verksamhetsområden. Investeringar med undantagslov görs också i Åbo stad, där två boendeenheter med heldygnsvård för äldre personer färdigställs, samt i Kårkulla samkommun.

5.3 Social- och hälsovårdens finansiering och kostnader

Nettodriftskostnaderna per invånare för social- och hälsovården har ökat med tre procent sedan året innan. Under samma tid har ekonomin i områdets kommuner försämrats. År 2017 var de behovsstandardiserade utgifterna två procent högre än i landet i genomsnitt. Enligt prognosen ökar befolkningen på området, och åldrandet motsvarar medelnivån fram till 2030, vilket innebär att prognosen för hur social- och hälsovårdskostnaderna ökar följer landets medelnivå.

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 trots försörjningskvotens gynnsamma utveckling

I kommunerna i Egentliga Finland uppvisade redovisningsperiodens resultat per invånare underskott i 18 kommuner, medan endast två kommuner uppvisade underskott ett år tidigare.

I 14 kommuner minskade skatteinkomsterna per invånare jämfört med året innan. I Gustavs och Nådendal var skatteinkomsterna bland de högsta i landet. Helhetsmässigt minskade skattefinansieringen, det vill säga skatteinkomsterna och statsandelen per invånare, i 22 kommuner. Kommunernas inkomstskatteprocenter varierade mellan 18,75 procent (Gustavs) och 22,25 procent (Vehmaa).

Årsbidraget som beskriver inkomstfinansieringens tillräcklighet per invånare försämrades 2018 i alla områdets kommuner förutom i en kommun. I Oripää, Vehmaa och Mynämäki var årsbidraget per invånare bland de lägsta i landet. I Gustavs var årsbidraget per invånare å andra sidan bland de högsta i landet (725 euro/invånare).

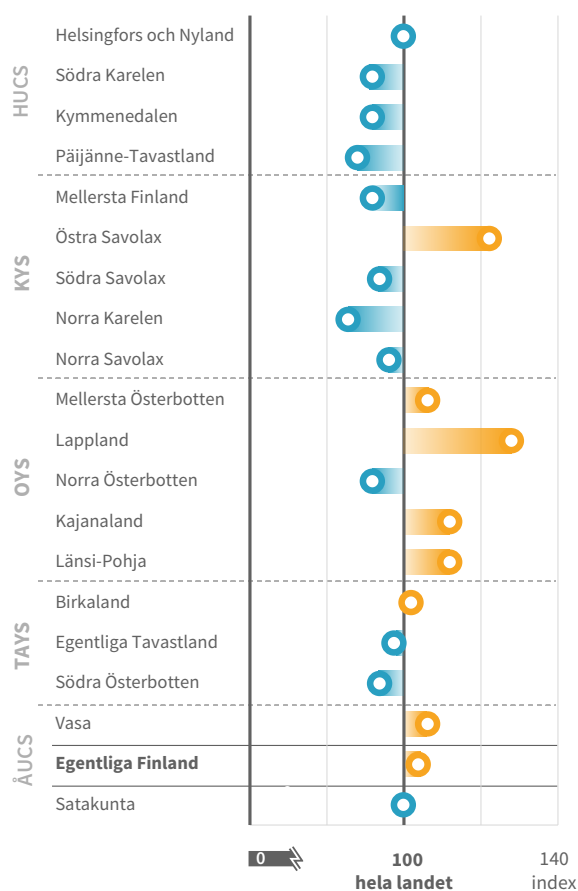
I fem av områdets kommuner redovisades ett negativt årsbidrag.

Årsbidraget räckte till för att täcka avskrivningarna i åtta kommuner 2018. Ett år tidigare täckte årsbidraget avskrivningarna i områdets samtliga kommuner förutom i fem kommuner. Resultatet för mätaren för årsbidrag-avskrivningar var bland landets svagaste i Vehmaa, Oripää och Mynämäki; i Tövsala och Pyhärinta var mätarens resultat bland de bästa i landet.

Kriterierna för utvärderingsförfarande i kommunkoncerner enligt 118 § i kommunallagen uppfylldes i Vehmaa två år i rad på grund av underskott i balansräkningen. Kommunen uppfyller därmed även villkoren för det sammanslagningsunderstöd enligt prövning som avses i 56 a § i kommunstrukturlagen. Kriskommunförfarande inleddes i början av september.

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.

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.

Många av områdets kommuner har ekonomiska balanseringsprogram. På området bildades hösten 2019 en grupp bestående av företrädare från kommunerna och sjukvårdsdistriktet, vars uppgift är att bereda gemensamma processer i kommunerna och sjukvårdsdistriktet för styrning av samkommunens ekonomi och verksamhet. För att stärka den ekonomiska bärkraften höjde tre av områdets kommuner inkomstskatteprocenten 2019, och Oripää höjde dessutom sin allmänna fastighetsskatteprocent.

Under detta år har tre kommuner i regionen beviljats höjning av statsandelen enligt prövning.

Den ringa andelen av social- och hälsovårdskostnaderna för primärvårdens öppenvård beskriver arbetsfördelningen inom produktionen

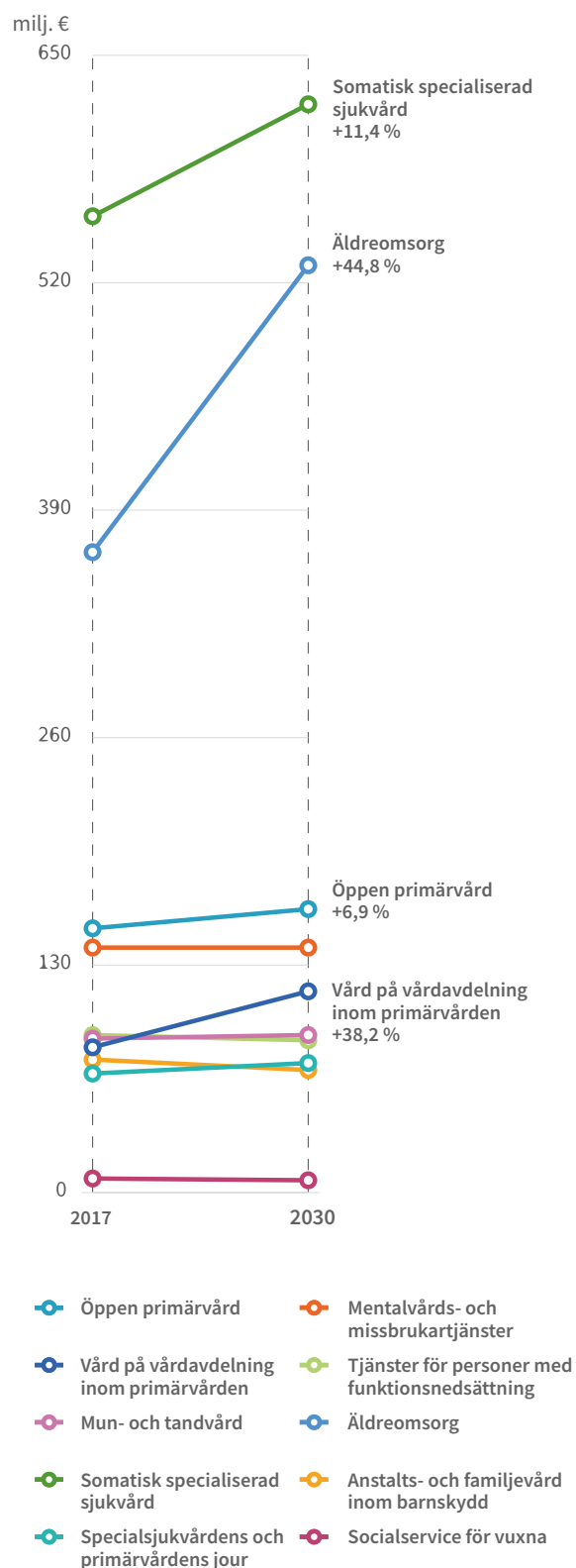
Nettodriftskostnaderna för social- och hälsovården (inte småbarnspedagogiken) i Egentliga Finland var 2018 sammanlagt 1,62 miljarder euro (3 362 euro/invånare). Nettodriftskostnaderna per invånare ökade med tre procent jämfört med året innan (hela landet 3 %) och var därmed 1,3 % högre än genomsnittet (figur 4). Nettodriftskostnaderna för social- och hälsovården var lägst i Rusko (2 372 euro/invånare) och högst i Gustavs (4 744 euro/invånare).

I Egentliga Finland stod den specialiserade sjukvården proportionellt sett för den största andelen av nettodriftskostnaderna (40 %, hela landet 38 %) och dess andel var landets tredje största. Tjänster för äldre stod för den näst största andelen (14 %, hela landet 14 %). Tjänster för personer med funktionsnedsättning stod för den tredje största andelen av kostnaderna (10 %, hela landet 10 %). Andelen för tjänster för barn, unga och familjer hörde till landets högsta (8 %, hela landet 4 %). Andelen för primärvårdens öppenvård av områdets nettodriftskostnader var landets lägsta (9 %, hela landet 11 %). Även hemvårdens andel var landets lägsta (5 %, hela landet 6 %). Andelen för specialtjänster inom missbrukarvården var landets högsta tillsammans med Helsingfors och Nyland (1,4 %, hela landet 1,1 %).

Social- och hälsovårdens behovsstandardiserade utgifter överskred landets medelvärde.

År 2017 var social- och hälsovårdens nettoutgifter i medeltal 3 100 euro per invånare i hela landet. I Egentliga Finland uppgick utgifterna till 3 137 euro per invånare, vilket var 1,2 procent mer än i landet i genomsnitt. Behovet av tjänster hos områdets befolkning var en procent lägre än genomsnittet. De behovsstandardiserade utgifterna² var två procent högre än i landet i genomsnitt (figur 5).

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.

I kommunerna i Egentliga Finland var befolkningens behov av tjänster som minst 19 procent lägre (Masku) och som störst 29 procent högre (Punkalaidun) än i landet i genomsnitt. De behovsstandardiserade utgifterna för social- och hälsovården var lägst i Rusko, 10 procent lägre än genomsnittet. Pargas hade områdets högsta behovsstandardiserade utgifter per invånare, 17 procent högre än landet i genomsnitt.

Det goda sysselsättningsläget i landet, den arbetsföra befolkningens stora andel samt det rikliga utbudet av privata tjänster tyder på att den befolkning som behöver tjänster hänvisas till offentliga tjänster i lägre grad än i landet i genomsnitt.

Prognosen för de ökade social- och hälsovårdskostnaderna följer landets medelnivå.

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 Egentliga Finland att öka med cirka två procent före 2030 (hela landet + 1 %). Under samma tidsperiod förutspås andelen 65 år fyllda öka med cirka 22 procent i området (hela landet 24 %).

Baserat på förändringarna i befolkningsstrukturen förväntas den reala tillväxten för social- och hälsovårdstjänsterna i Egentliga Finland uppgå till i genomsnitt 1,2 procent per år under 2017–2030 (hela landet +1,2 %). Kostnaderna för områdets social- och hälsovårdstjänster förutspås öka med totalt 17 procent före 2030 (hela landet 17 %). Kostnaderna för tjänsterna för äldre förväntas öka mest, med 45 procent (hela landet 50 %) fram till 2030. Den näst största utgiftsökningen förutspås inom primärvårdens vårdavdelningar (38 %, hela landet 40 %) (figur 5).

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.

5.4 Främjande av hälsa och välfärd

Främjandet av hälsa och välfärd ingår i planen för ordnande av social- och hälsovården. Koordinatorer för främjandet av hälsa och välfärd har utsetts i alla kommuner. Vårdperioderna på grund av fallolyckor bland äldre personer har ökat kraftigt. Befolkningens välfärd motsvarar medelnivån i landet, men överkonsumtionen av alkohol är uppseendeväckande i alla åldersgrupper.

Riktlinjerna för främjande av befolkningens välfärd och hälsa dras upp i planen för ordnande

Främjande av välfärd och hälsa ingår i social- och hälsovårdsplanen för Egentliga Finland. Åbo stad koordinerar det regionala nätverket för koordinatörerna för främjandet av hälsa och välfärd. Den första regionala välfärdsberättelsen färdigställdes 2018.

Organisationernas verksamhet når många hjälpbehövande i vardagen

Social- och hälsoorganisationernas understödscentral (STEA) beviljade finansiering bland annat till unga vuxna erfarenhetsexperter inom barnskyddet för verksamhet som stöder unga och närstående nätverk inom barnskyddet (Auta Lasta ry), till förebyggande av marginalisering bland kvinnor med invandrarbakgrund i arbetsför ålder och äldre (Daisy Ladies ry), till stärkande av digitala färdigheter och stöd av välfärden bland seniorer (Auralan Settlementti ry), till verksamhet med låg tröskel för flickor och kvinnor som behöver särskilt stöd på grund av psykiska symtom till följd av ensamhet, depression, social marginalisering, mångkultur och andra flickor och unga kvinnor som behöver särskilt stöd (Auralan Nuoret ry), samt till assistentcentrets frivilligverksamhet och utveckling av kamratstöd bland frivilliga (Sydvästra Finlands Muskelhandikappförbundet rf). På området pågår som en del av STEA:s understödshelhet Organisation 2.0 social- och hälsovårdsprojektet Organisation 113, som enligt områdets åsikt har ökat smidigheten i samarbetet mellan offentliga sektorn och organisationerna.

Utvecklingspotential finns ännu i det sektorsövergripande samarbetet för att främja välfärd och hälsa

Alla kommuner har utsett en person som ansvarar för att koordinera arbetet med att främja hälsa och välfärd. I 96 procent av kommunerna i området har

fullmäktige godkänt den omfattande välfärdsberättelsen. Enligt tillsynsrapporten från regionförvaltningsverket finns det dock kvalitetsbrister i välfärdsberättelserna. Knappt hälften av kommunerna har rapporterat om hälsoskillnader mellan olika befolkningsgrupper till fullmäktige; andelen hör till landets minsta,

och 67 procent informerade om kommuninvånarnas möjligheter att delta och påverka på sin webbplats. I två av de nio kommuner som har upprättat lokala säkerhetsplaner diskuterade välfärdsgrupperna och fattade beslut om åtgärder med anknytning till planen. Sektorsövergripande strukturer eller verksamhetsmodeller, inom vilka kulturell verksamhet som främjar välfärd och hälsa behandlas, fanns i hälften av kommunerna (hela landet 44 %).

I 80 procent av områdets kommuner ordnas riktade motionsgrupper för barn och unga som inte deltar i motions- och idrottsföreningarnas verksamhet

Motionsrådgivning ordnades i 78 procent av områdets kommuner. Totalt 72 procent av kommunerna rapporterade att de hänvisat klienter från social- och hälsotjänsterna till motionsrådgivningen.

Enligt tillsynsrapporten från regionförvaltningsverket minskade antalet verksamhetsprogram och organ som ansvarar för det förebyggande missbruksarbetet i områdets kommuner, vilket med tanke på riskkonsumtion av alkohol är en ogynnsam utveckling.

Befolkningens välfärd motsvarar medelnivån i landet

Andelen elever på årskurs 8 och 9 som upplevde ensamhet var år 2017 landets tredje lägsta tillsammans med Norra Karelen. Förekomsten av mobb-

ning i skolan låg dock något över landets medelnivå. Andelen personer i arbetsför ålder som tror att de sannolikt orkar arbeta fram till pensionsåldern var något högre än i landet i genomsnitt. Antalet skador och förgiftningar som krävde sjukhusvård var 2017 landets lägsta. Vårdperioder på grund av fallolyckor bland äldre personer låg 2017 på landets medelnivå, men sedan 2015 har de ökat mest i vårt land (96 %).

Utrymme för effektivisering av det förebyggande missbruksarbetet

År 2017 drack området åttonde- och niondeklassister i berusningssyfte något oftare än i landet

i genomsnitt. Andelen rökare i arbetsför ålder låg något över landets genomsnitt. Överkonsumtion av alkohol var nästhögst bland personer i arbetsför ålder och bland personer som fyllt 65 år. Bland äldre personer har överkonsumtionen ökat mer än i landet i genomsnitt sedan 2015. Konsumtionen avspeglade sig dock inte på siffrorna för alkoholdödlighet 2017. Andelen personer i arbetsför ålder som utövade motion på fritiden var landets tredje lägsta.

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

5.5 Hälsoskydd

Täckningen av vaccinationer enligt vaccinationsprogrammet varierar; influensavaccinationstäckningen bland äldre har ökat, men i synnerhet vaccinationstäckningarna bland barn är ganska låga med tanke på sjukdomsskyddet. Användningen av antibakteriella läkemedel är riklig. Antalet fall av antibiotikadiarré har minskat betydligt under de senaste åren. Influensavaccinationstäckningen bland vårdpersonal och läkare inom den specialiserade sjukvården är den bästa i landet.

Genomförandet av det nationella vaccinationsprogrammet motsvarar landets medelnivå

I Egentliga Finland låg influensavaccinationstäckningen för personer som fyllt 65 år på landets medelnivå (47 %, hela landet 48 %), men ligger ännu långt under den målnivå på 75 procent som har fastställts av Europeiska rådet. Täckningen har förbättrats från perioden 2014–2015 (+ 9 %-enheter), liksom på andra håll i landet.

Av de barn som föddes 2015 fick 99 procent minst en dos av det femvalenta vaccin som skyddar mot difteri, stelkramp, kikhosta, polio och sjukdomar orsakade av Hib-bakterier (99 % även i hela landet). Andelen barn som har fått hela vaccinationsserien (88 %) var betydligt lägre, vilket tyder på brister i genomförandet, dokumenteringen och informationsöverföringen av vaccinationerna.

Andelen barn som fått den första dosen vaccin mot mässling, påssjuka och röda hund (MPR) i 11–24 månaders ålder ligger på medelnivån i landet. (94 %, hela landet 93 %). Täckningen för MPR-vaccin sedan 2015 har förbättrats bäst i landet. Täckningen har årligen legat under 95-procents gränsen, varvid sjukdomens spridningsrisk har ökat.

Bland flickorna fick 60 procent det vaccin som skyddar mot livmoderhalscancer och dess förstadier dvs. HPV-vaccin.

Vaccinationstäckningen för HPV-vaccin ligger dock under de högsta täckningsgraderna i landet (70 %).

Andelen 14–16-åringar som fått boostervaccin mot difteri, stelkramp och kikhosta var tredje lägst i landet (87 %).

Personalen inom den specialiserade sjukvården har ett täckande skydd mot influensa

Trots att antalet klienter som besökte hälsorådgivningsställen för drogmissbrukare var landets högsta 2017, motsvarade uppkomsten av nya hepatit C-infektioner landets medelnivå. Antalet hepatit C-infektioner som smittat genom injicerade droger var landets näst lägsta, liksom i Kymmenedalen.

Den årliga förbrukningen av antibiotika (J01, antibakteriella läkemedel) per invånare har varit hög i flera år. Det här kan vara förknippat med praxis för läkemedelsbehandling bland privata tjänsteproducenter. Antalet fall av Clostridium difficile-diarré låg dock på landets medelnivå; minskningen sedan 2015 är den tredje största i landet, vilket tyder på effektiverade hygienåtgärder.

Influensavaccinationstäckningen bland vårdpersonal och läkare inom den specialiserade sjukvården var den bästa i landet (95 %).

5.6 Specialiserad somatisk sjukvård och prehospital akutsjukvård

Behandlingen av remisser hör till landets snabbaste. Den genomsnittliga väntetiden har dock förlängts mest i landet jämfört med året innan. Antalet öppenvårdsbesök ligger över landets medeltal, och jourbesöken har minskat mest i landet. Andelen som tas in som jourfall på vårdavdelning är lägst i landet, men mängden återbesök har ökat något.

Vårdgarantin uppfylls något bättre.

Till den specialiserade sjukvården inkom totalt cirka 101 000 remisser, vilket motsvarar landets medelnivå i förhållande till befolkningens mängd. Behandlingen av icke-brådskande remisser hörde till landets snabbaste; endast 0,5 procent (hela landet 1 %) av remisserna tog man ställning till över tre veckor efter det att remissen inkom. Behandlingen av remisser var något snabbare än året innan.

Den genomsnittliga väntetiden för icke-brådskande vård låg i slutet av året på landets medelnivå, 38 dygn (hela landet 32–55 dygn). Väntetiden förlängdes dock mest från året innan jämfört med hela landet. I slutet av 2018 låg antalet patienter som väntat på icke-brådskande vård i mer än ett halvår på medelnivån för landet. Vårdgarantin uppfylldes inte fullständigt, men antalet patienter som väntade på vård minskade något jämfört med året innan.

Andelen invånare från området som vårdades på ett annat sjukvårdsdistrikts område var landets lägsta.

Användningen av den specialiserade sjukvårdens jour har minskat

Antalet jourbesök inom den specialiserade sjukvården låg på landets medelnivå, 7 procent över genomsnittet. Antalet har minskat mest i landet sedan 2015 (- 34 %, hela landet + 4 %). Detta beror delvis på att bokföringspraxisen har förenhetligats. Åbo stads jourbesök har 2018 statistikförts inom den specialiserade sjukvården.

Av de avslutade vårdperioderna inleddes 40 procent som jourfall 2017, andelen är landets lägsta. En bakomliggande orsak kan bland annat vara, att man kommer till jourmottagningen på grund av relativt lindriga hälsoproblem.

Andelen öppenvårdsbesök inom den specialiserade sjukvården var 23 procent högre än medelnivån i landet.

Användningen av vårdavdelningar hörde till landets lägsta 2017.

Komplikationer i samband med vårdperioder var under året 1 700, vilket motsvarar landets medelnivå. Andelen ersatta patientskador motsvarade även medelnivån 2017.* Andelen vuxna som återkom till jourmottagningen inom två dygn har stigit något (1,5 %) jämfört med året innan, vilket kan tyda på för tidig hemförloving.

Enligt områdets åsikt varierar konsultationspraxis mellan special- och basnivån inom olika specialiteter.

Prehospital akutsjukvård behövs i mindre utsträckning än genomsnittet

Antalet prehospitala akutsjukvårdsuppdrag i förhållande till befolkningens mängd hör till landets lägsta. Antalet prehospitala akutsjukvårdsuppdrag per kvadratkilometer var något över landets medelnivå, vilket är i linje med områdets befolkningstäthet.

Den genomsnittliga insatstiden för uppdrag i angelägenhetsklass A motsvarade landets medelnivå i centralorter (5 min.), liksom för bebodda områden utanför tätorter (14 min.). I andra tätorter var tiden för den prehospitala akutssjukvårdens ankomst tredje längst i landet (8 min.).

Det finns potential för förbättringar av produktiviteten

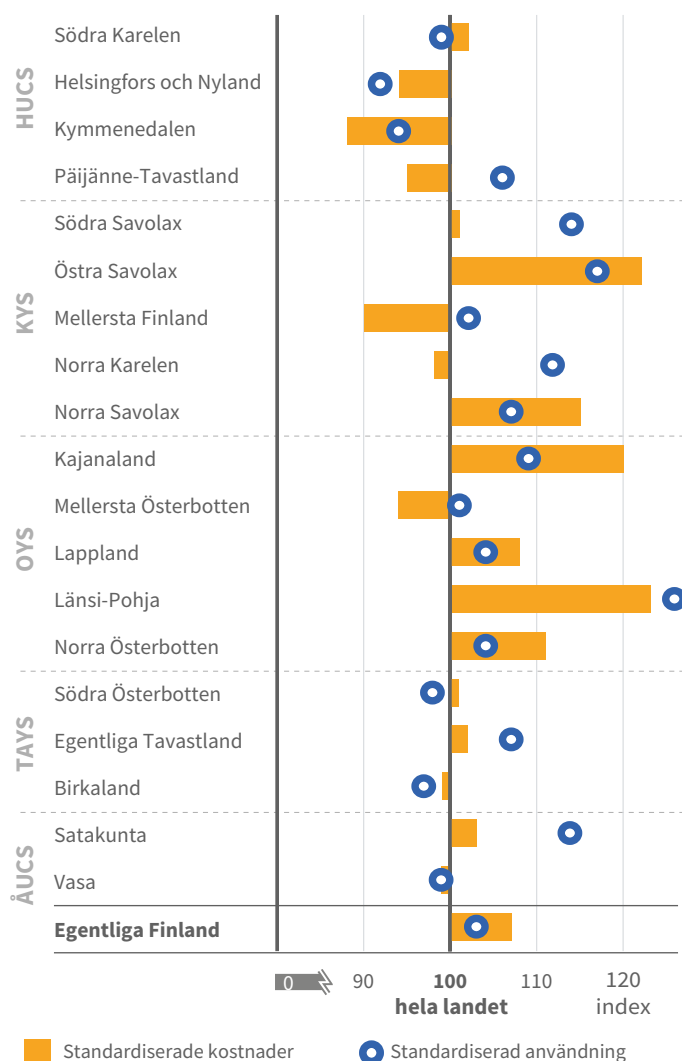
I Egentliga Finland låg nettodriftskostnaderna per invånare för den specialiserade sjukvården (1 347

*Jämförelsen mellan de olika områdena försvaras på grund av olika sätt att dokumentera komplikationer och skillnader i vägledningen av patienter gällande skadeanmälningar.

euro/invånare) på landets medelnivå, 8 procent över landets medelvärde.

År 2017 var de ålders- och könsstandardiserade kostnaderna enligt kostnadsindexet för den specialiserade somatiska sjukvården sju procent högre än landets medelnivå. Den specialiserade somatiska sjukvårdens tjänster användes, granskat i ålders- och könsstandardiserade regionala episoder, i tre procent högre grad än i landet i genomsnitt; indexet för användningen av specialiserad somatisk sjukvård låg på landets medelnivå (figur 8). Den specialiserade somatiska sjukvårdens produktivitet på sjukhus-, områdes- och specialitetsnivå beskrivs närmare i THL:s publikation om sjukhusens produktivitet 2017 (THL, Sairaaloiden tuottavuus 2017).

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.

5.7 Primärvård

Möjligheten att få komma till en läkarmottagning inom en vecka var näst sämst i landet, men vårdgarantin uppfylldes något bättre än medelnivån i landet. Läkarsituationen hade försämrats något jämfört med året innan. Trots satsningar på vården av folksjukdomar hade jourbesöken ökat. Hälso- och sjukvården upplevs som smidig. Graden av dokumentation var landets tredje bästa.

I arbetsfördelningen mellan olika yrkesgrupper finns utvecklingsmöjligheter.

75 procent av områdets invånare skötte ärenden på hälsovårdscentralerna. Antalet klienter inom öppenvården hörde till landets lägsta, men besöken, inklusive läkarbesöken, låg i förhållande till befolkningen på landets medelnivå. Från 2015 har antalet läkarbesök minskat något mer än i landet i genomsnitt (10 %, hela landet 6 %). Antalet påverkas av att man på en del av området antecknar läkarbesök för klienter inom hemvård och boende med heldygnsomsorg inom tjänster för äldre. Befolkningens upplevelse av läkartjänsternas tillräcklighet vid mottagningarna var positivare än i landet i genomsnitt.

Antalet besök hos sjukskötare var 1,6 gånger så många som antalet läkarbesök

Befolkningens upplevelse av sjukskötartjänsternas tillräcklighet vid mottagningarna var å sin sida något mer negativa än i landet i genomsnitt. Antalet fysioterapibesök var något högre än i landet i genomsnitt.

Användningen av e-tjänster var inte särskilt allmän. Man använde dock Virtuella sjukhuset, Omaolo-tjänsten samt Jourhjälp 116117. På en del av området erbjuds icke-brådskande mottagningsverksamhet kvällstid.

Den relativa ojämlikheten mellan grupper med olika utbildningsnivåer var enligt FinSote-undersökningen något allmänare än i landet i genomsnitt beträffande om höga klientavgifter har utgjort ett hinder för vård.

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	
	Egentliga Finland	Hela landet	Egentliga Finland	Hela landet
Muskuloskeletal sjukdomar	16,4	16,4		
Sjukdomar i cirkulationsorganen	13,4	10,5		
Blodtryckssjukdom (personer som fyllt 25 år)	6,8	4,7	8,9	10,3
Olycksfall	3,9	6,7		
Akut infektion i övre luftvägarna	4,2	4,8		
Diabetes	4,8	3,3	6,2	6,3
Astma	1,3	1,4	4	4,9
Obstruktiv lungsjukdom (åldersstandardiserat)	0,5	0,5	3,9	4,8
Demens	0,4	0,4		

Besöksorsaken för läkarbesök antecknas på ett heltäckande sätt.

Enligt Arbetshälsoinstitutets enkät kan 47 procent av befolkningen i åldern 16–64 år använda företags-hälsovårdstjänster, vilket är en av landets lägsta andelar (hela landet 56 %).

Satsningen på vården av folksjukdomar framkom i läkarbesöken och vård på vårdavdelningar (tabell 3). Vårdperioder på grund av astma, kronisk obstruktiv lungsjukdom och hjärtsvikt var färre än i landet i genomsnitt. Antalet läkarmottagningsbesök på grund av högt blodtryck och diabetes var relativt högt i jämförelse med den uppskattade sjukligheten baserad på rätten till specialersättning.

Besöksorsaker på läkarmottagningen antecknas på ett heltäckande sätt (82 % av besöken) (figur 9).

Möjligheten till besök på läkarmottagningen inom en vecka var näst sämst i landet

I oktober 2018 fick 65 procent av patienterna vänta i mer än en vecka efter att vårdbehovet bedömts på att träffa en läkare med anledning av ett icke-brådskande ärende, vilket är den näst största andelen tillsammans med Satakunta (hela landet 56 %). Andelen patienter som måste vänta över tre månader på en mottagningstid, vilket strider mot vårdgarantin, var dock något lägre än i landet i genomsnitt (1,7 %, hela landet 2,7 %).

Läkarbristen vid hälsocentralerna låg i oktober 2018 något under landets medelnivå (4 %, hela landet 5,7 % av läkartjänsterna). Situationen hade försämrats något jämfört med året innan. Användningen av inhyrda läkare var högre än i landet i genomsnitt.

En bra täckning för deltagande i papascreening kan vara en förklaring till goda vårdresultat vid livmoderhalscancer

Trots riklig användning av antibiotika fick patienterna ordinationer på mikrobiäkemedel för behandling av ospecifika övre luftvägsinfektioner i samma utsträckning som i landet i genomsnitt.

År 2017 var deltagandet i screeningundersökningar täckande, särskilt i fråga om screening för cancer i livmoderhalsen (papa). Vårdresultaten vid livmoderhalscancer och bröstcancer hörde till de bästa i landet 2017.

Andelen klienter som hade en positiv klientupplevelse av hälso- och sjukvårdstjänsterna var

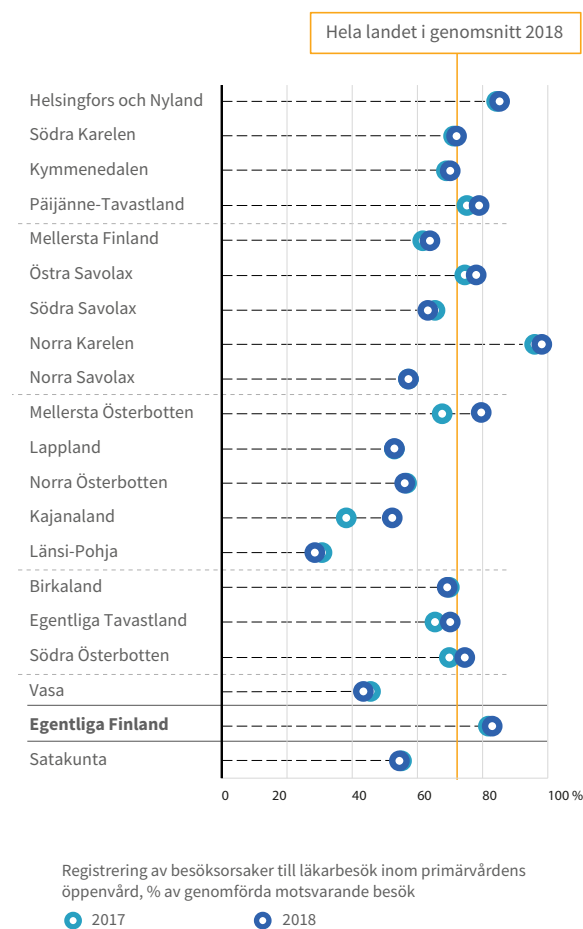
landets näst högsta (54 %, hela landet 51 %). Även upplevelsen av smidig användning av hälso- och sjukvårdstjänster var landets tredje bästa (58 % av klienterna, hela landet 50 %).

Tyngdpunkten i jourverksamheten har övergått till primärvården

Andelen jourbesöken inom primärvården (inkl. samjouren) var hög och låg 52 procent över landets medelnivå; antalet hade ökat mer än i landet i genomsnitt sedan 2015 (52 %, hela landet 15 %). Besöksmängden påverkas av att jourbesöken inom primärvården i Åbo antecknades inom den specialiserade sjukvården. Detta beror delvis på att bokföringspraxisen har förenhetligats.

Antalet patienter på primärvårdens vårdavdelningar motsvarade medelnivån i landet, men antalet vård dagar låg över medelnivån. Minskningen av

FIGUR 9. Skillnader i registrering av besöksorsaker mellan områdena 2017 och 2018.



antalet vårddagar sedan 2015 har varit mindre än i landet i genomsnitt. Antalet vårddagar återspeglar återstående långvarig institutionsvård vid hälsocentraler och sämre tillgång än i genomsnitt till hemvård nattetid för äldre personer.

Primärvårdens andel i skötseln av sjukdomsbelastningen verkar med tanke på kostnaderna vara ringa

I Egentliga Finland var nettodriftskostnaderna för primärvårdens öppenvård landets lägsta (298 euro/

invånare), 19 procent under landets medelnivå. Kostnaderna för primärvårdens avdelningsvård var aningen högre än landets medelnivå (189 euro/invånare), 21 procent över landets medelnivå. Totalkostnaderna för läkemedel som ersätts låg på landets medelnivå (379 euro/invånare), ökningen från året innan var landets tredje högsta (5 %).

5.8 Mun- och tandvård

Utifrån väntetiden till icke-brådskande besök hade tillgången till vård förbättrats jämfört med året innan. Antalet vuxna klienter som behöver många tjänster har minskat kraftigt. Kostnaderna per invånare för den offentliga och den privata mun- och tandvården är nästan lika höga.

Användningen av både offentliga och privata tjänster har minskat

Användningen av tjänster inom den offentliga mun- och tandvården var liten på området. Minskningen av både antalet klienter och besök sedan 2015 var landets näst största. Antalet FPA-ersatta besök hos tandläkare och munhygienister inom den privata tandvården var å andra sidan det högsta i landet. Även dessa besök har minskat mest sedan 2015.

I oktober 2018 var tillgången till vård något bättre än genomsnittet: över hälften (60 %) inom den offentliga vården fick komma till tandläkare inom tre veckor efter att vårdbehovet bedömts. Tillgången till vård har förbättrats jämfört med året innan. Befolkningens upplevelse av tandläkartjänsternas tillräcklighet var något bättre än för landet i genomsnitt.

Antalet klienter som behöver många tjänster har minskat

Hos dem som har genomgått grundundersökning av munnen motsvarade kariesangripna, lagade eller avlägsnade tänder hos personer som fyllt 12 år landets medelnivå. Bland dem motsvarade andelen med friska tänder landets medelnivå, andelen hade ökat en aning jämfört med året innan. Endast ett

fåtal 12-åringar hade rikligt med karies; visserligen saknades uppgifterna från 32 procent av områdets kommuner. *

Andelen klienter inom mun- och tandvården som inte behöver behandling på grund av karies eller tandköttsjukdomar är landets tredje högsta (78 %, hela landet 65 %), sedan 2015 har andelen ökat till landets näst högsta. Det här kan vara tecken på en allmän förbättring av munhälsan och ett minskat behov av tjänster.

Antalet vuxna klienter som behöver många tjänster ligger på landets medelnivå, men andelarna har minskat mest i landet sedan 2015. Det här tyder på att behovet av tjänster har minskat, snabbare tillgång till vård eller att vårdprocesserna har effektiviserats.

Kostnaderna inom den offentliga mun- och tandvården har minskat

Nettodriftskostnaderna för den offentliga mun- och tandvården per invånare var landets näst lägsta (75 euro/invånare), 8 procent under landets medelnivå; kostnaderna har minskat näst mest sedan 2015. Kostnaderna för den privata tandvården var å andra sidan landets högsta (76 euro/invånare), 22 procent över landets medelnivå.

*Kommunerna hänvisar 12-åringar till hälsoundersökningar på olika grunder, vilket bör beaktas i jämförelsen.

5.9 Tjänster för barn, unga och familjer

Familjetjänster för tidigt stöd används något mindre än i landet i genomsnitt. Bedömningarna av servicebehovet inom barnskyddet har blivit något snabbare än året innan. Antalet placeringar utom hemmet och brådskande placeringar har ökat. Andelen institutionsplaceringar är landets högsta, vilket framkommer i kostnaderna. Särskilt öppenvårdsbesöken inom ungdomspsykiatrien låg under landets medelnivå. Antalet öppenvårdsbesök inom den specialiserade somatiska sjukvården var högt.

Tillgången till tjänster har förbättrats

Områdets nativitet låg en aning under landets medelnivå 2017. En del av områdets rådgivningar hade kvällsöppet och det fanns även tillgång till öppenvårdsrådgivningar utan tidsbokning. Största delen av områdets kommuner är med i landskapets rådgivnings-chatt.

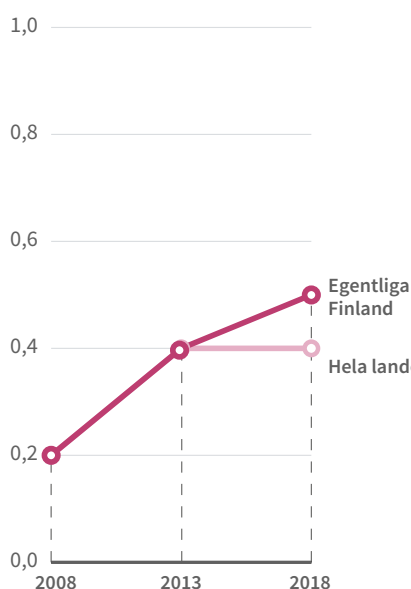
År 2017 var antalet barn under skolåldern som hade upplevt olägenheter av sina föräldrars över-

drivna alkoholkonsumtion högre än i landet i genomsnitt, vilket återspeglar riskkonsumtionen av alkohol bland vuxna. Läkarresurserna inom studerandehälsovården var bäst i landet 2017. Trots detta har tillsynsmyndigheten pekat på problem i tillgången till vård inom studerandehälsovården.

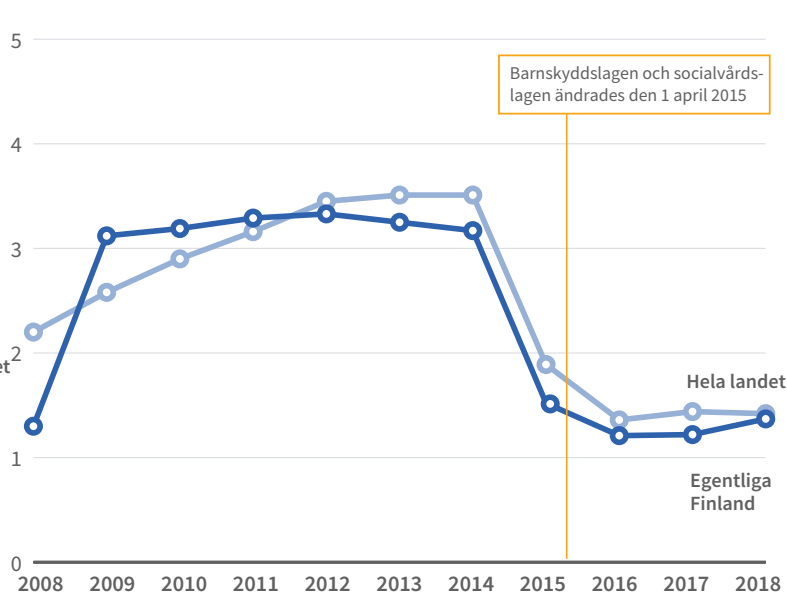
I en del av områdets högstadier och läroanstalter på andra stadiet finns psykiatriska sjukskötare och i daghemmen socialhandledare. Högstadielävernas

FIGUR 10. Nya klienter hos barnskyddets öppenvård samt andelen i brådskande ordning placerade barn i området och i hela landet.

Antalet barn i åldrarna 0–17 år som placerats i brådskande ordning, % av befolkningen i samma ålder



Nya klienter i åldrarna 0–17 år inom barnskyddets öppenvård, % av befolkningen i samma ålder.



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.

upplevelser av att de har fått tillräckligt med stöd och hjälp av skolkuratoren var landets näst sämsta.

Tillgången till tjänster för tidigt stöd är något sämre än i landet i genomsnitt.

Barnfamiljerna fick familjetjänster enligt socialvårdslagen i aningen mindre utsträckning än i landet i genomsnitt. Den genomsnittliga väntetiden till det första besöket på fostrings- och familjerådgivningen var dock landets kortaste (17 dygn, hela landet 23 dygn). Enligt områdets åsikt skiljer sig resurserna och innehållet i tjänsterna enligt socialvårdslagen betydligt i de olika kommunerna.

Antalet barn och unga placerade utanför hemmet har ökat

Antalet barnskyddsanmälningar var något fler än i landet i genomsnitt. Det här återspeglar antingen bättre identifiering av problem eller brister i de förebyggande tjänsterna. I oktober 2018 motsvarade tidsfristerna för inledning av bedömning av servicebehovet inom barnskyddet (98,8 %) och slutförandet (96,4 %) genomsnittet i landet. Jämfört med motsvarande period året innan hade situationen förbättrats en aning.

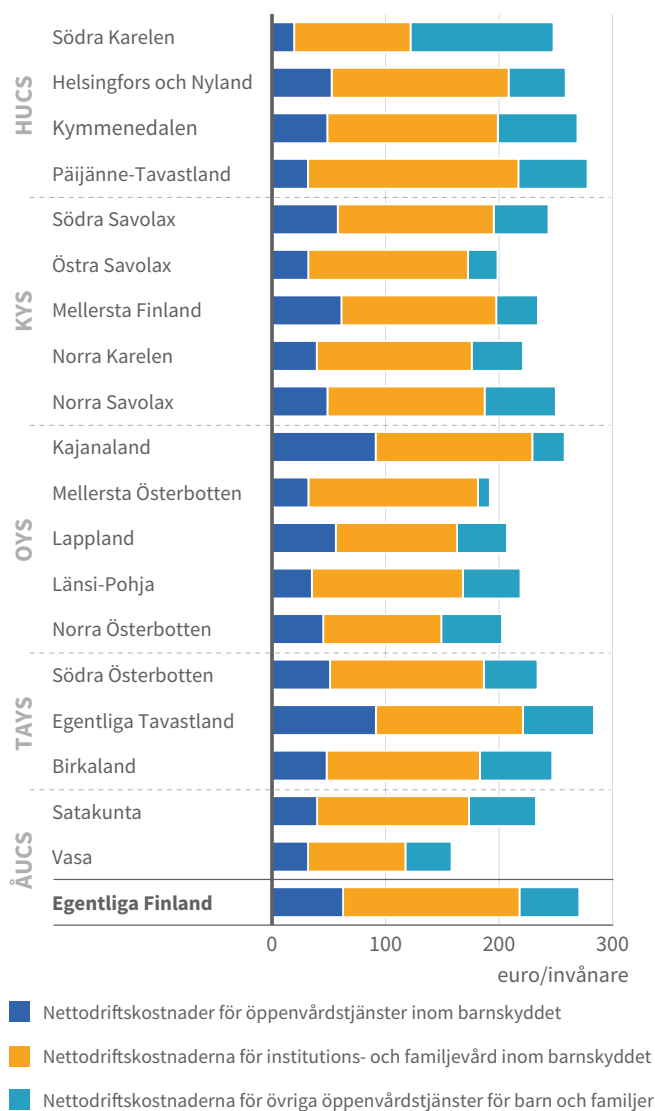
Antalet nya klienter under 18 år inom barnskyddets öppenvård motsvarade medelnivån i landet. Andelen har hållits på nästan samma nivå sedan 2008, medan andelen har sjunkit i hela landet (figur 10). Enligt områdets åsikt varierar så kallad gränsdragningspraxis för klientrelationer mellan socialvårds- och barnskyddslagen ännu från kommuntill kommun.

Andelen barn och unga som placerats utom hemmet sedan 2009 hade ökat mer än i landet i genomsnitt.

Antalet barn och unga som placerats brådskande var en aning fler än i landet i genomsnitt; andelen har ökat mer sedan 2008 än i landet i genomsnitt. Andelen barn och unga som placerats på institution av de som placerats utom hemmet var landets högsta (43 %), trots att andelen placerade i åldern 13–17 år inte är särskilt hög. Placeringarna i familjer och professionella familjehem var ringa.

Enligt området följer man barnskyddsenheternas kvalitet allt mer systematiskt i samarbete med Åbo stads stödtjänster för barnskyddet och andra kommuner. De brister som tillsynsmyndigheten lyft upp i de privata barnskyddsenheternas verksamhet (läkemedelsbehandling och personalens kompetens) tyder dock på att den övervakning som hör till kommunens organiseringsansvar är otillräcklig.

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.

Den specialiserade somatiska vården används rikligt, medan den psykiatriska vården används i liten utsträckning

Antalet öppenvårdsbesök inom den specialiserade somatiska sjukvården för barn och unga var landets tredje högsta. Pediatriker inom öppenvården ambulera inom primärvården på en del av området. Användningen av avdelningsvård låg under medelnivån för landet 2017.

Den dagkirurgiska vården av barn och unga var högst i landet.

År 2017 låg öppenvårdsbesöken inom barnpsykiatri och särskilt inom ungdomspsykiatri under landets medelnivå. Även antalet vård dagar inom ungdomspsykiatrisk institutionsvård var lågt, trots att vårdperioderna motsvarade landets medelnivå; det här tyder på korta vårdtider. Barn- och ungdomspsykiatrierna ambulera inte inom primärvården, och systematiska konsultationer används

inte heller. Enligt områdets åsikt ökar problemen med tillgången till psykiatriska tjänster efterfrågan på basnivån. Väntetiden till vård inom barn- och ungdomspsykiatri var bland de kortaste i landet i slutet av 2018.

De höga kostnaderna inom barnskyddet återspeglar den nuvarande servicestrukturen

Nettodriftskostnaderna per invånare för tjänster för barn, unga och familjer var landets tredje högsta, 11 procent över landets medelnivå. Nettodriftskostnaderna för barnskyddets öppenvårdstjänster var de tredje högsta i landet (63 euro/invånare), 24 procent över landets medelnivå. Nettodriftskostnaderna för barnskyddets institutions- och familjevård var också de tredje högsta i landet (155 euro/invånare), 11 procent över landets medelnivå. Kostnaderna för övriga öppenvårdstjänster för barn och familjer låg å andra sidan på landets medelnivå (53 euro/invånare), 2 procent under landets medelnivå (figur 11).

5.10 Mentalvårds- och missbrukartjänster och socialservice för vuxna

Antalet unga vuxna som löper risk för marginalisering var lågt. De unga vuxnas tillgång till psykoterapitjänster var något bättre än i landet i genomsnitt. Trots psykisk belastning var självmorden bland de lägsta i landet. Institutionsvården inom vuxenpsykiatri är låg. Inom mental- och missbrukarvårdens boendeservice ligger tyngdpunkten mer än i landet i genomsnitt på service med heldygnsomsorg.

Bland unga är marginaliseringsrisken liten

Andelen långtidsarbetslösa av arbetskraften motsvarade landets medelnivå. Även om cirka 6 200 unga vuxna löpte risk för marginalisering, var andelen lägst i landet 2017. Även andelen arbetslösa ungdomar var landets tredje lägsta. Andelen bostadslösa var landets näst högsta.

Andelen mottagare av utkomststöd bland unga vuxna var lägre än i landet i genomsnitt. Även andelen invånare som fått utkomststöd under lång tid var något lägre än i landet i genomsnitt. Utkomststöd beviljades i enlighet med landets medelnivå (107 euro), sammanlagt cirka 51,5 miljoner euro.

Ansökningar om utkomststöd som inkommit till kommunerna behandlades inom den lagstadgade tidsfristen i enlighet med landets medelnivå (99 %). Kompletterande utkomststöd hade beviljats i liten utsträckning. I förhållande till det antal som fått utkomststöd under en lång tid beviljades förebyggande utkomststöd i något större utsträckning än i landet i genomsnitt, vilket kan återspegla att hänvisningen av klienter från FPA till kommunerna fungerar.

Kostnaderna för långtidsarbetslöshet har minskat i kommunerna

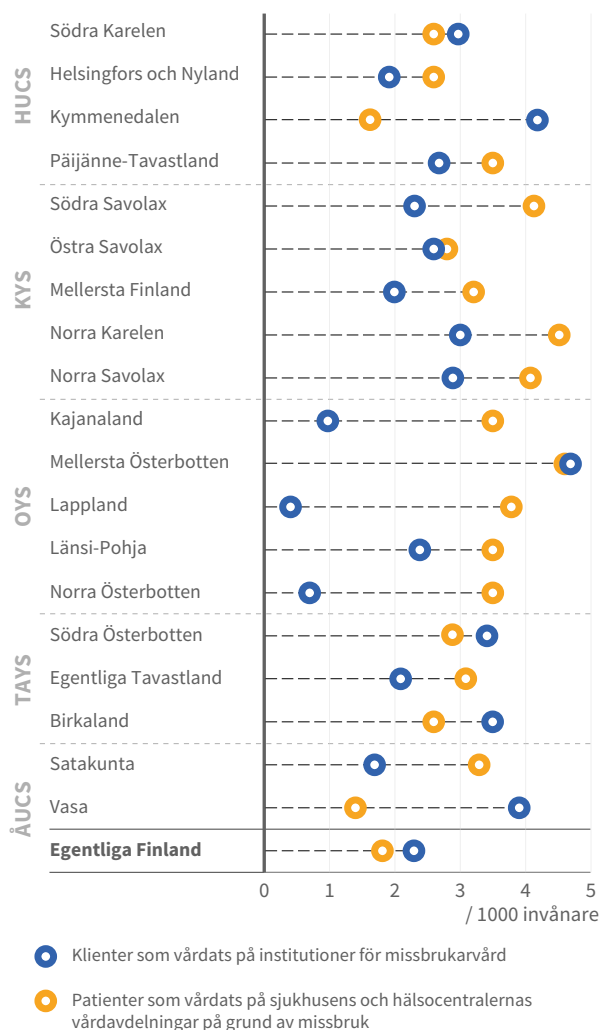
Aktiveringsgraden bland arbetslösa och den strukturella arbetslösheten låg på landets medelnivå (figur 13). Även det delfinansierade arbetsmarknadsstödet i områdets kommuner låg på landets medelnivå (68 euro/invånare), sammanlagt cirka 32,7 miljoner euro; minskningen i utbetalningarna sedan 2015 är den tredje största i landet (12 %). Hälsoundersökningar för arbetslösa gjordes i mindre utsträckning än i landet i genomsnitt (2 % av de arbetslösa, hela landet 4 %).

Nettodriftskostnaderna per invånare för verksamhet som stöder sysselsättning låg på landets medelnivå (95 euro/invånare), 6 procent över landets medelnivå.

Bland vuxna förekom psykisk belastning trots att livskvaliteten upplevs som god

Enligt FinSote-undersökningen var andelen vuxna som upplever stor psykisk belastning tredje högst i landet. Användningen av bensodiazepiner var den näst högsta 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.

Personer som hade uppgett att de hade självmordstankar hade sökt hjälp för sina psykiska problem i samma utsträckning som i landet i genomsnitt. Självmorden hörde dock till landets lägsta 2017, och har varit på nedåtgående under de senaste åren. Tröskeln för att söka vård verkar inte vara särskilt hög, och det ser ut som om servicesystemet har lyckats förhindra dödsfall.

Andelen personer som fått sjukdagpenning på grund av psykisk ohälsa motsvarade medelnivån i landet, men andelen partiell sjukdagpenning som inlets med anledning av psykisk ohälsa var något lägre än i landet i genomsnitt. Andelen unga vuxna som fått sjuk- eller invalidpension på grund av psykiska störningar eller beteendestörningar motsvarade landets medelnivå (1,2 %); de vuxnas andel hörde till landets lägsta (3,4 %).

Tillgången till psykoterapeutisk vård är något bättre än i landet i genomsnitt

Mentalvårdsbesöken inom primärvården, för alla åldersgrupper, var landets tredje lägsta; 34 procent lägre än i landet i genomsnitt. Antalet besök hos hälsocentralläkare på grund av psykiska störningar eller beteendestörningar var bland landets högsta av de besöksorsaker som har antecknats för 2017. Unga vuxna fick rehabiliteringspsykiatri som ersatts av FPA i något högre utsträckning än i landet i genomsnitt.

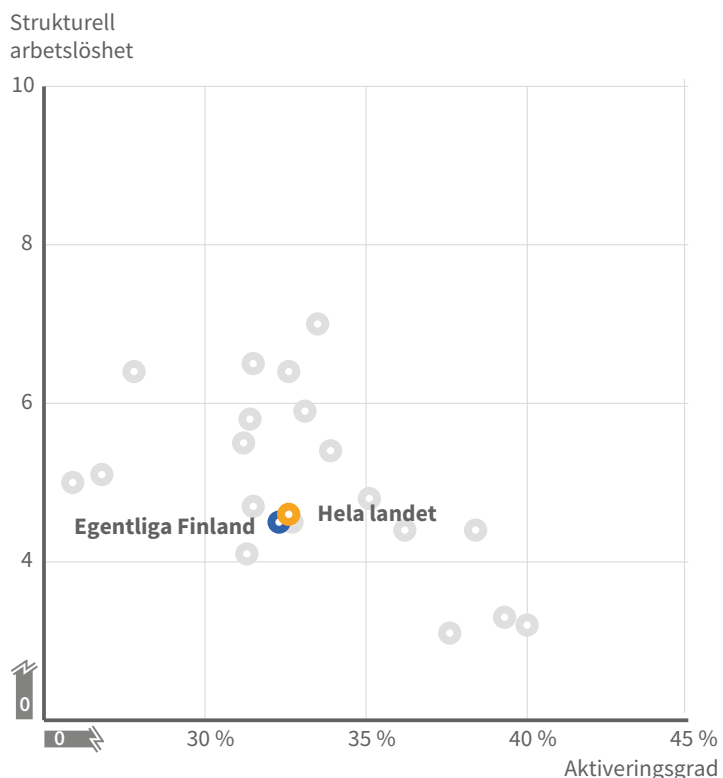
Psykiatriska öppenvårdstjänster används rikligt: andelen öppenvårdsbesök bland personer i vuxen ålder låg något över (16 %) landets medelnivå 2017 och besöken inom privat psykiatri var landets näst högsta.

Tvångsåtgärder användes näst minst i landet inom den psykiatriska sjukhusvården 2017.

Andelen vård dagar inom den psykiatriska institutionsvården för vuxna var landets lägsta, 24 procent lägre än landets medelvärde. Andelen psykiatriska patienter som varit inlagda på sjukhus över tre månader utan avbrott var landets näst lägsta.

I boendeservice för rehabiliteringsklienter inom mentalvården låg tyngdpunkten 2017 över medel-

FIGUR 13. Strukturell arbetslöshet och aktiveringsgrad 2018.



nivån i landet för boendeservice med heldygnsomsorg. De brister som tillsynsmyndigheten lyft upp i de privata boendeserviceenheternas verksamhet (personalresurser och läkemedelstillstånd) tyder dock på att den övervakning som hör till kommunens organiseringsansvar är otillräcklig.

Riskkonsumtion av alkohol är vanlig

Trots att försäljningen av alkoholdrycker motsvarar medelnivån i landet var andelen riskkonsumenter näst högst i landet både bland befolkningen i arbetsför ålder och äldre personer. Alkoholdödligheten låg dock på landets medelnivå 2017. Bland äldre har överkonsumtionen ökat mer än i landet i genomsnitt sedan 2015, men alkoholdödligheten har minskat mer än i landet i genomsnitt. Riskkonsumtionen av alkohol återspeglas inte särskilt i hälsocentralläkarnas mottagningsverksamhet.

Tillgången till hälsorådgivningstjänster med låg tröskel för drogmissbrukare var högst i landet 2017, vilket framkommer i minskningen av antalet hepatit C-infektioner som smittat via injicerade droger. Antalet narkotikabrott som kom till polisens kännedom låg under medelnivån i landet.

Tyngdpunkten i öppenvårdsservicen inom missbrukarvården är något mindre i förhållande till institutions- och boendeservicen, vilket återspeglas i att antalet missbrukspatienterna på vårdavdelningarna är låg (figur 12). Tillsynsmyndigheten har fäst uppmärksamhet bland annat på boendeservicens institutionsliknande verksamhetspraxis.

De kostnader som drogmissbruk orsakar uppkommer inom de s.k. korrigerande tjänsterna. Nettodriftskostnaderna per invånare för specialtjänster var landets näst högsta (47 euro/invånare), 32 procent över landets medelnivå; kostnadsökningen sedan 2015 hör till de största i landet.

5.11 Tjänster för personer med funktionsnedsättning

Lättare boendeservice för personer med funktionsnedsättning har förbättrats något långsammare än i landet i genomsnitt. Ersättningarna för ändringsarbeten i bostaden samt redskap och anordningar som hör till bostaden har minskat. Långvarig institutionsvård av personer med utvecklingsstörning förekommer fortfarande.

Andelen som behöver vård och omsorg är högre än i landet i genomsnitt

Andelen som lyfter handikappbidrag beviljade av FPA i förhållande till befolkningen verkar vara något högre än i landet i genomsnitt. Mängden tjänster och stöd som beviljats personer med funktionsnedsättning låg dock på landets medelnivå.

Tillgången till lättare boendeservice är något sämre än i landet i genomsnitt

I slutet av 2017 var andelen klienter i stödboende och styrt boende något lägre än i landet i genomsnitt; andelen har ökat något långsammare än i landet i genomsnitt. Tjänster med heldygnsoomsorg som återspeglar antalet klienter inom tjänsterna för assisterat boende låg på landets medelnivå.

Andelen klienter som bor långvarigt på institutioner för personer med utvecklingsstörning var ungefär lika många som i landet i genomsnitt i slutet av 2017 (figur 14).

Antalet klienter som fått ersättning för ändringsarbeten i bostaden samt för anskaffning av redskap och anordningar i bostaden var lägst i landet.

Antalet sedan 2009 har till skillnad från landets medeltal minskat något (- 7 %, hela landet + 16 %).

Andelen personer som fick färdtjänster enligt socialvårdslagen har inte ökat

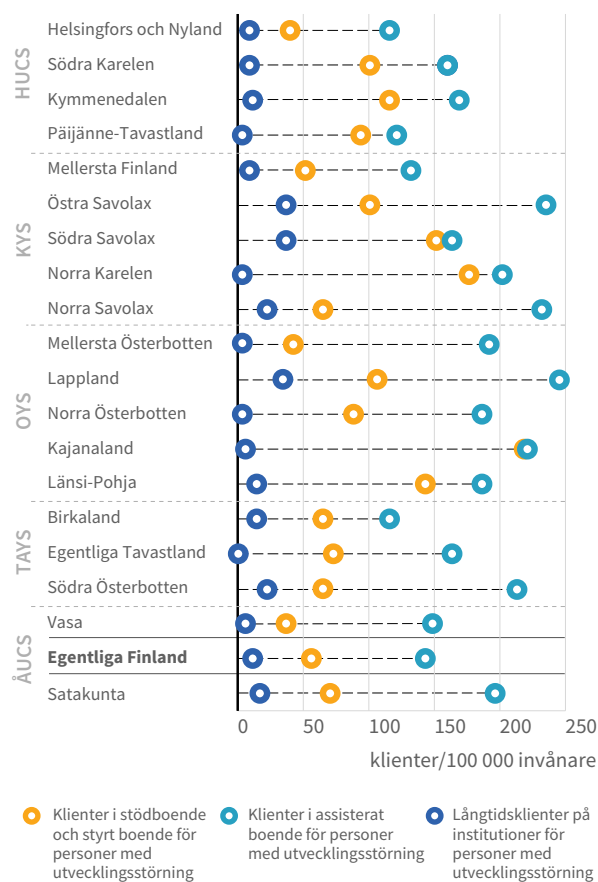
Andelen personer som fick färdtjänster som ordnades med stöd av handikappservice lagen motsvarade landets medelnivå; även kostnaderna motsvarade landets medelnivå. Den andel som fick motsvarande tjänster med stöd av socialvårdslagen motsvarade också medelnivån i landet; andelen har varit ungefär densamma sedan 2015. Andelen äldre personer som fick färdtjänster för personer med grav funktionsnedsättning låg något under landets medelnivå.

Av de beviljade färdtjänsterna var den andel som beviljats enligt socialvårdslagen 17 procent och den andel som beviljats enligt handikappservice lagen 83 procent; andelarna motsvarar landets medelnivå.

Kostnaderna ligger på landets medelnivå

Nettodriftskostnaderna per invånare för boendeservice för personer med funktionsnedsättning låg på landets medelnivå, 7 procent under landets

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.

medelnivå. Utgifterna för tjänster och ekonomiska stödåtgärder i enlighet med handikappservicelagen låg på medelnivån i Finland, 10 procent under landets medelnivå. Kostnaderna för boendeservice med heldygnsomsorg för personer med funktionsnedsättning låg på landets medelnivå (131 euro/invånare), 6 procent under landets medelnivå.

Kostnaderna för institutionsvård för personer med funktionsnedsättning låg på landets medelnivå (25 euro/invånare), 15 procent över landets medelnivå; avvecklingen av långvarig institutionsvård kan ses i att kostnaderna sedan 2015 har minskat näst mest i landet.

5.12 Tjänster för äldre

Det verkar finnas brister i tillgången till gerontologiskt socialt arbete. Personalresurserna inom hemvården är relativt små och riktar sig inte särskilt starkt till klienter som behöver många tjänster. Det verkar finnas kvalitetsbrister i hemvården. De äldres jourbesök inom primärvården har ökat. Den långvariga institutionsvårdens andel i servicestrukturen för äldre är landets högsta, vilket även framkommer av kostnaderna. Vård på vårdavdelning används rikligt inom både primärvården och den specialiserade sjukvården.

Behovet av tjänster bland äldre ligger på landets medelnivå

Andelen personer över 75 år som bor ensamma låg på samma nivå som i landet i genomsnitt. Andelen personer som känner sig ensamma var dock tredje minst i landet. Andelen pensionärer som fick vårdbidrag med förhöjt eller högsta belopp motsvarade landets medelnivå. Enligt FinSote-undersökningen var andelen personer under 65 år som på grund av brist på pengar har varit tvungna att pruta på mat, läkemedel eller läkarbesök något högre än i landet i genomsnitt. Dock var den andel som fick utkomststöd i motsvarande åldersgrupp den tredje minsta i landet; enligt området var tillgången till gerontologiskt socialt arbete ojämlig på området. Valfärden och hälsotillståndet bland äldre behandlas också i avsnittet om främjande av välfärd och hälsa.

Små personalresurser inom hemvården

Andelen som bor hemma låg på samma nivå som i landet i genomsnitt (90,9 %, hela landet 91,1 %). Andelen personer som fyllt 75 år och fått stödtjänster av befolkningen i samma åldersgrupp hörde till landets lägsta; sedan 2015 har andelen minskat något mera än i landet i genomsnitt.

Andelen klienter inom den regelbundna hemvården som fyllt 75 år och som hade hemvårdsbesök 2–3 gånger per dag motsvarade medelnivån i landet. Andelen klienter, som besöktes tre gånger per dag eller fler var mycket liten, och andelen har inte just ökat sedan 2013.

Mindre än en tredjedel (31 %) av personalen inom tjänsterna för äldre arbetade inom hemvården; andelen var landets tredje minsta (hela landet 36 %).

Andelen personal inom tjänsterna för äldre som arbetar inom hemvården hade minskat en aning sedan 2014. Tillsynsmyndigheten har tagit upp de ökade kontakterna om personalens tillräcklighet inom hemvården.

Avvecklingen av långvarig institutionsvård har framskridit långsammare än i landet i genomsnitt. I stället för att stärka hemvården på området har man utökat serviceboendet med heldygnssomsorg (figur 15).

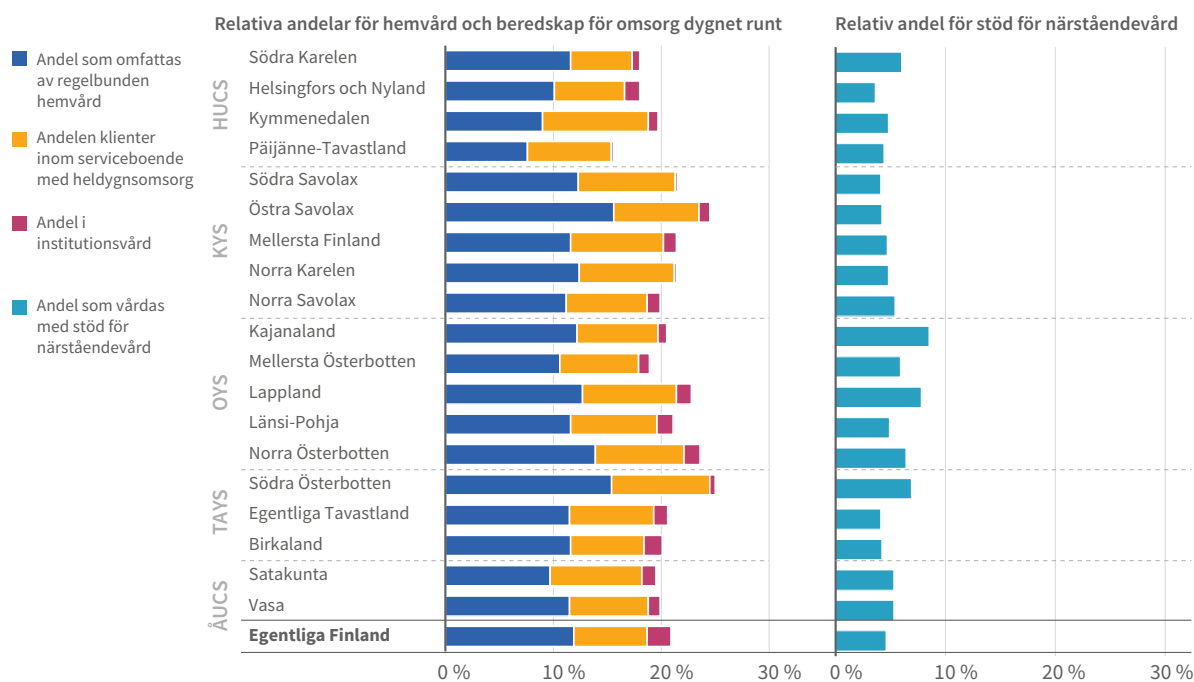
Användningen av jourtjänster är riklig

Andelen invånare som fyllt 75 år och som besökte primärvårdens jour hörde till de högsta i landet, 38 procent högre än medelnivån; sedan 2015 har antalet besök ökat något mer än i genomsnitt (36 %, hela landet 10 %). Även andelen jourbesök inom den specialiserade sjukvården låg något över medelnivån (14 %) för landet; sedan 2015 har antalet besök dock minskat mest i landet (- 19 %, hela landet + 6 %). Tillgången till läkarkonsultationsstöd dygnet runt till stöd för hemvården var sämre än i landet i genomsnitt.

Å andra sidan var andelen vårdperioder på sjukhusets eller hälsocentralens vårdavdelning som börjat på juren för hemvårdsklienterna landets tredje lägsta.

Användningen av vårdavdelningsvård inom primärvården var dock mätt i antal vård dagar bland de högsta i landet. Tillgången till hemvård nattetid hörde till landets lägsta och långvarig institutionsvård var åter landets högsta. Minskningen av antalet vård dagar sedan 2015 har varit något mindre än i landet i genomsnitt. Även antalet vård dagar inom den specialiserade somatiska sjukvården var högre än i landet i genomsnitt 2017; 42 procent av vård dagarna bland vuxna personer gäller personer över 75 år.

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.

Hemvårdens kvalitet verkar inte vara särskilt bra

Hemvårdsklienternas läkemedelsbehandling och näringstillstånd utvärderades mer sällan än i landet i genomsnitt. De äldre använde också olämpliga läkemedel betydligt oftare än i landet i genomsnitt, vilket kan vara en förklaring till det ökade antalet allvarliga fallolyckor. Både hos personalen inom hemvården och heldygnsomsorgen upplevde man att det fanns ett större behov av fortbildning i terminalvård än i landet i genomsnitt.

De brister som tillsynsmyndigheten lyft upp i de privata boendeserviceenheternas verksamhet (personalmängd och läkemedelsbehandling) tyder på att den övervakning som hör till kommunens organiseringsansvar är otillräcklig.

Det höga kostnaderna inom institutionsvården återspeglar den nuvarande servicestrukturen.

De sammanlagda kostnaderna per invånare för tjänsterna för äldre låg på landets medelnivå, en procent över landets medelnivå. Kostnaderna för hemvården var bland de lägsta i landet (174 euro/invånare), 7 procent under landets medelnivå, kostnadsökningen sedan 2015 har varit klart långsammare än i genomsnitt. Kostnaderna för andra tjänster för äldre personer hörde till de lägsta i landet (73 euro/invånare), 10 procent under landets medelnivå. Kostnaderna för boendeservice med heldygnsomsorg för äldre personer låg på landets medelnivå (309 euro/invånare), 0,2 procent under landets medelnivå. Kostnaderna för institutionsvård för äldre personer hörde till de högsta i landet (78 euro/invånare), 18 procent över landets medelnivå.

6 Vasa

6.1 Expertutvärdering

Behovet av tjänster är litet

Behovet av social- och hälsovårdstjänster är litet bland befolkningen i Österbotten. Sysselsättningsläget är bland de bästa i landet, och de långtidsarbetslösa andel av arbetskraften är bland de minsta i landet. Ungdomarnas svaga upplevda välbefinnande samt mentala problem hos vuxna ökar familjernas behov av tjänster, vilket tyder på att det finns behov av hälso- och välfärdsfrämjande åtgärder. Sjukfrekvensen är låg.

I fråga om anordnandet av hälsovårdstjänster har primärvården en lite större roll än i landet i genomsnitt. I fråga om anordnandet av socialservice är andelen dygnetrunttjänster lite större än i genomsnitt. Tillgången till tjänster varierar mellan olika kommuner, vilket innebär att det finns ett ökat behov av mer regionalt enhetliga tjänster.

Det är ett splittrat fält som anordnar och producerar social- och hälsovårdstjänster i Österbotten; i regionen finns fyra samarbetsområden. Största delen av kommunerna inom samarbetsområdena ordnar ändå socialservicen antingen helt eller delvis på egen hand, medan fem kommuner också producerar en del av hälsovårdstjänsterna själva. Det finns två producenter av specialiserad sjukvård, liksom av specialomsorger om personer med intellektuell funktionsnedsättning. I området pågår förberedelser för att inrätta en frivillig välfärdssamkommun för hela landskapet.

Stora skillnader mellan den specialiserade sjukvården och primärvården i fråga om vårdgarantin

Läkarbesök i icke-brådskande situationer fördröjs både inom primärvården och inom den specialiserade sjukvården. Bakom detta ligger troligtvis läkarbristen, som i och för sig har minskat en aning på hälsovårdscentralerna i regionen. Antalet jourbesök inom primärvården har ökat markant, vilket tyder på att den öppna sjukvården och andra grundläggande tjänster inte uppfyller behovet. Antalet klienter som besöker en hälsovårdscentralläkare ofta är få, vilket kan ha samband med en god arbetsfördelning mellan läkare och sjukskötare och med en god vård av folksjukdomarna. Samma klienter får ett stort antal remisser till den specialiserade sjukvården, vilket indikerar brister i de remitterande parternas hantering av situationerna som helhet. ”Obalansen” mellan den specialiserade sjukvården och primärvården syns i de stora skillnaderna i fråga om hur vårdgarantin uppfylls.

Klientavgifterna utgör ofta ett hinder för tillgången till hälsovårdstjänster, vilket tyder på att jämlikheten mellan olika utbildningsgrupper är sämre än i genomsnitt. Klienternas erfarenheter av långa väntetider till munhälsovården kan tyda på problem med tillgången. Då få tjänster ambuleras till basnivån, försämras specialtjänsternas tillgänglighet.

Tillgången till basservice för barn, unga och familjer är bland de bästa i landet. Endast resurserna inom studenthälsovården ser ut att vara sämre än i landet i genomsnitt. Elevernas upplevelser av hälsokontrollernas kvalitet var anmärkningsvärt dåliga. Användningen av både tidiga stödtjänster för familjer och barnskyddets öppenvårdstjänster är låg, vilket också återspeglas i kostnaderna. Även om placering utom hemmet används sällan, tyder ökningen av dessa på att det finns brister i den tidiga tillgången till tjänster på basnivå och i nätverkens funktion. Att antalet placeringar ökar kan också bero på att den psykiatriska vården är otillräcklig. Då antalet barnskyddsanmälningar är lågt och processen för bedömning av servicebehovet blivit ännu långsammare kan det ta lång tid innan nödvändiga stödåtgärder sätts in.

Tillgången till mentalvårdstjänster verkar dålig, vilket också återspeglas i den ökade dödligheten till följd av självmord. Inom missbrukarvården ser tillgången till öppenvårdstjänster däremot ut att räcka till, vilket även den minskade dödligheten till följd av alkohol antyder. Däremot verkar tillgången till boendetjänster för rehabiliteringsklienter inom mentalvården och missbrukarvården vara otillräcklig, och enligt tillsynsmyndigheten är hänvisningen till annan socialservice bristfällig. Det låga antalet lättare boendelösningar för personer med funktionsnedsättning kan tyda på att de tjänster som erbjuds i hemmet är otillräckliga.

Klienternas serviceupplevelser återspeglar bristen på funktionell samordning

Att de äldres jourbesök inom primärvården har ökat tyder på brister i samordningen av tjänsterna för äldre och primärvården. Även det låga antalet läkarbesök inom öppenvården och den svaga tillgången till läkar-konsultation dygnet runt som stöd för hemvården har samband med det. Trots att tillgången till hemvård nattetid är bättre än genomsnittet sker en stor del av avdelningsvården för äldre inom den specialiserade sjukvården, vilket tyder på en bristfällig samordning mellan basnivån och specialnivån. Tillgången till intensifierad hemvård verkar bra, vilket märks även i kostnaderna. Tillgången till lättare serviceformer verkar däremot vara dålig.

Inom socialservicen för vuxna syns det att sysselsättningen är god, men även att samordningen av tjänster lyckats bra. Det höga antalet perioder av partiell sjukdagpenning till följd av mental ohälsa och det låga antalet sjukpensioner till följd av mental ohälsa återspeglar samordningen mellan olika parter.

Användarnas upplevelser av såväl social- som hälsovårdstjänsternas smidighet var anmärkningsvärt negativa; serviceprocesserna verkar stela.

Primärvårdens andel i skötseln av sjukdomsördan är större än i landet i genomsnitt

I Österbotten ligger användningen av och kostnaderna för specialiserad sjukvård och därmed även produktiviteten på medelnivå. Produktiviteten har förbättrats då kostnaderna per invånare har sjunkit. En försvagande faktor är ändå att många invånare har sökt vård inom ett annat sjukvårdsdistrikt. Modellen med två producenter är en utmaning med tanke på serviceprocessernas smidighet och ökar risken för att serviceutbudet blir för stort med tanke på befolkningens behov. Även det stora antalet patientdatasystem inom hälso- och sjukvården ökar risken för överlappande arbete med primärvården.

Kostnaderna per invånare för primärvårdens öppenvård ligger nära landets medelnivå, men öppenvårdens andel av regionens social- och hälsovårdskostnader var bland de största i landet. Frågan är varför kostnaderna för primärvårdens avdelningsvård är bland de högsta i landet, även om användningen enligt siffrorna ligger på medelnivå. Man bör också fråga sig varför kostnaderna för institutionsvården för äldre är näst högst i landet, även om institutionsvårdens andel i servicestrukturen ligger på medelnivå.

Kostnadsnivån är högre än de kalkylmässiga behoven

I Österbotten ökade nettodriftskostnaderna per invånare för social- och hälsovårdsväsendet med fem procent från föregående år, vilket överstiger landets medelnivå. Utan behovsstandardisering var kostnaderna 2,8 procent högre än i landet i genomsnitt; efter behovsstandardisering var de 3 procent högre än i landet i genomsnitt 2017.

Försämringen av den ekonomiska försörjningskvoten har bidragit till att kommunernas finansieringsmöjligheter har försämrats under de senaste åren. Den förväntade utvecklingen av åldersstrukturen tryggar ändå finansieringen bättre än i genomsnitt.

Enligt uppgifter från regionen har servicenätet på basnivå inte genomgått några betydande förändringar under de senaste åren, även om folkmängden i sju av kommunerna har sjunkit under perioden 2008–2018. Å andra sidan tyder befolkningsprognosen på att folkmängden i Österbotten inte kommer att förändras märkbart före 2030. Till kostnadsökningen under de närmaste åren bidrar även sjukvårdsdistriktets och Vasa stads nybyggnation, vars totala kostnader beräknas uppgå till 140 miljoner euro.

6.2 Allmänna frågor inom sjukvårdsdistriktets område

Befolkningens servicebehov varierar mellan kommunerna

Österbotten består av 13 kommuner med sammanlagt cirka 170 000 invånare. Bosättningen är koncentrerad i synnerhet kring städerna Vasa och Jakobstad.

Kommunerna i området är av mycket varierande storlek med avseende på folkmängd (1 262–67 552). Kommunerna avviker från varandra också i synnerhet i fråga om åldersstruktur, sysselsättningsgrad och modersmål. Även om den ekonomiska försörjningskvoten är näst bäst i landet, har den försämrats

mer än i landet i genomsnitt sedan 2013. Nativiteten är tredje högst i landet, men det finns skillnader mellan kommunerna (42–91). Andelen familjer med bara en förälder är lägst i hela landet, men det finns skillnader mellan kommunerna (6–21 %).

Sjukfrekvensen är näst lägst i landet (figur 2), men det finns skillnader mellan kommunerna (69–107). Indexen för olika sjukdomsgrupper ligger i regel under landets medelnivå. Endast indexen för cerebrovasculära sjukdomar och kranskärlssjukdomar ligger nära landets medelnivå.

Anordnar- och producentfältet är splittrat

I området finns fyra anordnare av tjänster på basnivå (tre samarbetsområden med en ansvarskommun och ett samarbetsområde som utgör en samkommun). Fyra kommuner producerar socialservicen antingen helt eller delvis på egen hand, medan fem kommuner producerar social- och hälsovårdstjänsterna delvis på egen hand.

Den specialiserade sjukvården produceras av Vasa sjukvårdsdistrikt. Specialiserad sjukvård på basnivå produceras även av staden Jakobstad. Specialomsorgerna om personer med intellektuell funktionsnedsättning sköts av Stöd- och kunskapscentret Eskoo och Kårkulla samkommun.

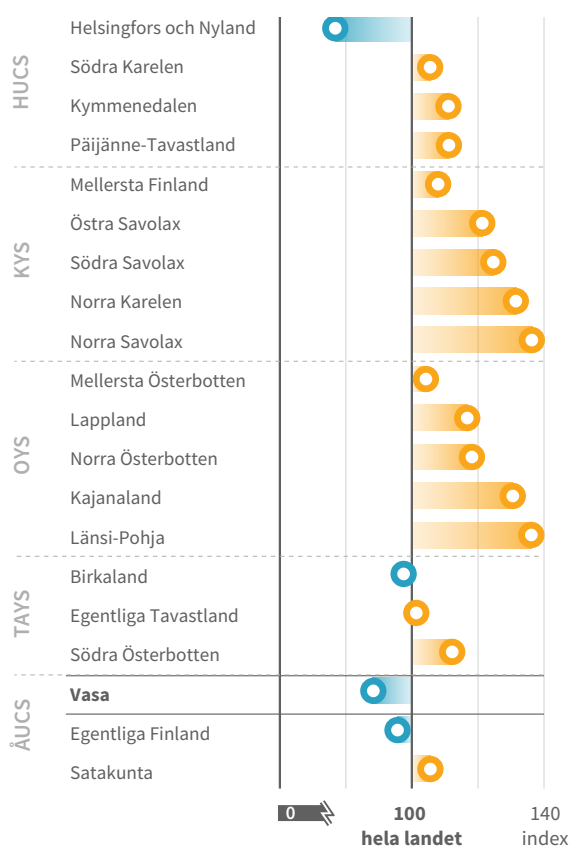
Det finns inga gällande avtal om utkontraktering av hälsovårdstjänster. Kristinestad beslutade den 17 september 2019 att inleda avtalsförhandlingar om utkontraktering av en del av hälsovårdstjänsterna och om grundande av ett samföretag med en privat serviceproducent. Beredningen av Österbottens välfärdssamkommun inleddes 2018. Kommunernas fullmäktige beslutar möjligen om godkännande av grundavtalet och om sitt deltagande i den nya samkommunen inom detta år.

Tätt nätverk av hälsostationer

Inom området finns 23 hälsostationer och sju hälsovårdscentralssjukhus. I området finns tre offentliga sjukhus som producerar specialiserad sjukvård: Vasa centralsjukhus, Roparnäs psykiatriska sjukhus (VSVD) och Malmska sjukhuset i Jakobstad (figur 3).

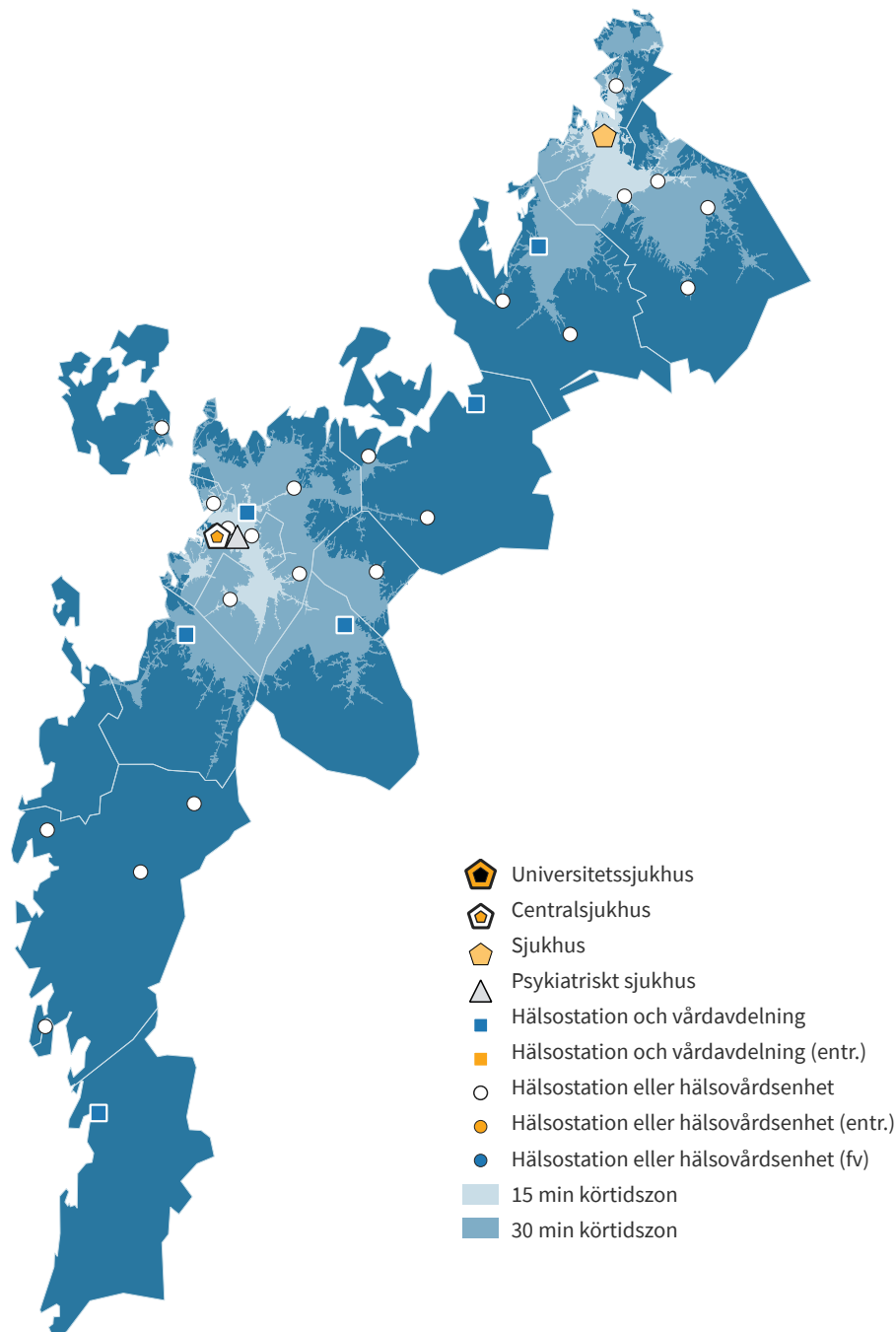
Service nätet för social- och hälsovårdstjänster har genomgått några förändringar under de senaste åren då enskilda hälsostationer har lagts ner.

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 allvariga sjukdomsgrupper. Det icke-åldersstandardiserade indexet beskriver den verkliga sjukdomsbördan i området.

FIGUR 3. Servicenätverk för hälsovårdstjänster som anordnas i offentlig regi 2018.



De hälsovårdstjänster som anordnas i offentlig regi är indelade i sjukhus- och hälsostationstyper. Hälsostationerna är även indelade i verksamhetsställen 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.

Omfattande investeringar i byggnader även på basnivå

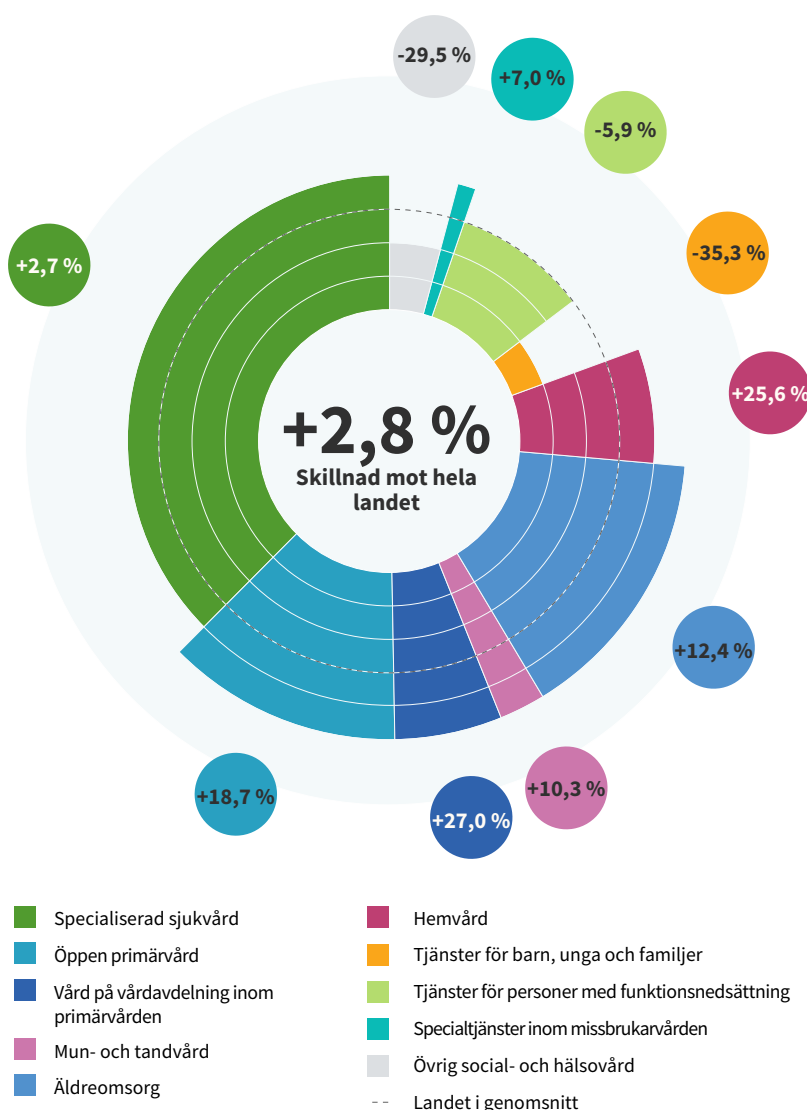
SHM har beviljat undantagstillstånd för byggnadsinvesteringar inom social- och hälsovården till ett värde av cirka 188 miljoner euro. Den största investeringen är ett nybygge på Vasa centralsjukhus

område, som kommer att inhysa bland annat en gemensam storpoliklinik för den specialiserade sjukvården och Vasa stads primärvård samt psykiatriska avdelningar från nuvarande Roparnäs sjukhus. Investeringar som krävt undantagstillstånd har gjorts eller görs dessutom i Vasa, Närpes och Korsnäs.

6.3 Social- och hälsovårdstjänsternas finansiering och kostnader

Nettodriftskostnaderna per invånare för social- och hälsovården har ökat med fem procent sedan året innan. Samtidigt har kommunernas ekonomi försämrats. År 2017 var de behovsstandardiserade kostnaderna tre procent högre än i landet i genomsnitt. Enligt prognosen kommer befolkningen att minska en aning, men åldras långsammare än i resten av landet fram till 2030, varför tillväxtprognosen för social- och hälsovårdskostnaderna följer landets medelvärde.

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.

Försämrad ekonomisk försörjningskvot återspeglas i kommunernas ekonomiska bärkraft

Räkenskapsperiodens resultat per invånare uppvisade ett underskott i nio kommuner i Österbotten, medan resultatet ett år tidigare uppvisade ett underskott endast i tre kommuner.

Utvecklingen av kommunernas skatteintäkter har försämrats. I alla kommuner utom två minskade skatteintäkterna per invånare jämfört med föregående år. I Kaskö var skatteintäkterna per invånare bland de högsta i landet och i Larsmo bland de lägsta i landet. Som helhet minskade skattefinansieringen, det vill säga skatteintäkterna och statsandelen, i 11 kommuner. Kommunernas inkomstskattesats varierade mellan 19,5 procent (Larsmo) och 22 procent (Kaskö).

Årsbidraget per invånare, vilket beskriver hur väl de internt tillförda medlen räcker till, försämrades 2018 i alla kommuner i regionen utom en.

I en kommun i regionen bokfördes ett negativt årsbidrag.

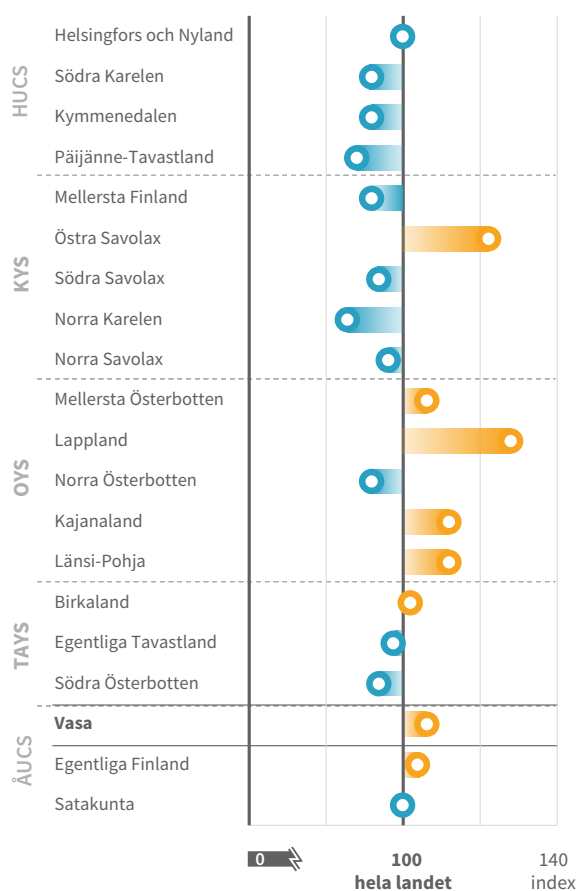
Årsbidraget räckte till för att täcka avskrivningarna 2018 i tre kommuner. Ett år tidigare hade årsbidraget täckt avskrivningarna i alla kommuner utom fyra. För att förbättra den ekonomiska bärkraften höjde Vasa och Korsnäs sin inkomstskattesats inför 2019.

Primärvårdens andel av regionens sammanlagda kostnader för social- och hälsovård är bland de högsta i landet

Nettodriftskostnaderna för social- och hälsovården (inte småbarnspedagogiken) i Österbotten 2018 uppgick till 579 miljoner euro (3 413 euro/invånare). Nettodriftskostnaderna per invånare ökade med 5,3 procent från föregående år (2,8 procent i hela landet) och är därmed 2,8 procent högre än genomsnittet (figur 4). Nettodriftskostnaderna för social- och hälsovården var lägst i Larsmo (2 625 euro/invånare) och högst i Kaskö (5 168 euro/invånare).

Av nettodriftskostnaderna för social- och hälsovården i Österbotten utgjordes den största andelen av specialiserad sjukvård (38 procent, i hela landet 38 procent) och den näst största av tjänster för äldre (15 procent, i hela landet 14 procent). Tredje mest kostnader uppkom av primärvårdens öppenvårdstjänster (13 procent, i hela landet 11 procent), vilket

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.

var den tredje högsta andelen i hela landet. Också för primärvårdens avdelningsvård var andelen av områdets nettodriftskostnader bland de högsta i landet (6 procent, i hela landet 5 procent), liksom för hemvården (7 procent, i hela landet 6 procent). Andelen för tjänsterna för barn, unga och familjer var näst minst i landet (5 procent, i hela landet 7 procent).

De behovsstandardiserade utgifterna för social- och hälsovården överskred landets medelvärde

År 2017 var nettoutgifterna för social- och hälsovård i hela landet i genomsnitt 3 100 euro per person. I Österbotten var utgifterna 3 118 euro per person, vilket var 0,6 procent högre än i landet i genomsnitt. Servicebehovet var näst minst i landet, tre procent lägre än i genomsnitt. De behovsstandardiserade

utgifterna¹ var ändå tre procent högre än i landet i genomsnitt (figur 5).

I de österbottniska kommunerna var servicebehovet som lägst 20 procent lägre (Larsmo) och som högst 22 procent högre (Kristinestad) än i landet i genomsnitt. De behovsstandardiserade utgifterna för social- och hälsovården var lägst i Kristinestad, där de var åtta procent lägre än i genomsnitt. De behovsstandardiserade utgifterna var högst i Kaskö, där de var 32 procent högre än i landet i genomsnitt.

Systemläget i regionen och befolkningens åldersstruktur tyder på att de invånare som använder tjänster anlitar offentliga tjänster i mindre utsträckning än i landet i genomsnitt.

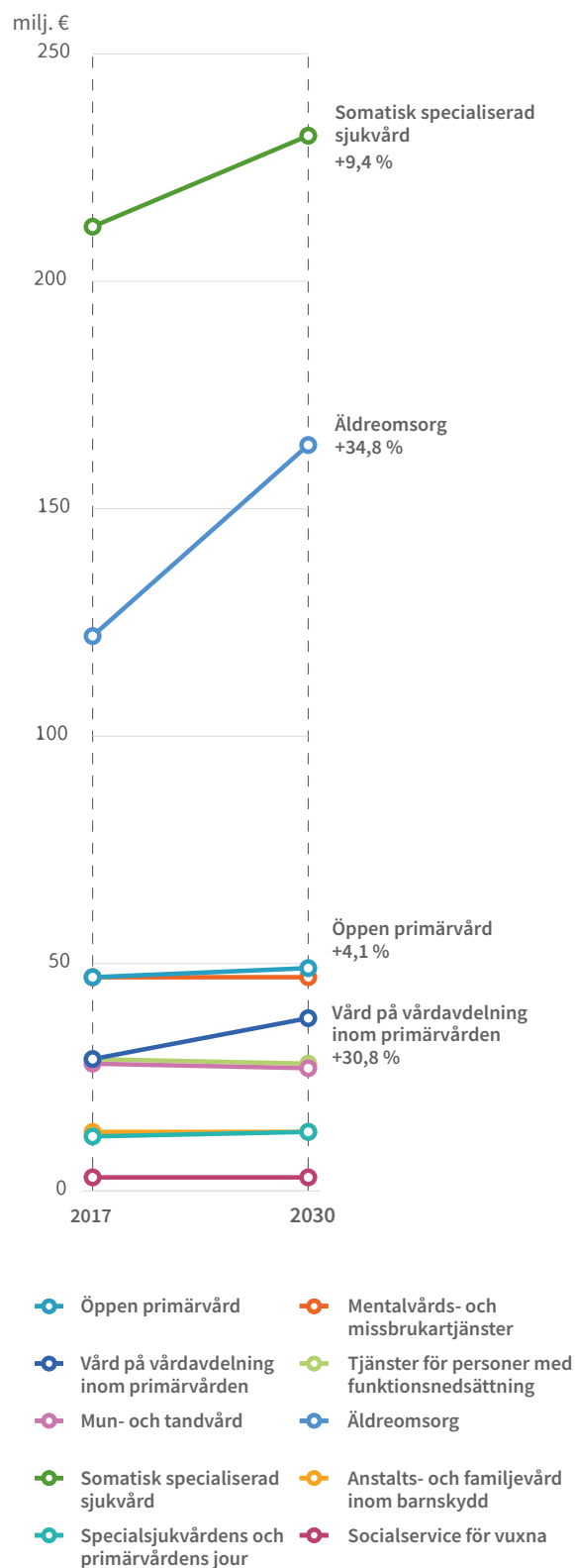
Tillväxtprognosen för social- och hälsovårdskostnaderna ligger under landets medelnivå

Enligt THL:s prognoskalkyler kommer de årliga kostnaderna för social- och hälsovårdstjänster att öka mest i de områden där befolkningsökningen är större än i hela landet och där befolkningen koncentreras. Enligt prognosen kommer folkmängden i Österbotten att minska med en procent fram till 2030 (i hela landet +1 procent). Under motsvarande tidsperiod förutspås antalet invånare som fyllt 65 år öka med 15 procent i Österbotten (i hela landet 24 procent).

Utgående från ändringen i befolkningsstrukturen förutspås social- och hälsovårdstjänsterna i Österbotten få en real tillväxt på i genomsnitt en procent per år under perioden 2017–2030 (i hela landet 1,2 procent). Kostnaderna för social- och hälsovårdstjänsterna i regionen beräknas öka med 13,2 procent före 2030 (i hela landet 17 procent). Kostnaderna för tjänsterna för äldre beräknas öka mest före 2030, med 35 procent (i hela landet 50 procent). Näst mest beräknas kostnaderna för primärvårdens avdelningsvård öka (31 procent, i hela landet 40 procent) (figur 6).

¹ De nettoutgifter för social- och hälsovården som använts vid beräkningen av de behovsstandardiserade utgifterna inbegriper inte miljöhälsovård och inte så kallad övrig social- och hälsoverksamhet. För hemvårdens del bedöms endast kostnaderna för personer över 65 år. Behovsfaktorerna som beaktats är ålders- och könsstruktur, sjukfrekvens 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.

6.4 Främjande av hälsa och välfärd

I regionen saknas strukturer för främjande av hälsa och välfärd samt koordinering av dem. Ungdomarnas levnadsvanor och upplevda välbefinnande är sämre än landets medelnivå och avviker klart från andra åldersgrupper. Bland äldre har vårdperioderna med anknytning till fallolyckor minskat betydligt.

Avsaknaden av regionala strukturer beskriver kommunernas svaga engagemang

Främjande av hälsa och välfärd ingår i Vasa sjukvårdsdistrikts plan för anordnande av hälso- och sjukvården 2015–2016, men ingen regional organisation har ännu grundats. Det finns inget eget nätverk för välfärdscoordinatorerna i regionens kommuner. I en del kommuner finns sektorsövergripande arbetsgrupper.

Organisationernas verksamhet främjar välfärd med låg tröskel

Social- och hälsoorganisationernas understödscentral (STEA) har beviljat finansiering i Österbotten bland annat för vägledning och utbildning i datateknik för finsk- och svenskspråkiga med inlärnings svårigheter samt för främjande av utarbetandet av tillgänglighetsanpassade läromedel (Datero rf), för förstärkande av invandrades delaktighet i arbetslivet och arbetslivskompetens via samarbete över kulturgränserna genom handledning individuellt och i grupp i Jakobstadsregionen (Kokkotyö-stiftelsen), för stöd till unga och familjer som råkat ut för mentala problem samt för förebyggande av mentala problem genom att öka kunskapen, minska stigmatiseringen och erbjuda kamratstöd och andra lågtröskeltjänster (Finfami Österbotten rf) och för verksamheten på den psykosociala föreningens allaktivitetshus (Psykosociala föreningen Contact rf).

Fullmäktige fattar sällan beslut som gäller välfärden

I 39 procent av de österbottniska kommunerna (i hela landet 83 procent) har man utsett en person med ansvar för koordineringen av främjandet av hälsa och välfärd; andelen är minst i hela landet. Andelen kommunfullmäktigen som godkänt den välfärdberättelse som föreskrivs i hälso- och sjukvårdslagen är bland de minsta i landet. Bara var tredje kommun har rapporterat till fullmäktige om

hälsoskillnaderna mellan befolkningsgrupperna. Andelen är minst i landet tillsammans med Östra Savolax och Egentliga Tavastland.

Sammanlagt 77 procent av kommunerna i regionen berättar på sin webbplats om kommuninvånarnas möjligheter att delta och påverka. Av de två kommuner som har gjort upp en lokal säkerhetsplan har den enas välfärdsgrupp diskuterat och beslutat om åtgärder med anknytning till planen. Sektorsövergripande strukturer eller arbetsmodeller för hälso- och välfärdsfrämjande kulturverksamhet finns i 15 procent av kommunerna i regionen (i hela landet 44 procent).

75 procent av kommunerna i regionen ordnar särskilda motionsgrupper för barn och unga som inte deltar i idrottsföreningsverksamhet.

Motionsrådgivning ordnas i 67 procent av kommunerna i regionen. Strax över hälften (55 procent) av kommunerna rapporterar att social- och hälsovården hänvisar klienter till motionsrådgivningen.

Ungdomarna mår sämre än andra åldersgrupper

Andelen elever i årskurs 8–9 som kände sig ensamma var bland de största i landet 2017 (10,1 procent, i hela landet 9,5 procent). Andelen unga med måttlig eller svår ångest var tredje störst i landet. Högstadiееlevernas upplevda hälsa var sämst i landet.

Personer i arbetsför ålder tror sig orka arbeta till arbetspensionsålder med större sannolikhet än i landet i genomsnitt (81 procent, i hela landet 77 procent). Antalet skador och förgiftningar som krävde sjukhusvård var tredje lägst i landet 2017.

Andelen 75 år fyllda personer som hade stora svårigheter med de dagliga sysslorna var lägst i landet. Antalet vårdperioder med anknytning till fallolyckor hos personer som fyllt 65 år var lägre än i

landet i genomsnitt 2017. Antalet har minskat tredje mest i landet sedan 2015.

Ungdomarnas levnadsvanor utgör en hälsorisk

Trots de särskilda motionsgrupperna utövade eleverna i årskurs 8–9 ansträngande motion minst i landet 2017. Andelen unga som dricker alkohol i syfte att bli berusade var störst i landet, vilket tyder på brister i den förebyggande missbrukarvården. Ande-

len elever i årskurs 7–9 som prövat på olagliga droger var lägre än i landet i genomsnitt (6 procent, i hela landet 8 procent).

Överkonsumtion av alkohol förekom i liten utsträckning både bland personer i arbetsför ålder och bland äldre. Även dödligheten till följd av alkohol var lägst i landet. Andelen personer som röker dagligen var lägst i landet (11 procent, i hela landet 14 procent) och andelen personer som motionerar på fritiden var näst högst i landet.

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

6.5 Hälsoskydd

Vaccinationstäckningen för de vaccinationer som ingår i vaccinationsprogrammet är svag: andelen äldre som tagit influensavaccin är fortsättningsvis låg och särskild bland barn är vaccinationstäckningen låg med tanke på skyddet mot dessa sjukdomar. Användningen av antibakteriella medel är låg och antalet nya C-hepatitinfektioner är bland de lägsta i landet. Inom den specialiserade sjukvården är andelen läkare och sjukskötare som tagit influensavaccin låg.

Det nationella vaccinationsprogrammet följs dåligt

I Österbotten var influensavaccinationstäckningen bland personer som fyllt 65 år lägst i landet (34 procent, i hela landet 48 procent) och långt från Europeiska rådets mål på 75 procent. Täckningen har förbättrats näst minst i landet jämfört med säsongen 2014–2015 (3 procentenheter).

Andelen barn födda 2015 som fått minst en dos femvalent vaccin mot difteri, stelkramp, kikhosta, polio och Hib-sjukdomar är minst i landet (95 procent, i hela landet 99 procent). Andelen barn som fått hela serien med vaccin är på medelnivå (88 procent) men klart lägre än andelen som fått det första vaccinet.

Andelen barn som fått den första dosen MPR-vaccin mot mässling, påssjuka och röda hund i 11–24 månaders ålder är näst lägst i landet (89 procent, i hela landet 93 procent). MPR-vaccinationstäckningen har hållits på nästan samma nivå sedan 2015. Täckningen har redan i flera år stannat klart under 95 procent, vilket medför en förhöjd risk för att dessa sjukdomar sprids. Till följd av det mässlingsfall som upptäcktes i Larsmo vidtogs omfattande åtgärder för att bekämpa mässling i norra delen av Österbotten. Ett stort antal (760) personer i alla åldrar fick MPR-vaccinet. Det är ändå fortfarande möjligt att sjukdomarna sprids.

Bara hälften av flickorna har fått papillomvirus- eller HPV-vaccinet som skyddar mot livmoderhalscancer och dess förstadier.

HPV-vaccinationstäckningen är tredje lägst i landet och långt från den högsta täckningen i landet (70 procent). Andelen 14–16-åringar som fått förstärkningsvaccinet mot difteri, stelkramp och kikhosta är bland de lägsta i landet (88 procent). Enligt regionen har den låga vaccinationstäckningen samband med den rådande kulturen i regionen.

Vaccinmotståndet syns också hos den specialiserade sjukvårdens personal

Klienterna inom hälsorådgivningen för drogmissbrukare var färre än i landet i genomsnitt 2017. Trots det var antalet nya C-hepatitinfektioner bland de lägsta i landet.

Även om årskonsumtionen av antibiotika (J01, antibakteriella medel) per invånare har varit låg i flera år, var förekomsten av Clostridium difficile-diarré högre än i landet i genomsnitt. Även om personalresurserna för hygienskötare inom den specialiserade sjukvården var lite mindre än i landet i genomsnitt, var användningen av handsprit på den specialiserade somatiska sjukvårdens vårdavdelningar bland de högsta i landet.

Inom den specialiserade sjukvården är andelen läkare och sjukskötare som tagit influensavaccin näst lägst i landet (72 procent).

6.6 Specialiserad somatisk sjukvård och prehospital akutsjukvård

Behandlingen av remisser är snabb. Den genomsnittliga väntetiden till icke-brådskande vård är näst längst i landet, men vårdgarantin uppfylls på en nivå som är bland de bästa i landet. Såväl antalet besök inom öppenvården som antalet jourbesök är bland de lägsta i landet. Invånarna sköts i hög grad inom ett annat sjukvårdsdistrikt. Kostnaderna per invånare har sjunkit sedan 2015.

Trots långa väntetider uppfylls vårdgarantin bättre än i landet i genomsnitt

Den specialiserade sjukvården mottog sammanlagt cirka 40 000 remisser, vilket motsvarar landets medelnivå i förhållande till regionens folkmängd. Behandlingen av icke-brådskande remisser var bland de snabbaste i landet. Bara 0,4 procent (i hela landet 1 procent) av remisserna behandlades över tre veckor efter att de tagits emot.

Den genomsnittliga väntetiden till icke-brådskande vård var i slutet av året näst längst i landet, 50 dygn (i hela landet 32–55 dygn). I slutet av 2018 var antalet patienter som hade väntat över ett halvt år på icke-brådskande vård inom den specialiserade sjukvården ändå tredje lägst i landet, vilket kan tyda på systematiskt arbete för att förkorta köerna. Antalet patienter som väntade på vård hade minskat en aning sedan föregående år.

Antalet klienter som fått fler än tio remisser till den specialiserade sjukvården var näst högst i landet 2017.

Invånarna sköts mest i landet inom ett annat sjukvårdsdistrikt. Ett särskilt utvecklingsobjekt för tillfället är att minska antalet köpta tjänster inom den specialiserade sjukvården genom att utveckla den specialiserade sjukvårdens närservice i medlemskommunerna.

Den specialiserade sjukvårdens jour används i liten utsträckning

Antalet jourbesök inom den specialiserade sjukvården var bland de lägsta i landet, 32 procent mindre än genomsnittet. Antalet har hållits på nästan samma nivå sedan 2015. Av de avslutade vårdperioderna inleddes 45 procent via juren 2017. Andelen är tredje lägst i landet. Detta kan bland annat bero

på att många kommer till juren med relativt lindriga hälsoproblem.

Antalet besök inom den specialiserade sjukvårdens öppenvård var sju procent lägre än landets medelnivå.

Antalet har ökat mindre än i landet i genomsnitt sedan 2015 (2 procent, i hela landet 10 procent). Användningen av avdelningsvård låg på landets medelnivå 2017.

Antalet första höftledsoperationer var tredje lägst i landet, vilket motsvarar den låga förekomsten av sjukdomar i rörelseapparaten.

Enligt regionen var det fortfarande ovanligt att sjukvårdsdistriktets specialister ambulerar till basnivån. Sjukvårdsdistriktet sålde mottagningsverksamhet inom vissa specialområden till en del kommuner.

Få patientskador som ersätts

Antalet komplikationer i samband med vårdperioder var cirka 600 på ett år, vilket motsvarar landets medelnivå. Antalet patientskador som gav rätt till ersättning var ändå lägst i landet 2017. *

Vasa centralsjukhus har arbetat med patientsäkerheten en längre tid och 2019 inrättades ett nationellt center för patientsäkerhet.

Den prehospitala akutsjukvården kommer fram snabbt i centralorten

Antalet uppdrag inom den prehospitala akutsjukvården var näst lägst i landet i förhållande till folkmängden. Per kvadratkilometer var antalet uppdrag tredje lägst i landet, även om befolkningstätheten är högre än i genomsnitt. Vid uppdrag i angelägenhet-

* Jämförelsen mellan regionerna försvåras av att komplikationer bokförs på olika sätt och av att det finns skillnader i hur patienterna vägleds att lämna in skadeanmälningar.

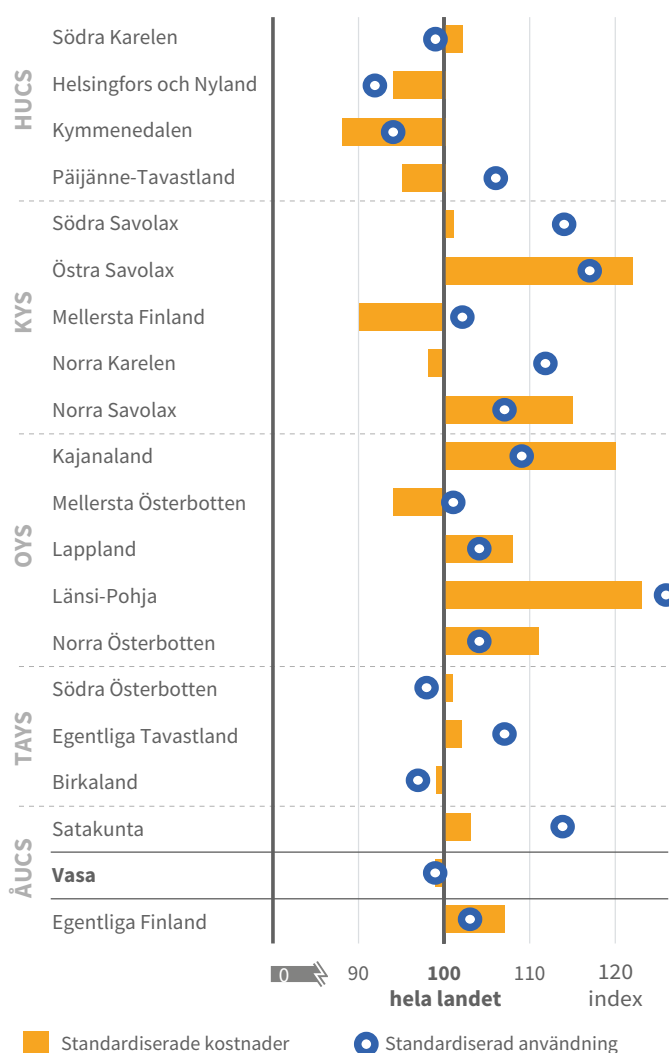
sklass A inom centralorten var insatstiden för den prehospitala akutsjukvården tredje kortast i landet (5 minuter). Inom tätorten (7 minuter) och i bebodda områden utanför tätorten (15 minuter) var insatstiderna på medelnivå.

Produktiviteten motsvarar landets medelnivå

Nettodriftskostnaderna per invånare för den specialiserade sjukvården låg på medelnivå (1 283 euro/invånare), tre procent över landets medelnivå. Sedan 2015 har kostnaderna minskat (-4 procent), i motsats till i landet i genomsnitt.

De ålders- och könsstandardiserade kalkylmässiga kostnaderna enligt kostnadsindexet för specialiserad somatisk sjukvård 2017 låg en procent under landets medelnivå. Den specialiserade somatiska sjukvårdens tjänster, granskat enligt ålders- och könsstandardiserade regionala episoder, användes en procent mindre än i landet i genomsnitt. Användningsindexet för den specialiserade somatiska sjukvården var bland de lägsta i landet (figur 8). Den specialiserade somatiska sjukvårdens produktivitet på sjukhus-, områdes- och specialitetsnivå beskrivs närmare i THL:s publikation om sjukhusens produktivitet 2017 (THL, Sairaaloiden tuottavuus 2017).

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.

6.7 Primärvård

Tillgången till icke-brådskande vård är sämre än i landet i genomsnitt. Antalet klienter som använder tjänsterna mycket är lågt. Jämlikheten mellan olika utbildningsgrupper i fråga om tillgången till hälsovårdstjänster är sämre än i genomsnitt. Antalet jourbesök har ökat, men avdelningsvård används betydligt mindre. Bokföringen av orsaken till besöken är näst sämst i landet.

Arbetsfördelningen mellan olika yrkesgrupper har utvecklats

Sammanlagt 78 procent av invånarna i regionen anlitar hälsovårdscentralen. Antalet läkarbesök var bland de lägsta i landet. Också invånarnas uppfattning om hur läkarmottagningstjänsterna räcker till var lite sämre än i landet i genomsnitt.

Antalet sjukskötarbesök var ungefär dubbelt fler än antalet läkarbesök.

Antalet fysioterapibesök var däremot bland de högsta i landet. Det var inte särskilt vanligt att uträtta ärenden elektroniskt. I regionen erbjuds ingen icke-brådskande mottagningsverksamhet kvällstid.

Den relativa ojämlikheten mellan olika utbildningsgrupper var enligt FinSote-undersökningen näst vanligast i landet i fråga om huruvida höga kli-

entavgifter utgjort ett hinder för vård. Det kan tyda på att regionstrukturen har en kraftig indelning i landsbygds- och stadsregioner.

Bokföringen av orsaken till besöken har minskat ytterligare

Enligt Arbetshälsoinstitutets enkät kan 59 procent av 16–64-åringarna i regionen anlita företagshälsovården, vilket är bland de största andelarna i landet (i hela landet 56 %) (Arbetshälsoinstitutet, 2019).

Över hälften av invånarna i regionen använde sig av den öppna sjukvården; täckningen var lite högre än i landet i genomsnitt.

Satsningen på vård av folksjukdomarna syns i antalet läkarbesök och antalet vårdperioder på vårdavdelning (tabell 3). Antalet besök på grund av diabetes, astma och kroniskt obstruktiv lungsjukdom var relativt stort jämfört med den beräknade

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	
	Österbotten	Hela landet	Österbotten	Hela landet
Muskuloskeletal sjukdomar	15,4	16,4		
Sjukdomar i cirkulationsorganen	10,5	10,5		
Blodtryckssjukdom (personer som fyllt 25 år)	5	4,7	12,1	10,3
Olycksfall	5,4	6,7		
Akut infektion i övre luftvägarna	4,5	4,8		
Diabetes	4	3,3	5,2	6,3
Astma	1,6	1,4	4,3	4,9
Obstruktiv lungsjukdom (åldersstandardiserat)	0,5	0,5	4,3	4,8
Demens	0,4	0,4		

sjukfrekvensen utgående från rätten till specialer-sättning. Antalet besök till följd av kroniskt obstruk-tiv lungsjukdom verkar stort med tanke på hur få vuxna som röker. Antalet vårdperioder på grund av hjärtsvikt och astma var lägre än i landet i genom-snitt.

Siffrorna och tolkningarna är riktgivande, efter-som bokföringen av orsaken till läkarbesöken är bristfällig (44 procent av besöken). Jämfört med föregående år hade bokföringen minskat mest i lan-det, med tre procent (figur 9).

Väntetiden till läkare var kortare än en vecka mer sällan än i landet i genomsnitt

I oktober 2018 var väntetiden till läkare i icke-brådskande ärenden över en vecka i 61 procent av fallen, vilket är lite mer än i landet i genomsnitt (i hela landet 56 procent). I strid med vårdgarantin fick den näst största andelen i landet (12 procent, i hela landet 3 procent) vänta över tre månader. Regi-onen anger att siffrornas tillförlitlighet kan påverkas av rapporteringsproblem.

I oktober 2018 var läkarbristen på hälsovårdscen-tralerna på medelnivå (6,7 procent, i hela landet 5,7 procent av läkaruppdragen). Situationen hade förbättrats sedan föregående år. Användningen av köpta läkartjänster var låg.

Invånarna är mer missnöjda än genomsnittet med servicens smidighet

Andelen som använder läkartjänster på hälso-vårdscentralen ofta var tredje lägst i landet. Patien-terna ordinerades antimikrobiella medel mot ospe-cificerad övre luftvägsinfektion oftare än i landet i genomsnitt.

Deltagandet i sållningsundersökningar 2017 var högre än i landet i genomsnitt. Behandlingsresulta-ten för tjocktarmscancer var bland de bästa i landet.

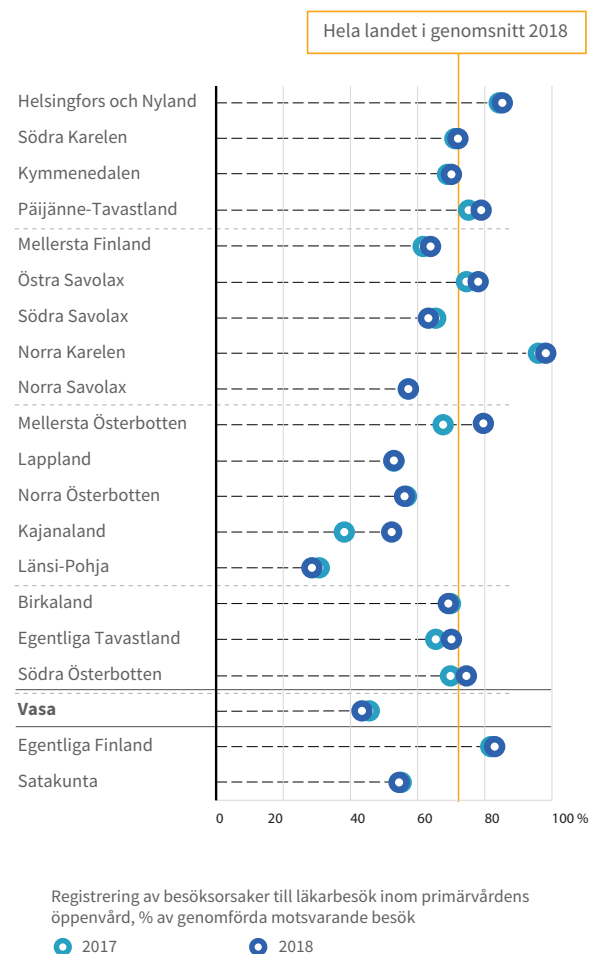
Bara hälften av dem som använde hälsovårdstjänster tyckte det gick smidigt. Andelen är tredje lägst i landet (i hela landet 55 procent). Trots det stora antalet datasystem tyckte ungefär var tionde läkare som besvarat enkäten Patientinformations-systemen som läkarens arbetsredskap 2017 att informationsutbytet mellan organisationer fungerade väl. Andelen är näst högst i landet (11 procent, i hela landet 4 procent).

Användningen av primärvårdens jour har ökat

Antalet jourbesök (inkl. samjouren) inom primär-vården motsvarade medelnivån. Jämfört med 2015 hade antalet ökat mest i landet (107 procent, i hela landet 15 procent). Det tyder på att den öppna sjuk-vården och dess mottagning i brådskande fall inte kan tillgodose servicebehovet i tillräckligt hög grad. På grund av brister i uppgifterna från centralsjukhu-set är antalen riktgivande.

Antalet vård dagar på vårdavdelning inom pri-märvården har minskat tredje mest i landet sedan 2015, vilket delvis torde bero på en strukturföränd-ring inom tjänsterna för äldre.

FIGUR 9. Skillnader i registrering av besöksor-saker mellan områdena 2017 och 2018.



Primärvårdens andel i kostnaderna för skötseln av sjukdomsbördan är större än i landet i genomsnitt

I Österbotten var nettodriftskostnaderna per invånare för primärvårdens öppenvård 19 procent högre än landets medelnivå (435 euro/invånare). Också nettodriftskostnaderna per invånare för primär-

vårdens avdelningsvård var bland de högsta i landet (198 euro/invånare), 27 procent över landets medelnivå. De totala kostnaderna per invånare för ersatta mediciner var näst lägst i landet (336 euro/invånare), vilket innebär en ökning på 5 procent från föregående år.

6.8 Munhälsovård

Utgående från väntetiden till icke-brådskande vård ligger tillgången till vård på medelnivå. Invånarnas upplevelse av hur snabbt de får vård är sämst i landet. Privata tjänster används i stor utsträckning.

Användningen av tjänster är hög

Användningen av offentliga munhälsovårdstjänster ligger på medelnivå. Antalet besök har ökat en aning sedan 2015. Antalet FPA-ersatta tandläkar- och tandhygienistbesök inom den privata tandvården är näst högst i landet.

I oktober 2018 låg tillgången till vård på medelnivå. Drygt hälften (55 procent) av patienterna inom den offentliga vården fick besöka tandläkaren inom tre veckor från bedömningen av vårdbehovet. Invånarnas upplevelser av tillgången till tjänster inom rimlig tid var ändå sämst i landet.

Ungefär var femte (22 procent) av de 12-åringar som genomgått en grundundersökning av munnen har genomgått tandreglering; andelen är näst minst i landet.*

Tandklinikerna i regionen är inte öppna på vardagskvällar.

Antalet vårdbehövande har ökat

De 12 år fyllda personer som genomgick en grundundersökning av munnen hade fler tänder med

hål, fler lappade tänder och fler utdragna tänder än i landet i genomsnitt. Andelen som hade friska tänder var näst lägst i landet (47 procent, i hela landet 62 procent). Jämfört med föregående år hade andelen minskat näst mest i landet.

Av munhälsovårdens patienter hade cirka hälften (55 procent) inte behov av vård på grund av karies eller tandköttsbehandling. Andelen har minskat betydligt sedan 2015, vilket kan tyda på en allmän försämring av munhälsan och ett ökat servicebehov.

Kostnaderna för munhälsovården är höga

Nettodriftskostnaderna per invånare för den offentliga munhälsovården var bland de högsta i landet (90 euro/invånare), vilket är 10 procent högre än landets medelnivå, även om användningen av tjänsterna låg på medelnivå. Detta kan tyda på ett stort antal krävande ingrepp. Även kostnaderna per invånare för privat tandvård var tredje högst i landet (71 euro/invånare), vilket är 14 procent högre än landets medelnivå.

*Kommunerna sänder 12-åringar på hälsokontroll på olika grunder, vilket bör beaktas i jämförelsen.

6.9 Tjänster för barn, unga och familjer

Användningen både av tidiga stöttjänster för familjer och av barnskydd var låg, vilket återspeglas i kostnaderna. Processen för bedömning av behovet av barnskydd var långsammare än föregående år. Trots den ökande trenden var antalet placeringar utom hemmet lågt; placering på institution var vanligare. Tillgången till öppenvårdstjänster inom barn- och ungdomspsykiatri var sämre än i landet i genomsnitt. Antalet besök inom den specialiserade somatiska sjukvården har minskat.

Psykologresurserna i gymnasiet sämst i landet

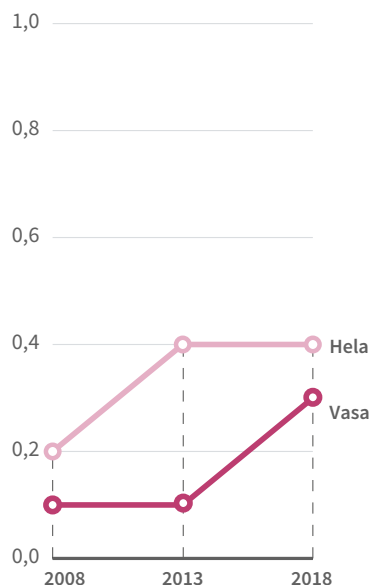
Nativiteten var tredje högst i landet 2017. Andelen personer under 18 år av regionens befolkning var tredje högst i landet. Andelen föderskor som var rökfria över halva graviditeten 2017 var tredje högst i landet. Tillgången till mödrarådgivningstjänster var bland de bästa i landet. Barnfamiljernas ekonomiska situation är bland de bästa i landet. Rådgiv-

ningsbyråerna i regionen är inte öppna på vardagskvällar.

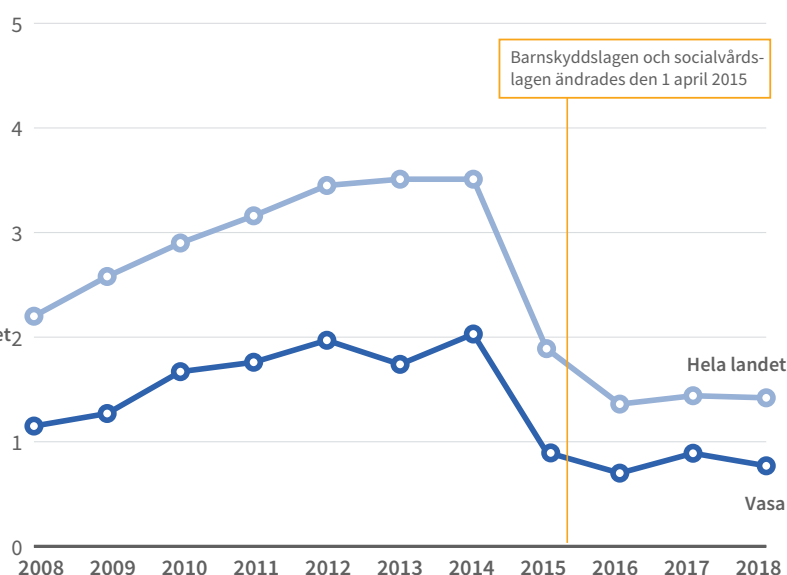
Andelen skolbarn i årskurs 1–6 som upplevde att deras föräldrar hade en skadlig överkonsumtion av alkohol var lägst i landet 2017. Bland eleverna i årskurs 8 och 9 var levnadsvanorna och det upplevda välbefinnandet bland de sämsta i landet. Situationen har beskrivits närmare i avsnittet om främjande av hälsa och välfärd.

FIGUR 10. Nya klienter hos barnskyddets öppenvård samt andelen i brådskande ordning placerade barn i området och i hela landet.

Antalet barn i åldrarna 0–17 år som placerats i brådskande ordning, % av befolkningen i samma ålder



Nya klienter i åldrarna 0–17 år inom barnskyddets öppenvård, % av befolkningen i samma ålder.



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.

Läkardimensioneringen inom skolhälsovården 2017 var bland de bästa i landet, men inom studerandehälsovården sämre än i genomsnitt. Rekommendationerna uppfylls inte inom någondera. Tillgången till kuratorstjänster var god på olika skolstadier, men bland eleverna i årskurs 8 och 9 var upplevelsen av att få stöd och hjälp ändå bland de sämsta i landet. Psykologdimensioneringen i gymnasiet var sämst i landet. Upplevelserna av hälsokontrollernas kvalitet var sämst i landet 2017 på alla skolstadier. Antalet aborter bland kvinnor under 20 år var näst lägst i landet.

Tidiga stödtjänster för familjer används i liten utsträckning

Barnfamiljerna hade liten tillgång till tjänster enligt socialvårdslagen. Den genomsnittliga väntetiden för det första besöket på familjerådgivningen var ändå längst i landet (41 dygn, i hela landet 23 dygn). Enligt regionen handlar det om problem med tillgången. Också antalet barn och unga inom barnskyddets öppenvård är lågt. Inom öppenvårdstjänsterna för familjer ligger tyngdpunkten på tjänster enligt barnskyddslagen.

I en del av området används en chatttjänst inom det förebyggande familjearbetet och hemtjänsten för barnfamiljer.

Processerna för bedömning av behovet av barnskydd fördröjs

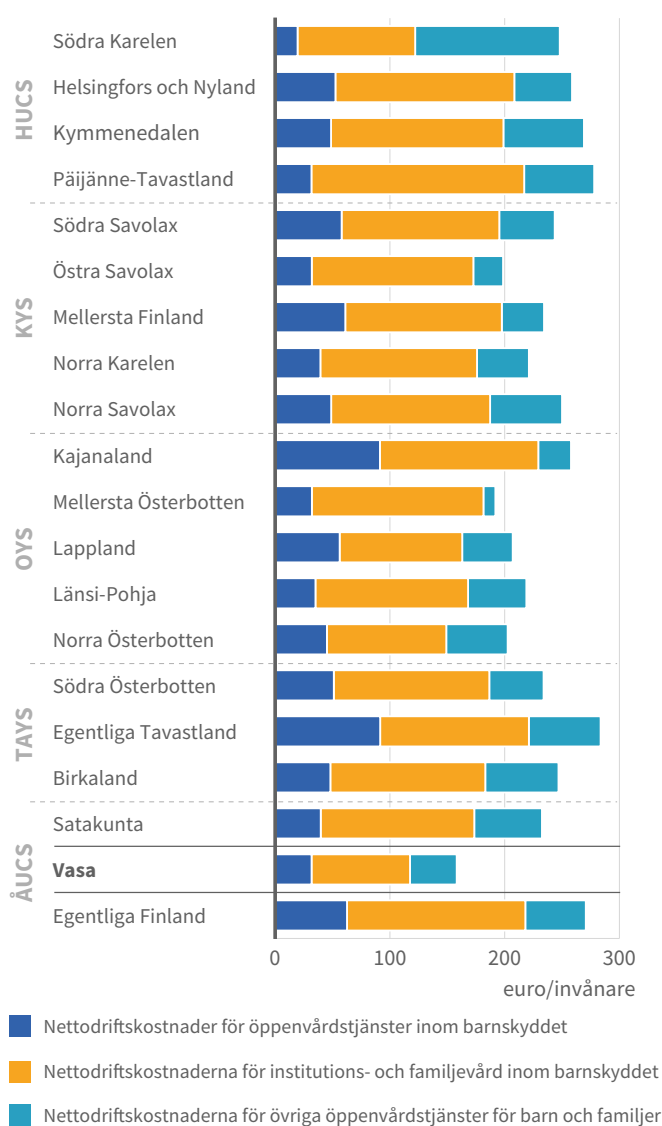
Antalet barnskyddsanmälningar var lägst i landet. Det kan bero på att bekymren identifieras sämre eller på att anmälningen skjuts upp, vilket i sin tur medför ett ökat behov av tyngre tjänster. Siffrorna för hur bedömningen av behovet av barnskydd inleds (90,3 procent) och slutförs (78,7 procent) inom utsatt tid är bland de sämsta i landet. Situationen har försämrats klart sedan motsvarande tidpunkt föregående år.

Antalet nya klienter under 18 år inom barnskyddets öppenvård var lägst i landet. Andelen har minskat sedan 2008, men lite mindre än i landet i genomsnitt (figur 10). Tillsynsmyndigheten har konstaterat att köerna till barnskyddets sociala arbete är långa i många kommuner och att klienterna inte får de tjänster som de behöver.

Antalet placeringar utom hemmet var lägst i landet tillsammans med Södra Karelen. Andelen har ändå ökat mer än genomsnittet sedan 2009.

Andelen barn och unga som placerats utom hemmet upprepade gånger var näst lägst i landet.

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.

Andelen barn och unga som placerats brådskande var lite lägre än landets medelnivå. Andelen har stigit i samma takt som i landet i genomsnitt sedan 2008. Av de barn som placerats utom hemmet var andelen barn och unga som placerades på institutioner tredje högst i landet (39 procent), vilket delvis kan förklaras av att allvarligt drogmissbruk var en vanlig orsak till placeringen. Andelen placeringar i familjer låg på medelnivå, medan andelen barn som placerades i professionella familjehem var näst lägst i landet. Enligt tillsynsmyndigheten övervakade kommunerna de privata barnskyddsinstitutionerna ganska måttligt, även om det råder brist på platser för vård utom hemmet och på psykiatriska tjänster för barn som vårdas utom hemmet.

Få besök inom den ungdomspsykiatriska öppenvården

Antalet besök inom den specialiserade somatiska sjukvårdens öppenvård för barn och unga har i motsats till resten av landet minskat under de senaste åren. Användningen av avdelningsvård var däremot en aning högre än landets medelnivå 2017 även om diabetesförekomsten bland barn under 15 år var lägst i landet.

År 2017 var antalet besök inom både barn- och ungdomspsykiatriska öppenvården färre än i landet i genomsnitt. Enligt regionen medför bristen på tjänster på specialnivå att efterfrågan på tjänster på basnivå ökar. Antalet barn och unga som överförts till psykiatrisk vård oberoende av sin vilja med observationsremiss var lägst i landet. I en del av regionen finns ett team som ambulerar till basnivån. Systematiska konsultationsbesök och beskrivningar av servicekedjan mellan basnivån och specialnivån saknas. Uppgifter saknas om den genomsnittliga väntetiden till barn- och ungdomspsykiatri och om hur vårdgarantin uppfylldes i slutet av 2018.

Kostnadsnivån återspeglar den låga användningen av tjänster

De sammanlagda nettodriftskostnaderna per invånare för tjänster för barn, unga och familjer var lägst i landet, 35,3 procent lägre än landets medelnivå. De övriga kostnaderna för öppenvårdstjänster för barn och familjer var bland de lägsta i landet (41 euro/invånare), 24 procent lägre än landets medelnivå. Kostnaderna för barnskyddets öppenvårdstjänster var tredje lägst i landet (32 euro/invånare), 37 procent lägre än medelnivån. Kostnaderna för barnskyddets institutions- och familjevård var ändå lägst i landet (86 euro/invånare), 39 procent lägre än medelnivån (figur 11).

6.10 Mentalvård, missbrukarvård och socialservice för vuxna

Andelen unga vuxna med risk för marginalisering var lägst i landet. Perioderna med utkomststöd blir mer sällan långvariga än i landet i genomsnitt. Andelen långtidsarbetslösa av alla arbetslösa har ökat under de senaste åren trots att många aktiveringsåtgärder har vidtagits. Antalet hälsokontroller för arbetslösa var lägst i landet. Bland de vuxna är sjukfrånvaron på grund av mental ohälsa stor. Användningen av mentalvårdstjänster verkar låg, medan missbrukarvården används mycket. Trots att psykiatrisk institutionsvård används lite är antalet tvångsåtgärder stort.

Behovet av socialservice för vuxna är klart lägre än landets medelnivå

I regionen fanns få långtidsarbetslösa personer och arbetslösa ungdomar. Även om cirka 1 800 unga vuxna löpte risk för marginalisering, var andelen lägst i landet 2017. Också antalet personer som lyfte grundläggande utkomststöd var lågt och klientskapet blir långvarigt betydligt mer sällan i landet i genomsnitt. Grundläggande utkomststöd beviljades näst minst i landet (76 euro/invånare), totalt cirka 12,9 miljoner euro.

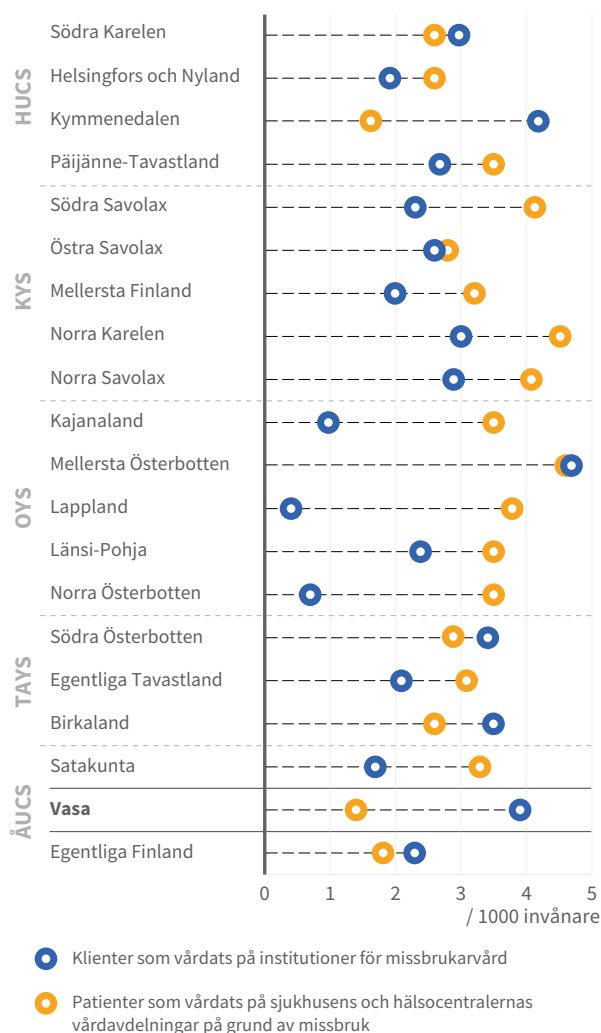
Ansökningarna om utkomststöd av kommunerna behandlades inom den lagstadgade tidsfristen på medelnivå (98 procent). Antalet unga vuxna och vuxna som fått kompletterande utkomststöd var litet. I relation till antalet personer som lyft utkomststöd en längre tid hade förebyggande utkomststöd beviljats mer än i landet i genomsnitt, vilket kan tyda på att klientstyrningen från FPA till kommunerna fungerar bra.

I en del av området används en chattjänst inom det sociala arbetet för vuxna.

Arbetslösa aktiveras effektivt, men andelen långtidsarbetslösa har ökat

Aktiveringen av arbetslösa var högst i landet och den strukturella arbetslösheten var bland de lägsta i landet (figur 13). Arbetsmarknadsstödet, som delfinansieras av kommunerna, var lägst i landet (39 euro/kund), totalt cirka 6,6 miljoner euro. De långtidsarbetslösas andel av alla arbetslösa har ökat tredje mest i landet sedan 2015 (+1,7 procent, i hela landet -1,3 procent) Antalet hälsokontroller för arbetslösa var lägst i landet (0,8 procent av de arbetslösa, i hela landet 3,6 procent). Nettodriftskostnaderna per invånare för sysselsättningsfrämjande verksamhet var bland de lägsta i landet (58

FIGUR 12. Klienter och patienter inom olika missbrukartjänster områdesvis 2018.



Det utmärkta avståndet på vertikalexeln visar antalet klienter i tjänsten i förhållande till befolkningen.

euro/invånare), vilket är 36 procent under landets medelnivå.

Mental ohälsa leder bara sällan till sjukpension – partiell sjukdagpenning används ofta

Antalet personer som är berättigade till mediciner med specialersättning till följd av psykos är lägst i landet, liksom också antalet vuxna som ordinerats vård mot sin vilja. Användningen av bensodiazepiner är lägst i landet.

Av alla personer med självmordstankar hade den största andelen i landet (54 procent, i hela landet 44 procent) sökt hjälp för problem med den mentala hälsan. Dödligheten på grund av självmord låg ändå på landets medelnivå 2017, men trenden har varit stigande de senaste åren. Tröskeln för att söka vård verkar vara låg, men servicesystemet har inte lyckats förebygga dödsfall särskilt bra.

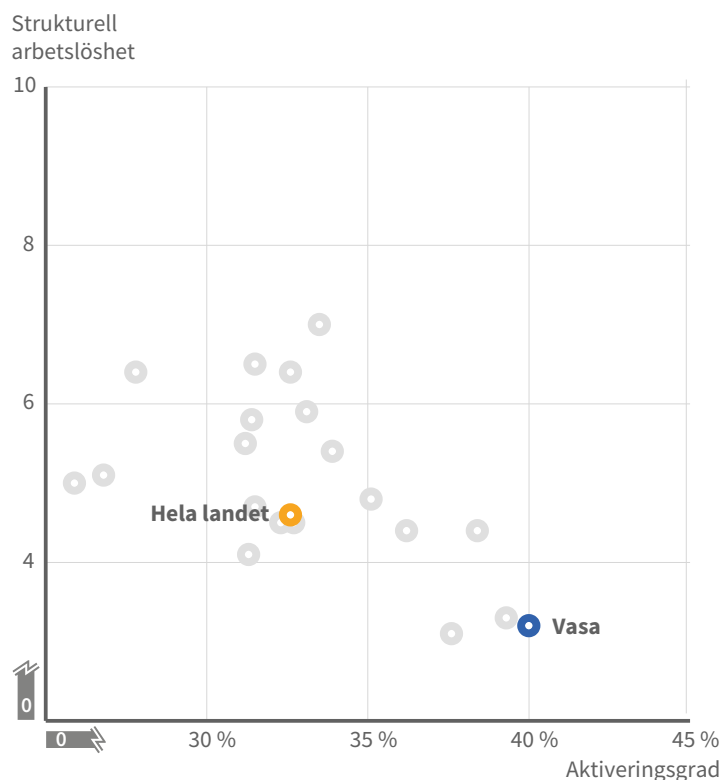
Andelen unga vuxna som fått sjukdagpenning på grund av mental ohälsa var låg, men andelen vuxna var näst störst i landet. Antalet nya perioder av partiell sjukdagpenning på grund av mental ohälsa var flest i landet. Få personer var sjukpensionerade på grund av mental ohälsa eller beteendestörningar.

Mentalvårdstjänster används mindre än i genomsnitt

Antalet besök inom mentalvårdens öppenvård för vuxna var lågt, 19 procent lägre än i landet i genomsnitt. Även antalet besök inom primärvårdens mentalvård, alla åldersgrupper inbegripet, var bland de lägsta i landet, 27 procent lägre än landets genomsnitt. Tillgången till FPA-ersatt rehabiliterande psykoterapi var sämre än landets medelnivå. Serviceproducenterna på basnivå hade inte ett tillräckligt utbud av tidig korttidspsykoterapi.

Psykiatriska öppenvårdstjänster användes lite mer än i landet i genomsnitt: antalet besök inom den psykiatriska öppenvården för vuxna var lite lägre (16 procent) än i landet i genomsnitt och antalet FPA-ersatta besök hos privata psykiatriker var tredje lägst i landet. Systematiska konsultations-

FIGUR 13. Strukturell arbetslöshet och aktiveringsgrad 2018.



besök och beskrivningar av servicekedjan mellan basnivå och specialnivå saknas.

Psykiatrisk institutionsvård används i liten utsträckning. Endast vårdtiderna för vuxna ser ut att bli lite längre.

Inom den psykiatriska sjukhusvården användes tvångsåtgärder tredje mest i landet 2017.

Inom boendeservicen med eller utan dygnetruntomsorg för rehabiliteringsklienter inom mentalvården var antalet klienter lägre än landets medelnivå. Enligt tillsynsmyndigheten placeras mentalvårdsklienter också på serviceenheter för äldre, vilket tyder på att det finns för lite boendeservice. I tillsynsrapporten nämns dessutom att det är brist på dagverksamhet för rehabiliteringsklienter inom mentalvården och missbrukarvården och på bedömning av behovet av socialservice hos dem som bor på boendeenheter.

Enligt FinSote-undersökningen tyckte bara 40 procent av klienterna att socialservicen fungerade smidigt. Andelen är tredje lägst i landet.

Missbrukarvårdens öppen- och institutionsvård har många klienter

Försäljningen av alkohol drycker var lägst i landet. Även antalet storkonsumenter var lågt. Dödligheten till följd av alkohol har minskat sedan 2015 och var lägst i landet 2017. Även om polisen fick kännedom om fler narkotikabrott än i landet i genomsnitt, användes hälsorådgivningstjänster för narkotikamissbrukare lite mindre än i landet i genomsnitt 2017.

Trots den stora mängden institutionsvård för missbrukare låg tyngdpunkten betydligt mer på öppenvårdstjänster än i landet i genomsnitt jämfört med dygnetrunttjänster. Antalet personer som varit intagna på vårdavdelning på grund av drogmissbruk var lägst i landet (figur 12).

Nettodriftskostnaderna per invånare för missbrukarvårdens specialtjänster låg på medelnivå (38 euro/klient), vilket är 7 procent högre än genomsnittet. Kostnaderna har ökat mest i landet sedan 2015.

6.11 Tjänster för personer med funktionsnedsättning

Antalet klienter på serviceboenden för personer med funktionsnedsättning var näst högst i landet. Tillgången till boendeservice som möjliggör mer självständigt boende är fortfarande svag, även om den har ökat. Det finns fortfarande långvarig institutionsvård för personer med intellektuell funktionsnedsättning. Ersättningarna för ändringsarbeten i bostaden och för redskap och anordningar som hör till bostaden har minskat. I fråga om färdtjänster ligger tyngdpunkten mer än i landet i genomsnitt på tjänster som ordnas med stöd av den allmänna lagen.

Antalet personer i behov av vård och omsorg ligger på medelnivå

Antalet personer som får handikappbidrag från FPA verkar vara lite mindre än landets medelnivå i relation till folkmängden. Den totala mängden tjänster och stöd som beviljats personer med funktionsnedsättning låg på landets medelnivå 2017.

Tillgången till boendeservice har ökat – utbudet av lättare boendeservice är litet

Antalet klienter inom boendeservicen för personer med svår funktionsnedsättning var näst högst i landet och har stigit näst mest i landet sedan 2015.

I slutet av 2017 var antalet klienter på stödboende och styrt boende lägst i landet. Antalet har ändå ökat tredje mest i landet sedan 2015. Antalet klienter på assisterat boende med heldygnsomsorg var på landets medelnivå. Sedan 2015 har antalet ökat lite mer än i genomsnitt (figur 14).

Antalet klienter som bor långvarigt på institutioner för personer med intellektuell funktionsnedsättning var lite lägre än i landet i genomsnitt i slutet av 2017.

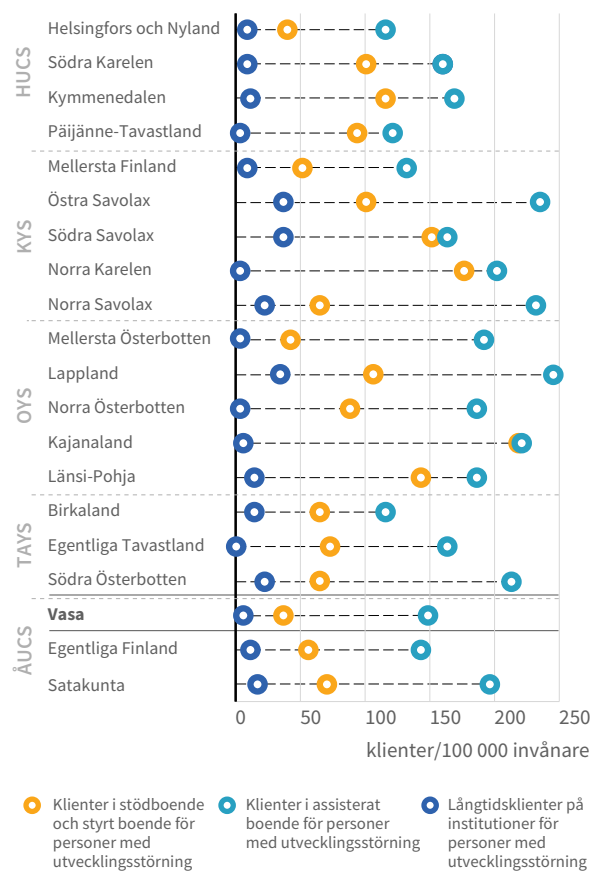
Antalet klienter som fått ersättning för ändringsarbeten i bostaden och för redskap och anordningar som hör till bostaden har minskat lite sedan 2009, trots att det ökat i landet i genomsnitt (-10 procent, i hela landet +16 procent).

Service som stöder rörligheten ordnas allt mer med stöd av den allmänna lagen

Antalet personer som beviljats färdtjänst med stöd av lagen om service och stöd på grund av handikapp var en aning högre än landets medelnivå, men kostnaderna var ändå bland de lägsta i landet. Fler än

i landet i genomsnitt fick motsvarande tjänst med stöd av socialvårdslagen. Antalet har ökat mer än i landet i genomsnitt sedan 2015, med 50 procent (i hela landet -10 procent). Andelen äldre som fick färdtjänst för personer med svår funktionsnedsättning var lite högre än i landet i genomsnitt.

FIGUR 14. Klienter inom institutionsvård och boendeservice för personer med utvecklingsstörning 2017.



Det utmärkta avståndet på vertikalexeln visar antalet klienter i tjänsten i förhållande till befolkningen.

Av all färdtjänst har den andel som beviljats med stöd av socialvårdslagen ökat med 7 procent sedan 2015 (i hela landet -1 procent). Tyngdpunkten ligger mer än i landet i genomsnitt på färdtjänst som ordnas med stöd av den allmänna lagen.

Kostnaderna för servicen för personer med funktionsnedsättning ligger på medelnivå

Nettodriftskostnaderna per invånare för servicen för personer med funktionsnedsättning ligger på medelnivå, 6 procent lägre än genomsnittet. Utgif-

terna för tjänster och ekonomiskt stöd enligt lagen om service och stöd på grund av handikapp låg på medelnivå, 7 procent lägre än genomsnittet. Kostnaderna för boendeservice med dygnetruntomsorg för personer med funktionsnedsättning låg på medelnivå (170 euro/invånare), 21 procent högre än genomsnittet. Kostnaderna för institutionsvård för personer med funktionsnedsättning låg på medelnivå (19 euro/invånare), 16 procent lägre än genomsnittet.

6.12 Tjänster för äldre

Tillgången till gerontologiskt socialt arbete verkar bristfällig. Stödet för att bo hemma med hjälp av offentligt finansierade stödtjänster är stort. Hemvårdens kvalitet verkar vara god. Jourbesöken inom primärvården har ökat. Avdelningsvården inom den specialiserade sjukvården används mycket. Även om kostnaderna för institutionsvård fortfarande är höga har servicestrukturen förenklats i snabb takt de senaste åren.

De äldres servicebehov är förhållandevis litet

Av de 75 år fyllda personerna var det få som bodde ensamma och kände sig ensamma. Antalet pensionärer som får höjt eller högsta vårdbidrag var näst lägst i landet i förhållande till regionens folkmängd. Enligt FinSote-undersökningen var lika många 65 år fyllda personer som i landet i genomsnitt tvungna att avstå från mat, mediciner eller läkarbesök av ekonomiska skäl. I samma åldersgrupp var antalet personer som fick utkomststöd ändå lägst i landet, vilket kan tyda på brister i det gerontologiska sociala arbetet. De äldres hälsa och välfärd har behandlats även i avsnittet om främjande av hälsa och välfärd.

Äldre får stöd för att bo hemma genom intensifierad hemvård och stödtjänster

Andelen äldre som bor hemma var lika stor som i landet i genomsnitt (90,9 procent, i hela landet 91,1 procent). Andelen har ändå ökat tredje mest i landet sedan 2013. Av alla som fyllt 75 år var andelen som får stödtjänster bland de största i landet. Jämfört med 2015 hade andelen ökat med cirka 9 procent, medan den sjunkit i landet i genomsnitt (i hela landet -1 procent)

Antalet 75 år fyllda klienter som får regelbunden hemvård 2–3 gånger per dag var tredje högst i landet. Andelen klienter som besöks minst tre gånger per dag låg på medelnivå. I en del av regionen kan hemvårdsbesök göras via en elektronisk bildtjänst. Personalresurserna inom hemvården låg på medelnivå (39 procent av personalen inom tjänsterna för äldre, i hela landet 36 procent).

Inom regionen har hemvården förstärkts och andelen serviceboende med heldygnsomsorg har hållits på samma nivå (figur 15).

Användningen av den specialiserade sjukvårdens avdelningsvård har ökat

De 75 år fylldas jourbesök inom primärvården låg på medelnivå. Sedan 2015 har ökningen av antalet besök varit bland de största i landet (120 procent, i hela landet 10 procent). Det verkar som om primärvårdens öppna sjukvård inte kan uppfylla servicebehovet, vilket även väntetiderna tyder på. Antalet jourbesök inom den specialiserade sjukvården var däremot bland de minsta i landet, 29 procent lägre än genomsnittet. Tillgången till läkarkonsultation dygnet runt som stöd för hemvården var lite sämre än genomsnittet.

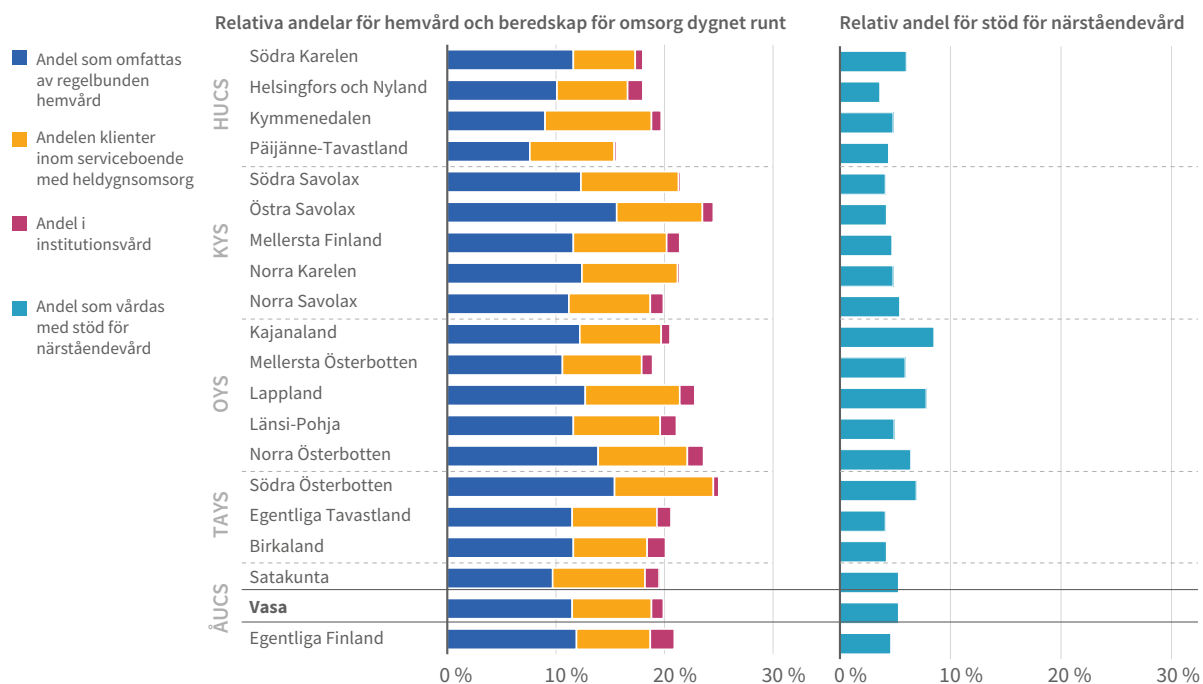
Bland hemvårdsklienterna var antalet vårdperioder som inletts via jouten antingen på sjukhus eller på hälsovårdscentralens vårdavdelning näst lägst i landet. På grund av brister i uppgifterna från centralsjukhuset är siffrorna för primärvårdens jour riktgivande.

Användningen av primärvårdens avdelningsvård motsvarade landets medelnivå, även om tillgången till hemvård nattetid var lite bättre än i landet i genomsnitt. Sedan 2015 har vårddygnet minskat näst mest i landet, vilket återspeglar den strukturförändring som genomförts. Användningen av den specialiserade somatiska sjukvårdens avdelningsvård var hög 2017.

De 75 år fyllda personerna i regionen använde en exceptionellt stor andel av alla vårddygn på vårdavdelning för vuxna, cirka hälften – andelen är näst störst i landet.

Antalet vårddygn har ökat mest i landet sedan 2015.

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.

Regionförvaltningsverket i Västra och Inre Finland konstaterade i sin tillsynsrapport att kriterierna för serviceboende med heldygnsomsorg är stränga och att hemvården i alla kommuner inte kan uppfylla behoven.

Läkemedelsbehandlingen för äldre sköts väl, vilket återspeglas i det låga antalet allvarliga fallolyckor

Hemvårdsklienternas läkemedelsbehandling och näringsstatus bedöms oftare än i landet i genomsnitt, vilket syns i att de äldre använder färre olämpliga läkemedel. Kriterierna för god vård av minnes sjuka och i synnerhet de skriftliga anvisningarna om praxisen för begränsning av självbestämmanderätten används mer sällan än i landet i genomsnitt på enheter för dygnetruntvård.

Personalen inom dygnetruntvården ansågs ha ett större behov av fortbildning inom palliativ vård än i landet i genomsnitt.

Kostnaderna för lättare och välfärdsfrämjande tjänster är låga

De sammanräknade kostnaderna per invånare för tjänsterna för äldre låg på medelnivå, 12 procent över genomsnittet. Kostnaderna för hemvården var lite högre (+26 procent) än landets medelnivå (235 euro/invånare). Kostnaderna för andra tjänster för äldre var tredje lägst i landet (68 euro/invånare), 16 procent under landets medelnivå. Kostnaderna hade sjunkit sedan 2015, medan de ökat på andra håll i landet. Kostnaderna för boendeservice med dygnetruntomsorg för äldre låg på medelnivå (362 euro/invånare), 17 procent över genomsnittet. Kostnaderna för institutionsvård för äldre var näst högst i landet (83 euro/invånare), 26 procent över genomsnittet.

Menetelmät ja laatuseloste

Sosiaali- ja terveystalvelujen 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. Kyse-lyaineistoihin perustuvat indikaattorit päivittyvät yleensä joka toinen vuosi.

Yhdenmukaisen tarkastelun vuoksi Tietoikkunasta löytyvien indikaattorien päivittyminen on keskeytetty 12.9.2019, lukuun ottamatta nettokäytökustannus- 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 terveystalvelujen 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 vuositasoiisiin ikäryhmiin, jolloin väestöennusteen perusteella on arvioitavissa, kuinka palvelujen volyymi kehitty 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. Sairaanhoidopiirien 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 sairaanhoidopiirien aluejaolla. Määrät on suhteutettu alueen työikäiseen väestöön THL:ssä.

Terveydenhuollon palveluverkko ja ympäri- vuorokautisten päivystysten saavutettavuus

THL kerää, ylläpitää ja analysoi julkisen terveydenhuollon palveluverkkotietoa. Sairaala- ja terveysasematiedot on poimittu THL:n ylläpitämästä Sote-organisaatiorekisteristä ja tarkistettu manuaalisesti hyödyntäen kuntien ja kuntayhtymien verkkosivuja. Palveluverkkokartassa kuvataan vuoden 2018 tilannetta. Palvelusetelikoelun 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. Sairaanhoidopiirien 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 sairaanhoidopiirien 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 valvontahavainnointia, jos ne ovat yksilöitävissä arvioitavalle alueelle.

Hoitoilmoitusjärjestelmän kolmen rekisterin (sosiaalihuollon hoitoilmoitusrekisteri, terveydenhuollon hoitoilmoitusrekisteri ja perusterveydenhuollon avohoidon hoitoilmoitusrekisteri eli Avohilmo) tietojen laatu ja kattavuus vaihtelevat sairaanhoidopiireittäin 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 ulosraavasta 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 sairaanhoitopiiriin alueilla. Työpäpaperi 27/2019, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos THL. [Verkkolähde](#) [luettu 27.11.2019].

Häkkinen, P. & Matveinen, P. (2019) Sairaaloiden tuotavuus 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].

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].

Lääkäriliitto (2019) Terveyskeskusten lääkäritilanne loka-kuussa 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/>

Sähköinen [hyvinvointikertomus](#).

Takala, E.-P., Leino, T., Harjunpää, K., Hirvonen, M., Kauranen, T., Liljeström, K., Synnämä, 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. Vanhuspalvelujen tila. [Verkkolähde](#) [luettu 27.11.2019].

Tilasto- ja indikaattoripankki Sotkanet. www.sotkanet.fi

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) Lounais-Suomen aluehallintoviraston valvontahavaintoraportti Satakunnan ja Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiriin alueen sosiaali- ja terveydenhuollon palveluiden yhdenvertaisesta saatavuudesta vuonna 2018. [Verkkolähde](#) [luettu 2.12.2019].

Aluehallintovirasto (2019) Länsi- ja Sisä-Suomen aluehallintoviraston valvontahavaintoraportti Etelä-Pohjanmaan, Keski-Pohjanmaan, Keski-Suomen, Pirkanmaan ja Vaasan sairaanhoitopiiriin alueen sosiaali- ja terveydenhuollon palveluiden yhdenvertaisesta saatavuudesta vuonna 2018. [Verkkolähde](#) [luettu 2.12.2019].

Länsirannikko-strategian päivitys 2019–2023. Satakunnan sairaanhoitopiiriin yhtymähallituksen päätös 20.5.2019 § 74. [Verkkolähde](#) [luettu 27.11.2019].

Turun yliopistollisen keskussairaalan erityisvastuualueen erikoissairaanhoidon järjestämissopimus kunnallisvaltuustokaudelle 2017–2021. [Verkkolähde](#) [luettu 27.11.2019].

Varsinais-Suomi

Varsinais-Suomen sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämissuunnitelma, päivitys vuosille 2017–2018. [Verkkolähde](#) [luettu 2.12.2019].

Varsinais-Suomen sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämissuunnitelma, päivitys vuosille 2019–2020. [Verkkolähde](#) [luettu 2.12.2019].

Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri (2019) Tilinpäätös ja toimintakertomus 2018. [Verkkolähde](#) [luettu 2.12.2019].

Sosiaali- ja terveysministeriö. Koti- ja omaishoidon uudistus (I&O-kärkihanke): maakunnalliset tulokset, Varsinais-Suomi. [Verkkolähde](#) [luettu 2.12.2019].

Sosiaali- ja terveysministeriön ja Varsinais-Suomen maakunnan välinen ohjausneuvottelu, pöytäkirja 15.11.2018.

Varsinais-Suomen maakunnan tilannekuva. Valmistautuminen maakunnan toiminnan ja talouden neuvottelupäiviin 2019.

Varsinais-Suomen maakunta- ja sote-uudistuksen lopputilastoraportti, 9.4.2019.

Virtanen, L. (2017) Varsinais-Suomen sosiaali- ja terveyspalveluiden palveluverkko. [Verkkolähde](#) [luettu 2.12.2019].

Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri. Hallituksen päätökset 1.1. – 30.6.2019. [Verkkolähde](#) [luettu 2.12.2019].

Satakunta

Satakunnan alueen hyvinvointipalveluiden järjestämissuunnitelma Vuoteen 2017+. [Verkkolähde](#) [luettu 2.12.2019].

Satakunnan sairaanhoitopiirin kuntayhtymä (2019) Tilinpäätös 2018. [Verkkolähde](#) [luettu 2.12.2019].

Satakunnan sairaanhoitopiirin kuntayhtymä. Yhtymähallituksen pöytäkirjat 1.1.–30.6.2019. [Verkkolähteet](#) [luettu 2.12.2019].

Satakunnan sote-valmistelun loppuraportti 1.10.2017–8.3.2019.

Satakunnan tilanneyhteenvedo maakunnan neuvottelupäiviä varten, Satakuntaliitto 7.1.2019

Sosiaali- ja terveysministeriö. Koti- ja omaishoidon uudistus (I&O-kärkihanke): maakunnalliset tulokset, [Satakunta](#) [luettu 2.12.2019].

Sosiaali- ja terveysministeriön ja Satakunnan maakunnan välinen ohjausneuvottelu, pöytäkirja 15.11.2018.

Pohjanmaa

Pohjanmaan tilanneyhteenvedo maakunnan neuvottelupäiviä varten.

Pohjanmaan maakunta- ja sote-uudistuksen loppuraportti, 9.4.2019.

Sosiaali- ja terveysministeriön ja Pohjanmaan maakunnan välinen ohjausneuvottelu, pöytäkirja 14.11.2018.

Sosiaali- ja terveysministeriö. Koti- ja omaishoidon uudistus (I&O-kärkihanke): maakunnalliset tulokset, Pohjanmaa. [Verkkolähde](#) [luettu 2.12.2019].

Vaasan keskussairaala. H-uudisrakennuksen nettisivut. [Verkkolähde](#) [luettu 2.12.2019].

Vaasan sairaanhoitopiiri (2016) Terveysthuollon järjestämissuunnitelma Vaasan sairaanhoitopiirin jäsenkuntien alueella 2013–2016. Vuosien 2015–2016 päivitys. [Verkkolähde](#) [luettu 2.12.2019].

Vaasan sairaanhoitopiiri (2019) Tilinpäätös 2018. [Verkkolähde](#) [luettu 2.12.2019].

Vaasan sairaanhoitopiiri (2019) Henkilöstöraportti 2018. [Verkkolähde](#) [luettu 2.12.2019].

Vaasan sairaanhoitopiiri. Hallituksen pöytäkirjat 1.1.–30.6.2019. [Verkkolähteet](#) [luettu 2.12.2019].

Vaasan sairaanhoitopiiri. Pohjanmaan hyvinvointialueen valmistelu. [Verkkolähde](#) [luettu 2.12.2019].