

Sosiaali- ja terveyspalvelut Kainuu

TIEDOSTA ARVIOINTIIN

tavoitteena paremmat palvelut

Asiantuntija-arvio, kevät 2018

THL:n asiantuntijaryhmä



Toimeksianto ja toteutus

Valtiovaraministeriö koordinoi syksyllä 2018 päättyvää maakuntatalouden simulaatioharjoitusta. Sen avulla testataan maakuntien talous- ja ohjausprosessia ja taluspäätösten tekemistä uudessa järjestelmässä. Sosiaali- ja terveysministeriö vastaa harjoituksessa maakuntien sosiaali- ja terveydenhuollon ohjauksesta koskevasta osuudesta.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL) on koonnut simulaatioharjoituksessa käytettävän tietopohjan ja antaa tässä raportissa asiantuntija-arvion tulevan maakunnan suoriutumisen sosiaali- ja terveyspalvelujen järjestämisessä. Asiantuntija-arvion tuottamisesta on vastannut [THL:n asiantuntijaryhmä](#). Harjoituksessa saatavaa tietoa ja kokemuksia tullaan hyödyntämään maakuntien arvioinnin kehittämisessä. Arviointiharjoituksella ei ole vaikutusta tulevien maakuntien rahoituksen määräytymiseen.

ARVIOINNIN SISÄLTÖ POHJAUTUU LAINSÄÄDÄNTÖÖN

Arvioinnin sisältö rakentuu maakunnan suoriutumiskyvyn ulottuvuuksista, joita ovat palvelujen saatavuus, laatu ja vaikuttavuus, asiakaslähtöisyys ja yhdenvertaisuus. Arvioinnissa on paneuduttu myös eri sosiaali- ja terveydenhuollon tehtäväkokonaisuuksiin ja otettu huomioon maakunta- ja sote-uudistuksen lakiesitysten tarkoituksellisesti mainitut tavoitteet, valinnanvapautta koskevan lakiluonnoksen tavoitteet sekä keskeisistä sisältöalueista johdetut kokonaisuudet.

ARVIOINNIN TIETOLÄHTEET MONIPUOLISIA

Arvioinnin tietolähteinä käytettiin maakuntien tuottamaa tietoa sote-valmistelun suunnittelusta, tulevien maakuntien hallinnosta järjestäjänä, organisaatiosta ja toimintatavoista. Indikaattoritietoa koottiin THL:n, Tilastokeskuksen ja eräiden muiden organisaatioiden tietovarannoista. Indikaattoreita voi tarkastella Sotkanetissä kohdasta [Maakuntien seuranta ja arviointi \(simulaatioharjoitus\)](#). Osana arviointia THL:n asiantuntijat vierailivat kaikissa maakunnissa ([ks. Ajankohtaista arvioinnista](#)). Arvioinnissa ei ole käytetty valvontaviranomaisen raportteja, koska riittäviä maakuntakohtaisia tietoja ei ollut saatavilla.

HARJOITUS KOKOAA KOKEMUKSIA

THL:n tavoitteena simulaatioharjoituksessa oli pyrkiä mahdollisimman todenmukaiseen arvioinnin toteutukseen. Arvioinnissa käytettävät tiedot koottiin saatavilla olevista vertailukelpoisista tietolähteistä. Kyseessä oli myös arviointitiedon kokoamiseen ja käyttöön liittyvä harjoitus, jolloin arviointitulokset ovat lähinnä suuntaa-antavia ja jatkokeskustelua tukevia. Harjoitus toi esiin hyvin sekä arviointiprosessin että tietopohjan kehittämistarpeita. Tulevaisuudessa kattavamman ja ajantasaisemman tietopohjan avulla maakuntien arvioinnissa päästään tarkempiin lopputuloksiin. THL:n sote-tietopohjan kehittämishanke työskentelee näiden haasteiden parissa.

Järjestämislakiluonnoksen (HE 15/2017, § 30 ja 31) mukaan THL:lle on tulossa lakisääteinen maakuntien seuranta- ja arviointitehtävä. Varsinainen arviointitoiminta käynnistyy keväällä 2018. Arviointi on jatkossa oleellinen osa valtakunnallista ohjausjärjestelmää ja se tuottaa pohjatietoa maakuntien omalle ohjaustoiminnalle.

Pekka Rissanen
Arviointijohtaja

Vesa Syrjä
Kehittämispäällikkö

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos

Sisällys

Toimeksianto ja toteutus	1
Keskeiset havainnot.....	3
Palvelujen järjestämisen yleiset edellytykset	4
Sosiaali- ja terveyspalvelujen kustannukset	9
Tehtäväkokonaisuuksien arviot	
Hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen	11
Ennaltaehkäisevät palvelut	12
Perusterveydenhuolto	13
Mielenterveys- ja päihdepalvelut.....	14
Erikoissairaanhoido	16
Lasten, nuorten ja perheiden palvelut.....	17
Työkäisten sosiaalipalvelut.....	19
Vammaispalvelut	20
Ikäihmisten palvelut.....	21
Ulottuvuuskohtaiset arviot	
Saatavuus	23
Laatu ja vaikuttavuus	24
Asiakaslähtöisyys	25
Yhdenvertaisuus	26
Lähteet	27

Maakuntien seurannan ja arvioinnin vastuuhenkilönä on toiminut professori Pekka Rissanen, arviointityötä on koordinoanut Kimmo Parhiala.

Alueellisina arviointipäälliköinä ovat toimineet

*Jonsson, Pia Maria (Pohjanmaa, Satakunta, Varsinais-Suomi)
 Jousilahti, Pekka (Etelä-Savo, Keski-Suomi, Pohjois-Karjala, Pohjois-Savo)
 Kovasin, Merja (Etelä-Pohjanmaa, Kanta-Häme, Pirkanmaa)
 Kärkkäinen, Jukka (Etelä-Karjala, Kymenlaakso, Päijät-Häme, Uusimaa)
 Syrjä, Vesa (Kainuu, Keski-Pohjanmaa, Lappi, Pohjois-Pohjanmaa)*

Tehtäväkokonaisuus- ja ulottuvuuskohtaisten osioiden kirjoitukseen ovat osallistuneet

*Aalto, Anna-Mari; Ahola, Sanna; Alastalo, Hanna; Autio, Eva; Blomgren, Sanna; Elonsalo, Ulpu;
 Forsell, Martta; Hakulinen, Tuovi; Halme, Nina; Hammar, Teija; Hastrup, Arja; Heino, Tarja; Hetemaa, Tiina;
 Hietanen-Peltola, Marke; Honkatukia, Juha; Häkkinen, Unto; Ikonen, Riikka; Kapiainen, Satu; Karvonen, Sakari;
 Kehusmaa, Sari; Kilpeläinen, Katri; Krohn, Minerva; Kuussaari, Kristiina; Lammi-Taskula, Johanna; Linnanmäki, Eila;
 Liukko, Eeva; Lounamaa, Anne; Luoto, Eija; Lyytikäinen, Merja; Martelin, Tuija; Muuri, Anu; Mäklin, Suvi;
 Nurmi-Koikkalainen, Päivi; Parikka, Suvi; Partanen, Airi; Reissell, Eeva; Sainio, Salla; Seppänen, Johanna;
 Sihvo, Sinikka; Siukola, Reetta; Ståhl, Timo; Suvisaari, Jaana; Viertiö, Satu.*

Keskeiset havainnot

Arvioinnissa on suuria rajoitteita, ja sen tuloksia voidaan pitää enintään suuntaa antavina. Simulaatioharjoituksessa arvioitiin maakunnan sosiaali- ja terveyspalveluja sekä hyvinvoinnin ja terveyden edistämistä. Kunnat järjestävät ja tuottavat palveluita kuitenkin eri tavoin. Maakuntien toimintaa voidaan arvioida totuudenmukaisesti vasta, kun järjestämisvastuu alueen palveluista on siirtynyt niille.

Arvioinnissa käytetty tietopohja on vielä monien arviointitulottuvuuksien osalta vajavainen, ja tiedot ovat peräisin vuosilta 2015–2017. Harjoituksen lyhyen keston vuoksi kaikkia arvioinnin sisältöjä ei ole voitu käydä läpi yhdessä maakuntien kanssa. Arviointi ei myöskään kata kaikkia sosiaali- ja terveyspalveluja. Jatkossa arvioinnin tietopohja laajenee, ja kaikki talous- ja toimintatiedot pyritään kokoamaan samalta vuodelta. Erilaisista raportointikäytännöistä johtuvat epätarkkuudet vähenevät jatkossa, kun maakunnat ovat tietoisia kriteereistä, joiden perusteella niiden toimintaa arvioidaan.

Kainuu on väestöltään toiseksi pienin maakunta. Asukkaita harvaan asutulla ja pitkien etäisyyksien alueella on alle 75 000. Palvelujen integraation kannalta lähtökohdat sosiaali- ja terveyspalvelujen maakuntapohjaiseen järjestämiseen ovat hyvät, sillä sosiaali- ja terveyspalvelut on jo pitkään järjestänyt maakunnallinen kuntayhtymä. Toiminnan lähtökohtana on ollut palvelujen yhteensovittaminen. Uudistuksen haasteena on järjestämisen ja tuottamisen eriyttäminen, mikä edellyttää nykyisen hallintomallin ja osaamisressurssien hajottamista. Toinen maakunnan tulevaisuuden kannalta keskeinen kysymys on Kainuun keskussairaalan asema tulevassa palveluverkossa.

Kainuun talouselämä on viime aikoina elpynyt, mutta maakunnan elinvoima on monilla mittareilla heikompi kuin useimmissa muissa maakunnissa. Asukasmäärä vähenee voimakkaasti lähitulevaisuudessa, ja samaan aikaan iäkkäiden osuus väestöstä kasvaa huomattavasti. THL:n ikävakioimaton sairastavuusindeksi on maan korkeimpia ja useat terveystyötytymistä ja hyvinvointia mittaavista indikaattoreista ovat keskimääräistä heikommalla tasolla.

Sosiaali- ja terveydenhuollon tarvevakioidut menot ovat korkeimpien maakuntien joukossa. Somaattisen erikoissairaanhoidon tarvevakioidut menot olivat vuonna 2016 viisi prosenttia korkeammat kuin maassa keskimäärin. Maakuntauudistuksen jälkeinen tarveperusteinen valtionrahoitus on samansuuruinen kuin alueen kuntien vuoden 2017 sosiaali- ja terveydenhuollon nettomenot yhteensä.

Hyvinvoinnin ja terveyden edistämistyötä on kehitetty Kainuussa jo nykytilanteessa sote-kuntayhtymän ja kuntien välisenä yhteistyönä. Työssä on tähän asti edistytty keskitasoisesti maakuntien välisessä vertailussa.

Perusterveydenhuollon avosairaanhoidon käyntejä oli Kainuussa keskimääräistä enemmän. Käynneissä korostuu lääkärikäyntien suhteellisesti pienempi ja muiden kuin lääkärikäyntien merkittävästi suurempi osuus kaikista käynneistä. Asiakkaista selvästi valtakunnan tasoa suurempi osuus oli tyytymätöntä asioiden sujuvaan hoitoon ja tiedonkulkuun ammattilaisten välillä. Väestöryhmien väliset erot arvioissa perusterveydenhuollon palvelujen riittävydestä tarpeisiin nähden olivat Kainuussa suuria.

Korkea sairastavuus kuormittaa erikoissairaanhoidon. Vuodeosastohoito on yleistä. Hoitopäiviä ja -jaksoja on paljon, ja hoitajakset ovat pitkiä. Päivystyskäyntien määrä oli maan toiseksi korkein. Hoitajakset alkavat usein ilman asianmukaista lähetettä, mikä voi heijastaa muun terveydenhuollon ongelmia tai pitkiä odotusaikoja. Hoidon laatu vaihteli valittujen indikaattorien perusteella. Hoitoa yli puoli vuotta odotaneita oli kuitenkin vähän ja odotusajan mediaani oli maan pienimpiä.

Iäkkäiden palveluissa Kainuu on useilla mittareilla edistyneimpien maakuntien joukossa. Palvelurakenne on kotihoitopainotteinen jo maakuntauudistuksen lähtötilanteessa. Kotihoidon käyntejä on valtakunnan tasoa enemmän ja maakunnassa on panostettu myös intensiiviseen ja ympärivuorokautiseen kotihoitoon sekä omaishoitoon.

Lasten ja perheiden palvelut ja niiden valtakunnalliset laatusuosituksot toteutuvat Kainuussa pääosin hyvin, mutta erityispalveluissa lastensuojelun palvelutarpeen arviointeja tehdään muita maakuntia heikommin. Asiakassuunnitelmat sitä vastoin toteutuivat keskimääräistä paremmin. Lastensuojelun avohuollon asiakkuuksia on Kainuussa paljon, mutta myös sairaalahoitoon turvaututaan selvästi muuta maata enemmän.

Mielenterveyshäiriöitä esiintyy Kainuussa keskimääräistä enemmän. Avo- ja laitoshoidon mielenterveyspalveluja käytetään eniten koko maassa. Etenkin pitkittyneitä sairaalajaksoja on paljon. Myös päihdeongelmat ovat yleisiä, ja pienituloisten alkoholikuolemat ovat erittäin korkealla tasolla. Päihdepalveluja käytetään runsaasti sekä avo- että laitospalveluissa.

Kainuun maakunnan lähtötilanne uudistukseen on väestön ikärakenteen, väestönkehityksen, väestön palvelutarpeen ja sosiaali- ja terveydenhuollon kustannusten osalta haastava. Pitkä kokemus maakunnallisesta palvelujen järjestämisestä on kuitenkin alueen vahvuus, ja maakunta on saavuttanut hyviä tuloksia esimerkiksi ikäihmisten palvelujen kehittämisessä.

Palvelujen järjestämisen yleiset edellytykset

Maakunnan alue ja väestö

Kainuun maakunta muodostuu alueen keskuskau-pungista Kajaanista ja seitsemästä muusta kunnasta. Maakunnan asukasluku vuoden 2016 lopussa oli 74 803, mikä on toiseksi vähiten tulevista 18 maakunnasta. Kainuu tulee muodostamaan pohjoisen yhteistyöalueen yhdessä Pohjois-Pohjanmaan, Keski-Pohjanmaan ja Lapin maakuntien kanssa. Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut on vuodesta 2013 järjestänyt maakunnallinen sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymä Kainuun sote. Poikkeuksena Puolangan kunta järjestää itse ostopalveluna sosiaalihuollon ja perusterveydenhuollon palvelut. Kainuussa on pitkä kokemus palvelujen maakuntapohjaisesta järjestämisestä ja tuottamisesta, sillä vuosien 2005–2012 maakuntahallintokokeilun aikana alueen sosiaali- ja terveyspalvelujen järjestäjänä toimi Kainuun maakuntahallinto -kuntayhtymä.

Kainuu on pinta-alaltaan kolmanneksi suurin maakunta, ja etäisyydet maakunnan sisällä ja pohjoisen yhteistyöalueen keskukseen Ouluun ovat pitkiä. Maakunnan reuna-alueilta Suomussalmelta ja Kuhmosta matkaa Kajaaniin on yli 100 kilometriä. Kajaanista matkaa pohjoisen yhteistyöalueen keskuskau-punkiin Ouluun on 180 kilometriä. Alue on erittäin harvaan asuttua, sillä maakunnista vain Lapissa väestötiheys on alempi kuin Kainuussa. Maakunta on 74 prosentin taajama-asteellaan hajautuneimpien maakuntien joukossa. Yli neljäsosa väestöstä asuu taajamien ulkopuolella, kun koko maassa vastaava luku on noin 15 prosenttia. Noin puolet maakunnan väestöstä on kuitenkin keskittynyt Kajaaniin, jonka asukasluku vuoden 2016 lopussa oli noin 37 500. Kajaani on maakuntien keskuskaupungeista asukasluvultaan selvästi pienin.

Alueellinen vauraus

Elinkeinorakenteeltaan Kainuu nojaa vahvasti biotalouteen, kaivos- ja teknologiateollisuuteen sekä matkailuun. Talousnäkyvät ovat viime aikoina olleet positiivisia, ja maakunnan arvonlisäys vuonna 2016 oli maan korkeinta. Talouden piristymisestä huolimatta Kainuu on elinvoimaltaan heikoimpien maakuntien joukossa. Bruttokansantuote asukasta kohden on maan alhaisin. Työllisyysaste on maan matalimpia, ja työttömyysaste on jo pidemmän aikaa jatkuneesta

myönteisestä kehityksestä huolimatta edelleen maan korkeimpia. Kainuun alueen työttömyys on pitkälti rakenteellista. Väestön koulutustaso on matalampi kuin maassa keskimäärin, mikä hankaloittaa joillakin aloilla ilmenneen työvoimapulan ratkaisemista. Miesten ja naisten työllisyysasteen välinen ero on suuri, sillä miesten työllisyysaste Kainuussa on huomattavasti naisia alemmalla tasolla.

Väestönkehitys

Kainuun väestö on vähentynyt jo lähes 30 vuoden ajan. Vuonna 2016 maakunnan väkimäärä väheni edelliseen vuoteen nähden yli 500 hengellä eli lähes prosentin. Luonnollinen väestönlisäys on ollut negatiivista pitkään, mutta suurin syy vähenemiseen on työikäisen väestön poismuutto muihin maakuntiin. Väestönkehityksen jyrkkää laskua tasoittaa hieman positiivinen nettomaahanmuutto, mutta maahanmuuttajataustaisen väestön määrä maakunnassa on koko maan alimpia. Väestöllinen huoltosuhde oli Kainuussa vielä vuonna 2016 hieman parempi kuin neljässä muussa pienessä maakunnassa, mutta väestöennusteen mukaan ikärakenne heikkenee lähivuosina merkittävästi ja vuonna 2030 Kainuu on väestölliseltä huoltosuhteeltaan todennäköisesti heikoin maakunta. Tämän kehityksen taustalla on etenkin yli 75-vuotiaiden osuuden voimakas lisääntyminen.

Väestön hyvinvointi ja terveydentila

Kainuun väestön terveys on useimpien mittareiden mukaan heikompi kuin maassa keskimäärin. THL:n ikävakiomaton sairastavuusindeksi on Kainuussa toiseksi korkein Pohjois-Savon jälkeen ja ikävakioitu sairastavuusindeksi kolmanneksi korkein maakuntien välisessä vertailussa. Maakunta on pysynyt sairastavuusindeksitarkastelussa ja ennen aikaista kuolleisuutta mittaavassa PYLL-indeksitarkastelussa kolmen heikoimman maakunnan joukossa koko 2000-luvun. Useilla hyvinvointimittareilla tarkasteltuna Kainuu on muuta maata jonkin verran heikommalla tasolla. Toimeentulotukea saaneiden osuus väestöstä on kuitenkin Kainuussa hieman alempi kuin maassa keskimäärin.

lun keskeneräisyyden takia. Nykyisen lainsäädännön sallimista valinnanvapautta edistävästä ratkaisusta Kainuussa on kokemusta etenkin palvelusetelien käytöstä esimerkiksi veteraanien palveluissa, koti- ja omaishoidon, tehostetun ja tavallisen palveluasumisen sekä suun terveydenhuollon palveluissa. Palvelut asiakaslähtöiseksi -kärkihankkeen osana oleva palvelusetelikokeilu laajeni Kainuuseen syksyllä 2017. Maakunnassa kokeillaan henkilökohtaista budjettia erityislasten omaishoidossa. Kainuulla oli syksyllä 2017 tarkoituksena hakea lisäksi sote-keskusten valinnanvapauspilottiin, mutta STM siirsi haun alkavaksi alkuvuoteen 2018. Periaatteellinen päätös osallistumisesta on Kainuun soten hallituksessa tehty.

Kainuu osallistuu useisiin valtakunnallisiin kärkihankkeisiin (mm. OTE, I&O- ja LAPE -hankkeet). Sosiaalipalvelujen osalta kehittämistyötä on tehty Itä-Suomen sosiaalialan osaamiskeskuksen kanssa, mutta maakuntaudistuksen myötä kehittämistoiminnan koordinoitavastuu tulee pohjoiselle yhteistyöalueelle.

Taloudelliset edellytykset

Sosiaali- ja terveydenhuollon nettomenot olivat Kainuussa vuonna 2016 maan suurimmat eli 3 710 euroa asukasta kohti. Tämä oli 22 prosenttia enemmän kuin koko maassa keskimäärin. Alueen palvelutarve oli kuitenkin selvästi keskimääräistä suurempi (tarvekerroin 1,19), minkä vuoksi tarvekaioidut menot olivat 2 prosenttia suuremmat kuin koko maassa keskimäärin. Samoin, kun tarkastellaan menoja ilman sosiaalihuoltoa, tarvekaioidut menot olivat 2 prosenttia suuremmat kuin koko maassa keskimäärin.¹

Maakuntaudistuksen siirtymäajan jälkeen valtionrahoitus asukasta kohden on Kainuussa valtiovaraministeriön arvion (10.3.2017) mukaan sama kuin alueen kuntien vuoden 2017 asukaskohtaiset sosiaali- ja terveydenhuollon nettomenot. Laskelmassa ovat mukana sosiaali- ja terveydenhuolto, ympäristöterveydenhuolto ja pelastustoimi. Toiminnan sopeuttamistarpeet tarveperusteiseen rahoitusmalliin siir-

¹ Tarvekaioiduista menoista nähdään, miten maakuntien menot suhteutuvat muiden maakuntien menoihin tai maan keskiarvoon. Tarvetekijöinä on huomioitu ikä- ja sukupuolirakenne, sairastavuus ja sosioekonominen asema.

Tarvekaioitujen menojen perusteella ei voi tehdä suoria johtopäätöksiä toiminnan kustannusvaikuttavuudesta. Laskennallinen tarvekerroin ei huomioi kaikkia sosiaali- ja terveydenhuollon menoihin vaikuttavia tekijöitä. Tarvekaioitujen menojen laskennassa ei myöskään huomioida alueiden välisiä eroja yksityisten palveluiden tai työterveyspalveluiden saatavuudesta. Toisin sanoen, jos maakunnan tarvekaioidut menot ovat alhaiset, se voi johtua esimerkiksi tehokkuudesta tai huonosta julkisten palveluiden saatavuudesta tai runsaasta yksityisten palveluiden tai työterveyspalveluiden käytöstä. Jos maakunnan tarvekaioidut menot poikkeavat merkittävästi maan keskiarvosta, tulee muiden indikaattorien avulla tarkastella tarkemmin, mistä tämä voisi johtua. Tarvekaioituja menoja ei voi suoraan verrata aikaisempien vuosien tietoihin.

tymisen takia näyttävät tämänhetkisten laskelmien mukaan olevan siten hieman vähäisemmät kuin muutamissa muissa maakunnissa. Yli 75-vuotiaan väestöosuuden kasvu ja työikäisen väestön voimakas väheneminen lähitulevaisuudessa haastavat kuitenkin palvelujärjestelmää.

Maakunnan merkittävin meneillään oleva sote-investointi on uuden keskussairaalan rakentaminen, johon Kainuun sote sai poikkeusluvan. Investoinnin kokonaiskustannukseksi arvioidaan 153 miljoonaa euroa, ja rakennustöiden on tarkoitus valmistua vuonna 2021.

Palveluverkko

Kainuun sosiaali- ja terveydenhuollon palveluverkkoa on kehitetty maakunnallisesti jo Kainuun maakuntakokeilusta alkaen vuodesta 2005. Puolangalla sosiaalipalvelujen ja perusterveydenhuollon palvelut on ulkoistettu. Kaikissa alueen kunnissa on saatavilla perusterveydenhuollon avovastaanoton, laaja-alaisesti ikäihmisten palveluja, perheiden sekä mielenterveys- ja päihdeongelmaisten palveluja. Laboratoriopalvelut alueella tuottaa Pohjois-Suomen laboratorokeskus NordLab.

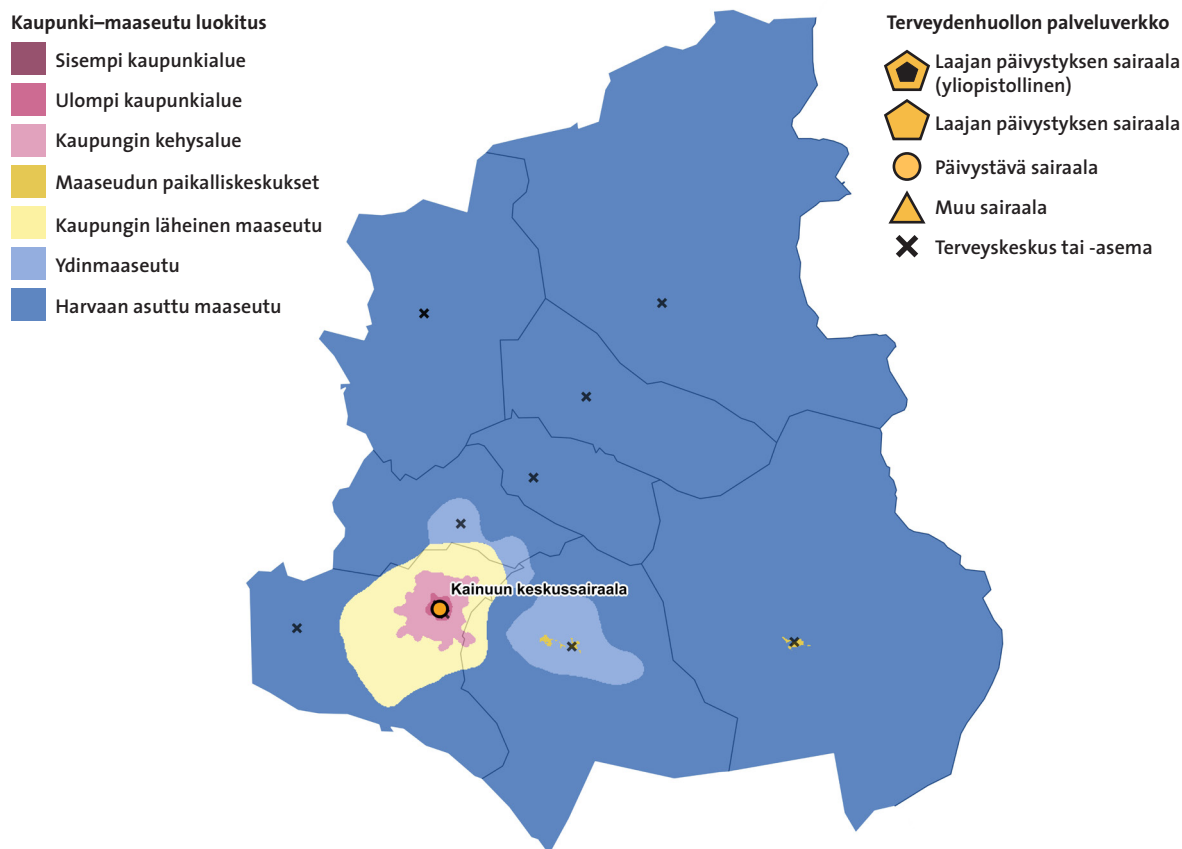
Erikoissairaanhoidon tuottaa Kainuun keskussairaala Kajaanissa. Erikoissairaanhoidon asema tulevassa maakunnassa on Kainuussa keskeinen pohdinnan aihe. Kainuun tavoitteena on, että maakunnan asukkaiden tarvitsema erikoissairaanhoidon tuotetaan pääosin myös maakuntaudistuksen jälkeen Kainuun keskussairaalassa. Sairaala toimii ympärivuorokautisesti päivystävänä keskussairaalana, mutta se ei kuulu laajan päivystyksen keskussairaaloitten joukkoon. Sairaalan tulevaisuus kytkeytyy pitkälti synnytystoiminnan jatkumiseen. Synnytysten määrä ei Kainuussa täytä päivystysasetuksen synnytyksille asettamia ehtoja, mutta sairaalalla on STM:n myöntämä poikkeuslupa synnytystoimintaan vuoden 2020 loppuun.

Erikoissairaanhoidon osalta Kainuun sote on yhteistyössä OYS-erityisvastuualueen kanssa esimerkiksi yhteisissä hankinnoissa. Uudistuksen myötä pohjoisen yhteistyöalueen keskusmaakunta Pohjois-Pohjanmaa koordinoi neljän maakunnan yhteistyötä sekä sosiaali- että terveyspalveluissa. Yhteistyöalueen maakuntien tekemän yhteistyösopimuksen tarkemmasta sisällöstä ja yhteistyöalueen vastattavaksi tulevasta palveluista ei ole vielä tarkempaa suunnitelmaa. Lähtökohtana on, että tietyt erityispalvelut sekä terveys- että sosiaalipalveluista tuotetaan yhteistyöalueella.

Kartassa on kuvattu maakunnan erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon palveluverkko kar-

Kuvio 2.

Kainuun maakunnan terveydenhuollon palveluverkko ja kaupunki-maaseutu -luokitus (SYKE).



kealla tasolla ilman psykiatrista sairaanhoitoa, sosiaalipalveluita ja yksityistä palvelutuotantoa. Kartassa on hyödynnetty Suomen ympäristökeskuksen ja Oulun yliopiston maantieteen laitoksen kehittämää kaupunki-maaseutu-luokitusta. Maakuntarajat on muodostettu hallituksen esityksen 15/2017 mukaisesti.

Henkilöstöresurssit ja osaaminen

Maakunnan palvelukseen on Kainuussa siirtymässä noin 3 800 henkeä, josta sosiaali- ja terveystalvetujen henkilöstöä on noin 3 400. Sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstön saatavuus on joidenkin ammattiryhmien osalta ongelma jo uudistuksen lähtötilanteessa. Henkilöstöstä merkittävä osa siirtyy eläkkeelle lähitulevaisuudessa, ja henkilöstörakennetta uudistetaan rekrytoinnin yhteydessä. Vuoden 2017 syksyllä julkaistun ammattibarometrin mukaan Kainuun alueella on pulaa etenkin yleislääkäreistä, erikoislääkäreistä, sosiaalityön erityisasiantuntijoista ja psykologeista. Myös sairaanhoitajien, fysioterapeuttien ja tervey-

denhuollon bioanalyttikoiden kysynnän arvioitiin ylittävän tarjonnan. Lääkäriliiton selvityksen mukaan terveyskeskusten lääkäriavajee oli syksyllä 2017 sairaanhoitopiirien välisessä vertailussa suurinta Kainuussa.

Tutkimus-, kehittämis- ja innovaatiotoiminnan sekä osaamisen kehittäminen tulee uudistuksen myötä pohjoisen yhteistyöalueen maakuntien yhteiseksi tehtäväksi. Tarvittavan sosiaali- ja terveydenhuollon osaamisen saamisessa ja osaamisen kehittämisessä Kainuu nojautuu osin alueen omiin koulutuksentarjoajiin, mutta etenkin lääkärikoulutuksessa ja sosiaalialan korkeakoulututkinnoissa lähimmät yhteistyökumppanit ovat Oulun yliopisto, Itä-Suomen yliopisto ja Oulun ammattikorkeakoulut. Kajaanin ammattikorkeakoulu järjestää terveyden- ja sairaanhoitajien tutkintoon johtavaa AMK-koulutusta. Sosiaali- ja terveysalan perustutkintoihin johtavaa koulutusta järjestää alueella Kajaanin ammattiopisto. Alueellisella koulutustarjonnalla ei ole kuitenkaan kyetty täysin ratkaisemaan hoitohenkilöstön saatavuusongelmaa, koska maakunta menettää jatkuvasti nuorta työikäistä väestöään muualle maahan.

ICT-ratkaisut

Esivalmisteluvaiheen aikana kartoitettiin tarvittavia ICT-ratkaisuja, ja selvitystyö jatkuu. Useisiin muihin maakuntiin verrattuna Kainuun sosiaali- ja terveystalvetjen asiakas- ja potilastietojärjestelmät ovat varsin yhtenäiset maakunnallisen järjestäjän takia. Kainuun sote -kuntayhtymän potilastietojärjestelmäksi otettiin syksyllä 2017 Efficapotilastietojärjestelmän Lifecare-versio, jolla korvattiin Effican vanhempi versio. Järjestelmää käytetään perus- ja erikoissairaanhoidossa sekä vanhuspalveluissa. Käyttöönötossa on

kuitenkin havaittu ongelmia, minkä takia etenkin perusterveydenhuollon avovastaanoton hoitotietoja ei ole saatu luotettavasti kerättyä. Sosiaalipalveluissa maakunta käyttää Pro Consona -ohjelmistoa, joka tulee päivittämään saman tuottajan Omni360-järjestelmäksi. Kainuu on mukana asiakas- ja potilastietojärjestelmien uudistamisyhteistyö UNA:ssa.

Sosiaali- ja terveydenhuollon asiakkaiden sähköisen asioinnin ratkaisuna käytetään Kainuun Omasote-palvelua, joka mahdollistaa esimerkiksi terveystietojen katselun ja hoitoaikojen varaamisen. Kuntayhtymä ylläpitää myös palvelutarjotinsivustoa.

Sosiaali- ja terveyspalvelujen kustannukset

Sosiaali- ja terveyspalvelujen kustannusten kehitys

Sosiaalipalveluiden ja terveydenhoidon kustannuksia on arvioitu menetelmin, joita on pitkään käytetty EU:n fiskaalisen kestävyden metodologian mukaisesti näiden palveluiden menopaineen kehityksen arvioinnissa. Metodologia kattaa sosiaalipalveluiden, terveydenhoidon ja tulonsiirtojen rakenteen varsin yksityiskohtaisesti. Sen ytimessä on menojen linkittäminen eri ikäryhmiin, jolloin väestöennusteen perusteella on arvioitavissa, kuinka palvelujen volyyymi kehitty tulevaisuudessa. Arvioon liitetään myös oletuksia reaalipalkkojen ja inflaation kehityksestä, jotka fiskaalisen kestävyden arvioinnissa linkittyvät nekin yhteiseen EU-metodologiaan. EU-metodologia ei ulotu käytettyihin laskentamalleihin asti, ehkä siksikin, että hyvinvointipalvelujen ratkaisuihin on EU-maiden välillä suuria eroja. Suomessa hoiva-alojen ja tulonsiirtojen kokonaisuutta arvioidaan SOME-mallilla.

Simulaatioharjoitusta varten SOME-malli on alu-eellistettu, ja sitä käytetään aluksi sosiaalipalveluihin ja terveydenhoitoon sivuuttaen tulonsiirrot ja mm. eläkkeet. Arviointi kattaa keskeiset laitos- ja avohoidon palvelumuodot sekä perusterveydenhoidon ja erikois-

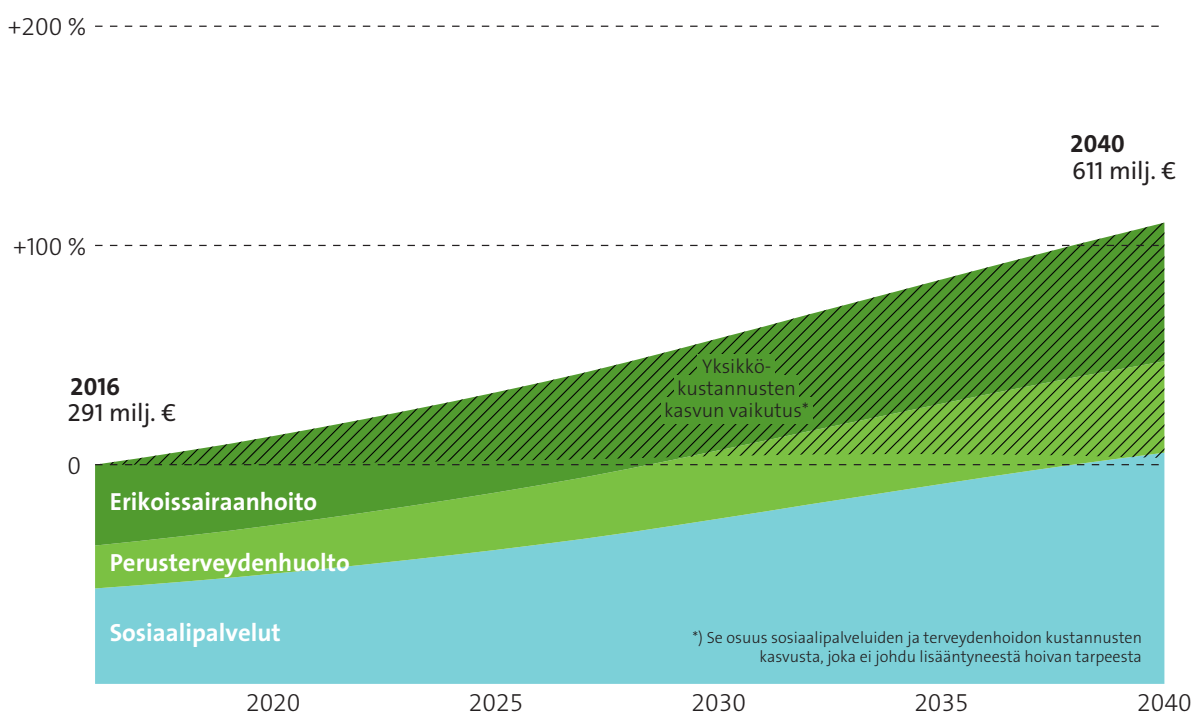
sairaanhoidon eri muodot. Arvioinnissa on käytetty tuoreimpia, kuntatilastosta koottuja laskennallisia nettokustannustietoja, jotka kattavat vuoden 2016. Suurimpina menoerinä koko maan tasolla erottuvat erikoissairaanhoidon sairaalahoito (noin 3 miljardia euroa) ja avohoito (noin 2,3 miljardia euroa) sekä toisaalta vanhusten ja vammaisten eriaisteiset asumis- ja laitoshoitopalvelut, joiden yhteiskustannukset ovat lähes erikoissairaanhoidon luokkaa.

Tässä vaiheessa malli on toteutettu nykyisen maakuntajaon mukaisesti; maakuntien kustannuksista on käytettävissä ajantasaista tietoa. Aluejako on suhteellisen helposti päivitettävissä järjestämisvastuita vastaavaksi. Sen sijaan eri toimenpiteiden ja niiden kustannusten jakautumisesta väestön ikäluokkien välillä ei vielä ole ollut käytettävissä kattavaa alueellista tietoa. Tässä on siksi oletettu, että jakauma maakunnissa vastaa koko maan jakaumaa. Käytännössä tämä tarkoittaa sitä, että arvioinnissa voi syntyä eroja maakuntien välillä vain väestön ikärakenteesta tapahtuvien muutosten vuoksi.

Kuviossa on esitetty arvio sosiaali- ja terveyspalveluiden kustannusten kehityksestä Kainuussa vuosina 2016–2040. Kuvioon on koottu kustannukset pääluokittain. Oletuksena on, että kaikissa pääluokissa vuotuinen reaalipalkkojen ja kuluttajahintojen kautta syntyvä kustannuspaine on yhteensä kolme prosenttia. Lisäksi siihen on kuvattu pelkästään ikärakenteen muutoksesta johtuva kasvu. Näillä oletuksilla koko maan kustannukset kasvavat vuoteen 2030 mennessä 77 prosenttia

Kuvio 3.

Arvio sosiaali- ja terveyspalveluiden kustannusten kehityksestä Kainuun maakunnassa vuosina 2016–2040.



ja väestö 4,6 prosenttia; vanhusväestön määrä kasvaa reilut 30 prosenttia. Vuoteen 2040 koko maan kustannukset puolitoistakertaistuvat, kun taas väestö kasvaa 6,4 prosentilla ja vanhusväestö lähes 37 prosentilla.

Kainuun hoivamenojen kasvuksi ennakoidaan vuodesta 2016 vuoteen 2030 noin 58 prosenttia ja vuoteen 2040 mennessä noin 110 prosenttia. Kainuun väestö supistuu noin kahdeksalla prosentilla vuosina 2016–2030 ja noin 12 prosentilla vuoteen 2040 mennessä. Vanhusväestön kasvu sen sijaan tasaantuu 2030-luvulla: kun vanhusväestön kasvu vuosina 2016–2030 on vajaat 24 prosenttia, on se vuosina 2016–2040 enää 16,4 prosenttia.

Somaattisen erikoissairaanhoidon tarvevakioidut menot ja tuottavuus

Erikoissairaanhoidon asukaskohtaisia kustannuksia voidaan tarkastella suhteessa alueiden palvelutarpeeseen. Somaattisen erikoissairaanhoidon kustannuksiin vaikuttavat tekijät voidaan jakaa kahteen osaan: palvelujen käyttöön ja tuottavuuteen. Palvelujen käytöllä tarkoitetaan sitä, kuinka paljon alueen väestö on käyttänyt palveluja suhteessa maan keskitasoon. Palvelujen käyttöä mitataan niin sanotuilla painotetuilla hoitoepisodeilla¹, jotka huomioivat alueiden erilaiset potilasrakenteet. Tuottavuus taas kuvaa sitä, kuinka edullisesti alueen potilaat on hoidettu. Tuottavuutta mitataan painotettujen episodien kustannuksilla.

Tarvevakioinnilla otetaan puolestaan huomioon alueiden erot ikärakenteen, sairastavuuden sekä tiettyjen sosioekonomisten tekijöiden välillä. Erikoissairaanhoidon tarvetta selittää osin eri tekijät kuin yleistä sosiaali- ja terveydenhuollon tarvetta, ja tähän on laskettu eri tarvekerroin². Jakamalla laskennalliset kustannukset (asukasta kohti) erikoissairaanhoidon tarvekertoimella saadaan tarvevakioidut erikoissairaanhoidon kustannukset asukasta kohti. Kun ne jaetaan edelleen tuottavuudella³, saadaan vakioidut episodit asukasta kohti eli tarvevakioitu erikoissairaanhoidon käyttö.

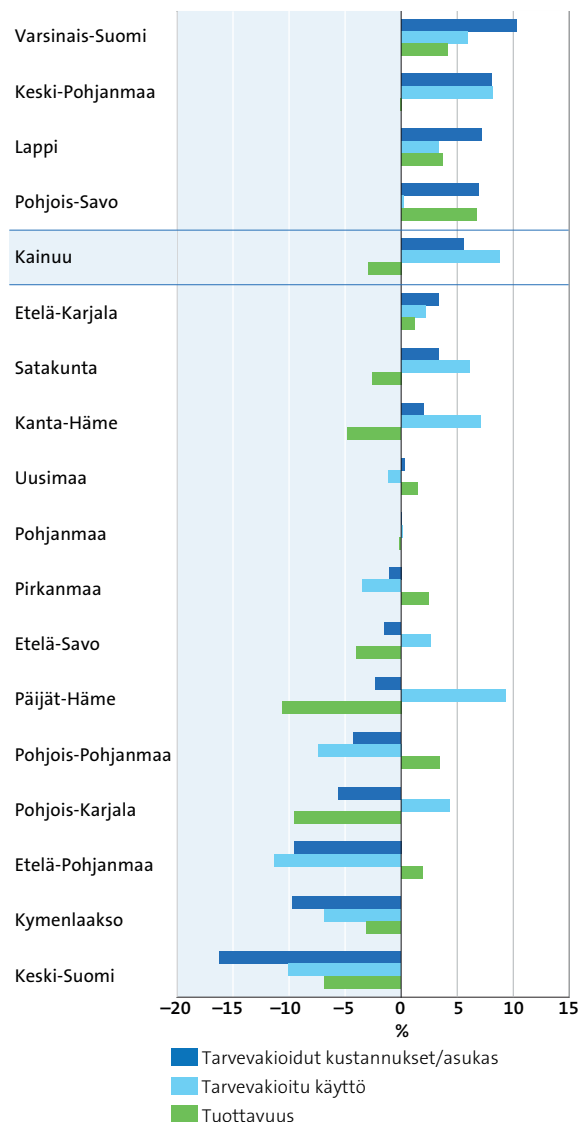
Korkeimmat tarvevakioidut erikoissairaanhoidon menot asukasta kohti laskettuna olivat vuonna 2016 Varsinais-Suomessa (kuvio 4), missä ne ylittivät maan keskitason kymmenellä prosentilla. Euromääräisesti tämä tarkoittaa, että Varsinais-Suomessa käytettiin vuodessa noin 10 prosenttia asukasta kohti enemmän rahaa somaattiseen erikoissairaanhoidon kuin maassa keskimäärin; tämä johtuu kuusi prosenttia keskimääräistä suuremmasta palvelujen käytöstä ja neljä prosenttia huonommasta tuottavuudesta. Keski-Suomessa

vastaavat kustannukset olivat 15 prosenttia koko maan keskitasoa alhaisemmat, ja syynä on sekä keskimääräistä vähäisempi palvelujen käyttö että parempi tuottavuus. Mitä suurempi positiivinen prosenttiluku, sitä suuremmat kustannukset maan keskitasoon verrattuna. Jos tuottavuus on maan keskitasoa parempi, se näkyy poikkeamana negatiivisen prosenttiluvun suuntaan.

Kainuussa somaattisen erikoissairaanhoidon tarve oli 18 prosenttia maan keskitasoa korkeampi. Somaattisen erikoissairaanhoidon tarvevakioidut kustannukset asukasta kohti olivat viisi prosenttia suuremmat kuin koko maassa keskimäärin. Erikoissairaanhoidon tarvevakioitua käyttöä oli kahdeksan prosenttia enemmän kuin maassa keskimäärin.

Kuvio 4.

Somaattisen erikoissairaanhoidon tarvevakioitujen menojen sekä palvelujen käytön ja tuottavuuden poikkeama maan keskiarvosta (%) maakunnittain vuonna 2016.



1 Häkkinen, P. & Matveinen P. (2015)

2 Vaalavuo, M. ym. (2013) tutkimuksen aineistoon pohjautuen.

3 Tuottavuus = laskennalliset kustannukset € / episodi, indeksi koko maassa = 100

Hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen

Hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen (HYTE) valmistelu etenee maakunnassa keskitasoisesti syksyllä 2017 tehdyn HYTE-maakuntakierroksen perusteella. HYTE-toiminnan sijoittumisesta maakunnan organisaatioon ei ole tietoa. Maakuntavalmistelussa HYTE-toiminnan suunnitteluun on nimetty erillinen ryhmä ja HYTE-koordinaattori.

Maakunnan hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen toimintaa on arvioitu Kainuun kunnissa tehdyn työn näkökulmasta: mitkä ovat toiminnalliset ja organisatoriset lähtökohdat maakunnallisen HYTE-toiminnan käynnistyessä alueella? Tätä silmällä pitäen on valittu myös indikaattorit, joita seuraavassa käytetään arvioinnin pohjana. Indikaattorit painottuvat terveyssektorille, sillä toistaiseksi käytettävissä olevat sosiaalitoimen indikaattorit kuvaavat lähinnä palvelujärjestelmän toimintaa, jolloin toivottavan tavoitetaso määrittäminen on vaikeampaa kuin vaikkapa terveydentilassa.

Kaikissa alueen kahdeksassa kunnassa on valtuustossa hyväksytty hyvinvointikertomus. Kuudessa kunnassa on osa-aikainen hyvinvointikoordinaattori tai -suunnittelija. Väestöryhmien välisistä terveystiedoista on raportoitu valtuustolle neljässä kunnassa. Kahdessa kunnassa on tehty päätös ennakoarvioinnin käytöstä kuntalaisten hyvinvointiin ja terveyteen vaikuttavien päätösten valmistelussa. Osallisuuden edistämiseksi kolme alueen kuntaa on kuvannut verkosivuillaan kuntalaisten osallistumis- ja vaikuttamismahdollisuuksia. Perusterveydenhuollon asiakkaista 36 / 10 000 asiakasta (koko maassa 26,7 / 10 000) oli saanut lääkäriltä, hoitajalta, fysioterapeutilta tai toimintaterapeutilta liikuntaan liittyvää ohjausta tai neuvontaa.

Maakunnan HYTE-toiminnan tarvetekijöitä on arvioitu tunnusluvuilla, joilla on selvä yhteys asukkaiden hyvinvointiin ja terveyteen; näihin asioihin myös maakunta ja kunnat voivat yhdessä vaikuttaa. Osa vaikuttavista toimista on sellaisia, että ne edellyttävät sektorirajat ylittävää yhteistyötä, osaan taas tarvitaan alueellista yhteistyötä joko kuntien ja maakunnan välillä tai kuntien kesken. Vaikeimmat HYTE-toiminnan tarvetta synnyttävät ilmiöt edellyttävät kaikkien osapuolten yhteistyötä. Tällaisia ovat esimerkiksi rakennetyöttömyys ja jääminen koulutuksesta syrjään. Rakennetyöttömyys eli vaikeasti työllistyvien osuus alueen 15–64-vuotiaista on reilut 7 prosenttia (koko maassa 6,2 %). Niiden 17–24-vuotiaiden osuus, joilla ei ole peruskoulun jälkeistä tutkintoa, on 8 prosenttia (koko maassa 8,3 %). ARA-asuntojen osuus maakun-

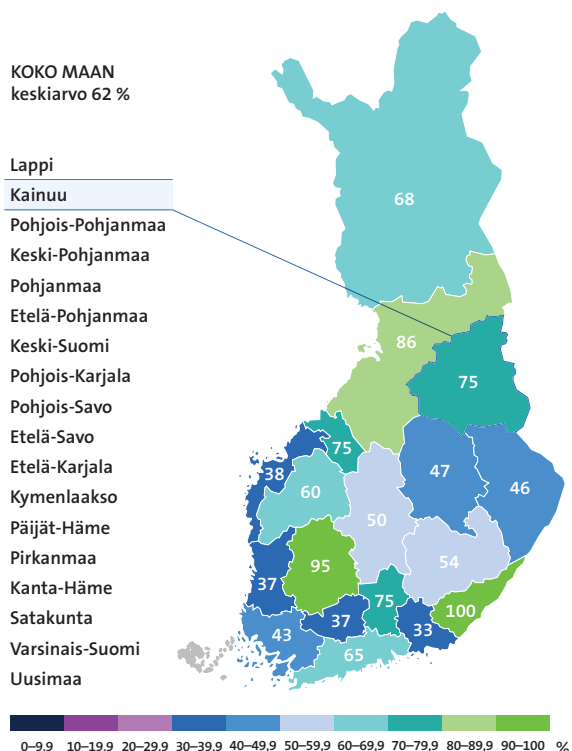
nassa kuvaa sosiaaliseen tarkoituksenmukaisuuteen ja taloudelliseen tarpeeseen perustuvan asutokannan osuutta koko asutokannasta. Maakunnassa osuus on 12 prosenttia asutokannasta, mikä vastaa maakuntien keskiarvoa (koko maassa 12,1 %).

Lihavien aikuisten osuus on 26 prosenttia (koko maassa 18 %), ja sadan metrin matkan juoksemisessa suuria vaikeuksia on 16 prosentilla (koko maassa 12 %:lla). Korkeasti koulutetuista 20 prosenttia (koko maassa 15 %) ja matalan koulutuksen saaneista peräti 39 prosenttia (koko maassa 36 %) ilmoittaa, että ei todennäköisesti jaksa työskennellä vanhuuseläkeikään saakka.

Tarttuvien tautien tunnusluvuksi on tässä tarkastelussa valittu alueella todettujen klamydiainfektioiden määrä. Maakunnassa on 145 klamydiatapausta 100 000 asukasta kohden, joka on selvästi kansallista keskiarvoa vähemmän (242 tapausta / 100 000 asukasta).

Kuvio 5.

HYTE-koordinaattori tai suunnittelija kunnassa, % maakunnan kunnista



Maakuntavalmistelun aikana maakunta organisoii toimintansa ja rakentaa yhteistyön mm. alueen kuntien kanssa asukkaiden osallisuuden, hyvinvoinnin, terveyden ja turvallisuuden lisäämiseksi. Tässä toiminnassa maakunta tulee olemaan keskeinen toimija.

Arviointiin nyt (simulointiharjoituksessa) valittujen tunnuslukujen valossa vaikuttaa siltä, että alueen tarvetekijät ovat maan keskitasoa korkeampia. Erityisesti lihavuus ja työssäjaksaminen poikkeavat muista maakunnista. HYTE-toiminnan valmistelu etenee vertailun perusteella maakunnan alueella keskitasoisesti. Merkittäviä kuntapäätöksiä ja tulevaisuudessa maakuntapäätöksiä valmisteltaessa on HYTE-toiminnassa kiinnitettävä huomiota paitsi tautien synnyn ja sosiaalisten ongelmien riskitekijöiden vähentämiseen myös osallisuuden edistämiseen, väestöryhmien eriarvoisuuden kaventamiseen ja vaikutusten ennakoarviointimenetelmien käyttöönottoon.

Ennaltaehkäisevät palvelut

Sosiaali- ja terveydenhuollon ehkäisevät palvelut ovat keskeisessä roolissa tuettaessa väestön terveyttä ja hyvinvointia. Ehkäisevien palvelujen kivijalan muodostavat äitiys- ja lastenneuvola sekä kouluterveydenhuolto, jotka tavoittavat koko ikäluokan. Nuorten osalta keskeisessä asemassa on opiskeluterveydenhuolto, joka tavoittaa suurimman osan ikäluokasta. Näiden palvelujen toteutumista on arvioitu terveystarkastusten näkökulmasta ”Lasten, nuorten ja perheiden palvelut” -osiossa. Tässä arvioidaan kuitenkin opiskeluhuoltopalvelujen psykologi- ja kuraattoriresursien riittävyttä. Vaikka psykologi- ja kuraattoripalvelujen järjestämisvastuu on suunniteltu kunnille, on ne huomioitava arvioitaessa maakunnan järjestämien opiskeluhuoltopalvelujen toimivuutta.

Tässä luvussa kuvataan muutamien tunnuslukuvin perusterveydenhuollon vastaanotto toiminnan ja suun terveydenhuollon toteutumista. Seulontojen osalta soveltuvat indikaattorit eivät olleet vielä saatavilla, ja sosiaalihuollon ehkäisevien palvelujen arviointiin soveltuvat tiedot ovat vasta rakentumassa, kun sosiaalihuollon rakenteisia tietoja kehitetään. Iäkkäiden

ennaltaehkäisevien palvelujen kokonaisuus on laaja. Tietoja esimerkiksi iäkkäiden neuvonta- ja neuvola-palveluista, asunnon muutostöistä tai kuntoutuksesta ei ole saatavilla. Tähän arviointiin on otettu ainoastaan omaishoidossa olevien saaman kotihoidon laajuus.

Tilannetta arvioitaessa on otettava huomioon potilastietojärjestelmän kirjaamiskäytäntöjen mahdollisten eroavaisuuksien vaikutus tietojen kattavuuteen.

Päihteiden tai tupakan käytöstä on alueella tehty strukturoitua kartoitusta muuta maata enemmän. Vuonna 2017 on tehty 28 kartoitusta 10 000 asukasta kohden (koko maassa 21 / 10 000). Vuonna 2017 perusterveydenhuollossa oli kirjausten mukaan tehty työttömien terveystarkastuksia 4,1 prosentille työttömistä, mikä on selvästi enemmän kuin koko maassa (1,3 %). Terveystarkastuksia tulisi tehdä työttömille huomattavasti enemmän, asiantuntijoiden arvion mukaan noin 30–40 prosentille vuosittain.

Yli 75-vuotiaiden omaishoitajien jaksamista tuetaan omaishoidossa olevien kotipalvelulla maan keskiarvoa enemmän. Omaishoidossa olevista 52,5 prosenttia on myös kotihoidon asiakkaita (koko maassa 37 %).

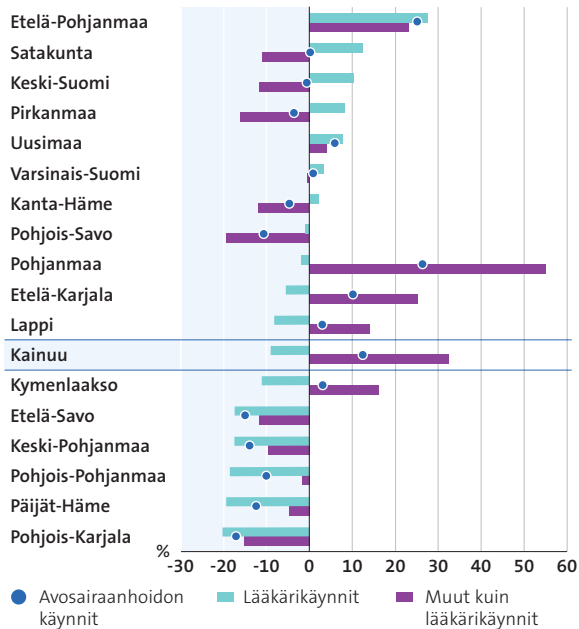
Lapset ja nuoret käyvät suun terveyden tarkastuksessa suuhygienistillä tai hammashoitajalla ollessaan ensimmäisellä, viidennellä ja kahdeksannella vuosiluokalla, muuten tarveperusteisesti. Alueen 0–17-vuotiailla on ollut 678 käyntiä terveyskeskuksen suuhygienistillä 1 000 vastaavanikäistä kohden vuoden aikana, mikä on enemmän kuin maassa keskimäärin (464 / 1 000). Tässä ikäryhmässä suuhygienistit tekevät pääasiassa ennaltaehkäisevää työtä sekä lisäksi (paikallista työnjaosta riippuen) oikomishoitoa.

Opiskeluhuoltopalveluiden psykologien työpanos on 2,6 tuntia sataa oppilasta kohden viikossa, ja se on vähemmän kuin koko maassa keskimäärin (3,1 tuntia / 100 oppilasta). Opiskeluhuoltopalveluiden kuraattorien työpanos on 5,2 tuntia sataa oppilasta kohden viikossa. Se on hieman enemmän kuin maassa keskimäärin (4,8 tuntia / 100 oppilasta).

Perusterveydenhuolto

Kuvio 6.

Maakunnan sairastavuusindeksillä korjattujen avosairaanhoidon käyntien poikkeama maan keskiarvosta, avosairaanhoidon käynnit yhteensä, lääkärikäynnit ja muut kuin lääkärikäynnit



Palvelujen saatavuutta arvioidaan palvelujen käytöllä ja hoitotakuun toteutumisella. Avosairaanhoidon käyntejä oli Kainuun alueella 2,7 asukasta kohden, mikä on 12 prosenttia enemmän kuin maassa keskimäärin (keskiarvosta sairastavuusindeksillä korjattu käyntimäärä). Kuitenkin lääkärikäyntejä oli 9,3 prosenttia vähemmän ja muita kuin lääkärikäyntejä jopa 32,8 prosenttia enemmän kuin em. laskennallinen käyntimäärä. Hoitotakuutietoja ei tietojärjestelmäuduksen vuoksi ole voitu toimittaa.

Kyselytutkimusaineiston perusteella palveluita tarvinneista 30 prosenttia ei ollut saanut terveyskeskuslääkärin palveluita riittävästi (vaihteluväli 21–34 %). Asiakkaista vain 20 prosenttia tunsivat voineensa osallistua omaan hoitoonsa (koko maassa 28 %, vaihteluväli 19–34 %). Osuus potilaista, jotka kokivat, että asiat

olivat hoituneet sujuvasti ja että tieto oli kulkenut ammattilaisten välillä, vaihteli Kainuun 32 prosentista Pohjois-Karjalan 55 prosenttiin (koko maassa 46 %). Samoin pienin osuus oli Kainuussa (57 %), joiden mielestä heillä on ollut aito mahdollisuus valita terveysasema (koko maassa 67 %, vaihteluväli 57–77 %). Valinnan perustana olevaan tiedon määrään – mm. jonotusajoista ja laadusta – oli tyytyväisiä 34 prosenttia, mikä on enemmän kuin maassa keskimäärin (29 %).

Terveysasemaa vaihtaneiden osuus 12 kuukauden aikana palvelua käyttäneistä oli Kainuun alueella 3,3 prosenttia (vaihteluväli 0,6–5,3 %).

Hoitajan vastaanotolla käyneistä 56,8 prosenttia kävi lääkärin vastaanotolla kolmen vuorokauden sisällä hoitajalla käynnistä, eniten maakunnista (vaihteluväli 0,2–56,8 %). Arvo kuvaakin toimintatapojen eroa. 1,28 prosenttia potilasta kävi terveyskeskuslääkärin vastaanotolla yli 10 kertaa vuodessa, osuus vaihtelee maakuntien välillä 0,58 prosentista 2,04 prosenttiin.

Hoitokäytäntöjen laatua arvioitiin tarkastelemalla mikrobilääkemääräyksiä epäspesifisen ylähengitystieinfektion hoidossa: Niiden potilaiden osuus, jotka saivat lääkemääräyksen antibioottia varten, vaihteli maakuntien välillä 9,8 prosentista 31,7 prosenttiin. Kainuun alueella osuus oli 17 prosenttia, mikä on parempi kuin maassa keskimäärin (23 %).

Perusterveydenhuollon avohoidon (pois lukien suun terveydenhoito) nettokäyttökustannukset olivat 37 milj. euroa. Asukasta kohden laskettuna se on 489 euroa, mikä on eniten koko maassa. Maan keskiarvo oli 359 euroa (vaihteluväli 293–489 euroa).

Kainuun alueella perusterveydenhuollossa oli avosairaanhoidon vastaanottokäyntejä 12 prosenttia maan keskiarvoa enemmän: Käyntejä lääkäriä oli kuitenkin 9,3 prosenttia vähemmän ja muita kuin lääkärikäyntejä jopa 32,8 prosenttia enemmän. Terveyskeskuslääkärin palveluja kokee saaneensa riittävästi 30 prosenttia. Muihin maakuntiin verrattuna Kainuussa oli pienin osuus niitä, joilla oli mielestään aito mahdollisuus valita terveysasema ja jotka kokivat, että asiat olivat hoituneet sujuvasti ja että tieto oli kulkenut ammattilaisten välillä. Hoitotakuutietoja maakunta ei ole voinut toimittaa.

Mielenterveys- ja päihdepalvelut

Mielenterveysindikaattorit on valittu siten, että niistä muodostuu kuva mielenterveysongelmien yleisyydestä ja erilaisten mielenterveyspalvelujen saatavuudesta ja käytöstä maakunnassa. Hoidon laadusta oli saatavilla niukasti indikaattoritietoa, mutta psykoosisairauksien osalta tarkasteltiin tahdosta riippumatonta hoitoa ja pakkotoimien käyttöä sekä sairaalahoidon pitkittymistä.

Päihdepalveluja koskevien indikaattoreiden pohjalta saa yleiskuvan alueen aikuisväestön päihdeiden käytöstä sekä päihdeongelmiin ja päihdeistä aiheutuviin sairauksiin liittyvästä palveluiden käytöstä. Sosioekonomisiin terveyseroihin keskeisesti vaikuttavaa alkoholikuolleisuutta tarkastellaan alimman tuloluokan alkoholinkulutuksen vuoksi menetettyjen elinvuosien määrän (PYLL, tieto vuodelta 2013) pohjalta, koska alkoholinkulutuksen muutokset näkyvät alimmassa tuloryhmässä muita tuloryhmiä voimakkaammin. Mukana on myös ehkäisevän päihdetyön laatua ja tarvetta kuvaavat kaksi indikaattoria.

Palveluiden asiakaslähtöisyydestä ja yhdenvertaisuudesta ei tätä arviointia varten ollut indikaattoritietoja eikä myöskään henkilöstöä koskevia indikaattoritietoja.

Kainuun alueella vakavien mielenterveyshäiriöiden esiintyvyys on selvästi maan keskiarvoa suurempi. Eriyiskorvattaviin lääkkeisiin psykoosin vuoksi oikeutettuja on 2,2 prosenttia (koko maassa 1,8 %), ja mielenterveyden tai käyttäytymisen häiriöiden vuoksi työkyvyttömyyseläkettä saavia 25–64-vuotiaita on 4,9 prosenttia vastaavanikäisestä väestöstä (koko maassa 3,5 %). Mielenterveysperusteisesti sairauspäivärahaa saaneiden osuus vastaavanikäisestä väestöstä oli 25–64-vuotiaiden osalta hieman maan keskiarvoa korkeampi mutta 18–24-vuotiaiden osalta hieman alhaisempi. Psykkisesti kuormittuneiden osuus on hieman maan keskiarvoa alhaisempi.

Avohoidon mielenterveyspalvelujen käyttö alueella on asukasluvuun suhteutettuna maan runsainta. Aikuisten mielenterveyden avohoitokäyntejä on 893 tuhatta 18 vuotta täyttäneitä kohden (koko maassa 518). Erikoissairaanhoidon avohoitokäyntejä on 98 tuhatta 18 vuotta täyttäneitä kohden ja perusterveydenhuollon avohoitokäyntejä 657 tuhatta asukasta kohden (koko maassa 340 ja 144).

Psykiatrian laitoshoidon hoitopäivien määrä Kainuussa on maan korkein 18–24-vuotiaiden ja 25–64-vuotiaiden ikäryhmissä ja maan keskiarvoa selvästi suurempi myös 65 vuotta täyttäneillä. Tahdosta riippumattomaan hoitoon määrättyjä 18 vuotta täyttäneitä on 1 000 vastaavanikäistä kohden enemmän

kuin koko maassa keskimäärin. Pakkotoimien käyttö tahdosta riippumattomien hoitajaksojen aikana on hieman maan keskiarvoa vähäisempää. Yli 90 päivää yhtäjaksoisesti sairaalassa olleiden psykiatrian potilaiden osuus on maan suurin.

Psykiatrian kuntoutuskotien asiakkaita on ympäri- vuorokautisesti tuetuissa palveluissa maan keskiarvoa vähemmän ja ei-ympäri- vuorokautisissa palveluissa hieman maan keskiarvoa enemmän.

Kelan korvaamaa psykoterapiaa alueella on saatu selvästi maan keskiarvoa vähemmän. Psykoterapiaa on 16–24-vuotiaista saanut 6,4 tuhatta vastaavanikäistä kohden, kun koko maan keskiarvo on 10. Vastaavat luvut 25–64-vuotiailla ovat 5,5 ja 9 tuhatta vastaavanikäistä kohden. Kelan korvaamia yksityispsykiatrikäyntejä on selvästi maan keskiarvoa vähemmän.

Kaiken kaikkiaan mielenterveyspalvelujen käyttö alueella on runsasta, mikä heijastaa vakavien mielenterveyshäiriöiden yleisyyttä. Vaikka avohoitopalveluja käytetään runsaasti, sairaalahoitopäivien määrä ja pitkittyneiden sairaalahoitosten osuus on suuri. Toisaalta ympäri- vuorokautisia asumispalveluja käytetään maan keskiarvoa vähemmän ja ei-ympäri- vuorokautisiakin vain hieman maan keskiarvoa enemmän. Asumispalvelujen saatavuutta parantamalla voitaisiin vähentää laitoshoidon käyttöä ja lyhentää sairaalahoitajaksoja. Tahdosta riippumattoman hoito on muuta maata yleisempää, ja sitä tulisi pyrkiä vähentämään. Psykoterapiapalvelujen saatavuutta tulisi parantaa.

Kainuun alueen aikuisväestöstä päivittäin tupakoivia on 19,3 prosenttia (koko maassa 16,6 %), alkoholia liikaa käyttäviä on 36,9 prosenttia (AUDIT-C -mittarin mukaan riskipistemäärät ylittävien osuus; koko maassa 33,2 %) ja kannabista viimeisen vuoden aikana käyttäneitä 0,6 prosenttia (koko maassa 4,4 %). Pääasiassa huumeiden pistämällä tapahtuvaan käyttöön liittyviä uusia hepatiitti C -tartuntoja alueen 100 000:ta asukasta kohden on todettu 20,1 (koko maassa 20,8).

Päihdeongelmaisia hoidetaan muuta maata enemmän avopalveluissa. Perusterveydenhuollon avohoidossa tehtävässä päihdetyössä on kaksinkertainen määrä potilaita (12,4/1000 asukasta) koko maahan verrattuna (6,2) ja myös päihdehuollon avohoidossa on enemmän asiakkaita (11,0/1000 asukasta) kuin maassa keskimäärin (8,2). Erikoissairaanhoidon avohoidossa on päihdeiden vuoksi enemmän potilaita (6,3/1000 asukasta) kuin koko maassa (5,4).

Päihdeongelmaisten ympäri- vuorokautinen hoito painottuu sairaaloiden ja terveyskeskusten vuodeosastoille. Päihdeiden vuoksi sairaaloiden ja terveyskeskusten vuodeosastoilla on enemmän potilaita (4,0/1000 asukasta) kuin koko maassa (2,8). Päihdehuollon laitoksissa katkaisuhoidossa ja kuntoutuk-

nessa on puolestaan vähemmän asiakkaita (1,2/1000 asukasta) kuin koko maassa (2,4). Kainuun alueella päihdehuollon asumispalveluihin ei ole kirjattu lainkaan asiakkaita vuonna 2016.

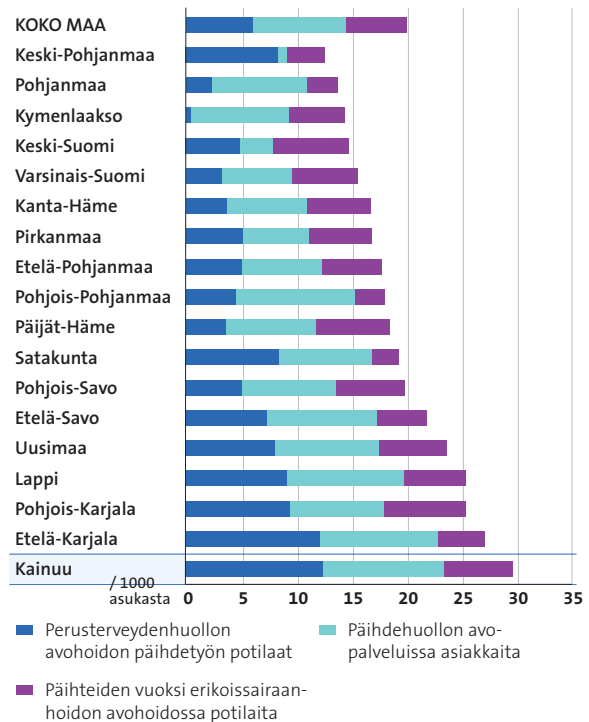
Kaikkein pienituloisimmilla 25–80-vuotiailla on alkoholikuolemien vuoksi menetettyjä elinvuosia (PYLL) huomattavasti enemmän (4 058/100 000 vastaavanikäistä) kuin koko maassa (3 261).

Ehkäisevästä päihdetyöstä vastaava toimielin on nimetty 25,0 prosentissa alueen kunnista (koko maassa 44,1 %). Kainuun alueen yläkoulujen luokkien 8 ja 9 oppilaista tosi humalassa vähintään kerran kuukaudessa oli saman verran oppilaita (9,9 %) kuin koko maassa (10,2 %).

Kaiken kaikkiaan alueen aikuisväestön päivittäisen tupakointi ja alkoholin riskikäyttö on yleisempää ja huumeiden pistämiseen liittyviä uusia hepatiitti C -tartuntoja on enemmän kuin maassa keskimäärin. Kannabiksen käyttäjiä on sen sijaan huomattavasti vähemmän kuin maassa keskimäärin. Päihdeongelmaisia hoidetaan muuta maata huomattavasti enemmän avohoidon palveluissa. Ympäri vuorokautisissa palveluissa korostuu terveydenhuollon rooli. Alueella ei ole kirjattu lainkaan asiakkaita päihdehuollon asumispalveluihin. Alkoholikuolemien vuoksi menetettyjen pienituloisimpien elinvuosien määrä on huomattavan korkea, mikä ilmentää alkoholikuolleisuuden korkean tason lisäksi nuorempina tapahtuneita kuolemia. Päihdepalveluiden kehittämisessä on syytä kiinnittää huomiota pistämällä huumeita käyttävien, syrjäytymisriskissä olevien ja nuorten tarpeenmukaisen palveluiden riittävään saatavuuteen. Ehkäisevässä päihdetyössä on tehostamisen tarvetta, koska vain neljäsosassa kunnista oli nimetty ehkäisevästä päihdetyöstä vastaava toimielin.

Kuvio 7.

Päihdeongelmien tai -sairauksien vuoksi avohoidossa vuonna 2016 hoidetut potilaat perusterveydenhuollon päihdetyössä, päihdehuollon erityispalveluissa ja erikoissairaanhoidossa suhteessa väestöön



Erikoissairaanhoido

Väestön tarve palveluille on suuri erityisesti sepelvaltimotauti-indeksin (maan korkein, 156) ja yleisen sairastavuusindeksin (maan korkein, 120) perusteella. Hoidon tarve maakunnassa painottuu erityisesti ns. kansantauteihin.

Kainuun maakunnassa somaattisen erikoissairaanhoidon toiminnot on keskitetty Kajaanin keskussairaalaan. Haastavien maantieteellisten olosuhteidenkin johdosta potilaita hoidetaan vuodeosastolla enemmän kuin muissa maakunnissa. Hoitopäiviä ja -jaksoja käytetään paljon ja hoitajakson keskimääräinen kesto on toiseksi pisin eli 4 vuorokautta (keskimäärin 3,3 vuorokautta). Erikoissairaanhoidon avohoitokäyntejä tehdään myös paljon eli 1,7 asukasta kohden (keskimäärin 1,5). Somaattisen erikoissairaanhoidon käyttöindeksi 125 onkin maan korkein. Toimenpiteellisten hoitajaksojen määrä on vertailussa korkeimpien joukossa (87,8 / 1000 asukasta). Päivystysleikkausten osuus on suuri (26,2 %; maan keskiarvo 23,3 %) ja päiväkirurgisten toimenpiteiden määrä alle keskitason eli 44,8 % (koko maa 50,8 %). Kainuun maakunnalla on poikkeuslupa hoitaa synnytyksiä pitkien etäisyyksien vuoksi. Synnytyksiä oli vuoden aikana 637, näistä sektioita oli lähes 21 % eli eniten maassamme (keskiarvo 16 %). Sepelvaltimoiden varjoainekuvauksia (8,35 / 1000 asukasta) ja pallolaajennuksia (3,6 / 1000 asukasta) tehdään paljon suhteessa koko maan toimenpiteisiin (vastaavat lueumat 6,5 ja 2,8), mutta alueellinen tarve on siis huomattavan suuri.

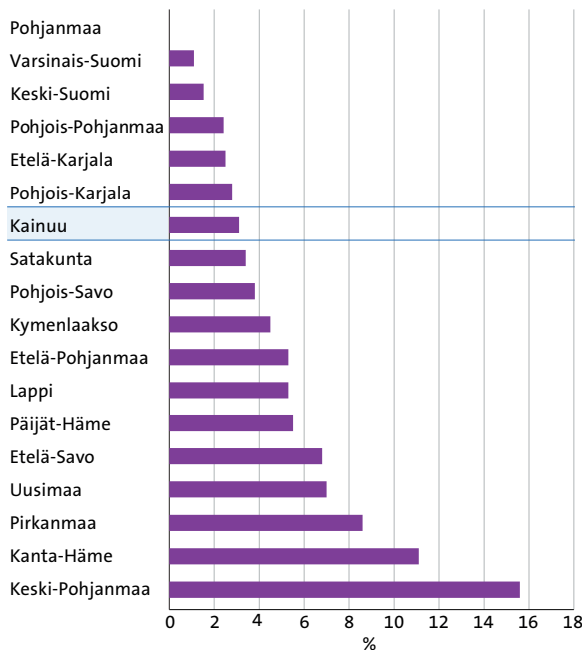
Päivystysaikana ja ensiavun kautta alkavien hoitajaksojen suuri osuus voi heijastaa maakunnan muun terveydenhuollon toiminnan puutteita tai pitkiä odotusaikoja suunniteltuun hoitoon. Kajaanin sairaalan päivystyskäyntien määrä on maan toiseksi suurin eli 298 / 1000 asukasta (koko maan mediaani 157 / 1000 asukasta), hoitajakset alkavat noin puolessa tapauksista (46,8 %, maan keskitasoa) suunnittelemattomina ja paljolti ilman asianmukaista lähetettä (36,2 %, koko maan mediaani 24,4 %). Erikoissairaanhoidon keskimääräistä odotusaikaa ei maakunta ole ilmoittanut, mutta odottavien lukumäärä on maan lukujen valossa korkea (28,6 / 1000 asukasta). Kaihileikkauksiin päästään kuitenkin melko hyvin koko maahan verrattuna, sillä odotusaika on keskimäärin 72 vuorokautta (koko maa 79 vuorokautta). Polven tai lonkan tekonivelleikkauksiin odotusaika on maan keskitasoa, 63 vuorokautta.

Maakunnan somaattisen erikoissairaanhoidon nettokäyttökustannukset ovat korkeat, 1303 euroa tuhanta asukasta kohden ja kustannusindeksi on maakunnista korkein eli 120,5. Toimintakuluista henkilöstön osuus 35,7 % ja ostopalvelujen selvästi suurempi kuin muissa maakunnissa eli 52,8 %; kuluerät ovat koko maassa 52,3 % ja 30,8 % vastaavasti. Voimavarojen raportoinnissa kaikilla maakunnilla on valitettavia epätarkkuuksia, mutta sairaansijojen määrä Kainuussa on koko maan lukemien perusteella suuri (3 sairaansijaa / 1000 asukasta, koko maassa vastaava lukema on 2,2). Henkilötyövuosien määrä on yksi korkeimmista raportoiduista (13,3 htv / 1000 asukasta), mutta lääkäreistä tietoa ei ole käytössä.

Tarkasteluun valituista laatumääreistä maakunta saa pääosin hyvät tulokset: lonkkamurtuman vuoksi leikkausta yli 2 päivää odottaneiden osuus on 2,1 % kaikista lonkkamurtumapotilaista (koko maa 4,2 %, vaihteluväli 0–15,3 %), sydäninfarktipotilaiden 30 päivän kuolleisuus on 9,4 % (koko maa 8,8 %, 5,5–10,8 %) ja uudelleen sairaalaan joutuu 9,1 % potilaista, joka on koko maan matalin lukema (koko maa 13,3 %, 9,1–20 %). Infektiolaatukriteerin arvoa ei ole saatavilla.

Kuvio 8.

Lonkkamurtuman leikkausta yli 2 päivää odottaneiden osuus (vakioitu) maakunnissa



Lasten, nuorten ja perheiden palvelut

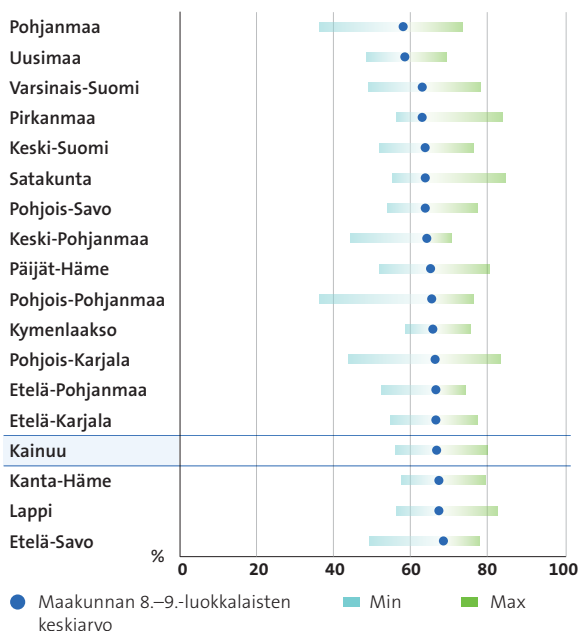
Kainuun lasten ja perheiden palvelut näyttävät arviotujen indikaattorien valossa erityisen asiakaslähtöisiltä – tulokset ovat maan parhaat. Myös valtakunnalliset suositukset, jotka vaikuttavat lasten ja perheiden palvelujen laatuun, toteutuvat paremmin kuin maakunnissa keskimäärin. Kirjaamisen puutteet heikentävät laajojen terveystarkastusten yhdenvertaisen toteutumisen arviointia

Äitiys- ja lastenneuvolapalvelut toteutuivat sääntösten ja suositusten mukaisesti parhaiten koko maasta Kainuussa. Koulu- ja opiskeluterveydenhuollon toteuttaminen vastaa maan keskitasoa. Kainuussa oli lastensuojelun asiakkaita sekä avohuollossa että sijaishuollossa keskimääräistä enemmän. Lastensuojelun kustannukset painottuvat avohuoltopalveluihin.

Arvioinnissa käytetyt mittarit kuvaavat vain osaa lasten ja nuorten palveluista. Palveluiden tarvetta kuvaavia mittareita ei ollut mukana tässä arvioinnissa.

Kuvio 9.

Terveystarkastuksen toteutuminen oppilaslähtöisesti, maakunnan keskiarvo ja kuntien välinen hajonta



Perhekeskuspalvelut

Kaikki Kainuun kunnat ilmoittivat, että kaikille lasta odottaville ja lapsille järjestetään lainmukainen laaja terveystarkastus. Laajaan terveystarkastukseen osallistuu ainakin toinen lapsen vanhemmista, ja terveydenhoitaja ja lääkäri tekevät tarkastuksen yhteistyössä. Potilastietomerkintöjen mukaan laaja terveystarkastus järjestetään kuitenkin vain vajaalle puolelle 4 kuukauden ja 4 vuoden ikäisistä lapsista. Tulosten väliset erot johtuvat asiakastietojärjestelmien ominaisuuksista ja kirjaamisen puutteista. Kainuun osuudet ovat matalasta tasosta huolimatta maan parhaimpia.

Asiakastytyväisyysskyselyn mukaan asiakkaat olivat tyytyväisiä lastenneuvolapalveluihin, ja tulos vastaa koko maan tasoa. Äitiys- ja lastenneuvoloiden määrä vastasi täysin ja lääkäreiden määrä kohtalaisesti henkilöstömäärästä annettuja suosituksia.

Suun terveystarkastukset ensisynnyttäjille järjestetään Kainuussa kattavasti. Isyyden tunnustamisesta suurehko osuus oli tehty raskausaikana äitiysneuvolassa.

Perheiden määrä sosiaalihuoltolain mukaisessa perhetyössä vastasi Kainuussa maan keskitasoa. Lasten ja perheiden sosiaalipalveluiden (pois lukien lastensuojelu) nettokäyttökustannukset olivat kuitenkin jonkun verran maan keskitasoa vähäisemmät.

Koulu- ja opiskeluterveydenhuolto

Kainuun maakunnassa terveyskeskukset (100 %) olivat sisällyttäneet toimintasuunnitelmaansa perusopetuksen oppilaiden lakisääteiset kolme laajaa terveystarkastusta. Kuitenkin vain 57 prosentissa kouluista laajaan terveystarkastukseen sisältyi suunnitelmallisesti opettajan antama arvio oppilaan selviytymisestä ja hyvinvoinnista koulussa (maakuntien vaihteluväli 35–90 %). Laajojen terveystarkastusten kirjaamisessa on joko käytännöistä tai teknisistä pulmista johtuvia puutteita. Ainoastaan 14 prosenttia 8.-luokkalaisten laajoista terveystarkastuksista kirjautuu toteutetuksi Avohilmo-rekisteriin.

Sekä 4. ja 5. luokan oppilaat että 8. ja 9. luokan oppilaat arvioivat viimeisimmän terveystarkastuksen toteutuneen laadukkaasti useammin kuin maassa keskimäärin. Tätä mieltä oli 4.–5. luokan oppilaista 52 prosenttia (koko maa 49 %) ja 8.–9. luokan oppilaista 64 prosenttia (koko maa 60 %).

Kainuussa koululääkäreiden henkilöstömitoitutus oli maan heikoimpia. Oppilasmäärä koululääkärihenkilötyövuotta kohden oli 2,4-kertainen valtakunnalliseen mitoitussuositukseen (2100 oppilasta) nähden. Puutteet henkilöstömitoituksessa vaikuttavat väistämättä koko toimintaan mukaan lukien terveystarkastusten sekä niiden yhteydessä tehtävän monialaisen työn laatuun.

8. ja 9. luokan oppilaista 32 prosenttia oli asioinut kouluterveydenhoitajalla myös muuten kuin terveystarkastuksissa. Tämä on maakunnista pienin terveydenhoitajalla asioineiden osuus ja selvästi vähemmän kuin koko maassa keskimäärin (38 %). Se voi viestittää palvelujen ja niiden tarpeen kohtaamattomuudesta.

Kainuun kaikkien terveystarkastusten (100 %) suunnitelmiin sisältyi opiskeluterveydenhuollon lääkärintarkastus opiskeluaikana kaikille lukioiden ja ammatillisen oppilaitoksen opiskelijoille. Lakisääteisydestä huolimatta näin ei kirjata suunnitelmiin kaikissa maakunnissa (maakuntien vaihteluväli on lukioissa 80–100 % ja ammatillisissa oppilaitoksissa 50–100 %)

Erityistason palvelut

Lastensuojelun palveluntarpeen arvioinneista vain 73 prosenttia oli Kainuun maakunnassa valmistunut kolmen kuukauden sisällä. Tämä on alhaisimpia osuuksia maakunnista ja laki edellyttää palveluntar-

peen arviointien valmistumista kolmen kuukauden sisällä. Lastensuojelun avohuollon asiakkuuksia oli paljon muihin maakuntiin verrattuna. Lastensuojelun asiakassuunnitelmien määrä suhteessa avohuollon asiakkuuksiin (60/100) oli korkea muihin maakuntiin nähden. Laki edellyttää asiakassuunnitelmaa kaikista asiakkuuksista. Lastensuojelun tehostetussa perhetyössä olevien perheiden määrä oli keskitasoa. Kiireellisten huostaanottojen määrässä Kainuu sijoittui maakuntien keskitasoon. Huostassa olleita oli keskimääräistä enemmän. Lastensuojelun avohuollon palveluiden nettokäyttökustannukset olivat keskimääräistä korkeammat, myötäillen asiakasmääriä. Laitos- ja perhehoidon vastaavat kustannukset olivat hiukan maakuntien keskitasoa matalammat, vaikka asiakasmäärä oli keskitasoa suurempi.

Sairaalahoidon hoitopäivien määrä 0–17-vuotiailla oli Kainuussa aivan omalla tasollaan – hoitopäiviä oli puolet enemmän kuin maassa keskimäärin. Kaksi nuorta odotti Kainuussa nuoriso- tai lastenpsykiatriseen hoitoon laissa säädettyä kolmea kuukautta pidempään vuoden 2017 seuranta-ajan kohtina. Tavanomaisesti lasten ja nuorten psykiatriseen hoitoon pääsi 1–2 kuukaudessa, joka on muuta maata selvästi pidempi odotusaika. Synnytyssairaalalan palveluihin oltiin Kainuussa hyvin tyytyväisiä ja asiakasarviot olivat maan korkeimmat lähes kaikissa palveluissa.

Työkäisten sosiaalipalvelut

Työkäisten sosiaalipalvelujen tavoitteena on tukea työkäisiä asiakkaita elämänhallintaan, työhön, toimeentuloon ja opiskeluun liittyvissä asioissa sekä vähentää eriarvoisuutta. Tässä arvioinnissa työkäisten sosiaalipalvelujen tilaa tarkastellaan työttömyyden, eriarvoisuuden ja palvelujen saavutettavuuden näkökulmista.

Kainuun kuntien alueella rakennetyöttömyyden aste on 7,3 prosenttia eli maan keskimääräistä lukua (6,2 %) korkeampi. Työttömien aktivointiaste (33,1 %) on keskimääräistä (31,6 %) jonkin verran korkeampi. Kuntouttavaan työtoimintaan osallistuvien osuus 15–64-vuotiaasta väestöstä (7,4 %) on kuitenkin selvästi matalampi kuin kansallinen keskiarvo (11,6 %) ja maakunnallisista alueista toiseksi matalin. Työttömyysjakso venyi yli 12 kuukauden pituiseksi 8,6 prosentilla työttömäksi jääneistä eli kansallista keskitasoa (11,9 %) selvästi harvemmin. Kunnan osarahoittaman työmarkkinatuen määrä kertoo, miten kunta on kyennyt ohjaamaan pitkään työttömänä olleita henkilöitä työllistymistä edistäviin palveluihin. Vuonna 2016 Kainuun alueen kunnat maksoivat alueen asukkaille myönnettyä työmarkkinatukea takaisin valtiolle 5 282 501 euroa, mikä on 1852 euroa kutakin Lapin alueen pitkäaikaistyöttöinä kohden (maan keskiarvo 1978 euroa).

Rakennetyöttömyyteen on Kainuussa pyritty vaikuttamaan aktivointitoimilla. Kainuussa on kyetty hillitsemään myös työttömyysjaksojen pitkittymistä, ja osarahoitetun työmarkkinatuen määrä on kansallisesti katsoen kohtuullinen. Kuntouttavaan työtoimintaan osallistuvien määrä on kuitenkin ollut varsin matala.

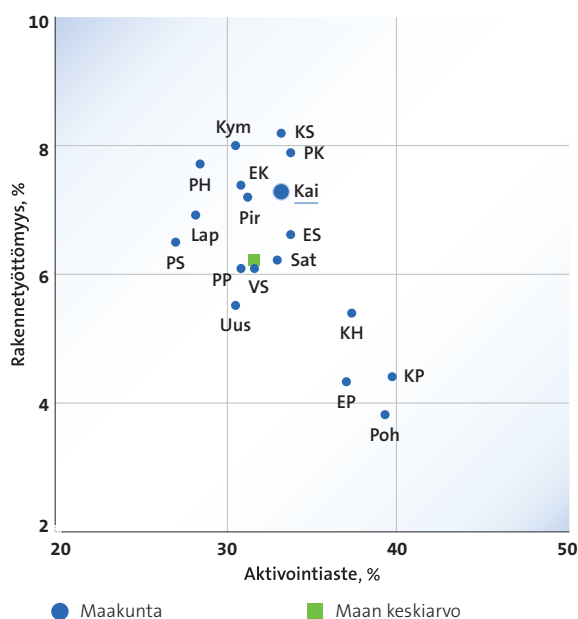
Asunnottomia Kainuun alueella ei ole tilastoitunut lainkaan. Toimeentulotukea myönnettiin 97 euroa asukasta kohden eli vähemmän kuin maakunnalliset alueet keskimäärin (136 euroa / asukas). Toimeentulotukea pitkäaikaisesti saaneita 25–64-vuotiaita oli 1,6 prosenttia eli selvästi vähemmän kuin maassa keskimäärin (2,4 %). Nuorista 18–24-vuotiaista pitkäaikaisesti toimeentulotukea sai 2,7 prosenttia, mikä myös on selvästi keskimääräistä vähemmän (keskiarvo 3,6 %). Täydentävää toimeentulotukea myönnettiin Kainuun alueella vuonna 2016 keskimäärin 521 euroa ja ehkäisevää toimeentulotukea 483 euroa tukea saanutta asukasta kohden. Vastaavat koko maan keskiarvot olivat 551 euroa (täydentävä tuki) ja 632 euroa (ehkäisevä tuki).

Pitkäaikainen toimeentulotukiasiakkuus ei Kainuussa ole kovin yleistä, mikä saattaa näkyä myös myönnetyn toimeentulotuen määrässä. Täydentävällä ja ehkäisevällä tuella voidaan ottaa huomioon henkilön erityiset tarpeet ja olosuhteet sekä edistää omatoimista suoriutumista. Korkeahko rakennetyöttömyys ei kuitenkaan näy esimerkiksi ehkäisevän tuen myöntämisessä.

Sosiaalipalvelujen saavutettavuutta selvitettiin vuoden 2017 ATH-kyselyn tulosten perusteella. Koko maassa vastaajista 79,8 prosenttia katsoi, että asiakasmaksut tai matkat eivät ole vaikeuttaneet palvelujen saavutettavuutta. Kainuussa vastaava luku oli 79,5 prosenttia. Tulos on kansallista keskitasoa, mutta silti joka viidennellä kyselyyn vastanneista on ollut vaikeuksia saada sosiaalipalveluja. Maakunnittain tarkastellen vastaajia oli kuitenkin vähän, joten kyselyn tulokset ovat enintään viitteellisiä.

Kuvio 10.

Rakennetyöttömyys ja työttömien aktivointiaste Kainuussa



Vammaispalvelut

Henkilö, jolla on vammasta tai sairaudesta johtuva toimintarajoite, voi tarvita tavanomaisen elämänsä tueksi yleisten palvelujen lisäksi erityispalveluja. Tässä tarkastellaan vammaispalvelu- ja kehitysvammalakiin mukaisia palveluja vuoden 2016 tietojen perusteella. Myönnettyjen palvelujen perusteella saadaan kuvaa palvelujärjestelmästä.

Vammaisuuden palvelukokonaisuutta tarkastellaan alla olevassa kuviossa yhtenä kokonaisuutena. Kuviossa on yksittäisten palveluiden kokonaismäärä suhteutettuna alueen väkilukuun (vuoden 2016 tilastojen perusteella). Lukumäärät eivät kuvaa palvelujen piirissä olevien henkilöiden määrää vaan annettuja tai myönnettyjä palveluita. Tarkasteluun on otettu seuraavat palvelut: *asunnonmuutostyö ja asuntoon kuuluvat laitteet ja välineet, henkilökohtaisen avun asiakkaiden määrä, kehitysvammaisten henkilöiden määrä erilaisissa asumispalveluissa ja vaikeavammaisten palveluasumisessa, työllistämistä tukevien toimintojen sekä työ- ja päivätoiminnan piirissä olevien määrä, kodinhoitoapua saaneiden vammaistalouksien määrä, alle 65 vuoden ikäisiä hoitavien omaishoidontuen päätösten määrät sekä vammaispalvelulain mukainen kuljetuspalvelu.*

Lisäksi kuviossa on Kelan vammaisuuden perusteella maksamien etuuksien saajien määrä väkilukuun suhteutettuna 1000 asukasta kohden. Koko maassa vammaisetuksia myönnettiin 1 000 asukasta kohden noin 50 ihmiselle (49,9). Vammaisuuden perusteella myönnettyjen palvelujen määrä oli tuhatta asukasta kohden noin 65 (65,2). Vastaavat luvut olivat Kainuun maakunnassa seuraavat: vammaisetuksien piirissä oli 78 (77,9) henkilöä 1000 asukasta kohden ja myönnettyjen palveluja määrä 1000 asukasta kohden oli 47 (47,1). Palveluiden myöntämisperusteet ja vammaisetuksien saamisen kriteerit poikkeavat toisistaan, eikä näin ollen vammaisetuksia saavien henkilöiden määrää voi suoraan pitää palveluita tarvitsevien määränä. Voidaan olettaa, että vammaisetuksia saavissa on runsaasti sellaisia henkilöitä, jotka eivät ole vammaispalveluiden piirissä. Mutta nämä henkilöt saattavat saada muita palveluja esimerkiksi sosiaalihuoltolain perusteella. Palvelujen kattavuus edellyttäisikin laajempaa selvitystä yhdessä tarvearvioinnin kanssa.

Kaksi suurinta palvelukokonaisuutta myönnettyissä palveluissa ovat henkilökohtainen apu ja liikkumisen palvelut.

Henkilökohtaisessa avussa palvelun käyttäjien määrä koko maassa oli 383 henkilöä 100 000 asukasta kohden. Vastaava luku oli Kainuussa 545. Asiakas-

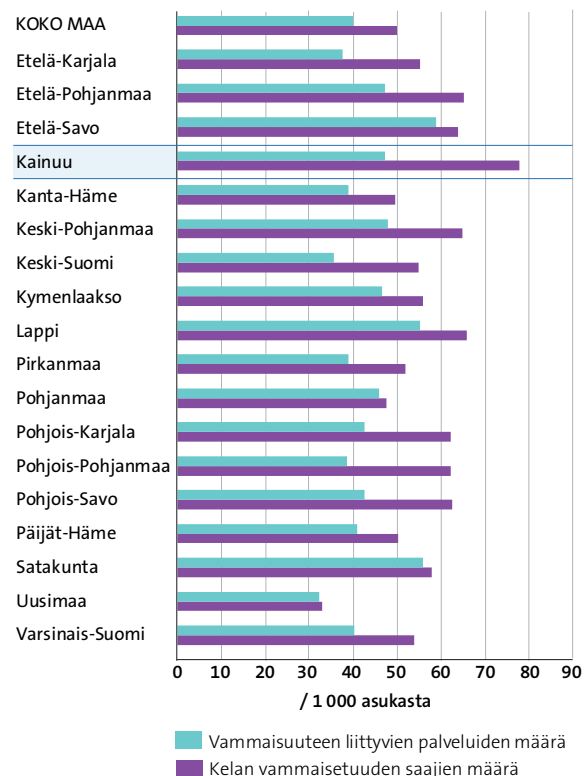
määrä ei kerro siitä, kuinka paljon henkilökohtaista apua on kullekin asiakkaalle myönnetty ja onko palvelu ollut riittävää ja vaikuttavaa.

Liikkumisten palvelut sisältävät hyvin monenlaisia palveluita. Erityispalvelujen tarpeeseen vaikuttavat alueelliset olosuhteet, esteettömyys ja palvelurakenne sekä tietenkin yksittäisten ihmisten tarve liikkua. Kainuussa vammaispalvelulain mukaisia kuljetuspalvelun saajia oli 100 000 asukasta kohden 1323. Vastaava luku oli koko maassa 1783. Sosiaalihuoltolain mukaisia kuljetuspalveluita Kainuussa sai 100 000 asukasta kohden 304 henkilöä kun koko maan vastaava luku oli 878.

Tarkasteluvuonna (2016) *vammaispalvelulain mukaisten palvelujen ja taloudellisten tukitoimien menot* koko maassa asukasta kohden olivat 117 euroa. Kainuussa vastaava luku 142 euroa, kun suurin euromäärä oli 170 euroa / asukas. Maakuntien matalin euromäärä oli 92 euroa / asukas. Kokonaiskustannusanalyysia varten pitäisi huomioon ottaa vähintäänkin kehitysvammalain mukaisten palveluiden kustannukset sekä tieto siitä, millaisia ovat alueen yleiset palvelut ja esteettömyys. Saavutettavat ja toimivat yleiset palvelut vähentävät erityispalveluiden tarvetta.

Kuvio 11.

Vammaisetuksia saavien henkilöiden ja vammaisuuden liittyvien palveluiden määrän suhde väestöön vuonna 2016



Ikäihmisten palvelut

Ikääntyneen väestön toimintakykyä mittaavaa indeksiä ei ole Kainuusta saatavana. Koko maassa 75 vuotta täyttäneistä 26 prosentilla oli suuria vaikeuksia arkiaskareissa. Riskiryhmien seuranta ja ennaltaehkäisevien terveyspalvelujen toimintaa kuvaa kausi-influenssarokotteen kattavuus, joka 65 vuotta täyttäneillä on Kainuussa maan keskitasoa. Kainuussa rokottamattomia oli 54 prosenttia, koko maassa 53 prosenttia.

Iäkkäiden palveluissa tavoitteena on, että kotona voi asua mahdollisimman pitkään. Kainuussa säännöllisen kotihoidon piirissä oli vuoden 2016 marraskuussa 75 vuotta täyttäneistä naisista 15 prosenttia ja miehistä 11 prosenttia. Kattavuus on siten maan keskitason yläpuolella. Kotihoidon asiakas saa Kainuussa keskimäärin 17 kotikäyntiä viikossa, mikä on maan keskiarvoa (13) enemmän. Lisääntyvä kotihoito edellyttää, että kotiin voi tarvittaessa saada myös intensiivistä hoitoa, yli 60 kotihoidon käyntiä kuukaudessa, sekä ympärivuorokautista kotihoitoa. Koko maassa noin kolmannes (33 %) yli 75-vuotiaista kotihoidon asiakkaista sai intensiivistä hoitoa, Kainuussa 44 prosenttia. Lähes kaikilla Kainuun kotihoidon asiakkailla (99 %) on mahdollisuus saada ympärivuorokautista kotihoitoa, kun koko maassa on mahdollista keskimäärin vain 78 prosentilla asiakkaista. Palvelurakenne on siten kotihoitoa suosiva.

Muistisairaat ovat suurin iäkkäiden palveluja käyttävä asiakasryhmä. Kotihoidossa vain joka kolmannen asiakkaan kognitio on normaali, mutta kaikilla oireilevilla ei ole muistisairausdiagnoosia. Kainuun säännöllisistä kotihoidon asiakkaista viidesosalla oli muistisairaus diagnoosi, (koko maassa 20 %) Panostus muistisairauksien tunnistamiseen kotihoidossa on siten keskiarvo. Omaishoidon tuen valtakunnallinen kattavuustavoite on viisi prosenttia yli 75-vuotiaasta väestöstä. Kainuussa omaishoidon kattavuus on 7,5 prosenttia. Lähes puolet omaishoidossa olevista sai kotihoidon tukipalveluja, mikä on selvästi maan keskiarvoa enemmän.

Koko maassa iäkkäiden palvelurakenne on kevennyt, mikä on merkinnyt kotihoidon palvelujen käyttäjämäärien ja menojen kasvua. Kainuussa iäkkäiden palvelujen menoista 40 prosenttia on käytetty kotihoidon palveluihin (vrt. koko maa 32 %), joka on selvästi maan keskiarvoa suurempi. Palvelurakenteen muutos kotihoitopainotteiseksi on edennyt huomattavasti muuta maata nopeammin. Kotihoidon kustannusrasite on Kainuussa muuta maata hieman raskaampi. Kotihoidon nettokäyttökustannukset (euroa/asukas) olivat Kainuussa 224 ja koko maassa 172 euroa. Kai-

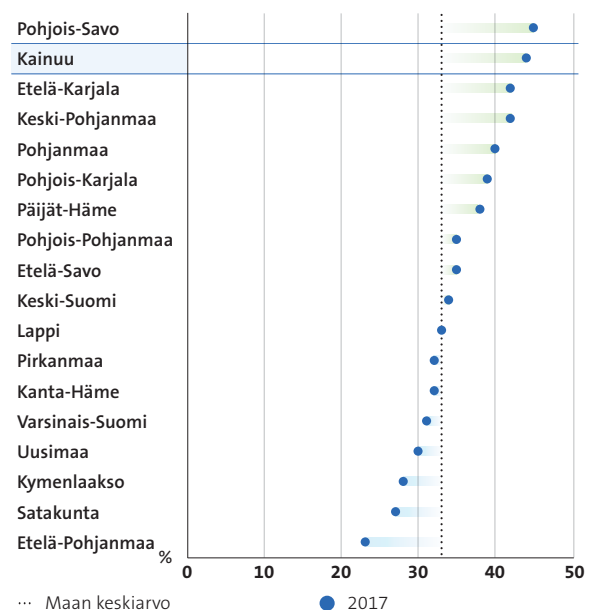
nuussa kotihoidon menoja nostaa intensiivisen kotihoidon suuri osuus.

Kotihoidon työntekijöistä suurin osa on lähihoitajia, eikä maakuntien välillä ole eroja lähihoitajien osuudessa. Sen sijaan sairaanhoitajien määrä vaihtelee maakunnittain (9,6–18,5 %). Kainuussa sairaanhoitajia (15 %) on hieman enemmän kuin koko maassa (13 %), ja sairaanhoitajien tekemän välittömän työajan osuus kokonaistyöajasta on Kainuussa maan keskitasoa (34 % vs. 37 %). Voikin arvioida, että sairaanhoitajien palvelujen saatavuus kotihoidossa on Kainuussa lähellä maan keskiarvoa. Lähihoitajilla välitön työaika on maan keskitason yläpuolella (66 % vs. 60 %).

Tavoitteellisella kuntoutuksella pyritään säilyttämään kotihoitoa saavan aktiivisuus ja elämänlaatu mahdollisimman hyvänä. Suurimmalla osalla kotihoidon asiakkaista tulisi olla tehtynä kuntoutussuunnitelma. Kainuussa 37 prosenttia kotihoidon toimeksiköistä tekee systemaattisesti asiakkailleen kuntoutussuunnitelman. Se on maan keskitasoa. Kotihoidon henkilöstön kivunhoidon osaamisessa Kainuu on Suomen paras maakunta. Asiakkaista 85 prosenttia saa palvelunsa toimeksiköistä, jossa kivunhoidon osaaminen on ”hyvä”; koko maassa osuus on 44 prosenttia (vaihteluväli 8–85 %). Asiakaspalautetta kerätään asiakkailta, omaisilta ja henkilöstöltä vaihtelevasti (vaihteluväli 41–94 %, riippuen vastaajatahosta). Kainuussa palautetta kerätään vain 15 prosentilla asiakkaista, kun koko maassa vastaava osuus on 76 prosenttia.

Kuvio 12.

Kotihoidossa intensiivistä hoitoa saavien asiakkaiden osuus (%)



Kainuussa on pystytty purkamaan pitkäaikaista laitoshoidoa ja kehittämään palvelurakennetta kotihoitopainotteiseen suuntaan. Kotihoidon käyntejä, myös intensiivistä kotihoitoa, on maan keskiarvoon verrattuna enemmän tarjolla ja asiakkailla on mahdollisuus saada kotihoidon palveluja tarvittaessa ympärivuorokauden. Kotihoidossa pystytään hoitamaan paljon apua ja tukea tarvitsevia. Lisäksi lähes puolet omaishoidossa olevista sai kotihoidon tukipalveluja, mikä on selvästi maan keskiarvoa enemmän. Omaishoidon tuen kattavuustavoite on saavutettu ja Kainuussa on panostettu omaishoittoon muuta maata

enemmän. Kainuun kotihoidossa sairaanhoitajia on hieman enemmän kuin koko maassa ja sairaanhoitajien tekemän välittömän työajan osuus kokonais-työajasta on Kainuussa maan keskitasoa. Kotihoidon henkilöstön kivunhoidon osaamisessa Kainuu on Suomen paras maakunta. Kehittämistä on asiakkaiden toimintakyvyn ylläpitämisessä. Kainuun kotihoidon toimityksistä vain 37 prosenttia tekee asiakkailleen systemaattisesti kuntoutussuunnitelman, vaikka kuntoutussuunnitelmia tulisi tehdä tarvittaessa kaikille kotihoidon asiakkaille.

Saatavuus

Maakuntien arvioinnissa saatavuutta ja saavutettavuutta tarkastellaan viiden teeman avulla. Tarkastelussa käytetään tietoja hoitoon pääsystä, lastensuojelun palvelutarpeen arviointien tekemisestä ja kotihoidon yöaikaisen palvelun tarjonnasta sekä väestökyselyn tuloksia.

Perusterveydenhuollossa saatavuutta on arvioitu tarkastelemalla lääkärin vastaanotolle pääsemistä kiireettömän asian vuoksi. Osoittimeksi on valittu se, kuinka monta prosenttia potilaista pääsee vastaanotolle viikon sisällä hoidon tarpeen arvioinnista. Lisäksi perusterveydenhuollon hoitotakuun toteutumista on käsitelty perusterveydenhuollon toimialakohtaisessa kappaleessa.

Erikoissairaanhoitosta on tarkasteltu lakisääteisen hoitopääsyn määräajan (6 kk) ylittäneiden potilaiden määrää suhteutettuna väestömäärään. Iäkkäiden palvelujen saatavuuden mittarina on tällä arviointikierroksella käytetty kotihoidon yöaikaisen palvelun tarjontaa. Lastensuojelussa palvelutarpeen arviointien pitäisi valmistua lakisääteisessä kolmen kuukauden määräajassa; näiden osuutta tarkastellaan yhtenä saatavuuden osoittimena.

Aikuisten sosiaalipalvelujen saavutettavuuden mittarina käytetään THL:n väestökyselyssä selvitettyä arvioita siitä, tuntuvatko sosiaalipalvelut asiakkaiden mielestä helposti saavutettavilta ja vaikuttavatko siihen hankala sijainti ja korkeat asiakasmaksut. Arvioinnissa ei ole muiden kuin sosiaalipalvelujen osalta käsitelty sitä, kuinka palvelut ovat tosiasiallisesti olleet saavutettavissa ja asukkaiden käytettävissä asiakasmaksujen, välimatkojen tai aukioloaikojen näkökulmasta. Esteettömyyttä ei ole tarkasteltu tässä yhteydessä.

Kainuun alueella kiireettömän asian vuoksi perusterveydenhuollon lääkärille pääsyn tietoja ei ollut käytettävissä tietoteknisistä syistä. Erikoissairaanhoitoon yli kuusi kuukautta odottaneita on vähän. Kotihoidon ympärivuorokautista hoivaa on saatavilla hyvin. Sosiaalipalvelujen saavutettavuuteen on syytä kiinnittää huomiota, tosin vain kahdessa maakunnassa saavutettavuuden arvioidaan olevan hyvällä tasolla. Lastensuojelun palvelutarpeen arviointien toteutumiseen määräajassa on syytä kiinnittää huomiota, sillä yli neljännes ylittää kolmen kuukauden määräajan.

Kuvio 13.

Palveluiden saatavuus Kainuussa

	Perusterveydenhuollon hoitopääsy*	Kotihoidon ympärivuorokautinen saatavuus	Lastensuojelun palvelutarpeen arvioinnin valmistuminen määräajassa	Sosiaalipalvelujen saavutettavuus**	Erikoissairaanhoitopääsy***
Etelä-Karjala	■	●	●	■	●
Etelä-Pohjanmaa	■	●	▼	●	■
Etelä-Savo	●	●	●	▼	●
Kainuu	■	●	▼	▼	●
Kanta-Häme	●	●	■	●	●
Keski-Pohjanmaa	●	■	●	■	■
Keski-Suomi	■	●	●	▼	▼
Kymenlaakso	●	●	●	■	▼
Lappi	▼	■	■	▼	●
Pirkanmaa	■	■	●	■	■
Pohjanmaa	▼	●	▼	■	■
Pohjois-Karjala	▼	●	●	■	■
Pohjois-Pohjanmaa	■	●	▼	▼	■
Pohjois-Savo	▼	●	●	▼	■
Päijät-Häme	▼	●	●	▼	●
Satakunta	▼	■	■	▼	●
Uusimaa	■	●	●	■	▼
Varsinais-Suomi	▼	■	■	■	■

● Hyvä ■ Kohtalainen ▼ Vaatii huomiota ■ Ei tietoa

* Lääkärille kiireettömän asian vuoksi

** Väestökysely

*** Yli 6 kk odottaneet

Laatu ja vaikuttavuus

Maakuntien arvioinnissa laatua ja vaikuttavuutta tarkastellaan viiden teeman avulla: perusterveydenhuolto, erikoissairaanhoido, ennaltaehkäisy näkökulma, sosiaalipalvelut ja terveydenhuollon asiakastytyväisyys. Kustakin alueesta on valittu 1–3 indikaattoria. Laatu ja vaikuttavuus ovat laajoja ja paljon eri asioita sisällään pitäviä käsitteitä, ja tämä tarkastelu kertoo laadusta ja vaikuttavuudesta vain valittujen indikaattorien osalta.

Perusterveydenhuollon laatua on arvioitu sen mukaan, kuinka monelle potilaalle on määrätty hoitoksi antibiootti epämääräiseen ylähengitystieinfektioon. Antibiootihoidolle ei ole perusteita ilman selkeämpää diagnoosia, mutta sitä päädytään määräämään joskus taudin pitkittyessä ilman kunnan indikaatiota. Mittari kertoo rationaalisen lääkehoidon toteutumisesta.

Erikoissairaanhoidosta on valittu tarkasteluun lonkan ja polven tekonivelen uusintaleikkauksien määrä kahden vuoden seuranta-aikana. Laatu on sitä parempi, mitä vähemmän uusintaleikkauksia joudutaan tekemään.

Ennaltaehkäisevästä toiminnasta tarkastellaan pikkulasten rokotusohjelmaan kuuluvan viitosrokotteen (DTaP-IPV-Hib) kolmen annoksen rokotussarjan toteutumista. Koska on hyvin harvinaista, että lääketieteellinen syy estäisi rokotussarjan aloittamisen tai sen jatkamisen loppuun, mittari kuvaa neuvolatyön laatua ja rokotusten kirjaamisen toteutumista. Valta-kunnallisesti lähes kaikille lapsille aloitetaan viitosrokotussarja, joka suojaa kurkkumädältä, jäykkäkouristukselta, hinkuyskältä, polioltta ja Hib-bakteerin aiheuttamilta tulehduksilta. Ollakseen hyvässä suojassa henkeä uhkaavilta taudeilta lapsi tarvitsee koko sarjan. Laumaimmunitteetti ei suojaa esimerkiksi jäykkäkouristukselta. Toiminnan laatu ja vaikuttavuus on sitä parempi, mitä korkeampi kolmen annoksen sarjan toteutumisen kattavuus on.

Sosiaalipalveluista on indikaattoriksi valittu lastensuojelun asiakkaiden asiakassuunnitelmien määrä. Lain mukaan lastensuojelun avohuollon asiakkaalle tulee tehdä asiakassuunnitelma. Asiakassuunnitelmalla on tarkoitus varmistaa, että palvelu on suunnitelmallista ja sen

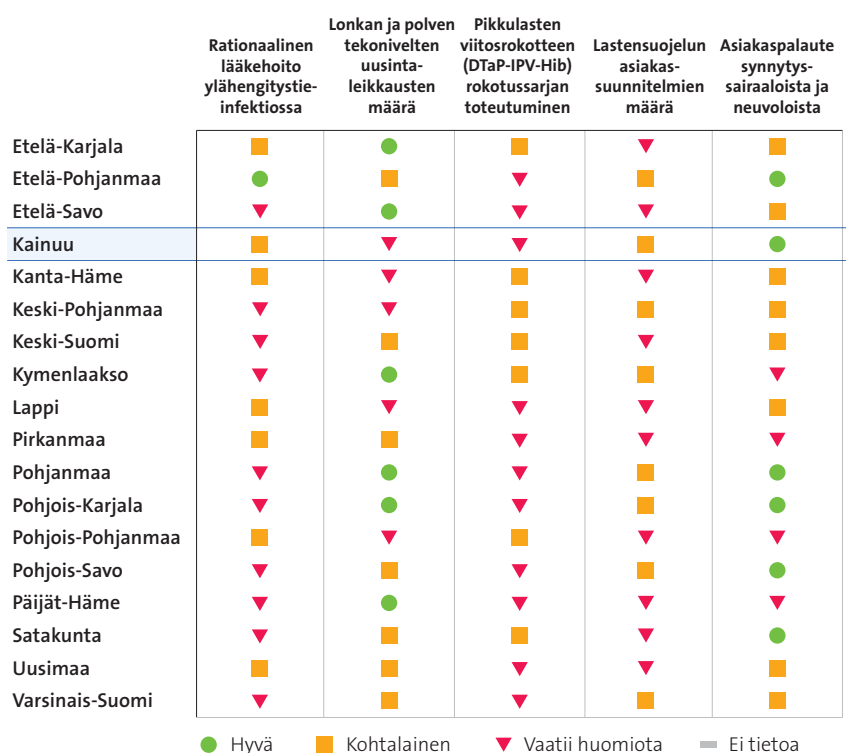
tuloksia arvioidaan säännöllisesti. Asiakassuunnitelmien laatimisessa on maakuntien välillä isoja eroja, mutta missään maakunnassa se ei toteudu vielä tavoitteen mukaisesti.

Asiakastytyväisyydessä on huomioitu synnytys-sairaalakyselyn asiakkaiden sairaalalle antama kokonaisarvosana sekä lasten- ja äitiysneuvolakyselyjen palvelujen hyödyllisyyttä ja asiakaspalvelua mittaavat kysymykset.

Kainuussa noin joka kuudennelle määrittämättömä ylähengitystieinfektiota sairastavalle potilaalle oli määrätty antibioottia. Eri maakunnissa luku oli 10–32 prosenttia. Lonkan tekonivelen uusintaleikkauksien määrä oli kaksinkertainen maan keskiarvoon verrattuna ja maakuntien korkein. Polven tekonivelen uusintaleikkauksien määrä oli maan keskitasoa. Viitosrokotteen rokotussarjan oli vuonna 2014 syntyneistä lapsista saanut vain 89,5 prosenttia. Tulos on erittäin matala, sillä rokotussarja oli aloitettu erinomaisesti 99,3 prosentille lapsista. Maakunnan tulisi selvittää esimerkiksi, jääkö rokotussarja kesken ilman päteviä perusteita vai onko kyse kirjaamisen tai tiedonsiirron ongelmista. Lastensuojelun avohuollon asiakassuunnitelmia oli tehty riittämättömästi, vain hieman yli puolelle asiakkaista. Asiakassuunnitelma tulee lain mukaan tehdä kaikille asiakkaille. Asiakastytyväisyys oli korkeampi kuin maakunnissa keskimäärin.

Kuvio 14.

Palveluiden laatu ja vaikuttavuus Kainuussa



Asiakslähtöisyys

Terveystalveten asiakslähtöisyyttä arvioidaan kolmen väestökyselyyn perustuvan indikaattorin avulla. Valinnanvapauden edellytyksiä arvioitiin kysymyksellä, joka kartoittaa näkemyksiä mahdollisuudesta valita terveystasema, sekä summamuuttujalla, joka kuvaa terveydenhuollon hoitopaikkoja koskevan vertailutiedon riittävyttä. Terveystalveten palveluprosessien sujuvuutta on arvioitu kysymällä, millaisia kokemuksia vastaajalla on asioiden hoitamisen sujuvuudesta ja ammattilaisten välisestä tiedonkulusta terveystalvetuissa. Tulosten tulkinnassa tulee ottaa huomioon, että kyselyaineistot perustuvat pieniin kansallisiin otoksiin: niitä ei voi luotettavasti yleistää yksittäisiin maakuntiin. Lisäksi asiakslähtöisyyttä kuvataan TEAviisariin perustuvalla asukkaiden osallisuutta kuvaavalla indikaattorilla johon on summattu onko kunnissa vuonna 2017 määritelty asukkaiden osallistumisen edistämisen tavoitteet, toimenpiteet, resurssit ja vastuut. Erikseen tarkasteltiin kuntalaisten

mahdollisuuksia saada kunnan verkkosivuilta tietoa osallistumis- ja vaikuttamismahdollisuuksistaan ja -keinoistaan sekä sitä, onko kunnassa laadittu osallisuusohjelma. Näiden TEAviisari tulosten tulkinnassa on huomioitava, että kyse on hallinnollisista toimista, jotka eivät vielä kerro vielä miten asukkaiden ja palveluiden käyttäjien osallisuus toiminnan tasolla toteutuu.

Kainuussa asuvat arvioivat kohtalaisen usein, että heillä oli mahdollisuus valita terveystasema. Valinnan kannalta olennaista vertailutietoa ei kuitenkaan ollut riittävästi, vaikkakin hieman enemmän kuin koko maassa keskimäärin. Palveluprosessien sujuvuudessa Kainuussa raportoitiin olevan ongelmia jopa enemmän kuin maassa keskimäärin. Asukkaiden osallisuuden edistäminen on huomioitu Kainuussa koko Suomen keskitasoa huonommin. Lisäksi 43 prosenttia alueen kunnista on kuvannut verkkosivullaan kuntalaisten osallistumis- ja vaikuttamismahdollisuuksia. Erillistä osallisuusohjelmaa ei ole toistaiseksi laadittu yhdessäkään kunnassa.

Kuvio 15.

Palveluiden asiakslähtöisyys Kainuussa

	Mahdollisuus valita terveystasema*	Vertailutietoa hoitopaikoista*	Väestö kokee terveystalvet sujuviksi*	Osallistumisen edistämistoimet
Etälä-Karjala	●	▼	▼	●
Etälä-Pohjanmaa	■	■	■	▼
Etälä-Savo	■	▼	▼	■
Kainuu	■	▼	▼	▼
Kanta-Häme	■	▼	■	■
Keski-Pohjanmaa	●	▼	■	■
Keski-Suomi	■	▼	■	●
Kymenlaakso	●	▼	■	▼
Lappi	■	■	■	■
Pirkanmaa	■	▼	■	■
Pohjanmaa	■	▼	■	■
Pohjois-Karjala	■	▼	■	▼
Pohjois-Pohjanmaa	●	▼	■	■
Pohjois-Savo	■	▼	■	■
Päijät-Häme	●	▼	■	●
Satakunta	■	▼	■	■
Uusimaa	■	▼	■	●
Varsinais-Suomi	■	▼	■	■

● Hyvä ■ Kohtalainen ▼ Vaatii huomiota □ Ei tietoa

* Väestökysely

Yhdenvertaisuus

Yhdenvertaisuutta tarkastellaan arvioinnissa yhtäältä tasa-arvo- ja yhdenvertaisuuslakien pohjalta ja toisaalta yhteiskunnallisen eriarvoisuuden aiheuttamien hyvinvointi- ja terveyserojen näkökulmasta.

Ensimmäisenä teemana arvioinnissa ovat maakunnan toiminnalliset lähtökohdat yhdenvertaisuuden ja sukupuolten tasa-arvon edistämiseen. Osoittimena on käytetty kuntien yhdenvertaisuus- ja tasa-arvolakeja toimeenpanevien suunnitelmien laadintaa ja väestöryhmittäisten terveyserojen raportointia. Toisena teemana arvioinnissa on erityispalveluiden järjestäminen haavoittuville ryhmille. Tällä arviointikierroksella on tarkasteltu vammaisille ja työttömille suunnattuja palveluita, joilla on tarkoitus lisätä yhdenvertaisen osallisuuden mahdollisuuksia ja kaventaa eriarvoisuudesta johtuvia terveyseroja. Vammaispalvelujen saatavuudesta kerätään tietoa koko väestölle tehtävillä kyselyillä, mutta niissä vammaispalveluiden käytöstä kertyy niin vähän kokemuksia, ettei edes viitteellistä arviota saatavuudesta voida tehdä kaikista maakunnista. Työttömien terveystarkastusten tilastointi kunnissa vaihtelee suuresti, joten tiedot ovat vain viitteellisiä.

Kolmantena teemana arvioinnissa on yhdenvertaisuuden ja tasa-arvon toteutuminen koko väestölle suunnatuissa palveluissa. Esimerkkinä on tässä käytetty terveyskeskuslääkärin palveluita. Arvioinnin kohteena ovat miesten ja naisten sekä ikä- ja koulutusryhmien väliset erot palveluiden koetussa riittävydessä. Palvelut riittämättömiksi kokevien osuus oli kaikissa maakunnissa sitä pienempi, mitä vanhemmasta ikäryhmästä oli kyse. Naiset pitivät palveluja miehiä useammin riittämättöminä; koulutusryhmien järjestys vaihteli maakunnasta toiseen. Jatkossa on tarkoitus arvioida palveluiden yhdenvertaista saatavuutta, saavutettavuutta ja laatua myös muiden yhdenvertaisuus- ja tasa-arvolakien tarkoittamien henkilöön liittyvien syrjäintäperusteiden mukaan. Tällöin voidaan tarkastella muun muassa ulkomaalaistaustaisia ja eri kie-

liryhmiä. Yhdenvertaisuuden tarkastelu on toistaiseksi vain suuntaa antavaa. Tietopohjaa haavoittuvien ryhmien palvelutarpeen selvittämiseksi on laajennettava jatkossa.

Kainuun kunnissa suunnitelmia yhdenvertaisuuden ja sukupuolten tasa-arvon edistämiseksi kunnan toiminnassa on laadittu koko maan keskiarvoa enemmän. Väestöryhmien välisistä terveyseroista valtuustolle raportoivien kuntien osuus kaikista kyselyyn vastanneista alueen kunnista oli Kainuussa keskitasoa. Alueen kunnissa työttömien terveystarkastuksia on kirjattu perusterveydenhuollossa enemmän kuin maassa keskimäärin (koko maassa 0,3–5 % työttömistä työnhakijoista). Väestöryhmien väliset erot siinä, kuinka moni oli mielestään saanut tarpeeseensa nähden riittämättömästi terveyskeskuslääkärin palveluita, olivat keskimäärin suuret. Etenkin ikäryhmien välillä oli suuret erot, mutta myös koulutusryhmien ja sukupuolten väliset erot kuuluivat suurimpaan kolmannekseen. Kainuussa yhdenvertaisuuden edistämisen haasteita lisäävät koulutuksen ulkopuolelle jääneiden nuorten suuri osuus, väestön suuri sairastavuus ja korkea rakennetyöttömyys. Toisaalta taas muita kuin kotimaisia kieliä äidinkielenään puhuvien osuus on pieni.

Kuvio 16.

Palveluiden yhdenvertaisuus Kainuussa

	Yhdenvertaisuus- ja tasa-arvosuunnitelmat	Väestöryhmittäisten terveyserojen raportointi valtuustolle	Riittämätön vammais- palvelujen saanti*	Työttömien terveys- tarkastukset	Erot sukupuolten, ikä- ja koulutusryhmien välillä terveyskeskuslääkäripalvelujen saannissa*
Etelä-Karjala	▼	●	■	●	●
Etelä-Pohjanmaa	▼	▼	■	●	▼
Etelä-Savo	●	●	▼	▼	●
Kainuu	●	■	—	●	▼
Kanta-Häme	▼	▼	—	▼	●
Keski-Pohjanmaa	■	■	—	●	■
Keski-Suomi	▼	■	●	■	●
Kymenlaakso	▼	▼	—	▼	■
Lappi	●	●	—	■	■
Pirkanmaa	■	●	■	●	■
Pohjanmaa	▼	▼	—	▼	■
Pohjois-Karjala	■	■	●	●	▼
Pohjois-Pohjanmaa	●	●	■	■	●
Pohjois-Savo	■	●	▼	▼	●
Päijät-Häme	■	■	■	▼	●
Satakunta	●	▼	●	▼	▼
Uusimaa	■	■	▼	▼	▼
Varsinais-Suomi	●	▼	●	▼	▼

● Hyvä ■ Kohtalainen ▼ Vaatii huomiota — Ei tietoa

* Väestökysely

Kansalliset lähteet

Ammattibarometri. www.ammattibarometri.fi

Aro Timo & Aro Rasmus: Seutukuntien elinvoimaindeksi. Helmi-kuu 2016. <https://www.slideshare.net/TimoAro/seutukuntien-elinvoimaindeksi-2016>

Häkkinen Pirjo & Matveinen Petri. Sairaaloitten tuottavuus 2015. Tilastoraportti 6/2017, Terveysten ja hyvinvoinnin laitos.

Lääkäriliitto. Terveysten lääkitilanne. <https://www.laakariliitto.fi/tutkimus/laakarityovoima/>

Maakuntien rahoitus siirtymäkauden aikana 2019–2024, muutos suhteessa lähtötilanteeseen. Valtiovarainministeriö 18.5.2017

Ranta, Tommi & Manu, Samuli & Laasonen, Valter & Uusikylä, Petri & Leskelä, Riikka-Leena. Kohti uusia maakuntia Sote- ja maakuntauudistuksen toimeenpanon esivalmisteluvaiheen yhteenveto. Valtioneuvoston selvitys- ja tutkimustoiminnan julkaisusarja 74/2017.

TEM: Alueellinen matkailutilinpito. Työ- ja elinkeinoministeriön julkaisu 21/2017.

TEM: Alueiden vahvuksien analyysi. Työ- ja elinkeinoministeriön julkaisu 24/2017.

TEM (Repo, Joonas): Maakuntien suhdannekatsaus 2017. Tuotanto, työmarkkinat, yritystoiminta, väestö. TEM-analyysit 78/2017

TEM Toimialapalvelu: Alueelliset kehitysnäkymät. Syksy 2017

TEM Toimialapalvelu: Toimialaraportit, Terveysten ja sosiaalipalvelut. Syksy 2017.

TEM: Työllisyyskatsaus, www.temtyollisyyskatsaus.fi

THL: Terveysten ja sosiaalipalvelujen henkilöstö 2014. Tilastoraportti 1/2018, Terveysten ja hyvinvoinnin laitos.

Tilastokeskuksen tilastotiedot. <http://www.stat.fi>

- Väestö
- Kansantalous
- Terveysten
- Koulutusaste

Tilasto- ja indikaattoripankki Sotkanet <https://www.sotkanet.fi>

- Ohjelmien seuranta-indikaattorit, maakuntien seuranta- ja arviointi (simulaatioharjoitus)
- THL:n sairastavuusindeksi

Vaalavuo, Maria & Häkkinen Unto & Fredriksson Sami. Sosiaali- ja terveystalvetin tarvetekijät ja valtionosuusjärjestelmän uudistaminen. Raportti 24/2013. Terveysten ja hyvinvoinnin laitos.

Alueelliset lähteet

Keskustelut vastuuvastavalmistelijoiden kanssa

Kokousmuistioita, nykytilakartoituksia, valmisteluaineistoa ja työryhmien raportteja seuraavilta sivuilta:

Kainuun liitto <https://www.kainuunliitto.fi/>

Maakunta- ja soteuudistus Kainuussa <https://www.kainuunliitto.fi/alueuudistus>

- Kainuun sote- ja maakuntauudistuksen esivalmistelun 1.9.16–30.6.17 Loppuraportti https://www.kainuunliitto.fi/sites/default/files/liite_1_loppuraporttikoonnos_oh-jr_19.6.17.pdf

Kainuun sote <https://sote.kainuu.fi/node/1>

Terveysten ja hyvinvoinnin laitos
PL 30 (Mannerheimintie 166)
00271 Helsinki

ISBN:978-952-343-050-1 (verkkopublication)
ISSN 1799-3946 (verkkopublication)
<http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-050-1>

www.thl.fi/julkaisut