

OSA I: Sosiaali- ja terveydenhuollon toiminnan ja talouden tila

Tässä osiossa pyydetään arviointia ja tietoja hyvinvointialueen sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisvastuuta koskevista teemoista. Kysymykset on laadittu STM:n vuotuisen selvitykseen koottujen STM:n ehdotusten pohjalta.

Toiminnan ja talouden kestävä uudistaminen

1. Arvioi, onko hyvinvointialueellanne sellaisia sosiaali- ja terveydenhuollon palveluja ja/tai lakisääteisesti järjestämisvastuuseen kuuluvia tehtäviä, jotka ovat vaarantuneet tai vaarantumassa?

Pääsääntöisesti lakisääteiset sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut saadaan järjestettyä. Joissakin palveluissa voi olla alueellisesti viivästymisiä hoito- ja palvelutakuiden toteutumisessa. Näitä on pyritty ratkaisemaan resurssien alueellisella allokoinnilla ja tarvittaessa turvautumalla ostopalveluihin.

2. Arvioi, miten systemaattisesti ja hyötyperusteisesti hyvinvointialueellanne johdetaan tekoälyn käyttöönottoa.

- Erinomaisesti
- Hyvin
- Tyydyttävästi
- Ei lainkaan

3. Mitkä tekijät ehkäisevät tai estävät tekoälyn hyödyntämistä hyvinvointialueellanne?

Pohteella tekoälyn hyödyntäminen on kohtalaisessa myötätuulessa, mutta keskeisiä estäviä tekijöitä on kaksi:

1. Todella tiukka taloudellinen tilanne, joka estää kaiken muun paitsi aivan matalimmilla oksilla roikkuvien hedelmien poimimisen. Rahoituksen lyhytjänteisyys käytännössä estää vaikuttavimpien ja Pohteen dataan perustuvien tekoälyratkaisuiden kehittämisen. STM:n kannattaa jatkaa tekoälyyn kohdennettua rahoitusta hyvinvointialueille.

2. Lainsäädännön tulkintavaikeudet vaivaavat edelleen etenkin MDR:n osalta. Vaikka STM on tehnyt erinomaista työtä Sote-tekoälyekosysteemissä ja julkaissut joulukuussa 2024 *suositukset yhteisistä tulkinnoista tekoälyn käyttötapauksista ja lainsäädännöstä*, niin siitä huolimatta riskiperusteinen arviointi johtaa liian varovaisiin tulkintoihin. 2024 vuoden suosituksissa esimerkiksi *automaattinen potilaskirjausten luonnostelu tai simultaanitulkkkaus* on todettu olevan käyttötapauksina MDR-lainsäädännön ulkopuolella, mutta tällä hetkellä vastakkaisiakin tulkintoja on. Hyvinvointialueen omia tulkintoja ei yhtään helpota se, että yritykset näkevät kilpailuetuna MDR-hyväksynnän ja hakevat leiman tuotteilleen, vaikka laki ei välttämättä sitä edellyttäisikään. Etenkin ruotsalaiset tekoäly-yritykset näyttävät näin tekevän (esim. Tandem Health ja Worldish).

Kansallisesti kannattaisi lisäksi ratkaista kaksi teknistä haastetta, koska ne edistäisivät koko kansallisen tekoälyekosysteemin kehittymistä:

1. Suomenkielen puheesta tekstiksi ja tekstistä puheeksi muuntaminen. Suomi on kielialueena niin pieni, että suomalaisenkaan tekoälyratkaisuita kehittävän yrityksen ei kannattaisi käyttää aikaa kielimallien hienosäätämiseen/kouluttamiseen tähän käyttötarkoitukseen. Toisaalta laadukkaat StT- ja TtS-muunnokset parantavat todella paljon esimerkiksi puhelinkanavassa asukkaita palvelevien tekoälyagenttien tai potilaskirjauksia keskustelun perusteella luonnostelevien tekoälyjärjestelmien suorituskykyä. Esimerkiksi Yleisradion aineistoilla tämä olisi tehtävissä - suomen kielen lisäksi myös ruotsille ja saamelille.

2. Tietoturvallinen käyttöympäristö asiakas- ja potilastietodatan anonymisointiin ja jakamiseen. Suomalainen sote-tekoäly tulee törmäämään lasikattoon, jonka rikkominen edellyttää suomalaisen sote-datan hyödyntämistä tekoälyratkaisuiden kehittämisessä. Sote-dataa ei kuitenkaan voi hyödyntää ilman sen luotettavaa anonymisointia. Sote-proosan anonymisointi on ratkaistavissa

oleva ongelma, mutta ei varmastikaan ole järkevää, että jokainen hyvinvointialue yritysten kanssa ratkaisee sen itse. Lisäksi anonymisoitujen aineistojen jakaminen yritysten, hyvinvointialueiden ja tutkimusorganisaatioiden kesken mahdollistaisi erityisesti suomalaisen soteen räätälöityjen ratkaisuiden kehittämisen.

Perinteiset teknologiamurrosta jarruttavat tekijät, kuten henkilöstön muutosvastarinta, mielikuvituksen/ideoiden puute, osaamispuutteet tai johdon tuki eivät Pohteella ole tekoälyn hyödyntämistä estäviä tekijöitä - pikemminkin päinvastoin.

Palvelujen saatavuus, hoidon jatkuvuus ja palveluketjut

4. Kuinka monella prosentilla hyvinvointialueenne väestöstä on hoidon jatkuvuusmalli käytössään?

Hoidon jatkuvuusmalli oli käytössä 72 prosentilla väestöstä vuoden 2025 lopussa

5. Kuinka monta ammatinharjoittajaomalääkärinä työskentelee hyvinvointialueenne perusterveydenhuollon vastaanotto toiminnassa?

Tällä hetkellä vastaanotto toiminnassa ei työskentele yhtään ammatinharjoittajaomalääkärinä.

6. Miten hyvinvointialueenne on yhteensovittanut lääkinnällisen kuntoutuksen osaksi potilaan hoitokokonaisuutta?

Lääkinnällisen kuntoutuksen palvelut huomioidaan osana potilaan hoitoketjua sekä perustasolla että erikoissairaanhoidossa. Potilaiden ja asiakkaiden kuntoutuspalvelut järjestetään asiakkaan tarpeen mukaan eri toimintaympäristöissä (osasto, poliklinikka, koti). Olemme kiinnittäneet erityistä huomiota perustason ja erityistason kuntoutuspalveluiden integraation vahvistamiseen. Vaativaa osastokuntoutusta ja sopeutumisvalmennusta järjestetään YTA-alueella. Hyvinvointialueen omaa toimintaa täydennetään ostopalveluin.

Hoidollisia apuvälineitä on tarkasteltu osana hoitokokonaisuutta ja hoidollisia apuvälineitä on varastoitu niihin yksiköihin, joista potilas kotiutuu. Aloitus tehtiin ryhtitukiliivien osalta (ilman leikkausta hoidettavat selkämurtumapotilaat). Seuraavia luovutusperusteita käsitellään monialaisessa työryhmässä tavoitteena edelleen kehittää kotiutusprosessia, jotta apuvälineet saadaan oikea-aikaisesti luovutettua.

7. Millaisilla toimenpiteillä hyvinvointialueellanne on pyritty tai pyritään vähentämään ikääntyneiden epätarkoituksenmukaisia, vältettävissä olevia päivystyskäyntejä?

- Vahvistamalla ennakoivaa tukea ja palveluohjausta sekä sosiaalityötä
- Kehittämällä kotihoitoa, kotikuntoutusta ja tukipalveluja
- Kotisairaaloiminnan laajentaminen
- Arviointi- ja kuntoutusyksikköpaikkojen lisääminen
- Lisäämällä turvallisuutta ja teknologisia ratkaisuja,
- Parantamalla palveluketjujen toimivuutta: esimerkiksi akuuttihoito- ja palveluketjun kehittäminen, muistioireisen asiakkaan hoito- ja palveluketjun sekä parantumattomasti sairaan hoito- ja palveluketju
- Erilaisia konkreettisia toimenpiteitä mm. Asiakkaiden hoidon ja palvelun koordinoimista, oma- ja etälääkäritoiminta, ennakoivat hoitosuunnitelma, ammattilaisten kouluttaminen uusista toimintamalleista ja osaamisen vahvistaminen esimerkiksi konsultaatio osaaminen

8. Millä tavoin hyvinvointialueellanne varmistetaan häiriötilanteiden kannalta välttämätön oma tuotanto niissä sosiaali- ja terveydenhuollon palveluissa, jotka ovat valtaosin ostopalveluita?

- Oma riittävä palvelutuotanto
- Tilojen, laitteiden ja tietojärjestelmien käytettävyyden varmistaminen, jotta oma tuotanto voidaan käynnistää tai laajentaa lyhyellä varoitusajalla
- Ostopalvelusopimuksissa ja palvelusetelien sääntökirjoissa on huomioitu häiriö- ja poikkeustilanteita koskevat ehdot, kuten velvollisuus varautumiseen, tiedonvaihtoon ja yhteistyöhön sekä mahdollisuus palvelutuotannon joustoihin
- Valmius- ja varautumisen suunnitelmat

9. Onko hyvinvointialueenne vammaispalvelujen ja perusopetuksen ja ammatillisen koulutuksen järjestäjien välisessä yhteistyössä ilmennyt haasteita? Jos on, minkälaisia ja miten niitä on pyritty ratkaisemaan?

Perusopetuksen järjestäjien kanssa tehdään tiivistä yhteistyötä, mutta yhteistyössä on paikoin haasteita. Eriävät näkemykset perusopetuksen järjestäjien kanssa ovat koskeneet erityisesti koululaisten aamu- ja iltapäivätoiminnan järjestämistä ja järjestämisvastuuta. Pohteen alueella on 30 kuntaa ja yhdenmukaisia käytäntöjä aamu- ja iltapäivätoiminnasta ei kunnilla ole.

Mikäli kunta järjestää aamu- ja iltapäivätoimintaa, sitä on järjestettävä ja tarjottava yhdenvertaisesti kaikille lapsille. Käytännössä kunta ei voi tehdä kategorista päätöstä palvelujen järjestämisestä vain tietyille kohderyhmälle, erityisesti ei-vammaisille lapsille. Arviointi perusopetuksen järjestäjän tarjoaman aamu- ja iltapäivätoiminnan riittävydestä ja soveltuvuudesta täytyy arvioida lapsikohtaisesti. Osa hyvinvointialueen kunnista on siirtänyt vammaisten lasten aamutoiminnan järjestämisvastuuta hyvinvointialueelle lakkauttamalla perusopetuslain mukaisen aamupäivätoiminnan kokonaisuudessaan. Osa kunnista on linjannut, että lapsi tai perhe voi saada vaihtoehtoisesti aamu- tai iltapäivätoiminnan tai koulukyydit, mutta ei molempia palveluja. Aamu- ja iltapäivätoiminnan kuljetukset tulisi yhdistää koulukuljetuksiin.

Eriävät näkemykset aamu- ja iltapäivätoiminnan järjestämisestä lisäävät kohtuuttomasti julkisilla varoilla rahoitettua byrokratiaa (kuntien ja hyvinvointialueiden neuvottelut, laskutukset ym.). Huomionarvioista myös on, että neuvottelut toiminnasta on käytävä kaikkien kuntien kanssa erikseen ja lapsikohtaisesti neuvottelut sekä sopimukset. Kunnat ovat viimeisten reilun kolmen vuoden aikana merkittävästi lopettaneet erityisesti aamupäivätoiminnan järjestämistä kaikille oppilaille, jotta vammaisten lasten aamupäivätoiminnan kustannukset voidaan siirtää hyvinvointialueen vastuulle. Kunnilla on vammaisten lasten koulunkäyntiin soveltuvat tilat, osaava henkilökunta ja riittävät resurssit jo olemassa, joten olisi tarkoituksenmukaista hyödyntää tätä ja lailla velvoittaa kunnat vastaamaan tästä perusopetukseen liittyen ja ohjata tähän kunnille rahoitus.

Vammaiset oppilaat tarvitsevat välttämättä aamu- ja iltapäivätoimintaa perusopetuksen suorittamiseksi. Vammaisten lasten oikeudet ja yhdenvertaisuus eivät tule turvatuksi, kun kaksi julkista toimijaa on ”erimielisyydessä” siitä, kuka palvelusta vastaa. Nykyinen tilanne lisää perheiden kuormitusta, palvelujen hakemista eri tahoilta sekä epäselvyyttä.

Ammatillisten oppilaitosten henkilöstövähennykset ovat lisänneet painetta järjestää palvelu vammaispalveluista. Itsenäisen opiskelun viikoilla ammatillisen koulutuksen järjestäjien tulisi turvata vammaisten lasten ja nuorten mahdollisuudet itsenäiseen opiskeluun.

STM:n ja OKM:n kunnille ja hyvinvointialueille saapunut ohjauskirje (kesä 2025) on tarpeellinen, mutta sisältöön tarvitaan vielä täsmennyksiä ja lisää ohjausta ministeriöiltä (ministeriöiden välinen yhteistyö). Kansallisesti on tarve täsmentää järjestämisen kokonaisuutta, erityisesti siltä osin mitä voidaan pitää kohtuullisina mukautuksina. Asia tulisi selkeyttää ja säätää kunnille kuuluvaksi velvollisuudeksi erityisen tuen oppilaiden osalta. Toiminta tulisi turvata kuntien rahoituksessa.

10. Millä keinoilla hyvinvointialueellanne seurataan perusterveydenhuollon digitaalisen asiainn vaikuttavuutta?

- Avosairaanhoidon digitaaliset kontaktit suhteessa kivijalan kontaktit
- Kustannusvaikuttavuus
- Digitaalisessa asiainnissa kokonaan hoidettujen kontaktien suhde kaikkiin digitaalisessa kanavassa aloitettuihin kontakteihin
- Asiakkaan edelleen ohjautuminen digitaalisista palveluista
- Digitaalisessa kanavassa toteutetun hoidon tarpeen arvioinnin laatua seurataan keskusteluista ja potilastietojärjestelmän kirjauksista
- Digitaalisesti toteutettujen lääkäri konsultaatioiden ja vastaanottojen laatua sekä vaikuttavuutta seurataan läpikäymällä ko. kontakteja ja arvioimalla yhdessä kliinikoiden kanssa niiden vaikuttavuutta
- Kaikki kerätty vaikuttavuustieto hyödynnetään palvelujen kehittämisessä

11. Näettekö, että sosiaaliturvan etuusmuutokset ovat vaikuttaneet hyvinvointialueenne väestön hyvinvointiin ja terveyteen ja jos ovat, niin mihin väestöryhmiin, palveluihin tai palveluntarpeeseen?

Asiakasmäärät ovat kasvaneet työikäisten palveluissa, mutta kasvu ei näy esim. täydentävän ja ehkäisevän toimeentulotuen määrissä vaan pikemminkin ohjauksen ja neuvonnan tarpeissa sekä taloudellisen tilanteen selvittelyissä. Lapsiperheiden taloudellisen tilanteiden haasteet näkyvät myös yhteydenottojen taustatekijöinä. Taustasyitä asiakasmäärien kasvulle kootaan parhaillaan osana sosiaalista raportointia. Tilannetta tullaan pitämään aikavälillä seuraamaan mm. sosiaalihuoltolain 7 §:n mukaisella rakenteellisen sosiaalityön tiedontuottamisen menetelmällä. Ensimmäistä sosiaalista raporttia odotetaan valmistuvaksi vuoden 2026 loppupuolella.

12. Millaisia rakenteellisia ja johtamiseen liittyviä toimenpiteitä hyvinvointialueellanne on tehty yhdyspinoilla (kuntien työllisyyspalvelut, Kela, järjestöt) tapahtuvan yhteistyön sujuvoittamiseksi?

- Strateginen yhteistyösopimus
- Alueellisessa toimeentulotuen neuvottelukunnassa työllisyysalueiden, Kelan ja järjestöjen edustus
- Johdon yhteistyöverkosto hyvinvointialueet-työllisyysalueet-Kela sekä TYM-johtoryhmät (yhteinen tilannekuva ja tavoitteiden asetanta ja seuranta)
- Perhekeskustoiminnassa yhteistyötä kuntien, järjestöjen ja seurakunnan kanssa on vahvistettu erityisesti varhaisen tuen ja arjen sujuvuuden näkökulmasta. Rakenteellisia ja johtamiseen liittyviä toimenpiteitä ovat olleet:
 - Perhekeskusrakenteisiin nivottu yhdyspintatyö, jossa palveluohjaus toimii yhteistyön alustana hyvinvointialueen, kuntien ja järjestöjen välillä. Tämä tukee perheiden palvelujen saavutettavuutta ja ehkäisee palvelujen pirstaloitumista.
 - Yhteiset monialaiset toimintamallien kuvaukset osana strategista yhteistyösopimusta, joiden avulla määriteltiin yhteiset periaatteet, eri toimijoiden roolit sekä vastuut palvelupolun eri vaiheissa. Toimintamallien jalkauttaminen alueelle käynnissä.
 - Rakenteellinen johtaminen ja koordinaatio, joka toimii paikallisella, alueellisella ja maakunnallisella tasolla
 - Järjestöjen roolin vahvistaminen perhekeskustoiminnassa
 - Yhteinen tilannekuva ja tiedonkulku

Lasten, nuorten ja perheiden palvelut

13. Miten lasten ja nuorten ehkäisevän terveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon väliin sijoittuvat hoitoa tarjoavat perusterveydenhuollon palvelut on järjestetty hyvinvointialueellanne?

Lasten ja nuorten perusterveydenhuollon mielenterveyspalvelut sekä ehkäisevä terveydenhuolto on rakennettu selkeäksi kokonaisuudeksi, joka sijoittuu ehkäisevän työn ja erikoissairaanhoidon väliin. Keskeiset ratkaisut ovat:

- Perustason mielenterveyspalvelut ovat osa perusterveydenhuoltoa, ja ne tarjoavat varhaista tukea, arviointia ja hoitoa ilman erikoissairaanhoidon lähetettä. Yhteistyö opiskeluhoollon ja sosiaalihuollon palveluiden kanssa on rakennettu verkostotyön ja palveluohjauksen kautta toimivaksi. Perusterveydenhuollon ja sosiaalihuollon välistä yhteistyötä on vahvistettu, jotta lasten ja nuorten tilanteet voidaan arvioida kokonaisvaltaisesti.
- Opiskeluhoolto on kiinteä osa perhekeskustoiminnan kokonaisuutta, ja sen rooli painottuu erityisesti varhaiseen tunnistamiseen, yhteisölliseen työhön sekä lasten ja nuorten arkiympäristöissä tapahtuvaan tukeen.
- Käytössä on portaistettu hoitomalli, jossa perusterveydenhuolto vastaa lievien ja keskivaikeiden mielenterveyden oireiden hoidosta ja erikoissairaanhoidon keskittyy vaativampiin ja monimuotoisiin tilanteisiin.
- Alueella on kehitetty yhteisiä hoito- ja palveluketjuja, jotka tukevat sujuvia siirtymiä perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välillä.
- Lasten ja nuorten mielenterveyspalveluiden ja psykiatrian osaamiskeskuksessa on kaikki palvelut integroidusti perustasosta erikoissairaanhoidon. Perustasolla vahva yhteys perhekeskustoimintaan.

14. Onko hyvinvointialueellanne ilmennyt haasteita alle 23-vuotiaiden terapiatakuun toimeenpanossa? Miten haasteisiin on vastattu alueellanne?

- Psykososiaalisiin menetelmiin koulutettujen määrä on vielä suhteellisen vähäinen. Perhekeskuksen ja perusterveydenhuollon henkilöstöä koulutetaan jatkuvasti lisää näyttöön perustuviin vaikuttaviin menetelmiin (esim. IPC, ALI, Ihmeelliset vuodet).
- Terapiatakuun toteutumista ja seuranta osana saatavuuden ja vaikuttavuuden arviointia ei kyetä tiedontuottamisen haasteiden vuoksi seuraamaan.
- Terapiatakuuta pystytään manuaalisesti seuraamaan yksikkötasolla jonojen seurannan kautta. Manuaalinen seuranta osoittaa, että terapiatakuuta on pystytty noudattamaan.

Asumispalvelut iäkkäille ja vammaisille henkilöille

15. Mitä ovat hyvinvointialueellanne tehtävät konkreettiset toimet (päätetty tai hyväksytyihin suunnitelmiin sisältyvät) kotona asumisen tukemiseksi ja välimuotoisten palvelujen edistämiseksi?

Ikäihmisten palvelut:

- Neuvontaa on vahvistettu ja keskitetty ja se tapahtuu monikanavaisesti ikäihmisten Aino-neuvonnassa, asiakas ohjataan tarpeen mukaan palvelutarpeenarviointiin
- Ikäneuvolatoiminnan kehittäminen ja 68- vuotiaiden hyvinvointitapaamiset
- Gerontologisen sosiaalityön kehittäminen
- Asiakkaiden hoidon ja palvelun koordinaointia on kehitetty ja koordinaatiossa hyödynnetään toiminnanohjausjärjestelmiä sekä eri toimijoiden välistä yhteistyötä
- Tukipalveluina ovat käytössä mm. siivous, vaatehuolto, asiointi- ja kauppapalvelut, turvapalvelut (esim. turvapuhelin) sekä sosiaalista kanssakäymistä tukevat palvelut kuten kuntouttava päivätoiminta
- Kotihoidon resursoinnin ja toiminnan uudistaminen: tiimimallit, toiminnanohjausjärjestelmät, etäkotihoidon vahvistaminen, erilaisen turvateknologian sekä muun hyvinvointiteknologian laajentaminen

- Kotihoidon sisällön kehittäminen: Kuntouttavan työotteen ja kinestetiikan vahvistaminen, ennakoivien hoitosuunnitelmien laatiminen säännöllisen avun asiakkaille
- Kotikuntoutuksen toimintamallien käyttöönotto ja vahvistaminen
- Sairaanhoidollisen ja lääketieteellisen tuen lisääminen: KOTAS-keskus ja virka-ajan ulkopuolinen etälääkäritoiminta
- Turvahälytyskeskuksen perustaminen ja keskitetty hälytysten vastaanotto
- Kotisairaaloiminnan kehittäminen ja laajentaminen
- On lisätty arviointi- ja kuntoutusyksikköpaikkoja ja kehitetty toimintaa
- Omaishoidontuen kokonaisuuden kehittäminen ja perhehoidon lisääminen
- Muistipolkumallin kehittäminen ja muistikoordinaattoritoiminnan aloittaminen
- Yhteisöllisen asumisen hoitopaikkojen lisääminen
- Kotiin annettavissa palveluissa ja yhteisöllisessä asumisessa hyödynnetään monituottajuutta

Vammaispalvelut:

- Vahvistetaan omaa asumispalvelutuotantoa.
- Strategisena tavoitteena on, että vammaisten henkilöiden asumista tavallisessa asuntokannassa edistetään asumisen tukipalveluilla, vahvistetaan etäpalvelujen saatavuutta ja lisätään sekä kehitetään tuettua ja yhteisöllistä asumista sekä kotiin vietäviä palveluja.
- Perhehoidon lisääminen (lyhyt- ja pitkäaikainen perhehoito).
- Kehitetään ja monipuolistetaan asumisen palveluja. Kehitystyötä tehdään erityisesti Tukea Itsenäiseen Elämään (TIE) -hankkeessa, jossa tavoite on, että asiakkaille pystytään järjestämään aiempaa monipuolisia ja yksilöllisiä asumisen ratkaisuja.
- Strategisena tavoitteena on ollut, että lisätään teknologisten sovellusten käyttöä ja asiakkaan ohjausta osittain muun muassa videoyhteydellä tuetussa asumispalvelussa. Digitaalisia ja teknologisia ratkaisuja kehitetään ja pilotoidaan TIE-hankkeessa.
- Tarjotaan ja kehitetään asumis- ja muuttovalmennusta.
- Varmistetaan lyhytaikaisen ja tilapäisen tuen riittävyys ja kehittäminen.
- Omaishoito.
- Asiakkaan asumisen tuen kokonaisuus suunnitellaan yksilöllisesti. Esimerkiksi tuetun asumisen palvelun yhteyteen pystytään tarjoamaan säännöllistä yöaikaista tukea asiakkaan palvelutarpeen mukaisesti.
- Henkilökohtainen apu.

Hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen

16. Miten yhdyspinnoilla tapahtuvan yhteistyön vaikuttavuutta seurataan hyvinvointialueellanne?

Pohteen strategiassa 2026-2030 on määritelty strateginen hyvinvoinnin edistämisen painopiste, periaate ja arviointimittari (hyte-kerroin). Kuntien ja Pohteen hyte-kerroinmittareita hyödynnetään laajemminkin vaikuttavuuden arvioinnissa. Hyte-kerroinmittarit ja muita tarkoituksenmukaisia mittareita sisällytetään valmisteilla olevaan Pohjois-Pohjanmaan hyvinvointisuunnitelmaan 2026-2030. Mittareita seurataan ja arvioidaan neljännesvuosittain raportoimalla osavuositarkastuksiin, raportoimalla vuosittain aluevaltuustolle ja aluevaltuustokausittain hyvinvointikertomukseen. Tietojohdamisen järjestelmien kehittyessä myös lähijohtamisen tueksi tarkoitettuja säännöllisiä raportteja kehitetään.

OSA II: Valtakunnalliset tavoitteet ja toimenpidesuosituksen seuranta

Tässä osiossa pyydetään arviota valtakunnallisten tavoitteiden toteutumisesta. Valtakunnallisten tavoitteiden toteutumista seurataan hyvinvointialueille annettujen toimenpidesuositusten kautta. Vastauksissa pyydetään kuvaamaan mihin toimenpiteisiin hyvinvointialueenne on ryhtynyt tai mitä toimenpiteitä on suunnitteilla sosiaali- ja terveysministeriön ja valtiovarainministeriön hyvinvointialuelain 13 a §:ssä tarkoitetuissa vuosittaisissa neuvotteluissa annettujen toimenpidesuositusten toteuttamiseksi.

Yhdenvertaiset palvelut

17. Hyvinvointialueen tulee varmistaa lasten ja nuorten riippuvuus- ja mielenterveyspalvelujen järjestäminen vahvistamalla perustason palveluja.

Hyvinvointialueella on käynnissä seuraavia toimenpiteitä:

- Matalan kynnyksen perhekeskuspalvelut, joihin perheet voivat hakeutua palveluohjauksen kautta ja joissa tukea tarjotaan varhaisessa vaiheessa ilman laajaa palvelutarpeen selvitystä.
 - Tukimuotoina esimerkiksi varhaisen vaiheen perhetyö tai kasvatus- ja perheneuvonnan ohjauspalvelu ja mielenterveyspalveluiden hoidontarpeen arvio.
- Arkeen kiinnittyvä työote, jossa tuki viedään perheen omaan toimintaympäristöön ja huomioidaan koko perheen tilanne.
- Moniammatillinen yhteistyö perhekeskuksessa, jossa terveydenhuollon, sosiaalihuollon ja järjestöjen osaaminen yhdistyy. Palvelukokonaisuudet on rakennettu siten, että ne tukevat lasten ja nuorten kasvua, kehitystä ja perheiden hyvinvointia ennen raskaampia palveluja.
- Lasten ja nuorten perusterveydenhuollon mielenterveyspalvelut ja erikoissairaanhoidon psykiatrinen hoito on organisoitu hallinnollisesti yhdeksi kokonaisuudeksi.
- Psykiatrian erikoissairaanhoidon jonot on saatettu lainmukaisiksi ja resurssia on siirretty erikoissairaanhoidosta perusterveydenhuoltoon.
- Lasten ja nuorten päihteiden riski ja ongelmakäyttö tunnistetaan osana perustason mielenterveyspalveluja, ei vain erillisinä päihdepalveluina.
- Osaamisen vahvistaminen varhaiseen tunnistamiseen liittyen
- Pohteella on systemaattisesti kehitetty hoitoon pääsyn ja yhteistyön rakenteita, mm.:
 - Kuvattu ja yhtenäistetty alaikäisten ja nuorten hoitoonohjautumisen mallit
 - Kehitetty toimintamalleja tilanteisiin, joissa nuorella on yhteisasiakkuus (esim. lastensuojelu + päihde- tai mielenterveyspalvelut)
- Hoito- ja palveluketjuissa on huomioitu myös järjestöjen edustus

18. Hyvinvointialue toimeenpanee konkreettisen suunnitelmansa kiireettömän erikoissairaanhoidon hoitopääsyn saattamiseksi lainmukaiselle tasolle. Tavoitteeseen pääseminen edellyttää integraation ja yhteistyön varmistamista muun palvelujärjestelmän ja muiden alueiden kanssa.

- Somaattisen erikoissairaanhoidon hoitonoja on pääsääntöisesti purettu omaa toimintaa tehostamalla hyödyntäen erilaisia kannustavia palkkausmalleja ja uuteen sairaalaan tehtyjä investointeja. Henkilökunta on tehnyt maksimaalisen määrän lisätöitä, päiväkirurgisia leikkauksia on tehty Oulaskankaan sairaalassa ja potilaita on ohjattu toisille hyvinvointialueille.
- Useilla erikoisaloilla on hyödynnetty ostopalvelua Oulussa ja yksityissairaalakapasiteetin ollessa riittämätöntä myös ostopalveluilla muiden kaupunkien yksityissairaaloista (Tampere, Seinäjoki).
- Hoitoa yli 6 kk odottavien somaattisen erikoissairaanhoidon potilaiden määrä on kutistettu yli 4300 odottajasta noin 40:een 30.4.2026 mennessä. Hoidon tarpeen arviota yli 3 kk odottavien määrä on pienentynyt yli 6000 odottajasta noin 3400:n ja jonojen purkamista lakisääteiselle tasolle tavoitellaan vuoden 2026 mennessä.
- Hoitoa odottavien jonon pitäminen saavutetulla tasolla edellyttää ennakoivaa jononhallintaa, jonka toteuttaminen on käynnissä.
- Psykiatrialla on keskitytty toimintakäytäntöjen muuttamiseen, resurssin painopistettä on siirretty perustasolle ja kehitetty avohoitoa.
- Huhtikuun lopussa sekä aikuiset että alle 23-vuotiaat pääsivät psykiatriseen erikoissairaanhoidon kuudessa / kolmessa kuukaudessa, ylittäjiä ei ole lainkaan.

Taloudellinen kestävyys

19. Alueen on määrätietoisesti jatkettava palveluiden uudistamista ja talouden tasapainottamista.

Pohteella on laadittu ja toimeenpantu vuosien aikana 2023-2025 kolme kattavaa talouden tasapainotusohjelmaa. Neljäs tuottavuus- ja taloudellisuusohjelma on valmistelu osaksi vuoden 2026 talousarviota.

Aluevaltuustossa 17.10.2022 hyväksytty sote-järjestämissuunnitelma vuosille 2023-2025 sisälsi merkittäviä talouden tasapainotustoimenpiteitä. Vuodelle 2023 toteutui noin 20-25 miljoonaa.

Marraskuussa 2023 Pohteen aluevaltuusto päätti vuodelle 2024 tuottavuus- ja taloudellisuusohjelman päivityksestä, jonka toteuma kyseisenä vuonna oli noin 56 miljoonaa euroa. Osa päätettyjen toimenpiteiden sopeutuspotentiaalista jäi vuodelle 2025.

Vuodelle 2025 päätettiin aluevaltuustossa neljä merkittävää sote-järjestämissuunnitelmaa täydentävää toimenpidettä, jotka liittyivät Raahen ympärivuorokautisen päivystykseen, Oulaskankaan sairaalan profiilimuutokseen, sote-keskusverkon arviointiin ja OYS Sairaalapalveluiden henkilöstön tuottavuustavoitteisiin. Tasapainotustoimenpiteitä toteutui vuonna 2025 noin 49,5 miljoonaa. Vuonna 2025 Pohteen tulos myös kääntyi ylijäämäiseksi ollen noin +57 miljoonaa. Vuonna 2025 vuosikate riitti kattamaan poistot ja myös useat muut talouden tunnusluvut vahvistuivat.

Osana vuoden 2026 talousarviota aluevaltuusto on hyväksynyt uusia talouden tasapainotustoimia yhteensä noin 51,6 miljoonaa. Lisäksi aiemmin päätettyjen toimenpiteiden lisävaikutukseksi arvioidaan vuodelle 2026 noin 14,4 miljoonaa euroa.

Vuoden 2025 tilinpäätöksessä kertynyttä alijäämää oli Pohteella noin 69 miljoonaa. Asukaskohtaisesti tarkastellen tämä on maan pienimpiä kumulatiivisia alijäämiä.

Vuoden 2026 alun talous on kehittynyt toiminnan ja talouden osalta pääosin ennakoidun mukaisesti. Talousarviossa päätetty 37 miljoonan euron positiivinen tulos pitäisi tämänhetkisen arvion mukaan olla mahdollinen.

20. Alueen on varmistettava yliopistollisen sairaalan tuottavuushyötyjen toteutuminen.

- Tuottavuuden parantaminen ja mittaaminen ovat keskeisiä kustannuskehityksen ja palvelutarpeen kasvamisen kestävä hallinnan keinoja.
- Tuottavuutta on parannettu monella mittarilla arvioiden.
- Tuottavuuden kasvattamisessa ovat auttaneet Pohteen alueella toteutettu toimintojen keskittäminen, tila- ja laiteinvestoinnit sekä henkilöstön ja johdon sitoutuminen tehokkaaseen toimintaan.
- Tuottavuuden kasvaminen ilmenee erikoissairaanhoidon maltillisena kustannuskehityksenä, hoitopääsyn paranemisena, henkilöstömäärän lievänä supistumisena ja pienenevänä sairaansijamääränä samanaikaisesti kasvavasta erikoissairaanhoidon kysynnästä huolimatta.
- OYS 2030 uudistamisohjelma on kesken eikä uuden sairaalan tuottavuushyötyjä voida vielä tässä vaiheessa täysimääräisesti ulosmitata.
- Tuottavuushyötyjen toteutuminen edellyttää selkeiden tuottavuusmittareiden kehittämistä.

Laadukas tieto

21. Hyvinvointialueen tulee osaltaan seurata ja varmistaa lakisääteisten sote-tietotoimitusten oikeellisuutta ja kehittää niitä valtakunnallisessa yhteistyössä, jotta alueellinen ja kansallinen tietopohja rakentuu mahdollisimman oikeellisena.

Pohteen tietotuotannon keskeisenä tavoitteena on mahdollistaa hyvinvointialueen johtaminen luotettavalla ja ajantasaisella tiedolla. Samalla tietopohjalla vastataan myös ulkoisen arvioinnin ja valtionohjauksen tietotarpeisiin. Lähtökohtana toimivat kansalliset määräykset, ohjeet ja suositukset.

Pohteella on menossa laaja asiakas- ja potilastietojärjestelmien kehitys- ja käyttöönottovaihe. Pohteella on oma tietohuollon yksikkö, jonka asiantuntijat ovat mukana tiiviisti asiakas- ja potilastietojärjestelmien toiminnallisuuksien kehittämisessä, jotta järjestelmät mahdollistavat lakisääteisten viranomaistietojen saamisen sekä tukevat palvelutuotannon tietotarpeita. Käyttöönottojen yhteydessä tiedon laadun ja kattavuuden varmistamiseksi tietojärjestelmien käytön ja niihin kirjaamisen toimintamalleja on yhtenäistetty yhdessä palvelutuotannon kanssa. Ammattilaisten työn tueksi laaditaan ohjeistuksia ja heitä koulutetaan systemaattisesti. Tietohuollon asiantuntijat ovat mukana kansallisissa kirjaamisen yhteistyöverkostoissa ja Pohteelta osallistutaan myös muuhun tiedonhallintaan liittyvään kansalliseen yhteistyöhön.

Osana asiakas- ja potilastietojärjestelmien käyttöönotto- ja kehitystyötä Pohteella vahvistetaan viranomaisraportoinnin toteutusta ennakoivaksi ja systemaattiseksi kokonaisuudeksi, jossa tiedon laadun, yhdenmukaisuuden ja kattavuuden seuranta on kiinteä osa tietojohdamisen rakenteita, raportointivastuut ja tietovirrat ovat selkeästi hallittuja. Nykytilanteessa laadunvarmistus on vielä osin reaktiivista ja perustuu tapauskohtaisiin selvityksiin. Viranomaisraportoinnin laatua ja kattavuutta varmistetaan tietomallinnuksen, sisällöllisen ja teknisen validoinnin kautta yhteistyössä Pohteen toimijoiden, toimittajien ja kansallisten viranomaisten kanssa.

Seuraavat kysymykset koskevat kaikkia hyvinvointialueita, Helsingin kaupunkia ja HUS-yhtymää.

Vaikuttavuus ja kustannusvaikuttavuus

22. Mitkä ovat viisi tärkeintä asiakas-/potilasryhmää, joiden palvelupolkujen vaikuttavuutta tulisi seurata kansallisesti?

1. Ikäihmiset
2. Mielenterveys- ja päihdeasiakkaat
3. Vammaisasiakkaat
4. Lasten ja nuorten vaativimpien palveluiden käyttäjät
5. Keskeisiä kroonisia sairauksia sairastavat (esim. diabetes)

23. Miten hyvinvointialueellanne tunnistetaan ja käyttöönotetaan vaikuttavia toimintamalleja?

Vaikuttavien toimintamallien tunnistaminen tapahtuu mm. seuraavien kautta:

Laaturekisterit

Pohteella on jo pitkään ollut toiminnassa kaupallisten toimijoiden toimittamia laaturekistereitä (lähes 40 kpl), joiden avulla vaikuttavuustietoa kerätään ja analysoidaan.

Pohteen tietoallas

Jatkossa Pohteen vaikuttavuusdataa voidaan analysoida Pohteen Tietoaltaan kautta, joka mahdollistaa ns. tosielämän tiedon keräämisen ja vaikuttavuustiedon analysoinnin. Panostus Pohteen tietoaltaaseen ja siihen liittyvien sovelluksien kehittäminen on tärkeää ja se voisi aikanaan korvata kaupallisia rekistereitä.

THLn laaturekisterit ja hoitotyösensitiiviset mittarit

THL:llä on 9 Kansallista laaturekisteriä, joihin Pohde toimittaa pyydetyn datan. Näiden rekisterien data on kaikkien käytössä maksutta ja laaturekisteritoiminta mahdollistaa hyvinvointialueiden oma

ja keskinäisen vertailun. Vaikuttavuusdataa kerätään myös Hoitotyösensitiivisillä mittareilla (mm. Painehaavat, kaatumiset ja putoamiset)

Vointimittarit

Pohde on tehnyt päätöksen käyttää yleisenä vointimittarina EQ-5D5L:ää ja olemme mukana THLn pilotissa. Lisäksi käytössä on sairauskohtaisia vointimittareita.

Kansalliset suositukset

Mm. Palkon suositukset, Käypä hoito- ja Hotuksen suositukset

Olemme sitoutuneet edistämään vaikuttavien toimintamallien käyttöönottoa ja kansallisten suositusten täytäntöönpanoa toiminnassamme.

Arviointiverkostossa (arviointiylilääkäreiden yhteistoiminta) jaamme tietoa esim. tehdyistä mini-HTA arvioinneista ja edistämme yhteisesti kansallisten suositusten viemistä käytäntöön.

24. Miten hyvinvointialueellanne tunnustetaan ja karsitaan vähähyötyisiä toimintamalleja?

Vähähyötyisten toimintamallien tunnustaminen tapahtuu pääsääntöisesti samoilla keinoin kuin vaikuttavien toimintamallien tunnustaminen (kts. yllä).

Vähähyötyisyyden karsiminen on hyvinvointialueellamme nähty tärkeäksi ja nostettu strategiseksi tavoitteeksi: Ohjaamme tiedon avulla toimintaa ja päätöksentekoa kohti vaikuttavia toimintamalleja ja luovumme vähähyötyisistä palveluista. Vähähyötyisyyden karsimiseksi olemme suunnitelleet henkilökunnan kouluttamista ja toimintamallien tehostamista. Esimerkki tällaisesta on mm. Lean-toiminta (Hukkajahti) (esim diagnostiikalla)

25. Mitkä ovat keskeiset esteet vaikuttavuusperustaisuuden edistämässä? Mitä toimia tulisi ensisijaisesti ohjata kansallisesti?

Tiedon keruun, laadun ja vertailtavuuden haasteet

Vaikuttavuusdataa ei kerätä riittävän systemaattisesti tai yhdenmukaisesti, mikä haastaa vaikuttavuuden arviointia ja vertailua HVAeiden kesken. Data ei ole riittävän rakenteista, mikä vaikeuttaa sen hyödyntämistä johtamisessa ja tutkimuksessa. Vointimittarit (PROM) eivät ole vielä laajasti käytössä, vaikka ne ovat vaikuttavuusperustaisuuden ytimessä.

Toimintakulttuurin, resurssoinnin ja johtamisen haasteet

Vaikuttavuusperustainen ajattelu vaatii panostusta resursseihin, osaamiseen ja rakenteisiin. Nykyiset rahoitus- ja ohjausmallit eivät palkitse vaikuttavuudesta, vaan suoritteista. Vaikuttavuusperustainen kehittäminen vaatii investointeja (mittaristot, tietojärjestelmät, koulutus), joiden hyödyt realisoituvat vasta pitkällä aikavälillä.

Järjestelmän pirstaleisuus ja tiedon siiloutuminen

Kokonaiskuva vaikuttavuudesta puuttuu, koska tieto on hajallaan eri järjestelmissä eikä kulje ammattilaisten välillä. Palveluketjut ovat katkonaisia, mikä vaikeuttaa vaikuttavuuden seuranta ja kustannusten kohdentamista.

Arviointitoiminnan haasteet

Uusien menetelmien vaikuttavuuden arviointi ei ole kattavaa ja systemaattista. Lähinnä arviointia tehdään lääketieteen osalta. Tähän tarvitaan lisäpanostusta kansallisesti. Arviointitieto ei aina vaikuta hankintoihin tai hankintavaiheessa ei huomata pyytää arviointitietoa hankintaa auttamaan (esim. digitaalisten palveluiden osalta). Kansallisesti ei ole juurikaan resurssia arvioida jo käytössä olevia menetelmiä, jolloin vähähyötyisiä menetelmien tunnustaminen voi hidastua.

Kansallisesti tulisi ohjata

Uusien kalliiden lääkkeiden, kalliiden laitteiden ja menetelmien moniammatillista arviointitoiminta ja hankinta tulee ohjata kansallisesti.

HVA tietotuotannon ja -infran kehittämistä tulee ohjata siten, että se edistää datan harmonisointia, hyvinvointialueiden vaikuttavuusperustaista johtamista ja hva:eiden välistä vertailua.

HVA:eiden raporttoima mittaristo perustuu pääosin suoritettietoon, tämän lisäksi näkisimme tärkeäksi tuoda mittaristoon myös väestön hyvinvointia kuvaavia mittareita.

Hyvinvoiva ja riittävä henkilöstö

26. Minkälaisiin toimenpiteisiin hyvinvointialueellanne on ryhdytty henkilöstön riittävyyden turvaamiseksi erityisesti kriittisten ja lakisääteisten palvelujen kohdalla?

Pohde on turvannut henkilöstön riittävyyttä kriittisissä ja lakisääteisissä palveluissa mm. tunnistamalla henkilöstöriskit omaksi kriittiseksi riskiluokakseen. Rekrytointia tehdään tarvelähtöisesti kohdentamalla henkilöstöresursseja lakisääteisiin palveluihin, hyödyntämällä rekrytointilisiä vaikeasti rekrytoitavissa tehtävissä sekä vahvistamalla omaa palvelutuotantoa ja varautumista. Pohteella on laadittu erillinen sosiaalityöntekijöiden saatavuuden ja riittävyyden toimenpideohjelma (4/2024), ja vastaavanlainen psykologien toimenpideohjelma on valmisteilla. Lisäksi Pohteen kansainvälinen rekrytointi on käynnistymässä tukemaan henkilöstön riittävyyttä erityisesti hoitohenkilöstön saatavuushaasteissa silloin, kun kotimainen rekrytointi ei ole riittävää. Hoitohenkilökunnan osalta on tehty osaamiskartoitukset, joiden avulla johdetaan henkilöstön tarkoituksen mukaista sijoittumista sekä laadittu hoitotyön kliininen uramalli tukemaan alan veto- ja pitovoimaa.

Henkilöstön riittävyyttä johdetaan kokonaisuutena pitkäjänteisesti henkilöstöohjelman ja tiedolla johtamisen keinoin.

27. Miten hyvinvointialueenne on varmistanut sote-alan harjoittelupaikkojen riittävyyden?

- Harjoittelupaikkojen määrää on lisätty.
- Alueen sote-alan koulutusorganisaatioiden välistä yhteistyötä on vahvistettu, ja harjoittelujen kohtaantohaasteiden ratkaisemiseksi on perustettu erillinen alatyöryhmä.
- Harjoittelujen suorittamisen ajankohtia on joustavoitettu laajentamalla niitä osittain myös loma-ajoille, ja harjoittelujen aloitusajankohtia on yhdenmukaistettu.
- Oppimisympäristöjä on kehitetty tavoitteellisesti, mikä on osaltaan mahdollistanut uusien harjoittelupaikkojen syntymisen.
- Harjoittelupaikkojen koordinoitua ja tilastointia varten on otettu käyttöön sähköiset järjestelmät.
- Tuetaan käytännön työntekijöiden opiskelijaohjausosaamista ja jaksamista harjoittelujen ohjaamisessa
- Kerätään opiskelijapalautetta ja kehitetään toimintaa sen mukaisesti

Toimiva yhteistyö

28. Arvioi, mitkä ovat konkreettisen YTA-tasoisien yhteistyön esteet hyvinvointialueellanne.

Pohjois-Suomen YTA:lla yhteistyö on pääsääntöisesti hyvää ja Pohde suhtautuu yhteistyöhön myönteisesti ja haluaa kehittää ja edistää sitä.

Yliopistollista sairaalaa ylläpitävän hyvinvointialueen näkökulmasta YTA-yhteistyötä tarkastellaan liian usein vain yksittäisen hyvinvointialueen lyhytjänteisen hyötymisen kautta, ei kokonaisuutena, mikä edelleen johtaa osioimiseen ja epätarkoituksenmukaisuuteen esimerkiksi palveluverkossa, työnjaossa ja henkilöstön saatavuuden turvaamisessa.

Mikäli insenttiivit tai tuki muutokseen ja yhteistyöhön puuttuvat, jää yhteistyö pinnalliseksi ja näennäiseksi (esimerkiksi ei taloudellista tukea tietojärjestelmien yhtenäistämiseen koituvien muutosten kautta, vaikka yhtenäistäminen itsessään olisi kustannusvaikuttavaa kaikille osapuolille).

YTA-tasoinen tietopohja, kannusteet ja määrätietoinen ohjaus kansalliselta tasolta edistäisivät yhteistyötä.

OSA III: Investoinnit

Tässä osiossa pyydetään tietoja hyvinvointialueen investointisuunnitelmaan liittyen.

29. Mitä uusia tai poistuvia investointeja tai investointia vastaavia sopimuksia on odotettavissa joulukuussa 2026 toimitettavassa investointisuunnitelmassa 2028-2031, joista ei ole ollut kirjauksia aiemmin ministeriöihin toimitetuissa investointeja koskevissa materiaaleissa?

Vuosien 2028-2031 investointisuunnitelmassa varaudutaan OYS 2030 -uudistamisohjelmaan kuuluvan H-rakennuksen (logistiikka- ja tukipalvelukeskus, vaihe 2.3) rakentamiseen sekä rakennuksen laiteinvestointeihin. Pohjois-Pohjanmaan hyvinvointialueen aluehallitus päätti 27.1.2026 (41 §) käynnistää vaiheen 2.3 (lisärakentaminen) allianssiurakan kehitysvaiheen. Hankkeen toteutusvaiheen käynnistäminen edellyttää lainanottovaltuuden muutosta. H-rakennus sisältyi aluevaltuuston 16.12.2024 (128 §) hyväksymään vuosien 2026-2029 investointisuunnitelmaan, ja hankkeen kustannusarviota on tarkennettu tämän jälkeen. Vuoden 2026 lainanottovaltuuden muutosprosessissa lainanottovaltuus myönnettiin kuitenkin ensivaiheessa hankkeen kehitysvaiheelle, ja toteutusvaihe sekä rakennuksen laiteinvestoinnit eivät siten sisälly joulukuussa 2025 toimitettuun vuosien 2027-2030 investointisuunnitelmaan.

Pohjois-Pohjanmaan hyvinvointialue on selvittänyt OYS psykiatrian käytössä olevan PS1-rakennuksen kuntoa ja tilaa kevään aikana. Kiinteistöstä on otettu näytteitä, ja niistä on löytynyt mikrobikasvustoa. Hyvinvointialue on perustanut työryhmän, joka laatii paraikaa väistösuunnitelmia. Väliaikaisten väistötilojen lisäksi hyvinvointialue etsii erilaisia pysyväisluonteisia ratkaisuja, joihin liittyviä investointitarpeita tarkennetaan investointisuunnitelmaan.

Muilta osin merkittävimmät lisäykset liittyvät erikoissairaanhoidon ja kuvantamisen laiteinvestointeihin sekä ikäihmisten palveluissa käytettävään turvalaite- ja turvahälytysjärjestelmään. Lisäyksiä on tulossa myös muihin sosiaali- ja terveydenhuollon laite- ja kalustoinvestointeihin, joilla varaudutaan muun muassa äkillisiin laiterikkoihin sekä tilajärjestelyjen edellyttämiin ensikalustusmenoihin. Merkittävä osa lisäyksistä on korvausinvestointeja, joilla korvataan elinkaarensa päässä olevia laitteita. Ohjelmistoinvestoinneissa tarkennustarpeita aiheuttaa erityisesti Pohjois-Pohjanmaan ja Lapin hyvinvointialueiden tietohallintojen yhdistyminen, minkä myötä Pohjois-Pohjanmaan hyvinvointialueen investointisuunnitelmassa tulee olemaan tulevaisuudessa myös Lapin hyvinvointialueen käyttöön tulevia investointeja.

OSA IV: Muut huomiot ja palaute selvityksestä

30. Muut huomiot ja palaute selvityksestä

Vammaispalvelut: Koululaisten aamu- ja iltapäivätoiminnan järjestämisen osalta lainsäädäntöä tulisi selkeyttää ja säätää kunnille kuuluvaksi velvollisuudeksi erityisen tuen oppilaiden osalta.