

KEMI- TORNION AMMATTIKORKEAKOULU

”KEMIN SAIRASTAVUUS OTETAAN LUUPIN ALLE”

Kemi Terveeksi 2015 -hanke

Satu Peurasaari ja Taina Urpunen

Sosiaalialan koulutusohjelma

Kansalais- ja aluelähtöinen sosiaalialan käytäntöjen kehittäminen

Sosionomi ylempi AMK

KEMI-TORNIO 2011

Tekijät:

Satu Peurasaari ja Taina Urpunen

Opinnäytetyön nimi:

”Kemin sairastavuus otetaan luupin alle”

Sivuja (+liitteitä): 75 + (33)

Opinnäytetyön kuvaus:

Lähtökohtana kehittämistehtävällemme on tuottaa tietoa kemiläisten sairastavuudesta olemassa olevien asiakirjojen kautta kansalais- ja aluelähtöisestä näkökulmasta.

Teoreettinen ja käsitteellinen esittely:

Kehittämistehtävämme teoreettisessa osuudessa käsittelemme hyvinvointia kemiläisten näkökulmasta, sosiaali- ja terveydenhuollon lainsäädäntöä sekä kansallisia kehittämissankkeita ja tutkimuksia.

Metodologinen esittely:

Kehittämistehtävämme on luonteeltaan kvalitatiivinen eli laadullinen tutkimus. Kehittämistehtävän tutkimusaineisto kerättiin kevään 2010 aikana Kemin kaupungin sosiaali- ja terveystalvelukeskuksen kautta.

Keskeiset tutkimustulokset:

Tulosten mukaan kemiläisten hyvinvointiin on panostettu muun muassa erilaisten projektien ja hankkeiden keinoin. Vaikka osa hankkeista ja projekteista on kaatunut resurssi- tai rahoitusongelmiin, niin osalla on saatu aikaan myös merkittäviä tuloksia kemiläisten hyvinvoinnin lisäämiseksi.

Johtopäätökset:

Kemiläisten hyvinvointiin ja terveyden edistämiseen tulee jatkossakin kiinnittää huomiota. Kehittämishankkeemme päätelmiä ja tehdyn kuntakyselyn tuloksia voisi hyödyntää jatkotutkimushankkeissa.

Asiasanat: kemiläinen, sairastavuus, hyvinvointi, johtaminen

Authors:

Satu Peurasaari and Taina Urpunen

Title

” The prevalence of diseases of Kemi-dwellers will be taken under microscopic examination”

Pages (+appendices): 75+(33)

Thesis description:

The starting point of our development project is to bring forth information about the prevalence of diseases of Kemi –dwellers according to existing documents from the viewpoints of citizens and locality.

Theoretical summary:

The theoretical part of our development project discusses welfare from the viewpoint of Kemi-dwellers, the legislation of social and healthcare, as well as national development projects and researches.

Methodological summary:

Our development project is qualitative research in nature. The material was collected during the spring 2010 through Kemi social and health service center.

Main results:

According to our study, the welfare of Kemi -dwellers has been input with various projects and programmes. Even if some of the projects have floundered in resource or financial issues, some have brought about significant results in increasing the welfare of Kemi-dwellers.

Conclusion:

The welfare and health improvement of Kemi –dwellers must be paid attention to even in the future. The conclusions of our development project and the results of our inquiry to the dwellers could be utilized in further research projects.

Key words: Kemi -dweller, prevalence of diseases, welfare, leadership

SISÄLLYS

1. JOHDANTO	6
2. KEHITTÄMISHANKKEEN TAUSTA JA TARKOITUS	7
3. KEHITTÄMISHANKKEEN TOTEUTTAMINEN	9
3.1 Kehittämishankkeen tavoitteet	9
3.2 Aineistonkeruumenetelmä.....	10
3.3 Kehittämishankkeen metodologiset valinnat.....	10
4. KEMI ENNEN JA NYT	12
4.1 Kemin historiaa	12
4.2 Kemin kaupungin organisaatio ja kehittämishankkeen sijoittuminen.....	14
4.3 Kemin kaupungin sosiaali- ja terveystalveluiden organisaatiot	16
4.4 Sosiaali- ja terveystalan johtaminen ja johtamisen haasteet.....	19
5. KEMILÄISTEN HYVINVOINNIN PROBLEEMA	24
5.1 Kemiläisten sairastavuus	25
5.2 PYLL- tutkimus kemiläisten elinvuosista	28
6. KESKEISTÄ LAINSÄÄDÄNTÖÄ.....	30
7. KESKEISIÄ KANSALLISIA KEHITTÄMISHANKKEITA JA KEMILÄISTEN HYVINVOINTIA KOSKEVIA TUTKIMUKSIA	36
8. TERVEYS- JA MUUT HYVINVOINTIEROT JA NIIDEN SYVENTYMISEN KYSYMYS ...	67
9. KEHITTÄMISHANKKEEN ARVIOINTI	69
10. POHDINTA	70
LÄHTEET	73
LIITTEET	76

KUVA

Kuva 1.	Kemi- terveeksi 2015 verkostopalaveri Gopp- työpajamenetelmän avulla Kemi-Tornion ammattikorkeakoulun terveysalan koulutusyksikössä 27.1.2010	9
---------	---	---

KUVIOT

Kuvio 1.	Kemin kaupungin organisaatio	15
Kuvio 2.	Kemin kaupungin sosiaali- ja terveystalvvelukeskus 2009	17
Kuvio 3.	Sosiaali- ja terveystoimen nettokustannukset, euroa / asukas vuosina 2000–2009	22
Kuvio 4.	Sosiaalitoimen nettokustannukset, euroa/asukas vuosina 2000–2009	23
Kuvio 5.	Terveystoimen nettokustannukset, euroa/asukas vuosina 2000–2009	24
Kuvio 6.	Sairastavuusindeksi (ikävakioitu) vuosina 2000–2009	26

TAULUKOT

Taulukko 1.	Pähkinänkuoressa keskeisiä joko välillisesti tai välittömästi kemiläisten hyvinvointia rakenteistavia kontekstuaalisia edellytyksiä	8
Taulukko 2.	Kemin kaupungin strategia 2020	18
Taulukko 3.	Kemin kaupungin sosiaali- ja terveystoimen johtajat vuosina 2003-2009	22
Taulukko 4.	Keskeisiä kansalaisten hyvinvointia määrittäviä lakeja ja asetuksia	30
Taulukko 5.	Sosiaali- ja terveydenhuoltoa ohjaavat lakisäätöiset palvelut.	34
Taulukko 6.	Keskeisiä kansalaisten hyvinvointia määrittäviä kansallisia kehittämishankkeita suhteessa hankkeeseemme vuosina 2000- 2015	37
Taulukko 7.	Keskeisiä kemiläisten hyvinvointia koskevia tutkimuksia	40
Taulukko 8.	Keskeisiä kemiläisten hyvinvointia koskevia alueellisia sosiaali- ja terveydenhuollon strategioita	44
Taulukko 9.	Keskeisiä kemiläisten hyvinvointia koskevia paikallisia Kemin kaupungin strategioita	44
Taulukko 10.	Keskeisiä kemiläisten hyvinvointia koskevia Kemin kaupungin sosiaali- ja terveystalvveluiden strategioita	48
Taulukko 11.	Keskeisiä kemiläisten hyvinvointia koskevia Kemin kaupungin sosiaali- ja terveystalvvelautakunnan esityksiä kaupungin valtuustolle/hallitukselle	49
Taulukko 12.	Keskeisiä kemiläisten hyvinvointia koskevia Kemin kaupungin valtuuston päätöksiä sosiaali- ja terveystalvvelautakunnan esityksistä	52
Taulukko 13.	Kemin kaupungin toimintakertomukset vuosilta 2000-2009	54

1. JOHDANTO

”Kemi terveeksi 2015. Kemi saatava terveemmäksi. Kemin sairastavuudesta halutaan lopultakin selvyys. Alkoholit paljastuu suureksi syyksi Kemin sairastavuudelle. Lisää voimaa päihdetyöhön. Kemin alkoholikuolemien uutisointi puhutti valtuustoa. Kemi on ”uupa kaupunki” mutta ongelmiakin on paljon. Alkoholit ei ole pelkkien puliukkojen ongelma. Juomiseen puuttamalla ei kerätä irtopisteitä. Viinaa ei tarvitse juoda kun on järkevää tekemistä. Alkoholien haitoista viiden miljardin lasku. Sairastavuuden selvittämiseksi rahat hakusessa. Kemin sairastavuus otetaan luupin alle. Viina vie yhä ennenaikaisesti hautaan. Viina vie kemiläisiä. Jätjän elämäntavat koituvat yhä monen lappilaismiehen kohtaloksi.”

Yllä olevat otsikot on koottu sekä Pohjolan Sanomista että Kalevasta syksyn 2009 ja kevään 2010 välisenä aikana (Liite 1.). Kemiläisten sairastavuutta on noteerattu laaja-alaisesti ja kattavilla artikkeleilla. Oma intressimme kehittämishankkeen aiheelle tuli opettaja Leena Viinamäeltä. Hän on itse mukana suunnittelemassa laajempaa Kemi terveeksi 2015- hanketta ja hän ehdotti opiskelijoille, että he voisivat lähteä tutkimaan kemiläisten pahoinvointia tarkemmin. Kiinnostuimme aiheesta siitäkin syystä, että olemme tehneet aikaisemmat kehittämistyömme lähinnä sosiaalityön näkökulmasta ja nyt meillä on mahdollisuus yhdistää siihen myös terveydenhuollon näkökulmaa. Tutkimusmenetelmänä olemassa olevien asiakirjojen tutkiminen tuntui myös mielenkiintoiselta tavalta alkaa työstämään omaa kehittämishankettamme. Kehittämishankkeemme kautta pyrimme tuottamaan tietoa kemiläisten sairastavuudesta sekä löytämään keinoja sairastavuuden alentamiseen sekä hyvinvoinnin lisäämiseen. Kehittämishankkeemme pohjautuu siis olemassa olevan aineiston sekä tutkimusten analysointiin.

Koska kehittämishankkeemme tilaajana on kaupunginvaltuusto, toivotaan siitä olevan hyötyä paikallisesti Kemin kaupungille. Jos kaupungin sosiaali- ja terveystoimen johtavat viranhaltijat ottavat huomioon päätöksenteossa tutkimushankkeessamme esiin nousseet tutkimustulokset, kemiläisten hyvinvointi kasvaa. Myös sosiaali- ja terveydenhuollon seudullinen kehittäminen on lisääntynyt merkittävästi viimeisten vuosien aikana. Palvelujen saatavuuden ja laadun kehittäminen on ollut yksi keskeisistä tavoitteista. Koska tutkimushankkeemme tarve on noussut kuntasolalta ja kohdentuu kemiläisiin korostuu näin myös kansalais- ja aluelähtöinen näkökulma.

2. KEHITTÄMISHANKKEEN TAUSTA JA TARKOITUS

Sosiaalipolitiikan toimintaympäristö on muuttunut monin tavoin viime vuosina. Keskeisiä haasteita ja trendejä ovat ikärakenteen vanheneminen, muutokset työmarkkinoilla sekä perherakenteen pirstaloituminen. Euroopan taloudellinen ja poliittinen integraatio sekä globalisaatio ovat muuttaneet oleellisesti kansallista sosiaalipolitiikka koskevia säädöksiä ja päätöksentekoa. Reunaehtojen muuttuessa länsimaiset hyvinvointivaltioiden ovat siirtyneet sosiaalipolitiikan järjestelmien sopeuttamisen aikaan, mikä on merkinnyt markkinariippuvuuden lisäämistä, järjestelmien hienosäätöä ja kustannusten säästämistä. (Forma & Kuivalainen & Niemelä & Saarinen 2007, 4.)

Suomalaisen sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmän keskeisenä lähtökohtana on järjestelmän paikantuminen pohjoismaiseen hyvinvointivaltioon. Pohjoismaisista hyvinvointivaltioista puhutaan julkis palveluvaltioina. Pohjoismaisille hyvinvointivaltioille on tärkeää yhtäläiset oikeudet, samantasoiset etuudet ja palvelut. 2000 -luvulla on puhuttu oikeuksien ja vastuun uudelleen määrittelystä. On keskusteltu julkisesta ja yksityisestä hyvinvointivastuusta ja näiden suhteesta. Tässä yhteydessä on keskusteltu myös kansalaisten omasta vastuusta palvelujen tuottamisessa ja käyttämisessä. Tasa-arvoisuus, yhteisvastuullisuus ja sosiaalisten oikeuksien merkitys palvelujen toteuttamisessa ovat aiheuttaneet myös huolta. Erityisesti alueellisen erilaistumiskehityksen pelätään johtavan eriarvoisuuteen sosiaalisiin perusoikeuksiin kuuluvien palvelujen saatavuudessa. Haasteeksi koetaan kansalaisten oikeudet yhdenvertaisiin sosiaali- ja terveyspalveluihin koko maassa. Haasteeksi on noussut myös vastaaminen yksilöllistyviin palvelutarpeisiin ja palvelujen käyttäjien valinnanvapauden lisääntyminen. (Raunio 2008, 4.)

Kemin kaupunki on esittänyt tarpeen kaupunkilaisten tutkimukselle. Kemin kaupunki kaipaa tutkimustietoa siitä, miten sairastavuutta voidaan ennaltaehkäistä ja mistä kemiläisten korkea sairastavuus johtuu. Kehittämishankkeemme tehtävänä on selvittää, millaista hyvinvointipolitiikkaa on harjoitettu ja millaisia toimenpideohjelmiä Kemissä on aiemmin toteutettu.

Taulukossa 1. on esitetty tiivistettynä kehittämishankkeemme päädokumenttiaineistot. Kehittämishankkeemme teoreettisessa osiossa olemme kuvanneet sosiaali- ja terveydenhuollon lainsäädäntöä sekä läpikäyneet keskeisiä kansalaisten hyvinvointiin liittyviä lakeja ja asetuksia. Kemiläisten hyvinvointiin liittyviä tutkimuksia ja hyvinvointi- barometreja olemme tarkastelleet olemassa olevien tutkimusten näkökulmasta. Oleellinen osa kehittämishankettamme on kemiläisten hyvinvointiin liittyvät sosiaali- ja terveydenhuollon strategiat ja toimintakertomukset vuosina 2000-2009. Toimintakertomuksia ja strategioiden analyysyjä olemme peilanneet olemassa oleviin suosituksiin sekä hankkeisiin. Lisäksi olemme läpikäyneet hankkeemme näkökulmasta oleellisia Kemin kaupungin valtuuston päätöksiä suhteessa sosiaali- ja terveyslautakunnan esityksiin.

Taulukko 1. Pähkinänkuoressa keskeisiä joko välillisesti tai välittömästi kemiläisten hyvinvointia rakenteistavia kontekstuaalisia edellytyksiä

1. Keskeisiä kansalaisten hyvinvointia määrittäviä lakeja ja asetuksia
2. Keskeisiä kansalaisten hyvinvointia määrittäviä kansallisia kehittämishankkeita
3. Keskeisiä kemiläisten hyvinvointia koskevia tutkimuksia
4. Keskeisiä kemiläisten hyvinvointia koskevia alueellisia sosiaali- ja terveydenhuollon strategioita
5. Keskeisiä kemiläisten hyvinvointia koskevia paikallisia Kemin kaupungin strategioita
6. Keskeisiä kemiläisten hyvinvointia koskevia Kemin kaupungin sosiaali- ja terveystalouden hallinnon alan strategioita
7. Keskeisiä kemiläisten hyvinvointia koskevia Kemin kaupungin sosiaali- ja terveyslautakunnan esityksiä kaupungin valtuustolle/hallitukselle
8. Keskeisiä kemiläisten hyvinvointia koskevia Kemin kaupungin sosiaali- ja terveyslautakunnan esityksiä kaupungin valtuustolle/hallitukselle

Luvussa 3 läpikäymme kehittämishankkeen tavoitteet, aineistokeruumenetelmän ja metodologisen tutkimusmenetelmän suhteessa kemiläisten hyvinvointiin.

3. KEHITTÄMISHANKKEEN TOTEUTTAMINEN

3.1 Kehittämishankkeen tavoitteet

Lähtökohtana on selvittää relevanttien asiakirjojen pohjalta syitä kemiläisten korkeaan sairastavuuteen sekä löytää ennaltaehkäiseviä keinoja sairastavuuden alentamiseksi. Lisäksi tutkimme mitä päätöksiä ja suunnitelmia on jo tehty suhteessa kemiläisten sairastavuuteen.

Osallistuimme tammikuussa 2010 sosiaali- ja terveystoimen verkostopalaveriin, jossa mietittiin yhdessä työpajamenetelmän avulla (kuva 1.), mihin hyvinvoinnin seikkoihin tulisi puuttua, jotta Kemi saataisiin terveeksi vuoteen 2015 mennessä. Kuten kuvasta voi havaita, kehittämisehdotuksia löytyi suhteellisen paljon. Suurten kansansairauksien ennaltaehkäisy ja hoito, sairastavuuden syiden selvittäminen sekä ennakkoluulottomien ratkaisujen löytäminen ja terveystalvuselujärjestelmän uudelleen järjestäminen nousivat selkeästi kehittämistavoitteiksi yhteisen pohdinnan tuloksena.

Kuva 1. Kemi- terveeksi 2015 verkostopalaveri Gopp-työpajamenetelmän avulla Kemi- Tornion ammattikorkeakoulun terveystalvuselalan koulutusyksikössä 27.1.2010.



3.2. Aineistonkeruumenetelmä

Aloitus kehittämishankkeellemme tapahtui tarkalleen ottaen toukokuussa 2010, jolloin istuimme kahtena eri päivänä yhdessä Kemin kaupungin sosiaali- ja terveydenhuollon johtavien virkamiesten (Arto Alajärvi, Liisa Niiranen, Tiina Okkonen ja Jyri J. Taskila) kanssa yhteisessä palaverissa saadaksemme tietoa siitä, mihin hyvinvoinnin eri osa-alueisiin he haluavat meidän perehtyvän tarkemmin. Kehittämishankkeemme dokumenttiaineisto koostui asiakirjoista, joita analysoimme. Tarkastelimme kemiläisten hyvinvointiin liittyviä sosiaali- ja terveystoimen ja kunnallisen päätöksenteon kannalta keskeisiä asiakirjoja sekä tilastoja vuosilta 2000-2009. Kyseisiä asiakirjoja kertyi melkoinen pino analysoitavaksi. Dokumenttiaineiston hankimme Kemin kaupungin sosiaali- ja terveystalvakeskuksen kautta syksyn 2010 aikana. Lisäksi keräsimme lehtileikkeitä Pohjolan Sanomista ja Kalevasta, jotka ovat liittyneet kemiläisten sairastavuuteen tuolta ajalta. Niiden mukaan Kemissä korostuu alkoholin liikakäyttö, mikä puhutti myös Kemin kaupungin valtuustoa:

”...Kemissä tätä toden ja mielikuvan rajaa haetaan taas maanantaina, kun kaupunginjohtaja Ossi Repo arvosteli Kemin laajaan terveystutkimukseen liittyneen seminaarin uutisointia. Uutisoinnissa nousi näkyvästi esille Kemin suuri alkoholinkulutus. Se on yksi merkittävä selittäjä kemiläisten korkeaan sairastavuuteen ja ennenaikaisiin kuolemiin...” (Pohjolan Sanomat 24.3.2010.)

3.3 Kehittämishankkeen metodologiset valinnat

Kehittämishankkeemme on laadullinen eli kvalitatiivinen tutkimus. Laadullisessa tutkimuksessa lähtökohtana on todellisen elämän kuvaaminen. (Hirsjärvi & Remes & Sajavaara 2009, 161.) Alasuutarin (1999, 32) mukaan laadullisessa tutkimuksessa korostuu se, että mitä tahansa havainnot ovat ja miten tahansa ne on tehty, on tärkeää, että niitä tulkitaan niiden tuottamisen kontekstissa. Laadullisessa tutkimuksessa yleisimmät aineistonkeruumenetelmät ovat kysely, haastattelu, havainnointi sekä erilaisin dokumentteihin perustuva tieto. Niitä voidaan käyttää joko rinnakkain tai eri tavoin yhdistettynä tutkittavan ongelman ja tutkimusresurssien mukaan. Tutkimusaineistona käytettävä kirjallinen materiaali voidaan jakaa kahteen osaan; joukkotiedo-

tuksen tuotteisiin tai yksityisiin dokumentteihin. Joukkotiedotuksen tuotteilla tarkoitetaan sanoma- ja aikakauslehtiä sekä radio- ja tv-ohjelmia tai elokuvia. Näiden kaikkien analyysissä voidaan käyttää tietyssä määrin sisällönanalyysia. Sisällönanalyysi on perinteisin laadullisen tutkimuksen menetelmistä. Sen avulla voidaan tehdä monenlaista tutkimusta. Sisällönanalyysilla tarkoitetaan kuultujen, kirjoitettujen tai nähtyjen sisältöjen analyysia. Sisällönanalyysimenetelmässä on tarkkaan rajattava se mitä halutaan tutkia. Aineistolähtöisessä analyysissa on tarkoitus luoda tutkimusaineistosta teoreettinen kokonaisuus. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 71, 84, 92.)

Kehittämishankkeemme tutkimusmenetelmä pohjautuu olemassa olevan aineiston sekä aiempien tutkimusten ja kehittämishankkeiden sisällön analysointiin. Kehittämishankkeemme tarkoituksena on tuottaa tietoa kemiläisten sairastavuudesta sekä löytää keinoja sairastavuuden alentamiseen ja hyvinvoinnin lisäämiseen. Kemiläisten sairastavuuden ja huono-osaisuuden tutkimisen historia 2000-luvulta on nyt hyvin ajankohtainen ja tärkeä asia, kuten Pohjolan Sanomien artikkelissa huomioitiin.

”On aivan oikein, että kemiläisten sairastavuuden ja nuorena kuoleamisen syitä on lähdetty perusteellisesti selvittämään. On tiedettävä syyt, jotta tilanteeseen voidaan vaikuttaa.” (Pohjolan Sanomat 22.3.2010.)

4. KEMI ENNEN JA NYT

Pohjolan Sanomien mukaan kemiläisten sairastavuudelle voidaan hakea syytä jo kaupungin historiasta:

”Kemiläisten korkealle sairastavuudelle on etsitty monenlaisia rakenteellisia selityksiä. Taustalla on pitkä historia teollisuus- ja satamakaupunkina maaseutukuntien keskellä. Kaupungissa on ollut tarjolla halpoja asuntoja, joihin etsityneillä ihmisillä ei ole aina ollut elämä raiteillaan.” (Pohjolan Sanomat 20.3.2010.)

4.1 Kemin historiaa

Kemin kaupunki perustettiin vuonna 1869 ja se on naapurikaupunkinsa Tornion jälkeen Lapin vanhin kaupunki ja viimeisiä niin sanottuja Suomen vanhoja kaupunkeja. Vaikka Kemi on tunnettu savupiipputeollisuudestaan, niin ensimmäisinä vuosikymmeninään se oli alueeltaan ja väestöltään pienehkö kauppakaupunki. Teollisuuskaupungiksi se muuttui vasta vuoden 1931 alueliitoksen myötä, jolloin Kemin maalaiskunnasta erotetulla liitosalueella sijainneet suuret teollisuuslaitokset Kemi Oy ja Veitsiluoto Oy siirtyivät osaksi kaupunkia. Kemin asukasluku ja pinta-ala moninkertaistuivat liitoksen myötä. Kuten monet muutkin teollisuuspaikkakunnat myös Kemi on viime vuosikymmeninä kärsinyt väestökadosta. Kaupungin asukasluku 1960-luvun puolivälin oli lähes 30 000, mutta vuonna 2010 enää alle 23 000 asukasta.

Kaupungin perustamisen jälkeen Kemin seutu kasvoi nopeasti yhdeksi merkittävimmistä puunjalostusteollisuuden keskittymistä Suomessa. Kemi Oy aloitti toimintansa 1893, Kemi Oy:n sulfiittiselluloosatehdas käynnistettiin 1919, Veitsiluoto Oy aloitti toiminnan perustamalla sahan Veitsiluodon kaupunginosaan 1922 ja selluloosatehtaan 1930. Teollisuuden kasvun myötä myös liikenneyhteydet paranivat, rautatie tuli Kemiin 1902 ja lentokenttä valmistui 1939. Vuoden 1930 teollisuuslaitokset ja työväestön asuinalueet sijaitsivat maalaiskunnissa kaupungin ulkopuolella. Vuoden 1931 alussa esikaupungit tehtaineen liitettiin kaupunkiin ja se muuttui

teollisuus- ja työläiskaupungiksi. Talvi- ja jatkosotien aikana Kemin kaupunki säästyivät pommituksilta, mutta Lapin sodassa saksalaiset räjäyttivät Kemijoen sillat ja yrittivät myös räjäyttää Kemin kaupungintalon 1944. Kemin kaupungintalo oli kuitenkin poikkeuksellisen vahvarakenteinen, eikä se kaatunut. Kaupungintalo toimii vielä tänäkin päivänä alkuperäisessä tehtävässään. (Kemin kaupunki.)

Kemi on perinteisesti tehdaskaupunki, jossa sataman ja rajan läheisyys tuovat omat piirteensä. Esimerkiksi huumeet, alkoholi ja tupakka ovat olennainen osa kyseisistä riskitekijöistä puhuttaessa. Kemi on myös pienteollisuuskaupunki ja kaupungin historiasta löytyy myös linkkejä sairastavuuden ja hyvinvoinnin syille. Kemi kamppailee kaupunkilaistensa kasvavaa pahoinvointia vastaan. Sydän- ja verisuonitaudit, tapaturmakuolleisuus ja mielenterveysongelmat ovat Kemin yleisempiä kuin muissa kaupungeissa. Sairastavuus ei ole yksinomaan terveydellinen asia, vaan sairastavuuden ympärille voi kietoa myös alueellisuuden ja palvelurakennekehityksen. Palvelurakenteen muutokset heijastuvat joko suoraan tai välillisesti kuntalaisille. Kemi poikkeaa muista suomalaisista teollisuuspaikkakunnista myös kulttuurinsa ja vahvan poliittisen radikalisminsa takia. Kemillä on ollut aina vahva ja omaleimainen elämäntapansa. Se varmastikin vaikuttaa ja näkyikin osaltaan kaikessa kemiläisyydessä, myös sairastavuudessa.

Yleisesti Kemiä mainostetaan vetovoimaisena ja hyvinvoivana kaupunkina, mutta kuitenkin alueella on havaittavissa suhteellisen korkeat nuorten työttömyysluvut suhteessa väestön ikääntymiseen. Vanhusväestöä on paljon ja nuoret muuttavat helposti työn perässä muihin kaupunkeihin ja jäljelle jää tietty porukka. Työttömyys on Kemissä iso ongelma, ja matala elintaso lisää sairastavuutta. Uhkana voidaan nähdä esimerkiksi suurten ikäluokkien eläköitymishuippu. Riittääkö Kemin vetovoimaisuus silloin houkuttelemaan tarvittavaa työvoimaresurssia paikkakunnalle?

4.2 Kemin kaupungin organisaatio ja kehittämishankkeen sijoittuminen

Kuvion 1. mukaisesti Kemin kaupungin organisaation ylimpänä päätöksentekijänä on kaupunginvaltuusto. Valtuusto päättää kunnan hallinnon järjestämisestä johtosäännöillä. Johtosäännöissä määrätään kaupungin luottamushenkilö- ja henkilöstöorganisaation perusrakenne, tehtävät ja johtamisjärjestelmät. Johtosäännöistä säädetään kuntalain 16 §:ssä. Kunnalliset järjestyssäännöt korvasi 1.10.2003 alkaen järjestyslaki ([612/2003 Finlex.](#)) Valtuustoa alempana on kaupunginhallitus, joka tekee esitykset päätettävistä asioista kaupunginhallitukselle. Valtuustoa alempana on keskusvirasto sekä tilaajatiimi.

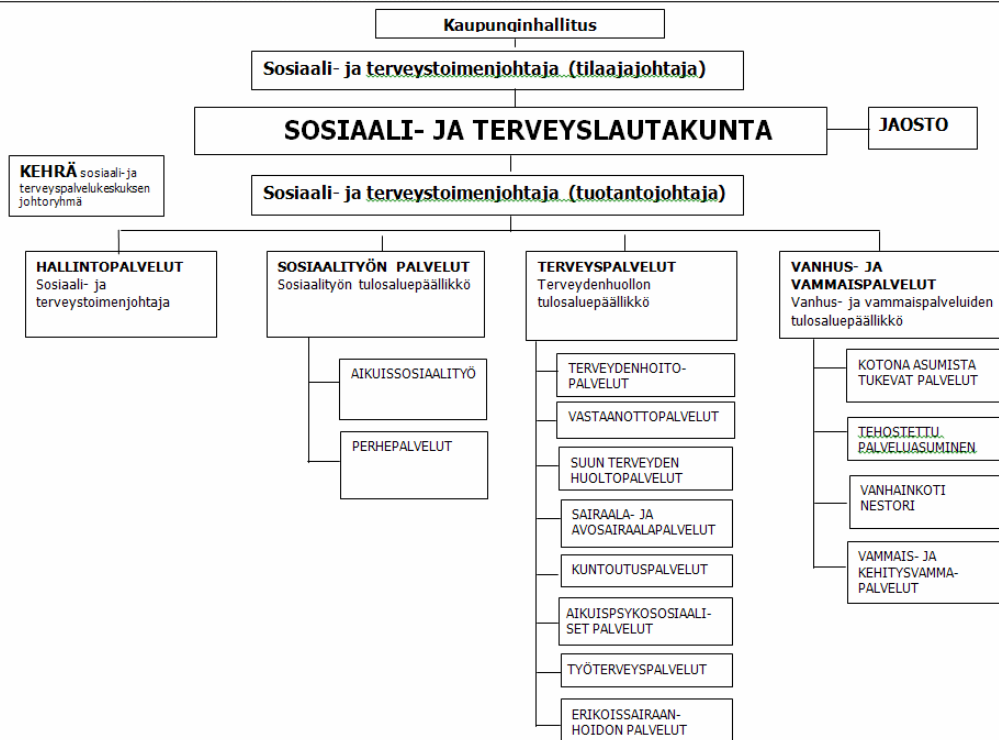
Kaupunki siirtyi 1.1.2009 tilaaja-tuottaja toimintatapaan. Tilaaja-tuottaja mallissa tilaajan ja tuottajan roolit on erotettu ja tuotantorakenne on läpinäkyvä. Tilaajina toimivat kaupunginvaltuusto ja -hallitus. Lautakunnat ovat tuottajalautakuntia. Varsinainen tuotanto on ryhmitelty sosiaali- ja terveystalvvelukeskukseen, sivistystalvvelukeskukseen sekä tekniseen palvelukeskukseen. Myös oma kehittämishankkeemme sijoittuu tälle tuotantotasolle.

”Kemin sairastavuus erottuu myös euroissa. Kaupungin virkamiesjohdolle ja poliittisille päättäjille terveystoimen aikaansaannokset eivät oikein riitä. Kun puhutaan Kemin vaikeasta taloustilanteesta, lähes aina ensimmäisenä esiin otetaan erikoissairaanhoidon kustannukset.” (Pohjolan Sanomat 3.12.2009)

4.3 Kemin kaupungin sosiaali- ja terveystalouden organisaatiot

Kemin kaupungin sosiaali- ja terveystaloudesta kuuluvat sosiaalityön palvelut, terveystaloudet sekä vanhus- ja vammaispalvelut (Kuvio 2.). Aikuissosiaalityön tehtävänä on tarjota sosiaalityön palveluita asiakkailleen. Aikuissosiaalityössä asiakasta ohjataan, neuvotaan ja tuetaan arjen erilaisissa tilanteissa. Terveystalousten tarkoituksena on järjestää terveyttä ja hyvinvointia edistävät palvelut. Vammaispalveluiden tarkoituksena on edistää vammaisen henkilön elämää ja toimintaa yhdenvertaisena yhteiskunnan jäsenenä. Vanhustyön tavoitteena on tukea iäkkäiden itsenäistä kotona selviytymistä mahdollisimman pitkään kotiin tarjottavien riittävien, monipuolisten ja laadukkaiden palvelujen turvin. Palveluita tuotetaan sekä kunnan omana toimintana että ostopalveluna.

KEMIN KAUPUNKI
SOSIAALI- JA TERVEYSPALVELUKESKUS 2009



Kuvio 2. Kemin kaupungin sosiaali- ja terveystoimintakeskus 2009.

Sosiaali- ja terveystoimenjohtaja vastaa hallintopalveluiden-, sosiaalityön palveluiden, terveyspalveluiden sekä vanhus- ja vammaispalveluiden tulosalueista. Hänen vastuukenttensä on laaja. Päätöksenteon vaikutukset heijastuvat suoraan kemiläisten hyvinvointiin. Päätöksenteossa tulisikin ottaa huomioon kasvavat hyvinvointierot kuntalaisten keskuudessa. Terveystoimen kehittämiseen tarvitaan eri palvelualueiden pitkäjänteistä yhteistyötä. Haasteena sosiaali- ja terveystoimen johtajuudelle suhteessa kemiläisten hyvinvointiin onkin siinä, miten ylläpitää ja kehittää toiminnan sisältöä väestö- ja asiakaslähtöisesti Kemin kaupungin toiminta-ajatusta ja arvoja noudattaen?

Taulukossa 2. on tiivistettynä Kemin strategiaa vuoteen 2020 saakka, josta selviää kaupungin toiminta- ajatus, visio sekä arvot.

Taulukko 2. Kemin kaupungin strategia 2020

Toiminta- ajatus	Visio	Arvot
Kemin kaupunki järjestää laadukkaita palveluja asukkailleen ja edistää omalla toiminnallaan ja yhteistyöllä seutukunnan hyvinvointia	Kemi on muutoksia hallitseva ja tehokas palvelujen järjestäjä Kemi on vetovoimainen, luova asuinpaikka ja Meri-Lapin kehittynein kasvukeskus	Taloudellisuus Turvallisuus Luovuus Avoimuus Suvaitsevaisuus

Kemin kaupungin toiminta- ajatuksena vuoteen 2020 mennessä on järjestää laadukkaita palveluja asukkailleen ja edistää omalla toiminnallaan ja yhteistyöllä seutukunnan hyvinvointia. Vision mukaan Kemi on silloin muutoksia hallitseva ja tehokas palvelujen järjestäjä sekä vetovoimainen, luova asuinpaikka ja Meri-Lapin kehittynein kasvukeskus taloudellisuuden, turvallisuuden, luovuuden, avoimuuden ja suvaitsevaisuuden arvoja kunnioittaen.

Seuraavassa kappaleessa on käsitelty johtamista ja johtamisen haasteita kehittämishankkeemme näkökulmasta. Palvelujärjestelmien muuttuminen luo uusia paineita organisaatioiden johtamiseen. Taulukosta 3 selviää Kemin kaupungin johtavat sosiaali- ja terveystalouden virkamiehet ja heidän toimikautensa. Johtamisen ja sen haasteiden kysymyksen edessä voi pohtia suhteellisten lyhyiden toimikausien vaikutusta kaupunginhallituksen esittämien linjausten ja strategioiden toteuttamismahdollisuuksiin sekä palveluiden riittävyyden takaamiseen kiristyvässä taloustilanteessa kaupungin omaa imagoa unohtamatta. Kemin kaupungin imagon tulisi olla kaupunginhallituksen luoman strategian vision mukaisesti vuonna 2020 vetovoimainen, luova asuinpaikka ja Meri-Lapin kehittynein kasvukeskus. Imagon ylläpitäminen ei ole helppo tehtävä, mutta se on mahdollista avoimuuden kautta, kuten seuraavassa Pohjolan Sanomien artikkelissa on Kemin vetovoimaisuutta käsitelty.

”Kunnan mainetta ja imagoa ei voi rakentaa kuin tosiasioille. Ja niille se joka tapauksessa rakentuu. Kunnan on hyvä pitää aktiivisesti esillä sellaisia asioita, jotka se katsoo hyväksi maineelleen, mutta tänä päivänä myös ikävät asiat on kyettävä käsittelemään avoimesti.” (Pohjolan Sanomat 24.3.2010)

4.4 Sosiaali- ja terveysalan johtaminen ja johtamisen haasteet

Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmät ovat voimakkaassa muutoksessa. Uutta ovat muun muassa tulosohjaus, päätöksenteon hajauttaminen, yhtiöittäminen tai yksityistäminen, ulkoistaminen ja liikelaitostaminen. Uudistukset muuttavat toimintaympäristöä edellyttäen uusien työmenetelmien ja tietopohjan kehittämistä sekä hyvää johtamista. Johtajan vastuuta ja toimivapautta on lisätty delegoinnilla. Toimintakulttuurin muutos johtajan työssä on merkinnyt uusia osaamisvaatimuksia. Sosiaali- ja terveystoimeen kohdistuu alueellisia ja toiminnallisia muutoksia, jotka edellyttävät johtajan toimivan aiempaa enemmän alueellisissa, seutukunnallisissa ja yksityisten ja kolmannen sektorin verkostoissa. (Hyvärinen 2008, 22.)

Johtajuudesta on olemassa paljon erilaisia mielipiteitä ja käsityksiä. Se on myös teema, jota on laajasti tutkittu ja kirjoitettu paljon. Johtajuus ei ole kovin yksiselitteinen ja tyhjentävien selvitysten antaminen johtajuuden käsitteestä on iso tehtävä. Johtajuus voidaan määritellä yhteisön toimintatapojen säätelemiseksi. Useimpien johtajuuden asiantuntijoiden mukaan johtajuudessa on kysymys yksilön tai ryhmän toimintaan kohdistuvasta tavoitesuuntautuneesta vaikuttamisprosessista. Johtajuutta esiintyy missä tahansa tilanteessa, jossa joku yrittää vaikuttaa jonkun toisen yksilön tai ryhmän käyttäytymiseen. Johtajuus lähtee persoonasta. Henkilö, joka pystyy muovaamaan oman kokemusmaailmansa siten, että siitä tulee vastaus muiden ongelmiin, saa valtaa muilta. Jotta johtaminen olisi tuloksellista, on tunnettava omaa käyttäytymistään, sen vaikutuksia toisiin ja sen seurauksia. (Jalava 2001, 8 & Pirnes 2003, 14.)

Osaamista, oppimista ja osaamisen johtamista sekä uudistumista on pidetty organisaatioiden tärkeimpinä kilpailutekijöinä. Alkujaan johtaminen on ollut enemmänkin informaation hallintaa ja välineiden kehittelyyn liittyvää toimintaa. Nykyään huomio suuntautuu enemmän uuden osaamisen muodostamiseen verkostoissa ja yhteisöissä. Henkilöstöhallinnossa huomio kiinnittyy yksilökohtaisen osaamisen hallintaan ja kehittämiseen kuin ryhmäkohtaiseen oppimiseen ja uudistumiseen. Nykyinen laatujohtamisajattelu on lisännyt painoarvoa osaamisen johtamisen merkitykselle ja sen kehittämiseksi julkisissa ja yksityisissä sosiaali- ja terveyspalveluorganisaatioissa. Johtamisen kehitystyössä henkilöstöjohtamisen laadun kehittäminen tulee olla erityinen painopistealue. Keinoina voivat toimia johtamisen jatkuva arviointi ja esimiesvalmennus,

johtajien valintaperusteiden painottuminen ihmisten johtamisen kriteereihin, osaamisstrategioiden- ja kartoitusten aktiivisempaan käyttöön, sisäisen tiedonkulun vahvistamiseen sekä palkkausjärjestelmän uudistamiseen. (Temmes & Kiviniemi & Peltonen 2001, 56-65; 80-84; Virkkunen 2002, 11-46.)

Koko hyvinvointipalvelujen kansallinen kenttä on rakentumassa uudestaan ohjauksen, organisaatioiden kuin osaamisenkin osalta. Toisaalta johtaminen itsessään ja tehtävät ovat muutoksessa, uudistusten keskellä. Laajemmat muutokset ja konkreettiset uudistukset näkyvät niin sosiaali- kuin terveyspalvelujen johtamisen alassa että johtamisen kohteessakin. Johtamistyön asiakasrajapinnassa vaihtelevat organisaatiouudistusten läpivieminen, asiakkaiden tarpeet ja oikeudet, talouden reunaehdot sekä henkilöstön saaminen alalle. Johtajan pitäisi yhtä aikaa sekä edistää muutoksia että minimoida haitalliset seuraukset. (Niiranen 1994, 13.) Tulevaisuuden skenaarioissa välähtää uhkakuvat sosiaali- ja terveyspalveluiden tuottavuuden ja saatavuuden ristiriitaisuudesta, kustannusten kaventumisesta, työvoimapulasta sekä ihmisten ja ympäristön sosiaalisten ja terveydellisten tekijöiden muuttumisesta. Erityisesti sosiaali- ja terveyspalveluissa johtamisosaamisen vaatavuus perustuu laajaan kokonaisvaltaisuuteen. Työn eettisyys, perustehävän inhimillinen luonne, asiakasorientaation vaatavuus sekä henkilöstön mittava määrä toiminnan toteuttamisessa ja persoonallisen tietotaidon käyttö työtilanteissa on otettava huomioon. Vastuullisuus toiminnan tehokkuudesta, vaikuttavuudesta ja tuloksellisuudesta edellyttää taloushallinnon ymmärtämistä ja kaikessa kehityksessä ajan hermoilla pysymistä. (Ollila 2006, 9.) Muutosten edistäminen ja haitallisten seurauksien minimoiminen voi olla useiden muutosprosessien takia hajanaista ja vaikeasti johdettavaa. Yhteiset tavoitteet, organisaatiot ja työmenetelmät parantaisivat toiminnan onnistumista. Kun toimintaa uudistetaan osa kerrallaan tai yhteen kuuluvia osia kehitetään toisista erillään, ovat ne usein monimutkaisessa muutosten prosessissa. Tällöin ne rakentuvat verkostomaisesti. Tällöin voidaan huomata, ettei päätöksenteon ja johtamisen rakenne olekaan looginen verkostomaisen toiminnan kanssa eikä tue sitä. Hajanaisuuden johtaminen edellyttää hajanaisuuden sietämistä, uudenlaisten johtamisrakenteiden tai verkostojen näkyväksi tekemistä. (Niiranen 2004, 15-123.)

Työelämä on myös asiantuntijavaltaistunut ja demokratisoitunut. Esimies ei välttämättä ole aina alaistaan osaavampi työhön liittyvissä tietotaito- kysymyksissä, vaan työntekijä hallitsee

työn sisällöllisesti ja menetelmällisesti paremmin. Miten sitten johdetaan asiantuntijoita demokraattisesti niin, että tavoitteellisuus, laatu ja järjestelmällisyys toteutuvat? Johtamisen merkitys korostuu henkilöstöjohtamisessa työelämän jatkuvassa muutoksessa vallankäyttönä, joka edellyttää johtajalta ymmärrystä kuunnella alaisiaan, mutta tarvittaessa toimia jämäkkänä päätöksentekijänä. Esimiehellä on oltava motivaation lisäksi käsitys siitä, mitkä ovat johtajan keskeisimmät tehtävät ja miten ihmisiä sekä yhteisöjä johdetaan. (Järvinen 2000, 28 -30.) Johtajuudelta vaaditaan myös joustamiskykyä ja epävarmuuden sietoa ja erityisesti avointa dialogia, luottamuksellista ilmapiiriä ja vuorovaikutusta työntekijöiden kanssa; yhteisten visioiden luominen on onnistumisen edellytys ja muutosvastarinnan vähentämisen keino tiedottamisen ohella. (Dickinson & Peck & Davidson 2007, 503–513.)

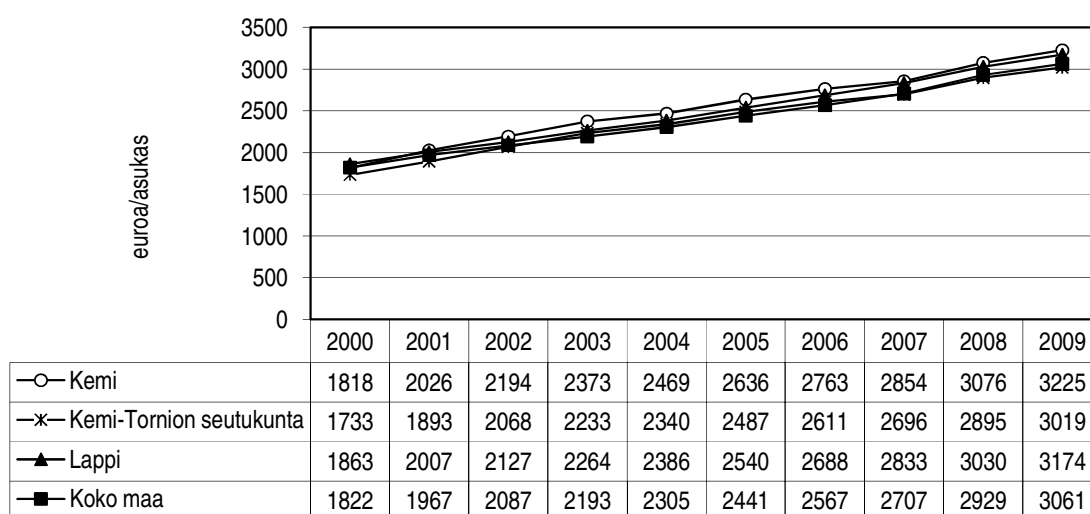
Suomessa sosiaali- ja terveysalan johtamistehtäviin siirrytään perinteisesti pitkän työuran ja kokemuksen kautta ilman varsinaista johtamisen erikoistumiskoulutusta. Johtamisen koulutukseen tarvitaan lisäpanostusta. Sosiaali- ja terveysalan johtamisen koulutuksen aseman vahvistaminen on tärkeää, jotta sosiaali- ja terveysalan arvot tulisivat näkyväksi johtamisen kentällä. (Wuenschel 2006, 31.) Kemin kaupunki on hyvin reagoinut tähän haasteeseen mahdollistamalla työntekijöilleen osallistumisen johtamisen erikoistutkinnon suorittamiseen

Sosiaali- ja terveystoimen johtajina ovat toimineet yhteiskunta – ja kasvatustieteiden maisteri Riitta Luosujärvi, yhteiskuntatieteiden maisterit Liisa Ståhle sekä Liisa Niiranen. Kemin kaupungin sosiaali- ja terveystoimen johtamisen haasteeksi muodostuvat osaltaan alati kiristyvät kustannussäästötavoitteet, kysynnän ja tarjonnan kohtaamisten tasapainottaminen sekä kuntalaisten terveydestä ja hyvinvoinnista huolehtiminen (Taulukko 3.).

Taulukko 3. Kemin kaupungin sosiaali- ja terveystoimen johtajat vuosina 2003- 2009.

Koulutus	Henkilö
Yhteiskuntatieteiden ja kasvatustieteiden maisteri	Riitta Luosujärvi – 17.8.2003 virjavapaalla 18.8.2003- 28.1.2004
Yhteiskuntatieteiden maisteri	Liisa Niiranen 18.8.2003- 28.1.2004 (vs.) alkaen 4.8.2008- 26.1.2009 (virka)
Yhteiskuntatieteiden maisteri	Liisa Stähle 29.1.2004- 28.2.2009 (virjavapaalla 4.8.2008- 28.2.2009)

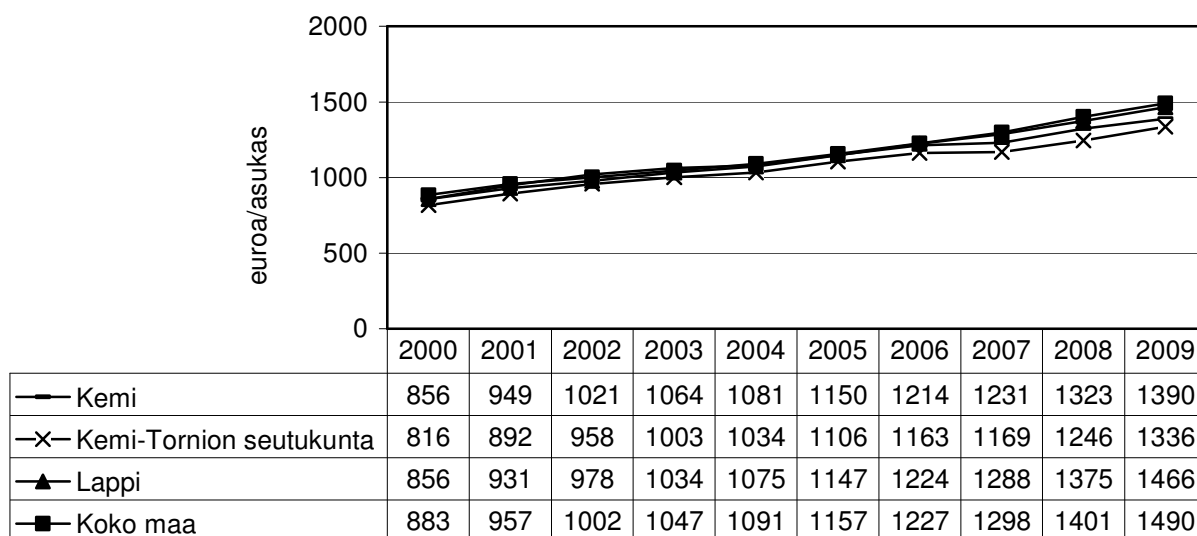
Päättäjien täytyykin olla huolissaan kustannuksista, kuitenkin sosiaali- ja terveystoimen menojen hillitseminen ei ole helppoa. (Ks. kuvio 3.) Miten onnistuu osaltaan tekemään pitkäjänteistä ja suunnitelmallista johtamistyötä palvelujärjestelmien muutosten ja ylhäältäpäin asetettujen paineiden alla suhteessa lyhyeen toimikauteen?

Kuvio 3. Sosiaali- ja terveystoimen nettokustannukset, euroa/asukas vuosina 2000–2009.¹

Kemissä sosiaali- ja terveystoimen nettokustannukset ovat nousseet eniten vuoden 2000 tilanteesta (1818 €) verrattuna vuoden 2009 tilanteeseen (3225 €) eli 1407 eurolla, kun vastaava

¹ Indikaattori ilmaisee kuntien sosiaali- ja terveystoimen nettokustannukset euroina asukasta kohti. Käyttökustannuksiin lasketaan toimintamenot ja poistot sekä arvonalentumiset ja vyörytyserät. Käyttötuloihin lasketaan toimintatulot ja vyörytyserät. Nettokustannukset saadaan vähentämällä käyttökustannuksista käyttötulot. Lähde: THL, Tilasto- ja indikaattoripankki SOTKANet 2005–2011. Tiedot poimittu 6.4.2011

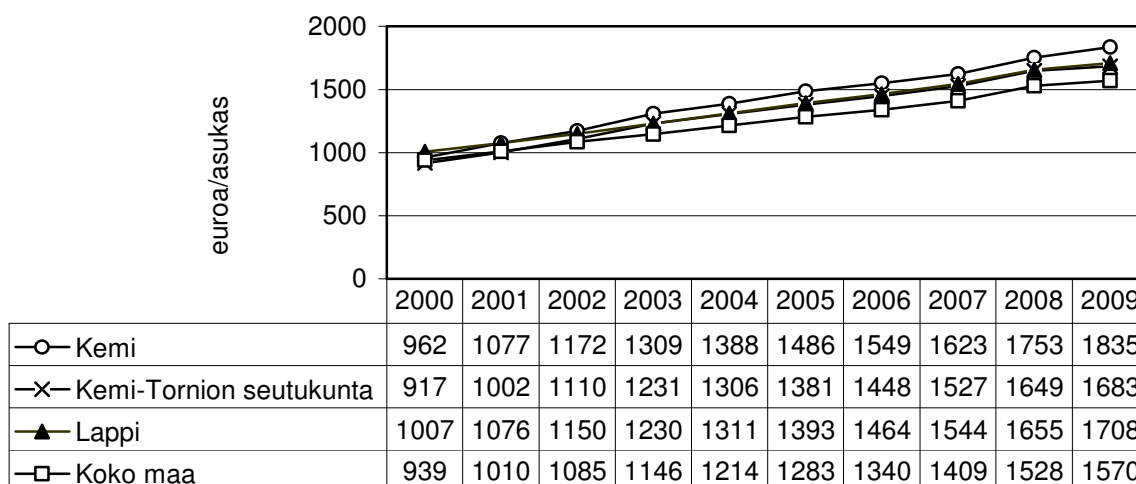
nousu oli Kemi- Tornio seutukunnassa 1286 euroa, Lapin maakunnassa 1311 euroa ja koko maassa 1239 euroa. Kuviossa 4. näkyy sosiaalitoimen nettokustannusten kehitys vuosina 2000-2009.



Kuvio 4. Sosiaalitoimen nettokustannukset, euroa/asukas vuosina 2000–2009.²

Kemissä sosiaalitoimen nettokustannukset ovat nousseet toiseksi vähiten vuoden 2000 tilanteesta (856 €) verrattuna vuoden 2009 tilanteeseen (1390 €) eli 534 eurolla, kun vastaava nousu oli Kemi- Tornio seutukunnassa 520 euroa, Lapin maakunnassa 610 euroa ja koko maassa 607 euroa. Eniten kustannukset ovat nousseet Lapin maakunnassa. Kuviossa 5. näkyy puolestaan terveystoimen nettokustannukset.

² Indikaattori ilmaisee laskennallisen kuntien sosiaalitoimen nettokustannukset euroina asukasta kohti. Kuntien taloustilastossa ei kaikkia toimintoja ole eritelty selkeästi sosiaali- tai terveystoimeen, näitä ovat sosiaali- ja terveystoimen hallinto sekä muu sosiaali- ja terveystoimi. THL:ssa on laskennallisesti tehty jako seuraavasti: Sosiaali- ja terveystoimen hallinto on laskettu sosiaalitoimen käyttökustannuksiin. Pääryhmän "Muu sosiaali- ja terveystoimi" käyttökustannukset on jaettu sosiaali- ja terveystoimen kesken siten, että sosiaalitoimen menoihin on muista menoista laskettu avustukset, elatusuudet ja toimeentulotuet sekä puolet ylitse jäävästä osuudesta. Toinen puoli on laskettu terveydenhuollon kustannuksiin. Lähde: THL, Tilasto- ja indikaattoripankki SOTKANet 2005–2011. Tiedot poimittu 13.5.2011.



Kuvio 5. Terveystoimen nettokustannukset, euroa/asukas vuosina 2000–2009.³

Kemissä terveystoimen nettokustannukset ovat nousseet eniten vuoden 2000 tilanteesta (962 €) verrattuna vuoden 2009 tilanteeseen (1835 €) eli 873 eurolla, kun vastaava nousu oli Kemi-Tornio seutukunnassa 766 euroa, Lapin maakunnassa 701 euroa ja koko maassa 631 euroa. Perusterveydenhuollon nettokustannukset ovat nousseet Kemissä eniten vuoden 2000 tilanteesta (331 €) verrattuna vuoden 2009 tilanteeseen (665 €) eli 334 eurolla (Liitekuvio 1.) kuten myös erikoissairaanhoidon nettokustannukset ovat nousseet Kemissä eniten vuoden 2000 tilanteesta (623 €) verrattuna vuoden 2009 tilanteeseen (1173 €) eli 550 eurolla (Liitekuvio 2.). Lisäksi päihdehuollon nettokustannukset ovat Lapin alueella Kemissä suurimmat (Liitekuvio 3.).

³ Indikaattori ilmaisee laskennallisen kuntien terveystoimen nettokustannukset euroina asukasta kohti. Kuntien taloustilastossa ei kaikkia toimintoja ole eritelty selkeästi sosiaali- tai terveystoimeen, näitä ovat sosiaali- ja terveystoimen hallinto sekä muu sosiaali- ja terveystoimi. THL:ssa on laskennallisesti tehty jako seuraavasti: Sosiaali- ja terveystoimen hallinto on laskettu sosiaalitoimen käyttökustannuksiin. Pääryhmän "Muu sosiaali- ja terveystoimi" käyttökustannukset on jaettu sosiaali- ja terveystoimen kesken siten, että sosiaalitoimen menoihin on muista menoista laskettu avustukset, elatustuet ja toimeentulotuet sekä puolet ylitse jäävästä osuudesta. Toinen puoli on laskettu terveydenhuollon kustannuksiin. Lähde: THL, Tilasto- ja indikaattoripankki SOTKANet 2005–2011. Tiedot poimittu 13.5.2011.

5. KEMILÄISTEN HYVINVOINNIN PROBLEEMA

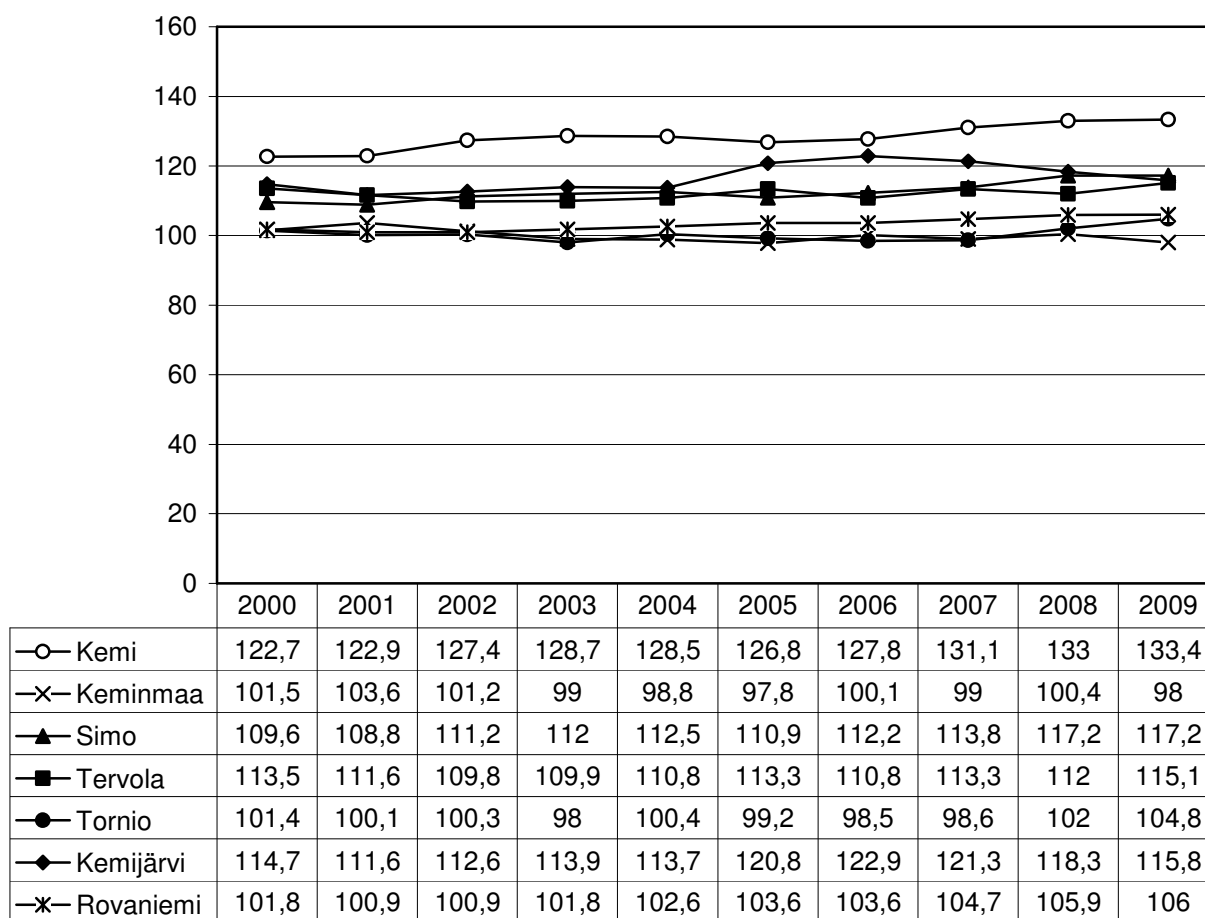
5.1 Kemiläisten sairastavuus.

Kemiläisten sairausindeksi (kuvio 4.) on viimeisten lukujen mukaan erittäin korkea. Kemin kaupunginvaltuusto on esittänyt valtuustoaloitteena tarpeen saada tutkimustietoa siitä, mistä kemiläisten korkea sairastavuus johtuu, ja miten sitä voidaan ennaltaehkäistä. Valtuusto on priorisoinut sairastavuuden erittäin tärkeäksi. Kehittämishankkeen tarkoituksena on tuottaa tietoa kemiläisten sairastavuudesta. Sairastavuusongelmaa tulee tarkastella terveys- ja hyvinvointisosiologisesta näkökulmasta useiden erilaisten lähestymistapojen ja tutkimusaineistojen kautta. Kemiläisten korkea sairastavuus on tosi asia ja nyt on aika puuttua siihen, kuten Kalevan ja Pohjolan Sanomien artikkeleissa on tuotu esille.

”Kemiläiset sairastavat enemmän kuin muualla. Tähän vuosia tunnettuun tosiasiaan yritetään nyt löytää syitä ja kehittää keinoja ja terveemmän tien löytämiseksi.”(Kaleva 25.2.2010)

”Kemiläisten sairastavuudesta on sinällään paljon tietoa. On tiedetty jo kauan, että Kemissä todella sairastetaan enemmän kuin useimmissa muissa kaupungeissa.” (Pohjolan Sanomat 3.12.2009)

Kuvion 6. mukaan voi havaita kemiläisten sairastavuuden kasvun vuosilta 2000-2009. Vuosituhannen vaihteessa kemiläisten sairastavuudessa on näkyvissä selvää laskua, mutta sairastavuusindeksi lähti taas nousuun vuotta 2006 kohti.



Kuvio 6. Sairastavuusindeksi (ikävakioitu) vuosina 2000–2009.⁴

Kuntalaisten hyvinvointiin vaikuttavat kunnan toimintaympäristö, talous- ja hyvinvointipolitiikka sekä voimavarojen kohdennusta ohjaavat tekijät. Kunnan terveyden ja hyvinvoinnin edistämisen toimijoita ovat kaikki toimialat sekä kuntayhteisöön kuuluvat muut toimijat kuten yritykset, järjestöt, koulutusorganisaatio, elinkeinoelämä, valtiohallinnon paikalliset organisaatiot, media sekä kuntalaiset. Hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen johtaminen organisointia, strategisia päätöksiä on suunnittelua, vaihtoehtojen arviointia, toiminnan seuranta ja arviointia. Hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen toteuttaminen vaatii kaikkien hallinnonalojen välistä yhteistyötä ja tehtävien koordinoitua. Johtamiskäytäntöjen selvittäminen tekee terveyden edistämisestä järjestelmällistä ja näkyvää.

⁴ Luku kertoo nopeasti yleistilanteen kunnan tai sitä suuremman alueen sairastavuudesta, ja aikasarja osoittaa onko kunta etääntynyt maan keskiarvosta vai lähestynyt sitä. Indeksien osista kaksi eli työkyvyttömyys ja pitkäaikaissairastavuus (erityiskorvausoikeudet) ovat rekisterikantamuuttujia ja vuodesta toiseen melko stabiileja. Kuolleisuus vaihtelee etenkin pienissä kunnissa vuodesta toiseen, minkä vuoksi laskelmissa on käytetty kolmen peräkkäisen vuoden keskiarvoa. Indeksiluvun tarkoituksena on paitsi antaa yleiskuva myös herättää jatkokysymyksiä tarkastellun alueen tilannetta selittävästä tekijöistä ja sairastavuudesta tarkemmin. Lähde: THL, Tilasto- ja indikaattoripankki SOTKANet 2005–2011. Tiedot poimittu 13.5.2011.

Hallinnonrajat ylittävä johtaminen nostaa väestön hyvinvointitarpeet talouden rinnalle. Hyvinvointitavoitteiden toteuttamiseksi tarvitaan:

- väestön hyvinvointia kuvaavaa tietoa
- yhteistyötä tukevia rakenteita
- yhteisesti sovittuja käytäntöjä
- toiminnan koordinointia
- hyvinvointiosaamista

Hyvin- tai pahoinvointi on ihmisen toiminnan ja yhteiskunnan rakenteiden vuorovaikutuksen tulos. Ainoastaan kansalaisten elämisen ratkaisut tai hyvinvointipalvelujärjestelmän rakenteissa tapahtuneet muutokset eivät aikaansaa työ-, koulutus- ja hyvinvointiyhteiskuntalaisten eriytymistä huono- ja hyväosaisiin. (Viinamäki 2010, 4.)

Terveyserojen kaventaminen on keskeinen osa terveyden edistämistä ja ennaltaehkäisevää työtä. Terveyserojen kaventaminen voidaan rinnastaa hyvinvointierojen kaventamiseen kuuluu kaikille hallintokunnille. 2000-luvun lamasta huolimatta panostaminen terveyden edistämiseen ja väestöryhmien terveyserojen kaventamiseen tulee nähdä sijoituksena, jonka kustannushyöty realisoidaan pitkällä aikavälillä. Korjaavassa toiminnassa on huomioitava sairauksien epätasainen jakautuminen väestöryhmittäin. (Viinamäki 2010, 4.)

Valtakunnallisella tasolla myös sosioekonomisten terveyserojen kaventamishanke TEROKA liittyy hankkeemme ajankohtaisuuteen. TEROKA on sosiaali- ja terveyshallinnonalan tutkimuslaitosten, kansanterveyslaitoksen, Stakesin ja Työterveyslaitoksen yhteistyöhanke. Hankkeen päätavoitteena on koota ja julkaista tutkimustietoa terveyseroista ja niiden kehityssuunnista, vahvistaa terveyserojen kaventumista edistävää politiikkaa, arvioida ja kehittää yhteistyökumppaniensa kanssa terveyserojen kaventamiseen tähtääviä alueellisia, valtakunnallisia ja paikallisia toimintamalleja, sekä edistää terveysvaikutusten arvioinnin käyttöä terveyseroja ehkäisevän terveys- ja sosiaalipolitiikan välineenä. (TEROKA- hanke 2010).

5.2 PYLL- tutkimus kemiläisten elinvuosista

Menetettyjä elinvuosia on tutkittu myös Kemissä PYLL- indeksin avulla (Vohlonen & Vienonen 2010). Ennenaikaisten kuolemien seuranta tuo tietoa kunnalliseen suunnittelutyöhön. PYLL- arvoja on laskettu kaikissa kunnissa vuodesta 2001 lähtien. Menetelmä perustuu kuoliniän ja laskennallisesti odotetun eliniän erotukseen lisäksi kuolinsyiden luokitteluun. Menetetyt elinvuodet PYLL – indeksi on kansainvälisesti laajalti käytetty hyvinvoinnin mittari. PYLL kuvaa tietyllä ikävälillä tapahtuneiden tapaturmakuolemien takia menetettyjen elinvuosien lukumäärää väestössä 100 000 asukasta kohti. Menetetyt elinvuodet indeksi on yksi tapa kuvata sitä, mikä on väestön hyvinvoinnin tila: mitä paremmin väestö voi, sitä vähemmän menetetään elinvuosia ennenaikaisesti. Indeksimittari antaa täydentävää tietoa terveystieteeseen suunnitteluun ja päätöksentekoon. Tarkastelemalla PYLL -indeksiä kuolinsyittäin voidaan tehdä päätelmiä myös väestön hyvinvoinnin edistämiseksi tarvittavista tärkeimmistä kohdealueista ja muutoksen vaihtoehtoisista kustannuksista. Indeksien laskenta perustuu kuolinsyytilaston peruskuolinsyyhyn ICD-10 luokituksen mukaisesti. Indeksit on ikävakioidu ja se lasketaan viiden vuoden kumulatiivisena summana 100 000 henkilövuotta kohti.

Kemin PYLL- analyysi tutkimus suoritettiin vuosien 2003-2007 välisenä aikana ja Kemin väestöä verrattiin koko maan vastaaviin tuloksiin (emt.). Tapaturmat ja myrkytykset olivat miehillä suurin yksittäinen kuolinsyy-ryhmä, ja itsemurhat aiheuttivat näistä kolmasosan. Naisilla vastaavasti tapaturmat ja myrkytykset olivat toisella sijalla (25 %) ja näistä itsemurhat muodostivat noin puolet. Verenkiertosairauksien aiheuttamien menetysten osuus oli miehillä toisella sijalla (16 %). Huomioitava seikka oli kuitenkin, että perinteisten kansantautien osalta ennaltaehkäisevä työ ja hoidon paraneminen ovat Kemissä lisänneet miesten elinvuosia. Naisilla kolmannella sijalla olivat pahalaatuiset syöpäsairaudet (18 %) ja erityisesti rintasyöpien osuus oli (11 %). Tuloksissa kemiläisten suureksi ongelmaksi nousi sekä miehillä että naisilla alkoholiperäisten sairauksien ja alkoholimyrkytysten aiheuttamat kuolemat. Tulosten mukaan Kemin osalta voidaan huomioida positiivisena seikkana kemiläisten tilanteen parantuneen 1990-luvun jälkeen, mutta toisaalta PYLL -indeksi on kuitenkin (22 %) koko maan keskitasoa suurempi. Eroa on kuitenkin pystytty vuosien aikana hieman kuromaan, mutta tärkeää on huomioida että naisilla suunta on saavuttanut koko maan tason ja on jopa (6 %) tätä matalampi. PYLL-tutkimukset osoittivat kuitenkin, että kun Kemin miehille ja naisille annettuja lukuja verrataan koko maan

arvoihin, niin Kemin saamat arvot ovat koko maan tasoa heikommat. Verrattaessa PYLL-tutkimuksia esimerkiksi Imatralla vuonna 2007 tehtyyn tutkimukseen tulokset olivat samansuuntaisia kuin Kemissä. Imatralla eniten ennenaikaisia kuolemia aiheuttavat sydän- ja verenkiertoelinten sairaudet ja kasvaimet. Molempien tautiryhmien osalta kuolleisuus on kuitenkin laskenut koko ajan 80-luvulta lähtien. Yhä useammat saavat kuitenkin elää täyttä elämää vähintään 70-vuotiaiksi asti. Poikkeuksena voi havaita kuitenkin alkoholin käytöstä suoraan johtuvien kuolemantapauksien määrän lähtemisen 2000-luvulla jyrkkään kasvuun.

Kemiläisten terveydentila on kohentunut viime vuosien aikana, mutta vielä on parannettavaa maan keskitasoon nähden eikä Kalevan artikkeleiden mukaan sairastavuudelle ole yksiselitteisiä syitä.

”Kemiläisten terveys parantunut, mutta miehillä vielä kirittävää maan keskitason saavuttamiseksi.” (Kaleva 20.2.2010), ”Kemiläisten sairastavuuteen ja ennenaikaisiin kuolemiin on monia syitä.” (Kaleva 20.3.2010)

Hyvinvointibarometrin (2005) mukaan seutukunnan väestö on vähentynyt ja vanhentunut ja sen sairastavuus on lisääntynyt, joka osaltaan on merkinnyt terveystenon kasvua. Kemin poikkeavan terveysprofiilin syitä ei suoranaisesti voitu selvittää. Työikäisille suoritettussa terveyskyselyssä kuitenkin todettiin, että tupakointi on Kemissä yleisempää kuin muualla maassa, muilta osin kemiläisten elintavat kuten esimerkiksi alkoholinkäyttö eivät olleet poikkeavia. Katsauksessa esitetty kuva kemiläisten terveystilanteesta ei ole yksinomaan negatiivinen. Kuolleisuus on pitkällä aika välillä vähentynyt ja elinikä pidentynyt. Kemi-Tornion hyvinvointibarometrin kuntalaiskyselyyn vastanneet seutukuntalaiset olivat varsin tyytyväisiä nykyiseen elämäntilanteeseensa, yleiseen elintasoonsa sekä fyysiseen ja psyykkiseen terveydentilaansa ja suhtautuvat luottavaisesti tulevaan taloudelliseen ja työllisyystilanteeseensa.

Seuraavassa kappaleessa on koottuna kunnan sosiaali- ja terveydenhuollon palveluja sekä keskeisiä kansalaisten hyvinvointia määrittäviä lakeja ja asetuksia.

6. KESKEISTÄ LAINSÄÄDÄNTÖÄ

Raunion (2008, 20-25) mukaan suomalaisen palvelujärjestelmän keskeinen lähtökohta on julkisen vallan vastuu palvelujen järjestämisestä. Perustuslain säädös velvoittaa julkista valtaa, valtiota ja kuntia turvaamaan jokaiselle riittävät tai vähimmäistason mukaiset sosiaali- ja terveyspalvelut. Julkisen vallan velvollisuus riittävien palvelujen turvaamiseen koskee jokaista eli on universaali. Kunnat vastaavat käytännössä lakisääteisten palveluiden järjestämisestä. Nämä lakisääteiset palvelut selviävät taulukosta 4.

Taulukko 4. Keskeisiä kansalaisten hyvinvointia määrittäviä lakeja ja asetuksia (Ks.myös Liite 2).

Laki	Suositus/Velvoite
Perustuslaki (1999/73)	Ihmiset ovat yhdenvertaisia lain edessä. Ketään ei saa ilman hyväksyttävää perustetta asettaa eri asemaan sukupuolen, iän, alkuperän, kielen, uskonnon, vakaumuksen, mielipiteen, terveydentilan, vammaisuuden tai muun henkilöön liittyvän syyn perusteella.
Kansanterveyslaki (2005/928)	Kansanterveyslaissa määritellään yksilöön ja hänen elinympäristöönsä kohdistuvaa terveydenhoitoa ja yksilön sairaanhoitoa sekä niihin liittyvää toimintaa, jonka tarkoituksena on väestön terveydentilan ylläpitäminen ja edistäminen. Kansanterveystyöhön kuuluvina tehtävinä kunnan tulee järjestää kunnan asukkaiden sairaanhoito, johon luetaan lääkärin suorittama tutkimus ja hänen antamansa tai valvomansa hoito ja lääkinnällinen kuntoutus. Kunnan tehtävänä on huolehtia sairaanhoitoon kuuluvan lääkinnällisen kuntoutuksen järjestämisestä siltä osin kuin sitä ei ole säädetty kansaneläkelaitoksen tehtäväksi.
Kuntalaki (1995/365)	Kuntalaissa määritellään kunnan hallinnon järjestämistä sekä päätöksentekomenettelystä. kuntalaissa säädetään myös asukkaiden aloiteoikeudesta, kunnanvaltuuston tehtävistä sekä kunnanjohtajan asemasta.
Sosiaalihuoltolaki (1982/10)	Jokaisella, joka ei kykene hankkimaan ihmisarvoisen elämän edellyttämää turvaa, on oikeus välttämättö-

	<p>mään toimeentuloon ja huolenpitoon. Lailla taataan jokaiselle oikeus perustoimeentulon turvaan työttömyyden, sairauden, työkyvyttömyyden ja vanhuuden aikana sekä lapsen syntymän ja huoltajan menetyksen perusteella. Julkisen vallan on turvattava, sen mukaan kuin lailla tarkemmin säädetään, jokaiselle riittävät sosiaali- ja terveyspalvelut ja edistettävä väestön terveyttä. Julkisen vallan on myös tuettava perheen ja muiden lapsen huolenpidosta vastaavien mahdollisuuksia turvata lapsen hyvinvointi ja yksilöllinen kasvu. Julkisen vallan tehtävänä on edistää jokaisen oikeutta asuntoon ja tukea asumisen omatoimista järjestämistä.</p>
Potilaslaki (1992/785)	<p>Jokaisella Suomessa pysyvästi asuvalla henkilöllä on oikeus ilman syrjintää hänen terveydentilansa edellyttämään terveyden- ja sairaanhoitoon niiden voimavarojen rajoissa, jotka kulloinkin ovat terveydenhuollon käytettävissä. Suomessa tilapäisesti oleskelevien henkilöiden oikeudesta hoitoon on voimassa, mitä siitä erikseen säädetään tai valtioiden välillä vastavuoroisesti sovitaan.</p>
Terveydenhuoltolaki (5/2011)	<p>Uuden lain tarkoituksena on vahvistaa perusterveydenhuoltoa, hyvinvoinnin ja terveyden edistämistä sekä edistää terveyspalvelujen saatavuutta ja tehokasta tuottamista. Lailla halutaan myös varmistaa perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon tiivis yhteistyö ja asiakaskeskeisyys.</p> <p>Uudistuksen yhteydessä arvioidaan myös terveydenhuollon ja sosiaalihuollon yhteisiä rakenteita. Erillisellä lailla mahdollistetaan määräaikainen kokeilu, jossa kunnasta tai kuntayhtymästä muodostuva sosiaali- ja terveystoimialue vastaisi sosiaalipalveluista, perusterveydenhuollosta ja perustason erikoissairaanhoidosta.</p>
Erityishuoltolaki (1977/519,1996/1369)	<p>Laissa säädetään erityishuollon antamisesta henkilölle, jonka kehitys tai henkinen toiminta on estynyt tai häiriintynyt synnynnäisen tai kehitysiässä saadun sairauden, vian tai vamman vuoksi ja joka ei muun lain nojalla voi saada tarvitsemiaan palveluksia.</p> <p>Erityishuollon tarkoituksena on edistää 1 momentissa tarkoitettujen henkilöiden suoriutumista päivittäisistä toiminnoista, hänen omintakeista toimeentuloaan ja sopeutumistaan yhteiskuntaan sekä turvata hänen tarvitsemansa hoito ja muu huolenpito.</p>
Hoitotakuulaki (2005)	<p>Hoitotakuun tavoitteena on, että ihmiset saavat hoitoa tasapuolisesti asuinpaikasta riippumatta. Laissa on säädetty, missä ajassa kuntalaisen on viimeistään</p>

	päästävä lääketieteellisesti tarpeelliseksi todettuun kiirettömään hoitoon.
Neuvola- kouluterveydenhuoltoasetus (2009)	Asetuksessa määritellään neuvola-, koulu- ja opiskeluterveydenhuollon tarkastuskertojen lisääntyminen ja tarkastussisältöjen laajentuminen sekä niiden mukaisen monipuolisen terveysneuvonnan järjestäminen. Asetus painottaa erityistuen tarpeessa olevien henkilöiden tunnistamista, tuen arvioimista ja järjestämistä moniammatillisesti.
Työterveydensuojelulaki (1994/763)	Lain tarkoituksena on parantaa työympäristöä ja työolosuhteita työntekijöiden työkyvyn turvaamiseksi ja ylläpitämiseksi sekä ennalta ehkäistä ja torjua työtapa- turmia, ammattitauteja ja muita työstä ja työympäristöstä johtuvia työntekijöiden fyysisen ja henkisen terveyden, jäljempänä terveys, haittoja.
Mielenterveyslaki (1990/1062)	Mielenterveystyöllä tarkoitetaan yksilön psyykkisen hyvinvoinnin, toimintakyvyn ja persoonallisuuden kasvun edistämistä sekä mielisairauksien ja muiden mielenterveydenhäiriöiden ehkäisemistä, parantamista ja lievittämistä. Mielenterveystyöhön kuuluvat mielisairauksia ja muita mielenterveydenhäiriöitä poteville henkilöille heidän lääketieteellisin perustein arvioitavan sairautensa tai häiriönsä vuoksi annettavat sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut (mielenterveyspalvelut). Mielenterveystyöhön kuuluu myös väestön elinolosuhteiden kehittäminen siten, että elinolosuhteet ehkäisevät ennalta mielenterveydenhäiriöiden syntyä, edistävät mielenterveystyötä ja tukevat mielenterveyspalvelujen järjestämistä.
Erikoissairaanhoitolaki (1989/ 1062)	Erikoissairaanhoidon laissa määritellään lääketieteen ja hammaslääketieteen erikoisalojen mukaisia sairauden ehkäisyyn, tutkimiseen, hoitoon, lääkinnälliseen pelastustoimintaan sekä lääkinnälliseen kuntoutukseen kuuluvia terveydenhuollon palveluja. Lääkinnälliseen kuntoutukseen luetaan kuntouttavien hoitotoimenpiteiden lisäksi kuuluvaksi neuvonta, kuntoutustarvetta ja mahdollisuuksia selvittävä tutkimus, apuvälinehuolto sekä sopeutumisvalmennus- ja ohjaustoiminta ja muut näihin rinnastettavat toiminnot siltä osin kuin kuntoutusta ei ole säädetty kansaneläkelaitoksen tehtäviksi.

Sosiaali- ja terveydenhuoltoa koskevassa lainsäädännössä voidaan erottaa keskeiset yleislait sekä tiettyjä aloja erikseen säätelevät erityislait. Sosiaali- ja terveyspalvelut pyritään järjestä-

mään ensisijaisesti yleislakien nojalla. Niillä henkilöillä, jotka eivät saa yleislakien perusteella riittäviä palveluja, on oikeus erityislaeissa säädettyihin palveluihin.

Erityislakeja on säädetty joidenkin ryhmien, kuten mielenterveys- ja päihdeongelmaisten, aseman turvaamista ajatellen. Sen sijaan esimerkiksi vanhustenhuoltoa koskevia erillisiä säännöksiä ei ole, vaan heidän palvelunsa järjestetään osana yleisiä sosiaali- ja terveyspalveluja. Esimerkiksi ikäihmisille kotona annettavan hoidon järjestämisestä säädetään useassa eri sosiaali- ja terveydenhuollon laissa ja asetuksessa.

Sosiaalihuollon puolella yleislakeja ovat sosiaalihuoltolaki sekä vuonna 2001 voimaan tullut laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista. Sosiaalihuoltolaissa säädetään kaikkia sosiaalipalveluja yhteisesti koskevista periaatteista sekä siitä, miten niin sanotut yleiset sosiaalipalvelut tulee järjestää. Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista määrittelee keskeiset menettelytavat asiakastyössä ja tietosuojakysymyksissä.

Erikseen on säädetty siitä, kuinka järjestetään lasten ja nuorten huolto, lasten päivähoito, päihdehuolto, kehitysvammaisten erityishuolto, vammaispalvelut- ja tukitoimet, omaishoidon tuki ja perhehoito. Erilliset lait on säädetty myös niiden tehtävien järjestämisestä, jotka kuuluvat lastenvalvojalle, isyyden selvittämiseen ja vahvistamiseen, elatusavun turvaamiseen, ottolapsineuvontaan, perheasioiden sovitteluun sekä lapsen huoltoon tai tapaamisoikeutta koskevan päätöksen täytäntöönpanossa toimitettavaan sovitteluun. Syyskuussa 2001 tuli voimaan myös uusi laki kuntouttavasta työtoiminnasta.

Terveydenhuollon puolella yleislakeja ovat kansanterveyslaki ja erikoissairaanhoidtolaki. Näissä säädetään yleisesti kunnan velvollisuudesta järjestää terveyden- ja sairaanhoitopalveluja ja niihin liittyvää toimintaa. Terveyspalvelujen käyttäjien asemaa säätelee laki potilaan asemasta ja oikeuksista. Erikseen on säädetty muun muassa työterveyshuollosta, mielenterveyspalveluista, terveydensuojelusta sekä tartuntatautien ehkäisystä ja hoidosta.

Toukokuussa 2011 voimaan tulevan terveydenhuoltolain tarkoituksena on parantaa terveyskeskusten palvelua. Lain mukaan potilaat voivat itse valita terveysaseman oman kunnan tai yhteistoiminta-alueen sisällä. Ilmoitus terveysaseman valinnasta on tehtävä kolme viikkoa ennen ensimmäistä käyntiä sekä uudelle että vanhalle terveysasemalle. Potilas voi kerrallaan valita vain yhden terveysaseman ja yhden kerran vuodessa. Lain mukaan vuonna 2014 terveysaseman voi valita myös oman kuntansa ulkopuolelta ja lisäksi hoitoa antavan

erikoissairaanhoidon yksikön voi valita valtakunnallisesti. Terveyskeskuspalveluja voidaan siten käyttää myös kotikunnan ulkopuolella siellä missä oleillaan säännönmukaisesti. Kiireellisissä tapauksissa potilas voi edelleen käyttää minkä tahansa paikkakunnan terveyspalveluja. (Sosiaali- ja terveysministeriö.) Taulukossa 5. on eriteltyä sosiaali- ja terveydenhuoltoa ohjaavat lakisäätiset palvelut.

Taulukko 5. Sosiaali- ja terveydenhuoltoa ohjaavat lakisäätiset palvelut.

Sosiaalipalvelut	Terveydenhuolto
Sosiaalityö	Terveysneuvonta
Kasvatus- ja perheneuvonta	Sairaanhoido ja kuntoutus
Kotipalvelut	Sairaankuljetus
Asumispalvelut	Kouluterveydenhuolto
Laitoshuolto	Opiskelijaterveydenhuolto
Perhehoito	Seulonmat
Omaishoidon tuki	Erikoissairaanhoido
Lasten ja nuorten huolto	Työterveydenhuolto
Lasten päivähoito	Ympäristöterveydenhuolto
Päihdehuolto	Mielenterveyspalvelu
Kehitysvammaisten erityishuolto	
Vammaisuuden perusteella järjestettävät palvelut ja tukitoimet	
Kuntouttava työtoiminta	

Perusterveydenhuollon palveluja tuotetaan terveyskeskuksissa, työterveyshuollossa ja yksityisellä sektorilla. Palveluiden käytön tarpeenmukainen jakautuminen sosiaaliryhmien kesken näyttää edelleen heikkenevän, kun yksityisen sektorin osuus on viime vuosien aikana kasvanut. Sosiaalipalvelut ovat kunnan lakisääteisiä pakollisia tehtäviä. Kunta voi lähtökohtaisesti päättää, missä laajuudessa se eri sosiaalipalveluja järjestää ja kuinka paljon se osoittaa voimavaroja tiettyihin palveluun (poikkeuksena subjektiiviset oikeudet). Sosiaalipalveluiden yleisestä järjestämistehtävästä on säädetty sosiaalihuoltolaissa. Toimeentulotuen myöntämisestä säädetään toimeentulotuesta annetussa laissa. Kansanterveystyöhön kuuluvat terveyspalvelut ovat kunnan lakisääteisiä pakollisia tehtäviä. Kunnan terveyspalvelujen järjestämisvastuu on säädetty lähinnä kansanterveyslaissa, erikoissairaanhoidolaissa ja mielenterveyslaissa. Kunnan vastuu terveyspalveluista on laaja ja kattava.

Yksityinen terveydenhuoltojärjestelmä takaa työntekijöille hyvän palveluiden saatavuuden samoin kuin niille jotka käyttävät yksityissektorin palveluja. Työvoiman ulkopuolella olevien ja työttömien palvelujen yhdenvertaisen saatavuuden turvaamiseksi terveyskeskusten palveluja tulisi kehittää. Palveluiden käytön sosiaaliryhmien välisiin eroihin vaikuttavat erityisesti monikanavainen rahoitusjärjestelmä ja siihen kytkeytyvät maksupolitiikan erityisjärjestelyt. Tämä tarkoittaa suuria omavastuuosuuksia esimerkiksi erikoislääkäripalveluissa ja lääkehoidossa, sekä korkeita käyttäjämaksuja ja maksuluokkia. Asiakkaan näkökulmasta terveydenhuollon yleinen ongelma on järjestelmän monimutkaisuus, joka vaikeuttaa palvelujen käyttöä. Tähän liittyy myös terveydenhuollon sektorin eri toimijoiden välisen yhteistyön puute. (Stakes 2006.)

7. KESKEISIÄ KANSALLISIA KEHITTÄMISHANKKEITA JA KEMILÄISTEN HYVINVOINTIA KOSKEVIA TUTKIMUKSIA

Väestön terveyttä ja hyvinvointia edistetään ja ongelmia ehkäistään parhaiten silloin kun päätösten vaikutukset ja sosiaaliset seuraukset otetaan huomioon kaikilla yhteiskunnan tasoilla sekä sektoreilla. Kunta- ja palvelurakennemuutoksesta annetun lain (169/2007) mukaan uusien rakenteiden luominen antaa kunnille mahdollisuuden vahvistaa sekä sosiaali- ja terveydenhuollon toteuttamaa että eri hallinnonalojen välisenä yhteistyönä suoritettavaa terveyden- ja hyvinvoinnin edistämistä. Sosiaali- ja terveyspalvelujen uusista järjestelyistä huolimatta kunnan tehtävänä on kuitenkin väestön hyvinvoinnista ja terveydestä huolehtiminen.

Terveyden ja hyvinvoinnin edistämisen tulisi kattaa laaja-alaisesti terveyttä edistävän yhteiskuntapolitiikan ja elinympäristön, eri sektoreiden yhteistyön, väestön osallisuuden, terveyden ja hyvinvoinnin edistämiseen liittyvän tiedon ja osaamisen, terveys- ja sosiaalipalvelut sekä tulosten seurannan ja arvioinnin. (Ks. taulukko 6.) Laaja-alaista toimintaperiaatetta toteuttavat muun muassa Terveys 2015- ohjelma, terveyden edistämisen politiikkaohjelma sekä kansallinen terveysterojen kaventamisen toimintaohjelma. Kaste-ohjelma sekä terveyden edistämisen laatusuositukset vahvistavat terveyden ja hyvinvoinnin edistämiseen liittyvää osaamista. Mielenterveyden kehittämistä tavoittelee muun muassa mielenterveys- ja päihdesuunnitelma Mieli -2009. (Sosiaali- ja terveystietokertomus 2010, 41- 42.)

Taulukko 6. Keskeisiä kansalaisten hyvinvointia määrittäviä kansallisia kehittämishankkeita suhteessa hankkeeseemme vuosina 2000- 2015.

Hanke	Tavoite
KASTE 2008-2011	Osallisuuden lisääminen, syrjäytymisen väheneminen hyvinvoinnin ja terveyden lisääminen, hyvinvoinnin ja terveyden erojen kaventaminen, palvelujen laadun, vaikuttavuuden ja saatavuuden parantaminen, alueellisten erojen kapeneminen.
PARAS -puitelaki 2007-2012	Takaa suomalaisille yhtenäiset sosiaali- ja terveystalvet, vahvistaa kunta- ja palvelurakennetta, edistää uusia palvelujen tuotantotapoja ja organisointia, uudistaa kuntien rahoitus- ja valtionosuusjärjestelmiä, tarkistaa kuntien ja valtion välistä tehtäväjakoja siten, että kuntien vastuulla olevien palvelujen järjestämiseen ja tuottamiseen
TEROKA-2010	Koota ja julkaista tutkimustietoa terveyseroista ja niiden kehityssuunnista, vahvistaa terveyserojen kaventumista edistävää politiikkaa, arvioida ja kehittää yhteistyökumppaniensa kanssa terveyserojen kaventamiseen tähtäviä alueellisia, valtakunnallisia ja paikallisia toimintamalleja, edistää terveysvaikutusten arvioinnin käyttöä terveyseroja ehkäisevän terveys- ja sosiaalipolitiikan välineenä
PAKASTE 2009-2011	Hanke on osa perusterveydenhuollon kehittämistä ja Pohjois-Suomen monialaiset sosiaali- ja terveystalvet toimintamallit -hanketta. Perusterveydenhuollon kehittäminen kohdistuu vastaanotto-, päivystys- ja neuvolatoiminnan prosessien ja rakenteiden kehittämiseen. Tavoitteena on kehittää yhteistyötä myös sosiaalitoimen, erikoissairaanhoidon ja alueen oppilaitosten kanssa moniammatillisten kehittäjätiimien avulla.

Kaste-ohjelmassa määritellään sosiaali- ja terveystalvet yleiset kehittämistavoitteet ja toimenpiteet vuosille 2008-2011. Kaste - hankkeen päätavoitteena on lisätä osallisuutta ja vähentää syrjäytymistä, lisätä terveyttä ja hyvinvointia sekä parantaa palveluiden laatua, vaikuttavuutta, saatavuutta ja lisäksi pyritään kaventamaan alueellisia eroja. Tavoitteisiin pyritään pääsemään muun muassa ongelmia ennalta ehkäisemällä ja niihin puuttumisella mahdollisimman varhain ja varmistamalla alan henkilöstön osaaminen ja riittävyys lisäksi hankkeen kautta pyritään luomaan sosiaali- ja terveystalvet ehyet palvelukokonaisuudet ja

hyvät toimintamallit.

Kunta- ja palvelurakenteen uudistuksen tavoitteena on taata kaikille suomalaisille yhdenvertaiset sosiaali- ja terveystalvet. Tämä vaatii toimivaa ja eheää kuntarakennetta, palvelurakenteiden vahvistamista ja palveluiden järjestämistä nykyistä laajemmalla väestöpohjalla, kuntien välistä yhteistyötä ja uusia toimintatapoja. Tähän tarpeeseen perustuu niin sanottu Paras-puitelaki, joka tuli voimaan helmikuussa 2007. Uudistus vahvistaa kunta- ja palvelurakennetta, edistää uusia palvelujen tuotantotapoja ja organisointia, uudistaa kuntien rahoitus- ja valtionosuusjärjestelmiä sekä tarkistaa kuntien ja valtion välistä tehtäväjakoa siten, että kuntien vastuulla olevien palvelujen järjestämiseen ja tuottamiseen, sekä kuntien kehittämiseen on vahva rakenteellinen ja taloudellinen perusta tulevina vuosikymmeninä. Kunnat toteuttavat uudistuksen yhteistyössä valtion kanssa vuoden 2012 loppuun mennessä. (Valtiovarainministeriö 2008.)

TEROKA -hankkeella kehitetään toimintatapoja ja kootaan tietopohjaa Terveys 2015 -ohjelman terveyserojen kaventamistavoitteen saavuttamiseksi. Terveyserojen kaventaminen pyritään saamaan osaksi terveyden edistämistä sekä kansallisessa terveystalvitiikassa että paikallistason toiminnassa. Terveyserojen kaventaminen on keskeinen ja iso osa terveyden edistämistä ja ennaltaehkäisevää työtä, ja se kuuluu kaikille kunnille.

PaKaste -hanke on käynnistynyt 1.3.2009 ja päättyy 31.10.2011. Tavoitteena, että potilaan hoito ohjautuu oikeaan paikkaan omalääkäri ja omahoitajatoiminnan (työpari) tehostamisen myötä. Yhteistyössä ovat mukana neuvola, sosiaalitoimi ja suun terveydenhuolto. Hankkeen tavoitteena on myös käynnistää ja lisätä sosiaali- ja terveydenhuollon moniammatillista yhteistyötä, jota tuetaan yhteisillä palvelusuunnitelmilla ja asiakas- ja palveluprosessien mallinnuksilla. Terveystalvkeskuksen vastaanoton kehittämistä on selkiytetty osallisille lääkärin ja hoitajien palaverissa. Kehittämistyössä keskeisiä muutostalvkohteita ovat omahoitajalääkäriyöpari- toiminnan käynnistäminen, sairaanhoitajavastaanottojen selkiyttäminen, asiantuntijahoitajien tehtävänkuvien selkiyttäminen, tiimien muodostaminen ja päivystystoiminnan muuttuminen omana työnä järjestettäväksi. Näiden toteutumiseen vaikuttavat oleellisesti puhelinpalveluja uudelleen organisointi, osaamisen varmistaminen, tilaratkaisut ja yhteistyö sidosryhmien kanssa. Taustavaikuttajina ovat yksilöiden ja työyhteisön

arvot sekä vastuut ja velvollisuudet. Jatkossa on tarkoitus selvittää potilaiden ohjautuminen omahoitajille, muokataan yhtenäisiä käytänteitä potilasohjaukseen, hoidon tarpeen määrittelyyn ja toimenpiteisiin sekä sairaanhoitajavastaanotoille. Lisäksi omahoitaja-lääkäri työparin ja asiantuntijahoitajien työnjakoa sekä hoitopolkuja pyritään selkiyttämään. Nämä keskeiset kehittämishankkeet ovat ohjanneet myös kemiläisten hyvinvoinnin lisäämistä. Kemissä on kehitetty esimerkiksi terveyskeskusten vastaanottotoimintaa yhtenäistämällä käytäntöjä. Vastaanottotoiminta on keskitetty yhteen paikkaan ja lääkäri- omahoitajamallia toteutettu. Myös sosiaalityön palvelukokonaisuuksia ja tiimityötä on kehitetty parityöskentelyn keinoin. Seutuyhteistyön voimistumiseksi ja verkostoitumiseksi seutuyhteistyömuotoja on kehitetty seudullisina palveluina yhteispäivystyksen ja sosiaalipäivystyksen keinoin.

Taulukossa 7. on koottuna kemiläisten hyvinvointia koskevia tutkimuksia suosituksineen, jotka sisältävät jo aikaisemmin tehtyjä tutkimuksia ja katsauksia koskien koko Lappia mutta tarkastelee lähemmin myös Kemi- Tornio seutukunnan hyvinvoinnin tilaa.

Taulukko 7. Keskeisiä kemiläisten hyvinvointia koskevia tutkimuksia

Tutkimus	Keskeiset tutkimustulokset suosituksineen
Näyhä, Simo & Hassi, Juhani (toim.) 2001. Kemin terveystarkastus. Oulun aluetyöterveyslaitoksen raportteja 10. Oulu.	Kemin terveystarkastuksessa on todettu Kemin elinoloissa epäedullisia piirteitä. Mutta kuitenkin on todettava, että useat terveysbarometrit ja kyselyt antavat viitteitä siitä, että Kemin terveystilanne voi tulevaisuudessa kehittyä myönteiseen suuntaan.
Savikuja, Jari & Tissari, Jukka 2004. Kemi-Tornion seutukunnan hyvinvoinnin tila. Humanet – Kemi-Tornion seutukunnan hyvinvointipalvelujen osaamisverkosto, Hyvinvointiosaamisen kehittäminen - projekti. Kemi.	Seutukunnan hyvinvointibarometrin erityinen piirre on siinä, että aineisto sisältää kuntalaiskyselyn, asiantuntijakyselyn ja tilastollisen tarkastelun. Asiantuntijoiden mukaan seutukunnan pahimpana uhkakuvana nähdään väestönkehitys ja työllisyys. Kuntalaiset olivat tyytyväisiä alueen asunnon sijaintiin, asumisväljyyteen sekä asunalueen rauhallisuuteen.
Näyhä, Simo & Laakso, Mauri (toim.) 2005. Lapin terveystarkastus. Oulun yliopisto, Kansanterveystieteen ja yleislääketieteen laitos. Sarja: Kansanterveystiede. Tutkimus3/2005. URL: http://kelo.oulu.tutkimus/Lapin_terveyskat_saus/ .	Terveystarkastus, joka käsittelee riittävästi myös paikallisia ongelmia, on merkitystä ennen kaikkea terveydenhuollon suunnittelun kannalta. Terveydenhuollon toiminnan täytyy perustua paitsi valtakunnallisiin, alueellisiin ja myös paikallisiin tietoihin väestön terveydentilasta.
Saari, Erkki & Viinamäki, Leena 2006. Kemi-Tornion seutukunnan hyvinvointibarometri 2005. Kemi-Tornion ammattikorkeakoulun julkaisuja Sarja A. raportteja ja tutkimuksia 4/2006. Kemi. URL: http://www.tokem.fi/kirjasto/tiedostot/Saari_Viinamäki_4_2006.pdf .	Hyvinvointibarometrin mukaan seutukunnan väestö on vähentynyt ja vanhentunut ja sen sairastavuus on lisääntynyt, huoltosuhde noussut ja koulutustaso pysynyt niin Lapin lääniä kuin koko maata matalampana. Nettokustannukset ovat nousseet. Hyvinvointibarometri 2005 mukaan Kemi-Tornion seutukuntaa verratessa Lapin maakuntaan ja koko maahan, näyttää se varsinkin omalaa-tuiselta alueelta niin bruttokansatuotteensa, kou-lutus- ja työmarkkinoittensa, demografisen väes-törakenteensa kuin väestön koulutustasonsa osal-ta. Seutukunnan väestö on vähentynyt ja vanhentunut ja sen sairastavuus on lisääntynyt

Terveystarkastuksen mukaan Kemin elinoloissa on tunnistettavissa sairastavuuden kannalta epäedullisia piirteitä. Kemiläisten terveys on ollut viime vuosikymmeninä huonompi kuin suomalaisten keskimäärin. Tämä arvio perustuu sairauksien ja vammojen aiheuttamaan kuolleisuuteen, työkyvyttömyyteen ja tapaturmiin sekä osaksi eräiden syöpätautien

ilmaantuvuuteen. Kemissä poikkeavan yleisiä kuolinsyitä ovat tapaturmat, miesten itsemurhat, vanhusten keuhkokuume ja 1990-luvulla naisten rintasyöpä. Kemin poikkeavan terveysprofiilin syitä ei suoranaisesti voitu selvittää. Työikäisille suoritetussa terveystarkastuksessa kuitenkin todettiin, että tupakointi on Kemissä yleisempää kuin muualla maassa, muilta osin kemiläisten elintavat, kuten esimerkiksi alkoholinkäyttö eivät olleet poikkeavia. Lisäksi terveystarkastuksessa on todettu, ettei kemiläisten ruokailutottumukset eivät ole poikkeavan huonot, kemiläiset liikkuvat vapaa-aikana suhteellisen paljon, eivätkä kemiläiset myöskään ole lihavampia kuin muut suomalaiset.

Kemi-Tornion seutukunnan hyvinvointibarometrissa (2005) hyvinvoinnin osa-alueiksi valittiin; terveys, toimeentulo, asunto- ja asuinalue, palvelut, sosiaalinen aktiivisuus, vapaa-aika, turvallisuus ja aluekehitys- ja identiteetti. Tietoa kerättiin analysoitavaksi kyselyillä, jotka tehtiin kuntalaisille, johtaville viranhaltijoille sekä kerättiin tilastotietoa. Tutkimustulosten mukaan (91 %) kemiläisistä koki elämäntilanteensa tyytyväiseksi, näkemys työllisyyteen oli varovaista. Terveyspalveluiden saatavuuden katsottiin olevan vaikeaa. Vastaavasti asiantuntijoiden näkemyksen mukaan alueen työttömyydellä ja nettomuuttotappiolla on vaikutuksensa. Huomioitava tulos tutkimuksessa oli, että kuntalaiset kokivat, ettei heillä ole vaikutusmahdollisuuksia omaan hyvinvointiinsa nähden. Hyvinvoinnin kehityksen kannalta tulisi huomioida eriarvoistumisen mahdollinen voimistuminen. Kuten hyvinvointibarometrissa asiantuntijat ovat ennakoineet, että jos heikkenevä palveluiden kehitys jatkuu, olisi syytä miettiä keskustelufoorumeja ja muita vastaavia menetelmiä, jotta kuntalaisetkin olisivat tietoisia päätösten perusteista. Päättäjien pyrkimykset turvata kuntalaisten hyvinvointia voi jäädä kuntalaisilta vaille huomioita, jos he kokevat vaikutusmahdollisuudet heikoiksi. Hyvinvointiselvityksessä on todettu, että kuntalaisten ja alueen hyvinvoinnin kannalta olisi merkittävää työpaikkojen lisääntyminen alueen elinkeinorakenteen monipuolistumisen myötä. Seutukunnan nettomuuttotappiot ja työttömyys ovat alentuneet viimeisten vuosien aikana. Tämä osaltaan näkyy myös toimeentulotukiasiakkaiden määrän laskemisessa Kemissä, Keminmaassa ja Torniossa. Sosiaali- ja terveyspalveluista kuntalaiset tunsivat tyytyväisyyttä erityisesti perheille kohdennetuista palveluista kuten äitiys- ja lastenneuvolaan sekä lasten päivähoitoon. Vastaavasti tyytymättömyyttä ilmeni eniten lääkärin päivystyspalveluihin, päihdehuoltoon, sosiaalitoimiston- ja vammaispalveluihin.

Hyvinvointibarometrin 2005 mukaan Kemi-Tornion seutukuntaa verratessa Lapin maakuntaan ja koko maahan, näyttää se varsin omalaatuiselta alueelta niin bruttokansatuotteensa, koulutus- ja työmarkkinoittensa, demografisen väestörakenteensa kuin väestön koulutustasonsa osalta. Seutukunnan väestö on vähentynyt ja vanhentunut ja sen sairastavuus on lisääntynyt, huoltosuhde noussut ja koulutustaso pysynyt niin Lapin lääniä kuin koko maata matalampana. Seutukunnan ja sen muodostavien kuntien käyttötalouden nettokustannukset sekä sosiaali- ja terveystoimen nettokustannukset ovat nousseet. Hyvinvointibarometrin kuntalaiskyselyyn vastanneet seutukuntalaiset olivat varsin tyytyväisiä nykyiseen elämäntilanteeseensa, yleiseen elintasoonsa sekä fyysiseen ja psyykkiseen terveydentilaansa ja suhtautuvat luottavaisesti tulevaan taloudelliseen ja työllisyystilanteeseensa. Asiantuntijat kantoivat huolta jo syrjäytyneiden tai syrjäytymisvaarassa olevien väestöryhmien hyvinvointipalveluiden toimivuudesta ja riittäväydestä sekä kunnallisissa sosiaali- ja terveystalouksissa tapahtuvista muutoksista. Lisäksi asiantuntijat olivat varsin huolestuneita työttömyyden, väestön vanhentumisesta sekä julkisten palveluiden rapautumisesta.

Edelleen hyvinvointibarometrin 2005 mukaan suurin osa kemiläisistä piti asuinolojaan vähintään tyydyttävänä ja vain muutamat ilmoittivat kokeneensa turvattomuutta asuinalueellaan. Myös yksinäisyyskokemukset olivat heidän keskuudessaan verraten harvinaisia. Huomioitava seikka oli kuntalaisten kokemukset omiin vaikuttamismahdollisuuksiinsa, joihin varsin moni oli varsin tyytymätön. Moni koki tyytymättömyyttä myös sosiaali- ja terveystalouksista tiedottamiseen ja neuvontaan sekä lääkärin vastaanotolla käyntiin.

Hyvinvointibarometrin laatimisessa onnistumisen keskeisenä reunaehtona tuotiin esille, miten seutukunnan hyvinvointipalveluja tuottavat ja hyvinvoinnin kannalta tärkeät toimijat pystyvät hyödyntämään barometrin tuloksia. Tämän vuoksi olisi ennen mahdollista seuraavan barometrin laatimiseen ryhtymistä syytä kartoittaa, kuinka on hyödynnetty kahden ensimmäisen barometrin tuloksia.

Lapin terveystalouden tarkoituksena oli muodostaa Lapin väestön terveydestä ja taustatekijöistä kokonaisvaltainen kuva käytettävissä olevien tietojen perusteella. Alueellisella terveystaloudella, joka käsittelee riittävästi myös paikallisia ongelmia, on merkitystä ennen kaikkea

terveydenhuollon suunnittelun kannalta. Terveystieteiden toiminnan täytyy perustua paitsi valtakunnallisiin, alueellisiin ja myös paikallisiin tietoihin väestön terveydentilasta. Siten on mahdollista seurata sairauksien ehkäisyn ja hoidon sekä terveyden edistämistoimien vaikutuksia väestötasolla. Väestön terveyden perustekijöinä ovat elinolot, jotka kuvastuvat myös muutoliikkeenä ja väestömäärän muutoksina. Terveyskatsauksen mukaan väestömuutokset ovat valikoivia, niillä on merkitystä myös sairastavuuden kannalta. Tapaturmakuolleisuus ja itsemurhat ovat olleet Lapissa maan keskitasoa yleisempiä, mutta huomioitavaa on että Lapin kuntien välillä on suuria kuolleisuuseroja. Kuolleisuusluvut ovat suurimmat Keski-Lapin kunnissa ja Kemissä. Lapin terveystieteiden tutkimuksessa todettiin, että lappilaisten terveys on viime vuosikymmeninä ollut maan keskitasoa huonompi. Tärkein yksittäinen terveysongelma Lapissa on sepelvaltimotauti, joka on vähentynyt Lapissa keskimääräistä hitaammin. Lapin terveystieteiden tutkimuksen mukaan ruokailutottumukset ovat samankaltaiset kuin koko maassa ja alkoholin käyttö ei poikkea muihin alueisiin nähden. Tutkimuksessa esitetty kuva kemiläisten terveystilanteesta ei ole yksinomaan negatiivinen. Kuolleisuus on pitkällä aikavälillä vähentynyt ja elinikä pidentynyt.

Vaikkakin kemiläisten terveys on kohentunut viime vuosikymmenien aikana, kuitenkin tilastojen takana on paljon inhimillistä kärsimystä, kuten esimerkiksi väkivaltakuolemia, itsemurhia sekä viinanjuonnin vuoksi ennen aikaiset kuolemat. Vaikka Pohjolan Sanomien ja Kalevan lehtiartikkelien mukaan kemiläiset käyttävät runsaasti alkoholia, ei sen käyttö tutkimusten mukaan ollut poikkeavaa muuhun maahan verrattuna.

Taulukossa 8. on keskeisimpiä kemiläisten hyvinvointia koskevia alueellisia sosiaali- ja terveydenhuollon strategioita, jotka edistävät asukkaiden hyvinvointia ja terveyttä laadukkailla palveluilla.

Taulukko 8. Keskeisiä kemiläisten hyvinvointia koskevia alueellisia sosiaali- ja terveydenhuollon strategioita.

Strategia	Tavoite
Sosiaali- ja terveysterveyspalvelukeskus toiminnalliset tavoitteet 2010 - 2013	Sosiaali- ja terveystoimi edistää asukkaiden hyvinvointia ja terveyttä laadukkailla, monipuolisilla ja kustannustehokkailla palveluilla
Vanhustyön laadun kehittäminen ja palvelujärjestelmän monipuolistaminen	Luoda perusta vanhustyön itse arvioinnille. Tuotoksena kehitettävä materiaalia, välineistö Kaikkiin vanhustyön muotoihin; palveluiden saatavuuden parantaminen ja laatukäsikirja

Sosiaali- ja terveysterveyspalvelukeskuksen toiminnallisten tavoitteiden 2010-2013 mukaan sosiaali- ja terveystoimen tavoitteena on edistää asukkaiden hyvinvointia ja terveyttä laadukkailla, monipuolisilla ja kustannustehokkailla palveluilla. Vanhustyön laadun kehittämisen ja palvelujärjestelmän monipuolistamisen tavoitteena on luoda perusta vanhustyön itsearvioinnille, jonka tuotoksena olisi kehitettävä materiaalia, välineistöä kaikkiin vanhustyön muotoihin, jotka parantaisivat palveluiden saatavuutta sekä tuottaisi laatukäsikirjan. Sosiaali- ja terveystoimen tavoitteet ovat tärkeässä suhteessa kehittämishankkeeseemme.

Vanhustyön laadun kehittämiseksi sekä palvelujärjestelmän monipuolistamiseksi tehtiin terveysterveys- ja vanhusterveyspalveluiden toimintasuunnitelma vuosille 2005-2008 palvelujohtajan sekä vammais- ja terveysterveyspalveluiden toimesta. Sosiaali- ja terveysterveyspalvelukeskus vastasi osaltaan laadukkaiden sosiaali- ja terveysterveyspalveluiden tarjonnan lisäksi vetovoimaisuuden lisäämisestä sekä poikkihallinnollisen terveydenedistämistä.

Taulukossa 9. on keskeisiä kemiläisten hyvinvointia koskevia sosiaali- ja terveydenhuollon strategioita.

Taulukko 9. Keskeisiä kemiläisten hyvinvointia koskevia paikallisia Kemlin kaupungin strategioita.

Strategia	Tavoite
Kemin vastaanottotoiminnan kehittämishanke 2005- 2006	Vastaanottotoiminnan työkäytäntöjen yhtenäistäminen, prosessikuvausten laatiminen
Perusterveydenhuollon kehittämishanke / loppuraportti 2007	Parantaa kemiläisten hoidon saatavuutta ja jatkuvuutta perusterveydenhuollossa
Mielenterveyspalveluiden kehittämissuunnitelma 2001 - 2010	Kokonaisvaltaisen mielenterveyspalveluiden kehittäminen: Mieko-työryhmä, moniammatillinen verkostotyön kehittäminen
Nuorten huumehoidon kehittämishanke 2002-2004	Madaltaa nuorten hoitoon hakeutumisen kynnystä ja lisäresurssien saaminen A-klinikalle, varhainen puuttuminen - tietoisuus nuorten päihdetyön tietoisuudesta
Kemin hyvinvointineuvola väliraportti 2005	Oppilashuollon toimintamallien kehittäminen -> oppilashuoltoryhmän toiminta
Vanhustyön palvelujen kehittämissuunnitelma vuosille 2001 -2015	<p>Palveluja tuotetaan tasapuolisesti, noudatetaan asiakkaan valinnan vapauden, kunnioittamisen ja hyvän kohtelun periaatetta. Palveluita tuotetaan sekä omana toimintana että ostopalveluna.</p> <p>Tukea iäkkäiden itsenäistä kotona selviytymistä mahdollisimman pitkään kotiin tarjottavien, riittävien, monipuolisten ja laadukkaiden palvelujen turvin. Omaishoitajien työtä tuetaan ja kotihoitoa kehitetään.</p>
Kemin kaupungin strategia 2011	Laadukkaiden palvelujen kaupunki, kohti työllisyyden ja talouden tasapainoa, vireä, suvaitsevainen ja monikulttuurinen kaupunkikeskus, Barentsin alueen liikennevirrat kohtaavat Kemissä

Lasten ja nuorten hyvinvointisuunnitelma 2009	<p>Kehittää lastensuojelua vastaamaan paremmin kunnassa asuvien lasten ja nuorten tarpeita, sekä tukemaan vanhempia, huoltajia ja muita lapsen hoidosta ja kasvatuksesta vastaavia henkilöitä lasten hoidossa ja kasvatuksessa.</p> <p>Kunnan tai useamman kunnan on laadittava lasten ja nuorten hyvinvoinnin edistämisen ja lastensuojelun järjestämiseksi ja kehittämiseksi. Tarkoituksena ohjata, johtaa ja kehittää lasten ja nuorten hyvinvointityötä.</p>
Lähisuhde- ja perheväkivallan ehkäisyn paikallinen strategia 2010	<p>Johdon sitoutuminen perheväkivaltatyön mahdollistamiseen, riittävän yhteinen näkemys asiakkaan ja eri ammattilaisten kesken asiakkaan tilanteesta, omasta ja toisten ammattilaistahojen rooleista asiakkaan tukemiseksi ja auttamiseksi. Lähtökohtana STM ja kuntaliiton lähisuhde- ja perheväkivallan ehkäisyn suositukset.</p> <p>Länsi-Pohjan seudullinen asiantuntijatiimi.</p>

Kemin vastaanottotoiminnan kehittämishankkeen 2005-2006 mukaan tavoitteena on vastaanottotoiminnan työkäytäntöjen yhtenäistäminen sekä prosessikuvausten laatiminen. Perusterveydenhuollon kehittämishankkeen loppuraportin 2007 mukaan tavoitteena on parantaa kemiläisten hoidon saatavuutta ja jatkuvuutta perusterveydenhuollon puolella. Mielenterveyspalveluiden kehittämissuunnitelman 2001-2010 mukaan tavoitteena on kokonaisvaltaisen mielenterveyspalveluiden kehittäminen, jonka edistämiseksi perustettiin Mieko- työryhmä. Tavoitteena on myös moniammatillisen verkostotyön kehittäminen.

Nuorten huumehoidon kehittämishankkeen vuosille 2002-2004 tavoitteeksi oli määritelty madaltaa nuorten hoitoon hakeutumisen kynnystä ja saada lisäresurssia A- klinikalle. Tavoitteena on myös varhainen puuttuminen ja nuorten tietoisuuden lisääminen päihdetyön olemassaolosta.

Kemin hyvinvointineuvolan vuoden 2005 väliraportin mukaan tavoitteena on oppilashuollon toimintamallien kehittäminen oppilashuoltoryhmän toiminnan aloittamisen keinoin. Vanhustyön palvelujen kehittämissuunnitelmassa vuosille 2001-2015 tavoitteena on tuottaa

palveluja tasapuolisesti ja noudattaa asiakkaan valinnan vapautta, kunnioitusta ja hyvää kohtelua. Tavoitteena on myös tuottaa palveluja kunnan omana toimintana sekä ostopalveluna. Laadultaan hyvää asiakaslähtöistä palvelua riittävän resursoinnin avulla on myös asetettu yhdeksi tavoitteeksi vanhustyön kehittämissuunnitelmassa. Palveluja tulisi tarjota tarpeen pohjalta poissulkien asiakkaan tulotason luokituksen. Ikäihmisten kotona selviytymistä pyritään tukemaan mahdollisimman pitkään kotiin tarjottavien riittävien, monipuolisten ja laadukkaiden palvelujen turvin unohtamatta omaishoitajien työn tukemista.

Kotihoitoa pyritään kehittämään ja palvelujen kattavuudessa pyritään 30 %:iin 75 vuotta täyttäneiden ihmisten määrästä. Olemassa oleva kaupunkikonsernin rakennuskanta hyödynnetään portaittaisen palvelujärjestelmän suunnittelussa ja toteutuksessa. Vanhusten laitos- ja tehostetun palveluasumisen paikoissa tavoitetasona pidetään 12 % 75vuotta täyttäneiden määrästä. Vanhustyön palveluiden kehittämissuunnitelman mukaan tavoitteena on myös vanhustyön vakinaisen henkilökunnan määrän saattaminen riittävälle tasolle yhä laajenevan palvelukentän palvelutason- ja laadun sekä henkilöstön jaksamisen takaamiseksi.

Kemin kaupungin strategian vuoteen 2011 mukaan tavoitteena on saada Kemistä laadukkaiden palvelujen kaupunki, joka pyrkii kohti työllisyyden ja talouden tasapainoa. Kemin imagoon kuuluisi myös vireys, suvaitsevaisuus sekä monikulttuurisuus. Tavoitteena on myös Barentsin alueen liikennevirtojen kohtaaminen Kemissä.

Lasten- ja nuorten hyvinvointisuunnitelman 2009 mukaan tavoitteena on kehittää lastensuojelua niin, että se vastaa paremmin kunnassa asuvien lasten ja nuorten tarpeita sekä tukee vanhempia, huoltajia ja muita lapsen hoidosta ja kasvatuksesta vastaavia henkilöitä lasten hoidossa ja kasvatuksessa. Kunnan tai useamman kunnan on laadittava yhdessä suunnitelma lasten ja nuorten hyvinvoinnin edistämiseen sekä lastensuojelun järjestämiseksi ja kehittämiseksi. Hyvinvointisuunnitelman tarkoituksena on myös ohjata, johtaa ja kehittää lasten ja nuorten hyvinvointityötä.

Lähisuhde- ja perheväkivallan ehkäisyn paikallisen strategian 2010 mukaan tavoitteena on johdon sitouttaminen perheväkivaltatyön mahdollistamiseen. Tavoitteena on myös riittävän

yhteinen näkemys asiakkaan kanssa tilanteesta sekä eri ammattilaisten kesken asiakkaan tilanteesta, omasta ja toisten ammattirooleista käsin asiakkaan tukemiseksi ja auttamiseksi. Tavoitteena on pitkäjänteinen työskentely ja saada tietoa lähisuhde- ja perheväkivallan luonteesta. Perheväkivalta tulisi uskaltaa ottaa puheeksi ja puuttua siihen. Yhteistyön tulisi olla saumatonta ja lasten asema tulisi ottaa huomioon ja tuoda esille työskentelyssä. Tavoitteena on myös perheväkivalta asioissa vastuun jakaminen ja asian esillä pitäminen. Lähisuhde- ja perheväkivallan paikallisen strategian lähtökohtana ovat sosiaali- ja terveysministeriön sekä kuntaliiton lähisuhde- ja perheväkivallan ehkäisyyn suositukset. Länsi-Pohjan seudullinen asiantuntijatiimi on toiminut Kemissä vuodesta 2001 lähtien. Sen tavoitteena on toteuttaa sosiaali- ja terveysministeriön mukaan lähisuhde- ja perheväkivallan ehkäisyä sekä luoda seudullinen toimintamalli.

Taulukossa 10. on puolestaan kemiläisten hyvinvointia koskevia keskeisimpiä sosiaali- ja terveyspalveluiden strategioita.

Taulukko 10. Keskeisiä kemiläisten hyvinvointia koskevia Kemin kaupungin sosiaali- ja terveyspalveluiden strategioita.

Strategia	Tavoite
KASTE- ohjelma 2008-2011	Lisätä osallisuutta ja vähentää syrjäytymistä, lisätä terveyttä ja hyvinvointia sekä parantaa palveluiden laatua, vaikuttavuutta, saatavuutta ja kaventaa alueellisia eroja.
Länsi-Pohjan Terveyspiiri- selvitystyö	Sosiaali- ja terveyspalveluiden järjestämistä vastuu.
Lapin Seniori- ja vanhustyön kehittämishanke 1.3.2010 – 31.10.2010 (jatkohanke)	Tavoitteena on ikäihmisten oman toiminnan tukeminen hänen arjessaan ja osallisuuden tukeminen palveluprosesseissa sekä yhteistoiminnan kehittäminen ja verkostoitumisen vahvistaminen.
Neuvolatyön (äitiys- ja lastenneuvola) ja koulu- ja opiskeluterveydenhuollon kehittämisprojekti 2009	Edistää lapsen/lapsiperheiden/koululaisten/opiskelijoiden terveyttä ja hyvinvointia. Palveluiden taloudellinen ja tarkoituksenmukainen käyttö, päällekkäisyyksien välttäminen. Resurssien suuntaaminen väestön muuttuvien tarpeiden mukaan sekä eri yksiköiden yhteistyön kehittäminen.

Taulukko 10:ssä esitetyjen keskeisten kemiläisten hyvinvointia koskevien Kemin kaupungin

sosiaali- ja terveyspalveluiden strategioiden mukaan Kaste-ohjelman vuosille 2008-2011 tavoitteena on lisätä kaupunkilaisten osallisuutta ja vähentää syrjäytymistä sekä lisätä terveyttä ja hyvinvointia. palveluiden laatua, vaikuttavuutta, saatavuutta tulisi parantaa ja kaventaa palveluiden alueellisia eroja.

Länsi-Pohjan Terveyspiirin selvitystyön mukaan Kemin kaupungilla on sosiaali- ja terveyspalveluiden järjestämisvastuu. Lapin seniori- ja vanhustyön kehittämishankkeen (jatkohanke) tavoitteena on ikäihmisten oman toiminnan tukeminen hänen arjessaan ja osallisuuden tukeminen palveluprosesseissa sekä yhteistoiminnan kehittäminen ja verkostoitumisen vahvistaminen. Äitiys- ja lastenneuvolatyön sekä koulu- ja opiskelijaterveydenhuollon kehittämisprojektin 2009 mukaan tavoitteena on edistää lapsen, lapsiperheiden, koululaisten ja opiskelijoiden terveyttä ja hyvinvointia sekä palveluiden taloudellista ja tarkoituksenmukaista käyttöä välttämällä päällekkäistä työtä. Resursseja tulisi myös suunnata väestön muuttuvien tarpeiden mukaan sekä kehittää eri yksiköiden yhteistyötä.

Taulukko 11. kuvaa keskeisiä kemiläisten hyvinvointia koskevia esityksiä kaupungin valtuustolle/hallitukselle

Taulukko 11. Keskeisiä kemiläisten hyvinvointia koskevia Kemin kaupungin sosiaali- ja terveyslautakunnan esityksiä kaupungin valtuustolle/hallitukselle.

Esitys	Sisältö
Sateenkaari-hanke	Tavoitteena Kemi-Tornio seutukunnan vammaispalvelujen sosiaalityön, asumispalvelujen sekä työ- ja päivätoimintojen kehittäminen.
Seniori- ja vanhustyön kehittäminen	Lapin seniori- ja vanhustyön kehittämishankkeessa kerättiin tietoa Länsi-Pohjan kuntien vanhusväestön ikä sekä palvelurakenteen tilasta lisäksi hankkeessa luotiin ennusteita vuodelle 2020.
Kemin kaupungin lasten ja nuorten hyvinvointisuunnitelma	Uuden lastensuojelulain 12§ mukainen suunnitelma lasten ja nuorten hyvinvoinnin edistämiseksi sekä lastensuojelun järjestämiseksi.

Kemiläisten hyvinvointia koskevia kaupungin esityksistä Sateenkaari-hanke toteutettiin 1.1.2006–30.6.2008 välisenä aikana. Sateenkaari-hankkeen tavoitteena oli kehittää Kemi-Tornion seutukunnan vammaispalveluita. Vammaispalvelulain perusteella kunnan tulee järjestää määrärahasidonnaisia palveluja ja tukitoimia kuten esimerkiksi sopeutumisvalmennusta, kuntoutusohjausta sekä huolehtia kulukorvauksista, joita aiheutuu henkilökohtaisen avustajan palkkaamisesta, apuväline tai tarvittavista laitekustannuksista. Vaikeavammaisille on järjestettävä subjektiivisiin oikeuksiin kuuluvia palveluita. Subjektiivisiin oikeuksiin lukeutuu kohtuulliset kuljetuspalvelut ja niihin liittyvät sosiaalipalvelut, tulkkipalvelut, palveluasuminen, lisäksi vaikeavammaisella on oikeus saada korvauksia asunnonmuutostöistä ja asuntoon kuuluvien välineiden ja hankkimisesta aiheutuvista kohtuullisista kustannuksista. Vammaispalveluiden osalta hankkeen tavoitteena oli vammaispalvelulain ja kehitysvammaisten erityishuollosta annetun lain aiheuttamiin muutostarpeisiin vastaaminen seudullisella yhteistyöllä sekä hankkeen tavoitteena oli luoda Länsi-Pohjan vammaispalvelutyön toimintamalli, joka mahdollistaisi seudullisen sopimuksen vammaispalveluiden tuottamisesta. Sateenkaarihankkeessa kartoitettiin vammaispalveluiden nykytila ja asiakasmäärät kaikissa kunnissa ja tehtiin seudullisia sekä kuntakohtaisia suunnitelmia palveluiden kehittämiseksi. Länsi-Pohjan sateenkaarihankkeen esitykset olivat Kemi-Tornion seutukunnan vammaispalvelujen, sosiaalityön, asumispalvelujen sekä työ- ja päivätoimintojen kehittäminen sekä seudullisen vammaispalvelukeskuksen perustaminen.

Seni- ja vanhushankkeen myötä selvitettiin, että 75 vuotta täyttäneiden määrä tulee lisääntymään lähes 1450 henkilöllä vuoteen 2020 mennessä. Vuonna 2007 Kemissä oli määrällisesti eniten 75 vuotta täyttäneitä ja vastaavasti kotihoidossa oli henkilöstöä eniten. 75 vuotta täyttäneiden määrän ennustettu lisääntyminen tarkoittaa myös kotipalveluhenkilöstön lisätarvetta vuoteen 2020 mennessä. Hankkeen tuloksista on havaittavissa, että vuonna 2007 Länsi-Pohjan alueella olisi ollut henkilöstön resurssien lisäämistä kotihoidossa ja omaishoidon tuessa verrattuna valtakunnallisiin laatusuosituksen tavoitteisiin.

Uuden lastensuojelulain 12 § mukaisesti kunnan tai useamman kunnan on laadittava lasten ja nuorten hyvinvoinnin suunnitelma lastensuojelun järjestämiseksi, edistämiseksi sekä kehittämiseksi. Kemissä asetettiin työryhmä laatimaan lain veloitteen mukaisesti suunnitelmaa lastensuojelun järjestämisestä ja kehittämisestä. Perusteellisen suunnitelman laadinta vaati

työryhmältä enemmän aikaa ja tapaamiskertoja kuin oli arvioitu, joten aiemmin päätetty aikataulu suunnitelman laadinnalle osoittautui suunnitelman laajuus ja sen vaativuus huomioon ottaen epärealistiseksi. Sosiaali- ja terveyslautakunta myönsi työryhmälle lastensuojelusuunnitelman laadinnan aikataulumuutoksen. Suunnitelmassa tulee huomioida lasten ja nuorten kasvuolot ja hyvinvoinnin tila, hyvinvointia ennaltaehkäiseviä toimia ja palveluita. Suunnitelmassa tulee huomioida lastensuojelun tarpeet ja voimavarat sekä yhteistyön järjestämisestä eri viranomaisten kanssa.

Kemiläisten vanhusväestön, vammaisten ja lasten- ja nuorten hyvinvointia on edistetty erilaisten kaupungin omien seutukunnallisten kehittämissesitysten- ja hankkeiden kautta. Näiden kautta on varauduttu muun muassa vanhusväestön ikääntymisen tuomiin muutoksiin ja palvelutarpeisiin. Lastensuojelutyössä on huomioitu lapsilähtöinen työskentelymenetelmä. Esimerkiksi sijais- ja tukiperheitä koulutettiin lisää. Tällä tavoin tuettiin perheitä omassa roolissaan. Kemin kaupungin valtuusto on tehnyt päätöksiä sosiaali- ja terveyslautakunnan esityksistä, jotka selviävät taulukosta 12.

Taulukko 12. Keskeisiä kemiläisten hyvinvointia koskevia Kemin kaupungin valtuuston päätöksiä sosiaali- ja terveyslautakunnan esityksistä.

Päätös	Sisältö
Kemin kaupungin lähisuhde- ja perheväkivallan ehkäisyn paikallinen strategia	STM ja kuntaliitto julkaisivat vuonna 2008 Tunnista, turvaa ja toimi – lähisuhde- ja perheväkivallan ehkäisyn suositukset. Perheväkivallan interventioprojektissa 2004-2007 on laadittu Länsi-Pohjan lähisuhde- ja perheväkivallan seudulliset ja kuntakohtaiset toimintamallit, joita on hyödynnetty strategian laadinnassa.
Päihdetyön kokonaissuunnitelman päivitys 2010-2015	Päihdehuoltolain mukaan kunnan on huolehdittava siitä, että päihdehuolto järjestetään sisällöltään ja laajuudeltaan sellaiseksi kuin kunnassa esiintyvä tarve edellyttää.
Suunnitelma lastensuojelun järjestämisestä ja kehittämisestä	Lastensuojelulain 12 § mukaan kunnan on laadittava lasten ja nuorten hyvinvoinnin edistämiseksi ja lastensuojelun järjestämiseksi ja kehittämiseksi suunnitelma, joka hyväksytään kunnanvaltuustossa ja tarkistetaan vähintään kerran neljässä vuodessa.

Länsi-Pohjan alueella toimi 2004- 2007 perheväkivallan interventioprojekti, jolloin on laadittu seutukunnan lähisuhde- ja perheväkivallan seudulliset ja kuntakohtaiset toimintamallit. Projektissa olivat mukana Kemin, Keminmaan, Simon, Tervolan, Tornion ja Ylitornion kunnat, poliisitoimi sekä seurakunnat. Vuonna 2008 Kemin sosiaali- ja terveyspalvelujen johtoryhmä päätti työryhmästä valmistelemaan lähisuhde- ja perheväkivallan ehkäisyn paikallista strategiaa.

Lähisuhde- ja perheväkivallan ehkäisyn strategissa käsitellään määritelmät, sekä perheväkivallan yleinen esiintyvyys sekä väkivallan merkit kuten tunnistaminen, puuttuminen ja puheeksi ottaminen. Lisäksi siinä on selvitetty moniammatillinen yhteistyöverkosto ja strategia sisältää myös materiaalia lähisuhde- ja perheväkivallasta ja toimintamallit. Vuonna 2010 strategiaa valmistellut työryhmä on esittänyt lähisuhde- ja perheväkivallan koordinaattorin nimeämistä, ja tämän myös sosiaali- ja terveyslautakunta hyväksyi.

Kemin päihdetyön kokonaissuunnitelman vuosille 2004-2010 on Kemin kaupunginvaltuusto

hyväksynyt 2005. Suunnitelmaan on päivitetty toiminnassa tapahtuneet muutokset, tilastotiedot sekä poistettu muuttuneet tiedot. Päivityksestä vastaa päihdetyön johtaja. Päihdetyön painopistealueina ja toimenpiteinä vuosille 2010-2015 on tuotu esille lapsiin ja nuoriin kohdistuva ennaltaehkäisevä päihdetyö. Nuoriin kohdistuva päihdetyö sisältää päihdehoitojärjestelmän kehittämisen, nuorten hoidon tarpeeseen vastaamisen sekä henkilökunnan osaamisen lisäämisen ja nuorten päihdetyöntekijän tarpeen. Suunnitelmassa on päihdehaittojen kasvun hallintaan perehtyminen, lähipalveluiden- sekä erityispalveluiden turvaaminen kuntalaisille. Suunnitelmassa on huomioitu myös verkostoituminen, seudullisuus palveluiden järjestämisessä sekä pyritään saamaan päihdehuollon palvelut laatusuosituksen tasolle. Päihdesuunnitelmassa on huomioitu tiedottamisen merkitys ja yhteinen päihde- ja mielenterveystyön suunnitelma. Sosiaali- ja terveystieteiden lautakunta hyväksyy suunnitelman lisäksi päihde- ja mielenterveystyön tekemisen vuoteen 2013 mennessä ja tämä huomioitaisiin Tervein Mieliin Pohjois-Suomessa -hankkeessa.

Kemin kaupunginvaltuusto on päättänyt vuonna 2010 Kemin henkilöstön työhyvinvoinnin kehittämishankkeesta, jonka mukaan kaupungin työntekijöiden sairauspoissaolot tulisi saada alle 4:n % työajasta. Lisäksi kaupunginhallitus on pyytänyt selvitystä henkilöstön poissaoloihin ja sairastavuuteen liittyvien käytäntöjen kehittämisestä. Kehittämishankkeen tavoitteena on tukea sekä työterveyshuoltoa että johtamista.

Lähisuhde- ja perheväkivaltatyötä on kehitetty seudullisena yhteistyönä. Tämän strategian myötä seutukunnallinen moniammatillinen työryhmä jatkaa edelleen työskentelyä ennaltaehkäisevin keinoin. Tämän työryhmän työskentelystä vastaamaan on nimetty koordinaattori. Hän toimii yhteistyössä esimerkiksi poliisiviranomaisten kanssa. Lapsiin ja nuoriin kohdistuva ennaltaehkäisevän päihdetyön kysely toteutettiin paikallisesti. Taulukossa 13. on koottuna sosiaali- ja terveystieteiden painopistealueita toimintakertomusten mukaisesti, josta selviää toteutuneet ja mahdollisesti toteutumatta jääneet eri toimipistealueiden suunnitelma

Taulukko 13. Kemin kaupungin toimintakertomukset vuosilta 2000-2009 (Ks. myös Liite 3.).

Toimialue	Mitä tehty	Mikä ei toteutunut
Lapset ja perheet	<p>2000 Laaditaan lapsi- ja nuorisopoliittinen ohjelma</p> <p>2001 Lasten ja nuorten sekä heidän perheidensä syrjäytymisen ehkäiseminen Perhekeskeiseen työhön panostaminen</p> <p>2002 Varhaisen puuttumisen tehostaminen Lakisääteisen päivähoidon järjestäminen</p> <p>2003 Varhaisen puuttumisen tehostaminen, lastensuojelun avohuollon asiakkaat ja huostaanottojen määrä vähenee Päivähoidon suunnitelma vuosille 2003- 2010 Elatusturvan takaisinperintä maan keskiarvoa</p> <p>2004 Lastensuojelussa kehitetään varhaisen puuttumisen uusia työmenetelmiä yhteistyössä koulujen kanssa moniammatillisen koulutushankkeen avulla Turvataan lasten ja nuorten kehitys parantamalla varhaisen tunnistamisen valmiuksia lasten ja nuorten kanssa toimivien kesken</p> <p>2005 Oman lastensuojelu laitostyön kehittäminen. Huostaanottojen määrän pysyminen ennallaan Pienten lasten sijoitukset</p>	<p>2007 Koulu- ja opiskelijahuolto resurssien vahvistaminen</p> <p>Hyvinvointineuvola- hankkeen juurruttaminen muihin kaupunkeihin</p> <p>Tavoitteena sijaishuollon lyhentäminen</p> <p>Sijaishuoltoa tarvitseville turvataan tarkoituksen -mukainen sijaishuolto</p>

	<p>Koulutusprojektin toteutus</p> <p>2006 Hyvinvointineuvola- hanke Työkäytäntöjen ja menetelmien sekä toimintatapojen kehittäminen Sijais- ja tukiperhepulaa pyritään ratkaisemaan seudullisesti Sosiaalipäivystyksen aloittaminen 1.1.2006</p> <p>2008 Uusissa sijoituksissa enemmän panostetaan perhehoitoon kuin laitoshoittoon Tavoitteena sijaishuollon lyhentäminen Sijaishuoltoa tarvitseville turvataan tarkoituksenmukainen sijais- huolto Annetaan aika kaikille tarvitseville perheneuvolaan</p>	
Päihteet	<p>2001 Ehkäisevän päihdetyön tehostaminen</p> <p>2004 Suunnataan päihdeongelmaisten ehkäisytyötä nuoruusikäisten lisäksi myös aikuisväestölle</p> <p>2005 Päihteiden ja tupakoinnin käytön yleisyys koulunuorilla</p> <p>2008 Päihdehuollon kuntoutuspalveluja järjestetään tarvitseville</p>	<p>2003 Päihdetyön suunnitelman (2003- 2010) valmistuminen</p> <p>2008 Hoitoon hakeutuvien nuorten määrä päihde- palveluissa pysyy ennallaan</p>

Vanhukset	<p>Vanhustyön kehittämissuunnitelma vuosille 2001- 2015</p> <p>2004 Tuetaan vanhusten itsenäisyyttä ja turvataan heidän hyvinvointinsa</p> <p>2005 Alle 65-v kuolleisuusindeksi (ennenaikaiset kuolemat)</p> <p>2007 Vanhusväestön palvelutarpeeseen vastaaminen</p>	
Terveysten edistäminen ja projektit	<p>2000 Erikoissairaanhoidon järjeistäminen (terveyttä 2000 projekti) Järjestetään palvelutuotanto joustavasti ja oikea- aikaisesti asiakkaan oikeuksia kunnioittaen Väestövastuu</p> <p>2001 Perusterveydenhuollon uudelleen järjestäminen Kemin terveystarkastuksen tulosten hyödyntäminen</p> <p>2002 Hoidettujen potilaiden määrä kasvaa, hoitajaksot lyhenevät</p> <p>2003 Kansantautien primaarinen, sekundäärinen ja tertiäärinen preventio Lääkärivastaanotto, sairaanhoitajan vastaanotto Vastaanoton asiakastytytyväisyyskysely</p> <p>2004 Hoidon porrastuksen selkiyttäminen yhteistyössä perustason, eri-</p>	

	<p>koissairaanhoidon sekä muiden toimijoiden kanssa</p> <p>2005 Vastaanottotoiminnan keskittäminen Tiimityön kehittäminen - perusterveydenhuollon kehittämisprojektissa ohjataan ja kehitetään tiimityön toimintamallia Seurantajärjestelmän toimivuuden varmistaminen</p> <p>2006 Hoitoon pääsyn turvaaminen ja jatkuvuuden parantaminen</p> <p>Terveyden- ja sairaanhoitajien puhelinneuvonta/hoidon tarpeen arviointi Asiakastyytyväisyys, laadukkaat neuvontapalvelut, oikaisuvaatimusten väheneminen</p> <p>2009 Perusterveydenhuollon vahvistaminen Ikääntyvän Kemin palvelutarpeeseen vastaaminen Suunnittelussa huomioidaan esteettömyys Hoitotakuun toteutuminen perusterveydenhuollossa, mielenterveyspalveluissa ja suun terveydenhuollossa/ hoitoon pääsy</p> <p>MAISEMA- mallin käyttöönotto ja vakiinnuttaminen Toteutetaan maisemamallin mukaiset rakenteelliset muutokset Tuetaan prosessien ja laatujärjestelmien kehittämisessä</p> <p>Sairauspoissaolojen määrä ei lisäännä Täydennyskoulutuksenvoitteen mukainen koulutus Kehityskeskustelut</p>	<p>2007 Seudullisen terveydenhuollon puhelin- neuvontapalvelun osallistumisen selvittäminen Hoitotakuun toteutuminen</p>
Sosiaali- ja terveystalouden perusteet ja laatu	<p>2002 Resurssien luomissa puitteissa mahdollisimman laadukkaiden ja</p>	

	<p>riittävien sosiaali- ja terveyspalvelujen tarjoaminen kemiläisille Palvelujen tarjonnan monipuolistaminen yhteistyöllä muiden toimijoiden kanssa</p> <p>2003 Perusturvallisuudesta huolehtiminen Elämönhallinnan tukeminen</p> <p>2004 Suunnitelma palvelurakennemuutoksesta Efektia- selvityksen ja kuntavertailun perusteella Toteutetaan omalta osalta palvelulinjatyössä suunniteltavat muutokset</p> <p>2005 Sosiaalityön palveluiden kehittäminen asiakkaiden itsenäisen suoriutumisen tukeminen Aikuissosiaalityön kehittäminen yhteisen koulutuksen avulla Seudullinen yhteistyö</p> <p>2009 Seutuyhteistyömuotojen kehittäminen Laadukkaiden sosiaali- ja terveyspalvelujen tarjonta Kemin vetovoimaisuuden lisääminen Saatavissa olevat palvelut Koulu- opiskelijaterveydenhuolto Palveluiden taso</p> <p>Tiedon saanti</p> <p>Sosiaalityön palvelukokonaisuuksien ja prosessien sekä tiimityön kehittäminen</p>	<p>2008 Konsultaatioiden lisääntyminen sosiaalityössä, perheneuvolassa, päihdetyössä, lasten ja nuorten huollossa. Käsittelyajat lakien ja suositusten mukaisesti Asiakastytyväisyyden lisääminen/ tehtyjen</p>
--	---	---

	Sosiaalityön parityöskentelyn kehittäminen	<p>kyselyjen hyödyntäminen</p> <p>Oikaisuvaatimusten vähentäminen</p> <p>Kotisivujen ajantasaisuus/asiakaspalaute</p>
Työttömyys ja syrjäytyminen	<p>2001 Alle 25-v työtoiminnan järjestäminen lain edellyttämällä tavalla</p> <p>2002 Kuntouttava työtoiminta/suunnitelmien laatimisaika</p> <p>2003 Pitkäaikaistyöttömät ja toimeentulokiasiakkaat ohjataan työvoimasäätiölle</p> <p>Yhteistyö työvoimahallinnon kanssa tiivistyy</p> <p>2004 Pitkäaikaistyöttömyyden hoitoa varten perustetaan yhteispalvelupiste työvoimahallinnon kanssa</p> <p>Toimeentuloasiakkuuksien väheneminen</p> <p>2005 Kuntouttava työtoiminta- aktivointisuunnitelma</p> <p>Toimeentulokiasiakkaiden määrän vähentäminen</p> <p>Työvoiman yhteispalvelupiste</p> <p>2006 Aktivointisuunnitelmat/kuntouttava työtoiminta</p>	

	<p>Erityishuomio alle 25-vuotiaisiin</p> <p>2008</p> <p>Toimeentulotukiasiakkaiden määrän vähentäminen</p> <p>Pitkäaikaistyöttömien aktivointiasteen nousu</p> <p>Terapiapalveluiden lisääntyminen Tukiasumispalveluissa resurssi todelliseen tukeen (vähennetään 10 %)</p>	
--	--	--

Kemin kaupungin toimintakertomusten mukaan lasten- ja nuorten sekä heidän perheidensä syrjäytymisen ehkäisemiseksi vuonna 2000 on yhteistyötä tavoitteen mukaisesti tiivistetty koulutus- ja kulttuuriasiainlautakuntien kanssa. Perusterveydenhuollon sektorilla tavoitteena ollut väestön terveyden edistäminen ja palvelutuotannon järjestäminen joustavasti ja oikea-aikaisesti asiakkaan oikeuksia kunnioittaen ei voitu aloittaa, koska lääkäreitä ei ole saatu riittävästi. Entisiä toimintamalleja jatkettiin sekä osallistuttiin valtakunnalliseen verenpainetaudin ja diabeteksen hoitotasapainon seurantatutkimukseen. Kemin terveystarkastus ja kouluterveys 2000 -tutkimus toteutettiin ja osallistuttiin laatuprojektiin sekä laadunhallinnan kehittämishankkeeseen.

Vuonna 2001 lasten- ja nuorten sekä heidän perheidensä syrjäytymisen ehkäisemiseksi tiivistettiin yhteistyötä muiden sektoreiden kanssa kuin myös perhekeskeiseen työhön panostettiin ja koulutettiin. Näillä keinoin ehkäistiin heidän syrjäytymistä sekä pystyttiin varhaistamaan nuorten päihdeongelmiin puuttumista. Perhetukiyksikkö Jukola aloitti toimintansa 1.1.2001, jonka ansiosta avo- huollon tukitoimia on pystytty tarjoamaan entistä monipuolisemmin. Nuoruusikäisten laitossijoituk- sia ei pystytty kuitenkaan vähentämään. Sijais- ja tukiperhepula pysyi ennallaan lastensuojelun per- hehoidossa. Perusterveydenhuollon väestövastuujärjestelmää ei ole edelleenkään voitu toteuttaa lääkäreiden vähäisyyden vuoksi. Tästä syystä myös väestövastuujärjestelmän toteutuminen siirtyi.

1.9.2001 tuli voimaan laki kuntouttavasta työtoiminnasta, joka käynnisti yhteistyön työvoimatoi- miston sekä Työhönvalmennussäätiön kanssa. Mielenterveyshuollon kokonaissuunnitelma valmistui loppuvuodesta 2001. Tällöin käynnistettiin suunnitelma Inka- kodin ja vanhusten palvelukodin siir- tämisestä Suojalanpolulle, missä on asianmukaisemmat tilat ja mahdollisuus kokonaisvaltaisempaan kuntouttamiseen. Osuuskunta Akseliina jatkoi toimintaansa ja vanhusväestön suunnitelma päivitet- tiin. Sosiaalityön ja vanhus- ja vammaispalveluiden auditointi toteutettiin vuoden 2001 aikana.

Toimintakertomusten mukaan vuonna 2002 tehostui varhainen puuttuminen nuorten päihteiden käyttöön ensiapupoliklinikan muuttuneiden käytäntöjen myötä. Ensiapupoliklinikalle joutuneista humalaisista nuorista tehtiin ilmoitus sosiaaliviranomaisille. Lasten ja nuorten psykiatrian palvelui- hin tarkoitettulla ylimääräisellä valtionavulla jatkettiin perhetyön kehittämistä sekä järjestettiin yh- teistyötahojen kanssa yhteistä perhetyön koulutusta henkilökunnalle. Erikoissairaanhoidon sektoril-

la Sauvosaaren sairaalaan ohjatut potilaat on syksyn 2002 aikana voitu ottaa hoitoon ilman jonotusta.

Kuntouttava työtoiminta/aktivointisuunnitelmat on laadittu lain piiriin tuleville tavoitteen mukaisessa aikataulussa. Siirtymäsäännöksen mukaista aikataulua ei kyetty toteuttamaan, vaan sen piirissä oleville asetettiin tavoitteeksi laatia aktivointisuunnitelmat vuonna 2003 loppuun mennessä. Kemiläisten ikäihmisten kokonaisvaltainen asumisturvallisuuden parantamiseen liittyvä KEIKAUS-kampanja sai valtakunnallisen ”Vuoden turvallisuusteko” palkinnon joulukuussa 2002.

Päivähoito oli vuonna 2002 järjestetty lain edellyttämällä tavalla. Sosiaali- ja terveystoimen johtajan virka perustettiin, jonka johtoon valittiin Riitta Luosujärvi. Samanaikaisesti tapahtui johto- ja organisaatiomuutos. Vuonna 2003 avohuollon asiakkuudet olivat lisääntyneet, mutta huostaanottojen määrät puolestaan vähentyneet. Ennaltaehkäisevä huumetyön projekti ja lastensuojelun jälkihuolto aloitettiin. Valtuusto hyväksyi seudullisen sopimuksen lastensuojelun erityisosaamisen ja sijaishuollon turvaamiseksi. Elatusturvan takaisinperintä pysyi ennallaan, korkealla tasolla.

Työttömyyden ja syrjäytymisen ehkäisemiseksi pitkäaikaistyöttömät ja toimeentulotukiasiakkaat ohjattiin säätiölle. Saman vuoden aikana työvoimahallinnon kanssa tehtävä yhteistyö tiivistyi entisestään ja saatiin rahoitus yhteispalvelupisteelle. Päihdetyön suunnitelma vuosille 2003- 2010 valmistuminen vuoden 2003 aikana ei toteutunut, mutta puolestaan päivähoidon suunnitelma vuosille 2003-2010 valmistui kuluvan vuoden aikana. Kemiläisten terveyden edistämiseksi ajanvarauksessa priorisoitiin ajanvaraukset lääkäreille. Vastaanoton asiakastyytyväisyyskyselyn tuloksia ei ollut saatavilla kuluvan vuoden aikana, mutta kyselyt oli kuitenkin tehty. Kiireellinen sairaanhoito keskitettiin yhteispäivystyspisteeseen ma-pe väliselle ajalle. Avosairaalan toimintaa suunniteltiin aloitettavaksi 1.1.2004. Sosiaali- ja terveystoimen johtaja Riitta Luosujärvi irtisanoutui tehtävästään.

Vuoden 2004 aikana parannettiin lastensuojelua ja lastensuojelun avohuoltoa yli valtakunnallisen keskiarvon. Päihdetyön osalta laadittiin kokonaissuunnitelma vuosille 2004-2010. Suunnitelmassa painotettiin myös aikuisväestölle suuntautuvaa ehkäisevää työtä. Lastensuojelun koulutushanke,

joka liittyi uusien työmenetelmien kehittämiseen varhaisessa puuttumisessa yhteistyössä koulujen kanssa, ei toteutunut. Vanhuspalvelujen monipuolistamiseen ja palvelujen laadun kehittämiseen tähtäävä hanke aloitettiin vuoden aikana. Palveluita järjestettiin resurssien mukaan, mutta uusien palvelujen järjestäminen ei ollut mahdollista resurssien vähetessä.

Sosiaali- ja terveyslautakunnan kokoukseen, joka pidettiin 27.4.2004, valmisteltiin kannanotto palvelurakenteen edelleen kehittämistä vastaamaan väestörakenteen muutosta ehdotuksineen konsultin esittämiin keskeisiin johtopäätöksiin ja suosituksiin. Tätä käytettiin lähtökohtana myös vuosien 2005–2008 taloussuunnitelman valmistelussa. Kannanotto ehdotuksineen on ollut kaupunginhallituksen- ja valtuuston käsittelyssä kesäkuussa 2004. Palvelualuejohtajan sekä vammais- ja terveyspalveluiden yhteistyönä laadittiin terveys- ja vanhuspalveluiden toimintaohjelma vuosille 2005–2008, jossa huomioitiin osaltaan palvelulinjatyössä suunniteltavat muutokset ja toimintaohjelmaa hyödynnettiin myös vuonna 2005–2008 taloussuunnitelmassa.

Erikoissairaanhoidon palveluiden käytöstä ja laskutuksesta on ollut tiiviit neuvottelut Länsi-Pohjan sairaanhoitopiirin kanssa. Näiden neuvottelujen ja Paras-hankkeen ohjausryhmän avulla on saatu vietyä eteenpäin päivystyksen kehittämistyötä sekä päätetty tilata konkreettisia toimenpide-ehdotuksia sisältäviä sisätautien ja kirurgian erikoisalojen käytön ja kustannusten hillitsemiseksi. Kemin seudun Työvoiman yhteis- ja palvelupiste aloitti toimintansa elokuussa 2004. Tavoitteena ollut toimeentuloasiakkuuksien väheneminen toteutui 5 %: n laskulla. Vuoden 2004 aikana osallistuttiin PERES-projektiin hoidon porrastuksen selkiyttämiseksi yhteistyössä perustason, erikoissairaanhoidon ja muiden toimijoiden kanssa.

Oman lastensuojelun laitostyön kehittämisen osalta lapsilähtöinen Länsi-Pohja hanke toteutui vuonna 2005. Sijais- ja tukiperheitä koulutettiin lisää ja sitä myötä myös tukiperheiden saatavuus parani. Kemin kaupungin lasten ja nuortenhuollossa toteutettiin rakenteellinen muutos ja kehitettiin lapsilähtöisiä menetelmiä sekä jatkettiin seudullisia sijais- ja tukiperhehanketta.

Kuntouttavan työtoiminnan osalta yhteistyö työhönvalmennussäätiön kanssa jatkui, erityisesti alle 25-vuotiaiden osalta. Toimeentulokiasiakkaiden määrä ei alentunut odotetulla tavalla. Työvoiman yhteispalvelupisteen toiminta jatkui, mutta systemaattinen arviointi ei toteutunut, mutta toimintaa kehitettiin edelleen. Koulujen kanssa tehtävän yhteistyön osalta koulutusprojekti toteutui hyvinvointineuvola hankkeen osalta. Päihteiden ja tupakoinnin käytön yleisyyden kartoittamiseen Info-ryhmän osalta tulokset julkistettiin sekä ohjausta, neuvontaa ja tiedotusta lisättiin kouluille. Alle 65-vuotiaiden ennen aikaisten kuolemien ehkäisemiseksi tilanne oli hieman parantunut vuonna 2005. Hoitoon pääsyä ja hoidon jatkuvuutta priorisoitiin erityisesti sepelvaltimotautia sairastavien potilaiden osalta. Perusterveydenhuollossa kehitettiin tiimityön toimintamallia. Hoitotakuun toteutumiseksi ja hoitopääsyn turvaamiseksi on jouduttu resurssipulan vuoksi käyttämään ostopalvelulääkäreitä. Sosiaalityön palveluissa kehitettiin asiakkaiden itsenäisen suoriutumisen tukemiseksi; palvelu- ja aktivointisuunnitelmia laadittiin, kotoutumissuunnitelmia tehtiin kaikille lain piiriin kuuluville. Talousneuvontaa lisättiin vuonna 2005. Aikuissosiaalityön koulutus ei toteutunut. Seudullista yhteistyötä hankkeen osalta jatkettiin.

Perusterveydenhuollossa vuonna 2006 hoitopääsyn turvaamiseksi ja jatkuvuuden parantamiseksi kehitettiin uusi vastaanotto toimintamalli Lasten, nuorten ja perheiden tukemiseksi hyvinvointineuvola hankkeen tuloksena kehitettiin uudenlainen toimintamalli, jolla jo varhain kyetään löytämään apua ja puuttumaan apua tarvitsevien lasten ja koululaisten tilanteeseen. Sijais- ja tukiperhepulan ratkaisemiseksi seudullisesti neuvolatyötä laajennettiin koko kaupungin alueelle. Koulupsykologin puuttumisesta johtuen oppilashuolto koettiin haasteeksi! Sosiaalipäivystys aloitettiin 1.1.2006. Kemin läisten hyvinvoinnin lisäämiseksi aktivointisuunnitelmat laadittiin melkein kokonaan työvoimayhteispalvelukeskuksessa. Kuntouttavan työtoiminnan osalta tehtiin sopimus Meri- Lapin yhteistalous ry:n kanssa. Aikuissosiaalityössä resursseja suunnattiin alle 25-vuotiaiden kanssa työskenteleeseen.

Koulu- ja opiskelijahuollon resurssien vahvistaminen ei toteutunut vuoden 2007 osalta, koska suositusten mukaisia resursseja ei ollut käytettävissä. Hyvinvointineuvola-hankkeen juurruttaminen muihin kaupunkeihin ei voitu toteuttaa, koska Kemin kaupungilla oli menossa henkilöstön lomautukset tuona aikana. Seudullisen terveydenhuollon puhelinneuvontapalveluun osallistumisen selvittämisen hanke ei toteutunut, mutta puolestaan terveyden- ja sairaanhoitajien puhelinneuvonta/hoidontarpeen

arviointi toteutui. SOTEPI-hankeen jatko ei edennyt sosiaali- ja terveysministeriön puuttuvan rahoituspäätöksen vuoksi. Sosiaali- ja terveyspalveluiden asiakkaista 80 % oli tyytyväisiä palveluihin ja 75 % koki palveluiden saatavuuden helppona.

Vuonna 2008 jatketaan sijais- ja tukiperhetyötä sekä perhetyötä organisoitiin uudelleen. Ulkopuolisten laitossijoitusten määrää ei saatu vähennettyä. Kaikille lastensuojelun sijaishuoltoa tarvitseville sijaishuoltopaikkaa ei voitu aina valita tarkoituksenmukaisella tavalla. Perheneuvolassa pystyttiin antamaan aika, jopa noin 40 % yli suositusten. Toimeentuloasiakkaiden määrää saatiin vähennettyä tavoitteiden mukaisesti. Syrjäytymisen ehkäisemiseksi terapiapalveluita lisättiin ja asiakasmäärä kasvoi.

Tavoitteena ollut hoitoon hakeutuvien nuorten määrän ennallaan pysyminen päihdepalveluissa ei toteutunut, vaan heidän määränsä kasvoi. Tukiasuntojen asukkaiden määrä väheni ja samalla asukkaiden tuloprosessia tarkennettiin. Ennaltaehkäisevän työn näkökulmasta tavoitteena ollut konsultaatioiden lisääntyminen sosiaalityössä, perheneuvolassa, päihdetyössä, lasten ja nuortenhuollossa ei saavuttanut tavoitetta vaan määrä pysyi ennallaan. Sosiaali- ja terveyspalveluissa saatavissa olevien palveluiden osalta käsittelyajoissa pysyminen lakien ja suositusten mukaisesti ei toteutunut. Kemiläisten tyytyväisyyden lisäämiseksi tehtyjen asiakaskyselyjen tulosten hyödyntäminen ei toteutunut kyselyjen tekemättä jättämisen vuoksi. Oikaisuvaatimusten määrää ei saatu myöskään vähentämään, eikä kotisivujen ajantasaisuutta toteutettua.

Kemiläisten terveyden edistämiseksi vuonna 2009 asetetut perusterveydenhuollon vahvistamisesta, palveluasumisen kilpailuttamisesta, virkarakenteen muuttamisesta sairaanhoitajapainotteiseksi eikä ikääntyvän Kemin palvelutarpeisiin vastaamisesta näkynyt mitään mainintaa toimintakertomuksessa. Sen sijaan esteettömyyden suunnitteluun oli kiinnitetty huomiota ja työryhmä jatkaa työskentelyä. Seudullisina palveluina tuotettiin yhteispäivystys, sosiaalipäivystys. Erityissosiaalityöntekijä ja sijais- ja tukiperhetyöntekijä ovat seudullisesti käytettävissä. Lisäksi vammaispalveluiden sosiaalityöntekijät tekevät seudullista yhteistyötä. Poikkihallinnollinen terveyden edistämisen työryhmä perustettiin. Koulu- ja opiskelijaterveydenhuolto toteutui laatusuositusten mukaisesti. Sosiaalityössä palvelukokonaisuuksien ja prosessien sekä tiimityön kehittämiseksi käynnistyi Kaste (Pakaste)-

hanke. Edelleen sosiaalityössä parityöskentelyn kehittäminen nopeutti toimeentulotukiasiakkaiden hakemusten käsittelyaikaa, joka oli keskimäärin 4 päivää. Yksittäisissä tapauksissa hakemuksissa lakisääteiset käsittelyajat ylitettiin. Kiireelliset hakemukset pystyttiin kuitenkin käsittelemään määrääjassa. Perusterveydenhuollossa, mielenterveyspalveluissa ja suun terveydenhuollossa hoitoon pääsy ei toteutunut vastaanottotoiminnan osalta.

Maisemamalli ja sen mukainen talouden seuranta otettiin käyttöön. Palvelujen tuotteistukseen ja suunnitelmatyöhön panostettiin. Kemin kaupungin henkilöstön osalta vuonna 2009 sairauspoissaolot puolittuivat. Kehityskeskusteluja ei käyty eikä täydennyskoulutus suunnitelmia ole laadittu.

Toimintakertomusten mukaan kemiläisten hyvinvointiin on paneuduttu monin eri tavoin. Edelleen vanhusväestön hyvinvointi oli keskeisenä kehittämisalueena. Varsinkin vanhusten asumisen turvallisuuden kiinnitettiin huomiota. Lapset ja nuoret olivat myös keskeisessä asemassa hyvinvointipalveluja kehitettäessä. Kemissä säännöllisesti tehtyjen kouluterveyskyselyjen mukaan painopistealueiksi ovat nousseet tupakka, päihteet, huumeet ja ylipaino. Kaupunginvaltuusto päätti, että terveyden edistämisen poikkihallinnollinen työryhmä tuo toiminnan painopistealueista yhteisen suunnitelman. Kuntalaiset olivat tyytymättömiä sosiaali- ja terveyspalveluiden toimivuuteen, johon tulisi tulevaisuudessa kiinnittää enemmän huomiota. Kuntalaisten terveyden edistämistä auttoi muun muassa kiireellisen sairaanhoidon osalta yhteispäivystyksen keskittäminen Länsi-Pohjan keskussairaalaan.

8. TERVEYS- JA MUUT HYVINVOINTIEROT JA NIIDEN SYVENTYMISEN KYSYMYS

Hyvän yhteiskunnan ja hyvän elämän lähtökohtina voidaan pitää kolme toisiinsa kytkeytyvää asiakokonaisuutta; hyvinvointia, elämäntapaa, elämäntyylä sekä kansalaismoraalia. Hyvinvoinnissa on kysymys siitä, että ihmisten huonoja olosuhteita on parannettu ja pyritään jatkuvasti parantamaan. (Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti 3 1999, 204.) Ne suomalaiset, jotka jostain syystä eivät ole mukana työmarkkinoilla, näyttävät syrjäytyvän niin terveydellisesti kuin taloudellisestikin. Suomen sosiaaliturvajärjestelmä takaa suhteellisen hyvät edut työssä oleville, mutta työmarkkinoiden ulkopuolella oleville toimeentulon turvaamiseen tarkoitettut perusturvaetuudet ovat kansainvälisesti suhteellisen heikot. Tilanne näkyy kasvavina köyhyyslukuina ja eriarvoisuuden lisääntymisenä. (Kangas 2010, 7.) Suurten ikäluokkien vanheneminen aiheuttaa Suomessa rajun hoivasuhteen muutoksen. Hoivasuhteeseen liittyy oleellisesti myös alueellinen ulottuvuus. Väestö ikääntyy nopeasti kasvukeskuksissa, mutta samanaikaisesti väestö kasvaa syntyvyyden ja muuttoliikkeen ansiosta. Harvaan asutulla seudulla väestö ikääntyy ja pienenee määrältään. Tämä synnyttää uusia tarpeita tasata alueellisia eroja.

Meneillään olevien palvelurakennemuutosten myötä perusterveydenhuollon vahvistaminen lisännee yhdenvertaista saatavuutta. Kuitenkin samanaikaisesti asiakastyytyväisyyden ja valinnanvapauden korostaminen ja palveluiden monipuolistaminen vaikuttavat vastakkaiseen suuntaan. Perusterveydenhuollon palvelukyvyn heikkeneminen lisää yksityispalvelujen käyttöä. Siihen miten palvelujen saatavuus ja yhdenvertaisuus kehittyvät, vaikuttavat osaltaan veropoliittiset päätökset. Palvelujen saatavuuteen ja yhdenvertaisuuteen vaikuttavat osaltaan myös se millaisia palvelujen järjestämistapoja ja millaisia rahoitusrakennetta päätetään toteuttaa. (Larivaara & Manderbacka & Keskimäki 2009, 38.)

Suomalaisen yhteiskunnan yksi keskeisimmistä haasteista on, miten pienentää sosiaaliseen asemaan liittyviä terveyseroja, jotka ovat suuria. Ratkaisu liittyy terveystalouden organisoimiseen; kunnallisen terveydenhuoltojärjestelmän ongelmien ratkaisemiseen, riittävän kestävien ja suurten riskipoolien luomiseen ja rahoituksen turvaamiseen. Vaikka rakenteelliset ratkaisut ovat tärkeitä, ne eivät yksin riitä. Terveydellisen eriarvoisuuden kaventaminen on yhteydessä väestön

terveyskäyttäytymiseen; miten sitä edistetään? Vaikka terveyskäyttäytyminen liittyy yksilöllisiin elämänvalintoihin, valinnat eivät synny ympäristöstä riippumatta. Julkisen terveydenhuollon tulisi kehittää entistä monipuolisempia keinoja väestön eri osaryhmien tavoittamiseen ja ennalta ehkäisevän työn tehostamiseen. (Manderbacka & Vuorenkoski 2010, 39 - 40.)

Sosiaali- ja terveysministeriön tulevaisuus katsauksessa 2010 tuotiin esille, että työterveyshuollon roolia työnantajan tukena työolojen kehittämiseksi sekä riskien arvioimiseksi olisi vahvistettava samoin kuin ehkäisevää roolia vahvistettava siten, että työterveyshuollon toimintaa suunnataan työkyvyn edistämiseen, seurantaan sekä tukemiseen työn terveysvaarojen tunnistamisen että arvioinnin rinnalla. Lisäksi tulevaisuus katsauksessa tuotiin esille, että nuorten ja ikääntyneiden riski jäädä työttömäksi on keskimääräistä suurempaa. Perustuslain mukaan jokaisella on oikeus ihmisarvoisen elämän kannalta välttämättömään toimeentuloon ja huolenpitoon. Sosiaali- ja terveyspalveluiden lähtökohtana on ihmisarvo, itsensä toteuttamisen mahdollistaminen sekä ihmisen omatoimintakyvyn tukeminen hänen omassa elämässään. Kansallinen valinnanvapaus, tietoisuus omista oikeuksista ja liikkuvuus tuovat suuren haasteen sosiaali- ja terveydenhuollolle. Nämä hyvinvoinnin osa-alueet tulevat esiin myös kemiläisessä päätöksentekoprosessissa.

9. KEHITTÄMISHANKKEEN ARVIOINTI

Arvioinnin ajankohtaistuminen on liitettävissä hyvinvointivaltion toimintakokonaisuuden uudelleenmuotoilun tarpeisiin. Nämä aiheutuvat hyvinvointivaltion kehittämisessä ilmenevien haasteiden ja ongelmien alkuperän muuttumisesta. Julkisten ja hallinnon palvelujen kehittämiseksi on 1900-luvulla ollut arvioinnin merkityksen voimakas vahvistuminen. Kantaa otetaan aktiivisesti siihen, kannattaako joku toimenpide tai toimiiko ohjelma hyvin. Kysymykset johtavat suoraan vaikuttavuuden arviointiin; Missä määrin ja missä tapauksissa esimerkiksi lasten pakkohuostaanotot ehkäisevät lasten pitkäaikaisia psyykkisiä vaurioita? Mikä vaikutus on tietyllä toimintafilosofialla, jos tavoitteena on saada aikaan jokin toivottu lopputulos? (Esping-Andersen 2002, 2.)

Jokaiseen kehittämishankkeeseen on tärkeitä kuulua seuranta ja arviointia, sillä palaute on olennainen osa tietoista ja muutoshaluista toimintaa. Hankkeiden arvioinnissa on tarjolla monenlaisia aineksia, jotka eroavat toisistaan hyvinkin paljon. Tästä syystä onkin hyvä tietää, mitä arvioinnilta odotetaan ja mihin sitä käytetään. Mikä vaikuttaa mihinkin, miten, milloin ja millä edellytyksillä? Kuuluvat vaikuttavuuden arvioinnin keskeisiin kysymyksiin. Vaikuttavuuden arvioinnin perusajatuksena voidaan pitää sitä, että arvioitava julkinen interventio perustuu olettamukseen ”jos a, niin b” eli käsitykseen siitä, että interventio johtaa tiettyihin tuloksiin. Vaikuttavuuden arvioinnissa testataan näitä käsityksiä todellisuudessa. (Seppänen-Järvelä 2004, 19; Dahler-Larsen 2005, 7-8.)

Arvioinnista puhuttaessa ei välttämättä tarkoiteta yksittäisten hankkeiden arviointia, ennemminkin projekteja koskevaa arviointikulttuuria. Arviointien pitäisi koskea perinteisesti kaikkia projekteja. Arviointien on palveltava toteutettavien hankkeiden toteutusta ja uudelleen suuntaamista. Tämä tarkoittaa, että arviointiprosessit ovat oppimisprosesseja. (Jalava-Virtanen 1995, 187.) Prosessien arvioinnissa selvitetään mitä tapahtuu, kun palvelua käytännössä toteutetaan. Vaikutusten arvioinnilla pyritään selvittämään, millaisia vaikutuksia tai seurauksia toiminnoilla on niille, jotka siihen osallistuvat. Vastaavasti tehokkuuden arvioinnissa selvitetään, mitkä ovat tästä syntyneet hyödyt aiheutuviin kustannuksiin verrattuna. (Robson 2001, 77-78.)

Toiminnan kokonaisuuden hahmottaminen auttaa arvioinnissa. Tavoitteiden tulee olla niin konkreettisia, että niitä voidaan mitata. Mittareiden avulla pyritään löytämään tapahtuneita joko laadullisia tai määrällisiä muutoksia. Lopuksi on tärkeä arvioida, mitä saavutettiin ja missä onnistuttiin. Kehittämishankkeessamme merkittävässä roolissa olivat kunnan johtavat sosiaali- ja terveydenhuollon viranhaltijat, jotka mahdollistivat koko hankkeemme liikkeellelähdön. Osa heistä osallistuu myös kehittämishankkeemme arviointiin. Vaikka kehittämishankkeemme työstäminen alkoi myöhemmin, pääsimme kuitenkin hyvin käynnistämään omaa prosessiamme. Oli antoisaa olla osallisena laajemman hankkeen aloituksessa. Oma hankkeemme muotoutui sen pohjalta. Vaikka laajempi Kemi terveeksi 2015- hanke kaatui rahoituksen puutteeseen, oma hankkeemme jäi kuitenkin elämään ja siitä tuli työelämälähtöinen. (Ks. Liite 4.). Kehittämishankkeemme tulosten vaikutuksia ei oman hankkeemme puitteissa ole mahdollista tarkastella. Se vaatii uuden arvioinnin suorittamista vuoden tai kahden päästä hankkeen päättymisen jälkeen. Tällöin nähdään mahdollinen jalkautuminen käytännön tasolle.

Mahdollisuus osallistua näin erilaisen kehittämishankkeen osallistumiseen oli mielenkiintoista ja haastavaa. Meille molemmille oli uutta toteuttaa kehittämishanke analysoimalla jo olemassa olevia asiakirjoja sekä toteuttaa se parityönä. Huomioiden hankkeen laajuuden, työskenteleminen yhdessä oli edellytys yleensä sen toteuttamiselle. Tarvittaessa pystyimme tukemaan toisiamme, mutta koimme haasteena parityöskentelylle yhteisen ajan löytymisen. Kehittämishanketta työstimme yhdessä ja tahoillamme. Vaikka välillä tunsimme luomisen tuskaa, hankkeen eteenpäin vieminen oli tuloksellista. Huomasimme ajatustemme kulkevan samalla aaltopituudella, mikä tuki prosessin eteenpäin viemistä.

Yhteistyö Kemin sosiaali- ja terveystoimen työntekijöiden kanssa oli mutkatonta. Esimerkiksi toimistosihteerin kautta saimme tarvitsemamme relevantit asiakirjat. Kehittämishankkeemme asiakirjojen analysoinnin kautta saimme tietoa siitä mitä tutkimuksia ja hankkeita Kemissä on jo tehty aiemmin kemiläisten hyvinvoinnin edistämiseksi. Saimme yliopettaja Leena Viinamäen kautta myös paljon hyödyllistä materiaalia ja lähdevinkkejä käyttöömmee. Tämä on Kemi terveeksi 2015- hankkeen ensimmäinen osaraportti (Ks. Liite 4.).

10. POHDINTA

”Kemin sairastavuus otettiin luupin alle.”

Hyvinvointipalvelujen kehittämiseksi rakennettuja projekteja tulisi arvioida mahdollisimman laaja-alaisesti. Kemissä on toteutettu monenlaisia hankkeita ja projekteja. Tulevaisuudessakin tarvitaan hankkeita ja monialaista osaamisen hyödyntämistä. Sosiaali- ja terveydenhuollon palveluiden kenttä on melko hajallaan, ja jotta se toimisi yhtenäisesti ja asiakaslähtöisesti, tulisikin seudullista yhteistyötä ja yhtenäisten käytäntöjen muodostamista kehittää. Sosiaali- ja terveydenhuollon supistukset ja vähennykset kunnissa ovat vaikuttaneet lisääntyneisiin palveluiden kehittämistarpeille. Laajemmat sosiaali- ja terveydenhuollon uudistukset, kuten esimerkiksi terveydenhuoltolaki vaatii kuntien päättäjiltä kykyä ylläpitää palveluiden taso nykyisellään. Kemiläisten korkea sairastavuus on tullut esille esimerkiksi kasvaneina sosiaali- ja terveystoimien. Kemin sosiaali- ja terveystoimi on jo useita vuosia ponnistellut erikoissairaanhoidon kustannusten alentamiseksi.

Kuten kehittämishankkeessamme havaitsimme, Kemi on väestörakenteeltaan murrosvaiheessa erityisesti vanhusväestön osalta. (Liitekuviot 4.-5.) Vanhusväestön lisääntyminen merkitsee myös muutospainetta palveluiden tuottamiselle. Miten turvata ikääntyvien kemiläisten tarvitsemat palvelut sekä riittävät henkilöstöresurssit vanhustenhoitoon? Myös henkilöstön suhteellisen korkea keski-ikä antaa tarvetta panostaa henkilöstön työssä jaksamiseen ja työkyvyn ylläpitämiseen. Henkilöstön sairauspoissaolot kuitenkin vähenivät vuonna 2010. Sairastavuuden väheneminen näkyi myös työterveyshuollossa, jossa sairausvastaanotot vähenivät edellisiin vuosiin verrattuna. Haasteena sosiaali- ja terveystoimen johtaville virkamiehille on kyetä vastaamaan uhkaavaan työvoimapulaan luomalla kunnista entistä houkuttelevampia ja kilpailukykyisempiä työnantajia. Jos työttömyys pitkittyy, seuraa siitä tuloerojen kasvaminen ja sosioekonomisten kuolleisuuserojen kasvu uhkaa jatkua ja kärjistyä. (Liitekuviot 5.-6.)

Erityisesti lasten ja nuorten ja heidän perheidensä syrjäytymisen ehkäiseminen korostui läpi eri vuosien toimintakertomuksista. Eri-ikäisten kemiläisten hyvinvointiin on panostettu erilaisin hankkeiden ja projektien kautta. Vaikka osa hankkeista kaatui resurssi- tai rahoituspulaan, niin osalla vaikutettiin merkittävästi kemiläisten hyvinvoinnin edistämiseen. Pohdimmekin lukuisten hankkeiden määrän vieneen osaltaan merkittävästi henkilöstöresursseja mutta myös määrärahoja. Tällähän on myös suoranainen vaikutus kuntatalouteen alati kiristyvässä taloustilanteessa. Tällöin olisi tärkeää pohtia erityyppisten hyvinvointi-interventionististen kehittämishankkeiden kustannushyötyä suh-

teessa niiden lyhyen ja pitkän aikavälin hyötyihin sekä viranomaisten että kuntalaisten näkökulmas-
ta.

Tulevaisuutta ajatellen tulisikin hyvinvointipoliittisessa päätöksenteossa huomioida;

- kemiläisten tyytyväisyys omiin vaikutusmahdollisuuksiinsa sekä sosiaali- ja terveysterveysten palveluiden käyttämiseen. Tällöin olisi hyvä huomioida kuntalaisten ns.kokemusasiantuntijuuden ja viranomaisten ekspertiisiasiantuntijuuden hyödyt hyvinvointipalveluiden kehittämisessä
- kuntalaisten hoitoon pääseminen hoitotakuun määräajan mukaisesti perusterveydenhuollossa
- edelleen huomion kiinnittäminen lisääntyvän vanhusväestön palvelutarpeeseen
- lasten ja nuorten sekä heidän perheidensä hyvinvoinnin lisäämiseksi ennaltaehkäisevä ja varhaisen puuttumisen mukainen työskentelytapa
- päihde- ja mielenterveystyön olemassa olevan suunnitelman huomioiminen edelleenkin
- henkilöstön työhyvinvoinnin huomioiminen
- seudullisen ja hallinnonrajoja ylittävän yhteistyön jatkaminen ja kehittäminen sosiaali- ja terveysterveysten palveluissa

Kemillä on upean kaupungin maine, jossa riittää myös ongelmia ja niiden eteen on tehty ja tullaan tekemään vielä paljon töitä. Tätä aihetta Pohjolan Sanomat käsitteli artikkelissaan keväällä 2010.

”Kemi on ”upea kaupunki”, mutta ongelmiakin on paljon. Myönteisen mielikuvan luominen ja vahvistaminen koetaan hyvin tärkeäksi. Sen eteen tehdään paljon töitä.”

(Pohjolan Sanomat 24.3.2010)

Kemiläisten hyvinvointiin ja terveyden edistämiseen tulee jatkossakin kiinnittää huomiota, koska, kehittämishankkeemme päätelmiä ja jo aiemmin kuntalaisille suunnatun terveysterveysten tuloksia voi hyödyntää jatkotutkimushankkeissa. Niiden avulla voitaisiin selvittää, otettiin kemiläisessä päätöksenteossa huomioon tämän hankkeen kautta esiin nousseita kemiläisten hyvinvointia lisääviä painopistealueita.

LÄHTEET

Alasuutari, P. 1999. Laadullinen tutkimus. Vastapaino. Tampere.

Dahler- Larsen, P. 2005. Vaikuttavuuden arviointi. Hyvät käytännöt. Menetelmä- käsikirja. Stakes. Helsinki.

Dickinson, H. & Peck, E. & Davidson, D. 2007. Opportunity seized or missed? A case study of leadership and organizational chance in the creation of a care trust.

Esping- Andersen, G. 2002. Social Foundations of Post-Industrial Economies. Oxford University Press. Oxford.

Forma, P. Kuivalainen, S. & Saarinen, A. 2007. Kuinka hyvinvointivaltio kesytetään? Julkisen sektorin uudistaminen ja hyvinvointipalvelujen muutos Pohjoismaissa. Turun yliopiston Sosiaalipoliitiikan laitoksen julkaisu B: 32:2007. Turku.

Hirsjärvi, S. & Remes, P. & Sajavaara, P. 1997. Tutki ja kirjoita. Kirjayhtymä. Helsinki.

Hyvärinen, O. 2008. Kilpailuttamisen laajuus ja taustatekijät Suomen kunnissa. Kunnallisan kehittämissäätiö. Helsinki.

Jalava, U. 2001. Esimiestyö-valmentaminen ja uudistuminen. PRO. Kustannusosakeyhtiö Tammi. Helsinki.

Jalava, U. & Virtanen, P. 1995. Moniammatillinen projektitoiminta. Avain hyvinvointipalvelujen tulevaisuuteen. Helsinki.

Järvinen, P. 2000. Esimies ja työyhteisön kehittäminen. Ekonomia-sarjaa. WSOY. Helsinki.

Kangas, O. & Hiilamo, H. & Manderbacka, K. & Mattila-Wiro, P. & Niemelä, M. & Vuorenkoski, L. 2010. Hyvinvoinnin turvaamisen rajat. Näköaloja talouskriisiin ja hyvinvointivaltion kehitykseen Suomessa. Kelan tutkimusosasto Helsinki 2010. Vammalan kirjapaino Oy. Sastamala.

Kinnunen, P. 1998. Hyvinvoinnin ruletti. Tutkimus sosiaalisen tuen verkostojen jäsentymisestä 1990-luvun lopun Suomessa. Lapin yliopistopaino. Rovaniemi.

Kinnunen, P. & Kostamo-Pääkkö, K. 2003. Alueelliset hyvinvointistrategiat. Pohjois-Suomen osaamiskeskus. Oulu.

Larivaara, M. Manderbacka, K. & Keskimäki, I. 2009. Terveystieteiden uudistukset ja oikeudenmukaisuus. Julkaisussa: Taimio, H. toim. Kurssin muutos. Kestäväan kasvuun ja hyvinvointiin. Työväen Sivistysliitto. Helsinki.

Leinonen, A. 2008. Sosiaalipalvelut muutoksessa – Paras vai palveluaukko? Tutkimussuunnitelma ParasSos-tutkimusryhmälle. Sosiaali- ja terveysalan tutkimuskeskus. Helsinki.

Niiranen, V. 1994. Sosiaalitoimen moniulotteinen johtajuus. Kuopion Yliopiston julkaisuja E. Yhteiskuntatieteet 20. Kuopion yliopisto. Kuopio.

Niiranen, V. 2004. Leadership and Knowledge in Social Service Organisations – The mechanism of social capital in the development of the activities of an organization. In Erath P, Littlechild B & Vornanen R (eds.) social Work in Europe- Descriptions, Analysis and Theories. ISIS.

Ollila, S. 2006. Osaamisen strategisen johtamisen hallinta sosiaali- ja terveysalan julkisissa ja yksityisissä palveluorganisaatioissa. Johtamisen ulottuvuudet työnohjauksellisena näkökulmana. Acta Wasaensia. No 156. Sosiaali- ja terveystieteet 1. Univeritas wasaensis 2006.

Pirnes, U. 2003. Kehittyvä johtajuus. Johtamisen dynamiikka. Aavaranta- sarja. Otava. Helsinki.

Raunio, K. 2008. Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmä. Katsaus peruskäsitteisiin, palvelujen toteuttamiseen ja palvelun käyttäjien asemaan. Tampereen Yliopisto. Sosiaali- ja terveysalan moniammatilliset johtamisopinnot. Ongelma 7.

Robson, C. 2001. Käytännön arvioinnin perusteet. Tammi. Helsinki.

Seppänen-Järvelä, L. 2004. Prosessiarviointi kehittämissuunnitelmassa. Opas käytäntöihin. Stakes. Helsinki.

Sosiaalihuollon lainsäädännön uudistaminen. Sosiaalihuollon lainsäädännön uudistamistyöryhmän väliraportti. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2010:19) Hakupäivä 21.3.2011. URL: http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=1082856&name=DLFE-11731.pdf.

Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti 3/1999. Journal of Social Medicine. Väestöryhmien väliset terveiserot. Sosiaalilääketieteen yhdistys. Hakapaino.

Temmes, M &. Kiviniemi, M. & Peltonen, P. 2001. Hallinto uudistuu, uudistuuko johtaminen? Johtamisen kehittämisen arviointiraportti. Tutkimukset ja selvitykset 4/2001. Valtiovarainministeriö. Oy Edita Ab. Helsinki.

TEROKA -hankkeen (Sosioekonomisten terveyserojen kaventamishanke) Osat 1., 2. & 3.

OSA 1. Sosioekonomiset terveyserot – käsitteitä ja taustaa. URL: http://www.teroka.fi/teroka/uploadfiles/Osa1_paivitetty_201009_2.ppt.

OSA 2. Sosioekonomisten terveyserojen kaventaminen – käsitteitä ja taustaa. URL: http://www.teroka.fi/teroka/uploadfiles/Osa2_paivitetty_201009.ppt.

OSA 3. Terveyserojen kaventaminen kunnissa – ehdotuksia ja esimerkkejä. URL: http://www.teroka.fi/teroka/uploadfiles/Osa3_paivitetty_201009.ppt.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Livonia Print. Latvia.

Viinamäki, L. 2010. Kemi terveeksi tutkimus- ja kehittämishankkeen alustava tutkimussuunnitelma (15.2.2010).

Virkkunen, J. 2002. Osaamisen johtaminen muutoksessa. Ideoita ja kokemuksia toisen sukupolven knowledge managementin kehittelystä. raportteja 20. Työministeriö. Helsinki.

Virolainen, K. & Syväjärvi, A. & Pietiläinen, H. & Lämsä, A. 2004. Tulevaisuuden hyvinvointipalveluiden kehittäminen – tapauksia Pohjois-Suomesta. Oulun Ammattikorkeakoulu. Oulu.

Vohlonen, I. & Vienonen, M. 2010 Kemin PYLL -indeksi ja mitä se kertoo kemiläisten hyvinvoinnin haasteista. Seminaarissa Hyvinvoinnin suuntaviivat Kemissä 12.3.2010.

Wuenschel, P. C 2006. The diminishing role of social work administrators in social service agencies: Issues for consideration. Administration in Social Work.

Kemin henkilöstöraportti 2010. Tulostettu 4.4.2011

Kemin palvelustrategia ja tuottavuusohjelma 2020. Tulostettu 4.4.2011

Kemi terveeksi 2015-hanke muistio 23.4. 2009. Tulostettu 21.2.2010.

Kemi terveeksi 2015-hanke muistio 23.4. 2009. Tulostettu 21.2.2010.

http://www.kunnat.net/k_etusivu.asp?path=1.> Tulostettu 20.2.2010

http://www.vm.fi/vm/fi/01_etusivu/index.jsp.> Tulostettu 20.2.2010

http://www.terveys2015.fi/terveyserot_teroka.html> Tulostettu 20.2.2010

<http://www.kemi.fi/d5web/kokous/20091504-15-4540>. Tulostettu 21.2.2010

LIITTEET**Liite 1.** Lehtiartikkelit, joissa on käsitelty Kemi Terveeksi 2015- hanketta ja kemiläisten sairastavuutta

Sanomalehti	
Pohjolan Sanomat	Kaleva
Kemi Terveeksi 2015 / 1.12.2009	
Kemi saatava terveemmäksi / 3.12.2009	
Kemin sairastavuudesta halutaan lopultakin selvyys / 24.2.2010	Sairastavuuden selvittämiseksi rahat hakusessa / 24.2.2010
Alkoholi paljastuu suureksi syyksi Kemin sairastavuudelle / 20.3.2010	Kemin sairastavuus luopin alle / 25.2.2010
Lisää voimia päihdetyöhön / 22.3.2010	Viina vie yhä ennenaikaisesti hautaan / 20.3.2010
Kemin alkoholikuolemien uutisointi puhutti valtuustoa / 23.3.2010	Viina vie kemiläisiä / 20.3.2010
Kemi on ” upea kaupunki” mutta ongelmiakin on paljon / 24.3.2010	
Alkoholi ei ole pelkkien puliukkojen ongelma / 27.3.2010	
Juomiseen puuttamalla ei kerätä irtopisteitä / 27.3.2010	
Viinaa ei tarvitse juoda kun on järkevää tekemistä / 27.3.2010	
Alkoholin haitoista viiden miljardin lasku / 30.3.2010	
Jätjän elämäntavat koituvat yhä monen lappilaismiehen kohtaloksi / 18.8.2010	

Kemi terveeksi 2015

Pohjois-Karjala SAKUMAT
1.12.2009, 5

- hanke etsii rahoittajaa

Päämäärä: Löytää keinot vähentää sairastavuutta ja edistää terveyttä

CAMILLA AHLSTRAND
Kemi

Kemin muihin kaupunkeihin verrattuna korkea sairastavuus tutkitaan laajalla tutkimus- ja kehityshankkeella.

Kaupungin sosiaali- ja terveystoimen omat resurssit eivät siihen riitä, joten Kemi-Tornion ammattikorkeakoulu suunnittelee asiasta verkostoyhteistyönä hankkeen, johon nyt etsitään rahoituskanavia.

Työnimeltään se on *Kemi terveeksi 2015 -tutkimus- ja kehityshanke*.

Hankerahoitusta anotaan mahdollisesti ELY:ltä eli elinkeino-, liikenne ja ympäristökeskukselta. Sen hankkeiden hakuaika alkaa 18. tammikuuta.

Kyse on satojentuhansien eurojen hankkeesta, joka vaatii tutkijatyövoimaa.

-Pelkästään erikoissairaanhoidon kulujen kartoittaminen

olisi liian suppea näkökulma, kehityspäällikkö **Arto Rautajoki** Kemi-Tornion ammattikorkeakoulusta perustelee laajuutta.

-Ajatus on, että selvitetään kunnolla esimerkiksi se, mitä väestön elinolosuhteissa tapahtuneita muutoksia taustalla vaikuttaa.

Rautajoki sanoo, että tarkoitus on tutkia sairastavuutta terveys-sosiologisesta näkökulmasta. Samalla yritetään löytää toimintatapoja, joilla sairastavuutta voi ehkäistä ennalta.

Tämänhetkistä vaihetta Rautajoki kuvaa "aktiiviseksi valmisteluksi".

Uskoa tavoitteisiin

Kemin ja Kemi-Tornion ammattikorkeakoulun sosiaali- ja terveysalan yksikön kesken asia on ollut viireillä viime keväästä alkaen.

Jo viime vuonna Kemin sai-

rastavuuden tutkimista ehdotettiin kokoumuksen ja keskustan valtuustaloitteella.

Rautajoen mielestä suunnitella oleva hanke on hyvä siksi, että se lähtee väestön laaja-alaisesta hyvinvoinnin näkökulmasta. Rautajoki myös uskoo, että hankkeella voidaan vaikuttaa myönteiseen suuntaan.

-Otamme käyttöön yliopiston yhteiskuntatieteen ja terveystieteen tutkimuksen sekä ammattikorkeakoulun soveltavan tutkimus- ja kehitystoiminnan mahdollisuuksia.

Oulun yliopiston terveystieteen laitoksen lisäksi kumpunkinisi havittaan Lapin yliopiston yhteiskuntatieteellistä tutkimusta.

-Selvitämme myös, saisiko tähän mukaan myös muita kuntia. Esimerkiksi Tornio tai Raahen olisivat vertailuaselman kannalta kiinnostavia, Rautajoki kertoo.

Tulokset?

Tuloksia ei tule ihan pian, mutta yksi malli, jota tutkitaan, on niin sanottu PYLL-malli. Siinä tutkitaan ennenäikaisesti menetettyjen elinvuosien kuolin-



Selvitetään kunnolla esimerkiksi se, mitä väestön elinolosuhteissa tapahtuneita muutoksia taustalla vaikuttaa.

Arto Rautajoki
kehityspäällikkö

syykohtaista määrää.

-Se tieto hankitaan ehkä ostopalveluna, ja tämä osuus tuottaa nopeammin myös väliaikatuloksia.

Alustavia tutkimustuloksia Rautajoki uskoo saatavan jopa ensi vuonna, mutta kehittämisohjelman osuudessa ei vielä ensi vuonna päästä varsinaisiin tuloksiin.

Suomessa ei Rautajoen mukaan ole muita samanlaisia hankkeita menellään.

-On erilaisia, muttei ehkä täysin vastaavia, koska tilanne Kemissä on aika omanlaisensa.

Kuinka niin?
-Kemi on kiinnostava tutkimuskohde. Täällä on perinte-

Mikä?

Terveyshanke

Tavoitteena on tuottaa tietoa kemiläisten sairastavuudesta terveys- ja hyvinvointisosiologisesta näkökulmasta.

Toteutetaan yhteistyössä Kemi-Tornion ammattikorkeakoulun sosiaali- ja terveysalan, Lapin yliopiston yhteiskuntatieteen tiedekunnan Lappeen instituutin sekä Oulun Yliopiston terveystieteen laitoksen ja Kemin kaupungin kanssa.

Hanketta koordinoi Kemi-Tornion ammattikorkeakoulu. Hankehakemus valmistellaan syksyn 2009 ja alkukevään 2010 aikana. Rahoitusvaihtoehtoina ovat ESR, TEKES ja Kunnallinen kehittämissäätiö.

nen teollisuuskaupungin elinkeinorakenne, joka on yhteiskunnallisen toimintaympäristön muutuessa tullut monella tapaa haastetuksi.

Sairastavuuden kustannukset halutaan alas

Kemin sosiaali- ja terveysjohtaja **Liisa Niiranen** ei ihmettele, että hanke on yhä valmisteluvaiheessa. Hän ei myöskään pidä pahana, jos hankkeeseen otetaan muitakin kuntia.

-Tämä on niin laaja tutkimushanke, että tarvitaan ul-

kopuolista rahoittajaa. Rahoituksen hakeminen vie aikaa. Jos hankkeeseen tulee mukaan muitakin kaupunkia, saa ehkä helpommin rahoitusta, mutta meidän tarpeestamme tämä on lähtenyt, Niiranen sanoo.

Kemi-Tornion ammattikorkeakoulu on ollut toistaiseksi toimija ja suunnitelman laatija.

Niirasan mukaan kaupungin rooli on työn tilaaja mutta myös yhteistyökumppani.

Kemin perusongelma on kor-

kean sairastavuuden aiheuttamat kustannukset.

-Nyt haemme toimintamallia, eli emme ole kiinnostuneita vain syistä vaan millä keinoin lukuihin voidaan myös vaikuttaa ennalta.

Jos hanke, ei saa rahoitusta

mistään ohjelmasta, Niirasan mukaan sitten katsotaan uudestaan, jääkö asia kaupungin ja ammattikorkean yhteishankkeeksi.

Silloin esimerkiksi opinnäytetöillä etsitään selkoa aihepiiriin.

Pääkirjoitus 3.12.2009

POHJOLAN SANOMAT

PERÄPOHJOLAN JA LAPIN VÄESTÖN ÄÄNENKANNATTAJA
PERUSTETTU 1915

Kemi saatava terveemmäksi

Kemin korkea sairastavuus rajautuu usein vain huoleksi korkeista erikoissairaanhoidon menoista. Kyse on paljon enemmästä. Kehitteillä olevalle tutkimukselle pitää löytää rahoitus.

Kemin tunnetusti korkea sairastavuutta aiotaan selvittää laajalla tutkimus- ja kehityshankkeella. Vielä valmistelu- ja kypsyttelyvaiheessa olevan suunnitelman toteuttajiksi kaavaillaan Kemi-Tornion ammattikorkeakoulua, Lapin yliopistoa ja Oulun yliopistoa yhdessä Kemin kaupungin kanssa.

Kemin sairastavuudesta on sinällään paljon tietoa. On tiedetty jo kauan, että Kemissä todella sairastetaan enemmän kuin useimmissa muissa kaupungeissa. Sekin tiedetään suhteellisen tarkasti, mitä kemiläiset sairastavat ja millä tavoin Kemin sairastavuus poikkeaa muista.

Kemin sairastavuus erottuu myös euroissa. Erikoissairaanhoidon kustannukset ovat keski-kokoisten kaupunkien joukossa maan korkeimpia. Kemin sosiaali- ja terveystoimi on jo vuosia ponnistellut erikoissairaanhoidon kustannusten hillitsemiseksi. Siinä on myös onnistuttu, mutta klappia muihin on yhä.

Kaupungin virkamiesjohdolle ja poliittisille päättäjille terveystoimen aikaansaannokset eivät oikein riitä. Kun puhutaan Kemin vaikeasta taloustilanteesta, lähes aina ensimmäisenä esiin otetaan erikoissairaanhoidon kustannukset.

Päättäjän tietysti kuuluu olla huolissaan kustannuksista, mutta sosiaali- ja terveystoimen menojen hillitseminen ei ole aivan helppoa. Toteutuville menoille ei oikein ole vaihtoehtoa. Useimmilla muilla hallinnonaloilla peli- ja säästövara on paljon todellisempi.

Nyt suunnitteilla olevassa Kemi terveeksi 2015 -tutkimuksessa on tarkoitus mennä pitemmälle ja syvemmälle. Kemi-Tornion ammattikorkeakoulun kehityspäällikkö Arto Rautajoki sanoo (PS 1.12.), että pelkästään erikoissairaanhoidon kulujen kartoittaminen on liian suppea näkökulma.

Rautajoen ideana on, että selvitetään kunnolla esimerkiksi se, mitä väestön elinolosuhteissa tapahtuneita muutoksia taustalla vaikuttaa. Tällainen terveys sosiologinen lähestymiskulma voi olla erityisen antoisa juuri Kemin kaltaisessa kaupungissa. Samalla yritetään löytää tapoja, joilla sairastavuutta voitaisiin ehkäistä ennalta.

Kemin teollinen perinne on pitkä. Tehdas-työ ja ennen muuta laajamittainen vuorotyö on tuonut kaupunkiin ja lukuisiin perheisiin aivan oman arjen rytmensä. Vielä muutama kymmenen vuotta sitten Kemissäkin asuttiin paljon ahtaammin ja puutteellisemmin kuin tänä päivänä.

Voi olettaa, että kaikki tuo näkyy suoraan kemiläisten terveydessä. Osaltaan Kemin sairastavuutta lisää väestön ikärakenne. Vanhusväestöä on suhteellisen paljon, ja ero esimerkiksi Tornioon on aivan huomattava.

Kemi poikkeaa muista suomalaisista teollisuuspaikkakunnistakin kulttuurinsa ja poliittisen radikalisminsa takia. Kemillä on ollut omaleimainen, vahva elämäntapansa. Se on vaikuttanut ja näkyy osaltaan kaikessa kemiläisyydessä, myös meidän sairastavuudessa.

Alkoholi paljastui suureksi syyksi Kemín sairastavuudelle

POHJOLA SAUOMAT (20.7.2010, Y.)

Tilastot: Kemín miehet kuolevat nuorena myös tapaturmiin, väkivaltaan ja itsemurhiin

HENRIPEKKA KALLIO
Kemi

Alkoholihaitat selittävät pelot-tavan suuren osan kemiläisten kehnosta kansanterveydestä. Asia käy ilmi konsulttiyhdistö FCG:n selvityksestä, jossa tutkittiin syytä kemiläisten korkeaan sairastavuuteen.

– Alkoholi on noussut yhä suureksi ennenaikaisen kuoleman selittäjäksi kuin sydän- ja verisuonisairaudet. Kehityksen suunta on erittäin hälyttävä, sanoo selvityksen toinen tekijä, tohtori Mikko Vienonen. Alkoholia enemmän ennen- aikaisesti menettäneitä elinvuo- sia aiheuttavat vain erilaiset tapaturmat, mutta niidenkin takana piilee usein alkoholion- gelmia.

– Samansuuntaisia tuloksia on tullut aikaisemmistakin tut- kimuksista, mutta päihde- ja mielenterveysongelmien mää-

Usein ajatellaan, että päih- teet olisivat vain työtörmien ja syrjäytyneiden marginaaliryh- mien ongelmia. Ammattilaitsten mukaan tämä on harhakäsitys, sillä ongelmia on kaikissa sosi- aaliryhmissä.

– Kemiläisistä lapsista kym- menen prosenttia asuu päihde- perheessä. Tämä tarkoittaa 450 lasta, Alatalo laskee.

Päihdetyölle kova tarve

Kemissä on tehty paljon töitä päihdeongelmien ratkaisemi- seksi, mutta Niirasen mukaan päihdehuollon resurssit ovat niukat. Varsinkin ennalta eh- käisevää hoitoa tarvittaisiin li-

Kommentti

Kierre poikki

Kemiläisten korkealle sairas- tavuudelle on etsitty monen- laisia rakenteellisia selytyksiä. Taustalla on pitkä historia teollisuus- ja satamakau- punkina maaseutukuntien puutteesta.

Kaupungissa on ol- lut tarjolla halpoja asuntoja, joihin etsiytyneillä ihmisillä ei ole aina ollut elämäntaitoi- laan.

Kemín terveydenhuollon

terveeksi -hanketta, jolla yrite- tään löytää lääkkeitä kaupun- kilaisten valtakunnan keskiar- voa huomionnan terveydentie- lan parantamiseen.

Kuulinsyrekisteristä kootut tiedot osoittavat, että kokonai- suurena Kemín tilanne on itse asiassa parantunut viimeisin- män vuosikymmenen aikana.

Vielä 1990-luvulla Kemín väestö meneti ennenaikaisista kuolemista johtuen 35 prosent- tia enemmän odotettavissa ole- via elinvuosia kuin valtakunta

keskimäärin. Nyt ero on enää 22 prosenttia.

Kemiläisten naisten luvut ovat suurin piirtein valtakun- nan keskitasoa, mutta muuta- mat miesten synkät luvut ve- tävät kokonaistilaston pitkästi miinukselle. Monet kemiläiset miehet kuolevat edelleen en- nenaikaisesti erilaisiin onnet- tomuksiin, väkivaltaan ja it- semurhiin. Alkoholiuolemien kanssa ne ovat suurimmat selit- täjät kemiläisten menetyville elinvuosille.

sä juovat itsensä humalaa- lähes kaksi kertaa lukolaisia useammin.

Voit varmaan turvallisesti olettaa, että Kemín taloudel- lisen rakenteen vuoksi kau- punkiin työllistyy keskimää- räistä enemmän ammattikou- lutautaisia lukitautaisiin verrattuna. Päihdetidenkäy- tössä malli opitaan usein ko- toa, joten kierteen syntymä- nen on helppo ymmärtää.

Kemiläisten kannalta olisi hyvä tulos, jos edes päihdei- den käytön kasvu saataisiin katkaistua.

HENRIPEKKA KALLIO

Tausta

Mikä PYLL?

PYLL-mittari (potential years of life loss) kuvaa väestön ter- veydentilaa mittaamalla liian varhaista kuolleisuutta.

PYLL-luku saadaan tarkas- telemalla kuolteen iän ja odotettavissa olevan eliniän erotusta yleisimpien ehkäis- tävissä olevien kuolinsyiden mukaan.

Suomen PYLL-luku on 4065, eli maassa menetetään kes- kimäärin 4065 elinvuotta 100 000 henkilövuotta kohti viiden vuoden kumulatiivisena summana.

Luku on sitä parempi, mitä lä- hemppänä nolaa se on.

Suunta parempaan

Kemín PYLL-luku on 2000- luvulla 4974, kun 1990-luvul- la luku oli 6401. Esimerkiksi Torniossa luku on tällä het- kellä 4011.

Kemiläisten miesten PYLL- luku on 7451, naisten 2357. Naisten luku on jopa valta- kunnan keskiarvoa parempi.

Lisää voimaa päihdetyöhön

Kemiläisten terveydentilan parantamisessa on keskeistä alkoholinkäytön vähentäminen.

Suomalaisten alkoholinkäytön määrää alkaa asiantuntijoiden mukaan olla jo kipurajoilla. Kemissä tuo raja on ilmeisesti jo ylitetty, sillä perjantaina julkistetun selvityksen mukaan kaupungin väestön korkea sairastuvuus selittää huomattavalta osin liiallinen alkoholin käyttö.

Alkoholia enemmän ennenaikaisesti menettäviä elinvuosia aiheuttavat vain erilaiset tapaturmat, mutta niidenkin takana piilee usein alkoholiongelmia.

Kemiläisten naisten luvut ovat suurin piirtein valtakunnan keskitasoa, mutta muutamat miesten synkät luvut vetävät kokonaistilaston pitkästi miinukselle. Ongelmia on kaikissa sosiaaliryhmissä. Kemiläisistä lapsista joka kymmenes asuu päihdeperheissä.

Ongelmallinen alkoholinkäyttö näyttää kulkevan sukupolvesta toiseen. Kemiläisten terveyttä rasittavan alkoholinkäytön juuret näkyvät jo alaikäisissä. Esimerkiksi kemiläiset ammatikoululaiset juopottelevat enemmän kuin naapurikuntien opiskelijat.

Pientä lohtua tuo, että kuolinsyyrekisterin mukaan Kemian tilanne on itse asiassa parantunut viimeisimmän vuosikymmenen aikana.

Perjantaina julkistettu selvitys on ensimmäinen osa Kemi terveeksi -hanketta, jolla yritetään löytää lääkkeitä kaupunkilaisten valtakunnan keskiarvoa huonomman terveydentilan parantamiseen.

Perinteisten kansantautien ehkäisy ei siis riitä nostamaan kemiläisten terveyttä valtakunnan keskiarvolukuihin, ellei alkoholin aiheuttamia haittoja saada kuriin. Tarvitaan tehokkaita täsmätoimenpiteitä.

Kemissä kulminoituu tilanne, joka tosin on tuttu muuallakin maassa. Suomi kunnostautuu nyt kisassa, josta ei voi ylpeillä. Tilastot kertovat, että Suomessa kulutettiin viime vuonna enemmän alkoholia kuin missään muussa Pohjoismaassa. Suomi nousi nyt tälle kyseenalaiselle kärkipaikalle ensimmäisen kerran.

Viime vuonna alkoholin kokonaiskulutus eli tilastoitu ja tilastoimaton kulutus yhteensä oli Suomessa 12,5 litraa sataprosenttista alkoholia jokaista 15 vuotta täyttäneestä asukasta kohti. Tanska jäi Suomesta 0,8 litraa.

Suomi erottuu muista Pohjoismaista myös juomansa vahvuudella. Meillä juomista on väkeviä lähes kolme litraa kun naapureissa väkivien juomien osuus kulutuksesta liikkuu kahden puolen puoltatoista litraa.

On aivan oikein, että kemiläisten sairastuvuuden ja nuorena kuoleamisen syytä on lähdetty perusteellisesti selvittämään. On tiedettävä syyt, jotta tilanteeseen voidaan vaikuttaa. Kun tiedossa on, että alkoholihaitat ovat merkittävät, on niiden kimppuun käytävä ensimmäiseksi. Jos näin ei tehdä on jopa todennäköistä, että muut toimet menevät hukkaan.

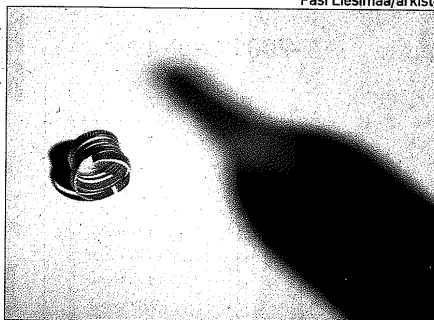
Kun kulutuksen kasvusta päätellen valistus alkoholin aiheuttamista terveysvaaroista ja muista haitoista ei ole mennyt perille, on valistustyöhön löydettävä uusia, vaikuttavia malleja. Niiden löytäminen on varmasti haasteellista mutta ei mahdotonta.

On selvää, että päihdehuollon resursseja on Kemissä lisättävä. Erityisesti on pystyttävä saamaan nuoriin ihmisiin alkoholihaittaketjun katkaisemiseksi.

Suomessa on hyviä kokemuksia terveysprojektien toteuttamisesta. Paras esimerkki löytynee Pohjois-Karjalasta, jossa vuosikymmenien työ on tuottanut hyvän tuloksen sydän- ja verisuonitautien vähentämisessä.

Ei liene liioiteltua esittää, että samantyyppistä toimintaa alkoholinkäytön vähentämiseksi tarvitaan nyt Kemissä. Projekti voisi toimia myös kansallisena pilottihankkeena, koska alkoholin aiheuttamat terveysongelmat eivät paikallistu vain Kemiin.

Pasi Liesimaa/arkisto



Kemin alkoholikuolemien uutisointi puhutti valtuustoa

POHJOINEN SAUOMAT 27.3.2000, 5

Julkisuuskuva: Osa valtuutetuista piti uutisointia asianmukaisena

CAMILLA AHLSTRAND
Kemi

Kemin valtuutetut palasivat maanantain valtuustossa Kemissä perjantaina pidetyn seminaarin antiin.

Seminaarissahan tuotiin esille Kemin korkeaan sairastavuuteen liittyviä tekijöitä. Tapahtuman uutisoinnissa nousi kärkeen Kemin suuri alkoholinkulutus, joka johtaa sairauksiin ja ennenaikaisiin kuolemiin.

Kaupunginjohtaja **Ossi Repo** oli maanantaina harmissaan seminaarin uutisoinnista. Tähän **Aarne Pasanen** heitti sitten valtuustossa, että olisiko Kemin alkoholiongelmat pitänyt uutisissa lakaista maton alle.

- Ongelma on totta. Toivon kaupunginjohtajalta tähän kommenttia, Pasanen esitti. Repo puolusti mielipidettään sanomalla, että perjantaina esitetyssä tilastoissa tuli esille myös myönteisiä asioita eli naisten sairastavuuden

pienuus.

- Tämä on upea kaupunki, miksi aina uutisissa kaivetaan esille ikävät asiat, Repo ihmetteli.

Ritva Sonntag vastasi Revolle, että hänestä paikallisen sanomalehden otsikointi vastasi hyvin seminaarin sisältöä.

- Elinvuosia menetetään alkuun, eikä siellä paikan päällä tullut oloa, että mässäillään Kemin ongelmilla. Tietysti kemiläisten naisten hyvän PYL-luvun olisi voinut laittaa isommalta, vaikka välitsoikkoon, Sonntag vinkkasi lehdistöön päin.

Mikko Ekorren mielestä se-

minaaanti oli Kemille positiivinen.

- Mutta näimme, mitä Kemin lehdistö haluaa kirjoittaa Kemin päämenoksi. Jos meillä olisi hyvä tiedottaja, hän olisi voinut tilastoista osoittaa myös hyvät puolet, Ekorre sanoi. **Juha Taanila** lisäsi, että myös ongelman ennaltaehkäisyä puhuttiin.

- Kemilähän on jo moniammatillinen Info-ryhmä, josta torniolaisetkin ottavat mallia.

Päättökset tutkitaan

Sosiaali- ja terveystoimen johtaja **Liisa Niiranen** kertoi, miten sairastavuushanke etenee jatkossa.

- Seuraavaksi ammattikorkeakoulun ylempiä tutkintoja tekevät alkavat selvittää Kemin hyvinvointipoliittikkaan liittyviä päätöksiä. Hankkeessa puututaan myös päihdeongelmiin. Hankkeen kokonaiskustannus kaupungille on 13 000 vuodessa eli vähemmän kuin alkuun laskettiin.

Koko keskustelu käytiin pykälässä, jossa selvitettiin Pasanen aloitetta kemiläisen sairastavuuden tutkimisesta.

Keliahallin takaus

Valtuusto takasi Kemin Keilatalo Oyn 120 000 euron lainan.

Investointilainalla korvataan

22 vuotta vanhat puuradat uusilla laminaattiradoilla. Keilatalo Oyn hallituksen puheenjohtaja **Tarja Ikonen** sanoi valtuuston jälkeen, että uudistukset tehdään jo tänä vuonna.

- Keväällä alkavat työt, ja syksyllä avaanme talon uusilla radoilla. Tähän saakka hallissa on tehty vain pintaremonttia. Ratojen uusimista on jo kauan odotettu.

Samalla tennishallin puolelle uusitaan lämmönkiertojärjestelmä.

- Myös kassa- ja varausjärjestelmä uusitaan. Tavoite on, että voisi netistä varata kella- ja tennishallin aikoja jo syksyllä.

Kemi on "upea kaupunki", mutta ongelmiakin on paljon

Imago: Kuntajohto haluaisi useinkin julkisuuteen vain mukavia asioita

MARTTI VUOLUKKA

Kemi

Kunnan mainetta ja imagoa ei voi rakentaa kuin tosiasioille. Ja mille se joka tapauksessa rakentuu.

- Kunnan on hyvä pitää aktiivisesti esillä sellaisia asioita, jotka se katsoo hyväksi maineelleen, mutta tänä päivänä myös ikävät asiat on kyettävä käsittelemään avoimesti.

- Vaikeistakin asioista on ykköskertaisesti voitava keskustella, sanoo kuntaliiton viestintäjohtaja Jari Seppälä.

Ihan sormeaa napsauttamalla se ei vain aina suju. Seppälä tietää, että mielialu puhua vain paremmista asioista elää kun-

tuuston kokouksessa kunnas-
teltiin kaupunginjohtajan re-
aktiota. Kokouksen **Aarne**
Pasanen kyseli, olisiko Kemin
alkoholiongelmat pitänyt uuti-
sissa laakaista maton alle.

Pikaratkaisuja ei ole

Jari Seppälä muistuttaa, että
usein kuntaa tai kaupunkia vai-
vaavassa ongelmassa on kyse
rakenteellisesta vitsauksesta,
johon ei edes ole nopeaa kor-
jaussarjaa.

- Siksi näistä pitää pu-
hua avoimesti. Päätäjienkään
syyllistämisen ei auta. Monet
ongelmat korjautuvat vain hi-
taasti.

Hyvin suomalaisen kunta-
kentän tuntee Seppälä sanoo,
että Kemi ei ole vaivoineen yk-
sin. Suomalaista teollisuuspe-
rimää koko matkaltaan kanta-
vissa niin sanotussa savupiip-
pukaupungeissa on omat on-
gelmansa.

Painotukset voivat vaihdella,

mutta jollain tapaa murros ja
uuden hakeminen näkyy niissä
kaikissa.

Kontrastia menneisyyteen voi
vielä jyrkentää se, että vanhoina
hyvinä aikoina palveluverkko
rakennettiin vahvaksi. Nyt, ve-

rolojen kadotessa, paini pal-
veluista on entistä kovempaa.
Tuttu tilanne Kemissäkin.

Mutta Kemissä on myös hy-
viä asioita. Kun Jari Seppäläkin
kuulee sanan Kemi, varmisti-
men sijasta ensimmäiset miel-

lehtymät ovat Sampo ja Lumi-
linna. Kemin terveysongelmista
hänellä ei ole ollenkaan yhtä
tarkkaa mielikuvaa.

- Läheltä katsottuna asiat voi-
vat joskus näyttää paremmilta
kuin ne onkaan.

Kommentti

Ikävätkin

asiat

ajallaan

Kemin kaupunginjohtaja

Ossi Repo haaveilee mah-
dottomasta tehtävästä. Hän
haluaisi ohjalla sitä uutisvir-
taa, jossa kerrotaan Kemin
kaupunkia ja kaupunkilaisia
koskevista asioista.

Repo jättäisi vähemmän-
le tai ehkä kokonaan pois ne

uutiset, joissa kerrotaan ikä-
viä asioita. Ja silloinkin, kun
paketissa on mukana myös
mukavampaa tietoa, ainakin
painotus on kaupunginjohta-
jan mielestä väärä.

Tällainen vähintäänkin
väärin sammutettu oli viime
lauantain lehden seminaari-
uutinen Kemin laajasta ter-
veysstruktuurimuutoksesta. Uutisessa

kerrottiin kemiläisten poik-
keuksellisen korkeasta alko-
holikuoiluudesta. Alkoholii-
n on yhtä suuri ennenaikai-
sen kuoleman selittäjä kuin
sydän- ja verisuonisairaudet.

Repo olisi halunnut painot-
taa enemmän sitä, että kemi-

läisten naisten sairastavuus
ei juuri poikkea valtakunnan
keskiarvosta. Se on erinomainen
asia, ja kerrottiin myös
uutisessa.

Varsinainen uutinen, näky-
vän kärkipaikan seminaarin
uutisoinnissa ansaitseva tieto
on juuri Kemin suuri alkoholi-
linkulutus kaikkine seuraa-
muksineen. Lisäksi seminaa-
rissa selvisi, että kemiläisten
terveyttä rasittavat alkoholi-
linkäytön elkeet näkyvät jo
alikäisissä.

Kyllä näistä asioista kan-
nattaa enemmän puhua kuin
vaieta.

MARTTI VUOLUKKA

Juomiseen puuttumalla ei kerää irtopisteitä

PUHTUUKO SAJONAT 27.9.2010, 1.

Tutkija: Jos viinaan kuolee nuorena, sen juomisen on aloittanut varhain

MATTI NIKKILÄ

Kemi

Harhaluulo alkoholiin kuolevasta ojan pohjien koluajasta elää sinnikkäästi. Nykyään alkoholiuongelmia löytyy kaikkialta ja kaikista ryh-

Kemissä miesten ennenaikaiset alkoholi-kuolemat nousivat keskus-telunaiheeksi kaupungissa teetetyt menettelyjen elinvuosien kartoi-tuksen jälkeen.

Järkevin tapa ratkaista ongelmia on asiantuntijoiden mukaan ennal-taehkäisevä työ. Finnish Consulting

Groupin tutkimusjohtaja Ilkka Voh-losen mukaan alkoholin vuoksi me- netetyt vuodet tarkoittavat sitä, että alkoholiin kuollaan nuorena.

- Se taas merkitsee sitä, että al- koholin käyttäminen on täytynyt aloittaa varhain.

Vohlonen korostaa sitä, että nuor- ten herkisen tylistymisen eh- käiseminen on tärkeää.

Pitkään jatkuneeseen alkoholin- käyttöönkin on olemassa ratkaisu- ja. Aikuisten ihmisten juomiseen puuttumalla ei kuitenkaan pysty

keräämään irtopisteitä.

- Todella selviä teitä alkoholin- käytön vähentämiseen on kaksi. Toinen on alkoholin hinnan nos- taminen, toinen sen saatavuuden rajoittaminen. Terveyden ja hyvin- voinnin laitoksen tutkimusprofes- sori Hannu Alho kertoo.

Niihin puuttuminen nähdään hä- nen mukaansa usein poliittisena it- semurhana.

→ Meri-Lappi & Peräpohjola A3

keräämään irtopisteitä.

- Todella selviä teitä alkoholin- käytön vähentämiseen on kaksi. Toinen on alkoholin hinnan nos- taminen, toinen sen saatavuuden rajoittaminen. Terveyden ja hyvin- voinnin laitoksen tutkimusprofes- sori Hannu Alho kertoo.

Niihin puuttuminen nähdään hä- nen mukaansa usein poliittisena it- semurhana.

→ Meri-Lappi & Peräpohjola A3

Riskikulutus

Puuttuminen

Alkoholin riskikulutukseen tulisi puuttua jo ennen riippuvuuden kehitymistä ja ennen oireilua.

Terveydenhuollon kuluista 20 prosenttia syntyy alkoholin aiheuttamiin sairauksiin. Jo yhden prosenttiyksikön vähennyksellä säästetään huomattavasti rahaa.

Alkoholi ei ole pelkkien puliukkojen ongelma

Puhuttiin
MATTI NIKKILÄ
Helsinki
27.3.2010

Yksinäinen juopolalli kuolee kiljupääjärin ääreen. Harhakuva alkoholi-ongelmaisesta elästä vieläkin. Nykyään rapajuoppo, tuurijuoppo ja kaappijuoppo ovat kaikki tavallisia.

Vain herkkyyks perityty
Alho luettelee yleisesti alkoholiongelmiin myötävaikuttavia asioita.
- Alkoholin käytön tulee olla toistuvaa. Alkoholismia ei voi perii, perinnöllisenä voi saada ainoastaan herkkyyden alkoholiin. Ympäristö ja kaverit vaikuttavat paljon alkoholin käyttöön.
- Perimä ei näy etenkin nuorten alkoholikäytössä. Kotona nähty alkoholikäyttö voi myötävaikuttaa ongelmiin, mutta

Luokkaperustelu on hänen mukaansa mahdollinen vain, jos ajatellaan hyvin pitkällä tähtäimellä. Kyse voi olla siitä, että väestön rakenne on saattanut vaikuttaa kauan sitten siihen tapaan, miten alkoholia juodaan jollakin alueella.

Luokkaperustelu on hänen mukaansa mahdollinen vain, jos ajatellaan hyvin pitkällä tähtäimellä. Kyse voi olla siitä, että väestön rakenne on saattanut vaikuttaa kauan sitten siihen tapaan, miten alkoholia juodaan jollakin alueella.

Oireita voi tunnistaa

Jos haluaa tarkkailla itseään, alkoholiliikakäytön oireita voi tunnistaa.

- Oireena voi saada unihäiriöitä, mieliala voi huonontua, verenpaine voi kohota. Nämä ovat muutenkin hyvin yleisiä oireita, Alho kertoo.

Listaan voi lisätä myös ahdistuneisuuden, epämääräiset väkensävaivat ja pumakkuuden.

Vaivat kuulostavat myös stressin oireilta.

- Nimenomaan. Ja yleisin tapaa, miten masennusta ja stressiä itselääkittää, on alkoholi.

On paljon helpompi avata pullo ja rojahtaa sohvalle istumaan kuin lähteä vaikkapa pilkille. Pidemmän päälle alkoholi vain lisää masennusta.

Maun takia suomalaiset eivät viinapulloon tartu.

- Ilmeisesti suomalaisilla on jollakin tavalla geeneissään taipumus humalajuomiseen. Vaikka siitä puhutaankin paljon, alkoholia ei juoda ruoan makujen täydentämiseksi.

Alhon mukaan känni kerran vuodessa ei välttämättä ole vaarallinen. Jos ne toistuvat useammin, huoleen voi olla aiheutta.

"Terveystaliban"

Alkoholiongelmiin on olemassa

helppoja ratkaisuja, mutta niillä ei kerätä suosiota.

- Todella selviä, tettä alkoholinkäytön vähentämiseen on kaksi. Toinen on alkoholin hinnan nostaminen, toinen sen saatavuuden rajoittaminen.

Molemmat asiat ovat Alhon mielestä arkoja paikkoja poliitikoille. Niihin puuttuminen nähdään hänen mukaansa usein poliittisena itsenurhana.

- Olen myös ehdottanut, että keskiolutta laimennettaisiin ruotsalaisten kauppojen olutta vastaavaksi.

Ehdotuksillaan Alho kertoo ansainneensa terveystalibanin nimityksen. Hänen mielestään tavallisen saunaoluen juoja ei huomaisi eroa nykykolmosen ja laimennetun oluen välillä.

- Täytyy olla ammattilainen, että eron maistaa.

Viina

Yleisin itsehoitolääke

Mielenterveysongelmat ja alkoholiongelmat kulkevat usein käsi kädessä. Yleisin tapa hoitaa mielenterveysongelmia itse on alkoholin käyttäminen.

Alkoholin suurkulutukseen voi seurata esimerkiksi maksakirroosi, kakkostyypin diabetes tai sydän- ja verisuonitauti. Myös rintasyöpä ja alkoholi on selvä yhteys.

Alkoholi myötävaikuttaa moniin muihinkin kuolinsyihin. Se lisää liikennekuolemia, itsemurhia, väkivaltaisia kuolemia ja useampia syöpiä.

Viinaa ei tarvitse juoda kun on järkevää tekemistä

Puhtola 27.5.2010, 3.

Toimintaa: Ulos, eikä kotiin istumaan

MATTI NIKKILÄ

Kemi

Kahvipöytäparlamentti on aloittanut kokouksensa Kemien keskuksen Teboilla jo puoli kahdeksan aikaan perjantai-aamuna. Vielä kymmenen aikaan pöydässä istuskelevat Teuvo Romppainen, Hannu Kuronen ja Eero Hyryläinen.

Kahvikuppeja pöydässä on enemmän kuin juojia.

Olemme tulleet puoli yhdeksän aikaan, mutta tässä on kulkenut paljon tuttuja ja kaikkien kanssa on pitänyt porista. Teboihin jälkiväisiksi itseään nimitävä porukka pohtii mielellään vaikka viina-asioita. He tietävät, että aineen kanssa voi olla ongelmia kaikilla.

Kyllä niitä ongelmia löytyy

minen ja liikkuminen pitävät myös touhussa. Hyryläinen harrastaa samantaisia asioita.

Tipattomiksi kukaan joukosta ei tunnustaudu. Ongelmia alkoholista ei kenelläkään kuitenkaan ole ollut.

Ollaan me kaikki joskus viinaa juottu, mutta ei olla kuoltu siihen, Hyryläinen sanoo.

Romppainen sanoo, että ei ole koskaan esimerkiksi pystynyt juomaan viinaa useampaa päivää peräkkäin.

Miehet muistelevat, että ennen alkoholinkäytön kanssa oliin avoimempia. Erityisesti 1990-luvulla alkoholi muuttui ehdottomasti kielletyksi työnauttineena töitä tekeviä näkyen enemmän.

Silloin poliisista lähtien kaikki saattoivat olla töissä päissään, Hyryläinen sanoo.

Kalja pois kioskeilta

Ratkaisuehdotuksakin jou-

kosta löytyy.

Jos minä olisin diktaattori, ottaisin kaljan pois myynnistä kioskeilta ja kauppoista, Hyryläinen toteaa.

Porukka haluaisi vaikuttaa nuorten haluihin viettä iltaa mieluummin oluen kuin

ulkoilun parissa. Netissä tai television edessä istumisen sijaan pitäisi olla parempaa tekemistä.

Silloin kun kahvipöytäparlamentin miehet olivat nuoria, he luistelivat ja urheilivat koulun jälkeen kaikki illat. Palloakin

pelattiin ja pelikenttiä saatiin tehdä ja rasoitaa itse.

Nykyään urheiluun on paljon paremmat mahdollisuudet, mutta mistä löydettäisiin porukkaa joka jaksaisi vetää nuoria pelaamaan, Hyryläinen kysyy.

Ennaltaehkäisy on järkevintä

maton valistus voi vaikuttaa myönteisesti.

Ehkäisemällä alkoholin haittavaikutuksia yhden euron käyttäminen voi tuottaa Alhon mukaan helposti viiden euron tuloksen. Myös FCG-konsulttiyrityksen tutkimusjohtaja Ilkka Vohlonen uskoo ennaltaehkäisyyn.

Sydänkuolleisuudessa ennaltaehkäisyllä ollaan saavutettu 80 prosentin vähennys. Vohlonen oli mukana Ke-

missä tehdyssä menetettyjä elinvuosia kartoittavan indeksin tekemisessä. Siinä alkoholi paljastui merkittäväksi vaikuttajaksi erityisesti miesten ennenaikaiseen kuolleisuuteen.

Tulos tarkoittaa sitä, että alkoholin kuolaan nuorena. Se taas merkitsee sitä, että sen käyttäminen täytyy aloittaa varhain. Nuorten henkisen tylistymisen ehkäiseminen olisi tärkeää.



Puheenvuoro VUOSIEN PÄIVÄS PENTTIILVESLUOTO

1.4.2010 2.

Kirjoittaja on eläkkeellä oleva kemisti ja pitkäaikainen kemiläinen vaikuttaja

Viinasta

Olemme viime vuosina usein nähneet lehtime palstoilla suurilla otsikoilla ja oikein kuvien kera rydyttyjä uutisia Tornion Alkon valtakunnallisesta menestymisestä viinan ykkösmyyjänä. Lehtijutulla on haluttu osoittaa omistuneen viinan myyntin olevan hyvin positiivinen ilmiö Tornion imagolle länsirajan vaapaamielisenä kaupunkina. Viime vuonna myynti romahti, ja se koettiin otsikoissa murheellisenä asiana.

Kun vielä Hartwall ilmoitti Lapin Kuulan lakkautamisesta, yrittivät torniolaiset jopa kansainliikkeiden kautta lehdistön tukemana taistella lakkautamista vastaan. Kyse ei ollut vain työpalkoista vaan Tornion maineen suurena olleen valmistajana säilyttäminen.

Astettiin oli lehdessä suurin otsikoin kuvien kera Kemian koskeva uutinen. Sen karuton ydin oli, että liian monet kaupungin miehistä kuolevat liian nuorina alkoholiongelmiin. Se uutinen ei nostanut Kemian imagoa va-

paamielisenä iloitsten nuorten kaupunkina. Osoittaessaan kemiläisten omaavan kärkisijan täälläkin alueella, se samalla pykälän verran lisäsi sijoitustamme vähimmin houkuttelevana kuntana. Se vahvisti ulkopuolisten käsityksiä siitä, että Kemian monet vaikeudet johtuvat edelleen siitä kulttuurista, jonka vuosikymmeniä enemmistön suosima neuvostokokonnumismmin ihannoiminen loi.

Esimerkithän samanlaisista seurauksista löytyvät juuri idästä. Venäjällä kokonnumismmin romahtamisesta huolimatta tai juuri sen takia tulevaisuuden suurimpia ongelmia on liian monien nuorten miesten kuoleminen liian nuorina alkoholiin. Jopa käydystä valtuustokeskustelusta olin jopa havaitsevina ni tällaisia sävyjä. Toki aarteet ja kulttuuri alkoholin käyttöön vaikuttavat, mutta tällä en väitä syiden olevan kovinkaan yksiselitteisiä.

Voin tulla väärinkin, mutta pidän sävyä poliittisena kultuneen

Lopettakaa viinan käyttö - ja lopullisesti.

lauselman mukaisena: sitä saa, mitä tilaa. Toinen selitys saattaa olla poliitikkojen helpotuneisuus. Saattamalla näkyvästi julki, että kemiläisten suurella saivastavuudella, terveysmenojen suuruudella ja talouden heikkoudella onkin yhteinen nimittäjä - runsas alkoholin käyttö, jolle me poliitikot emme voi mitään. Syyllisiä ei meidän joukoistamme löydy.

Totta kai merkittävät uutiset pitää kertoa, mutta olen kyllä kaupunkinjohtajan kanssa samaa mieltä, että uutisten uutisointivälillä mm. otsikoimilla on paljon suurempa merkitys niiden vaikuttavuuteen kuin itse asialla. sanovat lehtimiehet mitä tahansa muuta. Tähän iltapäivälehdet käyttävät häikäilemättömästi hyväksi lööpeisaan. Monet eivät lue lehdessä-

tä kuin suurimmat otsikot jos niitäkään.

Viime päivinä on uutisoitu viinan negatiivisista vaikutuksista Suomessa. Mutta viiden miljardin euron vuosittaiset kustannukset, viiden tuhannen ihmisen välitön tai välillinen vuosittainen kuolema, väkivalta, perheväkivallan kauheudet, joista Peter Franzen kirjoittaa, eivät ole kuin vain uutisia ilman sen kummempaa uutisarvoa. Jokainenhan tietää, että tällä kulttuurilla, viinan hinnalla ja saatavuudella noin kymmenen prosentin todennäköisyys joutumisesta ongelmakäyttäjien joukkoon toteutuu luonnollain ehdottomuudella. Kannattaa muistaa, että todennäköisyys valitsee uhrin sokeasti.

Sammuta itse - ja lopullisesti, sanottiin tupakasta tämän aamun lehdessä. Ei kukaan, eivät poliitikot, eivät toimittajat uskalla edes ehdottaa, että yksi ratkaisu alkoholihaittojen lopettamiseksi olisi sitä luopuminen. Minä uskallan. Lopettakaa viinan käyttö - ja lopullisesti.

Jätkän elämäntavat koituvat yhä monen lappilaismiehen kohtaloksi

Puhuttiin 10.8.2010

Kansansairaus: Sepelvaltimotauti on Lapissa yleisempi kuolinsyy kuin muualla maassa, etenkin miehillä

VEERA VASARA
Rovaniemi

Miehet kuolevat sepelvaltimotautiin naisia useammin, etenkin Lapissa. Erityisesti 55-64-vuotiaiden ikäryhmässä miesten osuus on moninkertainen naisiin verrattuna. Tämä käy ilmi Terveiden ja hyvinvoivien laitojen sairaanhoitopiiritehtävistä kuolinsuustilastoista.

Sekä miehet että naiset kuolevat Lapissa sepelvaltimotautiin muuta Suomea yleisemmin. Taustalla ovat lappilaisten epäterveelliset elämäntavat, erityisesti muuta maata ahkerampi tupakointi.

Naisten alhaisempaa kuolleisuutta niin Lapissa kuin muualla maailmassa selittää naisten luontainen estrogeeni tuotanto.

-Siksi vain harva työkääinen nainen sairastaa sepelvaltimotautia, sanoo tutkimusprofessori

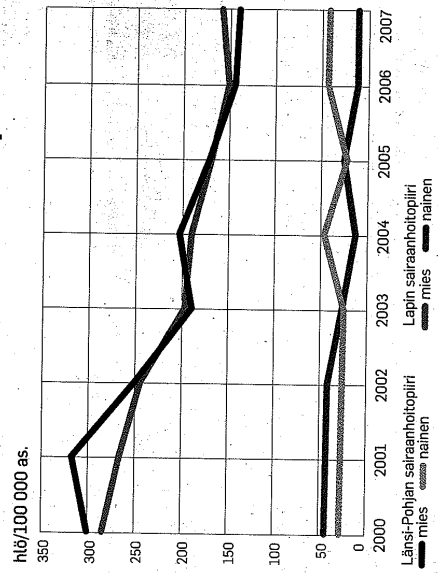
ri Veikko Salomaa terveyden ja hyvinvoivien laitokselta. Vanhemmalla iällä sukupuolten välinen ero tasoittuu.

Elämäntavat periytyvät
Emeritusprofessori Simo Näyhä Oulun yliopiston terveystieteiden laitokselta painottaa, että tärkein syy sepelvaltimotautiin yleisyyteen Lapissa ovat elämäntavat.

Hän tutki vuonna 2005 julkaistussa Lapin terveyskatsauksessa kuolleisuutta ja kuolinsyytä Lapin kunnissa. Katsauksessa tarkasteltiin kuntakohtaisia tilastoja 1960-luvulta 1990-luvun loppuun.

-Ilmiön juuret ovat Lapin suutushistoriassa. Miehä muutettiin alueelle raskaisin metsätöihin ja tukkisavotille. Kämpälänselän kuului niin tupakka, viina kuin rasvainen ruoka, Näyhä sanoo.

Sepelvaltimotautikuolleisuus Lapissa



Lähteet: Terveiden ja hyvinvoivien laitos
Elina Vitterna/Lapin Kansan

Kämpäkulttuuri elää Lapin niemellä kuolleisuus sepelvaltimotautiin on maan keskitasoa. Syyksi Näyhä arvioi kaupunkiperiytyvät sukupolvelta toiselle. Myös kuntakohtainen elinkeinon tausta heijastuu tilastoihin.

-Kitilä, Kolari, Pelkosenniemi ja Savukoski, ovat "ongelma-kuntia", Näyhä sanoo.

-Saamelaiskunnissa lukemat ovat taas alhaisempia.

Lapin kaupungeista Rovaniemiellä kuolleisuus sepelvaltimotautiin on maan keskitasoa. Syyksi Näyhä arvioi kaupunkiperiytyvät sukupolvelta toiselle. Myös kuntakohtainen elinkeinon tausta heijastuu tilastoihin.

-Kitilä, Kolari, Pelkosenniemi ja Savukoski, ovat "ongelma-kuntia", Näyhä sanoo.

-Saamelaiskunnissa lukemat ovat taas alhaisempia.

Lapin kaupungeista Rovaniemiellä kuolleisuus sepelvaltimotautiin on maan keskitasoa. Syyksi Näyhä arvioi kaupunkiperiytyvät sukupolvelta toiselle. Myös kuntakohtainen elinkeinon tausta heijastuu tilastoihin.

Syrjäytyneisyys riski
Sepelvaltimotauti on yhä suomalaisen tärkein yksittäinen kuolemansyy, vaikka sairaus on

Naisten alhaisempaa kuolleisuutta niin Lapissa kuin muualla maailmassa selittää naisten luontainen estrogeeni tuotanto.

vähentynyt elintason nousun myötä.

- Sosioekonomisen aseman kohentumista elintavat yleensä parantuvat, Veikko Salomaa sanoo.

Lapissa sepelvaltimotautiin esiintymisen on laskenut muuta maata hitaammin.

- Myös alueen korkeat työttömyysluvut vaikuttavat, sanoo sisätauti-iläkkäri Erkki Kiviniemi Lapin sairaanhoitopiiristä.

Sairauden emaltaehkäisy ja hoito tavoittaa työssäkäyvän keski-ikäisen miehen työtöntä paremmin.

- Järjestelmällinen työterveyshuolto on eri asia kuin terveyskeskuksen varassa oleminen.

Lapin keskussairaalaassa on viime vuosina panostettu se-

Mikä?

Sepelvaltimotauti

1960-luvulla Suomella oli maailman kärkisija keski-ikäisten miesten sepelvaltimotautikuolleisuudessa. **Miesten** kuolleisuus oli vähentynyt noin neljänkseen 2000-luvun alussa. **Tautiin** kuolee vuosittain yhä runsaat 12 000 suomalaista. Joista miesten osuus on noin puolet. Työkäisenä kuolleista miehiä on noin 80 prosenttia.

Sepelvaltimoverenkierron heikentämisen yleisin syy on valtimonseinämien kovettuminen. Tähän vaikuttavat elämäntavat kuten tupakointi, ravinnon rasvapitoisuus sekä verenpaine.

pelvaltimotaudin akuuttiin hoitoon.

- Angiografia- eli varjoainetutkimusta on tehostettu vuodesta 2006. Sen vaikutukset ti- lastoihin jäävät vielä nähtäväksi, Kiviniemi arvelee.

Liite 2. Sosiaalihuollon lainsäädännön kokonaisuus.

Taulukko 1. Sosiaalihuollon lainsäädännön kokonaisuus (Lähde: Sosiaalihuollon lainsäädännön uudistaminen. Sosiaalihuollon lainsäädännön uudistamistyöryhmän väliraportti. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskuksen selvityksiä 2010:19).

Sosiaalihuollon rajapinnan lakeja	
1. laki vammaisten henkilöiden tulkkaukspalveluista	Sosiaalihuollon asiakas- ja kohderyhmäkohtaisia lakeja
2. laki vammaisetuisuuksista	1. laki lasten päivähoidosta
3. elatustukilaki	2. laki lasten kotihoidon ja yksityisen hoidon tuesta
4. laki talous- ja velkaneuvonnasta	3. lastensuojelulaki
5. sotilasavustuslaki	4. laki vammaisuuden perusteella järjestettävistä palveluista ja tukitoimista
6. laki kuntoutuksen asiakasyhteistyöstä	5. laki kehitysvammaisten erityishuollosta
7. laki sosiaalialan osaamiskeskustoiminnasta	6. laki omaishoidon tuesta
8. laki rikosasioiden ja eräiden riita-asioiden sovittelusta	7. päihdehuoltolaki
9. mielenterveyslaki	8. laki kuntouttavasta työtoiminnasta
10. kansanterveyslaki	9. laki toimeentulotuesta
11. erikoissairaanhoidtolaki	10. laki sosiaalisesta luototuksesta
12. sairausvakuutuslaki	Sosiaalihuoltoa ohjaava sosiaalihuollon yleislainsäädäntö
13. laki holhoustoimesta	1. sosiaalihuoltolaki
14. nuorisolaki	2. laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista
15. perusopetuslaki	3. laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista
16. lukiolaki	4. laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä
17. laki ammatillisesta koulutuksesta	5. laki sosiaalihuollon ammatillisen henkilöstön kelpoisuusvaatimuksista
18. yliopistolaki	6. laki yksityisten sosiaalipalveluiden valvonnasta
19. ammattikorkeakoululaki	7. laki kunnan peruspalveluiden valtionosuudesta (laki sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelusta ja valtionosuudesta)
20. isyyslaki	8. laki sosiaali- ja terveydenhuollon palveluseleleistä
21. laki lapseksiottamisesta	9. laki kunta- ja palvelurakenneuudistuksesta
22. laki lapsen huollosta ja tapaamisoikeudesta	
23. laki lapsen elatuksesta	
24. työttömyysturvalaki	
25. laki julkisesta työvoimapalvelusta	
26. asumistukilaki	
27. laki maahanmuuttajien kotouttamisesta ja turvapaikanhakijoiden vastaanotosta	
28. laki julkisista hankinnoista	

Liite 3. Toimenpiteet kaupunkistrategian saavuttamiseksi (Lähde: Kemin kaupungin toimintaker-
tomukset vuosilta 2000-2009).

Painopistealue	Tavoite	Toteutuminen
2000 Lasten ja nuorten sekä heidän perheidensä syrjäytymisen estäminen	Laaditaan lapsi- ja nuorisopoliittinen ohjelma yhteistyössä eri hallinnonalojen ja ammattikorkeakoulun kanssa	Lasten ja nuorten syrjäytymisen ehkäisemiseksi yhteistyötä tiivistetty koulutus- ja kulttuuriasiainlautakuntien kanssa
Perusterveydenhuollon uudelleen järjestäminen	Järjestetään palvelutuotanto joustavasti ja oikea-aikaisesti asiakkaan oikeuksia kunnioittaen	Perusterveydenhuollon väestövastuuta ei voitu aloittaa, koska lääkäreitä ei ole saatu riittävästi
Väestövastuu	Väestön terveyden edistäminen	Jatkettu entisiä toimintamalleja sekä osallistuttu mm.valtakunnalliseen verenpainetaudin ja diabeteksen hoitotasapinon seurantatutkimukseen; Kemin terveystarkastus Kouluterveys 2000-tutkimus
Terveyttä 2000-projekti	Erikoissairaanhoidon järjestäminen	Osallistuttu laatuprojektiin ja laadunhallinnan kehittämishankkeisiin
2001 Alle 25-vuotiaiden kuntouttavan työtoiminnan järjestäminen	Alle 25-vuotiaiden työtoiminnan järjestäminen lain edellyttämällä tavalla	1.9.2001 tuli voimaan laki kuntouttavasta työtoiminnasta. yhteistyö työvoima-toimiston kanssa käynnistynyt Kuntouttavasta työtoiminnasta tehty sopimus Työhönvalmennus- säätiön kanssa
Lasten ja nuorten sekä heidän perheittensä syrjäytymisen ehkäiseminen Päihteiden käytön ongelmien ja niiden syihin paneutuminen nykyistä tehokkaammin	Lasten ja nuorten sekä heidän perheidensä syrjäytymisen ehkäiseminen Ehkäisevän päihdetyön tehostaminen	Yhteistyötä tiivistämällä, perhekeskeiseen työhön panostamalla ja siihen kouluttautumalla on ehkäisty lasten ja nuorten ja heidän perheidensä syrjäytymistä sekä pystytty varhaistamaan nuorten päihdeongelmiin puuttumista
Lastensuojelun lisääntyneeseen tarpeeseen vastaaminen	Perhekeskeiseen työhön panostaminen	Perhetukiyksikkö Jukola aloitti toimintansa 1.1.2001, jonka an-

esim. Perhetukiyksikön perustaminen Jukolaan		siosta avohuollon tukitoimia on pystytty tarjoamaan entistä monipuolisemmin. Nuoruuksikäisten laitossijoituksia ei pystytty vähentämään. lastensuojelun perhehoidossa sijais- ja tukiperhepula on pysynyt ennallaan.
Perusterveydenhuollon uudelleen järjestäminen väestövastuisesti	Perusterveydenhuollon uudelleen järjestäminen	Perusterveydenhuollon väestövastuujärjestelmää ei ole voitu toteuttaa lääkäreiden vähäisyyden vuoksi. Väestövastuujärjestelmän toteutuminen siirtyy edelleen lääkäripulan vuoksi.
Mielenterveystyön suunnitelmallinen kehittäminen	Mielenterveystyön palvelujen kehittämissuunnitelma vuosille 2001-2010	Mielenterveystyön kokonaisuunnitelma valmistui loppuvuodesta 2001. Käynnistettiin suunnitelma Inka- kodin ja vanhusten palvelukodin siirtämisestä Suojalanpolulle, missä on asianmukaisemmat tilat ja mahdollisuus kokonaisvaltaisempaan kuntouttamiseen.
Vanhustenhuollon kehittäminen ja välimuotoisten palvelujen tarjonnan lisääminen vanhuksille, vammaisille ja mielenterveysongelmallisille yhteistyössä mm. kolmannen sektorin kanssa	Vanhustyön kehittämissuunnitelma vuosille 2001-2015	Osuuskunta Akseliina jatkoi toimintaansa. Psykiatristen pitkäaikaispotilaiden perhehoito käynnistettiin. Vanhusväestön suunnitelma päivitettiin.
Palvelun laatutason kehittäminen ja ylläpitäminen	Palvelutasosta huolehtiminen laatukehittämisellä ja palvelutoumukset	Sosiaalityön sekä vanhus- ja vammaispalveluiden auditointi toteutettiin
Kemin terveystarkastus- tutkimuksen tulosten hyödyntäminen		
2002 Lasten, nuorten ja heidän perheidensä syrjäytymisen ehkäiseminen mm. perhe-	Varhaisen puuttumisen tehostaminen	Varhainen puuttuminen nuorten päihteiden käyttöön tehostui ensiapupoliklinikan muuttunei-

<p>työtä ja verkostotyötä edelleen kehittämällä</p> <p>Resurssien luomissa puitteissa mahdollisimman laadukkaiden ja riittävien sosiaali- ja terveystalvelujen tarjoaminen kemiläisille</p> <p>Palvelujen tarjonnan monipuolistaminen yhteistyöllä muiden toimijoiden kanssa</p>		<p>den käytäntöjen myötä- nuorten päihteiden käytöstä ilmoitus sosiaaliviranomaisille</p> <p>Lasten- ja nuorten psykiatrian palveluihin tarkoitettulla ylimääräisellä valtionavulla jatkettiin perhetyön kehittämistä sekä järjestettiin yhteistyötahojen kanssa yhteistä perhetyön koulutusta</p> <p>Kemiläisten ikäihmisten kokonaisvaltainen asumisturvallisuuden parantaminen eli KEIKA-US- kampanja sai valtakunnallisen ”Vuoden turvallisuusteko” palkinnon joulukuussa 2002</p>
<p>Kuntouttava työtoiminta</p>	<p>Suunnitelmien laatimisaika</p>	<p>Kuntouttavan työtoiminta/ aktivointisuunnitelmat on laadittu lain piiriin tuleville tavoitteen mukaisessa aikataulussa. Siirtymäsäännöksen mukaista aikataulua ei kyetty toteuttamaan, vaan sen piirissä oleville tavoitteena laatia aktivointisuunnitelmat v. 2003 loppuun mennessä</p>
<p>Päivähoito järjestetään lain edellyttämällä tavalla</p>	<p>Lain säätämä</p>	<p>Päivähoito järjestetty lain edellyttämällä tavalla</p>
		<p>Sosiaali- ja terveystoimen johtajan viran perustaminen 1.9.2002 Johto- ja organisaatiomuutos 1.9.2002</p>
<p>Tehostetaan Sauvosaaren sairaalan akuuttia ja kuntouttavaa sairaanhoitoa</p>	<p>Hoidettujen potilaiden määrä kasvaa, hoitajaksot lyhenevät</p>	<p>Erikoissairaanhoidosta Sauvosaaren sairaalaan ohjatut potilaat on syksyn 2002 aikana voitu ottaa hoitoon ilman jonotusta</p>
<p>2003 Lasten ja nuorten ja heidän perheidensä syrjäytymisen ehkäiseminen</p>	<p>Varhaisen puuttumisen tehostaminen, lastensuojelun avoimuuden asiakkaat ja huostaanottojen määrä vähenee</p>	<p>Avohuollon asiakkuudet lisääntyneet, huostaanotot vähentyneet Aloitettu ennaltaehkäisevän huumetyön projekti ja lasten-</p>

<p>Perusturvallisuudesta huolehtiminen</p> <p>Elämänhallinnan tukeminen</p>		<p>suojelun jälkihuolto</p> <p>Valtuusto hyväksyi seudullisen sopimuksen lastensuojelun erityisosaamisen ja sijaishuollon turvaamiseksi</p> <p>Pitkäaikaistyöttömien ja pitkäaikais TT-tukiasiakkaiden ohjaus säätiölle</p> <p>Työvoimahallinnon kanssa tehtävä yhteistyö tiivistyi entisestään</p> <p>Saatiin rahoitus yhteis-palvelupisteelle</p>
<p>Elatustuen saatavien takaisinperinnän tehostaminen</p> <p>Päihdetyön suunnitelma 2003-2010</p> <p>Päivähoidon suunnitelma 2003-2010</p>	<p>Elatusturvan takaisinperintä maan keskiarvoa</p> <p>Suunnitelman valmistuminen</p> <p>Suunnitelman valmistuminen</p>	<p>Saatavien perintä pysyi ennallaan; korkealla tasolla</p> <p>Lautakuntaan keväällä 2004</p> <p>Valmistunut Lautakuntakäsittelyssä</p>
<p>Kansantautien primaarinen, sekundäärinen ja tertiäärinen preventio</p> <p>Vastaanoton asiakastyytyväisyys</p> <p>Turvataan kiireellistä lääkehoitoa tarvitsevien vastaanotolle pääsy</p>	<p>Asiakaskysely</p> <p>Lääkärivastaanotto</p> <p>Sairaanhoitajan vastaanotto</p>	<p>Ajanvarauksessa lääkärin vastaanottoajat priorisoitu kansantauteja sairastaville</p> <p>Avosairaala suunniteltu toiminnan aloittamiseksi 1.1.2004</p> <p>Kysely tehty, tuloksia ei vielä saatavilla</p> <p>Kiireellinen sairaanhoito keskitetty päivystyspisteeseen ma-pe</p> <p>Riitta Luosujärvi irtisanoutui</p>
<p>2004</p> <p>Hyvinvoinnin edistäminen ennaltaehkäisevää työtä vahvistamalla</p>	<p>Turvataan lasten ja nuorten kehitys parantamalla varhaisen tunnistamisen valmiuksia lasten ja nuorten kanssa toi-</p>	<p>Lastensuojelua ja lastensuojelun avohuoltoa yli valtakunnallisen keskiarvon</p>

	<p>mivien kesken</p> <p>Suunnataan päihdeongelmaisten ehkäistyötä nuoruusikäisten lisäksi myös aikuisväestölle</p> <p>Tuetaan vanhusten itsenäisyyttä ja turvataan heidän hyvinvointinsa</p>	<p>Päihdetyön kokonaissuunnitelma 2004-2010 laadittiin. Suunnitelmassa painotetaan ehkäisevää työtä myös aikuisväestön osalta</p> <p>Vanhuspalvelujen monipuolistamiseen ja palvelujen laadun kehittämiseen tähtäävä hanke aloitettiin 2004</p> <p>Palveluita järjestettiin resurssien mukaan</p> <p>Uusien palveluiden järjestäminen ei ollut mahdollista resurssien vähetessä</p>
<p>Palvelurakenteen edelleen kehittäminen vastaamaan väestörakenteen muutosta</p>	<p>Tehdään suunnitelma palvelurakennemuutoksesta Efektiaselvityksen ja kuntavertailun perusteella</p> <p>Toteutetaan omalta osalta palvelulinjatyössä suunniteltavat muutokset</p>	<p>Sosiaali- ja terveyslautakunnan 27.5.2004 kokoukseen valmisteltiin kannanotto ehdotuksineen konsultin keskeisiin johtopäätöksiin ja suosituksiin. Tätä käytettiin lähtökohtana myös v.2005 -2008 taloussuunnitelman valmistelussa. Kannanotto ehdotuksineen on ollut kaupunginhallituksen- ja valtuuston käsittelyssä kesäkuussa 2004</p> <p>Palvelualuejohtajan sekä vanhus- ja vammaispalveluiden ja terveysterveysten yhteistyönä laadittiin terveys- ja vanhusterveysten toimintaohjelma vuosille 2005- 2008, jota hyödynnettiin v. 2005- 2008 taloussuunnitelman yhteydessä</p> <p>Erikoissairaanhoidon palveluiden käytöstä ja laskutuksesta on ollut tiiviit neuvottelut Länsi-Pohjan sairaanhoitopiirin kanssa. Näiden neuvottelujen sekä Peres- hankeen ohjausryhmän</p>

		<p>avulla on saatu vietyä eteenpäin päivystyksen kehittämistyötä sekä päätetty tilata konkreettisia toimenpide- ehdotuksia sisältäviä sisätautien ja kirurgian erikoisalojen käytön ja kustannuksen hillitsemiseksi</p>
<p>Lastensuojelun palvelujen tarpeeseen vastaamiseksi etsitään seudullisia ratkaisuja sijais- ja tukiperhetyössä sijaisperheiden vaikean saatavuuden korjaamiseksi pidemmällä tähtäimellä</p> <p>Lastensuojelussa kehitetään varhaisen puuttumisen uusia työmenetelmiä yhteistyössä koulujen kanssa moniammatillisen koulutushankkeen avulla</p>		<p>Seudullinen sijais – ja tukiperhetyö on aloitettu ”Lapsilähtöinen Länsi- Pohja”- hankkeessa</p> <p>Koulutushanke ei toteutunut</p>

<p>Pitkäaikaistyöttömyyden hoitoa varten perustetaan yhteispalvelupiste työvoimahallinnon kanssa</p> <p>Pitkäaikaistyöttömyyden vähentämiseksi tehdään edelleen yhteistyötä säätiön ja työvoimahallinnon kanssa</p> <p>Hoidon porrastuksen selkiyttäminen yhteistyössä perustason, erikoissairaanhoidon sekä muiden toimijoiden kanssa</p>	<p>Toimeentuloasiakkuuksien väheneminen</p> <p>Perheneuvola Lastenpsykiatria A-Klinikka tk- sairaala Päihdehuollon laitokset</p>	<p>Kemin seudun Työvoiman yhteis- palvelupiste aloitti toimintansa elokuussa 2004</p> <p>Toimeentuloasiakkuudet vähenivät 5%</p> <p>PERES- projektiin on osallistuttu</p>
<p>2005</p> <p>Lasten, nuorten ja perheiden tukeminen</p>	<p>Oman lastensuojelun laitostyön kehittäminen</p> <p>Huostaanottojen määrän pysyminen ennallaan</p> <p>Pienten lasten sijoitukset</p>	<p>Lapsilähtöinen Länsi-Pohjanhanke. Sijais- ja tukiperheitä koulutettu lisää – perheiden saatavuus parantunut.</p> <p>Kemin kaupungin lasten ja nuortenhuollossa toteutettu rakenteellinen muutos.</p> <p>Lapsilähtöisten menetelmien kehittäminen</p> <p>Toteutunut – jatketaan seudullista sijais- ja tukiperhehanketta.</p>
<p>Hyvinvoinnin lisääminen syrjäytymistä ehkäisemällä</p> <p>Koulujen kanssa tehtävän yhteisen työn kehittäminen</p>	<p>Kuntouttava työtoiminta – aktivointisuunnitelma</p> <p>Toimeentulotukiasiakkaiden määrän vähentäminen</p> <p>Työvoiman yhteispalvelupiste</p> <p>Koulutusprojektin toteutus</p>	<p>Yhteistyö jatkunut työhönvalmennussäätiön kanssa, erityisesti alle 25vuotiaiden kuntouttavan työtoiminnan osalta</p> <p>Toimeentulotukiasiakkaiden määrä ei alentunut odotetulla tavalla.</p> <p>Toteutunut, systemaattinen arviointi ei toteutunut, mutta toimintaa kehitetty</p> <p>Hyvinvointineuvola-hanke toteutunut</p>

Terveet elämäntavat ja asenteet	Päihteiden ja tupakoinnin käytön yleisyys koulunuorilla	Info-ryhmän kyselyn tulokset. Ohjausta ja neuvontaa on toteutettu kouluilla , tiedotusta lisätty
Suurten kansansairauksien hallinta	alle 65-vuotiaiden kuolleisuus indeksi (ennenaikaiset kuolemat) Hoitoon pääsyn ja hoidon jatkuvuuden turvaaminen priorisoimalla (esim.sepelvaltimotautia sairastavat potilaat)	Tilanne hieman parantunut
Terveyspalveluiden muutokset	Vastaanotto toiminnan keskittäminen v.2005 – Tiimityön kehittäminen – perusterveydenhuollon kehittämisprojektissa ohjataan ja kehitetään tiimityön toimintamallia.	Yksimielisyys keskittämisestä. Tiimityön kehittäminen – perusterveydenhuollon kehittämisprojektissa ohjataan ja kehitetään tiimityön toimintamallia.
Hoitotakuun toteutuminen, 1.3.2005 alk. Hoitotakuun mukaisesti kuntalainen saa tarvitsemansa sairaanhoidon.	Seurantajärjestelmän toimivuuden varmistaminen. Ostopalvelulääkäreitä käytetty hoitopääsyn turvaamiseksi, omat resurssit eivät ole riittäneet.	
Sosiaalityöpalveluiden kehittäminen – asiakkaiden itsenäisen suoriutumisen tukeminen Seudullinen yhteistyö	Palvelusuunnitelmat Aktivointisuunnitelmat Kotoutumissuunnitelmat Talousneuvontaa Aikuissosiaalityön kehittämisen yhteisen koulutuksen avulla	Toteutunut Toteutunut Kaikille lain piiriin kuuluville Talousneuvonta lisääntynyt Aikuissosiaalityön koulutus ei toteutunut Seudullisen hankkeen jatkaminen

<p>2006 Terveyspalveluiden ja vanhushpalveluiden rakenne muutos</p> <p>Sosiaali- ja terveydenhuollon rakenneuudistus 2006-</p>	<p>Perusterveydenhuolto: hoitoonpääsyn turvaaminen ja jatkuvuuden parantaminen</p> <p>Painopisteen siirtäminen erikoissairaanhoidosta perusterveydenhuoltoon</p> <p>Vanhushpalveluissa lisätään tehostettua palveluasumista sekä kehitetään omaishoitoa (omaishoidonlakiuudistus 1.1.2006)</p>	<p>Uuden vastaanottotoimintamallin kehittäminen</p>
<p>Lasten, nuorten ja perheiden tukeminen</p>	<p>Hyvinvointineuvola-hanke</p> <p>Työkäytäntöjen ja menetelmien sekä toimintatapojen kehittäminen</p> <p>Sijais- ja tukiperhepulaa pyritään ratkaisemaan seudullisesti</p>	<p>Hyvinvointineuvola hankkeen tuloksena kehitettiin uudenlainen toimintamalli, jolla jo varhain kyetään löytämään apua ja puuttumaan apua tarvitsevien lasten ja koululaisten tilanteeseen.</p> <p>Toimintaa jatketaan seudullisesti (Neuvolatyö laajennettu koko kaupungin alueelle. Koulupsykologia ei ole – oppilashuolto on haaste!</p> <p>Sosiaalipäivystyksen aloittaminen 1.1.2007.</p>
<p>Hyvinvoinnin lisääminen Työmarkkinatukiudistus</p>	<p>Aktivointisuunnitelmat Kuntouttava työtoiminta</p> <p>Erytishuomio alle 25 vuotiaisiin</p>	<p>Aktivointisuunnitelmat laadittu melkein kokonaan työvoimayhteisöpalvelukeskuksessa.</p> <p>Kuntouttavassa työtoiminnassa tehtiin sopimus Meri-Lapin yhteistalous ry:n kanssa.</p> <p>Aikuissosiaalityön resursseja suunnattu alle 25 vuotiaiden kanssa työskentelyyn.</p>
<p>2007 Nuorten opiskelu- työ ja vapaa-ajan mahdollisuuksien parantaminen</p>	<p>Koulu- ja opiskelijahuolto resurssien vahvistaminen</p>	<p>Ei suositusten mukaisia resursseja (resurssit aiempien suuruiset)</p>

<p>Laadukkaiden palvelu järjestelmien ja tarkoituksenmukaisen palvelurakenteen kehittäminen</p>	<p>Lasten- ja nuorten sekä perheiden hyvinvointi/ hyvinvointineuvola-hankeen juurruttaminen muihin kaupungin osiin</p> <p>Vanhusväestön palvelutarpeeseen vastaaminen</p> <p>Seudullisen terveydenhuollon puhelinneuvontapalvelun osallistumisen selvittäminen</p> <p>Terveyden- ja sairaanhoitajien puhelinneuvonta/ hoidon tarpeen arviointi</p>	<p>Lomautusten vuoksi ei voitu toteuttaa</p> <p>Hanke ei käynnistynyt</p> <p>Toteutunut</p>
<p>Seutuyhteistyön voimistaminen ja verkottumisen tukeminen</p> <p>Sosiaali- ja terveystarjontaan riittävyys</p>	<p>Sosiaali- ja terveystarjonta /SOTEPI - hanke</p>	<p>Sosiaali- ja terveysministeriön puuttuvan rahoituspäätöksen johdosta jatkohanke ei edennyt</p>
<p>Saatavilla olevat palvelut</p> <p>Palveluidentaso</p>	<p>Hoitotakuun toteutuminen (perusterveydenhuolto, suun terveydenhuolto, mt-palvelut, erikoissairaanhoito)</p> <p>Asiakastyytyväisyys, laadukkaat neuvontapalvelut, oikaisuvaatimusten väheneminen</p>	<p>Sosiaali- ja terveystarjontaan asiakkaista 80 % tyytyväisiä palveluihin ja 75 % kokee palveluiden saatavuuden helppona.</p>
<p>2008</p> <p>Lastensuojeluprosessissa onnistuminen / lastensuojelulain muutos</p>	<p>Uusissa sijoituksissa enemmän panostetaan perhehoitoon kuin laitoshoidon.</p> <p>Tavoitteena sijaishuollon lyhentäminen</p>	<p>Jatketaan sijais- ja tukiperhetyötä. Perhetyö uudelleen organisoitiin</p> <p>Ulkopuolisten laitossijoitusten määrää ei saatu vähennettyä.</p>

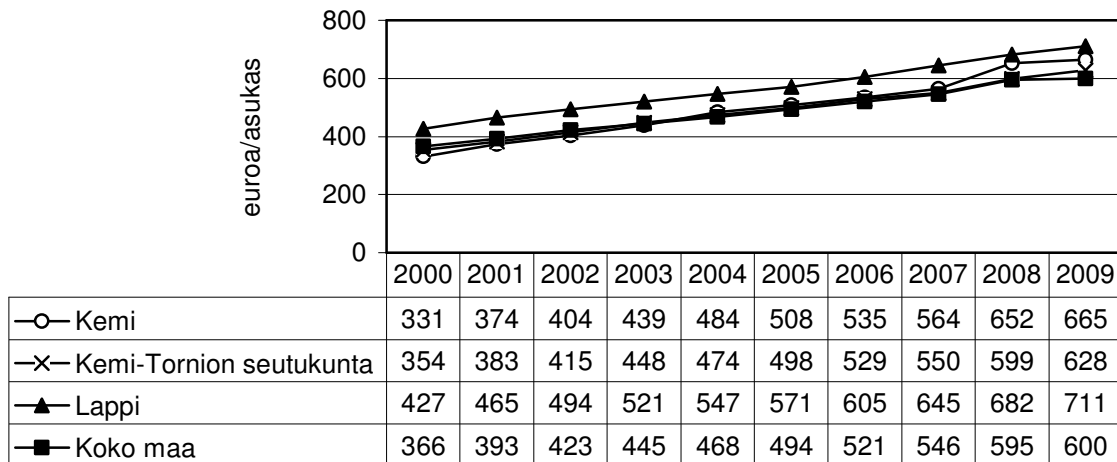
<p>Syrjäytymisen ehkäiseminen</p> <p>Ennaltaehkäisevän työn tehostaminen</p>	<p>Toimeentulotukiasiakkaiden määrän vähentäminen</p> <p>Pitkäaikastyöttömien aktiivisuuden nousu</p> <p>Terapiapalveluiden lisääntyminen</p> <p>Hoitoon hakeutuvien nuorten määrä päihdepalv. pysyy ennallaan</p> <p>Tukiasumispalveluissa resurssi todelliseen tukeen (vähennetään 10%)</p> <p>Konsultaatioiden lisääntyminen sosiaalityössä, perheneuvolassa, päihdetyössä, lasten ja nuortenhuollossa</p>	<p>Määrä väheni</p> <p>Terapia-asiakkaiden määrä lisääntynyt</p> <p>Hoitoon hakeutuvien määrä lisääntynyt</p> <p>Tukiasuntojen /asukkaiden määrä väheni. Asukkaiden tuloprosessia tarkennettiin.</p> <p>Pysynyt ennallaan</p>
<p>Saatavissa olevat palvelut</p>	<p>Käsittelyajat lakien ja suositusten mukaisesti</p> <p>Kaikille lastensuojelun sijaishuoltoa tarvitseville turvataan tarkoituksenmukainen sijaishuolto</p> <p>Perheneuvolassa kyetään antamaan aika tarvitseville asiakkailla</p> <p>Päihdehuollon kuntoutuspalveluja järjestetään tarvitseville</p>	<p>Ei päästy tavoitteeseen</p> <p>Sijaishuoltopaikkaa ei aina voitu valita tarkoituksenmukaisella tavalla.</p> <p>Kaikille voitu antaa aika, n.40 % yli suositusten</p> <p>Asiakasmäärä lisääntyi</p>

Laadukkaat palvelut	Asiakastyytyväisyyden lisääminen / tehtyjen asiakaskyselyjen tulosten hyödyntäminen. Oikaisuvaatimusten vähentäminen Kotisivujen ajantasaisuus / asiakaspalaute	Asiakaskyselyjä ei tehty. Oikaisuvaatimusten määrä ei vähentynyt Ei toteutunut
2009 Laadukkaiden palveluiden järjestäminen ja tarkoituksenmukainen palvelurakenteen kehittäminen Houkuttelevan, esteettömän ja turvallisen asuinympäristön edistäminen	Perusterveydenhuollon vahvistaminen Ikääntyvän Kemin palvelutarpeeseen vastaaminen Suunnittelussa huomioidaan esteettömyys	Terveiden edistämisen – työryhmän työskentely jatkuu
Seutuyhteistyön voimistuminen ja verkottumisen tukeminen Aktiivisen elinkeinopolitiikan harjoittaminen	Seutuyhteistyön muotojen kehittäminen Laadukkaiden sosiaali- ja terveyspalvelujen tarjonta lisäksi Kemin vetovoimaisuuden lisääminen	Seudullisina palveluina tuotetaan yhteispäivystys, sosiaalipäivystys, erityissosiaalityöntekijä, sijais- ja tukiperhetyöntekijä, Lisäksi vammaispalvelujen sosiaalityöntekijöillä seudullista yhteistyötä Poikkihallinnollisen terveyden edistämisen työryhmän työskentely
Sosiaali- ja terveyspalvelut	Saatavissa olevat palvelut (yhteydensaanti, hoitoon pääsy lain edellyttämällä tavalla) Koulu-opiskeluterveydenhuolto Palveludentaso (asiakaskyselyt, tyytyväisyys palveluihin) Tiedon saanti	Laatusuosituksen mukaisesti Asiakaspalautejärjestelmät Kotisivujen ajantasaisuus, esitteiden ja asiakasohjeiden päivitykset

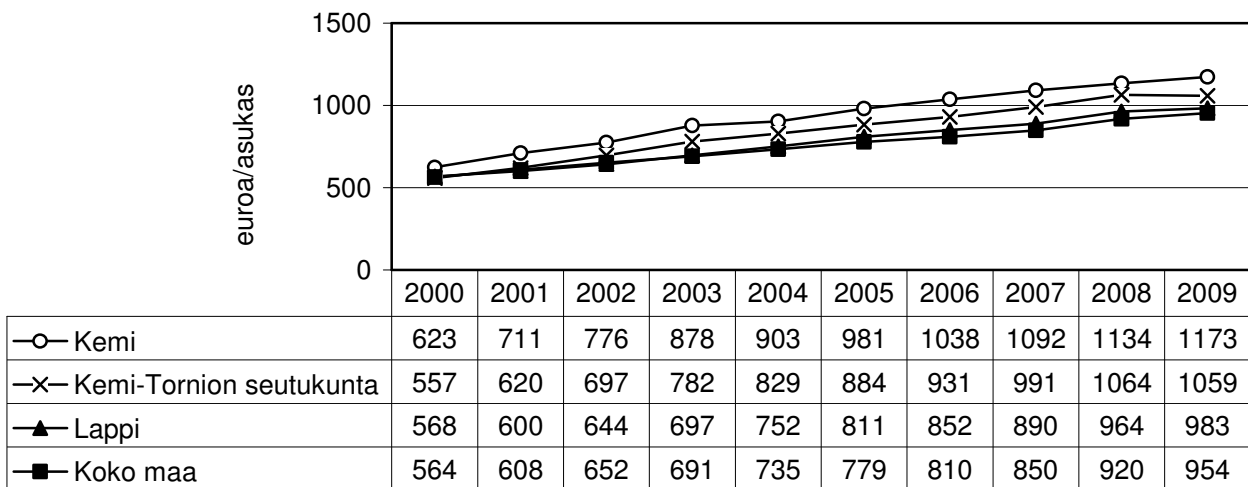
Terveysthuollon palvelurakenne	<p>Hoitotakuun toteutuminen perusterveydenhuollossa, mielenterveyspalveluissa ja suun terveydenhuollossa / hoitoon pääsy</p> <p>Perusterveydenhuollon vahvistaminen.</p> <p>Palveluasumisen kilpailuttaminen.</p> <p>Virkarakenteen muuttaminen sairaanhoitaja painoitteiseksi.</p>	<p>Hoitotakuu ei toteutunut vastaanottotoiminnassa.</p> <p>Mielenterveyspalveluissa ja suun terveydenhuollossa hoitotakuu toteutui.</p>
Sosiaalityön palvelut	<p>Sosiaalityön palvelukokonaisuuksien ja prosessien sekä tiimityön kehittäminen.</p> <p>Palvelutakuun toteutuminen sosiaalityössä / käsittelyajat</p> <p>Sosiaalityön parityöskentelyn kehittäminen</p>	<p>Kaste-hanke (PaKaste) käynnistyi 2009</p> <p>TT-tukipäätösten käsittelyaika keskimäärin 4 pv:ää. Yksittäisissä tapauksissa hakemuksissa lakisääteiset käsittelyajat ylitettiin. Kiireelliset hakemukset käsiteltiin määräajassa.</p>
Muutoksen hallinta	<p>MAISEMA – mallin käyttöönotto ja vakiinnuttaminen</p> <p>Toteutetaan maisemamallin mukaiset rakenteelliset muutokset</p> <p>Tuetaan prosessien ja laatu järjestelmien kehittämisessä</p>	<p>Maisemamallin ja maisemamallin mukainen talouden seuranta on käytössä.</p> <p>Palvelujen tuotteistukset ja suunnitelmatyö</p>
Hyvinvoiva henkilöstö	<p>Sairauspoissaolojen määrä ei lisääntynyt.</p> <p>Kehityskeskustelut</p>	<p>Sairauspoissaolot puolittuivat</p> <p>Kehityskeskustelut käyty</p>
Osaava henkilöstö	<p>Täydennyskoulutusvelvoitteen mukainen koulutus</p>	<p>Koulutussuunnitelmia ei ole laadittu</p>

Liite 4. Kemi terveeksi 2015 hankkeen julkaisusuunnitelmaesitys 28.1.2011.

TUTKIMUSELEMENTTI	TUTKIMUSKOHDE	
Kemiläisen hyvinvointipalvelujärjestelmän kontekstuaaliset toiminnalliset edellytykset	Konteksti 1. Makrotason organisaatio (<i>ns. makrotaso</i>) Aineisto: <ul style="list-style-type: none"> • relevantteja terveyttä/sairastavuutta sekä muita hyvinvointia kuvaavia <u>rekisteriaineistoja</u> KEMI TERVEEKSI 2015 TUTKIMUS- JA KEHITTÄMISHANKE – Tapausesimerkkinä ns. perinteisen savupiipputeollisuuspaikkakunnan ja muuttotappioalueen kuntalaisten hyvinvoinnin kysymys (<i>Leena Viinamäki toim.</i>) <ol style="list-style-type: none"> 1. Miksi tarvitaan Kemi Terveeksi 2015 tutkimus- ja kehittämishanke? (<i>Leena Viinamäki</i>) <ol style="list-style-type: none"> 1.1 Kemi Terveeksi 2015 tutkimus- ja kehittämishankkeen tausta 1.2 Kemi Terveeksi 2015 tutkimus- ja kehittämishankkeen tavoitteet 2. Kemiläisten hyvinvoinnin kysymys tilastojen ja kansalaisten elämänpolittisten valintamahdollisuuksien valossa (<i>Leena Viinamäki</i>) 3. Terveyden edistämisen näkökulma kemiläiseen sairastavuuteen (<i>Airi Paloste</i>) 4. Mikä on PYLLindeksi? (<i>Ilkka Vohlonen & Mikko Vienonen</i>) <ol style="list-style-type: none"> 4.1 Millainen on Kemien PYLLindeksi 4.2 Kemien PYLLindeksin alustava analyysi 5. Mitä tarkoittaa käytännön lähiajan toimenpiteinä Kemien PYLLindeksi sosiaali- ja terveystoimelle? (<i>Tiina Okkonen, Jyri Taskila, Liisa Niiranen & Arto Alajärvi</i>) <ol style="list-style-type: none"> 5.1 Kemien PYLLindeksin haasteet terveystoimelle 5.2 Kemien PYLLindeksin haasteet sosiaalitoimelle 5.3 Kemien PYLLindeksin haasteet sosiaali- ja terveystoimelle 6. Loppupäätelmät 	suuri Toimijoiden määrä
	Areena 2. Välittävän tason organisaatio (<i>ns. mesotaso</i>) Aineisto: <ul style="list-style-type: none"> • kansalaisten hyvinvointiin liittyvät sosiaali- ja terveystoimen ja kunnallisen päätöksenteon Kemi Terveeksi 2015 -hankkeen kannalta keskeiset <u>asiakirja-dokumentit</u> esim. 2000-luvulta (tutkimushankkeet, strategiat, kaupungin valtuuston ja -hallituksen sekä soster. lautakunnan päätökset jne.) <ul style="list-style-type: none"> o miten dokumenteissa sairastavuuskysymys on nähty ja millaisia johtopäätöksiä on tehty? o K-Tamk:n sosiaalialan opinnäytetyö (toukokuu 2011): <ul style="list-style-type: none"> o sosionomi (ylempi AMK) opiskelijat Satu Peurasaari & Taina Urpunen o ohjaajina Voitto Kuosmanen & Leena Viinamäki 	
Kemiläisen hyvinvointipalvelujärjestelmän kysynnän ja tarjonnan kohtaaminen ns. face-to-face -tilanteissa	Tilanne 3. Toiminta (<i>ns. meso/mikrotaso</i>) Aineisto: <ul style="list-style-type: none"> • <u>e-kysely & paperikysely</u> kemiläisille <ul style="list-style-type: none"> o Elämäntilanteen logiikan tunnistaminen: hyvinvoinnin ja terveyden eriytyminen kansalaisryhmittäin o Hyvinvointipalveluiden responsiivisuus: kysynnän ja tarjonnan kohtaannon kysymys o K-Tamk:n sosiaalialan opinnäytetyö (joulukuu 2011): <ul style="list-style-type: none"> o sosionomi (AMK) opiskelija Johanna Tompuri o ohjaajina Timo Marttala & Leena Viinamäki o K-Tamk:n terveysalan opinnäytetyö (toukokuu, 2012): <ul style="list-style-type: none"> o sairaanhoitaja (ylempi AMK) opiskelija Mirva Tirroniemi o ohjaajina Airi Paloste & Leena Viinamäki 	pieni
	Toimija 4. Minä-identiteetti ja yksilön kokemus (<i>ns. mikrotaso</i>) Aineisto: <ul style="list-style-type: none"> • <u>haastatteluja</u> avaininformanteille (keskeiset viranhaltijat & poliittiset päätöksentekijät) 	
Historia = Ajan kulku: Ihminen vanhenee ja yhteiskunta siirtyy aikakaudesta toiseen		



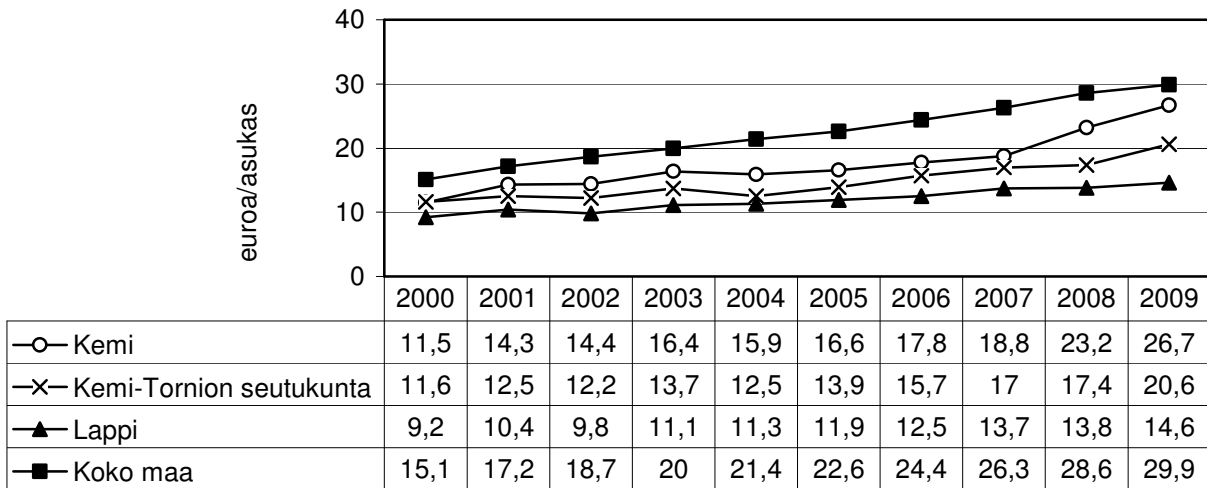
Liitekuvio 1. Perusterveydenhuollon (mukaan lukien hammashuolto) nettokustannukset, euroa/asukas vuosina 2000–2009.⁵



Liitekuvio 2. Erikoissairaanhoidon nettokustannukset, euroa/asukas vuosina 2000–2009.⁶

⁵ Indikaattori ilmaisee kuntien perusterveydenhuollon (sisältää myös hammashuollon) nettokustannukset euroina asukasta kohti. Tehtäväluokkaan "Perusterveydenhuolto" sisältyy perusterveydenhuollon vuodeosastoahoito ja avohoito ml. hammashuolto, kouluterveydenhuolto ja koulupsykologin toiminta, perusterveydenhuollon ylläpitämät mielenterveystoimistot tai vastaava toiminta. Jos terveyskeskuksessa toimii erikoissairaanhoidon yksiköitä, niin nämä toiminnot kuuluvat tehtäväluokkaan erikoissairaanhoido, samoin psykiatrian puoliavoimet hoitomuodot. Lähde: THL, Tilasto- ja indikaattoripankki SOTKANet 2005–2011. Tiedot poimittu 13.5.2011.

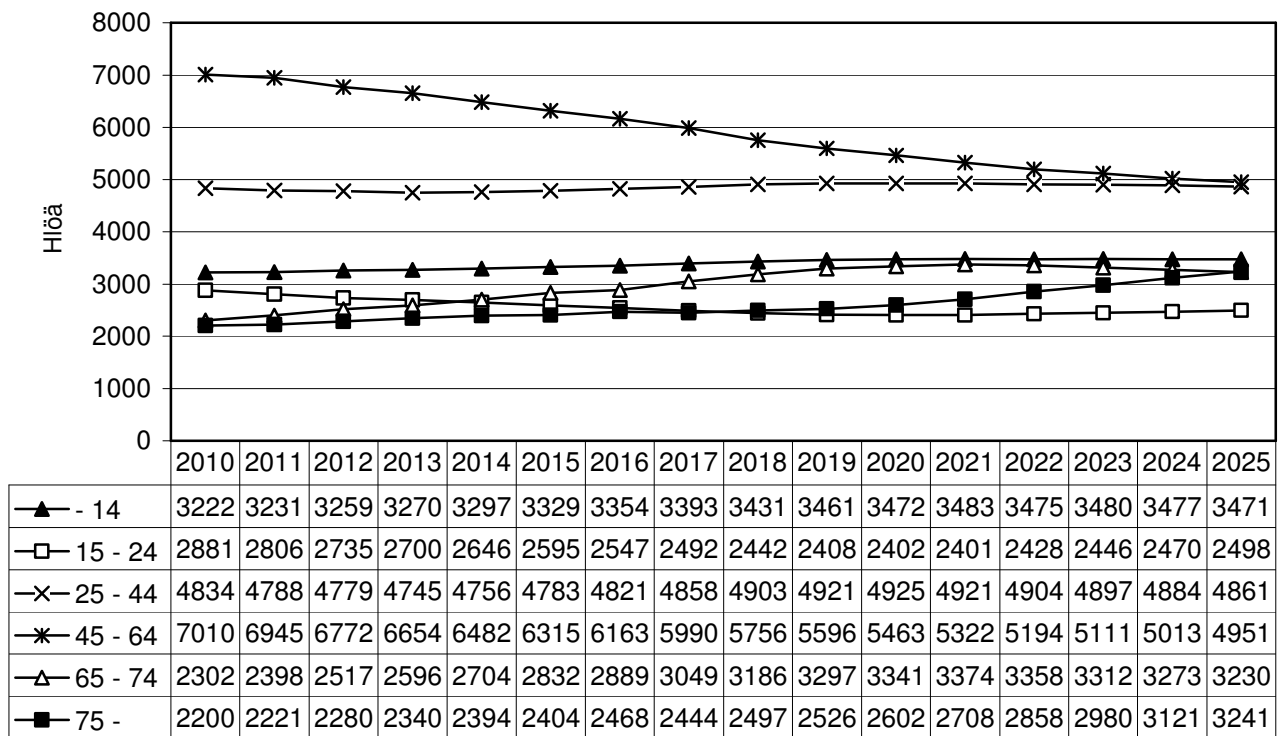
⁶ Indikaattori ilmaisee kuntien erikoissairaanhoidon nettokustannukset euroina asukasta kohti. Tehtäväluokkaan "Erikoissairaanhoido" sisältyy erikoissairaanhoidon vuodeosastoahoito mukaan lukien terveyskeskusten erikoissairaan-



Liitekuvio 3. Päihdehuollon nettokustannukset, euroa/asukas vuosina 2000–2009.⁷

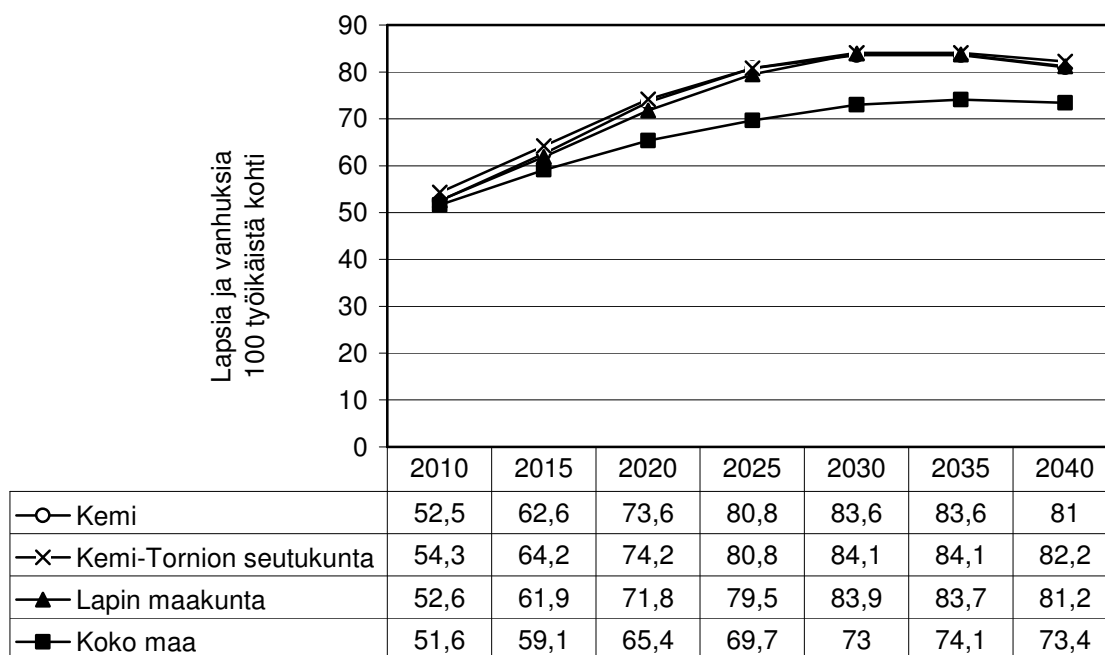
hoidon yksiköiden vuodeosastotoiminta, erikoissairaanhoidon avosairaanhoito mukaan lukien myös terveyskeskusten erikoissairaanhoidon avosairaanhoitotoiminta, erikoissairaanhoidon päivä- ja yösairanhoito (kun läsnäoloaika enintään 15 h/vrk.), psykiatrian puoliavoimet hoitomuodot (asuntolat, kuntoutuskodit, pienkodit, perhehoito jne.). Mukaan lukeutuu myös erikoissairaanhoidon palvelujen osto kuntayhtymiltä. Lähde: THL, Tilasto- ja indikaattori-pankki SOTKANet 2005–2011. Tiedot poimittu 13.5.2011.

⁷ Indikaattori ilmaisee kuntien kustantamien päihdehuollon erityispalveluihin sekä raittiustyöhön suunnattujen palveluiden nettokustannuksia asukasta kohden. Nettokustannukset lasketaan vähentämällä käyttökustannuksista käyttötuotot. Väestötietona käytetään vuoden viimeisen päivän tietoa. Lähde: THL, Tilasto- ja indikaattori-pankki SOTKANet 2005–2011. Tiedot poimittu 13.5.2011.



Liitekuvio 4. Väestöennuste 2009 iän mukaan Kemissä vuosina 2009–2025.⁸

⁸ Väestöennuste kuvaa tulevaa väestönkehitystä. Tilastokeskuksen väestöennusteet ovat ns. demografisia trendilaskelmia, joissa lasketaan mikä olisi alueen tuleva väestö, jos viime vuosien väestönkehitys jatkuisi samanlaisena. Suomen virallinen tilasto (SVT): Väestöennuste [verkkajulkaisu]. ISSN=1798-5137. Helsinki: Tilastokeskus [viitattu: 15.5.2011]. Saantitapa: <http://tilastokeskus.fi/til/vaenn/>.



Liitekuvio 5. Väestöennuste 2009 Väestöllinen huoltosuhde alueittain 2010–2040.⁹

⁹ Lapsia ja vanhuksia 100 työkäistä kohti: Väestöllinen (demografinen) huoltosuhde on alle 15-vuotiaiden ja 65+ vuotta täyttäneiden määrän suhde 15-64 -vuotiaiden määrään. Suomen virallinen tilasto (SVT): Väestöennuste [verkkajulkaisu]. ISSN=1798-5137. Helsinki: Tilastokeskus [viitattu: 15.5.2011]. Saantitapa: <http://tilastokeskus.fi/til/vaenn/men.html>.