



Keski-Pohjanmaan
hyvinvointialue



Euroopan unionin
rahoittama
NextGenerationEU

VN/27154/2022

Tilannekatsaus ja suunnitelma heikossa ja haavoittuvassa asemassa olevien asiakas- ja potilasryhmien hoidon ja palvelun parantamiseksi

”Ei palveluita, vaan ihmisiä”
(Kokemusasiantuntija)

17.3.2023



Satu Marjakangas
RRF Keski-Pohjanmaa
Kestävän kasvun ohjelma (RRP)

Sisällys

1 JOHDANTO	3
2 HYVINVOINTI- JA TERVEYSEROT	4
2.1 Hyvinvointi- ja terveyserot Keski-Pohjanmaalla	5
3 HUONO-OSAISUUS JA PIENITULOISUUS	12
3.1 Huono-osaisuus Keski-Pohjanmaalla	12
3.2 Nuorten aikuisten syrjäytymisriski Keski-Pohjanmaalla	15
3.3 Pienituloisuus	16
4 VOIKO PALVELUJÄRJESTELMÄ LUODA ERIARVOISUUTTA?	19
4.1 Yhdenvertaisuus Soiten palveluissa	20
4.2 Paljon palveluja käyttävät asiakkaat	22
4.3 Häiriökysyntä	24
5 SAIRASTAVUUS KESKI-POHJANMAALLA	26
5.1 Mielen- ja päihdeongelmat	27
5.2 Lasten ja nuorten haasteet	29
5.3 Ikääntyvien haasteet	31
5.4 Suun terveydenhuollon haasteet	33
5.5 Hoito- kuntoutus- ja palveluvelka	34
5.6 Järjestelmän haasteet	39
7 SUUNNITELMA	44
KEHITTÄMISTYÖN PAINOPISTEALUEET	46
LÄHTEET	52

1 JOHDANTO

Tässä selvityksessä tarkastellaan Keski-Pohjanmaan hyvinvointialueen heikossa ja haavoittuvassa asemassa olevien asiakas- ja potilasryhmien tilannetta, hoitoonpääsyä ja korona-aikana kerääntyneitä hoito-, kuntoutus- ja palveluvelkaa. Selvitystyö liittyy Suomen kestävän kasvun ohjelmaan (RRP), jonka tavoitteena on tukea hallitusohjelman tavoitteiden mukaisesti ekologisesti, sosiaalisesti ja taloudellisesti kestävää kasvua. (STM 2022) Selvityksen pohjalta laaditaan suunnitelma heikossa ja haavoittuvassa asemassa olevien asiakas- ja potilasryhmien hoito-, kuntoutus- ja palveluvelan purkuun. Suunnitelmaa lähdetään toteuttamaan osana RFF2 Keski-Pohjanmaa -hanketta.

Covid-19 -epidemian ja siihen liittyvien rajoitusten seurauksena ihmisiä jäi hoidon, palvelujen, työelämän ja toimeentulon ulkopuolelle. Terveystieteiden resursseja siirrettiin covid-19-kriisiin hoitoon, mikä on heikentänyt palvelujen saatavuutta sosiaali- ja terveydenhuollossa. Koronaan liittyvien selvitysten ja tutkimusten mukaan kriisi on vaikuttanut erityisesti niihin ryhmiin, jotka olivat jo aiemmin heikossa ja haavoittuvassa asemassa ja tarvitsivat monialaista tukea ja apua arkeensa ja toimintakyvyn ylläpitoon. Ukrainan sotaan liittyvä elintarvikkeiden, polttoaineiden ja sähkön hinnan nousu sekä sote-alan henkilöstöpulan aiheuttamat hoito- ja palvelujonot ovat saattaneet vaikeuttaa haavoittuvassa asemassa olevien asiakas- ja potilasryhmien tilannetta ja hoitoon pääsyä entisestään.

Tämä selvitys on koottu tutkimalla ja analysoimalla alueen potilas- ja asiakastietojärjestelmistä saatua dataa, valtakunnallisia tietovarantoja sekä haastatteleamalla Soiten toimialajohtoa, työntekijöitä ja alueen potilas- ja vammaisjärjestöjä. Suunnitelman teossa on tehty yhteiskehittämistä kuudessa työpajassa ammattilaisten ja kokemusasiantuntijoiden kanssa ja hyödynnetty valtakunnallisia strategioita, tutkimustietoa ja olemassa olevaa kehittämistyötä ja ideoita.

Indikaattorien valossa valtaosa Keski-Pohjalaisista voi hyvin. FinSote-tutkimuksen mukaan elämänlaatusa kokee hyväksi 60,6 % 20 - 64-vuotiaista aikuisista, mikä on paras sijoitus kaikista hyvinvointialueista. Keski-Pohjanmaalla koetaan myös vähiten psyykkistä kuormittuneisuutta. Myös syntyvyys alueella on maan korkeinta. Alkoholin ja huumeiden käyttö sekä itsemurhakuolleisuus alueella on vähäisempää kuin muualla. (FinSote 2020) Työllisyysaste alueella on hyvä. DIAK:n huono-osaisuusmittarilla Keski-Pohjanmaa sijoittuu toiseksi parhaimmaksi. (Diak 2022) Kaikilla ei kuitenkaan mene hyvin Keski-Pohjanmaallakaan ja tässä raportissa keskitytäänkin siihen väestönosaan, jotka tarvitsevat yhteiskunnan ja palvelujärjestelmän tukea muita enemmän.

2 HYVINVOINTI- JA TERVEYSEROT

Heikossa ja haavoittuvassa asemassa olevien asiakas- ja potilasryhmien oikeuksia turvaa Suomen lainsäädäntö ja kansainväliset ihmisoikeussopimukset. Jokaisella, joka ei kykene hankkimaan ihmisarvoisen elämän edellyttämää turvaa, on oikeus välttämättömään toimeentuloon ja huolenpitoon. (Perustuslaki) Suomen terveydenhuoltolain (1326/2010) mukaan kaikille on tarjottava yhtäläiset, laadukkaat ja riittävät sosiaali- ja terveyspalvelut riippumatta sosioekonomisesta asemasta, taloudellisista edellytyksistä, asuinalueesta tai muista palvelujen käyttöä rajoittavista tekijöistä. (Finlex)

Sosioekonomisten ryhmien väriset terveyserot ovat merkittävä kansanterveyshaaste sekä Suomessa että muissa Euroopan maissa. Eri yhteiskuntaluokissa elävät ihmiset saavat erilaista terveydenhuoltoa. Etenkin työelämän ulkopuolella olevilla ja matalasti koulutetuilla on ongelmia saada riittävästi palveluita. Positiivisella erityiskohtelulla voidaan vaikuttaa huonommassa asemassa olevien ihmisten elämään ja saattaa heitä tasavertaisempaan asemaan muiden kanssa.

Lisääntyneiden sosioekonomisten hyvinvointierojen taustalla on monia yhteiskunnallisia syitä. Työelämän muutokset, teollisuuden automatisointi, digitalisaatio ja kaupungistuminen ovat vieneet työpaikkoja matalasti koulutuneilta. Työmarkkinoiden muutokset ovat aiheuttaneet epävarmuutta, pitkäaikaistyöttömyyttä ja toimeentulo-ongelmia. Myös koulumaailman muutokset ovat voineet lisätä hyvinvointieroja. Itsehjautuvuutta korostava opiskelu lisää lapsille ja nuorille paineita omasta oppimisesta. Ylisukupolvisen syrjäytymisen kierrettä ei ole onnistuttu pysäyttämään, palvelujärjestelmä on pirstaleinen, eikä tuki ja palvelut välttämättä kohdenna niitä eniten tarvitseville.

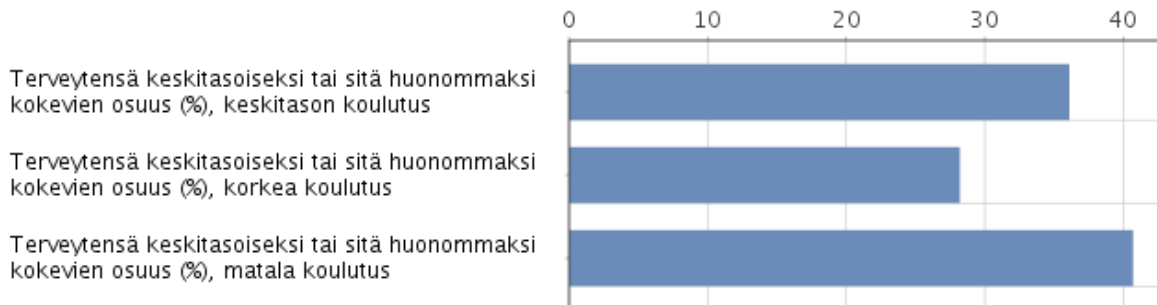
Terveyserojen kaventaminen on ollut viimeisten vuosikymmenten ajan keskeinen painopistealue suomalaisessa terveyspolitiikassa. Terveyserot ovat kasvaneet 1970-luvulta lähtien, eikä eroja ole saatu pienenemään ponnisteluista huolimatta. Matalasti koulutetun 25-vuotiaan odotettavissa oleva elinaika on 13 vuotta lyhyempi kuin korkeasti koulutetun. (Majlander ym. 2021) Jo vuonna 2001 laadittiin Terveys 2015 ohjelma, jonka tavoitteena oli eriarvoisuuden vähentäminen. Ongelma on tunnistettu ja erilaisia toimenpiteitä on tehty jo vuosikymmenten ajan. Myös nykyisessä Marinin hallitusohjelmassa terveyserot on nostettu esille näin: ”Suomi on entistä tasa-arvoisempi ja yhdenvertaisempi maa, jossa luottamus lisääntyy ja jokainen ihminen on arvokas. Ihmisten hyvinvointi-, terveys- ja tuloeroja kavennetaan ja osallisuutta lisätään.” (Valtioneuvosto 2019)

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos on listannut perusteluita, miksi hyvinvointi- ja terveyseroja tulee kaventaa. (THL 2022)

- Kansanterveys kohenee tehokkaimmin, jos parannetaan niiden väestöryhmien terveyttä, joissa terveysongelmat ovat suurimpia.
- Kustannuksia saadaan hillittyä, kun hyvinvointi- ja terveysongelmat eivät pääse kasautumaan.
- Palvelujen riittävyys turvataan, kun pystytään parantamaan vähän koulutettujen terveyttä, toimintakykyä ja elämänhallintaa.
- Työllisyysastetta saadaan nostettua. Työvoiman riittävyys voidaan turvata sillä, että ihmiset pysyvät työkykyisinä ja esimerkiksi nuoria ei päästetä tipahtamaan opintojen ja työelämän ulkopuolelle.
- Oikeudenmukaisuus lisääntyy. Terveyserot eivät ole eettisesti hyväksytyjä. Palvelujärjestelmän tulee tukea kaikkia ja varmistaa riittävät ja oikea-aikaiset sosiaali- ja terveysterveystulot kaikille.
- Suomen valtio ja kunnat ovat sitoutuneet vähentämään hyvinvointi- ja terveyseroja.

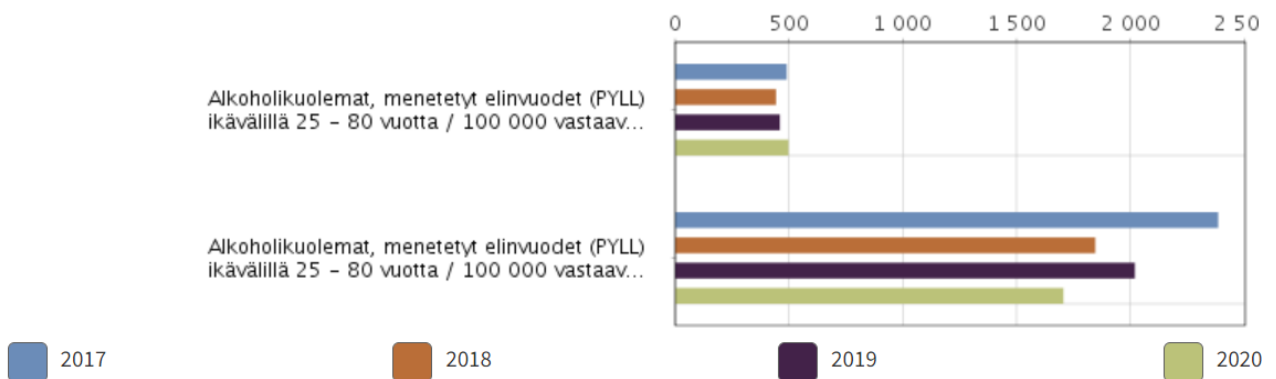
2.1 Hyvinvointi- ja terveyserot Keski-Pohjanmaalla

Keski-Pohjanmaan korkea-asteen tutkinnon suorittaneiden osuus on toiseksi alhaisin kaikista maakunnista. Maakunnan väestöstä 28,6 % on kokonaan ilman perusasteen jälkeistä tutkintoa. (Sitra 2021) Koulutuserot näkyvät korkeammassa sairastavuudessa ja muun muassa elintavoissa. Esimerkiksi terveytensä keskitasoisiksi tai sitä huonommaksi kokevien osuus matalasti koulutetuilla on yli 40 %, kun korkeakoulutetuista näin koki alle 30 prosenttia. (Kuva 1)



Kuva 1: Terveytensä keskitasoiseksi tai sitä huonommaksi kokevien osuus (%) koulutusryhmittäin Keski-Pohjanmaalla, Sotkanet 2020

Alkoholikuolemien osuus Keski-Pohjanmaalla on pienin kaikista hyvinvointialueista, mutta painottuu vahvasti pienituloisiin. (Kuva 2) Pienituloisten kuolleisuus alkoholiongelmiin on yli kolminkertainen parempituloisiin nähden. Pienituloisten kuolleisuus on kuitenkin hieman vähentynyt vuodesta 2017 vuoteen 2020.



Kuva 2: Alkoholikuolemat, menetetyt elinvuodet (PYLL) ikävälillä 25-80 vuotta / 100 000 vastaavan ikäistä Keski-Pohjanmaalla, Sotkanet 2020

Psyykkistä kuormittuneisuutta Keski-Pohjalaisista kokee noin 10 prosenttia kuormituksen painoutuessa korkeasti koulutettuihin. Korkeasti koulutetuista psyykkistä kuormittuneisuutta kokee yli 12 prosenttia väestöstä. (Kuva 3)



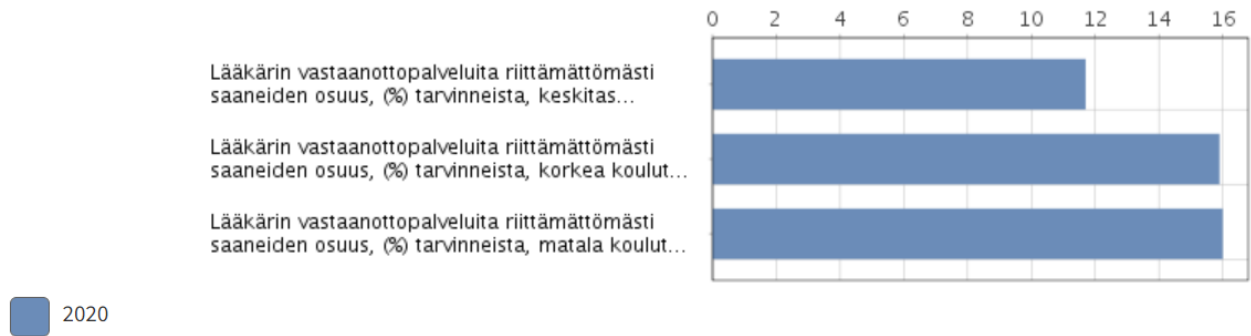
Kuva 3: Psykkisesti merkittävästi kuormittuneiden osuus (%), 20 vuotta täyttäneet, koulutusryhmittäin, Sotkanet 2020

Rahanpuutteen vuoksi ruoasta, lääkkeitä tai lääkärikäynneistä tinkimään joutuneiden osuus (%) vuonna 2020 oli noin 15 % Keski-Pohjalaisista painottuen matalan koulutuksen omaaviin, joista yli 17 prosenttia koki joutuneensa tinkimään perusasioista. (Kuva 4)

		2020
Rahanpuutteen vuoksi ruoasta, lääkkeitä tai lääkärikäynneistä tinkimään joutuneiden osuus (%), keskitason koulutus info ind. 4268	Keski-Pohjanmaan hyvinvointialue	15,0
Rahanpuutteen vuoksi ruoasta, lääkkeitä tai lääkärikäynneistä tinkimään joutuneiden osuus (%), korkea koulutus info ind. 4269		13,8
Rahanpuutteen vuoksi ruoasta, lääkkeitä tai lääkärikäynneistä tinkimään joutuneiden osuus (%), matala koulutus info ind. 4267		17,1
	yhteensä	

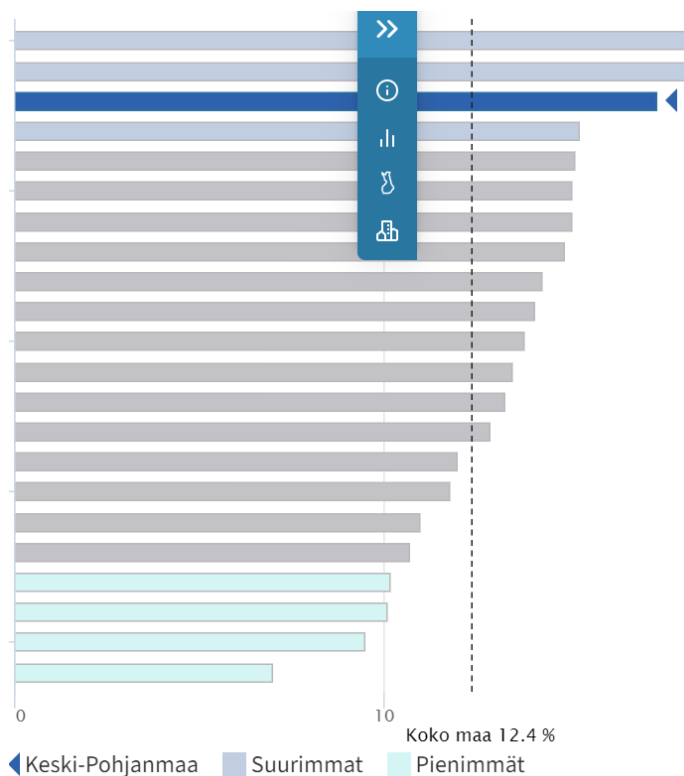
Kuva 4: Rahanpuutteen vuoksi ruoasta, lääkkeitä tai lääkärikäynneistä tinkimään joutuneiden osuus vuonna 2020, Sotkanet 2020

Lääkärin vastaanottopalveluita riittämättömästi sai 16 % sekä korkeasti että matalasti koulutetuista. Keskitason koulutuksen omaavista vajaa 12 % kärsi lääkäripalveluiden puutteesta. (Kuva 5)



Kuva 5: Lääkärin vastaanottopalveluita riittämättömästi saaneiden osuus, (%) tarvinneista, 20 vuotta täyttäneet koulutusryhmittäin, Sotkanet 2020

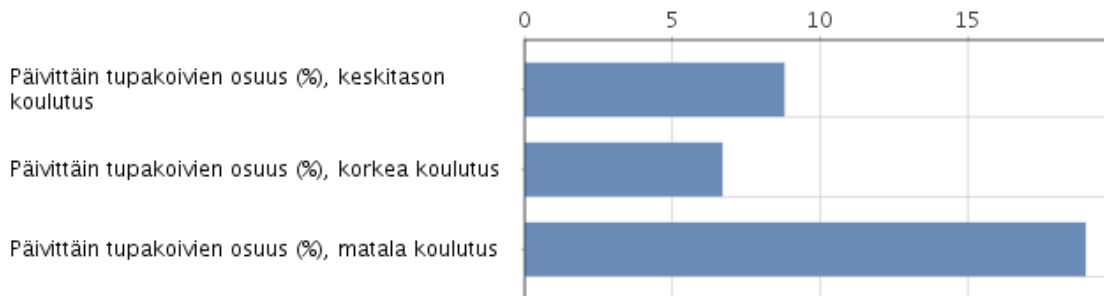
Keski-Pohjanmaalla poltetaan tupakkaa kolmanneksi eniten kaikista hyvinvointialueista. Päivittäin tupakoivien osuus (%) 20-64 -vuotiailla oli vuonna 2020 17,4 % kun esimerkiksi Pohjanmaalla sama lukema oli 7. (Kuva 6)



Kuva 6: Tupakan poltto hyvinvointialueittain, Sotekuva 2022

Keski-Pohjanmaan hyvinvointialue

Kun verrataan tupakointia Keski-Pohjanmaalla koulutusryhmittäin, erot ovat todella suuret. Korkeasti koulutetuista tupakoi 6,9%, keskitason koulutuksen omaavista 8,8 % ja matalan koulutuksen saaneista 19 %. (Kuva 7)



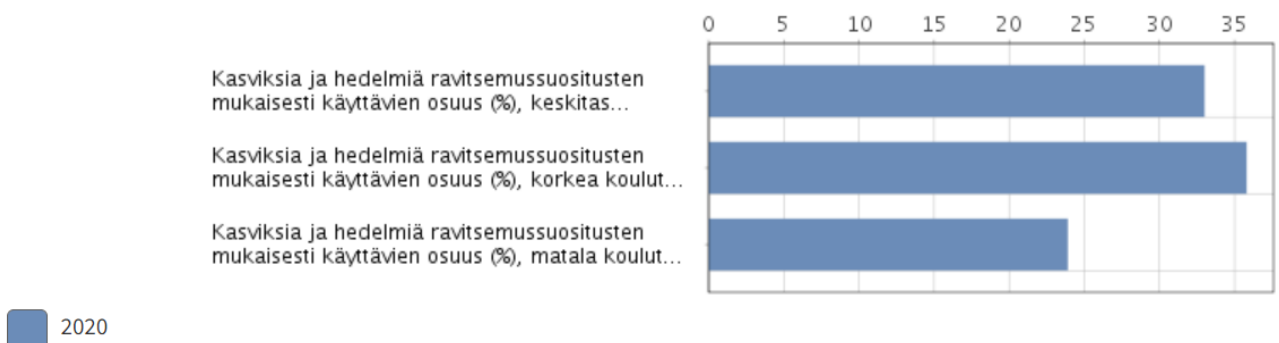
Kuva 7: Päivittäin tupakoivien osuus (%) koulutusryhmittäin Keski-Pohjanmaalla, Sotkanet 2020

23,3 % Keski-Pohjalaisista oli vuonna 2020 lihavia. Lihavuus painottuu keskituloisiin, joista 26,4 % on lihavia. Korkeakoulutetuista lihavia oli alle viidesosa (18,3 %). (Kuva 8)

		2020
Lihavien osuus (kehon painoindeksi BMI \geq 30 kg/m ²) (%), keskitason koulutus info ind. 4464	Keski-Pohjanmaan hyvinvointialue	26,4
Lihavien osuus (kehon painoindeksi BMI \geq 30 kg/m ²) (%), korkea koulutus info ind. 4465		18,3
Lihavien osuus (kehon painoindeksi BMI \geq 30 kg/m ²) (%), matala koulutus info ind. 4463		22,3
	yhTEENSÄ	

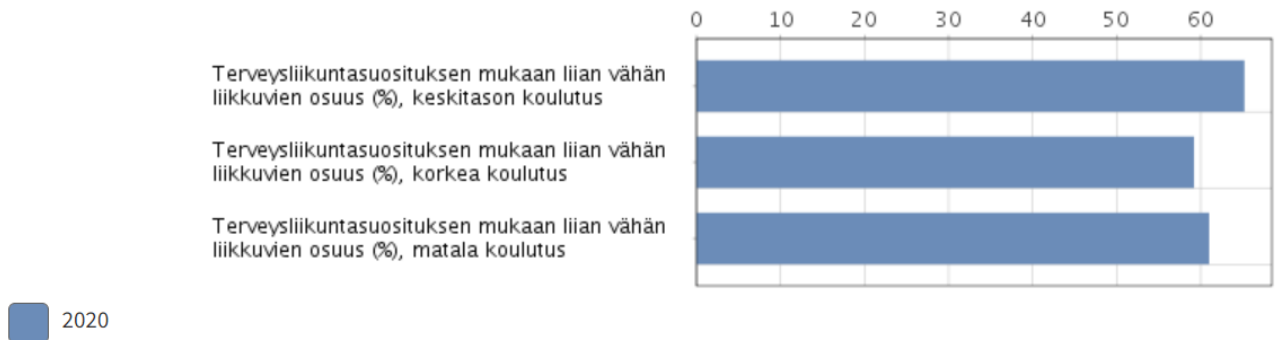
Kuva 8: Lihavien osuus koulutusryhmittäin Keski-Pohjanmaalla, Sotkanet 2020

Kasviksia ja hedelmiä ravitsemussuositusten mukaan syödään huonosti. Keski-Pohjanmaalla kasvien käyttö oli neljänneksi heikointa kaikista hyvinvointialueista. Matalasti koulutetuista ainoastaan noin 23 % söi suositusten mukaisesti, kun korkeakoulutetuista niin teki yli 35 %. (Kuva 9)



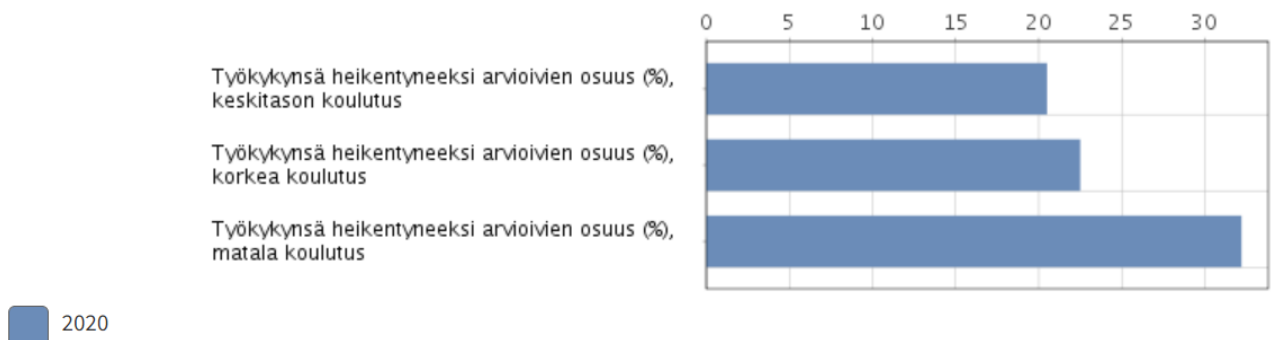
Kuva 9: Kasviksia ja hedelmiä ravitsemussuositusten mukaisesti käyttävien osuus (%), 20 vuotta täyttäneet, koulutusryhmittäin, Sotkanet 2020

59,6 % Keski-Pohjalaisista liikkuu liian vähän terveystieteiden suositukseen nähden. Liikunnan määrä oli vuonna 2020 vähäistä kaikissa koulutusryhmissä painottuen keskitason koulutuksen omaaviin. (Kuva 10)



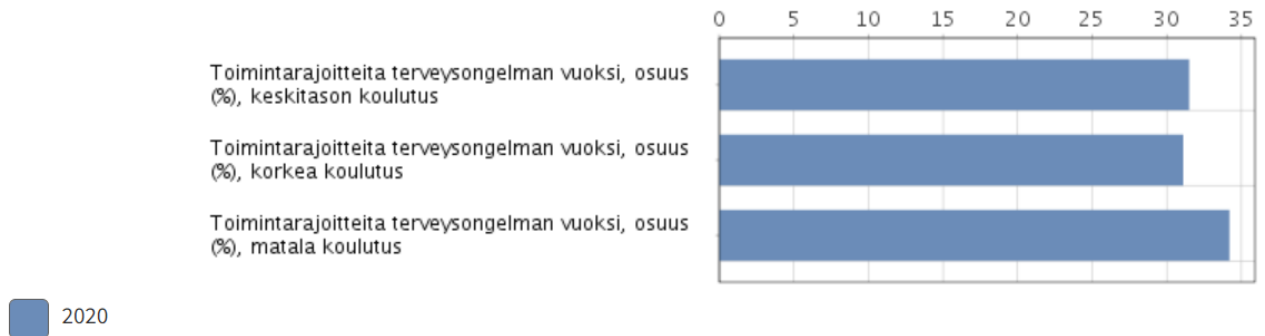
Kuva 10: Terveystieteiden suositukseen mukaan liian vähän liikkuvien osuus koulutusryhmittäin. Sotkanet 2020

Työkykyä heikentyneeksi arvioivien osuus oli 23,1 %, mikä on toiseksi vähiten kaikista hyvinvointialueista. Työkyvyn ongelmat kuitenkin painottuvat matalan koulutuksen omaaviin, joista noin kolmasosa kokee työkykyä heikentyneen. (Kuva 11)



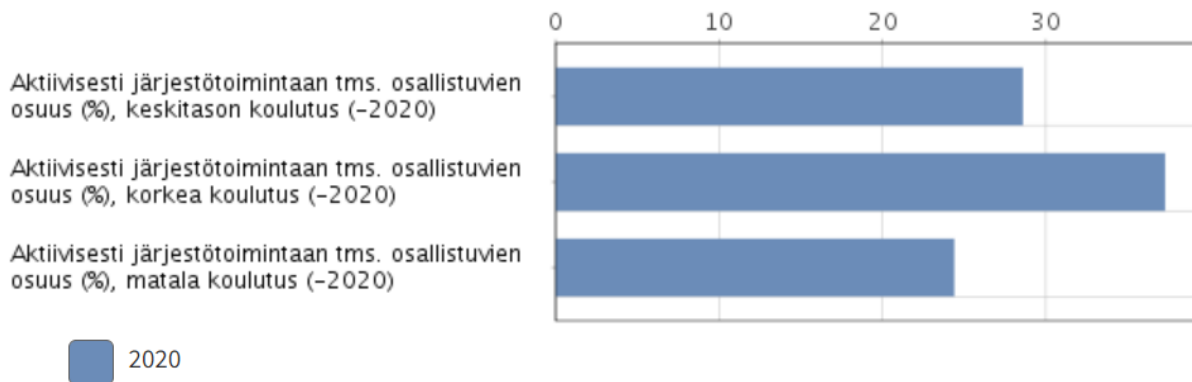
Kuva 11: Työkykyä heikentyneeksi arvioivien osuus koulutusryhmittäin, Sotkanet 2020

Toimintarajoitteita terveysongelman vuoksi koki lähes kolmasosa (32,9 %) Keski-Pohjalaisista. Matalasti koulutetuista toimintarajoitteita koki eniten eli 34,2 %. (Kuva 12)



Kuva 12: Toimintatavoitteita terveysongelman vuoksi koulutusryhmittäin, Sotkanet 2020

Koulutuserot näkyvät myös ihmisten yhteiskunnallisessa osallistumisessa. Korkeasti koulutetut osallistuvat kaikista koulutusryhmistä aktiivisemmin järjestötoimintaan. Vuonna 2020 järjestötoimintaan osallistui noin neljäsosa (24,4 %) matalasti koulutettuja Keski-Pohjalaisia, kun taas korkeakoulutetuista järjestötoimintaan osallistui 37,3 %. (Kuva 13)



Kuva 13: Aktiivisesti järjestötoimintaan osallistuvien osuus (%) koulutusryhmittäin Keski-Pohjanmaalla, Sotkanet 2020

3 HUONO-OSAISUUS JA PIENITULOISUUS

Osa heikossa ja haavoittuvassa asemassa olevista ihmisistä kärsii huono-osaisuudesta. Huono-osaisuudella tarkoitetaan moniulotteisia hyvinvointivajeita, jotka liittyvät elintason, elämänlaatuun ja elämäntapaan. Resurssivajeiden lisäksi huono-osaisuuteen liittyy myös yksilön vaikeudet muuttaa käytössään oleva resurssi hyvinvoinniksi. (Zitting 2021) Huono-osaisuus on elämänlaadun ja elintason merkittävää eriytymistä valtaväestöstä, eikä sitä ole aiheuttamassa mikään yksittäinen tapahtuma tai tekijä. Syrjäytyminen saa alkunsa usein jo nuoruudessa, kun huono-osaisuus alkaa kasaantua ja monimuotoistua. Merkittävimmät hyvinvointivajeet liittyvät toimeentuloon, työllisyyteen ja terveydentilaan. Tämä heikentää ihmisen mahdollisuuksia hallita omaa elämää. (Berg ym. 2011) Suomalainen yhteiskunta pitää pääsääntöisesti hyvin huolta haavoittuvassa asemassa olevista ryhmistä. Kuitenkin näiden ryhmien elintaso, elämänlaatu ja elämäntavat poikkeavat selvästi vauraan enemmistön elämän edellytyksistä. Tällainen takamatka voi aiheuttaa ylisukupolvista huono-osaistumista, jonka katkaisemiseen tarvitaan pitkäkestoisia toimenpiteitä esimerkiksi lastensuojelun jälkihuollossa. (Saari 2019)

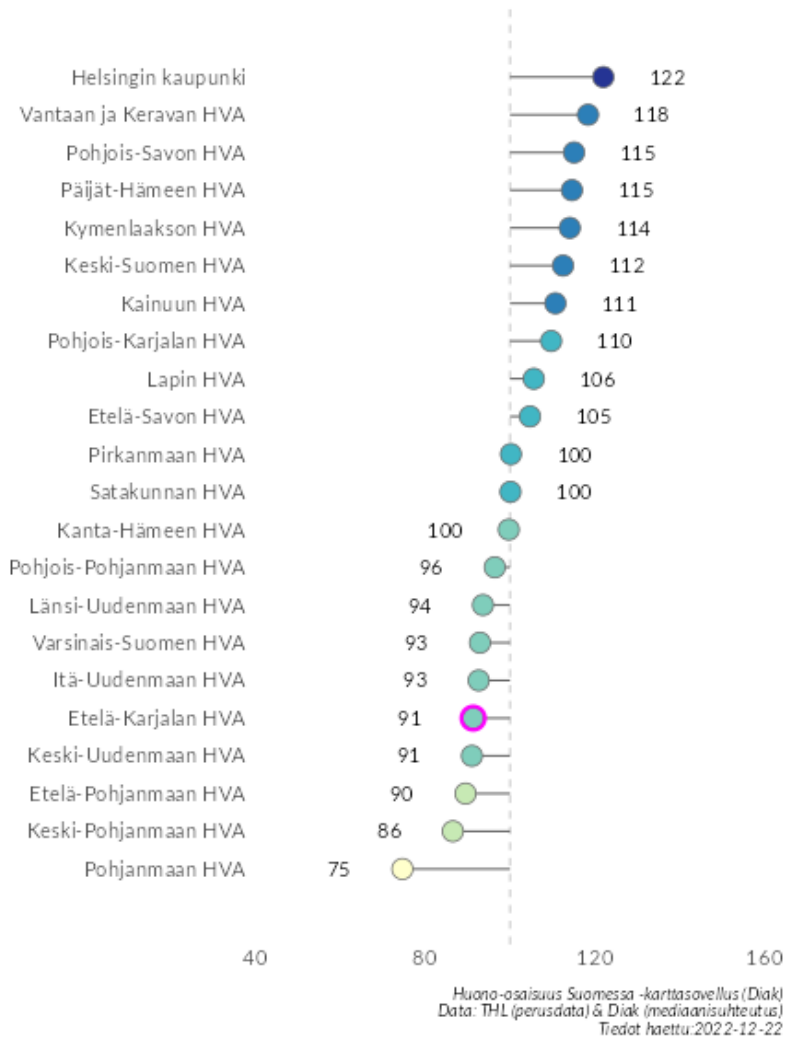
3.1 Huono-osaisuus Keski-Pohjanmaalla

Keski-Pohjanmaan hyvinvointialueella huono-osaisuus on vähäisempää kuin lähestulkoon kaikilla muilla hyvinvointialueilla, mikä ilmenee alla olevasta DIAK:n huono-osaisuuden karttasovelluskuvasta (kuva 14). Summamuuttuja on muodostettu kolmen huono-osaisuusmuuttujan (inhimillinen, sosiaalinen, taloudellinen) keskiarvosta. Huono-osaisuus hyvinvointialueen sisällä kuitenkin vaihtelee alueellisesti Kivikankaan 206:sta Rytimäen 60:een, mikä ilmenee kuvassa 15. Mitä suurempi lukema, sitä huono-osaisempia ihmisiä alueelta löytyy eri huono-osaisuuden muuttujilla tarkastellessa.

Keski-Pohjanmaan hyvinvointialue

Huono-osaisuus yhteensä

Aluetaso: Hyvinvointialueet

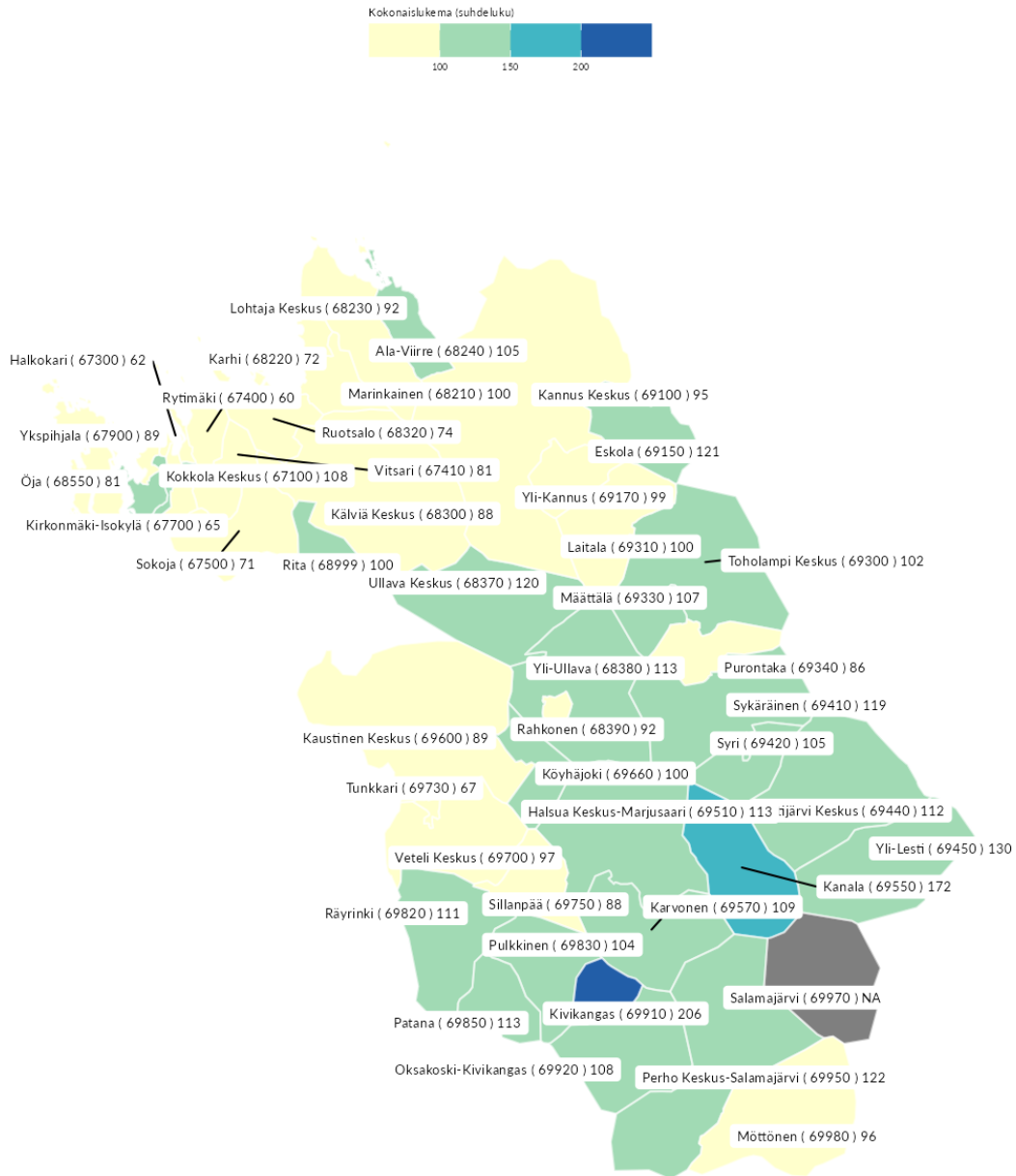


Kuva 14: Huono-osaisuus Suomessa hyvinvointialueittain, DIAK 2022

Keski-Pohjanmaan hyvinvointialue

Kokonaislukema

Aluetaso: Hyvinvointialueet



Huono-osaisuus Suomessa -karttasovellus (Diak)
 Data: Tilastokeskus Paavo (perusdata) & Diak (mediaanisuhteutus)
 Tiedot haettu: 2022-02-23

Kuva 15: Huono-osaisuus Keski-Pohjanmaalla alueittain, DIAK 2022

Lapsuuden ja nuoruuden huono-osaisuus kasautuu monesti pitkälle aikuisuuteen. Olisikin tärkeää pystyä pysäyttämään huono-osaisuuden kierre ajoissa ja vahvistaa nuorten resilienssiä. Huono-osaisuuteen voidaan vaikuttaa mm. perhesuhteita ja koulutuspolkuja tukemalla. Tässä muutamia huomioita Noora Bergin (2017) väitöskirjatutkimuksesta, missä tutkittiin huono-osaisuuden kasautumista nuoruudesta aikuisuuteen.

- Huono-osaisuus sekä vaikea ja haavoittuva elämäntilanne liittyvät resilienssiin. Resilienssi tarkoittaa psyykkistä selviytymiskykyä. Ihmisen resilienssi vastaanottaa elämän haasteita ja vastoinkäymisiä heikkenee, kun negatiivisia elämäntapahtumia kasautuu paljon.
- Syrjäytymisvaarassa olevat nuoret ovat muita huono-osaisempia monilla hyvinvoinnin osa-alueilla. Merkittävimmät hyvinvointivajeet liittyvät toimeentuloon, työllisyyteen ja terveydentilaan.
- Sosiaalisilla suhteilla on tärkeä rooli huono-osaisuuden kasautumisessa. Vaikeudet nuoruusiän perhesuhteissa voivat vaikuttaa taloudellisiin ja mielenterveydellisiin ongelmiin aina keski-ikään saakka.
- Nuoruusiän huono-osaisuus kasautuu ja on yhteydessä kuolleisuuteen ennen keski-ikä. Voimakkain yksittäinen riskitekijä kuolleisuudelle on koulutussuunnitelmien puuttuminen ja epävarmuus niistä 16-vuotiaana.
- Humalajuominen on yhteydessä monenlaiseen huono-osaisuuteen. Naiset, jotka juovat usein humalahakuisesti nuoruudesta keski-ikään, kokevat todennäköisemmin lähes kaikkia tarkasteltuja huono-osaisuuksia. Miehillä, jotka juovat kaikissa ikävaiheissa usein humalahakuisesti tai lisäsivät juomista nuoruuden jälkeen, huono-osaisuus näkyy lähinnä terveyden ja talouden ongelmina. (Berg 2017)

3.2 Nuorten aikuisten syrjäytymisriski Keski-Pohjanmaalla

Nuorten aikuisten (18-24-v) syrjäytymisriski on kasvanut vuodesta 2019. Keski-Pohjanmaalla vuonna 2020 melkein viidesosa (19 %) nuorista eivät olleet töissä, opiskelemissa tai varusmiespalveluksessa. 523 nuorta (20-24 v) jäi Keski-Pohjanmaalla ilman peruskoulun jälkeistä tutkintoa. Nuorten tilanne vaihtelee kunnittain Kaustisen parhaasta tilanteesta (17,2%) Toholammin 26,5 prosenttiin. (Taulukko 1) (Sotekuva 2020)

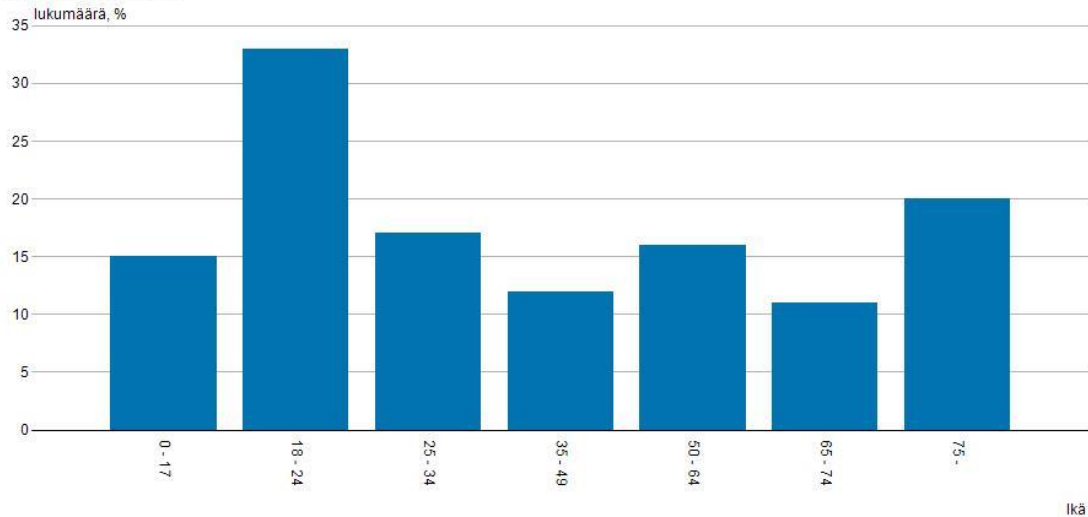
KUNTA	PROSENTTIOSUUS (%) SYRJÄYTYMISUHAN ALLA OLEVISTA 18-24 -VUOTIAISTA
Halsua	23,1
Kannus	19,8
Kaustinen	17,2
Kokkola	18,6
Lestijärvi	25,0
Perho	18,7
Toholampi	26,5
Veteli	19,1

Taulukko 1: Syrjäytymisriskissä (ei työssä, opiskele, ei ole varusmiespalvelussa) olevat 18 – 24-vuotiaat, % vastaavan iäisistä, Sotekuva 2020

3.3 Pienituloisuus

Tilastokeskuksen mukaan köyhyys- ja syrjäytymisriskissä eli 873 000 suomalaista eli 16 prosenttia koko väestöstä vuonna 2019. (Kuva 16) Köyhyys- tai syrjäytymisriski tarkoittaa, että henkilö on suhteellisesti pienituloisen, vajaatyöllisen tai vakavaa aineellista puutetta kokevan kotitalouden jäsen. Pienituloisia vuonna 2019 oli 669 000, vajaatyöllisiä 376 000 ja vakavaa aineellista puutetta kokevia 139 000. (Tilastokeskus 2021) Vuonna 2021 toimeentulovaikeuksia koki 6,6 prosenttia eli vajaat 190 000 kotitaloutta Suomessa. Yleisimpiä toimeentulovaikeudet olivat yhden huoltajan talouksissa. Joka neljäs kotitalous ei oman ilmoituksensa mukaan olisi selvinnyt yllättävästä suuresta menosta vuonna 2021 lainaamatta rahaa. (Tilastokeskus 2022) Jatkuvilla toimeentulo-ongelmilla perheissä voi olla vaikutusta vanhemmuuteen niin, että voimavaroja lasten kasvun ja kehityksen tukemiseen ei ole. Vanhempien pitkäaikaisella toimeentuloasiakkuudella on vakavia ylisukupolvisia vaikutuksia. Iso osa toimeentulotuen asiakkaana olleiden lapsista on ilman tutkintoa nuorina aikuisina. (Vauhkonen ym. 2017.)

Köyhyys- tai syrjäytymisriski muuttujina ikä. Yhteensä, Köyhyys- tai syrjäytymisriskissä olevien osuus, %, 2019.



Kuva 16: Köyhyys- tai syrjäytymisriski Suomessa muuttujina ikä, Tilastokeskus 2019

Keski-Pohjanmaalla pienituloisia oli Tilastokeskuksen (2020) mukaan 7865 asukasta eli 11,8 % hyvinvointialueen väestöstä. Pienituloisiksi lasketaan henkilöt, joiden kotitalouden käytettävissä olevat rahatulot kulutusyksikköä kohti ovat alle 60 prosenttia kaikkien kotitalouksien mediaanituloista. Alueen pienituloisimmat asukkaat löytyvät Perhosta ja Lestijärveltä. (Taulukko 2)

KUNTA	Pienituloisia asuntoväestössä	Pienituloisuusaste, %
Kokkola	5186	11,0
Kannus	656	12,2
Toholampi	420	14,4
Lestijärvi	117	16,7
Halsua	161	14,9
Perho	485	18,2
Veteli	387	12,8
Kaustinen	453	10,8

Taulukko 2: Pienituloisuus kunnittain Keski-Pohjanmaan hyvinvointialueella 2020, Tilastokeskus

Vuonna 2020 15,6 % Keski-Pohjalaisista joutui rahanpuutteen vuoksi tinkimään ruoasta, lääkkeistä tai lääkärikäynneistä. (Sotkanet 2020) Korkeat asiakasmaksut olivat haitanneet hoidon saantia 17,8 %:lla terveystalveluja käyttäneistä ja 26,2 % sosiaalipalveluja käyttäneistä. (Kuva 17)



Kuva 17: Asiakasmaksut haitanneet hoidon ja palvelun saantia Keski-Pohjanmaalla 2020, Sotkanet

4 VOIKO PALVELUJÄRJESTELMÄ LUODA ERIARVOISUUTTA?

”Usein mittarit, etäpalvelut, liput ja laput eivät palvele haastavimmissa tilanteissa olevia.”
(Osallistuja henkilöstön työpajassa)

Eriarvoisuutta palvelujärjestelmään voi luoda palvelun hinta, tieto ja osaaminen, palvelujen sijainti ja alueelliset erot sekä ongelmat asenteissa. Jonot, asiakasmaksut ja palvelujen etäisyys ovat tärkeimpiä syitä, miksi palveluihin ei hakeuduta. (THL 2022) Kun taloudellinen tilanne on huono, pienetkin asiakasmaksut ovat kynnys palveluiden, hoidon tai kuntoutuksen hakemiseen sekä myös tarvittavien lääkkeiden ostamiseen. Myös oma-aloitteisuus vaikuttaa palvelujen saantiin. Sitkeimmät asiakasryhmät osaavat vaatia hoitoa ja palveluita. Hyvin koulutetuilla ihmisillä on paremmat valmiudet ottaa selvää palveluista kuin vähemmän koulutetuilla. Eroja on myös tietotekniikan käytössä, eivätkä kaikki pääse hyötymään digipalveluista ollenkaan.

Haavoittuvalla väestöllä riski joutua sairaalahoitoon sellaisen sairauden takia, mikä olisi voitu hoitaa perusterveydenhuollossa on suuri, etenkin jos henkilöllä on useita huono-osaisuuden vaaratekijöitä. On huomattu, että esimerkiksi päihteiden käyttäjän tai mielenterveysoireista kärsivän voi olla vaikea saada tarvitsemiaan palveluita ja tutkimuksia voi jäädä tekemättä. Olisikin tärkeää tunnistaa palvelujärjestelmän syrjinnän paikat ja ottaa potilaat ja asiakkaat mukaan suunnittelemaan yhdessä palveluja.

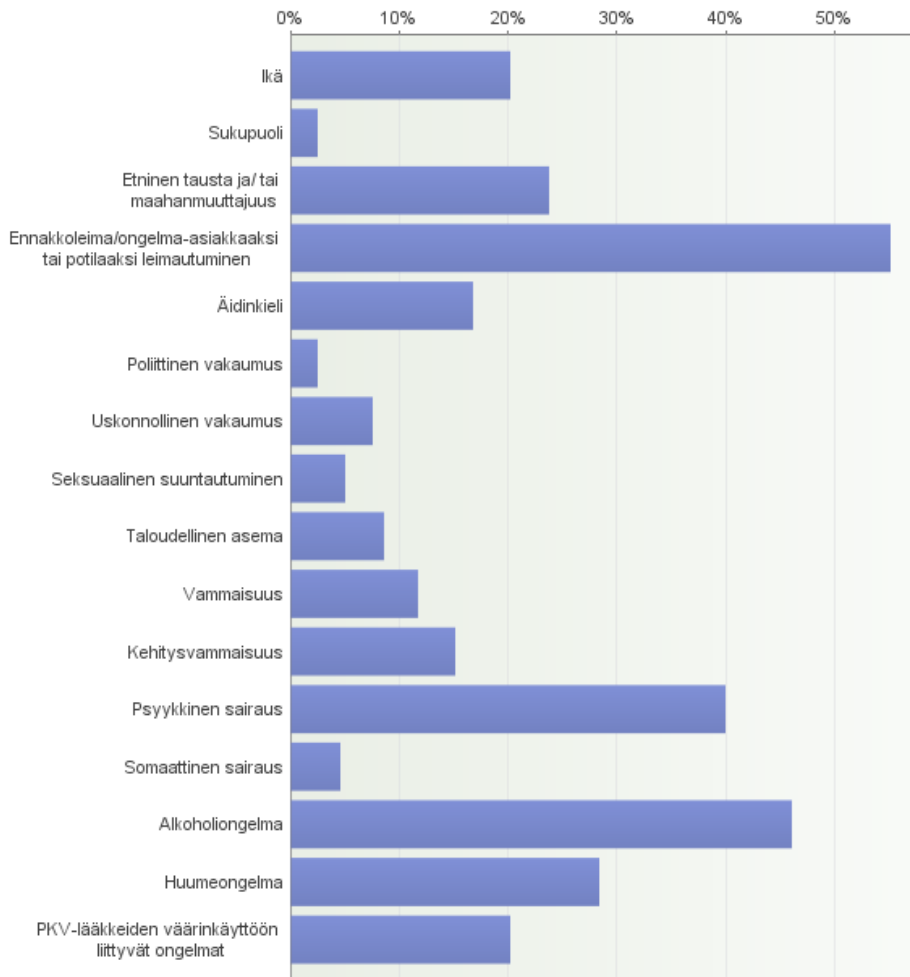
Palveluihin hakeutumisen mahdollisia esteitä haavoittuvilla ryhmillä (koottu eri lähteistä, haastatteluista ja työpajoista)

- Läheisten ja luotettavien ihmisten turvaverkko puuttuu.
- Ei rahaa tai varallisuutta yllättävien asioiden tai esim. asiakasmaksujen varalle. Rahat eivät riitä edes peruselämään.
- Tietämättömyys yhteiskunnan palveluista ja kyvyttömyys hankkia tietoa tai hakea palveluita.
- Digitaidottomuus, digivälineiden puute. Jos ei ole verkkopankkitunnuksia, kaikkien asioiden hoito on monimutkaista ja eriarvoistavaa.
- Kyvyttömyys itsestä tai omista asioista huolehtimiseen. (esim. hygienia, ravitsemus, raha-asiat, terveyden hoito) Ovat helposti johdateltavissa ja hyväksikäytettävissä.

- Jaksamattomuus ja oma-aloitteisuuden puute. Palvelut, jotka vaativat omaa aktiivisuutta, jäävät hakematta.
- Heikot kognitiiviset taidot (muisti, lukutaito, ongelmanratkaisu)
- Heikko fyysinen toimintakyky, vaikeus liikkua ja osallistua.
- Ei kulkuneuvoja ja pitkät etäisyydet palveluihin. Vaikea päästä esim. hoitoon ja kuntoutukseen.
- Aiemmat huonot kokemukset palvelujärjestelmästä.
- Stigma, häpeä tai ylpeys
- Sairaudentunnottomuus/ kyvyttömyys nähdä ja myöntää ongelmaa

4.1 Yhdenvertaisuus Soiten palveluissa

Soitessa laadittiin vuonna 2017 yhdenvertaisuussuunnitelma, joka pohjautui kyselyyn henkilöstön kokemasta syrjinnästä Soiten palveluissa. (Kuva 18) Kyselyn mukaan 30 prosenttia kyselyyn vastanneista (n=613) oli havainnut syrjintää palveluissa tai hoidossa. Henkilöstö tunnisti erityisesti asiakkaiden leimautumista ja psyykkisten sairauksien sekä päihdeongelmien vaikutuksia hoitoon ja palveluun.



Kuva 18: Asiakkaiden/potilaiden yhdenvertaisuuden toteutuminen K-P:n sosiaali- ja terveyspalvelukuntayhtymän hoidossa ja palveluissa 2017 (Soiten henkilöstökysely 2017)

Kyselyn jälkeen laadittiin yhdenvertaisuussuunnitelma. Tavoitteena on, että Soitessa

1. Jokainen palveluun hakeutuva potilas/asiakas saa yhdenmukaisen, kunnioittavan kohtelun. Häntä ei saa syrjiä välillisesti tai välittömästi, eikä häntä stigmatisoida.
2. Jokainen palveluun hakeutuva potilas/asiakas saa tarvitsemansa arvioinnin, hoidon, kuntoutuksen ja ohjauksen yhdenvertaisuuden periaatteella.

Erityisesti pidetään huolta, että ketään ei syrjitä iän, sukupuolen, etnisen taustan, ennakkoleiman, äidinkielen, poliittisen tai uskonnollisen vakaumuksen, seksuaalisen suuntautumisen, taloudellisen aseman, vamman tai kehitysvammaisuuden, psyykkisen tai

somaattisen sairauden, alkoholi- tai huumeongelmat, ylipainoisuuden tai PKV-lääkkeiden ongelmakäytön vuoksi.

Yhdenvertaisuuskyselyä ei ole toteutettu uudestaan 2017 vuoden jälkeen, joten olisi tärkeää tehdä uusintakysely, jossa nähtäisiin, mikä tilanne yhdenvertaisuuden suhteen on tällä hetkellä.

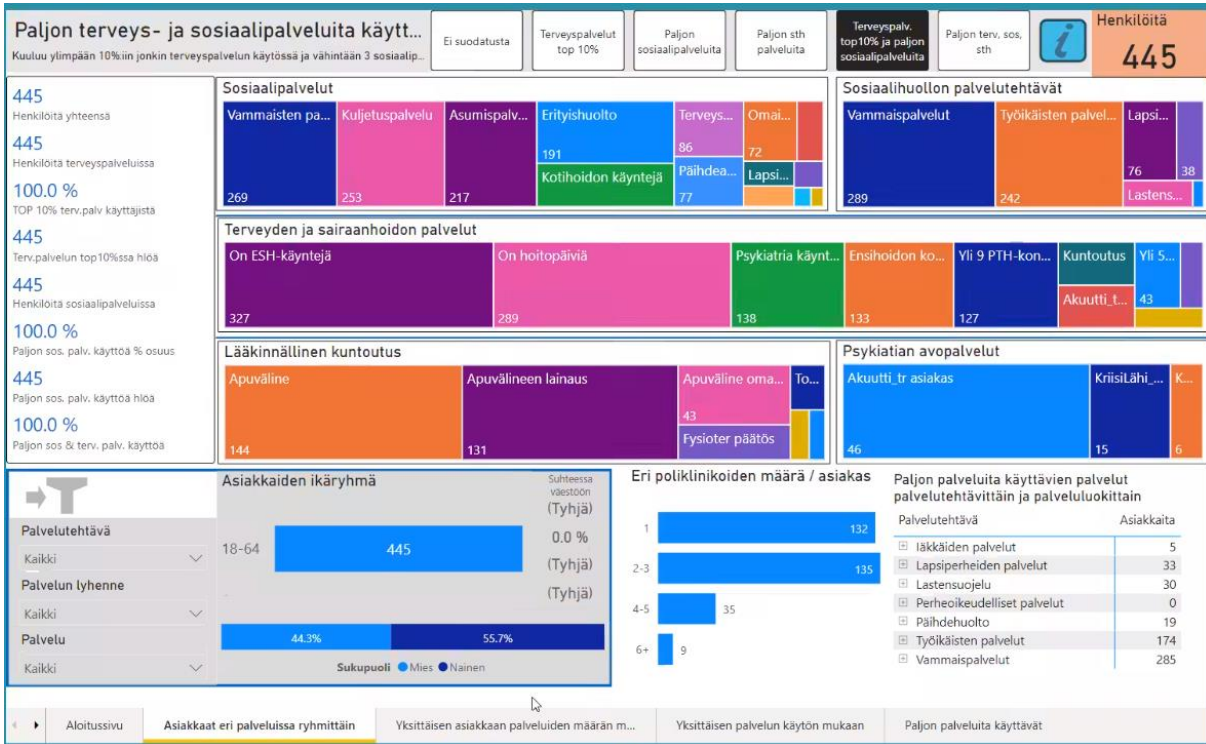
4.2 Paljon palveluja käyttävät asiakkaat

”Aika asiakkaan tilanteen perusteelliseen selvittämiseen ei riitä.” (Työntekijä monipalveluprosessin kyselyssä 10/2022)

Kaikilla avosairaanhoidon sektoreilla pienelle suurkäyttäjien joukolle kertyy merkittävä osuus kaikista palvelukäynneistä. Kelan (Perhoniemi ym. 2021) tutkimuksessa selvisi, kuinka suurkäyttäjäys ennustaa pitkiä sairaspoissaoloja seuraavina vuosina. Julkisen avosairaanhoidon suurkäyttö on yhteydessä myöhempiin mielenterveysperusteisiin sairaspäivärahoihin, ja työterveyshuollon suurkäyttö etenkin tuki- ja liikuntaelinsairauksista johtuviin sairauspäivärahoihin. Kelan tutkimuksessa 8 prosentille tutkitusta oululaisväestöstä kertyi 36 % kaikista palvelukäynneistä. Julkisessa avosairaanhoidossa 5 prosenttia väestöstä kerrytti 44 % kaikista käynneistä. Yksityislääkärikäynneissä 2 % väestöstä käytti 37 % palveluista. 5 % väestöstä vastasi 31 %:sta työterveyshuollon käynneistä. (Perhoniemi ym. 2021)

Koska samanlaista palvelujen suurkäyttäjää ei ole, ei myöskään voida rakentaa yhdenlaista interventiota paljon palveluita käyttävien tarpeisiin. Ongelmien perusteellinen selvittäminen sekä räätälöity ja yksilöllinen hoitosuunnitelma voi vähentää runsasta palveluiden käyttöä. Potilaiden profilointi, segmentointi pääongelman ja palvelutarpeen mukaan, yksilöllisen hoitosuunnitelman laatiminen ja vastuuhenkilön tai palveluohjaajan järjestäminen voivat olla kustannusvaikuttavan hoidon elementtejä. (Koskela 2017)

Keski-Pohjanmaalla on tehty Soite 2.1 sote-keskus -hankkeessa asiakassegmentointia ja kehitetty siihen soveltuva työkalu. (Kuva 19) Segmentoinnissa on kerätty Soiten asiakasrekistereistä eniten palveluja käyttävät 10 % kaikista asiakkaista ja työkalulla pystytään tarkastelemaan ikäryhmittäin mitä sosiaali- ja/tai terveydenhuollon palveluja kyseiset monipalveluasiakkaat erityisesti käyttävät. Taulukossa 3 on joulukuussa 2022 järjestelmästä poimitut runsaasti sekä sosiaali- että terveyspalveluita käyttävät asiakkaat ikäryhmittäin.



Kuva 19: Esimerkkikuva Soiten asiakassegmentointi-työkalusta 18-64 -vuotiaiden osalta 2/2023

ASIAKASRYHMÄ	Paljon sosiaali- ja terveyspalveluita käyttäneitä (TOP10)	Asiakkaita yhteensä
0-17 -vuotiaat	121	14859
18-64 -vuotiaat	445	34248
65 vuotta täyttäneet	501	16595
Kaikki asiakkaat	1067	65701

Taulukko 3: Paljon sosiaali- ja terveyspalveluita käyttäneitä 12/2022, monipalveluasiakkuus tietopointinta

Paljon palveluja käyttävien tarpeisiin pyritään vastaamaan monipalveluasiakkaisiin keskittyvällä kehittämistyöllä, jossa kehitetään Soiteen yhteneväistä monipalveluprosessia monialaista tukea tarvitseville asiakkaille. Monipalveluprosessin pilotti käynnistyi lokakuun 2022 aikana ja sen hyödyistä kerätään tietoa vuoden 2023 aikana. Ennen pilottia toteutettiin henkilöstökysely, jossa selvisi, että kyselyyn vastanneista Soiten työntekijöistä 55 % kohtasi

viikoittain monipalveluasiakkaita, joiden ongelmat olivat komplisoituneet. 73 % vastanneista koki, että moniongelmaiset asiakkaat kuormittavat organisaatiota toistuvasti.

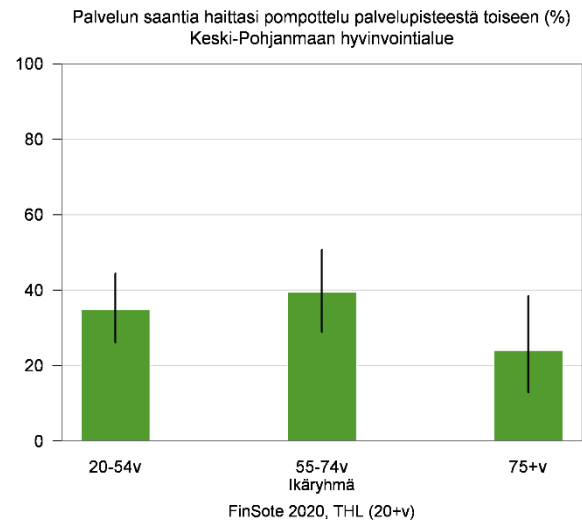
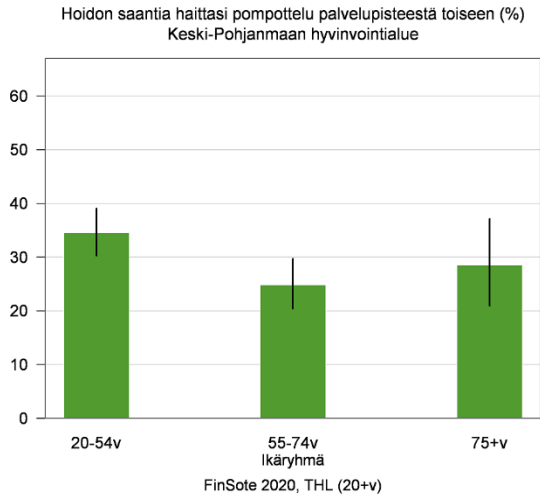
4.3 Häiriökysyntä

”Saman ongelman kanssa tullaan useasti, kun ei asiat ja palveluiden saanti ole edennyt. Lisäksi ongelmat lisääntyvät ja moninaistuvat, kun apua ei ole saanut.” (Työntekijä monipalveluprosessin kyselyssä)

Häiriökysynnällä tarkoitetaan tilannetta, joka syntyy, kun palvelujärjestelmä epäonnistuu asiakkaan tarpeisiin ja odotuksiin vastaamisessa ja asiakas palaa palvelujärjestelmään yhä uudelleen. Kun asiakas ei saa odotuksiaan vastaavaa palvelua tai se on vääränlaista tai huonolaatuista, tyytymättömyys ja inhimilliset kärsimykset lisääntyvät ja palvelujärjestelmä kuormittuu. (Mustonen 2021) Häiriökysynnän määrä vaikuttaa samanaikaisesti palveluiden saatavuuteen, työn määrään ja kokonaiskustannuksiin. Työntekijät väsyvät liian suuren työkuorman vuoksi ja kustannukset nousevat, vaikka asiakkaat eivät ole saaneet tarvitsemaansa hoitoa tai palvelua. Tällöin tarve ja tarjonta eivät kohtaa palvelutapahtumassa. Häiriökysyntää esiin nostaneen Hermannin Hyytiälän mukaan palveluissa on kohtaantongelmia, jolloin asiakkaan tarve ja palvelujärjestelmän tarjonta eivät kohtaa palvelutapahtumassa. Ratkaisuna tähän on lisätä asiakasymmärrystä ja yrittää ratkaista asiakkaan tarve yhden palvelukäynnin aikana aina kun se on mahdollista. ”Sote-palveluiden osaava ja monimuotinen ”etulinja” on edellytys häiriökysynnän vähentämiselle.” (Hyytiälä 2021)

Häiriökysynnän määrää Suomen julkisissa sosiaali- ja terveydenhuollon palveluissa ei ole mitattu, mutta asiakkaiden kokemukset palvelujen sujuvuudesta ja pompottelusta voivat kertoa kysynnän ja tarjonnan epäsuhdasta. Noin kolmasosa sekä terveydenhuollon että sosiaalihuollon asiakkaista Keski-Pohjanmaalla koki pompottelun palvelupisteestä toiseen haitanneen palvelun saantia Finsote-tutkimuksessa vuonna 2020. (Kuvat 20 ja 21)

Keski-Pohjanmaan
 hyvinvointialue



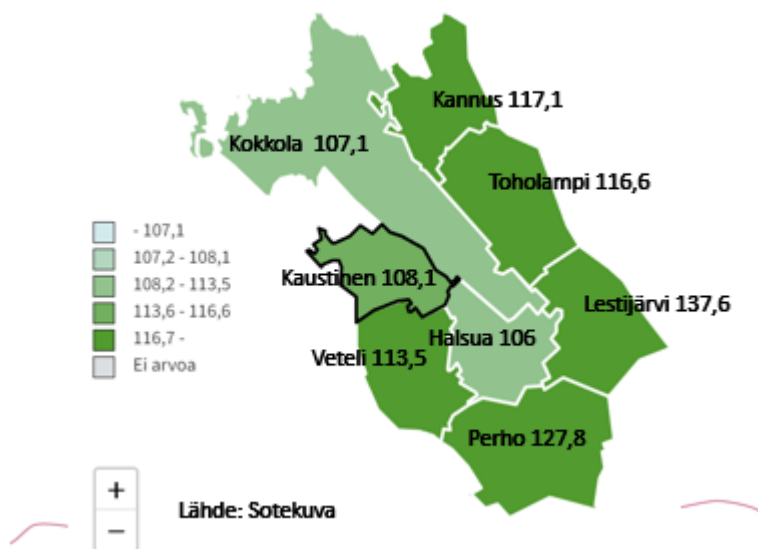
Kuva 20 ja kuva 21: Hoidon saantia haittasi pompottelu palvelupisteestä toiseen, Finsote 2020, vasemmassa taulukossa terveydenhuollon tilanne ja oikeassa taulukossa sosiaalipalveluiden tilanne

5 SAIRASTAVUUS KESKI-POHJANMAALLA

Useimmat pitkäaikaissairaudet ovat yleisempiä matalassa sosioekonomisessa asemassa olevilla. Verenkiertoelinten ja hengityselinten sairaudet, tuki- ja liikuntaelinsairaudet, vakavat mielenterveyden häiriöt, liikkumisongelmat, työ- tai toimintakykyä haittaavat sairaudet sekä työkyvyttömyyseläkkeet ovat yleisempiä matalassa sosioekonomisessa asemassa olevilla. (THL 2022) Työkäisillä pitkäaikaissairaus voi vaikuttaa työkykyyn ja ansiotuloihin sekä mahdollisuuksiin tehdä oman koulutuksen ja osaamisen mukaista työtä.

Terveyskeskuksissa tehtiin koronan takia vuositason noin 20 prosenttia vähemmän pitkäaikaissairauksien ensidiagnoseja kuin ennen koronaa. Koronapandemia vähensi vuonna 2020 reippaasti mm. parodontiitin, verenpainetaudin, astman ja tyypin 2 diabeteksen diagnoseja. (THL Avohilmo-rekisteri) Kun hoitoon ei pääse nopeasti perusterveydenhuollossa, kansantaudit pahenevat ja tilanne saattaa johtaa erikoissairaanhoidon lisääntyneeseen kysyntään.

Keski-Pohjanmaan sairastavuusindeksi on 110,1. Sairastavuusindeksi kuvaa suomalaisten kuntien ja alueiden väestön sairastavuutta suhteessa koko maan tasoon. Alueen korkeimmat sairastavuusindeksit löytyvät Lestijärveltä (137,6) ja Perhosta (127,8). (Kuva 22)



Kuva 22: Keski-Pohjanmaan sairastavuusindeksit kunnittain, Sotekuva 2020

Indeksit keskeisissä kansansairauksissa ovat Keski-Pohjanmaalla hieman suuremmat kuin koko maassa keskimäärin. Erityisen koholla ovat sepelvaltimotauti-indeksi (126,6) sekä

tapaturmaindeksi (122,7). Huolestuttavaa tulevaa palvelutarvetta ajatellen on, että noin 60 % aikuisista Keski-Pohjanmaalla asuvista liikkuu terveystieteiden suositusten mukaan liian vähän. Kasviksia ja hedelmiä syö ravitsemussuositusten mukaan ainoastaan 29 %. Noin neljäsosa (24 %) työikäisistä uskoo, ettei jaksakaan työskennellä eläkeikään. 17,4 % keski-pohjalaisista aikuisista tupakoi päivittäin. (Sotekuva 2020)

5.1 Mielen terveys- ja päihdeongelmat

Vaikka suomalaisten fyysinen terveys on parantunut viime vuosikymmenten aikana, samaa kehitystä ei ole saatu aikaan mielen terveydessä. Noin puolet suomalaisista kokee elämänsä aikana jonkin mielen terveyden häiriön. Suomalaisten työkyvyttömyyseläkkeistä 53,2 % ovat mielen terveysperusteisia. (mieli.fi)

Mielen terveyden riskitekijöitä ovat geneettiset tekijät, kiintymyssuhteen ongelmat, perheväkivalta, kiusaaminen ja köyhyys, mutta mikään yksittäinen tekijä ei automaattisesti johda pahoinvointiin. Covid-19 -pandemia vaikutti mielen terveysongelmien lisääntymiseen etenkin ihmisillä, joilla oli jo valmiiksi ongelmia mielen terveydessään. Monet maat ovat raportoineet lisääntyneistä mielialaoireista, ahdistuneisuudesta, uniongelmistä ja päihdeongelmista. Suomessa pandemia on vaikuttanut etenkin nuorten uupumuksen lisääntymiseen ja opiskeluinnon vähentymiseen.

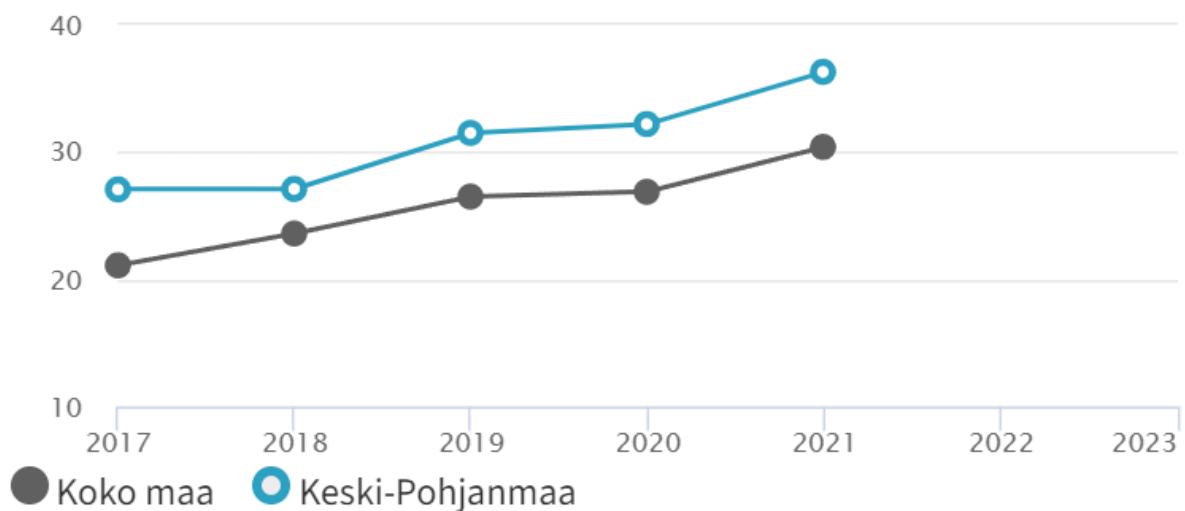
Mielen terveyden häiriöiden ja päihdehäiriöiden samanaikaisuus on yleistä. Mielen terveyden häiriön omaavat kohtaavat herkästi syrjintää, kielteistä leimaamista ja ennakkoluuloja. Palveluihin hakeutuminen saattaa viivästyä, koska leimaantumista pelätään. Tuen ja palvelujen puuttuessa paljon palveluja tarvitsevat mielen terveyden häiriöistä kärsivät käyttävät runsaasti kalliita ensihoito- ja päivystyspalveluja, jotka kirjautuvat erikoissairaanhoidon kuluiksi. (Kivipelto ym. 2020)

Lähes 80 prosentilla vangeista on jokin mielen terveyden häiriö, yleisimmin päihderiippuvuus tai persoonallisuushäiriö. Koulusta ja työelämästä syrjäytyneistä nuorista noin 60 %:lla on käytössään jokin psykiatrilääke. Juuri maahan tulleista aikuisista turvapaikanhakijoista lähes 40 %:lla esiintyy merkittäviä masennus- ja ahdistuneisuusoireita. Heikommassa asemassa olevat suomalaiset kuolevat alkoholin ja tupakan aiheuttamiin sairauksiin huomattavasti useammin kuin hyväosaiset. (OECD 2021) Huumeekäyttö on vahvasti yhteydessä sosiaaliseen huonosuuteen. (Rönkä & Markkula 2020)

Keskipojanmaan mielen terveysindeksi on 111,6. Mielen terveysindikaattori kuvaa kolmen ulottuvuuden avulla mielen terveyden ongelmia suhteutettuna vastaavan ikäiseen väestöön.

Hyvinvointialuevertailussa Keski-Pohjanmaa sijoittuu keskivaiheille. Pohjois-Savossa oli vuonna 2019 huonoin tilanne 144,7 ja paras Itä-Uudellamaalla 73,2. Keski-Pohjanmaan hyvinvointialue käytti rahaa mielenterveys- ja päihdehuoltoon vuonna 2021 neljänneksi eniten kaikista hyvinvointialueista. Mielenterveysperusteisesti sairauspäivärahaa saaneiden tilastoissa Keski-Pohjanmaa sijoittuu korkealle ja sairauspäivärahaa saaneiden määrä on kasvanut tasaisesti vuodesta 2018, mikä ilmenee kuvasta 23. (Sotekuva 2021)

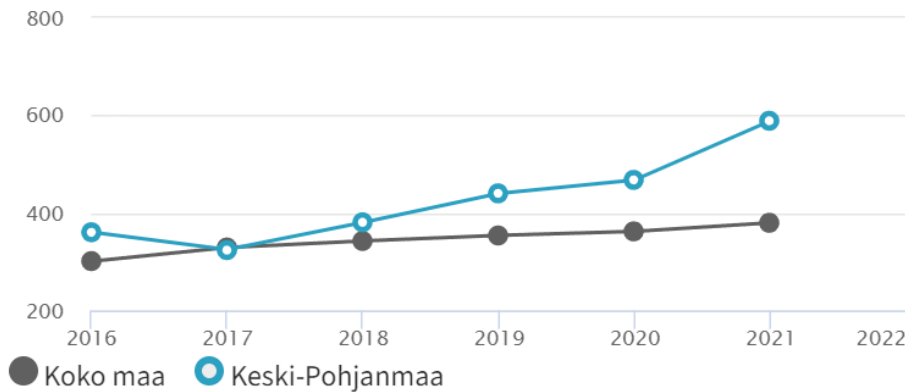
Vuosien vertailu



Kuva 23: Mielenterveysperusteisesti sairauspäivärahaa saaneet 25 – 64-vuotiaat / 1000 vastaavan ikäistä, Sotekuva 2021

Erikoissairaanhoidon avohoitokäynnit lastenpsykiatriassa ovat kaksinkertaistuneet Keski-Pohjanmaalla vuodesta 2016 vuoteen 2021. (Kuva 24)

Vuosien vertailu



Kuva 24: Erikoissairaanhoidon avohoitokäynnit, lastenpsykiatria / 1000 0-12 -vuotiasta, Sotekuva 2019

5.2 Lasten ja nuorten haasteet

”Lapset voi olla lapsia. Ei tarvi murehtia riittäkö sähkö ja lämpö.”
(Työntekijän haastattelu 10/2022)

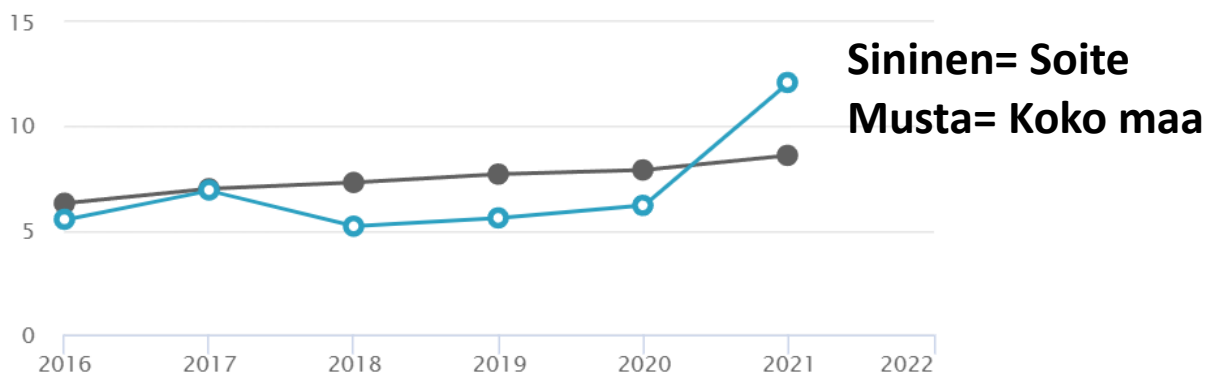
Lasten asema voi olla monista syistä haavoittuva. Haavoittuvuus voi liittyä pitkäkestoiseen rakenteelliseen syrjintään esimerkiksi vamman, sairauden tai ihonvärin johdosta. Haavoittuvuus voi olla myös tilannekohtaista, jos lapsella on esimerkiksi lastensuojelun asiakkuus tai hän on rikoksen uhrina, rikoksesta epäiltynä tai syytettynä. (Lapsistrategia 2021) Lastensuojeluun ja lasten- ja nuorisopsykiatriseen erikoissairaanhoidon ohjautuu erityisessä elämäntilanteessa olevia lapsia ja nuoria, jotka tarvitsevat vaativaa hoitoa, kasvatusta ja huolenpitoa, johon peruspalveluissa ei pystytä riittävästi vastaamaan. Lapsen ja perheen tilanne on voinut olla ennen huostaanottoa pitkään hyvin kaottinen ja lapsen tai nuoren oirehdinta alkanut jo kroonistua.

Suomalaisnuorten ongelmakäyttäytyminen on yleisesti vähentynyt. Yhä useampi nuori voi hyvin, mutta samanlaista myönteistä kehitystä ei ole havaittu sosioekonomisesti huono-osaisimmilla nuorilla. Matalasti koulutettujen vanhempien lapset tupakoivat ja käyttävät alkoholia ja kannabista enemmän kuin korkeasti koulutettujen vanhempien lapset. Myös vanhempien työttömyydellä on yhteys nuorten päihteiden käyttöön. Päihteiden lisäksi nuorisoriikollisuus ja koulukiusaaminen ovat yleisempiä sosioekonomisesti huono-osaisilla nuorilla. Mitä enemmän sosioekonomista huono-osaisuutta perheeseen kertyy, sitä

yleisempää on myös ongelmat nuoren käytöksessä. Ongelmat jatkuvat usein ylisukupolisesti. (Knaappila 2021)

Lastensuojeluilmoitusten määrät ovat Soiten alueella kasvaneet vuodesta 2018. Erityisen voimakasta kasvu on ollut vuodesta 2020 alkaen, mikä ilmenee kuvassa 25.

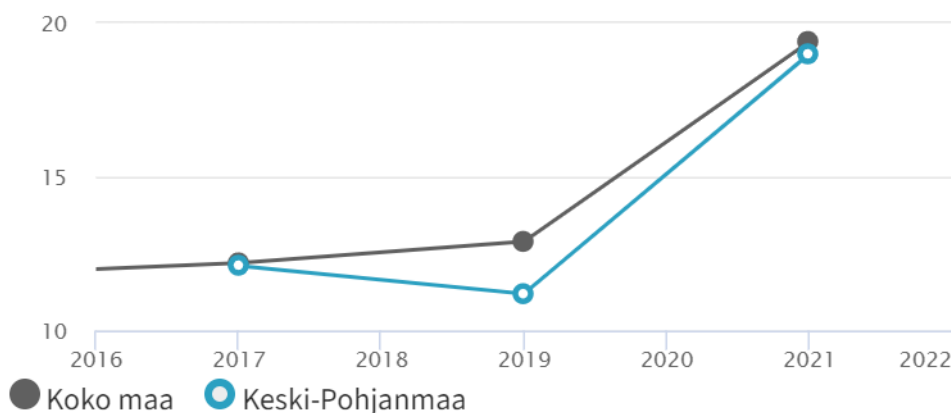
Vuosien vertailu



Kuva 25: Lastensuojeluilmoitusten määrien kehitys Soiten alueella 2016-2021, Sotokuva

Kouluterveyskyselyssä 2021 huomattiin, kuinka kohtalainen tai vaikea ahdistus oli lisääntynyt 8. ja 9. luokan oppilailla valtakunnallisesti reilusti vuoden 2019 lukemista. Keski-Pohjanmaan hyvinvointialueen tilanne on samansuuntainen. (Kuva 26)

Vuosien vertailu



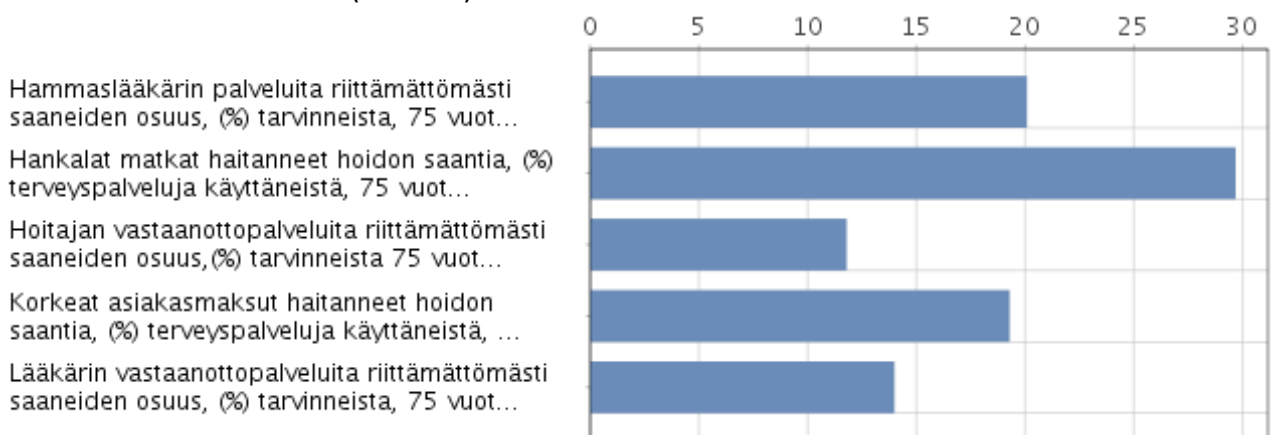
Kuva 26: Kohtalainen tai vaikea ahdistus, % 8. ja 9. lk oppilaista, Sotokuva

5.3 Ikääntyvien haasteet

”Erityisen haavoittuvia ovat yksinasuvat ikääntyneet” (Työntekijähaastattelu)

Valtaosa ikääntyneistä voi hyvin. Keski-Pohjanmaalla elämänlaatunsa hyväksi tuntevien osuus 65-vuotta täyttäneistä oli vuoden 2020 kyselyssä 58,3 %, mikä oli koko maan suurimpia EuroHIS-8 - kyselyssä. Itsestä huolehtimisessa suuria vaikeuksia kokee kuitenkin 11,8 % 75 vuotta täyttäneistä. Muistinsa huonoksi kokevia on 6 % yli 75-vuotiaista Keski-Pohjanmaalla. Rahan puutteen vuoksi, ruoasta, lääkkeistä tai lääkärikäynneistä oli joutunut vuonna 2020 tinkimään 6,9 % 65- vuotta täyttäneistä. 17,3 prosentilla 65-vuotiaista oli suuria vaikeuksia kävellä 500 metriä. Alkoholia käytti liikaa 29,9 % 65-vuotta täyttäneistä. Yksinäisyyttä koki 75-vuotta täyttäneistä 14,2 %. (Sotekuva)

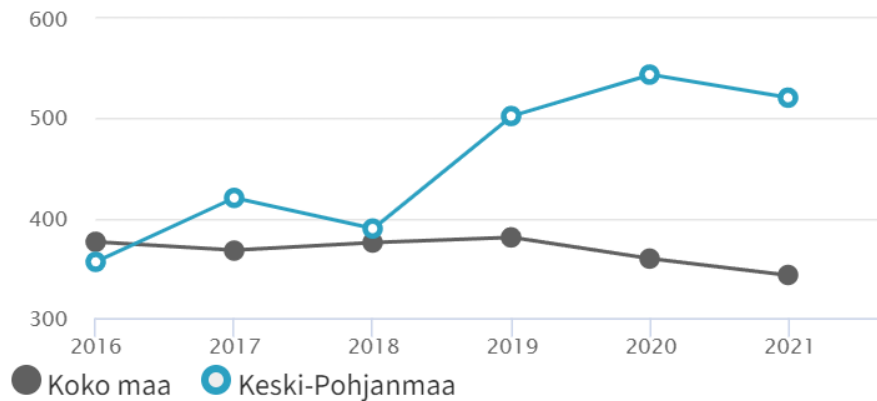
Heikoimmassa asemassa olevia ikääntyviä ovat muun muassa heikossa sosioekonomisessa asemassa olevat, yksinäisyydestä kärsivät ja toiminta- ja liikkumiskyvyn rajoitteita omaavat iäkkäät, jotka saavat riittämättömästi palveluita eivätkä pysty digitaaliseen asiointiin. Keskipohjanmaalla hankalat matkat ovat haitanneet melkein kolmasosan yli 75-vuotiaan hoidon saantia terveyspalvelujen käyttäjistä. 20 % tästä ikäryhmästä koki saavansa hammaslääkärin palveluita riittämättömästi. Lähes viidesosa koki korkeiden asiakasmaksujen haittaavan hoidon saantia. (Kuva 27)



Kuva 27: Mitkä asiat vaikeuttaneet palveluiden saantia 75 vuotta täyttäneillä, Sotkanet 2021

Kaatumisiin ja putoamisiin liittyvät hoitajaksot 65-vuotta täyttäneillä 10 000 vastaavanikäistä kohti poikkeavat muuhun maahan verrattuna. Keski-Pohjanmaalla kaatuneita tai pudonneita ikääntyviä on paljon enemmän suhteessa muuhun maahan. (Kuva 28)

Vuosien vertailu



Kuva 28: Kaatumisiin ja putoamisiin liittyvät hoitajakset 65-v täyttäneillä / 10 000 vastaavanikäistä, Sotokuva 2021

Keski-Pohjanmaalla monilääkittyjen 75-vuotta täyttäneiden osuus (%) on suurin kaikista hyvinvointialueista. (Kuva 29)

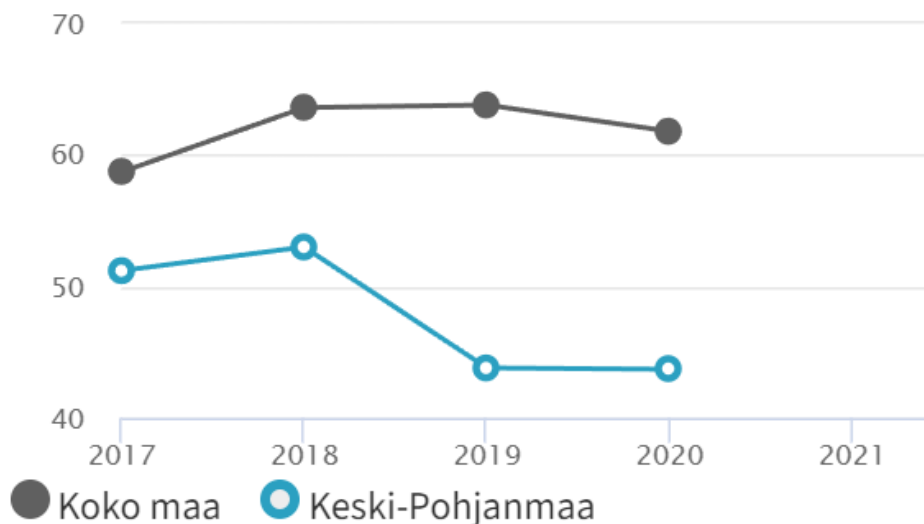


Kuva 29: Monilääkittyjen 75-vuotta täyttäneiden osuus (%)

5.4 Suun terveydenhuollon haasteet

Suun terveydenhuollon asiakkaiden suun terveys on heikentynyt. Vielä vuonna 2017 yli puolella asiakkaista ei ollut karies- eikä ienhoidon tarvetta. Vuonna 2020 tervehampaisten osuus on tipahtanut reiluun 40 prosenttiin, mikä ilmenee kuvasta 30. Keski-Pohjanmaan hyvinvointialueen suun terveys on toiseksi heikoin verrattuna muihin hyvinvointialueisiin. 21,6 % väestöstä koki saaneensa hammaslääkärin palveluita riittämättömästi vuonna 2020. (Sotekuva)

Vuosien vertailu



Kuva 30: Suun terveydenhuollon asiakkaat, joilla ei karies- eikä ienhoidon tarvetta, %, Sotekuva 2020

8. ja 9. luokan oppilaista ainoastaan 42,8 % harjasi hampaat kahdesti päivässä. 4.1 prosentilla 12-vuotiaista oli runsaasti kariesta verrattuna saman ikäisiin suun terveydenhuollon tarkastuksissa käyneisiin. Tervehampaisia 12-vuotiaita oli vuonna 2021 54,3 % vastaavan ikäisistä suun terveydenhuollon tarkastuksessa käyneistä, kun esimerkiksi Itä-Uudellamaalla tervehampaisten osuus oli tästä ikäryhmästä 80,8 %.

5.5 Hoito- kuntoutus- ja palveluvelka

”Lastensuojeluilmoitusten määrät väheni korona-aikana, mutta alkoivat nousta pikku hiljaa. Tuli ilmi patoutuneita tilanteita, jotka vaativat lastensuojeluilmoituksia. Kertoo hädästä, mikä toimijoilla on.” (Työntekijähaastattelu 10/2022)

Korona-aika synnytti hoito-, kuntoutus- ja palveluvelkaa, kun henkilöstöä irrotettiin peruspalveluista koronatilanteen hoitoon ja asukkaat eivät hakeutuneet hoitoon samalla tavalla kuin ennen. Akuutein hoito pystyttiin tarjoamaan, mutta piilevää hoidon tarvetta jäi, jota hoidetaan nyt. Väestörakenteen muutos näkyy, kun entistä suurempi osa ikääntyneistä tarvitsee hoitoa ja palvelua. Henkilöstön saatavuusongelma on vaikeuttanut tilannetta entisestään. Tämä kaikki näkyy mm. terveysasemien ruuhkautuneilla vastaanotoilla, suun terveydenhuollon jonoina, perhepalveluiden ja lastensuojelun lisääntyneessä kysynnässä, mielenterveys- ja päihdepalvelujen lisääntyneessä kysynnässä, sekä päivystyksessä, jonne hakeutuu ihmisiä, joiden tarpeisiin ei ole pystytty tarpeeksi vastaamaan perusterveydenhuollossa. Korona vaikutti merkittävästi myös Soiten asumispalvelujen arkeen, kun vierailuaikoja on jouduttu rajoittamaan ja sairastuneita tai altistuneita asukkaita eristämään.

Lastensuojeluilmoitusten määrät ovat lisääntyneet paljon. Myös perhesosiaalityössä asiakkuudet ovat lisääntyneet. Korona on aiheuttanut sen, että työn kuorma on lisääntynyt. Kun kohtaamispaikat suljettiin koronasulkujen aikana, perheet jäivät ”omilleen”. Toisaalta esimerkiksi perhepalveluissa pyrittiin jatkamaan kaikkea uudella työotteella. Työntekijät lähtivät toimimaan eri tavalla ja kotikäyntien ja toimistokohtaamisten sijaan menttiin asiakastapaamisiin vaikkapa laavulle.

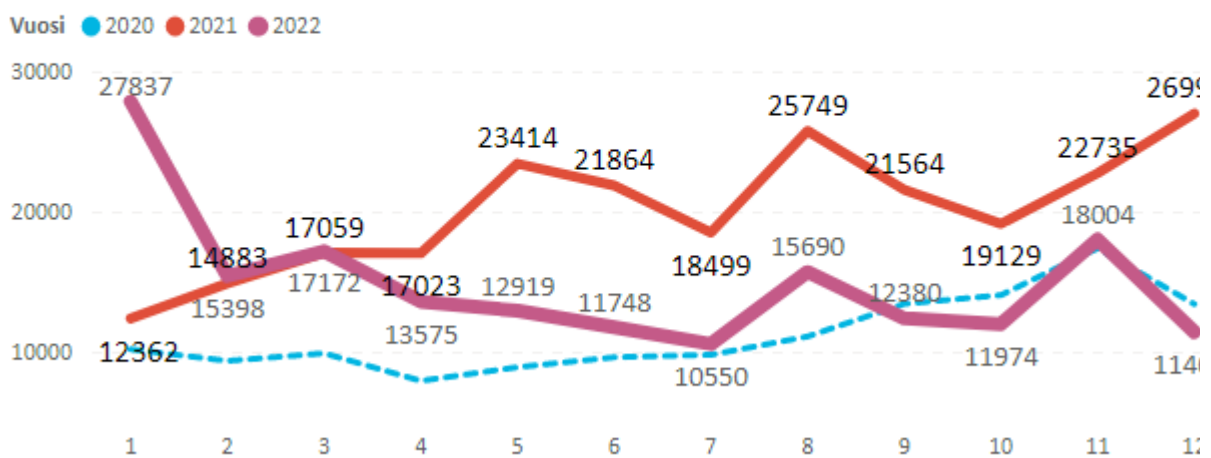
Korona on näkynyt ennaltaehkäisevää työtä tekevien järjestöjen toiminnassa. Nyt kun paikkoja on avattu ja tilaisuuksia alettu järjestämään, on huomattu, että ihmisiä ei osallistu niihin niin paljon kuin aiemmin. Osa entisistä aktiiveista onkin todennut, että ”ei lähdetä mihinkään, jos ei ole ihan pakko.” Myös vapaaehtoistoimintaa on jouduttu käynnistämään alusta, koska vapaaehtoiset ovat kadonneet pitkän korona-ajan aikana.

Haastatteluissa tuli ilmi, että korona on entisestään pahentanut yksinäisten ihmisten elämää ja aloitekykyä. *”Kynnys suurempi lähteä minnekään, jos taustalla haasteita jo valmiiksi.”* Liikkumiskyky on heikentynyt etenkin asiakasryhmillä, joiden toimintakyky on ollut heikko jo ennestään. Myös sosiaaliohjauksen tarve on kasvanut.

Etä- ja digipalveluiden käyttö lisääntyi korona-aikana, kun fyysisiä kontakteja pyrittiin välttämään. Esimerkiksi rokotusaikoja pystyi varaamaan kätevämmiin ja jonottamatta

verkossa. Myös kotihoidossa etähoiva on otettu hyvin vastaan. Digipalvelut eivät kuitenkaan sovi kaikille ja etenkin haavoittuvassa väestössä on niitä, jotka eivät pysty asioimaan verkossa.

PTH kontaktissa olleiden henkilöiden lukumäärä



Kuva 31: Perusterveydenhuollon kontaktissa olleiden henkilöiden lukumäärä 2020-2022, Pulssi

Perusterveydenhuollon ja suun terveydenhuollon kontaktissa olleiden henkilöiden lukumäärä on kasvanut vuodesta 2020. (Kuva 31) Myös muiden palveluiden suoritemäärissä on kasvua, mikä ilmenee taulukosta 4.

TOIMIALUEET	2020	2021	2022
Perusterveydenhuollon käynnit	97 031	141 570	117 443
Suun terveydenhuollon käynnit	65 415	77 083	73 706
Kotihoidon kotikäynnit	608 784	616 895	627 962
Lasten ja nuorten somatiikka, hoitopäivät	4169	4534	5446
Lasten ja nuorten mielenterveys, hoitopäivät	4125	4667	4377
Mielenterveys ja päihdepalvelut, hoitopäivät	26 386	18 332	18 228
Psykiatria, käynnit	42 562	44 842	46 819

Taulukko 4: Asiakasmäärien kehitys toimialoittain Soiten peruspalveluissa vuosina 2020-2022, Pulssi

Vuonna 2022 perusterveydenhuollon avosairaanhoidossa pystyttiin palvelemaan asiakkaita hoitotakuun mukaisesti 7 päivän kuluessa 37 prosenttisesti. Vastaanottojen tilanne vaihtelee alueellisesti paljonkin henkilöstötilanteesta johtuen, mikä ilmenee taulukosta 5.

1.1.2022-31.12.2022

Vastaanotto	keskiarvoviive,					päivää
	0-7 pv	8-21 pv	22-90 pv	91-180 pv	yli 180 pv	
Kannuksen vastaanotto	57 %	42 %	1 %	0 %	0	7
Koivuhaan vastaanotto	49 %	40 %	10 %	0 %	0	9
Kokkolan vastaanotto	31 %	62 %	7 %	0,04 %	0	11
Kälviän vastaanotto	21 %	68 %	9 %	0 %	0	12
Lestijärven vastaanotto	82 %	9 %	0 %	0 %	0	1
Lohtajan vastaanotto	25 %	63 %	10 %	0 %	0	12
Perhon vastaanotto	74 %	24 %	0 %	0 %	0	6
Toholammin vastaanotto	38 %	60 %	1 %	0 %	0	8
Tunkkarin vastaanotto	40 %	58 %	2 %	0 %	0	9
Ullavan vastaanotto	41 %	22 %	33 %	0 %	0	15
Kaikki yhteensä	39 %	55 %	6 %	0,02 %	0 %	10

Taulukko 5: Aika ajanvarauksesta käyntiin Keski-Pohjanmaan hyvinvointialueella toimivissa perusterveydenhuollon avosairaanhoidon yksiköissä. (soite.fi Hoidon saatavuus)

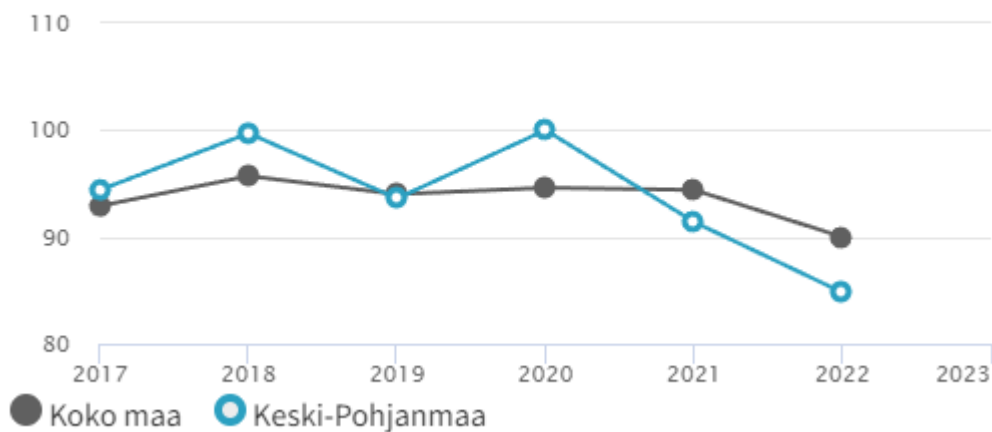
Ikääntyvien palvelutarpeen arviointia on toteutettu 1.7.-31.12.2022 lain määrittämässä odotusajassa. (alle 7 arkipäivää) Arviointi alkaa heti yhteydenotosta. Myös kotiin järjestettävät tukipalvelut saadaan järjestettyä alle tavoiteajassa 1-3 arkipäivässä. Kotihoidon odotusaika on pidentynyt ajoittain. Akuutti tarve on saatu kuitenkin toteutettua välittömästi, muutoin 3-14 vuorokaudessa. Omaishoitohakemukset otettiin käsittelyyn viipymättä ja palvelutarpeen arviointi aloitettiin 7 vuorokauden sisällä. Ympäri vuorokautisen hoidon järjestäminen toteutui 3 kk määräaikana kestäen keskimäärin 85 päivää. (Hoidon saatavuustilastot Soite)

78 % kehitysvammahuollon ja vammaispalvelujen palvelutarpeen selvittelyistä aloitettiin 1.10.-31.12.2022 seitsemän päivän kuluessa. Kiireellisen avun tarpeeksi arvioitu tarve arvioitiin välittömästi. Palveluja ja tukitoimia koskevat päätökset tehtiin ko. ajankohdalla 99 prosenttisesti lain vaatimassa kolmen kuukauden määräajassa. (Hoidon saatavuustilastot Soite)

Lastensuojelun lakisääteisten palvelutarpeen arviointien käsittelyajat ovat viivästyneet Keski-Pohjanmaalla hoitotakuun mukaisista ajoista. Vielä vuoden 2022 alkupuoliskolla 1.10.2021-31.3.2022 ainoastaan 61 %:a palvelutarpeen arvioinneista saatiin tehtyä hoitotakuun mukaisesti 3 kuukauden kuluessa, mikä oli huonoin tulos kaikista hyvinvointialueista. Loppuvuoden aikana tässä pystyttiin parantamaan niin, että 1.4.-30.9. välisenä aikana

lakisääteisen 3 kk:n kuluessa lastensuojelun palvelutarpeen arvioinneista valmistui 87,1 %.
(Kuva 32) (Sotekuva)

Vuosien vertailu



Kuva 32: 1.4.-30.9.2022 aikana lakisääteisen 3kk:n kuluessa valmistuneet lastensuojelun palvelutarpeen arvioinnit Soiten alueella, Sotekuva

Suun terveydenhuollon saatavuustilanne on ollut viime vuosina heikohko korona-ajan suluista sekä henkilöstöpulasta johtuen. Suun terveydenhuollon saatavuus on parantunut RRF -hankkeeseen liittyvän jononpurun ansiosta, mikä näyttäytyy odotusaikojen pienenemisenä. Taulukossa 6 näkyy tammikuun 2023 tilanne odotusaikojen suhteen. Odotusajat vaihtelevat paikkakunnittain reilusta kuukaudesta alle kolmeen kuukauteen.

Suun terveydenhuolto	Hammaslääkäri	Suuhygienisti
	Odotusaika päivinä	Odotusaika päivinä
Kokkolan terveystieteidenhammaslääkärin hammashoitola	63	100
Torkinmäen hammashoitola	70	56
Koivuhaan hammashoitola	84	77
Kälviän hammashoitola	29	78
Kannuksen hammashoitola	32	32
Toholammin hammashoitola	43	38
Lestijärven hammashoitola	35	37
Tunkkarin hammashoitola	43	91
Perhon hammashoitola	38	22

Taulukko 6: Suun terveydenhuollon hoidon saatavuuden odotusajat 1/2023 (soite.fi Hoidon saatavuus)

Mielenterveys- ja päihdepalvelujen saatavuutta on pystytty edistämään. Vuoden 2022 toteumatietojen perusteella sekä mielenterveys- että päihdepalvelujen saatavuus on parantunut, mikä ilmenee taulukosta 7. Työntekijöiden arvion mukaan hoitoon ja palveluun pääsystä on tullut kynnyksettömämpää.

Aikataulutetut tavoitteet ja tavoitteen toteutuminen	2022 toteuma	2023	2024	2025
Mielenterveyspalvelujen saatavuus hoitotakuun tyypillisesti	85 % tavoite / 92,4 % toteuma	90 %	95 %	100 %
Päihdepalvelujen saatavuus hoitotakuun tyypillisesti	85 % tavoite / 90 % toteuma	90 %	95 %	100 %

Taulukko 7: Mielenterveyspalvelujen ja päihdepalvelujen saatavuus (Lähteet: exreport, apt/pt-järjestelmät, esihenkilöiltä saatu tieto)

5.6 Järjestelmän haasteet

Soiten asiakkaat ovat pääosin tyytyväisiä palveluihin. Kuitenkin työpajoissa ja haastatteluissa henkilöstö sekä kokemusasiantuntijat toivat esiin paljon asioita, jotka voivat olla yhteydessä siihen, miksi heikossa ja haavoittuvassa asemassa olevat asiakkaat ja potilaat jäävät helposti ilman tarvitsemiaan palveluita. Tässä on koottuna keskeisimmät huomiot haastatteluista ja työpajoista.

1 Riittämättömästi resursoitu perusterveydenhuolto

”Jos peruspalvelut on olemattomat, ei ne pääse sinne ikinä. Pitäisi olla ranneke, jolla pääsee kaikkiin laitteisiin.”

Moni työntekijöiden havaitsema ongelma liittyi resurssipulaan. Henkilökuntaa on vähän, minkä johdosta hoitoon on vaikea päästä, eikä aikoja hoitoon ja tutkimuksiin saa nopeasti. Henkilöstöllä on kiire, eikä ehditä pysähtyä asiakkaan ongelmiin laajemmin. Muihin kuin oman toimialan palveluihin ei ehditä välttämättä perehtyä, joten niihin ei myöskään osata aina ohjata. Henkilöstön vaihtuvuus on isoa, eikä uusia henkilöjä aina ehditä perehdyttää monipuolisesti. Etsivää ja jalkautuvaa työtä ei myöskään pystytä tekemään tarpeeksi, jotta löydettäisiin palveluista syrjäytyneitä asiakasryhmiä. Myös virheiden ja unohdusten määrä ja huolimattomuus kasvaa, kun henkilöstöä ei ole tarpeeksi suhteessa asiakkaiden ja potilaiden määrään.

Joidenkin asiakasasioiden eteneminen on kiinni jonkun toisen palvelun saamisesta. Esimerkiksi osa etuuksista vaatii lääkärin lausuntoa ja prosessit pitkittyvät ja asiakas odottaa, kun lääkärille on hankalaa päästä. Kuntouttavasta työtoiminnasta ei päästä työelämään, koska työkokeilua ja erilaisia työllistymisvaihtoehtoja ei tueta riittävästi. Tarpeen vaatiessa ei päästä esimerkiksi psykiatriselle sairaanhoitajalle, vaikka olisi useita terveyshaasteita, johon asiakas tarvitsisi pikaisesti apua.

2 Organisaation lähtökohdista suunniteltu palvelu

”Asiakkaan tarve etusijalle, ei yksikön kriteerit”

”Kyllähän mä ahdistun päivittäin, että mikään ei toimi.”

Haastatteluissa ja työpajoissa tuotiin esiin huomioita, että asiakkaan tarpeita ei aina kuunnella ja että palvelu on suunniteltu organisaation lähtökohdista käsin. Suunnitelmat pitäisi tehdä yhdessä asiakkaan/potilaan kanssa, mutta aina tämä ei toteudu ja

turvautetaan ns. ”toisen käden” tietoon ammattilaisten kesken. Yksikön kriteerit on laitettu niin tiukiksi, että osa asiakkaista putoaa palveluista pois. Monet palvelut on hajautettu kauaksi asiakkaiden arjesta, jolloin kynnyksien avun hakemiseen kasvaa. Esimerkiksi oppilashuollon työntekijä kuvasi tilannetta näin. *”Oppilashuolto on räjäytetty ympäri kaupunkia. Jos nuori voisi vain kävellä sisään. Nyt mun luo pitää oikein lähteä.”*

3 Tiedonkulun ongelmat

”Ammattilaisetkaan eivät tunnista palvelujärjestelmää.”

Pirstaleinen iso sote-järjestelmä haastaa henkilöstön osaamista, eikä informaatio välttämättä kulje. Asiakas ei tiedä mitä työntekijä tekee ja työntekijä ei tiedä, mitä muut ammattilaiset tekevät. Oman toimintakentän lisäksi työntekijöiden pitäisi pystyä ohjaamaan asiakasta koko palvelujärjestelmässä. Epäselvät ohjautumisprosessit eri palveluihin vaikeuttavat ohjausta eikä kuvauksia löydetä Soiten intrasta. *”Emme ole tietoisia toistemme toiminnasta tarpeeksi.”* Tiedon puute ja siiloutuneet palvelut lisäävät myös päällekkäistä työtä. Tiedonkulku asiakkaan ja työntekijän välillä saattaa olla hankalaa. Asiakkaan kanssa ei päästä aina yhteisymmärrykseen siitä, mitä tehdään. Asiakkaalle ei ole välttämättä viestitytty tarpeeksi selvästi, miten asiat jatkossa etenevät, ja mikä on kenenkin osuus prosessin kulussa, mikä aiheuttaa häiriökysyntää, kun epätietoiset asiakkaat palaavat palveluihin yhä uudestaan.

4 Väärin kohdennetut resurssit

”Sosiaalihuoltolaki on ihan susi. Palvelutarpeenarviointi on ihan järkyttävä. Työntekijöillä menee dokumenttiin niin paljon aikaa. Fokus on väärässä paikassa.”

Kun henkilöstöresursseja on vähän, ne pitäisi suunnata erityisen huolellisesti. Näin ei kuitenkaan välttämättä ole. Lainsäädännöstä tulevat vaatimukset esimerkiksi laajasta palvelutarpeen arvioinnista kuormittavat henkilöstöä sekä asiakkaita, eikä resursseja tahdo riittää asiakkaan tarvitsemaan varsinaiseen palveluun. *”Erilaiset mittarit, liput ja laput kuormittavat henkilöstöä sekä asiakkaita eivätkä palvele haastavimmissa tilanteissa olevia”*, kuten eräs työntekijä kuvaa tilannetta. Hoitopääsy on hidasta ja raskasta, ja käynnistää taas uuden arviointiprosessin. Palveluita on hankala saada kotiin asti. *”Pitäisi saada konkreettista toivoa heti”*, yksi työpajaan osallistuja kuvaa nykytilannetta. Resurssit myös painottuvat ns. ”väärään päähän” eli raskaisiin palveluihin ja ongelmien ennalta ehkäisyä ei ehditä tekemään. Henkilöstön työskentelyote ei myöskään aina ole ratkaisu- ja voimavarakeskeinen. Kokemusasiantuntija työpajassa kuvaa henkilöstön ongelmakeskeistä työtettä. *”Pitäisi hakea ratkaisua, eikä vatvoa ongelmia.”*

5 Joustamaton palvelu ja käytännöt

”Rajanveto on liian tiukkaa mielenterveyskuntoutujien, iäkkäiden ja vammaispalvelun asiakkaiden kanssa. Mihin kukin asiakas kuuluu? Jos sä oot täyttänyt 65-v, sä et voi saada aikuissosiaalipuolen palveluita.”

Henkilökunta kuvaa palvelujärjestelmää kankeaksi ja lokeroiduksi. Sektoroitunut ajattelu johtaa asenteeseen ”ei kuulu meille”, ja asiakasta pomotellaan palvelujärjestelmässä eteenpäin. Tiukat palveluiden kriteerit antavat luvan antaa asiakas ”jonnekin muualle”. Eräs työntekijä kertoo kuinka lähettämisen kulttuurista pitäisi oppia pois. Esimerkiksi lastensuojeluilmoitus ei ole ”taikasauva”, joka hoitaa ongelmatilanteen pois. Yksikön sääntöjä ja ohjeistuksia tulkitaan välillä kirjaimellisesti, eikä minkäänlaista joustamista käytännöissä voida tehdä. Myös tietosuoja käytetään esteenä osallistua yhteisiin neuvotteluihin. Yksilöllinen tilanteen huomiointi ja ohjaus usein puuttuu.

Moni palvelu on sidottu tiukkoihin ikärajoihin. Esimerkiksi nuori joutuu lastensuojeluyksiköstä pois heti täytettyään 18 vuotta, vaikka sopimusta voitaisiin jatkaa tarpeen vaatiessa myös 18 vuoden jälkeenkin. Jos lastensuojelun jälkihuoltoasiakas tarvitsisi esimerkiksi päihdehoitoa, hän ei välttämättä sitä saa, koska *”sulla on jo sossu, jolla on se sata asiakasta.”* Soiten sisällä on erilaisia toimintakulttuureita, eikä esimerkiksi moniammatillista työparia kotiin jalkautuvaan työhön ole helppoa löytää. Alueen erillisiä tarpeita ei myöskään tunnisteta poliittisella tasolla, kun halutaan, että joka puolella pitää olla tarjolla tasapuoliset palvelut. Yksilöllisesti suunnatut palvelut sinne, missä suurin tarve on, ei välttämättä toteudu.

6 Henkilöstön kohtaamisosaamisen vaje

”Onko osaamisvajetta?”

Niin haastatteluissa kuin työpajoissakin nousi moneen otteeseen esille henkilöstön asenne. Kaikki työntekijät eivät jaksakaan eivätkä halua perehtyä asiakkaan tilanteeseen ja ohjataan ”hankalat” asiakkaat mielellään jonnekin muualle. Kokemusasiantuntijat nostivat esiin henkilöstön kohtaamistaidot. *”Osataanko asiakasta kuunnella? Tervehditäänkö? Miten kohdataan?”* Onko esimerkiksi kiireisessä vastaanottotyössä olevilla ymmärrystä sairaita ja vaikeassa tilanteessa olevia ihmisiä kohtaan? Pystytäänkö kaikki asiakkaat kohtaamaan empaattisesti ja ystävällisesti, vaan näkykö kiire myös välinpitämättömyytenä ja tylynä käytöksenä?

Kokemusasiantuntijoille pidetyssä työpajassa nousi esiin useita tarinoita siitä, kuinka sinnikäs asiakkaan pitää nykypäivänä olla saadakseen hoitoa. Eräs kokemusasiantuntija kuvasikin kokemustaan siitä, että pitää olla terve hakiessaan palveluja, koska muuten voimavaroja hoitoon pääsyyn ei ole. Huolta kannettiin myös ihmisistä, joiden on vaikea sanoittaa

tilannettaan ymmärrettävästi. Erään kokemusasiantuntijan iäkäs omainen ei ollut saanut tilanteeseensa apua selittäessään asiaa puhelimesta, mutta kun tytär soitti vastaanotolle samasta asiasta seuraavana päivänä, asia hoitui heti. Palvelujärjestelmässä ei ole myöskään ymmärrystä siihen, kuinka rahallisesti tiukilla asiakas tai potilas voi olla. Hoitoon pääsy tai palveluiden käynnistäminen voi kaatua siihen, että asiakkaalla ei ole pieniinkään asiakasmaksuihin tai Kela-taksien omavastuuosuuksiin varaa.

7 Yhdenvertaisuuden haasteet

”Kaikki palvelut eivät ole saatavilla kaikille asiakkaille, esim. jokilaaksoissa.”

Alueellinen eriarvoisuus nousi esille moneen otteeseen henkilöstön työpajoissa. Jotkut palvelut ovat saatavilla esimerkiksi vain Kokkolassa, jolloin muualla maakunnassa asuvat jäävät ilman näitä palveluja tai pitkät kulkumatkat koetaan hankalina. On myös asiakasryhmiä esimerkiksi kehitysvammahuollossa, jotka joudutaan sijoittamaan todella kauaksi, kuten Jyväskylään tai Ouluun saadakseen tarvitsemaansa asumispalvelua. Tämä vaikeuttaa omaisten yhteydenpitoa.

Syrjintää tai kokemusasiantuntijan kuvaamaa *”toisen luokan palvelua”* palveluissa voi tapahtua edelleen etnisten ryhmien tai vaikkapa seksuaalivähemmistöjen kohdalla. Myös asiakastietojärjestelmistä löytyvät vanhat tiedot esimerkiksi korvaushoidosta voivat vaikuttaa palvelujen saantiin tai henkilöstön asenteeseen. *”Jos asiakkaalla on vanha leima asiakastiedoissa, voi jäädä asiallinen hoito saamatta ja jää palveluiden ulkopuolelle.”*

Huolta kannettiin myös asiakkaista, joilla on heikot digitaaliset valmiudet. Pohdittiin jäävätkö he kokonaan palveluiden ulkopuolelle, kun kaikkia palveluita digitalisoidaan. Yksi kokemusasiantuntija kertoi tilanteesta, jossa digitaidonta omaista oli palvelujärjestelmässä kehoitettu kysymään naapurilta, miten Kelan lomaketta täytetään. Tällaiset *”mene nettiin tai kysy naapurilta”* -kommentit ärsyttävät. Arkaluonteisia viranomaisasioita ei välttämättä haluta jakaa naapurien kanssa. *”Viheliäisintä on, kun sanotaan mene www...kun olet ulkona kuin lumiukko,”* kokemusasiantuntija kuvailee. Työntekijät muistuttivat, että on myös asiakkaita, jotka eivät verkkotunnuksia saa. Toisaalta huolta kannettiin myös siitä, että digi- ja etäpalveluita ei hyödynnetä tarpeeksi. Huonojen ja pitkien kulkuyhteyksien päästä olisi huomattavasti yhdenvertaisempaa saada palveluita etänä kotiin, jos asiakkaan tilanne sen mahdollistaa. Edelleen Soiten palveluissa useimmiten asiakkaat kiinnitetään ensimmäisenä *”liki-palveluihin”* tiedustelematta olisiko etäpalvelut asiakkaalle joustavampi mahdollisuus saada palveluja.

”Fyysinen palvelu edellä mennään täällä. Henkilöstöllä asenneongelmaa digiin. Johto on sitoutuneet, että digiin panostetaan, mutta se rupee linkuttamaan palvelutilanteessa. Esimiestaso ei ole aidosti ottanut tätä digiä asiakseen.”

8 Sopivia vaikuttavia palveluja ei ole

”Palvelut eivät kohtaa tarvetta -> Asiakas ei sitoudu -> Turhautuminen molemmin puolin”

Henkilöstö toi esille paljon myös sitä, että kaikille sopivia palveluja ei ole, jolloin asiakkaille pyritään kuitenkin tarjoamaan ”jotain”. Esimerkkinä tarvittavista palveluista mainittiin muun muassa kotiin jalkautuvat palvelut. Jos asiakassuunnitelmaa ei ole tehty, eikä palveluiden vaikuttavuutta seuraa kukaan, palvelut voivat jäädä ”päälle”, eikä kenelläkään ole vastuuta palvelukokonaisuudesta. Ikäihmisten kohdalta nousi esiin muun muassa huonokuntoisten ikäihmisten pärjääminen pitkiä aikoja päivystyksessä. Jos muita keinoja huonokuntoisten ikäihmisten avuntarpeeseen ei ole, lähetetään hänet taksilla päivystykseen.

9 Asiakas ei halua

”Nuoret myös itse syrjäyttävät itsensä palveluista. On viranomaisvastaisuutta, ei halua sossu-tädille”.

On hyvä muistaa, että aina palveluista syrjäytyminen ei ole pelkästään järjestelmän vika. Esimerkiksi lasten ja perheiden palveluissa ja oppilashuollossa näkyy paljon vanhempien ongelmat. Vanhemmat eivät huolehdi lasten päivärytmistä, kouluun menosta, ruokailuista ja unesta, eikä lapsi tai nuori kykene osallistumaan täysipainoisesti kouluun, josta seuraa taas lisää ongelmia.

Aikoja jää käyttämättä, kun asiakkaat eivät saavu sovitusti. Monet haavoittuvat asiakkaat haluavat myös sinnitellä yksin, eivätkä ota vastaan tarjottuja palveluita. Vaikka asiakkaalle olisi myönnetty kuntouttavan työtoiminnan paikka, hän ei kykene sinne menemään. Osa asiakkaista kokee ehkä leimautumisen pelkoa tai heillä on aiempia huonoja kokemuksia järjestelmästä, eivätkä he siksi tartu tarjottaviin palveluihin.

7 SUUNNITELMA

Soitessa valittiin jo hanketta suunniteltaessa heikossa ja haavoittuvassa asemassa olevat asiakas- ja potilasryhmät, joiden hoito- ja palvelukokonaisuuksiin alueella on suurin kehittämistarve ja valmius. Näitä ovat mielenterveys- ja päihdepalvelujen asiakkaat, lastensuojelun asiakkaat, monipalveluasiakkaat sekä ikääntyneet, joilla on heikko suun terveyden taso. Tarkemmat kohderyhmät ja päätavoitteet on listattu taulukkoon 7.

KOHDERYHMÄT	PÄÄTAVOITTEET
<ol style="list-style-type: none"> Mielenterveys- ja päihdepalvelujen asiakkaat, joilla on psyykkistä kuormittuneisuutta, riippuvuuksia ja saman aikaisesti useita muita haasteita Perhekeskuspalveluista lastensuojelun asiakkaat (lapsia, nuoria ja aikuisia, joilla psyykkistä kuormittuneisuutta ja elämänhallinnan haasteita) Monipalveluasiakkaat, joilla on samanaikaisesti monia eri palveluja/tai hoitotarpeita Ikääntyneet, joilla heikko suun terveyden taso 	<ol style="list-style-type: none"> Hoitoon ja palveluun pääsy paranee ja kertynyt hoito-, kuntoutus- ja palveluvelka pienenee Palvelujen monialainen yhteistyö ja asiakaskeskeinen toimintatapa kehittyvät

Taulukko 7: Soiten valitsemit kohderyhmät ja päätavoitteet

RRF Keski-Pohjanmaa 2 – hankkeen toimenpiteet kohdistetaan pääosin edellä mainittuihin kohderyhmiin. Niiden lisäksi kehittämistyössä otetaan huomioon tässä selvitystyössä esiinnousseita epäkohtia, joihin suunniteltiin yleisiä, geneerisiä kehittämistoimenpiteitä ja joita esitellään seuraavassa kappaleessa.

Soiten heikossa ja haavoittuvassa asemassa olevia asiakas ja potilasryhmiä ovat:

1. Palvelujen piirissä olevat asiakkaat ja potilaat, joilla on useita haavoittuvuutta lisääviä tekijöitä elämässään ja jotka tarvitsevat paljon apua, hoitoa ja tukea.
2. Asiakkaat ja potilaat, jotka ovat syystä tai toisesta syrjäytyneet palvelujärjestelmästä, eivätkä osaa tai pysty hakeutumaan itsenäisesti tuen ja palveluiden piiriin.



Kuva 33: Sanapilvi eniten haavoittuvista asiakasryhmistä Keski-Pohjanmaalla, kooste työpajoista 11-12/2022

- *Hiljaiset, jotka eivät pidä itsestään meteliä. Ei ole taitoa ja kykyä pitää huolta omista oikeuksista. Ei ole ketään, kelle soittaa tai mennä mihinkään. Tällaisen nuoren aktivointi on äärimmäisen haastavaa.*
- *Sosiaalisesti kömpelöt ja tökeröt lapset. Tunne siitä, että olen erilainen ja että mua ei hyväksytä joukkoon. Tämä syrjäyttää.*
- *Jälkihuolto. Nuorilla täysin asiat heitteillä. Ei asuntoa. Päihteitä ja rikoksia.*
- *Päähdepuolen korvaushoidossa olevat. Siellä resurssipulaa, ylikuormittunut ala ja lääkäreistä pulaa. Kaikki saa yhtä vähän hoitoa.*

- *Koulua käymättömät lapset huolettaa. Lapset jää paljosta paitsi, kun eivät ole koulussa. Tällä hetkellä on paljon myös alakoululaisia, jotka eivät mene kouluun.*
- *Aggressiivisesti käyttäytyvät lapset ja nuoret koulussa. Monet ovat väärässä ympäristössä. On isot luokat ja nepsy-haasteita. Nämä lisääntyneet kovasti.*
- *Lastensuojeluasiakkaat, joilla verkostoa ei ole. Ovat yksin. Heidän jälkihuolto. Massiivista tukea tarvittaisiin.*
- *Heikossa ja haavoittuvassa asemassa olevia perheitä, joilla on nepsyä, jotain vammaisuutta. Miten saavat tukea arjen sujumiseen? Vanhemmat uuvuksissa, kun eivät saa palettia toiminaan. Siihen toivotaan yhteiskunnan apua.*
- *Huonokuntoiset kotona asuvat vanhukset syrjäkylillä.*

KEHITTÄMISTYÖN PAINOPISTEALUEET

Henkilöstön ja kokemusasiantuntijoiden työpajoissa tunnistettiin nykyisen palvelujärjestelmän haasteita ja ideoitin toimenpiteitä, joilla voisi vaikuttaa heikossa ja haavoittuvassa asemassa olevien asiakas- ja potilasryhmien hoidon ja palvelun paranemiseen. Seuraavissa taulukoissa on koottu ja jaoteltu työpajojen toimenpide-ehdotuksia viiteen eri tavoitekokonaisuuteen, joiden toteutusta lähdetään tarkentamaan ja aikatauluttamaan Soiten palvelualojen kanssa tuleville vuosille.

TAVOITE	TOIMENPITEET	MITTARIT
1. Tunnistetaan heikossa ja haavoittuvassa asemassa olevat asiakas- ja potilasryhmät sekä heidän palvelutarpeensa ja reagoidaan palvelutarpeeseen.	Lisätään matalan kynnyksen ajanvarauksetonta toimintaa sekä etsivää ja jalkautuvaa työtä.	Asiakasmäärät jalkautuvassa työssä, matalan kynnyksen toimintojen määrät
	Jaetaan tietoa palveluista monikanavaisesti erilaisissa tilaisuuksissa, verkkosivuilla, mediassa, some-kanavilla sekä myös paperisena.	Viestintätoimenpiteiden määrä ja monikanavaisuus
	Lisätään monialaista yhteistyötä asiakastasolla	Monialaisen yhteistyön määrä
	Parannetaan asiakasohjausta	Asiakkaan kokemukset pompottelusta + hoidon/palvelun sujuvuudesta
	Lisätään varhaista tukea ja ennaltaehkäisyä kaikilla toimialueilla	Varhaisen tuen ja ennaltaehkäisyn toimenpiteiden määrä, huono-osaisuuden mittarit
	Nimetään vastuutyöntekijä heikossa ja haavoittuvassa tilanteessa oleville asiakkaille koordinoimaan heidän palvelukokonaisuutta.	Vastuutyöntekijöiden määrä
	Lisätään työntekijöiden kohtaamis-/asiakaspalvelutaitoja	Koulutuksissa käyneiden määrä, NPS (suositteluindeksi)

Taulukko 8: Heikossa ja haavoittuvassa asemassa olevien asiakas- ja potilasryhmien ja heidän palvelutarpeensa parempi tunnistaminen

TAVOITE	TOIMENPITEET	MITTARIT
2. Varmistetaan palvelujen saatavuus heikossa ja haavoittuvassa asemassa oleville asiakasryhmille	Puretaan hoitonoja ja onnistutaan hoitotakuussa. (miepä-palvelut, lastensuojelu, monipalveluasiakkaat, suun terv.)	Hoitotakuu, palvelujen saatavuus ja jatkuvuus, palveluita riittämättömästi saaneet (%)
	Viedään palveluja joustavasti kotiin (etäyhteydet/jalkautuminen) ja/tai järjestetään kuljetuspalvelut/saattajat asiakkaille, jotka eivät itsenäisesti pääse liikkumaan palvelujen luo. Sovitetaan käyntejä samalle käyntikerralle.	Hankalat matkat haitanneet hoidon saantia -mittari
	Alennetaan tai poistetaan asiakasmaksut maksukyvyttömiltä asiakkailta, eikä anneta asiakasmaksujen päätyä ulosottoon.	Korkeat asiakasmaksut haitanneet hoidon saantia -mittari
	Ohjataan paljon monialaista tukea tarvitsevat asiakkaat monipalveluprosessiin.	Monipalveluprosessin asiakkaiden määrä, vaikutusten seurannan mittarit
	Lisätään ja kehitetään monialaista asiakasohjausta ja -neuvontaa.	Asiakasohjauksen tilastot, häiriökysynnän määrän väheneminen
	Hyödynnetään digipalveluita, monikanavaisuutta ja etäyhteyksiä kaikkien niihin pystyvien kohdalla. Varmistetaan heikot digitaidot omaaville yhdenvertaiset palvelut.	Digipalvelujen määrän ja käytön kasvu Digituen toimenpiteet

Taulukko 9. Palvelujen saatavuuden parantaminen

TAVOITE	TOIMENPITEET	MITTARIT
3. Kavennetaan hyvinvointi- ja terveyseroja	Tehdään tavoite- ja toimintasuunnitelma hyvinvointi- ja terveyserojen kaventamiseksi.	Tehty suunnitelma, jossa valitut terveyseroja osoittavat mittarit
	Selkeät linjaukset pääpainopisteistä, mihin panostetaan vuosina 2023-2025. Johdolta tuki työhön.	Yksiköt raportoivat toimenpiteiden toteutumista ja vaikutuksista.
	Tuodaan elintapojen merkitystä esiin ja hyvinvointia edistäviä keinoja ja tapoja asiakkaiden itsehoitoon (vastaanotot, koulut, pop up – tilaisuudet, videot, infot, aula tv:t, some-kanavat)	Toimenpiteiden ja kampanjoiden määrät ja asiakaskokemukset
	Kohdennetaan terveyden edistämisen työtä alueille ja asiakasryhmiin, joissa on suurin vaikutus.	Tupakointi, alkoholi, lihavuus, mielenterveys, sairastavuusindeksit

Taulukko 10: Hyvinvointi- ja terveyserojen kaventaminen

TAVOITE	TOIMENPITEET	MITTARIT
4. Tehdään positiivista erityiskohtelua	<p>Tehdään tietoon perustuvia päätöksiä. Tarjotaan kouluille tai asuinalueille, joissa paljon ongelmia, kohdennettua lisäresurssia</p> <p>Tehdään asiakassegmentointia ja tarjotaan yksilöllistä ja jalkautuvaa palvelua niille, jotka eivät ns. Soiten peruspalveluihin kykene.</p>	Tehtyjen toimenpiteiden vaikutukset tilastojen valossa.
	Tarjotaan digipisteitä ja ohjausta asiakkaille, jotka eivät itsenäiseen digiasiointiin kykene.	Digiavun tilastot.
	Lisätään työntekijöiden mahdollisuuksia poiketa tarvittaessa prosessista ja tehdä työtä asiakaslähtöisesti sekä joustavasti.	Asiakastyytyväisyys. Työtyytyväisyys.
	Tarjotaan tehostettua työtä perheille, joissa on vaikea tilanne ja suuri riski ylisukupolvisen huonosuuteen.	Tehostetun työn vaikutukset, lasten ja perheiden tilanteen paraneminen

Taulukko 11. Positiivinen erityiskohtelu

TAVOITE	TOIMENPITEET	MITTARIT
5. Lisätään yhdenvertaisuutta	Varmistetaan palveluiden yhdenvertainen saatavuus koko Keski-Pohjanmaan alueella.	Palvelukartta
	Varmistetaan, että jokainen palvelun hakeutuva potilas/asiakas saa yhdenmukaisen, kunnioittavan kohtelun. Häntä ei saa syrjiä välillisesti tai välittömästi, eikä häntä saa stigmatisoida.	Yhdenvertaisuuskysely
	Varmistetaan, että jokainen palveluun hakeutuva potilas/asiakas saa tarvitsemansa arvioinnin, hoidon, kuntoutuksen ja ohjauksen yhdenvertaisuuden periaatteella.	Yhdenvertaisuuskysely
	Hyödynnetään kokemusasiantuntijoita palvelujen kehittämisessä.	Kokemusasiantuntijoiden käytön tilastot
	Sitoudutaan yhdenvertaisuuteen ja lisätään suvaitsevaisuutta ja erilaisuuden hyväksymistä niin työyhteisöissä kuin myös palveluissa.	Yhdenvertaisuuskysely, työhyvinvointi

Taulukko 12: Yhdenvertaisuuden lisääminen

LÄHTEET

Berg, N. 2017. Accumulation of disadvantage from adolescence to midlife: A 26-year follow-up study of 16-year old adolescents. Väitöskirja. Helsingin yliopisto.

Berg, N., Huurre, T., Kiviruusu, O. & Aro, H. 2011. Nuoruusiän huono-osaisuus ja sen kasautumisen yhteys kuolleisuuteen. Seurantatutkimus 16-vuotiaista nuorista. Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti 48, 168-181.

DIAK 2022. Huono-osaisuuden karttasovellus. <https://diak.shinyapps.io/karttasovellus/>

Hyytiälä, H. 2021. Kuinka tehdä sote-palveluissa parempia asioita, ei vain vanhoja asioita paremmin? Sosiaali- ja terveysministeriö. <https://soteuudistus.fi/-/kuinka-opimme-tekemaan-sote-palveluissa-parempia-asioita-ei-vain-vanhoja-asioita-paremmiin->

Finlex. Suomen perustuslaki 731/1999 ja Terveystieteidenlaki 1326/2010

FinSote 2020. Aikuisväestön hyvinvointi, terveys ja palvelut.

Hyytiälä, H. 2021. Kuinka tehdä sote-palveluissa parempia asioita, ei vain vanhoja asioita paremmin? Sote-uudistus, Sosiaali- ja terveysministeriö.

Karvonen, S. & Kestilä, L. 2011. Nuorten aikuisten syrjäytymisvaaraan liittyvä huono-osaisuus. Teoksessa Vaarama, M. & Karvonen, S. & Kestilä, L. & Moisio, P. & Muuri, A. (toim.) Suomalaisten hyvinvointi 2014. THL.

Kivipelto ym. 2022. Työikäisten mielen hyvinvoinnin vahvistaminen politiikkatoimien keskiöön. Tutkimuksesta tiiviisti 33/2022. Terveystieteiden ja hyvinvoinnin laitos.

Knaappila, N., Kosola, S. & Kaltiala, R. 2021. Nuorten ongelmakäyttäytyminen vähenee, mutta ongelmat kasautuvat. Lääkärilehti 16/2021.

Koskela, T. 2017. Mikä auttaisi terveyspalveluiden suurkäyttäjää? Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim 2017;133(7):621-2

Lapsistrategia 2021. Sosiaali- ja terveysministeriö.

Mieli ry 2023. Tilastotietoa mielenterveydestä. <https://mieli.fi/yhteiskunta/mielenterveys-suomessa/tilastotietoa-mielenterveydesta/>

Majlander, S., Kuusio, H. ym. 2021. Terveiden seuranta ja terveyserojen kaventaminen Suomessa – havaintoja terveyseroista ja käytännön toimista. Tutkimuksesta tiiviisti 59/2021. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos.

Mustonen, R. 2021. Häiriökäyttäytyminen ja traumahistoria. Sote-akatemian blogikirjoitus.

Perhoniemi, R. & Blomgren, J. 2021. Avosairaanhoidon suurkäyttäjät sitovat kapasiteettia kaikilla palvelusektoreilla. Kelan tutkimusblogi.

Rönkä, S. & Markkula, J. (toim.) Huumetilanne Suomessa 2020. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos.

Saari, J. 2019. Hyvinvointivaltio eriarvoistuneessa yhteiskunnassa. Toimi-hankkeen selvityshenkilön raportti 30.1.2019.

Sitra 2021. Miten osaajat liikkuvat alueilla? Ammatillisen toisen asteen ja korkea-asteen koulutuksesta valmistuneiden sijoittuminen työmarkkinoille ja alueille. Sitran selvityksiä 192.

Soite. Monipalveluprosessin kysely 10/2022, Pulssi 2022, Asiakassegmentointityökalu 2022. Yhdenvertaisuussuunnitelma 2017.

Sotokuva.fi.

Sotkanet.fi

STM 2022. Suomen kestävä kasvun ohjelma. <https://stm.fi/kestavan-kasvun-ohjelma>

THL 2022. Hyvinvointi- ja terveyserot. <https://thl.fi/fi/web/hyvinvointi-ja-terveyserot/eriarvoisuus/palvelujarjestelma>

Tilastokeskus 1.4.2022. Toimeentulovaikeuksia kokeneiden kotitalouksien osuus palasi koronapandemiaa edeltävälle tasolle vuonna 2021. https://www.stat.fi/til/eot/2021/01/eot_2021_01_2022-04-01_tie_001_fi.html

Valtioneuvosto 2019. Pääministeri Sanna Marinin hallituksen ohjelma 2019. Osallistava ja osaava Suomi – sosiaalisesti, taloudellisesti ja ekologisesti kestävä yhteiskunta.

Vauhkonen, T. & Kallio, J. & Erola, J. 2017. Sosiaalisen huono-osaisuuden ylisukupolvisuus Suomessa. Yhteiskuntapolitiikka 82 (2017):5
Yhdenvertaisuusvaltuutettu. <https://syrjinta.fi/yhdenvertaisuuden-edistaminen>



Keski-Pohjanmaan
hyvinvointialue



Euroopan unionin
rahoittama
NextGenerationEU

VN/27154/2022

Zitting, J. 2021. Miten huono-osaisuutta määritellään tutkimuksissa?

<https://dialogi.diak.fi/2021/08/17/miten-huono-osaisuutta-maaritellaan-tutkimuksissa/>