

TIEDOSTA ARVIOINTIIN

tavoitteena paremmat palvelut

**Sosiaali- ja
terveydenhuollon
järjestäminen
Pohjois-Karjalan
hyvinvointialueella**

PÄÄTÖSTEN TUEKSI 23/2022



**Alueellinen
asiantuntija-arvio,
syksy 2022**



Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen asiantuntijaryhmä

Arvioinnin vastuuhenkilönä on toiminut arviointijohtaja, dosentti **Nina Knape**.

Asiantuntija-arvioita ovat laatineet seuraavat arviointipäälliköt:

Katja Croell – Pohjanmaan hyvinvointialue, Satakunnan hyvinvointialue, Varsinais-Suomen hyvinvointialue

Tiina Hetemaa – Helsingin kaupunki, Itä-Uudenmaan hyvinvointialue, Keski-Uudenmaan hyvinvointialue, Länsi-Uudenmaan hyvinvointialue, Vantaan ja Keravan hyvinvointialue

Jaana Leipälä – Etelä-Savon hyvinvointialue, Keski-Suomen hyvinvointialue, Pohjois-Karjalan hyvinvointialue, Pohjois-Savon hyvinvointialue

Tuulikki Louet-Lehtoniemi – Kainuun hyvinvointialue, Keski-Pohjanmaan hyvinvointialue, Lapin hyvinvointialue, Pohjois-Pohjanmaan hyvinvointialue

Hannele Ridanpää – Etelä-Pohjanmaan hyvinvointialue, Kanta-Hämeen hyvinvointialue, Pirkanmaan hyvinvointialue

Taru Syrjänen – Etelä-Karjalan hyvinvointialue, HUS-yhtymä, Kymenlaakson hyvinvointialue, Päijät-Hämeen hyvinvointialue

Arviointityötä on koordinoanut kehittämisspäälikkö **Vesa Syrjä**. Sosiaali- ja terveydenhuollon kustannukset, investoinnit ja rahoitus -osion vastuuhenkilönä on toiminut erityisasiantuntija **Jutta Nieminen**. Arvioinnin viestinnästä on vastannut viestintäpäällikkö **Jari Kirsilä**, julkaisemisesta suunnittelija **Päivi Kiuru** ja tietopohjasta asiantuntija **Tuuli Suomela**.



Päätösten tueksi 23/2022

ISBN: 978-952-343-958-0 (verkko)

ISSN: 1799-3946 (verkko)

<http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-958-0>

Sisällys

Lukijalle	4
Asiantuntija-arvio	5
Väestö ja palvelutarve	8
Hyvinvointialueen hallinnollinen ja toiminnallinen rakentuminen	11
Ammattitaitoisen henkilöstön saatavuus ja riittävyys	14
Palvelujen integraation nykytila ja kehittämistoimet	16
Yhdenvertaisten palvelujen saatavuus ja saavutettavuus	20
Sosiaali- ja terveydenhuollon kustannukset, investoinnit ja rahoitus	25
Menetelmät ja laatuseloste	30
Lähteet ja arvioinnissa käytetty tausta-aineisto	32

Lukijalle

Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen (THL) tehtävänä on 1.7.2021 voimaan tulleen sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämislain (612/2021) mukaisesti laatia vuosittain sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämistä koskeva asiantuntija-arvio valtakunnallisesti, yhteistyöalueittain ja hyvinvointialueittain. Asiantuntija-arvioilla on merkittävä asema sosiaali- ja terveysministeriön, valtiovarainministeriön, sisäministeriön ja hyvinvointialueiden vuosittaisissa neuvotteluissa, joissa tarkastellaan kunkin alueen järjestämisvastuuseen kuuluvien sosiaali- ja terveydenhuollon tehtävien toteuttamista.

Vastuu sosiaali- ja terveydenhuollon ja pelastustoimen järjestämisestä siirtyy vuoden 2023 alusta kunnilta ja kuntayhtymiltä 21 hyvinvointialueelle. Lisäksi Helsingin kaupungilla säilyy sosiaali- ja terveydenhuollon sekä pelastustoimen järjestämisvastuu ja HUS-yhtymällä on erikseen säädetty järjestämisvastuu erikoissairaanhoidon liittyvistä tehtävistä omalla alueellaan. THL:n kesän ja syksyn 2022 aikana laatimissa arvioissa tarkastellaan uusien hyvinvointialueiden, Helsingin kaupungin ja HUS-yhtymän sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisen lähtötilannetta.

THL:n laatimat arviot perustuvat sekä määrälliseen että laadulliseen aineistoon. Arvioinnissa on hyödynnetty aluekohtaisia indikaattoritietoja, joista merkittävä osa pohjautuu kansalliseen sosiaali- ja terveydenhuollon kustannusvaikuttavuusmittaristoon (KUVA). Mittariston tarjoamat indikaattoritiedot sekä niiden alueellinen ja valtakunnallinen kehitys on raportoitu THL:n vuoden 2022 alkupuolella julkistamassa [Sotekuva.fi](https://www.sotekuvu.fi)-verkkopalvelussa. Asiantuntija-arvion KUVA-mittaristoon perustuva tietopohja on ajankohdan 17.6.2022 mukainen.

Arviointien keskeisenä tietopohjana ovat toimineet lisäksi Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontaviraston Valviran ja aluehallintovirastojen valvontahavainnot. Ajantasaisen tilannekuvan muodostamisessa on hyödynnetty alueiden hallinnollisia dokumentteja sekä kansallisten viranomaisten tuoreimpia laskelmia ja selvityksiä. Hyvinvointialueiden tilannekuvan tulkintaa on syvennetty ja täydennetty keskusteluissa, joita on käyty hyvinvointialueiden valmistelusta vastaavien toimielinten edustajien sekä sosiaali- ja terveydenhuollon palveluista järjestämisvastuussa olleiden kuntayhtymien ja kuntien edustajien kanssa.

Kiitämme lämpimästi Pohjois-Karjalan alueen yhteyshenkilöitä ja asiantuntijoita erinomaisesta yhteistyöstä ja panostuksesta arviointiimme työntäyteisessä hyvinvointialueiden toimeenpanovaiheessa. Kiitos myös sosiaali- ja terveysministeriön ohjausyksikön, Valviran, aluehallintoviranomaisten ja THL:n asiantuntijoille arvokkaasta tuesta.

Helsingissä 31.1.2023

Nina Knape
Arviointijohtaja

Jaana Leipälä
Arviointipäällikkö

Asiantuntija-arvio

Vahvuutena vuosien kokemus integroidusta palvelujen järjestämisestä

Pohjois-Karjala on harvaan asuttu 13 kunnan hyvinvointialue. Siun sote -kuntayhtymä on järjestänyt kaikki Pohjois-Karjalan julkiset sosiaali-, terveys- ja pelastuspalvelut jo tammikuusta 2017. Kaikkien palvelujen perus- ja erityistasojen sijoittuminen saman järjestäjän vastuulle antaa hyvät edellytykset laaja-alaiselle päätöksenteolle ja palvelujen yhteensovittamiselle.

Pohjois-Karjalan hyvinvointialueen valmistelu on edennyt hyvin. Hyvinvointistrategia on valmistunut. Palveluintegraatiossa on edetty kehittämällä sitä määrätietoisesti maakunnallisen kuntayhtymän perustamisesta alkaen. Tietojärjestelmien uudistamisessa aluetta kuitenkin kohtasi vastoinkäyminen, kun Keski-Suomen, Etelä-Savon ja Vaasan sairaanhoitopiirien ja Siun soten kuntayhtymän yhteinen asiakas- ja potilastietojärjestelmän (Aster) suunnitteluprojekti keskeytettiin lokakuussa 2021 Keski-Suomen sairaanhoitopiirin päätöksellä.

Hyvinvointialue rakentuu jo kuntayhtymän aikana valetulle perustalle

Palvelukriteerit on yhtenäistetty koko alueella jo kuntayhtymän aloittamisvuonna 2017. Myös palveluvalikoima on yhtenäistetty jo kuntayhtymän aikana palvelutuotantosuunnitelman mukaisesti. Hyvinvointialue soveltaa 1.1.2023 alkaen kuntayhtymän palvelutuotantosuunnitelmaa, mutta suunnitelmaa uudistetaan tasapainoisen palvelutuotannon saavuttamiseksi. Uudistettu suunnitelma nimetään palvelustrategiaksi, ja se tuodaan aluevaltuuston käsittelyyn vuoden 2023 aikana. Samassa yhteydessä uudistetaan myös pelastustoimen palvelutasopäätös. Palveluverkkosuunnitelman uudistaminen käynnistyy joulukuussa 2022. Aluevaltuusto hyväksyi lokakuussa 2022 hyvinvointialuestrategian vuosille 2023–2026.

Kansalliset kehittämisohjelmat palveluintegraation kehittämisen kärkinä

Kansallisilla valtionavustushankkeilla ja erityisesti Tulevaisuuden sosiaali- ja terveyskeskus -ohjelman Pohjois-Karjalan-hankkeessa on kehitetty palvelujen saatavuutta, monialaisuutta ja yhteen toimivuutta. Jo useita vuosia integraation kehittämisen kärkenä ollutta yhteisasiakastoimintaa on entisestään vahvistettu paljon palveluja tarvitsevien lapsiperheiden ja ikäihmisten palveluissa. Tulevaisuuden sotekeskus -hankkeessa on kokeiltu tuloksekkaasti kehittäjäosionomien jalkautumista soteasemille, pilotoitu elämäntapa-ohjausta ja aloitettu tilannekeskuksen kehittäminen yhteistyössä kaikkien toimialueiden kesken. Lisäksi on käynnistetty laaja-alainen omais- ja perhehoidon keskustoiminta ja sähköisen asiakas- ja palveluohjauksen rakentaminen.

Pohjois-Karjalan hyvinvointialue on jättänyt valtionavustushakemuksen Suomen elpymis- ja palautumissuunnitelman (RRP) toiseen vaiheeseen. Alue hakee rahoitusta Hyvinvointia ja kestäviä sosiaali- ja terveydenhuollon palveluja (HyKe) -hankkeeseen vuosille 2023–2025.

Haasteina väestön ikääntyminen, suuri sairastavuus ja henkilöstöpula

Väestön ikääntyminen, suuri sairastavuus ja kuntien heikko talouskehitys haastavat tarpeenmukaisten sosiaali- ja terveyspalvelujen järjestämistä Pohjois-Karjalassa. Siun soten omistajakunnat ovat edellyttäneet kuntayhtymältä tiukkaa talouskuria ja talouden sopeutumistoimia. Tammikuussa 2020 päättyneissä koko Siun soten henkilöstöä koskeneissa yt-neuvotteluissa määriteltiin 20 miljoonan euron säästötavoite, josta reilu kolmannes koostui henkilöstökulujen vähentämisestä ja loppuosa rakenteellisista muutoksista palveluverkossa, organisaatorakenteesta ja palvelutuotannossa. Sittemmin Covid-19-pandemian aikaiset palvelujen karsimiset ja lykkäykset todennäköisesti kasvattivat kiireettömän hoidon palveluvajetta entisestään.

Henkilöstöpula on heikentänyt erikoissairaanhoidon pääsyä sekä ikääntyneiden palvelujen ja mielenterveyspalvelujen saatavuutta Pohjois-Karjalassa. Ikääntyneiden terveysongelmien hoito on kuormittanut päivystystä ja sairaalan vuodeosastoja, kun jatkohoitopaikkoja ei ole ollut riittävästi. Sosiaalityöntekijöiden saatavuushaasteet ovat näkyneet esimerkiksi siinä, että määräajassa aloitettujen ja valmistuneiden lastensuojelun palvelutarpeen arviointien osuudet vähenivät edellisvuodesta. Suomen Lääkäriliiton selvityksen mukaan terveyskeskusten lääkäripula oli vuonna 2021 Pohjois-Karjalassa maan toiseksi suurin. Pohjois-Karjalan hyvinvointialuestrategiassa vuosille 2023–2026 henkilöstön saatavuus ja riittävyys on huomioitu sekä strategisena tavoitteena että kriittisenä menestystekijänä. Tarpeet huolehtia henkilöstön työhyvinvoinnista, osaamisesta ja sitoutumisesta on tunnustettu. Niihin pyritään vastaamaan kehittämällä osallistavaa ja valmentavaa lähijohtamista ja parantamalla työnantajamainetta. Hoitohenkilöstön saatavuutta parannetaan yhteistyöllä oppilaitosten kanssa ja kehittämällä kansainvälistä rekrytointia.

Talouskehitys suurimpana huolena hyvinvointialueen aloittaessa toimintansa

Pohjois-Karjalan alueen kunnista valtaosa saavutti ylijäämäisen tuloksen vuonna 2021 valtion koronatu- kien ja myönteisen verotulokehityksen ansiosta. Siun Soten vuoden 2021 tilinpäätös oli edellisten vuosien tapaan alijäämäinen. Vuoden 2021 kesään asti kuntayhtymän kustannukset kehittyivät maltillisesti. Tämän jälkeen kustannuskehitys on vauhdittunut, mitä selittää inflaation lisäksi erityisesti palvelutarpeen kasvu sekä henkilöstöpulasta johtuva ulkopuolisten palveluntuottajien lisääntynyt käyttö. Kevään 2023 hintaneu- votteluissa yksityisten asumispalvelujen tuottajien kanssa on alueen arvion mukaan odotettavissa suuria hinnankorotuksia. Kuntayhtymän tammi-syyskuun 2022 talousennuste oli noin 30 miljoonaa euroa alijää- mäinen. Alijäämä jäänee jäsenkuntien katettavaksi taseen kumulatiivisen 17 miljoonan euron alijäämän lisäksi.

ICT-investointien haasteena yhteistyöhankkeen kariutuminen

Alueen investointisuunnitelman asukaskohtaiset investointimenot ovat alle maan keskitason. Keskussai- raalan peruskorjaushanke laitehankintoihin kattaa investointisuunnitelmasta kolmasosan. Alueen esittä- mät asukaskohtaiset ICT-investointimenot ovat maan pienimmät. Aster-järjestelmän käyttöönottoon täh- dännyt suunnitteluprojekti keskeytettiin. Hankkeen keskeytys koski myös kolmea muuta aluetta. Alueen oman arvion mukaan uusi asiakastietojärjestelmä tulisi saada käyttöön vuoteen 2030 mennessä. Uuden järjestelmän hankinta ei kuitenkaan onnistu pelkästään alueen omin voimavaroin. Hankintayhteistyön mahdollisuuksia on tunnusteltu, mutta konkreettisia suunnitelmia asiakastietojärjestelmän hankkimiseksi ei ole päästy laatimaan. Mahdollisten kumppanialueiden muut investointisuunnitelmat etenevät eri aika- tauluissa, ja alueilla on myös erilaiset laskennallisesti määritellyt lainanottovaltuudet, joten uuden hankin- takonsortion kokoaminen on haasteellista. Niinpä Pohjois-Karjala keskittyy ICT-investoinneissa nyt sosiaa- lihuollon asiakastietojärjestelmän päivittämiseen lakisääteiselle tasolle.

Väestön arvioitu palvelutarve maan suurin

Vuonna 2020 Pohjois-Karjalan sosiaali- ja terveydenhuollon asukaskohtaiset nettomenot olivat seitsemän prosenttia suuremmat kuin maassa keskimäärin. Alueen palvelutarve oli 18 prosenttia suurempi kuin maassa keskimäärin ja palvelutarpeeseen suhteutetut sosiaali- ja terveydenhuollon menot yhdeksän prosenttia pienemmät kuin maassa keskimäärin.

Pohjois-Karjalan väestön arvioitu sosiaali- ja terveydenhuollon palvelutarve vuodelle 2023 on maan suurin, mikä näkyy myös laskennallisen rahoituksen tasossa. Alueen siirtyvät kustannukset ovat merkittävästi pienemmät kuin laskennallinen rahoitus, joten alueen rahoitus kasvaa siirryttäessä kohti täysimääräistä laskennallista rahoitusta. Siirtymävaiheessa siirtyvien kustannusten ja hyvinvointialueen laskennallista rahoitusta tasataan siirtymätasauksella, jossa asukaskohtainen rahoituksen muutos on enintään 200 euroa. Tämän vuoksi alueen rahoitus ei yllä täysimääräisen laskennallisen rahoituksen tasoon siirtymäajan jälkeen.

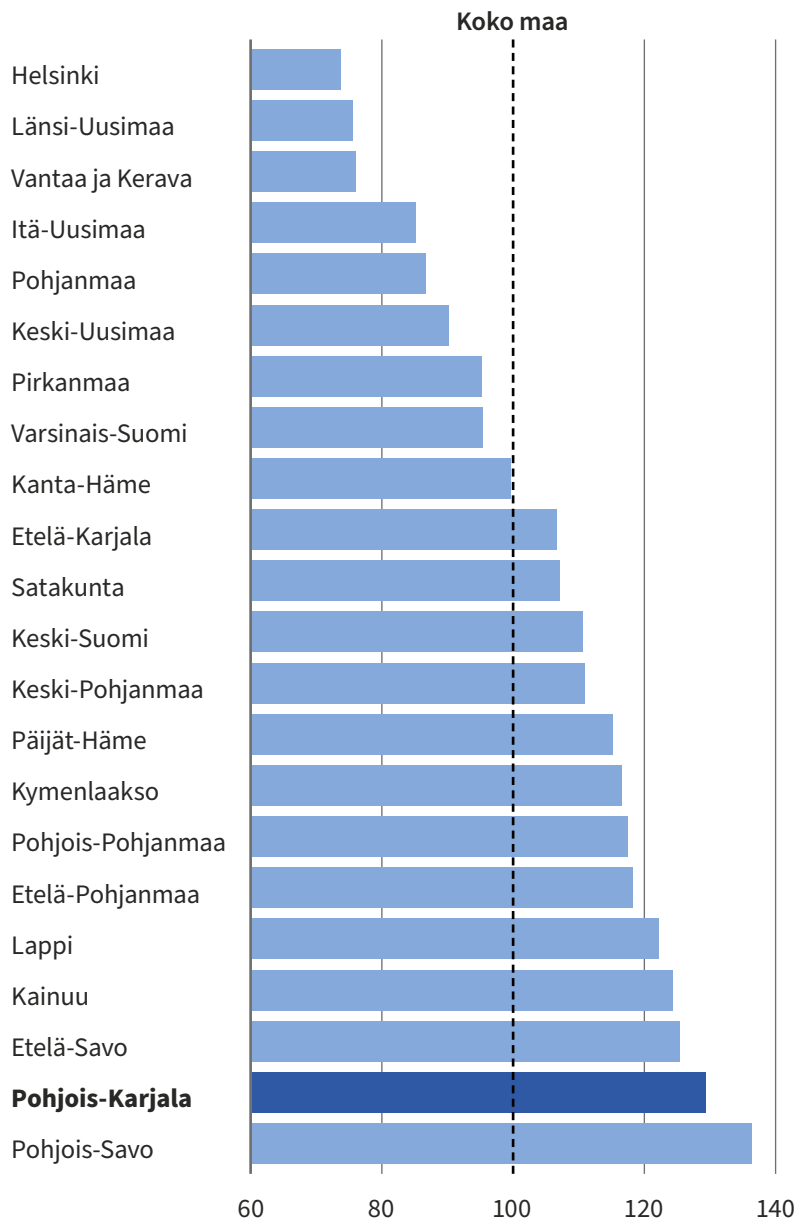
Väestö ja palvelutarve

Pohjois-Karjala on harvaan asuttu 13 kunnan hyvinvointialue, joka jakaantuu Joensuun, Keski-Karjalan ja Pielisen Karjalan seutukuntiin. Se on väkiluvultaan maan seitsemänneksi pienin sosiaali- ja terveyspalvelujen järjestäjä. Väkiluku oli vuoden 2021 lopussa 163 286. Väkiluku pieneni vuoden aikana 251 hengellä, selvästi vähemmän kuin edeltävinä vuosina keskimäärin, mikä selittyy muuttoliikkeen suotuisalla kehityksellä. Koko maan tilanteeseen nähden Pohjois-Karjalan väestö oli vanhempaa ja syntyvyys pienempää. Väestöennusteiden mukaan väkiluku pienenee noin 5 prosentilla vuoteen 2030 mennessä ja noin 10 prosentilla vuoteen 2040 mennessä.

Työttömien, pitkäaikaistyöttömien, vaikeasti työllistyvien ja nuorisotyöttömien osuudet työvoimasta olivat Pohjois-Karjalassa maan keskiarvoja suuremmat. Kunnan yleinen pienituloisuusaste oli selvästi suurempi ja käytettävissä olevat tulot pienemmät kuin maassa keskimäärin. Pitkäaikaisesti toimeentulotukea saaneiden lapsiperheiden osuus oli kuitenkin hieman pienempi kuin koko maassa keskimäärin. Yhden vanhemman perheiden osuus lapsiperheistä oli lähellä koko maan keskiarvoa. THL:n vuonna 2022 päivitetyn ikävakiomattoman sairastavuusindeksin mukaan sairastavuus oli Pohjois-Karjalassa selvästi maan keskiarvoa suurempaa (kuvio 1). Työkyvyttömyyseläkettä saavien osuus työikäisestä väestöstä oli suurempi kuin maassa keskimäärin. Menetettyjä elinvuosia mittaava PYLL-indeksi oli maan kolmanneksi suurin.

Alueen väestötietoja esitetään tarkemmin taulukossa 1.

Kuvio 1. THL:n ikävakioiden sairastavuusindeksi



◀ Kuviossa esitetään THL:n ikävakioiden sairastavuusindeksi hyvinvointialueilla ja Helsingin kaupungissa ajanjaksolla 2017–2019. Sairastavuusindeksi kuvaa väestön sairastavuutta suhteessa koko maahan, jonka vertailuluku on 100. Mitä pienempi alueen luku on, sitä terveempää väestö on.

Taulukko 1. Perustietoja alueen väestöstä

	Pohjois-Savo	Keski-Suomi	Etelä-Savo	Pohjois-Karjala	Koko maa (vaihteluväli)
Väestörakenne					
Väestö 31.12.	248 363	272 683	131 688	163 281	5 548 241 (67 915–658 457)
Väestöennuste 2030	239 850	269 281	118 190	155 368	5 598 821 (65 348–703 540)
Väestöennuste 2040	230 413	262 332	107 041	147 328	5 588 011 (60 312–730 098)
Syntyvyys (yleinen hedelmällisyysluku) *	39,4	38,4	34,5	37,9	40,9 (34,5–51,7)
0–17-vuotiaat, % väestöstä	17,3	18,6	15,1	16,4	18,7 (15,1–22,5)
75 vuotta täyttäneet, % väestöstä	11,6	10,8	14,8	12,1	10,4 (7,1–14,8)
Väestöennuste 2030, 75 vuotta täyttäneet, % väestöstä	16,5	14,9	21,3	17,2	14,1 (9,2–21,3)
Ruotsinkielinen väestö, % väestöstä 31.12.	0,1	0,2	0,2	0,1	5,2 (0,1–50,6)
Ulkomaalaistaustaiset / 1 000 asukasta	35,0	38,7	36,4	44,4	84,6 (26,9–221,2)
Väestön sosioekonominen asema					
Työttömät, % työvoimasta	10,9	13,2	11,0	14,2	11,4 (6,7–14,3)
Pitkäaikaistyöttömät, % työvoimasta	4,2	4,9	3,5	5,3	4,1 (1,7–6,1)
Vaikeasti työllistyvät (rakennetyöttömyys), % 15–64-vuotiaista	5,3	6,4	5,4	6,9	5,3 (3,1–7,2)
Nuorisotyöttömät, % 18–24-vuotiaasta työvoimasta	14,8	19,2	14,9	17,5	14,0 (7,3–19,2)
Gini-kerroin, käytettävissä olevat tulot *	25,2	26,4	24,2	25,9	27,7 (23,7–33,9)
Yhden vanhemman perheet, % lapsiperheistä *	22,6	22,9	24,7	23,5	23,3 (15,8–28,0)
Toimeentulotukea pitkäaikaisesti saaneet lapsiperheet, % lapsiperheistä *	2,6	2,7	2,4	2,6	3,0 (1,2–5,4)
Kunnan yleinen pienituloisuusaste *	14,4	15,8	15,2	17,8	12,5 (7,7–17,8)
Väestön sairastavuus					
THL:n sairastavuusindeksi, ikävakiomaton **	136,1	110,5	125,4	129,4	100,0 (73,9–136,1)
Menetetty elinvuodet (PYLL) ikävälillä 0–80 vuotta / 100 000 asukasta	6 297	5 532	6 527	6 603	5 685 (4 657–7 013)
Työkyvyttömyyseläkettä saavat, % 16–64-vuotiaista	8,2	6,0	8,2	7,2	5,5 (3,5–8,7)

* 2020

**2017–2019

▲ Taulukossa esitetään väestörakennetta, väestön sosioekonomista asemaa ja väestön sairastavuutta kuvaavia indikaattoritietoja Itä-Suomen yhteistyöalueen hyvinvointialueilla ja koko maassa. Indikaattoriarvot on saatu THL:n Sotekuva-palvelusta (sotekuva.fi), ja ne kuvaavat vuoden 2021 tilannetta. Poikkeukset on merkitty erikseen. Väestöennusteet on saatu THL:n Sotkanet-palvelusta (sotkanet.fi), ja Tilastokeskus on laskenut ne vuonna 2021.

Hyvinvointialueen hallinnollinen ja toiminnallinen rakentuminen

Maakunnallinen kuntayhtymä on järjestänyt kaikki sosiaali- ja terveystalvetut jo vuosien ajan

Siun sote -kuntayhtymä on järjestänyt kaikki julkiset sosiaali- ja terveydenhuoltopalvelut 13 kunnan alueella Pohjois-Karjalassa vuodesta 2017 alkaen. Kuntayhtymä on vastannut myös koko alueen ympäristöterveydenhuollosta lukuun ottamatta Heinäveden kuntaa, joka liittyi Pohjois-Karjalan maakuntaan vuonna 2021. Heinäveden ympäristöterveydenhuolto siirtyy Pohjois-Karjalan järjestämistä vastuulle vasta 1.1.2023. Siun sote -kuntayhtymä ei ole kuulunut Savon erityishuoltopiiriin Vaalijalan kuntayhtymään, vaan on vastannut itse myös kehitysvammaisten palvelujen järjestämisestä. Siun sote -konserniin on kuulunut liikelaitoksena myös Pohjois-Karjalan ensihoidosta ja pelastustoimesta vastaava pelastuslaitos. Vastuu sosiaali- ja terveydenhuollon ja pelastustoimen järjestämisestä siirtyy Siun sote -kuntayhtymältä hyvinvointialueelle 1.1.2023.

Valmistelua ohjaava lainsäädäntö

Hyvinvointialueen hallinnollista ja toiminnallista rakentumista ohjaa laki hyvinvointialueesta (611/2021).¹ Sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistyöalueiden aluejaosta säädetään valtioneuvoston asetuksessa 91/2022.² Samaan sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistyöalueeseen kuuluvien hyvinvointialueiden on tehtävä yhteistyösopimus valtuustokausittain. Yhteistyösopimuksen valmistelua ja toteutumisen seuranta ohjaa sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämislaki (612/2021, 36 §).³ Erikoissairaanhoidon järjestämissopimus hyväksyttiin syksyllä 2021, ja sen päivittämistä vuodelle 2023 valmistellaan. YTA-sopimuksen valmistelun aikataulu on vielä avoinna, mutta valmisteluryhmä on perusteilla. Lain mukaan sopimus tulee hyväksyä vuoteen 2025 mennessä. Osa siitä tullee sovittavaksi jo hyvinvointialueiden aloittaessa toimintansa. Itä-Suomen laboratoriotokeskuksen liikelaitoskuntayhtymä ISLAB muuttuu 1.1.2023 hyvinvointikuntayhtymäksi.

Hallintosäännössä hyvinvointialue määrää muun muassa hallinnon ja toiminnan järjestämiseen, päätöksentekoon ja hallintomenettelyyn sekä kielellisten oikeuksien toteutumiseen liittyvistä asioista. Aluevaltuusto hyväksyi hallintosäännön viimeisimmän vaiheen toukokuun 2022 kokouksessaan.⁴ Aluevaltuusto käsittelee hallintosääntöä seuraavan kerran marraskuussa 2022.

Kaikkien palvelutasojen sijoittuminen saman järjestäjän vastuulle antaa hyvät edellytykset laaja-alaiselle päätöksenteolle ja palvelujen yhteensovittamiselle

Palvelukriteerit yhtenäistettiin alueella jo kuntayhtymän aloittamisvuonna 2017. Osa kriteereistä on jo hyväksytty hyvinvointialueen päätöksenteossa, ja tavoitteena on käsitellä kaikki vuoden 2022 loppuun mennessä. Myös palveluvalikoima yhtenäistettiin jo kuntayhtymän aikana palvelutuotantosuunnitelman mukaisesti. Aluevaltuuston lokakuussa 2022 tekemän päätöksen mukaan hyvinvointialueella sovelletaan 1.1.2023 alkaen Pohjois-Karjalan sosiaali- ja terveystalvetut kuntayhtymän palvelutuotantosuunnitelmaa.⁵ Palvelutuotantosuunnitelmaa uudistetaan tasapainoisen palvelutuotannon saavuttamiseksi, ja uudistettu palvelutuotantosuunnitelma (jatkossa palvelustrategia) tuodaan päätöksentekoon vuoden 2023 aikana. Samassa yhteydessä uudistetaan myös pelastustoimen palvelutasopäätös. Palveluverkkosuunnitelman uudistaminen käynnistyy tulevaisuuslautakunnassa joulukuussa 2022.

Hyvinvointialuestrategia vastaa kriittisiin palvelutarpeisiin

Hyvinvointialuetta johdetaan hyvinvointialuestrategian mukaisesti, ja sen pohjalta toteutetaan myös palveluverkkosuunnitelmaa. Hyvinvointialuestrategiassa linjataan palvelujen järjestäminen ja tuottaminen.

Aluehallitus käynnisti strategian valmistelun maaliskuussa 2022. Valmistelu jatkui aluehallituksen ja aluevaltuuston seminaareissa, ja lisäksi siihen osallistettiin henkilöstöä, sidosryhmiä ja asukkaita. Aluevaltuusto hyväksyi hyvinvointialuestrategian vuosille 2023–2026 kokouksessaan 11.10.2022.⁵

Hyvinvointialuestrategian visiona on ”Yhdessä tehden vaikuttavimmat palvelut”, ja siinä on seitsemän strategista tavoitetta:

1. Toimintamme lähtökohtana on ennaltaehkäisy sekä hyvinvoinnin, terveyden ja turvallisuuden edistämisen yhteistyössä asukkaiden ja yhteistyökumppaneiden kanssa.
2. Monikanavainen palveluverkkomme vastaa väestön palvelutarvetta.
3. Palvelujen saatavuus, saavutettavuus ja oikea-aikaisuus paranevat.
4. Johtamistamme ja palvelujen kehittämistä ohjaa henkilöstön osallistaminen toiminnan jatkuvaan parantamiseen sekä toimintatapojen yhtenäistämiseen.
5. Huolehdimme henkilöstön riittävydestä, osaamisesta, työhyvinvoinnista ja sitoutuneisuudesta.
6. Toimintamme on tuloksellista, laadukasta ja kustannusvaikuttavaa.
7. Toimintamme on pitkäjänteistä ja tulevaisuuteen katsovaa ja päätöksenteko lapsen edun mukaista.

Hyvinvointialuestrategian kriittiset menestystekijät ovat perustason palvelujen turvaaminen, integraatio ja erityistason palvelujen tarpeen vähentäminen, digitalisaation hyödyntäminen, toiminnan sujavuus, laadun ja vaikuttavuuden parantaminen, henkilöstön riittävyys, työhyvinvoinnin ja sitoutumisen varmistaminen, osallistava ja valmentava lähijohtaminen sekä työnantajamaineen parantaminen ja rekrytoinneissa onnistuminen.

Tavoitteena integraatiota, osallisuutta ja osallistumista lisäävä organisaatorakenne

Valmistelussa tavoiteltiin organisaatorakennetta, jossa poliittisen päätöksenteon rooli lisääntyy ja päätöksentekojärjestelmä edistää integraatiota, osallisuutta ja osallistumista siten, että asukkaan ääni kuuluu ja kytketään päätöksentekoon.

Aluevaltuuston toukokuussa 2022 hyväksymän hallintosäännön mukaan hyvinvointialueen toimielimet ovat aluevaltuusto, aluehallitus, aluevaalilautakunta, yksilöasioiden jaosto, hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen lautakunta, tarkastuslautakunta, tulevaisuuslautakunta, turvallisuuden ja varautumisen lautakunta, henkilöstöjaosto, ympäristöterveydenhuollon jaosto, lapsi- ja perheasiain neuvosto, nuorisovaltuusto, vanhusneuvosto, vammaisneuvosto ja osallisuusvaliokunta.

Palvelutuotannon toimialueet ovat terveys- ja sairaanhoitopalvelut, ikäihmisten palvelut, perhe- ja sosiaalipalvelut, Pohjois-Karjalan pelastuslaitos ja ympäristöterveydenhuolto. Yhteisten palvelujen toimialueet ovat hallinto-, henkilöstö-, kehittämis-, talous- ja viestintäpalvelut.

Ikäihmisten organisaatio perustuu aluejakoon, kun taas perhe- ja sosiaalipalvelujen organisaatio jakautuu toimintoittain. Pelastustoimen ja ympäristöterveydenhuollon organisaatiot ovat pääasiassa aluepohjaisia. Yhteisten palvelujen toimialueilla organisaatio perustuu tehtäväpohjaisuuteen.

Kuvio 2 esittää Pohjois-Karjalan aluevaltuuston 9.5.2022 tekemän päätöksen mukaisen hyvinvointialueen organisaatorakenteen. Kuvion yläosa kuvaa toimielinorganisaatiota, alaosaa (toimialueet) henkilöstöorganisaatiota.

Kuvio 2. Pohjois-Karjalan hyvinvointialueen organisaatiorakenne



Kuviossa esitetään Pohjois-Karjalan aluevaltuuston 9.5.2022 tekemän päätöksen mukainen hyvinvointialueen organisaatiorakenne. Kuvion yläosa kuvaa toimielinorganisaatiota, alaosaa (toimialueet) henkilöstöorganisaatiota.

Ammattitaitoisen henkilöstön saatavuus ja riittävyys

Hyvinvointialueelle siirtyy noin 7 600 työntekijää

Siun sote -kuntayhtymän palveluksessa oleva henkilöstö siirtyy kokonaisuutena Pohjois-Karjalan hyvinvointialueelle tehtäviensä mukana liikkeenluovutuksen periaattein 1.1.2023. Liikkeenluovutuksella siirtyminen koskee kaikkia Siun soten työntekijöitä ja viranhaltijoita, myös ympäristöterveydenhuollon henkilöstöä. Siun sote -kuntayhtymästä liikkeenluovutuksella siirtyvän henkilöstön kokonaismäärä on 7 635 työntekijää, ja tähänkin sisältyy ympäristöterveydenhuollon henkilöstö.⁶ Henkilötyövuosia siirtyy yhteensä 6 776.⁶

Henkilöstön saatavuudessa suuria haasteita

Lääkäriliiton selvityksessä terveyskeskusten lääkäritilanteesta sairaanhoitopiireittäin syksyllä 2021 lääkärintehtävistä oli Pohjois-Karjalan sairaanhoitopiirissä kokonaan hoitamatta maan toiseksi suurin osuus, 25,4 prosenttia. Terveyskeskuslääkärien vaje oli vuoteen 2020 verrattuna kasvanut 5,8 prosenttiyksikköä.⁷

Ammattibarometri kertoo työ- ja elinkeinotoimistojen näkemyksen keskeisten ammattien kehitysnäkymistä lähitulevaisuudessa.⁸ Sosiaali- ja terveydenhuollon ammateissa oli Pohjois-Karjalan hyvinvointialueella tammi–kesäkuussa 2022 paljon pulaa lähihoitajista, sairaanhoitajista, terveydenhoitajista, sosiaalityön erityisasiantuntijoista, psykologeista, röntgenhoitajista, hammaslääkäreistä, yleislääkäreistä sekä yli- ja erikoislääkäreistä. Hiukan vähemmän pulaa oli sosiaalialan ohjaajista ja neuvojistista ja suuhygienisteistä.

Henkilöstön saatavuuden ongelmia oli terveydenhuollossa erityisesti keskuskaupungista kauimpana sijaitsevissa pienissä toimintayksiköissä. Sosiaalihuollossa henkilöstövaje näkyi erityisesti ikäihmisten, mutta myös muiden asiakasryhmien asumispalveluissa. Sosiaalityöntekijöiden saatavuudessa ja pysyvyydessä oli haasteita. Ammattitaitoisten sijaisten saatavuus oli heikkoa, eikä asianmukainen perehdytys aina toteutunut. Pula koulupsykologeista vaikeutti lasten ja nuorten pääsyä neuropsykologisiin tutkimuksiin. Psykiatrian erikoislääkäreistä oli pulaa sekä perustason että erikoissairaanhoidon palveluissa. Ostopalvelutoimintaan turvautuminen lisääntyi. Alueen eteläisissä osissa ikääntyneiden palveluissa oli kova lääkäripula. Tehostetun palveluasumisen paikoista oli pulaa erityisesti Joensuun seutukunnassa. Yksityisten palveluntuottajien yksiköissä asumispaikkoja jätettiin täyttämättä henkilöstöpulan vuoksi.⁹

Henkilöstön saatavuus heikkenee

Kevan vuoteen 2030 ulottuvan kuntasektorin työvoimaennusteen mukaan useiden ammattinimikkeiden tarjonta on vuoteen 2030 mennessä heikkenemässä muun maan tavoin.¹⁰ Ennusteen mukaan vuoteen 2030 mennessä hyvinvointialueiden henkilöstöstä noin joka viides siirtyy vanhuuseläkkeelle. Suhteellisesti eniten henkilöstöä jää eläkkeelle pohjoisen ja itäisen Suomen alueilla. Pohjois-Karjalan alueen oman arvion mukaan sen henkilöstöstä 26 prosenttia (noin 2 000 henkilöä) saavuttaa eläkkeeseen oikeuttavan iän vuoden 2030 loppuun mennessä. Lukumääräisesti suurimmat eläkkeelle jäävät ammattiryhmät ovat lähihoitajat, sairaanhoitajat, sosiaalialan ohjaajat ja tukipalveluhenkilöstö. Alueen arvion mukaan rekrytointi ei enää pysty korvaamaan luonnollista poistumaa. Tämä vaikeuttaa merkittävästi erityisesti lääkäripalvelujen, ikääntyneiden palvelujen ja erikoissairaanhoidon toteuttamista tulevaisuudessa.

Henkilöstön saatavuutta tuetaan yhteistyöllä oppilaitosten kanssa ja kansainvälisellä rekrytoinnilla

Pohjois-Karjalan hyvinvointialuestrategiassa vuosille 2023–2026 henkilöstön saatavuus ja riittävyys on huomioitu sekä strategisena tavoitteena että kriittisenä menestystekijänä: strategisena tavoitteena on huolehtia henkilöstön riittävydestä, osaamisesta, työhyvinvoinnista ja sitoutuneisuudesta; kriittisinä menestystekijöinä on varmistaa henkilöstön riittävyys, työhyvinvointi ja sitoutuminen, parantaa osallistavaa ja valmentavaa lähijohtamista ja työnantajamainetta sekä onnistua rekrytoinneissa.¹¹

Itä-Suomen yliopiston, ammattikorkeakoulujen ja ammatillisten oppilaitosten kanssa tehtävällä yhteistyöllä pyritään turvaamaan sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisten saatavuus alueella. Sosiaalityöntekijä- ja psykologikoulutusta on lisätty yliopistoissa, ja sairaanhoitopiiri tukee opiskelijoita työn oppinnollistamisen avulla. Yhteistyötä ammattikorkeakoulun kanssa tehtiin suuntaamalla opiskelijoille osastohoitotyön markkinointia ja tarjoamalla lisämahdollisuuksia syventävien opintojen harjoitteluun. Lähihoitajien oppisopimuskoulutusta järjestetään yhteistyössä Pohjois-Karjalan koulutuskuntayhtymä Riverian kanssa sekä ikäihmisten että perhe- ja sosiaalipalvelujen toimialueilla.

Karelia-ammattikorkeakoulu ja Pohjois-Karjalan hyvinvointialue ovat hakeneet Euroopan unionilta rahoitusta 30–40 venäjänkielisen sairaanhoitajan kouluttamista varten. Pohjois-Karjalan koulutuskuntayhtymä Riverian kilpailluilla koulutusmarkkinoilla toimivalla tytäryhtiöllä Riveria koulutuspalvelut oy:llä on parhailaan käynnissä yhteistyö kielikoulutusta tarjoavan yksityisen kansainvälisen yrityksen (SRIVI) kanssa Myanmarissa, jossa Pohjois-Karjalaan rekrytoitaville hoitajille tarjotaan suomen kielen opintoja ja ammatillisia opintoja. Koulutukset toteutetaan verkkokoulutuksena. Koulutukset hyväksytysti suoritettuaan opiskelijoilla on mahdollisuus hakeutua Riverian tutkinto-opiskelijoiksi oppisopimuskoulutukseen. Oppisopimuskoulutus järjestetään yhdessä alan työpaikkojen kanssa. Koulutuksiin osallistuvien suomen kielen taito on kehittynyt odotetusti ja ammatillisten aihealueiden opiskelu on verkkoympäristössä edennyt hyvin.¹² Ensimmäinen kansainvälinen lähihoitajaksi valmistuva 46 henkilön ryhmä on aloittanut oppisopimuskoulutuksensa lokakuussa 2022 ikäihmisten palveluissa.

Osaamisen ja työhyvinvoinnin kehittämällä parannetaan pitovoimaa

Siun soten henkilöstömäärä kasvoi vuonna 2021 hiukan edellisvuoteen verrattuna. Myös lähtövaihtuvuusprosentti kasvoi hieman edellisestä vuodesta (lähtövaihtuvuusprosentti kertoo, kuinka monella prosentilla vakituisesta henkilöstöstä työsuhde on päättynyt). Työkykyeräiset poissaolot (sairauspoissaolot, kuntoutustuet ja tapaturmasta johtuvat sairauspoissaolot) vähenivät vuonna 2020 noin 10 prosenttia ja vuonna 2021 puolestaan lisääntyivät noin neljä prosenttia. Diagnosoituja sairauspoissaolopäiviä oli vuonna 2021 noin 102 000 (noin 3 % enemmän kuin vuonna 2020). Henkilöstön osaamista ja työhyvinvointia on kehitetty täydennyskoulutuksilla. Henkilöstön veto- ja pitovoimaisuutta on parannettu lisäämällä vakinaisen henkilöstön määrää, kehittämällä johtamista ja tekemällä useita paikallisia työ- ja virkaehtosopimuksia kannustavan palkkauksen lisäämiseksi.⁶

Palvelujen integraation nykytila ja kehittämistoimet

Lainsäädäntö ja kansalliset tavoitteet

Hyvinvointialueella on vastuu asiakkaiden sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen yhteensovittamisesta kokonaisuudeksi. Hyvinvointialueen on huolehdittava yhteen sovitettuja palveluja laaja-alaisesti tarvitsevien asiakasryhmien ja asiakkaiden tunnistamisesta, sosiaali- ja terveydenhuollon yhteensovittamisesta ja palveluketjujen ja palvelukokonaisuuksien määrittämisestä, sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen yhteensovittamisesta hyvinvointialueen muiden palvelujen kanssa sekä asiakasta koskevan tiedon hyödyntämisestä eri tuottajien välillä. Hyvinvointialueen on sovittava sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujaan yhteen kunnallisten ja valtion palvelujen kanssa ja edistettävä sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen yhteensovittamista muiden toimijoiden palvelujen kanssa.^{13, 14, 15}

Integraatiolle hyvät rakenteelliset ja toiminnalliset edellytykset

Siun sote -kuntayhtymä on järjestänyt jo vuosien ajan kaikki julkiset sosiaali- ja terveydenhuoltopalvelut 13 kunnan alueella Pohjois-Karjalassa (lukuun ottamatta Heinäveden ympäristöterveydenhuoltoa, joka siirtyy hyvinvointialueen vastuulle 1.1.2023). Lisäksi Siun sote -konserniin kuuluu liikelaitoksena Pohjois-Karjalan ensihoidosta ja pelastustoimesta vastaava pelastuslaitos. Pohjois-Karjalan nykyinen järjestämismalli antaa hyvät edellytykset palvelujen integraatiolle, koska kaikki palvelutasot, myös pelastustoimi, ovat jo saman järjestäjän vastuulla Siun sote -konsernissa. Tämä antaa hyvät lähtökohdat laaja-alaiseen päätöksentekoon ja integraatioon. Aluevaltuusto hyväksyi hyvinvointialuestrategian vuosille 2023–2026 lokakuun 2022 kokouksessaan.¹⁶

Kokemusta maakunnallisesta palvelujen integraatiosta on kertynyt vuodesta 2017 lähtien

Siun sotessa on hyödynnetty maakunnallisen soten, pelastustoimen ja ympäristöterveydenhuollon integraatiota vuodesta 2017 lähtien. Käytännön esimerkkejä tästä ovat varautuminen ja häiriötilanteiden hoito sekä infektioitautien torjunnan ja ympäristöterveydenhuollon tiivis yhteistyö infektioiden torjunnassa ja epidemioiden havaitsemisessa ja selvittämisessä.

Taulukossa 2 esitetään palveluintegraatioon liittyviä indikaattoritietoja Itä-Suomen yhteistyöalueen hyvinvointialueilta ja vastaavat tiedot koko maasta (suluissa koko maan hyvinvointialueiden vaihteluväli). Astman, diabeteksen ja sydämen vajaatoiminnan osastohoitajaksoja oli Pohjois-Karjalassa enemmän kuin maassa keskimäärin. Kaksisuuntaisen mielialahäiriön osastojaksoja uusiutui 30 päivän kuluessa hieman harvemmin kuin maassa keskimäärin. Skitsofrenian osastohoitajaksoja uusiutui 30 päivän kuluessa saman verran kuin maassa keskimäärin. Sosiaalipalveluita käyttäneistä hiukan suurempi osa kuin koko maassa keskimäärin koki palvelut sujuviksi. Terveyspalveluita käyttäneistä palveluja piti sujuvina pienin osuus koko maassa. Päivystyskäyntien määrä perusterveydenhuollossa (194/1 000 asukasta) oli maan pienimpiä (koko maassa 448/1 000 asukasta, taulukko 2).

Keskeisistä integraatioelementeistä^{17, 18} toteutuvat Pohjois-Karjalassa parhaiten – sekä strategiassa että käytännössä – yhteinen suunnittelu, yhteiset prioriteetit sekä väestöterveysnäkökulma. Eniten kehitettävää puolestaan on integroidussa informaatioteknologiassa.

Ikääntyneiden sekä mielenterveys- ja päihdepalvelujen integraatiassa kehittämistarpeita

Itä-Suomen aluehallintoviraston vuoden 2021 valvontaraportin havaintojen perusteella integraation kehittämistarpeita saattaa olla mielenterveys- ja päihdepotilaiden palveluissa, joissa ilmeni puutteita pitkäaikaispotilaiden hoidon kokonaisvaltaisuudessa ja potilaiden siirtelyä eri toimijoiden välillä.¹⁹ Epäyhtenäiset asiakasprosessit saattoivat vaarantaa palvelujen yhdenvertaista saatavuutta. Ikääntyneiden palvelujen tilanne kriisiytyi henkilöstön, esimerkiksi lääkärin, saatavuusongelmien vuoksi. Ikääntyneet potilaat kuormittivat päivystystä ja sairaalan vuodeosastoja, ja potilaita jouduttiin hoitamaan epätarkoituksenmukaisissa paikoissa.

Covid-19-pandemian torjunta- ja ohjaustyössä, tiedotuksessa ja viranomaistyössä integroitu sote-kuntayhtymämalli oli toiminnallisesti tehokas. Tiedotus ja viranomaisyhteistyö oli oikea-aikaista ja sujuvaa.¹⁹

Palveluihin pääsyä kehitetään yhteisasiakastoiminnalla ja monikanavaisuudella

Hallitusohjelman mukaisessa Tulevaisuuden sosiaali- ja terveyskeskus -ohjelmassa 2020–2023 hyvinvointialuetta tuetaan uudenlaisen, laaja-alaisen sote-keskuksen valmistelussa ja käyttöönotossa. Yksi STM:n asettamista hyötytavoitteista on palvelujen monialaisuus ja yhteen toimivuus. Pohjois-Karjalan hankekokonaisuus Tulevaisuuden sosiaali- ja terveyskeskus -ohjelmassa käynnistyi vuonna 2020.²⁰ Hankkeessa määritellään palvelukokonaisuuksia ja -ketjuja väestöryhmien palvelutarpeen pohjalta. Tavoitteena on ottaa käyttöön uudenlainen, laaja-alainen sosiaali- ja terveyskeskus, jossa asiakas saa tarvitsemansa avun sujuvasti yhdellä yhteydenotolla. Esimerkkejä hankkeessa valmisteltavista ja käyttöön otettavista uusista, palveluintegraatiota parantavista toimintamuodoista ovat liikkuvina palveluina koululaisille tarjottavat suun terveydenhuollon määräaikaistarkastukset, digitaalisista palveluista lääkärin, asiantuntijahoitajan ja puheterapeutin etävastaanotot, potilaan monitorointi ja turvapalvelut.

Pohjois-Karjalassa jo useita vuosia integraation kehittämisen kärkenä ollut yhteisasiakastoimintaa on nyt entisestään vahvistettu osana Tulevaisuuden sotekeskus -hanketta (paljon palveluja tarvitsevat lapsiperheet) ja Tulkoto-hanketta (paljon palveluja tarvitsevat ikäihmiset). Tulevaisuuden sotekeskus -hankkeessa on kokeiltu hyvällä menestyksellä kehittäjäosionomien jalkautumista soteasemille, pilotoitu elämäntapaohjausta ja aloitettu tilannekeskuksen kehittäminen yhteistyössä kaikkien toimialueiden kesken. Lisäksi on käynnistetty laaja-alainen omais- ja perhehoidon keskustoiminta ja sähköisen asiakas- ja palveluohjauksen rakentaminen. Ikäihmisten toimialueen ja pelastuslaitoksen yhteistyönä tehtyä ns. yhden henkilön yksikön toiminnan vakiinnuttamista on jatkettu.

Pohjois-Karjalan hyvinvointialue on jättänyt valtiovastuushakemuksen Suomen elpymis- ja palautumissuunnitelman (RRP) toiseen vaiheeseen.²¹ Alue hakee 10,3 miljoonaa euroa Hyvinvointia ja kestäviä sosiaali- ja terveydenhuollon palveluja (HyKe) -hankkeeseen vuosille 2023–2025.²¹ Hankkeessa edistetään pääsyä perustason hoitoon, palveluun ja kuntoutukseen sekä vahvistetaan alueen asukkaiden omaa toimijuutta ja mahdollisuutta hyvinvoinnin ja terveyden sekä toimintakyvyn edistämiseen. Kohderyhmiä ovat mm. ikääntyneet, osatyökykyiset ja pitkäaikaissairaat. Hankkeella halutaan edistää myös sähköisten palveluiden käyttöä ja ohjautumista ennaltaehkäisevään toimintaan. Tavoitteena on, että asiakkaat saavuttavat oikean palvelun ja hoidon monikanavaisesti ja oikea-aikaisesti. Palveluun ja hoitoon pääsyä kehitetään jatkossa digitaalisin keinoin. Hyvinvointialueelle rakennetaan yhtenäinen digitaalinen kanava, josta asiakas löytää helposti tarvittavan avun.

Verkosto- ja yhdyspintayhteistyötä edistetään monissa hankkeissa

Verkostomaisia toimintamalleja ja käytäntöjä on sovellettu ja sovelletaan monissa hankkeissa. Alueellinen oppimisverkko (Itla) -hankkeessa on kehitetty yhteen toimivia lasten ja perheiden sosiaali- ja terveyspalveluita sekä sivistys- ja kasvatustoimien palveluita lasten ja perheiden psykososiaalisen hyvinvoinnin edistämiseksi, ongelmien ehkäisemiseksi ja korjaavaa työtä vaativien tilanteiden hoitamiseksi. Meijän Digi-hankkeessa on edistetty sähköisten palveluiden käyttöä ja kotiin vietävän digituen mallia asiakkaan näkökulmasta yhteistyössä ikäihmisten palvelujen toimijoiden kanssa. Lastensuojelun uudistaminen monialaisesti Itä- ja Keski-Suomessa -hankkeessa (LUMO) on parannettu monialaista yhteis- ja verkostotyötä sekä edistetty systeemisen toimintamallin käyttöä Itä- ja Keski-Suomessa. Hankkeen myötä yhteistyöalueella otetaan käyttöön monitoimijainen yhteistyömalli ja monialaiseen arviointiin perustuva työskentelymalli, jonka viitekehystenä on systeminen lastensuojelu. Siun soten työkykyohjelmassa (2020–2022) aloitettu työkykyä tukeva monialaryhmätoiminta jatkuu hyvinvointialueella. Työkyvyn tuen palvelut sijoittuvat hyvinvointialueella usealle eri toimi- ja palveluntuottaja-alueelle. Palveluja on kuntien, hankkeiden, TE-palveluiden ja yksityisen sektorin palveluvalikoimassa. Asiakkaan palvelukokonaisuuksia ja -ketjuja luodaan verkostoyhteistyöllä.

Alueiden välisestä ja kansallisesta yhteistyöstä toivotaan tukea tiedon integraation kehittämiseen

Tiedon integroiminen Pohjois-Karjalan hyvinvointialueella edellyttää sosiaali- ja terveydenhuollon tietojärjestelmien uusimista. Siihen tähdännyt Siun soten, Keski-Suomen sairaanhoitopiirin, Essoten ja Vaasan sairaanhoitopiirin yhteinen asiakas- ja potilastietojärjestelmähanke Aster keskeytettiin Keski-Suomen sairaanhoitopiirin päätöksellä lokakuussa 2021. Pohjois-Karjalan hyvinvointialueen oman arvion mukaan yhteistyöalueen yhteishankintaa olisi edelleen pohdittava vartenotettavana vaihtoehtona. Hankintayhteistyöstä on käyty alustavia keskusteluja muiden hyvinvointialueiden kanssa, mutta konkreettisia suunnitelmia yhteishankinnasta ei ole valmisteltu. Koko maan hyvinvointialuejohtajien verkostotapaamisissa on keskusteltu myös kansallisen ohjauksen ja yhteistyön tarpeesta tiedonhallintaratkaisussa.

Taulukko 2. Indikaattoritietoja palvelujen integraatiosta

Indikaattori	Pohjois-Savo	Keski-Suomi	Etelä-Savo	Pohjois-Karjala	Koko maa (vaihteluväli)
15 v täyttäneiden hoitajaksot vuodeosastolla astman vuoksi / 100 000 asukasta	33,3	33,1	25,8	62,6	25,1 (13,2–80,6)
15 v täyttäneiden hoitajaksot vuodeosastolla diabeteksen vuoksi / 100 000 asukasta	115,0	115,0	100,3	144,3	98,2 (46,0–159,9)
15 v täyttäneiden hoitajaksot vuodeosastolla keuhkohtaumataudin vuoksi / 100 000 asukasta	65,6	100,4	61,0	95,5	87,0 (44,8–166,5)
15 v täyttäneiden hoitajaksot vuodeosastolla sydämen vajaatoiminnan vuoksi / 100 000 asukasta	331,2	295,4	346,7	296,9	244,0 (144,5–448,1)
Kaksisuuntaista mielialahäiriötä sairastavan vuodeosastohoidon uusiutuminen 30 päivän kuluessa, % kotiutuneista	23,5	22,3	17,7	19,9	22,5 (8,4–28,7)
Skitsofreniapotilaan vuodeosastohoidon uusiutuminen 30 päivän kuluessa, % kotiutuneista, vakioitu	33,6	28,2	23,7	26,8	26,4 (15,0–37,9)
Koki palvelun sujuvaksi, % sosiaalipalveluita käyttäneistä *	51,8	47,5	52,2	57,8	51,6 (43,4–59,0)
Koki palvelun sujuvaksi, % terveyspalveluita käyttäneistä *	58,6	53,5	60,8	49,5	54,3 (49,5–60,8)
Kotihoidon asiakkaan tilanne 2 kk akuuttisairaanhoidon joutumisen jälkeen (takaisin kotihoidossa), % *	67,3	77,8	66,2	66,7	67,3 (37,7–77,8)
Kotihoidon 75 v täyttäneet asiakkaat, joilla päivystyksenä alkaneita sairaalajaksoja, % vastaavanikäisistä kotihoidon asiakkaista *	29,1	21,1	26,9	26,7	23,6 (10,8–32,6)
Päivystyskäynnit perusterveydenhuollossa (ml. yhteispäivystys) / 1 000 asukasta	1064,7	616,3	313,9	193,5	448,9 (130,5–1082,4)
Terveyskeskuslääkärin vastaanotolla yli 10 kertaa vuodessa käyneet, % terveyskeskuslääkärin vastaanotolla käyneistä	0,9	0,8	0,4	0,2	0,6 (0,2–1,3)
Organisaatioiden välisen tiedonvaihdon toimivaksi kokeneet lääkärit, % vastanneista **					12,2

* 2020

** Potilastietojärjestelmät lääkärin työvälineenä -kyselytutkimus (THL) ajalta 2010-2021, tieto päivitetty 11.2.2022. Kohdejoukkona työikäiset, Suomessa asuvat ja potilastyötä tekevät lääkärit Lääkäriliiton rekisteristä. Käytettävissä vain koko maan tieto.

▲ Taulukossa esitetään palvelujen integraatiota kuvaavia indikaattoriarvoja Itä-Suomen yhteistyöalueen hyvinvointialueilla ja koko maassa. Indikaattoriarvot on saatu THL:n Sotekuva -palvelusta (sotekuva.fi). Luvut kuvaavat vuoden 2021 tilannetta. Poikkeukset on merkitty erikseen.

Yhdenvertaisten palvelujen saatavuus ja saavutettavuus

Kansalliset tavoitteet ja lainsäädäntö

Hyvinvointialueen on suunniteltava ja toteutettava sosiaali- ja terveydenhuolto sisällöltään, laajuudeltaan ja laadultaan sellaisena kuin asiakkaiden tarve edellyttää. Palvelut on toteutettava yhdenvertaisesti, yhteen sovitettuina palvelukokonaisuuksina sekä hyvinvointialueen väestön tarpeet huomioon ottaen lähellä asiakkaita. Palveluja voidaan koota hyvinvointialueella suurempiin kokonaisuuksiin silloin, kun palvelujen saatavuus ja laadun turvaaminen edellyttävät erityisosaamista tai kalliita investointeja tai kun palvelujen tarkoituksenmukainen, kustannusvaikuttava ja tehokas toteuttaminen edellyttävät sitä. Palvelujen esteettömyys ja saavutettavuus on turvattava.²²

Hyvinvointialue laatii palvelustrategian talouden ja toiminnan suunnittelua ja johtamista varten osana hyvinvointialuestrategiaa.²³ Strategiassa on valtakunnallisten tavoitteiden huomioimisen lisäksi asetettava pitkän aikavälin tavoitteet sote-palveluille. Lisäksi tavoitteet asetetaan sille, miten palvelut toteutetaan huomioiden asukkaiden tarpeet, paikalliset olosuhteet, palvelujen saatavuus ja saavutettavuus sekä kustannusvaikuttavuus.

Palveluverkkoselvityksestä palvelutuotantosuunnitelmaan

Siun soten yhtymävaltuusto asetti vuosien 2018–2020 taloussuunnitelmassa terveys- ja sairaanhoitopalvelujen yhdeksi painopistealueeksi toimialueen palvelurakenteen uudistamisen tulevaisuuden tarpeita vastaavaksi. Palveluverkon tarkastelun pohja-aineistona käytettiin kuntayhtymän teettämää selvitystä sote-kiinteistöjen tilasta, jota täydennettiin väestötiedoilla ja mm. alueellisten ikärakennemuutosten ja asukasluokekehityksen ennusteilla. Prosessin edetessä selvityksestä ryhdyttiin käyttämään nimeä palvelutuotantosuunnitelma, ja sen katsottiin koskevan perusterveydenhuollon, vanhustenhuollon ja sosiaalipalvelujen toimintoja. Suunnitelmassa kuvattiin tavoitetila vuonna 2030, ja tavoitetilaan suunniteltiin edettävän vaiheittain sosiaali- ja terveydenhuollon uudistuksen sallimassa aikataulussa. Palvelusuunnitelmassa kaavailtiin, että Pohjois-Karjalan hyvinvointialueella olisi yksi sote-keskus, jolla olisi useita toimipisteitä. Palveluissa ei olisi kuntarajoja, ja asiakkaat voisivat asioida missä toimipisteessä tahansa. Palvelurakenteen ja -tuotannon ajateltiin pohjautuvan palvelutarpeisiin rakennusten sijasta ja ottavan huomioon myös digitaalisten palvelujen kehityksen ja liikkuvien palvelujen tuomat mahdollisuudet. Suunnitelmalla pyrittiin parantamaan palvelujen toimintavarmuutta, monipuolisuutta ja laatua sekä saatavuutta kuitenkin vaarantamatta saavutettavuutta. Tavoitteeksi asetettiin, että 95 prosenttia Pohjois-Karjalan asukkaista saavuttaa jonkin sosiaali- ja terveydenhuollon toimipisteen viimeistään puolessa tunnissa henkilöauton nopeudella. Palvelutuotantosuunnitelmaa hyödynnettiin Pohjois-Karjalan hyvinvointialueen strategiatyössä. Aluevaltuusto hyväksyi hyvinvointialuestrategian lokakuun 2022 kokouksessaan.^{24, 25}

Avosairaanhoidon kiireettömälle vastaanotolle pääsy määräajassa toteutui hyvin, erikoissairaanhoidon pääsy huonommin

Kaikissa Pohjois-Karjalan kunnissa oli ehkäisevää päihdetyötä ohjaava toimielin. Hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen rakenteet olivat vakiintuneet. Covid-19-pandemian torjunnassa Siun soten tartuntatautiyksiköt onnistuivat hyvin. Siun soten yhteistyö ja ohjaus oman alueensa kuntien ja elinkeinoelämän suuntaan oli sujuvaa.²⁶

Avosairaanhoidon lääkärin kiireettömälle fyysiselle vastaanotolle pääsi seitsemän vuorokauden kuluessa 58 prosenttia kaikista kiireettömällä vastaanotolla kävijöistä (koko maassa 44 %). Lähes kaikki etävastaanottokäynnit toteutuivat seitsemän vuorokauden sisällä (taulukko 3). Hammaslääkärin kiireettömän käynnin odotusaika ylittyi useammin kuin maassa keskimäärin.²⁷ Erikoissairaanhoidon yli 6 kuukautta odottaneiden osuus oli elokuussa 2022 Pohjois-Karjalan sairaanhoitopiirissä suurempi (22,6 %) kuin maassa keskimäärin (13,7 %).²⁸ Alueen asukkaista hiukan useampi kuin maassa keskimäärin koki saaneensa hoitajan ja lääkärin vastaanottopalveluja riittämättömästi. Hammaslääkärin vastaanottopalveluiden saantinsa riittämättömäksi kokeneiden osuus oli sama kuin maassa keskimäärin (taulukko 4).

Pääsy koulukuraattorille toteutui Pohjois-Karjalassa hiukan maan keskiarvoa paremmin. Kouluterveydenhoitajalle päästiin peruskoulussa, ammatillisissa oppilaitoksissa ja lukiossa hieman keskimääräistä huonommin (taulukko 4). Määräajassa aloitettujen ja valmistuneiden lastensuojelun palvelutarpeen arviointien osuudet olivat 1.10.2021–31.3.2022 maan keskiarvoa pienemmät ja heikentyneet edeltävästä vuodesta.²⁹ Vanhusten palveluita, vammais- ja lapsiperhepalveluita ja sosiaalipalveluita kokemuksensa mukaan riittämättömästi saaneiden osuudet olivat pienemmät kuin maassa keskimäärin (taulukko 4).

Ikääntyneiden palvelujen yhdenvertaista saatavuutta edistävät yhteiset palvelutarpeen arviointikriteerit. Lakisääteisen RAI-järjestelmän käyttöönotto yhdenmukaistaa jatkossa ikääntyneiden palvelutarpeiden arviointia. RAI-välineistö on otettava käyttöön viimeistään siirtymäajan päättyessä 1.4.2023.³⁰ Vuonna 2021 RAI-arviointi oli tehty Pohjois-Karjalassa vain 1,4 prosentille 75 vuotta täyttäneistä (maassa keskimäärin 16,6 %:lle), mikä selittyy sillä, että Pohjois-Karjalassa on käytetty ja edelleen käytetään RAI-arvioinnin rinnalla vuoden 2022 loppuun asti RAVA-mittaria.³¹

Henkilöstöpula heijastui palvelujen saatavuuteen

Henkilöstön saatavuuden ongelmia oli valvontaviranomaisen havaintojen mukaan terveydenhuollossa erityisesti keskuskaupungista kauempana sijaitsevista pienissä toimintayksiköissä. Sosiaalihuollossa henkilöstövaje näkyi erityisesti ikäihmisten, mutta myös muiden asiakasryhmien asumispalveluissa. Sosiaalityöntekijöiden saatavuudessa ja pysyvyydessä oli haasteita. Mielenterveys- ja päihdepotilaiden hoitoja siirrettiin eri toimijoiden välillä, mikä huononsi hoidon jatkuvuutta ja kokonaisvaltaisuutta. Ammattitaitoisia sijaisia oli vaikeaa saada. Lasten ja nuorten neuropsykologisiin tutkimuksiin ohjaamisen päätöksistä suuri osa tehtiin sosiaalihuoltolain mukaisina. Tällöin hoitoon pääsyä ei seurattu terveydenhuoltolain mukaisesti. Aluehallintoviraston saaman tiedon mukaan Siun sote päätti toukokuussa 2021 muuttaa näiden päätösten teon terveydenhuoltolain mukaiseksi. Psykologeista oli pulaa. Aikuisten mielenterveys- ja päihdepalvelujen organisoituminen pirstaloi palveluja erilaisiin asiakasprosesseihin, ja vaarana oli asiakkaiden eriarvoinen kohtelu ja eriarvoisuus palvelujen saamisessa. Psykiatrian erikoislääkäreistä oli pulaa sekä perustason että erikoissairaanhoidon palveluissa. Ostopalvelutoimintaan turvautuminen lisääntyi.²⁶

Ikäihmisten palvelujen tilanne kriisiytyi jatkohoitopaikkojen puutteen ja henkilöstöpulan takia. Ikääntyneiden muistisairaiden tutkimus ja hoito eivät täyttäneet laissa säädettyjä määräaikoja. Ikäihmisten terveysongelmien hoito kuormitti päivystystä ja sairaalan vuodeosastoja. Erityisesti yksityisten palveluntuottajien yksiköissä asumispaikkoja jätettiin täyttämättä henkilöstöpulan vuoksi. Henkilöstön riittämättömyys näkyi myös kotihoidon laadussa. Osa kotihoidon asiakkaista olisi tarvinnut ympärivuorokautista hoitoa, mutta palveluasumispaikkoja ei ollut riittävästi.²⁶

Palvelujen saavutettavuutta selvitettiin hyvinvointikyselyllä

Pohjois-Karjalan hyvinvointialuestrategian valmistelussa hyödynnettiin kansallisia tietolähteitä ja asukkaille suunnattua hyvinvointikyselyä. Pohjois-Karjalassa välimatkat ovat pitkiä; asukaskyselyn mukaan huonot julkiset liikenneyhteydet haittasivat 32:ta prosenttia asukkaista vähintään jonkin verran. Terveyspalveluja käyttäneistä yli 75-vuotiaista 41 prosenttia koki hankalien matkojen haitanneen hoidon saamista vähintään joskus, mikä oli maakuntien vertailussa suurin osuus. Sosiaalipalveluja käyttäneistä vastaava osuus oli 43 prosenttia. Yli 75-vuotiaista 30 prosenttia koki saavansa riittämättömästi apua arkipäiväisiin askareisiin.³²

Vaikka sähköisen asioinnin palvelutarjonta oli lisääntynyt, Pohjois-Karjalassa erityisesti ikääntyneellä väestöllä oli haasteita sähköisessä asiointissa. Internetiä sähköiseen asiointiin käyttäviä 20–54-vuotiaita oli 95 prosenttia, yli 75-vuotiaita vain 35 prosenttia. Yli 75-vuotiaat naiset käyttivät internetiä sähköiseen asiointiin selvästi vähemmän kuin miehet.²⁴

Etäasiointien osuus perusterveydenhuollon avohoidon käynneistä oli vuonna 2021 Pohjois-Karjalassa 27,1 prosenttia, selvästi maan keskiarvoa (22,9 %) suurempi.

Vuoden 2021 aikana käyttöön otettiin uusia digitaalisia välineitä, esimerkiksi Flowmedik eVaraus -verkkohanvarausjärjestelmä, Medanets-mobiilisovellus tietoturvalliseen pikaviestintään, Previct-ohjelma huoltajan päihitteettömyyden etäseurantaan lastensuojelussa, Onerva-omaisviestintäsovellus, Hoitopolkutyöväline ammattilaisille (pilvipalvelu Meitalta) sekä Sävelsirkku-sisällönjakopalvelu ikäihmisille.

Kansallinen ohjelma kehittämisen kärkenä

Palvelujen yhdenvertaisen saatavuuden ja saavutettavuuden kehittämisen kärkenä on Tulevaisuuden sosiaali- ja terveyskeskus -ohjelma 2020–2023, jolla tuetaan hyvinvointialuetta uudenlaisen, laaja-alaisen sote-keskuksen valmistelussa ja käyttöönotossa. Pohjois-Karjalan Tulevaisuuden sote-keskus -hanke on osa tätä ohjelmaa.³³ Hankkeella tavoitellaan palvelujen saatavuuden ja saavutettavuuden parantamista sekä palveluiden monipuolistamista ja laadukkuutta. Tämän arvioinnin osiossa Palvelujen integraation nykytila ja kehittämistoimet annetaan esimerkkejä myös muista palvelujen saatavuutta ja saavutettavuutta Pohjois-Karjalassa kehittävästä hankkeista.

Taulukko 3. Odotusaika perusterveydenhuollon avosairaanhoidon lääkärin vastaanotolle (% kaikista kiireettömistä käynneistä)

	0-7 vuorokautta		8-14 vuorokautta		15-30 vuorokautta	
	Fyysiset asioinnit	Etäasioinnit	Fyysiset asioinnit	Etäasioinnit	Fyysiset asioinnit	Etäasioinnit
Kaikki palveluntuottajat	44	55	9	12	16	13
Helsinki	60	41	5	20	16	21
Itä-Uusimaa ^{1,2}	4-41	21-81	2-26	11-19	4-36	6-29
Keski-Uusimaa	60	78	12	7	11	5
Länsi-Uusimaa ¹	17-76	30-89	5-25	5-21	8-43	2-25
Vantaa ja Kerava ¹	43-71	62-73	4-12	11-15	10-24	10-15
Etelä-Karjala	26	28	19	11	23	13
Kymenlaakso	40	37	10	18	18	23
Päijät-Häme ²	22	16	6	7	11	7
Pohjois-Savo	38	59	16	20	27	18
Keski-Suomi ³	34	44	11	19	27	22
Etelä-Savo	42	31	9	14	15	13
Pohjois-Karjala	58	94	16	4	14	1
Pirkanmaa ³	43	57	9	14	21	19
Kanta-Häme	35	38	12	15	14	14
Etelä-Pohjanmaa	53	45	7	10	9	6
Varsinais-Suomi	42	57	10	13	18	18
Satakunta	57	57	11	15	13	12
Pohjanmaa ⁴	51	51	12	8	21	7
Pohjois-Pohjanmaa ⁵	36	43	8	11	15	12
Keski-Pohjanmaa ⁴	49	61	19	14	15	6
Kainuu	75	69	9	5	5	4
Lappi ⁵	43	61	12	9	17	7

¹ Tiedot kunnittain, taulukossa ilmoitettu suurin ja pienin arvo

² Myrskylän ja Pukkilan kuntien tiedot sisältyvät Päijät-Hämeen lukuihin

³ Kuhmoisten kunnan tiedot sisältyvät Keski-Suomen lukuihin

⁴ Kruunupyyn kunnan tiedot sisältyvät Keski-Pohjanmaan lukuihin

⁵ Simon kunnan tiedot sisältyvät Pohjois-Pohjanmaan lukuihin

▲ Taulukossa esitetään odotusajat perusterveydenhuollon avosairaanhoidon lääkärin vastaanotolle prosentiosuutena kaikista kiireettömistä käynneistä tammi-toukokuussa 2022. Odotusaika lasketaan varhaisimmasta kontaktista toteutuneeseen käyntiin. Fyysiset asioinnit ja etäasioinnit on jaoteltu erikseen. Tiedot esitetään hyvinvointialueiden, Helsingin kaupungin ja kaikkien palveluntuottajien tasolla. Tiedot perustuvat THL:n Perusterveydenhuollon avohoidon hoitoilmoitus -tietoihin (Avohilmo).

Taulukko 4. Palveluja riittämättömästi saaneiden osuus palveluja tarvinneista

	Ei ole päässyt yrittämisestä huolimatta lukuvuoden aikana (%-osuus oppilaista tai opiskelijoista)				Vastaanottopalveluja riittämättömästi saaneiden osuus (%) palveluja tarvinneista			Palveluja riittämättömästi saaneiden osuus (%) palveluja tarvinneista			
	Koulu-kuraattorille	Kouluterveydenhoitajalle			Hoitaja-palvelut	Lääkäri-palvelut	Hammas-lääkäri-palvelut	Vanhusten kotihoito-palvelut	Vammais-palvelut	Lapsi-perhe-palvelut	Sosiaali-työn palvelut
	Yläkoulu 8. ja 9. lk	Yläkoulu 8. ja 9. lk	Ammatillinen oppilaitos 1. ja 2. vuosi	Lukio 1. ja 2. vuosi							
Koko maa	10	5	5	4	14	20	24	37	48	35	47
Helsinki	13	7	5	7	17	24	33	52	63	38	60
Itä-Uusimaa	10	6	10	6	14	20	27	38	51	24	45
Keski-Uusimaa	10	7	6	3	14	20	24	42	64	26	47
Länsi-Uusimaa	11	7	5	6	16	19	28	44	40	40	39
Vantaa ja Kerava	13	8	4	4	20	25	24	51	44	33	45
Etelä-Karjala	8	4	3	2	13	21	25	35	48	35	56
Kymenlaakso	5	4	4	0	13	19	23	34	55	20	38
Päijät-Häme	11	6	5	4	16	23	22	42	32	21	45
Pohjois-Savo	10	6	3	3	10	14	19	38	52	27	47
Keski-Suomi	14	5	6	5	11	17	23	32	66	44	48
Etelä-Savo	7	4	3	2	10	18	19	30	36	32	42
Pohjois-Karjala	9	6	6	6	16	23	24	32	43	22	35
Pirkanmaa	9	6	5	5	14	19	24	35	38	49	54
Kanta-Häme	10	5	4	3	11	17	19	40	50	43	47
Etelä-Pohjanmaa	7	4	6	3	9	14	14	24	33	29	36
Varsinais-Suomi	9	5	4	5	11	19	20	36	47	29	63
Satakunta	7	5	3	2	14	21	24	23	44	37	44
Pohjanmaa	9	5	3	7	13	22	23	28	61	33	45
Pohjois-Pohjanmaa	9	5	8	4	13	19	22	39	42	33	32
Keski-Pohjanmaa	7	4	4	3	11	15	22	26	42	25	36
Kainuu	10	5	4	2	14	23	32	40	48	28	53
Lappi	10	4	4	5	12	19	19	43	40	20	42

Yli maan keskiarvon

Maan suurin osuus

▲ Taulukossa esitetään palvelujen saannin riittämättömäksi kokeneiden osuus palveluja tarvinneista hyvinvointialueilla, Helsingin kaupungissa ja koko maassa. Tiedot perustuvat THL:n Kouluterveyskyselyyn vuodelta 2021 ja kansallisen terveys-, hyvinvointi- ja palvelututkimus FinSoten tutkimuskyselyyn vuodelta 2020.

Sosiaali- ja terveydenhuollon kustannukset, investoinnit ja rahoitus

Hyvinvointialueiden rahoitusmalli

Hyvinvointialueiden toiminta rahoitetaan valtion rahoituksena laskennallisin perustein, ja lisäksi hyvinvointialueilla on mahdollisuus periä asiakas- ja käyttömaksuja.³⁴ Käytännössä rahoitus hoidetaan siten, että sosiaali- ja terveyspalvelujen sekä pelastustoimen kustannukset siirretään kunnilta hyvinvointialueille. Rahoituksen siirto toteutetaan vähentämällä kunnilta peruspalvelujen valtionosuuksia, kunnallisveroa, kuntien osuutta yhteisöveron tuotosta sekä veroperustemuutoksista johtuvien verotulomenetysten korvausta.

Hyvinvointialueen velvollisuudesta toimittaa investointisuunnitelmaa koskeva esitys kalenterivuositain sosiaali- ja terveysministeriölle, sisäministeriölle ja valtiovarainministeriölle säädetään hyvinvointialueesta annetun lain 16 §:ssä.³⁵ Hyvinvointialueen on vuosittain laadittava investointisuunnitelma seuraavaa tilikautta seuraavien neljän tilikauden aikana aloitettavista hyvinvointialuekonsernin investoinneista ja niiden rahoituksesta. Sosiaali- ja terveysministeriö hylkää hyvinvointialueen investointisuunnitelmaa koskevan esityksen, jos se on ristiriidassa hyvinvointialueesta annetun lain 15 §:ssä tarkoitetun hyvinvointialueen lainanottovaltuuden kanssa.³⁵

Valtion tukitoimet vakauttavat kuntien taloutta

Pohjois-Karjalan 13 kunnasta 9 saavutti ylijäämäisen tuloksen vuonna 2021. Tulorahoituksen riittävyttä kuvaava asukaskohtainen vuosikate oli positiivinen yhtä kuntaa lukuun ottamatta. Asukaskohtainen vuosikate vaihteli -46 eurosta (Polvijärvi) 959 euroon (Heinävesi).

Kuntien tuloskehitykseen vaikuttivat merkittävästi valtion tukitoimet sekä verotulojen hyvä kehitys. Vuosina 2020–2021 valtio tuki kuntasektoria koronaviruspandemiasta aiheutuvien ylimääräisten kustannusten ja tulonmenetysten vuoksi yhteensä yli 5 miljardilla eurolla.^{36, 37} Kunnille ja kuntayhtymille on aiheutunut ylimääräisiä kustannuksia koronapotilaiden hoidon lisäksi mm. testauksesta, rokotuksesta sekä suojarusteista. Vastaavasti epidemia on kasvattanut hoito- ja palveluvelkaa kiirettömän hoidon resurssien ja toiminnan karsimisen vuoksi.

Vuonna 2020 valtio kohdisti koronatueta kuntien peruspalvelujen valtionosuuksiin ja korotti kuntien osuutta yhteisöverosta 10 prosentilla. Lisäksi valtio myönsi avustuksia sairaanhoitopiireille, joista osa kohdisti avustuksia myös kuntien maksuosuuksiin. Vuonna 2021 valtio tuki kuntia peruspalvelujen valtionosuuden kautta edellisvuotta vähemmän ja jatkoi yhteisöveron määräaikaista 10 prosentin korotusta. Vastaavasti sairaanhoitopiirien tukemista jatkettiin edelleen myöntämällä avustusta Covid-19-kustannuksiin sekä alijäämän kattamiseen. Valtion koronatuken painopiste siirtyi kuntien osalta valtionavustuksiin, minkä lisäksi korvauksia maksettiin myös rajojen terveysturvallisuudesta aiheutuvista kustannuksista.^{36, 37}

Vuonna 2021 Pohjois-Karjalan kunnille myönnetty korotukset peruspalveluiden valtionosuuteen ja yhteisöverosuuden korottamiseen olivat yhteensä 23,4 miljoonaa euroa (50,7 miljoonaa euroa vuonna 2020). Pohjois-Karjalan sosiaali- ja terveyspalvelujen kuntayhtymälle (Siun Sote) myönnetty avustukset vuonna 2021 olivat noin 28,8 miljoonaa euroa (7,2 miljoonaa euroa vuonna 2020).^{36, 37}

Valtion tukitoimien painopisteen siirtyminen valtionosuuksista avustuksiin vaikuttaa osaltaan sosiaali- ja terveydenhuollon nettokäyttökustannuksiin ja siten myös palvelukokonaisuuksissa tapahtuneisiin kustannustason muutoksiin. Kuntataloustilaston raportointi uudistui vuoden 2021 alussa. Uudistus laajensi kuntien ja kuntayhtymien raportointivelvoitteita tarkentaen sosiaali- ja terveydenhuollon taloustietojen raportointia 17 tehtäväluokasta yli 60 palveluluokkaan. Palveluluokkoittaisen raportoinnin aikataulua jouduttiin siirtämään kuntien raportoimissa tiedoissa havaittujen vakavien laatupoikkeamien vuoksi, eivätkä nettokäyttökustannukset olleet käytettävissä tämän arvioinnin pohjana.

Kuntayhtymän vuoden 2021 tilinpäätös alijäämäinen

Pohjois-Karjalan sosiaali- ja terveyspalvelujen kuntayhtymän (Siun sote) toimintatuotot kasvoivat edelliseen vuoteen nähden 56,1 miljoonaa euroa ja toimintakulut 51,6 miljoonaa euroa. Toimintakate kasvoi 78,3 prosenttia ja oli 10,1 miljoonaa euroa. Kuntayhtymän vuosikate 10,8 miljoonaa euroa ei riittänyt kattamaan poistoja, eli tulo-rahoituksen ei katsota olevan riittävällä tasolla. Kuntayhtymän tilikausi päättyi lopulta 4,4 miljoonan euron alijäämään lähinnä koronapandemiasta johtuvien ylimääräisten erien vuoksi. Taseeseen kertyneitä alijäämiä katettiin jäsenkuntien maksamalla ylimääräisellä 10,5 miljoonan euron erällä.³⁸

Siun soten vuoden 2022 tammi-syyskuun talouskatsauksen mukaan alijäämäennuste on noin 32 miljoonaa euroa. Kuntayhtymän kulukehitys on kasvanut vuoden 2021 kesästä alkaen keskimäärin yli 6 prosenttia. Kustannuksia lisää palvelujen ostojen ohella mm. palkkaharmonisointi, jota on jatkettu henkilöstöjaostossa hyväksytyyn suunnitelman mukaisesti. Kuntayhtymän taseessa vuoden 2021 tilinpäätöksessä oli noin 17 miljoonaa euroa kertyneitä alijäämiä, jotka jäsenkunnat joutuvat kattamaan peruspääomien suhteessa vuoden 2022 alijäämän ohella viimeistään vuoden 2022 tilinpäätöksen yhteydessä.^{39,40}

Investointimenot jäivät määrärahaa pienemmiksi Aster-hankkeen lopettamisen vuoksi

Vuonna 2021 Siun sote -kuntayhtymän investointimenot olivat 19,5 miljoonaa euroa; ne jäivät 14,7 miljoonaa euroa talousarviota pienemmiksi. Investoinneista suurin oli keskussairaalan peruskorjaushanke (E-hanke), johon kuntayhtymä sai poikkeusluvan kesällä 2020. ICT-investointimenot (2,3 miljoonaa euroa) jäivät 8,7 miljoonaa euroa talousarviota pienemmiksi, mikä johtui uuden asiakas- ja potilastietojärjestelmän Asterin suunnitteluprojektin lopettamisesta.

Hyvinvointialueen investointisuunnitelman painopiste keskussairaalan peruskorjauksessa

Pohjois-Karjalan hyvinvointialueen investointisuunnitelma kaudelle 2023–2027, johon kuuluvat sosiaali- ja terveystoimen sekä pelastustoimen osasuunnitelmat, on yhteensä 146 miljoonaa euroa. Siihen sisältyvät omaan taseeseen toteutettavat investoinnit (86 miljoonaa euroa) sekä investointeja vastaavat sopimukset (60 miljoonaa euroa). Investointisuunnitelma sisältää rakennusinvestointeja yhteensä noin 115 miljoonan euron edestä. Taloudellisesti merkittävien omaan taseeseen toteutettava rakennusinvestointihanke on käynnissä oleva keskussairaalan peruskorjaushanke (E-hanke), jonka kustannusarvio investointikaudelle on noin 52 miljoonaa euroa laitehankintoihin. Lisäksi hyvinvointialue on sitoutumassa vuokrakohteiden Outokummun ja Liperin sote-asemien rakennushankkeisiin sekä Liperin, Nurmeksen, Outokummun ja Polvijärven asumisyksikköhankkeisiin (yhteensä 42,5 miljoonaa euroa). Hyvinvointialueen esittämät asukaskohtaiset ICT-investoinnit ovat maan pienimmät, ja niissä keskitytään sosiaalihuollon tietojärjestelmän päivittämiseen lakisääteiselle tasolle.⁴¹ Kaikkien hyvinvointialueiden asukaskohtaiset investointisummat suunnitelmakaudelle 2023–2027 esitetään kuviossa 3.

Pohjois-Karjalan hyvinvointialueen lainanottovaltuus vuodelle 2023 on noin 93 miljoonaa euroa. Lainanottovaltuus riittää kattamaan alueen investointisuunnitelman sisältämät investoinnit vuodelle 2023.

Palvelutarpeeseen suhteutetut sosiaali- ja terveydenhuollon menot olivat keskimääräistä pienemmät

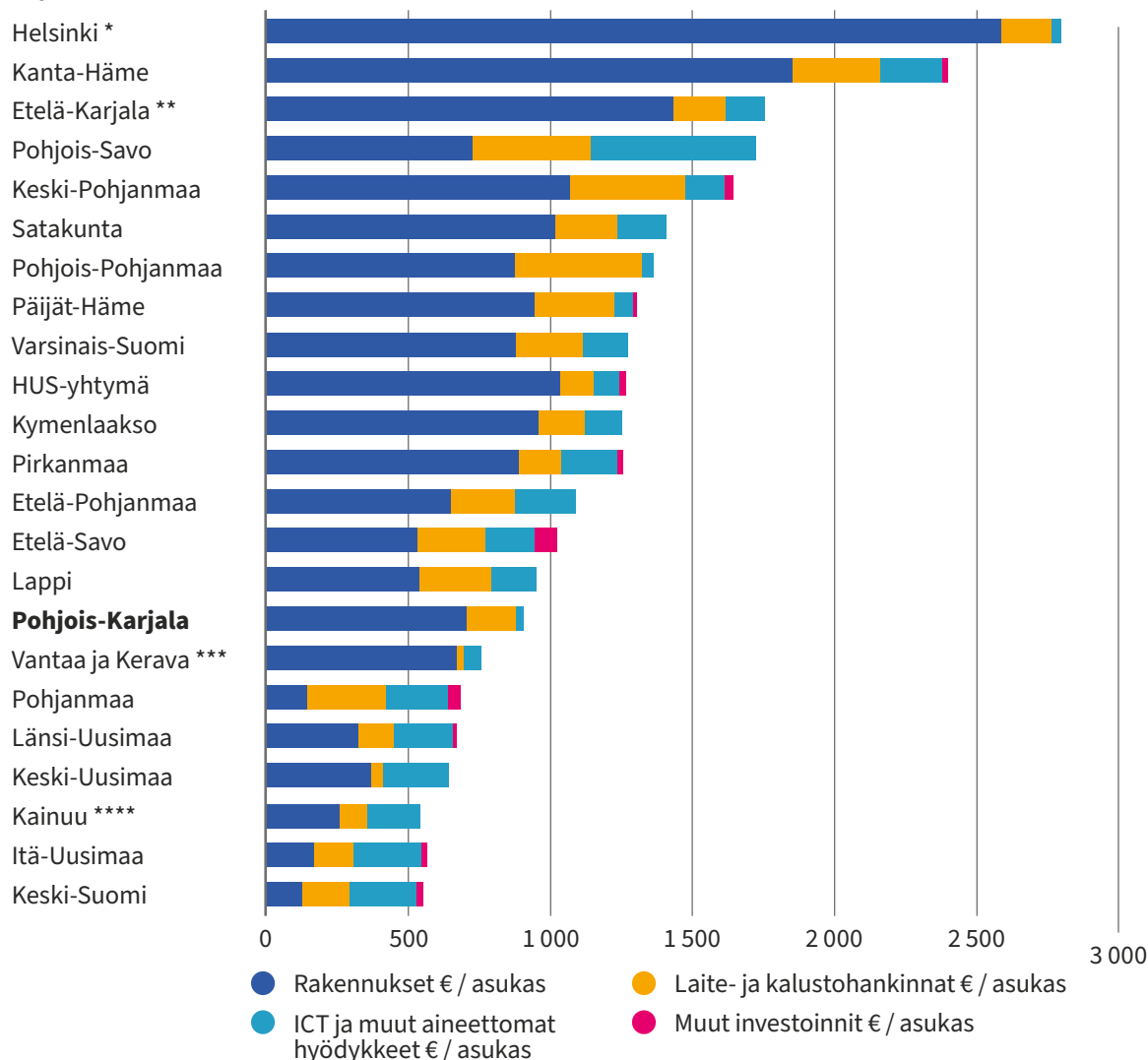
THL:n vuonna 2022 julkaisemat tarvevakioidut menot vuodelle 2020 on laskettu päivitetyn tarvevakioinnin mukaisesti. Tarvevakioitujen menojen laskennassa käytetyt tarvekertoimet eroavat hyvinvointialueiden rahoituksen perusteena olevien tarvekertoimien laskennasta, sillä edeltävissä tarkastellaan tarvetekijöiden ja palvelukäytön suhdetta samana vuonna ja jälkimmäisissä tarvetekijöiden ja tulevan palvelukäytön suhdetta. Vuonna 2020 sosiaali- ja terveydenhuollon nettomenot olivat keskimäärin 3 497 euroa asukasta kohti koko maassa. Pohjois-Karjalan sosiaali- ja terveydenhuollon nettomenot olivat 3 725 euroa asukasta kohti eli 7 prosenttia suuremmat kuin maassa keskimäärin. Alueen palvelutarve oli 18 prosenttia suurempi kuin maassa keskimäärin ja palvelutarpeeseen suhteutetut sote-menot 9 prosenttia pienemmät kuin maassa keskimäärin (kuvio 4).

Hyvinvointialueelle siirtyvät kustannukset laskennallista rahoitusta pienemmät

Valtiovarainministeriö on julkaissut syyskuussa 2022 hyvinvointialueiden rahoituslaskelmat, jotka perustuvat vuoden 2021 alustaviin tilinpäätöstietoihin sekä vuoden 2022 talousarviotietoihin. Vuoden 2022 tilinpäätöstietojen perusteella tarkistetaan vielä lopullinen vuoden 2023 rahoitus, jonka perusteella hyvinvointialueiden rahoitukseen tehdään kertaluonteinen korjaus alkuvuonna 2024. Laskelmassa on huomioitu siirtyvien kustannusten lisäksi hyvinvointialueiden uudet tehtävät, hyvinvointialueindeksi sekä palvelutarve. Yliopistosairaalalisä huomioidaan vasta vuoden 2024 rahoituksessa. Pohjois-Karjalan hyvinvointialueen kokonaisrahoitus vuodelle 2023 on 714,3 miljoonaa euroa eli 4 375 euroa asukasta kohti. Alueen laskennallinen rahoitus on 799 miljoonaa euroa ja siirtymätasauksen osuus -85 miljoonaa euroa. Hyvinvointialueen siirtyvät kustannukset ovat siis laskennallista rahoitusta pienemmät. Pohjois-Karjalan asukaskohtaisen rahoituksen kasvu on 268 euroa vuoden 2022 rahoituksen tasoon verrattuna.⁴²

Pohjois-Karjalan väestön arvioitu sosiaali- ja terveydenhuollon palvelutarve vuodelle 2023 on maan suurin, mikä näkyy myös laskennallisen rahoituksen tasossa.^{42, 43} Alueen siirtyvät kustannukset ovat kuitenkin merkittävästi pienemmät kuin laskennallinen rahoitus, minkä vuoksi negatiivinen siirtymätasaus laskee alueen asukaskohtaista rahoitusta lähemmäs maan keskitasoa. Pohjois-Karjalan laskennallinen rahoitus siis kasvaa suhteessa siirtyviin kustannuksiin. Alueen talousarvio vuodelle 2023 suunnitellaan alijäämäiseksi.⁴⁴

Kuvio 3. Investointisuunnitelma 2023–2027, pysyvät vastaavat ja investointeja vastaavat sopimukset (euroa asukasta kohti)



▲ Kuviossa esitetään sosiaali- ja terveydenhuollon sekä pelastustoimen investointisuunnitelmien kokonaisuus vuosille 2023–2027 (euroa asukasta kohti); investointimenoihin sisältyvät pysyvät vastaavat sekä investointeja vastaavat sopimukset. Investointisuunnitelman vuosi 2023 on sitova, vuodet 2024–2026 ovat viitteellisiä. Vuoden 2027 luku sisältää investoinnit, joihin on sitouduttu vuoden 2023 aikana ja jotka jatkuvat suunnitelmakauden yli. HUS-yhtymä esitetään erillisenä organisaationa, eivätkä sen luvut sisälly Uudenmaan hyvinvointialueiden ja Helsingin kaupungin lukuihin. Hyvinvointialueesta annetun lain mukaiset investointisuunnitelmat laadittiin nyt ensimmäisen kerran, minkä vuoksi ohjeistusta on voitu tulkita eri tavoin. Erityisesti hajanaisen järjestämisvastuun alueilla investointisuunnitelmat saattavat olla puutteellisia, sillä tietoja on koottu useilta järjestämisvastuullisilta organisaatioilta.

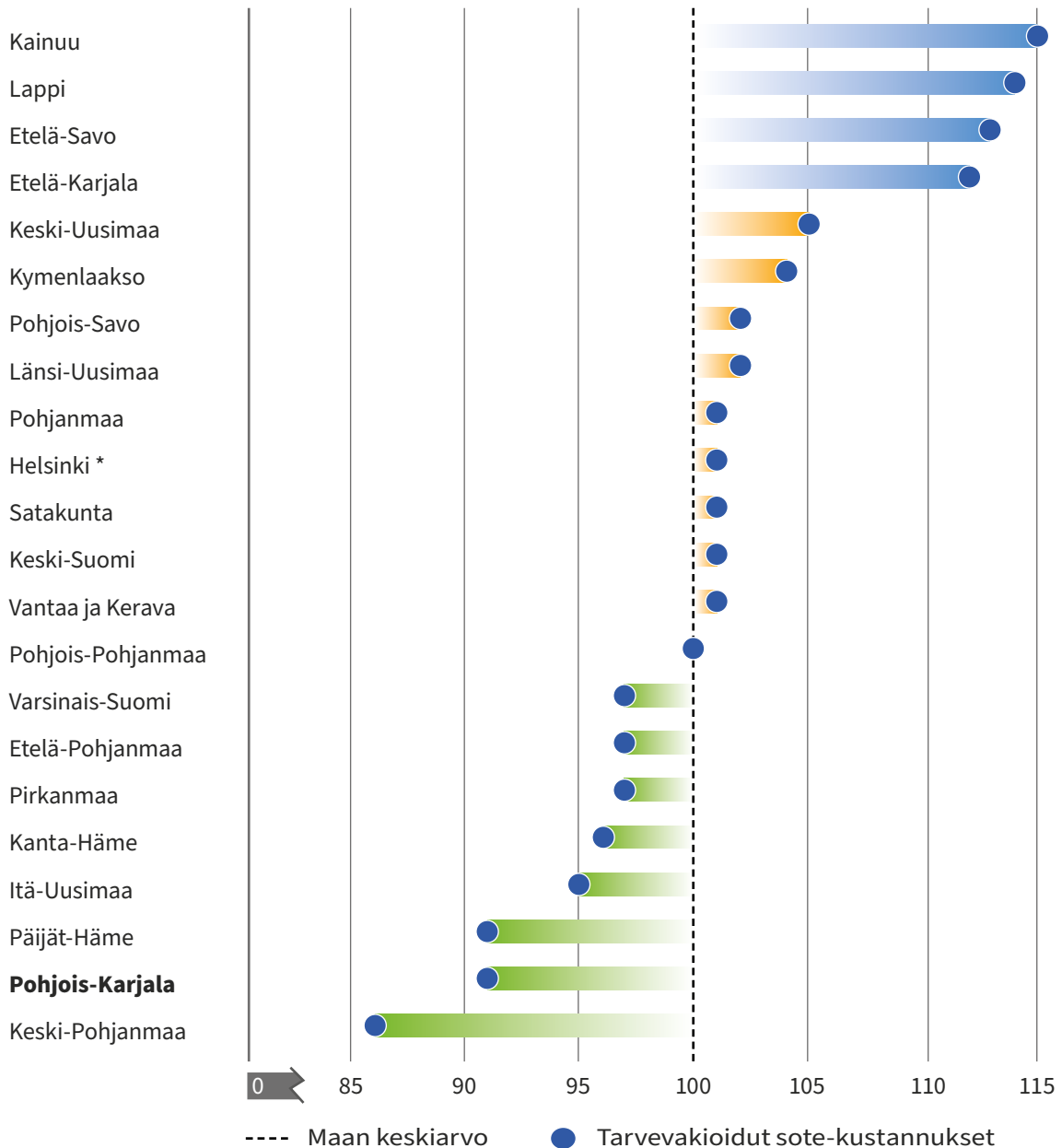
* Alustava tieto: Helsingin kaupungin talousarvio 2023 ja taloussuunnitelma 2023–2025, ehdotus 7.11.2022, liite 3. Kaupunginvaltuusto 16.11.2022, esityslista. Laakson sairaalan investoinnista huomioitu Helsingin osuus.

** Alustava tieto: Etelä-Karjalan hyvinvointialue, aluehallitus 15.9.2022

*** Alustava tieto: Vantaan ja Keravan hyvinvointialue, aluevaltuusto 22.11.2022, esityslista

**** Alustava tieto: Kainuun hyvinvointialue, aluehallitus 12.9.2022

Kuvio 4. Tarvekioidut menot 2020, indeksi (Koko maa=100)



▲ Kuviossa esitetään hyvinvointialueittain tarvekioitujen kustannusten poikkeama maan keskiarvosta (100). Mitä kauempana kustannuksia kuvaava palkkiviiva on keskiarvosta, sitä pienemmät tai suuremmat ovat alueen tarvekioidut kustannukset. Tarvetekijöinä on huomioitu väestön ikä- ja sukupuolirakenne, sairastavuus ja sosioekonominen asema. Tiedot perustuvat Tilastokeskuksen Kuntatalous-tilaston vuoden 2020 tietoihin ja Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen tuottamiin kesällä 2022 julkaistuihin vuoden 2020 päivitettyihin tarvekertoimiin.

* Sosiaali- ja terveydenhuolto sekä pelastustoimi

Menetelmät ja laatuseloste

Arvioinnin tietopohja

Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen (THL) laatima asiantuntija-arvio sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä perustuu sekä määrälliseen tietoon että laadulliseen aineistoon. Arvioinnin määrällisen tietopohjan perustan muodostaa kansallinen sosiaali- ja terveydenhuollon kustannusvaikuttavuusmittaristo (KUVA). Asiantuntija-arvion pohjana olevaa tilannekuvaa on laajennettu hyödyntämällä myös muita indikaattoritietoja sekä dokumenttiaineistoja hyvinvointialueiden, kuntayhtymien ja kuntien hallinnosta, toimintatavoista, suunnitelmista ja päätöksistä. Arvioinnissa on hyödynnetty lisäksi Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontaviraston Valviran ja aluehallintovirastojen valvontahavaintoja sekä muita kansallisten viranomaisten laskelmia ja selvityksiä. Hyvinvointialueiden tilannekuvan tulkintaa on syvennetty ja täydennetty keskusteluissa, joita on käyty hyvinvointialueiden valmistelusta vastaavien toimielinten edustajien sekä sosiaali- ja terveydenhuollon palveluista järjestämisvastuussa vuonna 2021 ja 2022 olleiden kuntayhtymien ja kuntien edustajien kanssa.

Kansallinen KUVA-mittaristo ja Sotokuva-verkkopalvelu

KUVA-mittaristo on sosiaali- ja terveysministeriön sekä laajan asiantuntijajoukon yhteistyönä muodostettu noin 500 indikaattorin kokonaisuus. Mittaristoa käytetään sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisen seurannassa, arvioinnissa ja ohjauksessa. KUVA-mittariston tarkoituksena on varmistaa STM:n ohjauksessa ja THL:n asiantuntija-arvioinnissa käytettävien tietojen yhdenmukaisuus, mikä on edellytys yhteisen tilannekuvan synnylle. KUVA-mittariston indikaattorit on ryhmitelty tehtäväkokonaisuuksiin ja ulottuvuuksiin; se tarjoaa tietoa muun muassa väestön hyvinvoinnin ja terveyden tilasta sekä palvelutarpeesta, mutta myös palvelujen saatavuudesta, laadusta ja kustannuksista. Mittariston ylläpitämisestä ja kehittämisestä vastaa STM, mittariston teknisestä tuottamisesta puolestaan THL.

Sotokuva (entinen Tietoikkuna) on THL:n kehittämä ja ylläpitämä verkkopalvelu, jossa esitetään KUVA-mittaristoon sisältyvät indikaattorit hyvinvointialueittain. Verkkopalvelu poimii mittaristoon kuuluvat indikaattorit THL:n tilastopalvelu- ja indikaattoripankki Sotkanetistä. Sotokuva on suunnattu erityisesti sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmän seuranta-, ohjaus- ja arviointityöhön osallistuville asiantuntijoille ja hyvinvointialueiden edustajille, mutta se on avoimesti käytettävissä kaikille KUVA-mittaristosta kiinnostuneille käyttäjille. Verkkopalvelussa KUVA-mittaristosta on käytettävissä kaksi eri tietopohjaa, päivittyvä ja kiinnitetty. Ne vastaavat kahteen eri käyttötarpeeseen. Päivittyvässä tietopohjassa indikaattorit päivittyvät vapaasti vuoden mittaan ja mittariston indikaattoreista näkyvät aina tuoreimmat saatavilla olevat luvut. Kiinnitettyssä tietopohjassa mittariston indikaattorien päivittyminen on keskeytetty Sotekuvassa niin, että se kuvaa THL:n asiantuntija-arvion laatimisen aloitusajankohdan tilannetta: indikaattoreista esitetään vuoden ajan ne luvut, jotka olivat käytettävissä tietopohjan kiinnittämisen hetkellä. Palvelu on saatavilla kolmella kielellä: suomeksi, ruotsiksi ja englanniksi.

Tietopohjan avoimuus, saatavuus ja laatu

Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisen arviointi perustuu pääsääntöisesti julkisesti ja avoimesti saatavilla olevaan tietoon. Käytetyt indikaattoritiedot ovat puolestaan saatavissa THL:n Sotekuva-verkkopalvelusta (KUVA-mittaristo) ja Sotkanetistä (THL:n kaikki indikaattorit). Muut tilastotiedot on merkitty erillisin viittein. Arvioinnissa käytetyn laadullisen dokumenttiaineiston tiedot löytyvät lähdeluettelosta. Valviran ja aluehallintovirastojen valvontahavaintoraportit ovat avoimesti saatavissa arvioinnin verkkosivuilta. Muusta tietopohjasta poiketen alueiden edustajien kanssa käydyt keskustelut eivät ole julkisia. Yhteiset keskustelut tarjoavat arviointiin syventäviä näkökulmia kunkin alueen erityispiirteistä ja keskeisistä palvelujen järjestämiseen liittyvistä haasteista ja ratkaisuisista. Alueiden edustajilla on myös mahdollisuus kommentoida valmistuvia arviointitekstejä.

Tavoitteena on, että arvioinnissa käytetyt indikaattoritiedot ovat luotettavia ja ajantasaisia. KUVA-mittariston tietojen ajantasaisuutta seurataan THL:ssä ajantasaisuusmittarin avulla. Kesäkuussa 2022, kun tietopohja kiinnitettiin, noin 70 prosenttia indikaattorien tiedoista oli vuodelta 2021 tai 2022. Ajantasaisuutta seurattessa tulee huomioida, etteivät kaikki KUVA-indikaattorit päivitty vuosittain; useimmat kyselyaineistoihin perustuvat indikaattorit päivittyvät joka toinen vuosi. Vuosittain päivittyvien indikaattorien viivästyminen johtuu usein tietojen toimitusvaikeuksista.

Vuoden 2022 arvioinnissa kiinnitettiin erityistä huomiota käytettävien indikaattoritietojen laatuun ja laatu- puutoksia kuvaavien indikaattorikohtaisten lisätietojen saatavuuteen. Indikaattoreita, joissa on merkittäviä laatu- puutteita, ei ole käytetty alueen arvioinnissa. Kuntataloustilaston raportoinnin uudistumisesta johtuvien vakavien laatu- puutosten ja tietojen julkaisuaikataulun muutosten vuoksi nettokäyttökustannustietoja ei ole hyödynnetty vuoden 2022 asiantuntija- arvioinnissa. Puutteet ovat rajoittaneet hyvinvointialueiden toiminnan ja talouden yhteistarkastelua.

Käynnissä oleva kehittämistyö

Tiedolla johtamista kehitetään ja tiedon tuotantoa uudistetaan käynnissä olevassa Toivo-ohjelmassa (Tiedolla johtaminen päätöksenteon ja palvelujen kehittämisen tukena). Ohjelman Virta-hankkeessa kehitetään hyvinvointialueiden tiedolla johtamista sekä määritellään alueellisen tilannekuvan yhdistävä ja kansallisesti vertailukelpoinen vähimmäistietosisältö. Valtava-hankkeessa kehitetään kansallisten viranomaisten tietotuotantoa. Vuosina 2021–2024 KUVA-mittaristokokonaisuutta kehitetään Valtava-hankkeessa vastaamaan aikaisempaa paremmin vaikuttavuusperusteisen ohjauksen ja arvioinnin tarpeisiin. Samalla KUVA-mittariston ja vähimmäistietosisällön tietoja yhteensovitetaan soveltuvin osin.

Lisätietoa arvioinnista ja tietopohjasta: thl.fi/arviointi

Käynnissä oleva kehittäminen (Toivo-ohjelma): <https://soteuudistus.fi/tiedolla-johtaminen>

Indikaattoriarvot Sotekuvassa: sotekuva.fi

Tilasto- ja indikaattoripankki Sotkanet: sotkanet.fi

Lähteet ja arvioinnissa käytetty tausta-aineisto

Hyvinvointialueen hallinnollinen ja toiminnallinen rakentuminen

1. Laki hyvinvointialueesta 611/2021. [Verkkolähde](#).
2. Valtioneuvoston asetus sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistyöalueista 91/2022. [Verkkolähde](#).
3. Laki sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä 612/2021. [Verkkolähde](#).
4. Pohjois-Karjalan aluevaltuuston pöytäkirja 9.5.2022 pykälä 32. [Verkkolähde](#).
5. Pohjois-Karjalan aluevaltuuston pöytäkirja 11.10.2022 pykälä 67. [Verkkolähde](#).

Ammattitaitoisen henkilöstön saatavuus ja riittävyys

6. Pohjois-Karjalan sosiaali- ja terveyspalvelujen kuntayhtymän Siun soten henkilöstökertomus 2021. [Verkkolähde](#).
7. Suomen Lääkäriliitto 2021. Terveyskeskusten lääkäritilanne 2021. [Verkkolähde](#).
8. Ammattibarometri.fi. [Verkkolähde](#).
9. Itä-Suomen aluehallintoviraston valvontahavaintoraportti Pohjois-Karjalan hyvinvointialueen sosiaali- ja terveydenhuollon palveluiden yhdenvertaisesta saatavuudesta ja laadusta vuonna 2021. [Verkkolähde](#).
10. Kuntien työvoimaennuste 2030. [Verkkolähde](#).
11. Pohjois-Karjalan hyvinvointialuestrategia 2023–2026. [Verkkolähde](#).
12. Pohjois-Karjalan koulutuskuntayhtymän yhtymähallituksen pöytäkirja 16.6.2022 pykälä 102. [Verkkolähde](#).

Palvelujen integraation nykytila ja kehittämistoimet

13. Laki sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä. [Verkkolähde](#).
14. Laki hyvinvointialueesta. [Verkkolähde](#).
15. Kuntien ja hyvinvointialueiden yhteistyö ja yhdyspinnat. [Verkkolähde](#).
16. Pohjois-Karjalan hyvinvointialuestrategia 2023–2026. [Verkkolähde](#).
17. Nicholson, C. ym. (2013). A governance model for integrated primary/secondary care for the health-reforming first world – results of a systematic review. BMC Health Services Research 13:528. [Verkkolähde](#).
18. Tiirinki, H. ym. (2022). Integrating Health and Social Services in Finland: Regional Approaches and Governance Models. International Journal of Integrated Care 22(3): 18, 1–11. [Verkkolähde](#).
19. Itä-Suomen aluehallintoviraston valvontahavaintoraportti Pohjois-Karjalan hyvinvointialueen sosiaali- ja terveydenhuollon palveluiden yhdenvertaisesta saatavuudesta ja laadusta vuonna 2021. [Verkkolähde](#).
20. Pohjois-Karjalan hankekokonaisuus Tulevaisuuden sosiaali- ja terveyskeskus -ohjelmassa. [Verkkolähde](#).
21. Pohjois-Karjalan aluevaltuuston pöytäkirja 27.09.2022 pykälä 55. [Verkkolähde](#).

Yhdenvertaisten palvelujen saatavuus ja saavutettavuus

22. Laki sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä (612/2021) § 4. Palvelujen saatavuus ja saavutettavuus. [Verkkolähde](#).
23. Laki sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä (612/2021), § 11. Palvelustrategia. [Verkkolähde](#).
24. Pohjois-Karjala hyvinvoinnin edelläkävijäksi. Hyvinvointistrategia 2020–2025. [Verkkolähde](#).
25. Pohjois-Karjalan aluevaltuuston pöytäkirja 11.10.2022 pykälä 67. [Verkkolähde](#).
26. Itä-Suomen aluehallintoviraston valvontahavaintoraportti Pohjois-Karjalan hyvinvointialueen sosiaali- ja terveydenhuollon palveluiden yhdenvertaisesta saatavuudesta ja laadusta vuonna 2021. [Verkkolähde](#)
27. Hoitoonpääsy suun terveydenhuollossa. [Verkkolähde](#).
28. Tilastoraportti 37/2022. Hoitoonpääsy erikoissairaanhoidossa 31.8.2022. [Verkkolähde](#).
29. Tilastoraportti 28/2022. Lastensuojelun käsittelyajat 1.10.2021–31.3.2022. [Verkkolähde](#).
30. Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista (980/2012). [Verkkolähde](#).
31. RAVA™-mittari. [Verkkolähde](#).
32. Parikka, S., Koskela, T., Ikonen, J., Kilpeläinen, H., Hedman, L., Koskinen, S. & Lounamaa, A. Kansallisen terveys-, hyvinvointi ja palvelututkimus FinSoten perustulokset 2020. [Verkkojulkaisu](#).
33. Pohjois-Karjalan hankekokonaisuus Tulevaisuuden sosiaali- ja terveyskeskus -ohjelmassa. [Verkkolähde](#).

Sosiaali- ja terveydenhuollon kustannukset, investoinnit ja rahoitus

34. Laki hyvinvointialueiden rahoituksesta 617/2021. [Verkkolähde](#).
35. Laki hyvinvointialueesta 611/2021. [Verkkolähde](#).
36. Koronavirusepidemian kustannusten korvaukset. STM. [Verkkolähde](#).
37. Kunnille maksetut koronatuot. VM. [Verkkolähde](#).
38. Siun soten yhtymähallituksen kokouksen pöytäkirja 30.3.2022 pykälä 71. [Verkkolähde](#).
39. Siun soten yhtymähallituksen pöytäkirja 31.10.2022 pykälä 214. [Verkkolähde](#).
40. Siun soten talousennuste tammi-syyskuu 2022. [Verkkolähde](#).
41. Pohjois-Karjalan hyvinvointialueen investointisuunnitelma 2023–2026. [Verkkolähde](#)
42. Hyvinvointialueiden rahoitus vuonna 2023 (excel), syyskuu 2022. [Verkkolähde](#).
43. Tarvevakioidut menot kunnittain ja hyvinvointialueittain vuonna 2020 (excel, päivitetty 22.6.2022). [Verkkolähde](#).
44. Pohjois-Karjalan aluehallituksen pöytäkirja 7.11.2022 pykälä 188. [Verkkolähde](#).