
PALVELUIDEN NYKYTILAN KUVAUS

Lapin maakuntastrategian 2040 visio

"Lappi on kansainvälinen,
kehittyvä ja inspiroiva
arktisen liiketoiminnan,
koulutuksen ja tutkimuksen keskus sekä
arktisten alueiden
tunnetuin matkailukohde.

Lapissa on hyvä olla ja asua."

Sisällys

Johdanto	3
Hyvinvointi Lapin sairaanhoitopiirin alueen kunnissa	5
1 Perheiden palvelut	8
1.1 Palvelukokonaisuuden kuvaus ja lainsäädännöstä nousevat velvoitteet	8
1.2 Tilastollinen, tutkimuksellinen ja kokemuksellinen taustoitus	9
1.3 Johtopäätökset	13
2 Aikuisten psykososiaaliset palvelut	16
2.1 Palvelukokonaisuuden kuvaus ja lainsäädännöstä nousevat velvoitteet	16
2.2 Tilastollinen, tutkimuksellinen ja kokemuksellinen taustoitus ja analyysi	17
2.3 Johtopäätökset	19
3 Ikäihmisten palvelut	21
3.1 Palvelukokonaisuuden kuvaus ja lainsäädännöstä nousevat velvoitteet	21
3.2 Tilastollinen, tutkimuksellinen ja kokemuksellinen taustoitus ja analyysi	23
3.3 Johtopäätökset	31
4 Vammaispalvelut	33
4.1 Palvelukokonaisuuden kuvaus ja lainsäädännöstä nousevat velvoitteet	33
4.2 Tilastollinen, tutkimuksellinen ja kokemuksellinen taustoitus ja analyysi	35
4.3 Johtopäätökset	36
5 Toimintakyvyn edistäminen ja kuntoutus	37
5.1 Palvelukokonaisuuden kuvaus ja lainsäädännöstä nousevat velvoitteet	37
5.2 Tilastollinen, tutkimuksellinen ja kokemuksellinen taustoitus ja analyysi	38
5.3 Johtopäätökset	39
6 Sairauksien ehkäisy ja hoitopalvelukokonaisuus	41
6.1 Kuvaus palvelukokonaisuuksista ja kehittämiskohteista	41
7 Saamenkieliset palvelut	47
7.1 Palvelukokonaisuuden kuvaus ja lainsäädännöstä nousevat velvoitteet	47
7.2 Tilastollinen, tutkimuksellinen ja kokemuksellinen taustoitus ja analyysi	48
7.3 Johtopäätökset	53
8 Tietohallinto, palvelujen digitalisointi ja sähköiset palvelut	55
8.1 Tietohallinnon kehittäminen Lapin alueella, OYS-erva-tasoisesti ja kansallisesti	55
8.2 Organisaatioiden keskeiset potilas-/asiakastietojärjestelmät	56
8.3 Kansalaisille ja ammattilaisille suunnatut sähköiset palvelut	57
9 Palvelujen kustannukset ja toimivuus	60
10 Johtopäätökset	64
Lähteet	66

Johdanto

- suunnittelija Rea Räisänen, perusterveydenhuollon yksikkö, Lshp
- kehittämispäällikkö Asta Niskala, Pohjois-Suomen sosiaalialan osaamiskeskus

Lapin kunnat ovat päättäneet, että Lapin liitto vastaa Lapin ja Länsi-Pohjan tuotanto-alueiden valmistelusta. Tätä varten on valmisteltu Lapin Sote-Savotta -hanke, jonka operatiivisen ohjausryhmä toimii MOR. Lapin sote-savotta -hankkeen ohjausryhmä on nimennyt 21.1. kokouksessaan perusterveydenhuollon yksikön ohjausryhmän toimimaan Lapin tuotantoalueen valmistelun ohjausryhmänä. Ohjausryhmä on nimennyt asiakasprosessien valmisteluun työvaliokunnan. Ohjausryhmän esittelijänä on toiminut perusterveydenhuollon ohjausryhmän esittelijä. Suunnittelua ja valmistelua on tehnyt tiivissä yhteistyössä perusterveydenhuollon yksikkö, Lapin sairaanhoitopiirin kehittämissyksikkö ja Pohjois-Suomen sosiaalialan osaamiskeskus. Lapin sote-tuotantoalueen valmistelun on suunniteltu tapahtuvan laajenevana prosessina siten, että mahdollisimman moni pystyy osallistumaan valmistelutyöhön. Ensimmäisessä vaiheessa aloitetaan asiakaslähtöisten prosessien valmistelu. Toisessa vaiheessa valmisteluun tulevat palvelutuotannon järjestämisessä tarvittavat johtaminen sekä henkilöstö-, tila- ja talousasiat.

Lapin sote-tuotantoalueen valmistelun ensimmäisenä vaiheena on keskeisten asiakasprosessien ja niiden tukiprosessien valmistelu. Tämä on tärkeää, koska uudessa organisaatiossa palveluketjut ja prosessit tulevat johtamisen kohteeksi. Kehitettäväksi asiakasprosesseiksi valittiin 1. Perheiden palvelut, 2. Vammaisten palvelut, 3. Aikuisten psykososiaaliset palvelut, 4. Sairauksien ehkäisy ja hoito, 5. Ikäihmisten palvelut, 6. Päivystykset, ensihoito ja kriisityö, 7. Toimintakyvyn edistäminen ja kuntoutus sekä 8. Saamenkieliset palvelut. Mielen-terveys- ja päihdepalvelut sekä aikuisten sosiaalityö muodostavat yhteisen aikuisten psykososiaaliset palvelut -prosessin. (Lapin sairaanhoitopiirin perusterveydenhuollon yksikön ohjausryhmän pöytäkirja 21.1.15).

Työryhmät ovat aloittaneet työnsä syyskuun alussa 2015. Työryhmissä on kuntien nimeämiä sosiaali- ja terveydenhuollon työntekijöitä useista ammattiryhmistä yhteensä 12 sekä yksi järjestöjen ja oppilaitosten edustaja. Puheenjohtajina toimivat esimiesasemassa olevat kuntien ammattilaiset ja koordinaattoreina Lshp:n perusterveydenhuollon yksikön ja kehittämissyksikön suunnittelijat ja Posken kehittäjätyöntekijät. Työryhmiä perheiden palvelut, aikuisten psykososiaaliset, ikäihmisten palvelut, vammaisten palvelut ja sairauksien ehkäisy ja hoito sekä päivystykset ja ensihoito ovat toimineet omina ryhminään ja pitäneet kokouksen noin kerran kuussa. Toimintakyvyn edistämisen ja kuntoutuksen sekä saamenkielisten palvelujen ryhmä ovat hajautuneet muihin ryhmiin ja pitäneet vain pari oman ryhmän kokousta.

Asiakaslähtöisten palvelu- ja tukiprosessien valmistelutyön tavoitteena on:

- Luoda asiakaslähtöiset ja yhdenvertaiset integroidut sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut Lapin sairaanhoitopiirin alueelle.
- Palveluiden kustannusvaikuttavuus ja -tehokkuus sekä tavoitteiden mittarointi koko ajan mukana
- Nykyisen palvelurakenteen ja asiakastarpeiden kriittinen tarkastelu ja kehittämiskohteiden esiin nosto
- Tulevien palvelukokonaisuuksien ideointi ja innovointi
- Uusien ideoiden ja innovaatioiden kautta luoda pohja tulevalle palvelukokonaisuuksille ja niiden johtamiselle

Työryhmät ovat aloittaneet työnsä syyskuun alussa 2015. Sote-Savotta -hankkeen kautta on saatu sparraus-tukea ja prosessi- ja talousvaikutusosaamista NHG:ltä marraskuun alusta alkaen.

Työskentelyn on suunniteltu etenevän kolmessa vaiheessa seuraavalla aikataululla:

I-VAIHE – 1.8.2015–10.12.2015

Nykytilan arviointi

II-VAIHE – 11.12.2015–31.3.2016

Uusien palvelukokonaisuuksien innovointi

III-VAIHE – 1.4.–30.5.2016

Tulevaisuuden asiakasprosessien ja palvelukokonaisuuksien määrittely

Työskentely on edennyt nyt II-vaiheeseen ja tämä raporttimme kuvaa I-vaiheen työskentelyä ja sen nykytilan analyysin tuloksia. Asiakasprosessityöskentelyä vetävät suunnittelija Rea Räisänen ja kehittämispäällikkö Asta Niskala ovat kirjoittaneet johdannon ja johtopäätösosion. Prosessiryhmien koordinaattorit ovat kirjoittaneet oman ryhmänsä osuuden paitsi päivystys- ja ensihoitoryhmä ja saamenkielisten palvelujen työryhmä, joiden raporttiosuutta ei ole vielä kirjoitettu. Asiakasprosessiryhmistä viisi on tehnyt laajemman nykytilaraportin, joka on luettavissa Lapin sairaanhoitopiirin perusterveydenyksikön ja Pohjois-Suomen sosiaalialan osaamiskeskuksen sivuilta¹. Palvelujen kustannukset ja toimivuus -luvun tekstit on koostettu Nordic Healthcare Group -konsulttien nykytilan kuvaukseen liittyvästä materiaalista, joka on kokonaisuudessaan raportin liitteenä.

Työryhmien tuottama materiaali on luettavissa kokonaisuudessaan sote-valmistelun työskentelyalustalta Granitesta.²

¹ www.lshp.fi ja www.sosiaalikallega.fi

² <https://uula.ersm.fi>; käyttäjätunnus: sotevalmistelu, salasana: sote2015

Hyvinvointi Lapin sairaanhoitopiirin alueen kunnissa

- suunnittelija Maria Martin Pohjois-Suomen sosiaalialan osaamiskeskus

Kuntien tehtävänä on edistää kuntalaistensa hyvinvointia ja julkisten palvelujen tehtävänä on tukea kansalaisten sosiaalisten olosuhteiden oikeudenmukaista toteutumista ja hyvää terveydenhoitoa, jotta Lapissa on hyvä asua ja olla.

Harva asutus

Vuoden 2014 lopussa koko maan väestömäärä oli 5 471 753 henkilöä, joista Lapin sairaanhoitopiirin alueella 118 144.³ Vuosina 2012–2014 Lshp:n kokonaisväestömäärä on ollut hienoisessa laskussa. Viime kuukausina koko maan väestömäärä on kasvanut runsaalla 30 000 pakolaisella, joista osa jäänee myös Lapin alueelle. Lappi on hyvin harvaan asuttua aluetta. Keskimääräinen väestötiheys on vain kaksi asukasta neliökilometriä kohden, kun koko maassa neliökilometrillä on 18 asukasta. Erityisesti alueen pohjois- ja itäosissa sijaitsee laajoja asumattomia alueita. Toisaalta Lapissa on myös selkeitä väestökeskittyviä. Väestön keskittyminen kaupunkeihin ja niiden läheisyydessä sijaitseville alueille sekä kuntakeskuksiin on jatkunut tasaisesti ja jatkuu tulevana vuosinakin. Toisaalta täysin asumattomien alueiden määrä lisääntyy⁴. Ennusteiden mukaan kuntien väestömäärä pienenee Rovaniemeä, Kittilää, Utsjokea ja Kolaria lukuun ottamatta.⁵

Ikääntyminen ja työllisyys näkyvät huoltosuhteessa

Yli 65-vuotiaiden, 75-vuotiaiden ja 80-vuotiaiden määrät nousevat tasaisesti seuraavan viidentoista vuoden aikana. Eniten kasvua on Kemijärvellä, Pellossa, Posiolla ja Sallassa.⁶ Väestön vanheneminen aiheuttaa palvelutarpeen kasvun vanhusten palveluissa. Palvelurakenteen kannalta väestörakenteen muutoksen aiheuttamia haasteita ovatkin ennen kaikkea jatkuva palvelutarpeen kasvu, kuntien henkilöstön siirtyminen eläkkeelle sekä sosiaali- ja terveydenhuollon rahoitus.

Väestöennusteen mukaan työikäisten määrä vähenee ikääntyvien määrän noustessa Suomessa lähivuosikymmeninä ja tällä hetkellä työmarkkinoille tulevat ikäluokat ovat eläköityviä suuria ikäluokkia näitä pienempiä. Demografinen (väestöllinen) huoltosuhde on ollut nousussa ja sen ennakoidaan nousevan. Se ilmaisee, kuinka monta alle 15-vuotiasta ja 65 vuotta täyttänyttä on sataa 15–64-vuotiasta (työikäistä) kohti. Nykyään huoltosuhde on 0,5 eli kahta työikäistä kohti on yksi huollettavan ikäinen. Väestöennusteiden mukaan vuonna 2030 suhde on jo yli 0,7 eli sataa työikäistä kohden huollettavan ikäisiä on (yli) 70. Vuonna 2014 Lshp:n alueen huoltosuhde (57,7) oli koko maan keskiarvoa (57,1) korkeampi. Kuntakohtaisesti tarkasteltuna korkeimmat huoltosuhteet olivat Kemijärvellä (76,5), Pellossa (76,5), Posiolla (75) ja Sallassa (74,9).⁷ Myös kuntien taloudellinen huoltosuhde, joka kuvaa työttömien ja muiden työvoiman ulkopuolella olevien määrän suhdetta työllisten määrään, tulee heikkenemään voimakkaasti. Taloudelliselta huoltosuhteeltaan heikoimpien kuntien joukkoon kuuluvat Lapissa Pello, Salla ja Ranua.⁸

³ Sotkanet 2015, tilastokeskus

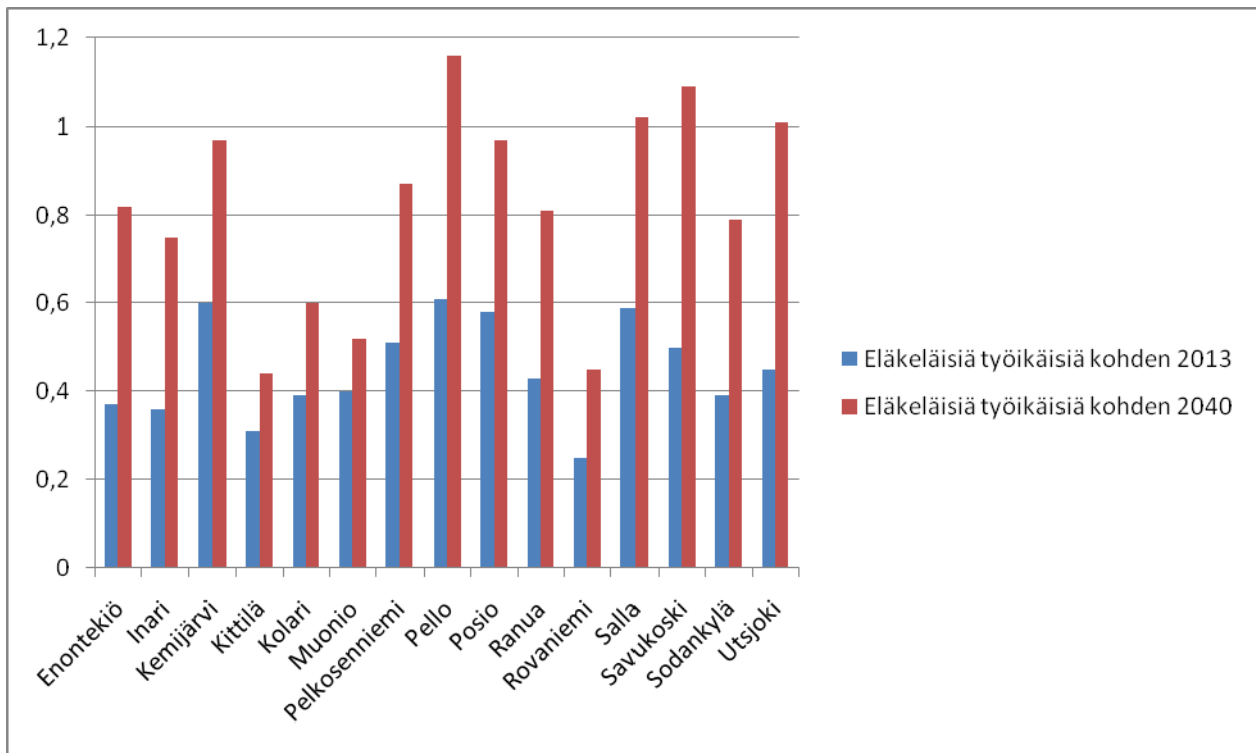
⁴ Peruspalvelujen tila Lapissa vuonna 2013. Aluehallintoviraston toimialueen peruspalvelujen arviointi.

⁵ Tilastokeskus 2014 ja Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri 2015: Laaja selvitys ympärivuorokautisesta hoidosta ja asumispalveluista Oulun yliopistollisen sairaalan erityisvastuualueella (OYS-erva).

⁶ Laaja selvitys ympärivuorokautisesta hoidosta ja asumispalveluista Oulun yliopistollisen sairaalan erityisvastuualueella (OYS-erva), Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri 2015

⁷ Sotkanet 2015, tilastokeskus

⁸ Taloudellinen huoltosuhde, laskelmavuosille 2012–2040. Tilastokeskus ja Vanhusten pitkäaikaishoidon tarve vuoteen 2040 – Kunnallisanalan kehittämistätiön raportteja 2015. Sari Kujala: Palveluverkon löydöksiä Lapin alueella 7.2.2014



Kuvio 1. Eläkeläisten määrä työkäisiä kohden 2013 ja 2040

Työllisyysaste on kahden viimeisen vuoden aikana ollut laskusuuntainen, **työttömyys** puolestaan nousussa. Vuonna 2014 työttömien osuus työvoimasta oli koko maassa 12,4 % ja Lshp:n alueella 16,4 %. Nuorisotyöttömyys (18–24-v.) on Lapissa korkeampaa kuin koko maassa ja siinä on suuria vaihteluja myös kuntien välillä. Kuntakohtaisesti korkeimmat työttömyysluvut olivat Kemijärvellä (32,7 %), Muoniossa (22,8 %) ja Sallassa (21 %). Nuorisotakuun voimaan tulo vuonna 2013 ei näytä parantaneen nuorison työllistymisen mahdollisuuksia. Vaikeasti työllistyvien osuus on kasvanut koko maassa, niin myös Lshp:n alueella. Vuonna 2014 koko maan vaikeasti työllistyvien osuus 15–64-vuotiaissa oli 5,3 %, Lapin sairaanhoitopiirin alueella 6,8 %. Euromääräiset **toimeentulotukimenot** asukasta kohden ovat kasvaneet: vuonna 2014 toimeentulotuen määrä asukasta kohden koko maassa oli 136 euroa/asukas, Lshp:n alueella 113 euroa/asukas.⁹

Sairastavuus suurta

Lapin väestön terveystilanne on koko maata huonompi ikävakioidulla sairastavuusindeksillä mitattuna, samoin Kelan kansantauti-indeksin mukaan (121,2 vuonna 2014). Pääosan ennenaikaisista eläköitymisistä aiheutuu mielenterveyden sairauksista ja joka kymmenen suomalainen tuntee itsensä aika-ajoin masentuneeksi. THL:n Mielenterveysindeksi¹⁰ Lapin sairaanhoitopiirin alueella oli 108 vuonna 2013, joka on siis keskiarvoaindeksiä (100) korkeampi. Erytiskorvattaviin lääkkeisiin oikeutettujen osuus väestöstä on noussut niin Lapissa kuin koko maassa, mutta Lapissa nousu on ollut koko maata jyrkempää.

Alkoholi on Lapin eniten haittoja aiheuttava päihde. Keskiarvoa korkeampiin myyntitilastoihin vaikuttaa erityisesti Norjan rajakauppa sekä turismi. Huumeita käytetään kaikissa Lapin kunnissa, mutta käyttö näkyy selvimmin Rovaniemellä ja Kemijärvellä. Päihde- ja huumeusaineriippuvuuksien lisäksi pelaaminen aiheuttaa ongelmia myös Lapissa. Päihteiden vuoksi sairaaloiden ja terveyskeskusten vuodeosastolla hoidettuja on Lapissa 3,9/1 000 asukasta kohden, kun koko maan vastaava luku vuonna 2014 oli 2,8. Vuosien 2011–2013

⁹ Lapin työllisyyskatsaus syyskuu 2015; Sotkanet 2015, työ- ja elinkeinoministeriö

¹⁰ OYS-erva selvitys mielenterveyspalvelut: <http://www.ppsph.fi/erityisvastuualue/prime101.aspx>

keskiarvojen perusteella Lapissa on päihdehuollon laitoksissa ollut hoidossa 1,9 asiakasta tuhatta asukasta kohden, noin 225 henkilöä (valtakunnallinen ka 3,2). Päihdehuollon nettokustannukset Lapissa ovat alle OYS-erva -alueen ja reilusti alle maan keskiarvon, eli 21 €/asukas.

Lasten, nuorten ja perheiden hyvinvoinnin tila Lshp:n alueella heikompi kuin maassa keskimäärin

Kouluikäisten, 7–15-vuotiaiden osuus oli 8,8 % väestöstä, kun luku koko maan osalta on 9,7 %. Vuosina 2012–2014 kouluikäisten suhteellinen osuus on laskenut Lshp:n alueella ja lapsiperheiden määrä on laskenut Lshp:ssä. Samaan aikaan yksinhuoltajaperheiden osuus on ollut lievässä nousussa koko maassa, Lshp:n alueella yksinhuoltajaperheitä on 21,8 % lapsiperheistä, koko maassa 20,8 %. Vuonna 2013 yleinen **pienituloisuusaste** Lshp:n alueella (15,6) oli korkeampi kuin koko maassa (13,9). Nuorten hyvin- ja pahoinvoinnista antaa suuntaa THL:n joka toinen vuosi toteuttama kouluterveyskysely. Läheisen ystävän puuttuminen kosketti Lshp:n alueella 9,5 % vastaajista, kun koko maassa osuus 2013 oli 8,4 %. Kyselyn pohjalta arvioituna Sodankylän nuoret kokivat eniten koulukiusaamista (10,9 %), Lshp:n kuntien ja koko maan keskiarvon ollessa 6,9 %. Kohtalaista tai vaikeaa ahdistuneisuutta koetaan Lshp:n alueella (12,8 %) useammin kuin koko maassa keskimäärin (11,3 %).

Lastensuojeluilmoitusten määrä on ollut kasvussa koko maassa, niin myös Lshp:n alueella. Selkeä nousupiikki tapahtui vuonna 2013, sen jälkeen kasvu on hidastunut. Vuosina 2012–2014 lastensuojelun tukitoimien piirissä olevien 0–20-vuotiaiden osuus on koko maassa pysynyt noin 7 %:ssa. Lshp:n alueella vaihteluväli on ollut 6,2–6,6 %. Huostaanottojen pitkään jatkuneen kasvun pysähtymiseen arvioidaan vaikuttavan, että kunnissa on löydetty vaihtoehtoja lasten huostaanotolle ja myös ryhdytty tukemaan lapsia ja nuoria entistä tehokkaammin suuntaamalla resursseja ennaltaehkäiseviin toimiin.

Vuonna 2013 Rovaniemen **koulutustaso** (371) ylitti koko maan arvon (351) samalla tasoittaen Lshp:n alueen pienempää keskiarvoa. Lapin väestö ei ole niin koulutettua kuin maassa keskimäärin. **Koulutuksen ulkopuolelle** jääneiden 17–24-vuotiaiden osuus oli vuonna 2013 koko maassa 9,4 % vastaavan ikäisestä väestöstä ja Lshp:n alueella 8 %. Määrä on ollut laskussa molemmilla tarkastelualueilla.

Työvoimaosuuksien aleneminen, muutokset ikäryhmien suhteissa, palveluiden keskittyminen keskuksiin, väestön ikääntyminen sekä valtion roolin kaventuminen Lapissa voivat kiihdyttää väestön vähentymistä. Lapin kuntiin kohdistuu tällä hetkellä myös eriytymiskehitys suhdanneherkkien toimialojen, kuten kaivos- ja matkailualat, asemasta johtuen, mikä heijastuu myös väestökehitykseen ja hyvinvointipalvelujen tuottamiseen.¹¹

Sosiaali- ja terveyspalveluiden kannalta olennaisimmat väestörakenteen muutokset ovat väestön vanheneminen ja työikäisten suhteellisen osuuden pieneneminen. Huoltosuhde on heikentynyt Lshp:n alueella jyrkemmin kuin koko maassa keskimäärin ja työllisen väestön määrä on pienempi kuin maassa keskimäärin. Rakennetyöttömyys ja kuntien yleinen pienituloisuusaste on Lapissa koko maata korkeampaa, samoin kuin väestön sairastavuus. Työikäisen väestön hyvinvoinnin tila on heikommalla tasolla kuin koko maassa keskimäärin.

¹¹ Suikkanen, ym. 2014. Lapin kunnissa toteutetut hyvinvointibarometrit. Pohjoisen hyvinvoinnin tietopaikka -hanke.
<https://www.ulapland.fi/news/Lapin-kunnat-rakennemuutoksien-edessa-/gu3y14s0/9ae734be-1657-446e-abad-cca7aaff119b>

1 Perheiden palvelut

- kehittäjäsosiaalityöntekijä Virpi Filppa Pohjois-Suomen sosiaalialan osaamiskeskus

1.1 Palvelukokonaisuuden kuvaus ja lainsäädännöstä nousevat velvoitteet

Työryhmä määritteli (lapsi)perheeksi kotitalouden, jossa vanhemman/vanhempien lisäksi asuu vähintään yksi alle 23-vuotias (vrt. nuorisopsykiatrian ikäraja). Perheille kohdennetuilla palveluilla tuetaan vanhempia tai muita huoltajia turvaamaan lasten ja nuorten hyvinvointi ja kasvatusta. Niihin kuuluvat muun muassa äitiys- ja lastenneuvola, päivähoito, esiopetus, aamu- ja iltapäivätoiminta, koulu- ja opiskeluterveydenhuolto, suun terveydenhuolto, erikoissairaanhoidon synnytys-, lasten ja nuorten palvelut, kasvatusta- ja perheneuvonta, perheasioiden sovittelu, lastensuojelu, adoptio- ja ottolapsineuvonta, huoltajuuteen, elatukseen ja isyyden tunnustamiseen kuuluvat palvelut sekä perhekeskukset, joihin on koottu yhteen monipuolisesti ja -ammattillisesti alueellisia perheiden palveluja. (Palvelut perheille 2015.)

Lasten, nuorten ja perheiden palveluista säädetään sosiaalihuolto-, terveydenhuolto-, lastensuojelu-, isyyslaeissa sekä laissa lapsen huollosta ja tapaamisoikeudesta. Perheiden palveluja koskevat myös erityislait kuten vammaispalvelulaki/laki vammaisuuden perusteella järjestettävistä palveluista ja tukitoimista, laki ja asetus kehitysvammaisten erityishuollosta. Perheiden palveluista säättää lisäksi muun muassa varhaiskasvatustalain/asetus lasten päivähoitosta, perusopetuslaki/-asetus, nuorisolaki, laki toimeentulotuesta, laki nuoren rikoksesta epäillyn tilanteen selvittämisestä, päihdehuoltolaki ja -asetus sekä mielenterveyslaki. Palveluiden ammatillisista kelpoisuuksista säädetään laissa sosiaalihuollon ammattihenkilöistä ja laissa terveydenhuollon ammattihenkilöistä.

Sosiaalihuoltolain (1301/2014, 14§) mukaan kunnan on järjestettävä muun muassa sosiaalityön, sosiaaliohjauksen, sosiaalisen kuntoutuksen, perhetyön, kotipalvelun, asumis- ja laitospalvelut sekä liikumista tukevia palveluja, päihde- ja mielenterveydenhuollon, kasvatusta- ja perheneuvonnan, lapsen ja vanhemman välisten tapaamisten valvonnan, sosiaalipäivystyksen sekä muita tarpeisiin vastaavia asiakkaan hyvinvoinnille välttämättömiä palveluja. On huolehdittava myös lasten ja nuorten huollon, lastensuojelun, ottolapsineuvonnan, perheasioiden sovittelun, lapsen huoltoa ja tapaamisoikeutta koskevan päätöksen vahvistamiseen ja ratkaisemiseen liittyvien tehtävien sekä päätösten täytäntöönpanossa toimitettavaan sovitteluun kuuluvien toimenpiteiden ja lapsen huoltoa ja tapaamisoikeutta koskevan asian tuomioistuinsovitteluun kuuluvien asiantuntijapalveluiden, isyyden selvittämiseen ja vahvistamiseen liittyvien tehtävien sekä opiskeluhuollon järjestämisestä sen mukaan kuin niistä erikseen säädetään.

Sosiaalihuoltolain mukaisista perhepalveluista vastaavat pääosin sosiaalityöntekijät (myös sosiaalijohtaja, sosiaalisihteerit), sosiaaliohjaajat, koulukuraattorit, lastenvalvojat, päihdetyöntekijät, perhetyöntekijät, perheneuvolan psykologit. Pienissä kunnissa korostuu yhdistetty/yhdennetty sosiaalityö. Lapissa 22 % sosiaalityöntekijöistä tekee yhdistettyä sosiaalityötä sisältäen esimerkiksi aikuissosiaalityön, etuuskäsittelyn, päihdetyön, lapsiperhepalvelut, lastensuojelun, vammais- ja vanhuspalvelut (Kostamo-Pääkkö 2013).

Lastensuojelulain (417/2007, 2§) mukaan lasten ja perheiden kanssa toimivien viranomaisten on tuettava vanhempia ja huoltajia heidän kasvatustehtävässään ja pyrittävä tarjoamaan perheelle tarpeellista apua riittävän varhain sekä ohjattava lapsi ja perhe tarvittaessa lastensuojelun piiriin. Kuntia veloitetaan suunnitelmallisuuteen lasten ja nuorten hyvinvoinnin edistämiseksi, lastensuojelun järjestämisessä ja kehittämisessä (14§). Lastensuojelu toteutuu viranomaisten yhteistyönä, mutta lastensuojelutoimenpiteistä päättävänä viranhaltijana toimii lastensuojelun sosiaalityöntekijä (13§).

Terveydenhuoltolain (1326/2010) mukaisiin palveluihin kuuluvat lääketieteellisesti ja hammaslääketieteellisesti perusteltu sairauksien ennaltaehkäisy, sairauden toteamiseksi tehtävät tutkimukset sekä taudinmääritys, hoito ja kuntoutus. Lasten, nuorten ja perheiden palvelutarpeisiin vastataan äitiys- ja lastenneuvolassa, koulu- ja opiskeluterveydenhuollossa, suun terveydenhuollossa, mielenterveys- ja päihdepalveluissa, terveyskeskuksissa ja erikoissairaanhoidossa. Laissa säädetään myös sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistyövelvoitteesta. Tehtävistä vastaavat lääkärit, terveydenhoitajat, psykiatrit, psykologit, psykiatriset sairaanhoitajat, hammaslääkärit, hammashoitajat, lähihoitajat, sairaanhoitajat ym. hoitohenkilöstö.

Lapsiin, nuoriin ja perheisiin liittyvät lait painottavat vahvasti ennaltaehkäisyn ja yhteistyön merkitystä palveluiden tuottamisessa. Sosiaali- ja terveyspalveluiden lisäksi tarvitaan kiinteä, perheenjäsenten tarpeita palveleva, yhteys erityisesti päivähoito-, varhaiskasvatus-, koulu-, oppilaitos-, nuoriso- ja työvoimapaalveluiden yhteensovittamiseen. Myös järjestöt toimivat aktiivisesti useissa Lapin kunnissa.

1.2 Tilastollinen, tutkimuksellinen ja kokemuksellinen taustoituis

Perheiden palvelut tilastojen valossa

Ajalla 2012–2014 lapsiperheiden määrä on laskenut Lshp:ssä. Vuosina 2012–2014 yksinhuoltajaperheiden osuus on ollut lievässä nousussa koko maassa, Lshp:n alueella yksinhuoltajaperheitä on 21,8 % lapsiperheistä, koko maassa 20,8 %. Vuonna 2014 keskimääräistä enemmän yksinhuoltajaperheitä oli Kittilässä (22,1 %), Pelkosenniellä (25,4 %) ja Rovaniemellä (23,2 %). (Sotkanet 2015, tilastokeskus.)

Vuonna 2011 Lshp:n alueella syntyi 1 176 lasta, vuonna 2014 syntyi 128 vauvaa vähemmän (1 048). Jokaisessa Lshp:n kunnassa on neuvola, jonka rooli raskauden, vanhemmaksi tulemisen ja pikkulapsivaiheen tukirakenteena on tärkeä. Vuosina 2012–2014 äitiysneuvolakäyntien määrä on ollut Lshp:n alueella korkeampi kuin koko maassa keskimäärin, mutta määrä on ollut laskussa. Vuonna 2014 erityisen paljon käyntejä on kirjattu Pelkosenniellä, Sodankylässä, Kolarissa ja Kemijärvellä. Jokaiseen raskauden seurantaan liitetään myös erikoissairaanhoidon äitiyspoliklinikkakäynti/-käyntejä, synnytyspaikka on Rovaniemellä. Pitkistäkin synnytysmatkoista huolimatta syntyvien lasten kunto on valtakunnallisessa vertailussa keskimääräistä parempi, mikä ilmeisesti johtuu hyvästä perinatologisen osaamisen ja hoidon tasosta. Tulosten valossa voidaan arvioida matkoista aiheutuvien riskien hallinnan onnistuneen, mutta kehittämistyötä tulee edelleen jatkaa. (Sotkanet 2015, THL.)

Vuonna 2014 alle kouluikäisten osuus Lapin sairaanhoitopiirin alueella oli 7,2 % väestöstä. Kokonaismäärä on ollut laskussa vuodesta 2012, tosin lievää nousua on ollut Enontekiöllä, Kemijärvellä, Kittilässä, Kolarissa, Pelkosenniellä, Pellossa, Posiolla, Savukoskella ja Sodankylässä. Vuosina 2012–2014 koko maan lastenneuvolakäyntien määrä on lisääntynyt, Lshp:n alueella määrä on laskenut. (Sotkanet 2015, THL.)

Vuosina 2012–2014 avohoidon lääkärin 1–6-vuotiaiden potilaiden määrä on ollut Lshp:n alueella jonkin verran koko maan keskiarvoa korkeampi (Sotkanet 2015, THL). Erikoissairaanhoidossa lastensairauksien hoidon tarve painottuu vahvasti 1. ikävuoteen, ollen vielä 2. elinvuonna muita vuosia korkeampi. Syitä ensi vuosien suureen hoidon tarpeeseen ovat vastasyntyneisyyskauden sairaudet ja rakenneviat sekä heikosta vastustuskyvystä johtuva infektiosairastavuuden herkkyyks. Tärkeää on panostaa naisten- ja lastentautiyksiköiden yhteistyöhön sekä neuvoloiden rokotus- ja muihin ennalta ehkäiseviin toimiin. Toinen,

pienempi hoidon tarpeen ikähuippu on murrosiässä, 12–16-vuotiaana. Syitä ovat muun muassa uusi kehitysvaihe, johon saattaa liittyä uusia sairauksia. Kroonisissa sairauksissa seuranta jatkuu läpi lapsuusiän aikuisuuteen ja murrosiässä vastuu omahoidosta siirtyy nuorelle. Tässä siirtymävaiheessa ilmenee usein ikään liittyviä yhteistyö- ja muita erityisongelmia, mikä edellyttää uutta tiiviimpää valmennus- tai sopeuttamisvaihetta oman vastuunoton tueksi. Suuremmissa sairaaloissa on usein ”Lasten ja nuorten yksikkö”, mikä turvaa paremmin vastuunsiirron ja hyvän hoidon jatkumisen aikuisuudessa.

Kouluikäisten, 7–15-vuotiaiden osuus oli 8,8 % väestöstä, kun luku koko maan osalta on 9,7 %. Vuosina 2012–2014 kouluikäisten suhteellinen osuus on laskenut Lshp:n alueella, kuntakohtaista kasvua on ollut vain Inarissa, Kolarissa ja Utsjoella. Ranualla kouluikäisten osuus on yli kolme prosenttiyksikköä suurempi kuin koko maan keskiarvo, mutta myös siellä viime vuosien kehitys on ollut laskusuuntainen. (Sotkanet 2015, tilastokeskus.)

Vuonna 2014 alle 24-vuotiaita oli 1 545 276. Viime vuosina nuorten, 16–24-vuotiaiden, osuus on vähentynyt koko maassa (10,8 % väestöstä vuonna 2014), niin myös Lshp:ssä (10,7 % väestöstä vuonna 2014). Kittilässä ja Muoniossa nuorten suhteellinen osuus on hiukan kasvanut parin viime vuoden aikana. Rovaniemi opiskelukaupunkina ylittää nuorten osuudessa (12,9 % väestöstä) maan keskiarvon, vaikka osuudessa on laskua tapahtunutkin. (Sotkanet 2015, tilastokeskus.)

Lapsiperheiden toimeentuloon liittyvät tilastoidut indikaattorit ovat pääosin parin kolmen vuoden takaisia, joten niitä voidaan tarkastella suuntaa-antavasti. Vuonna 2013 yleinen pienituloisuusaste Lshp:n alueella (15,6) oli korkeampi kuin koko maassa (13,9). Kuntakohtaisesti korkein pienituloisuusaste oli Ranualla ja Savukoskella (20,8) ja Enontekiöllä (18,6). Yksinhuoltajaperheissä pienituloisuusaste (20 %) on lähes kolminkertainen kahden vanhemman perheisiin (7 %) verrattuna. Köyhyys kaventaa lapsen mahdollisuuksia osallistua elinpiiriinsä tavanomaiseen elämään, vaikuttaa kielteisesti lapsen hyvinvointiin ja kehitykseen, aiheuttaa osattomuuden ja ulkopuolisuuden kokemuksia, häpeää ja vaikuttaa kielteisesti terveyteen. (Iivonen 2015; Sotkanet 2015, tilastokeskus.)

Vuonna 2013 Rovaniemen koulutustaso (371) ylitti koko maan arvon (351) samalla tasoittaen Lshp:n alueen keskiarvoa. Vuosina 2012–2013 koulutustasomittain on ollut hienoisessa nousussa kaikissa kunnissa. Kuntakohtaisesti alhaisin koulutustaso oli Posiolla (238) ja Sallassa (236). Koulutuksen ulkopuolelle jääneiden 17–24-vuotiaiden osuus oli vuonna 2013 koko maassa 9,4 % vastaavanikäisestä väestöstä (laskua edellisvuodesta 1,4 prosenttiyksikköä), Lshp:n alueella 8 % (laskua edellisvuodesta 0,9 prosenttiyksikköä). Oppilashuolto- ja koulukuraattoriyöhön sekä etsivään nuorisotyöhön panostaminen lienevät vaikuttaneet suotuisaan kehitykseen. (Sotkanet 2015, tilastokeskus.)

Nuorten hyvin- ja pahoinvoinnista antaa suuntaa THL:n joka toinen vuosi toteuttama kouluterveyskysely. Vuonna 2013 läheisen ystävän puuttuminen kosketti erityisesti Inarin (12,9 %), Ranuan (12,3 %) ja Sodankylän (11 %) nuoria. Kyselyn pohjalta arvioituna Sodankylän nuoret kokivat eniten koulukiusaamista (10,9 %), Lshp:n kuntien keskiarvon ollessa 6,9 %. On osoitettu, että kiusaaminen aiheuttaa lapsissa ahdistusta, masennusta ja itsetuhoisuutta lisäten riskiä sairastua psyykkisesti myös aikuisiässä (ks. esim. Kallionpää 2015). Kohtalaista tai vaikeaa ahdistuneisuutta koetaan Lshp:n alueella (12,8 %) useammin kuin koko maassa keskimäärin (11,3 %): Kittilän (22,9 %) nuorista runsas viidennes, Sodankylän ja Inarin nuorista runsaat 15 %. Lähes kolmannes Inarin (28,4 %) nuorista koki terveydentilansa keskinkertaiseksi tai huonoksi, Sodankylän (21,9 %), Pellon (21,2 %) ja Kittilän (19,8 %) nuorista noin viidennes. (Sotkanet 2015, THL.)

Kasvatus- ja perheneuvonnan asiakasmäärät ovat vuosina 2012–2014 olleet valtakunnallisesti hienoisessa kasvussa, Lshp:n alueella sitä vastoin laskussa (Sotkanet 2015, tilastokeskus). Kunnat järjestävät kasvatus- ja perheneuvolapalvelut eri tavoin – fyysinen perheneuvolapiste on olemassa Rovaniemellä, Kemijärvellä, Sodankylässä ja Inarissa (mielenterveys- ja perheneuvola).

Erikoissairaanhoidon lastenpsykiatriakäynnit ovat valtakunnallisesti tarkastellen lisääntyneet vuosina 2012–2014. Lshp:n alueella (158,9) käyntejä on kuitenkin ollut huomattavasti koko maan keskiarvoa (249,4) vähemmän, vaikka nousua on tapahtunut vuosina 2013–2014. Kuntakohtaisesti tarkastellen Posion käyntimäärä (787,5) on ollut korkein vuonna 2014, mikä pienehköön väestömäärään suhteutettuna tarkoittanee muutamaa lasta. (Sotkanet 2015, THL.)

Lshp:n alueella nuorisopsykiatrian avohoitopalvelujen käyntimäärät ovat muuta maata pienemmät. Vuosina 2013–2014 vain Rovaniemen nuoret ovat käyttäneet palveluja koko maan keskiarvoa enemmän (Sotkanet 2015, THL). Vuonna 2014 rovaniemeläisten käyntejä oli 4 585, hoidettuja henkilöjä 393, jolloin käyntikertoja kertyy noin 11,6 potilas (Lapin sairaanhoitopiirin tilasto/nuorisopsykiatria). Mistä johtuu, että Lshp:ssä käytetään huomattavasti vähemmän lasten ja nuorten psykiatriapalveluja? Tunnistettujen riskitekijöiden (köyhyys, ahdistuneisuus, yksinäisyys jne.) perusteella määrä voisi olla huomattavasti korkeampi. Kyse lienee palvelujen riittämättömyydestä/puuttumisesta, mikä osittain heijastanee psykiatrian työvoimapulaa ja, osin siitä johtuvaa tilannetta, jolloin palveluja ei ole päästy kehittämään kysyntää vastaavalle, kansallisesti tasa-arvoiselle tasolle.

Lapsen seksuaalinen hyväksikäyttö ja perheessä ilmenevä väkivalta voi johtaa vakaviin fyysisiin ja psyykkisiin vammoihin. Lapin poliisitilastoinnin (PolStat) mukaan tällä vuosikymmenellä jokaisessa Lshp:n kunnassa on tehty poliisi-ilmoituksia lapsen seksuaalisesta hyväksikäytöstä. Vuonna 2014 Lapissa tehtiin yhteensä 90 ilmoitusta, kun koko maassa lukumäärä oli 1 420. Vuonna 2015 ilmoitusten määrä laski yli puolella. Poliisiarvion mukaan seksuaalirikosten ilmoitusmäärien vaihteluun on ainakin osittain ollut vaikuttamassa muutaman vuoden takainen ilmoituskynnyksen madaltuminen, jolloin ilmoitettiin myös vuosien takaisista seksuaalirikoksista.

Vuonna 2015 perheväkivaltaan liittyviä kotihälytyksiä tehtiin 263 enemmän kuin vuonna 2010. On tärkeää huomioida, että perheväkivalta sisältää ilmeisimpien väkivallan tekojen lisäksi myös laiminlyönnin ja tekemättä jättämisen. Perheenjäsenten väliselle väkivallalle altistuminen on lapselle yhtä haavoittavaa kuin suoran väkivallan kohteena oleminen. Rovaniemellä sijaitsevan Lapin ensi- ja turvakodin turvakotikäyttö keskittyy pääosin sinne, missä se sijaitsee (Sotkanet 2015, tilastokeskus). Miten turvataan kaikille sosiaalihuoltolain (11§) velvoittama ja valtion rahoittama turvakotimahdollisuus?

Lastensuojeluilmoitusten määrä on ollut kasvussa koko maassa, niin myös Lshp:n alueella (Sotkanet 2015, THL). Selkeä nousupiikki tapahtui vuonna 2013, sen jälkeen kasvu on hidastunut, joissakin kunnissa laskenut – tosin vuoden 2015 loppuvaiheessa tilanne näyttää olevan jälleen vuoden 2013 tasolla esimerkiksi Rovaniemellä. Ilmoitusten määrään vaikuttavat paitsi huoli lasten, nuorten hyvinvoinnista, myös kunnan työntekijätilanne, laki- ja ohjeistusmuutokset, osaamisen ja menetelmien kehittyminen sekä ilmoituskynnys.

Vuosina 2012–2014 lastensuojelun tukitoimien piirissä olevien 0–20-vuotiaiden osuus on koko maassa pysynyt noin 7 %:ssa. Lshp:n alueella vaihteluväli on ollut 6,2 % ja 6,6 %. Kuntakohtaisesti tarkasteltuna eniten avohuollon tukitoimia on kirjattu käytettäväksi Posiolla, Ranualla ja Inarissa. (Sotkanet 2015, THL.)

Huostaanottojen pitkään jatkuneen kasvun pysähtymiseen arvioidaan vaikuttavan, että kunnissa on löydetty vaihtoehtoja lasten huostaanotolle, myös ryhdytty panostamaan pontevammin muun muassa perhetyöhön, kotipalveluun, sijaishuoltoon, tukiperhetoimintaan, perhekahvila- ja leiritoimintoihin (ks. Talouselämä 2015; Yle-uutiset 9.12.2015). Kodinhoitoavun käyttö näyttää lisääntyneen koko maan tasolla, mutta Lshp:n alueella laskeneen, silti ylittäen koko maan keskiarvon (Sotkanet 2015, THL). Työryhmässä pohdittiin kotipalvelun ja perhetyön riittävyttä. Todettiin, että osassa kuntia sitä on kohtuullisen hyvin saatavilla, mutta ei kaikissa. Pitkät matkat ovat haasteellisia kotiin tehtävässä työssä ja työn kohdentaminen tarpeita vastaavaksi vaatii kehittämistä. Lshp:n alueella kodin ulkopuolelle sijoitettuja oli eniten Pellon (2,8 %), Posion (2,6 %) ja Kemijärven (2,2 %) kunnissa (Sotkanet 2015, THL).

Lapsen sijoitukseen tai huostaanottoon voi johtaa paitsi lapsen ja perheen vaikea tilanne, myös yhteiskunnallinen huono-osaisuus ja palvelujärjestelmän kyvyttömyys auttaa. Usein sijoitetun lapsen perheessä on useampia lapsia kuin väestössä keskimäärin, taustalla on ero- ja/tai uusperhe, vanhemman uupumusta, jaksamattomuutta, osaamattomuutta, avuttomuutta, kasvatustyylin sopimattomuutta lapsen tarpeisiin nähden, perheen vuorovaikutusongelmia ja ristiriitoja, perheväkivaltaa tai sen uhkaa, vanhemman mielenterveys- ja/tai päihdeongelmia. (Talouselämä 2015.)

Järjestöt ja yhdistykset tukevat ratkaisevasti lasten, nuorten ja perheiden palveluja. Muun muassa **Erityislusten Omaiset ELO ry.** tarjoaa monipuolista virkistys- ja vertaistukitoimintaa erityislapsille, -nuorille ja heidän perheilleen sekä omaisille järjestämällä perhetapahtumia, vertaistukitapaamisia, perheleirejä ym. Toimintaa on ollut Enontekiöllä, Kemijärvellä, Kittilässä, Kolarissa, Muoniossa, Rovaniemellä, Sallassa ja Sodankylässä. **Lapin ensi- ja turvakoti ry:n** monipuolisiin toimintoihin kuuluu muun muassa ensi- ja turvakoti (24 h/vrk), kriisikeskus, miestyön keskus, avopalvelu- ja jälkihuoltotoiminta, kotona tehtävä työ, Pidä kiinni-hoitojärjestelmän Ensikoti Talvikki ja avopalveluyksikkö Tuulia. **Mannerheimin Lastensuojeluliiton** Lapin piiri ry:hyn kuuluu 24 paikallisyhdistystä, joissa on n. 4 000 jäsentä. MLL:n paikallisyhdistykset tarjoavat kaikenikäisille mahdollisuuden osallistua toimintaan yhdessä lasten, nuorten ja lapsiperheiden kanssa. Toimintamuotoja ovat muun muassa perhekahvilat, kerhot ja vertaisryhmät sekä kylämummi- ja vaaritoiminta, paikallinen vaikuttaminen, oma varainhankinta ja nuorisotyön kehittäminen. MLL:n perhetoimintakeskus toimii Rovaniemellä. **Nuorten Ystävät** on sosiaali- ja terveysalan asiantuntija- ja vaikuttajajärjestö, jonka keskus toimisto sijaitsee Oulussa. Se toimii laajasti sosiaalialan julkisten palvelujärjestelmien merkittävänä yhteistyökumppanina ja kehittäjänä sekä omistamiensa yhtiöiden kautta lastensuojelun, päihdetyön, kehitysvamma- ja mielenterveystyön toimijana. Nuorten Ystävien tehtävänä on vaikuttaa ja edistää lasten, perheiden, nuorten, nuorten aikuisten sekä vammaisten hyvinvointia ja oikeuksia ylläpitämällä myös vahvaa kehittämistoimintaa. (Lappilaiset.fi 2015.)

Perheiden palvelut ammattilaisten ja käyttäjien kokemuksina

Työryhmäkokoontaminen edustaa monipuolista osaamista lasten, nuorten ja perheiden palveluista. Sen kautta hahmottuu kuva pienten kuntien erityisolosuhteista ja saamenkielisten perhepalveluista, ison ja pienemmän kaupungin palvelurakenteista, yhdenmisen työn ja erityisosaamisen toimintaympäristöistä sekä yhteistyön erilaisista puitteista, muodoista ja menetelmistä.

Työryhmän jäsenet toteuttivat toimipaikoissaan pienimuotoisen asiakas- ja työntekijäkyselyn, johon vastasi 27 asiakasta/palveluiden käyttäjää ja 9 työntekijää/työntekijäryhmää. Kysymykset koskivat: lähi- ja etäpalveluja, kokemuksia toimivista ja heikosti toimivista palveluista, sähköisiä palveluja, koordinoitavastuita, kehittämistä, palveluiden rakenteita ja saamenkielisten palveluiden tarpeita.

Hyvät, toimivat prosessit ja käytännöt

Kyselyn perusteella toimiviksi palveluiksi todettiin pääosin nykyisin lähellä tuotettavat palvelut (neuvola, kouluterveys, päivystys, hoitajan vastaanotot, laboratorio, sosiaalitoimi, lastenvalvoja, perhetyö, toimeentulotuki, toiminta- ja puheterapia, etsivä nuorisotyö, lapsiperheiden kerhotoiminta, työterveyshuolto). Työryhmässä pohdittiin, että pienissä kunnissa tyytyväisyysarvioon saattoi vaikuttaa pelko kaikkien lähipalveluiden menettämisestä, johon suhteutettuna kaikki olemassa olevat palvelut näyttävät parempina kuin ei mitään. Toimivista prosesseista todettiin muun muassa, että nopea riittävä tuki tulee olla oikea-aikaista, helposti saatavilla eikä lähetteiden takana, mistä Rovaniemen perheneuvolan ensitiimityö toimii hyvänä esimerkkinä.

Keskussairaالاتasolla toimiviksi todettiin erityisinä kehittämiskohteina pitempään olleet toiminnot, joissa hoidon taso on valtakunnallisestikin katsoen korkea, esimerkiksi lasten diabeteksen ja sydänsairauksien hoito. Valtakunnallisessa vertailussa myös syntyvien lasten kunto on keskimääräistä parempi, mikä ilmeisesti johtuu hyvästä perinatologisen osaamisen ja hoidon tasosta. Yleinen raskaudenseuranta, raskausdiabeteksen seulonta oraalilla glukoosirasitustestillä, SF-mittaseulonta toimii. Myös yhteistyö neuvoloiden kanssa toimii, koska lähetteet tulevat hyvin perille sähköisin järjestelmin.

Kehittämiskohteet

Toteutetun kyselyn ja työryhmätyöskentelyn pohjalta keskeisinä puutteina, heikkouksina ja mahdollisina kehittämiskohteina näyttävät:

- tiedonkulun ja tietotekniset puutteet/vaikeudet/haasteet
- jonot
- sekava palvelujärjestelmä / palveluohjaus ja palveluiden koordinointi ontuu
- ennaltaehkäisevän työn haasteet
- palveluiden puuttuminen / pitkät matkat / tiukka talous
- työskentelytapojen järjeistäminen / päällekkäisen työn ehkäiseminen / työskentelyn painopisteen suuntaaminen asiakkaan / potilaan varsinaiseen tarpeeseen / tilanteeseen
- maahanmuuttajien huomioiminen perheiden palveluissa

Saamenkielisten (Saamen kielilaki 1086/2003) palveluiden osalta kyselyyn vastaajat totesivat omankielisten palveluiden olevan tärkeitä ja tukevan yhdenvertaisuutta. Huomiota kiinnitettiin muun muassa saamenkielisten terveysneuvontamateriaalien ja testien puuttumiseen, esimerkiksi neuvolassa LENE on vain suomenkielisille/Suomen kulttuuriin suuntautunut. Erikoissairaanhoidossa omankielisten palveluiden saaminen saattaa olla satunnaista. Erikoissairaanhoidon lasten poliklinikka- ja osastohoidossa tulkkausta on saatavissa. Sekä lastentaudeilla että äitiyspoliklinikalla saamenkielisten palvelujen käyttö on ollut vähäistä, mutta mielletään tärkeäksi palveluksi.

1.3 Johtopäätökset

Perheet ovat usein palveluviidakon keskellä tietämättä, keneen ottaa yhteyttä, kuka vastaa, kuka koordinoi. Kaupungissa palveluja on tarjolla, mutta kokonaisuutta ei kyetä hahmottamaan. Pienissä kunnissa kokonaisuuden voi hahmottaa paremmin, mutta tarvittavia palveluja ja erityisosaamista puuttuu. Ilmestyneen HuosTa-tutkimuksen mukaan sijoitetuista lapsista lähes 40 % oli saanut jopa seitsemää tai sitäkin useampaa palvelua. Hälyttävää kuitenkin oli, että 70 % aineiston lapsista tai nuorista ei ollut saanut

jotakin tarvitsemaansa palvelua, koska sitä ei ollut lainkaan tai riittävästi tarjolla. Erityisesti päihde- ja mielenterveyspalvelujen saamisessa oli puutteita ja ammattilaisten vastuunjako epäselvää. (Talouselämä 2015.)

Työryhmän lähtökohtana on tarkastella perheiden palveluja tarvelähtöisesti huomioiden yhteen sovitettua ja oikea-aikaisesti saatavaa sosiaali- ja terveyspalvelut sekä niin sanottuja rajapintapalveluita (päivähoito, varhaiskasvatus, koulu jne.). Tulevassa muutoksessa on varmistettava riittävät, vaikuttavat ja ihmislähtöiset palvelut kaikille suomalaisille (Rehula 2015).

Työskentelyn alussa (lapsi)perheeksi määriteltiin kotitalous, jossa vanhemman/vanhempien lisäksi asuu vähintään yksi alle 23-vuotias (vrt. nuorisopsykiatrian ikäraja). Tilasto- ja kyselyaineiston sekä työryhmän ammatillisen asiantuntijuus- ja kokemustiedon valossa kevään työskentelyssä syventävästi tarkasteltaviksi asiakasprosesseiksi valikoitui:

- vanhemmaksi/perheeksi tulon vaihe (raskaus–3 vuotta)
- nuorten (13–17-v.) pahoinvointi/elämässä pärjäämisen pulmat

Edellisellä sivulla esiin nostetut perhepalveluiden puutteet, heikkoudet ja kehittämiskohteet tulevat tarkasteltaviksi näiden valittujen asiakasprosessien kautta.

Raskaus-, synnytys- ja pikkuvauvavaiheessa todellistuu ennaltaehkäisy, varhaisen tuen ja avuntarpeen huomiointi sekä tarpeeseen oikein kohdennettu apu, joilla perheen kokonaisuudessa on kauaskantoiset seuraukset. Vaiheessa kuntakohtaisilla neuvoloilla on perinteisesti ollut ja on edelleen hyvin tärkeä rooli. Lshp:n kuntien hyvinvointikertomuksissa (Ijäs-Kallio ym. 2015) painotetaan vahvasti ennaltaehkäisyä ja varhaista puuttamista lasten, nuorten ja lapsiperheiden hyvinvoinnin tukemisessa. Itä-Lapissa korostuvat myös korjaavat toimet ennaltaehkäisyn rinnalla. Hyvinvointisuunnitelmissa huomioidaan erityisesti lasten ja nuorten psykososiaalisen hyvinvoinnin tukeminen. Erikoissairaanhoidossa lastensairauksien hoito painottuu ensimmäiseen ja toiseen ikävuoteen, jolloin ilmenevät vastasyntyneisyyskauden sairaudet ja rakenneviat sekä useat infektioaudit johtuen pienokaisten heikosta vastustuskyvystä. Sosiaali- ja terveyspalveluiden kokonaistoimivuutta testataan jokaisen raskauden ja vauvavaiheen aikana.

Lshp:n alueella nuoret (8.–9.-luokkalaiset) kokevat ahdistusta useammin kuin koko maassa keskimäärin ja terveytensä koko maan keskiarvoa huonommaksi. Myös yksinäisyyden kokemukset ovat muuta maata yleisempiä. Koulukiusaamista esiintyy saman verran kuin koko maassa. Nuorten pahoinvointi ilmenee myös masennuksena, pelko- ja jännitystiloina, viiltelynä, päihteiden käyttönä, itsemurha-ajatuksina ja itsemurhina, koulutuksen ulkopuolelle tipahtamisena/jättäytymisenä, mielenterveysongelmina jne. Nuorten haasteita ovat myös arjenhallinta, sosiaalinen epävarmuus ja selviytyminen. Palveluiden puute, vastuunjaolliset epäselvyydet ja pallottelu hankaloittavat avun ja tuen saannin mahdollisuuksia. On tärkeää, että kuntien hyvinvointikertomuksissa on huomioitu muun muassa koulutuksen ulkopuolelle jääneet nuoret ja heidän hyvinvointiinsa panostaminen (Ijäs-Kallio ym. 2015). Nuorten palvelutarpeeseen vastaamiseksi tarvitaan erilaisia muotoja ja menetelmiä sekä oikea-aikaista ”koppia” siihen hetkeen, kun avun tarve ilmaistään.

Tarja Paakkosen (2015, 45) katsauksessa ehkäisevän työn kustannusvaikutuksista lapsiperhepalveluissa osoitetaan, että kotimainen tieteellinen tutkimus kustannusvaikuttavuudesta puuttuu lähes kokonaan. Kustannustietoutta toki on. Esimerkiksi lastensuojelun palvelu- ja kustannustietoja on vuodesta 2003 kerätty kuuden kaupungin alueella (Helsinki, Espoo, Vantaa, Turku, Tampere ja Oulu). Vuodesta 2007 lähtien ns.

Kuusikko-raportti löytyy osoitteesta <http://www.kuusikkokunnat.fi/?id=CE9D03AC-EACC4A78904A-036B60905F47>. Vuosittainen kustannustarkastelun suhteuttaminen säädös-, prosessi-, toiminta-, menetelmä- ja henkilöstökehityksellisiin muutoksiin on vaativa, mutta lienee toteutettavissa. Riittävän monitasoisesti ja pitkäjänteisesti toteutettuna voitaneen päästä myös lasta suojaavien toimien ja perhepalveluiden vaikuttavuuden arviointitutkimukseen, jonka yhtenä osatekijänä ovat kustannukset.

2 Aikuisten psykososiaaliset palvelut

- kehittäjäsosiaalityöntekijä Nina Peronius Pohjois-Suomen sosiaalialan osaamiskeskus

2.1 Palvelukokonaisuuden kuvaus ja lainsäädännöstä nousevat velvoitteet

Työryhmän keskustelut käsittivät 18–65-vuotiaiden palveluja. Työryhmä koostuu ensi sijassa päihde- ja mielenterveystyön ammattilaisista, joten työryhmä päätti keskittyä em. palveluihin ja käsitellä sosiaalityötä vain rajallisesti. Mielenterveys- ja päihdepalvelujen kehittämisessä on huomioitava tiettyjä valtakunnallisia muutostrendejä, joista oleelliset ovat:

- Mielenterveys- ja päihdepalvelujen yhdistymistoive Mieli 2009 -suunnitelman mukaisesti ja kysymys siitä, jatketaanko tavoitteen edistämistä kärkihankeajankana?
- Päihdepalvelujen painopiste on ollut viime vuosikymmenen ajan siirtymässä sosiaalipuolelta hoitopuolelle. Jatkuuko trendi? Halutaanko siihen mukaan?
- Päivystysasetuksen aiheuttamat muutokset mielenterveyspäivystystoiminnassa.
- Sosiaalityön näkymättömyys ja viimesijaisuus palvelujärjestelmässä?

Sosiaalihuoltolaissa¹² säädetään, miten ja mitä sosiaalipalveluja kunnan on tuotettava ja millä edellytyksillä. Se on sosiaalihuollon peruslaki, samalla tavalla kuin terveydenhuoltolaki¹³ ohjaa terveydenhuollon järjestämistä. Oleelliset päihde- ja mielenterveyspalveluja ohjaavat lait ovat päihdehuoltolaki¹⁴ ja mielenterveyslaki¹⁵. Päihdeasioista mainitaan myös monissa muissa laeissa¹⁶. Laatusuosituksilla ja käypä hoito-ohjeistuksella pyritään vaikuttamaan päihde- ja mielenterveystyön kehitykseen ja sisältöön.¹⁷ Koska monet sosiaalihuollon sekä päihde- ja mielenterveyspalvelujen asiakkaat ovat erityisen haavoittuvia, korostuvat palvelujen järjestämisessä perus- ja ihmisoikeudet sekä asiakkaan asema ja oikeudet¹⁸.

Laki ehkäisevän päihdetyön järjestämisestä¹⁹ astuu voimaan 1.12.2015 ja se korvaa raittiustyölain. Ehkäisevän päihdetyön kenttään kuuluvaksi on laajennettu myös rahapelihaittojen ehkäisy. Lain tarkoituksena on ehkäistä ja vähentää alkoholistia, huumeista, tupakasta, lääkkeiden väärinkäytöstä ja rahapeleistä ihmisille aiheutuvia haittoja. Tavoitteena on lisäksi lisätä terveyden ja hyvinvoinnin tasa-arvoa alueellisesti. Kuntia veloitetaan nimeämään ehkäisevää päihdetyötä koordinoiva toimielin. Aluehallintovirastot tukevat ehkäisevän päihdetyön koordinaatiota. Päihde- ja mielenterveyspalveluissa merkittävin osa työstä tehdään muualla kuin varsinaisissa hoitoprosesseissa, eli muun somaattisen hoidon sekä sosiaalipalvelujen toimialalla ja kunnille jäävissä terveyden ja hyvinvoinnin edistämisen tehtävissä.

¹² Sosiaalihuoltolaki 710/1982 (voimassa osin 31.12.2015 saakka) ja Sosiaalihuoltolaki 1301/2014 (voimassa kokonaan 1.1.2016 alkaen)

¹³ Terveydenhuoltolaki 1326/2010

¹⁴ Päihdehuoltolaki 17.1.1986/41

¹⁵ Mielenterveyslaki 1116/1990

¹⁶ Kansanterveyslaki (1972/66), Erikoissairaanhoidonlaki (1989/1062), Tupakkalaki (1976/693) ja toimenpideasetus (1977/225), Lastensuojelulaki (417/2007), Alkoholilaki (1.1/959), Lääkelaki (395/1987), Huumausainelaki (1289/1993), Poliisilaki (493/1995)

¹⁷ Mieli 2009 -suunnitelma, Mielenterveyspalveluiden laatusuositus (2001), Päihdepalveluiden laatusuositus (2002), Ehkäisevän päihdetyön laatukriteerit (2006), Mielenterveyskuntoutujien asumispalveluja koskeva kehittämissuositus (2007)

Käypä hoito -suositukset: depressio (2004/2009), alkoholiongelmaisen hoito (2005), huumeongelmaisen hoito (2006), kaksisuuntainen mielialahäiriö (2008), skitsofrenia (2001/2008), epävaka persoonallisuus (2008)

¹⁸ Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992, Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista 812/2000

¹⁹ Laki ehkäisevän päihdetyön järjestämisestä (523/2015, Finlex),

2.2 Tilastollinen, tutkimuksellinen ja kokemuksellinen taustoitus ja analyysi

Tilastotietojen saatavuus ja hyödynnettävyys on hyvin vaihtelevaa mielenterveys-, päihde- ja sosiaalipalvelujen osalta. Tässä nykytilaraportissa turvaudutaan ensi sijassa muualla tehtyihin tilastanalyysiin ja pyritään niiden kautta tekemään johtopäätöksiä. Tutkimuksellista tai kokemuksellista taustoitusta ei esitellä. Lähteet alaviitteinä niitä ensimmäistä kertaa esiteltäessä ja kuviot raportin erillisenä liitteenä.

Mielenterveys

Mielenterveyden sairaudet aiheuttavat pääosan ennenaikaisista eläköitymisistä ja joka kymmenen suomalainen tuntee itsensä aika-ajoin masentuneeksi. Mielenterveyden edistäminen ja sen ongelmiin saatava nopea ja tehokas apu ovat siis taloudellisesti ja inhimillisesti hyvin merkittäviä. THL:n Mielenterveysindeksi²⁰ Lapin sairaanhoitopiirin alueella oli 108 vuonna 2013, joka on siis keskiarvoindeksiä (100) korkeampi, mutta matalampi kuin OYS-erva -alueen indeksi (122). Lapissa mielenterveysindeksi vaihtelee Muonion 61:stä Posion 136:een.

Kun OYS-ervan laatimia nelikenttiä (THL:n mielenterveysindeksin suhde avopalveluihin ja laitoshoitoon) katsoo Lapin sairaanhoitopiirin kuntien osalta, voi havaita, että alhaisemman mielenterveysindeksin kunnista (Kolari, Muonio, Inari, Kittilä) Kolarilla on vähiten sekä avo- että laitoshoidon palvelunkäyttöä, Muoniossa ja Inarissa hieman Kolaria laitospainotteisemmat mielenterveyspalvelut ja Kittilässä matala avopalvelujen käyttö, mutta lähes eniten psykiatrian vuodeosastokäyttöä.

Nelikentässä keskiarvoa suuremman mielenterveysindeksin (Salla, Pello, Sodankylä, Kemijärvi, Rovaniemi, Posio, Ranua) kunnista Sallassa on vähiten avopalvelujen käyntejä, mutta keskiarvoa enemmän laitoshoittoa, kun taas Pellossa on tilanne päinvastainen: Pellolaiset käyttävät vähän laitoshoitopalveluita, mutta paljon avohoittoa. Sodankylässä ja Kemijärvellä ja Rovaniemellä hoito vaikuttaa hieman laitospainotteiselta, mutta Posiolla ja Ranualla avohoitopainotteisemmalta. Savukoski, Pelkosenniemi, Utsjoki ja Enontekiö eivät esiinny kuviossa, koska niiden kuntien osalta Sotkanet ei ilmoita mielenterveysindeksiä.

Mielenterveysindeksin, avopalvelujen ja laitospalvelujen osalta vaihtelu Lapin sairaanhoitopiirin kuntien välillä on merkittävää. Lapin kuntien terveydenhuolto on vastannut mielenterveyden avopalveluiden järjestämisestä ja Rovaniemellä on viime vuosina panostettu avopalveluihin henkilöstöä lisäämällä ja perustamalla erillinen Mieli-tiimi aikuisille. Rovaniemellä näkyy palvelujen tarpeessa nousevana 1980–90-luvulla syntyneiden palvelutarve sekä tiukentuneesta työelämästä johtuva tuen tarve. Kemijärvellä toimii yhdistetty perhe- ja mielenterveysklinikka, jossa ei ole eriytetty lasten, nuorten ja lapsiperheiden palveluja aikuisten palveluista. Kemijärven PeMi tarjoaa palveluita myös Pelkosenniemelle ja Savukoskelle. Sallassa, Sodankylässä, Inarissa, Kittilässä ja Kolarissa, Utsjoella, Pellossa, Posiolla ja Ranualla on mielenterveystoimisto, jossa on vähintään yksi–kaksi psykiatrista sairaanhoitajaa ja osassa myös psykologin palveluita. Psykiatrian erikoislääkärin palvelut toteutuvat Rovaniemellä lukuun ottamatta pääsääntöisesti ostopalveluina. Enontekiön ja Muonion perusterveydenhuollon kuntayhtymä hankkii mielenterveyshoitajan ja psykiatriin palvelut ostopalveluna suoraan Lapin sairaanhoitopiiriltä.

Lapin sairaanhoitopiirin alueella erikoissairaanhoito on perinteisesti vastannut ensisijaisesti laitoshoidosta, mutta on viime vuosina vähentänyt sairaalasioja ja panostanut poliklinikka- ja avopalveluihin. Aikuispsykiat-

²⁰ OYS-erva selvitys mielenterveyspalvelut: <http://www.ppsph.fi/erityisvastuualue/prime101.aspx>

rian poliklinikalle tullaan läheteellä ja siellä toimii mielialalinja ja psykoosilinja sekä epävakaan persoonallisuushäiriön työryhmä. Nyt on otettu käyttöön Mielenterveystalo.fi -palvelut sekä panostettu videoteitse tarjottavaan tukeen.

Psykiatrian laitoshoitopaikkoja on Muurolan psykiatrisessa sairaalassa neljällä eri osastolla yhteensä 72. Hoitajaksot psykiatrian osastolla ovat OYS-erva -alueen toiseksi pisimmät Kainuun jälkeen ja hoitajaksojen keston ero verrattuna esimerkiksi Länsi-Pohjan alueeseen on merkittävä (Lappi 121 ja Länsi-Pohja 96). Hoitajaksoja on kuitenkin vähemmän, kuin maassa keskimäärin (indeksi 96). Muurolaan siis tullaan pidemmäksi aikaa, mutta hieman harvemmin.

Psykiatrian asumispalveluissa/kuntoutuskodeissa on Lapissa hieman keskiarvoa enemmän asiakkaita kuin Suomessa tai OYS-erva -alueella keskimäärin. Asukkaita on ollut noin 225 henkilöä/vuodessa, joista alle 65-vuotiaita on ollut noin 170. Lapin pienimmissä kunnissa (Enontekiö, Muonio, Pelkosenniemi ja Savukoski) ei ole ollut yhtään asiakasta psykiatrisissa kuntoutuskodeissa, Sallassa ja Sodankylässä asukkaita on eniten suhteessa asukasmäärään ja Rovaniemellä on noin 100 asukasta. Pienissä kunnissa palveluja järjestetään osana muita sosiaalipalveluja, jolloin asukkaat eivät kirjaudu psykiatrian asumispalveluihin. Kaikilla psykiatrian asumispalvelujen asukkailla ei ole jatkuvaa hoitosuhdetta arjen tukena.

Päihdepalvelut

Alkoholi on Lapin eniten haittoja aiheuttava päihde. Lapin keskiarvoa korkeampi myyntitilastoihin vaikuttaa myös Norjan rajakauppa sekä turismi. Huumeita käytetään kaikissa Lapin kunnissa, mutta käyttö näkyy selvimmin Rovaniemellä ja Kemijärvellä. Päihde- ja huumeusaineriippuvuuksien lisäksi pelaaminen aiheuttaa ongelmia myös Lapissa. Päihdeongelmien osalta huomattavaa on, että suurin osa alkoholin liikakäyttäjistä on edelleen työelämässä olevia miehiä, vaikka naisten osuus on viime vuosina kasvanut. Päihteiden liikakäyttö piiloutuu usein muiden terveysongelmien taakse (unihäiriöt, masennus, vatsavaivat, ylipaino). Vain hyvin pieni osa alkoholin ongelmakäyttäjistä hakeutuu omaehtoisesti päihdehoidon piiriin, joten muun järjestelmän huomion kiinnittäminen alkoholin käytön mahdollisuuteen ongelmien taustalla on välttämätöntä.

Päihdepalvelujen tarkastelu tilastotiedon pohjalta on vielä hatarammalla pohjalla kuin mielenterveyspalvelujen. Erillisiä päihdepalveluita ja päihdetyöntekijöitä on vain osassa Lapin sairaanhoitopiirin kuntia ja mitä pienempi kunta, sitä todennäköisemmin päihteitä ongelmallisesti käyttäville asiakkaille tarjotaan välttämättömät palvelut sosiaalihuoltolain perusteella: osana yleistä sosiaalityötä, toimeentulotukea, kotipalvelua ja asumispalvelua, perusterveydenhuoltoa ja mielenterveyspalveluja, jolloin ne eivät välttämättä kirjaudu päihdepalveluiksi. Pitkät etäisyydet ja palvelumuotojen vähäisyys vaikuttavat myös hoitoon hakeutumiseen. Rovaniemellä päihdepalvelujen henkilöstömäärää on jouduttu lisäämään erityisesti korvaushoidon yleistymisen myötä.

Päihdehuollon avopalveluissa A-klinikoiden asiakkaana (Ensisijaisesti Rovaniemi ja Kemijärvi) on Lapissa vuosina 2011–2013 ollut alle kahdeksan asiakasta tuhasta asukasta kohden, eli vajaat 900 lappilaista, joista korvaushoitolaisia vajaa 50. Päihteiden vuoksi sairaaloiden ja terveyskeskusten vuodeosastolla hoidettuja on Lapissa 3,8/1 000 asukasta kohden. Vuodeosastojaksot, ainakin pienemmissä kunnissa, ovat useimmiten ns. osastokatkaisuja, jotka kestävät tavallisesti 3–5 vuorokautta. Psykiatrian hoitopalvelujen osana, Muurolan sairaalan yhteydessä, toimii 12 paikkainen Lapin päihdekliniikka, joka tarjoaa myös korvaushoidon arviointijaksoja, konsultaatiopalvelua ja ohjausta Lapin kunnille ja kuntalaisille. Kuntoutus- ja asumisjaksoja hankitaan Lapin kunnissa myös mm. Minnesota-hoitopaikoista, Järvenpään sosiaalisairaalaista, Botnia 24/Päihdehelpistä

Kemissä sekä Lapin Kehdosta. Vuosien 2011–2013 keskiarvojen perusteella Lapissa on päihdehuollon laitoksissa ollut hoidossa 1,9 asiakasta tuhatta asukasta kohden, noin 225 henkilöä (valtakunnallinen ka 3,2). Päihdehuollon nettokustannukset Lapissa ovat alle OYS-erva -alueen ja reilusti alle maan keskiarvon, eli 21 €/asukas. Keskimäärin kustannuksia on ollut vuosien 2011–2013 aikana 2,5 m€.

Sosiaalityö

Ryhmässä ei ole käyty tarkempaa keskustelua siitä, mitä on mielenterveys- ja päihdepalveluihin oleellisesti liittyvä sosiaalityö tai sosiaalipalvelut. Toimeentulotukitilastojen mukaan toimeentulotuen saajien määrät ja myönnetyn toimeentulotuen määrät vaihtelevat voimakkaasti kunnittain. On oletettavaa, että muut sosiaalityön palvelut sekä sosiaalipalvelut noudattavat tätä samaa trendiä. Osassa kuntia tukea kyetään tarjoamaan laajemmin palvelujen ja muun tuen muodossa, jolloin erityisesti ehkäisevää tai täydentävää toimeentulotukea ei käytetä niin paljon. Myös kunnan asuntotilanne ja vuokra-asumisen kustannukset vaikuttavat myönnettävän toimeentulotuen määriin.

Tiiviisti päihde- ja mielenterveyspalveluihin liittyvät sosiaalipalveluista ainakin ohjaus ja neuvonta, sosiaalityö, toimeentulotuki, rakenteellinen sosiaalityö, asumisen tuen palvelut ja palveluasuminen, liikkumista tukevat palvelut, sosiaalinen kuntoutus ja kuntouttava työtoiminta sekä velkaneuvonta ja sosiaalinen luototus.

2.3 Johtopäätökset

Työryhmän syksyn työskentelyn pohjalta oleellisimmiksi kannanotoiksi nousivat seuraavat asiat:

- Päihde- ja mielenterveysasiat kuuluvat vahvasti kuntiin jäävään terveyden ja hyvinvoinnin edistämisen tehtäväalalle sekä muihin asiakasprosesseihin, eli siis lapsiperheiden ja nuorten sekä ikäihmisten palveluihin, kuntoutuspalveluihin, päivystykseen ja sairaankuljetukseen, somaattisten sairauksien ehkäisyyn ja hoitoon sekä vammaispalveluihin.
- Perustason tiedot, taidot ja asenteet päihde- ja mielenterveysasiakkaita kohdatessa tulee määritellä sekä hallita kaikissa asiakkaita ja potilaita kohtaavissa palveluissa ja erityispalveluista tulee saada perustasolle säännöllistä koulutusta, konsultaatiota sekä tukea sekä selkeät ohjeet hoitopalveluihin haikutumiseen

Työryhmän työskentelyssä esille nousseita hyviä, toimivia prosesseja ja käytäntöjä, jotka halutaan levittää koko alueelle:

- Pysyvä terveyskeskusomalääkärisuhde ja sujuva konsultointimahdollisuus erityisosaamisen puolelta, jossa diagnoosipohjaiset linjat, jotka takaavat tasalaatuiset palvelut ja osaamisen
- Lähetteettömyys, yhden oven periaate eli yhtenäiset tilat tai sujuva yhteistyöorganisaatio esim. kotipalvelun, neuvolan, koulun, sosiaalitoimen kanssa
- Kotona selviämistä ja arjen tukea painottavat hoito- ja tukiprosessit
- Perheen, lasten ja läheisten huomioiminen ja tukeminen sekä mukaan ottaminen hoito- ja tukiprosessien suunnitteluun
- Säännölliset asiakasryhmät ja pysyvät hoitotiimit
- Kehitetyt, toimivat hoitopolut ja -ryhmät: klotsapiiniryhmä, avokatkaisu, korvaushoito
- Pari-, ryhmä- ja verkostoterapiat

- Järjestöyhteistyö

Työryhmässä esille nousseet, asiakasryhmiä koskevat erityiset huolenaiheet, joihin tulee jatkossa panostaa:

- Neuropsykiatriset ongelmat, erityisesti nuorilla
- Masennus ja syrjäytyminen
- Skitsofrenian ja psykoosien hoidon koordinaation kehittäminen (proaktiivinen reagointi tilanteen muutoksiin, sairaalajaksojen lyhentäminen, hoidon tason säilyminen avopalveluissa)
- Dementia ja kehitysvamma-asiakkaiden asema psykiatrisissa palveluissa
- Päihde ym. riippuvuudet, kaksoisdiagnoosipotilaat

Työryhmässä esille nousseet, palveluprosessiin liittyvät kehittämisen tämänhetkiset tarpeet:

- Varhaisempi palveluihin pääseminen, matala kynnyks ”aina oikea ovi”
- Sujuva ohjautuminen oikeaan palveluun ensikontaktista
- Asiakkaan palvelun piirissä pysymisen varmistaminen/hoitomyönteisyys
- Joustava, reaaliaikainen konsultaatiomahdollisuus
- Erityis- ja peruspalvelujen rajan mataloituminen ja pysyvä keskusteluyhteys
- Hoidon vastuutaso selkeyttäminen: erityis- vai perustasolla?
- Siirtymävaiheet palvelujen rajalla (sairaalasta kotiutus jne.)
- Verkko- ja videomuotoiset palvelut asiakkaille ja ammattilaisille
- Säännönmukainen lisäkoulutus mt- ja päihdeasioista kaikille sosiaali- ja terveyssektorin, koulun sekä nuorisotoimen työntekijöille.
- Leimaaviin asenteisiin vaikuttaminen

3 Ikäihmisten palvelut

- projektipäällikkö Leila Mukkala Pohjois-Suomen sosiaalialan osaamiskeskus

3.1 Palvelukokonaisuuden kuvaus ja lainsäädännöstä nousevat velvoitteet

Iäkkäiden ihmisten sosiaaliturva koostuu palveluista ja toimeentuloturvasta. Palvelut järjestetään osana sosiaali- ja terveydenhuoltoa. Kunnat voivat tuottaa palvelut itse tai ostaa ne muilta kunnilta tai yksityisiltä palveluntuottajilta. Yksityisten palveluntuottajien toimintaa säätelee laki yksityisten sosiaalipalvelujen valvonnasta²¹. Sosiaali- ja terveydenhuollon kunnallisista palveluista säädetään sosiaalihuoltolaissa²², terveydenhuoltolaissa²³, kansanterveyslaissa²⁴ ja erikoissairaanhoidolaissa²⁵. Oikeudesta käyttää saamen kieltä säädetään saamen kielilaissa (1086/2003).

Ehkäisevät palvelut

Ehkäiseviin palveluihin sisältyvät mm. neuvontapalvelut (kuten seniori-infot), hyvinvointia edistävät kotikäynnit, päiväkeskukset, rokotukset jne. Vanhuspalvelulain²⁶ mukaan kunnan on järjestettävä ikääntyneen väestön hyvinvointia, terveyttä, toimintakykyä ja itsenäistä suoriutumista tukevia neuvontapalveluja. Lisäksi kunnan on tarjottava hyvinvointia, terveyttä, toimintakykyä ja itsenäistä suoriutumista tukevia terveystarkastuksia, vastaanottoja tai kotikäyntejä erityisesti niille ikääntyneeseen väestöön kuuluville, joiden elinoloihin tai elämäntilanteeseen arvioidaan tutkimustiedon tai yleisen elämäkokemuksen perusteella liittyvän palveluntarvetta lisääviä riskitekijöitä.

Palvelutarpeen arviointi

Jos iäkäs ihminen tarvitsee kotipalveluja, omaishoitoa, laitoshoidoa, vammaispalveluja, toimeentulotukea tai muita sosiaalihuollon palveluja, näiden myöntämistä varten kunnan viranomainen arvioi palveluntarpeen. Palveluntarpeiden selvittämisestä vastaa työntekijä, jolla on laaja-alaista asiantuntemusta sekä tarkoituksenmukainen sosiaalihuollon ammatillisen henkilöstön kelpoisuusvaatimuksista annetussa laissa (272/2005) tai terveydenhuollon ammattihenkilöistä annetun lain (559/1994) 2 §:ssä tarkoitettu kelpoisuus. Sosiaalihuoltolaki turvaa 75 vuotta täyttäneille pääsyn sosiaalipalvelujen tarpeen arviointiin seitsemäntenä arkipäivänä yhteydenotosta kuntaan. Terveyspalvelujen pääsyn aikarajoista, hoitotakuusta, terveydenhuoltolaissa. Sosiaalipalvelujen saannin aikarajat ja Terveyspalvelujen saannin aikarajat.

Terveyspalvelut

Terveyspalveluihin sisältyvät oman kunnan terveyskeskuksen palvelut, kuten terveystarkastukset, hammashuolto, kotisairaanhoido, kuntoutuspalvelut ja apuvälineet, akuuttisairaalahoido, poliklinikka, vastaanotot, ensihoito, lyhytaikainen sairaalahoido ja sairaalakuntoutus. Tarvittavat erikoissairaanhoidon palvelut järjestää sairaanhoitopiiri.

²¹ Laki yksityisten sosiaalipalvelujenvallonnasta 603/1996

²² Sosiaalihuoltolaki 1301/2014

²³ Terveydenhuoltolaki 1326/2010

²⁴ Kansanterveyslaki 66/1972

²⁵ Erikoissairaanhoidolaki 1062/1989

²⁶ Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista 980/2012

Kotihoito (kotipalvelu ja kotisairaanhoido + lääkäri) ja tukipalvelut

Kunnan on toteutettava iäkkään henkilön arvokasta elämää tukeva pitkäaikainen hoito ja huolenpito ensisijaisesti hänen kotiinsa annettavilla ja muilla sosiaali- ja terveydenhuollon avopalveluilla. Monissa kunnissa kotipalvelu ja kotisairaanhoido on yhdistetty kotihoidoksi, jota täydentävät tukipalvelut. Kunnan käytettävissä on oltava ikääntyneen väestön hyvinvoinnin, terveyden, toimintakyvyn ja itsenäisen suoriutumisen tukemista sekä iäkkäiden henkilöiden tarvitsemien sosiaali- ja terveyspalvelujen laadukasta järjestämistä varten riittävästi monipuolista asiantuntemusta. Erityisasiantuntemusta on oltava ainakin hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen, gerontologisen hoito- ja sosiaalityön, geriatrian, lääkehoidon, ravitsemuksen, monialaisen kuntoutuksen sekä suun terveydenhuollon alalta.

Veteraanipalvelut ja -etuudet

Veteraanipalvelut ja etuudet on tarkoitettu vuoden 1939–1945 sodissa palvelleiden kuntoutukseen, hoitoon ja toimeentuloon. Sotainvalidien kuntoutuksesta, elinkorosta ja sosiaali- ja terveyspalveluista ja niiden korvauksista kunnille säädetään sotilasvammalain²⁷. Rintamaveteraanien kuntoutuksesta säädetään laissa rintamaveteraanien kuntoutuksesta sekä laissa eräissä Suomen sotiin liittyneissä tehtävissä palvelleiden kuntoutuksesta. Sotilasvammalaki²⁷, Laki rintamaveteraanien kuntoutuksesta²⁸ ja Laki eräissä Suomen sotiin liittyneissä tehtävissä palvelleiden kuntoutuksesta²⁹. Rintamasotilaslain³⁰ säädetään rintamasotilaseläkelain³⁰ ja laissa ulkomaille maksettavasta rintamalisästä³¹.

Muistisairaiden palvelut

Sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstö ohjaa ja neuvoo muistisairaiden tarvitsemissa erityispalveluissa. Useissa kunnissa on muistihoitajia, -neuvoja tai -koordinaattoreita. Myös muistihäiriö- ja dementiayhdistysten alueelliset asiantuntija- ja tukikeskukset eli Muistiluosit tarjoavat neuvontaa ja ohjausta.

Asumispalvelut ja perhehoito sekä pitkäaikainen laitoshoido

Asumispalveluilla tuetaan ikääntyneiden itsenäistä asumista myöntämällä korvausta asunnon muutostöihin tai tarjoamalla palveluasunto. Perhehoidon tavoitteena on antaa perhehoidossa olevalle henkilölle mahdollisuus kodinomaiseen hoitoon ja läheisiin ihmisiin sekä edistää hänen perusturvallisuuttaan ja sosiaalisia suhteitaan, perhehoitolaki (263/2015). Kunta voi vastata iäkkään henkilön palveluntarpeeseen pitkäaikaisella laitoshoidolla vain, jos siihen on lääketieteelliset perusteet tai asiakasturvallisuuteen tai potilasturvallisuuteen liittyvät perusteet (30.12.2014/1351).

Omaishoidon tuki

Omaishoidon tuen järjestelyistä säädetään laissa omaishoidontuesta³². Nämä lait eivät oikeuta palveluihin, vaan palvelun tarpeen mukaan.

Kolmas sektori ja muu toimijat

²⁷ Sotilasvammalaki 404/1948

²⁸ Laki rintamaveteraanien kuntoutuksesta 1184/1988

²⁹ Laki eräissä Suomen sotiin liittyneissä tehtävissä palvelleiden kuntoutuksesta 1039/1997

³⁰ Rintamasotilaseläkelaki 119/1977

³¹ Laki ulkomaille maksettavasta rintamalisästä 988/1988

³² Laki omaishoidon tuesta 937/2005

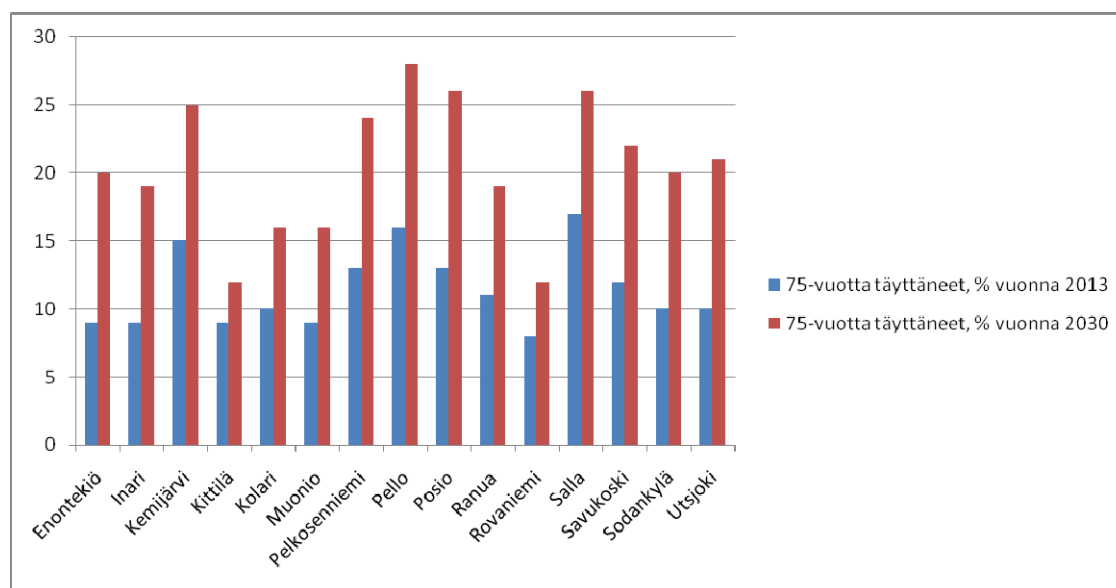
Kunnan eri toimialojen on toimittava yhteistyössä ikääntyneen väestön hyvinvoinnin, terveyden, toimintakyvyn ja itsenäisen suoriutumisen tukemiseksi. Lisäksi kunnan on tehtävä yhteistyötä kunnassa toimivien julkisten tahojen, yritysten sekä ikääntyneitä väestöä edustavien järjestöjen ja muiden yleishyödyllisten yhteisöjen kanssa ikääntyneen väestön hyvinvoinnin, terveyden, toimintakyvyn ja itsenäisen suoriutumisen tukemiseksi.

3.2 Tilastollinen, tutkimuksellinen ja kokemuksellinen taustoitus ja analyysi

Väestö ikääntyy ja vähenee Lapissa

Monessa Lapin kunnassa eläkeläisten määrä työkäisiä kohden tulee kasvamaan voimakkaasti. Nykyisen alueittaisen väestökehityksen valossa näyttää siltä, että suurimmassa osassa kuntia työllisyysasteen olisi nouseva jopa 10–20 prosenttiyksikköä nykyisen huoltosuhteen ylläpitämiseksi. Koska tämä ei monenkaan kunnan osalta liene realistista, tarkoittaa se todellisuudessa sitä, että lähes kaikkien kuntien taloudellinen huoltosuhte heikkenee nykyisestä.³³

Väestön vanheneminen aiheuttaa palvelutarpeen kasvun vanhusten palveluissa. Palvelurakenteen kannalta väestörakenteen muutoksen aiheuttamia haasteita ovatkin ennen kaikkea jatkuva palvelutarpeen kasvu, kuntien henkilöstön siirtyminen eläkkeelle sekä sosiaali- ja terveydenhuollon rahoitus.

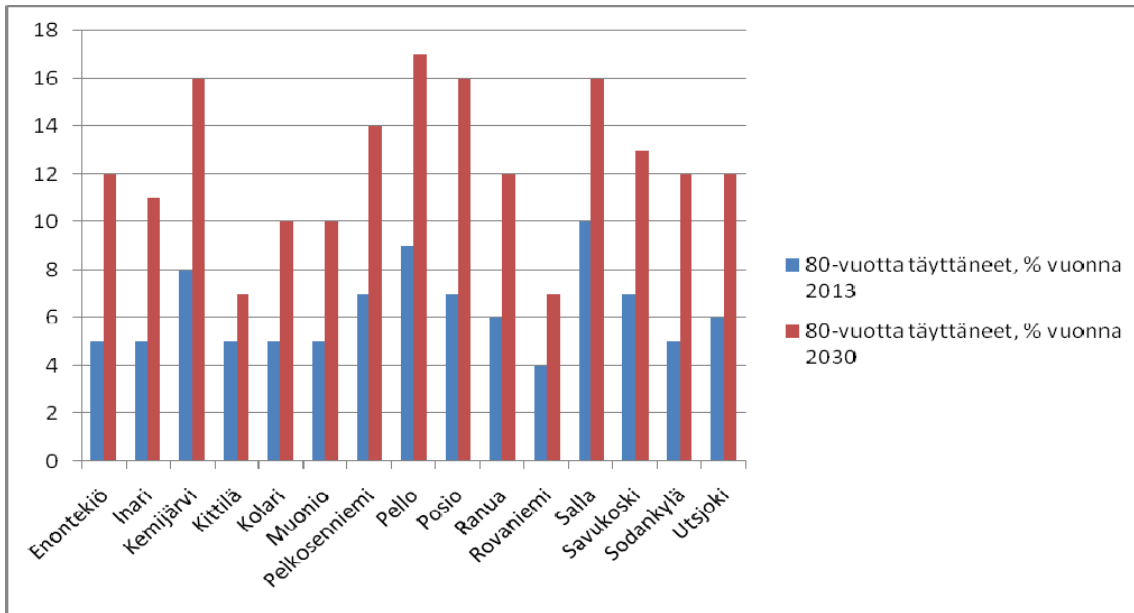


Kuvio 1. 75 vuotta täyttäneet vuonna 2013 ja ennuste vuonna 2030

Kaikissa ikäryhmissä yli 65-vuotiaiden, 75-vuotiaiden ja 80-vuotiaiden määrät nousevat tasaisesti seuraavan viidentoista vuoden aikana. 80 vuotta täyttäneiden määrät lisääntyvät kaikissa Lapin kunnissa. Eniten kasvua on Kemijärvellä, Pellossa, Posiolla ja Sallassa.³⁴

³³ Tilastokeskus http://www.stat.fi/tup/vl2010/art_2013-02-21_001.html

³⁴ Laaja selvitys ympärivuorokautisesta hoidosta ja asumispalveluista Oulun yliopistollisen sairaalan erityisvastuualueella (OYS-erva), Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri 2015



Kuvio 2. 80 vuotta täyttäneet vuonna 2013 ja ennuste vuonna 2030

Muistisairaudet

Väestön ikääntymisen myötä erityisesti muistisairaudet aiheuttavat kasvavia ongelmia toimintakyvyille. Taulukkoon yksi on kuvattuna Lapin kunnissa diagnosoitujen määrät 2014 ja ennusteet. Muistiongelmat yleistyvät erittäin jyrkästi iän mukana, niin että 65–74-vuotiaista noin 4 %, 75–84-vuotiaista runsaat 10 % ja yli 85-vuotiaista noin kolmasosa kärsii keskivaikeasta tai vaikeasta dementiaasta. Iäkkäimmistä dementiaapotilaista enemmistö on laitoshoidossa. Dementoituneiden määrä suurenee huomattavasti väestön ikärakenteen vanhetessa, mikä saattaa merkitä myös laitoshoidon lisätarvetta. Lapin muistiyhdistyksen barometrin (2014) mukaan muistisairaiden määrä Lapissa tulee kasvamaan.³⁵

Kunnat ovat nimenneet muistihoitajia mutta pääasiallisesti heidän työaikansa ei ole asiakastarpeisiin nähden riittävä. Muistikoordinaattoritoimintaan ei ole osoitettu myöskään riittävää panostusta eikä henkilökuntaa ole koulutettu. Muistikoordinaattoritoiminta koetaan vielä kunnissa vieraana asiana, mutta joissakin kunnissa muistihoitajat tekevät myös muistikoordinaattorin tehtäviä, mikäli ehtivät. Kolmasosa Lapin sairaanhoitopiirin kuntien nimetyistä muistihoitajista ovat kouluttamattomia muistihoitajan tehtävään ja lähes puolella heistä ei ole työnkuvaan sisällytetty kehittämistyötä. Yli puolesta Lapin sairaanhoitopiirin kunnista puuttuu toimiva muistipoliklinikka ja yhtä monessa poliklinikka ei toimi ”matalan kynnyksen periaatteella”. Muistisairaan hoitoa tukeva muistipolku puuttuu kolmasosasta kunnista samoin kuin muistitiimi. 42 % kunnista vastasi, ettei heillä toimi ikäihmisten seniorineuvola, joka voisi toimia samalla ”muistipoliklinikkana”. Vastausten perusteella voidaan todeta, että muistisairaiden hoidon kehittämiseen tulee Lapin sairaanhoitopiirin kunnissa merkittävästi enemmän panostaa seuraavien vuosien aikana (SenioriKaste -hankkeen selvityksiä 2015).

Kunnan syrjäisyys ja sairastavuus ovat merkittävimpiä tekijöitä palveluiden saavutettavuuden ja saatavuuden arvioinnissa. Tässäkin on Lapin alueella kuntakohtaisia ja voimakkaita eroja. Taulukkoon kaksi (Taulukko 2) on kuvattuna kuntien tämän hetkiset dementiaindeksit sekä THL:n ikävakioitu sairastavuusindeksit. THL:n sairas-

³⁵ Lapin muistibarometri 2014, Duodecim: Terveyskirjasto

tavuusindeksi on kehitetty kuvaamaan väestön sairastavuuden alue-eroja ja se tarjoaa kunnille välineen arvioida omaa sairaustaakkaansa ja paikantaa terveystyön tehostamisen tarpeita.³⁶

Taulukko 1. Kuntien dementiaindeksit ja THL:n ikävakioitu sairastavuusindeksit

Kunnat	Dementiaindeksi	THL:n ikävakioitu sairastavuusindeksi	Sairastavuusindeksi muu Lappi	Sairastavuusindeksi muu Suomi
Enontekiö	111,9	107	107	100
Inari	76,6	109	107	100
Kemijärvi	70,5	102	107	100
Kittilä	103,9	101	107	100
Kolari	107,3	104	107	100
Muonio	99	80	107	100
Pelkosenniemi	111,6	131	107	100
Pello	91	117	107	100
Posio	146,3	130	107	100
Ranua	140,7	126	107	100
Rovaniemi	122,7	103	107	100
Salla	73,3	119	107	100
Savukoski	91,2	95	107	100
Sodankylä	161	116	107	100
Utsjoki	86,7	108	107	107

THL:n sairastavuusindeksissä on otettu huomioon seitsemän eri sairausryhmää ja neljä eri painotusnäkökulmaa. Indeksissä sisältyvät sairausryhmät ovat syöpä, sepelvaltimotauti, aivoverisuonisairaudet, tuki- ja liikuntaelinsairaudet, mielenterveyden ongelmat, tapaturmat ja dementia. Indeksissä kunkin sairausryhmän yleisyyttä painotetaan sen perusteella, mikä on ko. sairausryhmän merkitys väestön kuolleisuuden, työkyvyttömyyden, elämänlaadun ja terveydenhuollon kustannusten kannalta. Sairastavuuden erojen taustalla on monia syitä mutta myös sairastavuudesta riippumattomia eroja terveydenhuollon hoitokäytännöissä, sairauksien diagnostiikassa ja kirjaamiskäytännöissä, ja nekin voivat osin selittää yksittäisten kuntien poikkeavia lukuja. Esimerkiksi mielenterveysindeksin kunnittaiset erot voivat osin johtua erilaisista kirjaamiskäytännöistä.³⁷

Dementiaindeksi kuvaa Alzheimer-taudin takia myönnettyjen lääkkeiden erityiskorvausoikeuksien esiintyvyyttä 65 vuotta täyttäneessä väestössä. Väestön ikääntyessä erityisesti etenevät ja pysyvät muistisairaudet aiheuttavat kunnissa lisääntyvää palveluntarvetta. Alzheimer on näistä yleisin (n. 70 % kaikista). Yleisimmät dementiaindeksin ulkopuolelle jäävistä muistisairauksista ovat aivoverenkiertosairauteen liittyvä vaskulaarinen kognitiivinen heikentyminen (15–20 %) sekä osa Parkinsonin tautiin liittyvistä muistisairauksista.

Dementiasairastavuus on voimakkaan ikäriippuvaista, jolloin alueen ikärakenne vaikuttaa sairastavuuden tasoon. Ikävakioitu indeksi kuvaa sitä osaa alueiden välisistä eroista, joka ei johdu ikärakenteiden erilaisuudesta. Ikävakioimaton indeksi (id:258) puolestaan heijastaa paremmin alueen dementiasairastavuudesta

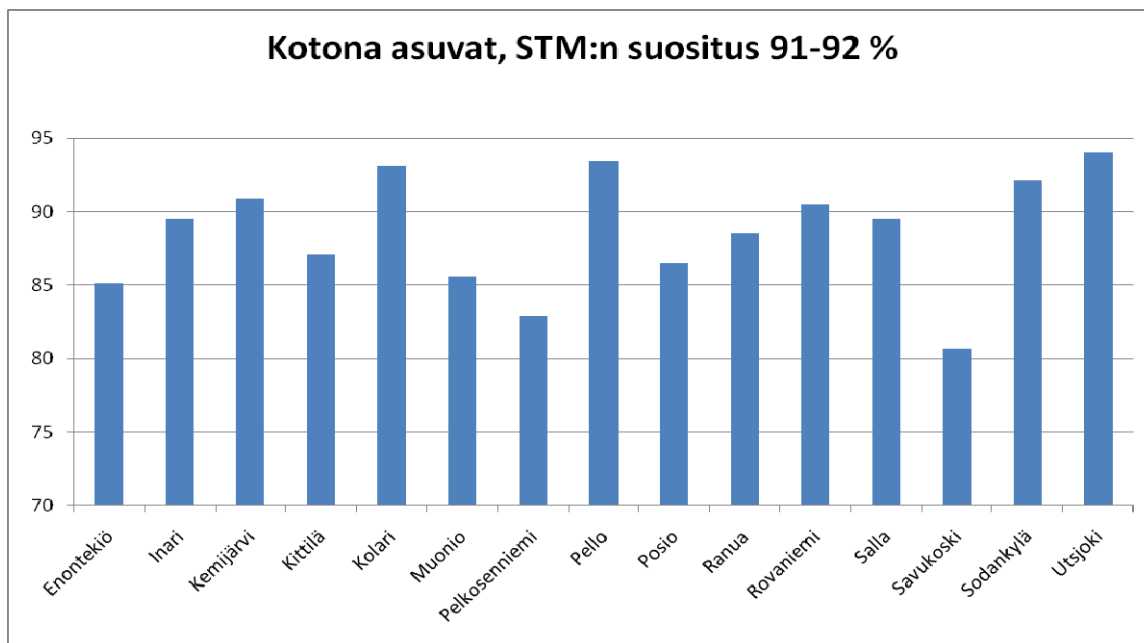
³⁶ THL:n sairastavuusindeksi: <https://www.thl.fi/fi/tilastot/tietoa-tilastoista/laatuselosteet/thl-n-sairastavuusindeksi>

³⁷ Peruspalvelujen tila Lapissa vuonna 2013. Aluehallintoviraston toimialueen peruspalvelujen arviointi

johtuvaa sairastavuustaakkaa, ja esimerkiksi sen aiheuttamaa palvelujen tarvetta verrattuna koko maan tasoon. Alueiden sairastavuuden vertailuun soveltuu paremmin indeksin ikävakioidu versio (id: 243), johon alueiden ikärakenteiden erot eivät vaikuta.

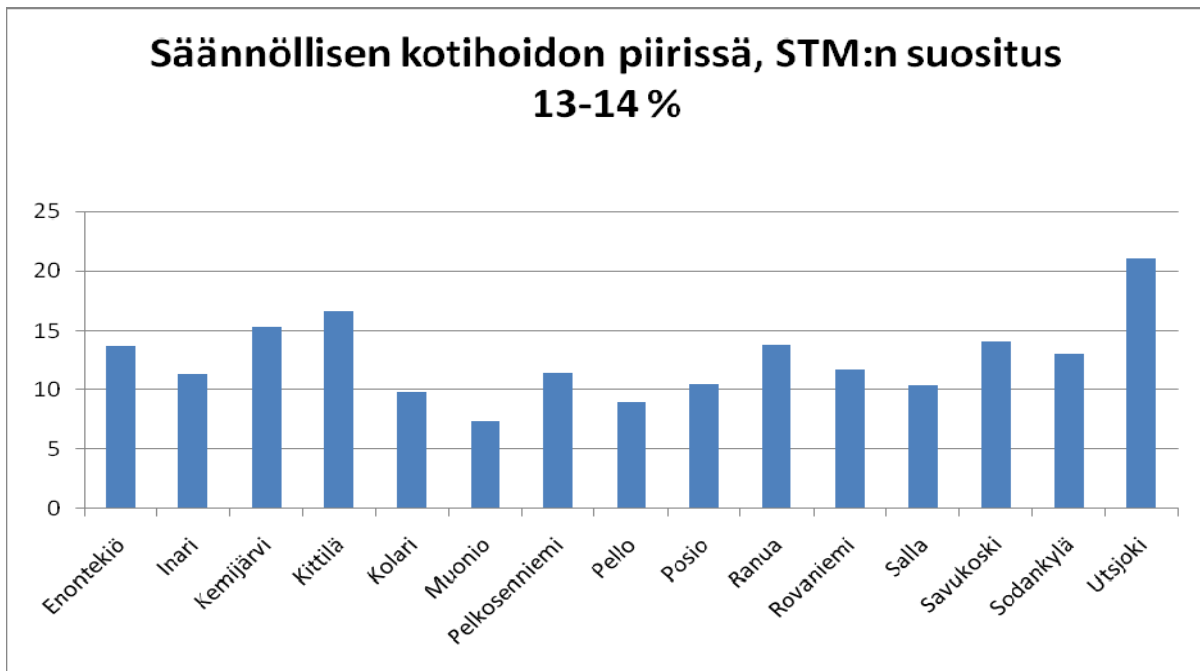
Ikääntyneiden asuminen ja palveluprofiili

STM:n suosituksen mukaan 91–92 % 75-vuotiaista ikäihmisistä tulee asua kotona vuoteen 2017 mennessä. Joissakin Suomen kunnista tavoite on nostettu jo 95 %:n. Kuviossa 17 on kuvattuna Lapin kuntien tilanne. Tavoitteeseen tällä hetkellä pääsevät selkeästi Kolari, Pello, Sodankylä ja Utsjoki.



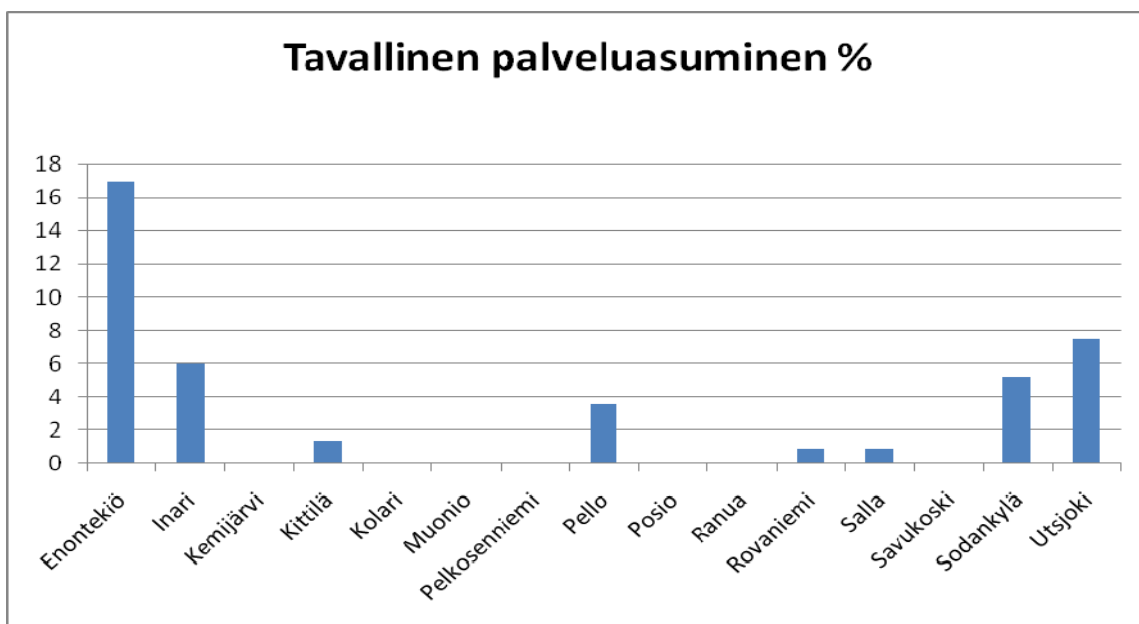
Kuvio 3. Kotona asuvat 75 v. täyttäneet STM:n suosituksen mukaan

STM:n suosituksen mukaan säännöllisen kotihoidon piirissä 75 vuotta täyttäneistä tulisi olla 13–14 % vuoteen 2017 mennessä. Kuviossa 18 on kuvattuna Lapin kuntien tilanne. Kuntakohtaiset erot ovat varsin suuret. Kotona asumisen turvaamiseksi kotihoitoa tulisi monessa kunnassa kehittää.



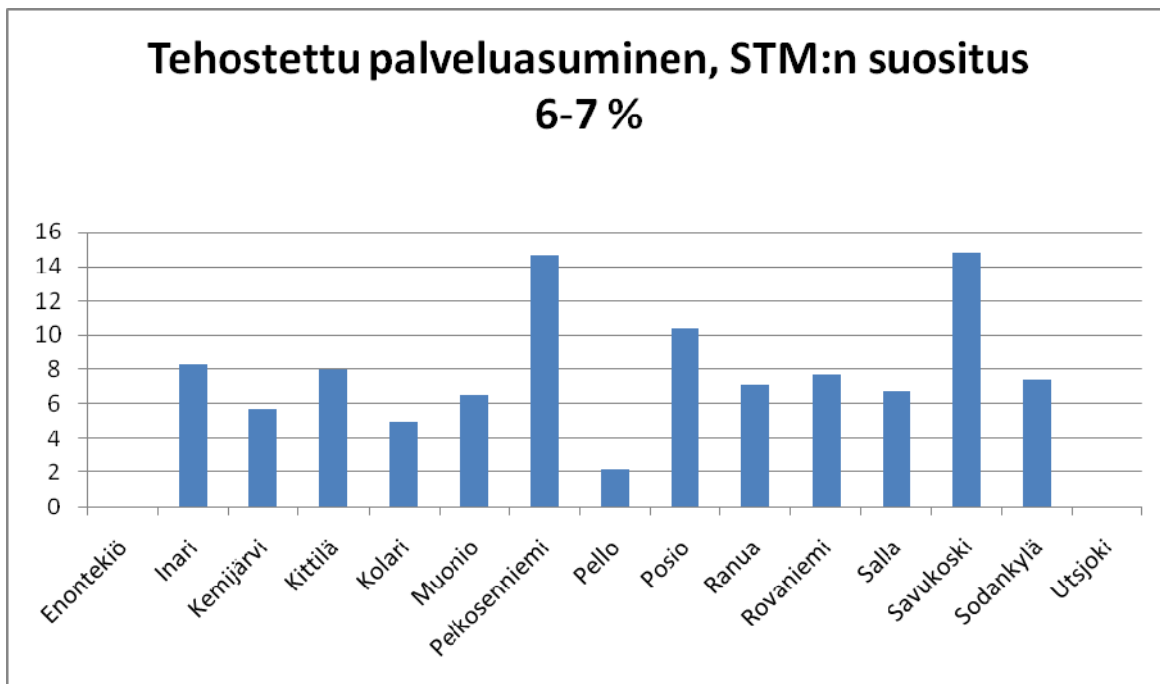
Kuvio 4. Säännöllisen kotihoidon piirissä olevat 75v täyttäneet STM:n suosituksen mukaan

STM:n suosituksen mukaan omaishoidon tuen asiakkaita tulisi olla 6–7 % yli 75 vuotta täyttäneistä vuoteen 2017 mennessä. Saamelaisalueen kunnissa omaishoidon piirissä on suhteellisen paljon ikäihmisiä. Utsjoelle yli 14 % ja Enontekiöllä myös lähelle 14 %. Lapissa säännöllistä kotihoitoa saavia, omaishoidon tuen asiakkaita ja ikääntyneiden tehostetussa palveluasumisessa olevia on suhteellisesti enemmän kuin koko maassa. Sen sijaan vanhainkodeissa tai pitkäaikaisessa laitoshoidossa terveyskeskuksissa hoidettavien osuus on koko maata matalampi ja pitkäaikaislaitospaikkoja on viime vuosina supistettu. Kuviossa 20 on kuvattu Lapin kuntien tilanne tavallisen palveluasumisen osalta.



Kuvio 5. Tavallinen palveluasuminen Lapin kunnissa

STM:n suosituksen mukaan tehostetussa palveluasumisessa yli 75-vuotiaiden osuus tulisi olla 6–7 % vuoteen 2017 mennessä. Seuraavaan kuvioon on kuvattuna Lapin kuntien tilanne. Kuntakohtaiset erot ovat varsin suuret.



Kuvio 6. Tehostettu palveluasuminen STM:n suosituksen mukaan

SenioriKaste-hankkeen selvityksen mukaan 58 % kunnista vastasi, ettei heillä ole riittävästi tarjolla tavallista palveluasumista. Kunnista 50 % vastasi, ettei myöskään ole riittävästi tehostettua palveluasumista.

Kuntoutus ja terapiapalvelut

Kotona hoidetaan yhä huonokuntoisempia vanhuksia ja sairaalassa vietetyt hoitajaksot ovat lyhentyneet. 42 % Lapin sairaanhoitopiirin kunnista vastasi SenioriKaste-hankkeen kyselyyn terveyskeskussairaalan toimivan kuntoutusyksikkönä/-sairaalana. Peräti 33 % kyselyyn vastanneista jätti tähän kysymyksen vastaamatta. Kotisairaaloimintaa ei ole vielä juuri missään muualla kuin Rovaniemellä. Kunnilla ei ole tällä hetkellä riittäviä valmiuksia ja resursseja hoitaa kotona monisairaita vanhuksia kotisairaalatyyppisellä toimintatavalla eikä terveyskeskussairaalat toimi riittävästi kuntouttavina yksikköinä. Kuntoutuksen jatkuvuutta siirryttäessä laitoksesta kotiin ei ole riittävällä tavalla turvattu. SenioriKaste -hankkeen selvityksen mukaan vain harva Lapin kunta on nimennyt kuntoutuksen ammattilaiselle vastuualueeksi vanhustyön ja yleisesti ottaen vanhustyön toimijat toivovat enemmän yhteistyötä kuntoutuksen ammattilaisten kanssa. Kuntien varaamat resurssit vaihtelevat suuresti ja muita kuin fysioterapiapalveluja on käytettävissä vain muutamissa kunnissa. Ravintoterapeuttien palveluja ei ole käytössä missään kunnissa.

Kotihoito

Laitoshoidon purettaessa tulisi huolehtia siitä, että ikääntyneiden hoivajärjestelmä pystyy tulevaisuudessa vastaamaan hoivatarpeisiin. Tarvetta on lisätä panostusta kotihoitoon, kuntoutukseen ja muistisairaiden hoitoon. Lisäksi tarvitaan panostusta kohdennettuun ennaltaehkäisyyn kaikissa kunnissa, jotta vältetään tar-

peettomilta siirtymiltä raskaampiin palveluihin. SenioriKaste hankkeen tekemässä kyselyssä selvisi, että Lapin sairaanhoitopiirin kuntiin on vasta tulollaan kotiutushoitajat/kotiutustiimit ja tällä hetkellä heitä on Rovaniemellä ja Kittilässä. 42 % Lapin sairaanhoitopiirin kunnista ilmoitti, etteivät kotipalvelu ja kotisairaanhoito ole vielä yhdistyneet. Kaikissa kunnissa ei ole kotihoidossa riittävästi sairaanhoidollista osaamista jolloin kotona ei voida hoitaa kovinkaan huonokuntoisia vanhuksia. Siirtymiset toimintayksiköistä toiseen ja kotihoitoon tulisi toteuttaa hallitusti, jotta kotona asuminen olisi turvallista eivätkä asiakkaat palautuisi nopeasti uudelleen sairaalahoitoon.

Kotihoidon lääkäripalveluiden toteutus 24/7 on myös kysymysmerkki monissa kunnissa. Kun lääkäripalveluja ei ole kuin virka-aikana ja arkipäivisin niin päivystyksen käyttö lisääntyy iltaisin ja viikonloppuisin. Myös ikääntyneiden yksinäisyys ja turvattomuus voivat lisätä päivystyskäyntejä, kun riittävää turvaverkostoa ei ole. Lapin kuntien keskiarvo päivystyskäyntien osalta on 27,8. Keskitasoa runsaampi päivystyskäyntien määrä kuvaa vastaanottopalveluiden tarvetta ja/tai palvelurakennetta (Kuvio 29). Iäkkäiden monisairaitten vanhusten kohdalla tulisi hyödyntää entistä enemmän hoidon arvioinnissa moniammatillista asiantuntemusta. Kunnissa ei kuitenkaan osata vielä riittävästi tunnistaa asiakkaita jotka hyötyisivät erityisasiantuntijapalveluista mm. geriatrin palveluista. Kaikissa ammattiryhmissä niin sosiaali- kuin terveyspalveluissa on geriatrisen osaamisen tarvetta.

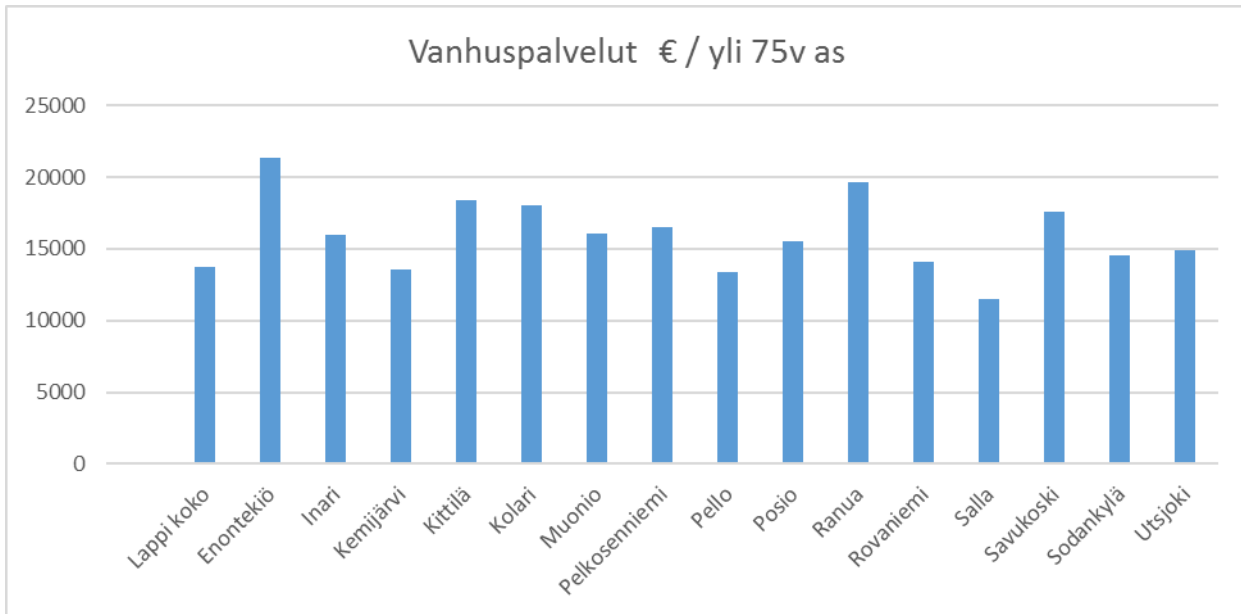
SenioriKaste-hankkeen tekemässä kyselyssä 58 % kunnista ilmoitti, että yksityisiä kotihoidon tarjoajia on käytettävissä. Terveyspalveluiden tuottamisen osalta yksityisiin palveluihin on mahdollista 50 % kunnista. Apteekin lääkeannostusjakelu on käytössä 58 % kunnista. Yleisesti ottaen yksityisiä palveluiden tuottajia on niukasti tarjolla harvaan asutuilla alueilla. Yksityisiä tukipalvelujen tuottajia mm. siivouspalveluiden osalta on käytössä 92 % kunnista. Puolella Lapin kunnista on palvelusetelijärjestelmä käytössä.

SenioriKaste-hankkeen selvityksen mukaan kolmasosalla Lapin sairaanhoitopiirin kunnista puuttuu kotihoidon palveluiden myöntämisen kriteerit mutta kaikilla kunnilla on käytössä omaishoidon myöntämiseen kriteerit. Tarvetta olisi alueellisesti yhteneväisille palveluiden myöntämisen kriteereille. Jotta yhteneväisiä kriteereitä voidaan laatia, kunnilla tulisi olla käytössä yhteneväiset työvälineet palvelutarpeen ja toimintakyvyn arviointiin. Tällä hetkellä noin puolet Lapin sairaanhoitopiirin kunnista on ottanut käyttöön Raisoft-ohjelman, jota voidaan hyödyntää mm. palvelutarpeen arvioinnissa. Osassa kuntia ohjelman sisäänajo ja henkilöstön kouluttaminen ovat parasta aikaa menossa. 8% kysymyksiin vastanneista kunnista jätti tyhjäksi tämän kysymyksen. SAS-työryhmä on kunnissa keskeinen toimija mm. asiakkaiden sijoituspaikkojen selvittelyssä. 50% SenioriKaste hankkeen kyselyyn vastanneista Lapin sairaanhoitopiirin alueen kunnista ilmoitti, ettei heillä ole nimettyä palveluohjaajaa ja 8 % jätti vastaamatta kysymykseen. Saman verran eli 50% ilmoitti, ettei palveluohjaajalla ole palveluohjaajakoulutusta ja 17% jätti vastaamatta kysymykseen. 42 % kysymyksiin vastanneista kunnista totesi palveluohjaajalla olevan pitkä työkokemus ja riittävästi osaamista tehtävässä ja 17% ei vastannut kysymykseen. Vanhussosiaalityöhön on puolestaan nimetty henkilö 50 %:ssa kysymyksiin vastanneista kunnista ja 8% ohitti tämän kohdan jättäen vastauksen tyhjäksi.

Palvelurakenteen muutoksen myötä asiakaspaine kotihoitoon on kasvanut. Samalla on tullut tarvetta tehostaa ja optimoida kotihoidon työtä jotta yhä suurempi asiakasmäärä voidaan hoitaa henkilökuntaa lisäämättä. 42 % kunnista on ottanut käyttöön Mobiili kotihoidon toiminnanohjausjärjestelmän. 67 %:ssa kunnista on käytössä yöpartio toimintaa. Kotona asuminen edellyttää palvelujen saamista tarvittaessa kotiin ja että kotona asuminen on turvallista. Osa ikääntyneiden kotona asumisen mahdollistamista on tarvittavien kuljetusten järjestäminen niiden palvelujen luokse, joita ei voida tai ei ole tarkoituksenmukaista tarjota kotiin. Ikäihmisten palvelut työryhmän tekemien seutukuntakierrosten tuloksena tuli esille, ettei kuljetusongelmaa ole edel-

leenkään ratkaistu. Esille nousi myös pitkien etäisyyksien aiheuttamat ongelmat sekä epävarmuus mm. puhe-
linyhteyksien toimivuudesta. Teknologiaa ei vielä osata hyödyntää riittävästi.

Vanhuspalvelut kokonaisuudessaan painottuvat kuntien palvelutarpeena. Lapin keskiarvo vanhuspalveluiden
kulussa on 13755 €/yli 75 as (Kuvio 38). Lapin alueella löytyy hyvin erilaisia palvelurakenteita, peittävyksiä ja
kustannuksia eivätkä kustannukset ja palvelurakenteet aina kohtaa. Pitkäaikaislaitoshoidon korkea osuus (>
10 %) nostaa kustannuksia Enontekiöllä ja Savukoskella. Kokonaispalvelupeittävyydet säännöllisessä hoidossa
ovat erilaiset ja paikoin hyvin korkeat.³⁸



Kuvio 7. Lapin kuntien vanhuspalvelut € / yli 75v as

Asiakasprosessityöryhmässä ei ole ollut mukana kehittäjäasiakkaita.

Työryhmän nostamat kehittämiskohteet

- kotihoidon kehittäminen niin että siellä toteutuu moniammatillisuus ja palveluohjauksellinen ote
 - ennaltaehkäisevä työ
 - palveluohjauksen ja palvelutarpeen arvioinnin kehittäminen
 - moniammatillinen geriatrinen arviointi ja lähiosaaminen
 - hoidon jatkuvuus ja asiakastiedon liikkuminen
 - vaihtoehtoiset asumismuodot
 - teknologiset palvelut
- eri toimijoiden välisen yhteistyön kehittäminen
 - integraation toteutus käytännössä
 - erikoissairaanhoidon, perusterveydenhuollon ja vanhuspalvelut
 - muut toimijat – monitoimisuus
- muistisairaiden hoidon kehittäminen alueellisen muistipolun mukaisesti
- kuntoutuksen kehittäminen alueellisen kuntoutusmallin mukaisesti
- erikoisasiantuntijapalveluiden järjestäminen joko kunnan omana toimintana taikka alueellisesti, yhte-
neväisten toimintakäytäntöjen toteutus ja juurruttaminen sekä osaamisen varmistaminen alueellisesti

³⁸ Kujala, Sari: [Palveluverkon löydöksiä Lapin alueella 7.2.2014](http://luotsi.lappi.fi/julkinen-palvelurakenne), <http://luotsi.lappi.fi/julkinen-palvelurakenne>,
[Peruspalvelujen tila Lapissa 2013. Aluehallintoviraston toimialueen peruspalvelujen arviointi](http://luotsi.lappi.fi/julkinen-palvelurakenne)

- Ikäosaamiskeskus
 - järjestää asiantuntijat joiden palveluita kunnat voivat hyödyntää
 - turvaa yhteneväiset toimintakäytännöt järjestämällä mm. eri ammattilaisten työkokouksia, laatii toimintasuunnitelmia ja -ohjeita
 - järjestää koulutusta

3.3 Johtopäätökset

Lapin kunnissa palvelurakenne on tähän mennessä ollut laitospainotteista, mutta viime vuosien aikana kunnat ovat siirtäneet vanhustenhoidon painopistettä yhä enemmän avohoitoon. Kotihoidon kehittäminen ja sinne resurssien siirtäminen ei ole kulkenut samassa mittasuhteessa. Tarvitaan uudenlaista asenteellista muutosta vanhustenhoitoon ja näkemystä siihen, miten asiakkaita tulee hoitaa ja palveluita kehittää siirryttäessä laitospainotteisesta, passivoivasta toimintakulttuurista avohoitoon, asiakkaiden omaa toimintaa aktivoivampaan toimintamalliin.

Pienissä kunnissa ei ole yksityisiä palvelujen tuottajia samalla tavalla tarjolla kuin isommilla paikkakunnilla samoin kuin ei vapaaehtoistyötä tekeviä ja muita järjestötoimijoita. Palvelut tuotetaan pieniin kuntiin pääasiassa julkisilla voimavaroilla. Tarvetta olisi järjestökoordinaattorille taikka kunnissa tulisi miettiä miten eri toimijoiden tarjoamista palveluista saadaan tietoa niihin toimipaikkoihin, joissa tavataan ikäihmisiä ja hoidetaan heidän asioitaan (palveluohjaajat, muistihoidajat, seniorineuvolat, kotihoidon esimiehet ym.). Kun riittävästi ei ole tietoa kolmannen sektorin toiminnasta ei asiakkaita aina osata ohjata kevyempiin palveluihin. Ennaltaehkäisevää työtä tulee kuitenkin kehittää kunnissa ja tärkeä rooli tässä on kolmannella sektorilla, joten yhteistyön muotoihin julkisten palveluntuottajien ja kolmannen sektorin välillä tulee kiinnittää huomiota ja löytää uudenlaisia toimintatapoja.

Vielä on kuntia joissa kotipalvelu ja kotisairaanhoido eivät ole yhdistyneet ja vain muutamissa kunnissa on pystytty toteuttamaan pienessä muodossa muistikoordinaattoritoimintaa. Vanhuspalveluiden omat fysioterapeutit ja muut kuntoutuksen ammattilaiset ovat vasta tulollaan kotihoitoon. Sosiaalityöntekijöiden vanhuspalveluiden asiakkaille tarjoama työaika on pääasiassa Lapin kunnissa melko niukkaa (5-50 % työajasta). Haasteita aiheuttavat lisäksi sosiaali- ja terveydenhuollon erityisasiantuntijoiden puuttuminen lähipalveluista. Muun muassa geriatrien palveluja on vähän käytössä ja vain muutama Lapin kunta on osannut hyödyntää hankkeiden tarjoamat ilmaiset geriatrisen konsultaatiopalvelut. Geriatrisen osaamisen tarve on suuri ja sitä on vahvistettava kaikissa sosiaali- ja terveyspalveluissa.

Kunnat ovat pikkuhiljaa panostamassa etäyhteyksiin ja yhä useampaan kuntaan on tullut Virtupalvelupisteitä. Jotta kuvapuhelinpalveluita voitaisiin yhä enemmän hyödyntää lähipalveluissa konsultaatioon tarvittavia työvälineitä tulisi lisätä kunnissa eri toimintayksiköihin mm. kotihoitoon. Kuntien sisällä eri toimijoiden välillä sekä erikoissairaanhoidon ja erityisasiantuntijapalveluiden hyödyntäminen lähelle asiakkaita kuvapuhelinpalveluiden avulla olisi mahdollista toteuttaa sujuvasti ja kustannustehokkaasti. Etäyhteydet mahdollistavat joissakin tilanteissa palveluiden saamisen paikkoihin joissa liikenneyhteydet ovat ongelmana.

Moniammatillisella geriatrisella arvioinnilla ja ennakkoivalla ennaltaehkäisevällä työllä voidaan vaikuttaa vanhusasiakkaiden terveydentilaan ja mahdollisiin toimintakyvyn muutoksiin sekä arjessa selviytymisen vaikeuksiin. Geriatria osaamista on kehitettävä kaikissa ammattiryhmissä samoin kuin moniammatillisessa työryhmässä työskentelyn taitoja, hoito-, palvelu- ja kuntoutussuunnitelmien laadintaa sekä niiden hyödyntämistä

kaikissa sosiaali- ja terveystalvuuissa. Asiakstiedon liikkumista toimintayksiköiden ja organisaatioiden välillä tulee kehittää.

Jos vanhuspalveluuissa ei ole nimettynä omia ammattilaisia vastuutehtäviin (fysioterapeutit, sosiaalityöntekijät, muistihoidajat, muistikoordinaattorit, sairaanhoitajat ja terveydenhoitajat) joiden asiantuntemusta tarvitaan erilaisissa asiakastilanteissa, on syytä sopia selkeistä yhteistyön muodoista. Selkeää linjausta kaivataan kunnissa siihen millaisissa tilanteissa eri ammattilaiset ovat mukana mm. arvioimassa asiakkaiden tilannetta niin että ennakoivasti ja etupainotteisesti voidaan vaikuttaa niihin tilanteisiin jotka uhkaavat itsenäistä kotona selviytymistä. Kotihoitoon kohdistuvat vaatimukset kasvavat, ja on löydettävä entistä tehokkaampia keinoja tarjota kotihoidon palveluja. Erilaisia kevyempiä asumisvaihtoehtoja tarvitaan yhä enemmän mm. erilaisia yhteisasumisen muotoja jotka mahdollistavat itsenäistä toimintaa. Perhehoitoa Lapissa on tarjolla vain Sodankylän kunnassa.

Kotihoidon toiminnan suunnittelu ja kehittäminen ovat ensiarvoisen tärkeitä toteuttaa kokonaisvalaisesti, jolloin johtamisen vastuu tulisi olla henkilöllä, joka hallitsee sosiaali- ja terveydenhuollon kokonaisuuden parhaiten. Integraation eteenpäin viemisessä on syytä huomioida eri toimijoiden välisen yhteistyön kehittäminen. Miten ensihoidon henkilökunta saadaan mukaan toteuttamaan kunnissa mm. kotihoitoon vietävää kotisairaanhoidollista palvelua taikka osallistumaan kuntoutukseen tai muuhun toimintaan? Miten terveyskeskusten (hyvinvointikeskusten) asiantuntijapalvelut liikkuvat asiakkaiden luokse eivätkä asiakkaat aina palvelujen luokse? Miten suuriin kaupunkeihin keskittyvät palvelut mm. aivoston magneettikuvaukset saadaan liikkuvina palveluina lähelle asiakkaita? Miten kuntoutuspalveluita kehitetään niin että kuntoutus jatkuu katkeamattomasti asiakkaan siirtyessä toimintayksiköstä toiseen?

Nykyisiä palvelurakenteita ja järjestelmiä on mietittävä kriittisesti ja suunniteltava uusia toimintamuotoja. Kuntien sosiaali- ja terveystalvuuissa toimivien työntekijöiden joustavaa liikkumista ja palvelujen antamista sinne missä sille milloinkin on tarvetta tulisi kehittää koko ajan. Resurssien tarkastelu ja tehokkaampi käytön suunnittelu ovat asioita joihin pyritään vaikuttamaan asiakasmäärien kasvaessa. Uudenlaisia toimintamuotoja ja henkilöstöresurssien suhteen tulee tarkastella avoimesti. Kunnissa on viime vuosien aikana otettu käyttöön mobiili kotihoidon toiminnanohjausjärjestelmiä tai niiden käyttöön ottamista suunnitellaan.

Tarkasteltaessa vanhuspalveluita alueelliselta näkökulmalta tärkeää olisi laatia yhteneväisiä kriteereitä ja sopia käytännöistä mm. kotihoidon palveluiden saannin osalta samoin kuin asiakasmaksuja tulisi yhteneväistää. Tarvetta olisi kunnissa panostaa palveluohjaukseen ja eräänlaiseen ”portinvartija” malliin missä tehokkaasti eri tilanteissa paneudutaan asiakkaiden asioihin niin että raskaampien palveluiden tarve saadaan poistumaan taikka siirtymään. Samoin tulisi miettiä mitä palveluita voidaan järjestää keskitetysti. Useita eri asiantuntijapalveluita voitaisiin järjestää etäyhteyksien avulla mm. geriatrin, farmaseutin ja ravintoterapeutin. Joitakin palveluita voitaisiin järjestää seutukunnittain tai yhteistyössä muutaman pienen kunnan kesken esim. palveluohjausta ja muistikoordinaattoritoimintaa.

4 Vammaispalvelut

- suunnittelija Taru Ijäs-Kallio perusterveydenhuollon yksikkö, Lshp

4.1 Palvelukokonaisuuden kuvaus ja lainsäädännöstä nousevat velvoitteet

Vammaisten palvelut ovat erityispalveluita, joista säädetään kahdessa erityislaissa ja niistä annetuissa asetuksissa: Laissa vammaisuuden perusteella järjestettävistä palveluista ja tukitoimista (380/1987, asetus 759/1987) ja laissa kehitysvammaisten erityishuollosta (519/1977, asetus 988/1977). Em. lait ovat erityislakeja, joiden suhde yleislakeihin, kuten terveydenhuoltolakiin (1326/2010) ja sosiaalihuoltolakiin (1301/2014) on toissijainen. Tämä tarkoittaa sitä, että myös vammaisten ja kehitysvammaisten henkilöiden tulee saada tarvitsemansa palvelut ja tukitoimet ensisijaisesti yleislakien, kuten sosiaalihuoltolain (1301/2014) ja terveydenhuoltolain (1326/2010) nojalla.

Nykytilaraportissa on keskitytty vain vammaispalvelulain ja erityishuoltolain mukaisiin palvelukokonaisuuksiin, vaikka sosiaalihuoltolain mukaiset palvelut (sosiaalityö, sosiaalinen kuntoutus kotipalvelu jne.) sekä muut yleislakien mukaiset sosiaali- ja terveystyöpalvelut ovat myös vammaisen henkilön käytettävissä tarpeen mukaan.

Vammaispalvelulain mukaisia palveluita ovat kuntoutusohjaus ja sopeutumisvalmennus sekä muut lain tarkoituksen toteuttamiseksi tarpeelliset palvelut. Näitä palveluja voidaan antaa myös vammaisen henkilön lähiomaiselle tai hänestä huolehtivalle taikka muutoin läheiselle henkilölle. Palveluita ovat kuljetuspalvelut niihin liittyvine saattajapalveluineen, päivätoiminta, henkilökohtainen apu sekä palveluasuminen, jos henkilö vammansa tai sairautensa johdosta välttämättä tarvitsee palvelua suoriutuakseen tavanomaisista elämän toiminnoista. Vammaispalvelulain mukaisena taloudellisena tukitoimena vammaiselle henkilölle korvataan hänen vammansa tai sairautensa edellyttämän tarpeen mukaisesti kokonaan tai osittain ne erityiset kustannukset, jotka hänelle vammaisuudesta aiheutuvat.

Kehitysvammaisten erityishuoltoon kuuluvia palveluita ovat tutkimukset yksilöllisen palvelu- ja huollontarpeen selvittämiseksi, lääketieteelliset tutkimukset, psykologiset ja sosiaaliset selvitykset ja soveltuvuuskoeket, erityishuollon edellyttämä terveydenhuolto, ohjaus, kuntoutus ja toiminnallinen valmennus, työtoiminnan ja asumisen järjestäminen sekä muu vastaava yhteiskuntaan sopeutumista edistävä toiminta, henkilökohtaisten apuneuvojen ja apuvälineiden järjestäminen, yksilöllinen hoito ja muu huolenpito, kehitysvammaisten läheisten ohjaus ja neuvonta, tiedotustoiminta, kehityshäiriöiden ehkäisy sekä muu vastaava erityishuollon toteuttamiseksi tarpeellinen toiminta.

Asiakasmäärät ja palvelujen käyttö

NHG:n selvitys osoittaa, että Lapin shp:n alueella Kelan vammaisuuksia saavia (70,2/1000 asukasta) on enemmän kuin maassa keskimäärin (56,5/1000). Tämä johtunee erityisesti alueen korkeammasta pitkäaikais-sairastavuudesta. Kelan tilaston mukaan Lapissa vammaistukien saajia on siis sekä lapsissa että aikuisissa hieman enemmän kuin koko maassa, mutta kuitenkin vähemmän kuin oys-erva-alueella.

Asuminen

Keskeinen havainto sekä OYS-ERVAn (diapankki, Sanna Salmela) että NHG:n selvityksen perusteella on, että Lapissa on kehitysvammaisten laitosasumista vielä huomattavasti enemmän kuin maassa keskimäärin. Toinen keskeinen havainto on, että LSHP:n kunnissa on huomattavia eroja vaikeavammaisten palveluasumisen määrissä. Tämä kertoo kuntien erilaisista päätöksentekokäytänteistä.

Lapissa kehitysvammaisten laitosasumista tarjoava Kolpeneen palvelukeskus arvioi raportissaan (2015), että alueellamme ei aivan päästä VN:n asettamaan aikataulutavoitteeseen. Tällä hetkellä laitoshoidossa on 65 henkilöä koko Lapin maakunnan alueella, tästä n. 2/3 on LSHP:n alueen kuntalaisia. Asiakkaiden ikärakenne huomioiden laitosasumisen purun suhteellista hitautta ei pidetä työryhmässä kovin merkittävänä ongelmana.

Kaiken kaikkiaan Lapissa on enemmän vammaisten ja kehitysvammaisten laitosasumista enemmän kuin erva-alueella tai maassa keskimäärin (oys-ervan selvitys): asiakkaita/1000 kunnan asukasta on LSHPn alueella 3,7, erva-alueellamme 3,0 ja koko maassa 2,3. Myös hoitopäiviä/10 kunnan asukasta on enemmän; LSHPn alueella 7,9, erva-alueella 7,0 ja koko maassa 5,7. Lapin tilannetta selittää vähäinen asiakasmäärä (palvelujen räätälöintitarve) yhdistettynä pitkiin välimatkoihin alueella. LSHPn alueella myös tuetun asumisen vähyyys on merkillepantavaa.

Työ- ja päivätoiminta

Työ- ja päivätoiminnan järjestää kotikunta, mutta tuottajia on useita: kunnat, alueen kuntayhtymä ja yksityiset toimijat. Vammaisten työtoiminnan piirissä on ollut asiakkaita v. 2013 360 (v. 2010 297). Työtoimintaa järjestetään sekä ostopalveluna (esim. Rovaniemi ostaa Edurolta), n. 1/3 järjestetystä palveluista on ostopalvelua. Päivätoiminnassa on ollut asiakkaita v. 2013 285. Luku on hieman pudonnut vuodesta 2010 jolloin asiakkaita oli 319. Syyksi pudotukselle on työryhmässä esitetty henkilökohtaista apua, jonka käyttö on lisääntynyt huomattavasti. Muu vammaisten työllistymistä tukeva toiminta on käytännössä olematonta.

Vammaispalvelulain mukaiset palvelut ja tukitoimet

LSHP:n alueella sekä väestöön suhteutetut asiakasmäärät että kustannukset VPL mukaisissa palveluissa on huomattavasti suurempia kuin oys-erva-alueella tai maassa keskimäärin. Menot ovat LSHP alueella 113,1 €/asukas, oys-erva-alueella 81 €/asukas ja koko maassa 94,2 €/asukas vuonna 2013. Erityisesti henkilökohtaista apua ja kuljetuspalvelua käytetään Lapissa paljon, mikä johtuu ainakin osittain alueen erityisolosuhteista.

Toimintakyvyn edistäminen ja kuntoutus

- Lyhytaikainen laitoshoido (tutkimus- ja kuntoutusjaksot) ja kriisijaksot – Työryhmä ei ole ehtinyt nykytilavaiheessa käsitellä paljoakaan kehitysvammaisten ja vammaisten kuntoutuksen erityispalveluja; tutkimus- ja kuntoutusjaksoja, kuntoutusohjausta jne. Tiedossa kuitenkin on, että kunnissa on ollut enenevässä määrin tarvetta esim. lyhytaikaisille kriisipalveluille, ja jatkossa on syytä pohtia syitä tähän ja pohtia mahdollisuuksia kriisitilanteiden ennaltaehkäisyyn.
- Kuntoutuspalveluiden saatavuus ja sijainti on vammaisasiakkaille merkityksellistä. Laitoskuntoutus on keskitettyä, ja pitkien välimatkojen vuoksi osallistuminen voi olla hankalaa.
- Tutkimus- ja kuntoutuspalvelut – ohjausta ja valmennusta annetaan myös kotiin > tämä on myös kriisien ennaltaehkäisyä. Perhekuntoutusta on pilotoitu Kolpeneella, myös kotiin annettavana.
- Neuropsykiatrinen ohjaus, yhteinen työkenttä esh:n ja kuntien kanssa
- Tärkeää on osaamisen levittäminen kuntiin ja asiakasmäärien ja välimatkojen huomioonottaminen (kehittämiskohde).
- Tilapäishoido – merkittävä palvelu erityisesti omaisten jaksamisen kannalta. Tilapäishoidon järjestelyt esim. kesäaikoina työlästä ja kallista.

4.3 Johtopäätökset

- Asiakkaiden palveluohjaus ja palvelujen ja tukitoimien koordinointi – monia palveluja käyttävä, erityistä tukea tarvitseva asiakas tarvitsee usein rinnalla kulkijan, joka tuntee juuri hänen palvelujensa ja elämäntilanteensa kokonaisuuden ja osaa opastaa paitsi yleis- myös erityispalvelujen käytössä
- Kehitysvammaisten henkilöiden yhtäläinen oikeus saada tarvitsemansa palvelut yleislakien nojalla ja yleisen palvelujärjestelmän kautta. Kokemusperusteisesti ongelmia on erityisesti psykiatrian palvelujen saannissa, mutta myös akuuteissa somaattisissa palvelutarpeissa.
- Vaihtoehtojen lisääminen asumisen ja asumista tukevien palvelujen järjestämiseen siten, että kokonaisuus tunnistaa ja tukee asiakkaan omatoimisuutta ja itsemääräämisoikeutta asumisessa
- Vaihtoehtojen lisääminen työ- ja päivätoimintaan siten, että palvelu vastaa asiakkaan omia toiveita ja suuntautumista työ- tai päivätoiminnan tai muun työllistymistä tukevan toiminnan suhteen. Päivä- ja työkeskustoiminnan kehittäminen on ajankohtaista kokonaisuudessaan. Lapin sote-alueella eri kuntien päivätoimintakeskukset voisivat verkostoitua ja tehdä yhdessä kehittämistyötä.
- Kunta-sote -rajapinnassa tapahtuvasta yhteistyöstä sopiminen vammaisten henkilöiden tarpeenmukaisen asumisen (kunnan asuntotuotanto ja kaavoitus) ja kuntouttavan toiminnan (esim. varhaiskasvatus, perusopetus) turvaamiseksi
- Palvelujen myöntämisperusteiden yhtenäistäminen ja erityisesti vammaispalveluiden ja ikäihmisten palveluiden välisen rajapinnan selkeyttäminen tulevalla sote-alueella
- Palvelujen ja suoritteiden tilastoinnin yhtenäistäminen tulevalla sote-alueella sekä valtakunnallisesti
- Alueelliset henkilökohtaisen avun ja kuljetuspalvelukeskukset ja tilapäishoidon alueellinen koordinaatio
- muita kehittämiskohteita palvelukokonaisuuksissa: kotiin annettava lomituspalvelu, perhehoidon koordinaattori (Roi) ja perhehoidon kehittäminen + vastuuhenkilöt kuntiin, asunnon muutostöiden suunnittelu → menisikö paremmin apuvälinekeskuksen kautta kuin sos.tt:n kautta? Hankintojen yhteinen suunnittelu. Mitä valinnanvapaus tarkoittaa vammaispalveluissa ja vammaispalveluiden hinnoittelussa?

5 Toimintakyvyn edistäminen ja kuntoutus

- suunnittelija Taru Ijäs-Kallio perusterveydenhuollon yksikkö

Kuntoutusta järjestävät ja rahoittavat useat tahot: kunnat ja kuntayhtymät, Kela, vakuutuslaitokset ja vakuutus kuntoutus ry (tapaturmista ja liikennevahingoista aiheutuva kuntoutustarve ja ammattitaudit), valtiokonttori (sotainvalidien kuntoutus). Toimintakyvyn edistäminen ja kuntoutus -työryhmän nykytilaraportissa keskiytään vain kuntien ja kuntayhtymien vastuulla olevaan kuntoutukseen, joka kunnallisena palveluna siirtyy sote-alueen/itsehallintoalueen järjestettäväksi.

5.1 Palvelukokonaisuuden kuvaus ja lainsäädännöstä nousevat velvoitteet

Terveydenhuoltolain 28§ mukaan lääkinnälliseen kuntoutukseen kuuluu:

- 1) Kuntoutusneuvonta ja kuntoutusohjaus
- 2) potilaan toiminta- ja työkyvyn sekä kuntoutustarpeen arviointi
- 3) kuntoutustutkimus, jonka avulla selvitetään potilaan kuntoutusmahdollisuuksia
- 4) toimintakyvyn parantamiseen ja ylläpitämiseen tähtäävät terapiat sekä muut tarvittavat kuntoutumista edistävät toimenpiteet
- 5) apuvälinepalvelut
- 6) sopeutumisvalmennus
- 7) 1–6 kohdassa tarkoitetuista tarpeellisista toimenpiteistä koostuvat kuntoutusjaksot laitostai avohoidossa.

Sosiaalisella kuntoutuksella tarkoitetaan sosiaalityön ja sosiaalihojauksen keinoin annettavaa tehostettua tukea sosiaalisen toimintakyvyn vahvistamiseksi, syrjäytymisen torjumiseksi ja osallisuuden edistämiseksi. Sosiaalihuoltolain 17§ mukaan sosiaaliseen kuntoutukseen kuuluu:

- 1) sosiaalisen toimintakyvyn ja kuntoutustarpeen selvittäminen;
- 2) kuntoutusneuvonta ja -ohjaus sekä tarvittaessa kuntoutuspalvelujen yhteensovittaminen;
- 3) valmennus arkipäivän toiminnoista suoriutumiseen ja elämänhallintaan;
- 4) ryhmätoiminta ja tuki sosiaaliin vuorovaikutussuhteisiin;
- 5) muut tarvittavat sosiaalista kuntoutumista edistävät toimenpiteet.

Työryhmät ovat määrittäneet asiakasprosessien kuntoutuksen tavoitteita ja palvelukokonaisuuksia seuraavasti: Kuntoutuksen perustehtävä perheiden palveluissa on asiakkaan voimaantuminen, toimintakyvyn, hyvinvoinnin ja osallisuuden edistäminen, asiakkaan omatoimisuuden ja oman osallistumisen vahvistaminen sekä kuntoutujan ja hänen lähiympäristönsä fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen toimintakyvyn tukeminen.

Kuntoutuksen palveluja perheiden palveluissa ovat mm.:

- puheterapia, toimintaterapia, fysioterapia, neuropsykiatrinen valmennus ja ohjaus, päihdekuntoutus, Iks:n ja Kolpeneen erikoisosaamisen palvelut, apuvälinepalvelut, Kelan kuntoutuspalvelut ja ”kuntouttava päivähoito” (rajapinta sote-palveluissa)

Aikuisten psykososiaalisissa palveluissa kuntoutuksen perustehtäviä on toimintakyvyn selvittäminen ja tukeminen moniammatillisena verkostotyönä, johon sisältyy mm. laaja-alaiset terveystarkastukset, työ- ja toimintakykyarviot, kuntoutussuunnitelmat ja -tutkimukset. Kuntoutuksen palveluvalikkoon kuuluu mm.: lääkitys, sopeutumisvalmennuskurssit, apuvälinepalvelu, fysioterapia, toimintaterapia, NEPSY, em. lääkinnällisen kuntoutuksen palveluja, kotiin tehtävä sosiaali- ja terveystyö, osallisuutta edistävä päiväkes-

kustyyppinen työ, vertaistukitoiminta, asumispalvelut, em. sosiaalisen kuntoutuksen palveluja, kuntouttava työtoiminta, työkokeilu, PATU (palkkatuettu työ), tuettu työllistyminen, em. ammatillisen kuntoutuksen palveluja, etsivä nuorisotyö ja opinnollistetut työpajat, oma väylä, syvennetty neuvonta ja ohjaus ja em. kasvatuksellisen kuntoutuksen palveluja

Ikäihmisten palveluissa kuntoutuksen perustehtäviä on ikäihmisen voimavarojen tukeminen ja vahvistaminen ja kotona asuvien pärjäämisen tukeminen niin, että ikäihmisten määrän lisääntyessä palveluketjun loppuvaihe ei tukkeudu. Tämä vaatii kuntoutuksen ammattilaisten merkityksen ymmärtämistä, ikäihmisen omien tavoitteiden tunnistamista, suunnitelmallisuutta, konkreettisia lyhyen tähtäimen suunnitelmia ja jokaisen sitoutumista tavoitteisiin. Kuntoutuksen palveluja ikäihmisten kohdalla ovat mm.: oma-apu osuus, hyvinvoinnin edistäminen, riskiryhmiin kohdistuva ennaltaehkäisevä työ, tehostettu kotikuntoutus (kotiutusvaihe), kuntouttava kotihoito ja kuntouttava työote ympärivuorokautisessa palveluasumisessa ja laitoshoidossa

Vammaisten palveluissa kuntoutuksen perustehtävä on mahdollisimman itsenäisen, omaehtoisen ja itsemääräämisoikeutta tukevan ja ikätasaisen elämän mahdollistaminen vammasta tai pitkäaikaissairaudesta huolimatta. Kuntoutuksen palveluja ovat mm.: terapiat (fysio-, toiminta-, puhe-, muut), apuvälineet kotiin, päiväkotiin, kouluun, työhön, asunnonmuutostyöt ja muu ympäristön mukauttaminen, sopeutumisvalmennus, NEPSY, muu ohjaus ja valmennus, kuntouttava päivähoito, opetus, päivä- tai työtoiminta ja tuettu työ, tutkimus- ja kuntoutusjaksot laitospalveluissa, vammaisen henkilön lähipiirin tukeminen, vammaispalvelulain ja erityishuoltolain mukaiset palvelut kaiken kaikkiaan tähtäävät toimintakyvyn edistämiseen ja ylläpitämiseen asumisessa, toiminnassa ja osallistumisessa, liikkumisessa jne.

Sairauksien ehkäisyssä ja hoidossa kuntoutuksen perustehtäviä kuntoutujan tilanteesta ja tavoitteista riippuen ovat mm. pärjäämisen tukeminen, toimintakyvyn palautuminen, omaehtoisuuden tukeminen, ennaltaehkäisevä yhdessä tekeminen. Kuntoutuksen palveluja voivat olla kaikki jo edellä luetellut palvelut ja palvelukonaisuudet.

Sekä lääkinnällistä että sosiaalista kuntoutusta tuottavat monet palveluntuottajat julkisella, yksityisellä ja kolmannella sektorilla. Tek-työryhmä ei ole kartoittanut kuntoutushenkilöstön (tai ostopalveluiden) määrää kunnissa, sillä ainakin työskentelyn alkaessa oli ajatus, että henkilöstöresurssit selvitetään omana prosessina osana sote-valmistelua.

5.2 Tilastollinen, tutkimuksellinen ja kokemuksellinen taustoitus ja analyysi

Kuntoutusta koskevan tilastotiedon käyttöarvoa vähentää huomattavasti se, että kuntoutuspalvelut eivät tilastoidu luotettavasti ja vertailukelpoisesti. Tämä johtuu siitä, että 1) ostopalvelut eivät tilastoidu, 2) kuntien kirjaamis- ja tilastointikäytännöissä on eroja ja 3) erityisesti pienissä kunnissa vuosittainen satunnaisvaihtelu voi olla suurta. Useassa Lapin kunnassa kuntoutuspalvelut (esim. fysioterapia, muut erityisterapiat) toteutuvat ostopalveluna, joka ei tilastoidu avohilmoon. Näin ollen Lapin kuntien välillä näyttää olevan erittäin suuria eroja kuntoutuksen käynneissä. Missä määrin tämä pitää paikkansa, eli että kunnissa olisi todellista vaihtelua kuntoutuspalveluiden järjestämisessä ja/tai saatavuudessa, ei työryhmän käytettävissä olevin tiedoin ole todennettavissa. Tiedot kuntoutuksen omasta ja ostetusta toiminnasta pitäisi saada kunnista erikseen ja siten, että kunnat määrittelisivät kuntoutukseen kuuluvat palvelut samalla tavoin. Tilastotiedot ja joitain huomioita on saatavilla laajemmassa nykytilaraportissa ja Graniteen talletetuista tiedoista.

5.3 Johtopäätökset

Kuntoutuksen kokonaisuuden hallinta tulevalla sote-alueella siten, että:

- Monialaisen kuntoutuksen koordinointi mahdollistuu ilman raja-aitoja; tarvitaan mahdollisuus toteuttaa asiakaslähtöinen kuntoutusprosessi, jossa on toimijoita pth:sta, esh:sta, sosiaalitoimesta, työvoimapalveluista ja mahdollisesti muualta
- Kuntoutus organisoidaan niin, että kuntoutuksen osaaminen alueella säilyy ja että käytettävissä olevat resurssit (henkilöstö) on toiminnallisesti ja kustannustehokkaasti oikein suunnattu
- Tulevassa palvelujärjestelmän kokonaisuudessa kuntoutus jalkautetaan asiakasprosesseihin siten, että toimintakyvyn edistäminen on oleellinen osa kaikkia asiakasprosesseja ja toisaalta kuntoutus erityisalanaan on konsultoitavissa ja jotkin vaativat kuntoutuksen prosessit (kuten vaativat työkyvyn arviot) omassa monialaisessa ”kuntoutuksen osaamiskeskuksessaan”
- Alueella olemassa olevat hyvät käytännöt (ikäihmisten kotikuntoutus, työttömän polku -toimintamalli jne.) juurrutetaan koko alueelle paikalliset olosuhteet huomioiden
- Tietotekniset mahdollisuudet hyödynnetään mahdollisimman hyvin
- Toimintakykyajattelu (ICF) toimintakyvyn edistämisen ja kuntoutuksen perustaksi
- Tavoite tulisi olla, että nykyiset rakenteet pyritään hyödyntämään mahdollisimman hyvin uusien kuntoutussairaaloiden ja/tai –yksiköiden toiminnan suunnittelussa

Jatkotyöstämistä omilla erikoisaloillaan vaativia, yksittäisiä asiakasprosesseja (linjattu jo järjestämissuunnitelmassa 2013-2016 ja kuntoutuksen toimintasuunnitelmassa 2015-17)

- Vaativat työkyvyn arviot (monialainen lääk/sos/amm. kuntoutuksen prosessi), vastuutaho Kuntoutuspoliklinikka
- Aivoverenkiertohäiriöpotilaan kuntoutus (painottuu lääkinälliseen kuntoutukseen mutta edellyttää myös sosiaalityön ja perusterveydenhuollon osaamista)
- Opintonsa keskeyttävän nuoren kuntoutusprosessi (painottuu sosiaaliseen ja jossain määrin ammatilliseen kuntoutukseen, mutta vaatii usein myös vähintään arviota lääkinällisen kuntoutuksen tarpeesta)

Kuntoutukseen liittyvät kehittämiskohteet eri asiakasprosesseissa:

Perheiden palvelut: asiantuntijoiden arvioimien kuntoutustavoitteiden jalkauttaminen lapsen ja perheen arkeen, yksilöllisen avuntarpeen tehokas arviointi heti alussa, pitkät jonot terapiaoihin, palvelujen järjestäjät: kunta/yksityiset (seurannan vaikeus, pulaa palveluntuottajista), Kelan kuntoutukseen ohjaaminen puutteellista, arvioinnit eri tahoilla, asiantuntijuus hajautunutta ja terapiapalvelujen saatavuuden ongelmat kunnissa

Aikuisten psykososiaaliset palvelut: Nepsy-asiakkaiden prosessi, masennuksen ja syrjäytymisen ennaltaehkäisy (erityisesti nuorten aikuisten kohdalla), Ikäihmiset, joilla on psykiatrinen diagnoosi eivätkä sen vuoksi saa ikäihmisten palveluita, ”oikean oven periaate” ja toisaalta palveluissa pysyminen, kotiin vietävien palveluiden kehittäminen, erityis- ja peruspalvelujen yhteistyö ja sujuva konsultointi: 99% palvelusta on toimintakyvyn edistämistä ja kuntoutusta, 1% muuta, esim. lääkitykseen liittyvät asiat, yhteistyö ja yhteiset asiakkaat > aikuisten psykososiaaliin palveluihin on ”työntöä” muista prosesseista ja kehitämmekö kaikille asiakkaille sopivia palveluita, joihin saadaan tarvittava erityisosaaminen, vai erityisryhmille suunnattuja palveluja?

Ikäihmisten palvelut: toimintakyvyn tukeminen kotona pärjäämisen mahdollistamiseksi ja tavoitteellisen, suunnitelmallisen kotikuntoutuksen mallin levittäminen koko alueelle, muistisairaat ja heistä erityisesti työikäiset ja alkoholin vuoksi muistisairaat. Tälle asiakasryhmälle tarvitaan räätälöity kuntoutusprosessi – rajapinta myös aikuisten ja perheiden palveluihin

Vammaisten palvelut: vaihtoehtojen lisääminen asumiseen ja päivätoimintaan yksilön oman toimintakyvyn hyödyntämiseksi ja edistämiseksi, kuntoutuksen erityispalvelujen saavutettavuus – mitä voitaisiin digitalisoida tai tukea lähipalveluna toteuttavaksi?, saamenkieliset palvelut erityinen haaste, esim. puheterapia saamenkielisille – onko palvelua edes saatavilla, Nepsy-asiakkaiden prosessi, kuntoutusosaamisen jalkauttamisen tavat, ettei erityistyöntekijöiden aika kulu auton ratissa ja kuntoutuksen koordinaation tarve

Sairauksien ehkäisyssä ja hoidossa: kuntoutuksen taloudellisen vaikuttavuuden parantaminen ja mittaaminen, sosiaalisen ja somaattisen kuntoutuksen yhteistyö, kuntoutusosaamisen varmistaminen koko alueella ja aivoverenkiertohäiriöpotilaan kuntoutus (vaativa kuntoutus)

Kuntoutuspoliklinikan ajatuksia kuntoutuksen kehittämiskohteista: hoitoketjun pitäisi ulottua kotoa kotiin, ei vain sairaalan ovesta sisään ja ulos, prosessin tavoite oltava asiakkaan/potilaan pärjääminen, ei suorite, olisi hahmotettava koko ennaltaehkäisy–hoito–kuntoutus–toimintakyky -ketju → vaikutuksia siihen, miten välte-tään uudelleen palvelun piiriin tuleminen ja apuvälinepalvelut – alueellinen apuvälinekeskus tavoitteeksi.

6 Sairauksien ehkäisy ja hoitopalvelukokonaisuus

- suunnittelija Heli Niskala ja Kaisu Anttila Lapin sairaanhoitopiirin kehittämissyksikkö
- johtajaylilääkäri Jukka Mattila Lapin sairaanhoitopiiri

Sairauksien ehkäisy ja hoitopalvelukokonaisuuden työryhmä valitsi tarkasteltaviksi neljä palvelukokonaisuutta:

- Valtimosairaudet (esimerkkinä DM)
- Selkäkipupotilaat (krooninen kipu)
- Saattohoito
- Työikäiset, joiden terveysvalinnat aiheuttavat suuret terveysongelmat jatkossa (väliinpuotoajat)

Tarkasteltavaksi valittiin prosesseja, missä toteutuu moniammatillisuus ja joissa vastuu jakautuu usealle toimijalle, prosessit joissa on paljon parannettavaa sekä saadaan todellisia kustannushyötyjä. Pyrittiin löytämään Lapin alueen sairauden hoidon kokonaisuuden, ihmisten hyvinvoinnin kannalta, oleellimmat uudelleen muotoilun mahdollisuudet.

Nykytilasta on haettu tilastotietoa eri lähteistä (mm. Kulas, Kaira, Tilastokeskus, THL – AVTK, Kela, Oys/ Oulu; Väestön kokonaiskustannusten jakautuminen sosiaali- ja terveyspalveluiden käytöstä, saattohoito- ohje, sisätautien BM-raportti syksy 2014, lääkekustannukset 2014, Dehkon loppuraportti, Lean ja terveydenhuolto, Kuntaliitto...). LSHP:n ylilääkäreiltä kerätty ryhmiä, joiden hoidon kokonaisuutta on järkevää tarkastella.

Kehittäjäasiakasryhmänä toimii Lapin sairaanhoitopiirin asiakasraati. Asiakasraadille on esitelty työryhmän tarkoitus, työryhmän työskentelytapoja ja tavoitteet sekä tarkasteltu palvelujen nykytilaa yhdessä asiakasraadin jäsenten kanssa.

Tutkimustietoa, työryhmän tuottamaa materiaalia ja tilastoja käsiteltäessä on tehty rajauksia mm. ikäryhmittäin ja jätetty pois päihde- ja mielenterveyspuoli.

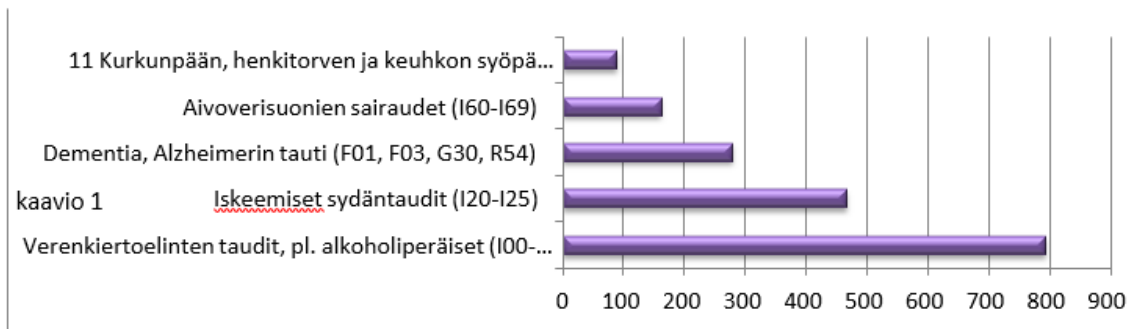
6.1 Kuvaus palvelukokonaisuuksista ja kehittämiskohteista

Valtimosairaudet (pääasiallisena esimerkkinä Diabetes)

Diabeetikot ja sydän- ja verisuonitautipotilaat ovat iso ryhmä eniten palveluita käyttävistä. Diabetes on yksi suurimmista ryhmistä, jonka lääkäri on todennut tai se on vaatinut lääkärin hoitoa (5,4 %) (THL) Diabeteslääkekustannukset ovat Lapin alueella 3. suurimmat (Kelasto-raportit | Kela/Tutkimusosasto/Jaana Martikainen). LSHP:n diagnoosien vajavaisen kirjauksien vuoksi on vaikea saada todenmukaista tilastoa Lapin alueen diabetespotilaista.

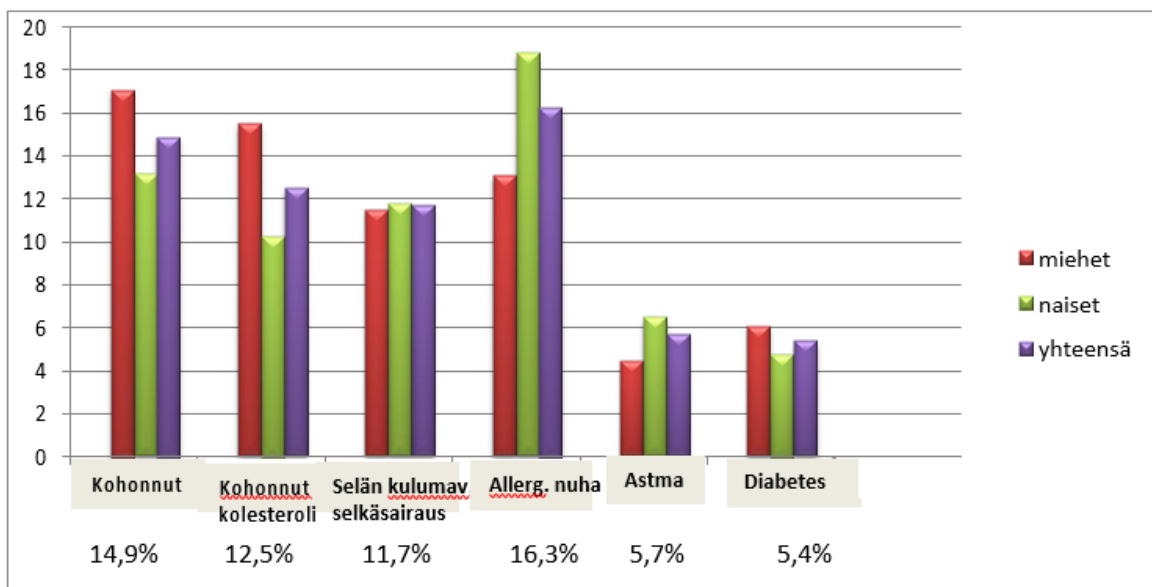
Kehittämiskohteena on kustannusten vähentäminen ja resurssien hallittu kohdentaminen. Lisäksi Diabeteksen ja valtimosairauksien yhtenä merkittävänä kehittämiskohteena on omahoidon ja ennaltaehkäisyn kehittäminen palvelujärjestelmän keinoin.

Lapin maakunnassa vuonna 2013 peruskuolemansyyn mukaan kuolleet, ilman ikämuuttujaa, viisi (5) yleisintä (kaavio 1):



kaavio 1

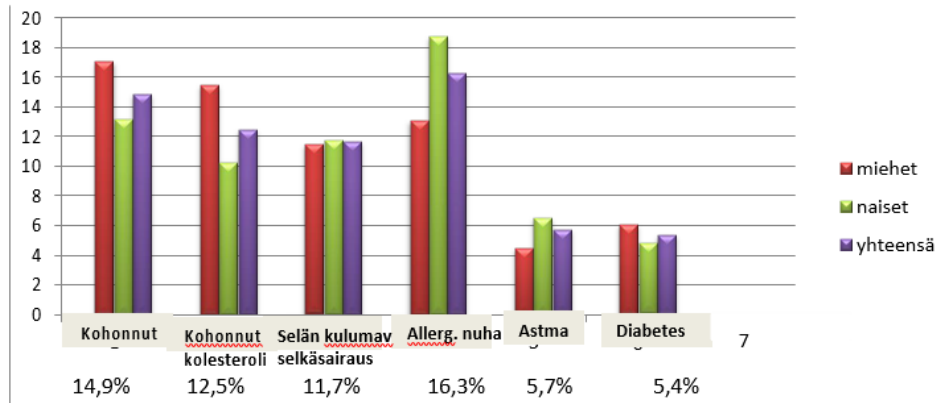
Sairaudet, jotka lääkäri on todennut tai joiden hoito on vaatinut lääkärin hoitoa, työikäiset, koko maa. Kuusi (6) yleisintä. (THL, avtk 2014) (kaavio 2)



kaavio 2

Selkikipupotilaat

Selkäsairaudet/selän kulumavika on yksi suurimmista ryhmistä, jonka lääkäri on todennut tai se on vaatinut lääkärin hoitoa (11.7 %) (THL) (kaavio 3)



kaavio 3

Lapin sairaanhoitopiirin kuntalaskutetut päädiagnoosina "selkä", vuosi 2014, Ikkryhmit 15-49 ja 50-64. (poistettu lapset) (Kaira) (kaavio 4)

	Käynnit	Kuntahinta €	Ensi- käynnit	Uusinta- käynnit	Päivystys- käynnit	Hoidetut henkilöt
Yhteensä	504	281 623 €	73	264	24	247

kaavio 4

Krooninen kipu

Suurin osa kroonisista kivuista johtuu tuki- ja liikuntaelinsairauksista (TULES), tai ne ovat neuropaattisia kiputiloja. Kolme neljästä yli 30-vuotiaasta suomalaisesta on kokenut vähintään yhden selkkipujakson elämänsä aikana. Noin puolella aikuisista on ollut yli viisi selkkipujaksoa. Viimeisen kuukauden aikana selkkipua on tuntenut joka kolmas aikuinen. Iskiaskipua on lähes 40 prosentilla aikuisista, ja heistä joka toisella on ollut yli viisi iskiaskipujaksoa. Kehittämiskohteena on ennaltaehkäisyn ja omahoidon kehittäminen palvelujärjestelmän keinoin, lisäksi kehittämiskohteena on laadun ja potilasturvallisuuden lisääntyminen.

Selkkipuvun ja -sairauksien takia Suomessa käytettiin vuonna 2011 hieman yli kolme miljoona sairauspäivärahopäivää, joiden kustannukset olivat 209 miljoonaa euroa. Vuoden 2011 lopussa 30 050 henkilöä oli eläkkeellä selkäsairauden takia. Selkäsairauksien eläkekustannukset olivat 349 miljoonaa euroa. Kaularangan välilevysairauksien takia sairauspäiväraha-kustannukset olivat vuonna 2011 hieman yli 8 miljoonaa. (Kivuntutkimusyhdistys ry, Kroonisen kivun hoito-opas) Kehittämiskohteena on kustannusten vähentäminen ja resurssien hallittu kohdentaminen. Palvelujärjestelmää tulee kehittää siten, että vaikuttavuus ja tehokkuus paranevat.

Kivun esiintyvyys viimeisen kuukauden aikana (Terveys 2000 –tutkimus) (kaavio 5)

Kivun sijainti	Esiintyvyys miehet %	Esiintyvyys naiset %
Krooninen selkäoireyhtymä	10	11
Selkäkipu	30	36
Hartiakipu	23	40
Niskakipu	26	40
Krooninen niskakipu	5,5	7,3
Polven nivelrikko	5	7
Lonkan nivelrikko	5	4

kaavio 5

Toimijat:

- avoterveydenhuolto: tutkimus, hoito, kuntoutus
- esh: fysiatrian pkl, kuntoutuspkl, kipupkl
- Kela, työeläkelaitokset, työvoimahallinto, vakuutusyhtiö

Selkäkipupotilaiden hoitoon osallistuu monia eri toimijoita mm. avoterveydenhuollosta tutkimus, hoito, kuntoutus, sekä erikoissairaanhoidosta fysiatrian pkl, kuntoutuspkl, kipupkl. Lisäksi asiakas saattaa tarvita esim. ansionmenetyksiin ja kustannuksiin monien eri tahojen palveluita esim. Kela, työeläkelaitokset, työvoimahallinto, vakuutusyhtiö. Kehittämiskohteena on palveluprosessin ammattiryhmien välisen työnjaon ja kehittäminen ja osaamisen varmistaminen.

Saattohoito

Suomessa kuolee vuosittain lähes 50 000 ihmistä. Suurin kuolemia aiheuttava tautiryhmä on verenkiertoelinten sairaudet. Syöpään kuolee noin 11 000 ihmistä vuodessa. Saattohoitoa tarvitsee vuosittain noin 200 syöpäpotilasta ja noin 40 muita sairauksia sairastavaa potilasta 100 000 asukasta kohden.

Saattohoidon suurin potilasryhmä ovat syöpäpotilaat. Saattohoitoa tarvitsevat myös monet sydämen vajaatoimintaa, keuhkohtaumatautia, munuaisten ja maksan vajaatoimintaa sekä eteneviä neurologisia sairauksia sairastavat potilaat.

Saattohoidon resursseissa ja osaamisen tasossa on valtakunnallisesti suurta vaihtelua. Saattohoitopolut ovat usein jäsentymättömiä ja yhteistyö eri terveydenhuollon yksiköiden välillä puutteellista. (Kunnat.net). Saattohoidossa ammattiryhmien välistä työnjakoa tulee kehittää ja osaaminen varmistaa koko sote-alueella.

Saattohoitoa ja saattohoidon aikana tukea tarjoavia yksiköitä ja tahoja:

- Kotisairaala
- Terveyskeskusten osastot
- Hoivakodit (esim. Terhokoti)
- Rovaniemen terveyskeskussairaala
- Lapin keskussairaala (saattohoitoyhdyshenkilöt)
- Järjestöjen saattohoitotukihenkilöt

Oulun ja Lapin sairaanhoitopiireissä yhtenäistä, koko alueen kattavaa saattohoitosuunnitelmaa ei ole – saattohoidon kehittämiskohteet ovat laadukkaan ja vaikuttavan palveluprosessin kehittäminen. Kehittämisen tavoitteena on asiakasystävälliset, laadukkaat ja potilasturvalliset palvelukokonaisuudet.

Työikäiset, joiden terveysvalinnat aiheuttavat suuret terveysongelmat jatkossa (väliinpuotoajat)

Sairauspäivärahan ja työkyvyttömyyseläkkeen myöntäminen riippuu terveydentilasta tehdystä selvityksestä. Erityisen vaikea tilanne on pitkäaikaistyöttömillä, joilla on riski jäädä niin terveyspalvelujen kuin Kelan ammatillisen kuntoutuksen ulkopuolelle (Kerätär & Karjalainen 2010, 3 685–3 686, 3 688). Siinä missä työterveyshuollosta on helppo päästä erikoislääkärin vastaanotolle, julkisen terveydenhuollon kautta ei välttämättä saa lähetettä lainkaan. Erityisen hankalia tilanteita syntyy niille työkyvyttömillä henkilöillä, joiden työkyvyttömyyseläkehakemus on evätty ja työsuhde on katkennut sairauden vuoksi. Terveyspalvelujen piiriin pääsy vaikeutuu sitä mukaa mitä pidemmäksi työttömyysjakso kasvaa.

Yhdestä sosiaalisesta riskistä saattaa vielä selvitä, mutta kumuloituessaan niistä tulee vaikeammin ratkaistavia (esim. Ritakallio 2005, 16). Esimerkiksi työkyvyttömyyden ja työttömyyden tiedetään kietoutuvan toisiinsa (Blomgren, Hytti ja Gould 2011, 8, 23–24), koska työkyvyltään heikentyneet henkilöt näyttävät päätyvän muita suuremmissa määrin työttömiksi. Ongelma aiheutuu osittain järjestelmien välisen koordinaation puutteista. Työttömien terveysongelmat eivät aina tule ajoissa esiin, eivätkä lääkärit välttämättä kirjoita työttömille todistuksia sairauspäivärahan hakemista varten. Lisäksi työttömyyden ja työkyvyttömyyden päällekkäisyyden lisäksi ongelman tunnistamiseen, työkyvyn arviointiin ja eläkemahdollisuuksien selvittämiseen tarvittava sosiaaliturva-, työvoima- ja sosiaalialan viranomaistahojen aloitteellisuuteen ja yhteistyöhön liittyy ongelmia. Edellä kuvatut tilanteet johtavat väliinpuotoamiseen, koska niiden seurauksena työkyvyttömästä tulee työtön. (Määttä Anne, Perusturva ja poiskäännyttäminen, Diakonia-ammattikorkeakoulu, Helsinki 2012) Kehittämiskohteena on palvelukokonaisuuksien laadun ja potilasturvallisuuden kasvattaminen – tavoitteena asiakasystävälliset, laadukkaat ja potilasturvalliset palvelukokonaisuudet. Merkittävänä kehittämiskohteena on ammattiryhmien välisen työnjaon kehittäminen ja eri tahojen ja alueiden osaamisen varmistaminen.

Suomalaisen sosiaali- ja terveyspalveluverkon väliinpuotoajat ovat moniongelmaiset ihmiset, joista monet eivät osaa edes hakea itselleen heille kuuluvia palveluita. Tyypillinen väliinpuotoaja on keski-ikäinen tai vanhempi päihteitä runsaasti käyttävä mies. Usein hän on myös työtön, joka ei ole enää oman elämänsä herra. Nämä miehet ovat usein niin sanottuja "pyöröoviasiakkaita", jotka tulevat hoitamaan jotain akuuttia ongelmaa terveyskeskuksiin, mutta katoavat heti seuraavalla oven avauksella takaisin omaan, usein yksinäiseen elämäänsä. Näiden miesten rinnalle on noussut suurena ryhmänä myös keski-ikäisiä nuoremmat naiset, joilla on runsaasti mielenterveyteen liittyviä ongelmia sekä runsasta päihteiden käyttöä. Kolmas suuri ryhmä ovat jo useamman sukupolven syrjäytymistä kokeneet perheet. (SITRA, Artikkelit/19.08.2011 11:45) Kehittämiskohteena on pirstaloituneiden palvelujärjestelmien uudelleen muotoilu – tavoite paremmasta vaikuttavuudesta ja tehokkuudesta, merkittävänä kehittämiskohteena on palvelujärjestelmän keinoin toteutettava ennaltaehkäisy.

Oulussa on selvitetty sosiaali- ja terveydenhuollon potilasvirtoja, minkä yhteydessä tunnistettiin muuallakin (Tampere, Turku) havaittu tilanne: 10 prosenttia asiakkaista kerryttää 81 prosenttia kunnan sosiaali- ja terveydenhuollon kustannuksista. Oletetaan, että myös sosiaalipalvelut kohdentuvat suurelta osin samalle asiakasryhmälle. Muualla Pohjois-Suomessa ei ole tehty sosiaali- ja terveyspalveluiden käyttäjä-profilointia, eikä näin ollen myöskään ole tehty selvitystä palveluiden suurykäyttäjistä. Johtavien viranhaltijoiden arviot

palveluiden käytöstä ovat samansuuntaisia, eli eniten käytävä 10–20 % kuluttaa 80 % palveluista. Sosiaalipalveluissa asiaa ei myöskään ole selvitetty, eikä tästä ei ole löydettävissä edes valtakunnallisia selvityksiä. Eri kehittämishankkeissa (esim. PaKaste) sosiaalihuollon toimijat ovat arvioineet, että osa asiakkaista käyttää erityisen paljon sosiaali- ja terveydenhuollon palveluita. Yhtenä oletuksena on, että varsinkin ns. ”moniongelmaiset asiakkaat” (esim. samanaikainen päihde-, mielenterveys- ja somaattinen diagnoosi) ovat tässä tarkoitettuja palveluiden käyttäjiä. (Pohjois-Suomen aluejohtoryhmä 28.2.2014, ”Paljon tukea tarvitsevat” -kehittämishanke (2015–2017)) Kehittämiskohteena on kustannusten vähentäminen, resurssien hallittu kohdentaminen sekä vaikuttava hoito.

Kehittämiskohteet valituissa asiakkuusryhmissä

Kaikista asiakkuusprosesseista löytyy samankaltaisia kehittämiskohteita liittyen talouteen, prosesseihin ja hyviin palvelukokonaisuuksiin. Yhteiset kehittämiskohteet on Lapin sote-alueella kaikkien valittujen asiakkuusprosessien osalta

- palvelukokonaisuuksien laadun ja potilasturvallisuuden kasvattaminen – tavoitteena asiakasystävälliset laadukkaat ja potilasturvalliset palvelukokonaisuudet
- kustannusten vähentäminen, resurssien hallittu kohdentaminen sekä vaikuttava hoito
- ammattiryhmien välisen työnjaon kehittäminen
- osaamisen varmistaminen
- ennaltaehkäisy palvelujärjestelmän keinoin
- pirstaloituneiden palvelujärjestelmien uudelleen muotoilu – tavoite paremmasta vaikuttavuudesta ja tehokkuudesta

Rajapinnat toisiin palvelukokonaisuuksiin

Kaikista valituista prosesseista löytyy rajapintoja toisiin asiakkuusprosesseihin; tarkastellaan osaamisen tarpeet/varmistaminen, pääasialliset toimijat, kustannusten jakautuminen – kokonaiskustannukset, palvelujen saatavuus, lainsäädännön veloitteet. Kaikista valituista prosesseista löytyy mahdollisuutta tarkastella rajapintoja nykyisten eri toimijakokonaisuuksien välillä (SOS–PTH–ESH).

7 Saamenkieliset palvelut

- suunnittelija Eila-Marja Labba Saamelaiskäräjät

7.1 Palvelukokonaisuuden kuvaus ja lainsäädännöstä nousevat velvoitteet

Saamelaisten asema on turvattu Suomen perustuslaissa (731/1999) ja useissa kansainvälisissä ihmisoikeussopimuksissa. Saamelaisten kielelliset perusoikeudet toimeenpannaan Saamen kielilailla (1086/2003). Saamelaisten kulttuuri-itsehallintoa hoidetaan ja toteutetaan Saamelaiskäräjistä annetulla lailla (974/1995). Saamelaiskäräjistä annetun lain 4 §:n mukaan saamelaisten kotiseutualueella tarkoitetaan Enontekiön, Inarin ja Utsjoen kuntien alueita sekä Sodankylän kunnassa sijaitsevaa Lapin paliskunnan aluetta.

Useisiin erityislakeihin on otettu viittaussäännös saamen kielilakiin, kun laissa säädetään muun muassa palvelun kielestä. Viittaussäännös tarkoittaa, että viranomaisen velvoitteet määräytyvät saamen kielilain mukaisesti ja kyseisen lain mukaan saamelaisella on oikeus käyttää saamea ja saada palvelua saamen kielellä. Suomen kansallinen lainsäädäntö perustuslakeineen ja Suomea sitovat kansainväliset sopimukset turvaavat saamelaisten oikeudellisen aseman omaan kieleen, omaan kulttuuriin ja alkuperäiskansa-asemaan. Lainsäädäntö turvaa oikeuden saamenkielisiin palveluihin yhteiskunnan kaikilla sektoreilla.

Suomen perustuslain 17 § 3 momentin mukaan saamelaisilla alkuperäiskansana on oikeus ylläpitää ja kehittää omaa kieltään ja kulttuuriaan. Perustuslain 121 §:n 4 momentin mukaan saamelaisilla on saamelaisten kotiseutualueella kieltään ja kulttuuriaan koskeva itsehallinto sen mukaan kuin lailla säädetään. Saamelaisten kulttuuri-itsehallintoa toteutetaan saamelaiskäräjistä annetulla lailla.

Saamelaisten kotiseutualueella palvelujen järjestäminen on haastavaa erityisen poikkeuksellisen harvan asutuksen ja laajan pinta-alan vuoksi. Yksityisiä palveluntuottajia ei alueella juuri ole. Palvelut ovat keskittyneet kuntakeskuksiin. Esimerkiksi Utsjoen yhdyskuntarakenne on hajautunut n. 180 matkalle Tenon rantaa Kuolnasta Pulmankiin ja n. 50 kilometriä kuntakeskuksesta Utsjoelta etelään. Saamelaiset asuvat pääasiassa hajallaan syrjäkylissä omilla perinteisillä asuinalueillaan.

Pitkien etäisyyksien takia seutuyhteistyö ei ole aina kannattavaa. Raja-alueilla rajayhteistyön mahdollisuudet tulisi hyödyntää. Pohjoissaamenkielisiä palveluja voidaan järjestää rajayhteistyönä. Tenonlaakson sote-palvelujen kehittämishankkeessa on tehty vuonna 2012 selvitys Karasjoen ja Karigasniemen yhteisten ikäihmistien palvelujen mahdollisuuksista. Asiakkaiden näkökulmasta rajayhteistyöllä saamenkieliset palvelut voidaan yhdistää sujuvaksi hoito- ja palveluketjuksi peruspalveluista erityispalveluihin saakka. Inarin- ja koltansaamenkielisten palvelujen turvaaminen ja kehittäminen vaatii erillisiä positiivisia tukitoimia.

Saamelaisalueen kuntien yhteisenä ongelmana on saamenkielisen sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstön rekrytointi. Rekrytointivaikeuksia on myös rajan takana Norjassa. Rekrytointivaikeuksien voi ennakoida tulevana vuosina vielä kasvavan, kun suuret ikäluokat molemmissa maissa jäävät eläkkeelle. Utsjoen kunnan vaikeuksia rekrytoida saamenkielistä työvoimaa lisää Norjan läheisyys ja houkuttelevuus. Norjassa palkkataso ja muut etuudet ovat paremmat kuin Utsjoella.

Karasjoella on mm. Helse Finnmarkin alainen erikoislääkärikeskus, jossa on usean erikoisalan lääkäreiden vastaanottoja. Helse Finnmarkilla on Karasjoella myös lasten, nuorten ja perheiden psykiatrisia palveluita sekä päihdekuntoutusyksikkö Finnmarkin klinikka. Helse Finnmarkin alaisia palveluita voivat saamenkieliset asukkaat käyttää Helse Finnmarkin ja Lapin sairaanhoitopiirin välisen sopimuksen perusteella. Lapin sairaanhoitopiiri on hankkinut Norjasta eniten lasten- ja nuorten psykiatria (Sanks), kuulon huoltoa, ihotautien ja

kardiologian avohoitoa sekä muutamia synnytyksiä Kirkkoniemen sairaalasta. Palveluja ovat käyttäneet muutamia kymmeniä potilaita vuosittain.

Muonion-Enontekiön terveydenhuollon kuntayhtymällä on yhteistyösopimus Ruotsin kanssa Karesuvannossa hammashoitoa koskien.

7.2 Tilastollinen, tutkimuksellinen ja kokemuksellinen taustoitus ja analyysi

Tutkimustulosten mukaan saamelaiset ovat edelleen eriarvoisessa asemassa palvelujen saatavuuden suhteen. Saamelaisten kokema palvelujen saatavuus ja tyytyväisyys niihin ovat alemmalla tasolla kuin keskimäärin Suomessa. Monista positiivisista kehityspiirteistä huolimatta, saamelaisten omakielisten ja kulttuurilähtöisten palvelujen tarjonta saamelaisten kotiseutualueella on rajallista ja satunnaista. Tulosten mukaan saamen kieli, perinteisiin elinkeinoin sijoittuminen ja etäisyys ovat suurimpia palvelujen saatavuutta vaikeuttavia tekijöitä heijastuen myös asiakkaiden kokemaan palvelutyytyväisyyteen. Kuntien välillä ja sisällä on lisäksi suuria eroja, mikä osoittaa, että eri puolilla saamelaisten kotiseutualuetta asuvat ja eri kieliryhmiin kuuluvat saamelaiset ovat keskenään eriarvoisessa asemassa. Lisäksi sukupuoli- ja ikä määrittelevät palvelujen saatavuutta. Erityisesti pitkien etäisyyksien päässä kuntakeskuksista asuvat iäkkäämmät naiset ja perinteisten elinkeinon harjoittajat kokivat palvelujen saamisen vaikeaksi. Kuntatasolla tarkasteltuna varsinkin Inarissa ja Utsjoella iäkkäämpien naisten, kun taas Enontekiöllä peruselinkeinoja harjoittavien miesten oli vaikein saada palveluja. Lisäksi Sevettijärven kolttasaamelaiset sekä ne, joilla on pohjoissaamenkieli äidinkielenä kokivat palvelujen saatavuuden huonommaksi kuin muut kieliryhmät. Palvelurakenteen karsiminen nimenomaan pitkien etäisyyksien päässä olevista kylistä, kuten esim. omakieliset terveydenhoitajapalvelut Sevettijärveltä ja Vuotsosta, on huonontanut tilannetta merkittävästi. Pitkien etäisyyksien ohella palvelujen saatavuuteen vaikuttaa merkittävällä tavalla 2000-luvulta lähtien voimakkaana jatkunut julkisen liikenteen supistaminen. Kuntien järjestämät korvaavat joukkoliikennetait kutsutaksijärjestelyt eivät nykyisellään turvaamaan kuitenkaan riittävästi palveluihin pääsyä. Oman auton käyttömahdollisuus on merkittävä edellytys palvelujen saavutettavuudelle. (Heikkilä ym.2013)

Aikuisten psykososiaaliset palvelut

Inarissa ja Sodankylässä toimivat mielenterveystoimistot, mielenterveysneuvolat ja perheneuvolat. Inarissa psykiatrinen sairaanhoitaja on ollut pohjoissaamen kielen koulutuksessa. Utsjoella on aloittanut pohjoissaamenkielinen psykiatrinen sairaanhoitaja vuonna 2013. Muissa kunnissa ei ole saamenkielistä palvelua tarjolla.

Helse Finnmarkin alaisen saamelaisten psyykkisten palveluiden kehittämisyksikön (SANKS) lasten ja nuorten psykiatrisen poliklinikanterapeutti käy konsultaatiokäynneillä Utsjoella kerran kuukaudessa.

Enontekiöllä on saamenkielinen sosiaalityöntekijä. Sosiaalitoimen asiakkaila on mahdollisuus saada omakielistä ja omaan kulttuuriin perustuvaa sosiaalityön palvelua mm. aikuissosiaalityöhön, vanhustyöhön, toimeentuloon ja kuntouttavaan työtoimintaan liittyvissä kysymyksissä ja palvelutarpeen arvioinnissa ja palveluohjauksessa ja neuvonnassa. Enontekiöllä on saatavilla myös saamenkielistä psykoterapiapalvelua parisuhde- ja perheterapiana sekä saamenkielistä talous- ja velkaneuvontaa.

Päihdetyössä Enontekiöllä on kehitetty yhteistyössä SámiSoster-järjestön kanssa saamelaiskulttuurisensitiivisenä päihdetyön avohuollon työmuotona mettäterapiaa, joka on saamelaisista voimavaroista lähtevää, paikalliset erityistarpeet huomioivaa, luontoympäristössä tapahtuvaa ja ammatillisesti ohjattua kuntouttavaa pienryhmätoimintaa. Toimintamenetelmä koostuu neljästä, 3–5 vrk:n mittaisista, suljetulle ryhmälle toteutetuista leirijaksosta, jotka sijoittuvat eri vuodenaikoihin sekä leirien

välillä pidettävästä yhteydenpidosta tapaamisten, puhelimen ja sosiaalisen median kautta. Leirivuoden sisällön kokonaisuus alkaa asiakkaan itsetuntemuksen ja itseymmärryksen lisäämisestä siirtyen kohti oman päihdekäytön tunnistamista ja alkoholin käytön kannalta kriittisten kohtien selvittelyä ja sitä kautta toipumisprosessiin ja sen ylläpitämiseen ja päihdeettömän elämän ja tulevaisuuden suunnitteluun. Ohjelmassa käytetään paikallisiin olosuhteisiin ja kohderyhmän elämäntilanteisiin soveltuvia päihdekuntoutuksen harjoitteita. Terapeuttisen ympäristönä toimii luontoympäristö ja leirien sisältö on rakennettu pitkälle toiminnallisuuden varaan. Keskeistä toiminnassa on toipumisen prosessinomaisuus, päihdeasioiden pohdintaan ja käsittelyyn paneudutaan systemaattisesti koko leirivuoden ajan.

SamiSoster ry toteuttaa Enontekiöllä, Inarissa ja Utsjoella saamenkielistä päihdeneuvontaa, vertaistoimintaa sekä Meahcceterapijaa, joka on ammatillisesti ohjattua, sosiaalisesti kuntouttavaa, avomuotoista, pienryhmätoimintaa päihdetoipujille. Toiminta rakentuu paikallisten olosuhteiden ja kulttuuristen erityispiirteiden perustalle ja toimintaympäristönä on luonto. Helse Finnmarkin ja Lapin sairaanhoitopiirin välinen sopimus mielenterveyspalveluista koskee nykyisellään vain yksilöä ei ryhmää tai yhteisöä. Saamelaisyhteisöissä on ilmennyt tarvetta saada keskusteluapua/kriisiapua matalan kynnyksen palveluna johtuen lisääntyvästä vihamielisestä ilmapiiristä/vihapuheesta saamelaisia kohtaan. Yhteisönä avun saaminen ei onnistu vaan yhteisön jokaisen jäsenen tulisi hankkia yksilöllinen lähete. Menettely ei vastaa saamelaisten palvelutarvetta.

Valtakunnallisesta Mielenterveystalo.fi -nettipalvelusta on käännetty pohjoissaamen kielelle osioita aikuisten masennuksen omahoito-ohjelmasta. Tulevaisuudessa pyritään saamaan rahoitusta nuorten mielenterveystalon ja päihdeosion kääntämiseen. Mielenterveystalo.fi on STM:n hyväksymä ja valtakunnallinen nettiportaali, jonka tavoitteena on antaa palveluja ja mahdollisuuksia matalalla kynnyksellä psykoterapiapalveluihin.

Ikäihmisten palvelut

Saamenkielistä palveluohjausta on vähän saatavilla. Inarissa kotihoidon palveluohjausta on saatavana pohjoissaamenkielellä. Saamenkielisten ikäihmisten palvelutarpeen arviointi tehdään pääasiassa suomen kielellä tai saamenkielisen työparin tai tulkin välityksellä. Enontekiön sosiaalitoimessa pohjoissaamenkielinen sosiaalityöntekijä vastaa saamenkielisten asiakkaiden palvelutarpeen arvioinnista.

Kotihoito

Pohjoissaamenkielistä kotipalvelua on saatavilla virka-aikana Utsjoella, Karigasniemellä, Pohjois- ja Etelä-Inarissa, Hetassa, Karesuvannossa, Vuotossa ja Sodankylässä. Inarinsaamenkielistä kotipalvelua on saatavilla virka-aikana Pohjois-Inarissa. Koltansaamenkielistä kotipalvelua on saatavilla virka-aikana Sevettijärvi-Näätämö -alueella. Pohjoissaamenkielistä kotisairaanhoidtoa on saatavilla virka-aikana Utsjoella, Hetassa, Karesuvannossa, Vuotossa ja Sodankylässä. Inarin- ja koltansaamenkielistä kotisairaanhoidtoa ei ole saatavilla. Tarvitessaan kotiapua tai kotihoitoa virka-ajan ulkopuolella, saamenkielinen ikäihminen joutuu muuttamaan asumispalveluysikköön kuntakeskukseen.

Muistisairaiden palvelut

Anne Remes on tutkinut vuonna 2012 muistisairauksien esiintyvyyttä saamelaisväestössä Sodankylän, Inarin ja Utsjoen alueella. Tutkimuksen tuloksena todettiin että muistisairaudet lisääntyvät saamelaisväestössä samaa tahtia kuin muussakin väestössä. Alzheimerin tauti oli muistisairauksista yleisin.

Suomessa ei ole saatavilla saamelaista muistisairaahan hoitoa, eikä saamenkielisiä muistikoordinaattoreita. Saamelaisen muistisairaiden hoito tehdään suomalaisesta lähtökohdista, usein suomen kielellä.

Saamenkieliset lähihoitajat, sairaanhoitajat ja terveydenhoitajat tekevät muistitestejä saamenkielisille asiakkaille. Muistitestejä on käännetty saamen kielille. Testin saamen kielelle kääntämisen lisäksi sisällössä tulisi huomioida kulttuuritausta ja paikalliset olot.

Asumis- ja laitospalvelut

Saamenkieli on Inarin, Utsjoen, Enontekiön ja Sodankylän kunnissa asumis- ja laitoshoidossa yksittäisten työntekijöiden varassa, eikä tarjolla kaikkina aikoina. Saamenkieliset työntekijät toimivat tarvittaessa tulkkina muissa osastoissa tai vuodeosastolla

Saamenkielisen ikäihmisen intervallihoito toteutetaan suomenkielisellä osastolla. Utsjoella vieraalla kielellä toteutetun intervallihoidon ei ole todettu olevan myönteinen ikäihmisen näkökulmasta.

Johtopäätöksenä voidaan todeta, että saamenkielistä palvelua saa niillä osastoilla ja yksiköissä, joissa saamenkielisiä työntekijöitä on työvuorossa. Saamenkielistä työntekijöitä ei ole kaikilla osastoilla. Inarinsaamenkielisten ikäihmisten tilanne on heikoin.

Kolmas sektori

SámiSoster ry toteuttaa Enontekiöllä ja Inarissa pohjoissaamenkielistä ammatillisesti ohjattua, sosiaalista kanssakäymistä edistävää ryhmätoimintaa ja tapahtumia ikäihmisille. Enontekiöllä toimii järjestölähtöisenä kotikäyntityönä neuvontaa ja aktivointia saamelaiden ikäihmisten osallisuuden edistämiseksi ja arjessa selviytymisen tukemiseksi. Enontekiön kunnan sosiaalitoimen kanssa yhteistyössä toteutetaan omaishoitajille kuukausittain vertaisryhmäkokouksia ja vuosittainen virkistysleiri on suunnattu kaikille saamelaisalueen omaishoitajille.

Utsjoella SámiSoster ry toteuttaa pohjoissaamen kielellä saamelaiden muistisairaiden ja heidän lähipiirinsä tueksi arjen tukitoimintaa. Toimintamuotoina ovat ohjatut vertaisryhmät, tapahtumat, muistityöpajat ja järjestölähtöinen kotikäyntityö. Toiminnalla tuetaan muistisairaana kotona asumista ja heidän lähipiiriä/hoitajia muistisairaana kohtaamisessa ja tukemisessa. Muistityöpajojen ja koulutustilaisuuksien sisältönä ovat muistisairauden tuomat haasteet ja niistä selviytymisen sekä niiden käsittely saamelaiskulttuurisesta näkökulmasta. Yhteistyökumppanina on Suomen Muistiasiantuntijat ry. Toiminnan pohjalta on tuotettu työskentelymateriaalia. Yhteistyössä Posken kanssa mallinnetaan saamelaisen muistisairaana hoitopolku.

Perheiden palvelut

Pohjoissaamenkieliset terveydenhoitajat työskentelevät osa-aikaisesti Utsjoella ja Enontekiöllä. Enontekiöllä terveydenhoitaja toimii 50 % työajasta työterveyshuollossa ja 50 % kotisairaanhoidossa ja tarpeen mukaan äitiys- ja lastenneuvolassa sekä kouluterveydenhuollossa. Toiminta-alueena on Enontekiön kunta Karesuvantoon asti. Utsjoella neuvola- ja kouluterveydenhuollon palveluita on mahdollista saada kahtena päivänä viikossa. Terveystenhoitajien työaika ei ole perheiden asiakastarpeen kannalta riittävä. Inarin ja Sodankylän kunnissa ei ole saamenkielistä terveydenhoitajaa.

Saamelaiset lapsiperheet ovat toistuvasti tuoneet esille saamenkielisten palvelujen tarpeita äitiys- ja lastenneuvolassa. Erityisenä puutteena on koettu saamenkielisen lapsen kielen kehityksen seuraaminen ja testaaminen suomen kielellä. Suomenkielisen testin seurauksena usein todetaan, että lapsen kielen kehitys on viivästynyt. Tosiasiallisesti kysymys onkin siitä, ettei äidinkieleltään saamenkielinen lapsi vielä osaa suomea riittävän hyvin. Vanhemmat eivät koe saavansa äitiys- ja lastenneuvolassa tukea ja opastusta monikielisyyskasvatukseen liittyvissä kysymyksissä. Saamenkielistä terveysneuvonta- ja

monikielisyyskasvatusmateriaalia ei ole saatavilla. Saamenkielisen terveydenhoitajan ohjausta ja neuvontaa tarvittaisiin koko raskauden ajaksi.

Lasten ja perheiden sosiaalipalveluissa Enontekiöllä on mahdollisuus asioida lastensuojeluasioissa saamenkielisen sosiaalityöntekijän kanssa ja lastenvalvojan palvelut on mahdollista saada omakielisinä. Inarin kunnassa on yksi sosiaalityöntekijä opiskellut pohjoissaamea (tyytyttävä kielitaito).

Lapsiperheiden on mahdollista saada kotipalvelua pohjoissaamen kielellä Enontekiöllä, Inarissa, ja Utsjoella sekä koltansaamen kielellä Sevettijärven alueella ja inarinsaamen kielellä Pohjois-Inarissa.

Lastensuojelun avohuollon tukitoimena Utsjoella toimii pohjoissaamenkielinen perhetyöntekijä. Muissa saamelaisalueen kunnissa ei vastaavaa saamenkielistä palvelua ole tarjolla.

Lastensuojelun sijaishuollon palvelut

Erikoissairaanhoidossa lasten poliklinikka- ja osastohoidossa ei ole saamenkielistä henkilökuntaa. Tulkkaus järjestetään pääasiassa sairaalan saamen kieltä osaavan henkilöstön voimin. Erillistä tulkkipalvelujärjestelmää ei ole.

Norjassa Karasjoella on saatavilla pohjoissaamenkielisiä perheneuvolapalveluita (ennaltaehkäisevä yhteisötoiminta, perheterapia, perheneuvottelu, lastensuojelu) sekä kriisi- ja insestikeskuksen palveluita.

SámiSoster ry järjestää saamelaisille lapsiperheille vuosittain tuettuja lomiam.

Päivystykset ja ensihoito

Utsjoella virka-aikainen päivystyshoitotyö on poliklinikalla. Päivystyshoitotyöstä vastaa pääosin vuodeosaston sairaanhoitaja ja joissakin tapauksissa lähihoitaja. Illalla, yöllä sekä viikonloppuna päivystyshoitotyö on ohjattu sekä Ivalon terveyskeskukseen että Utsjoen vuodeosaston sairaanhoitajalle. Utsjoella työskentelee pohjoissaamenkielinen lääkäri. Karasjoen kunnalla on oma virka-ajan ulkopuolinen lääkäripäivystys. Utsjoen kunta neuvottelee Karasjoen kunnan kanssa lääkäripäivystysyhteistyöstä. Karasjoella on useita saamenkielisiä lääkäreitä ja matka Karigasniemeltä Karasjoelle on vain 20 kilometriä kun taas nykyiseen päivystyspaikkaan Ivaloon matkaa Karigasniemeltä on 140 kilometriä.

Inarissa on lääkäripäivystys 24/7. Virka-aikainen päivystyshoitotyö tapahtuu päivystysvastaanotolla. Illalla, yöllä ja viikonloppuna hoitotyöstä vastaa vuodeosastolla nimetty sairaanhoitaja. Inarissa työskentelee yksi pohjoissaamenkielinen lääkäri. Sairaanhoitajat ovat suomenkielisiä.

Muonio-Enontekiön terveydenhuollon ky:llä on yhteispäivystys Kolarin ja Kittilän terveyskeskusten kanssa: joka kolmas yö: päivystys Muonion terveyskeskuksessa ja joka kolmas yö: Kittilän tai Kolarin terveyskeskuksessa. Klo 8–16 päivystyshoitotyö päivystysvastaanoilla (Muonio, Hetta). Illalla, yöllä sekä viikonloppuna Muonion vuodeosaston sairaanhoitaja vastaa päivystyshoitotyöstä. Illalla, yöllä ja viikonloppuisin Luppokoti (Hetta) tarjoaa pienimuotoista päivystystä. Ensimmäisessä yhteydenotossa hoidon tarpeen arvioinnin tekee enimmäkseen sairaanhoitaja ja lähihoitaja. Hetassa Luppokodilta voi asiakas käydä hakemassa päivystävän lääkärin määräyksellä vaikka jotakin särkylääkettä tai antibioottikuurin aloituksen tai hoitajat voivat arvioida/hoitaa haavoja, antaa kylmäpussihoitoa. Päivystyksessä ei ole saamenkielistä henkilöstöä. Hetan Luppokodilla muutama hoitaja osaa jonkin verran pohjoissaamea.

Sodankylässä päivystyshoitotyö on arkisin ja viikonloppuisin 8–21 poliklinikalla. Muina aikoina hoitotyön päivystyksestä vastaa LKS. Sodankylässä ei ole saamenkielistä henkilöstöä päivystyksessä.

Rovaniemi vastaa Inarin ja Utsjoen sosiaalipäivystyksestä. Sodankylässä on oma sosiaalipäivystys. Sosiaalipäivystyksessä ei ole saamenkielisiä työntekijöitä.

Marraskuussa 2011 Lapin sairaanhoitopiiri, Norjan Helse Nord ja Ruotsin Norbottenin läänin erikoissairaanhoidon solmivat sopimuksen ensihoidon yhteistyöstä.

Sairauksien ehkäisy ja hoito

Sairauden ehkäisyssä ja hoidossa Kelan järjestämä kuntoutumisen ohjaus ja tukeminen toteutetaan saamen kielillä, mikäli palvelua toteuttava henkilö on saamenkielinen, mutta muutoin sitä ei ole erikseen järjestetty saameksi.

Neuvotteluja Norjan kanssa on käyty perusterveydenhuollon palveluiden järjestämisestä, erityisesti lääkäripäivystyksestä. Matkat Norjan puolelle ovat lyhyemmät ja Norjassa on pohjoissaamenkielen taitoista hoitohenkilökuntaa ja lääkäreitä. Vrt Karigasniemi–Karasjoki 20 km, Utsjoki–Tana 70 km, Nuorgam–Tana 20 km, Utsjoki–Ivalo 165 km, Enontekiö–Kautokeino 80 km, Kilpisjärvi–Tromssa 160 km, Kilpisjärvi–Rovaniemi 435 km, jossa työskentelee yksittäisiä saamenkielisiä työntekijöitä. Neuvotteluista vastaa Lapin sairaanhoitopiiri. Norjan palveluiden käyttö edistää vain pohjoissaamenkielisten kuntalaisten palveluiden saantia. Inarin- ja koltansaamenkielille kuntalaisille ei ole Norjassa tarjolla omakielisiä palveluita.

Sairauksien ehkäisyn ja terveyden edistämisen tueksi ei ole riittävästi saatavilla saamenkielistä ja saamelaiskulttuurin huomioivaa terveystiedotusmateriaalia. Materiaalia löytyy jonkin verran pohjoissaamen kielellä, inarin- ja koltansaamen kielillä materiaalia ei ole ollenkaan saatavissa.

Toimintakyvyn edistäminen ja kuntoutus

Terveystieteiden 28 §:n mukaista lääkinällistä kuntoutusta ei ole saatavilla millään saamen kielellä. Kuntoutusneuvonta ja -ohjaus muulla kuin äidinkielellä on vaikeasti ymmärrettävä eikä välttämättä tuota toivottavaa tulosta kuntoutumisessa.

Apuvälinepalveluja ei ole saamen kielellä ja niissä oma kieli korostuu sekä vaikean suomenkielisen terminologian että asiasisällön vuoksi. Mikäli apuväline ohjaus ei ole toimiva ja saavuta hyvin käyttäjää, apuvälineet jäävät hyödyntämättä ja silloin kuntoutuminen/omatoiminen selviytyminen ei toteudu toivotulla tavalla.

Kelan kustantamaa saamenkielisiä kuntoutuskursseja järjestetään Lapin kuntoutus Oy:ssä Rovaniemellä. Vuonna 2016 järjestetään tuki- ja liikuntaelinsairaille yksi kurssi työelämässä oleville ja yksi työelämän ulkopuolella oleville ja yksi monisairaille ikäihmisille. Näissä ei ole erikseen määritelty mistä saamen kielestä on kyse, vaan kieli määräytyy kurssille osallistujan saamen kielen mukaan.

SámiSoster ry toteuttaa saamenkielistä hyvinvointia ja osallisuutta tukevaa ohjattua pienryhmätoimintaa saamelaisille poronhoitajille³⁹. Toimintamuotoina ovat ammatillisesti ohjatut pienryhmät, joissa sisältönä ovat hyvinvointiin vaikuttavat elämäntavat kuten liikunta ja ravinto. Hyvinvointityöpajat saamelaisille poronhoitajille ja heidän perheilleen, joissa jaetaan tietoa ja käydään ohjattua keskustelua sekä konkreettisesti opetellaan tunnistamaan hyvinvoinnin uhkia ja etsitään niihin yhdessä ratkaisuja. Lisäksi toteutetaan saamenkielistä neuvontaa ja ohjausta yhdistyksen toimialaan liittyvissä asioissa. Pienryhmätoiminnan toteutuvat Enontekiöllä ja hyvinvointityöpajoihin ja -päiviin osallistujat tulevat koko saamelaisalueelta.

³⁹ *Buorre boahhteáigi - porosaamelaisten hyvinvoinnin ja osallisuuden edistäminen-hanke*

SámiSoster ry on tuottanut pohjoissaamenkielistä puheterapiamateriaalia ja se on jaettu saamelaisalueen kuntien käyttöön. SámiSoster ry:n toteuttama mettäterapia – Meahcceterapiija on pohjoissaamenkielistä sosiaalista kuntoutusta.

Vammaisten palvelut

Saamenkielisiä vammaispalveluja ei ole tällä hetkellä saatavilla lukuunottamatta saamenkielistä palvelutarpeen arviointia Enontekiön sosiaalitoimistossa. Tilanne on riippuvainen saamenkielisten sosiaalityöntekijöiden tilanteesta kunnassa. Tällä hetkellä Utsjoen sosiaalitoimessa ei ole yhtään saamenkielentaitoista työntekijää. Utsjoella on mahdollista saada toimintaterapiaa saamen kielellä, mutta muilta osin saamenkielistä päivä- ja työtoimintaa ei ole tarjolla. Käytännössä saamenkielinen lapsi joutuu tällä hetkellä kasvamaan suomenkieliseksi, koska kaikki kuntoutuspalvelut ovat suomenkielisiä ja suomalaisen kulttuurin mukaisia. Esimerkiksi puhe- tai muuta terapiaa ei ole Suomen puolella tarjolla saamen kielellä ja rajat ylittävien palvelujen käyttö on monimutkaista tai toimimatonta. Sama tilanne on esim. aikuisilla aivovammautuneilla, jotka opettelevat puheen uudelleen. Toisaalta asiakkaan toimintakykyä, terveyttä ja erityistarpeita mittaavia testejä ei ole saatavilla eri saamen kielillä, mikä vuoksi tulosten ja diagnoosin luotettavuus voi kärsiä.

Vammaisilla henkilöillä on mahdollisuus saada kotipalvelua pohjoissaamen kielellä Vuotson, Utsjoen, Enontekiön ja Inarin alueella, koltansaamen kielellä Sevettijärven alueella.

Saamenkielistä kuulontutkimusta ei ole Suomessa saatavilla. Kuulontutkimus vieraalla kielellä on ongelmallista, koska se voi mm. antaa vääräläisen tuloksen kuulon tasosta.

Saamelaisten kotiseutualueen ulkopuolella omakielisten ja kulttuurilähtöisten sosiaali- ja teveyspalvelujen saatavuudesta ei ole tutkittua tietoa. Saamelaisten perustuslaillinen oikeus oman kielensä ja kulttuurinsa ylläpitämiseen koskee kuitenkin saamelaisa asuinpaikasta riippumatta. Tämä on tärkeä kehittämiskohde lähitulevaisuudessa ja koskee etenkin perheiden ja ikäihmistien palveluja.

7.3 Johtopäätökset

Kehittämiskohteet

- Saamenkielisen asiakkaan kielellisten ja kulttuuristen erityispiirteiden huomioiminen palvelutarpeen arvioinnissa, palvelusuunnittelussa ja palvelujen toteutuksessa. Saamenkielisen asiakkaan osallisuuden turvaaminen lähiyhteisössään.
- Sosiaalipalveluissa, perusterveydenhuollossa, erikoissairaanhoidossa ja erityishuollon palveluissa tulee varautua paremmin ja hankkia riittävät kielelliset ja kulttuuriset valmiudet saamelaisten asiakkaiden kohtaamiseen
- Rajat ylittävien palvelujen saatavuuden ja sujuvuuden parantaminen byrokratiaa vähentämällä ja rajayhteistyötä koskevan puitesopimuksen laatiminen perusterveydenhuollon ja sosiaalipalvelujen osalta. Puitesopimuksessa toisen valtion tuottamisvastuussa olevan toimijan kanssa tulisi määritellä mm palvelun sisältö ja toteutus, dokumentaatio, henkilötietojen käsittely ja luovuttaminen sekä tiedonvaihto viranomaisten välillä (lähetteet ja toimeksiannot) päätöksenteko ja kanteluiden käsittely, potilasvahinkojen korvaus, asiakkaan muut oikeudet ja velvollisuudet, kustannusten korvaukset, sopimuksen voimassaolo, seuranta ja irtisanominen sekä erimielisyyksien ratkominen. Kansallisten toimijoiden (ministeriö, Kela, Valvira) on tuettava ja edistettävä rajayhteistyötä.

- Saamenkielisen ammattihenkilöstön saatavuuteen ja koulutukseen panostetaan erityisin toimenpitein
- Tulkkaus- ja etäpalvelumahdollisuuksien kehittäminen.
- Tiedottamisen parantaminen saamenkielisten sosiaali- ja terveyspalvelujen saatavuudesta ja niihin hakeutumisesta.
- Seuraavien saamenkielisten palvelujen saatavuuden parantaminen kaikilla saamen kielillä:
 - saamenkieliset mielenterveys- ja päihdepalvelut
 - saamenkielisen kriisiavun ja vertaistuen saatavuus
 - saamenkielinen päivystysaikainen ohjaus ja neuvonta ja ensihoito
 - saamenkieliset neuvolapalvelut, omakieliset tutkimus ja seurantatestit, ikäkausitestit, diagnostiset testit
 - saamenkielisen sosiaalityöntekijän palvelut
 - saamenkielisten muistisairaiden hoito
 - vuodeosastohoito

8 Tietohallinto, palvelujen digitalisointi ja sähköiset palvelut

- tietohallintokoordinaattori Sirpa Hakamaa, perusterveydenhuollon yksikkö Lshp
- suunnittelija Maarit Pirttijärvi Pohjois-Suomen sosiaalialan osaamiskeskus

Tietohallinto voidaan määritellä tiedon, tietovarantojen, johtamisen, toimintaprosessien ja informaatioteknologian hallintana (mm. Huotari & Savolainen 2003; Syväjärvi & Stenvall 2007).

Sosiaali- ja terveydenhuollon uudistuksen tavoitteena on toiminnan muutos, jonka avulla parannetaan palvelujen saatavuutta ja yhdenvertaisuutta. Muutoksen tärkeä väline on digitalisaatio. Jatkossa tietojärjestelmät ja uudet sähköiset palvelut tukevat asiakkaita sekä sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisia mahdollisimman hyvin. Digitalisaation avulla palveluita myös voidaan tuottaa täysin uusilla tavoilla ja tehostaa prosesseja.

ICT-ratkaisut ja digitalisaatio ovat välineitä sosiaali- ja terveydenhuollon asiakkaiden paremmalle palvelulle sekä hyvinvoinnin ja toimintakyvyn ylläpitämiselle ja kehittämiseksi. Sähköisillä palveluilla voidaan myös tukea kansalaisten mahdollisuuksia itse ylläpitää toimintakykyään ja terveyttään.

Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmän toimivuus edellyttää ICT-ratkaisuja, joilla asiakkaiden tietoja voidaan käyttää organisaatio- ja aluerajoista riippumattomasti. Sosiaali- ja terveydenhuollon tiedonhallintaa ja ICT-ratkaisuja suunnitellaan ja ohjataan kokonaisuutena. Kansallista ohjausta ja itsehallintoalueiden välistä yhteistyötä tiedonhallinnassa tulee vahvistaa, jotta nämä tavoitteet voidaan toteuttaa. Kehittämistyön tulee pohjautua jo nyt laajasti käytössä olevien kansallisten palveluiden, Kanta, sekä kansallisen palveluväylän hyödyntämiseen. (<http://alueuudistus.fi/soteuudistus/digitalisaatio>)

Lapin alueella on jo pitkään tehty yhteistyötä organisaatioiden välisen tiedonkulun ja kansalaisille suunnattujen sähköisten palveluiden yhteensovittamisessa ja kehittämisessä. Yhteistyön koordinoijina ovat toimineet Lapin sairaanhoitopiiri ja Pohjois-Suomen sosiaalialan osaamiskeskus (Poske). Kehittämisestä huolimatta Lapin alueen tietojärjestelmäarkkitehtuuri on edelleen heterogeeninen ja koostuu monista erillisistä ja yhteentoimimattomista järjestelmistä.

Alueella on käytössä useita asiakas-/potilastietojärjestelmäsovelluksia. Tiedon kulku eri järjestelmien välillä on tällä hetkellä puutteellista. Potilasturvallisuus saattaa vaarantua, koska kaikki tarpeellinen tieto ei ole aina käytettävissä. Osin myös monimutkainen lainsäädäntö voi joissain tapauksissa hankaloittaa lain tulkintaa ja tietojen saatavuutta. Kansalaisille suunnattuja palveluja, kuten sähköinen ajanvaraus ja verkkokonsultaatio, on käytössä vaihdellen eri kunnissa. Palvelut eivät ole integroitua ydinasiakas-/potilastietojärjestelmiin.

8.1 Tietohallinnon kehittäminen Lapin alueella, OYS-erva-tasoisesti ja kansallisesti

STM:llä ja VM:llä on yhteinen virkamiesohjausryhmä ja projektiryhmä valmistelemassa sote-uudistusta ja aluehallintouudistusta. Valmisteluryhmien tehtävänä on valmistella ja toteuttaa sote-uudistus rahoitusratkaisuihin sekä siihen liittyvä itsehallintoalueiden perustaminen. Yksi näistä valmisteluryhmistä on Digitalisaatio, ICT-palvelut ja tietohallinto -ryhmä. Sen tehtävänä on valmistella ehdotus sosiaali- ja terveydenhuollon tietohallinnon ohjauksesta kansallisella ja alueellisella tasolla. Lisäksi sen tehtävänä on laatia ehdotukset siitä, miten erityisesti sosiaali- ja terveydenhuollon ICT-palvelujen integraatio toteutetaan uudistuksessa ja miten jo ennakkoon varmistetaan se, että vireillä olevat hankinnat tukevat uudistusta. Ryhmän tehtävänä on valmistella myös ehdotukset itsehallintoalueiden sosiaali- ja terveydenhuollon ICT-toimintaan liittyvästä yhteis-

hankintajärjestelmästä. Ryhmä valmistelee myös ehdotukset toimintamalleista, joilla itsehallintoalueiden yhteistyö toteutetaan Kelan ja muiden toimijoiden kanssa.

UNA on sairaanhoitopiirien ja kuntien, lukuun ottamatta HUS-alueetta ja Satakuntaa, yhteinen hanke, jossa määritellään kansallisesti yhteinen sosiaali- ja terveydenhuollon tietojärjestelmäkokonaisuus. Määrittelyssä huomioidaan eri sosiaali- ja terveyspalveluiden tarpeet aina kotiin tuotavista palveluista yliopistotasoiseen sairaanhoitoon asti. Ohjaavana tekijänä on asiakkaan yksilöllinen palvelutarve ja siihen tuotettava joustava palveluprosessi. Kehittämistyön tavoitteena on tukea vaikuttavien ja asiakaslähtöisten sote-palveluiden uudistamista siten, että tietojärjestelmäratkaisujen mahdollistamat toimintamallit ovat otettavissa käyttöön erilaisissa tulevaisuuden sote-alueiden organisoitumismalleissa. Yhteistyön keskiössä on kansallisen kehittämisen ja tietojärjestelmien yhteentoimivuus. Eri työpajojen tuotokset ja määrittelyt valmistuvat maaliskuun 2016 loppuun mennessä, jonka jälkeen toteutetaan määrittelyjen tarkennukset ja katselmointi.

Omahoito ja digitaaliset arvopalvelut (ODA) –hanke tuottaa uudenlaisen toimintamallin sosiaali- ja terveydenhuollon peruspalveluihin. Mallista tulee kansalaisille tarjottavien sähköisten hyvinvointipalveluiden runko. Pohjoiselta alueelta ODA-hankkeessa pilottikuntina ovat Sodankylä ja Oulun kaupunki. Hanke on vasta käynnistymässä. Jatkossa Kantaan on mahdollista tallentaa Personal Health Record -palvelun avulla omia henkilökohtaisia hyvinvointitietoja. Tallennettuja tietoja voidaan asiakkaan suostumuksella käyttää toimintayksiköissä tai tallentaa ne osaksi asiakas-/potilaskertomusta.

Sosiaali- ja terveydenhuollon pohjoisen alueen tietohallintoyhteistyötä (OYS-erityisvastuualue) tehdään. Yhteistyön tavoitteena on sopia ja suunnitella yhteisesti tehtävät kokonaisuudet koko pohjoisella alueella. Alueellinen tietohallintotyöryhmässä jäsenenä on kuntien ja kuntayhtymien sekä Posken asiantuntijajohdon ja tietohallinnon asiantuntijoita. Ryhmä toimii asiantuntijana, jonka kautta viesti kulkee kansallisiin ja pohjoisen alueen yhteistyöfoorumeihin ja päinvastoin. Lisäksi se toimii alueellisten tietohallintoon liittyvien hankkeiden operatiivisena ohjaajana.

8.2 Organisaatioiden keskeiset potilas-/asiakastietojärjestelmät

Terveydenhuolto

ESKO ja Oberon -yhdistelmä (LKS), **Effica** (Salla, Rovaniemi, Kittilä, Utsjoki), **Mediatri** (Pello, Muonio-Enontekiö ja Ranua), **Pegasos** (Kolari, Posio, Sodankylä, Inari, Kemijärvi sekä Pelkosenniemi-Savukoski), **SoftMedic** (Rovaniemen kaupungin työterveysliikelaitos)

Suun terveydenhuolto

Effica- ja Mediatri-kunnat käyttävät ydinpotilastietojärjestelmän suun terveydenhuollon ohjelmaa **WinHit** (Inari, Kolari Pelkosenniemi-Savukoski ja Posio), **Denting** (Kemijärvi ja Sodankylä)

Sosiaalitoimi

Effica (Inari, Rovaniemi, Sodankylä ja Utsjoki), muissa kunnissa on käytössä Pro Consona

Organisaatioiden Lapin alueellisesti käytössä olevat sähköisten palveluiden järjestelmät

Pohja Lapin alueelliselle sähköisten palveluiden tuottamiselle tehtiin Lapin ja Länsi-Pohjan sairaanhoitopiirien ja Pohjois-Suomen sosiaalialan osaamiskeskuksen yhteisessä UULA-hankkeessa vuosina 2008–2011, jolloin kilpailutettiin Lapin alueelle sähköinen ajanvaraus (Nextime Oy), tietoturvallinen viestinvälitys terveydenhuoltoon (sosiaalitoimeen kilpailutettu 2005) sekä sähköiset lomakkeet (Mawell Oy), tietoturvalliset videoneuvotteluyhteydet (Arctic Connect Oy) ja laitteisto kuntien sosiaali- ja terveystoimeen sekä sairaanhoitopiireihin sekä tietoturvan ja tietosuojaan oppimisympäristö (Granite Oy). Vuonna 2008 avattiin virtuaalinen sosiaali- ja

terveyspalvelukeskus -palveluportaali (Plone -julkaisujärjestelmä, Poske). Portaali on päivitetty nykyiseen ulkoasuun 2013. Poske ja sairaanhoitopiirit vastaavat järjestelmien ylläpidosta yhdessä kuntien kanssa, ja kaikki järjestelmät ovat käytössä ja edelleen kehitettävissä Lapin alueella. Sähköisten palveluiden kehittämisen tuleksi Lapissa toimii virtu.fi -hanke vuosina 2014–2017.

Virtu.fi on innovaatioympäristö, joka sisältää toimintatavan, tukirakenteen, laitteet ja sovellukset sähköisten palveluiden toteuttamiseksi. Digitalisointi voi olla olemassa olevan palvelun tehostamista, olemassa olevan ehostamista tai kokonaan uuden palvelun luomista.

Digitalisoinnissa hyödynnettävät palvelumuodot

- Sähköisillä lomakkeilla ja verkkoneuvonnalla laajennetaan kuntalaisten mahdollisuuksia asioida terveys- ja sosiaaliviranomaisten kanssa sekä parannetaan heidän tiedonsaantiaan.
- Sähköisen ajanvarauksen avulla asiakas voi varata Internetissä itselleen sopivimman palveluajan kohdan sosiaali- ja terveyspalveluihin
- Laskurit ja mittarit ovat kuntalaisen oman elämän hallintaan soveltuvia laskureita, mittareita ja itsearviointityökaluja, joiden avulla hän voi itse arvioida omaa elämäntilannettaan ja palveluntarvettaan

Kuvapuhelinpalvelut mahdollistavat reaaliaikaisen yhteyden ja tuen asiakkaan kotiin tai Virtupalvelupisteeseen.

8.3 Kansalaisille ja ammattilaisille suunnatut sähköiset palvelut

Kansalaisille suunnatut sähköiset palvelut, virtu.fi

Kansalaisille suunnattuja sähköisiä palveluita on kehitetty ja osin myös tuotettu yhteistyössä Lapin alueella jo vuodesta 2006 lähtien. Lapin alueen kuntalaisille suunnatut sähköiset sosiaali- ja terveyspalvelut on koottu yhteen alueelliseen palveluportaaliin, **virtu.fi**. Palvelut on esitelty kuntakohtaisesti, joten palveluiden käyttäjä löytää oman kuntansa alueella tarjottavat palvelut helposti. Palveluiden tuottajina toimivat sosiaali- ja terveysalan ammattilaiset. Palveluiden käyttö on tietoturvallista ja pääosin maksutonta. Vuonna 2015 tarjolla oli yhteensä 176 eri palvelua.

Virtuaalisen sosiaali- ja terveyspalvelukeskuksen kautta kansalainen saa

- ohjaus- ja neuvonta- sekä ajanvarauspalveluita omasta kunnastaan tai alueellisesti tuotettuna
- mittareita ja testejä oman hyvinvoinnin tueksi
- mahdollisuuden käyttää kuvapuhelinpalveluita kotoaan tai palvelupisteestä käsin yksin tai ryhmässä
- tietoturvallisen asiointitilin, jonka avulla voi seurata asiointia sekä tallentaa omia tietojaan

70% Lapin kuntalaisista voi käyttää oman kuntansa **sosiaali- ja terveydenhuollon verkkoneuvontaa- ja asiointia sekä sähköisiä lomakkeita**, koska palvelut ovat käytössä jo 8 kunnassa, Enontekiö, Inari, Kemi, Kemijärvi, Kolari, Kolpene, Muonio, Rovaniemi, Tornio sekä Kolpeneen palvelukeskuksessa. Palveluita perhe- ja sosiaalipalveluissa ovat: lasten ja perheiden palvelut, lastensuojelu aikuissosiaalityö ja toimeentulo, vanhus- ja vammaispalvelut, päihdepalvelut, talous- ja velkaneuvonta, sosiaaliamies. Terveystieteidenhuollossa: opiskeluterveydenhuolto, suun terveydenhuolto, mielenterveys- ja perheneuvola, äitiysneuvola. Sähköisiä lomakkeita voi käyttää suun terveydenhuollossa, vanhustalouksissa sijais- ja tukiperhekuluissa. **Yleistä neuvontaa** voivat käyttää kaikki lappilaiset. Neuvonnan aihealueita ovat lapsiperheet, varhaiskasvatus, kuntoutus ja työkyky, muistikoordinaattori, palveluohjaus, päihdehuolet, terveysneuvonta, tupakointi, toimeentulo, vammaispalvelut, vanhustyö, lähisuhde- ja perheväkivalta, rikoksen uhrit. Kuntalaiset tunnistautuivat Vetumapalvelun kautta 7399 kertaa vuonna 2015, palveluihin jätettiin 4126 viestiä.

Sähköinen ajanvaraus on käytössä laajasti Lapin alueella, 12 kunnassa: Enontekiö, Inari, Kemi, Kemijärvi, Kittilä, Keminmaa, Kolari, Muonio, Rovaniemi, Tornio. Kuntien ajanvaraukset kohdentuvat mm. hoitajille, lääkäreille. Lapin ja Länsi-Pohjan sairaanhoitopiirit tarjoavat laboratorioajanvarauksia. Lapin alueellinen palvelu on käytössä Virtu.fi-palveluissa mm. virtu-palvelupisteissä ja kotiin tuotettavissa palveluissa. Ajanvarauspalvelut eivät edellytä tunnistautumista, varauksia tehtiin viime vuonna 83 743 kappaletta. 46% lappilaisista olisi palvelun käyttäjä, jos jokainen lappilainen olisi tehnyt vain yhden varauksen.

Mittarit ja laskurit auttavat kansalaista arvioimaan omaa tilannettaan. Kansalainen voi tallentaa omia mitaustuloksia ja asiakirjoja omalle asiointitililleen. Oma kansio -palvelun kautta käyttäjä voi jakaa asiakirjojaan tietoturvallisen esimerkiksi video- ja sähköisissä etäpalveluissa. Oman hyvinvoinnin seurannan ja arvioinnin tueksi on mittareita mm. Arjen lukujärjestys, Oma tilannearvio, Rahankäytön seuranta, Hyvinvoinnin kunto-kortti ja Oma päiväkirja ja toimeentulotuki- ja elatusapulaskurit. Laskureiden käyttö on jatkunut vilkkaana, yli 211 000 käyttökertaa vuonna 2015.

Kuvapuhelinpalveluiden kehittämiseen on panostettu Lapin alueella viime vuosina. **Kuvapuhelinpalveluita** on käytössä usealla eri tavalla. Kuntalainen/asiakas voi käyttää sosiaali- ja terveyspalveluita kotikäyttöön tarkoitettuna videoneuvotteluohjelman avulla **omalla tietokoneellaan tai tablettitietokoneella** tietoturvallisesti. Toimintatapaa on käytetty mm. lastensuojelun lakineuvonnassa, neurologin poliklinikan etävastaanotolla sekä psykologin palvelussa. Palveluiden kotikäyttö on ollut mahdollista myös **Virtu-kotirepuilla (5 kpl)**. Laitteistot ja toimintamalli on ollut käytössä mm. psykiatrian - ja päihdepalveluissa sekä Dupdopa-hoidon aloituksen seurannassa.

Lapin kunnista Enontekiö, Kemijärvi, Pello, Posio, Rovaniemi, Ranua, Savukoski, Sodankylä, Ylitornio ja Utsjoki tarjoavat **virtu-palvelupisteitä** kuntalaisten/asiakkaiden käyttöön. Virtu-palvelupisteessä voi käyttää kuvapuhelin- ja internet-palveluita sekä kopioida, skannata ja tulostaa asiakirjoja. Toimintamalli sisältää tilavaati-mukset palvelupisteelle, laiteratkaisun, ajanvarauksen, ehdotuksia markkinoinnista, malli lähiyhdyshenkilöiden käyttöönotto tukemiseksi sekä tukimateriaalin kuten käyttöohjeet. Pelkosenniemen virtu-palvelupiste muutettiin valtion asiointipisteeksi. Lapissa on myös tietyille asiakasryhmille tarkoitettuja, Virtulaiteistokokoonpanoa ja toimintamallia pilotoivia yksiköitä, Lapin sairaanhoitopiiri, psykiatrian yksikkö: Muurolan sairaala sekä Sodankylän kunnan vanhustyö, Itte-piste: Hannuksenkartano, jossa pilotoidaan virtu-palvelupisteissä olevia mittalaitteita, joiden avulla käyttäjä voi mitata esim. verenpaineen, näyttää tuloksen ammattilaiselle ja tallentaa tuloksen virtu-asiointitilille. Virtu-palvelupisteissä on Arctic Connect -ohjelman lisäksi Lync -Skype for business- ja Adobe Connect pro- ohjelmien käyttömahdollisuudet. Virtu- palvelupisteet on todettu soveltuvan myös valtionhallinnon asiointiin. Kuvapuhelinpalveluita on arvoitu myös Lapin liiton toteuttamassa kustannus-hyöty analyysissä vuonna 2014⁴⁰. Kuvapuhelinpalveluiden käyttöä laajennetaan kehittämällä virtu-palvelupisteiden toiminnallisuutta ja pyrkimällä levittämään Virtu-palvelupiste verkosto kaikkiiin Lapin kuntiin -kuntayhtymiin sekä järjestötoimijoihin. Asiantuntijoille on kehitetty tukirakenne, jotta heillä on teknistä ja sisällöllistä osaamista palveluiden tuottamiseen videoneuvotteluteitse.

Uutena palvelukokonaisuutena vuonna 2016 pilotoidaan sähköistä hakupalvelua kotiin tuotettavissa palveluissa sekä sähköisen palvelusetelin käyttöä ja raportointia. Sähköisen järjestelmän kautta asiakkaalla on paremmat mahdollisuudet saada tietoa palveluista, tehdä valinta käytettävissä olevista palveluntuottajista ja seurata palvelujensa toteutumista. Palveluita tuottavat yritykset voivat hakeutua helposti palvelusetelipalvelujen tuottajaksi ja tuoda esille palveluitaan sekä saada käyttöönsä sähköisen tilityksen suoritetuista palveluista. Pilotoinnin tuloksena pyritään rakentamaan Lapin kuntien alueellinen toimintamalli sähköisen palvelusetelin käyttöön.

Vuonna 2015 virtu.fi ja sosiaalikollega -sivustoille oli tullut 277 618 uutta kävijää, sivustoilla oli yhteensä 392 413 käyttökertaa. Lisätietoa käyttömääristä ja palveluista www.sosiaalikollega.fi/virtu.fi/ammattilaiset, lisätietoa osiosta.

Ammattilaisille suunnatut sähköiset palvelut, virtu.fi/ammattilaiset

Sosiaali- ja terveysalan ammattilaisten sähköisillä konsultaatiopalveluilla on pitkät perinteet Lapissa, ensimmäiset sähköiset palvelut avattiin jo 2003, tällä hetkellä verkko- tai kuvapuhelinkonsultaatiopalveluita on käytössä 12 kpl, aihealueina lasten oikeudet ja lastensuojelu, lastensuojelun lakineuvonta, aikuissosiaalityö ja toimeentuloturva, päihdepalvelut, vammaispalvelut, vanhustyö, varhaiskasvatus. Ammattilaiset siirtävät myös tietoja toisilleen tietoturvallisen yhteyden kautta, tiedonsiirtopalveluita on käytössä 63 eri palvelua,

⁴⁰ http://www.lappi.fi/c/document_library/get_file?folderId=839840&name=DLFE-24436.pdf

sosiaalitoimessa lastensuojelu, kehitysvammahuolto, vammaispalvelun sosiaalityö, sähköinen lastensuojeluilmoitus, hyvä joulumieli -lomake, terveydenhuollossa hoitajan lähete, tiedonsiirto LSHP:n Lyhki-yksikköön. Tiedonsiirtoja tehtiin 2 523 kertaa vuonna 2015. Ammattilaistunnuksia käytti viime vuonna 1 954 henkilöä 10 348 kertaa.

Virtuaalisen sosiaali- ja terveystalvvelukeskuksen kautta ammattilainen voi käyttää

- kirjallisia tai videoneuvotteluteitse tuotettuja konsultaatio- ja työparipalveluita. Ammattilainen saa myös käyttöönsä tietoturvalisen kotilisen sin asiakkaan kotiin tuotettaviin kuvapuhelinpalveluihin sekä yhteydenottomahdollisuuden virtu-palvelupisteisiin.
- tiedonsiirtopalveluita kuntien ja kuntayhtymien sekä järjestöjen ja yksityisten yritysten välillä.
- toimia verkkoneuvojana- konsulttina, ottaa vastaan erilaisia lomake ja mittaustietoja sekä kommentoida asiakkaan ”Oma hyvinvointi” palvelun tietoja.

Ammattilaisia tuetaan palveluiden digitalisoinnissa.

Virtu.fi -palveluista tiedotettu aktiivisesti kuntalaisille/asiakkaille sekä sosiaali- ja terveystalan ammattilaisille. Palveluista tiedotetaan sähköisellä uutiskirjeellä Lapin sosiaali- ja terveystalan ammattilaisia joka toinen kuukausi. Lisätietoa www.virtu.fi/ammattilaiset

9 Palvelujen kustannukset ja toimivuus

- konsultit Antti Alho, Fredrik Herse, Anna Maksimainen ja Pekka Kallionpää, Nordic Healthcare Group

Lapin Sote-nettokäyttökustannukset ovat n. 11 % koko maata keskimäärin korkeammat. Myös suhteutettuna sairastavuuteen nettokäyttökustannukset ovat noin 6 % korkeammat kun maassa keskimäärin. Kustannuskasvu on jatkunut pitkään ja vuosina 2007–2014 kustannukset kasvoivat 6,1 %. Yleiseen hintojen nousuun verrattuna keskimääräinen historiallinen sote-kustannustenvuosisikasvu on yli kaksinkertainen mikä tuo paineita tasapainottaa kustannuskehitystä pitkällä aikavälillä.

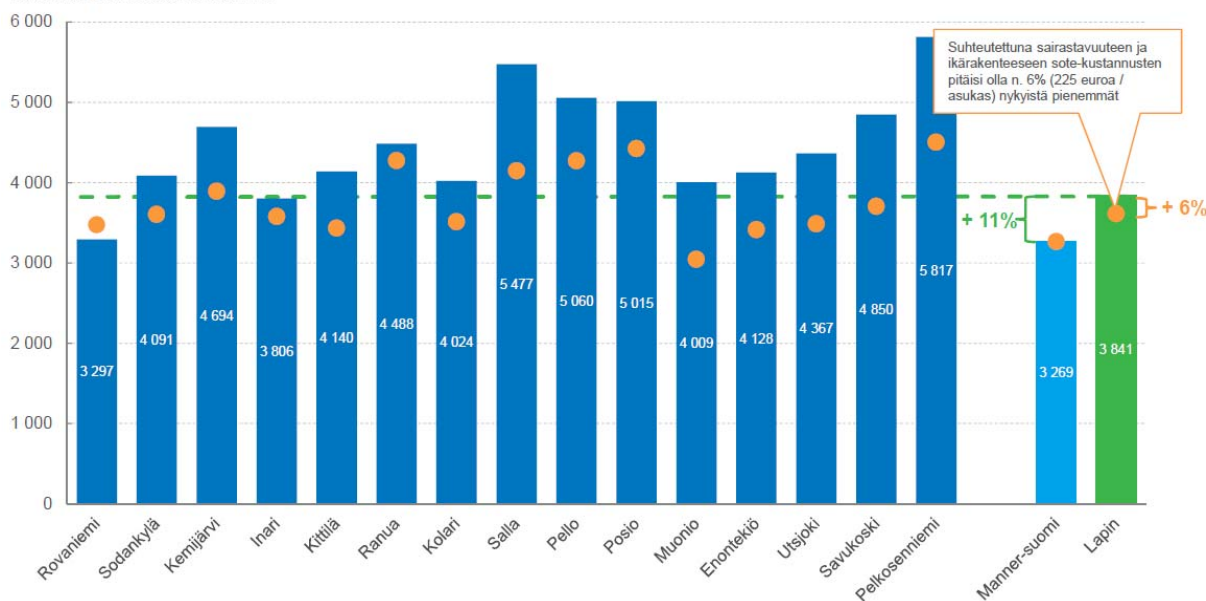
Sote-nettokäyttökustannukset n. 11% koko maata keskimäärin korkeammat

Sairastavuuteen suhteutettuna nettokäyttökustannukset n. 6% liian korkeat



Sosiaali- ja terveystoimen käyttökustannukset asukasta kohden vertailuryhmittäin 2014, euroa

Nettokustannukset asukasta kohden, euroa



Lähteet: THL, Kela, NHG analyysi

Vuonna 2014 Lapin sote-nettokustannukset olivat noin 454 miljoonaa euroa. Mikäli vuosittaista kustannuskehitystä jähdytetään 0 % olisivat säästöt vuonna 2020 arviolta **~158 m€** verrattuna historialliseen kehitykseen. Vuosikasvun pienentäminen 2,0 %:iin tarkoittaisi **~57 m€** säästöä vuosikustannukseen vuonna 2020. Kumulatiivisesti tämä vastaa hallitusohjelman asettamia SOTE-säästötavoitteita (ks. diat liitteenä).

Sairastavuus on koko maata suurempaa painottuen Lapin läänin keskialueella asukasluvultaan suurimpiin kuntiin. Erityisesti sepelvaltimotaudin ja liikuntaelinsairauksien esiintyvyys on koko maata suurempaa. Avohoidossa perusterveydenhuolto ei näyttäisi toimivan korvikkeena erikoissairaanhoidolle, vaan on kuntakohtaista ja vahva perusterveydenhuolto saattaa johtaa jopa keskimääräistä suurempaan erikoissairaanhoidon käyttöön. Suurinta perusterveydenhuollon avopalveluiden käyttö on Itä-Lapin kunnissa. Ikäryhmällä ei näyttäisi olevan vaikutusta hoitokäyttöihin.

Koko maahan verrattuna perusterveydenhuollon käyntejä on paljon – siitä huolimatta erikoissairaanhoidon palvelukäyttö on koko maan keskimääräisellä tasolla. Erityisen suurta on yli 65-vuotiaiden palvelukäyttö, johon on syytä ensisijaisesti kiinnittää huomiota. Kokonaisuutena mitattuna vuodeosastohoitoa on paljon. Erityisesti Kaakkois-Lapin kunnissa vuodeosastohoitoa on paljon sekä perusterveydenhuollossa että erikoissairaanhoidossa. Asukaskohtaisilla kustannuksilla mitattuna perusterveydenhuollossa on huomattavasti

suurempaa vaihtelua kuin erikoissairaanhoidossa – pienessä kunnassa erikoissairaanhoidon kustannuksia asukasta kohden saattaa nostaa merkittävästi jo yhdenkin henkilön vakava sairastaminen. Uuden sote-alueen palveluverkostoa laadittaessa on kiinnitettävä erityistä huomiota kevyiden ja ennaltaehkäisevien terveydenhuoltopalveluiden kehittämiseen siten, että ohjautuvuus vaativaan sairaanhoitoon on tarkoituksenmukaista. **Myös rajapintaan sosiaalipalveluiden kanssa on syytä kiinnittää huomiota**, jotta epäsuoraa ja välillistä terveydenhuoltopalveluiden käyttöä pystytään vähentämään raskaiden palvelunkäyttäjien osalta.

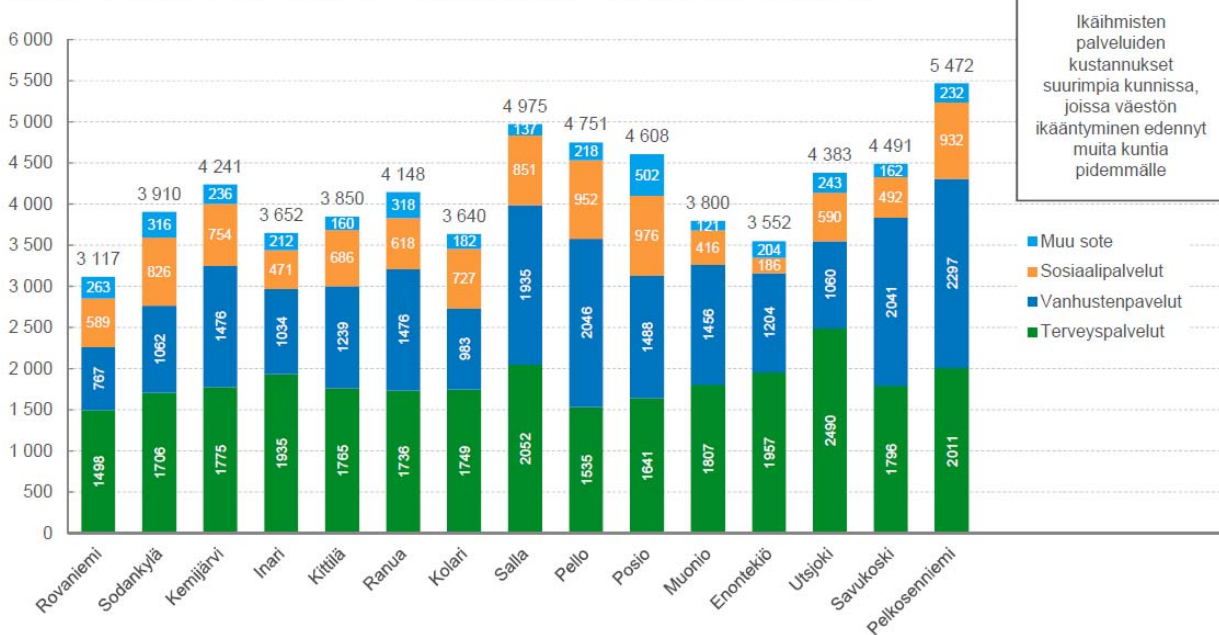
Lapissa ikäihmisten palveluiden peittävyys on korkea Kolari, Pelloa ja Rovaniemeä lukuun ottamatta, ja erityisen korkea se on Savukoskella, Kittilässä ja Utsjoella. Erityistä huomiota tulee kiinnittää alueille, joilla yli 75-vuotiaiden kasvuvauhti kiihtyy lähivuosina. Palvelurakennetta on mahdollista keventää kehittämällä palveluohjausta ja kotiin vietäviä palveluita, tekemällä yhteistyötä 3. ja yksityisen sektorin kanssa, hyödyntämällä teknologisia ratkaisuita sekä erityisesti uudenlaisten keskitettyjen asumisratkaisujen ja -ympäristöjen avulla.

Suurimmat erot palvelukohtaisesti tarkasteltuna ikäihmisten palveluissa

Tilastoissa osa ikäihmisten todellisista palveluista allokoituu terveyspalveluihin



Sosiaali- ja terveystoimen nettokustannukset asukasta kohden vertailuryhmittäin 2014



Lähde: Kuntaliitto, Toimitetut tiedot, NHG analyysi

Ikäihmiset käyttävät erikoissairaanhoidon vuodeosastohoitoa jo nyt vähän, mutta myös muiden palveluiden peittävyksiä on mahdollista laskea suositusten rajoissa. Ensisijaisesti syytä on keskittyä laitoshoidon vähentämiseen. Pitkien etäisyyksien ja huonojen yhteyksien vuoksi palveluasuminen on monesti laadukkaampi ja kustannustehokkaampi ratkaisu kuin kotihoito. Asumisyksiköitä tarvitaan myös pohjoisosiin, nyt senioriasuminen keskittyy paljolti keski- ja eteläosiin.

Viime vuosina on Suomessa ja kansainvälisesti alettu kehittää asumis- ja palvelualueita ikääntyneiden tarpeisiin. Esimerkiksi erilaiset yhteisölliset asumisen ja palvelut yhdistävät ratkaisut, joissa ikääntyneet voivat asua omassa asunnossaan tutussa elinympäristössä, mahdollistavat hoidon ja hoivan tuottamisen kustannustehokkaasti toimintakyvyn muuttuessa ja palvelutarpeiden kasvaessa. Laatusuositusten rajoissa ikäihmisten

palvelurakennetta on mahdollista keventää Lapissa arviolta ~16M€:lla. Arvio huomioi ainoastaan palvelurakenteen, ei tuotannon tehostamisen mahdollisuuksia.

Lapissa on runsaasti vammaisia asukkaita KELAn myönteisten vammaisetsuuspäätösten perusteella. Lisäksi suuri määrä vammaisetsuksien saajista on palveluiden piirissä. Tätä voidaan kehittää seuraavasti: Kehitysvammaisten henkilöiden yhtäläinen oikeus saada tarvitsemansa palvelut yleislakien nojalla ja yleisestä palvelujärjestelmästä, palvelujen myöntämisperusteiden yhtenäistäminen, palvelujen ja suoritteiden tilastoinnin yhtenäistäminen tulevalla sote-alueella sekä valtakunnallisesti.

Laitoshoitoa on paljon ja sitä olisi syytä vähentää. Haasteena koetaan olevan uusien asumismuotojen ja eilaitosmaista asumista tukevien palvelujen kehittäminen, eli mitä tulee laitosasumisen tilalle. Tämä on haaste sekä rakenteiden että osaamisen osalta. Vammaispalveluiden hoitaminen keskitetysti Lapissa mahdollistaa perhehoidon kehittämisen. Perhehoidolla voidaan korvata ainakin sellaista lyhytaikaista laitoshoidoa, jolla ei ole kuntoutuksellisia tavoitteita. Lisäksi laitoshoidon purku etenee hitaasti ja on korkeammalla tasolla kuin erva-alueella. Tähän vaikuttavat mm. Lapin pitkät välimatkat ja pienet asiakasmäärät pienissä kunnissa. Näin ollen räätälöinti on vaikeaa, kun muita vaihtoehtoja on vähän. Tosin osin kyse voi olla myös toimintakulttuuri- ja asennekysymyksestä. Myös tuettua asumista vielä vähän, mikä on kehittämiskohteena koko maassa.

Henkilökohtainen apu hajautettuna ratkaisuna sopii Lappiin, mikä näkyy suurena asiakasmääränä. Vammais- palveluiden asiakasmäärät eri Lapin kunnissa ovat absoluuttisesti pieniä, joten kuntien välillä on satunnais- vaihtelusta johtuvia suuria eroja väestökohtaisissa määrissä. Myös asiakkaita muista palveluista saattaa vaikuttaa tilastolliseen vaihteluun, mikä näkyy ikäihmisten kuljetuspalveluiden käyttäjämäärissä. Vammais- palveluiden järjestäminen ja rahoittaminen keskitetysti tasaa satunnaisvaihtelua vammais- palveluiden kustannuk- sissa.

Lasten ja nuorten (alle 18-vuotiaat) osuus väestöstä on Lapissa matala ja kokonaismäärä on viime vuosina ollut laskusuuntainen, mutta kuntien välillä osuuksissa on suuria eroja. Vuonna 2014 alle kouluikäisten osuus Lapin sairaanhoitopiirin alueella oli 7,2 % väestöstä, kouluikäisten, 7–15-vuotiaiden osuus oli 8,8 % väestöstä ja nuorten, 16–24-vuotiaiden, osuus 10,7 % väestöstä. Peruspalveluiden (neuvola, koulu- ja opiskelijaterveydenhuolto) käyntimäärät ovat lähellä maan keskimääräistä tasoa, mutta niissäkin on suuria eroja kuntien välillä. Lastenneuvolakäyntejä on hieman alle maan keskimääräisen tason ja viime vuosina käyntien määrä on ollut laskusuuntainen. Äitiysneuvola- ja kouluterveydenhuoltokäyntejä on sen sijaan hieman maan keskitasoa enemmän.

Lapsiperheille on kohtuullisesti tarjolla tehostettua tukea (kasvatus- ja perheneuvontaa sekä kodinhoitoapua). Kodinhoitoapua saa useampi lapsiperhe kuin maassa keskimäärin. Saatavuutta tulisi kuitenkin vielä yhdenmukaistaa kuntien välillä kaikkien palveluiden osalta. Lastensuojeluilmoitusten määrä ja lastensuojelun avohuollon asiakasmäärä ovat hieman alle maan keskimääräisen tason, mutta sijoituksia kodin ulkopuolelle tehdään kuten maassa keskimäärin. Lastensuojelun laitoshoidossa on asiakkaita kuten maassa keskimäärin, mutta lastensuojelulaitosten sijaan asiakkaita hoidetaan enemmän ammatillisissa perhekodeissa.

Nykyistä palvelurakennetta on mahdollista keventää seuraavin toimenpitein:

- Kehittämällä varhaisen vaiheen palveluita (kuten neuvonta ja ohjaus, kotipalvelu, perhetyö, perheneuvolat) ja parantamalla niiden saatavuutta ja kohdentamista nykyistä tarpeenmukaisemmin ja aikaisemmassa vaiheessa.
- Panostamalla suunnitelmallisesti kaikkiin peruspalveluihin (ml. perusopetus, varhaiskasvatus ja nuorisotyö).
- Tiivistämällä lapsi- ja perhepalveluiden hajallaan olevaa palvelujärjestelmää ja yhteen sovittamalla palvelut integroiduksi palvelujen kokonaisuudeksi.
- Kohdentamalla oikea-aikaisesti ja nopeasti tehostettua tukea kriisiperheiden tilanteisiin myös vanhempien tukemiseksi ja kehittämällä lastensuojelun avohuoltoa.
- Yhtenäistämällä alueella käytössä olevia toimintatapoja ja menetelmiä (parhaat käytännöt käyttöön koko Lapissa) ja vähentämällä kuntien välisiä eroja.

Aikuisten psykososiaalisten palveluiden tarve on suuri työttömyyden vuoksi. Tämä näkyy hyvin päihde- ja mielenterveyspalveluiden käytössä, missä palveluiden käyttö on suuri verrattuna maan keskiarvoa. Laitoshoitopäiviä on paljon sekä psykiatriassa että päihdeongelmaisilla. Päihde- ja mielenterveyspalveluissa tulevaisuudessa ensisijainen tavoite on saada yhtenäinen hoitoketju nykyisen psykiatrian ja perusterveydenhuollon päihde- ja mielenterveyspalveluiden välillä. Lähentämällä rajapintaa saavutetaan sekä laadullisesti että taloudellisesti parempi lopputulos. Erityisen tärkeää on palvelun piiriin hakeutumisen tekeminen mahdollisimman helpoksi sekä sujuva ohjautuminen oikeaan palveluun ensikontaktista.

10 Johtopäätökset

- suunnittelija Rea Räisänen, perusterveydenhuollon yksikkö, Lshp
- kehittämispäällikkö Asta Niskala, Pohjois-Suomen sosiaalialan osaamiskeskus

Uuden sote-alueen palveluverkostoa laadittaessa on kiinnitettävä erityistä huomiota **kevyiden ja ennaltaehkäisevien sosiaali- ja terveydenhuoltopalveluiden kehittämiseen** niin, että ohjautuvuus vaativaan sairaanhoitoon on tarkoituksenmukaista. Sairastavuus on koko maata suurempaa painottuen Lapin läänin keskialueella asukasluvultaan suurimpiin kuntiin. Erityisesti sepelvaltimotautien ja liikuntaelinsairauksien esiintyvyyttä on koko maata suurempaa.

Lapin Sote-nettokäyttökustannukset ovat n. 11 % koko maata keskimäärin korkeammat. Myös suhteutettuna sairastavuuteen nettokäyttökustannukset ovat noin 6 % korkeammat kun maassa keskimäärin. Kustannuskasvu on jatkunut pitkään ja vuosina 2007–2014 kustannukset kasvoivat 6,1 %. Eri asiakasprosesseja (mm. valtimosairaudet, selkäkipupotilaat, saattohoito, työikäiset väliinputoajat) kehittämällä tulisi pyrkiä pirstaloituneen palvelujärjestelmän uudelleen muotoiluun. Tavoitteena tulisi olla palveluiden parempi vaikuttavuus, tehokkuus, palvelukokonaisuuden laadun ja potilasturvallisuuden kasvu sekä kustannusten vähentäminen. Myös **rajapintaan sosiaalipalveluiden kanssa** on syytä kiinnittää huomiota, jotta epäsuoraa ja välillistä terveydenhuoltopalveluiden käyttöä pystytään vähentämään raskaiden palvelunkäyttäjien osalta.

Palveluohjausta tulee kehittää perheiden palveluiden, vammaisten palveluiden ja ikäihmisten palveluiden osalta. **Laitoshoidon voidaan keventää** esimerkiksi kehittämällä **ikäihmisten kotihoitoa** ja lisäämällä **vaihtoehtoja vammaisten asumiseen ja asumista tukevien palveluiden järjestämiseen**.

Ikäihmisten palvelurakennetta on mahdollista keventää kehittämällä palveluohjausta ja kotiin vietäviä palveluita, tekemällä yhteistyötä 3. ja yksityisen sektorin kanssa, hyödyntämällä teknologisia ratkaisuita sekä erityisesti uudenlaisten keskitettyjen asumisratkaisujen ja -ympäristöjen avulla. Ikäihmisten kotihoidon kehittämisessä on huomioitava moniammatillisuus sekä palveluohjauksellinen ote. Muistisairauksien hoitoa tulee kehittää alueellisen muistipolun mukaisesti. Myös erityisasiantuntijuus on turvattava koko alueelle. Moniammatillisella geriatrisella arvioinnilla ja ennakoivalla ennaltaehkäisevällä työllä voidaan vaikuttaa vanhusasiakkaiden terveydentilaan ja mahdollisiin toimintakyvyn muutoksiin sekä arjessa selviytymisen vaikeuksiin.

Vammaisten palveluissa palveluohjauksen ohella keskeiseksi nousevat palvelujen myöntämisperusteiden yhtenäistäminen ja erityisesti vammaispalveluiden ja ikäihmisten palveluiden välisen rajapinnan selkeyttäminen. Palvelutarjonnassa tulisi vaihtoehtoja lisätä myös työ- ja päivätoimintaan siten, että palvelu vastaisi paremmin asiakkaan omia toiveita.

Perheiden palveluissa varhaisen vaiheen palveluiden kehittäminen (kuten neuvonta ja ohjaus, kotipalvelu, perhetyö, perheneuvolat), saatavuuden parantaminen, tarpeenmukaiseen kohdentamiseen ja oikea-aikaisuuteen panostaminen nousevat keskeisiksi. Kaupungissa palveluja on tarjolla, mutta kokonaisuutta ei kyetä hahmottamaan. Pienissä kunnissa kokonaisuus hahmotetaan paremmin, mutta tarvittavia palveluja ja erityisosaamista puuttuu. Ennen kaikkea **nuorten palveluita** on syytä kehittää.

Päihde- ja mielenterveyspalveluissa tulevaisuudessa ensisijainen tavoite on saada **yhtenäinen hoitoketju nykyisen psykiatrian ja perusterveydenhuollon päihde- ja mielenterveyspalveluiden välillä**. Perustason tiedot, taidot ja asenteet päihde- ja mielenterveysasiakkaita kohdatessa tulee määritellä sekä hallita kaikissa

asiakkaita ja potilaita kohtaavissa tilanteissa. Erityispalveluista tulee saada perustasolle säännöllistä koulutusta, konsultaatiota ja tukea sekä selkeät ohjeet hoitopalveluihin hakeutumiseen.

Kuntoutus tulee organisoida niin, että **kuntoutuksen osaaminen alueella säilyy** ja että käytettävissä olevat resurssit (henkilöstö) on toiminnallisesti ja kustannustehokkaasti oikein suunnattu. Tulevassa palvelujärjestelmän kokonaisuudessa **kuntoutus jalkautetaan kaikkiin asiakasprosesseihin**. Alueella olemassa olevat **hyvät käytännöt** (esimerkiksi ikäihmisten kotikuntoutus, työttömän polku -toimintamalli) **juurrutetaan** koko alueelle paikalliset olosuhteet huomioiden. Toimintakykyajattelun (ICF) tulee olla toimintakyvyn edistämisen ja kuntoutuksen perusta.

Erilaisin osaamisen kehittämisen toimin turvataan riittävä ja osaava henkilöstö tuottamaan sosiaali- ja terveydenhuollon palveluita. Osaaminen tulee varmistaa kaikissa palvelukokonaisuuksissa. Erityistä huomiota tulee tällä hetkellä kiinnittää säännönmukaiseen lisäkoulutukseen mielenterveys- ja päihdeasioista kaikille sosiaali- ja terveyssektorin, koulun sekä nuorisotoimen työntekijöille sekä ikäihmisten hoitoon liittyvän osaamisen osalta. Myös ammattihenkilöiden välistä työnjakoa on kehitettävä palvelukokonaisuuksien kehittämisen rinnalla.

Palvelujärjestelmää kehitettäessä, uusien palvelukokonaisuuksien innovoinnin ja olemassa olevien hyvien käytäntöjen levittämisen yhteydessä tulee huomioida digitalisaation sekä tieto- ja viestintäteknologian hyödyntämisen mahdollisuudet (esim. verkko- ja videomuotoiset palvelut asiakkaille ja ammattilaisille).

Saamenkielen ja -kulttuurin erityispiirteet tulee ottaa huomioon palvelukokonaisuuksien kehittämisessä kautta linjan. Esimerkiksi asiakkaan palvelutarpeen arvioinnissa ja palvelusuunnittelussa on huomioitava myös kulttuurinen erityisyys. Huomioita tulee kiinnittää myös saamenkielisten terveysneuvontamateriaalien puuttumiseen sekä erikoissairaanhoidossa tarjolla olevien saamenkielisten palveluiden saatavuuteen.

Johtopäätösten perusteella tärkeimmiksi jatkotyötä ohjaaviksi kehittämiskohteiksi nousevat kustannusten hallinta, raja-aitojen poistaminen erikoissairaanhoidon, perusterveydenhuollon ja sosiaalihuollon välillä sekä arkea tukevien palvelujen vahva kehittäminen, vahvistaminen ja kuntouttava työote. Näihin kaikkiin sisältyy toimintakäytäntöjen yhtenäistäminen, sähköisten palvelujen käyttöönoton laajentaminen ja kehittäminen sekä tietojärjestelmien yhteensovittaminen. Yhtenä vaihtoehtona voi olla keskittyminen kolmen ikäperusteisen perusprosessin työstämiseen. Näiden perusprosessien sisälle integroitaisiin läpileikkaavina päihde- ja mielenterveys-, vammais- ja kuntoutus- sekä saamenkieliset palvelut.

Palvelujen organisoinnin jatkotyöstämisessä voitaisiin edetä moniammatillisten tiimien varaan rakentuvien hyvinvointikeskusten/-asemien ja -pisteiden ympärille. Rovaniemellä ja keskisuurissa kunnissa/seuduilla hyvinvointikeskusten sisälle voi organisoida esimerkiksi perhekeskus, nuorten ja aikuisten talo sekä ikäihmisten kuntoutuksen kehittämistiimit (vrt. STM:n kärkihankkeet). Yhteistyötä tulee tiivistää Länsi-Pohjan asiakasprosessityön ja pilottien sekä Lshp:n laajennushankkeen, toiminnan muutoksen suunnittelu -projektin kanssa. Yleisen palveluneuvonnan ja ohjauksen, sähköisten palvelujen ja yhtenäisten asiakastietojärjestelmien kehittämisprosessit tulee aloittaa asiakasprosessityön rinnalla omina prosesseinaan. Hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen ja sen rajapinnat kuntiin jääviin palveluihin selvitetään erillisessä työryhmässä.

Lähteet

Buorre boahhteáigi – porosaamelaisten hyvinvoinnin ja osallisuuden edistäminen -hanke

Iivonen, Esa 2015. Ajankohtaiskatsaus lapsiperheköyhyyteen. Diaesitys 30.10.2015. Mannerheimin lastensuojeluliitto.

Ijäs-Kallio & Seppälä & Jaako 2015. Hyvinvointikertomukset LSHP Ky:n kunnissa – kooste. URI: <https://uula.ersm.fi/index.php5?mid=32&file=Kooste%20LSHPn%20kuntien%20hv-kertomuksista.pdf>. Haettu 25.11.2015.

Kallionpää, Katri 2015. Tutkimus: Kiusaaminen on lapsen mielenterveydelle suurempi uhka kuin väkivaltainen kohtelu. Helsingin Sanomat 4.5.2015, hyvinvointi. URI: <http://www.hs.fi/hyvinvointi/a1430362165618>. Haettu 8.12.2015.

Kostamo-Pääkkö, Kaisa 2013. Selvitys sosiaalihuollon henkilöstön nykyisestä määrästä ja kelpoisuudesta sekä työvoiman vaihtuvuudesta ja poistumasta vuoteen 2015 Lapin alueella. Pohjois-Suomen sosiaalialan osaamiskeskus. Diaesitys. URI: http://www.sosiaalikallega.fi/uutiset/poske/sosiaalityontekijat_ ja_ ohjaajat_ lapissa2013.pdf. Haettu 27.11.2015.

Kuusikko-työryhmä 2014. Lasten sijaishuollon raportit 2005 – 2006 ja lastensuojelun raportit 2007 – 2014. URI: <http://www.kuusikkokunnat.fi/?id=CE9D03AC-EACC4A78904A-036B60905F47>. Haettu 22.12.2015.

Lapin työllisyyskatsaus syyskuu 2015; Sotkanet 2015, työ- ja elinkeinoministeriö

Laaja selvitys ympärivuorokautisesta hoidosta ja asumispalveluista Oulun yliopistollisen sairaalan erityisvastuualueella (OYS-erva), Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri 2015

Lappilaiset.fi 2015: Lapsi- ja perheyhdistykset. URI: <http://www.lappilaiset.fi/fi/jarjestoille/toimijoita/yhdistykset-ja-liitot/lapsi-ja-perheyhdistykset/>. Haettu 3.12.2015.

OYS-erva selvitys mielenterveyspalvelut: <http://www.ppsph.fi/erityisvastuualue/prime101.aspx>

Paakkonen Tarja 2015. Ehkäisevän työn kustannusvaikuttavuus lapsiperhepalveluissa - systemaattinen kirjallisuuskatsaus. Työpaperi 12/2015. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. URI: http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/126847/URN_ISBN_978-952-302-491-5.pdf?sequence=1. Luettu 18.12.2015.

Palvelut perheille 2015. Sosiaali- ja terveysministeriö. URI: <http://stm.fi/palvelut-perheille>. Haettu 13.10.2015.

Peruspalvelujen tila Lapissa vuonna 2013. Aluehallintoviraston toimialueen peruspalvelujen arviointi.

Poliisin tulostietojärjestelmä 2015. Poliisin tietoon tulleet seksuaalirikokset. Poliisille kirjatut hälytystehtävät. PolStat 04 15.

Rehula, Juha 2015. Sote-muutoksen tekijät -SOSTEblogi 10.12.2015. URI: <http://www.soste.fi/ajankohtaista/sosteblogi/hyvinvoivat-ihmiset/sote-muutoksen-tekijat.html>. Luettu 11.12.2015.

Sotkanet.fi 2015. Tilastotietoja suomalaisten terveydestä ja hyvinvoinnista. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. URI: <https://www.sotkanet.fi/sotkanet/fi/index>. Haettu 4.12.2015.

Suikkanen, ym. 2014. Lapin kunnissa toteutetut hyvinvointibarometrit. Pohjoisen hyvinvoinnin tietopaikka -hanke.

Talouselämä 2015. Tutkimus: Lastensuojelun asiakkaat jäävät ilman tarvitsemiaan palveluja. Artikkelin 7.12.2015. URI: <http://www.talouselama.fi/uutiset/tutkimus-lastensuojelun-asiakkaat-jaavat-ilman-tarvitsemiaan-palveluja-6235210>. Luettu 10.12.2015.

Taloudellinen huoltosuhde, laskelmavuosille 2012–2040. Tilastokeskus ja Vanhusten pitkäaikaishoidon tarve vuoteen 2040 – Kunnallissalan kehittämissäätiön raportteja 2015. Sari Kujala: Palveluverkon löydöksiä Lapin alueella 7.2.2014

Tilastokeskus 2014 ja Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri 2015: Laaja selvitys ympärivuorokautisesta hoidosta ja asumispalveluista Oulun yliopistollisen sairaalan erityisvastuualueella (OYS-erva).

Yle-uutiset 9.12.2015. Huostaanotot vähenivät – "Jos tukiverkot ovat heikot, nuoruus on riskialtista aikaa". URI: http://yle.fi/uutiset/huostaanotot_vahenivat_jos_tukiverkot_ovat_heikot_nuoruus_on_riskialtista_aikaa/8515659. Luettu 10.12.2015.

Säädökset:

Alkoholilaki 1143/1994
Erikoissairaanhoidolaki 1989/1062
Huumausainelaki 1289/1993
Isyyslaki 11/2015
Kansanterveyslaki 1972/66
Laki ehkäisevän päihdetyön järjestämisestä 523/2015
Laki kehitysvammaisuuden erityishuollosta 519/1977
Laki lapsen huollosta ja tapaamisoikeudesta 361/1982
Laki nuoren rikoksesta epäillyn tilanteen selvittämisestä 633/2010
Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992
Laki saamelaiskäräjistä 974/1995
Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista 812/2000
Laki sosiaalihuollon ammattihenkilöistä 817/2015
Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 559/1994
Laki toimeentulotuesta 1412/1997
Laki vammaisuuden perusteella järjestettävistä palveluista ja tukitoimista 380/1987
Lastensuojelulaki 417/2007
Lääkelaki 395/1987
Mielenterveyslaki 1116/1990
Nuorisolaki 72/2006
Perusopetuslaki 628/1998
Poliisilaki 493/1995
Päihdehuoltolaki 41/1986
Saamen kielilaki 1086/2003
Suomen perustuslaki 731/1999
Sosiaalihuoltolaki 1301/2014
Terveydenhuoltolaki 1326/2010
Tupakkalaki (1976/693) ja toimenpideasetus (1977/225)