

Kemin sairastavuus otetaan luupin alle

Kemi Terveeksi 2015 tutkimus- ja kehittämishanke
Opinnäytetyö

Kemi terveeksi -hanke etsii rahoittajaa

Selvitetään kunnolla

Mikä? Terveysuhanke

Pohjolan Sanomat Torstai 3. joulukuuta 2009
ääkirjoitus 3.12.2009

POHJOLAN SANOMAT

PERÄPOHJOLAN JA LAPIN VÄESTÖN ÄÄNENKANNATTAJA
PERUSTETTU 1915

Kemi on "upea kaupunki", mutta ongelmiakin on paljon

Imago: Kuntajohto haluaisi usein julkisuuteen vain mukavia asioita

MARTTI VUOLUKKA

Kemi
Kunnan mainetta ja imagoa ei voi rakentaa kuin toisistalle. Ja niille se joka tapauksessa ra-

nissa vahvana. Myönteisen mielikuvan luominen ja vahvistaminen koetaan hyvin tärkeäksi. Sen eteen tehdään paljon töitä. Kemissä tätä todella ja mielellään edes nopeasti kor-

Pikaratkaisuja ei ole Jari Seppälä muistuttaa, että usein kuntaa tai kaupunkia vaivavassa ongelmassa on kyse rakenteellisesta vitsauksesta, johon ei edes ole nopeaa kor-

Kommentti

Ikävätkin

rotulojen kadotessa, paini palveluista on entistä kovempaa. Tuttu tilanne Kemissäkin. Mutta Kemissä on myös hyviä asioita. Kun Jari Seppäläkin laulee sanan Kemi, varmista-

uutiset, joissa kerrotaan ikäviä asioita. Ja silloinkin, kun palkeissa on mukana myös mukavampaa tietoa, ainakin

lehty-
linna-
hän-
tarkka
-Lä-
vat jos
kuin ne
liisten
ei juuri
keskiar-
nen asi-

Kemi saatava terveemmäksi

Kemin korkea sairastavuus rajautuu usein vaira-
korkeista erikoissairaanhoidon menoista. Kyse
enemmästä. Kehitteillä olevalle tutkimukselle pitää

Kemin tunnetusti korkea saira-
vuutta aiotaan selvittää laajalla tut-
kimus- ja kehityshankkeella. Vielä
käsittelyvaiheessa
Nyt suunnitella
2015 -tutkimuksessa
temmälle ja syvempi
mattikorkeakoulun
traioki sanoo (PS LI

Miljardin euron lasku

Ministeri Risikon mielestä
koholiveron alentaminen oli virhe

sesti noin viisi miljardia euroa.
Terveystieteiden tutkimuskeskus
tulee esimerkiksi poliisin tehtävistä
ja luostausasioita.
Risikon mukaan suunnitelmassa
ei silti ole nostaa alkoholiverosta
ainakaan tällä hallituskaudella.
Verotusta on nostettu jo kolme
vuotta lisää, li-

terveydenhuolto.
-Esimerkiksi työterveydenhuol-
lossa pitäisi alkoholin käyttö uskal-
taa ottaa puheeksi. Joskus jo se voi
riittää.
Mikäli kulutus jatkuu nykyisen-
laisena, saadaan alkoholin käyttö
hädin alkuun. Riskien mukaan
tulevaisuudessa urakalla.

Tausta

Kemin tilanne

Konsulttiyhtiö FCG:n selvityksen
mukaan alkoholihaitat selittivät suu-
ren osan kemiläisten leikkopista kan-
santerveystiestä.
Alkoholi on noussut yhtä suureksi
ennonkaisen kuoleman selittäjäksi
kuin sydän- ja verisuonisairaudet.

Kemin sairastavuudesta halutaan lopultakin selvitys

Valtuustoaloite: Poliitikot
syysäivät ison asian liikkeelle

MARTTI VUOLUKKA

Perusselvitykset tehdään tämän ja
ensimmäisen vuoden aikana. Käytännöllisen
toimenpideohjelman on määrä-

ta Lapista ja maasta.
Kemi-Tornion ammattik-

statti sen eteen-

Kemin korkeaa sairastavuutta selvittävä tutkimus liikkeelle

hoitus: Yliopistojen
kaantulo edellyttää
-rahan saantia

TI VUOLUKKA
ylioipistojen tutkijat paneutuvat
tilasto- ja rekisteriaineistoihin,
joista selviää, miten kemiläis-
ten terveys poikkeaa muusta
Lapista ja maasta.
Kemi-Tornion ammattikor-
keakoulu puolestaan pureutuu

vielä tänä keväänä edellyttää,
että Euroopan sosiaalirahasto
myöntää hankkeelle tukea.
Sen sijaan ammattikorkeakou-
lun selvityksellä jo keuhko-
Lapin yli-
seen osallist-
teellinen tie-
panoksensa
teellinen ja
tutkimus.
Tutkimukse-
laaja lääk-

menomaan sellaista tietoa
saadaan

Alkoholi paljastui suureksi syyksi Kemin sairastavuudelle

Pohjolan Sanomat (20.7.2010, 4.)
Kemin miehet kuolevat

Uusin ajattelun, että päih-
teen olisivat vain työväen ja
syrjäytyneiden marginaaliryh-
mä. Ammatillisten
terveeksi-hanketta, jolla yritet-
tään löytää liikkuvan kaupunk-
kiläisten valtakunnan keskiar-
voa luonnottoman terveyden-
talon parantamiseen.
Mittarit kootut

keskimäärin. Nyt ero on enää
22 prosenttia.
Kemiläisten naisten luvut
ovat suurin piirtein valtakun-
nan keskiarvoa, mutta muuta-
mat miesten syynä luvut vo-
vat kokonaistilaston pöydästä
poistettujen kemiläisten

Tausta
Mikä PYLL?
PYLL-mittari (poter-
of life loss) kuvaa ve-
vydentilan mittaa-
vuonna kuolleet

”KEMIN SAIRASTAVUUS OTETAAN LUUPIN ALLE”

Kemi Terveeksi 2015 tutkimus- ja kehittämishanke

Satu Peurasaari ja Taina Urpunen

Sosiaalialan koulutusohjelma
Kansalais- ja aluelähtöinen sosiaalialan käytäntöjen kehittäminen
Sosionomi ylempi AMK

KEMI 2011

© Kemi-Tornion ammattikorkeakoulu ja tekijät

ISBN 978-952-5897-30-2 (pdf)

ISSN 1799-831X (Verkkojulkaisu)

Sarja B. Raportit ja selvitykset 4/2012

Kansi: Leena Viinamäki & Pia Kuha

Kemi-Tornion ammattikorkeakoulu
PL 505

94101 Kemi

Puh. 010 353 50

www.tokem.fi/julkaisut

Lapin korkeakoulukonserni LUC on yliopiston ja kahden ammatti-

korkeakoulun strateginen yhteens-
liittymä. Konserniin kuuluvat Lapin yliopisto, Kemi-Tornion ammattikorkeakoulu ja Rovaniemen ammattikorkeakoulu.



www.luc.fi

SAATTEEKSI

Kemin kaupungin ja Kemi-Tornion ammattikorkeakoulun yhteistyölle lausuttiin alkusanat 30.3.2009, jolloin Kemin kaupungin edustajat kertoivat taustaa ja tarpeitaan kemiläisen sairastavuuden selvittämiseksi. Kemin kaupungin valtuusto on esittänyt keväällä 2009 tarpeen saada tutkimustietoa siitä, mistä kemiläisten korkea sairastavuus johtuu ja miten sairastavuutta voidaan nykyistä tuloksellisemmin ennaltaehkäistä? Kemin kaupungin valtuusto priorisoi tuolloin sairastavuuden tutkimisen tärkeäksi osakokonaisuudeksi lisättäessä kaupunkilaisten hyvinvointia. Kemi Terveeksi 2015 tutkimus- ja kehittämishankkeelle haettiin myös ESR -rahoitusta ilman toivottua lopputulosta. Niinpä Kemi Terveeksi 2015 tutkimus- ja kehittämishankkeen potentiaaliseksi työntekijäresurssiksi tulivat Kemi-Tornion ammattikorkeakoulun sosiaali- ja terveystieteiden opiskelijat.

Satu Peurasaaren ja *Taina Urpusen* sosionomi (ylempi AMK) -tutkinnon opinnäytetyönä toteuttama kehittämishanke on ensimmäinen Kemi-Tornion ammattikorkeakoulun sosiaali- ja terveystieteiden opiskelijoiden kirjoittama raportti Kemi Terveeksi 2015 tutkimus- ja kehittämishankkeesta. Satun ja Tainan opinnäytetyön alkuidea lausuttiin Kemi terveeksi 2015 verkostopalaveri Gopp-työpajassa Kemi-Tornion ammattikorkeakoulun terveystieteiden koulutusyksikössä 27.1.2010. Tämän jälkeen idea täsmentyi huhtikuussa, jolloin 13.4.2010 Kemin kaupungin sosiaali- ja terveystieteiden johtavat viranhaltijat *Liisa Niiranen* ja *Tiina Okkonen* sekä 14.4.2010 *Arto Alajärvi* ja *Jyri J. Taskila* ideoivat ja kommentoivat Satun ja Tainan opinnäytetyön tavoitteita ja tarvittavia aineistoja. Huhtikuun idearikkaissa palavereissa täsmentyi lopullisesti se, mihin hyvinvoinnin osa-alueisiin Satu ja Taina perehtyvät tarkemmin opinnäytetyössään.

Kemi Terveeksi 2015 tutkimus- ja kehittämishanketta ovat kommentoineet ja ideoineet seuraavat henkilöt: *Riitta Alajärvi-Kauppi*, *Anneli Paldanius*, *Airi Paloste*, *Arto Rautajoki*, *Mari Uusitalo*, *Simo Näyhä*, *Asko Suikkanen*, *Arto Alajärvi*, *Ritva Lundbom*, *Liisa Niiranen*, *Tiina Okkonen*, *Jyri J. Taskila*, *Jukka Korhonen*, *Tuire Kourula*, *Aarne Pasanen* ja *Ritva Sonntag*. Heille suuri kiitos! Samoin kuin myös kiitokset *Sadulle* ja *Tainalle*, jotka rohkeasti tarttuivat varsin työläästi toteutettavaan ja haastavaan aiheeseen.

Olemme itsekin kokeneet ja oppineet paljon ohjatessamme Satua ja Tainaa heidän sosionomi (ylempi AMK) -tutkintoonsa liittyvän opinnäytetyön teossa sekä toimittaessamme ns. vanhanajan talkoohengessä opinnäytetyön julkaisukelpoiseksi Kemi-Tornion ammattikorkeakoulun julkaisusarjaan B. Satun ja Tainan opinnäytetyö luo osaltaan pohjaa kemiläisen pahoinvoinnin vähentämiseen ja hyvinvoinnin lisäämiseen heidän selvittäessään relevanttien laajojen dokumenttiaineistojen avulla vuosina 2000–2009 toteutunutta kemiläistä hyvinvointipolitiikkaa. Hyvinvointipoliittisessa päätöksenteossakaan nykyisyyttä ei voi ymmärtää ilman menneisyyttä, eikä lähitulevaisuutta voida ennustaa edes ”valistuneesti arvaten” ilman nykyisyyttä...

Kemissä toukokuussa Flooran päivänä 2012

Voitto Kuosmanen
Lehtori (YTM)

& *Leena Viinamäki*
Yliopettaja (YTT)

Tekijät: Satu Peurasaari ja Taina Urpunen
Opinnäytetyön nimi: ”Kemin sairastavuus otetaan luupin alle”
Sivuja (+liitteitä): 79 + (31)
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 kehittämishankkeita 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): 79 + (31)
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	8
2. KEHITTÄMISHANKKEEN TAUSTA JA TARKOITUS	10
3. KEHITTÄMISHANKKEEN TOTEUTTAMINEN	12
3.1 Kehittämishankkeen tavoitteet	12
3.2 Aineistonkeruumenetelmä	13
3.3 Kehittämishankkeen metodologiset valinnat	13
4. KEMI ENNEN JA NYT	15
4.1 Kemin historiaa	15
4.2 Kemin kaupungin organisaatio ja kehittämishankkeen sijoittuminen	17
4.3 Kemin kaupungin sosiaali- ja terveyspalveluiden organisaatiot	19
4.4 Sosiaali- ja terveysalan johtaminen ja johtamisen haasteet	22
5. KEMILÄISTEN HYVINVOINNIN PROBLEEMA	27
5.1 Kemiläisten sairastavuus	28
5.2 PYLL -tutkimus kemiläisten elinvuosista	31
6. KESKEISTÄ LAINSÄÄDÄNTÖÄ	33
7. KESKEISIÄ KANSALLISIA KEHITTÄMISHANKKEITA JA KEMILÄISTEN HYVINVOINTIA KOSKEVIA TUTKIMUKSIA	39
8. TERVEYS- JA MUUT HYVINVOINTIEROT JA NIIDEN SYVENTYMISEN KYSYMYKSIÄ	68
9. KEHITTÄMISHANKKEEN ARVIOINTI	70
10. POHDINTA	70
LÄHTEET	74
LIITTEET	80

KUVA

Kuva 1.	Kemi terveeksi 2015 verkostopalaveri Gopp -työpajamenetelmän avulla Kemi-Tornion ammattikorkeakoulun terveysalan koulutusyksikössä 27.1.2010	12
---------	--	----

KUVIOT

Kuvio 1.	Kemin kaupungin organisaatio	18
Kuvio 2.	Kemin kaupungin sosiaali- ja terveystalokeskus 2010	20
Kuvio 3.	Sosiaali- ja terveystoimen nettokustannukset, euroa/asukas vuosina 2000–2009	25
Kuvio 4.	Sosiaalitoimen nettokustannukset, euroa/asukas vuosina 2000–2009	26
Kuvio 5.	Terveystoimen nettokustannukset, euroa/asukas vuosina 2000–2009	27
Kuvio 6.	Sairastavuusindeksi (ikävakioitu) vuosina 2000–2009	29

TAULUKOT

Taulukko 1.	Pähkinänkuoressa keskeisiä joko välillisesti tai välittömästi kemiläisten hyvinvointia rakenteistavia kontekstuaalisia edellytyksiä	11
Taulukko 2.	Kemin kaupungin strategia 2020	21
Taulukko 3.	Kemin kaupungin sosiaali- ja terveystoimen johtajat vuosina 2003–2009	25
Taulukko 4.	Keskeisiä kansalaisten hyvinvointia määrittäviä lakeja ja asetuksia	33
Taulukko 5.	Sosiaali- ja terveydenhuoltoa ohjaavat lakisääteiset palvelut	37
Taulukko 6.	Keskeisiä kansalaisten hyvinvointia määrittäviä kansallisia kehittämishankkeita suhteessa hankkeeseemme vuosina 2000–2015	40
Taulukko 7.	Keskeisiä kemiläisten hyvinvointia koskevia tutkimuksia	43
Taulukko 8.	Keskeisiä kemiläisten hyvinvointia koskevia alueellisia sosiaali- ja terveydenhuollon strategioita	47
Taulukko 9.	Keskeisiä kemiläisten hyvinvointia koskevia paikallisia Kemin kaupungin strategioita	47
Taulukko 10.	Keskeisiä kemiläisten hyvinvointia koskevia Kemin kaupungin sosiaali- ja terveystalokeskusten strategioita	51
Taulukko 11.	Keskeisiä kemiläisten hyvinvointia koskevia Kemin kaupungin sosiaali- ja terveystalokeskunnan esityksiä kaupungin valtuustolle/hallitukselle	52
Taulukko 12.	Keskeisiä kemiläisten hyvinvointia koskevia Kemin kaupungin valtuuston päätöksiä sosiaali- ja terveystalokeskunnan esityksistä	54
Taulukko 13.	Kemin kaupungin toimintakertomuksista vuosilta 2000–2009 sosiaali- ja terveystoimen painopistealueiden toteutuneita ja toteutumatta jääneitä eri toimipistealueiden suunnitelmia	56

1. JOHDANTO

”Kemi terveeksi 2015. Kemi saatava terveemmäksi. Kemin sairastavuudesta halutaan lopultakin selvyys. Alkoholi paljastuu suureksi syyksi Kemin sairastavuudelle. Lisää voimaa päihdetyöhön. Kemin alkoholikuolemien uutisointi puhutti valtuustoa. Kemi on ”upea kaupunki” mutta ongelmiakin on paljon. Alkoholi ei ole pelkkien puliukkojen ongelma. Juomiseen puuttamalla ei kerätä irtopisteitä. Viinaa ei tarvitse juoda kun on järkevää tekemistä. Alkoholin 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 laajalaisesti ja kattavilla artikkeleilla. Oma intressimme kehittämishankkeen aiheelle tuli yliopettaja 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 kuntatasolta 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 hyvinvointivaltiot 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 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 eriarvoisuuden 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 hyvinvointibarometrejä 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 terveystalveluiden 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 (Kemi terveeksi 2015 ... 2009). Kuten kuvasta voi havaita, kehittämishdotuksia löytyi suhteellisen paljon. Suurten kansansairauksien ennaltaehkäisy ja hoito, sairastavuuden syiden selvittäminen sekä ennakkoluulottomien ratkaisujen löytäminen ja terveystalvotusjärjestelmän uudelleen järjestäminen nousivat selkeästi kehittämistavoitteiksi yhteisen pohdinnan tuloksena.



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

3.2. Aineistonkeruumenetelmä

Aloitus kehittämishankkeellemme tapahtui tarkalleen ottaen huhtikuussa 2010, jolloin istuimme kahtena eri päivänä yhdessä Kemin kaupungin sosiaali- ja terveydenhuollon johtavien viranhaltijoiden (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 terveystalvelukeskuksen 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

Kehittämishankeemme 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 erilaisiin 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:

joukkotiedotuksen 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 teorettinen 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 syitä 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 etsittyneillä 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 savupiiputeollisuudestaan, 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 (KEMIN HISTORIAA LYHYESTI n.d.).

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. Vuoteen 1930 saakka 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 säästyi 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 (emt.).

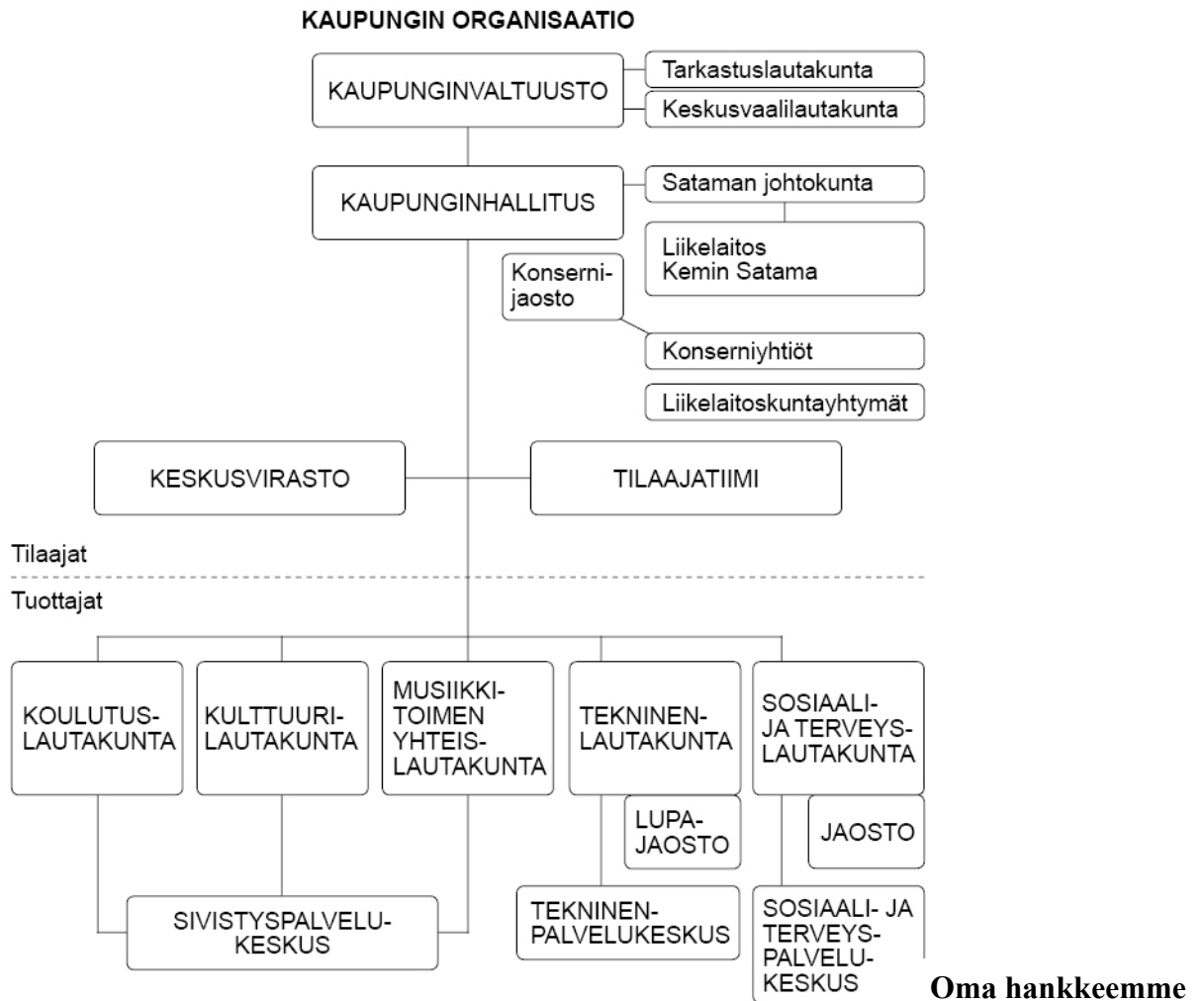
Kemi on perinteinen tehdaskaupunki, jossa sataman ja rajan läheisyys tuovat omat piirteensä. Esimerkiksi huumeet, alkoholi ja tupakka ovat olennainen osa kyseisistä riskitekijöistä puhuttaessa. Kemi on myös pienteollisuuskaupunki ja kaupungin historiasta löytyy myös linkkejä sairastavuuden ja hyvinvoinnin 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 näkyykin osaltaan kaikessa kemiläisyydessä, myös sairastavuudessa (Näyhä & Hassi 2001).

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 (2003/612). 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 (Kemin palvelustrategia ja ... 2020). Tilaajina toimivat kaupunginvaltuusto ja -hallitus. Lautakunnat ovat tuottajalautakuntia. Varsinainen tuotanto on ryhmitelty sosiaali- ja terveystalvelukeskukseen, sivistystalvelukeskukseen sekä tekniseen palvelukeskukseen. Myös oma kehittämishankkeemme sijoittuu tälle tuotantotasolle.



Kuvio 1. Kempe kaupungin organisaatio (Lähde: Kempe kaupunki, Hallinto- ja päätöksenteko 2011).

Terveys- ja hyvinvointierot ovat paitsi terveystoliittinen myös yhteiskuntapoliittinen ongelma. Näiden erojen kaventamiseen voidaan pyrkiä esimerkiksi terveys-, sosiaali-, koulutus-, talous- ja ympäristöpolitiikan keinoin (Ks. esim. TEROKA -hanke 2010, Sosioekonomisten terveyserojen kaventamishanke). Oman kehittämishankkeemme on välittömästi yhteydessä Kempe kaupungin sosiaali- ja terveyspalvelukeskukseen sekä välillisesti sivistys-, ja teknisen palvelukeskuksen päätöksentekoon. Sairastavuus ei näy pelkästään lisääntyneinä asiakas- tai potilasmäärinä, vaan se heijastuu myös sosiaali- ja terveydenhuollon kustannuksiin kuten seuraavassa artikkelissa on tuotu esille.

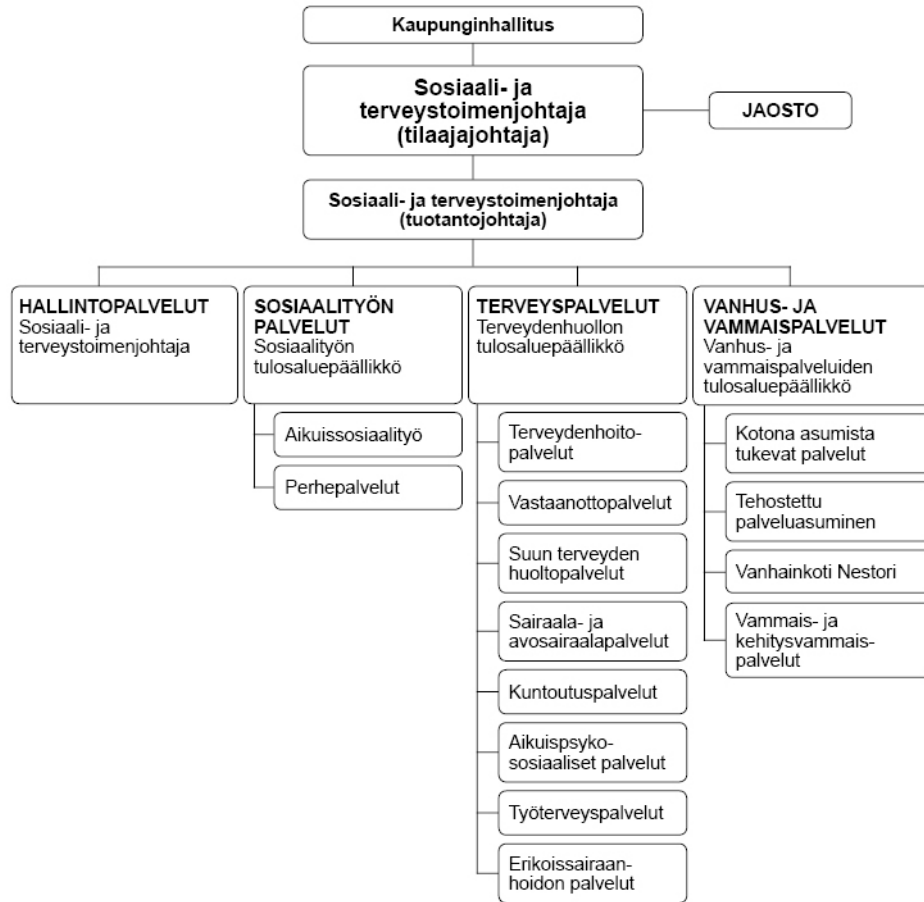
”Kemin sairastavuus erottuu myös euroissa. Kaupungin virkamiesjohdolle ja poliittisille päättäjille terveystoimen aikaansaannokset eivät oikein riitä. Kun puhutaan Kemin vaikeasta taloustilanteesta, lähes aina ensimmäisenä esiin otetaan erikoissairaanhoidon kustannukset.” (Pohjolan Sanomat 3.12.2009.)

4.3 Kemin kaupungin sosiaali- ja terveystoimen organisaatiot

Kemin kaupungin sosiaali- ja terveystoimen palvelukeskukseen kuuluvat sosiaalityön palvelut, terveystoimen palvelut sekä vanhus- ja vammaispalvelut (Kuvio 2.). Aikuissosiaalityön tehtävänä on tarjota sosiaalityön palveluita asiakkailleen. Aikuissosiaalityössä asiakasta ohjataan, neuvotaan ja tuetaan arjen erilaisissa tilanteissa. Terveystoimen palvelujen 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 terveystoimenjohtaja 2010



Kuvio 2. Kemin kaupungin sosiaali- ja terveystoimenjohtaja 2010. (Lähde: Kemin kaupunki, sosiaali- ja terveystoimenjohtaja 2010).

Sosiaali- ja terveystoimenjohtaja vastaa hallintopalveluiden, sosiaalityön palveluiden, terveystoimen palveluiden sekä vanhus- ja vammaispalveluiden tulosalueista. Hänen vastuukenttensä on laaja. Päätöksenteon vaikutukset heijastuvat suoraan kemiläisten hyvinvointiin. Päätöksenteossa tulisikin ottaa huomioon kasvavat hyvinvointierot kuntalaisten keskuudessa. Terveystoimen kaventamiseen 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. (Lähde: Kemin kaupunki, Hallinto- ja päätöksenteko n.d.).

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 terveysalan 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 enemmän 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 niin 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 kuin 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 vaativuus perustuu laajaan kokonaisvaltaisuuteen. Työn eettisyys, perustehtävän inhimillinen luonne, asiakasorientaation vaativuus 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 jäykkänä 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.)

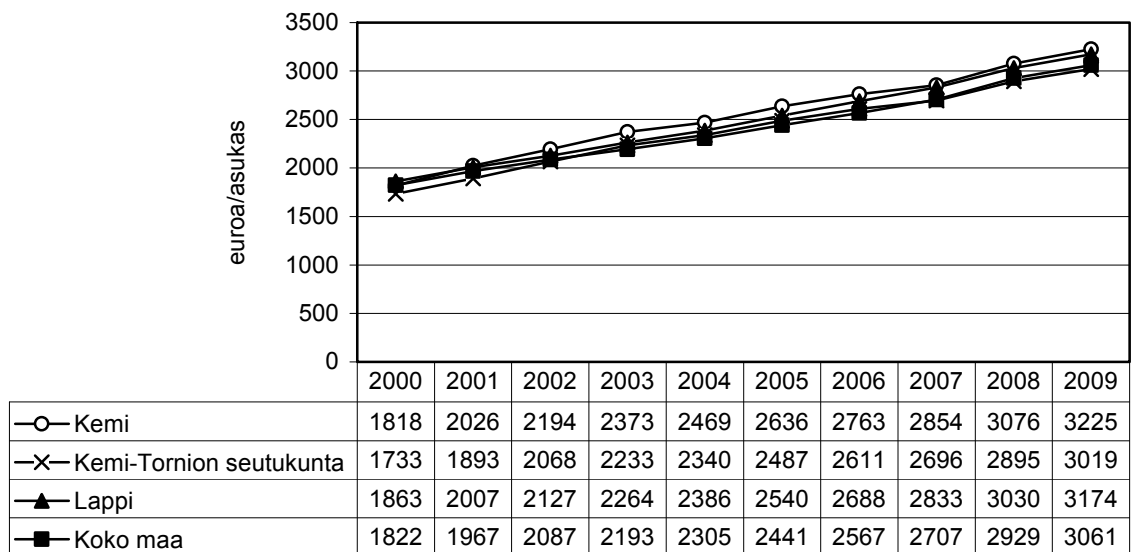
Suomessa sosiaali- ja terveystieteiden johtamistehtäviin siirrytään perinteisesti pitkän työuran ja kokemuksen kautta ilman varsinaista johtamisen erikoistumiskoulutusta. Johtamisen koulutukseen tarvitaan lisäpanostusta. Sosiaali- ja terveystieteiden johtamisen koulutuksen aseman vahvistaminen on tärkeää, jotta sosiaali- ja terveystieteiden 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 Stähle 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.

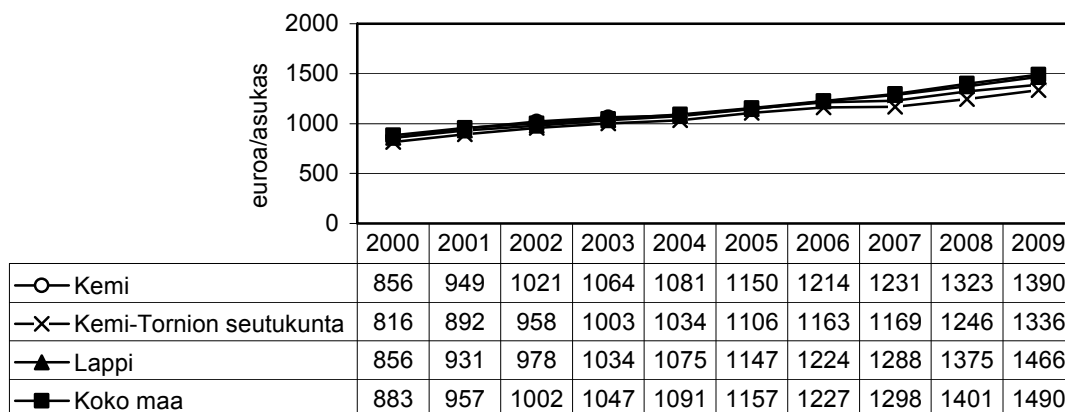
Koulutus	Henkilö
Yhteiskuntatieteiden ja kasvatustieteiden maisteri	Riitta Luosujärvi – 17.8.2003 virkavapaalla 18.8.2003–28.1.2004
Yhteiskuntatieteiden maisteri	Liisa Niiranen 18.8.2003–28.1.2004 (vs.) alkaen 4.8.2008–26.1.2009 (virka)
Yhteiskuntatieteiden maisteri	Liisa Stähle 29.1.2004–28.2.2009 (virkavapaalla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

Päättäjien täytyy olla huolissaan kustannuksista, kuitenkin sosiaali- ja terveystoimen menojen hillitseminen ei ole helppoa. (Ks. Kuvio 3.) Tällöin onkin aiheellista pohtia mm. 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 2000–2009¹.

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

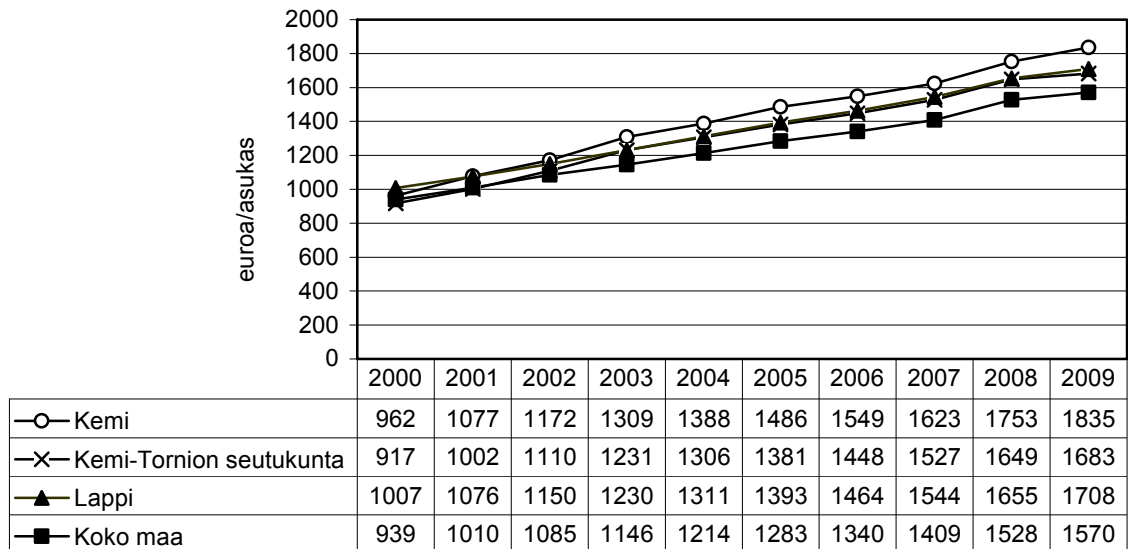
Kemissä sosiaali- ja terveystoimen nettokustannukset ovat nousseet eniten vuoden 2000 tilanteesta (1 818 €) verrattuna vuoden 2009 tilanteeseen (3 225 €) eli 1 407 eurolla, kun vastaava nousu oli Kemi- Tornio seutukunnassa 1 286 euroa, Lapin maakunnassa 1 311 euroa ja koko maassa 1 239 euroa. Kuviossa 4. näkyy sosiaalitoimen nettokustannusten kehitys vuosina 2000–2009.



Kuvio 4. Sosiaalitoimen nettokustannukset, euroa/asukas vuosina 2000–2009².

Kemissä sosiaalitoimen nettokustannukset ovat nousseet toiseksi vähiten vuoden 2000 tilanteesta (856 €) verrattuna vuoden 2009 tilanteeseen (1 390 €) 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. näkyvät puolestaan terveystoimen nettokustannukset.

2 Indikaattori ilmaisee laskennallisen kuntien sosiaalitoimen nettokustannukset euroina asukasta kohti. Kuntien talustilastossa 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 on poimittu 13.5.2011.



Kuvio 5. Terveystoimen nettokustannukset, euroa/asukas vuosina 2000–2009³.

Kemissä terveystoimen nettokustannukset ovat nousseet eniten vuoden 2000 tilanteesta (962 €) verrattuna vuoden 2009 tilanteeseen (1 835 €) 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 (1 173 €) 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 talustilastossa 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 on poimittu 13.5.2011.

5. KEMILÄISTEN HYVINVOINNIN PROBLEEMA

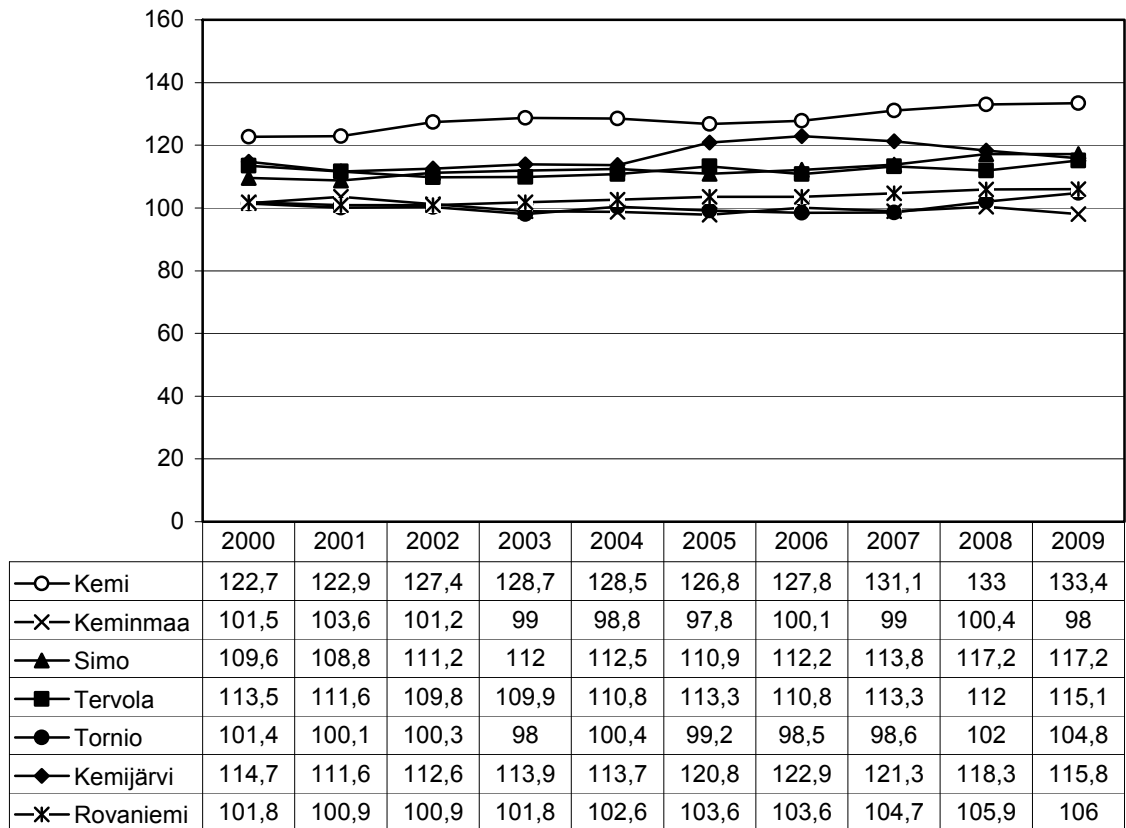
5.1 Kemiläisten sairastavuus

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 on organisointia, strategisia päätöksiä 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. Hallinnonrajat ylittävä johtaminen

⁴ Luku kertoo nopeasti yleistilanteen kunnan tai sitä suuremman alueen sairastavuudesta, ja aikasarja osoittaa onko kunta etäännyttänyt 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 on poimittu 13.5.2011.

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. 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 yhteistyöhankke. Hankkeen päätavoitteena on 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, 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. Indeksimitari antaa täydentävää tietoa terveystaloudelliseen 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 ikävakioitu 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. Verenkierrosairauksien 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 (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 heikkommat. 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 1980-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 (Saari & Viinamäki 2006) mukaan seutukunnan väestö on vähentynyt ja vanhentunut ja sen sairastavuus on lisääntynyt, joka osaltaan on merkinnyt terveystilanteen kasvua. Kemin poikkeavan terveysprofiilin syitä ei suoranaisesti voitu selvittää. Työikäisille suoritetussa terveystutkimuksessa 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 elintasaansa sekä fyysiseen ja psyykkiseen terveydentilaansa ja suhtautuvat luottavaisesti tulevaan taloudelliseen ja työllisyystilanteeseensa.

6. KESKEISTÄ LAINSÄÄDÄNTÖÄ

Tähän päälukuun olemme koonneet kunnan sosiaali- ja terveydenhuollon palveluja sekä keskeisiä kansalaisten hyvinvointia määrittäviä lakeja ja asetuksia. 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, mielenpiteen, 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 välttämättömään toimeentuloon ja huolenpitoon. Lailla taataan jokaiselle oikeus perustoimeentulon turvaan työttömyyden, sairauden, työkyvyttömyyden ja vanhuuden aikana sekä lapsen syn-

	<p>tymän ja huoltajan menetyksen perusteella.</p> <p>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 terveysalue vastaisi sosiaalipalveluista, perusterveydenhuollosta ja perustason erikoissairaanhoidosta.</p>
Erytyishuoltolaki (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>Erytyishuollon 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 päästävä lääketieteellisesti tarpeelliseksi todettuun kiireettömään hoitoon.</p>
Neuvola- kouluterveydenhuolto- asetus (2009)	<p>Asetuksessa määritellään neuvola-, koulu- ja opiskeluterveydenhuollon tarkastuskertojen lisääntyminen ja tarkastussisältöjen laajentuminen sekä niiden mukaisen monipuolisen terveysneuvonnan järjestäminen. Asetus</p>

	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 työtapaturmia, ammattitauteja ja muita työstä ja työympäristöstä johtuvia työntekijöiden fyysisen ja henkisen terveyden, jäljempänä terveyshaittoja.
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 toiminnat 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 terveystyöpalvelut pyritään järjestämään 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 terveystyöpalveluja. 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 päivähoido, 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 erikoissairaanhoitolaki. 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 (Hallituksen esitys terveydenhuoltolaiksi ... 2010) 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 terveystalouksia. (emt.)

Taulukossa 5. on eritelty sosiaali- ja terveydenhuoltoa ohjaavat lakisäätöiset palvelut.

Taulukko 5. Sosiaali- ja terveydenhuoltoa ohjaavat lakisäätöiset palvelut (Lähde: Sosiaali- ja terveydenhuollon lakisäätöiset ... 2005).

Sosiaalipalvelut	Terveydenhuolto
Sosiaalityö	Terveysneuvonta
Kasvatus- ja perheneuvonta	Sairaankuljetus
Kotipalvelut	Kouluterveydenhuolto
Asumispalvelut	Opiskelijaterveydenhuolto
Laitoshuolto	Seulonnat
Perhehoito	Erikoissairaanhoido
Omaishoidon tuki	Työterveydenhuolto
Lasten ja nuorten huolto	Ympäristöterveydenhuolto
Lasten päivähoido	Mielenterveyspalvelu
Päihdehuolto	
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 lakisäätöisiä pakollisia tehtäviä. Kunta voi lähtökohtaisesti päättää, missä laajuudessa se eri sosiaalipalveluja järjestää ja kuinka paljon se osoittaa voimavaroja tiettyihin palveluihin (poikkeuksena subjektiiviset oikeudet). Sosiaalipalveluiden yleisestä järjestämistehtävästä on säädetty sosiaalihuoltolaissa. Toimeentulotuen myöntämisestä säädetään toimeentulotuesta annetussa laissa. Kansanterveystyöhön kuuluvat terveyspalvelut ovat kunnan

lakisääteisiä pakollisia tehtäviä. Kunnan terveystalouden järjestämisvastuu on säädetty lähinnä kansanterveyslaissa, erikoissairaanhoidolaissa ja mielenterveyslaissa. Kunnan vastuu terveystalouksista 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. (Teperi 2006, 181–188.)

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 (Laki kunta- ja palvelurakennemuutoksesta 2007/169) 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 terveystieteiden 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 (Taulukko 6.). Laaja-alaista toimintaperiaatetta toteuttavat muun muassa Terveys 2015 -ohjelma, terveyden edistämisen politiikkaohjelma sekä kansallinen terveyserojen 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 terveystieteiden raportti 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 terveyspalvelut, vahvistaa kunta- ja palvelurakennetta, edistää uusia palvelujen tuotantotapoja ja organisointia, uudistaa kuntien rahoitus- ja valtiosuusjärjestelmiä, tarkistaa kuntien ja valtion välistä tehtäväjakoa
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 terveyspalvelut 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 terveyshuollon yleiset kehittämistavoitteet ja toimenpiteet vuosille 2008–2011 (Sosiaali- ja terveydenhuollon ... 2008). 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 terveydenhuollon 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 tehtäväjakoja 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. (Kunta- ja palvelurakennemuudistus n.d.)

TEROKA -hankkeella kehitetään toimintatapoja ja kootaan tietopohjaa Terveys 2015 -ohjelman terveyserojen kaventamistavoitteen saavuttamiseksi. Terveyserojen kaventaminen pyritään saamaan osaksi terveyden edistämistä sekä kansallisessa terveyspolitiikassa että paikallistason toiminnassa. Terveyserojen kaventaminen on keskeinen ja iso osa terveyden edistämistä ja ennaltaehkäisevää työtä, ja se kuuluu kaikille kunnille (TEROKA -hanke 2010).

PaKaste -hanke (Pohjois-Suomen monialaiset sosiaali- ja terveystalvet -hanke 2011) 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 palvelusuunnitelmissa ja asiakas- ja palveluprosessien mallinnuksilla. Terveyskeskuksen vastaanoton kehittämistä on selkiytetty osallisille lääkärin ja hoitajien palaverissa. Kehittämistyössä keskeisiä muutoskohteita ovat omahoitaja-lääkäri työpari -toiminnan käynnistäminen, sairaanhoitajavastaanottojen selkiyttäminen, asiantuntijahoitajien tehtävänkuvien selkiyttäminen, tiimien muodostaminen ja päivystystoiminnan muuttuminen omana työnä järjestettäväksi. Näiden toteutumiseen vaikuttavat oleellisesti puhelintalvetujen 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, muokata yhtenäisiä käytänteitä potilasohjaukseen, hoidon tarpeen määrittelyyn ja toimenpiteisiin sekä sairaanhoitajavastaanoitoille. 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 vastaanotto toimintaa yhtenäistämällä käytäntöjä. Vastaanotto toiminta on keskitetty yhteen paikkaan ja lääkäri-omahoitaja -mallia toteutettu. Myös sosiaalityöpalvelukokonaisuuksia 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 osa tarkastelee lähemmin myös Kemi-Tornio seutukunnan hyvinvoinnin tilaa.

Taulukko 7. Keskeisiä kemiläisten hyvinvointia koskevia tutkimuksia.

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

Kemi terveystarkastuksen (Näyhä & Hassi toim. 2001) mukaan Kemien 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 syöpätautiin ilmaantuvuuteen. Kemissä poikkeavan yleisiä kuolinsyitä ovat tapaturmat, miesten itsemurhat, vanhusten keuhkokuume ja 1990-luvulla naisten rintasyöpä. Kemien poikkeavan terveysprofiilin syitä ei suoranaisesti voitu selvittää. Työkäisille 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 (Saari & Viinamäki 2006) 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 keskustelufoorumia ja muita vastaavia menetelmiä, jotta kuntalaisetkin olisivat tietoisia päätösten perusteista. Päätäjien 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, Kemienmaassa 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 2006 (emt.) 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, huoltosuhte nousut ja koulutustaso pysynyt niin Lapin lääninä 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 työllisyys tilanteeseensa. Asiantuntijat kantoivat huolta jo syrjäytyneiden tai syrjäytymisvaarassa olevien väestöryhmien hyvinvointipalveluiden toimivuudesta ja riittävydestä sekä kunnallisissa sosiaali- ja terveystaloudellisuissa tapahtuvista muutoksista. Lisäksi asiantuntijat olivat varsin huolestuneita työttömyyden, väestön vanhentumisesta sekä julkisten palveluiden rapautumisesta.

Edelleen hyvinvointibarometrin 2006 (emt.) 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 terveystaloudellisuista 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. (emt.)

Lapin terveystarkastuksen (Näyhä & Laakso 2005) tarkoituksena oli muodostaa Lapin väestön terveydestä ja taustatekijöistä kokonaisvaltainen kuva käytettävissä olevien tietojen perusteella. Alueellisella terveystarkastuksella, 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. Siten on mahdollista seurata sairauksien ehkäisyn ja hoidon sekä terveyden edistämistoimien vaikutuksia väestötasolla. Väestön terveyden perustekijöinä ovat elinolot, jotka kuvastuvat myös muuttoliikkeenä ja väestömäärän muutoksina. Terveystarkastuksen 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 terveystarkastuksessa todettiin, että lappilaisten terveys on viime vuosikymmeninä ollut maan keskitasoa huonompi. Tärkein yksittäinen terveysongelma Lapissa on sepevaltimotauti, joka on vähentynyt Lapissa keskimääräistä hitaammin. Lapin terveystarkastuksen mukaan ruokailutottumukset ovat samankaltaiset kuin koko maassa ja alkoholin käyttö ei poikkea muihin alueisiin nähden. Tarkastuksessa esitetty kuva kemiläisten terveydentilanteesta 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 ennenaikaiset kuolemat. Vaikka Pohjolan Sanomien ja Kalevan lehtiartikkeleiden 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 terveystalvelukeskus 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 kaikkii vanhustyön muotoihin; palveluiden saatavuuden parantaminen ja laatukäsikirja

Sosiaali- ja terveystalvelukeskuksen 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 kaikkii vanhustyön muotoihin, jotka parantaisivat palveluiden saatavuutta sekä tuottaisi laatukäsikirjan. Sosiaali- ja terveystoimen tavoitteet ovat tärkeässä suhteessa kehittämishankkeeseemme.

Vanhustyön laadun kehittämiseksi sekä palvelujärjestelmän monipuolistamiseksi tehtiin terveys- ja vanhustalveluiden toimintasuunnitelma vuosille 2005–2008 palvelujohtajan sekä vammais- ja terveystalveluiden toimesta. Sosiaali- ja terveystalvelukeskus vastasi osaltaan laadukkaiden sosiaali- ja terveystalveluiden tarjonnan lisäksi vetovoimaisuuden lisäämisestä sekä poikkihallinnollisen terveyden edistämisestä.

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

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

Strategia	Tavoite
Kemian 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
Kemian hyvinvointineuvola väliraportti 2005	Oppilashuollon toimintamallien kehittäminen → oppilashuoltoryhmän toiminta
Vanhustyön palvelujen kehittämissuunnitelma vuosille 2001–2015	Palveluja tuotetaan tasapuolisesti, noudatetaan asiakkaan valinnan vapauden, kunnioittamisen ja hyvän kohtelun periaatetta. Palveluita tuotetaan sekä omana toimintana että ostopalveluna. Tukea iäkkäiden itsenäistä kotona selviytymistä mahdollisimman pitkään kotiin tarjottavien, riittävien, monipuolisten ja laadukkaiden palvelujen turvin. Omaishoitajien työtä tuetaan ja kotihoitoa kehitetään.
Kemian kaupungin strategia 2011	Laadukkaiden palvelujen kaupunki, kohti työllisyyden ja talouden tasapainoa, vireää, suvaitsevainen ja monikulttuurinen kaupunkikeskus, Barentsin alueen liikennevirrat kohtaavat Kemissä
Lasten ja nuorten hyvinvointisuunnitelma 2009	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. 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.
Lähisuhde- ja perheväkivallan ehkäisy paikallinen strategia 2010	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. Länsi-Pohjan seudullinen asiantuntijatiimi.
--	---

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 kynnyksiä 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 % 75 vuotta 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 perheväkivaltaasioissa vastuun jakaminen ja asian esillä pitäminen. Lähisuhde- ja perheväkivallan paikallisen strategian lähtökohtana ovat sosiaali- ja terveysministeriön sekä kuntaliiton lähisuhde- ja perheväkivallan ehkäisyn 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 terveystalouden 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 järjestämisvastuu.
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.

Taulukossa 10. esitettyjen 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.
Seniори- ja vanhustyön kehittäminen	Lapin seniори- 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 laitekustannusta. 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.

Seniори- ja vanhushankkeen myötä selvitettiin, että 75 vuotta täyttäneiden määrä tulee lisääntymään lähes 1 450 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 lisäämistarvetta kotihoidossa ja omaishoidon tuessa verrattuna valtakunnallisiin laatusuosituksien tavoitteisiin.

Uuden lastensuojelulain 12 § (Lastensuojelulaki 2007/417) mukaisesti kunnan tai useamman kunnan on laadittava lasten ja nuorten hyvinvoinnin suunnitelma lastensuojelun järjestämiseksi, edistämiseksi sekä kehittämiseksi. Kemissä asetettiin työryhmä laatimaan lain velvoitteen 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 terveystoimen hyväksyy suunnitelman lisäksi päihde- ja mielenterveystyön tekemisen vuoteen 2013 mennessä ja tämä huomioitaisiin Tervein Mielin Pohjois-Suomessa -hankkeessa.

Kemin kaupunginvaltuusto on päättänyt vuonna 2010 Kemin henkilöstön työhyvinvoinnin kehittämishankkeesta, jonka mukaan kaupungin työntekijöiden sairauspoissaolot tulisi saada alle 4 % työajasta (Kemin henkilöstöraportti 2010). 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 terveystoimen painopistealueita toimintakertomusten mukaisesti, josta selviää toteutuneet ja mahdollisesti toteutumatta jääneet eri toimipistealueiden suunnitelmat.

Taulukko 13. Kemin kaupungin toimintakertomuksista vuosilta 2000–2009 sosiaali- ja terveystoimen painopistealueiden toteutuneita ja toteutumatta jääneitä eri toimipistealueiden suunnitelmia (Ks. myös Liite 3.).

Toimialue	Mitä tehty & vuosi	Mikä ei toteutunut & vuosi
Lapset ja perheet	<p>2000</p> <ul style="list-style-type: none"> • Laaditaan lapsi- ja nuorisopoliittinen ohjelma <p>2001</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lasten ja nuorten sekä heidän perheidensä syrjäytymisen ehkäiseminen • Perhekeskeiseen työhön panostaminen <p>2002</p> <ul style="list-style-type: none"> • Varhaisen puuttumisen tehostaminen • Lakisääteisen päivähoiton järjestäminen <p>2003</p> <ul style="list-style-type: none"> • Varhaisen puuttumisen tehostaminen, lastensuojelun avo- huollon asiakkaat ja huostaanottojen määrä vähenee • Päivähoidon suunnitelma vuosille 2003–2010 • Elatusturvan takaisinperintä maan keskiarvoa <p>2004</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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>2005</p> <ul style="list-style-type: none"> • Oman lastensuojelulaitostyön kehittäminen. • Huostaanottojen määrän pysyminen ennallaan • Pienten lasten sijoitukset 	<p>2007</p> <ul style="list-style-type: none"> • Koulu- ja opiskelijahuoltoresurssien vahvistaminen • Hyvinvointineuvola -hankkeen juurruttaminen muihin kaupunkeihin • Tavoitteena sijaishuollon lyhentäminen • Sijaishuoltoa tarvitseville turvataan tarkoituksen -mukainen sijaishuolto

	<ul style="list-style-type: none"> • Koulutusprojektin toteutus <p>2006</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hyvinvointineuvola -hanke • Työkäytäntöjen ja menetelmien sekä toimintatapojen kehittäminen • Sijais- ja tukiperhepulaa pyritään ratkaisemaan seudullisesti • Sosiaalipäivystyksen aloittaminen 1.1.2006 <p>2008</p> <ul style="list-style-type: none"> • Uusissa sijoituksissa enemmän panostetaan perhehoitoon kuin laitoshoittoon • Tavoitteena sijaishuollon lyhentäminen • Sijaishuoltoa tarvitseville turvataan tarkoituksenmukainen sijaishuolto • Annetaan aika kaikille tarvitseville perheneuvolaan 	
Päihteet	<p>2001</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ehkäisevän päihdetyön tehostaminen <p>2004</p> <ul style="list-style-type: none"> • Suunnataan päihdeongelmaisten ehkäisytyötä nuoruusikäisten lisäksi myös aikuisväestölle <p>2005</p> <ul style="list-style-type: none"> • Päihteiden ja tupakoinnin käytön yleisyys koulunuorilla <p>2008</p> <ul style="list-style-type: none"> • Päihdehuollon kuntoutuspalveluja järjestetään tarvitseville 	<p>2003</p> <ul style="list-style-type: none"> • Päihdetyön suunnitelman (2003–2010) valmistuminen <p>2008</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hoitoon hakeutuvien nuorten määrä päihdepalveluissa pysyy ennallaan

Vanhukset	<p>2001</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vanhustyön kehittämissuunnitelma vuosille 2001–2015 <p>2004</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tuetaan vanhusten itsenäisyyttä ja turvataan heidän hyvinvointinsa <p>2005</p> <ul style="list-style-type: none"> • Alle 65-vuotiaiden kuolleisuusindeksi (ennenaikaiset kuolemat) <p>2007</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vanhusväestön palvelutarpeeseen vastaaminen 	
Terveyden edistäminen ja projektit	<p>2000</p> <ul style="list-style-type: none"> • Erikoissairaanhoidon järjeistäminen (Terveyttä 2000 projekti) • Järjestetään palvelutuotanto joustavasti ja oikea-aikaisesti asiakkaan oikeuksia kunnioittaen • Väestövastuu <p>2001</p> <ul style="list-style-type: none"> • Perusterveydenhuollon uudelleen järjestäminen • Kemin terveystarkastuksen tulosten hyödyntäminen <p>2002</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hoidettujen potilaiden määrä kasvaa, hoitajaksot lyhenevät <p>2003</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kansantautien primaarinen, sekundäärinen ja tertiäärinen preventio • Lääkärivastaanotto, sairaanhoitajan vastaanotto • Vastaanoton asiakastytyväisyyskysely 	<p>2007</p> <ul style="list-style-type: none"> • Seudullisen terveydenhuollon puhelinneuvontapalvelun osallistumisen selvittäminen • Hoitotakuun toteutuminen

	<p>2004</p> <ul style="list-style-type: none">• Hoidon porrastuksen selkiyttäminen yhteistyössä perustason, erikoissairaanhoidon sekä muiden toimijoiden kanssa <p>2005</p> <ul style="list-style-type: none">• Vastaanottotoiminnan keskittäminen• Tiimityön kehittäminen -perusterveydenhuollon kehittämissuunnitelmassa ohjataan ja kehitetään tiimityön toimintamallia• Seurantajärjestelmän toimivuuden varmistaminen <p>2006</p> <ul style="list-style-type: none">• Hoitoon pääsyn turvaaminen ja jatkuvuuden parantaminen• Terveyden- ja sairaanhoitajien puhelinneuvonta/hoidon tarpeen arviointi• Asiakastyytyväisyys, laadukkaat neuvontapalvelut, oikeasuvaisten vaatimusten väheneminen <p>2009</p> <ul style="list-style-type: none">• Perusterveydenhuollon vahvistaminen• Ikääntyvän Kemin palvelutarpeeseen vastaaminen• Suunnittelussa huomioidaan esteettömyys• Hoitotakuun toteutuminen perusterveydenhuollossa, mielen-terveyspalveluissa ja suun terveydenhuollossa/hoitoon pääsy• MAISEMA -mallin käyttöönotto ja vakiinnuttaminen• Toteutetaan maisemamallin mukaiset rakenteelliset muutokset• Tuetaan prosessien ja laatujohtamisen kehittämisessä• Sairauspoissaolojen määrä ei lisääntynyt• Täydennyskoulutuksenvelvoitteen mukainen koulutus• Kehityskeskustelut	
--	--	--

<p>Sosiaali- ja terveys- palveluiden perusteet ja laatu</p>	<p>2002</p> <ul style="list-style-type: none"> • Resurssien luomissa puitteissa mahdollisimman laadukkaiden ja riittävien sosiaali- ja terveyspalvelujen tarjoaminen kemiläisille • Palvelujen tarjonnan monipuolistaminen yhteistyöllä muiden toimijoiden kanssa <p>2003</p> <ul style="list-style-type: none"> • Perusturvallisuudesta huolehtiminen • Elämönhallinnan tukeminen <p>2004</p> <ul style="list-style-type: none"> • Suunnitelma palvelurakennemuutoksesta Efektia -selvityksen ja kuntavertailun perusteella • Toteutetaan omalta osalta palvelulinjatyössä suunniteltavat muutokset <p>2005</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sosiaalityön palveluiden kehittäminen asiakkaiden itsenäisen suoriutumisen tukeminen • Aikuissosiaalityön kehittäminen yhteisen koulutuksen avulla • Seudullinen yhteistyö <p>2009</p> <ul style="list-style-type: none"> • Seutuyhteistyömuotojen kehittäminen • Laadukkaiden sosiaali- ja terveyspalvelujen tarjonta • Kemin vetovoimaisuuden lisääminen • Saatavissa olevat palvelut • Koulu- ja opiskelijaterveydenhuolto • Palveluiden taso • Tiedon saanti • Sosiaalityön palvelukokonaisuuksien ja prosessien sekä tiimityön kehittäminen • Sosiaalityön parityöskentelyn kehittäminen 	<p>2008</p> <ul style="list-style-type: none"> • Konsultaatioiden lisääntyminen sosiaalityössä, perheneuvolassa, päihdetyössä, lasten ja nuorten huollossa. • Käsittelyajat lakien ja suositusten mukaisesti • Asiakastyytyväisyyden lisääminen/tehtyjen kyselyjen hyödyntäminen • Oikaisuvaatimusten vähentäminen • Kotisivujen ajantasaisuus/asiakaspalaute
--	--	---

<p>Työttömyys ja syrjäytyminen</p>	<p>2001</p> <ul style="list-style-type: none"> • Alle 25 vuotiaiden työtoiminnan järjestäminen lain edellyttämällä tavalla <p>2002</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kuntouttava työtoiminta/suunnitelmien laatimisaika <p>2003</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pitkäaikaistyöttömät ja toimeentulokiasiakkaat ohjataan työvoimasäätiölle • Yhteistyö työvoimahallinnon kanssa tiivistyy <p>2004</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pitkäaikaistyöttömyyden hoitoa varten perustetaan yhteispalvelupiste työvoimahallinnon kanssa • Toimeentuloasiakkuuksien väheneminen <p>2005</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kuntouttava työtoiminta -aktivointisuunnitelma • Toimeentulokiasiakkaiden määrän vähentäminen • Työvoiman yhteispalvelupiste <p>2006</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aktivointisuunnitelmat/kuntouttava työtoiminta • Erityishuomio alle 25-vuotiaisiin <p>2008</p> <ul style="list-style-type: none"> • Toimeentulokiasiakkaiden määrän vähentäminen • Pitkäaikaistyöttömien aktivointiasteen nousu • Terapiapalveluiden lisääntyminen Tukiasumispalveluissa resurssi todelliseen tukeen (vähennetään 10 %) 	
---	--	--

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 kouluttauduttiin. Näillä keinoin ehkäistiin heidän syrjäytymistä sekä pysytettiin varhaistamaan nuorten päihdeongelmiin puuttumista. Perhetukiyksikkö Jukola aloitti toimintansa 1.1.2001, jonka ansiosta avohuollon tukitoimia on pystytty tarjoamaan entistä monipuolisemmin. Nuoruusikäisten laitossijoituksia ei pystytty kuitenkaan vähentämään. Sijais- ja tukiperhepula pysyi ennallaan lastensuojelun perhehoidossa. Perusterveydenhuollon väestövastuujärjestelmää ei ole edelleenkään voitu toteuttaa lääkäreiden vähäisyyden vuoksi. Tästä syystä myös väestövastuujärjestelmän toteutuminen siirtyi.

1.9.2001 tuli voimaan laki kuntouttavasta työtoiminnasta (Laki kuntouttavasta työtoiminnasta 2001/189), joka käynnisti yhteistyön työvoimatoimiston sekä Työhönvalmennussäätiön kanssa. Mielenterveytyksen kokonaissuunnitelma valmistui loppuvuodesta 2001. Tällöin käynnistettiin suunnitelma Inka -kodin ja vanhusten palvelukodin siirtämisestä Suojalanpolulle, missä on asianmukaisemmat tilat ja mahdollisuus kokonaisvaltaisempaan kuntouttamiseen. Osuuskunta Akseliina jatkoi toimintaansa ja vanhusväestön suunnitelma päivitettiin. Sosiaalityön ja vanhus- ja vammaispalveluiden auditointi toteutettiin vuoden 2001 aikana.

Toimintakertomusten mukaan vuonna 2002 tehostui varhainen puuttuminen nuorten päihdeiden käyttöön ensiapupoliklinikan muuttuneiden käytäntöjen myötä. Ensiapupoliklinikalle joutuneista humalaisista nuorista tehtiin ilmoitus sosiaaliviranomaisille. Las-

ten ja nuorten psykiatrian palveluihin tarkoitettulla ylimääräisellä valtionavulla jatkettiin perhetyön kehittämistä sekä järjestettiin yhteistyötahojen kanssa yhteistä perhetyön koulutusta henkilökunnalle. Erikoissairaanhoidon sektorilla 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. Eläusturvan 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 vammaispalveluiden ja terveystalouden 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 palvelupiste aloitti toimintansa elokuussa 2004. Tavoitteena ollut toimeentuloasiakkuuksien väheneminen toteutui 5 % 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. Toimeentulotukiasiakkaiden 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 julkaistiin 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 hoitoonpääsyn turvaamiseksi on jouduttu resurssipulan vuoksi käyttämään ostopalvelulääkäreitä. Sosiaalityöpalveluissa 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 hoitoonpääsyn turvaamiseksi ja jatkuvuuden parantamiseksi kehitettiin uusi vastaanottoimintamalli 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. Kemiläisten 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 työskentelyyn.

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 -hankkeen 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 vähenemään, 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 laatusuosituksen 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 määräajassa. Perusterveydenhuollossa, mielenterveyspalveluissa ja suun terveydenhuollossa hoitoon pääsy ei toteutunut vastaanottotoiminnan osalta.

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

Toimintakertomusten mukaan kemiläisten hyvinvointiin on paneuduttu monin eri tavoin. Edelleen vanhusväestön hyvinvointi oli keskeisenä kehittämisalueena. Varsinkin vanhusten asumisen turvallisuuteen 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, elämäntyyliä 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 tarkoitettujen 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 lisää yhdenvertaista saatavuutta. Kuitenkin samanaikaisesti asiakastyytyväisyyden ja valinnanvapauden korostaminen ja palveluiden monipuolistaminen vaikuttavat vastakkaiseen suuntaan. Perusterveydenhuollon palvelukykyyn heikkeneminen lisää yksityis palvelujen 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 terveyspalveluiden 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. (Kangas 2010, 39–40.)

Sosiaali- ja terveysministeriön tulevaisuuskatsauksessa (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 tulevaisuuskatsauksessa (emt.) 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. Kanta 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 tärkeätä 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. Kysymykset, 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 liikkeellelähdon. 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. (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 -tutkimus- ja kehittämishankkeen 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 henkilöstöressit 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 johtavilla viranhaltijoilla 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 suhteessa niiden lyhyen ja pitkän aikavälin hyötyihin sekä viranomaisten että kuntalaisten näkökulmasta.

Tulevaisuutta ajatellen tulisikin hyvinvointipoliittisessa päätöksenteossa huomioida:

- kemiläisten tyytyväisyys omiin vaikutusmahdollisuuksiinsa sekä sosiaali- ja terveyspalveluiden 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
- henkilöstön työhyvinvoinnin huomioiminen
- seudullisen ja hallinnonrajoja ylittävän yhteistyön jatkaminen ja kehittäminen sosiaali- ja terveyspalveluissa

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 terveyskyselyn tuloksia voi hyödyntää jatkotutkimushankkeissa. Niiden avulla voitaisiin selvittää, otettiinko 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- käsi- kirja. 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. *Journal of Interprofessional Care*. Vol. 21 (5), 503–513.

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

Forma, P. & Kuivalainen, S. & Niemelä, M. & Saarinen, A. 2007. Kuinka hyvinvointi- valtio kesytetään? Julkisen sektorin uudistaminen ja hyvinvointipalvelujen muutos Pohjoismaissa. Turun yliopiston Sosiaalipolitiikan laitoksen julkaisuja B: 32:2007. Turku.

Hallituksen esitys terveydenhuoltolaiksi sekä laeiksi kansanterveyslain ja erikoissai- raanhoitolain muuttamiseksi sekä sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista an- netun lain muuttamiseksi (HE 90/2010 vp). Hakupäivä 2.4.2011. <http://www.eduskunta.fi/faktatmp/utatmp/akxtmp/ev_244_2010_p.shtml>.

Hirsjärvi, S. & Remes, P. & Sajavaara, P. 2009. Tutki ja kirjoita. Kirjayhtymä. Helsinki.

Hyvärinen, O. 2008. Kilpailuttamisen laajuus ja taustatekijät Suomen kunnissa. Kunnal- lisalan kehittämissätiö. Helsinki.

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

Jalava, U. & Virtanen, P. 1995. Moniammatillinen projektitoiminta. Avain hyvinvointi- palvelujen tulevaisuuteen. Helsinki.

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

Järjestyslaki 2003. 27.6.2003/612. Hakupäivä 4.4.2011.
<<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2003/20030612>>.

Kangas, O. 2010. Oraakkeliin huomioidut Suomen nykytilasta. Teoksessa Hiilamo, Heikki & Kangas, Olli & Manderbacka, Kristiina & Mattila-Wiro, Päivi & Niemelä, Mikko & Vuorenkoski, Lauri 2010. Hyvinvoinnin turvaamisen rajat. Näköaloja talouskriisiin ja hyvinvointivaltion kehitykseen Suomessa. Kelan tutkimusosasto, Helsinki.

KEMIN HISTORIAA LYHYESTI. Tulostettu 4.4.2011.
<<http://www.kemi.fi/menu/info/Historia.htm>>.

Kemin henkilöstöraportti 2010. Henkilöstöpalvelut. Tulostettu 4.4.2011.
<<http://www.kemi.fi/d5web/kokous/20111948-4-6595.PDF>>.

Kemin kaupungin organisaatio. Kemin kaupunki, Hallinto- ja päätöksenteko 2011. Kaupungin organisaatio. Tulostettu 4.4.2011.
<<http://www.kemi.fi/hallinto/Orgkaavio.pdf>>.

Kemin kaupungin sosiaali- ja terveystalokeskus 2010. Kemin kaupunki, sosiaali- ja terveystalokeskus 2010. Tulostettu 4.4.2011.
<http://www.kemi.fi/sosiaali_terveystalokeskus/hallinto/organisaatio2010.pdf>.

Kemin kaupungin strategia 2020. Kemin kaupunki, Hallinto- ja päätöksenteko n.d. Tulostettu 4.4.2011. <<http://www.kemi.fi/Hallinto/strategiat.htm>>.

Kemin palvelustrategia ja tuottavuusohjelma 2020. Tulostettu 4.4.2011.
<http://www.kemi.fi/Hallinto/strategiat/Palvelustrategia_2020.pdf>.

Kemi terveeksi 2015 -tutkimus- ja kehittämishankemuistio 23.4.2009. Tulostettu 21.2.2010.

- Kunta- ja palvelurakennemuutos n.d. Valtiovarainministeriö.
<http://www.vm.fi/vm/fi/05_hankkeet/025_uusi_paras/index.jsp>.
- Larivaara, M. & Manderbacka, K. & Keskimäki, I. 2009. Terveystieteiden uudistukset ja oikeudenmukaisuus. Julkaisussa: Taimio, H. (toim.) Kurssin muutos. Kestävään kasvuun ja hyvinvointiin. Työväen Sivistysliitto. Helsinki.
- Laki kunta- ja palvelurakennemuutuksesta 2007. 9.2.2007/169. Hakupäivä 21.3.2011.
<<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2007/20070169>>.
- Laki kuntouttavasta työtoiminnasta 2011. 2.3.2001/189. Hakupäivä 21.3.2011.
<<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2001/20010189>>.
- Lastensuojelulaki 2007. 13.4.2007/417. Hakupäivä 21.3.2011.
<<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2007/20070417>>.
- 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.
- Näyhä, S. & Hassi, J. (toim.) 2001. Kemin terveystieteiden tutkimus. Oulun aluetyöterveyslaitoksen raportteja 10. Oulu.
- Näyhä, S. & Laakso, M. (toim.) 2005. Lapin terveystieteiden tutkimus. Oulun yliopisto, Kansanterveystieteen ja yleislääketieteen laitos. Sarja: Kansanterveystiede. Tutkimus 3/2005. Tulostettu 4.4.2011. <http://kelo oulu.tutkimus/Lapin_terveystieteiden_tutkimus/>.
- Ollila, S. 2006. Osaamisen strategisen johtamisen hallinta sosiaali- ja terveysalan julkisissa ja yksityisissä palveluorganisaatioissa. Johtamisen ulottuvuudet työnohjauksellisenä näkökulmana. Acta Wasaensia. No 156. Sosiaali- ja terveyshallinto 1. Universitas wasaensis 2006.

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

Pohjois-Suomen monialaiset sosiaali- ja terveystalot -hanke 2011. <http://www.sosiaalikallega.fi/kaste/index_html>.

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.

Saari, E. & Viinamäki, L. 2006. Kemi- Tornion seutukunnan hyvinvointibarometri 2005. Kemi- Tornion ammattikorkeakoulun julkaisuja Sarja A. raportteja ja tutkimuksia 4/2006. Kemi. Tulostettu 4.4.2011. <http://www.tokem.fi/kirjasto/tiedostot/Saari_Viinamäki_4_2006.pdf>.

Savikuja, J. & Tissari, J. 2004. Kemi–Tornion seutukunnan hyvinvoinnin tila. Humanet – Kemi–Tornion seutukunnan hyvinvointipalvelujen osaamisverkosto, Hyvinvointiosaamisen kehittäminen -projekti. Kemi.

Seppänen-Järvelä, U. 2004. Prosessiarviointi kehittämissuorituksissa. Opas käytäntöihin. Stakes. Helsinki.

Sosiaalihuollon lainsäädännön uudistaminen. Sosiaalihuollon lainsäädännön uudistamistyöryhmän väliraportti. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2010:19) Hakkupäivä 21.3.2011. <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 terveyserot. Sosiaalilääketieteen yhdistys. Hakapaino.

Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämisohjelma KASTE 2008–2011. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2008:6. Hakupäivä 21.3.2011. <http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=28707&name=DLFE-3683.pdf&title=Sosiaali__ja_terveydenhuollon_kansallinen_kehittamisohjelma_KASTE_2008_2011_fi.pdf>.

Sosiaali- ja terveydenhuollon lakisäätteiset palvelut 2005. Sosiaali- ja terveysministeriön esitteitä 2005:7. Helsinki. Hakupäivä 21.3.2011. <http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=28707&name=DLFE-3673.pdf&title=...>.

Sosiaali- ja terveysministeriön tulevaisuuskatsaus 2010. Terve ja hyvinvoiva Suomi 2020. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2010:23. Hakupäivä 21.3.2011. <http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=1087414&name=DLFE-12410.pdf>.

Sosiaali- ja terveystietokanta 2010. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2010:1. Hakupäivä 21.3.2011. <http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=1087414&name=DLFE-11163.pdf>.

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

Teperi, J. 2006. Yhteenveto: Saavatko kaikki riittävät palvelut. Teoksessa Teoksessa Teperi, J. & Vuorenkoski, L. & Manderbacka, K. & Ollila, E. & Keskimäki, I. (toim.) Riittävätkö palvelut jokaiselle. Näkökulmia yhdenvertaisuuteen sosiaali- ja terveydenhuollossa. Hyvinvointivaltion rajat -hanke. Stakes, Helsinki. Tulostettu 6.7.2010. <<http://www.stakes.fi/verkkojulkaisut/raportit/M233-VERKKO.pdf>>, 181–188.

TEROKA -hanke 2010. (Sosioekonomisten terveyserojen kaventamishanke) Osat 1., 2. & 3.

OSA 1. Sosioekonomiset terveyserot – käsitteitä ja taustaa. Hakupäivä 20.2.2010.
<http://www.tero-ka.fi/teroka/uploadfiles/Osa1_paivitetty_201009_2.ppt>.

OSA 2. Sosioekonomisten terveyserojen kaventaminen – käsitteitä ja taustaa. Hakupäivä 20.2.2010.
<http://www.teroka.fi/teroka/uploadfiles/Osa2_paivitetty_201009.ppt>.

OSA 3. Terveyserojen kaventaminen kunnissa – ehdotuksia ja esimerkkejä. Hakupäivä 20.2.2010.
<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.

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. Administration in Social Work, 30 (4), 5–18.

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 luupin 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

– hanke etsii rahoittajaa

Pöyhönen SAKUMAT
1.12.2009, 5

Päämäärä: Löytää keinot vähentää sairastavuutta ja edistää terveyttä

CAMILLA AHLSTRAND
Kemi

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

Kaupungin sosiaali- ja terveysvoimen 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 vireillä viime keväästä alkaen.

Jo viime vuonna Kemin sai-

rastavuuden tutkimista ehdotettiin kokoumuksen ja keskustan valtuustoaloitteella.

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 terveys-tieteen tutkimuksen sekä ammattikorkeakoulun soveltavan tutkimus- ja kehystoiminnan mahdollisuuksia.

Oulun yliopiston terveystieteen laitoksen lisäksi kumppaniksi havitellaan 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 ennenaikaisesti menettettyjen elinvuosien kuolin-

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

Arto Rautajoki
kehityspäällikkö

syykohtaista määrää.

–Se tieto hankitaan ehkä os-topalveluna, ja tämä osuus tuotetaan nopeammin myös väliaikatu-
tuloksia.

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 meneillään.

–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 Lappea-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 muuttuessa 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 kaupungeja, 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

mistä ohjelmasta, Niirasan mukaan sitten katsotaan uudestaan, jääkö asia kaupungin ja ammattikorkeakoulun 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 korkeaa 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 keskikokoisten 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 kuuluukin olla huolissaan kustannuksista, mutta sosiaali- ja terveystoimen menojen hillitseminen ei ole aivan helppoa. Toteutuville menoille ei oikein ole vaihtoehtoa. Useimmilla muilla hallinnonaloilla peliä 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 rytminsä. 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 elämäntapaansa. Se on vaikuttanut ja näkyy osaltaan kaikessa kemiläisyydessä, myös meidän sairastavuudessa.

Kemin sairastavuudesta halutaan loputtakin selvitys

POHJOLAN SANOMAT 24.2.2010

Valtuustoaloite: Poliitikot sysäsivät ison asian liikkeelle

MARTTI VUOLUKKA
Kemi

Kemissä ryhdytään vielä tämän kevään aikana selvittämään syytä kaupunkilaisten korkeaan sairastavuuteen.

teen. Kemin väestö kuuluu monilla mittareilla maan sairaimpiin.

Kokoomuksen ja keskustan valtuustoryhmien parin vuoden takaisesta aloitteesta syyskyselyssä saanut tutkimus vie kolmisen vuotta.

Perusselvitykset tehdään tämän ja ensi vuoden aikana. Käytännöllisen toimenpideohjelman on määrä valmistua vuoden 2012 aikana.

Kyseessä on monitieteellinen tutkimus. Oulun yliopiston lääketieteellinen ja Lapin yliopiston yhteiskuntatieteellinen tiedekunta paneutuvat tilasto- ja rekisteritietoihin, joista nähdään, miten kemiläisten terveys poikkeaa muu-

ta Lapista ja maasta.

Kemi-Tornion ammattikorkeakoulun tehtävänä on selvittää, mistä laista hyvinvointipoliittikka Kemissä on harjoitettu. Näitä selvityksiä tehdään lähinnä opinäytetöinä.

Yliopistojen osuuden alkaminen vielä tänä keväänä edellyttää, että Euroopan sosiaalirahasto myöntää tutkimushankkeelle rahoitusta. Ammattikorkeakoulun pitkäinen

startti sen sijaan on jo varmaa. Kemin sosiaali- ja terveysjohtaja Liisa Niiranen odottaa sairastavuustutkimukselta paljon. Toiveissa on nimenomaan sellaista tietoa, jolla saadaan tehoa ennaltaehkäiseviin toimiin.

→ Meri-Lappi & Peräpohjola A4

Kemin korkeaa sairastavuutta selvittävä tutkimus liikkeelle

Rahoitus: Yliopistojen mukaantulo edellyttää EU-raham saantia

MARTTI VUOLUKKA
Kemi

Kemiläisten tunnetusti korkean sairastavuuden syihin puolestaan laajassa tutkimuksessa. Viime vuoden alkupuolelta saakka valmistelussa ollut selvitys käynnistyy vielä tämän kevään aikana.

Kemin ja kemiläisten sairastavuuden syytä selvitetään monitieteellisesti. Oulun ja Lapin

vielä tänä keväänä edellyttää, että Euroopan sosiaalirahastosta myönnetään hankkeelle tulle. Sen sijaan ammattikorkeakoulun selvitykset alkavat varmuudella jo keväen aikana.

Lapin yliopistosta tutkimukseen osallistuu yhteiskuntatieteellinen tiedekunta, Oulusta panoksensa antavat lääketieteellinen ja biotieteellinen tutkimus.

Tutkimukseen sisältyy myös laaja kyseily sosiaali- ja terveys-toimen henkilöstölle, päätätöille ja kaupunkilaisille.

Kemin sosiaali- ja terveysjohtaja Liisa Niiranen odottaa sairastavuustutkimuksen valmistumista.

menomaan sellaista tietoa, jolla saadaan tehoa ja puhuttu emal-tutkimukseen työhön.

Kemi käyttää sosiaali- ja terveysneuvonpitoon paljon rahaa, mutta panopiste on korkealla ja toiminnassa, kun pitäisi päästä paljon parempiin ennustehäkeisiin toimintoihin, Niiranen sanoo.

Tämä tavoite näkyy myös tutkimussuunnitelmissa. Perusselvitysten on määrä valmistua jo ensi vuoden loppuun mennessä, ja erillinen toimenpideohjelma tehdään vuoden 2012 aikana.

Arviointi jo 2015

Toimenpideohjelman odote-

taan muun muassa näkemystä siitä, miten terveys- ja hyvinvointipalvelut kohdennetaan niin, että ne tavoittavat myös ne väestöryhmittä, jotka nyt jäävät niiden ulkopuolelle.

Terveys- ja hyvinvointipalveluja halutaan myös suunnata ja mahdollisesti organisoida uudestaan niin, että ne voidaan tuottaa nykyistä kustannustehokkaammin.

Kaiken kaikkiaan Liisa Niiranen odottaa toimenpideohjelman kokonaisuutta, jolla kemiläisten sairastavuus saadaan käännettyä laskusuuntaan.

Ensimmäinen seuranta-arviointi tehdään jo 2015. Sil-

loin nähdään, miten toimenpideohjelman tempot ovat vaikuttaneet kemiläisten terveyteen.

Tutkimushankkeen arvioidut kustannukset ovat 150 000-200 000 euroa vuodessa. Kemin kaupungin rahoitusosuus on 30 000-40 000 euroa vuodessa, josta ammattikorkeakoulu maksaa maksimissaan puolet.

Mikäli kävisi niin, että Euroopan sosiaalirahastolta ei rahoitusta helta, Niiraset mukaan Kemi ja ammattikorkeakoulu toteuttavat tutkimuksen pienemmässä muodossa. Niiranen on kuitenkin toiveikas EU-raham suhteeseen.

Alkoholi paljastui suureksi syyksi Kemín sairastavuudelle

POHJOLA SAUOMAT (20.7.2010, 4.)

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 konsulttiyhtiö FCG:n selvityksestä, jossa tutkittiin syytä kemiläisten korkeaan sairastavuuteen.

– Alkoholi on noussut yhtä suureksi ennenaikaisen kuoleman selittäjäksi kuin sydän- ja verisuonisairaudet. Kehityksen suunta on erittäin hälyttävä, sanoo selvityksen toinen tekijä, tohtori Mikko Vienonen.

Alkoholia enemmän ennen- aikaisesti menehtyneitä elinvo- oia aiheuttavat vain erilaiset tapaturmat, mutta niidenkin takana piilee usein alkoholion- gelmia.

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

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

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

Miesten tilastot rumia
Perjantaina julkaistettu selvi- tys on ensimmäinen osa Kemi-

terveeksi -hanketta, jolla yritetään löytää lääkkeitä kaupun- kiläisten valtakunnan keskiar- voa huonomman terveydeni- lan parantamiseen.

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

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

Kommentti

Kierre poikki

Kemiläisten korkealle sairas- tavuudelle on etsitty monen- laisia rakenteellisia selityksiä.

Taustalla on pitkä historia teollisuus- ja satamakuu- punkina maaseutukuntien keskellä. Kaupungissa on ol- lut tarjolla halpoja asuntoja,

joihin etsittyneillä ihmisillä ei ole aina ollut elämä raiteil- laan.

Kemín terveydenhuollon

keskimäärin. Nyrk ero on enää 22 prosenttia.

Kemiläisten naisten luvut ovat suurin piirtein valtakun- nat miesten synkät luvut ve- tävät kokonaistilaston pitkästi miinukselle. Monet kemiläiset miehet kuolevat edelleen en- nenaikaisesti erilaisiin onnet- tomuksiin, väkivaltaan ja it- semurhiin. Alkoholikuolemien kanssa ne ovat suurimmat selit- täjät kemiläisten menetyille elinvuosille.

Tausta

Mikä PYLL?

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

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

Suomen PYLL-luku on 4065, eli maassa menetetään kes- kimäärin 4065 elinvuotta 100000 henkilövuootta kohti viiden vuoden kumulatiivisena summana.

Luku on sitä parempi, mitä lä- hempanä noltaa se on.

Suunta parempaan

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

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

sä juovat itsensä humalaan lähes kaksi kertaa lukiolaisia useammin.

Voi varmaan turvallisesti olettaa, että Kemín taloudel- lisen rakenteen vuoksi kau- punkiin työllistyy keskimää- räistä enemmän ammattikou- lutaustaisia lukiolaisia verrattuna. Päihteenkäy- tössä malli opitaan usein ko- toa, joten kierteen syntymi- nen on helppo ymmärtää.

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

HENRIPEKKA KALLIO

Lisää voimaa päihdetyöhön

Pohjois-Suomi 22.7.2010, 2

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 korkeaa sairastuvuutta selittää huomattavalta osin liiallinen alkoholin käyttö.

Alkoholia enemmän ennen aikaisesti menehtyneitä 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 kuolinsyrekisterin mukaan Kemian tilanne on itse asiassa parantunut viimeisimmän vuosikymmenen aikana.

Perjantaina julkistettu selvitys on ensimmäinen osa Kemiä 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 asukkaasta kohti. Tanska jäi Suomesta 0,8 litraa.

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

On aivan oikein, että kemiläisten sairastuvuuden ja nuorena kuoleamisen syitä 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.

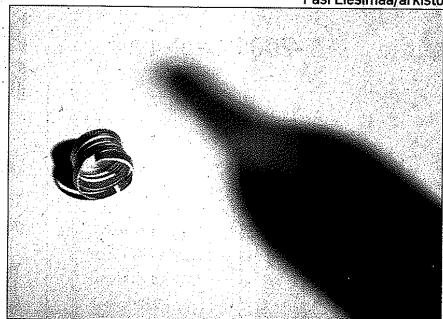
Kun kulutuksen kasvusta päätellen valitus alkoholin aiheuttamista terveysvaaroista ja muista haitoista ei ole mennyt perille, on valitustyöhön löydettävä uusia, vaikuttavia malleja. Niiden löytäminen on varmasti haasteellista mutta ei mahdotonta.

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

POHJAN SAUOMAT 27.3.2000, 5

Julkisuuskuva: Osa valtuutetuista piti uutisointia asianmukaisena

CAMILLA AHLSTRAND

Kemi

Kemin valtuutetut palasivat maanantain valtuustossa Kemissä perjantaina päätyn seminaarin antiin.

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

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

– Ongelma on totta. Toivon kaupunginjohtajalta tähän kommenttia, Pasanen esitti. Repo puolusti mielipidettänsä sanomalla, että perjantaina esitetyissä 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 alkoholintakia. Tilastoja näytettiin, eikä siellä paikan päällä tullut oloa, että mäsäillään. Kemin naisten hyvin PYLL-luvun olisi voinut laittaa isomalla, vaikka välitorkoon, Sonntag vinkkasi lehdistöön päin.

Mikko Ekorren mielestä se-

minaarianti oli Kemille positiivinen.

– Mutta näimme, mitä Kemin lehdistö haluaa kirjoittaa Kemin päämmenoksi. Jos meillä olisi hyvä tiedottaja, hän olisi voinut tilastoista osoittaa myös hyvät puolet, Ekorre sanoi. Juhla Taanilla lisäsi, että myös ongelman ennaltaehkäisyä puhuttiin.

– Kemillä on jo moniammatillinen Info-ryhmä, josta tormalaisetkin ottavat mallia.

Päätökset tutkitaan

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

– Seuraavaksi ammattikorkeakoulun ylempää 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.

Keilahallin takaus

Valtuusto takasi Kemin Keilahalo Oy:n 120 000 euron lainan.

Investointilainalla korvataan

22 vuotta vanhat puuradat uudella laminaattiradoilla.

Keilahalo Oy:n hallituksen puheenjohtaja Tarja Ikonen sanoi valtuuston jälkeen, että uudistukset tehdään jo tänä vuonna.

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

Samalla tennishallin puolelle uusitaan lämmönkierrojärjestelmä.

– Myös kassa- ja varausjärjestelmä uusitaan. Tavoite on, että voisi netissä varata kella- ja tennishallin alkoja jo syksyllä.

Kemi on "upea kaupunki", mutta ongelmiakin on paljon

Imago: Kuntajohto haluaisi
usein julkisuuteen
vain mukavia asioita

MARTTI VUOLUKKA

Kemi

Kunnan mainetta ja imagoa ei voi rakentaa kuin tosiasiaille. 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.

—Vaikastakin asioista on yksinkertaisesti voitava keskustella, sanoo kunnaliiton viestintäjohtaja Jari Seppälä.

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

tuuston kokouksessa kunnas-
tehtiin kaupunginjohtajan re-
aktiota. Kokouksen **Aarne**
Pasanen kyseli, olisiko Kemlin
alkoholiongelmat pitänyt uutis-
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.

—Siksikin niistä pitää pu-
hua avoimesti. Päätäjienkään
syyllistäminen ei auta. Monet
ongelmat korjautuvat vain hi-
taasti.

Hyvin suomalaisen kunta-
kentän tunteva Seppälä sanoo,
että Kemi ei ole vavoineen yk-
sin. Suomalaista teollisuuse-
rimää koko matkaltaan kanta-
pussa niin sanotuissa savupiip-
pukaungeissa 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-

rotulojen 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-

leyhtymät ovat Sampo ja Lumi-
linna. Kemlin terveysongelmista
hänellä ei ole ollenkaan yhtä
tarkkaa mielikuvaa.

—Lähetä katsottuna asiat voi-
vat joskus näyttää pahemmilta
kuin ne onkaan.

Kommentti

Ikävätkin

asiat

ajallaan

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

Repo jättäisi vähemmäl-
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
vähin sammutettu oli viime
lauantain lehden seminaari-
uutinen Kemlin laajasta ter-
veysuutkimuksesta. Uutisessa
kerrottiin kemiläisten poik-
holikuolleisuudesta. Alkoholii-
on jo yhtä suuri ennenaikai-
sen kuoleman selittäjä kuin
sydän- ja verisuonisairaudet.

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

läisten naisten sairastavuus
ei juuri poikkeaa valtakunnan
keskiarvosta. Se on erinomai-
nen asia, ja kerrottiin myös
uutisessa.

Varsinainen uutinen, näky-
vän kärkipaikan seminaarin
uutisoinnissa ansaitseva tieto
on juuri Kemlin suuri alkoholi-
linkututus kaikkein seuraava-
mukisineen. Lisäksi seminaa-
rissa selvisi, että kemiläisten
terveyttä rasittavat alkoholi-
linkäytön ilkeet näkyvät jo
alikäisissä.

Kyllä näistä asioista kan-
nattaa enemmän puhua kuin
vaieta.

MARTTI VUOLUKKA

Juomiseen puuttumalla ei keräää irtopisteitä

POHJOLA SAUNAT 27.3.2010, 1.

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

MATTI NIKKILÄ

Kemi

Harhaluulo alkoholiin kuolevasta ojan pohjien koluajasta elää sinnikkäästi. Nykyään alkoholiongelmia löytyy kaikkialta ja kaikista ryhmistä.

Kemissä miesten ennenaikaiset alkoholi-kuolemat nousivat keskuksitelunaiheeksi kaupungissa teetetyt menetettyjen elinvuosien kartoituksen jälkeen.

Järkevin tapa ratkaista ongelmia on asiantuntijoiden mukaan ennaltaehkäisevä työ. Finnish Consulting

Groupin tutkimusjohtaja Ilkka Vohlosen mukaan alkoholin vuoksi menetetyt vuodet tarkoitavat sitä, että alkoholiin kuollaan nuorena.

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

Vohlonen korostaa sitä, että nuorten henkisen tylistymisen ehkäiseminen on tärkeää.

Pitkään jatkuneeseen alkoholin käyttöönkin on olemassa ratkaisuja. Aikuisten ihmisten juomiseen puuttumalla ei kuitenkaan pysty

keräämään irtopisteitä.

-Todella selviä teitä alkoholin käytön vähentämiseen on kaksi.

Toinen on alkoholin hinnan nostaminen, toinen sen saatavuuden rajoittaminen, Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen tutkimusprofessori Hannu Alho kertoo.

Niihin puuttuminen nähdään hänen mukaansa usein poliittisena itsemurhana.

→ Meri-Lappi&Peräpohjola A3

Riskikulutus

Puuttuminen

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

Terveydenhuollon kuluista 20 prosenttia syntyy alkoholin aiheuttamista sairauksista. Jo yhden prosenttiyksikön vähennyksellä säästetään huomattavasti rahaa.

Alkoholi ei ole pelkkien puliukkojen ongelma

Puhuttiin 27.3.2010

MATTI NIKKILÄ
Helsinki

Yksinäinen juoppolalli kuolee kirjupäälin ääreen. Harhakuva alkoholi-ongelmaisesta elämästä. Nykyään rapajuoppo, vielikin. Nykyään rapajuoppo, tuurijuoppo ja kaappijuoppo ovat kaikki tavallisia.

- Ajatus alkoholista puliukkojen ongelmana on vanhentunut. Nykyään alkoholi-ongelmaisista löytyy jokaisesta ammattista ja sosiaalisesta ryhmästä. Terveystieteiden ja hyvinvoinnin laitoksen tutkimusprofessori **Hannu Alho** kertoo.

Suoria yhtäläisyyserkkeitä väestöllisen ja ammatillisen rakenteen sekä alkoholi-ongelmissa välillä ei Alhon mukaan voi vetää.

- En näe tällaista yhteiskuntaluokan mukaista yhteyttä.

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.

Vain herkkyys periytyy
Alho luettelee yleisesti alkoholi-ongelmiin myötävaikuttavia asioita.

- Alkoholin käyttöön tulee olla toistuvaa. Alkoholismia ei voi periyä, perinnöllisenä voi saada ainoastaan herkkyyden alkoholismiin. Ympäristö ja kaverit vaikuttavat paljon alkoholin käyttöön.

Perimä ei näy etenkin nuorten alkoholin käytössä. Kotona nähty alkoholin käyttö voi myötävaikuttaa ongelmiin, mutta

sillä voi olla myös päinvastainen vaikutus.

- Ongelma-aperheitä tulevat voivat tehdä päätöksensä istumaan ja rajoittaa sohvalla istumistaan. Yleensä ongelma-aperheitä lapset aloittavat alkoholin käytön myöhemmin.

Oireita voi tunnistaa
Jos haluaa tarkkailla itseään, alkoholin liikakäytön oireita voi tunnistaa.

- Oireena voi saada unihäiriöitä, mieliala voi huonontua, voi tulla sydämentykytyksiä ja verenpaine voi kohota. Nämä ovat kuitenkin hyvin yleisiä oireita, Alho kertoo.

Listaan voi lisätä myös ahdistuneisuuden, epämieliset väkensäraivat ja punakuuden. Väitvat kuulostavat myös stressin oireilta.

- Nimenomaan. Ja yleisin tapana, miten masennusta ja stressiä iteläätään, on alkoholi.

On paljon helpompi avata pullo ja rajoittaa sohvalla istumistaan kuin lähteä vaikkapa pilkille. Pidemmän päälle alkoholi vain lisää masennusta.

Muun taktia suomalaiset eivät viinapulloon tartu.

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

Alho mukaan känni kerran vuodessa ei välttämättä ole vaarallinen. Jos ne toistuvat useammin, huoleen voi olla aiheut-

"Terveystaliban"

Alkoholi-ongelmiin on olemassa

helppoja ratkaisuja, mutta niillä ei kerätä suostota.

- Todella selvää teitä alkoholin käytön 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 itsemurhana.

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

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

- Täytyy olla ammattilainen, että eron maistaa.

Vina

Yleisin itsehoitolaäke

Mielenterveysongelmat ja alkoholi-ongelmat kulkevat usein käsi kädessä. Yleisin tapa hoitaa mielenterveysongelmia itse on alkoholin käyttäminen.

Alkoholin suurkulutus maksakirroosi, kakkosbypin diabetes tai sydän- ja verisuonitauti. Myös rintasyövällä ja

alkoholilla on selvä yhteys. **Alkoholi myötävaikuttaa** muihin muuhinkin kuolinsyihin. Se lisää liikennekuolemia, itsemurhia, väkivaltaisia kuolemia ja useampia syöpiä.

Viinaa ei tarvitse juoda kun on järkevää tekemistä

Puuholan kokous 27.5.2010, 3.

Toimintaa: Ulos, eikä kotiin istumaan

MATTI NIKKILÄ
Kerni

Kahvipöytäparlamentti on aloittanut kokouksensa Kemlin keskustan Teboilla jo puoli kahdeksan aikaan perjantaiaamuna. 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. Teboilin jälkiviisaiksi itseään nimittävä porukka pöhtii mielellään vaikka viina-asioita. He tietävät, että aineen kanssa voi olla ongelmia kaikilla.

- Kyllä niitä ongelmia löytyy

joka painojuokassa. Naisilla ja perheenäidelläänkin voi olla nykyään ongelmia alkoholin kanssa, Romppainen pohtii.

Liikaa aikaa

Yksi syy alkoholi-ongelmien taakana on kolmikön mielestä se, että monella on nykyään liikaa aikaa eikä mitään tekemistä.

- Monella pitkäaikaistyöttömällä se voi olla ongelma, Kuronen sanoo.
- Samalla lailla monelle aikaisin eläkkeelle jäävälle ongelmia voi tulla, kun ei ole tarpeeksi tekemistä, Romppainen kertoo.

Romppainen kertoo jääneensä myös eläkkeelle jo jokin aika sitten, mutta hänellä tekemistä on riittänyt. Entisenä rakennusmiehenä hän kertoo olevansa hyvä käsistään. Mökki, pilkki-

kosta löytyy.

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

Porukka haluaisi vaikuttaa nuorten haluihin viettäessä iltaa mieluummin ollen kuin

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

Silloin kun kahviparlamentin miehet olivat nuoria, he luustelivat ja urheilivat koulun jälkeen kaikki illat. Palloakin

pelattiin ja pelikenttiä saatiin tehdä ja tasoitaa itse.

- Nykyään urheilun 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-konsulttityrityksen tutkimusjohtaja Ilkka Vohlonen uskoo ennaltaehkäisyyn.

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

missä tehdyssä menetettyjä elinvuosia kartoittavan indeksin tekemisessä. Sinä alkoholipaljastui 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.

Alkoholi-ongelmien hoitamisesa järkevintä on Hannu Alhon mukaan ennaltaehkäisy. - Terveystieteiden tutkimuskeskus viidesosa johtuu alkoholin aiheuttamista ongelmista. Jos osuus saadaan vähemmään edes yhdellä prosenttiyksiköllä, säästö on huomattava.

Alho uskoo alkoholinvalitukseen, vaikka sanoo että tutkimukset ovat osoittaneet sen vaikutukset pieniksi.

- Astiallinen ja piilottele-

minen ja liikkuminen pitävät myös toudhassa. Hyryläinen harrastaa samanlaisia asioita.

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

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

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

Miehet muistelevat, että ennen alkoholin käytön kanssa oliin avoimempia. Erityisesti 1990-luvulla alkoholi muuttui ehdottomasti kielletyksi työmaalla. 1960- ja 1970-luvulla nauttineena totta tekeviä näkyenemmän.

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

Kalja pois kioskeilta

Ratkaisuehdotuksinaakin jou-

Alkoholin haitoista viiden miljardin euron lasku

PÄIVÄLEHTI 20.7.2010

Selitys: Ministeri Risikon mielestä alkoholiveron alentaminen oli virhe

JENNI RÄINÄ

Kemi

Kemin korkeaa sairastavuus- ja alkoholihaasteisuuden suuret luvut seuraavat koko Suomen trendiä.

Peruspalveluministeri Paula Risikko syyttää luvuista viime hallituskaudella tehtyä alkoholiverotuksen alentamista.

– On arvioitu, että alkoholin haittojen korjaamiseen menee välillä

sesti noin viisi miljardia euroa. Terveydenhuollon lisäksi kuluja tulee esimerkiksi poliisin tehtävistä ja huostaanotoista.

Risikon mukaan suunnitelmassa ei siiti ole nostaa alkoholiverotusta ainakaan tällä hallituskaudella.

– Verotusta on nostettu jo kolme kertaa. Jos veroa nostaa liikaa, lisääntyy vain tuonti muualta.

Verotuksen sijaan Risikko painottaa valitusta sekä toimivaa perus-

terveydenhuoltoa. – Esimerkiksi työterveydenhuollossa pitäisi alkoholin käyttöä uskaltaa ottaa puheeksi. Joskus jo se voi riittää.

Mikäli kulutus jatkuu nykyisensä, saadaan alkoholin käyttöön hedelmiä korjata Risikon mukaan tulevaisuudessa urakalla.

Meri-Lappi&Peripohjola A3

Tausta

Kemin tilanne

Konsulttiyhdistys FCG:n selvityksen mukaan alkoholihaitat selittävät suuren osan kemiläisten keuhkosta kansanterveydestä. Alkoholi on noussut yhä suureksi ennenkaisen kuoleman syyksi kuin sydän- ja verisuonisairaudet.

Terveydenhuollossa pitäisi uskaltaa puuttua juomiseen

PÄIVÄLEHTI 20.7.2010

Arvio: Sairauksista jopa 40 prosentin taustalla on alkoholi

JENNI RÄINÄ

Kemi

Alkoholin ja Kemin korkean sairastavuuden välinen yhteys ei yllätä peruspalveluministeri Paula Risikoa. Vastava kehitys on ollut nähtävissä koko Suomessa alkoholiveron alennuksen jälkeen. Meri-Lapissa vierailleen Risikon mukaan alkoholin aiheuttamien väkivallisten kustannusten arvioidaan nousevan vuositasolla viiteen miljardiin euroon.

Alkoholi työllistää terveydenhuollon työntekijöiden lisäksi niin poliisia kuin sosiaalihuoltakin. Lisäksi alkoholihaasteisuus kasvavat korkeaa korkea. Risikko kertoo, että arvioiden mukaan kaikista sairauksista 40 prosentin taustalla saattaa olla alkoholi.

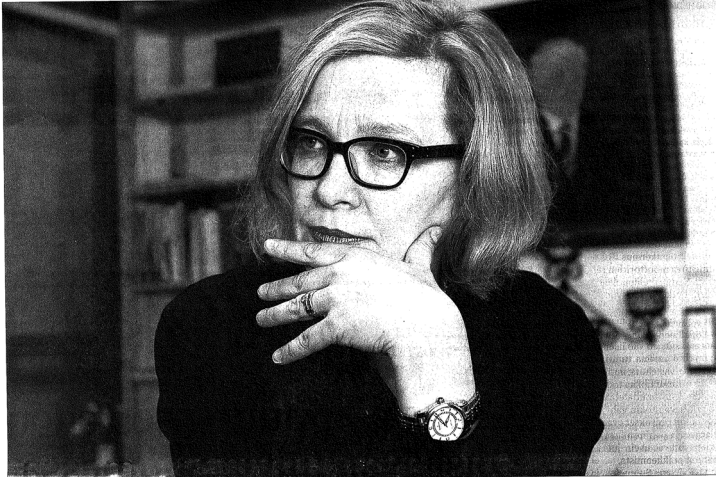
– Vaikutukset tulevat näkyviin pitkällä tähtäimellä. Uskon, että tällä menolla tulevaisuudessa demennia lisääntyy yhä nopeammilla. Ja lääkärin arvioiden mukaan Suomessa tarvitaan kymmenen vuoden sisällä lisää lääkäreitä.

Uskallusta puuttuu

Peruspalveluministeri Risikko pitää toimivaa perusterveydenhuoltoa keskeisenä alkoholiongelmiin hllinnässä. Perusterveydenhuollossa pitäisi myös uskaltaa puuttua alkoholiongelmiin.

– Esimerkiksi työterveydenhuollossa pitäisi alkoholin käyttöä uskaltaa ottaa puheeksi. Joskus jo se voi riittää.

Risikon tietojen mukaan Kemi on allekirjoittamassa alkoholihaasteisuuden kumppanussopimusta sosiaali- ja terveysministeriön kanssa. Kumppanussopimuksen tekevä kunta päivittää muun muassa kunnallisen



Peruspalveluministeri Paula Risikko korostaa alkoholiongelmiin ehkäisyssä valitusta ja toimivaa terveydenhuoltoa.

päihdestrategiansa sekä laatii ehkäisöviin päihdetyön ja päihdepalveluiden kehittämistä koskevan toimintasuunnitelman.

Veroa ei nosteta

Risikon mukaan valtiolla on käytännössä kolme keinoa puuttua ruuissaan alkoholin käyttöön: verotus, saattavuuden rajoittaminen ja valitus. Alkoholi vero ei ole suunnitelmassa nostaa.

– Verotusta on nostettu jo kolme kertaa. Jos nostamme veroa liikaa, lisääntyy vain tuonti muualta.

Myöskään alkoholin saattavuutta ei aino rajoiteta. Sen

sijaan Risikko painottaa valitusta. – Luotan valitukseen. Olin todella onnellinen, kun muutama

Risikko mainostaa Sote-mallia Meri-Lapille

JENNI RÄINÄ

Kemi

Peruspalveluministeri Paula Risikko kannustaa Meri-Lapin alueen kuntia tutustumaan sosiaali- ja terveydenhuollon aluekohteluun. Sote-mallin kokeilu lähtee käyntiin ensi vuoden

maanosien muuten huume- ja päihdekokeilu tilastoituihin väheneen. Nyt kuitenkin myös nuorten

huume- ja päihdekokeilu ovat kääntyneet jälleen nousuun. Valituksen lisäksi vaikuttaa vanhempien malli.

Ministeri Risikon esittämä Sote-alue vastaisi peruspalveluista, jonka lisäksi viisi vastuualuetta vastaisivat vastavista erityispalveluista. Osa nykyisten sairaanhoitopiirien palveluista hoidettaisiin sosiaali- ja terveysalueilla, osa yhtiöstrukturoitujen erityisvastuualueilla.

– Tällä on jo aiemmin selvitetty mahdollisuutta sosiaali- ja terveyspiiriin. Mallin tutustumisessa ei mene mitään. En voi lupata, että alue valitaisiin

alussa. Risikko uskoo, että Sote-malli voisi olla ministeriön tukemana sopiva kehittämissuunnitelma alueen kunnille.

– Mallissa kunnasta tai kuntayhtymästä muodostetaan Sote-alue, jolla sosiaalipalvelut, perusterveydenhuolto ja alueelliset erikoissairaanhoidon tarpeet yhdistetään.

kokeiluun mukaan, mutta ministeriön kisin kannattaisi olla kuulolla.

Mallissa kunnasta tai kuntayhtymästä muodostetaan Sote-alue, jolla sosiaalipalvelut, perusterveydenhuolto ja alueelliset erikoissairaanhoidon tarpeet yhdistetään.

Ministeri Risikon esittämä Sote-alue vastaisi peruspalveluista, jonka lisäksi viisi vastuualuetta vastaisivat vastavista erityispalveluista. Osa nykyisten sairaanhoitopiirien palveluista hoidettaisiin sosiaali- ja terveysalueilla, osa yhtiöstrukturoitujen erityisvastuualueilla.

Periti Vuosari



Puheenvuoro PUSURIN PAROJA PENTTIILVESLUOTO

Kirjoittaja on eläkkeellä oleva kemisti ja pitkäaikainen kemiläinen vaikuttaja.

1.4.2010.2.

Viinasta

Olemme viime vuosina usein nähneet lehtimme palstoilla suurilla otsikoilla ja oikein kuvien kera ryydyttyä uutisia Tornion Alkon valtakunnallisesta menestyksestä viinan ykkösmyyjänä. Lehtijutuilla on haluttu osoittaa omistuneen viinan myynnin olevan hyvin positiivinen ilmiö Tornion imagoille länsirajan valtakunnallisena kaupunkina. Viime vuonna myynti romahti, ja se koettiin otsikoissa murheellisenä asiana.

Kun vielä Hartwall ilmoitti Lapin Kullan lakkauttamisesta, yrittivät torniolaiset jopa kansallikkaiden kautta lehdistön tukemana taistella lakkauttamista vastaan. Kyse ei ollut vain työpaikoista vaan Tornion maan suurenä ohuen valmistajana säilyttäminen.

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

paamielisenä iloisten nuorten kaupunkina. Osoittaessaan kemiläisten omaavan kärkevän tälläkin alueella, se samalla pyrkään verran lisäsi sijoitustamme vähemmän houkuttelevana kuntana. Se vahvistii ulkopuolisten käsitystä siitä, että Kemän monet vaikkeudet johtuvat edelleen siitä kulttuurista, jonka vuosikymmeniä enemmistön suosima neuvostokommunismiin ihannoiminen loi.

Esimerkithän samanlaisista seurauksista löytyvät juuridistä. Venäjällä kommunismin romahtamisesta huolimatta tai juurisen takia tulevaisuuden suurimpia ongelmia on liian monien nuorten miesten kuoleminen liian nuorina alkoholiin. Jopa käydyistä valtuustokeskustelusta olim jopa havaitsevina ni tällaisia sävyjä. Toki saatteet ja kulttuuri alkoholin käyttöön vaikuttavat, mutta tällä en väitä syiden olevan kovinkaan yksiselitteisiä.

Voin tulkita väärinkin, mutta pidin sävyä poliittisena kuluneen

Lopettakaa viinan käyttö - ja lopullisesti.

tä kuin suurimmat otsikot jos niittäkään.

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 joutuminen ongelmakäyttäjien joukkoon toteutuu luonnollain ehdottomuudella. Kannattaa muistaa, että todennäköisyys valitsee uhrit 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 luopumisen. Minä uskallan. Lopettakaa viinan käyttö - ja lopullisesti.

lauselman mukaisena. sitä saa, mitä tilaa. Toimen seltitys saattaa olla poliitikkojen helpottuneisuus. Saattamalla näkyvästi jul-
ki, että kemiläisten suurella sairastavuudella, terveysmenojen suuruudella ja talouden heikkoudella onkin yhteinen nimittäjä - runsas alkoholin käyttö, jolle Syyllisiä ei meidän joukoistamme löydy.

Totta kai merkittävät uutiset pitää kertoa, mutta olen kyllä kaupunginjohtajan kanssa samaa mieltä, että uutisten uutisointivälillä mm. otsikoinnilla on paljon suurempi merkitys niiden vaikuttavuuteen kuin itse asiassa. sanovat lehtimiehet mitä tahansa muuta. Tätähän il-
tapäivälehdet käyttävät häikäilemättömästi hyväksi loopeissaan. Monet eivät lue lehdes-

Jätkän elämäntavat koituvat yhä monen lappilaismiehen kohtaloksi

Ruutu Stenroos 18.8.2010

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 Terveystieteiden tutkimuskeskuksen tutkimuksen mukaan. Tärkein syy sepelvaltimotautiin kerätystä kuolleista on elämäntavat.

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 estrogeenituotanto. – Siksi vain harva työikäinen nainen sairastaa sepelvaltimotautia, sanoo tutkimusprofessori

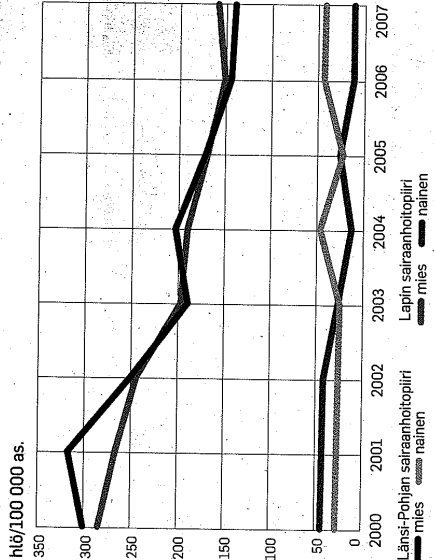
ri Veikko Salomaa terveyden ja hyvinvoinnin laitokselta. Vanhemmalla iällä sukupuolten välinen ero tasoittuu.

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

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

– Ilmiön juuret ovat Lapin asutushistoriassa. Miehille muutettiin alueelle raskaita metsätöihin ja tukkisavotolle. Kämpäpäälempiä kuoli niin tupakka, viina kuin rasvainen ruoka, Näyhä sanoo.

Sepelvaltimotautikuolleisuus Lapissa



Lähde: Terveystieteiden ja hyvinvoinnin laitos, Elina Ylterä/Lapin Kansainvälinen tutkimuskeskus

Kämpäkulttuuri elää Lapin jätkässä yhä, elämäntavat kun periytyvät sukupolvelta toiselle. Myös kuntakohtainen elinkeinoista heijastuu tilastoihin. – Kirttilä, Kolari, Pelkosenniemi ja Savukoski, ovat "ongelma-kuntia", Näyhä sanoo.

– Saamelaiskunnissa lukemat ovat taas alhaisempia. Lapin kaupungeista Rovaniemi, Kuopio ja Oulu ovat alhaisempia. Lapin kaupungeista Rovaniemi, Kuopio ja Oulu ovat alhaisempia.

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

vähentynyt elintason nousun myötä. – Sosioekonomisen aseman kohentumisen elintavat yleensä parantuvat, Veikko Salomaa sanoo.

Lapissa sepelvaltimotautiin esiintymisen on laskenut muutama hitaammin. – Myös alueen korkeat työttömyysluvut vaikuttavat, sanoo sisätautiyliääkäri Erkki Kiviniemi Lapin sairaanhoitopiiristä.

Sairausten ennaltaehkäisy ja hoito tavoittaa työssäkäyvän keski-ikäisen miehen työtöntä paremmin. – Järjestelmällinen työterveyshuolto on eri asia kuin terveyskeskuksen varassa oleminen.

Lapin keskussairaalarassa on viime vuosina panostettu esimerkiksi, Kiviniemi arvelee.

Mikä?

Sepelvaltimotauti

1960-luvulla Suomella oli maailman kärkijä keski-ikäisten miesten sepelvaltimotautikuolleisuudessa. Miesten kuolleisuus oli vähentynyt noin neljännekseseen 2000-luvun alussa.

Tautiin kuolee vuosittain yhä runsaat 12 000 suomalaista, joista miesten osuus on noin puolet. Työikäisenä kuolleista miehiä on noin 80 prosenttia.

Sepelvaltimoverenkierron heikentämisen yleisin syy on valtimonseinämien kovettuminen.

Tähän vaikuttavat elämäntavat kuten tupakointi, ravinnon rasvapitoisuus sekä verenpaine.

pelvaltimotautiin akuuttiin hoitoon. – Angiografia- eli varjoainetutkimusta on tehostettu vuodesta 2006. Sen vaikutukset tuloihin jäävät vielä nähtävissä, Kiviniemi arvelee.

Liite 2. Sosiaalihuollon lainsäädännön kokonaisuus.

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

Sosiaalihuollon rajapinnan lakeja	
1. laki vammaisten henkilöiden tulkkauspalveluista	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. erikoissairaanhoidolaki	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 palvelurakennemuutoksesta
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 toimintakertomukset vuosilta 2000-2009).

Vuosi & painopistealue	Tavoite	Toteutuminen
2000		
Lasten ja nuorten sekä heidän perheidensä syrjäytymisen estäminen	Laaditaan lapsi- ja nuorisopoliittinen ohjelma yhteistyössä eri hallinnonalojen ja ammattikorkeakoulun kanssa.	<ul style="list-style-type: none"> o Lasten ja nuorten syrjäytymisen ehkäisemiseksi yhteistyötä tiivistetty koulutus- ja kulttuuriasiainlautakuntien kanssa.
Perusterveydenhuollon uudelleen järjestäminen	Järjestetään palvelutuotanto joustavasti ja oikea-aikaisesti asiakkaan oikeuksia kunnioittaen.	<ul style="list-style-type: none"> o Perusterveydenhuollon väestövastuuta ei voitu aloittaa, koska lääkäreitä ei ole saatu riittävästi.
Väestövastuu	Väestön terveyden edistäminen.	<ul style="list-style-type: none"> o Jatkettu entisiä toimintamalleja sekä osallistuttu mm. valtakunnalliseen verenpainetaudin ja diabeteksen hoitotasapinon seurantatutkimukseen. o Kemin terveystarkastus. o Kouluterveys 2000-tutkimus.
Terveyttä 2000-projekti	Erikoissairaanhoidon järjestäminen.	<ul style="list-style-type: none"> o Osallistuttu laatuprojektiin ja laadunhallinnan kehittämishankkeisiin.
2001		
Alle 25-vuotiaiden kuntouttavan työtoiminnan järjestäminen	Alle 25-vuotiaiden työtoiminnan järjestäminen lain edellyttämällä tavalla.	<ul style="list-style-type: none"> o 1.9.2001 tuli voimaan laki kuntouttavasta työtoiminnasta. o Yhteistyö työvoimatoimiston kanssa käynnistynyt. o Kuntouttavasta työtoiminnasta tehty sopimus Työhönvalmennus -säätiön kanssa.
Lasten ja nuorten sekä heidän perheittensä syrjäytymisen ehkäiseminen	Lasten ja nuorten sekä heidän perheidensä syrjäytymisen ehkäiseminen.	<ul style="list-style-type: none"> o Yhteistyötä tiivistämällä, perhekeskeiseen työhön panostamalla ja siihen koulutautumalla on ehkäisty lasten

<p>Päihteiden käytön ongelmien ja niiden syihin paneutuminen nykyistä tehokkaammin</p>	<p>Ehkäisevän päihdetyön tehostaminen.</p>	<p>ja nuorten ja heidän perheidensä syrjäytymistä sekä pystytty varhaistamaan nuorten päihdeongelmiin puuttumista.</p>
<p>Lastensuojelun lisääntyneeseen tarpeeseen vastaaminen</p> <ul style="list-style-type: none"> o esim. Perhetukiyksikön perustaminen Jukolaan 	<p>Perhekeskeiseen työhön panostaminen.</p>	<ul style="list-style-type: none"> o Perhetukiyksikkö Jukola aloitti toimintansa 1.1.2001, jonka ansiosta avohuollon tukitoimia on pystytty tarjoamaan entistä monipuolisemmin. o Nuoruusikäisten laitossijoituksia ei pystytty vähentämään. o Lastensuojelun perhehoidossa sijais- ja tukiperhepula on pysynyt ennallaan.
<p>Perusterveydenhuollon uudelleen järjestäminen väestövastuisesti</p>	<p>Perusterveydenhuollon uudelleen järjestäminen.</p>	<ul style="list-style-type: none"> o Perusterveydenhuollon väestövastuujärjestelmää ei ole voitu toteuttaa lääkäreiden vähäisyyden vuoksi. o Väestövastuujärjestelmän toteutuminen siirtyy edelleen lääkäripulan vuoksi.
<p>Mielenterveystyön suunnitelmallinen kehittäminen</p>	<p>Mielenterveystyön palvelujen kehittämissuunnitelma vuosille 2001–2010.</p>	<ul style="list-style-type: none"> o Mielenterveystyön kokonaissuunnitelma valmistui loppuvuodesta 2001. o Käynnistettiin suunnitelma Inka-kodin ja vanhusten palvelukodin siirtämisestä Suojalanpolulle, missä on asianmukaisemmat tilat ja mahdollisuus kokonaisvaltaisempaan kuntouttamiseen.
<p>Vanhustenhuollon kehittäminen ja välimuotoisten palvelujen tarjonnan lisääminen vanhuksille, vammaisille ja mielen-terveysongelmallisille yhteistyössä mm. kolmannen sektorin kanssa</p>	<p>Vanhustyön kehittämissuunnitelma vuosille 2001–2015.</p>	<ul style="list-style-type: none"> o Osuuskunta Akseliina jatkoi toimintaansa. o Psykiatristen pitkäaikaispotilaiden perhehoito käynnistettiin. o Vanhusväestön suunnitelma päivitettiin.

Palvelun laatutason kehittämisen ja ylläpitäminen	Palvelutasosta huolehtiminen laatukehittämällä ja palvelutoumukset.	<ul style="list-style-type: none"> o Sosiaalityön sekä vanhus- ja vammaispalveluiden auditointi toteutettiin.
Kemin terveystutkimuksen tulosten hyödyntäminen		
2002		
<p>Lasten, nuorten ja heidän perheidensä syrjäytymisen ehkäiseminen mm. perhetyötä ja verkostotyötä edelleen kehittämällä</p> <p>Resurssien luomissa puitteissa mahdollisimman laadukkaiden ja riittävien sosiaali- ja terveyspalvelujen tarjoaminen kemiläisille</p> <p>Palvelujen tarjonnan monipuolistaminen yhteistyöllä muiden toimijoiden kanssa</p>	Varhaisen puuttumisen tehostaminen	<ul style="list-style-type: none"> o Varhainen puuttuminen nuorten päihteiden käyttöön tehostui ensiapupoliklinikan muuttuneiden käytäntöjen myötä- nuorten päihteiden käytöstä ilmoitus sosiaaliviranomaisille. o Lasten- ja nuorten psykiatrian palveluihin tarkoitettulla ylimääräisellä valtionavulla jatkettiin perhetyön kehittämistä sekä järjestettiin yhteistyötahojen kanssa yhteistä perhetyön koulutusta. o Kemiläisten ikäihmisten kokonaisvaltainen asumisturvallisuuden parantaminen eli KEIKAUS- kampanja sai valtakunnallisen ”Vuoden turvallisuusteko” palkinnon joulukuussa 2002.
Kuntouttava työtoiminta	Suunnitelmien laatimisaika	<ul style="list-style-type: none"> o Kuntouttavan työtoiminta/aktivointisuunnitelmat on laadittu lain piiriin tuleville tavoitteen mukaisessa aikataulussa. o Siirtymäsäännöksen mukaisista aikataulua ei kyetty toteuttamaan, vaan sen piirissä oleville tavoitteena laatia aktivointisuunnitelmat v. 2003 loppuun mennessä.
Päivähoito järjestetään lain edellyttämällä tavalla	Lain säätämä	<ul style="list-style-type: none"> o Päivähoito järjestetty lain edellyttämällä tavalla.

		<ul style="list-style-type: none"> o Sosiaali- ja terveystoimen johtajan viran perustaminen 1.9.2002. o Johto- ja organisaatiomuutos 1.9.2002.
Tehostetaan Sauvosaaren sairaalan akuuttia ja kuntouttavaa sairaanhoitoa	Hoidettujen potilaiden määrä kasvaa, hoitajaksot lyhenevät	<ul style="list-style-type: none"> o Erikoissairaanhoidosta Sauvosaaren sairaalaan ohjatut potilaat on syksyn 2002 aikana voitu ottaa hoitoon ilman jonotusta.
2003		
Lasten ja nuorten ja heidän perheidensä syrjäytymisen ehkäiseminen	Varhaisen puuttumisen tehostaminen, lastensuojelun avohuollon asiakkaat ja huostaanottojen määrä vähenee	<ul style="list-style-type: none"> o Avohuollon asiakkuudet lisääntyneet, huostaanotot vähentyneet. o Aloitettu ennaltaehkäisevän huumetyön projekti ja lastensuojelun jälkihuolto. o Valtuusto hyväksyi seudullisen sopimuksen lastensuojelun erityisosaamisen ja sijaishuollon turvaamiseksi.
Perusturvallisuudesta huolehtiminen		<ul style="list-style-type: none"> o Pitkäaikaistyöttömien ja pitkäaikais TT-tukiasiakkaiden ohjaus säätiölle.
Elämänhallinnan tukeminen		<ul style="list-style-type: none"> o Työvoimahallinnon kanssa tehtävä yhteistyö tiivistyi entisestään. o Saatiin rahoitus yhteis- palvelupisteelle.
Elatustuen saatavien takaisinperinnän tehostaminen	Elatusturvan takaisinperintä maan keskiarvoa	<ul style="list-style-type: none"> o Saatavien perintä pysyi ennallaan, korkealla tasolla
Päihdetyön suunnitelma 2003–2010	Suunnitelman valmistuminen	<ul style="list-style-type: none"> o Lautakuntaan keväällä 2004
Päivähoidon suunnitelma 2003–2010	Suunnitelman valmistuminen	<ul style="list-style-type: none"> o Valmistunut o Lautakuntakäsittelyssä
Kansantautien primaarinen, sekundäärinen ja tertiäärinen preventio		<ul style="list-style-type: none"> o Ajanvarauksessa lääkärien vastaanottoajat priorisoitu kansantauteja sairastaville
Vastaanoton asiakasty-	Asiakaskysely	<ul style="list-style-type: none"> o Avosairaala suunniteltu toi-

<p>tyväisyys</p> <p>Turvataan kiireellistä lääkärinhoitoa tarvitsevien vastaanotolle pääsy</p>	<ul style="list-style-type: none"> o Lääkärivastaanotto o Sairaanhoidajan vastaanotto 	<p>minnan aloittamiseksi 1.1.2004</p> <ul style="list-style-type: none"> o Kysely tehty, tuloksia ei vielä saatavilla o Kiireellinen sairaanhoito keskitetty päivystyspisteeseen ma-pe o Riitta Luosujärvi irtisanoutui
<p>2004</p> <p>Hyvinvoinnin edistämisen ennaltaehkäisevää työtä vahvistamalla</p>	<p>Turvataan lasten ja nuorten kehitys parantamalla varhaisen tunnistamisen valmiuksia lasten ja nuorten kanssa toimivien kesken.</p> <p>Suunnataan päihdeongelmaisten ehkäistyötä nuoruusikäisten lisäksi myös aikuisväestölle</p> <p>Tuetaan vanhusten itsenäisyyttä ja turvataan heidän hyvinvointinsa</p>	<ul style="list-style-type: none"> o Lastensuojelua ja lastensuojelun avohuoltoa yli valtakunnallisen keskiarvon o Päihdetyön kokonaissuunnitelma 2004–2010 laadittiin. Suunnitelmassa painotetaan ehkäisevää työtä myös aikuisväestön osalta o Vanhuspalvelujen monipuolistamiseen ja palvelujen laadun kehittämiseen tähtäävä hanke aloitettiin 2004. o Palveluita järjestettiin resurssien mukaan. o Uusien palveluiden järjestäminen ei ollut mahdollista resurssien vähetessä.
<p>Palvelurakenteen edelleen kehittäminen vastaamaan väestörakenteen muutosta</p>	<p>Tehdään suunnitelma palvelurakennemuutoksesta Efektia- selvityksen ja kuntavertailun perusteella</p>	<ul style="list-style-type: none"> o Sosiaali- ja terveyslautakunnan 27.5.2004 kokoukseen valmisteltiin kannanotto ehdotuksineen konsultin keskeisiin johtopäätöksiin ja suosituksiin. Tätä käytettiin lähtökohtana myös vv. 2005–2008 taloussuunnitelman valmistelussa. Kannanotto ehdotuksineen on ollut kaupunginhallituksen ja valtuuston käsittelyssä kesäkuussa 2004.

	Toteutetaan omalta osalta palvelulinjatyössä suunniteltavat muutokset	<ul style="list-style-type: none"> o Palvelualuejohtajan sekä vanhus- ja vammaispalveluiden ja terveystaluiden yhteistyönä laadittiin terveys- ja vanhuspalveluiden toimintaohjelma vuosille 2005–2008, jota hyödynnettiin vv. 2005–2008 taloussuunnitelman yhteydessä. o Erikoissairaanhoidon palveluiden käytöstä ja laskutuksesta on ollut tiiviit neuvottelut Länsi-Pohjan sairaanhoitopiirin kanssa. Näiden neuvottelujen sekä Peres - hankkeen ohjausryhmän avulla on saatu vietyä eteenpäin päivystyksen kehittämistyötä sekä päätetty tilata konkreettisia toimenpide-ehdotuksia sisältäviä sisätautien ja kirurgian erikoisalojen käytön ja kustannuksen hillitsemiseksi.
<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>		<ul style="list-style-type: none"> o Seudullinen sijais- ja tukiperhetyö on aloitettu ”Lapsilähtöinen Länsi-Pohja”-hankkeessa. o Koulutushanke ei toteutunut
<p>Pitkäaikaistyöttömyyden hoitoa varten perustetaan yhteispalvelupiste työvoimahallinnon kanssa</p> <p>Pitkäaikaistyöttömyyden</p>	Toimeentuloasiakkuusi-	<ul style="list-style-type: none"> o Kemin seudun Työvoiman yhteispalvelupiste aloitti toimintansa elokuussa 2004. o Toimeentuloasiakkuudet

<p>vähentämiseksi tehdään edelleen yhteistyötä säätiön ja työvoimahallinnon kanssa</p> <p>Hoidon porrastuksen selkiyttäminen yhteistyössä perustason, erikoissairaanhoidon sekä muiden toimijoiden kanssa</p>	<p>en väheneminen</p> <ul style="list-style-type: none"> o Perheneuvola o Lastenpsykiatria o A-Klinikka o tk- sairaala o Päihdehuollon laitokset 	<p>vähenevät 5 %.</p> <ul style="list-style-type: none"> o PERES -projektiin on osallistuttu.
2005		
<p>Lasten, nuorten ja perheiden tukeminen</p>	<p>Oman lastensuojelun laitostyön kehittäminen</p> <p>Huostaanottojen määrän pysyminen ennallaan</p> <p>Pienten lasten sijoitukset</p>	<ul style="list-style-type: none"> o Lapsilähtöinen Länsi-Pohjanhanke. Sijais- ja tukiperheitä koulutettu lisää. Perheiden saatavuus parantunut. o Kemin kaupungin lasten ja nuortenhuollossa toteutettu rakenteellinen muutos. o Lapsilähtöisten menetelmien kehittäminen o Toteutunut – jatketaan seudullista sijais- ja tukiperhehanketta.
<p>Hyvinvoinnin lisääminen syrjäytymistä ehkäisemällä</p>	<p>Kuntouttava työtoiminta – aktivointisuunnitelma</p> <p>Toimeentulotukiasiakkaiden määrän vähentäminen</p>	<ul style="list-style-type: none"> o Yhteistyö jatkunut työhönvalmennussäätiön kanssa, erityisesti alle 25vuotiaiden kuntouttavan työtoiminnan osalta. o Toimeentulotukiasiakkaiden määrä ei alentunut odotetulla tavalla.
	<p>Työvoiman yhteispalvelupiste</p>	<ul style="list-style-type: none"> o Toteutunut, systemaattinen arviointi ei toteutunut, mutta toimintaa kehitetty
<p>Koulujen kanssa tehtävän yhteisen työn kehittäminen</p>	<p>Koulutusprojektin toteutus</p>	<ul style="list-style-type: none"> o Hyvinvointineuvola-hanke toteutunut
<p>Terveet elämäntavat ja asenteet</p>	<p>Päihteiden ja tupakoinnin käytön yleisyys koulunuo- rilla</p>	<ul style="list-style-type: none"> o Info-ryhmän kyselyn tulokset. o Ohjausta ja neuvontaa on

		toteutettu kouluilla , tiedotusta lisätty.
Suurten kansansairauksien hallinta	<ul style="list-style-type: none"> o Alle 65-vuotiaiden kuolleisuus indeksi (ennenaikaiset kuolemat) o Hoitoon pääsyn ja hoidon jatkuvuuden turvaaminen priorisoimalla (esim. sepelvaltimotautia sairastavat potilaat) 	<ul style="list-style-type: none"> o Tilanne hieman parantunut.
Terveyspalveluiden muutokset	<ul style="list-style-type: none"> o Vastaanotto toiminnan keskittäminen v. 2005. o Tiimityön kehittäminen -perusterveydenhuollon kehittämissuunnitelmassa ohjataan ja kehitetään tiimityön toimintamallia. 	<ul style="list-style-type: none"> o Yksimielisyys keskittämisestä. o Tiimityön kehittäminen -perusterveydenhuollon kehittämissuunnitelmassa ohjataan ja kehitetään tiimityön toimintamallia.
Hoitotakuun toteutuminen, 1.3.2005 alkaen. Hoitotakuun mukaisesti kuntalainen saa tarvitsemansa sairaanhoidon.	<ul style="list-style-type: none"> o Seurantajärjestelmän toimivuuden varmistaminen. o Ostopalvelulääkäreitä käytetty hoitoon pääsyn turvaamiseksi, omat resurssit eivät ole riittäneet 	
Sosiaalityön palveluiden kehittäminen ja asiakkaiden itsenäisen suoriutumisen tukeminen	<ul style="list-style-type: none"> o Palvelusuunnitelmat o Aktivointisuunnitelmat o Kotoutumissuunnitelmat o Talousneuvontaa 	<ul style="list-style-type: none"> o Toteutunut o Toteutunut o Kaikille lain piiriin kuuluville o Talousneuvonta lisääntynyt
	<ul style="list-style-type: none"> o Aikuissosiaalityön kehittäminen yhteisen koulutuksen avulla 	<ul style="list-style-type: none"> o Aikuissosiaalityön koulutus ei toteutunut.
Seudullinen yhteistyö		<ul style="list-style-type: none"> o Seudullisen hankkeen jatkaminen.
2006		
Terveyspalveluiden ja vanhuspalveluiden rakenne muutos	<ul style="list-style-type: none"> o Perusterveydenhuolto: hoitopääsyn turvaaminen ja jatkuvuuden 	<ul style="list-style-type: none"> o Uuden vastaanotto toimintamallin kehittäminen.

<p>Sosiaali- ja terveydenhuollon rakenneuudistus 2006</p>	<p>parantaminen</p> <ul style="list-style-type: none"> o Painopisteen siirtäminen erikoissairaanhoidosta perusterveydenhuoltoon. o Vanhuspalveluissa lisätään tehostettua palveluasumista sekä kehitetään omaishoitoa (omaishoidonlakiuudistus 1.1.2006) 	
<p>Lasten, nuorten ja perheiden tukeminen</p>	<ul style="list-style-type: none"> o Hyvinvointineuvolahanke o Työkäytäntöjen ja menetelmien sekä toimintatapojen kehittäminen o Sijais- ja tukiperhepuola pyritään ratkaisemaan seudullisesti 	<ul style="list-style-type: none"> o Hyvinvointineuvola hankkeen tuloksena kehitettiin uudenlainen toimintamalli, jolla jo varhain kyetään löytämään apua ja puuttumaan apua tarvitsevien lasten ja koululaisten tilanteeseen. Toimintaa jatketaan seudullisesti o Neuvolatyö laajennettu koko kaupungin alueelle. o Koulupsykologia ei ole. Oppilashuolto on haaste! o Sosiaalipäivystyksen aloittaminen 1.1.2007.
<p>Hyvinvoinnin lisääminen</p> <p>Työmarkkinatukiudistus</p>	<p>Aktivointisuunnitelmat</p> <p>Kuntouttava työtoiminta</p> <p>Erityishuomio alle 25 vuotiaisiin</p>	<ul style="list-style-type: none"> o Aktivointisuunnitelmat laadittu melkein kokonaan työvoimayhteis palvelukeskuksessa. o Kuntouttavassa työtoiminnassa tehtiin sopimus Meri-Lapin yhteistalous ry:n kanssa. o Aikuissosiaalityön resurssit ja suunnattu alle 25 vuotiaiden kanssa työskentelyyn.
<p>2007</p>		
<p>Nuorten opiskelu-työ ja vapaa-ajan mahdollisuuksien parantaminen</p>	<p>Koulu- ja opiskelijahuolto resurssien vahvistaminen</p>	<ul style="list-style-type: none"> o Ei suositusten mukaisia resurssit (resurssit aiempien suuruiset).

<p>Laadukkaiden palvelu järjestelmien ja tarkoituksenmukaisen palvelurakenteen kehittäminen</p>	<ul style="list-style-type: none"> o Lasten- ja nuorten sekä perheiden hyvinvointi/hyvinvointi-neuvolahankkeen juurruttaminen muihin kaupungin osiin o Vanhusväestön palvelutarpeeseen vastaaminen o Seudullisen terveydenhuollon puhelinneuvontapalvelun osallistumisen selvittäminen o Terveyden- ja sairaanhoitajien puhelinneuvonta/ hoidon tarpeen arviointi 	<ul style="list-style-type: none"> o Lomautusten vuoksi ei voitu toteuttaa o Hanke ei käynnistynyt o Toteutunut
<p>Seutuyhteistyön voimistaminen ja verkottumisen tukeminen Sosiaali- ja terveystalujen tarjonta / riittävyys</p>	<p>Sosiaali- ja terveystaluri/SOTEPI -hanke</p>	<ul style="list-style-type: none"> o Sosiaali- ja terveysministeriön puuttuvan rahoituspäätöksen johdosta jatkohanke ei edennyt
<p>Saatavilla olevat palvelut</p> <p>Palveluiden taso</p>	<ul style="list-style-type: none"> o Hoitotakuun toteuttaminen (perusterveydenhuolto, suun terveydenhuolto, mt-palvelut, erikoissairaanhoido) o Asiakastyytyväisyys, laadukkaat neuvontapalvelut, oikaisuvaatimusten väheneminen 	<ul style="list-style-type: none"> o Sosiaali- ja terveystalujen asiakkaista 80 % tyytyväisiä palveluihin ja 75 % kokee palveluiden saatavuuden helppona.
<p>2008</p>		
<p>Lastensuojeluprosessissa onnistumisen/lastensuojelulain muutos</p>	<ul style="list-style-type: none"> o Uusissa sijoituksissa enemmän panostetaan perhehoitoon kuin laitoshoidon. o Tavoitteena sijaishuollon lyhentäminen 	<ul style="list-style-type: none"> o Jatketaan sijais- ja tukiperhetyötä. o Perhetyö uudelleen organisoitiin o Ulkopuolisten laitossijoitusten määrää ei saatu vähennettyä

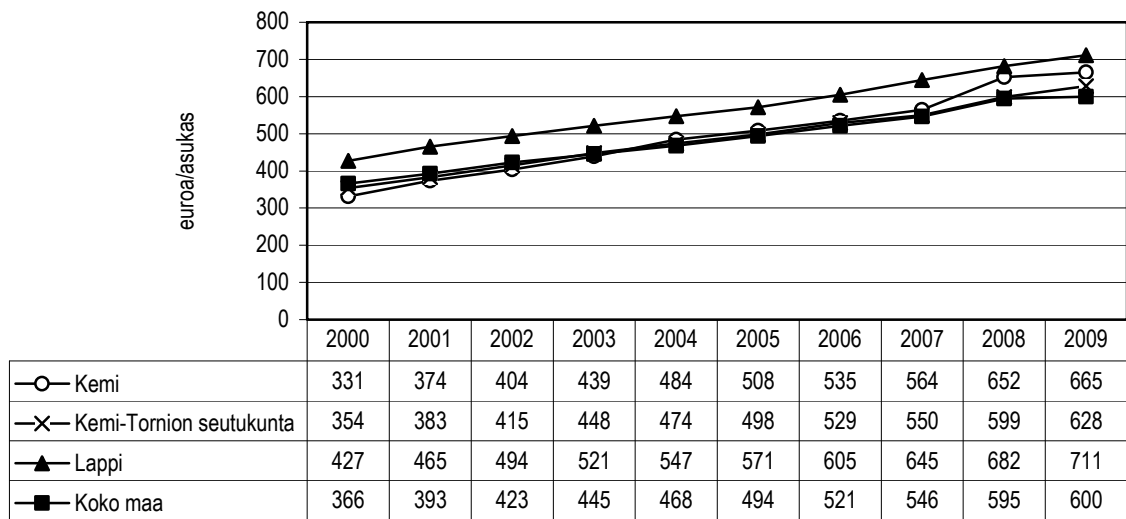
<p>Syrjäytymisen ehkäiseminen</p> <p>Ennaltaehkäisevän työn tehostaminen</p>	<ul style="list-style-type: none"> o Toimeentulotukiasiakkaiden määrän vähentäminen o Pitkäaikaistyöttömien aktivointiasteen nousu o Terapiapalveluiden lisääntyminen o Hoitoon hakeutuvien nuorten määrä päihdepalveluissa pysyy ennallaan o Tukiasumispalveluissa resurssi todelliseen tukeen (vähennetään 10 %) o Konsultaatioiden lisääntyminen sosiaalityössä, perheneuvolassa, päihdetyössä, lasten ja nuortenhuollossa 	<ul style="list-style-type: none"> o Määrä väheni o Terapia-asiakkaiden määrä lisääntynyt o Hoitoon hakeutuvien määrä lisääntynyt o Tukiasuntojen /asukkaiden määrä väheni. Asukkaiden tuloprosessia tarkennettiin. o Pysynyt ennallaan
<p>Saatavissa olevat palvelut</p>	<ul style="list-style-type: none"> o Käsittelyajat lakien ja suositusten mukaisesti o Kaikille lastensuojelun sijaishuoltoa tarvitseville turvataan tarkoituksenmukainen sijaishuolto o Perheneuvolassa kyetään antamaan aika tarvitseville asiakkaille o Päihdehuollon kuntoutuspalveluja järjestetään tarvitseville 	<ul style="list-style-type: none"> o Ei päästy tavoitteeseen o Sijaishuoltopaikkaa ei aina voitu valita tarkoituksenmukaisella tavalla. o Kaikille voitu antaa aika, n.40 % yli suositusten o Asiakasmäärä lisääntyi
<p>Laadukkaat palvelut</p>	<ul style="list-style-type: none"> o Asiakastyytyväisyyden lisääminen / tehtyjen asiakaskyselyjen tulosten hyödyntäminen. o Oikaisuvaatimusten vähentäminen o Kotisivujen ajantasaisuus/asiakaspalaute 	<ul style="list-style-type: none"> o Asiakaskyselyjä ei tehty. o Oikaisuvaatimusten määrä ei vähentynyt o Ei toteutunut

2009		
<p>Laadukkaiden palveluiden järjestäminen ja tarkoituksenmukainen palvelurakenteen kehittäminen</p> <p>Houkuttelevan, esteettömän ja turvallisen asuinympäristön edistäminen</p>	<ul style="list-style-type: none"> o Perusterveydenhuollon vahvistaminen o Ikääntyvän Kemin palvelutarpeeseen vastaaminen o Suunnittelussa huomioidaan esteettömyys 	<ul style="list-style-type: none"> o Terveyden edistämisen – työryhmän työskentely jatkuu.
<p>Seutuyhteistyön voimistuminen ja verkottumisen tukeminen</p> <p>Aktiivisen elinkeinopoliitiikan harjoittaminen</p>	<ul style="list-style-type: none"> o Seutuyhteistyön muotojen kehittäminen o Laadukkaiden sosiaali- ja terveystalouden palvelujen tarjonta lisäksi Kemin vetovoimaisuuden lisääminen 	<ul style="list-style-type: none"> o Seudullisina palveluina tuotetaan yhteispäivystys, sosiaalipäivystys, erityissosiaalityöntekijä, sijais- ja tuki-perhetyöntekijä. Lisäksi vammaispalvelujen sosiaalityöntekijöillä seudullista yhteistyötä. o Poikkihallinnollisen terveyden edistämisen työryhmän työskentely
<p>Sosiaali- ja terveystaloudelliset palvelut</p>	<ul style="list-style-type: none"> o Saatavissa olevat palvelut (yhteydensaanti, hoitoon pääsy lain edellyttämällä tavalla) o Kouluopiskelu-terveydenhuolto o Palveluidentaso (asiakaskyselyt, tyytyväisyys palveluihin) o Tiedon saanti 	<ul style="list-style-type: none"> o Laatusuosituksen mukaisesti o Asiakaspalautejärjestelmät o Kotisivujen ajantasaisuus, esitteiden ja asiakasohjeiden päivitykset
<p>Terveydenhuollon palvelurakenne</p>	<ul style="list-style-type: none"> o Hoitotakuun toteuttaminen perusterveydenhuollossa, mielenterveyspalveluissa ja suun terveydenhuollossa/hoitoon pääsy o Perusterveydenhuollon 	<ul style="list-style-type: none"> o Hoitotakuu ei toteutunut vastaanottotoiminnassa. o Mielenterveyspalveluissa ja suun terveydenhuollossa hoitotakuu toteutui

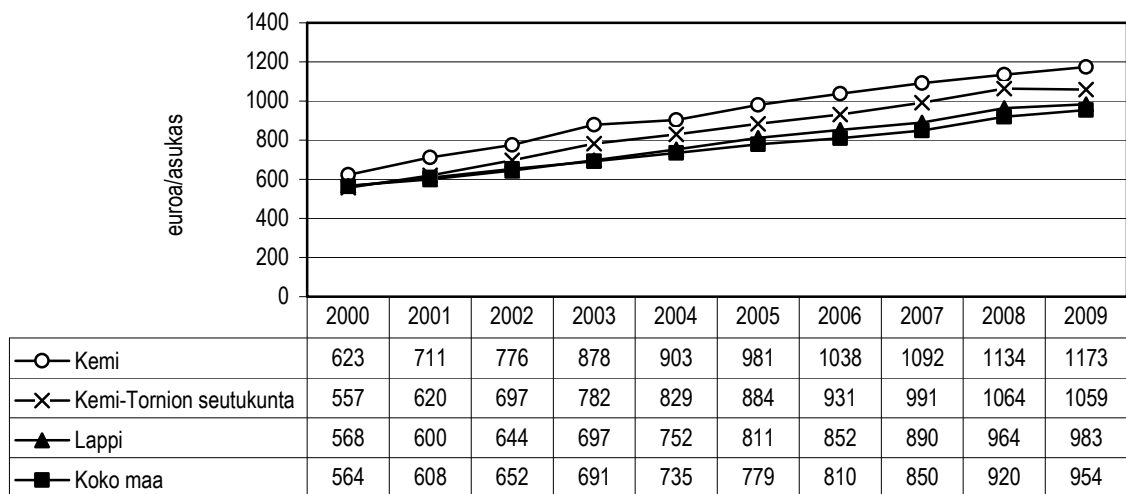
	<p>vahvistaminen.</p> <ul style="list-style-type: none"> o Palveluasumisen kilpailuttaminen. o Virkarakenteen muuttaminen sairaanhoitaja painotteiseksi. 	
Sosiaalityön palvelut	<ul style="list-style-type: none"> o Sosiaalityön palvelukokonaisuuksien ja prosessien sekä tiimityön kehittäminen. o Palvelutakuun toteutuminen sosiaalityössä / käsittelyajat o Sosiaalityön parityöskentelyn kehittäminen 	<ul style="list-style-type: none"> o Kaste-hanke (PaKaste) käynnistyi 2009 o Toimeentulotukipäätösten käsittelyaika keskimäärin 4 pv:ää. Yksittäisissä tapauksissa hakemuksissa lakisääteiset käsittelyajat ylitettiin. Kiireelliset hakemukset käsiteltiin määräajassa.
Muutoksen hallinta	<ul style="list-style-type: none"> o MAISEMA -mallin käyttöönotto ja vakiinnuttaminen o Toteutetaan maisemamallin mukaiset rakenteelliset muutokset o Tuetaan prosessien ja laatujärjestelmien kehittämisessä 	<ul style="list-style-type: none"> o Maisemamallin ja maisemamallin mukainen talouden seuranta on käytössä. o Palvelujen tuotteistukset ja suunnitelmatyö
Hyvinvoiva henkilöstö	<ul style="list-style-type: none"> o Sairauspoissaolojen määrä ei lisääntynyt. o Kehityskeskustelut 	<ul style="list-style-type: none"> o Sairauspoissaolot puolittuivat o Kehityskeskustelut käyty
Osaava henkilöstö	<ul style="list-style-type: none"> o Täydennyskoulutuksen mukainen koulutus 	<ul style="list-style-type: none"> o Koulutussuunnitelmia ei ole laadittu

Liite 4. Kemi terveeksi 2015 hankkeen julkaisusuunnitelmaesitys 28.1.2011.

TUTKIMUS-ELEMENTTI	TUTKIMUSKOHDE	
Kemiläisen hyvinvointipalvelujärjestelmän kontekstuaaliset toiminnalliset edellytykset	<p>1. Makrotason organisaatio (ns. makrotaso) Aineisto:</p> <ul style="list-style-type: none"> • relevantteja terveyttä/sairastavuutta sekä muita hyvinvointia kuvaavia <u>rekisteriaineistoja</u> <p>KEMI TERVEEKSI 2015 TUTKIMUS- JA KEHITTÄMISHANKE – Tapausesimerkinä ns. perinteisen savupiipputeollisuuspaikkakunnan ja muuttotappioalueen kuntalaisten hyvinvoinnin kysymys (Leena Viinamäki toim.)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Miksi tarvitaan Kemi Terveeksi 2015 tutkimus- ja kehittämishanke? (Leena Viinamäki) <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 (Leena Viinamäki) 3. Terveiden edistämisen näkökulma kemiläiseen sairastavuuteen (Airi Paloste) 4. Mikä on PYLLindeksi? (Ilkka Vohlonen & Mikko Vienonen) <ol style="list-style-type: none"> 4.1 Millainen on Kemin PYLLindeksi 4.2 Kemin PYLLindeksin alustava analyysi 5. Mitä tarkoittaa käytännön lähiajan toimenpiteinä Kemin PYLLindeksi sosiaali- ja terveystoimelle? (Tiina Okkonen, Jyri Taskila, Liisa Niiranen & Arto Alajärvi) <ol style="list-style-type: none"> 5.1 Kemin PYLLindeksin haasteet terveystoimelle 5.2 Kemin PYLLindeksin haasteet sosiaalityötoimelle 5.3 Kemin PYLLindeksin haasteet sosiaali- ja terveystoimelle 6. Loppupäätelmät 	suuri
Kemiläisen hyvinvointipalvelujärjestelmän kysynnän ja tarjonnan kohtaaminen ns. face-to-face -tilanteessa	<p>2. Välittävän tason organisaatio (ns. mesotaso) Aineisto:</p> <ul style="list-style-type: none"> • kansalaisten hyvinvointiin liittyvät sosiaali- ja terveystoimen ja kunnallisen päätöksenteon Kemi Terveeksi 2015 -hankkeen kannalta keskeiset <u>asiakirjaindokumentit</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 <p>3. Toiminta (ns. meso/mikrotaso) Aineisto:</p> <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 kohtaamisen 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 <p>4. Minä-identiteetti ja yksilön kokemus (ns. mikrotaso) Aineisto:</p> <ul style="list-style-type: none"> • <u>haastatteluja</u> avaininformanteille (keskeiset viranhaltijat & poliittiset päättökentekijät) 	toimijoiden määrä
Historia = Ajan kulku: Ihminen vanhenee ja yhteiskunta siirtyy aikakaudesta toiseen →		



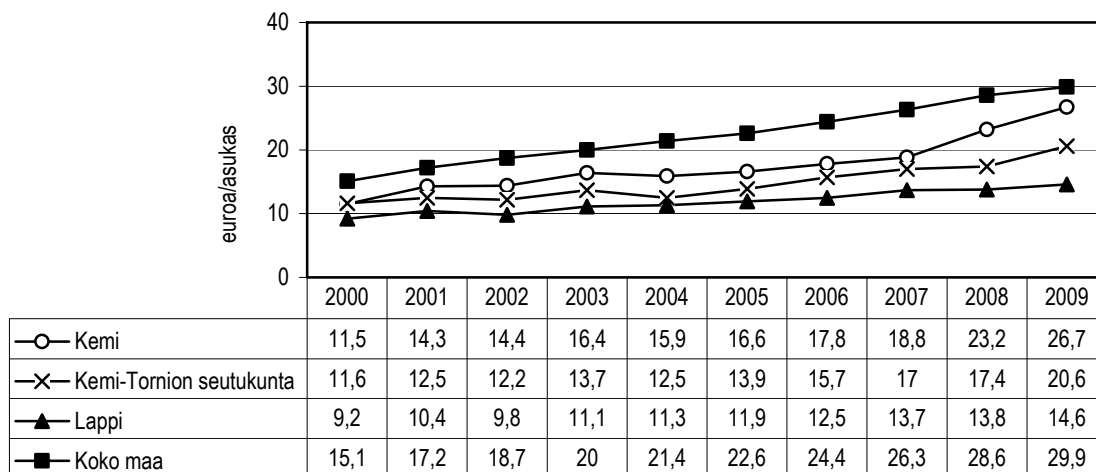
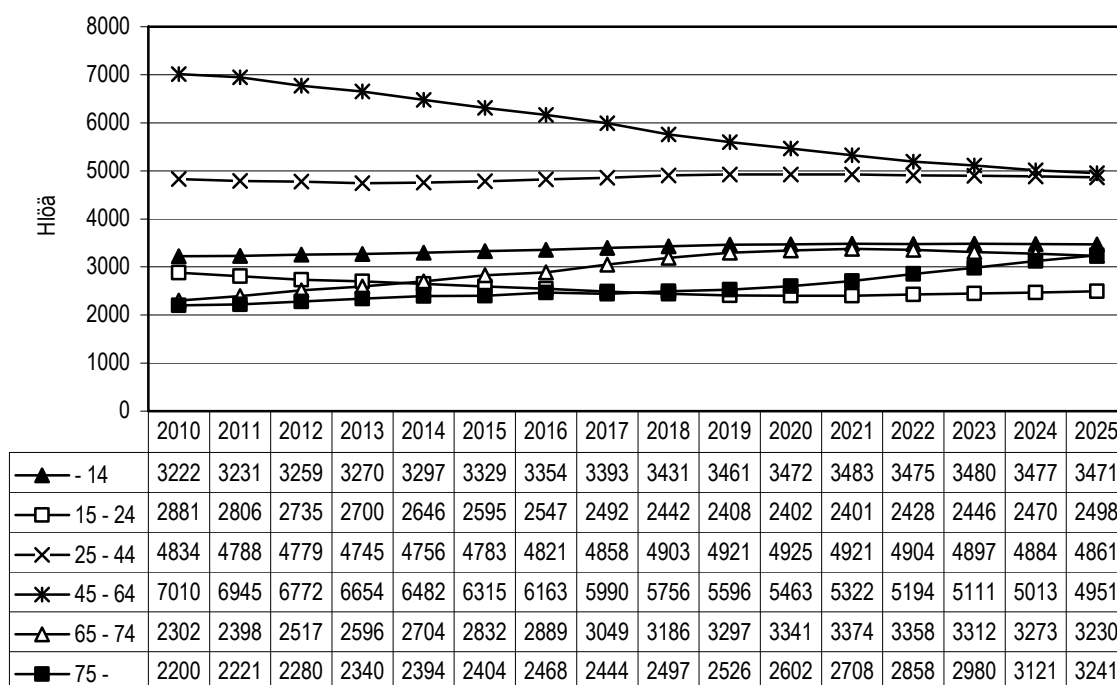
Liitekuvio 1. Perusterveydenhuollon (mukaan lukien hammashuolto) nettokustannukset, euroa/asukas vuosina 2000–2009.⁵



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

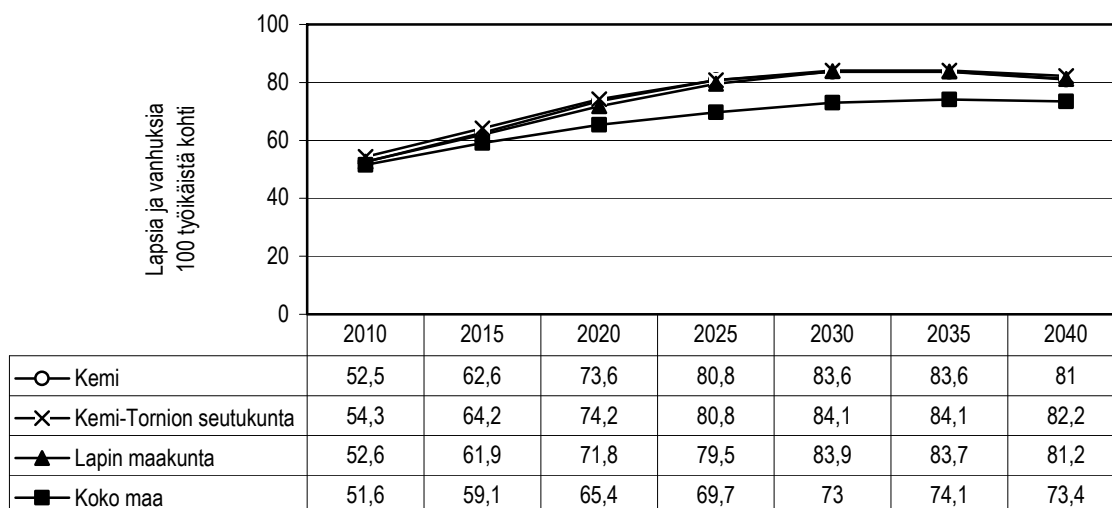
⁵ Indikaattori ilmaisee kuntien perusterveydenhuollon (sisältää myös hammashuollon) nettokustannukset euroina asukasta kohti. Tehtäväluokkaan "Perusterveydenhuolto" sisältyy perusterveydenhuollon vuodeosastohoito ja avohoito ml. hammashuolto, kouluterveydenhuolto ja koulupsykologin toiminta, perusterveydenhuollon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

⁶ Indikaattori ilmaisee kuntien erikoissairaanhoidon nettokustannukset euroina asukasta kohti. Tehtäväluokkaan "Erikoissairaanhoidon" sisältyy erikoissairaanhoidon vuodeosastohoito mukaan lukien terve-

Liitekuvio 3. Päihdehuollon nettokustannukset, euroa/asukas vuosina 2000–2009.⁷Liitekuvio 4. Väestöennuste 2009 iän mukaan Kemissä vuosina 2009–2025.⁸

yskeskusten erikoissairaanhoidon yksiköiden vuodeosastotoiminta, erikoissairaanhoidon avosairaanhoito mukaan lukien myös terveyskeskusten erikoissairaanhoidon avosairaanhoitotoiminta, erikoissairaanhoidon päivä- ja yösaaraanhoito (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 indikaattoripankki SOTKANet 2005–2011. Tiedot on 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 indikaattoripankki SOTKANet 2005–2011. Tiedot on poimittu 13.5.2011.



Liitekuvio 5. Väestöennuste 2009 Väestöllinen huoltosuhde alueittain 2010–2040.⁹

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 [verkkojulkaisu]. ISSN=1798-5137. Helsinki: Tilastokeskus [viitattu: 15.5.2011]. Saantitapa: <http://tilastokeskus.fi/til/vaenn/>.

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 [verkkojulkaisu]. ISSN=1798-5137. Helsinki: Tilastokeskus [viitattu: 15.5.2011]. Saantitapa: <http://tilastokeskus.fi/til/vaenn/men.html>.

Kemin kaupungin ja Kemi-Tornion ammattikorkeakoulun yhteistyölle lausuttiin alkusanat 30.3.2009, jolloin Kemin kaupungin edustajat kertoivat taustaa ja tarpeitaan kemiläisen sairastavuuden selvittämiseksi. Kemin kaupungin valtuusto on esittänyt keväällä 2009 tarpeen saada tutkimustietoa siitä, mistä kemiläisten korkea sairastavuus johtuu ja miten sairastavuutta voidaan nykyistä tuloksellisemmin ennaltaehkäistä? Kemin kaupungin valtuusto priorisoi tuolloin sairastavuuden tutkimisen tärkeäksi osakokonaisuudeksi lisättäessä kaupunkilaisten hyvinvointia.

Satu Peurasaaren ja Taina Urpusen sosionomi (ylempi AMK) -tutkinnon opinnäytetyönä toteuttama kehittämishanke on ensimmäinen Kemi-Tornion ammattikorkeakoulun sosiaali- ja terveystieteiden opiskelijoiden kirjoittama raportti Kemi Terveeksi 2015 tutkimus- ja kehittämishankkeesta.

Satu Peurasaaren ja Taina Urpusen opinnäytetyön ”Kemin sairastavuus otetaan luupin alle” mukaan tulevaisuutta ajatellen tulisi hyvinvointipoliittisessa päätöksenteossa huomioida: kemiläisten tyytyväisyys omiin vaikutusmahdollisuuksiinsa sekä sosiaali- ja terveystieteiden palveluiden käyttämiseen. Tällöin olisi hyvä huomioida kuntalaisten ns. kokemusasiatuntemuksen ja viranomaisten eksperttiasiantuntemuksen 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 mielenterveyden olemassa olevan suunnitelman huomioiminen; henkilöstön työhyvinvoinnin huomioiminen; seudullisen ja hallinnonrajoja ylittävän yhteistyön jatkaminen ja kehittäminen sosiaali- ja terveystieteiden palveluissa. Kaiken kaikkiaan Kemillä on upean kaupungin maine, jossa riittää myös ongelmia ja niiden eteen on tehty ja tullaan tekemään vielä paljon töitä.