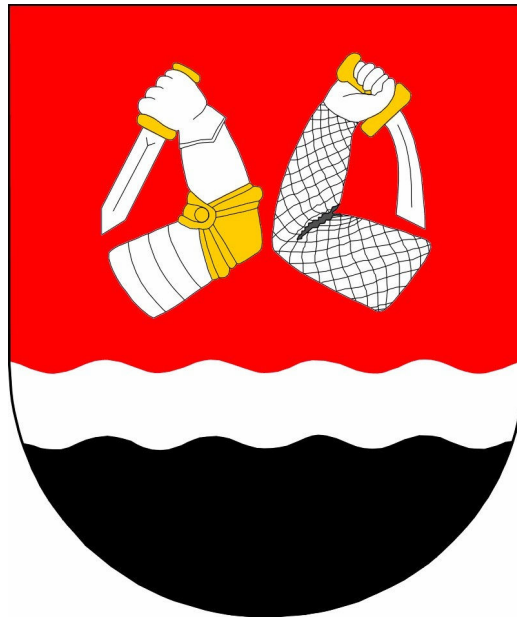




Etelä-Karjalan liitto



ETELÄ-KARJALAN HYVINVOINTISTRATEGIA 2010

Maarit Hiltunen-Toura

Kaakkois-Suomen sosiaalialan osaamiskeskuksen julkaisuja

B.2.2006

Kaakkois-Suomen sosiaalialan osaamiskeskuksen julkaisuja B.2.2006

Etelä-Karjalan hyvinvointistrategia 2010

Maarit Hiltunen-Toura

Kaakkois-Suomen sosiaalialan osaamiskeskus Oy Socom

Lappeenranta 2006

Työryhmä

Maarit Hiltunen-Toura

Pekka Keränen

Marja Kosonen

Kari Laukkarinen

Tarja Myllärinen

Jaakko Tuomi

Julkaisija

Kaakkois-Suomen sosiaalialan osaamiskeskus Oy

Laserkatu 6

53850 Lappeenranta

Puh. 044 748 5307

Fax. (05) 624 3180

www.socom.fi

Taitto

Maarit Hiltunen-Toura

ISBN 952-5463-03-6

ISSN 1458-9443

Lappeenrannan teknillinen yliopisto

Digipaino 2006

ESIPUHE

Etelä-Karjalan hyvinvointistrategia 2010 on ensimmäinen koko maakunnan kattava hyvinvointistrategia Etelä-Karjalassa. Sitä on valmisteltu koko kulunut 2000-luku. Vuonna 2001 julkaistiin Etelä-Karjalan hyvinvointiselvitys 2001 – kohti alueellista hyvinvointia. Se oli perusselvitys maakunnan hyvinvoinnin tilasta ja hyvinvoinnin kipupisteistä. Sen valmistuttua todettiin tarve laatia maakunnallinen hyvinvointistrategia laajassa yhteistyössä eri toimijatahojen kanssa. Maakuntaliiton rahoituspäätös projektille tehtiin kevättalvella 2004. Varsinainen strategiatyö käynnistyi syksyllä 2004 ja päättyi vuoden 2005 lopussa.

Strategiaprosessi oli pitkä ja hedelmällinen. Siihen osallistui yhteensä yli 50 maakunnallista asiantuntijaa eri toimintaryhmissä sekä ohjausryhmässä. Eriytyisen ansiokkaan työn tekivät toimintaryhmien puheenjohtajat sosiaalipalvelujen johtaja Marja Kosonen, sosiaalineuvos Jaakko Tuomi ja johtava lääkäri Pekka Keränen. Suuret kiitokset heille! Kiitoksen ansaitsevat myös kaikki ohjausryhmän ja toimintaryhmien jäsenet sekä myös heidän työnantajansa, jotka mahdollistivat asiantuntijoiden työpanoksen käytön strategiatyöhön. Strategian on toteuttanut Kaakkois-Suomen sosiaalialan osaamiskeskus Socom ja käytännön strategiatyöstä on vastannut projektipäällikkö Maarit Hiltunen-Toura.

Etelä-Karjalan hyvinvointistrategia ajoittui samalle ajanjaksolle kuin terveystieteiden selvitys, aluekeskuskuntien palvelustrategian laadinta sekä Parikkalan, Saaren ja Uukuniemen kuntien yhdistyminen. Hyvinvointistrategiaa valmisteltaessa käynnistyi kunta- ja palvelurakennemuutos. Käynnissä ovat valtakunnalliset kansallinen terveyshanke ja sosiaalialan kehittämishanke, joiden tavoitteena on varmistaa sosiaali- ja terveyspalvelujen saatavuus ja laatu, uudistaa palvelujen sisältöä ja palvelurakenteita sekä turvata henkilöstö saatavuus koko maassa. Asukkaiden hyvinvointia ja palvelujen turvaamista onkin jouduttu tarkastelemaan kunnissa ja seuduilla useista eri näkökulmista, mikä on nostanut hyvinvointipalvelut kehittämisen keskiöön aivan uudella tavalla. Strategiaa laadittiin otolliseen aikaan.

Etelä-Karjalan hyvinvointistrategian tarkastelunäkökulma on yhteiskuntapolitiittinen. Siinä käsitellään hyvinvoinnin osa-alueita, joihin voidaan vaikuttaa julkisen, yksityisen tai kolmannen sektorin toimenpitein. Valitut osa-alueet eivät edusta kokonaiskuvaa hyvinvoinnista, vaan ovat keskeisimpiä kehittämistä vaativia kohteita Etelä-Karjalassa. Tämän strategiatyön ulkopuolelle rajautuivat mm. sellaiset hyvinvointiin olennaisesti vaikuttavat tekijät kuten koulutus, työllisyys, asuminen ja viihtyvyys, koska maakunnassa on jo aiemmin valmistunut tai valmis-teilla mm. koulutus-, työvoima-, maahanmuutto-, asumis- ja maankäyttöstrategiat.

Hyvinvointistrategia ei ole koskaan valmis, vaan se on jatkuva prosessi. Tehtyä strategiaa hyödyntävät pääsääntöisesti alan asiantuntijat, mutta se tarjoaa myös muille toimijoille tärkeitä ja uusia näkökulmia omaan työhön. Väestörakenteen muutokset ja muuttuvat palvelujen tarpeet haastavat sosiaali- ja terveyspalvelujen tuottajien lisäksi myös kaavoituksesta, asumisesta, kulttuuri- ja liikunta- ym. palveluista vastaavat toimijat. Hyvinvointipalvelujen tarpeet ja hyvinvoinnin vajeet haastavat myös jokaisen ihmisen aivan henkilökohtaisella tasolla: hyvinvointia ei tuoteta pelkästään julkisen sektorin toimin. Kun tämä tunnustetaan, hyväksytään samalla myös entistä laajempi vastuu oman ja läheisten toimintakyvyn ja hyvinvoinnin turvaamisesta.

Hyvinvointistrategia antaa hyvän pohjan tehtäessä ratkaisuja sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakenteiden muutoksista, mutta ei anna suoria vastauksia. Se nostaa seikkoja, jotka tulee huomioida rakennemuutoksia koskevissa päätöksissä, joiden tavoitteena on maakunnan

asukkaiden palveleminen mahdollisimman tasa-arvoisilla, laadukkailla, kustannustehokkailla ja vaikuttavuudeltaan korkeatasoisilla palveluilla.

Hyvinvointistrategian toteuttamisessa tulee ottaa huomioon alueen muut strategiat. Tasapainoisen aluekehityksen turvaamiseksi eri sektoreiden strategioita ja toimintaympäristön muutoksia tulee tarkastella samanaikaisesti ja ottaa toiminnan tavoitteeksi asukkaiden kokonaishyvinvoinnin lisääminen, hyvä elämä eteläkarjalaisille.

Timo Puttonen
Maakuntajohtaja
Etelä-Karjalan liitto

Tarja Myllärinen
Toimitusjohtaja
Socom

TIIVISTELMÄ

Etelä-Karjalassa on Etelä-Karjalan liiton toimeksiannosta tehty koko maakuntaa koskeva ensimmäinen hyvinvointistrategia. Se on laadittu yhteistyössä noin viidenkymmenen asiantuntijan kanssa, jotka edustavat kuntia, kuntayhtymiä, yrittäjiä ja 3. sektorin toimijoita. Etelä-Karjalan hyvinvointistrategia 2010 on maakunnan eri toimijoiden tarpeista nouseva hyvinvoinnin kehittämisen yleislinjaus, jossa kehittämisalueina ovat:

- **Lapset, nuoret ja perheet**
- **Ikääntyneet**
- **Terveiden ja sairaanhoito**

Etelä-Karjalan väestörakenteen muutos haasteena

Etelä-Karjalan alueelliseen kehitykseen ovat vaikuttaneet erityisesti 1990-luvun talouslaman jälkeinen työttömyyden kasvu ja rakennetyöttömyyden ongelma sekä varsinkin vuosikymmenen loppupuolella voimistunut hyvinvoinnin alueellinen eriytymiskehitys. Tulevaisuuden suurimpia muutoksia on väestön ikääntyminen ja sen vaikutukset palvelujärjestelmään.

Etelä-Karjalan väkiluku on vähentynyt ja vähentyy tilastokeskuksen ennusteiden mukaan edelleen. Vuonna 2004 väkiluku oli 135 800 asukasta ja ennusteen mukaan 134 678 asukasta vuonna 2030. Vuonna 2030 ikääntyneiden osuus väestöstä on lähes 30 % (koko maa n. 25 %). Erityisen paljon kasvaa yli 75-vuotiaiden osuus. Samalla lasten, nuorten ja erityisesti työikäisten määrä vähenee.

Taulukko 1. Etelä-Karjalan väestö ja väestön muutokset vv. 2004 - 2030.

Ikä	Väestö 2004	Väestö 2010	Väestö 2030	Muutos 2004-2030	Muutos, %
0 - 6	8 601	8 665	8 321	- 280	- 3,3
7 - 15	13 990	12 202	11 834	- 2 156	- 15,4
16 - 24	14 427	14 378	12 679	- 1 748	- 12,1
25 - 64	72 647	71 574	61 880	- 10 767	- 14,8
65 - 74	14 175	15 214	18 369	4 194	29,6
75 -	11 960	13 139	21 595	9 635	80,6

Lähde: Tilastokeskus

Ikärakenteen muutoksen seurauksena hoivapalveluiden ja hoitopaikkojen tarve kasvaa jatkuvasti ja on suurinta 2010 – luvun lopulla ja 2020 – luvun alussa. Terveiden ja toimintakyvyn edistäminen ovat tärkeitä sekä jokapäiväisen hyvinvoinnin kannalta että hoivapalveluiden tarvetta viivästävä tekijänä.

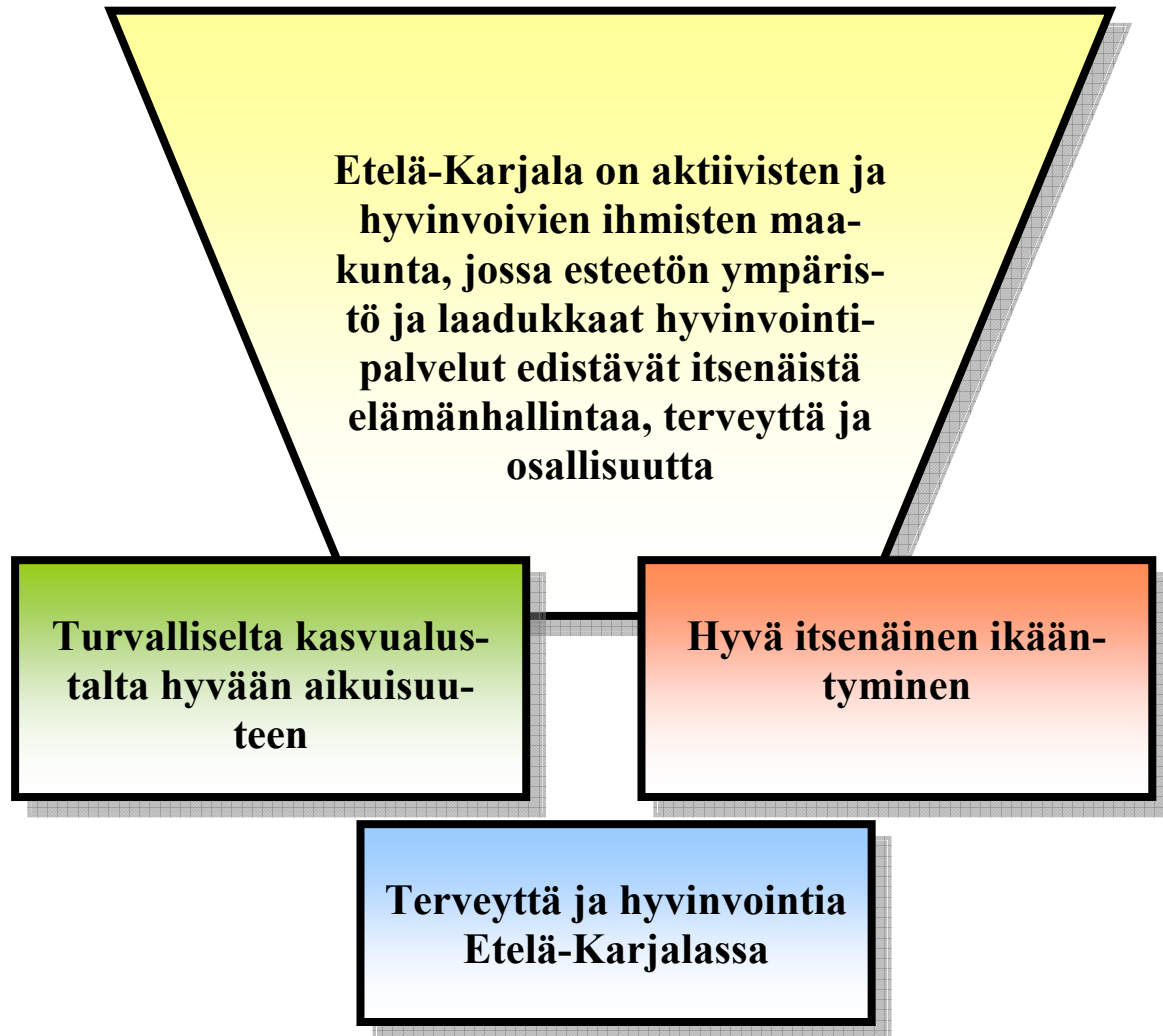
Vaikka lasten ja nuorten määrä vähenee, niin monisairaiden ja -ongelmaisten lasten ja nuorten sosiaali- ja terveystalveluiden tarve kasvaa. Syrjäytymisen ehkäisyn perustan muodostavatkin toimivat ja riittävästi resursoitut perustalvelut.

Väestön ikääntyminen vaikuttaa myös työvoiman saatavuuteen ja laatuun. Työvoimaa on vähemmän ja se on iäkkäämpää. Tulevaisuudessa ammattihenkilöstön rekrytointi hyvinvointitalveluihin tulee olemaan haasteellista. Etelä-Karjalassa on jo tällä hetkellä puutetta tiettyjen ammattiryhmien henkilöstöstä mm. lääkäreiden, sosiaalityöntekijöiden ja joidenkin erityistalvelöntekijöiden saatavuus on ongelma.

Hyvinvointistrategia

Etelä-Karjalan hyvinvointivisio 2010 antaa suunnan muuttuvassa toimintaympäristössä: se kertoo hyvinvoinnin tulevaisuuden kuvasta. Se saavutetaan kun kolme kehittämisaluetta saavuttavat omat visionsa ja toiminnan eri osapuolet sitoutuvat strategiatyön toimeenpanoon.

Etelä-Karjalan hyvinvointivisio ja kehittämisalueiden visiot vuoteen 2010



Asiantuntijatyöryhmät laativat kehittämisalueittain oman osastrategiansa. Pohjan jokaiselle osastrategialle antavat toimintaympäristön kuvaus ja SWOT – analyysin avulla muodostetut näkemykset ja haasteet. Kullekin kehittämisalueelle on asetettu oma visio vuoteen 2010. Se kertoo tulevaisuuden tahtotilan. Visiosta on johdettu strategiset päämäärät eli pitkän aikavälin tavoitteet, joilla kehittämisalueen visio saavutetaan. Kriittiset menestystekijät on määritelty Balanced Scorecard - johtamisnäkökulmien mukaisesti. Kriittiset menestystekijät tarkentuvat toimintasuunnitelmaksi, jossa on myös määritelty päävastuutahot.

Kehittämisaalueiden strategiset päämäärät

LAPSET, NUORET JA PERHEET

Etelä-Karjala on turvallinen, houkutteleva ja viihtyisä kasvu ympäristö lapsiperheille.

Lapsilähtöisyys vahvistuu osana suunnittelua ja päätöksentekoa.

Paikallinen, seudullinen ja alueellinen yhteistyö vakiintuu voimavaraksi lasten ja lapsiperheiden palveluissa.

IKÄÄNTYNEET

Ikääntyneille esteetön elämänpiiri maakunta-/kuntatoimijoiden yhteistyöllä.

Ennakoinnilla myöhään, mutta tarvittaessa ajoissa palvelujen piiriin.

Palvelurakenne monitahoisia tarpeita vastaavaksi.

Pitkäjänteinen resursointi

TERVEYDEN JA SAIRAANHOITO

Asukkaat tiedostavat vastuunsa terveyden ja hyvinvoinnin edistämiseksi ja toimivat sen mukaisesti.

Terveyttä ja hyvinvointia edistetään kunnan kaikessa päätöksenteossa ja toiminnassa.

Palvelujärjestelmää kehitetään maakunnallisena yhteistyönä ja verkostoitumalla.

Kärkihankkeet vuoteen 2010

Etelä-Karjalan hyvinvointistrategian kärkihankkeet ovat kaikkien kehittämisaalueiden yhteiset hankkeet. Kärkihankkeiden avulla pyritään vahvistamaan Etelä-Karjalan asukkaiden hyvinvoinnin suotuisaa kehitystä monipuolistamalla hyvinvointipalvelujen tuotantoa seudullista ja maakunnallista yhteistyötä vahvistamalla. Lisäksi asiantuntijaryhmät tekivät kehittämisaalueelleen oman hankesuunnitelmansa.

1. Hyvinvointipalveluiden henkilöstön saatavuuden ja pysyvyyden turvaaminen.
2. Hyvinvointiyrittäjyyden kehittämishanke.
3. Hyvinvointiteknologian kehittämishanke.
4. Maakunnallisen hyvinvointitilinpidon kehittäminen.

Suosituksat jatkotoimenpiteiksi

Etelä-Karjalan Hyvinvointistrategian toteuttamiseksi ja kehittämisysteistyön voimistami-
seksi ohjausryhmä esittää kunnilta ja muilta keskeisiltä toimijoilta saatujen lausuntojen
perusteella seuraavat suositukset jatkotoimenpiteiksi.

1. Yhteensovitus kuntastrategioiden kanssa

Etelä-Karjalan liitto toimittaa lausuntojen mukaisesti tarkistetun Etelä-Karjalan hyvinvoin-
tistrategian kuntien ja muiden toimijoiden käyttöön ja huomioonotettavaksi niiden omista
strategioissa ja toimintasuunnitelmissa vuosina 2006 -2010.

2. Maakunnallinen hyvinvointityöryhmä

Maakunnan yhteistyöryhmän alaisuuteen perustetaan hyvinvointityöryhmä. Hyvinvointi-
strategian ohjausryhmä valmistelee yhdessä Etelä-Karjalan liiton kanssa esityksen hyvin-
vointityöryhmän toiminnan käynnistämiseksi vuoden 2006 aikana. Työryhmän tehtävänä
on koota hyvinvointiin liittyvät hankesuunnitelmat ja -päättökset liitettäväksi maakuntaoh-
jelman toteuttamissuunnitelmaan, yhteen sovittaa hyvinvointistrategian toimeenpano maa-
kunnan muiden strategioiden kanssa sekä tehdä arvioita maakunnan väestön hyvinvoinnin
muutoksista ja tarvittavista hyvinvointipoliittisista toimenpiteistä.

3. Hankevalmistelu

Etelä-Karjalan hyvinvointistrategian hankevalmistelua jatketaan ohjausryhmän toimesta
v. 2006. Valmistelutyöhön osoitetaan tarvittavat resurssit. Hyvinvointistrategian toteutta-
misessa kuntien vastuu sekä yhteistyö toistensa ja muiden toimijoiden kanssa on tärkeää.

Etelä-Karjalan maakunnallista hyvinvointipoliittista yhteistyötä kehitetään voimakkaasti.
Hyvinvointistrategian valmistelussa syntynyt toimijoiden yhteistyö on arvokasta ja sitä
tulee edelleen vahvistaa.

Kunta- ja palvelurakenneuudistus sekä siihen liittyvä Etelä-Karjalan terveyspiiri/sosiaali-
ja terveyspiiri selvitys otetaan valmistelussa erityisesti tarkasteltavaksi.

4. Hyvinvointipoliitiikan ohjelmasepimus valtuustokausittain

Hyvinvoinnin hankkeet ja toimenpiteet kootaan Etelä-Karjalan hyvinvoinnin ohjelmaso-
pimukseksi, joka laaditaan valtuustokaudeksi ja tarkistetaan vuosittain. Painopistealueet
määritellään sepmuskausittain.

5. Resurssit ja henkilöstön saatavuus

Etelä-Karjalan hyvinvointipalveluiden tuotantotavat, saatavuus, saavutettavuus, resurssit ja
osaavan henkilöstön turvaaminen otetaan erityisiksi maakunnallisiksi avaintehtäviksi.

SISÄLTÖ

1 JOHDANTO	12
1.1 Strategiatyön lähtökohdat	12
1.2 Strategian laadintaprosessi	12
1.3 Strategian rakenne	14
1.4 Hyvinvointistrategiatyötä ohjaavat valtakunnalliset strategiat ja ohjelmat	15
1.5 Etelä-Karjalan muuttuva toimintaympäristö	16
2 ETELÄ-KARJALAN HYVINVOINTIVISIO	18
3 LAPSET, NUORET JA PERHEET KEHITTÄMISALUEEN STRATEGIA	19
3.1 Toimintaympäristön kuvaus	19
3.1.1 Lasten, nuorten ja perheiden hyvinvointiin vaikuttavat tekijät	20
3.1.1.1 Perherakenne	20
3.1.1.2 Lapsiperheiden toimeentulo	21
3.1.1.3 Vanhemmuus	22
3.1.2 Lasten, nuorten ja perheiden hyvinvoinnin ilmeneminen	23
3.1.2.1 Terveys	23
3.1.2.2 Mielenterveysongelmat	23
3.1.2.3 Päihteiden käyttö	24
3.1.2.4 Nuorten rikollisuus	25
3.1.3 Lasten, nuorten ja perheiden hyvinvointiin vaikuttavista tekijöistä huolehtiminen	26
3.1.3.1 Peruspalvelut ja lasten hyvinvoinnista huolehtiminen	26
3.1.3.2 Lastensuojelu	29
3.1.3.3 Psykiatrian palvelut	31
3.2 SWOT – analyysi	33
3.3 Strategia – osio	34
3.3.1 Visio ja strategiset päämäärät	34
3.3.2 Toimintasuunnitelma	35
3.3.3 Hankesuunnitelma	42
4 IKÄÄNTYVIEN KEHITTÄMISALUEEN STRATEGIA	42
4.1 Toimintaympäristön kuvaus ”Voimavarakeskeiseen ikääntymiseen Etelä-Karjalassa”	42
4.1.1 Toimintakykyiset ikääntyneet	44
4.1.1.1 Terveys ja toimintakyky	44
4.1.1.2 Osallistuminen ja osallisuus	45
4.1.1.3 Omavastuisuus – itseohjautuvat eläkevuodet	46
4.1.2 Ikääntyneet taloudellisena voimavarana	46
4.1.2.1 Eläketulot Etelä-Karjalassa	46
4.1.2.2 Eläkeläiset kuluttajina	47
4.1.2.3 Ikääntyneet työllistäjinä	48
4.1.2.4 Varallisuuden kasvu	48
4.1.3 Ikääntyneet palvelujen käyttäjinä	49
4.1.3.1 Julkiset palvelut	50
4.1.3.2 Yksityiset palvelut	52
4.2 SWOT – analyysi	54
4.3 Strategia – osio	55

4.3.1 Visio ja strategiset päämäärät	55
4.3.2 Toimintasuunnitelma	56
4.3.3 Hankesuunnitelma	63
5 TERVEYDEN JA SAIRAANHOIDON KEHITTÄMISALUEEN STRATEGIA	63
5.1 Toimintaympäristön kuvaus	63
5.1.1 Terveyden ja hyvinvoinnin ilmeneminen yksilötasolla	63
5.1.1.1 Terveys	64
5.1.1.2 Toimintakyky ja työkyky	64
5.1.1.3 Elintavat	66
5.1.2 Terveyden ja hyvinvoinnin ilmeneminen yhteisötasolla	67
5.1.2.1 Sairastavuus	67
5.1.2.2 Kuolleisuus	69
5.1.3 Terveyteen ja hyvinvointiin vaikuttavista tekijöistä huolehtiminen	70
5.1.3.1 Perusterveydenhuolto	71
5.1.3.2 Erikoissairaanhoito	72
5.1.3.3 Päihde- ja mielenterveyspalvelut	73
5.1.3.4 Yksityiset terveyspalveluiden tuottajat	74
5.2 SWOT – analyysi	76
5.3 Strategia – osio	77
5.3.1 Visio ja strategiset päämäärät	77
5.3.2 Toimintasuunnitelma	78
5.3.3 Hankesuunnitelma	84
6 KÄRKIHANKKEET	84
7 SEURANTA JA ARVIOINTI	85
8 SUOSITUKSET JATKOTOIMENPITEIKSI	85
LÄHTEET	87
LIITTEET	91

1 JOHDANTO

1.1 Strategiatyön lähtökohdat

Etelä-Karjalan hyvinvointistrategia 2010 on näkemys siitä, miten hyvinvointipolitiikkaa tulee kehittää tulevaisuudessa. Se korostaa tietoista suunnan valintaa sekä pitkäjänteistä ja johdonmukaista toimintaa muuttuvassa ympäristössä. Etelä-Karjalan hyvinvointistrategia 2010 asiakirjaan on koottu Etelä-Karjalan 2000 – luvun alun kehittämistavoitteet kolmelta eri sektorilta: 1. Lapset, nuoret ja perheet, 2. Ikääntyvät ja 3. Terveiden ja sairaanhoito. Strategian laadinnassa ennakoidaan Etelä-Karjalan hyvinvoinnin ja terveyden kehityssuuntia ottaen huomioon maakunnalliset yleiset kehityssuunnat. Hyvinvointistrategian laadinnan käynnistämiseen vaikuttivat erityisesti seuraavat syyt:

- Nähtiin tarve maakunnallisen kokonaisnäkömyksen aikaansaamiseksi hyvinvoinnin alueelta.
- Tunnistettiin uudenlaisen yhteistoiminnan tarve palvelurakenteiden kehittämisessä maakunnan sisällä.
- Tiedostettiin yksityisen ja kolmannen sektorin tärkeys julkisen palvelujärjestelmän täydentäjänä.

Nyt käsillä oleva strategia-asiakirja on ensimmäinen maakunnallinen hyvinvointistrategia Etelä-Karjalassa. Sitä on valmisteltu laajassa yhteistyössä Etelä-Karjalan kahdentoista kunnan sekä sairaanhoitopiirin sosiaali- ja terveydenhuollon asiantuntijoiden, maakunnan tutkimus- ja koulutusasiantuntijoiden sekä yrittäjien ja kolmannen sektorin edustajien kanssa. Jatkuvan strategiaprosessin mukaisesti tämä on lähtölaukaus. Strategiaprosessin eteneminen ja kehittyminen on tulevaisuuden haaste, joka vaatii toiminnan eri osapuolilta sitoutumista strategia-työhön ja toimeenpanon aktiivista järjestämistä.

1.2 Strategian laadintaprosessi

Etelä-Karjalan hyvinvointistrategian laadinnan on rahoittanut Etelä-Karjalan liitto yhdessä kolmen suurimman kunnan Imatran, Joutsenon ja Lappeenrannan kanssa. Strategian laadintaa on koordinoanut Kaakkois-Suomen sosiaalialan osaamiskeskus, Socom. Etelä-Karjalan hyvinvointistrategiaa on valmisteltu pitkään. Etelä-Karjalan maakuntahallituksen Hyvinvointityöryhmän toimesta toteutettiin ”Etelä-Karjalan hyvinvointiselvitys 2001 – kohti alueellista hyvinvointia”. Siinä maakunnallisiksi hyvinvoinnin kipupisteiksi havaittiin työttömyys, päihdeongelma, asunnottomuus, kouluttamattomuus, pätkätyö, riittämätön eläketurva ja pitkäaikaissairaus. Lisäksi esimiesten ja kuntalaisten huolenaiheena oli lasten ja lapsiperheiden tilanne (Hakalisto, Muukka & Selivuo 2001). Valmistelutyötä jatkoi Aluekeskus Saimaankaupungin Hyvinvointipalvelut ja –teknologia työryhmä. Vuonna 2003 osasta tämän työryhmän jäseniä koottiin Etelä-Karjalan hyvinvointistrategian valmistelutyöryhmä. Hyvinvointipalvelut ja –teknologia toimintaryhmän toimesta hankesuunnitelman työstä Lappeenrannan kaupungin projektipäällikkö Kari Laukkarinen. Rahoituspäätös saatiin maaliskuussa 2004.

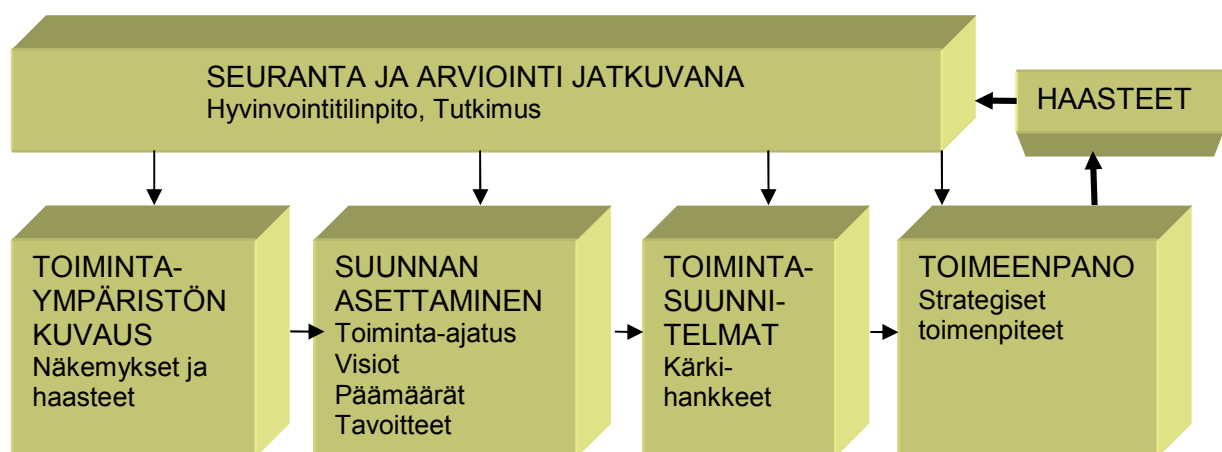
Varsinainen strategiatyö käynnistyi elokuussa 2004. Strategian laadinnan työryhminä ovat toimineet ohjausryhmä, valmisteluryhmä, puheenjohtajisto ja kehittämisaluekohtaiset toimintaryhmät: Lapset, nuoret ja perheet, Ikääntyneet sekä Terveiden ja sairaanhoito. Ohjausryhmän kokoonpanon perustana oli Aluekeskus Saimaankaupungin Hyvinvointipalvelut ja teknologia-työryhmä. Ohjausryhmää täydennettiin eri osastrategia-alueiden asiantuntijoilla sekä maakunnan tutkimus- ja koulutusasiantuntijoilla. Ohjausryhmän tehtävänä on ollut organisoi-

da, ohjata ja valvoa strategiaproessin etenemistä. Ohjausryhmän kokoonpano on esitetty liitteessä 1.

Valmisteluryhmä on valmistellut strategia-aineistoa ohjausryhmälle ja ohjannut raportointia. Valmisteluryhmään on kuulunut ohjausryhmän puheenjohtaja ja varapuheenjohtaja, projektipäällikkö ja hankevalmistelun vastuuhenkilö. Valmisteluryhmä on ajoittain kokoontunut laajennettuna puheenjohtajistona, jolloin kokoonpanoa on täydennetty toimintaryhmien puheenjohtajilla sekä seudullisilla edustajilla. Puheenjohtajisto on konkretisoinut strategian sisältöä. Valmisteluryhmän ja puheenjohtajiston kokoonpano on esitetty liitteessä 2.

Kolme toimintaryhmää: Lapset, nuoret ja perheet, Ikääntyneet sekä Terveiden ja sairaanhoito, ovat valmistelleet oman strategiansa kuvatun strategiaproessin mukaisesti. Toimintaryhmien jäsenet edustivat maakunnan kaikkia kuntia huomioiden eri alojen asiantuntijuus, maakunnan tutkimus- ja koulutusasiantuntijuus sekä yrittäjien ja kolmannen sektorin edustus. Toimintaryhmien kokoonpano on esitetty liitteessä 3.

Tavoitteena oli myös saada järjestettyä kolme erillistä seutufoorumia maakunnan seutujaon mukaisesti. Näistä toteutui vain Länsi-Saimaan hyvinvointifoorum. Foorumissa oli edustettuna strategian puheenjohtajiston lisäksi alueen kuntien johtavia luottamushenkilöitä ja viranhaltijoita.



Kuvio 1. Jatkuvan strategiaproessin malli (mukaeltu Ahola 1998).

Hyvinvointistrategian strategiaproessi pohjautuu Professori Jyrki Aholan (1998) luoman jatkuvan strategiaproessin malliin (Kuvio 1). Tässä mallissa strategiatyö on jatkuvaa suunnittelutyötä, joka koostuu toisiaan seuraavista vaiheista. Mallissa uusi strategiakerros alkaa aina lähtötilanteen selvityksellä, johon kuuluu toimintaympäristön kuvaus. Hyvinvointistrategiassa väestön hyvinvointitilanteen kuvaus ja palvelujärjestelmän keskeisten toimintojen kuvaus. Tuloksena syntyy yhteinen perusnäkemys siitä, millaisesta hyvinvointitilanteesta ollaan suunnistamassa parempaan, mitkä ovat suurimmat uhat ja vahvuudet. Seuraavana vaiheena on suunnan asettaminen (strategiaa päivitettäessä tarkistus). Tällöin määritellään visio tulevaisuuden tahtotilasta sekä strategiset päämäärät eli pitkän aikavälin tavoitteet. Tavoitteille määritellään myös kriittiset menestystekijät, jotka seuraavassa vaiheessa tarkennetaan toimintasuunnitelmaksi ja seurannan kohteiksi sekä määritellään vastuutahot. Toimintasuunnitelma sidotaan kärkihankkeisiin ja toimeenpanosuunnitelma vahvistetaan hyväksymällä strategiset toimenpiteet. Strategiaproessiin sisältyy vielä suunnitelma toteutumisen seurannasta ja arvi-

oinnista. Jatkuvan strategiaproessin tavoitteena on, että uuden strategiaproessin käynnistyessä entisen toimeenpanoa on seurattu ja vaikutuksia arvioitu, jolloin vanha strategia on uuden strategian pohja-asiakirja.

1.3 Strategian rakenne

Etelä-Karjalan hyvinvointivisio 2010 antaa suunnan muuttuvassa toimintaympäristössä: se kertoo hyvinvoinnin tulevaisuuden kuvasta. Vision saavuttamiseksi strategia on jaettu kolmeen kehittämiskohteeseen: 1. Lapset, nuoret ja perheet, 2. Ikääntyneet ja 3. Terveysten ja sairaanhoito. Nämä kohteet koettiin Etelä-Karjalassa tärkeimmiksi hyvinvoinnin alueelta. Ne eivät edusta kokonaiskuvaa hyvinvoinnista, vaan ovat keskeisimmät kehittämistä vaativat kohteet.

Jokainen kehittämisalue muodostaa oman osastrategian. Toimintaympäristön kuvauksen ja SWOT – analyysin avulla muodostetut näkemykset ja haasteet antavat pohjan strategiatyölle. Kullekin teemalle on asetettu oma visio vuoteen 2010. Visiot kertovat tulevaisuuden tahtotilan. Visiosta on johdettu strategiset päämäärät eli ne pitkän aikavälin tavoitteet, joilla kehittämisalueen visio saavutetaan. Kriittiset menestystekijät on määritelty Balanced Scorecard-johtamisnäkökulmien mukaisesti. Näkökulmat ovat sidoksissa toisiinsa. Tavoitteissa onnistuminen riippuu näkökulmien keskinäisen yhteyden ymmärtämisestä ja erityisesti niiden tasapainoisesta toteuttamisesta. Nämä neljä näkökulmaa ovat:

Vaikuttavuus: Vaikuttavuustavoitteet tarkoittavat perimmäisiä tavoitteita ja tuloksia, joita pyritään aikaansaamaan. Eli asioita, jotka näkyvät kehitysvaikutuksina ja muutoksina väestön hyvinvoinnissa sekä terveydessä.

Uudistuminen: Uudistumisnäkökulma tarkoittaa henkilöstön kykyä irrottautua vanhoista toimintatavoista ja toimia uudella tavalla siten, että käytettävissä ja ennustettavissa olevilla resursseilla kyetään saavuttamaan vaikuttavuustavoitteet.

Rakenteet ja prosessit: Rakenteilla ja prosesseilla tarkoitetaan kuntien ja niiden välisen yhteistyön suorituskykyä, tehokkuutta ja toimivuutta sekä tärkeimpiä prosesseja, joilla parannetaan vaikuttavuutta.

Resurssit: Resursseilla tarkoitetaan inhimillisiä, aineellisia ja taloudellisia ym. voimavaroja, joiden käytöllä, kohdentamisella ja hankkimisella varmistetaan vaikuttavuustavoitteiden saavuttaminen. (Lumijärvi 2002.)

Kullekin kriittiselle menestystekijälle on asetettu osatavoitteita ja toimenpiteitä. Näille kaikille on määritelty vastuutaho tai tavoitetaso. Vastuutaho huolehtii tavoitteiden toteutumisesta. Vastuu tarkoittaa toimenpiteiden käynnistämistä, toteuttamista tai muuta edistämistä. Jokaisen osastrategian lopussa on hankesuunnitelma, joka käsittää kehittämishankkeet strategian tavoitteiden saavuttamiseksi. Strategian rakenne on esitetty kuviossa 2.



Kuvio 2. Strategian rakenne.

1.4 Hyvinvointistrategiatyötä ohjaavat valtakunnalliset strategiat ja ohjelmat

Etelä-Karjalan hyvinvointistrategian valmistelua ovat ohjanneet seuraavat valtakunnalliset sosiaali- ja terveyspolitiikan strategiat ja ohjelmat: Sosiaali- ja terveydenhuollon tavoite- ja toimintaohjelma 2004-2007, Sosiaali- ja terveyspolitiikan strategiat 2010, Terveys-2015 kansanterveysohjelma, Kansallinen terveyshanke ja Sosiaalialan kehittämishanke.

Sosiaali- ja terveydenhuollon tavoite- ja toimintaohjelma 2004-2007 tarkoittaa hallitusohjelman sosiaali- ja terveyspolitiikan tavoitteita ja toimenpidesuosituksia. Keskeiset kehittämisalueet ovat: 1. asiakkaan ja potilaan osallisuuden vahvistaminen sekä palvelujen saatavuuden turvaaminen, 2. paikallisen ja alueellisen hyvinvointipolitiikan edistäminen, 3. lasten ja nuorten ja lapsiperheiden palvelut, 4. ikäihmisten palvelut, 5. sosiaali- ja terveyspalveluiden kehittäminen, 6. poikkihallinnollisen yhteistyön kehittäminen, 7. sosiaali- ja terveydenhuollon ohjaus ja 8. voimavarat. Sosiaali- ja terveyspolitiikan strategiat 2010 – kohti sosiaalisesti kestävä ja taloudellisesti elinvoimaista yhteiskuntaa kiteyttää sosiaaliturvan suunnan neljään strategiseen linjaukseen. Nämä linjaukset ovat terveyden ja toimintakyvyn edistäminen, työelä-

män vetovoiman lisääminen, syrjäytymisen ehkäisy ja hoito sekä toimivat palvelut ja kohtuullinen toimeentuloturva.

Terveys – 2015 kansanterveysohjelman pääpaino on terveyden edistämisessä. Tavoitteet on jaoteltu ikäryhmittäin ja niiden pääpaino on terveiden ja toimintakykyisten elinvuosien lisääminen sekä väestöryhmien välisten terveyserojen kaventaminen. Kansallinen terveyshanke keskittyy terveystaloustalouden kehittämiseen. Kehittämisaalueet ovat terveyden edistäminen, hoitoon pääsyn turvaaminen kohtuajassa, henkilöstön saatavuus ja osaaminen, rakenteiden uudistaminen, rahoituksen turvaaminen ja päätöksenteko. Sosiaalialan kehittämishankkeen tavoitteena on palvelujen saamisen ja laadun turvaaminen, palvelurakenteen ja toimintojen uudistaminen sekä henkilöstön osaamisen ja työolojen kehittäminen. Tarkoituksena on varmistaa myös sosiaalialan pitkän aikavälin kehittäminen ja ennakoida muuttuvan toimintaympäristön asettamia lisääntyviä vaatimuksia sosiaalisten ongelmien ehkäisemiseksi ja niiden ratkaisemiseksi.

1.5 Etelä-Karjalan muuttuva toimintaympäristö

Etelä-Karjalan alueelliseen kehitykseen ovat vaikuttaneet erityisesti 1990-luvun talouslama ja sen mukanaan tuoma työttömyyden voimakas lisääntyminen sekä varsinkin vuosikymmenen loppupuolella voimistunut hyvinvoinnin alueellinen eriytymiskehitys. Harvaan asutun maaseudun hyvinvointiongelmien voimistuneet: psykososiaaliset ongelmat ovat lisääntyneet ja elintaso on noussut hitaasti. Elintaso taas on kasvanut voimakkaimmin kasvukeskuksissa, jossa esiintyi myös psykososiaalisia ongelmia (Hakalisto ym. 2001, Karvonen & Rintala 2004.)

Työttömyys ja erityisesti pitkäaikaistyöttömyys on terveydellinen ja sosiaalinen riskitilanne. Pitkäaikaistyöttömyys painottuu vähän koulutettuihin ja vanhempiin ikäluokkiin. Etelä-Karjalassa suorittavan työn työpaikat ovat vähentyneet erityisesti teollisuudesta ja palvelualoilta, eikä alue ole vielä selkeästi muuttunut vahvaksi informaatioteknologian innovaatio- ja tuotantoalueeksi toisin kuin esim. Oulun seutu. Etelä-Karjalassa kuten muuallakin maassa työttömyys on lamavuosien jälkeisestä ajasta laskenut, mutta on edelleen maan keskitasoa korkeammalla tasolla. Työttömien osuus työvoimasta oli Etelä-Karjalassa syyskuussa 2005 12,5 % kun se oli koko maassa keskimäärin 9,8 % (Työllisyyskatsaus 2005). Etelä-Karjalan ennusteen mukaan työttömyysaste alenee ja vastaavasti työllisyysaste nousee vuosina 2004 – 2009 kaikissa muissa maakunnissa paitsi Kainuussa (Maakuntien suhdannekehitys 2001-2005). Sekä pitkäaikais- että nuorisotyöttömyys ovat Etelä-Karjalassa vähentyneet, mutta ovat vielä maan keskitasoa korkeammalla tasolla. Pitkäaikaistyöttömyys painottuu maakunnassa Parikkalaan, jossa se on nimenomaan miesten ongelma. Nuorten kohdalla syrjäytymiseen vahvasti vaikuttava tekijä on kouluttamattomuus ja sitä usein seuraava työttömyys.

Etelä-Karjalan väkiluku on vähentynyt ja vähenee tilastokeskuksen ennusteiden mukaan edelleen. Vuonna 2004 väkiluku oli 135 800 ja ennusteen mukaan se on 134 678 vuonna 2030. Tähän ovat vaikuttaneet alhainen syntyvyys ja muuttotappio. Vuoden 2004 jälkeen kaikissa Etelä-Karjalan kunnissa väestöä kuolee enemmän kuin syntyy. Koko maassa kuolleisuus ylittää syntyvyyden vasta vuonna 2023 (Ryynänen ym. 2004). Samalla Etelä-Karjalan väestön ikärakenne vanhenee ja on muuta maata ikääntyneempi. Väestöennusteen mukaan ikääntyneiden (65 vuotta täyttäneiden) määrä kasvaa yli 13 000:lla vuosina 2004–2030. Vuonna 2030 ikääntyneiden osuus väestöstä on lähes 30 % (koko maa n. 25 %). Tähän vaikuttaa elinajan pidentyminen, joka on lisännyt yli 75-vuotiaiden osuutta väestöstä, sekä ns. suurten ikäluokkien (vuosina 1945–1955 syntyneet) ikääntyminen. Samalla lasten, nuorten ja erityisesti työ-

ikäisten määrä vähenee. Etelä-Karjalassa lasten ja nuorten määrä vähenee noin 2 500:lla ja työikäisten 12 500:lla vuosina 2004-2030 (Taulukko 1).

Vaikka lasten ja nuorten määrän on arvioitu vähenevän, niin monisairaiden ja -ongelmaisten lasten ja nuorten sosiaali- ja terveyspalveluiden tarve kasvaa. Syrjäytymisen ehkäisyn perustan luovatkin toimivat ja riittävästi resursoitunut peruspalvelut. Tällöin se tuo sekä inhimillisesti että kansantaloudellisesti merkittäviä säästöjä.

Väestön ikääntyminen on koko Suomea koskeva muutos. Ikärakenteen muutoksen seurauksena hoivapalveluiden ja hoitopaikkojen tarve kasvaa jatkuvasti ja on suurinta 2010 – luvun lopulla ja 2020 – luvun alussa. Väestön terveys ja toimintakyky ovat parantuneet ja paranemisen oletetaan jatkuvan myös tulevaisuudessa. Se myöhentää hoivan tarvetta. Eliniän pidentyessä on entistä tärkeämpää, että hyvä ja täysipainoinen elämä on mahdollista kaikissa elämänvaiheissa. Terveiden ja toimintakyvyn edistäminen ovatkin tärkeitä sekä jokapäiväisen hyvinvoinnin että koko yhteiskunnallisen kehityksen kannalta.

Taulukko 1. Etelä-Karjalan väestö ja väestön muutokset vv. 2004 - 2030.

Ikä	Väestö 2004	Väestö 2010	Väestö 2030	Muutos 2004-2030	Muutos, %	Osuus 2004 %	Osuus 2010 %	Osuus 2030 %
0 - 6	8 601	8 665	8 321	- 280	- 3,3	6,3	6,4	6,2
7 - 15	13 990	12 202	11 834	- 2 156	- 15,4	10,3	9,0	8,8
16 - 24	14 427	14 378	12 679	- 1 748	- 12,1	10,6	10,6	9,4
25 - 64	72 647	71 574	61 880	- 10 767	- 14,8	53,5	53,0	45,9
65 - 74	14 175	15 214	18 369	4 194	29,6	10,4	11,3	13,6
75 -	11 960	13 139	21 595	9 635	80,6	8,8	9,7	16,0

Lähde: Tilastokeskus

Etelä-Karjalan maakunnan muuttotase oli vuonna 2004 negatiivinen, - 304 henkilöä. Muuttotasetta korjaa maahanmuutto, joka prosentuaalisesti tarkasteltuna on maan suurinta Kaakkois-Suomessa. Etelä-Karjalassa oli 31.12.2004 vakinaisesti asuvia ulkomaalaisia 2 713, joista suurin ryhmä oli Venäjän kansalaiset. Heitä oli yhteensä 1 837. (Väestörekisterikeskus 2005.) Etelä-Karjala on rajamaakunta, joka rajautuu koko itäiseltä osaltaan Venäjään. Työvoiman tarjonnan vähentyessä Suomessa on oletettavaa, että työperusteinen maahanmuutto lisääntyy myös Etelä-Karjalassa. Työperusteisen maahanmuuton lisääntyminen tuo maahan usein myös perheenjäseniä ja siksi yhteiskunnalta vaaditaan laaja-alaista valmistautumista. Maahanmuuttajien ja heidän perheenjäsentensä kotoutuminen on järjestettävä siten, että he eri yhteyksissä ja kaikin puolin tuntevat itsensä tervetulleiksi uuteen työskentely- tai kotimaahansa. Keskeinen haaste on asenneilmapiirin kehittyminen positiivisemmaksi. Palveluiden järjestäminen eri etnisille ryhmille on yksi tulevaisuuden haaste. Päivähoidossa palveluita on jo järjestetty, mutta kehittämistarpeita on edelleen. Vanhus- ja terveydenhuollon palvelut ovat lähitulevaisuudessa saman haasteen edessä kohdatessaan ikääntyviä maahanmuuttajia.

Väestön ikääntyminen vaikuttaa myös työvoiman saatavuuteen ja laatuun. Työvoimaa on vähemmän ja se on iäkkäämpää. Kilpailu osaavasta työvoimasta tulee kiristymään suurten ikäluokkien siirtyessä eläkkeelle. Etelä-Karjalassa sosiaali- ja terveydenhuollossa tarvitaan vuoteen 2010 mennessä noin 1540 uutta työntekijää. Vuosittainen tarve ajanjaksolla 2006–2010 on 308 työntekijää, josta nettotyöllisyyden kasvua on 76 henkilöä. (Melonlinna 2006.) Etelä-Karjalassa on jo tällä hetkellä puutetta tiettyjen ammattiryhmien henkilöstöstä mm. lääkäreiden, sosiaalityöntekijöiden ja erityistyöntekijöiden saatavuus on

ongelma. Tulevaisuudessa ammattihenkilöstön rekrytointi Etelä-Karjalan alueelle tulee olemaan haasteellista. Alueella järjestetty ammattikorkeakoulu- ja ammattiopistotasoinen koulutus vastaa työvoiman tarpeeseen joidenkin ammattiryhmien osalta. Koulutusorganisaatioiden on seurattava tiiviisti henkilöstötarpeiden kehittymistä ja ennakoitava koulutuksen järjestämisessä. Myös henkilöstön täydennyskoulutus muuttuvassa toimintaympäristössä asettaa haasteita koulutusorganisaatioiden toiminnalle.

Kuntien asema on keskeinen hyvinvointipalvelujen tuottajana. Kuntien taloudelliset resurssit ja palvelurakenne vaikuttavat siihen miten paikallista hyvinvointipolitiikkaa toteutetaan. Palvelujen järjestämiseen kohdistuu useita haasteita. Väestön ikääntyessä palvelutarpeet lisääntyvät ja sen seurauksena kuntien menot lisääntyvät. Työvoiman väheneminen vaikuttaa kuntien verotulojen kautta kuntien resurssien vähentymiseen. Kuntien talous on heikentynyt jatkuvasti. Vuonna 2004 negatiivisen vuosikatteen kuntia oli kolmasosa Suomen kunnista. Tämän kehityksen on ennustettu jatkuvan tulevaisuudessa. Haasteet huomioiden kunnissa tulee arvioida, miten sosiaali- ja terveydenhuollossa monipuolistetaan palvelutuotantoa ja otetaan käyttöön uusia palvelujen tuottamistapoja. Yksi mahdollisuus on julkisen sektorin palvelutuotannon rinnalla käyttää entistä enemmän yksityisen ja kolmannen sektorin palveluita. Toinen mahdollisuus on hyvinvointiteknologian hyödyntäminen esim. ikäihmisten itsenäistä suoriutumista edistävä teknologia. Kolmantena mahdollisuutena on kuntien ja erityisesti pienten kuntien kantarajat ylittävän yhteistyön vahvistaminen.

Sisäasiainministeriö on asettanut kunta- ja palvelurakenneuudistushankkeen, jonka toteutusaika on 11.5.2005 – 31.5.2006. Hankkeen tavoitteena on, että nykyisin kuntien vastuulla olevat palvelut saavat riittävän vahvan rakenteellisen ja taloudellisen perustan niiden järjestämisen ja tuottamisen turvaamiseksi tulevaisuudessa. Samanaikaisesti otetaan huomioon palveluiden laatu ja vaikuttavuus, saavutettavuus ja tehokkuus sekä teknologinen kehittäminen. Ensimmäisessä vaiheessa esillä on ollut kolme mallia järjestää kuntien palvelut: 1. aluekuntamalli: 20-25 aluekuntaa, joilla palvelujen järjestämisvastuu, 2. peruspalvelupiiri: sosiaali- ja terveydenhuolto järjestetään noin 100 000 asukkaan väestöpohjalla ja 3. peruskuntamalli: muodostuu vähintään 20 000-30 000 asukkaan työssäkäyntialueesta tai muusta toiminnallisesta kokonaisuudesta. (Kunta- ja palvelurakenneuudistus 2005.) Tämän uudistuksen sisältö vaikuttaa kuntien palveluiden järjestämistapoihin tulevaisuudessa, mutta tämän strategian valmistuessa sitä ei ole ollut käytettävissä.

2 ETELÄ-KARJALAN HYVINVOINTIVISIO

Etelä-Karjalan hyvinvointivisio vuoteen 2010:

Etelä-Karjala on aktiivisten ja hyvinvoivien ihmisten maakunta, jossa esteetön ympäristö ja laadukkaat hyvinvointipalvelut edistävät itsenäistä elämänhallintaa, terveyttä ja osallisuutta.

Kehittämisaalueittain hyvinvoinnin tulevaisuuden kuva on:

Lapset, nuoret ja perheet: Etelä-Karjalan lapset ja nuoret ovat saaneet riittävästi aikaa omilta vanhemmiltaan. Heillä on ollut sopivat olosuhteet omalle kasvulle ja kehitykselle, jolloin kasvuympäristössä on ollut riittävästi tilaa. Lasten ja nuorten lähiyhteisö tukee vanhemmuutta ja kantaa vastuuta omista sekä naapurin lapsista. Lasten, nuorten ja perheiden palvelut on järjestetty lapsi- ja perhelähtöisesti. Niiden toiminnassa painottuvat ennaltaehkäisy ja varhainen puuttuminen. Moniammatillista henkilöstöä on riittävästi ja se on pysyvää ja osaavaa.

Ikääntyneet: Ikääntyvät Etelä-Karjalan asukkaat elävät mahdollisimman pitkään hyvin varustetuissa kodeissaan omatoimisesti ja turvallisesti. He huolehtivat kunnostaan ja osallistuvat yhteisönsä toimintaan ja vaikuttavat lähipalveluiden kehittämiseen. Palvelut hoitaa koulutettu ja osaava moniammatillinen henkilöstö, jonka käytössä on moderni tieto- ja hyvinvointiteknologia. Palveluvalikoima on monipuolinen ja siinä on huomioitu itsenäistä selviytymistä tukevat palvelut ja tarvetta vastaava kuntoutus, hoiva ja hoito. Palveluketjut ovat laadukkaita ja joustavat.

Terveyden ja sairaanhoito: Etelä-Karjalan asukkaat tiedostavat vastuunsa omasta ja lähiympäristönsä terveydestä. He pyrkivät omassa toiminnassaan terveyttä edistäviin elintapoihin. Heillä on turvallinen ja viihtyisä elinympäristö, joka edistää heidän hyvinvointiaan. Terveyden edistäminen on yksi kuntien toimintapolitiikan painopistealueita. Terveyden edistäminen on ymmärretty kuntien kaikkien toimialojen yhteiseksi tehtäväksi. Terveyspalvelut on järjestetty muuttuvia tarpeita vastaavaksi seudullisena/maakunnallisena yhteistyönä hyödyntäen hyvinvointiteknologian kehittyminen. Hoito- ja palveluketjut ovat toimivia. Kaikissa ammattiryhmissä on riittävästi koulutettua henkilöstöä, jonka työhyvinvoinnista on huolehdittu.

3 LAPSET, NUORET JA PERHEET – KEHITTÄMISALUEEN STRATEGIA

3.1 Toimintaympäristön kuvaus

Lasten määrä on vähentynyt ja vähenee edelleen Suomessa. Vuosina 1998–2002 alle 18-vuotiaiden määrä vähentyi 3,2 %:lla koko maassa. Etelä-Karjalassa vähennys oli 5,6 %. Väestöennusteen mukaan alle 15-vuotiaiden määrä vähenee Suomessa noin 50 000:lla vuoteen 2010 mennessä. Etelä-Karjalassa vähennys on 1 700 alle 16-vuotiaasta. Tarkasteltaessa ajanjaksoa 2004–2020 lasten ja nuorten määrän muutos on suurinta 7–15-vuotiaiden sekä 16–24-vuotiaiden ikäryhmissä. Alle kouluikäisten määrä jo hieman nousee. Tästä on pääteltävissä, että Etelä-Karjalassa alle kouluikäisten määrän suurin vähennys on ajoittunut 2000 – luvun taitteeseen.

Seutukunnittain tarkasteltaessa Imatran seutukunnassa lasten ja nuorten lukumäärän vähentyminen ja suhteellinen muutos on suurinta. Kunnittaisessa tarkastelussa vain Lemillä lasten ja nuorten määrä lisääntyy kaikissa ikäryhmissä. Taipalsaarella ja Suomenniemellä pienenee vain 7–15-vuotiaiden määrä, muissa ikäryhmissä on kasvua. Suurinta lasten ja nuorten suhteellisen määrän väheneminen on Parikkalassa, Rautjärvellä ja Savitaipaleella. Etelä-Karjalassa on muiden maakuntien tapaan nähtävissä nuorten aikuisten (20–24-vuotiaat) muuttaminen maakunnan keskuskaupunkiin. Lappeenrannassa asuu 56 % maakunnan nuorista aikuisista (Taulukko 2).

Taulukko 2. Väestöennuste iän mukaan Etelä-Karjalan kunnissa ja seutukunnissa vuonna 2020.

Kunta/ Seutukunta	Muutos 2004 - 2020			Muutos %			Osuus 2020 %		
	0 - 6 v	7 - 15 v	16-24 v	0 - 6 v	7 - 15 v	16-24 v	0 - 6 v	7 - 15 v	16-24 v
Imatra	-116	-755	-448	-6,6	-25,1	-15,0	5,9	8,2	9,2
Parikkala	-32	-244	-173	-11,8	-40,2	-34,2	4,5	6,8	6,2
Rautjärvi	-59	-164	-55	-24,4	-37,1	-17,0	4,7	7,2	6,9
Ruokolahti	-17	-127	-108	-5,2	-21,4	-23,0	5,5	8,4	6,5
Imatran seutukunta	-224	-1290	-784	-8,6	-27,7	-18,3	5,6	7,9	8,2
Joutseno	-42	-196	-228	-5,9	-16,9	-23,2	6,7	9,6	7,5
Lappeenranta	363	-367	-532	9,1	-6,1	-7,0	7,0	9,0	11,2
Lappeenrannan seutukunta	321	-563	-760	6,8	-7,9	-8,9	6,9	9,1	10,7
Lemi	11	17	4	4,3	4,7	1,6	7,9	11,1	7,4
Luumäki	-26	-118	-93	-8,1	-22,2	-21,3	5,7	7,9	6,6
Savitaipale	-24	-147	-112	-11,1	-33,9	-30,9	5,5	8,2	7,1
Suomenniemi	2	-1	8	4,4	-1,3	15,7	5,2	8,8	6,6
Taipalsaari	26	-84	35	6,7	-12,6	9,1	7,3	10,4	7,5
Ylämaa	3	8	-53	3,8	7,3	-39,0	5,9	8,5	6,0
Länsi-Saimaan seutukunta	-8	-325	-211	-0,6	-14,9	-13,0	6,5	9,3	7,0
Etelä-Karjala	89	-2178	-1755	1,0	-15,6	-12,2	6,4	8,8	9,4
Koko maa	7843	-51834	-53826	2,0	-8,9	-9,2	7,5	9,8	9,8

Lähde: Tilastokeskus

3.1.1 Lasten nuorten ja perheiden hyvinvointiin vaikuttavat tekijät

3.1.1.1 Perherakenne

Etelä-Karjalan alueella lapsiperheiden määrä on vähentynyt vuodesta 1994 vuoteen 2003. Kehitys on ollut samanlainen myös muualla Suomessa. Etelä-Karjalassa lapsiperheitä, eli perheitä joissa oli vähintään yksi alle 18-vuotias lapsi, oli vuonna 2003 hieman keskimääräistä vähemmän. Koko maassa lapsiperheitä oli kaikista perheistä 42 %. Etelä-Karjalassa vain 38,8 % (Taulukko 3).

Seutukunnittain tarkasteltaessa lapsiperheiden määrä oli vuonna 2003 vähäisin Imatran seutukunnassa. Taipalsaari oli ainoa kunta, jossa lapsiperheiden määrä oli suurempi kuin maassa keskimäärin. Siellä lähes puolet perheistä oli lapsiperheitä (46,7%). Lemillä ja Lappeenrannassa lapsiperheiden määrä oli lähellä maan keskiarvoa. Ylämaalla ja Suomenniemellä lapsiperheitä oli vain kolmasosa perheistä.

Suomessa perherakenne on monipuolistunut avoliittojen, yksinhuoltajaperheiden ja uusperheiden lisääntyessä. Yleisin lapsiperhetyyppi on edelleen kahden aikuisen lapsiperhe, vuonna 2004 63 %:ssa lapsiperheitä oli kaksi aikuista. Näiden perheiden määrä on kuitenkin vähenevässä. Avopariperheiden ja yksinhuoltajaperheiden määrä kasvaa jatkuvasti. Vuonna 2004 avopariperheitä oli 17 % ja yksinhuoltajaperheitä 19,9 %. Uusperheiden määrä on myös jonkin verran kasvanut. Uusperheiden osuus lapsiperheistä oli vuonna 2004 lähes 9 %. Myös perheellistymisessä on havaittavissa muutoksia. Perheiden lapsimäärä on lievässä kasvussa, mutta toisaalta yhä useammat naiset jäävät lapsettomiksi. (Sosiaaliturvan suunta 2004.)

Taulukko 3. Lapsiperheet Etelä-Karjalan kunnissa ja seutukunnissa vuosina 1994 ja 2003.

Kunta/ Seutukunta	Lapsiperheet % perheistä		Yksinhuoltajaperh. % lapsip.	
	vuosi 1994	vuosi 2003	vuosi 1994	vuosi 2003
Imatra	42,1	37,5	18,5	21,8
Parikkala	38,5	33,2	13,3	16,0
Rautjärvi	40,7	34,2	12,2	18,1
Ruokolahti	39,6	35,5	10,2	15,3
Imatran	41,1	36,4	16,2	19,9
seutukunta				
Joutseno	45,7	38,5	15,8	17,8
Lappeenranta	44,6	40,6	18,4	23,7
Lappeenrannan	44,8	40,2	18	22,8
seutukunta				
Lemi	46,1	41,9	14,9	16,1
Luumäki	39,4	37,3	18,5	14,8
Savitaipale	41,6	35,3	13,2	17,0
Suomenniemi	33,7	31,4	20,5	20,3
Taipalsaari	51,0	46,7	11,4	14,4
Ylämaa	37,4	31,1	11,8	12,8
Länsi-Saimaan	43,2	39,3	14,4	15,3
seutukunta				
Etelä-Karjala	43,2	38,8	16,8	20,7
Koko maa	46,7	42,0	16,9	19,9

Lähde: Sotkanet

Etelä-Karjalassa yksinhuoltajaperheiden määrä oli lisääntynyt vuodesta 1994 vuoteen 2003 ja oli lähellä valtakunnan tasoa (20,7 %). Lappeenrannassa ja Imatralla oli kaupungeille tyypillisesti yksinhuoltajaperheitä hieman keskimääräistä enemmän. Myös Suomenniemellä yksinhuoltajaperheitä oli hieman keskimääräistä enemmän. Muissa kunnissa yksinhuoltajaperheitä oli keskimääräistä vähemmän. Yksinhuoltajaperheissä vastuu perheen sosiaalisesta ja taloudellisesta hyvinvoinnista on yhden aikuisen varassa ja tuen mahdollisuudet perheen sisällä ovat pienemmät. Sinänsä yksinhuoltajaperheiden yleistymisen ei lisää riskiä lasten ja nuorten syrjäytymiseen ja huono-osaisuuteen, mutta eroon liittyvät voimakkaat ristiriitatilanteet tai pitkittyneet lähisuhdeongelmat saattavat lisätä riskiä.

3.1.1.2 Lapsiperheiden toimeentulo

Keskimääräinen toimeentulo heikkeni lapsiperheissä pitkäksi aikaa vuosien 1990-91 jälkeen. Tulotason lasku osui selvimmin keskituloisiin, joita lapsiperheet tyypillisesti ovat. Samalla lasten köyhyysaste kohosi. Vasta 1998 kotitalouksien käytettävissä olevat tulot saavuttivat reaalisesti vuoden 1990 tulotason. Vuonna 2003 lasten suhteellinen köyhyysaste nousi ensimmäistä kertaa korkeammaksi kuin koko väestön köyhyysaste. Vaikka lapsiperheiden taloudellisen toimeentulon kehitys on ollut hyvä tai keskinkertainen suurimmassa osassa lapsiperheitä vuosina 1990-2002, on tulokehitys ollut huono suurissa lapsiperheissä, yksinhuoltajilla sekä niissä perheissä, joissa on alle kolmevuotias lapsi. Lapsiperheiden taloudellisen eriarvoisuuden kasvu on ollut voimakasta. Se selittyy etupäässä työmarkkinoiden epävakaisuudella ja lisääntyneillä työllistymisvaikeuksilla. Lapsiperheiden saamat perhepoliittiset tulonsiirrot ovat myös heikentyneet keskimäärin noin 10 prosenttia laman jälkeen, mikä on heikentänyt erityisesti pienituloisten lapsiperheiden toimeentuloa. Perheiden taloudellinen tuke-

minen lapsista aiheutuvien kustannusten tasaamiseksi on tärkeä osa vanhemmuuden tukemis-
ta. (Moisio 2005)

Taulukko 4. Toimeentulotuki Etelä-Karjalan kunnissa vuosina 1994 ja 2003.

Kunta	Toimeentulotukea saaneet % asukkaista		Toimeentulotukea saaneita lapsiperh. % lapsiperheistä*	
	vuosi 1994	vuosi 2003	vuosi 1994	vuosi 2003
Imatra	12,3	10,3	14,9	14,4
Joutseno	9,4	9,1	11,2	11,8
Lappeenranta	10,9	10,6	12,6	13,4
Lemi	3,7	3,9	4,5	4,4
Luumäki	5,4	4,1	7,8	4,7
Parikkala	4,5	4,4	6,5	5,7
Rautjärvi	5,2	5,6	4,6	7,5
Ruokolahti	7,3	4,5	8,8	5,1
Savitaipale	7,9	5,1	11,8	4,8
Suomenniemi	7,2	5,8	14,5	8,7
Taipalsaari	10,2	8,4	11,2	9,8
Ylämaa	4,7	6,1	5,9	8,3
Etelä-Karjala	9,8	9,0	11,3	11,6
Koko maa	11,3	8,1	13,5	10,3

Lähde: Sotkanet ja * laskettu Sotkan tietojen perusteella.

Toimeentulotukea saavien osuus on vähentynyt 1990 – luvun tilanteesta. Etelä-Karjalan asukkaista toimeentulotukea sai vuonna 2003 suhteellisesti enemmän kuin maassa keskimäärin. Etelä-Karjalassa toimeentulotukea saavien lapsiperheiden osuus oli hieman lisääntynyt verrattaessa vuosia 1994 ja 2003, kun se maassa keskimäärin oli laskenut. Lappeenrannassa ja Imatralla toimeentulotukea saaneiden lapsiperheiden osuudet olivat vuonna 2003 maan keskitasoa suuremmat, maaseutumaisissa kunnissa taas maan keskitasoa pienemmät. Toimeentulotukitilastot eivät kerro lasten lukumäärää tai ikää perheessä eikä niissä ole kuntakohtaisia tietoja yksinhuoltajaperheiden osuudesta. Etelä-Suomen lääninhallituksen selvityksen (2004) mukaan yli puolet Etelä-Suomen läänissä toimeentulotukea saaneista perheistä oli yhden lapsen perheitä.

3.1.1.3 Vanhemmuus

Pohjan lasten ja nuorten suotuisalle sekä tasapainoiselle kasvulle ja kehitykselle luovat turvaliset ja jatkuvat ihmissuhteet. Perhe onkin aikuisten ja lasten tunneyhteisö. Perheen ihmissuhteet ja tunnesiteet pitävät yllä itsetuntoa ja terveyttä. Hyvään lapsuuteen kuuluvat kiintymyssuhteet ja perushoiva, lasta aktiivisesti kuuleva, johdonmukainen ja ohjaava kasvatus sekä rajojen asettaminen. Vanhemmuus, joka tarjoaa läsnä olevaa aikuisuutta, edistää lapsen hyvinvointia ja on myös tärkeä suojatekijä silloin, kun lapsen elinympäristöön liittyy riskitekijöitä. Yleisimmin vaikeiden, kotikasvatuksen puuttumiseen johtavien tilanteiden taustalla ovat vanhempien päihde- ja mielenterveysongelmat. Asiantuntijoiden mukaan 17-20 % lapsista asuu väkivaltaisissa perheissä. Vähintään saman verran lapsista kärsii vanhempien päihdeiden käytöstä. Lasten kasvuedellytysten turvaamisen keskeiseksi teemaksi on noussut vanhemmuuden tukeminen. (Lapsen hyvä elämä 2015.)

Perhe- ja työelämän yhteensovittamisen ongelmat ovat yksi keskeinen perheenjäsenten hyvinvointia uhkaava tekijä nyt ja tulevaisuudessa. Lapsiperheiden vanhempien työpäivät ovat usein pitkiä, ja aikaa perhe-elämälle jää toivottua vähemmän. Äitien ja isien työaika on sitä

pidempi, mitä vanhempia lapset ovat. Alle 3-vuotiaiden lasten äidit ja isät lyhentävät säännöllisesti viikkotyöaikaansa. Väestöliiton perhebarometrin mukaan työssäkäyvistä 5-11-vuotiaiden lasten vanhemmista lähes puolet koki työn haittaavan jonkin verran perhe-elämää. (Perhepoliittinen strategia 2003.)

Kahden vuoden välein toteutettavan kouluterveyskyselyn (2004) perusteella vuonna 2004 vanhemmuuden puutetta oli peruskoululaisilla ja lukiolaisilla Etelä-Karjalassa 24 %:lla oppilaista. Tulos on yhteneväinen muita maakuntia tarkasteltaessa. Etelä-Karjalassa 40 % peruskoululaisten vanhemmista ja 36 % lukiolaisten vanhemmista ei tiennyt nuorten viikonloppuihin viettopaikkaa. Maan keskiarvo oli 39 %.

3.1.2 Lasten nuorten ja perheiden hyvinvoinnin ilmeneminen

3.1.2.1 Terveys

Suurin osa suomalaisista lapsista ja nuorista voi hyvin ja on terveitä. Lasten terveys on jatkuvasti parantunut, kun mittarina käytetään lasten kuolleisuutta. Lasten ja nuorten terveyden kokeminen ei ole muuttunut samalla tavalla positiiviseen suuntaan – samanaikaisesti erilainen oireilu on lisääntynyt. Kouluikäisten hyvinvointi- ja terveystietojen perusteella näyttää siltä, että myönteinen kehitys on 1990 – luvulla kääntynyt kielteiseen suuntaan. Kouluterveyskyselyn (2004) mukaan vuonna 2004 nuorista 18 % koki terveydentilansa keskinkertaiseksi tai huonoksi. Luku on samansuuntainen koko maassa. Vuodesta 1999 lähtien on tapahtunut muutosta huonompaan suuntaan. Eduskunnan tulevaisuusvaliokunnan selvityksen (2004) mukaan tulevaisuudessa monisairaiden ja erityisesti moniongelmaisten lasten ja nuorten sosiaali-, koulutus- ja terveystalvelujen tarve kasvaa.

Väestöryhmien väliset terveyserot alkavat kehittyä jo lapsuudessa, kun osa lapsista kasvaa huonommissa olosuhteissa ja kasvuympäristössä. Lasten terveyden uhkina ovat turvattomuuteen liittyvät oireet ja sairaudet, kuten mielenterveyden ongelmat ja sosiaalisen kehityksen häiriintyminen. Yhteiskunnan ja sosiaalisen ympäristön suuret muutokset, tiedotusvälineiden vaikutus ja yhteiskunnassa korostuva kilpailu ovat yhteydessä lasten psykososiaaliseen pahoinvoinnin lisääntymiseen. Arkiympäristöt rakentuvat ja toimivat talouselämän ja aikuisten ehdoilla. (Terveys 2015 kansanterveysohjelma.)

Noin 10 %:lla nuorista on pitkäaikaissairauksia. Näitä ovat mm. astma, allergiat, diabetes, ylipainoisuus sekä käyttäytymis- ja kontaktihäiriöt. Kun otetaan huomioon myös mielenterveyden ja oppimisen ongelmat, on arvioitu, että joka kolmannella lapsella olisi tarvetta joihinkin erityistoimenpiteisiin. Ongelmallisessa sosiaalisessa ympäristössä elävillä ja sosiaalisesti huono-osaisilla nuorilla riski oireiden ja epäterveiden elämäntapojen kehittymisestä pysyviksi on suurempi kuin vakaassa sosiaalisessa asemassa olevilla ja pitempään koulutukseen suuntautuvilla nuorilla. (Valtioneuvoston selonteko eduskunnalle lasten ja nuorten hyvinvoinnista 2002.)

3.1.2.2 Mielenterveysongelmat

Lasten ja nuorten psyykkiset oireet eivät ole viime vuosina lisääntyneet, vaikka mielenterveyspalveluiden käyttö on lisääntynyt. Vuonna 1999 vakavia psyykkisiä häiriöitä oli noin neljällä ja keskivaikeita häiriöitä noin 17 prosentilla 8–9-vuotiaista lapsista. Epidemiologisten tutkimusten mukaan 15-20 %:lla nuorista esiintyy mielenterveyden häiriöitä. 5 %:lla nuorista nämä häiriöt ovat vakavia ja vaativat psykiatrasta apua. 20-24-vuotiaista mielenterveyden häi-

riöistä kärsivistä vain kolmannes oli ollut yhteydessä mielenterveyspalveluihin. (Valtioneuvoston selonteko eduskunnalle lasten ja nuorten hyvinvoinnista 2002.)

Valtioneuvoston selonteon lasten ja nuorten hyvinvoinnista (2002) mukaan merkittävin kouluikäisten mielenterveyden ongelma on masennus. Kouluterveyskyselyn (2004) mukaan masentuneisuus on pysynyt seurantajaksolla 2000–2004 samalla tasolla. Etelä-Karjalassa vuonna 2004 keskivaikeasta tai vaikeasta masennuksesta kärsii 13 % peruskoulun 8. ja 9. luokkien oppilaista sekä 10 % lukion 1. ja 2. luokkien oppilaista. Masentuneisuus oli tytöillä huomattavasti yleisempää kuin pojilla molemmissa koulutyypeissä. Nuoruuden aikaisten masennoisoreiden on todettu ennustavan varhaisaikuisuuden mielenterveyshäiriöitä.

Nuorten syrjäytymiskehitykseen on olemassa monia syitä. Suurimmassa vaarassa jäädä syrjään iän mukaisesta kehityksestä ovat ne nuoret, joilla on vajeita sosiaalisissa taidoissa, oppimiseen liittyviä ongelmia, kielteinen minäkäsitys tai joilla on hoitamattomia psyykkisiä ongelmia. Lasten ja nuorten hyvät mielenterveyspalvelut tarjoavat mahdollisuuden varhaiseen hoitoon, jolla on merkittävä ennalta ehkäisevä vaikutus.

3.1.2.3 Päihteiden käyttö

Riippuvuutta aiheuttavat aineet ovat terveysriski sekä lyhyellä aikavälillä että myöhemmällä aikuisiällä. Varhainen alkoholinkäytön aloittaminen on ilmeisesti voimakkaimpia myöhemmin kehittyvää alkoholiriippuvuutta ennustavista tekijöistä; mitä nuorempana päihteille altistutaan sitä suurempi on päihderiippuvuuden kehittymisriski (Alkoholiohjelma 2004-2007). Tupakointi altistaa nuorten elimistön terveysvaurioille. Nuorten tupakointi näyttäisi altistavan myös huumeiden kokeiluun ja käyttöön. Kouluterveyskyselyn (2004) mukaan päivittäin tupakoivista koululaisista 49 % oli kokeillut huumaavia aineita, mutta tupakoimattomista vain 4 %.

Nuorten alkoholinkulutus lisääntyi vuosina 1985–1999. Tällöin kulutus lisääntyi erityisesti 14–16-vuotiailla tytöillä. Tyttöjen juomistiheys ja huomalajuomisen yleisyys lähes saavuttivat poikien tason. 18-vuotiaina tytöt joivat jo selvästi harvemmin ja myös humaltuivat harvemmin kuin samanikäiset pojat. Vuodesta 2000 eteenpäin nuorten alkoholin käyttö kääntyi laskuun, joka oli etenkin yläasteikäisten kohdalla jyrkkää. Kouluterveyskyselyn (2004) mukaan tosi humalassa vähintään kerran kuukaudessa olevien osuus väheni vuosina 2000–2002, mutta lisääntyi vuonna 2004. Etelä-Karjalassa peruskoulun 8. ja 9. luokkalaisilla osuus oli vuonna 2004 23 % ja lukiolaisilla 31 %. Luvut ovat maan keskiarvon mukaisia. Lähitulevaisuuden suurin huolenaihe on usein toistuvan alkoholinkäytön ja humalajuomisen kasaantuminen niille nuorille, jotka ovat muutenkin vaarassa syrjäytyä.

Huumekokeilut ovat kouluterveyskyselyn (2004) mukaan Etelä-Karjalassa keskimääräistä harvinaisempia. Kuitenkin vuonna 2004 peruskoulun 8. ja 9. luokkalaisista 8 % ja lukiolaisista 12 % on kokeillut huumeita ainakin kerran. Tutkimusten mukaan neljännes suomalaisista nuorista tupakoi säännöllisesti. Tupakointi on kuitenkin vähentynyt tasaisesti. Etelä-Karjalassa nuorten tupakointi on kouluterveyskyselyn mukaan vähentynyt vuosina 2000–2004. Vuonna 2004 20 % peruskoulun 8. ja 9. luokan oppilaista sekä 14 % lukiolaisista tupakoi päivittäin.

3.1.2.4 Nuorten rikollisuus

Rikokset ilmentävät yhdeltä osalta sosiaalista huono-osaisuutta Rikoksentehtäjän taustat eivät rikostilastoista selviä, eivätkä ne suoraan kerro tekijänsä huono-osaisuudesta tai syrjäytymisestä. Rikokset kertovat kuitenkin yhteisön tasolla sosiaalipoliittisista ongelmista ja yksilötasolla elämänlaadun ongelmista. (Kurkinen 2005.)

Taulukko 5. Poliisin tietoon tulleet nuorten (15–29-vuotiaiden) tekemät rikokset Etelä-Karjalassa seutukunnittain vuosina 1998 ja 2003.

	Imatran seutukunta	Lappeen- rannan seutukunta	Länsi- Saimaan seutukunta	Etelä- Karjala	Koko maa
Pahoinpitelyt					
v. 1998	147	93	28	244	12 449
v. 2003	91	179	21	291	13 245
Vahingonteot					
v. 1998	86	65	58	165	8 559
v. 2003	49	96	26	171	9 133
Varkaudet					
v. 1998	368	643	35	1 009	38 697
v. 2003	329	464	54	847	37 971
Rattijuopumuk.					
v. 1998	136	101	21	230	8 199
v. 2003	87	154	24	265	9 497
Huumausainerik.					
v. 1998	35	137	42	208	6 819
v. 2003	55	189	10	254	10 698
Muut rikokset					
v. 1998	1 908	2 463	815	4 886	176 463
v. 2003	1 493	2 200	701	4 394	185 797
Kaikki rikokset yhteensä					
v. 1998	2 680	3 502	999	6 742	251 186
v. 2003	2 104	3 282	836	6 222	266 341

Lähde: Nuorten elinoloindikaattorit, Opetusministeriö.

Nuorten rikoskäyttäytymistä tutkivan selvityksen (2005) mukaan nuorten tekemät rikokset ovat vähentyneet viimeisen kymmenen vuoden aikana. Kehitys on nähtävissä myös Etelä-Karjalassa. Erityisesti varkaudet ovat nuorten keskuudessa vähentyneet. Toisaalta Lappeenrannan seutukunnassa pahoinpitelyt ja vahingonteot ovat lisääntyneet vuosina 1998–2003, kun ne valtakunnan tasolla ovat vähentyneet. Huumausainerikosten määrä on lisääntynyt sekä valtakunnassa että Etelä-Karjalassa (Taulukko 5).

Vuoden 2004 nuorisoriikollisuuskyselyn mukaan sosiaalisen pääoman puute liittyi kohonneeseen rikostenteon riskialttiuteen. Perheen hyvinvointi, erityisesti vanhempien tuki, suojaa nuoria rikoksilta. Nuorten rikosalttiutta lisäsivät yksilötekijöistä heikko koulumenestys ja alhainen itsekontrolli. Tämän perusteella panostaminen perheiden hyvinvointiin sekä vanhemmuuden tukemiseen vaikuttaa nuorten rikoskäyttäytymisen riskiin ja myös torjuntaan. (Salmi 2005.)

3.1.3 Lasten, nuorten ja perheiden hyvinvointiin vaikuttavista tekijöistä huolehtiminen

Lapsen ja nuoren hyvinvointiin vaikuttaa olennaisesti myös ympäristö. Lapselle ja nuorelle hyvä ympäristö on tärkeä ja sen merkitys on suurempi kuin aikuiselle. Lapsi näkee ja kokee ympäristön eri tavalla kuin aikuinen. Lapsen toimintasäde on lyhyt, mistä syystä kodin lähiympäristön merkitys on suuri. Sosiaaliseseen kasvamiseen tarvitaan riittävästi yhteisiä lähi-leikkipaikkoja ja muita yhteisiä alueita ja tiloja. Nuorten ympäristössä tärkeää on lähiliikunta-paikkojen ja muiden yhteistilojen olemassaolo.

Ympäristöä tulisikin kaavoittaa, rakentaa ja kehittää myös lapsen ehdoilla. Erityisesti asuin-alueiden ja niiden lähiympäristöjen suunnittelussa tulee huomioida lapsen erikoislaatuisuus. Kenenkään etujen mukaista ei ole rakentaa asuinalueita, jonne keskittyisi useita vakavia ongelmia. Siksi asuinalueiden tulisikin tarjota mahdollisuuksia sekä omistus-, asumisoikeus- että vuokra-asuntoon kaikille väestöryhmille. Perheillä tulisi olla mahdollisuus saavuttaa kohtuullinen asumisväljyys ja asumisen turvallisuus nykyistä varhaisemmassa vaiheessa. Päivähoito ja koulu ovat kodin ohella lasten keskeisiä kasvuympäristöjä. Päiväkotij- ja koulurakennusten tulee tarjota lapsille ja nuorille terveellinen toimintaympäristö. (Perhepoliittinen strategia 2003.)

3.1.3.1 Peruspalvelut ja lasten hyvinvoinnista huolehtiminen

Perheen oman ihmissuhdeverkoston lisäksi yhteiskunta tukee perhe-elämää ja lapsia laajalla palvelujärjestelmällä, jonka ytimeen kuuluvat terveydenhuollon, päivähoidon ja koulutuksen palvelut. Näitä palveluita käsitellään tässä kappaleessa yhteisnimikkeellä peruspalvelut. Viime vuosina tukijärjestelmä on toisaalta laajentunut, esimerkiksi pienten lasten hoidon osalta. Vuodesta 1996 lähtien alle kouluikäisten lasten perheillä on ollut subjektiivinen oikeus päivähoitoon ja alle kolmivuotiaiden perheillä kotihoidon tukeen. Toisaalta lapsiperheiden kotipalveluita on 1990 – luvulla voimakkaasti supistettu. Samanaikaisesti yksilöllisten tukitoimien ja erityispalveluiden tarve on kasvanut, eikä niitä aina pystytty järjestämään riittävästi. Myös henkilöstön riittävyys ja vaihtuvuus aiheuttaa ongelmia.

Toimivat peruspalvelut ovat olennainen asia perheiden turvallisen arkielämän kannalta. Lapset ja heidän vanhempansa eivät saa olla eriarvoisessa asemassa terveydenhoidon, päivähoidon tai kouluopetuksen suhteen asuinpaikan, etniseen ryhmään kuulumisen tai muun syyn takia. Kaikki lapset ja heidän vanhempansa ovat asiakkuussuhteessa jossain peruspalvelussa. Siksi näiden on erikseen ja yhdessä toimittava niin, että kehittyvän lapsen ja nuoren terveydelliset, kehitykselliset ja sosiaaliset erityistarpeet huomataan ja ne otetaan työn kohteeksi aukottomasti. Syrjäytymisen ehkäisy on sitä tehokkaampaa, mitä varhaisemmassa vaiheessa se aloitetaan. Syrjäytymisen ehkäisy tuo sekä inhimillisesti että kansantaloudellisesti merkittäviä säästöjä.

Varhaisvaiheessa havaittavien ongelmien käsittelemiseksi on luotu varhaisen puuttumisen menetelmiä kaikkeen lasten ja nuorten kanssa tehtävään työhön. Näitä toimintamalleja ovat mm. huolen puheeksi otto ja verkostotyö, joita voidaan käyttää päivähoidossa, äitiys- ja lastenneuvolassa sekä koulutoimissa. Huolen ottaminen puheeksi on olennainen osa kunnioittavaa varhaista puuttumista. Huoli ilmaisee, että asioiden ennakoidaan menevän lapsen tai nuoren kannalta huonoon suuntaan, ellei saada aikaan muutosta. Varhainen puuttuminen edellyttää ajattelutavan muutosta niin yksittäisten ihmisten, palvelujen tarjoajien, ammattilaisten kuin yhteiskunnankin tasolla.

Neuvolatoiminta: Lasten ja lapsiperheiden yhtenä peruspalveluiden ytimenä toimivat äitiys- ja lastenneuvolat, joilla on yhteiskunnassa vakiintunut ja keskeinen asema. Neuvolapalveluiden järjestämisvastuu on kunnilla. Niiden tulee olla kaikkien perheiden saatavilla ja ne toimivatkin ”matalan kynnyksen” palveluina. Äitiysneuvolan tehtävänä on odottavan äidin ja koko perheen hyvinvoinnista huolehtiminen. Lastenneuvolan tehtävänä on lasten fyysisen ja psyykkisen terveyden sekä perheiden hyvinvoinnin tukeminen etenkin erityistä tukea tarvitsevilla perheillä. Neuvolatoiminnan tavoitteena onkin perheiden välisten terveyserojen kaventuminen sekä seuraavan sukupolven terveyden ja vanhemmuuden voimavarojen parantuminen.

Määräaikaissuranta ja erilaiset seulonnat sekä niihin liittyvä perheiden neuvonta ja tukeminen muodostavat neuvolatoiminnan tukirangan. Näistä tehtävistä ovat perinteisesti huolehtineet terveydenhoitajat yhteistyössä lääkärin kanssa. Neuvolatoiminnan haasteellisuus on kuitenkin lisääntynyt ja siksi lasten ja perheiden pulmien ehkäiseminen ja hoitaminen edellyttävät yhä useammin moniammatillista yhteistyötä. Myös varhaisen puuttumisen menetelmien käyttöönottoa ja suunnattujen kotikäyntien lisäämistä suositellaan neuvolatoiminnan kehittämiseksi. Neuvolatoiminnan tuloksellisuuden kehittäminen edellyttää kuitenkin riittäviä resursseja ja henkilöstön täydennyskoulutuksesta huolehtimista. Kustannusten hillitsemiseksi onkin syytä käyttää ehkäisevän työn mahdollisuudet, sillä neuvolatoiminta on terveydenhuollon muihin kustannuksiin suhteutettuna erittäin halpaa. Yhden lapsen koko lastenneuvolaiän seuranta maksaa 1000 – 2000 euroa riippuen vastaanottokäyntien, kotikäyntien ja valmennusryhmäkertojen määrästä. (Lastenneuvola lapsiperheiden tukena 2004.)

Päivähoito: Kunnan tehtävänä on järjestää alle kouluikäisille lapsille lapsen kasvua ja kehitystä tukeva hoitomahdollisuus sekä erityistä hoitoa ja kasvatusta tarvitseville lapsille heidän tarvitsemiaan erityispalveluita ja tukitoimia. Lasten päivähoitoa voidaan järjestää päiväkotihoidona, perhepäivähoitona tai muuna ohjattuna toimintana. Ammattitaitoisen henkilöstön riittävyys ja pysyvyys turvaa lapsen kasvu- ja kehitysedellytyksiä. Huomiota on kiinnitettävä päivähoitojen ryhmäkokojen suuruuteen ja ihmissuhteiden jatkuvuuteen.

Etelä-Karjalassa kunnallisessa päivähoidossa olleiden 0–6-vuotiaiden lasten määrä oli vuoden 2003 lopussa valtakunnallista keskitasoa eli noin puolet ikäluokasta. Päivähoidossa olleiden lasten määrä vaihteli kunnittain suuresti Parikkalan 73 %:sta Uukuniemen 15 %:iin 0–6-vuotiaista lapsista. Päivähoito painottui päiväkotihoidon Lappeenrannassa, Imatralla ja Suomenniemiellä. Maakunnan pienimmissä kunnissa, lukuun ottamatta Suomenniemeä, perhepäivähoidossa oli lapsia suhteellisesti enemmän (Taulukko 6).

Etelä-Suomen lääninhallituksen selvityksen (2002) mukaan erityistä hoitoa ja kasvatusta vaativien lasten osuus on kasvanut koko maassa. Erityistä tukea tarvitsevien lasten osuus kaikista päivähoidossa olevista lapsista oli koko maassa keskimäärin 6 % ja Etelä-Karjalassa 9,6 %. Erityistä tukea tarvitsevilla lapsilla on asiantuntijan lausunto erityisen tuen tarpeesta tai diagnoosi. Suurin osa näistä lapsista on sijoitettu eli integroitu tavallisiin päiväkoti- tai perhepäivähoitoryhmiin, joissa osassa on myös avustaja. Lasten kasvun ja kehityksen tueksi sekä henkilöstön konsultaatioavuksi tarvitaan varhaiskasvatuksen erityistyöntekijää, joka yleisimmin on erityislastentarhaopettaja. Yli puolessa Etelä-Suomen kunnista ei kunnallisen henkilökäskiterin mukaan työskennellyt yhtään erityislastentarhaopettajaa vuonna 2002. Etelä-Karjalassa oli keskimäärin 0,6 erityislastentarhaopettajaa tuhatta 1–6-vuotiaasta lasta kohti, kun koko maan keskiarvo oli 2,2. Tämän mukaan Etelä-Karjalassa olisi puutetta erityislastentarhanopettajista.

Taulukko 6. Lasten päivähoito Etelä-Karjalan kunnissa vuonna 2003.

Kunta	Lapsia päivähoidossa		Lapsia päiväkotihoidossa		Lapsia perhepäivähoidossa	
	luku- määrä	% 0 - 6 - vuotiaista	luku- määrä	% päivähoid. olleista	luku- määrä	% päivähoid. olleista
Imatra	1 059	58,9	668	63,1	391	36,9
Joutseno	341	46,8	169	49,6	172	50,4
Lappeenranta	2 043	50,2	1 689	82,7	354	17,3
Lemi	97	36,1	33	34,0	64	66,0
Luumäki	115	34,8	43	37,4	72	62,6
Parikkala	160	73,4	67	41,9	93	58,1
Rautjärvi	107	41,2	40	37,4	67	62,6
Ruokolahti	155	46,3	59	38,1	96	61,9
Saari	19	44,2	-	0,0	19	100,0
Savitaipale	97	41,6	20	20,6	77	79,4
Suomenniemi	13	26,5	13	100,0	-	0,0
Taipalsaari	157	41,1	57	36,3	100	63,7
Uukuniemi	5	15,6	-	0,0	5	100,0
Ylämaa	25	39,1	11	44,0	14	56,0
Etelä-Karjala	4 393	49,9	2 869	65,3	1 524	34,7
Koko maa	190 585	47,7	130 564	68,5	60 021	31,5

Lähde: Tilastokeskus

Kunnan harkinnan mukaan lapsille ja perheille voidaan tarjota ohjattua toimintaa kerhoissa ja avoimissa päiväkodeissa. Perhe- ja leikkitoiminnan palvelut täydentävät muita päivähoitopalveluja. Näiden järjestäjänä voivat kunnan ohella toimia seurakunnat, yksityiset palveluntuottajat tai järjestöt. Perhe- ja leikkitoiminta helpottaa subjektiivisen päivähoito-oikeuden toteuttamista, antaa virikkeitä ja sosiaalisen kontekstin kotihoidossa oleville lapsille ja vertaistukea lapsiaan kotona hoitavalle vanhemmalle.

Maksuton ja vapaaehtoinen esiopetus toteutuu Etelä-Karjalassa pääsääntöisesti sosiaalitoimen alaisessa päivähoidossa päivähoidon yhteydessä. Opetustoimen yhteydessä se toteutuu joissakin kunnissa.

Koululaisten iltapäivätoimintaa oli vuonna 2004 järjestetty kaikissa Etelä-Karjalan kunnissa 1. ja 2. luokkalaisille. Järjestäjinä olivat kunnat, seurakunnat, järjestöt tai urheiluseurat.

Koulutoimi: Kunnan tehtävänä on järjestää kouluikäisille perusopetusta luokat 1–9. Suomessa on oppivelvollisuus ja kaikki kouluikäiset lapset suorittavat peruskoulun oppimäärän. Perusopetuksella on sekä kasvatus- että opetustehtävä. Sen tehtävänä on toisaalta tarjota oppilaalle mahdollisuus hankkia yleissivistystä ja suorittaa oppivelvollisuus ja toisaalta antaa yhteiskunnalle väline kehittää sivistyksellistä pääomaa sekä lisätä yhteisöllisyyttä ja tasa-arvoa. Lasten ja nuorten kasvu- ja kehitysedellytysten turvaamiseen vaikuttaa olennaisesti luokkakoko, joka ei saisi olla liian suuri. Lisäksi opettavan ammattihenkilökunnan riittävyys, työsuhteiden pysyvyys ja työssä jaksaminen on lasten kasvun ja kehityksen kannalta tärkeää.

Perusopetus järjestetään myös erityistä tukea tarvitseville oppilaille. Erityistä tukea tarvitsevat oppilaat, jotka ovat vaarassa jäädä jälkeen opinnoissaan tai joiden kasvun, kehityksen ja oppimisen edellytykset ovat heikentyneet vamman, sairauden tai toimintavajavuuden seurauksena. Erityistä tukea järjestetään myös oppilaille, joiden terve psykososiaalinen tai emotionaalinen kasvu ja kehitys ovat vaarassa tai joilla on opetuksen ja oppilashuollon asiantuntijoiden sekä huoltajan mukaan kehityksessään oppimiseen tai koulunkäyntiin liittyviä tai niitä vaaran-

tavia riskitekijöitä. Heidän opiskelunsa vaatii vaihtoehtoisia opetusmuotoja, joita ovat esim. erityiskoulut, erityisluokat, pienryhmät ja laaja-alainen erityisopetus, joita järjestetään oppilaiden tarpeiden mukaan Perusopetuksen jälkeen nuoret hakeutuvat jatko-opintoihin joko lukioon tai ammatillisiin oppilaitoksiin. Erityistä tukea tarvitsevien nuorien jatko-opinnot voivat toteutua ammattioppilaitoksissa, mutta usein kaivataan vaihtoehtoisia koulutusmuotoja kuten oppisopimuskoulutusta ja työpajatoimintaa.

Koulussa toimii opettajien lisäksi oppilashuollon henkilöstöä. Oppilashuollon toimintoja ovat kouluterveydenhoitajien ja -lääkäreiden palvelut, koulukuraattorin ja -psykologin palvelut, kouluruokailu ja koulukuljetukset. Oppilashuolto on oppilaan hyvän oppimisen, hyvän psyykkisen ja fyysisen terveyden sekä sosiaalisen hyvinvoinnin edistämistä, ylläpitämistä ja niiden edellytyksiä lisäävää toimintaa Oppilashuollon avulla pyritään tunnistamaan oppimisvaikeuksia ja muita ongelmia ja puuttumaan niihin mahdollisimman ajoissa. Hyvä oppilashuoltotyön toteutuminen edellyttää moniammatillista yhteistyötä sekä yhteistyötä koulun ja kodin välillä

Lääninhallitusten selvityksessä Oppilashuolto, järjestyksenpito ja kurinpito perusopetuksen kouluissa 2001-2004 (2005) arvioitiin oppilashuollon palvelujen riittävyyttä ja saatavuutta koko maassa. Palvelujen riittävyyttä kuntaryhmittäin tarkasteltaessa havaittiin, että maaseutumaisien kuntien kouluista yli 70 % arvioi koulukuraattorin palvelut riittämättömiksi tai melko riittämättömiksi, kaupunkimaisten ja taajaan asuttujen kuntien kouluissa vastaava osuus oli hieman yli 50 %. Vastaavasti koululääkärin palvelut arvioitiin yli 60 %:ssa kaupunkimaisten kuntien kouluista riittämättömiksi tai melko riittämättömiksi, taajaan asutuissa kunnissa osuus oli hieman yli 50 % ja maaseutumaaisissa kunnissa alle 40 %. Keskimäärin 60 % kouluista kaikissa kuntaryhmissä arvioi koulupsykologin palvelut riittämättömiksi tai melko riittämättömiksi. Kouluterveydenhoitajan palvelut arvioitiin kaupunkimaisten kuntien kouluissa hieman yli neljänneksessä riittämättömiksi, kun taajaan asuttujen ja maaseutumaisien kuntien kouluissa vastaavan arvion esitti noin viidennes kouluista. Yli kolmannes kouluista arvioi erityisopettajien palvelut riittämättömiksi tai melko riittämättömiksi.

3.1.3.2 Lastensuojelu

Kunnan tehtävänä on lastensuojelulain mukaan turvata lapsille ja nuorille turvallinen, tasapainoinen ja heidän kehitystään tukeva kasvuympäristö sekä tarvittava erityinen suojelu. Lastensuojelua toteutetaan avohuollon tukitoimina ja sijaishuoltona sijaisperheissä tai laitoksissa, sekä sijaishuollon jälkihuoltona. Avohuollon työmuotoja ovat tavallisimmin kasvatus- ja perheneuvolan ohjaus- ja terapiapalvelut, toimeentulotuki, kotipalvelu, loma- ja virkistystoiminta, tukihenkilö tai –perheen järjestäminen sekä koko perheen kuntoutusjakso. Lastensuojelun tarpeen yleisimpiä syitä ovat vanhempien päihde- ja mielenterveysongelmista johtuva lasten hoidon laiminlyönti tai perheväkivalta sekä lasten ongelmat, koulunkäyntivaikeudet, rikollisuus tai huumeiden käyttö. (Valtioneuvoston selonteko eduskunnalle lasten ja nuorten hyvinvoinnista 2002.)

Lastensuojelutoimenpiteiden määrä on Suomessa kasvanut koko 1990 – luvun ja 2000 – luvun alun. Kaikkein eniten ovat lisääntyneet avohuollon tukitoimet, jotka ovat ensisijainen auttamismuoto. Niiden piirissä olevien lasten ja nuorten määrä on yli kaksinkertaistunut kymmenessä vuodessa. Vuonna 2004 kaikista alle 18-vuotiaista 5,4 % oli lastensuojelun avohoidon asiakkaina, Etelä-Karjalassa 6,3 %. Kehitys Etelä-Karjalassa on ollut samansuuntainen muuhun maahan verrattuna, mikä näkyy taulukossa 7. Kunnista vain Joutsenossa avohuollon

asiakkuuksien määrä on laskenut ja tämäkin johtunee tilastointitavan muutoksesta kunnan sisällä. (Lastensuojelu 2004.)

Taulukko 7. Avohuollon piirissä lapsia ja nuoria Etelä-Karjalassa kunnittain vuosina 1999 ja 2004.

Kunta	Määrä		% 0-17 vuotiaista vuosi 2004
	vuosi 1999	vuosi 2004	
Imatra	275	357	6,6
Joutseno	185	91	4,3
Lappeenranta	607	915	8,1
Lemi	4	10	1,5
Luumäki	44	38	3,9
Parikkala	59	64	9,0
Rautjärvi	25	46	6,0
Ruokolahti	34	40	3,7
Saari	1	7	3,3
Savitaipale	3	13	1,7
Suomenniemi	#	6	4,4
Taipalsaari	..	8	0,7
Uukuniemi	2	*	1,1
Ylämaa	2	13	5,7
Etelä-Karjala	1 241	1 609	6,3
Koko maa	43 679	59 912	5,4

= ei tapauksia

* = luku on alle 5

.. = tietoa ei ole saatu tai se on liian epävarma esitettäväksi

Lähde: Lastensuojelu 2004 Stakes Tilastotiedote 14/2005 ja Lastensuojelu 1999 Stakes Tiedonantajapalaute 9/2000

Vuonna 2004 koko maassa kodin ulkopuolelle sijoitettuja lapsia ja nuoria oli vajaat 15 000, noin yksi prosentti kaikista alle 18-vuotiaista (Lastensuojelu 2004). Etelä-Karjalassa sijoitettujen lasten määrä oli suhteellisesti suurempi kuin maassa keskimäärin. Kodin ulkopuolelle sijoitettujen lasten määrä oli 432, joka on 1,3 % kaikista Etelä-Karjalan alle 18-vuotiaista. Luku on kasvanut viime vuosina 2–5 prosentin vuosivauhtia. Laitos- tai muussa huollossa sijoitettuja lapsia oli 70 % eli enemmän kuin maassa keskimäärin. Sijoitukset keskittyvät maakunnassa kaupunkeihin, tosin maaseutumaisissa kunnissakin on sijoitusten tarvetta. Pienten kuntien tilanteet vaihtelevat vuosittain eikä niissä ole näkyvissä selkeää muutossuuntaa. Suomenniemi on ainoa kunta, jossa ei sijoituksia ole tehty lainkaan vuosina 1999 ja 2004.

Lastensuojelutyön ongelmana Etelä-Karjalassa on resurssien niukkuus suhteessa kasvaviin tarpeisiin erityisesti maakunnan kolmessa kaupungissa. Avohuollon palveluihin kohdistetut säästöt johtavat korjaavan lastensuojelutyön tarpeen kasvuun. Lisäksi Etelä-Karjalassa on pulaa sosiaalityöntekijöistä ja maakunnassa on joitain kuntia, joissa ei ajoittain ole tai ole ollut sosiaalityöntekijöitä lainkaan. Maakunnassa toimivat Imatran ja Lappeenrannan kasvatus- ja perheneuvolat ovat ylikuormitettuja, joten jonotusaika on pitkä. Yhtenä syynä ovat avoimet virat, joita näissä yksiköissä ei ole pystytty täyttämään. Korjaava lastensuojelutyö on kallista. Yhden lapsen sijoittaminen laitokseen maksaa keskimäärin 60 000–80 000 euroa/vuosi. Lisäksi Etelä-Karjalassa sijoituspaikkoja on ollut tarpeeseen nähden liian vähän. (Auta lasta ajoissa 2004, Kaski 2004.)

Taulukko 8. Kodin ulkopuolelle sijoitetut lapset ja nuoret Etelä-Karjalassa kunnittain vuosina 1999 ja 2004.

Kunta	Perhehoito		Laitoshuolto + muu		Yhteensä		Huostassa olleita	
	v. 1999	v. 2004	v. 1999	v. 2004	v. 1999	v. 2004	v. 1999	v. 2004
Imatra	45	39	45	89	90	128	61	74
Joutseno	16	11	15	16	31	27	22	17
Lappeenranta	48	54	104	171	152	225	74	119
Lemi	1	*	#	*	1	*	1	#
Luumäki	3	*	#	5	3	10	2	7
Parikkala	3	*	3	*	6	6	3	*
Rautjärvi	6	*	13	*	19	8	8	*
Ruokolahti	2	*	2	*	4	*	2	*
Saari	2	*	2	*	4	*	3	*
Savitaipale	3	6	#	*	3	8	2	5
Suomenniemi	#	#	#	#	#	#	#	#
Taipalsaari	2	*	4	*	6	7	4	*
Uukuniemi	2	*	1	*	3	*	#	#
Ylämaa	#	#	#	*	#	*	#	#
Etelä-Karjala	133	127	189	305	322	432	182	238
Koko maa	5 700	5 553	6 670	9 151	12 370	14 704	6 861	8 673

= ei tapauksia

* = luku on alle 5

Lähde: Lastensuojelu 2004 Stakes Tilastotiedote 14/2005 ja Lastensuojelu 1999 Stakes Tiedonantajapalaute 9/2000

3.1.3.3 Psykiatrian palvelut

Lasten ja nuorten psykiatrian peruspalveluja tuottavat perusterveydenhuolto, koulutoimi ja sosiaalitoimi. Erikoissairaanhoidon tuottajaorganisaationa toimii Etelä-Karjalan sairaanhoitopiiri, jonka rinnalla toimii yksityisiä erikoissairaanhoidon palveluiden tuottajia. Psykiatrian palveluiden ongelmana ovat olleet hoitoketjujen toimimattomuus ja voimavarojen niukkuus erityisesti perusterveydenhuollossa.

Nuoriso- ja lastenpsykiatriassa toteutettiin vuonna 2001 hoitotakuu ja siihen liittyen valtion lisäresursointi. Tällä pyrittiin turvaamaan voimavarojen riittävyys. Tavoitteena oli että myös kunnat panostaisivat lasten ja nuorten mielenterveyspalveluihin, jotta tutkimuksiin ja hoitoon pääsy kaikkialla maassa toteutuisi yhtenäisesti ja kohtuullisen ajan kuluessa. Kohtuullisella ajalla tarkoitetaan sitä, että potilas pääsee tutkimuksiin 3 viikkoa lähetteen saapumisesta ja hoitoon pääsyn enimmäisaika on 3 kuukautta. Nuotta-projektin loppuraportin (2003) mukaan hoitotakuu toteutuu vain noin puolessa sairaanhoitopiireistä. Samassa raportissa todettiin, että avohoidon kehittäminen on ensisijaista

Taulukosta 9 nähdään, että erikoissairaanhoidon tuottamien lasten ja nuorten psykiatrian palveluiden käyttö on kasvanut koko maassa ja Etelä-Karjalassa vuosina 1998 ja 2003. Lasten- ja nuorisopsykiatrian avohoitokäynnit ovat Etelä-Karjalassa lisääntyneet. Avohoitokäyntien määrä on selvästi keskimääräistä suurempaa Etelä-Karjalassa, ja erityisesti nuorisopsykiatriassa. Myös 0-16-vuotiaiden laitoshoidon käyttö on lisääntynyt ja on muuta maata korkeammalla tasolla.

Taulukko 9. Lasten ja nuorten erikoissairaanhoidon psykiatrian palvelujen käyttö Etelä-Karjalassa kunnittain vv. 1998 ja 2003.

Kunta	ESH lastenpsyk. avo- hoitok./1000 0-11 v. ¹⁾		ESH nuorisopsyk. avo- hoitok./ 1000 12-22 v. ¹⁾		Hoitopäivät psyk.laitoshoid. 0-16 v./1000 vastaavanik.	
	1998	2003	1998	2003	1998	2003
Imatra	43	107	259	223	166,6	145,7
Joutseno	134	126	271	442	238,5	137,4
Lappeenranta	87	184	441	597	169,1	197,5
Lemi	104	229	343	118	39,9	79,1
Luumäki	90	344	177	598	199,8	254,8
Parikkala	221	97	163	55	0	84,6
Rautjärvi	9	116	150	58	344,4	226,6
Ruokolahti	72	20	107	208	66	97,6
Saari	138	162	0		*	*
Savitaipale	449	112	283	437	0	534,9
Suomenniemi	182	742	0	79	0	0
Taipalsaari	112	276	476	230	174,8	76,5
Uukuniemi		207	0	86	*	*
Ylämaa	0	297	59	259	0	0
Etelä-Karjala	95	165	328	422	158,2	174,8
Koko maa	107	142	93	145	123,7	156,8

¹⁾ Kunnittaisia tietoja, joissa tapauksia on ollut vähemmän kuin 5, ei tietosuojasyistä voida julkaista. Tietokenttä on jätetty em. kaltaisissa tapauksissa tyhjäksi.

* Tiedot on ilmoitettu vuoden 2005 kuntajaon mukaisesti ja liitetty nykyisen Parikkalan tietoihin.

Lähde: Sotka ja Sotkanet

3.2 SWOT - analyysi

Etelä-Karjalan Lapset, nuoret ja perheet kehittämisalueen nykytilan vahvuudet ja heikkoudet sekä tulevaisuuden mahdollisuudet ja uhat on seuraavassa tiivistetty SWOT – analyysin avulla.

VAHVUUDET - Pieni, järvirikas alue - Turvallinen ja viihtyisä asuin-ympäristö - Karjalainen kulttuuriperinne - o välittömyys - o yhteisvastuullisuus - o välittäminen - Monipuoliset ja saavutettavissa olevat harrastusmahdollisuudet - Keskeisten toimijatahojen yhteistyön viriäminen - Kunnissa aikaisemmin tehty ohjelma-työ - Sosiaali- ja terveydenhuollon yrittäjäyys - Ammattitaitoinen ja pysyvä henkilökunta erityisesti päiväkodeissa ja neuvoloissa - Pienissä kunnissa yhteistyön tekeminen helppoa - Lapsilla ja nuorilla edelleen halu liikua	HEIKKOUEDET - Kuntatalouden ongelmat - Kuntien sektoriajattelu - Pienissä kunnissa osaamisen puute - Varhaisen puuttumisen toimintamallit puutteellisia, jolloin erityispalvelut ruuhkautuvat - Pienet, haavoittuvat toimintayksiköt - Ammattitaitoisen henkilökunnan puute (sair.hoitajat, sos. työntekijät, lääkärit, psykologit) - Työttömyys - Nuorten ja vanhempien päihteiden käyttö ja siihen liittyvä perheväkivalta - Liikuntapaikkojen keskittyminen - (Alle kouluikäisten) lasten päivittäisen liikunnan väheneminen - Perheiden yhdessä liikkumisen väheneminen - Yleiset kulkuyhteydet lasten kanssa liikkuvilla puutteelliset
MAHDOLLISUUDET - Luottamuksellisen ilmapiirin koheneminen - Yhteistyömallien kehittyminen - o julkinen ja yksityinen sektori - o kuntien välillä - o kunnan eri toimialojen välillä - Toimintaketjujen välisen yhteistyön kehittyminen - Tutkimustiedon hyödyntäminen - o päätöksenteossa - o toimintamallien muokkaamisessa - Hyvien käytäntöjen leviäminen alueelle - Maahanmuuttajaperheiden kotouttamisen onnistuminen - Työntekijöiden kyvykkyys kohdata asiakkaan henkinen ahdistus - Karjalainen kulttuuriperinne - Perhekuntoutus - Liikuntakasvatus - Lähiliikuntapaikkoja lisäämällä perheiden yhteisen liikunnan lisääntyminen	UHAT - Lisääntyvä priorisoinnin tarve - Muuttotappio erityisesti koulutettujen nuorten kohdalla - Nuorisotyöttömyys ja nuorten kiinnittymättömyys yhteiskuntaan - Medikalisaatio – hoidosta palautuminen ongelmallista - Kehittämishankkeiden aloittamattomuus - Työvoimapula - Erityispalveluiden ruuhkautuminen entisestään - Maahanmuuttajaperheiden kotouttamisen ongelmat

3.3 Strategia – osio

3.3.1 Visio ja strategiset päämäärät

Lasten, nuorten ja perheiden kehittämisalueen visio vuoteen 2010:

Turvalliselta kasvualustalta hyvään aikuisuuteen

Tämän päivän lapset ja nuoret Etelä-Karjalassa ovat tulevaisuuden vaikuttajia. Heidän varhaislapsuutensa kasvatusta on perusta myöhemmälle kasvulle ja kehitykselle. He ovat saaneet riittävästi aikaa ja sopivat olosuhteet omalle kasvulle ja kehitykselle.

Heidän vanhempansa ovat olleet läsnä riittävässä määrin. Lasten ja nuorten lähiyhteisö on tukenut vanhemmuutta ja kantanut vastuuta omista sekä naapurin lapsista. Lapset ja nuoret ovat eläneet ympäristössä, jossa heille on ollut tilaa.

Lasten, nuorten ja perheiden palvelut on järjestetty lapsi- ja perhelähtöisesti. Niiden toiminnassa painottuvat ennaltaehkäisy ja varhainen puuttuminen. Palveluita tuottaa riittävä, pysyvä ja osaava moniammatillinen henkilöstö.

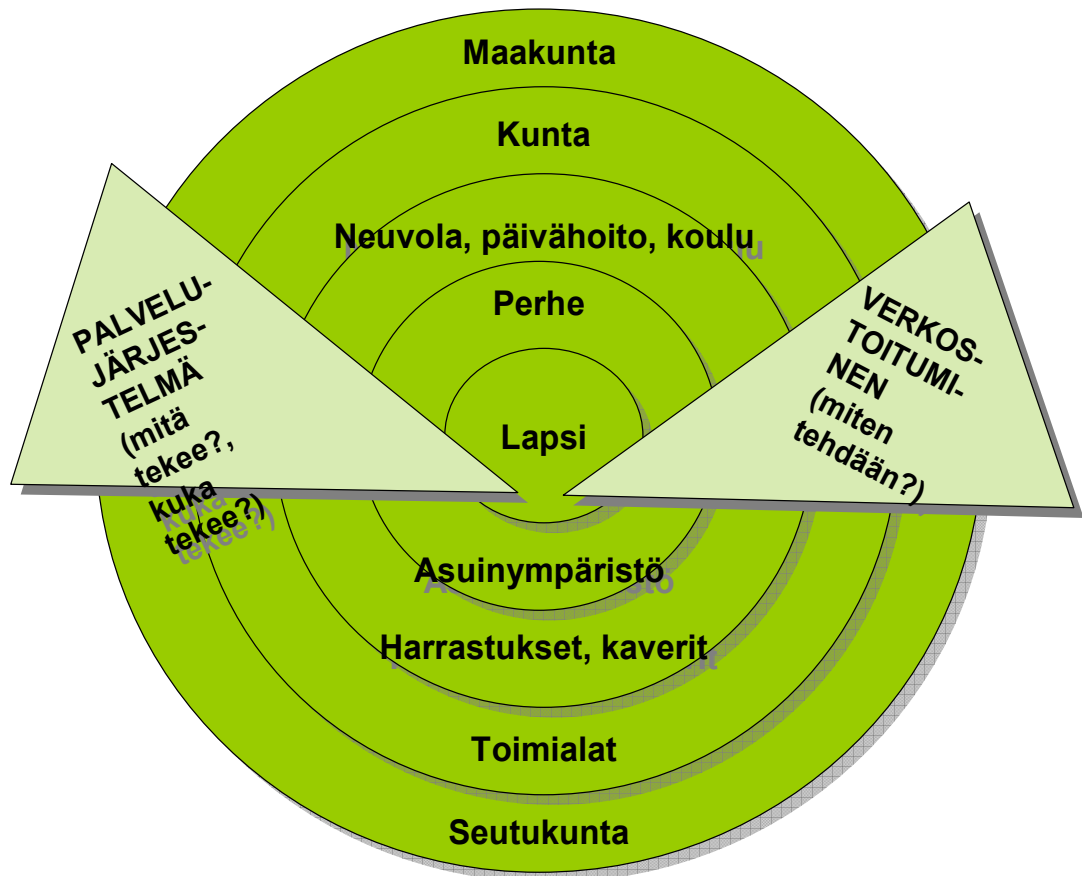
Strategiset päämäärät ovat visiosta johdettuja pitkän aikavälin tavoitteita, joilla visio saavutetaan:

- 1. Etelä-Karjala on turvallinen, houkutteleva ja viihtyisä kasvu- ja elämis-ympäristö lapsiperheille.**
- 2. Lapsilähtöisyys vahvistuu osana suunnittelua ja päätöksentekoa.**
- 3. Paikallinen, seudullinen ja alueellinen yhteistyö vakiintuu voimavaraksi lasten ja lapsiperheiden palveluissa.**

3.3.2 Toimintasuunnitelma

Kriittiset menestystekijät ovat asioita, joissa on ehdottomasti onnistuttava, jotta strategiset päämäärät ja sitä kautta visio saavutetaan. Seuraavassa kriittiset menestystekijät esitetään neljän johtamisnäkökulman mukaisesti:

VAIKUTTAVUUS 1. Edistetään suvaitsevaisuuden ilmapiirin kehittymistä ja turvallista elinympäristöä. 2. Kehitetään vapaa-ajantoimintaa lapsilähtöisesti. 3. Turvataan hoito- ja palvelutakuun toteutuminen lasten, nuorten ja perheiden palveluissa.	UUDISTUMINEN 4. Otetaan huomioon lasten ja nuorten tarpeet asumisen ja asuinalueiden suunnittelussa sekä rakentamisessa. 5. Edistetään varhaisen puuttumisen toimintamallien käyttöä. 6. Otetaan käyttöön uusia innovatiivisia työmenetelmiä ja toimintatapoja.
RAKENTEET JA PROSESSIT 7. Vahvistetaan tasapainoisen perhe-elämän mahdollistavia rakenteita. 8. Varmistetaan lapsi- ja perhelähtöisen näkökulman toteutuminen kehittämissä. 9. Kehitetään maakunnallisia ja yli-maakunnallisia rakenteita lasten, nuorten ja perheiden palveluissa.	RESURSSIT 10. Varmistetaan riittävä perustyön resursointi lasten, nuorten ja perheiden palveluissa. 11. Laajennetaan varhaiskasvatuksen ja lastensuojelun kehittämistyön toimijapohjaa. 12. Edistetään maahanmuuttajaperheiden kotoutumista ja työllistymistä. 13. Vahvistetaan yrittäjyyttä lasten nuorten ja perheiden palveluissa



Kuvio 3. Lasten, nuorten ja perheiden kehittämisalueen strategian sisältö.

VAIKUTTAVUUS

1. Edistetään suvaitsevaisuuden ilmapiirin kehittämistä ja turvallista elinympäristöä.

Strateginen tavoite vuoteen 2010	Toimenpide	Vastuutaho
Suvaitsevaisuuden ilmapiirin lisääminen	Riittävä tiedonjakaminen vammaisuudesta	Viranhaltijat ja järjestöt
	Kannustava ja myönteinen ilmapiiri muuttoväestöä kohtaan	Kansalais- ja viranomaisvastuu
	Huomion kiinnittäminen maahanmuuttajiin kohdistuvaan asenneilmastoon	Maahanmuuttostrategia
Fyysisen ympäristön säilyminen turvallisena	Yhdyskuntasuunnittelussa huomioidaan ympäristön turvallisuus	Valtio, kunnat ja rakennuttajat
	Sosiaalisten vaikutusten arviointi	Kunnat
	Marginalisaatiokehityksen estäminen	Kansalais- ja viranomaisvastuu
Ääriliikkeiden syntymisen estyminen	Nuorten osallisuus yhteiskuntaan ja yhteisöihin säilyy	Ammattikasvattajat ja koulutusorganisaatiot
	Tiedotus ääriliikkeiden toiminnasta	Ammattikasvattajat ja media
	Huomion kiinnittäminen nuorten päihteiden käyttöön	Vanhemmat, yhteisvastuullisuus sekä koulu-, terveys- ja nuorisotoimi

2. Kehitetään vapaa-ajantoimintaa lapsilähtöisesti.

Strateginen tavoite vuoteen 2010	Toimenpide	Vastuutaho
Koululaisten iltapäiväkerhotoiminnan monipuolistuminen	Monipuolisen liikuntakerhotoiminnan levittäminen maakuntaan	Kuntien koulu- ja vapaa-aikatoimi, EKLU ja muut järjestöt
Harrastustoimintaan kasvatuksellinen näkökulma	Harrastusryhmänohjaajien koulutuksen kehittäminen ja siihen kannustaminen	EKLU, kunnat ja seurat
Lasten ja nuorten ikä- ja kehitystasoa vastaavien monipuolisten harrastusmahdollisuuksien kehittäminen	Lasten mielipiteiden huomioiminen suunnittelussa	Järjestöt, seurat ja kunnat
	Vanhempien osallistuminen lasten harrastuksiin	Vanhemmat ja seurat
Toimintakyvyltään erilaisten lasten harrastustoiminnan kehittäminen	Ohjaajien koulutuksen järjestäminen	Kunnat ja EKLU
	Toimintakyvyltään erilaisten lasten harrastusryhmien perustaminen	Kunnat, EKLU, järjestöt ja seurat

3. Turvataan hoito- ja palvelutakuun toteutuminen lasten, nuorten ja perheiden palveluissa.

Strateginen tavoite vuoteen 2010	Toimenpide	Vastuutaho
Hoitoon ja palvelujen piiriin pääsyn turvaaminen tietyssä määräajassa	Hoitotakuu ja paikallisesti sovittavat toimintamallit	Lainsäädäntö, kunnat ja EKSH

UUDISTUMINEN

4. Otetaan huomioon lasten ja nuorten tarpeet asumisen ja asuinalueiden suunnittelussa sekä rakentamisessa.

Strateginen tavoite vuoteen 2010	Toimenpide	Vastuutaho
Asuinalueiden suunnittelu ja rakentaminen tasapainoiseksi	Rakennetaan tasapainoisessa suhteessa vuokra-, omistus- ja palveluasuntoja	Kunnat ja asumisstrategia
Asuinalueiden lähiharrastepaikkojen toiminnan mahdollistaminen	Suunnittelussa ja rakentamisessa varataan paikat lähiharrastepaikoille	Kunnat ja taloyhtiöt
	Lähiharrastepaikkojen kunto tarkistetaan ja tarvittaessa kunnostetaan	Kunnat, järjestöt, seurakunta ja EKL

5. Edistetään varhaisen puuttumisen toimintamallien käyttöä.

Strateginen tavoite vuoteen 2010	Toimenpide	Vastuutaho
Varhainen puuttuminen maakunnalliseksi toimintatavaksi	Koulutus kaikille lasten ja nuorten parissa työskenteleville	Maakunnallinen yhteistyö
Resurssien lisääminen varhaisen puuttumisen koulutukseen	Valtakunnallisten, maakunnallisten ja seutukunnallisten hankkeiden yhteydessä	Kunnat, Socom, järjestöt, Sosiaalialan kehittämissuunnitelma ja Stakes
Vauvaperhetyön työmenetelmät käyttöön	Vauvaperhetyön toimintayksiköiden lisääminen	Maakunnallinen yhteistyö
Päihdeäideille ja heidän lapsilleen oma yksikkö	Avopalveluyksikön perustaminen Päihdeäitien ensikodin perustaminen	Maakunnallinen yhteistyö

6. Otetaan käyttöön uusia innovatiivisia työmenetelmiä ja toimintatapoja.

Strateginen tavoite vuoteen 2010	Toimenpide	Vastuutaho
Moniammatillisen työskentelytavan omaksuminen	Pitkäaikaiset kiinteät työryhmät Työryhmien sisäinen työnjako	Työyhteisöt
Vaikeiden asioiden nostattaman ahdistuksen siedon hyväksyminen	Työnohjaus Parityöskentely	Työyhteisöt
Verkostotyö toimintatavaksi	Verkostotyömenetelmän käyttöönotto ja ylläpitäminen	Jokaisessa yksikössä valmius verkostotyöhön
Hyvät käytännöt toimintatavaksi	Hyvien käytäntöjen omaksuminen toimintatavaksi	Työntekijät, esimiehet ja työyhteisöt
Kotikäynnit osaksi neuvolatyötä	Terveystieteiden ja perhetyöntekijän yhdessä toteuttamat kotikäynnit	Kunnat ja järjestöt

RAKENTEET JA PROSESSIT

7. Vahvistetaan tasapainoisen perhe-elämän mahdollistavia rakenteita.

Strateginen tavoite vuoteen 2010	Toimenpide	Vastuutaho
Työn ja perheen yhdistämisen helpottuminen	Työpaikoilla työelämän joustojen mahdollistuminen	Työnantajat ja työntekijät
Tilapäisen kodinhoitoavun lisääntyminen vauvaperheissä	Tilapäisen kodinhoitoavun tarjonnan lisääntyminen	Kunnat, yksityiset ja järjestöt
	Lastenneuvolan toimiminen tiedon välittäjänä	Kuntien lastenneuvolat
Monimuotoisten/vaihtoehtoisten varhaiskasvatuspalveluiden lisääminen	Päivähoidon erilaisten sisältövaihtoehtojen mahdollistuminen	Kunnat ja Socom (Varhaiskasv.keh.yksikkö)
Yhteistyön lisääntyminen vanhempien, varhaiskasvattajien ja opettajien kesken	Varhaiskasvatus- ja opetussuunnitelmien yhtenä sisältönä kasvatuskumppanuus	Kunnat ja vanhemmat
	Vanhemmukseen liittyvän arvokeskustelun viriäminen	Vanhemmat, neuvolat ja koulut

8. Varmistetaan lapsi- ja perhelähtöisen näkökulman toteutuminen kehittämistyössä.

Strateginen tavoite vuoteen 2010	Toimenpide	Vastuutaho
Lapsi- ja nuorisopoliittinen ohjelma jokaisessa Etelä-Karjalan kunnassa	Lapsi- ja nuorisopoliittisen ohjelman laatiminen kuntiin	Kunnat
Yksilöllisen kasvun ja oppimisen polun toteutuminen	Varhaiskasvatus- ja opetussuunnitelmien sisältönä yksilöllinen polku	Kunnat, kasvatus- ja opetustoimi
	Kunnallinen tai seutukunnallinen varhaiskasvatuksen resurssikeskus erityistä tukea tarvitsevien lasten kasvun tukena	Kunnat ja Varhaiskasvatuksen kehittämissyksikkö
	Kaikissa kunnissa käytössä STM:n ja Stakesin suosittama laajennettu terveystarkastusmalli (STM 2002)	Kunnat
	Tarjota vaihtoehtoja erilaisille oppijoille	Erityisluokat
	"Opi Oppimaan"-toimintamallin levittäminen maakuntaan (STM 2005)	Kunnat ja työvoimapalvelukeskukset
Monilapsisten perheiden hyvinvoinnin lisääntyminen	Perhepoliittisten tukien lisääminen	Kunnat, sosiaali- ja terveystoimi
	Köyhyysrajan alapuolella olevien tuki esim. ehkäisevä toimeentulotuki	

9. Kehitetään maakunnallisia ja yli-maakunnallisia rakenteita lasten, nuorten ja perheiden palveluissa.

Strateginen tavoite vuoteen 2010	Toimenpide	Vastuutaho
Lastensuojelun erityisosaamisen vahvistaminen maakunnassa	Maakunnallisen lastensuojelun säätiön perustaminen	Kunnat ja järjestöt
	Asiantuntijapalvelutoiminnan kehittäminen	
	Sijaisperhetoiminnan kehittäminen	
	Maakunnallisen sijaishuollon yksikön perustaminen	
	Jälkihuollon kehittäminen	
Luodaan maakunnallinen sosiaalipäivystyksen toimintamalli	Seudullisen sosiaalipäivystysmallin laajeneminen maakunnalliseksi	Valtio ja kunnat
Maakunnallisen lapsipalveluoppaan kehittäminen	Maakunnan tietoverkkopalveluihin yhteinen tietokanta ja esite	Viranomaistahot ja Tietomaakunta
Katkeamattoman lasten- ja lapsiperheiden palveluketjun suunnittelu	Palveluketjun kartoittaminen ja palveluprosessin kuvaaminen	Kunnat ja EKSHP
Hyvinvointitiedon kokoaminen ja analysointi	Maakunnallinen hyvinvointiselvitys valtuustokausittain	Maakuntaliitto, kunnanvaltuustot
Kaakkois-Suomen sosiaalitoimen tietoteknologian kehittäminen vuosina 2005-2006	Alueellisen sosiaali- ja terveysalan tietoteknologian kehittämissuunnitelman teko	Kaaso-hanke 1.vaihe, Kunnat ja Socom

RESURSSIT

10. Varmistetaan riittävä perustyön resursointi lasten, nuorten ja perheiden palveluissa.

Strateginen tavoite vuoteen 2010	Toimenpide	Vastuutaho
Lasten, nuorten ja perheiden peruspalveluiden kehittäminen	Peruspalveluiden henkilökuntamäärä suositusten mukainen	Kunnat
	Henkilökunnan osaamisen ja ammatitaidon ylläpito	Kunnat
	Varhaiskasvatuksen ja koulutoimen erityistyöntekijät käytettävissä kaikissa kunnissa	Kunnat
	Peruspalveluyksiköiden riittävä määrä	Kunnat
	Peruspalveluyksiköiden ryhmäkoot suositusten mukaiset esim. päiväkotiryhmät ja koululuokat	Kunnat

11. Laajennetaan varhaiskasvatuksen ja lastensuojelun kehittämistyön toimijapohjaa.

Strateginen tavoite vuoteen 2010	Toimenpide	Vastuutaho
Kaakkois-Suomen varhaiskasvatuksen ja lastensuojelun kehittämissyksiköiden perustaminen	Varhaiskasvatuksen osaamisklinikan toiminnan laajentaminen Kaakkois-Suomen kehittämissyksiköksi vuodesta 2006 alkaen	Kunnat, Socom ja valtio
	Kymenlaakson ja Etelä-Karjalan yhteisen lastensuojelun kehittämissyksikön perustaminen vuonna 2007	Kunnat, Socom ja valtio

12. Edistetään maahanmuuttajaperheiden kotoutumista ja työllistymistä.

Strateginen tavoite vuoteen 2010	Toimenpide	Vastuutaho
Maahanmuuttajat voimavarana maakunnassa	Koulutetun maahanmuuttajaväestön työllistymisen edistäminen maakunnassa	Maahanmuuttostrategia, Työvoimanpalvelukeskus
	Kouluttamattoman maahanmuuttajaväestön kotouttamisen mahdollisimman nopea järjestäminen	Te-keskukset, työhallinto ja kunnat
	Maahanmuuttajaväestön kielikoulutuksen järjestäminen	TE-keskukset ja kansalaisopistot

13. Vahvistetaan yrittäjyyttä lasten, nuorten ja perheiden palveluissa.

Strateginen tavoite vuoteen 2010	Toimenpide	Vastuutaho
Hyvinvointiyrittäjyyden toimintaedellytysten turvaaminen	Hyvinvointiverkoston luominen	Kunnat, yrittäjät ja 3. sektori
Yrittäjyysperinteen säilyminen	Oppisopimus-, mestarikisälli- ja työpaja koulutusmallien leviäminen	Ammatilliset koulutusorg.:t ja työhallinto

3.3.3 Hankesuunnitelma

Hankesuunnitelma käsittää kehittämishankkeita osastrategian tavoitteiden saavuttamiseksi. Se on toimintaryhmän laatima ja sitä on täydennetty lausuntokierroksen jälkeen. Hyvinvointistrategian toimeenpanossa keskitytään alla lueteltujen hankkeiden hankevalmistelun eteenpäinviemiseen.

1. Ennaltaehkäisevää ja varhaista tukea lapsiperheille tarjoavien avopalvelukokonaisuuksien kehittäminen.

- Vauvaperhetyön vakiinnuttaminen maakunnalliseksi toimintatavaksi.
- Neuvoloiden roolin vahvistaminen: moniammatilliset tiimit, ennaltaehkäisevä perhetyö, ennaltaehkäisevät kotikäynnit, erilaiset ryhmät (perhevalmennus, parisuhde, vanhempi – lapsi).
- Varhaiskasvatusta ja opetusta tukevat psykososiaaliset toiminnot.
- Varhaisen tuen työmuotojen koulutus ja kehittäminen (henkilöstön osaamisen vahvistaminen).
- Päihdeongelmien hoitoon erikoistuneen ensikoti- ja avopalveluyksikön perustaminen Etelä-Karjalaan.

2. Lastensuojelun erityisosaamisen vahvistaminen maakunnassa.

- Maakunnallisen lastensuojelun säätiön perustaminen. Säätiön tehtävänä on asiantuntijapalvelutoiminnan kehittäminen, sijaisperhetoiminnan kehittäminen, ensimmäisenä toimenpiteenä maakunnallisen sijaishuollon yksikön perustaminen ja jälkihuollon kehittäminen.
- Lastensuojelutyötä tukevan yrittäjäverkoston vahvistaminen.

3. Lasten ja nuorten arkiympäristöön vaikuttaminen.

- Maakunnassa lasten lähiharraste- ja toimipaikkojen kartoittaminen, kunnon arviointi sekä näihin liittyvien puutteiden korjaaminen.
- Liikennejärjestelyt, joissa huomioitu turvalliset koulutiet.
- Lasten kuuleminen päätöksenteossa.

4. Katkeamattoman lasten ja lapsiperheiden palveluketjun suunnittelu.

- Palveluketjun kartoittaminen ja palveluprosessin kuvaaminen sekä katkeamattoman kaksisuuntaisen ketjun suunnittelu.
- ”Opi oppimaan” toimintamallin levittäminen maakuntaan (Tavoitteena mahdollistaa peruskoulun jälkeen kaikille nuorille opiskelu- tai työpaikka).

4 IKÄÄNTYVIEN KEHITTÄMISALUEEN STRATEGIA

4.1 Toimintaympäristön kuvaus ”Voimavarakeskeiseen ikääntymiseen Etelä-Karjalassa”

Suomessa ja niin myös Etelä-Karjalassa väestö ikääntyy. Suurten ikäluokkien ikääntymisen myötä 65 vuotta täyttäneiden osuus kasvaa nykyisestä 15 prosentista runsaaseen 26 prosenttiin ja 80 vuotta täyttäneiden määrä yli kolminkertaistuu vuoteen 2030. Vuonna 2020 yli 65-vuotiaiden osuus on ennusteen mukaan 23 % koko maassa ja 27 % Etelä-Karjalassa. Mikään kunnista ei alita maan keskiarvoa ja yli 65-vuotiaiden osuus on suurin, noin 37 %, Parikkalassa, Rautjärvellä ja Suomenniemellä. Muutokset vuosien 2004 ja 2020 välillä vaihtelevat kun-

nittain suuresti. Savitaipaleella muutokset ajanjaksolla ovat pienimmät ja Taipalsaarella suurimmat (Taulukko 10).

Taulukko 10. Väestöennuste iän mukaan Etelä-Karjalan kunnissa ja seutukunnissa vuonna 2020.

Kunta/ Seutukunta	Muutos 2004 - 2020			Muutos %			Osuus 2020 %		
	65-74 v	75-84 v	yli 85 v	65-74 v	75-84 v	yli 85 v	65-74 v	75-84 v	yli 85 v
Imatra	1025	659	308	30,5	31,6	51,0	15,9	9,9	3,3
Parikkala	270	-11	66	32,9	-1,7	35,5	20,5	12,3	4,7
Rautjärvi	256	41	70	46,0	10,3	75,3	21,0	11,3	4,2
Ruokolahti	213	37	94	28,2	7,4	81,0	17,4	9,6	3,8
Imatran seutukunta	1764	726	538	32,1	19,9	53,9	17,1	10,3	3,6
Joutseno	498	159	130	46,9	22,4	76,5	15,5	8,6	3,0
Lappeenranta	3105	1130	568	59,0	32,9	57,7	13,4	7,3	2,5
Lappeenrannan seutukunta	3603	1289	698	57,0	31,1	60,4	13,7	7,5	2,6
Lemi	174	57	15	54,7	29,2	23,8	14,5	7,4	2,3
Luumäki	324	90	46	48,1	19,2	30,3	19,1	10,7	3,8
Savitaipale	14	14	59	2,3	3,5	49,2	17,9	11,8	5,1
Suomenniemi	30	19	18	20,7	21,1	78,3	19,5	12,2	4,6
Taipalsaari	395	163	39	94,7	72,8	52,0	14,5	6,9	2,0
Ylämaa	38	-24	14	19,8	-15,3	34,1	16,6	9,6	4,0
Länsi-Saimaan seutukunta	975	319	191	41,3	20,8	40,3	16,7	9,2	3,3
Etelä-Karjala	6342	2334	1427	44,7	25,0	54,3	15,2	8,6	3,0
Koko maa	267408	90568	47329	59,4	30,5	57,0	13,3	7,2	2,4

Lähde: Tilastokeskus

Väestön ikärakenteen muutosta lähestytään usein taloudellisesta näkökulmasta, jolloin ikään-tyneet nähdään kustannusten aiheuttajina. Ikärakenteen muutoksesta on myös löydettävissä myönteisiä piirteitä ja mahdollisuuksia, kun ikääntyneet ymmärretään voimavarana. Voima-vara-ajattelu kyseenalaistaa näkemyksen vanhoista ihmisistä huollettavina. Jotta elinvuosien pidentyminen olisi positiivinen asia, on huolehdittava elinvuosien sisällöstä: terveydestä, toimintakyvystä ja osallistumismahdollisuuksista. Aktiivinen ikääntyminen on WHO:n mukaan prosessi, jossa optimoidaan mahdollisuudet terveyteen, osallistumiseen ja turvallisuuteen, jotta ihmisten ikääntyessä myös elämänlaatu paranee. (WHO 2002.)

Ikääntyneen väestön lisääntymisen tuomiin muutoksiin on yhteiskunnassa varauduttava. Yhteiskunnan on yhtäältä kyettävä hyödyntämään ikääntyneen väestön voimavarat mahdollisimman hyvin ja toisaalta järjestettävä avun tarpeessa olevien hoiva- ja huolenpito. Väestön ikääntyminen merkitsee vääjäämättä pysyvän avun ja huolenpidon tarpeen kasvua, vaikka ikääntyneiden toimintakyky onkin parantunut viimeisen 20 vuoden aikana ja paranemisen oletetaan jatkuvan myös tulevaisuudessa ja myöhentävän hoivan tarvetta. Jaakko Tuomi (2004) jaotteleekin ikääntyvien tarpeet seuraavasti:

- 65 – 74 vuotiaat elävät valmisteluvaihetta, jolloin ikääntymiseen valmistetaan,
- 75 – 84 vuoden iässä tarpeita selvitetään, jolloin hyvään vanhuuteen edistetään ja
- yli 85 vuotiaat ovat erilaisten tukitoimien piirissä, jolloin hyvään vanhuuteen tuetaan.

4.1.1 Toimintakykyiset ikääntyneet

Toimintakyky määritellään WHO:n mukaan fyysisenä, psyykkisenä ja sosiaalisena toimintakykynä. Fyysisellä toimintakyvyllä tarkoitetaan kykyä suoriutua jokapäiväiseen elämään kuuluvista, fyysistä ponnistelua edellyttävistä toiminnoista. Psyykkiseen toimintakyvyn käsitteeseen sisällytetään älylliset toiminnot ja persoonallisuus sekä psyykkinen hyvinvointi. Sosiaalisen toimintakyvyn käsitteeseen sisällytetään harrastukset ja muut vapaa-ajan viettotavat, kontaktit ystäviin ja tuttaviiin sekä uusien ihmissuhteiden solmiminen.

Terveys 2000 tutkimuksen mukaan suomalaisten toimintakyky on merkittävästi parantunut 20 vuodessa, ainakin 85. ikävuoteen saakka. Yksi tärkeä selittävä tekijä tälle on toimintarajoitteita aiheuttavien kansansairauksien väheneminen ja niiden hoidon tehostuminen. Suomalaiset elävät myös pitempään kuin aikaisemmin ja tämän kehityksen odotetaan jatkuvan. Suomalaisen väestön elinajanodote oli vuonna 2003 naisilla 81,8 vuotta ja miehillä 75,1 vuotta (Sosiaali- ja terveydenhuollon taskutieto 2005). Elinajan jatkuvasti pidentyessä iäkkäiden ja kaikkein iäkkäimpien ihmisten toimintakyky on yhä tärkeämpi palvelutarpeiden määrääjä. Sairauksien ehkäisyllä, hoidolla ja kuntoutuksella sekä elinoloja edelleen kehittämällä voidaan tulevaisuudessa edistää toimintakyvyn myönteistä kehitystä. (Aromaa & Koskinen 2002.)

Toimintakyvyn parantumisen myötä yhä useampi 80 vuotta täyttänyt asuu kotona itsenäisesti, joskin 75. ikävuoden jälkeen alkaa ilmetä avun tarvetta. Ikääntyessä fyysinen toimintakyky heikkenee asteittain, ja siihen liittyy yleensä jokin rappeuttava pitkäaikaissairaus. Ensin karstiuvat vaativat päivittäistoiminnot, kuten yhteiskunnallinen harrastustoiminta. Seuraavassa vaiheessa ongelmia ilmenee ns. välinetoiminnoissa, kuten pankkiasioden hoitamisessa, siivouksessa ja puhelimen käytössä. Lopulta toimintakyvyn heikkeneminen ulottuu päivittäisiin perustoimintoihin. Ikääntyneen kotona asumisen kannalta juuri arkipäivän toimissa suoriutuminen eli välinetoiminnot ja päivittäiset perustoiminnot ovat olennaisia. (Vaarama 2004.)

4.1.1.1 Terveys ja toimintakyky

Koko väestöä koskevien tutkimusten mukaan terveyteen vaikuttavia tekijöitä ovat erityisesti ikä, sukupuoli, sosioekonominen asema ja asuinpaikka. Ihmisen ikääntyessä terveys heikkenee, silti ikääntyneet kokevat terveytensä pääosin hyväksi tai melko hyväksi. Maaseudulla asuville on tyypillistä keskinkertaiseksi tai melko hyväksi koettu terveys. Sukupuolierojen suhteen tulokset ovat ristiriitaisia. Suhteellisesti eniten terveytensä huonoksi kokevia on taajamassa asuvien miesten joukossa (Vaarama & Kaitsaari 2002).

Etelä-Karjalassa on tutkittu työikäisen väestön ennenaikaisia kuolemia vuosina 1981–2002 PYLL-indeksillä. Tuloksien mukaan ennenaikaisia kuolemia oli 30 % keskimääräistä enemmän Ylämaalla, Luumäellä ja Imatralla. Suurimpina syinä olivat tapaturmat ja alkoholiperäiset sairaudet erityisesti miehillä sekä sydän- ja verisuonisairaudet.

Kelan sairastavuustilastojen mukaan vuonna 2003 Etelä-Karjalan väestö oli keskimääräistä sairaampaa. Koska väestön ikärakenne on keskimääräistä vanhempi, pitkäaikaissairastavuus on yleistä. Ikävakiodun sairastavuusindeksin mukaan eniten terveysongelmia maakunnan alueella on Parikkalassa, Rautjärvellä ja Suomenniemellä. Kansantaudeista keskimääräistä enemmän esiintyi sepelvaltimotautia, diabetesta, nivelreumaa, psykooseja ja astmaa. (Kelan sairastavuustilastot 2003.)

Iän karttuessa päivittäisissä toiminnoissa tarvittavan avun tarve lisääntyy. Terveys 2000 tutkimuksen mukaan 65–74-vuotiaista miehistä 15 % ja naisista 27 % sekä 75–84-vuotista miehistä 38 % ja naisista 58 % arvioi tarvitsevänsä apua. 85. ikävuoden jälkeen avun tarvetta oli neljällä viidestä tutkitusta. Miehillä avun tarve oli suurinta ruuanlaitossa, pyykinpesussa ja siivouksessa. Naisilla taas eniten vaikeuksia oli siivouksessa ja asioinnissa kodin ulkopuolella. (Aromaa & Koskinen 2002.)

Mikäli toimintakyvyn kehitys jatkuisi vuoteen 2015 samanlaisena kuin nykyisin

- ikääntyneet tarvitsisivat 15 % vähemmän apua pukeutumisessa ja kaupassa käynnissä
- heillä olisi 18 % parempi liikkumiskyky ja 9 % parempi kyky kantaa taakkaa sekä
- 14 % parempi kyky kulkea portaissa ja
- 38 % parempi siivouskyky (Vaarama 2004)

4.1.1.2 Osallistuminen ja osallisuus

Omatoimiseen elämiseen ja itsenäiseen selviytymiseen tarvitaan riittävät eläketulot. Hyvä ikääntyminen ei kuitenkaan ole rahalla ostettava hyödyke. Kulttuurinen ja sosiaalinen ympäristö tarjoavat kaikenikäisille merkitykselliseksi koetun elämänpiirin. Yhteisöllisyyden kokeminen ja sosiaalisten taitojen käyttäminen ovat hyvinvointitekijöitä myös korkeassa iässä. Läheiset ihmissuhteet ja sosiaaliset verkostot tarjoavat vuorovaikutusta ja tukea. Työelämän jättäneet jatkavatkin useimmiten aikaisempaa elämäntyyliään ja paneutuvat aiempaa enemmän läheisiin ihmissuhteisiin ja totuttuihin harrastuksiin. Monet seniorit ovat elämänsä aikana juurtuneet järjestötoimintaan ja toimivat edelleen niissä. Vapaaehtoistoiminta on seniorivaltaista. Seniorit ovat myös resurssi työikäisille. Useat ikäihmiset ovat apuna omille lapsilleen ja heidän perheilleen sekä ystävilleen monin eri tavoin. Monet ovat halukkaita käyttämään osan ajastaan työtehtäviin ja saamaan sitä kautta elämänsisältöä, osallisuuden työyhteisön sosiaaliseen verkostoon ja myös lisäansioita.

Eläkeläisjärjestöt ovat olleet uranuurtajia senioreiden aktivoimisessa. Lomatoiminta ja matkustaminen sekä monet harrastuspiirit ovat useimpien saavutettavissa. Kansalais- ja työväenopiston opintotoimintaa on tarjolla kautta maan. Kolmannen ikäkauden yliopistokurssit yleistyvät isommilla paikkakunnilla. Ikäihmisten palvelukeskukset ja avoimien ovien kohtaamispaikat ovat tulossa osaksi kuntien palvelurakennetta. Senioriliikuntaan panostetaan kunnissa valtakunnallisen tavoiteohjelman mukaisesti.

Eläkeikää onkin tarkasteltu uutena elämänvaiheena ja kehitystehtävänä, jolla on sekä yksilöllistä että yhteiskunnallista merkitystä. Ikääntyneiden osallistumista itseään koskevaan hoivan tai hoidon suunnitteluun pidetään jo luonnollisena. Tätä on haluttu varmistaa myös säädöspuolesta. Sosiaalisissa verkostoissa ja järjestötyössä ikäihmiset voivat vaikuttaa oman ikäryhmänsä hyvinvointikysymyksiin. Erityisen tärkeää on kehittää kuntien vanhusneuvostojen työskentelyä. Niissä paikalliset eläkeläisjärjestöt voivat ottaa kantaa palveluiden kehittämiseen. Äänestäjinä seniorit ovat muita ikäryhmiä aktiivisempia. Luottamushenkilöiden valinnat ovatkin tärkeitä, sillä yli 60-vuotiaat ovat aliedustettuina luottamustehtävissä. Ikäpoliittiseen keskusteluun ja ikästrategioiden suunnitteluun osallistuminen on muuttuvassa yhteiskunnallisessa tilanteessa entistäkin tärkeämpää.

4.1.1.3 Omavastuisuus – itseohjautuvat eläkevuodet

Eläkkeelle siirtyminen on usein odotettu elämänvaihe. Joskus eläkkeelle siirtymiseen on vaikea heti sopeutua. Ikäihmisten päihteiden käyttö on tästä eräänä oireena. Joillekin ei-toivotut elämänmuutokset voivat kasaantua eikä mukautumiseen kaikilla ole valmiuksia. Eläkkeelle valmentautumista suositellaan käynnistettäväksi jo 55 vuoden iässä. Jotkut työnantajat järjestävätkin eläkeikää lähestyville valmennusta asiantuntijaluennoilla ja kursseilla. Tarjolla on myös tiedotusta, joka auttaa löytämään ratkaisuja niin ajankäytön pulmiin kuin ongelmatilanteisiin. Eläkeläisjärjestöjen jäsenlehdet antavat ajankohtaista tietoa uusista etuisuuksista ja käynnistävät keskustelua edunvalvonnasta. Kuntien senioritiedotus on vähitellen kehittymässä. Internetistä löytyy erityisiä senioriportaaleja linkkeineen. Kunnat, vanhustyön järjestöt ja hoiva-alan yrittäjät tiedottavat palveluistaan paikallisilla tiedotteilla ja omilla kotisivuilla. Palveluneuvontaa ja ohjausta ollaan kehittämässä seudullisina ja/tai maakunnallisina kokonaisuuksina, johon liittyy yhteisiä toimipisteitä ja palvelutietokanta esim. maakuntaportaali. Ehkäisevät kotikäynnit nopeuttavat kaikkein iäkkäimpien palveluiden saantia. Nämä kaikki tukevat itsenäistä kotona selviytymistä.

Terveys ja toimintakyvyn säilyminen on ikäihmisten keskeisin toive. Siihen voi paljolti myös itse vaikuttaa. Psykofyysinen kunto edellyttää omatoimista sekä tarvittaessa ohjattua liikuntaa. Harrastukset ja toimiva sosiaalinen verkosto vaikuttavat mielenterveyteen positiivisesti. Sairauksien varhainen toteaminen ja kuntoutus ovat vanhetessa terveyden säilymisen edellytys. Tähän on kuntien terveydenhuollossakin panostettava.

Toimintakyvyn heikkenemistä ikäihmiset voivat kompensoida apuvälineillä. Apuvälineet ovat kaikkien hyödynnettävissä. Tietyin edellytyksin apuvälinehankintoihin saa avustuksia. Kotona asumiseen on kehitteillä uusia ratkaisuja, joissa hyödynnetään teknologian tuomia mahdollisuuksia. Asunnon kunnostusneuvonta sekä valtion ja kuntien avustukset ovat hyvä tuki omavastuiseen kotona selviytymiseen.

Omalla aktiivisuudella ja varautumisella ikäihmiset voivat lisätä omatoimista selviytymistä vaikka toimintakyky heikkenisikin. Monet eläkeläiset turvaavat taloutensa riskejä säästämällä jo työvuosien aikana. Osa ikäihmisistä tekee järjestelyjä elämänsä loppuvaiheeseen. Asumispaikka voi muuttua taajamaan lähelle palveluita hyvin varustettuun asuntoon. Toiset kirjoittavat hoitotahtonsa ja tekevät testamenttinsa jo terveenä ollessaan. Huolimatta näistä järjestelyistä erilaisten palveluiden saatavuus on ikääntyneelle tärkeää tukemaan kotona selviytymistä.

4.1.2 Ikääntyneet taloudellisena voimavarana

Eri yhteyksissä puhutaan väestön ikääntymisestä uhkana elintasollemme, yhteiskunnallisena ongelmana ja pidetään jopa ”huonona kuntana” kuntaa, jossa väestörakenne painottuu ikääntyviin. Tämä näkökulma on kapea-alainen ja sitä pyritään laajentamaan tässä kappaleessa käsittelemällä ikääntyneitä kuluttajina, työllistäjinä ja eläkeläisten varallisuustason kasvua.

4.1.2.1 Eläketulot Etelä-Karjalassa

Eläkkeitä on pidetty kansantaloudessa merkittävänä rasitteena. On monia syitä, miksi ikääntyneet ovat kansantaloudessa pikemminkin resurssi kuin rasite. Eläketulot ovat uusissa eläkkeelle siirtyvissä ryhmissä kasvussa ja moni saavuttaa 60 %:n eläketason. Väestön ikääntymisen voidaan nähdä taloudellisena mahdollisuutena. Eläketulot ovat perusta ikääntyvien kulu-

tus- ja sijoitusmahdollisuuksille. Kulutus lisää valtion verotuloja sekä palveluiden ja hyödykkeiden tuottajien verotettavaa tuloa. Tätä kautta eläkeläisten eläketulot pyörivät sekä paikallista talouselämää että kansantaloutta.

Etelä-Karjalaan maksettiin eläketulona vuonna 2003 475,9 miljoonaa euroa, vanhuuseläkkeinä 305,6 miljoonaa euroa. Vanhuuseläkkeiden saajien ryhmä on eläkkeensaajista suurin. Eteläkarjalaisista 20 % sai vanhuuseläkettä, vastaava luku koko maassa oli 16,5 %. Etelä-Karjalassa vanhuuseläkkeensaajien suhteellinen osuus väestöstä on suurin Suomenniemellä, jossa kolmannes väestöstä saa vanhuuseläkettä. Parikkalassa, Savitaipaleella ja Ylämaalla osuus on noin 28 %.

Tarkasteltaessa kuntien sosiaali- ja terveydenhuollon nettokäyttökustannuksia sekä kuntiin vuosittain tulevaa kokonaiseläketuloa huomataan, että lähes kaikissa kunnissa kokonaiseläketulo on suurempi kuin sosiaali- ja terveydenhuollon nettokäyttökustannukset. Vain Lappeenrannassa ja Lemillä tilanne on päinvastainen (Taulukko 11).

Taulukko 11. Kaikki vanhuuseläkkeen saajat kunnittain 31.12.2003 sekä kuntien nettokäyttökustannukset ja sosiaali- ja terveystoimen nettokäyttökustannukset vuonna 2003 Etelä-Karjalassa.

Kunta	Kaikkien vanhuuseläkkeiden saajien			Kunnan nettokäyttökustannukset milj. euroa*	Sos. ja terv. toimen nettokäyttökustannukset milj. euroa*
	lukumäärä	% koko väestöstä	eläketulo milj. euroa		
Imatra	6 244	20,8	73,0	108,9	68,7
Joutseno	2 046	18,9	23,8	36,0	22,2
Lappeenranta	10 004	17,0	119,9	196,6	123,6
Lemi	587	18,8	5,6	9,5	5,7
Luumäki	1 327	25,0	13,2	15,7	9,7
Parikkala	1 231	27,7	12,7	15,2	10,2
Rautjärvi	1 082	24,4	10,5	14,9	9,3
Ruokolahti	1 474	24,5	15,1	19,0	12,4
Saari	400	28,4	3,6	4,9	3,4
Savitaipale	1 179	27,9	11,6	15,2	9,2
Suomenniemi	271	32,1	2,6	3,1	2,1
Taipalsaari	767	16,0	8,7	13,7	8,4
Uukuniemi	157	29,5	1,6	1,9	1,2
Ylämaa	413	27,4	3,8	5,1	3,2
Etelä-Karjala	37 888	19,9	305,6	459,7	289,2
Koko maa	862 542	16,5	10 260,1	18 523,9	11 449,1

Lähde: Eläketurvakeskus, Kela ja * Tilastokeskus.

4.1.2.2 Eläkeläiset kuluttajina

Suuret ikäluokat tulevat eläkeikäisiksi vuoden 2010 tienoilla. Tämä merkitsee eläkeläisten määrän huomattavaa kasvua. Nykymielikuissa he ovat aktiivisia, kuluttamaan tottuneita, terveempiä ja myös varakkaampia kuin aiemmat eläkeläissukupolvet.

Tilastokeskuksen kulutustutkimusten mukaan tulot ja kulutus ovat nousseet noin 50 prosenttia vuodesta 1985 vuoteen 2001. Elinkaaren huipputaso saavutetaan noin 55-vuotiaana. Tämän jälkeen tulot alkavat laskea. Ikävuosien 55 ja 65 välillä tapahtuva eläkkeelle jääminen supistaa

kotitalouksien käytettävissä olevia tuloja noin neljänneksellä. Samaan aikaan kulutus supistuu jopa 30 prosenttia. Näin eläkkeelle jääminen näyttää merkitsevän kulutuskeskeisestä elämäntavasta siirtymistä niukempaan eläkeläiselämäntapaan. 80-vuotiaiden todetaan kuluttavan enää vain 2/3 tulostaan. Tulojen vähentyessä välttämättömyyskulutuksen osuus kulutusmenoista kasvaa. Yli 65-vuotiaiden talouksissa sekä elintarvikemenojen että asumismenojen osuus nousee yli 20 prosentin. (Lindqvist 2005.)

Tulevien eläkeläisten osalta suuri kysymysmerkki on, muuttuuko kulutuskäyttäytyminen tulevaisuudessa? Tähän saakka eläkeläisten erityispiirteitä on ollut suuri säästämisalttius. Säästetään lapsille, ”pahan päivän varalle” ja oman elämän riskeihin. Tulevilla eläkeläisillä on sekä korkeampi eläke että suurempi varallisuus. Samalla tulevilla eläkeläisillä on nykyeläkeläisiin nähden väljempi kulutuskäyttäytyminen tottumuksenaan. Suurin osa eläkeläisistä ei enää ole asunovelallisia ja heidän tarpeensa kestokulutushyödykkeiden hankintaan on työikäisiä vähäisempää. Jo tällä hetkellä lisääntyy erilaisten palveluiden ostaminen. Tähän – kuten muuhunkin ostokäyttäytymiseen – ovat osaltaan vaikuttaneet ja vaikuttaa tulevaisuudessakin tarjolla olevat palvelut ja niiden markkinointi ikäihmisille. (Hyvä yhteiskunta kaikenikäisille 2004.)

Matkailu, kulttuuritarjonta, kuntoilu ja kuntoutuspalvelut avaavat mahdollisuuksia ikääntyneiden laajenevalle kulutukselle. Vähitellen myös liike-elämä on oivaltamassa kasvupotentiaalikseen ikääntyneet.

4.1.2.3 Ikääntyneet työllistäjinä

Väestön ikääntyessä on syytä tarkastella myös heidän palvelujen tuottamiseen tarvittavaa henkilöstöä. Kunnissa ja yksityisellä sektorilla ikääntyneiden palvelujen tuottamisella on työllistävä vaikutus. Vanhusten laitoshoidon työllisti vuonna 2003 1000:ta 75 vuotta täyttäneitä kohti 55 kunnallista työntekijää, kotipalvelu 41 henkilöä, perusterveydenhuollon vuodeosastohoidon 63 henkilöä sekä muut vanhusten ja vammaisten palvelut 2 henkilöä. Tähän lisäksi tulee vielä yksityisten sosiaalipalveluntuottajien henkilöstö, joka oli vuonna 2003 Etelä-Karjalassa 619 henkilöä (luku sisältää kaikkien sosiaalipalvelujen tuottajien tiedot). (Sosiaali- ja terveydenhuollon tilastollinen vuosikirja 2004.)

4.1.2.4 Varallisuuden kasvu

Eläkeläisten varallisuuden kasvu perustuu eläketason ja varallisuuden kasvuun verrattuna aiemmin eläkkeelle jääneisiin. Tämä aiheuttaa samalla eläkeläisten varallisuuserojen kasvun. Ikääntyneiden keskuudessa on joukko, jonka rahat riittävät vain välttämättömyyksiinsä. Ikääntyneiden maaseudun naisten keskuudessa rahojen niukkuus on keskimääräistä yleisempää. Vuonna 1998 Etelä-Karjala sijoittui kotitalouksien keskimääräistä varallisuutta arvioitaessa maakuntien keskivaiheille. (Lindqvist 2005.)

Myös peritty varallisuus näkyy kasvuna tulevien eläkeläisten omaisuuden muodostumisessa. Perintöverotuksen mahdolliset muutokset voivat vaikuttaa tämän varallisuuden siirtymään ja omaisuusjärjestelyihin.

Vuonna 2050 kotitalouksien varallisuus tulee ennusteiden mukaan olemaan 2,5-kertainen nykyiseen verrattuna. Varallisuuden rakenteessa tapahtuu pitkällä aikavälillä merkittäviä muutoksia. Asunto-omaisuuden ja muun hyödykevarallisuuden osuus kotitaloussektorin varallisuudesta pienenee. Rahoitusvarallisuuden (talletukset, arvopaperit ym. sijoitusvarallisuus)

osuus tulee kasvamaan. Eläkeläisten varallisuus siirtyy heidän kuollessaan osin perintöverona valtiolle ja kunnalle. Usein omaisuus, varsinkin asunto ja kiinteistöt, on elämänkulun aikana hankittu lainarahalla ja maksettu siitä suomalaisittain korkeat korot sekä tämän jälkeen omaisuus- ja kiinteistöverot. (Säylä 2005.)

Eläkkeistä maksetaan sekä kunnallis- että valtionveroja. Eläkeläisiltä kertyvien verojen osuus verotuloista lisääntyy automaattisesti, vaikka veroasteet eivät muuttuisi. Talletusten koroista eläkeläiset maksavat veroa. Rahoitusomaisuuden lisääntyessä on sijoitustoiminta lisääntymässä ikäihmisten keskuudessa. Osingoistaan he maksavat veroa kuten muutkin sijoittajat. Iäkkäät ovat verotettavana myös omaisuuden ja kiinteistöjen osalta.

Ikäihmisten tulosta siirtynee epävirallista tukea nuoremmille perheenjäsenille. Isovanhemmat ja ikääntyvät vanhemmat tukevat lapsiensa opiskelua vielä eläketuloistaan. Lapsiperheet saavat sekä aineellista että lastenhoitoapua vanhemmiltaan. Tämän avun laajuutta ei tarkoin tunneta eikä sitä oteta huomioon kansantalouden tilinpidossa. Se on kuitenkin yleisesti tunnettua ja tunnustettua.

Omaishoitajina iäkkäät naiset antavat merkittävän panoksen vanhustyöhön. Omaishoidettavista yli 60 % on yli 65-vuotiaita. Joka kolmas omaishoitaja on itse yli 65-vuotias. Vain osa omaishoitajista saa omaishoidon tukea.

Iäkkäitä ei voida kansantalouden näkökulmasta pitää rasitteena, vaan he monella tavoin osallistuvat ja vaikuttavat taloudelliseen toimeliaisuuteen sekä varallisuuden kasvattamiseen.

4.1.3 Ikääntyneet palvelujen käyttäjinä

Ikääntyneiden palvelurakenne on kymmenen vuoden aikana muuttunut suuresti. Jo vuonna 1992 Sosiaali- ja terveysministeriö asetti tavoitteeksi, että vuoteen 2000 mennessä toteutettaisiin ikääntyneiden palveluissa rakennemuutos, jossa vähennetään laitoshoidtoa ja lisätään kotiin annettavia palveluja, tehostetaan voimavarojen käyttöä ja alennetaan kustannuksia. Sosiaali- ja terveydenhuollon tavoite- ja toimintaohjelman 2004–2007 ikäihmisten palvelujen kehittämisen tärkeimpänä tavoitteena on mahdollistaa kotona asuminen mahdollisimman pitkään. Vaaraman ym. (2000) esittämien tulosten mukaan tehokkuustavoitteet ovat toteutuneet, mutta kotipalvelujen lisääminen on jäänyt tavoitteeksi. Kokonaisuudessaan palvelujen tarjonta suhteessa ikääntyneiden määrään on niukentunut. Suuntana on ollut kodinhoitoavun kattavuuden pieneneminen ja pitkäaikaisen hoidon rakennemuutos. Pitkäaikainen laitoshoidto on vähentynyt ja palveluasuminen lisääntynyt. Myös asiakasrakenteessa on tapahtunut muutoksia. Kotipalvelua on kohdennettu entistä iäkkäämmille ja huonokuntoisemmille henkilöille. Myös palveluasumisen ja laitoshoidon asiakkaiden hoitoisuus on kasvanut.

Merkittävin palvelujen tarpeeseen ja käyttöön vaikuttava tekijä ei ole ikä vaan toimintakyky. Nämä ovat yhteydessä toisiinsa niin, että mitä korkeamman iän yksilö saavuttaa sitä todennäköisempää on myös, että hänen toimintakykynsä laskee. Suurin osa tämän päivän ikääntyneistä on itsenäisiä, omissa kodeissaan asuvia kansalaisia myöhäiseen ikään saakka. Noin 70 % kotona asuvista yli 75-vuotiaista selviytyy ilman yhteiskunnan hoivapalveluja. Alentuneen toimintakyvyn ohella palvelujen tarpeeseen liittyvät myös yksin tai puutteellisesti varustetuissa asunnoissa asuminen ja asuinympäristön ongelmat (Vaarama ym. 2004). Puutteellisesti ja erittäin puutteellisesti asuvissa asunnoissa asuvia 65 vuotta täyttäneitä oli vuonna 2002 Etelä-Karjalassa 29 % ja koko maassa 17 % vastaavan ikäisestä väestöstä. Puutteellinen asuminen on vähentynyt Etelä-Karjalassa vuodesta 1994 ja painottuu pieniin kuntiin. Muita palvelutar-

veindikaattoreita ovat ikääntyneiden sosiaaliset verkostot, elinajanodotteen kehitys ja ikääntyneiden terveys, erityisesti dementoivista sairauksista kärsivien määrä.

Eräs tärkeimmistä kotona selviytymistä estävistä tekijöistä on dementia. Dementoivat sairaudet johtavat yleisesti toimintakyvyn alenemiseen ja palvelutarpeen voimakkaaseen kasvuun. Suomessa keskimäärin kolme neljästä dementiapotilaasta tarvitsee sairautensa edetessä pitkäaikaista laitoshoidoa. Vuonna 2005 keskivaikeasti ja vaikeasti dementoituneiden määrä Suomessa on noin 80 000 henkilöä. Lievästi dementoituneiden määrä on noin 30 000 henkilöä. Keskivaikeasti tai vaikeasti dementoituneita on arvioitu olevan 4 % 65–74 vuotiaista, 11 % 75–84 vuotiaista ja 35 % yli 85-vuotiaista. Heitä on siis yli 65-vuotiaista 8 %. Etelä-Karjalan tilanne näkyy taulukossa 12. (Suomen dementiahoitoyhdistys).

Taulukko 12. Dementoivia sairauksia sairastavien henkilöiden lukumäärä kunnittain Etelä-Karjalassa vuonna 2004 ja ennustevuosina 2010 ja 2030 (Laskettu 8 % yli 65 vuotiaista, joka on arvio dementoivia sairauksia sairastavien lukumäärästä).

Kunta	Dementoivia sairauksia sairastavien lukumäärä yli 65 vuotiaasta väestöstä		
	2004	2010	2030
Imatra	484	528	670
Joutseno	155	172	234
Lappeenranta	775	864	1325
Lemi	46	49	77
Luumäki	104	108	159
Parikkala	134	135	169
Rautjärvi	84	89	120
Ruokolahti	110	114	146
Savitaipale	91	90	99
Suomenniemi	21	22	28
Taipalsaari	57	69	134
Ylämaa	31	29	36
Etelä-Karjala	2091	2268	3197

Lähde: Suomen dementiahoitoyhdistys

4.1.3.1 Julkiset palvelut

Ikääntyneiden kodinhoitoavun absoluuttinen asiakasmäärä on vähentynyt 33 % vuosina 1990–2002. Vuonna 2001 asiakasmäärän kehitys kääntyi hienoiseen nousuun (Vaarama ym. 2004). Vuonna 2003 Etelä-Karjalassa säännöllisen kodinhoitoavun piirissä oli yli 75-vuotiaita enemmän kuin maassa keskimäärin. Kuntakohtaiset vaihtelut ovat kuitenkin suuria. Imatralla, Lappeenrannassa ja Suomenniemellä kodinhoitoapua saavia ikääntyviä oli selvästi yli maan keskiarvon.

Omaishoidon tuen saajien suhteellinen osuus on koko maassa ja Etelä-Karjalassa kasvanut vuosina 1994–2003. Omaishoidon tuen saajia oli suhteellisesti hieman maan keskiarvoa vähemmän. Ruokolahdella, Uukuniemellä ja Lemillä omaishoidon tuen saajia oli selkeästi maan ja maakunnan keskiarvoa enemmän. Vireillä olevan omaishoitolain muutoksen seurauksena julkisten palvelujen tarve saattaa vähentyä.

Tukipalveluiden käyttäjämäärät ovat myös lisääntyneet koko maassa ja vielä selvemmin Etelä-Karjalassa tarkasteltaessa yli 65-vuotiaiden suhteellista osuutta vuosina 1994–2003. Kas-

vusta huolimatta Etelä-Karjalassa suhteellinen käyttäjämäärä oli jonkin verran maan keskiarvon alapuolella. Tukipalveluiden käyttö oli suurinta Lemillä ja Saarella (Taulukko 13).

Taulukko 13. Ikääntyneiden keskeisten avopalveluiden käyttö Etelä-Karjalassa kunnittain vuosina 1994 ja 2003.

Kunta	Tukipalvelut % 65+ asukkaista*		Kodinhuoltoapu % 75+ asukkaista		Omaishoidon tuki % 65+ asukkaista	
	1994	2003	1994	2003	1994	2003
Imatra	5,6	16,5	16,8	30,2	1,4	1,6
Joutseno	9,3	8,9	15,5	21,2	1,0	1,0
Lappeenranta	11,1	10,1	21,0	24,6	0,7	1,6
Lemi	13,1	17,7	15,6	14,6	0,9	4,1
Luumäki	9,3	11,5	30,5	15,8	0,3	0,7
Parikkala	12,0	15,4	21,7	15,2	1,8	2,0
Rautjärvi	30,0	13,4	25,2	20,8	2,0	2,5
Ruokolahti	9,3	9,3	34,2	17,6	2,6	5,4
Savitaipale	10,6	15,4	16,4	19,4	3,3	0,9
Suomenniemi	18,1	15,1	23,9	28,3	3,0	0,8
Taipalsaari	3,1	12,8	15,1	16,0	1,3	2,3
Ylämaa	19,8	15,0	24,5	21,9	2,4	2,8
Etelä-Karjala	10,3	12,5	20,6	23,3	1,3	1,8
Koko maa	13,2	13,9	22,7	18,7	1,5	2,2

Lähde: Sotkanet ja Sotka*

Palveluasumisen asiakasmäärä on kolminkertaistunut vuodesta 1990 vuoteen 2002. Etelä-Karjalassakin palveluasuminen on lisääntynyt, mutta vähemmän kuin keskimäärin. Vuonna 2003 koko maassa kuntien 75 vuotta täyttäneistä asui 5,5 % palveluasunnoissa. Etelä-Karjalassa vastaava luku oli 3,9 % (Taulukko 14).

Taulukko 14. Palveluasuminen ja tehostettu palveluasuminen Etelä-Karjalassa kunnittain vuosina 1994 ja 2003, % 75+ vuotiaista kunnan asukkaista.

Kunta	Ikääntyneiden palveluasuminen		Siitä tehostettu palveluasum. ¹⁾ 2003
	1994	2003	
Imatra	1,2	6,6	5,6
Joutseno	2,7	3,2	1,2
Lappeenranta	4,0	2,0	0,4
Lemi	5,6	6,1	0
Luumäki	-	1,5	0
Parikkala	5,4	4,1	0
Rautjärvi	0,9	3,3	0
Ruokolahti	5,0	6,1	0
Savitaipale	5,5	3,2	4,3
Suomenniemi	2,3	8,8	0,9
Taipalsaari	3,1	5,6	0
Ylämaa	6,5	2,6	8,9
Etelä-Karjala	3,1	3,9	2,0
Koko maa	2,7	5,5	2,8

¹⁾ Tehostettu palveluasuminen tilastoitu vuodesta 2000 lähtien.

Lähde: Sotka ja Sosiaali- ja terveydenhuollon tilastollinen vuosikirja 2004.

Vanhainkodeissa pitkäaikaishoidossa olevien asukkaiden määrä on laskenut ja sitä on korvattu tehostetulla palveluasumisella. Samansuuntainen kehitys on nähtävissä myös Etelä-Karjalassa. Viidessä kunnassa vanhainkoti on lakkautettu, mutta toisaalta kuudessa kunnassa ei vuonna 2003 ollut lainkaan tehostettua palveluasumista tarjolla. Etelä-Karjalan kunnissa yli 75-vuotiaiden terveyskeskusten pitkäaikaishoidon asiakkaiden suhteellinen osuus on noussut viimeisten kymmenen vuoden aikana ja on vuonna 2003 selvästi maan keskiarvon yläpuolella (Taulukko 15). Ikääntyneiden pitkäaikaishoito terveyskeskuksissa on sen sijaan vähentynyt 2000 - luvulla verrattuna 1990 – luvun huippulukuihin. (Vaarama ym. 2004.)

Taulukko 15. Ikääntyneiden keskeisten laitospalveluiden käyttö Etelä-Karjalassa kunnittain vuosina 1994 ja 2003, kuvattuna % 75+ vuotiaista kunnan asukkaista.

Kunta	Vanhainkodit ¹⁾ 2003	Terveyskeskusten pitkäaikais- hoito	
		1994*	2003
Imatra	3,2	2,8	2,2
Joutseno	7,5	2,1	2,6
Lappeenranta	4,6	-	5,1
Lemi	10,6	-	0
Luumäki	5,4	3,1	3,4
Parikkala	6,1	1,4	1,9
Rautjärvi	0	11,1	5,2
Ruokolahti	0	5,5	8,0
Saari	8,5	0,7	0
Savitaipale	0	2,7	4,2
Suomenniemi	0	1,1	0,9
Taipalsaari	5,2	5,8	2,8
Uukuniemi	0	1,5	0
Ylämaa	1,0	0,7	1,0
Etelä-Karjala	4,1	2,1	3,7
Koko maa	4,7	3,2	2,6

¹⁾ Tehostettu palveluasuminen tilastoitu erillään vuodesta 2000 lähtien.

Lähde: Sosiaali- ja terveydenhuollon tilastollinen vuosikirja 2004 ja Sotka*

4.1.3.2 Yksityiset palvelut

Yksityisten sosiaali- ja terveydenhuollon palveluntuottajien määrä on jatkuvasti lisääntynyt maassamme. Yksityisen sektorin tuottamien palvelujen osuus on ikääntyneiden palveluissa suurempi kuin sosiaalipalveluissa keskimäärin. Samoin uusia yksiköitä on viime vuosina perustettu eniten juuri ikääntyneiden palveluihin.

Vuonna 2005 Etelä-Karjalan alueella oli 51 yksityisten vanhusten sosiaalipalvelujen tuottajaa: 33 kotipalvelun tuottajaa ja 18 palveluasumisen tuottajaa. Vanhusten laitoshoidon tuottavia yksiköitä ei Etelä-Karjalassa ole. Tilanne on samansuuntainen koko maassa.

Taulukko 16. Etelä-Karjalan alueella olevien yksityisten vanhusten palvelujentuottajien määrä 19.1.2006.

Kunta	Palveluas. ja tehost. palveluas. tuottajat	Kotipalvelun tuottajat
Imatra	3	6
Joutseno	4	2
Lappeenranta	8	17
Lemi		2
Parikkala		3
Rautjärvi		
Ruokolahti		1
Savitaipale	2	2
Ylämaa	1	
Etelä-Karjala	18	33

Lähde: Etelä-Suomen lääninhallitus, Sosiaali- ja terveysosasto, Kouvola

Ikääntyneiden laitoshoidon ja palveluasumisen yksityisestä tuotannosta suurin osa on kuntien ostopalveluja ja siten ne sisältyvät edellä esitettyihin kuntien järjestämien palvelujen lukuihin. Sen sijaan kotipalveluissa valtaosa yksityisesti tuotetuista palveluista on muuta kuin kuntien ostopalveluja. Yksityiset palveluntuottajat tuottavat 22 % kaikista kotipalveluista, mutta kunnat ostavat vain neljä prosenttia kodinhoitoavusta yksityisiltä. (Vaarama ym. 2004.)

Taulukko 17. Erilaisten palveluntuottajien osuudet ikääntyneiden palveluissa vuonna 2002.

Tuottaja	Kotipalvelut %	Palveluasuminen %	Vanhainkotihoido %
Kunnat ja kuntayhtymät	78	45	89
Järjestöt	13	44	11
Yritykset	9	11	1
Yhteensä	100	100	100

Lähde: SVT 2003 Ikääntyneiden sosiaali- ja terveyspalvelut 2002

4.2 SWOT - analyysi

Etelä-Karjalan Ikääntyvien kehittämisalueen nykytilan vahvuudet ja heikkoudet sekä tulevaisuuden mahdollisuudet ja uhat on seuraavassa tiivistetty SWOT – analyysin avulla.

VAHVUUDET - Karjalaisuus voimavarana - Keskustelu ikääntyvien asioista vireää ja positiivista - Kunnissa aikaisemmin tehty ohjelmatyö - Kehittämismyönteisyys - Ammattitaitoinen henkilöstö - Vanhusneuvostoissa ja lautakunnissa ikääntyviä henkilöitä (ikääntyvien ääni kuuluu) - Maaseudun läheishuolenpito - Vapaaehtois- ja järjestötyö aktiivista	HEIKKOUEDET - Kuntatalouden ongelmat - Kuntien sektoriajattelu ja päätöksenteko lyhytjänteistä - Väestö keskittynyt kaupunkiseuduille, jolloin pienissä kunnissa palvelujen järjestäminen vaikeutunut - Kuntien välinen yhteistyö vähäistä - Julkisen sektorin ja vapaaehtoistyön välillä koordinoinnin puute - Ennaltaehkäisevä työ vähäistä - Gerontologinen näkökulma ei näy päivittäisessä toiminnassa - Alan yliopisto-opetuksen puute - Ikääntyneiden sosiaalisen verkoston kapeus - Asuntopoliittiset puutteet - Hankintaosaaminen puutteellista - Tilaongelmat vapaaehtoistyössä - Hoivayrittäjyyttä vähän - Palveluiden huono saavutettavuus niiden keskittymisen vuoksi
MAHDOLLISUUDET - Ikääntyvien osaamisen hyödyntäminen - Ikääntyvien voimavarojen käyttöön-otto - Ikääntyviin kohdistuvan asennemyönteisyyden lisääntyminen - Kumppanuuksien ja yhteistyöverkoston kehittyminen - o kuntien välillä - o kunnan eri toimialojen välillä - Ikääntyvien kansanterveyden kohe-neminen - Kehittämistyön mahdollisuudet - Hoiva- ja hyvinvointiteknologian mahdollisuudet - Ikääntyvien taloudellisen toimeen-tulon kohoaminen - Tiedon ja sen käytön lisääntyminen - Hyvinvointiyrittäjyyden lisääntyminen - Maahanmuutto työvoimaresurssina	UHAT - Käytettävissä olevien resurssien ja tarpeiden ristiriita - Väkiluvun pienentyminen - Epäedullinen väestörakenne - Valtion velvoitteiden kasvu ilman taloudellista tukea - Koulutetun työvoiman pula - Kielteinen asenne ikääntymiseen - Dementiaa ja diabetesta sairastavien määrän lisääntyminen - Päihteiden käytön lisääntyminen - Medikalisaatio – vanhuuden lääketieteellistäminen

4.3 Strategiaosio

4.3.1 Visio ja strategiset päämäärät

Ikääntyvien kehittämisalueen visio vuoteen 2010:

Hyvä itsenäinen ikääntyminen

Ikääntyvät Etelä-Karjalan asukkaat elävät tulevaisuudessa mahdollisimman pitkään hyvin varustetuissa kodeissaan omatoimisesti ja turvallisesti. He huolehtivat kunnostaan ja osallistuvat yhteisönsä toimintaan ja vaikuttavat lähipalveluiden kehittämiseen.

Terveysten, toimintakyvyn ja sosiaalisen hyvinvoinnin tueksi on saatavilla itsenäistä selviytymistä tukevat ehkäisevät palvelut ja tarvetta vastaava kuntoutus, hoiva ja hoito.

Palvelut hoitaa koulutettu ja osaava moniammatillinen henkilöstö, jonka käytössä on moderni tieto- ja hyvinvointiteknologia. Palveluvalikoima monipuolistuu ja muodostaa laadukkaat ja joustavat seudulliset palveluketjut.

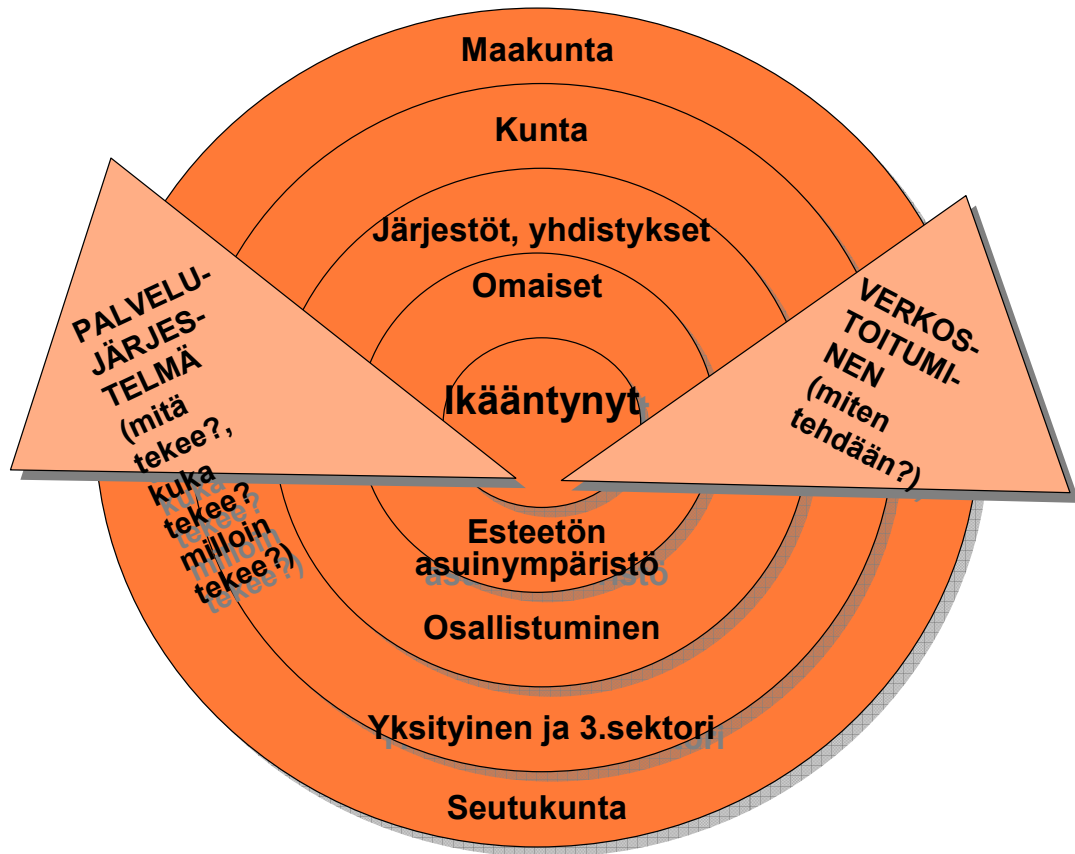
Strategiset päämäärät ovat visiosta johdettuja pitkän aikavälin tavoitteita, joilla visio saavutetaan.

- 1. Ikääntyneille esteetön elämänpiiri maakunta-/kuntatoimijoiden yhteistyöllä.**
- 2. Ennakoinnilla myöhään, mutta tarvittaessa ajoissa palvelujen piiriin.**
- 3. Palvelurakenne monitahoisia tarpeita vastaavaksi.**
- 4. Pitkäjänteinen resursointi**

4.3.2 Toimintasuunnitelma

Kriittiset menestystekijät ovat asioita, joissa on ehdottomasti onnistuttava, jotta strategiset päämäärät ja sitä kautta visio saavutetaan. Seuraavassa kriittiset menestystekijät esitetään neljän näkökulman mukaisesti.

VAIKUTTAVUUS 1. Edistetään esteettömien asuntojen ja asuinympäristöjen suunnittelua sekä rakentamista. 2. Vahvistetaan ikääntyvien omien voimavarojen käyttöä. 3. Vahvistetaan asiakaslähtöisyyttä käytännön toiminnassa.	UUDISTUMINEN 4. Edistetään hyvinvoinnin innovaatio-toimintaa. 5. Kehitetään ja monipuolistetaan käyttöön erilaisia toimintamalleja. 6. Turvataan erityisryhmien tarvitsemat palvelut uusien toimintatavoin.
RAKENTEET JA PROSESSIT 7. Kehitetään tiedottamista hyödyntäen tietoverkkopalveluita ja paikallisia joukkoviestimiä. 8. Kehitetään hyvinvointitiedon seurantaa ja analysointia maakunnassa. 9. Tuetaan mahdollisimman pitkään ikääntyvien kotona selviytymistä uusilla rakenteilla. 10. Painotetaan ikääntyneiden uusien palvelurakenteiden toteutumista.	RESURSSIT 11. Varmistetaan vanhustyön osaavan ja ammattitaitoisen työvoiman saatavuus ja pysyvyys. 12. Laajennetaan vanhustyön toimijapohjaa. 13. Vahvistetaan taloudellisia resursseja ja kustannustehokkuuden toteutumista vanhustyön kehittämisessä.



Kuvio 4. Ikääntyvien kehittämisalueen strategian sisältö.

VAIKUTTAVUUS

1. Edistetään esteettömien asuntojen ja asuinympäristöjen suunnittelua sekä rakentamista.

Strateginen tavoite vuoteen 2010	Toimenpide	Vastuutaho
Ikääntyvien elinympäristön tapaturmariskien poistaminen	Riskikartoitus asunnossa ja ympäristössä	Suunnittelijat, viranomaiset ja vanhusneuvostot
Ikääntyvien asuntojen ja asuinalueiden esteettömyys	Huomion kiinnittäminen suunnitteluun ja suunnittelijoiden koulutukseen	LTy ja AMK
	Toimivan asunnon malli maakuntaan	Koulutusorganisaatiot ja yritykset

2. Vahvistetaan ikääntyvien omien voimavarojen käyttöä.

Strateginen tavoite vuoteen 2010	Toimenpide	Vastuutaho
Ikääntyvien fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen toimintakyvyn ylläpysyminen ja edistäminen	Ennaltaehkäisevä kotikäynti toteutetaan kaikille 75 vuotta täyttäneille	Kunnat
	Kattava vanhusneuvolajärjestelmä Etelä-Karjalassa	Kunnat
	Osallistuminen Voimaa Vanhuuteen - iäkkäiden terveysliikuntaohjelmaan vuosina 2005 - 2009	Kuntien liikuntatoimi, yksityinen ja 3. sektori mm. EKL
Ikääntyvien sosiaalisen pääoman vahvistuminen	Ikääntyvien osallisuuden ja lähiverkoston toimivuuden säilyminen	Julkinen ja 3.sektori
Eri elämänvaiheiden muutoksiin toimivat verkostot	Erilaiset toimintaryhmät ja sosiaaliset verkostot, joihin kuuluvat sukulaiset, tuttavat ja naapurit	Yhteistyössä julkinen ja 3. sektori
Ikääntyvien osallistumisen ja harrastustoiminnan säilyminen ja edistäminen.	Ikääntyneiden resurssien hyödyntäminen	3. sektori mm. EKL
	Vanhusneuvoston toimiminen tiedottajana	Kunnat
Kattavan ravitsemusneuvonnan järjestäminen	Jokaisessa kunnassa mahdollisuus käyttää ravitsemusneuvontapalveluja	Kunnat

3. Vahvistetaan asiakaslähtöisyyttä käytännön toiminnassa.

Strateginen tavoite vuoteen 2010	Toimenpide	Vastuutaho
Ikääntyneiden osallistumisen ja itsemääräämisoikeuden vahvistaminen	Ikääntyneiden osallistuminen palvelutarpeen arviointiin	Kunnat ja koulutusorganisaatiot
	Ikääntyneiden osallistuminen itseään koskeviin hoitopaikkapäätöksiin	Kunnat
Yksilöllisen hoivan varmistaminen	Omahoitajajärjestelmän kehittäminen	Kunnat ja koulutusorganisaatiot

UUDISTUMINEN

4. Edistetään hyvinvoinnin innovaatiotoimintaa.

Strateginen tavoite vuoteen 2010	Toimenpide	Vastuutaho
Arki- ja turvateknologian kehitykseen osallistuminen	Arki- ja turvateknologian jo olemassa olevien hankkeiden toiminnan turvaaminen ja uusien hankkeistaminen sekä yritystoiminnan kehittäminen.	Julkinen sektori
Hyvinvointiteknologian toimintamallien levittäminen maakuntaan	Maakunnassa toimivien Hyla- ja Hyvinvointikaupunkihankkeiden luomien toimintamallien levittäminen	LTY ja kunnat
Esteettömyyssovelluksiin liittyvän tiedon levittäminen maakunnassa	Esteettömyyssovellusten tietoorumien järjestäminen kohdistettuna eri alojen toimijoille	LTY, AMK ja Socom
Esteettömyyspassin mallintaminen ja toteuttaminen maakunnassa	Valmistelijayhteistyön käynnistäminen vuonna 2006	LTY, AMK ja Socom
Hoivayrittäjyyden kehittäminen	Yrittäjyyden edellytysten; koulutuksen ja tuen vahvistaminen	LTY, AMK, Socom, Kareletek, Aluekeskus-ohjelma ja kunnat

5. Kehitetään ja monipuolistetaan käyttöön erilaisia toimintamalleja.

Strateginen tavoite vuoteen 2010	Toimenpide	Vastuutaho
Hoivatakuun toteutuminen	Hoivatakuun mukainen palvelutarpeen arviointi toimintakyvyn, asunnon ja ympäristön osalta	Kunnat
	Tuki- ja selviytymissuunnitelman laadinta yhteistyössä julkinen, yksityinen ja 3.sektori sekä omaiset	Kunnat
Eläkkeelle valmennuksen järjestäminen	Valmennuskurssien järjestäminen	Työnantajat, 3.sektori mm. kansalaisopistot
	Terveystarkastusten järjestäminen	Kunnat ja työnantajat
Kuntouttavan hoiva-/hoitotyömenetelmien omaksuminen työtavaksi	Kuntouttava hoivatyö kotihoidon henkilökunnan työmenetelmäksi	Koulutusorganisaatiot ja kotihoidonyksiköt
	Kuntouttava hoitotyö laitoshoidon henkilökunnan työmenetelmäksi	Koulutusorganisaatiot ja laitoshoidon yksiköt
Sosiokulttuuristen työmenetelmien kehittyminen	Senioreiden kulttuurikahvilatoiminnan aloittaminen Lappeenrannassa ja toiminnan laajentaminen muihin kuntiin	Terveystä ja hyvinvointia kulttuurista senioreille - hanke
Konsultoivan hoivatyön kehittäminen	Toimintamallin kehittäminen	Koulutusorganisaatiot, työntekijät ja Socom

6. Turvataan erityisryhmien tarvitsemat palvelut uusin toimintatavoin.

Strateginen tavoite vuoteen 2010	Toimenpide	Vastuutaho
Muistihäiriöisille eriytetyt hoivayksiköt	Toimivien dementiayksiköiden toiminta-edellytysten varmistaminen	Kunnat
	Tarpeen mukaisesti uusien dementia-yksiköiden perustaminen	Kunnat, yksityiset ja järjestöt
Etnisiin vähemmistöihin kuuluville ja paluumuuttajille tarvittava tuki	Kielen ja kulttuurin ymmärtäminen	Kunnat ja etniset yhteisöt
Haja-asutusalueiden palvelut toimiviksi	Palveluista tiedottaminen selkokoelellä	
	Meneillään olevien haja-asutusalueiden hankkeiden koordinointi	Vanhustyön kehittämisyksikkö ja Maakuntaliitto

RAKENTEET JA PROSESSIT

7. Kehitetään tiedottamista hyödyntäen tietoverkkopalveluita ja paikallisia joukkoviestimiä.

Strateginen tavoite vuoteen 2010	Toimenpide	Vastuutaho
Palveluiden tiedotuksen kehittäminen	Yhtenäinen seudullinen-/maakunnallinen palveluneuvonnan ja -ohjauksen toimipiste sekä palvelutietokanta julkisista, yksityistä ja 3.sektorin palveluista	Tietomaakunta, Maakuntaliitto ja Palvelutori-hanke
	Kaikissa kunnissa vanhusten palveluiden opas	Kunnat
Monikanavaisen, kattavan tiedonvälityksen kehittäminen	Paikallislehtien ja alueradion aktivoituminen ikääntyneiden tiedottamiseen	Joukkoviestimet ja julkinen sektori

8. Kehitetään hyvinvointitiedon seurantaa ja analysointia maakunnassa.

Strateginen tavoite vuoteen 2010	Toimenpide	Vastuutaho
Maakunnallisen hyvinvointitiedon tuottaminen	Maakunnallisen hyvinvointiselonteon tekeminen valtuustokausittain	Maakuntaliitto
Vanhuspoliittinen ohjelma jokaisessa Etelä-Karjalan kunnassa	Vanhuspoliittisen ohjelman laatiminen kuntiin	Kunnat

9. Tuetaan mahdollisimman pitkään ikääntyvien kotona selviytymistä uusilla rakenteilla.

Strateginen tavoite vuoteen 2010	Toimenpide	Vastuutaho
Ikääntyneiden kodinomaisen palveluketjun toteutuminen	Ikääntyneiden palveluketjun kartoitus, suunnittelu ja käyttöönotto	Kunnat, EKSHP, yksityinen ja 3. sektori
Ikääntyneiden tukipalveluiden riittävä tarjonta kotona selviytymisen tukena	Kunnittain monipuolisten tukipalveluiden järjestäminen yhteistyössä julkinen, yksityinen ja 3.sektori	Kunnat, yksityinen ja 3. sektori
Palveluseteli kotona selviytymisen tukena	Seudullinen-/maakunnallinen yhtenäisen palvelusetelitoimintamalli	Kunnat ja Palvelutorihanke
Omaishoitajajärjestelmän kehittäminen seudullisesti/maakunnallisesti	Omaishoidontuen myöntämisen kriteereiden yhtenäistäminen	Kunnat ja Palvelutorihanke
	Omaishoidontuen maksuluokkien yhtenäistäminen	Kunnat ja Palvelutorihanke
	Omaishoitajien vapaapäiväjärjestelyjen monipuolistaminen	Kunnat ja Palvelutorihanke

10. Painotetaan ikääntyneiden uusien palvelurakenteiden toteutumista.

Strateginen tavoite vuoteen 2010	Toimenpide	Vastuutaho
Painotus kotona selviytymiseen	Kotihoidon käyttöaste vähintään 25 %, % yli 75 vuotiaista asukkaista	Kunnat
Asumismuotona palveluasuminen laitosasumisen sijaan	Palveluasumisen osuus 6 - 8 %:iin, % yli 75 vuotiaista asukkaista	Kunnat
Laitospalveluiden käytön vähentäminen	Laitospalveluiden piirissä alle 5 %, % yli 75 vuotiaista asukkaista	Kunnat

RESURSSIT

11. Varmistetaan vanhustyön osaavan ja ammattitaitoisen työvoiman saatavuus ja pysyvyys.

Strateginen tavoite vuoteen 2010	Toimenpide	Vastuutaho
Ammattitaitoisen työvoiman saatavuuden turvaaminen	Maakunnallinen työntekijäresurssipankki	Kunnat
	Alueen koulutustarpeen määrittely ja koulutusorganisaatioiden toiminta tarpeen mukaiseksi	Yhteistyössä kaikki toimijat ja koulutusorganisaatiot
Henkilöstön riittävyyden turvaaminen	Laatusuositusten mukainen henkilöstön mitoitus	Kunnat, yksityinen ja 3.sektori sekä Maakuntaliitto
Henkilöstön jaksamisesta huolehtiminen	Työkierto yleiseksi toimintakäytännöksi organisaatioissa	Kunnat, yksityiset ja järjestöt
Täydennyskoulutuksen järjestäminen	Muuttuvien tarpeiden mukaisen täydennyskoulutuksen toteuttaminen	Koulutusorganisaatiot ja työnantajat

12. Laajennetaan vanhustyön toimijapohjaa.

Strateginen tavoite vuoteen 2010	Toimenpide	Vastuutaho
Vanhusneuvosto yhtenä toimijana	Vanhusneuvostojen perustaminen kaikkiin Etelä-Karjalan kuntiin	Kunnat ja järjestöt
	Olemassaolevien vanhusneuvostojen työn sisältöjen kehittäminen	Kunnat ja järjestöt
Maakuntaliiton hyvinvointiosaamisen vahvistaminen	Tiedon tuotanto ja koordinointi	Maakuntaliitto
	Asiantuntijahenkilöstön lisäys	
Yksityinen ja 3.sektori sekä ikääntyneet voimavarana	Kumppanuushankkeiden toteuttaminen kunnissa	Kunnat, hoivayrittäjät ja 3. sektori

13. Vahvistetaan taloudellisia resursseja ja kustannustehokkuuden toteutumista vanhustyön kehittämisessä.

Strateginen tavoite vuoteen 2010	Toimenpide	Vastuutaho
Kaakkois-Suomen vanhustyön kehittämis-yksikön toiminnan kehittäminen	Toimintaedellytysten varmistaminen vuodesta 2007 eteenpäin	Socom ja kunnat
Kunnissa vanhustyön taloudellisten resurssien lisääminen	Vanhusväestön kasvun mukainen budjetointi	Kunnat

4.3.3. Hankesuunnitelma

Hankesuunnitelma käsittää kehittämishankkeita osastrategian tavoitteiden saavuttamiseksi. Se on toimintaryhmän laatima ja sitä on täydennetty lausuntokierroksen jälkeen. Hyvinvointistrategian toimeenpanossa keskitytään alla lueteltujen hankkeiden hankevalmistelun eteenpäinviemiseen.

1. Vanhusten osallisuus Etelä-Karjalassa

Koostuu seuraavista osa-alueista:

- Kodin teknologiaverkko; ATK-taitojen hallinta, aktiivinen tiedonhallinnan edistäminen.
- Toimintakykyisyysverkko; sosiaalisten taitojen kehittäminen, elämäkokemus voimavaraksi, myönteinen vanhuskäsitys.
- Palveluverkko; harrastusaktiivisuus, toiminnallisuus ja yhteisöllisyys.
- Analyysiverkko; riskien kartoitus, ennaltaehkäisevät kotikäynnit.

2. Toimitila-hanke

Koostuu seuraavista osa-alueista:

- Liikkuva seniorikeskus, joka sisältää liikuntayksikön (mahdollisuus liikunnan harrastamisen ja toimintakyvyn testaukseen), palvelukeskustoimintaa ja vanhusneuvolan toimintoja.
- Esteetön elinympäristö, joka sisältää fyysisen esteettömyyden lisäksi näkemiseen ja kuulemiseen liittyvän esteettömyyden.
- Joustavat toimitilat, jonka tavoitteena on saada seniorikeskustilat kokoustoimintaan ja kuntoiluun.

3. Ikääntyvien terveyden ja toimintakyvyn ennaltaehkäisevä projekti

Osa-alueet: ravitsemus, liikunta ja neuvonta. Haetaan ”Voimaa vanhuuteen” valtakunnallista rahoituksesta vuodelle 2007. Toimijoina: julkinen, yksityinen ja 3. sektori.

5 TERVEYDEN JA SAIRAANHOIDON KEHITTÄMISALUEEN STRATEGIA

5.1 Toimintaympäristön kuvaus

5.1.1 Terveyden ja hyvinvoinnin ilmeneminen yksilötasolla

Terveydellä on monta ulottuvuutta ja se merkitsee ihmisille eri asioita. Terveys ei ole pysyvä olotila, vaan jatkuvaa sopeutumista muutoksiin elämänsä eri vaiheissa. Terveys määritellään usein kapeasti sairauksien puuttumisena. Sairaus tai vamma ei kuitenkaan estä ihmistä kokemasta itseään toimintakykyiseksi. Terveys ymmärretään myös laajemmin yksilöiden ja yhteisöjen voimavarana ja toimintakykenä sekä hyvinvointina. Terveyden merkitys yksilölle onkin sen tuottamassa toimintakyvyssä, hyvässä olossa ja turvallisuudessa.

Terveyteen vaikuttaminen on yksilön, yhteisön ja yhteiskunnallisen hyvinvoinnin parantamista. Yksilöiden, perheiden ja eri yhteisöjen valinnat ja toiminta ovat keskeisiä terveyden kannalta. Terveyden edistämisen tavoitteena on tuoda ihmiset yksilöinä ja yhteisönä parhaalle mahdolliselle terveyden tasolle, minkä heidän elinolonsa ja biologinen potentiaalinsa tekevät mahdolliseksi. Terveyden edistämisen perustana ovat kuitenkin yksilön valinnat ja yhteiskuntapoliittiset päätökset ovat joko mahdollistavia tai rajoittavia tekijöitä. Yhteiskuntapoliittisilla

päätöksillä tuleekin vahvistaa sellaisia elin- tai työolosuhteita, koulutusmahdollisuuksia sekä palvelujärjestelmää, joilla parannetaan yksilön ja yhteisöjen mahdollisuuksia edistää omaa ja lähiympäristönsä terveyttä.

Terveyden edistäminen on myös terveyden edellytysten parantamista, jolloin terveystieteiden kohdat otetaan huomioon päätöksenteossa ja toiminnassa sekä voimavarat suunnataan uudelleen kansalaisten terveystarpeiden mukaisesti. Terveydenhuolto ei voi yksin kantaa vastuuta terveyden edistämisestä, mutta se voi toimia asiantuntijana ja koordinoijana. Terveyden edistäminen tulisi toteuttaa kunnan eri hallinnonaloilla luomalla ihmisille yhtäläiset hyvinvoinnin ja terveen elämän mahdollisuudet mm. sosiaali-, terveys-, koulu-, ympäristö-, työvoima- ja teknisen toimen alueilla. (Perttilä 1999.)

5.1.1.1 Terveys

Suomen väestön terveys on kohentunut viimeisten kolmenkymmenen vuoden aikana merkittävästi, mikä näkyy elinajan odotteen kohoamisena. Vuonna 2003 suomalaisten miesten elinajan odote oli 75,1 vuotta (Etelä-Karjala 74,0 vuotta) ja naisten 81,8 vuotta (Etelä-Karjala 81,5 vuotta) (Tilastokeskus 2004). Elinajanodotteen kohoamiseen ovat vaikuttaneet elintapojen positiivinen muutos, joka on vähentänyt sydän- ja verisuonitautteja, työperäisten vakavien sairauksien ja tapaturmien sekä liikennetapaturmien väheneminen sekä terveydenhuollon kehittyminen mm. syöpähoitojen kehittyminen, sepelvaltimokirurgia. On oletettavaa, että elinajanodote edelleen kasvaa, mutta kasvuvauhtia on vaikea ennustaa.

Vaikka terveys onkin parantunut, eri väestöryhmien väliset terveyserot eivät ole vähentyneet. Terveystieteen vaikuttavia tekijöitä ovat erityisesti ikä, sukupuoli, sosioekonominen asema ja asuinpaikka. Ihmisen ikääntyessä terveys heikkenee. Pitkän koulutuksen saaneet henkilöt ovat yleensä terveempiä ja heidän elintapansa ovat terveyden kannalta edullisempia kuin vain perusasteen koulutuksen saaneiden. Lähes kaikki sairaudet ovat yleisempiä työntekijöillä. Naimisissa olevat miehet ja naiset ovat terveimpiä ja heidän elintapansa ovat terveellisimmät. Heikoin koettu terveys on yksinasuvilla miehillä. Myös alueittain terveydessä on eroja. Itäsuomalaisten terveys on muuta Suomea huonompi. (Aromaa & Koskinen 2002.)

Sosioekonomisten terveyserojen kaventaminen on iso yhteiskuntapoliittinen haaste. Tutkimusten mukaan terveyden eriarvoisuus saa alkunsa siitä, että aineelliset, kulttuuriset ja psykososiaaliset selviytymistä edistävät voimavarat jakautuvat epätasaisesti jo lapsuudessa ja nuoruudessa. Terveyden eriarvoisuutta lisääviä tekijöitä ovat lisäksi työttömyys, tuloerojen kasvu, syrjäytyvä maahanmuuttajaväestö, alkoholin saannin helpottuminen ja hintojen lasku, tupakan tuontirajoitusten lieventyminen ja terveydenhuollon uudet menetelmät, joista ensimmäisinä näyttävät hyötyvän sosiaalisesti parhaassa asemassa olevat henkilöt. Terveys 2015 ohjelman yleistavoitteena onkin väestöryhmien välisten terveyserojen pienentäminen. Sen mukaisesti kansallisia terveysinterventioita pyritään kehittämään sosioekonomisten terveyserojen kaventamiseen. (Terveys 2015 – ohjelma.)

5.1.1.2 Toimintakyky ja työkyky

Terveys 2000 tutkimuksen mukaan (2002) toimintakyky työikäisillä ja iäkkäillä ihmisillä on parantunut. Suurimmalla osalla 30 vuotta täyttäneistä on varsin hyvä toimintakyky ja he selviävät vaikeuksista tavallisista toiminnoista. 65 ja 75 ikävuoden jälkeen toimintakyky heikkenee siinä määrin, että osa iäkkäistä ei selviydy itsenäisesti monista tavallisista toiminnoista. Toimintakyvyn parantumisen myötä myös työikäisten työkyky on parantunut. 30-64-

vuotiaista valtaosalla on hyvä työkyky. Silti sekä työelämässä että erityisesti työttömien joukossa on suuri osuus kokonaan tai osittain työkyvyttömiä. Erityisesti 55-64-vuotiaiden ikäryhmässä työkyvyttömyys ja oman työkyvyn arvioiminen heikentyneeksi on edelleen yleistä.

Työelämä on ollut jatkuvien muutosten kohteena viimeisen kymmenen vuoden aikana. Työn henkinen ja sosiaalinen kuormitus ovat lisääntyneet. Tämä on lisännyt sairauslomia ja työkyvyttömyyseläkkeitä. Työkyvyttömyyseläkkeellä olevien kokonaismäärä on Suomessa ja Etelä-Karjalassa kuitenkin laskenut (Taulukko 18). Etelä-Karjalan kunnista ainoastaan Rautjärvellä työkyvyttömyyseläkkeensaajien suhteellinen määrä kasvoi vuosien 1997 ja 2003 välillä. Suurin työkyvyttömyyseläkkeiden perusteena oleva sairausryhmä ovat nykyisin mielenterveyden sairaudet. Etelä-Karjalassa mielenterveydenhäiriöiden vuoksi työkyvyttömyyseläkkeelle jäävien osuus on keskimäärin muuta maata suurempi. Erityisesti Rautjärvellä mielen- terveyden häiriöt painottuvat työkyvyttömyyseläkkeen perusteena. (Eläketurvakeskuksen tutkimusohjelma 2005-2009.)

Taulukko 18. Työkyvyttömyyseläkkeen saajat ja suurimmat eläkkeen perusteena olevien sairausryhmien saajien suhteelliset osuudet kunnittain Etelä-Karjalassa vv. 1997 ja 2003.

Kunta	Työkyvyttömyys- eläkkeen saajat 25-64v/ 1000 vast.ik.*		Mielenterv. häiriöiden vuoksi työkyvyttömyys- eläk. 16-64v. % vast.ik.		Tules-sairauksien vuoksi työkyvyttömyyseläkkeellä 16-64v. % vast.ik.	
	1997	2003	1997	2003	1997	2003
Imatra	123,7	107,9	3,9	4,5	1,7	1,6
Joutseno	107,0	96,3	3,2	4,3	1,8	1,6
Lappeenranta	96,2	90,4	2,9	3,6	1,5	1,4
Lemi	116,4	96,4	3,5	4,0	2,4	1,8
Luumäki	116,7	104,3	3,9	3,8	2,0	2,1
Parikkala	131,5	120,1	4,1	4,1	2,0	2,2
Rautjärvi	129,6	149,5	4,1	6,3	1,9	2,2
Ruokolahti	122,1	112,3	3,2	3,8	2,3	2,4
Savitaipale	120,7	106,2	3,7	3,6	2,6	1,7
Suomenniemi	151,6	126,8	4,2	4,5	3,5	2,6
Taipalsaari	85,2	65,6	2,8	2,2	1,6	1,2
Ylämaa	110,8	94,8	3,5	4,3	3,0	1,4
Etelä-Karjala	109,6	99,4	3,3	3,9	1,7	1,6
Koko maa	103,8	92,7	2,7	3,1	1,7	1,6

Lähde: Sotkanet* ja laskettu Kelan antamien tietojen mukaan.

Vaikka väestön terveys, toiminta- ja työkyky ovat kohentuneet, niin työssä jatkaminen ja jaksaminen ei ole parantunut. Keskimääräinen eläkkeellesiirtymisikä oli koko maassa 56,7 vuotta ja Etelä-Karjalassa 56,0 vuotta vuonna 2003 (Sotkanet 2005). Työikäistä väestöä koskevan terveystalouden valtakunnallisena päätavoitteena onkin työ- ja toimintakyvyn edistäminen siten, että työelämässä jatketaan noin 2-3 vuotta nykyistä kauemmin (Sosiaali- ja terveystalouden strategiat 2010).

Työterveyshuollolla on merkittävä rooli työikäisen väestön työterveyden ja -hyvinvoinnin edistäjänä. Työterveyden ja -hyvinvoinnin edistämällä voidaan vaikuttaa mm. henkilöstön jaksamiseen. Työterveyshuollon järjestäminen kaikille palkansaajille on lakisääteistä, ja siten se tavoittaa kaikki työlliset työntekijät. Parhaimmillaan työterveyshuollon toiminta on laaja-alaista terveyden edistämistä sairaanhoidon ja työperäisten vaarojen ehkäisyä lisäksi. Laaja-alaisuudella tarkoitetaan työyhteisön terveyden edistämistä kehittämällä työyhteisön toimi-

vuotta, muutoksenhallintataitoja ja esimiestyötä. Työterveyshuollon tulisikin keskittyä enemmän terveyden edistämiseen sairaanhoidon sijaan.

5.1.1.3 Elintavat

Elintavoilla on suuri vaikutus terveyteen. Määrällisesti sairastumisriski nousee eniten tupakoinnin vaikutuksesta. Toisena tulee ns. metabolinen oireyhtymä (ylipaino, korkea verenpaine, korkea veren rasva-ainepitoisuus, sokeriaineenvaihdunnan häiriöt, joista seurauksena on alttius tyypin 2 diabetekseen sekä sydän- ja verisuonitauteihin). Kolmanneksi eniten sairastumisriski kasvaa päihdekäytön seurauksena. Tässä käsitelläänkin tupakoinnin, ruokatottumusten ja päihteiden käytön muutoksia ja niiden vaikutuksia terveyteen.

Tupakointi on merkittävä sairauksien aiheuttaja Suomessa: joka kolmas syöpäsairaus aiheutuu tupakasta, joka viidennessä sydänperäisessä kuolemassa tupakka on tärkein riskitekijä ja yhdeksän kymmenestä keuhkohtaumapotilaasta on tupakoivia. Tupakoimattomuuden edistäminen sisältää tupakoinnin ehkäisyä, tupakoinnin lopettamisen tukemisen, elinympäristön savuttomuuden edistämisen sekä tupakoimattomuutta edistävän asenneilmapiirin vahvistamisen. Tupakoinnin lopettaminen on kustannustehokkain tapa vaikuttaa tupakoinnista aiheutuviin kustannuksiin ja asenteisiin. (Terveyden edistämisen laatusuositus 2005.)

Miesten tupakointi onkin vähentynyt 1980-luvulla ja on pysytellyt samalla tasolla 1990-luvun puolivälistä lähtien. Naisten tupakointi taas yleistyi 1980-luvulla ja on sen jälkeen pysynyt samalla tasolla. Vuonna 2004 aikuisista (15-64-vuotiaista) miehistä 27 % ja naisista 20 % ilmoitti tupakoivansa päivittäin. Kaakkois-Suomessa naisten päivittäistupakointi oli maan vähäisintä. Tutkimusten mukaan päivittäistupakointi on yleisempää alimpiin koulutusryhmiin kuuluvilla. Etelä-Karjalassa nuorten tupakointi oli kouluterveyskyselyn mukaan vähentynyt vuosina 2000–2004. Vuonna 2004 20 % peruskoulun 8. ja 9. luokan oppilaista sekä 14 % luokiolaisista tupakoi päivittäin. (Helakorpi ym. 2004.)

Ruokatottumukset ovat yhä tärkeämpi tekijä terveyden ylläpidossa ja sairauksien ehkäisyssä. Ruokatottumukset vaikuttavat merkittävimpien kansansairauksien, tyypin 2 diabeteksen ja sydän- ja verisuonitautien riskitekijöihin, joita ovat veren suurentunut kolesterolipitoisuus, korkea verenpaine ja vyötärön seutuun keskittyvä lihavuus. Erityisesti tyypin 2 diabetes ja sen aiheuttamat terveydenhuollon kustannukset lisääntyvät nopeasti ilman onnistuneita ehkäiseviä toimenpiteitä. Väestöön kohdistetut toimenpiteet ovat inhimillisesti ja taloudellisesti kannattavia, sillä sairaudelle altistavia perintötekijöitä on väestöstä ainakin kolmasosalla ja sairautta voidaan tehokkaasti ehkäistä elämäntapamuutoksilla. Keskeisin haaste on ehkäistä väestön lihomista. Kaikki ne ravitsemukseen ja liikuntamahdollisuuksiin vaikuttavat toimenpiteet, joilla ehkäistään lihomista jo lapsesta lähtien, edistävät terveyttä, koska jo kehittyneen lihavuuden tuloksetas hoito on vaikeaa. (Terveyden edistämisen laatusuositus 2005.)

Ruokatottumusten muovaajana perheen ja kodin merkitys on nykyisen tietämyksen mukaan merkittävä, mutta myös päättäjien tulee olla tietoisia ravitsemuksen merkityksestä terveyden edistämisessä ja ylläpitämisessä. Ruokatottumuksissa on tapahtunut ja tapahtuu edelleen myönteistä kehitystä. Rasvaisen maidon ja voin käyttö ovat jatkuvasti vähentyneet ja kasviöljyn käyttö ruoan valmistuksessa on edelleen yleistynyt. Ruokatottumusten muutoksia alueittain kuvataan indeksillä, joka perustuu neljään ruokatottumusosiin. Tämän mukaan alueelliset erot ovat supistuneet ja niiden suuntakin on muuttunut. Itä- ja Kaakkois-Suomen naisilla oli terveellisimmät ruokatottumukset tutkimusjaksolla vuosina 2000-2004. Länsi-Suomessa sekä miehillä että naisilla olivat epäterveellisimmät ruokatottumukset. Terveelliset ruokatot-

tumukset eivät ole alimmissa koulutusryhmissä yhtä yleisiä kuin ylimmässä koulutusryhmässä, ja myös ylipainoisuus on yleisempää alemmissa koulutusryhmissä. (Helakorpi ym. 2004.)

Alkoholin runsas käyttö lisää sairastavuutta ja pahentaa monien sairauksien oireita. Alkoholi on merkittävin suomalaisen työikäisen miehen ennen aikaiseen kuolemaan johtava tekijä. Päihteiden käyttö on nyt ja lähitulevaisuudessa suomalaisten vakavin terveysuhka. Alkoholin aiheuttamien terveysongelmien määrän tiedetään olevan suorassa suhteessa alkoholin kokonaiskulutukseen. Suomalaiset joivat vuonna 2004 noin 10,3 litraa sataprosenttista alkoholia henkeä kohti, josta tilastoidun kulutuksen osuus oli 8,2 litraa ja tilastoimattoman 2,1 litraa. Alkoholin kokonaiskulutuksen kasvu vuodesta 2003 vuoteen 2004 oli 9,9 %. Tilastoitu kulutus lisääntyi 6,5 % ja tilastoimaton kulutus 25 %. Näin suureen kulutuksen lisääntymiseen oli syynä erityisesti kolme seikkaa: alkoholin maahantuontikiintiöiden poistaminen, alkoholi-juomien verojen aleneminen sekä Viron EU-jäsenyys. (Österberg 2005.)

Alkoholin kulutus on suurinta ylemmissä koulutusryhmissä. Tässä se eroaakin muista elintavoista, joiden negatiivinen vaikutus painottuu alimpiin koulutusryhmiin. Miesten alkoholin kulutus on Kaakkois-Suomessa alueista toiseksi yleisintä. Kaakkois-Suomessa asuvista miehistä 46 % ilmoitti juovansa alkoholia vähintään 8 annosta viikossa. Kaakkois-Suomessa asuvien naisten alkoholin kulutus on maan keskitasoa. (Helakorpi ym. 2004.) Tarkasteltaessa alkoholin myyntiä asukasta kohti ajalla 1990-2003 on nähtävissä, että alkoholin myynti on lisääntynyt vuodesta 1994 lähtien niin Etelä-Karjalassa kuin koko Suomessa. Etelä-Karjalassa alkoholin myynti on hieman maan keskitason yläpuolella.

5.1.2 Terveiden ja hyvinvoinnin ilmeneminen yhteisötasolla

5.1.2.1 Sairastavuus

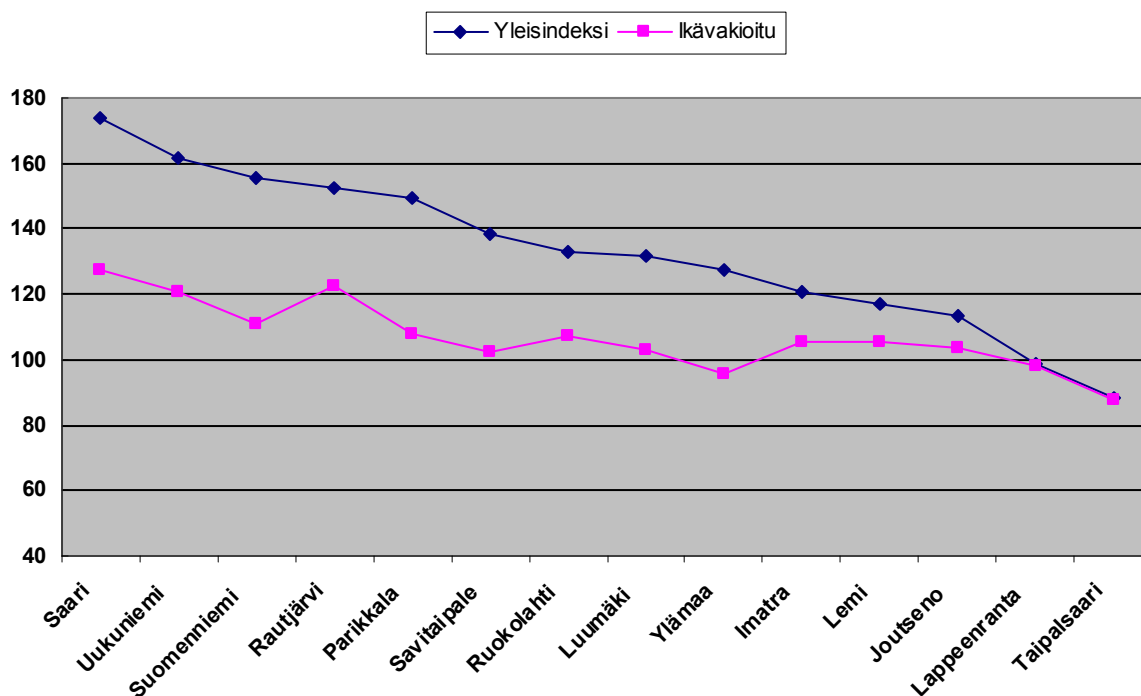
Sairastavuus useisiin vakaviin sairauksiin, kuten sydäninfarktiin, aivohalvaukseen, kohonneeseen verenpaineeseen, nivelreumaan ja moniin infektioitauteihin on Suomessa vähentynyt. Kuitenkin pitkäaikaissairastavuus on nuorissa ikäryhmissä kohonnut ja pysynyt ennallaan keski-ikäisten ja vanhempien joukossa 1990-luvulla. Sairastavuusindeksin mukaan eniten terveysongelmia maakunnan alueella on nykyisen Parikkalan lisäksi Rautjärvellä ja Suomenniemellä. Indeksissä huomioidaan kuolleisuus, työkyvyttömyys ja pitkäaikaissairastaminen. Vain Lappeenranta ja Taipalsaari alittavat maan keskiarvon. Tarkasteltaessa ikävakioitua sairastavuusindeksiä Etelä-Karjalan tilanne on parempi, mutta edelleen nykyinen Parikkala, Rautjärvi ja Suomenniemi ovat selvästi maan keskiarvon yläpuolella.

Kansantautien summaindeksin mukaan Etelä-Karjalassa sairastetaan maan keskiarvoa enemmän. Indeksissä huomioidaan verenpainetauti, astma, diabetes, nivelreuma, sydämen vajaatoiminta ja psykoosit. Etelä-Karjalan kunnista eniten sairastetaan nykyisessä Parikkalassa, Suomenniemellä ja Rautjärvellä. Sairastavuus on vähäisintä Taipalsaarella ja Lappeenrannassa (Taulukko 20). Sairausryhmistä eniten esiintyvyyttä Etelä-Karjalassa oli vuonna 2003 sepselvaltimotaudissa, diabeteksessa, reuma-taudeissa ja psykooseissa.

Etelä-Karjalan maantieteellinen sijainti, johon liittyy raja Venäjän kanssa, vaikuttaa mahdollisesti myös alueen sairastavuuteen. Venäjän ja Suomen välillä on epidemiologinen kuilu: rajan toisella puolella on paljon sairastavuutta ja täällä toisella puolella sairastavuus on vähäisempää. Sairaudet pyrkivät tulemaan rajan yli. Rajan läheisyys siis lisää tartuntatautien mm. sukupuolitautien ja HIV/AIDS sairastumisen riskiä. Myös maahanmuuttajaväestöllä on omat erityisongelmansa tartuntatautien suhteen. Tartuntatautien ennaltaehkäisy onkin tärkeää ter-

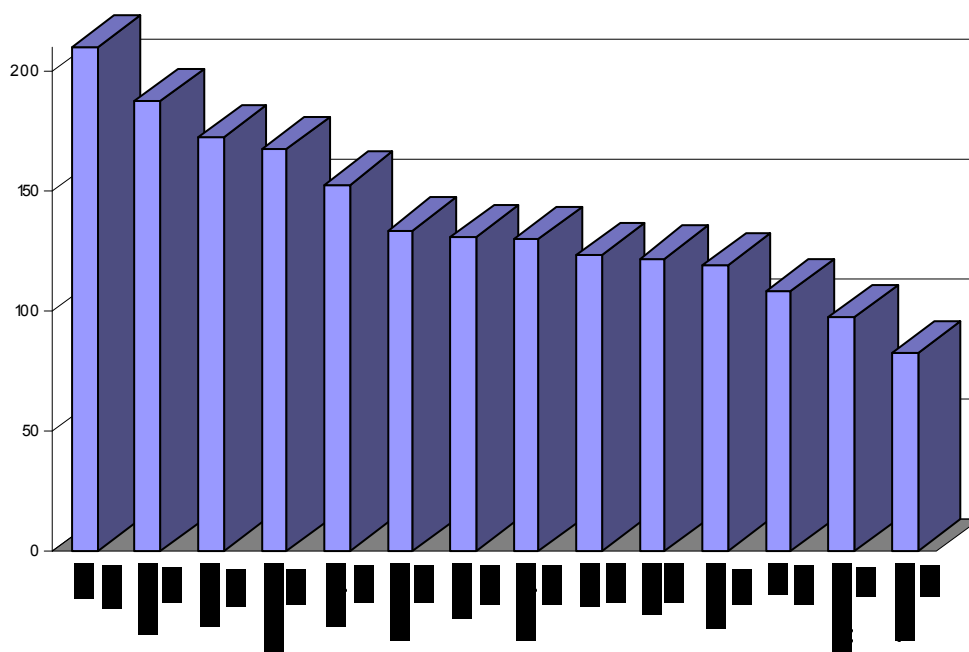
veyttä edistävän ympäristön luomisessa. Ehkäisyn keskeisiä keinoja ovat rokottaminen ja käyttäytymiseen vaikuttava tiedottaminen.

Taulukko 19. Sairastavuuden indeksit kunnittain vuonna 2003 Etelä-Karjalan maakunnassa (koko maan väestö = 100).



Lähde: Kela

Taulukko 20. Kansantautien summaindeksi (verenpainetauti, sepelvaltimotauti, astma, diabetes, nivelreuma, sydämen vajaatoiminta, psykoosit) Etelä-Karjalassa vuonna 2003 (koko maa 100).



Lähde: Kela

5.1.2.2 Kuolleisuus

Suomessa sosioekonomisten ryhmien väliset kuolleisuuserot ovat muihin länsimaihin verrattuna jyrkät. Ylemmän toimihenkilön ja työntekijän välinen kuolleisuusero on 1980 – luvun alusta naisilla suurentunut yhdellä vuodella ja miehillä peräti 1,4 vuodella. 35–vuotias mies elää keskimäärin lähes 80-vuotiaaksi, jos hän on ylempi toimihenkilö, mutta alle 74-vuotiaaksi, jos hän on työntekijä. Naisilla vastaava ero on yli kolme vuotta. Erot ovat kasvaneet ennen kaikkea sydän- ja verisuonisairauksien sekä alkoholin aiheuttamien kuolemien vuoksi. Toisaalta sosiaaliryhmien välisiä kuolleisuuseroja ei ole pystytty täysin selittämään aikuisiän oloilla tai elintavoilla. On olemassa viitteitä siitä, että erityisesti koulutus sekä nuoruusaikainen työ- ja perheellistymisura ovat keskeisiä tekijöitä aikuisiässä näkyvien sosiaaliryhmien välisissä kuolleisuuseroissa. (Valkonen ym. 2003.)

Etelä-Karjalan kunnissa tarkasteltiin vuonna 2005 työikäisen väestön ennenaikaisia kuolemia ja niiden syitä PYLL–indeksillä (Potential Years of Life Lost) aikajaksolla 1981 – 2002. Tutkimus tehtiin Efecon ja Kuopion yliopiston yhteistyönä. Tulokset ovat nähtävissä taulukossa 21.

PYLL–indeksin tulosten mukaan Etelä-Karjalan kunnat voidaan jakaa eri ryhmiin. Ensimmäisen ryhmän kuntia ovat Ylämaa, Luumäki, Imatra, Saari ja Parikkala. Yleisimmät kuolinsyyt tässä ryhmässä ovat alkoholikuolemat, tapaturmat ja itsemurhat, jotka ovat yleisempiä työikäisillä miehillä. Tämä kertonee miesten syrjäytymiskehityksestä. Toisen ryhmän ongelmia ovat epäterveelliset elintavat, jotka lisäävät kuolemia perinteisiin kansantauteihin. Näitä kuntia Etelä-Karjalassa ovat Savitaipale, Suomenniemi, Uukuniemi ja Rautjärvi. Kolmannen ryhmän muodostavat kunnat, joissa nuorten naisten henkinen pahoinvointi näkyy itsemurhina. Näitä kuntia ovat Joutseno ja Lappeenranta. Lemillä, Ruokolahdella ja Taipalsaarella työikäisten kuolemia on määrällisesti vähän ja syyt jakaantuvat melko tasaisesti eri diagnoosiryhmien välillä. (Venäläinen 2005.)

Taulukko 21. Ennenaikaiset kuolemat ja niiden syyt Etelä-Karjalan kunnissa vv. 1981 – 2002 PYLL – indeksillä tarkasteltuna.

Kunta	Kaikki	Miehet	Yleisimmät kuolinsyyt dg-ryhmittäin	Naiset	Yleisimmät kuolinsyyt dg-ryhmittäin
Ylämaa	4	4	itsemurhat, tapaturmat, syöpäs.	4	tapaturmat, syöpäs, alko.s
Luumäki	4	6	itsemurhat, alkoholis, syöpäs.	4	alkoholisairaudet
Imatra	5	5	tapaturm, myrkytyks, itsemurhat	4	tapaturmat, myrkytykset
Saari	4	4	alkoholis, itsemurhat, tapaturm	8	diabetes, syd- ja verisuonis.
Savitaipale	4	4	elintapas, syd- ja veriss, tapaturm	8	sydän- ja verisuonisairaudet
Parikkala	6	6	alkoholis, syöpäs, tapaturmat	9	sydän- ja verisuonisairaudet
Suomenniemi	?	5	sydän- ja verisuonis., alkoholis	?	
Uukuniemi	7	4	syöpäs, syd- ja veriss, tapaturm	?	
Rautjärvi	7	5	sydän- ja verisuonis, tapaturmat	10	sydän- ja verisuonisairaudet
Lappeenranta	7	6	alkoholis, psyyk.sairaudet	9	endokrinologiset s, psyyk.s
Joutseno	8	7	syöpäs, alkoholis, psyyk.sair.	9	syöpäsairaudet, itsemurhat
Taipalsaari	8	7	psyyk.sair., heng.elinsairaudet	10	
Lemi	10	10	syöpäsairaudet, tapaturmat	9	syöpäsairaudet, liikenneonn.
Ruokolahti	10	10	syöpäsairaudet	10	liikenneonnettomuudet

7 = maan keskiarvo

4 = 30 % huonompi

5 = 20 % huonompi

6 = 10 % huonompi

10 = 30 % parempi

9 = 20 % parempi

8 = 10 % parempi

Tarkasteltaessa tilastokeskuksen tekemiä kuolinsyytilastoja vuodelta 2003 ja PYLL-indeksin tuloksia Etelä-Karjalan osalta, voidaan todeta syiden olevan varsin yhteneväisiä. Tilastokeskuksen kuolinsyytilaston mukaan koko maassa työikäisten (15-64-vuotiaiden) yleisimmät kuolinsyyt olivat miehillä järjestyksessään sepelvaltimotauti, alkoholisyys, tapaturmat ja itsemurhat. Naisilla yleisimmät kuolinsyyt olivat rintasyöpä, alkoholisyys, sepelvaltimotauti ja itsemurhat. Naisten alkoholikuolemien osuus oli noussut ja molempien sukupuolien itsemurhat olivat vähentyneet. PYLL-indeksin tulokset ilmentävät tarkemmin eri kuntien yleisimmät kuolinsyyt ja erot miesten ja naisten välillä.

5.1.3 Terveysteen ja hyvinvointiin vaikuttavista tekijöistä huolehtiminen

Suomessa terveystalvelujen järjestäminen toteutuu verorahoitteisesti julkisen terveydenhuoltojärjestelmän toimesta. Julkinen terveydenhuolto on jakautunut perusterveydenhuoltoon ja erikoissairaanhoidon. Perusterveydenhuollon järjestämisvastuu on ollut kunnilla ja erikoissairaanhoidon järjestämisvastuu kunnilla kuntayhtymien kautta. Kuntien budjeteissa sosiaali- ja terveydenhuollon kustannusosuus vaihtelee 60–70 %:n välillä. Talvelujen tuottamistapa on tulevaisuudessa kuitenkin moninaistumassa. Yksityisten ja puolijulkisten talveluntuottajien osuus kasvaa, mutta valtion ja kuntien rooli ohjauksessa ja rahoituksessa on tulevaisuudessa-kin vahva. (Ryynänen ym. 2004.)

Terveydenhuollon kustannukset ovat nousseet jatkuvasti. Kustannusten nousu johtuu monista tekijöistä, joita ovat mm. väestön ikääntyminen, lääketieteelliset keksinnöt, kansalaisten avunhakemiskynnyksen lasku, kasvavat odotukset ja medikalisaatio. Terveydenhuollon kustannukset jakaantuvat potilaiden välillä epätasaisesti: 20 % potilaista aiheuttaa 80 % kustannuksista. Mitä korkeammalla tasolla lääketiedettä toteutetaan, sitä jyrkempi on kustannusten jakauma (Ryynänen ym. 2004.) Taulukossa 22 kansanterveystyön, erikoissairaanhoidon ja vanhusten laitoshoidon menot on suhteutettu tarpeisiin. Ensimmäisessä sarakkeessa ovat nettomenot ilmoitettu kunnittain euroa/asukas. Toisessa sarakkeessa nämä menot on suhteutettu maan keskiarvoon. Kolmannessa sarakkeessa on esitetty Stakesin valtionosuuksia varten laaditun tarveindeksin. Sen mukaan Etelä-Karjalassa väestön terveystalveluiden ja vanhusten talveluiden tarve on noin 10 % suurempi kuin maassa keskimäärin. Kuntien välillä on kuitenkin merkittäviä eroja väestön talvelujen tarpeessa. Taulukon varsinainen tulos on esitetty neljännellä sarakkeella. Siinä kansanterveystyön, erikoissairaanhoidon ja vanhusten laitoshoidon nettomenot on tarvevakioitu edellisen sarakkeen indeksillä ja suhteutettu sen jälkeen koko maan tasoon. Etelä-Karjalan kaikkien kuntien tarvevakioititut menot jäävät maan keskitason alle eli kaikkien kuntien talvelut on järjestetty edullisemmin kuin maassa keskimäärin. Selvimmin Suomenniemellä, Savitaipaleella ja Ylämaalla, jossa indeksiluku jää lähes neljänneksen keskiarvon alapuolelle.

Terveydenhuoltojärjestelmään kohdistuu tällä hetkellä suuria rakenteellisia muutospaineita, joihin on olemassa erilaisia ratkaisuvaihtoehtoja. Etelä-Karjalassa onkin meneillään koko maakuntaa koskettava terveystalveiselvitys, joka tehdään Stakesin ja alueen toimijoiden kanssa yhteistyössä. Tässä selvitetään mahdollisuutta järjestää maakunnan terveystalvelut ja vanhusten talvelut yhdessä sairaanhoitopiiriin ja alueen terveystalveskusten kanssa. Lisäksi Kansalliseen terveystalveshankkeeseen liittyvänä kartoitetaan laboratorio- ja kuvantamistalveluiden alueellisen diagnostiikkakeskuksen perustamisen mahdollisuudet Etelä-Karjalassa.

Etelä-Karjalan terveystalveiselvityksen ensimmäisten tulosten mukaan alueen terveydenhuollon keskeisiä ongelmia ovat muuttuva asiakaskunta, henkilöstön saatavuus, talvelujärjestelmän toimivuus ja menokehityksen hallinta. Kuten jo aikaisemmin on todettu, sairastavuus on

Etelä-Karjalassa muuta maata yleisempää. Väestön ikääntyessä ja dementian lisääntyessä asiakaskunta muuttuu ikääntyneemmäksi. Päihde- ja mielenterveysongelmat ovat kasvavia ongelmia. Lääkäreiden ja erityistyöntekijöiden saatavuus on ongelma. Erikoissairaanhoidossa lisäksi lääkärit vaihtuvat usein. Sijaisten saatavuus on vaikeutunut. Palvelujärjestelmä on Etelä-Karjalassa laitospainotteinen ja sisältää runsaasti terveydenhuollon kapasiteettia. Hoito- ja palveluketjut ovat kehittymättömiä ja niissä koetaan erityisesti tiedonkulun ongelmia. Kustannukset nousevat jatkuvasti ja erityisesti erikoissairaanhoidon menokehitykseen on vähän vaikutuskeinoja. (Rautio 2005.)

Taulukko 22. Kansanterveystyön, erikoissairaanhoidon ja vanhusten laitoshoidon menot ja tarvekertoimet Etelä-Karjalassa kunnittain vuonna 2003.

Kunta	Nettomenot Euroa/asukas	Nettomenot Indeksi koko maa keskim = 100	Tarveindeksi koko maa keskim = 1	Tarvevakioidut menot Indeksi koko maa keskim = 100
Imatra	1252	100	1,14	87
Joutseno	1256	100	1,07	92
Lappeenranta	1181	94	1,00	93
Lemi	1292	103	1,07	95
Luumäki	1288	103	1,25	82
Parikkala	1629	130	1,42	90
Rautjärvi	1418	113	1,30	86
Ruokolahti	1360	109	1,20	90
Savitaipale	1285	103	1,36	75
Suomenniemi	1294	104	1,40	73
Taipalsaari	1068	85	0,89	94
Ylämaa	1321	106	1,31	79
EKSHP	1228	98	1,08	90

Lähde: Terveystaloustieteen keskus Chess, Stakes

Rakenteellisena uudistuksena terveydenhuollossa on toteutettu 1.3.2005 alkaen hoitotakuu. Uudistuksessa määritellään kiireettömään hoitoon pääsyyn enimmäisajat ja koko maan kattavat yhtenäiset hoitoon pääsyn perusteet. Potilaan on päästävä hoidon tarpeen arviointiin kolmen arkipäivän kuluessa yhteydenotosta terveyskeskuksessa, kolmen viikon kuluessa erikoissairaanhoidossa ja kun lääketieteellisesti aiheelliseksi todettu hoidon tarve on todettu, niin hoitoon on päästävä kuuden kuukauden kuluessa. Hoitotakuun odotetaan parantavan väestön terveyttä ja kaventavan alueellisia terveyseroja. Hoitotakuujärjestelmän on ennakoitu lisäävän perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon kustannuksia ensimmäisinä vuosina, käytäntöjen vakiinnuttua siitä ei ole ennakoitu jäävän pysyviä menojen lisäyspaineita. (Pekurinen 2004.)

5.1.3.1 Perusterveydenhuolto

Terveyspalvelujen perustan muodostavat kunnan järjestämät toiminnot, jotka ovat kaikkien saatavilla sosiaalisesta, taloudellisesta ja yhteiskunnallisesta asemasta riippumatta. Kunnan tehtävänä on Kansanterveystyön mukaisesti väestön terveydentilan ylläpitäminen ja edistäminen. Kansanterveystyöhön luetaan kuuluvaksi terveysneuvonta, sairaanhoito, sairaankuljetus, hammashuolto, koulu- ja opiskelijaterveydenhuolto, työterveyshuolto, avosairaanhoito sekä seulonnot ja muut joukkotarkastukset. Kansanterveystyön toimintakeskus on terveyskeskus, joka vuonna 2004 oli Suomenniemeä lukuun ottamatta kaikissa muissa Etelä-Karjalan kunnis-

sa. Suomenniemen kunta ostaa perusterveydenhuollon palvelut pääosin Savitaipaleen kunnalta.

Kunnilla on itsehallintonsa ja laajan toimivaltansa vuoksi tärkeä rooli terveyden edistämisen kentässä. Kunnilla on halutessaan mahdollisuus liittyä valtakunnalliseen Terve Kunta-verkostoon, joka ohjaa valtakunnan tasolla hyvinvointipoliittista työtä kunnissa. Kunnan terveystoimella on sairaudenhoidon ohella tärkeä tehtävä ennaltaehkäisevän terveydenhoidon järjestämisessä ja koordinoinnissa. Terveystoimi vaikuttaa kuntalaisten terveyden edellytyksiin käynnistämällä yhteistyötä kunnan muiden sektoreiden ja muiden paikallisten toimijoiden, kuten järjestöjen, yritysten ja tiedotusvälineiden kanssa. Monia terveyden edistämisen tehtävistä voidaan toteuttaa kuntien yhteisinä hankkeina.

Perusterveydenhuollon avohoitokäynneistä lääkärikäynnit olivat sekä Etelä-Karjalassa että koko maassa vähentyneet ja muun ammattihenkilökunnan käyntien määrät olivat lisääntyneet vuonna 2003. Lääkärikäyntien osuus oli 37 % ja muun ammattihenkilökunnan käyntien osuus 63 %. Sairaanhoidopiireittäin tarkasteltaessa eniten lääkärikäyntejä asukasta kohti tehtiin Etelä-Karjalassa: 2,3 käyntiä/asukas. Suurin käyntien lisäys vuonna 2003 verrattuna edelliseen vuoteen oli ikäryhmässä 65-74-vuotiaat. (Perusterveydenhuollon avohoitokäynnit 2004.)

Kaikista Suomen sairaaloissa tuotetuista hoitopäivistä terveyskeskusten vuodeosastojen hoitopäivien osuus oli 54 % vuonna 2003. Tautiryhmistä yleisin oli dementia, jonka hoitopäiviä oli 22 % kaikista perusterveydenhuollon hoitopäivistä. Valtaosa hoitopäivistä, 59 %, kohdentui yli 75-vuotiaiden ikäryhmään. Etelä-Karjalan sairaanhoidopiirissä perusterveydenhuollon hoitojaksoja oli vuonna 2003 suhteellisesti vähemmän kuin maassa keskimäärin (indeksiluku = 66), mutta keskimääräinen hoitoaika oli selvästi pidempi kuin maassa keskimäärin (indeksiluku = 125). Maan keskiarvo molemmissa indeksiluvuissa on sata. Kuntakohtaiset erot ovat kuitenkin suuria. (Sairaaloiden tuottavuuden kehitys 2000-2003.)

5.1.3.2 Erikoissairaanhoito

Erikoissairaanhoidon tasoiset palvelut tuottaa Etelä-Karjalassa Etelä-Karjalan sairaanhoidopiiri, jonka jäsenkuntia on kymmenen. Etelä-Karjalan kunnista Suomenniemi on jäsenkuntana Etelä-Savon sairaanhoidopiirissä ja Parikkala Itä-Savon sairaanhoidopiirissä. Etelä-Karjalan sairaanhoidopiirin väestöpohja oli vuonna 2004 128 691 asukasta. Sen toimintayksikkö on Etelä-Karjalan keskussairaala, jossa oli yhteensä 307 sairaansijaa ja se työllisti noin 1200 henkilöä vuonna 2004. Etelä-Karjalassa kehitysvammahuollon erityishuoltopiiri on yhdistetty erikoissairaanhoidon sairaanhoidopiiriin.

Sairaanhoitopiirin tehtävänä on erikoissairaanhoitolain mukaisesti 1. antaa alueensa terveyskeskuksille erikoissairaanhoidon palveluja sekä vastata alueensa terveyskeskusten tuottamien laboratorio- ja kuvantamispalveluiden, lääkinnällisen kuntoutuksen sekä vastaavien erityispalveluiden kehittämisen ohjauksesta ja laadun valvonnasta, 2. suunnitella ja kehittää erikoissairaanhoitoa yhdessä terveyskeskusten kanssa siten, että kansanterveystyö ja erikoissairaanhoito muodostavat toiminnallisen kokonaisuuden ja 3. huolehtia alueensa tutkimus-, kehittämis- ja koulutustoiminnasta sekä tietojärjestelmien yhteensovittamisesta.

Etelä-Karjalan sairaanhoidopiirin kuntayhtymän strateginen suunnitelma on tehty vuosille 2005-2010. Sen neljä strategista päälinjausta ovat. 1. erikoissairaanhoidon palvelujen järjestäminen verkostoituen, 2. palveluiden sujuvuus, saatavuus, vaikuttavuus ja taloudellinen tehokkuus, 3. toiminta- ja tuotantotavat muuttuvia tarpeita vastaavia ja 4. henkilöstön ammatillisesta kehittymisestä, työhyvinvoinnista ja riittävydestä huolehtiminen.

Etelä-Karjalan sairaanhoitopiiri perusti vuonna 2005 maakunnallisen Terveystiedon edistämisen työryhmän. Työryhmässä on edustus lähes kaikista Etelä-Karjalan kunnista, sairaanhoitopiiristä ja joistakin järjestöistä. Tämän työryhmän tehtävänä on koordinoita terveyden edistämisen työtä maakunnassa.

Palvelutuotannon määrä kasvoi kaikissa keskussairaaloissa vuosina 2000-2003 ja eniten Etelä-Karjalan keskussairaalaossa, jossa tuotannon määrä kasvoi 11 %. Kokonaiskustannukset ovat myös kasvaneet kaikissa sairaaloissa, Etelä-Karjalan keskussairaalaossa 14 %. Tämän seurauksena keskussairaaloiden tuottavuus on laskenut. Etelä-Karjalan keskussairaala sijoittuu keskussairaaloiden tuottavuusvertailussa yli maan keskitason. (Sairaaloiden tuottavuuden kehitys 2000-2003.)

Somaattisen erikoissairaanhoidon hoitajaksojen suhteellinen määrä oli Etelä-Karjalassa pienempi kuin keskimäärin vuonna 2003. Etelä-Karjalan sairaanhoitopiirissä somaattisen erikoissairaanhoidon kokonaiskustannukset asukasta kohti olivat 4 % alle maan keskitason. Ero maan keskiarvoon oli 39 euroa. Tästä 21 euroa johtui vähäisestä palvelujen käytöstä ja 18 euroa tuottavuudesta. (Sairaaloiden tuottavuuden kehitys 2000-2003.)

Psykiatrisen laitoshoidon suhteellinen käyttö oli vuonna 2003 Etelä-Karjalassa ja koko maassa keskimäärin vähentynyt. Keskimääräinen hoitoaika oli lyhentynyt selvästi vuodesta 1996 lähtien. Vuonna 1996 se oli 67 päivää ja vuonna 2003 enää 37 päivää. Psykiatrian sairaanhoidon yleisimmät diagnoosit ovat noin kymmenen viimeisen vuoden ajan olleet samat. Suurin ryhmä on skitsofrenia toisena masennustilat ja kolmantena alkoholin käytön aiheuttamat elimelliset aivo-oireyhtymät ja käyttäytymisen häiriöt. (Psykiatrian erikoisalan laitoshoido 2003.)

5.1.3.3 Päihde- ja mielenterveyspalvelut

Päihdepalvelut: Ehkäisevää päihdetyötä tehdään nykyisin eri viranomaisten ja kansalaisjärjestöjen verkostoissa. Tässä työssä tavoitteena on päihteiden käytöstä seuraavien ongelmien väheneminen. Päihdetyön peruspalvelut ovat pääosin saatavissa kuntien terveyskeskuksista. Etelä-Karjalassa päihdepalveluiden erityispalveluita tuottavat lähinnä Lappeenranta ja Imatra, joilta muut kunnat ostavat tarvitsemiaan palveluja. Lisäksi järjestöt toimivat alueella aktiivisesti tuottaen AA-palveluita ja kuntoutuspalveluita.

Päihdehuollon avopalveluiden käyttö on lisääntynyt ja laitospalveluiden käyttö hieman laskenut, kun tarkasteluvuosina ovat vuodet 1998 ja 2003. Etelä-Karjalassa laitospalveluiden suhteellinen käyttö oli runsaampaa kuin maassa keskimäärin ja painottui maakunnan kaupunkeihin. Toisaalta Imatralla ja Lappeenrannassa käytettiin vuonna 2003 avopalveluja runsaammin kuin keskimäärin. Nettokustannukset ovat lisääntyneet niin Etelä-Karjalassa kuin maassa keskimäärin. Vuonna 2003 Etelä-Karjalan nettokustannukset olivat hyvin lähellä maan keskiarvoa, mutta kunnissa vaihtelu oli suurta. Lappeenrannassa nettokustannukset olivat keskimääräistä selvästi suuremmat, Imatralla hieman keskitason alapuolella ja muissa kunnissa selvästi keskiarvon alapuolella (Taulukko 23).

Tutkimusten mukaan päihdepalveluiden käyttäjät ovat monella tavalla huono-osaisia. Valtaosan tilastoissa lähes kaksi viidestä on eläkkeellä ja melkein yhtä moni on työttömä. Suurin osa on perhesuhteiltaan yksinäisiä, vain joka viides on avio- tai avoliitossa. Lisäksi on havaittu, että naisten osuus on ollut jatkuvasti kasvussa. Päihteiden ongelmakäyttäjien keskuudessa on todettu lisääntyvästi myös mielenterveyden ongelmia, joka näkyy psykiatristen palveluiden käytön lisääntymisenä. (Nuorvala & Metso 2004.)

Taulukko 23. Päihdehuollon palveluiden käyttö ja nettokustannukset Etelä-Karjalassa kunnittain vuosina 1998 ja 2003.

Kunta	Päihdehuollon avopalv. asiakkaita/1000 asukasta		Päihdeh. laitoksissa hoidetut asiakkaat/1000 asukasta		Päihdeh. nettokust. Euroa/asukas	
	1998	2003	1998	2003	1998	2003
Imatra	9,6	13,0	6,0	6,8	12,4	18,0
Joutseno	3,9	2,6	4,8	4,7	6,0	9,1
Lappeenranta	10,5	11,3	6,5	5,3	19,6	32,3
Lemi	5,1	2,2	4,5	1,9	4,1	2,9
Luumäki	1,3	1,1	2,4	0,9	3,7	2,1
Parikkala	0,1	0,2	0,6	0,3	1,7	1,4
Rautjärvi	1,9	5,4	1,0	1,8	2,3	5,0
Ruokolahti	3,6	3,6	1,4	2,7	3,0	5,3
Savitaipale	1,3	2,4	1,3	3,1	1,3	3,1
Suomenniemi	2,3	1,2	-	2,4	-	8,3
Taipalsaari	3,4	2,3	2,5	1,9	4,2	1,7
Ylämaa	3,1	-	6,3	4,0	3,1	3,3
Etelä-Karjala	7,5	8,5	5,0	4,6	12,2	19,5
Koko Suomi	8,4	9,0	3,3	3,1	12,9	20,0

Lähde: Sotkanet

Mielenterveyspalvelut: Mielenterveyspalveluiden käyttö on lisääntynyt, vaikka tutkimusten mukaan varsinaiset mielenterveyden häiriöt eivät aikuisväestössä ole määrällisesti lisääntyneet viimeisen vuosikymmenen aikana. Väestön fyysisen terveyden parantuessa mielenterveyshäiriöiden suhteellinen osuus sairastavuudessa tulee kasvamaan. Mielenterveyden häiriöt ovat yhä useammin sairausloman tai eläköitymisen syy. Mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriöt ovat uusien työkyvyttömyyseläkkeiden yleisin peruste. (Wahlbeck 2004.)

Mielenterveyspalveluiden rakenteessa tehtiin suuri muutos 1990-luvulla, jolloin psykiatristen sairaaloiden vuodepaikkoja vähennettiin. Psykiatristen sairaaloiden kapasiteetti on nykyään vain neljäsosa siitä, mitä se oli 1980-luvun alussa. Etelä-Karjalan alueella Rauhan mielisairaala lakkautettiin. Tällöin painotus siirrettiin avopalveluihin, jotka eivät kuitenkaan ole toimineet parhaalla mahdollisella tavalla. Avohoidon mielenterveyspalvelut on osin järjestetty terveyskeskusten toimintana ja osin sairaanhoitopiirin toimintana.

5.1.3.4 Yksityiset terveystalveluiden tuottajat

Yksityisten terveystalveluiden tuottajien määrä on kasvanut 1990-luvun puolivälistä lähtien, mutta yksityisten sosiaalitalveluiden tuottajien määrän kasvu on ollut vieläkin suurempaa. Yksityisten palveluntuottajien yleisin toimiala on fysioterapia, jota vuonna 2002 tarjosi lähes puolet tuottajista. Toiseksi yleisin toimiala oli lääkärin vastaanottotoiminta, kolmantena työterveyshuolto ja neljäntenä laboratoriotominta. Etelä-Karjalassa kolmanneksi yleisin toimiala oli vuonna 2005 hammashuolto ja neljänneksi työterveyshuolto. Viime vuosina suhteellisesti eniten on lisääntynyt lääkärin vastaanottotoiminnan ja työterveyshuollon tuottajien määrä. Yksityisistä terveystalveluiden tuottajista suuret lääkärikeskukset ja yksityiset sairaalat sijaitsevat pääasiassa kaupungeissa. Fysioterapiayrityksiä on kuitenkin lähes joka kunnassa. Etelä-Karjalassa ei ole yksityistä sairaalatoimintaa harjoittavia yrityksiä (Taulukko 24).

Taulukko 24. Yksityisen terveydenhuollon palveluiden tuottajat Etelä-Karjalassa kunnittain 19.9.2005/ erittely toimialoittain (luvut eivät sisällä itsenäisiä ammatinharjoittajia).

Kunta	Palvelujen tuottajien lukumäärä	Labora- torio- toiminta	Lääkärin vastaan- otto *	Röntgen- toiminta	Fysio- terapia	Työ- terveys- huolto	Hamm- as- huolto
Imatra	25	1	4		13	4	3
Joutseno	4				2	2	
Lappeenranta	54	1	16	2	19	4	12
Luumäki	3		1		2		
Parikkala	2				2		
Rautjärvi	2				1	1	
Ruokolahti	1				1		
Savitaipale	3		1		2		
Suomenniemi	1				1		
Ylämaa	1				1		
Etelä-Karjala	96	2	22	2	44	11	15

* ovat lääkäriasemia, joissa on myös laboratoriotoimintaa, fysioterapiaa, työterveyshuoltoa ja joissakin röntgentoimintaa

Lähde: Etelä-Suomen lääninhallitus, Sosiaali- ja terveysosasto, Kouvola.

5.2 SWOT - analyysi

Etelä-Karjalan Terveiden ja sairaanhoidon kehittämisalueen nykytilan vahvuudet ja heikkoudet sekä tulevaisuuden mahdollisuudet ja uhat on seuraavassa tiivistetty SWOT – analyysin avulla.

VAHVUUDET - Pieni, järvirikas alue - Karjalainen välittömyys - Harrastepaikkoja tarjolla hyvin - Suurteollisuus vahva elinkeino-elämän ”perusjalka” - Tietoliikenneyhteydet kaikissa kunnissa - Alueella teknis-kaupallinen yliopisto ja AMK hyvinvoinnin koulutusverkosto - Hyvät yhteistyöperinteet - o sosiaali- ja terveydenhuolto - o perusterveydenhuolto, erikoissairaanhoido ja ammattikorkeakoulu - EKSHP:n ja perusterveydenhuollon rakenteet toimivia - Orastava hyvinvointiyrittäjyys - Alueella kehittämis- ja kumppanuushankkeita	HEIKKOUEDET - Yksipuolinen elinkeinorakenne - Väestön ikääntyminen - Muuttotappio - Koulutus- ja työmahdollisuudet ovat rajalliset - Koulutetun, nuoren työvoiman poismuutto - Korkea työttömyys ja nuoriso-työttömyys - Väestön tulo- ja koulutustaso epätaisesti jakautunut - Suuri sairastavuus - Hajaantunut ja haavoittuva palvelutuotantorakenne
MAHDOLLISUUDET - Rajan läheisyyden mahdollistama maahanmuutto ja maahanmuuttajakoulutus - Koulutus- ja elintason nousu - Yhteistyössä järjestetyt toimivat palvelut - Yhtenäistävä potilastietojärjestelmä - Ennaltaehkäisevän terveydenhoidon omaksuminen kunnan kaikessa toiminnassa - Hyvinvointiteknologian kehittäminen yliopisto- ja AMK yhteistyötä lisäämällä - Verkostoituminen muiden sairaanhoidopiirien kesken - Kumppanuushankkeiden kehittyminen eri toimijatahojen kesken - Orastava hyvinvointiyrittäjyys - Eri-ikäryhmien ennaltaehkäisevän terveysliikunnan kehittäminen - Tietoliikenneyhteydet kaikissa kunnissa	UHAT - Rajan läheisyys - o halvan alkoholin tuonti - o tartuntatautien leviäminen - Resurssien ja tarpeiden /vaatimusten kasvun välinen epäsuhta - Taloudellisten resurssien ja palvelujärjestelmän uudistumismahdollisuuksien välisen kuilun kasvaminen - Ammattitaitoisen työvoiman pula - Suurten ikäluokkien ikääntyessä palvelutarve kasvaa - Valtion ja kuntien välinen kustannuskehityksen jako - Elintapasairaudet

5.3 Strategiaosio

5.3.1 Visio ja strategiset päämäärät

Terveyden ja sairaanhoidon kehittämisaalueen visio vuoteen 2010:

Terveyttä ja hyvinvointia Etelä-Karjalassa

Etelä-Karjalan asukkaat tiedostavat vastuunsa omasta ja lähiympäristönsä terveydestä. He pyrkivät omassa toiminnassaan terveyttä edistäviin elintapoihin. Heillä on turvallinen ja viihtyisä elinympäristö, joka edistää heidän hyvinvointiaan.

Terveyden edistäminen on yksi kuntien toimintapolitiikan painopistealueita. Terveyden edistäminen on ymmärretty kuntien kaikkien toimialojen yhteiseksi tehtäväksi.

Terveyspalvelut on järjestetty muuttuvia tarpeita vastaavaksi seudullisena/maakunnallisena yhteistyönä hyödyntäen hyvinvointiteknologian kehittyminen. Hoito- ja palveluketjut ovat toimivia. Kaikissa ammattiryhmissä on riittävästi koulutettua henkilöstöä, jonka työhyvinvoinnista on huolehdittu.

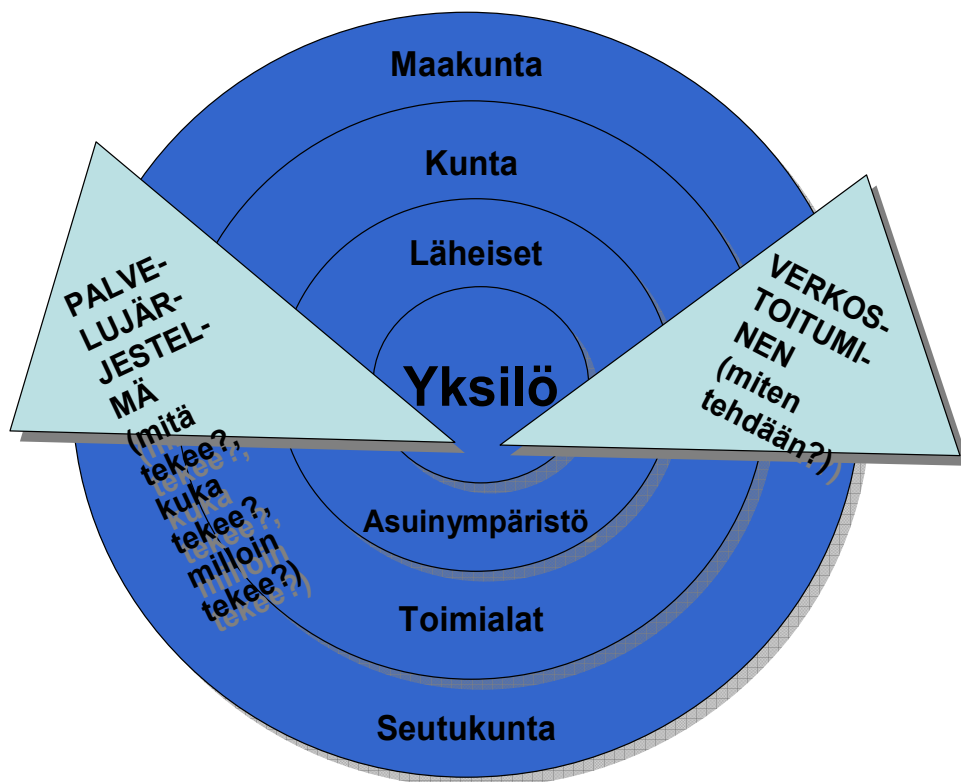
Strategiset päämäärät ovat visiosta johdettuja pitkän aikavälin tavoitteita, joilla visio saavutetaan.

- 1. Asukkaat tiedostavat vastuunsa terveyden ja hyvinvoinnin edistämisessä ja toimivat sen mukaisesti.**
- 2. Terveyttä ja hyvinvointia edistetään kunnan kaikessa päätöksenteossa ja toiminnassa.**
- 3. Palvelujärjestelmää kehitetään maakunnallisena yhteistyönä ja verkostoitumalla.**

5.3.2 Toimintasuunnitelma

Kriittiset menestystekijät ovat asioita, joissa on ehdottomasti onnistuttava, jotta strategiset päämäärät ja sitä kautta visio saavutetaan. Seuraavassa kriittiset menestystekijät esitetään neljän näkökulman mukaisesti.

VAIKUTTAVUUS 1. Vahvistetaan yksilön omaa vastuuta 2. Terveiden edistäminen on kaikkien toimialojen yhteinen tehtävä 3. Suunnitellaan toimivat hoito- ja palveluketjut	UUDISTUMINEN 4. Suunnitellaan ja otetaan käyttöön terveyden edistämisen erilaisia toimintamalleja 5. Kunnat ja EKSHP verkostoituvat valtakunnallisiin Terveystä edistäviin verkostoihin 6. Tehostetaan hyvinvointi-innovaatiotoimintaa
RAKENTEET JA PROSESSIT 7. Monipuolistetaan terveys- ja hyvinvointitiedon levittämistä 8. Kehitetään terveyden ja hyvinvoinnin alueellista seuranta ja analysointia 9. Kehitetään seudullisia, maakunnallisia ja yli-maakunnallisia rakenteita	RESURSSIT 10. Edistetään maakunnan ja kuntien terveyttä edistävän työn koordinaatiota 11. Turvataan henkilöstön saatavuus



Kuvio 5. Terveysten ja sairaanhoidon kehittämisaikueen strategian sisältö.

VAIKUTTAVUUS

1. Vahvistetaan yksilön omaa vastuuta.

Strateginen tavoite vuoteen 2010	Toimenpide	Vastuutaho/ Tavoitetaso
Yksilön jokapäiväisen elämän valintoihin vaikuttaminen	Opetussuunnitelmiin tavoite tupakointimattomuudesta ja päihteettömyydestä	Alkoholin kulutus vähenee Päivittäinen tupakointi vähenee nuorilla vuoteen 2010 (< 15%)
	Koululiikunnan tuntimäärien pysyminen samana tai lisääminen	Varusmiesten Cooper-testin tuloksen paraneminen
Kotiruokailun merkityksen lisääminen	Perheen ja erityisesti perheen äitien ruokavalintoihin vaikuttaminen	Perheet ja marittatointa

2. Terveiden edistäminen on kaikkien toimialojen yhteinen tehtävä.

Strateginen tavoite vuoteen 2010	Toimenpide	Vastuutaho/ Tavoitetaso
Hyvinvointia ja terveyttä edistävien päätösten vaikutusten ymmärtäminen eri toimialoilla ja yksittäisenä työntekijänä	Työpaikka- ja kouluruokien sekä erilaisten ateriapalveluiden ruokien terveellisydestä huolehtiminen	Kaikki joukkoruokailuja järjestävät tahot ja kunnat
	Rakentaminen terveyden ja hyvinvoinnin edistäjänä	Tekninen toimi ja rakennusvalvonta
	Tie- ja jalankulkuverkostosta huolehtiminen	Tekninen toimi
	Harrasteliikuntapaikoista huolehtiminen	Liikunta- ja vapaa-aikatoimi

3. Suunnitellaan toimivat hoito- ja palveluketjut.

Strateginen tavoite vuoteen 2010	Toimenpide	Vastuutaho/ Tavoitetaso
Toimivien hoito- ja palveluketjujen suunnittelu	Hoito- ja palveluketjujen suunnittelu ja rakentaminen	ROHTO-hanke, kunnat ja EKSHP
	Päihdepalveluketjun kartoittaminen ja palveluprosessin kehittäminen	EKSHP, A-Klinikan sopimuskunnat, Socom ja EKAMK
	Ikääntyvien palveluketjun kartoittaminen ja palveluprosessin kehittäminen	EKSHP, Imatra, Lappeenranta ja muut kunnat
Palvelujen laadun seuranta	Kuntien aktivoituminen alueellisiin ja/tai valtakunnallisiin asiakastytyväisyytutkimuksiin	Kunnat 1-2 vuoden välein
	Asiakaskäyntien yhteydessä saadun palautteen analysointi ja hyödyntäminen	Organisaatiot

UUDISTUMINEN

4. Suunnitellaan ja otetaan käyttöön terveyden edistämisen erilaisia toimintamalleja.

Strateginen tavoite vuoteen 2010	Toimenpide	Vastuutaho/ Tavoitetaso
Terveellisten elämäntapojen ohjauksen lisääntyminen	Kehitetään tehtävänjakoa lääkärin ja hoitohenkilökunnan kesken	Yksityinen ja julkinen sektori
	Terveystieteiden asiantuntija kiertämään päiväkoteihin ja kouluihin	Kunnat
	Vastaanottokäynnillä puheeksi ottamisen kynnyksen madaltaminen	Kaikki terveydenhuollon asiantuntijat
	Terveyttä edistävä toimintamalli muillakin kuin sosiaali- ja terveystoimella	Varhaiskasvatus-, opetus-, liikunta- ja vapaa-aikatoimi
Valistavan ryhmätoiminnan edistäminen	KunnossaKaikenIkää-toiminnan lisääminen maakunnassa	EKLU ja muut KKI-toimijat
Mini-Interventio toimintamallin leviämisen terveyden edistämistyössä	Kartoitus Mini-Intervention käytön laajuudesta	Terveyden edistämisen työryhmä
	Kartoitukseen perustuen Mini-Interventio toimintamallin levittäminen maakuntaan	Terveyden edistämisen työryhmä
Sosiaali- ja terveysalojen opiskelijoiden hyödyntäminen terveyttä edistävien toimintamallien kehittämisessä	Lisätään yhteistyötä koulutusorganisaatioiden ja käytännön työelämän välillä terveyden edistämiseksi	Koulutusorganisaatiot, yksityinen ja julkinen sektori

5. Kunnat ja EKSHIP verkostoituvat valtakunnallisiin Terveyttä edistäviin verkostoihin.

Strateginen tavoite vuoteen 2010	Toimenpide	Vastuutaho/ Tavoitetaso
Etelä-Karjalan kuntien verkostoituminen valtakunnallisesti	Kuntien liittyminen TerveKunta-verkostoon	Kunnat ja EKSHIP
	Kuntien liittyminen Terveyttä edistävät sairaalat verkostoon	
Kylä- ja asukastoiminnan vahvistaminen	Kylä- ja asukastoiminnan edistäminen	Kunnat, kylä- ja asukastoimikunnat sekä -yhdistykset

6. Tehostetaan hyvinvointi-innovaatiotoimintaa.

Strateginen tavoite vuoteen 2010	Toimenpide	Vastuutaho/ Tavoitetaso
Hyvinvointiteknologian hyödyntäminen	Hyvinvointiteknologian kehitykseen osallistuminen	Kunnat, LTY ja AMK
	Maakunnassa toimivien Hyla- ja Hyvinvointikaupunkihankkeiden luomien toimintamallien levittäminen	Kunnat ja LTY
Maakunnallisesti hankitaosaamisen lisääminen	Maakunnallisen hankintakeskuksen perustaminen	Kunnat
	Kilpailuttamisosaamisen lisääntyminen	Kunnat ja koulutus-organisaatiot
Parhaat käytännöt toimintatavaksi	Parhaiden käytäntöjen omaksuminen toimintatavaksi	Työntekijät, esimiehet ja työyhteisöt

RAKENTEET JA PROSESSIT

7. Monipuolistetaan terveys- ja hyvinvointitiedon levittämistä.

Strateginen tavoite vuoteen 2010	Toimenpide	Vastuutaho/ Tavoitetaso
Asukkailla on saatavilla terveyttä ja hyvinvointia koskevaa tietoa	Maakuntalehtiin terveyssivut	Maakunnan lehdistö ja sähköinen media
	Maakunnallinen terveystietokanta	Maakuntaliitto ja Tieto-maakunta
Terveydenhuollon puhelin- ja neuvontapalveluiden kehittäminen	Maakunnallisen kehitystyön viriäminen puhelin- ja neuvontapalveluissa	EKSHP ja kunnat

8. Kehitetään terveyden ja hyvinvoinnin alueellista seuranta- ja analysointia.

Strateginen tavoite vuoteen 2010	Toimenpide	Vastuutaho/ Tavoitetaso
Terveyttä ja hyvinvointia koskevan tiedon kokoaminen ja analysointi	Maakunnallinen hyvinvointiselvitys valtuustokausittain	Maakuntaliitto
Maakunnallisen hyvinvointistrategian kunnittaisen toimeenpanon toteutuminen	Kuntastrategiat sisältävät maakunnallisen hyvinvointistrategian linjauksia	Kunnat

9. Kehitetään seudullisia, maakunnallisia ja yli-maakunnallisia rakenteita.

Strateginen tavoite vuoteen 2010	Toimenpide	Vastuutaho/ Tavoitetaso
Kaakkois-Suomeen yhtenäinen asiakas-/potilastietojärjestelmä	Yhtenäisen asiakas/potilastietojärjestelmän käyttöönotto kunnissa	EKSHP ja kunnat
	Maakunnassa käytössä olevilla asiakastietojärjestelmillä yhteys toisiinsa	EKSHP ja kunnat
Laatutyöskentelyn lisääminen kunnissa	Yhtenäisen laatujärjestelmän käyttöönotto	Kunnat, EKSHP ja Maakuntaliitto
Kunnallisen työterveyshuollon kehittäminen	Maakunnallisen kunnallisen työterveyshuollon järjestämistavan suunnittelu	Kunnat
Laboratorio- ja kuvantamispalveluiden alueellinen diagnostiikkakeskus	Laboratorio- ja kuvantamispalveluiden alueellisen diagnostiikkakeskuksen selvittäminen ja perustaminen	EKSHP
Terveyspalveluiden järjestäminen perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhteistyönä	Terveyspiiriselvityksen tekeminen	Maakuntaliitto, kunnat ja Stakes
Päihdepalvelujen seudullisen hoito- ja yhteistyömallin kehittäminen ja käyttöönotto	Varhainen puuttuminen peruspalveluiden maakunnalliseksi toimintamalliksi	Maakunnallinen yhteistyö
	Pajarilan kuntoutumisyksikön kuntoutumisosaston yhteyteen perustetaan päihdepsykiatrinen tutkimus- ja hoitoyksikkö	Kunnat, EKSHP ja AMK

RESURSSIT

10. Edistetään maakunnan ja kuntien terveyttä edistävän työn koordinaatiota.

Strateginen tavoite vuoteen 2010	Toimenpide	Vastuutaho/ Tavoitetaso
Maakunnallisen terveyden edistämisen työryhmän toiminnan kehittäminen	Terveyden edistämisen työryhmän perustaminen vuonna 2005	EKSHP ja kunnat
	Terveyden edistämisen työryhmän resursoinnista huolehtiminen	EKSHP ja kunnat
	Työryhmä koordinoi valtakunnallisten terveydenedistämisen kampanjoiden levittämisen maakunnassa	Terveyden edistämisen työryhmä ja kunnat
	Työryhmän jäsenten toiminta terveyden edistämistä tukevan tiedon ja toiminnan levittämisessä kunnissa	Terveyden edistämisen työryhmän jäsenet

11. Turvataan henkilöstön saatavuus.

Strateginen tavoite vuoteen 2010	Toimenpide	Vastuutaho/ Tavoitetaso
Ammattitaitoisen työvoiman saatavuuden turvaaminen	Maakunnallisen työntekijäresurssipankin perustaminen	Kunnat
Tieteellisen tutkimuksen vahvistaminen alueella	Yleislääketieteen professuurin perustaminen maakuntaan	Maakuntaliitto ja kunnat

4.3.3. Hankesuunnitelma

Hankesuunnitelma käsittää kehittämishankkeita osastrategian tavoitteiden saavuttamiseksi. Se on toimintaryhmän laatima ja sitä on täydennetty lausuntokierroksen jälkeen. Hyvinvointistrategian toimeenpanossa keskitytään alla lueteltujen hankkeiden hankevalmistelun eteenpäin viemiseen.

1. Maakunnallisen terveyden edistämisen työn kehittäminen.

- Henkilöstöresurssin saaminen maakunnalliseen terveyden edistämisen työhön.
- Maakuntaan perustetun terveyden edistämisen työryhmän toiminnan kehittäminen; maakunnallinen koordinaatio, terveyden edistämisen toimintamallien levittäminen maakunnassa, uusien toimintamallien kehittäminen yhteistyössä ammattikorkeakoulun kanssa.

2. Terveys- ja hyvinvointitiedon levittämiskanavien monipuolistaminen maakunnassa.

- Panostusta terveys- ja hyvinvointitiedon levittämiseen maakunnassa yhteistyössä maakunnallisten lehtien ja yhdessä Tietomaakunta eKarjala Oy:n kanssa. Esim. terveysivut maakunnan lehdissä, terveystietoa tietomaakunnan sivuilla, terveys-teema paikallisradioon.

6 KÄRKIHANKKEET

Etelä-Karjalan hyvinvointistrategian kärkihankkeet ovat kaikkien kehittämisalueiden yhteiset hankkeet, jotka toimintasuunnitelmissa esiintyvät. Kärkihankkeiden avulla pyritään vahvistamaan Etelä-Karjalan asukkaiden hyvinvoinnin suotuisaa kehitystä monipuolistamalla hyvinvointipalvelujen tuotantoa seudullista ja maakunnallista yhteistyötä vahvistamalla. Hyvinvointistrategian toimeenpanossa keskitytään alla lueteltujen hankkeiden hankevalmistelun eteenpäin viemiseen. Kärkihankkeet on asetettu tärkeysjärjestykseen lausuntokierroksen vastausten perusteella.

1. Hyvinvointipalveluiden henkilöstön saatavuuden ja pysyvyyden turvaaminen.

Etelä-Karjalassa on jo tällä hetkellä puutetta tiettyjen hyvinvointipalveluiden ammattiryhmien henkilöstöstä mm. lääkäreiden, sosiaalityöntekijöiden ja joidenkin erityistyöntekijöiden saatavuus on ongelma. Henkilöstön siirtyessä eläkkeelle haasteet kasvavat jatkuvasti. Tavoitteena onkin aikaansaada seudullinen/maakunnallinen rekrytoinnin toimintamalli. Sen painotuksena on rekrytointiohjelma, joka on suunnattu erityisesti ammattiryhmiin, joista Etelä-Karjalassa on puutetta. Rekrytointiin liittyy myös varahenkilöstön koordinaatio ja välitys sekä ikääntyvän työntekijäkunnan työhyvinvoinnista huolehtiminen. Päävastuutahoina ovat EKSHP, kunnat ja työvoimahallinto.

2. Hyvinvointiyrittäjyyden kehittämishanke.

Hyvinvointiyrittäjyys on kasvava elinkeinoala Etelä-Karjalassa, kuitenkin yrittäjien neuvontapalvelut ovat hajanaisia. Hyvinvointiyrittäjyyden tueksi luodaan verkosto. Verkoston sisällä toimii mm. alan erityispiirteet huomioiva yritysautomaatti ja ”yhden luukun” yritysneuvontapiste, jossa huomioidaan yrittäjien palveluiden markkinointi hyödyntäen maakunnallisia portaalteja. Verkoston tavoitteena on yrittäjyyden edellytysten; koulutuksen ja tuen vahvistaminen. Päävastuutahoina Kaakkois-Suomen TE-keskus, Kaakkois-Suomen elinkeinoyhtiöt ja Socom.

3. Hyvinvointiteknologian kehittämishanke.

Hyvinvointiteknologia on mahdollisuus sosiaali- ja terveydenhuollon muuttuvassa palvelukentässä. Hyvinvointiteknologian kehittämishankkeen tavoitteena on uusien toimintatapojen ja innovaatioiden turvaaminen, tutkimus- ja opetustoiminnan kehittäminen Etelä-Karjalassa, arkiteknologian kehittäminen ja yritystoiminnan virittäminen sekä hyvinvointiteknologian ja siihen liittyvä terveystaloustieteellinen/liiketaloustieteellinen professuuri. Päävastuutahoina LTY, AMK, EKSHP ja Kareltek.

4. Maakunnallisen hyvinvointitilinpidoon kehittäminen.

Hyvinvointistrategian seurannan apuvälineeksi ja kuntien hyvinvointipolitiikan kehittämisen tueksi kehitetään hyvinvointitilinpitojärjestelmä, jossa hyödynnetään jo alueella olemassa olevia sosiaali- ja terveydenhuollon tietoteknologian rakenteita. Tämän avulla voidaan seurata väestön hyvinvoinnin ja terveyden tilaa, sen muutoksia ja siihen vaikuttavia tekijöitä sekä palvelujärjestelmän kykyä vastata tarpeisiin. Tätä kehitellään ylimaakunnallisena yhdessä Kymenlaakson kanssa. Päävastuutahoina ovat hyvinvointistrategistyön koordinoinnista vastanneet Socom Etelä-Karjalassa ja Hytkes Kymenlaaksossa.

Hyvinvointitilinpidoon kautta saatavan tiedon ja sitä täydentävän laadullisen tiedon (mm. kyselyt, haastattelut) avulla tuotetaan maakunnallinen/yli-maakunnallinen hyvinvointiselonteko valtuustokausittain. Hyvinvointiselonteko sisältää tietoa väestön hyvinvoinnin ja terveyden muutoksista ja muutoksiin vaikuttavista tekijöistä sekä palvelujärjestelmän määrällisistä ja laadullisista mahdollisuuksista vastata hyvinvointitarpeisiin. Hyvinvointiselonteko toimii strategioiden laatimisen sekä toiminta- ja taloussuunnitelmien teon taustatietona. Hyvinvointiselonteossa hyödynnetään alueen koulutusorganisaatioiden opiskelijoiden opinnäytetöitä. Päävastuutahona Etelä-Karjalan liitto yhteistyössä Socomin ja AMK:n kanssa.

7 SEURANTA JA ARVIOINTI

Etelä-Karjalan hyvinvointistrategia 2010:n toteutumista seurataan ja arvioidaan jatkotoimenpiteiden toteutumisen pohjalta. Maakunnallinen hyvinvointityöryhmä on sopiva elin seurannan ja arvioinnin toteuttajaksi. Maakunnallinen hyvinvointitilinpito ja -selonteko ovat toteutuessaan välineitä, joilla vallitsevaa hyvinvointitilannetta kuvataan ja joiden tuottamaa tietoa käytetään hyväksi strategiaa päivitettäessä.

8 SUOSITUKSET JATKOTOIMENPITEIKSI

Etelä-Karjalan Hyvinvointistrategian toteuttamiseksi ja kehittämissyhteistyön voimistamiseksi ohjausryhmä esittää kunnilta ja muilta keskeisiltä toimijoilta saatujen lausuntojen perusteella seuraavat suositukset jatkotoimenpiteiksi.

1. Yhteensovitus kuntastrategioiden kanssa

Etelä-Karjalan liitto toimittaa lausuntojen mukaisesti tarkistetun Etelä-Karjalan hyvinvointistrategian kuntien ja muiden toimijoiden käyttöön ja huomioitettavaksi niiden omissa strategioissa ja toimintasuunnitelmissa vuosina 2006 -2010.

2. Maakunnallinen hyvinvointityöryhmä

Maakunnan yhteistyöryhmän alaisuuteen perustetaan hyvinvointityöryhmä. Hyvinvointistrategian ohjausryhmä valmistelee yhdessä Etelä-Karjalan liiton kanssa esityksen hyvinvointityöryhmän toiminnan käynnistämiseksi vuoden 2006 aikana. Työryhmän tehtävänä on koota hyvinvointiin liittyvät hankesuunnitelmat ja -päätökset liitettäväksi maakuntaohjelman toteuttamissuunnitelmaan, yhteen sovittaa hyvinvointistrategian toimeenpano maakunnan muiden strategioiden kanssa sekä tehdä arvioita maakunnan väestön hyvinvoinnin muutoksista ja tarvittavista hyvinvointipoliittisista toimenpiteistä.

3. Hankevalmistelu

Etelä-Karjalan hyvinvointistrategian hankevalmistelua jatketaan ohjausryhmän toimesta vuonna 2006. Valmistelutyöhön osoitetaan tarvittavat resurssit. Hyvinvointistrategian toteuttamisessa kuntien vastuu sekä yhteistyö muiden kuntien ja toimijoiden kanssa on tärkeää.

Etelä-Karjalan maakunnallista hyvinvointipoliittista yhteistyötä kehitetään voimakkaasti. Hyvinvointistrategian valmistelussa syntynyt toimijoiden yhteistyö on arvokasta ja sitä tulee edelleen vahvistaa.

Kunta- ja palvelurakennemuutos sekä siihen liittyvä Etelä-Karjalan terveystieteiden keskus ja terveystieteiden keskus otetaan valmistelussa erityisesti tarkasteltavaksi.

4. Hyvinvointipoliittikan ohjelmasuopimus valtuustokausittain

Hyvinvoinnin hankkeet ja toimenpiteet kootaan Etelä-Karjalan hyvinvoinnin ohjelmasuopimukseksi, joka laaditaan valtuustokaudeksi ja tarkistetaan vuosittain. Painopistealueet määritellään suopimuskausittain.

5. Resurssit ja henkilöstön saatavuus

Etelä-Karjalan hyvinvointipalveluiden tuotantotavat, saatavuus, saavutettavuus, resurssit ja osaavan henkilöstön turvaaminen otetaan erityiseksi maakunnallisiksi avaintehtäviksi.

LÄHTEET

Ahola Jyrki. 1998. Yrityksen strategiaprosessi. Lappeenrannan teknillinen korkeakoulu - Tieteellisiä julkaisuja 44. Lappeenrannan teknillinen korkeakoulu Monistamo.

Alkoholiohjelma 2004-2007 – Yhteistyön lähtökohdat 2004. 2004. STM julkaisuja 7. Edita Prima Oy. Helsinki.

Aromaa Arpo, Koskinen Seppo. 2002. Terveys ja toimintakyky Suomessa – Terveys 2000 tutkimuksen perustulokset. Hakapaino Oy. Helsinki.

Auta lasta ajoissa – Lasten ja lapsiperheiden sosiaalipalvelujen arvioinnin erillisraportti Etelä-Suomen läänissä 2003. 2004. Etelä-Suomen lääninhallituksen julkaisuja 87. Hakapaino. Helsinki.

Eläketurvakeskuksen tutkimusohjelma 2005-2009. 2005. Käytettävissä: http://www.elaketurvakeskus.fi/Dynagen_attachments/Att21416/21416.pdf

Ennenaikaiset kuolemat Etelä-Karjalan kunnissa vv. 1981 – 2002. Efeko Oy.

Erikoissairaanhoitolaki. 1989. 1062. Käytettävissä: <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1989/19891062>.

Etelä-Karjalan Sairaanhoitopiirin strateginen suunnitelma vuosille 2005-2010. Käytettävissä: <http://www.ekshp.fi/upload/g3ib1b2e.pdf>.

Hakalisto Arja, Muukka Risto, Selivuo Hanna. 2001. Etelä – Karjalan hyvinvointiselvitys 2001 – kohti alueellista hyvinvointia. Helsingin yliopiston Tutkimus- ja koulutuskeskus Palmenia. Raportteja ja selvityksiä 38. Aalef Oy. Lappeenranta.

Helakorpi Satu, Patja Kristiina, Prättälä Ritva, Aro Arja R., Uutela Antti. 2004. Suomalaisen aikuisväestön terveyskäyttäytyminen ja terveys, kevät 2004. Kansanterveyslaitoksen julkaisu- ja B 13. Yliopistopaino. Helsinki.

Hyvä yhteiskunta kaikenikäisille. 2004. Valtioneuvoston tulevaisuusselonteko väestökehityksestä, väestöpolitiikasta ja ikärakenteen muutokseen varautumisesta.

Kansallinen terveyshanke. 2002. STM työryhmämuistioita 3. Käytettävissä: <http://pre20031103.stm.fi/suomi/eho/julkaisut/ehosisallys42.htm>.

Kansanterveyslaki. 1972. 66. Käytettävissä: <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1972/19720066>.

Karvonen Sakari, Rintala Taina. 2004. Alueellisten hyvinvointierojen kasvu jatkuu. Yhteiskuntapolitiikka (69)2. 159-170.

Kaski Päivi. 2004. Lastensuojelun piirteitä Lappeenrannassa ja viidessä Kymenlaakson kunnassa. Kaakkois-Suomen sosiaalialan osaamiskeskuksen julkaisuja B.1. Aalef kirjapaino. Lappeenranta.

Kelan sairastavuustilastot. 2003. Käytettävissä:
<http://193.209.217.5/in/internet/suomi.nsf/NET/080904082237PN?openDocument>.

Kunta- ja palvelurakenneuudistushanke. 2005. Aluevaiheen materiaalit II. Käytettävissä:
<http://www.intermin.fi/intermin/hankkeet/paras/home.nsf/pages/015AB11D4713A81FC22570A8002984F6?opendocument>.

Kurkinen Jorma. 2005. Kaukaa katsoen – Tilastojen kuva lasten ja nuorten ja nuorten hyvinvoinnista Oulussa, Kempeleessä ja Oulunsalossa. Teoksessa: Airtto Mikko, Helavirta Susanna; Kurkinen Jorma, Loponen Minna, Uusimäki Mervi. 2005. Preventteri – Moniammatillinen yhteistyö lasten ja nuorten syrjäytymisen ehkäisyssä. Pohjois-Suomen sosiaalialan osaamiskeskuksen julkaisusarja 17. Oulun kaupungin painatuskeskus. Oulu.

Lapsen hyvä elämä 2015 – Toimintalinjaus. 2005. Lapsen Maailma 4 eripainos. IS-Print. Iisalmi.

Lastenneuvola lapsiperheiden tukena – Opas työntekijöille. 2004. STM oppaita 14. Edita Prima Oy. Helsinki.

Lastensuojelu 2004. 2005. Stakes Tilastotiedote 14. Käytettävissä:
<http://www.stakes.info/2/2/2,2,1.asp>.

Lindqvist Markku. 2005. Tulot ja kulutusmahdollisuudet. Teoksessa: Myrskylä Pekka(toim.). Tallella ikä eletty ... - Ikääntyminen tilastoissa. Edita Prima Oy. Helsinki.

Lumijärvi Ismo. 2002. Tasapainotetun mittaristonmalli ja kunta-alan tuloksellisuusarviointi. 5.painos. Edita Prima Oy. Helsinki.

Luopa Pauliina, Sinkkonen Annikka, Jokela Jukka, Ojajärvi Anni, Räsänen Minna. 2004. Nuorten hyvinvointi ja terveys Etelä-Suomen läänissä vuosina 2000, 2002 ja 2004. Stakes.

Maakuntien suhdannekehitys 2001-2005. 2005. Sisäasiainministeriön julkaisuja 28. Käytettävissä:
<http://www.intermin.fi/intermin/biblio.nsf/vwByTema/E06DCD89A22B0FCEC225707300220340?OpenDocument>.

Melonlinna Niilo. 2006. Kaakkois-Suomen TE-keskuksen alustavat laskelmat työvoiman tulevasta toimialoittaisesta tarpeesta perustuen Etla:n 12/2005 ennusteeseen työllisyyden muutoksista.

Moisio Pasi (toim.). 2005. Lapsiperheiden taloudellisen tilanteen kehitys Suomessa 1990-2002. Stakes Raportteja 4.

Nuorvala Yrjö, Metso Leena. 2004. Päihdepalvelut. Teoksessa: Heikkilä Matti & Roos Milla (toim.). 2004. Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelukatsaus 2005. Gummerrus Kirjapaino. Saarijärvi.

Oppilashuolto, järjestyksenpito ja kurinpito perusopetuksen kouluissa 2001-2004. 2005. Etelä-Suomen lääninhallituksen sivistysosaston julkaisuja 1. Käytettävissä:

[http://www.laaninhallitus.fi/lh/biblio.nsf/92F263CD4A3371A0C22570770030EB18/\\$file/SIVeril0105.pdf](http://www.laaninhallitus.fi/lh/biblio.nsf/92F263CD4A3371A0C22570770030EB18/$file/SIVeril0105.pdf).

Pekurinen Markku. 2004. Kannattiko hoitotakuu?. CHESS ONLINE 3. Käytettävissä: <http://www.stakes.fi/palvelut/chess/chessonline3-%202004.pdf>.

Perhepoliittinen strategia – Linjauksia ja taustoja perhepolitiikan kehittämiseen. 2003. STM.
Perttilä Kerttu. 1999. Terveystiedon edistäminen kunnan tehtävänä. Stakes tutkimuksia 103. Stakesin monistamo. Helsinki.

Perusterveydenhuollon avohoitokäynnit terveyskeskuksissa vuonna 2004. 2005. Stakes Tilastotiedote 18. Käytettävissä: <http://www.stakes.info/2/8/Tilastot2004.asp>.

Psykiatrian erikoisalan laitoshoidon 2003. 2005. Stakes tilastotiedote 1. Käytettävissä: http://www.stakes.info/files/pdf/Tilastotiedote2005/Tt01_05.pdf.

Pylkkänen Kari, Hartikainen Birgitta, Henttonen Antti, Lahti Ilpo, Laine Outi, Laukkanen Eila, Miettinen Seija, Ruuska Jaana, Salonen Leena, Sandqvist Anders, Tuominen Tiina, Aalberg Veikko, Tuomi Riitta. 2003. Hoitotakuu nuorisopsykiatriassa – NUOTTA-projektin loppuraportti 2003.

Rautio Maarit. 2005. Etelä-Karjalan terveystieteiden tutkimuskeskuksen tuloksia: Keskeiset ongelmat, tulevaisuuden haasteet ja palvelujärjestelmän arviointi. Etelä-Karjalan liitto.

Ryynänen Olli-Pekka, Kinnunen Juha, Myllykangas Markku, Lammintakanen Johanna, Kuusi Osmo. 2004. Suomen terveydenhuollon tulevaisuudet – skenaariot ja strategiat palvelujärjestelmän turvaamiseksi – Esiselvitys. Eduskunnan kanslian julkaisu 8.

Sairaaloiden tuottavuuden kehitys 2000-2003. 2005. Stakes CHESS Tilastotiedote 8. Käytettävissä: <http://www.stakes.info/0,1,6.asp>.

Salmi Venla. 2005. Sosiaalinen pääoma ja nuorten rikollisuus. Teoksessa: Kivivuori Janne, Salmi Venla. Nuorten rikoskäyttäytyminen 1995 – 2004. OPTL julkaisuja 214. Käytettävissä: <http://www.om.fi/optula/31515.htm>.

Selvitys lasten päivähoidon tilasta Etelä-Suomen läänin kunnissa vuonna 2001. 2002. Etelä-Suomen lääninhallituksen moniste. Hämeenlinna.

Sosiaalialan kehittämishanke. 2003. STM monisteita 20. Käytettävissä: <http://www.stm.fi/Resource.phx/publishing/documents/739/index.htm>.

Sosiaali- ja terveydenhuollon taskutieto 2005. Stakes.

Sosiaali- ja terveydenhuollon tavoite- ja toimintaohjelma 2004-2007. 2003. STM julkaisuja 20. Käytettävissä: <http://www.stm.fi/Resource.phx/publishing/store/2003/12/vk1102508770318/passthru.pdf>.

Sosiaali- ja terveydenhuollon tilastollinen vuosikirja 2004. Stakes. Saarijärvi. Gummerrus Kirjapaino Oy.

Sosiaali- ja terveystalouden strategiat 2010. 2001. STM julkaisuja 3. Käytettävissä: <http://pre20031103.stm.fi/suomi/tao/julkaisut/strategia/strategiat2010/strategia2010.pdf>.

Sosiaaliturvan suunta 2004. 2004. STM julkaisuja 22. Käytettävissä: <http://www.stm.fi/Resource.phx/publishing/store/2004/12/hu1103264209458/passthru.pdf>.

Säylä Markku. 2005. Varallisuus. Teoksessa: Myrskylä Pekka(toim.). Tallella ikä eletty ... - Ikääntyminen tilastoissa. Edita Prima Oy. Helsinki.

Terveiden edistämisen laatusuositus (luonnos). 2005. Käytettävissä: <http://www.stakes.fi/laatusuositus/ted.htm>.

Terveys-2015 kansanterveysohjelma. 2001. STM julkaisuja 4. Käytettävissä: <http://www.terveys2015.fi/terveys2015.pdf>.

Työllisyyskatsaus. 2005. Syyskuun työllisyyskatsaus. Kaakkois-Suomen TE-keskus. Käytettävissä: <http://www.te-keskus.fi/web/tekaa.nsf/FrameSetFIN?OpenFrameSet>.

Vaarama Marja. 2004. Ikääntyneiden toimintakyky ja palvelut – nykytila ja vuosi 2015. Teoksessa: Kautto Mikko (toim.). 2004. Ikääntyminen voimavarana – Tulevaisuusselonteon liiteraportti 5. Valtioneuvoston kanslian julkaisuja 33. Helsinki. Edita Prima Oy.

Vaarama Marja, Kaitsaari Tuula. 2002. Ikääntyneiden toimintakyky ja koettu hyvinvointi. Teoksessa: Heikkilä Matti & Kautto Mikko (toim.). 2002. Suomalaisten hyvinvointi 2002. Jyväskylä. Gummerrus Kirjapaino Oy.

Vaarama Marja, Voutilainen Päivi & Kauppinen Sari. 2004. Ikääntyneiden hoivapalvelut. Teoksessa: Heikkilä Matti & Roos Milla (toim.). 2004. Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelukatsaus 2005. Gummerrus Kirjapaino. Saarijärvi.

Wahlbeck Kristian. 2004. Mielenterveyspalvelut. Teoksessa: Heikkilä Matti & Roos Milla (toim.). 2004. Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelukatsaus 2005. Gummerrus Kirjapaino. Saarijärvi.

Valkonen Tapani, Ahonen Hilka, Martikainen Pekka. 2003. Sosiaaliryhmien väliset erot elinajanodotteessa kasvoivat 1990-luvun loppuvuosina. Hyvinvointikatsaus 2. 12-18.

Valtioneuvoston selonteko eduskunnalle lasten ja nuorten hyvinvoinnista. 2002. STM Julkaisu 12.

Venäläinen Riikka. 2005. Ennenaikaiset kuolemat jakautuvat hyvin epätasaisesti kuntien kesken. Helsingin Sanomat 29.3.2005.

Österberg Esa. 2005. Alkoholin kulutuksen kasvu Suomessa vuonna 2004. Yhteiskuntapolitiikka. 70(3). 283-294.

LIITE 1. Ohjausryhmän kokoonpano.

Elomaa Jouko, sosiaali- ja terveysjohtaja, Imatra
puheenjohtaja 7.8.2005 asti

Ahonen Kari, kehitys- ja henkilöstöjohtaja, Imatra
31.3.2005 asti

Heikura Kaija, hallintoylihoitaja, Etelä-Karjalan sairaanhoitopiiri

Juvakka Taru, koulutusjohtaja, Etelä-Karjalan ammattikorkeakoulu

Kaasalainen Marja, läänin sosiaalitarkastaja, Etelä-Suomen lääninhallitus

Kallio Matti, osastopäällikkö, Kaakkois-Suomen työvoima- ja elinkeinokeskus

Keränen Pekka, johtava lääkäri, Joutseno

Kohvakka Timo, sosiaali- ja terveysjohtaja, Imatra
8.8.2005 alkaen

Kolari Pertti, tutkimusasiamies, Lappeenrannan teknillinen yliopisto

Kosonen Marja, sosiaalipalvelujohtaja, Lappeenranta

Laitinen Matti, projektin valvoja, erikoissuunnittelija, Etelä-Karjalan Liitto

Laukkarinen Kari, projektipäällikkö, Lappeenranta

Marttila Seija, toimitusjohtaja, Lappeenrannan Palvelukoti Oy

Myllärinen Tarja, toimitusjohtaja, Socom
varapuheenjohtaja 7.8.2005 asti, puheenjohtaja 8.8.2005 alkaen

Nummela Veli, kunnanjohtaja, Savitaipale
9.10.2005 asti

Partamies Hannele, perusturvajohtaja, Lemi

Tuomi Jaakko, sosiaalineuvos, Lappeenrannan palvelukeskussäätiö

Väisänen Raija, professori, Kuopion yliopisto

Hiltunen-Toura Maarit, projektipäällikkö, Socom
sihteeri

LIITE 2. Valmisteluryhmän ja puheenjohtajiston kokoonpano

Valmisteluryhmä:

Elomaa Jouko, sosiaali- ja terveystoiminnan johtaja, Imatra

7.8.2005 asti

Hiltunen-Toura Maarit, projektipäällikkö, Socom

Laukkarinen Kari, projektipäällikkö, Lappeenranta

Myllärinen Tarja, toimitusjohtaja, Socom

Puheenjohtajisto:

Elomaa Jouko, sosiaali- ja terveystoiminnan johtaja, Imatra

puheenjohtaja 7.8.2005 asti

Ahonen Kari, kehitys- ja henkilöstöjohtaja, Imatra

31.3.2005 asti

Hiltunen-Toura Maarit, projektipäällikkö, Socom

Keränen Pekka, johtava lääkäri, Joutseno

Kosonen Marja, sosiaalipalvelujohtaja, Lappeenranta

Laukkarinen Kari, projektipäällikkö, Lappeenranta

Myllärinen Tarja, toimitusjohtaja, Socom

puheenjohtaja 8.8.2005 alkaen

Nummela Veli, kunnanjohtaja, Savitaipale

9.10.2005 asti

Tuomi Jaakko, sosiaalinen Lappeenrannan palvelukeskussäätiö

LIITE 3. Toimintaryhmien kokoonpanot.

Lapset, nuoret ja perheet:

Kosonen Marja, sosiaalipalvelujohtaja, Lappeenranta
puheenjohtaja
Hedman Anja, sosiaalisihiteeri, Rautjärvi
Helen Tuula, sosiaalijohtaja, Taipalsaari
Henttonen Irmeli, ylilääkäri, Etelä-Karjalan keskussairaala
Kaski Päivi, seutukehittäjä, Socom
Lehtonen Saara, toimitusjohtaja, Lehtosara Oy
Myllys Soili, sosiaalijohtaja, Parikkala
Porthen Taina, sosiaalijohtaja, Luumäki
Pusenius Sakari, nuoriso- ja koulutuspäällikkö, Etelä-Karjalan liikunta ja urheilu ry
Strid Outi, ylilääkäri, Lappeenranta
Virkki Päivi, varhaiskasvatuspäällikkö, Imatra 31.1.2005 asti
1.2.2005 alkaen varhaiskasvatuspäällikkö, Lappeenranta
Wright Helena, koulutuspäällikkö, Etelä-Karjalan ammattikorkeakoulu

Ikääntyvät:

Tuomi Jaakko, sosiaalineuvos, Lappeenrannan palvelukeskussäätiö
puheenjohtaja
Haapanen Jenni, kehittämissuunnittelija, Socom
18.3.2005 asti
Hytti Kerttu, kotihoidon ohjaaja, Savitaipale
Ikonen Kalevi, puheenjohtaja, Etelä-Karjalan liikunta ja urheilu ry
Kaskinen Matti, vanhusten palvelujen johtaja, Lappeenranta
Kiljunen Riitta, sosiaalisihiteeri, Suomenniemi
Kiuru Helena, lehtori, Etelä-Karjalan ammattiopisto
Korhonen Sanna, projektipäällikkö, Socom
2.5.2005 alkaen
Laitinen Ritva, johtava hoitaja, Joutseno
Laukkanen Marja-Leena, sosiaalisihiteeri, Saari 31.12.2004 asti
1.1.2005 alkaen vanhustyönjohtaja, Parikkala
Partanen Tuula, johtava hoitaja, Ruokolahti
Puolakka Helena, yrittäjä, puheenjohtaja, Etelä-Karjalan Terveys- ja Sosiaalialan Yrittäjät ry
Rieppo Eija, vanhustyön johtaja, Imatra

Terveyden ja sairaanhoito:

Keränen Pekka, johtava lääkäri, Joutseno
puheenjohtaja

Friman Annaleena, hoitotyön johtaja, Imatra 30.4.2005 asti
1.5.2005 henkilöstöpäällikkö, Imatra

Heikura Kaija, hallintoylihoitaja, Etelä-Karjalan sairaanhoitopiiri

Ikävalko Mikko, terveysliikunnan kehittäjä, Etelä-Karjalan liikunta ja urheilu

Kalpio Riitta, koulutuspäällikkö, Etelä-Karjalan ammattikorkeakoulu

Kohvakka Timo, johtava lääkäri, Lappeenranta 31.7.2005 asti
1.8.2005 alkaen sosiaali- ja terveysjohtaja, Imatra

Lampinen Matti, johtava lääkäri, Ruokolahti

Partanen Jouko, sairaanhoitopiirin johtaja, Etelä-Karjalan sairaanhoitopiiri

Saramies Jouko, johtava lääkäri, Savitaipale

Tepponen Merja, johtava ylihoitaja, Lappeenranta

LIITE 4. Lausuntojen yhteenveto

Etelä-Karjalan hyvinvointistrategia 2010 lausuntokierros toteutettiin ajalla 4.11. – 2.12.2005. Lausuntopyyntöjä lähetettiin 39 kappaletta. Lausuntoja palautui 23 kappaletta. Lausuntopyynnössä pyydettiin vastauksia viiteen kysymykseen:

1. Miten mielestänne kehittämisalueiden strategiset painotukset palvelevat Etelä-Karjalan kehittämistä?
2. Jättäkö kaipaamaan oman kuntanne/yhteisönne/organisaationne näkökulmasta jotain strategisia painotuksia?
3. Asettaisitteko kärkihankkeet kuntanne/yhteisönne/organisaationne näkökulmasta tärkeysjärjestykseen?
4. Jäikö kärkihankkeista tai kehittämisalueiden hankkeista puuttumaan jotain, jos jäi niin mitä?
5. Onko teillä mielessänne seudullisia tai maakunnallisia hankeideoita, joiden avulla strategian tavoitteiden saavuttamista edistettäisiin?

Lisäksi pyydettiin kommentteja strategian toimeenpanon järjestämistavasta kolmen eri mallin pohjalta. Mahdollisuus oli esittää myös oma malli toimeenpanon järjestämisestä.

Etelä-Karjalan Hyvinvointistrategia sai lausunnoissa erityistä kiitosta siitä, että valmistelutyö on ollut laajapohjaista ja asiantuntevaa. Yleisenä näkemyksenä oli, että strategiset painotukset palvelivat Etelä-Karjalan tämän hetkistä tarvetta. Strategiset painotukset koettiin hyvin perustelluiksi.

Etelä-Karjalan sijaintiin liittyen toivottiin vielä vahvemmin maahanmuuttajien ongelmiin pureutumista. Terveiden ja sairaanhoidon kehittämisalueen rajausta olisi useiden lausuntojen mukaan voinut olla työikäiset, jolloin strategia olisi jäsentynyt elinkaari-mallin mukaisesti. Tällöin strategia olisi painottunut vahvemmin työhyvinvoinnin sekä perheen ja työn yhdistämisen kenttiin. Myös erillistä kehittämisaluetta Terveiden edistämisen työlle ehdotettiin. Mielenterveysongelmiin toivottiin strategiaosuudessa toimenpiteitä.

Kärkihankkeista tärkeimmäksi koettiin ”Hyvinvointipalveluiden henkilöstön saatavuuden ja pysyvyyden turvaaminen”. Toiseksi tärkeimpänä koettiin ”Hyvinvointiyrittäjyyden kehittämishanke”.

Hankkeiden määrä koettiin suurimmaksi osaksi riittäväksi. Todettiin, että näiden hankkeiden toteutuminen maakunnallisena yhteistyönä on merkittävä askel eteenpäin hyvinvointipoliittisessa kentässä. Toisaalta kuitenkin strategian toimeenpanoaika koettiin lyhyeksi ja siksi visioiden saavuttaminen koettiin haasteelliseksi. Painotusta toivottiin lisättävän koko Kaakkois-Suomen alueella toteuttavalle kehittämistyölle sekä kunta- ja palvelurakennemuutoksen vaikutukset strategian toimeenpanossa toivottiin huomioitavan.

Joitakin hake-ehdotuksia ehdotettiin:

- Rauha-Tiuru alueen mahdollisuudet erilaisiin hyvinvointitoimintojen tarpeisiin.
- Työhyvinvoinnin, työterveyshuollon ja työkykyä ylläpitävän toiminnan edistäminen ja saaminen tarvetta vastaavaksi.
- Selvitystä työn ja perhe-elämän pullonkauloista ja yhteensovittamista tukevista toiminnoista.
- Teknologian tuomat haasteet ja täydennyskoulutus.
- Lisääntyvät omaishoitajatehtävät vapaa-ajalla.
- Ennalta ehkäisyhankkeita kroonisille kansantaudeillemme.

- Kumppanuusyhteistyömalli palveluntuottajatahojen saumattoman yhteistyön rakentamiseen.
- Kattavaa selvitystä lasten ja nuorten voimavarojen menetyspaikoista ja ehkäisemiskeinoista sekä menetysten ketjujen katkaisemiskeinoista ja voimavarojen vahvistamiskeinoista.

Strategian toimeenpanoehdotuksista kaikki kolme mallia saivat kannatusta tasaisesti.

Kaakkois-Suomen sosiaalialan
osaamiskeskus Oy Socom

Laserkatu 6
53850 Lappeenranta

Vartiotie 5
45100 Kouvola