

TIEDOSTA ARVIOINTIIN

tavoitteena paremmat palvelut

Sosiaali- ja terveyspalvelut Keski-Suomen hyvinvointialueella 2020

PÄÄTÖSTEN TUEKSI 11/2021



Alueellinen asiantuntija-arvio



Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen asiantuntijaryhmä

Arvioinnin vastuuhenkilönä on toiminut tietoylijohtaja, terveystaloustieteen professori **Pekka Rissanen**.

Asiantuntija-arviot ovat laatineet arviointipäälliköt

Tiina Hetemaa, Helsingin kaupunki, Itä-Uudenmaan hyvinvointialue, Keski-Uudenmaan hyvinvointialue, Länsi-Uudenmaan hyvinvointialue, Vantaan ja Keravan hyvinvointialue

Ritva Kannisto, Etelä-Savon hyvinvointialue, Keski-Suomen hyvinvointialue, Pohjois-Karjalan hyvinvointialue, Pohjois-Savon hyvinvointialue

Nina Knape, Etelä-Karjalan hyvinvointialue, Kymenlaakson hyvinvointialue, Päijät-Hämeen hyvinvointialue

Hannele Ridanpää, Kanta-Hämeen hyvinvointialue, Pirkanmaan hyvinvointialue, Etelä-Pohjanmaan hyvinvointialue

Vesa Syrjä, Kainuun hyvinvointialue, Keski-Pohjanmaan hyvinvointialue, Lapin hyvinvointialue, Pohjois-Pohjanmaan hyvinvointialue

Taru Syrjänen, Varsinais-Suomen hyvinvointialue, Satakunnan hyvinvointialue, Pohjanmaan hyvinvointialue

Lisäksi asiantuntija-arvion laatimisen tukena ovat olleet LT, lääkintöneuvos **Raimo Kekkonen**, viestintäpäällikkö **Satu-Mari Tolonen** (viestintä), asiantuntija **Tuuli Suomela** (tietopohja) ja suunnittelija **Päivi Kiuru** (julkaiseminen)

Tehtäväkokonaisuuksien arvioinnin asiantuntijaryhmien vastuuhenkilöt

Hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen
kehittämispäällikkö **Katri Kilpeläinen**

Ikääntyneiden palvelut
horisontaalitoiminnan johtava asiantuntija
Minna-Liisa Luoma

Lasten, nuorten ja perheiden palvelut
horisontaalitoiminnan johtava asiantuntija
Päivi Lindberg

Mielenterveys- ja päihdepalvelut sekä työikäisten sosiaalipalvelut
tutkimusprofessori **Jaana Suvisaari**
erityisasiantuntija **Eeva Liukko**
kehittämispäällikkö **Airi Partanen**
horisontaalitoiminnan johtava asiantuntija
Päivikki Koponen

Perusterveydenhuolto
ylilääkäri **Heli Mattila**

Kustannukset ja rahoitus
kehittämispäällikkö **Petra Kokko**

Somaattinen erikoissairaanhoito ja ensihoito
hallintoylilääkäri **Eeva Reissell**

Suun terveydenhuolto
asiantuntijahammaslääkäri **Ulla Harjunmaa**

Terveydensuojelu
erikoistutkija **Kati Räisänen**

Vammaisten palvelut
johtava asiantuntija **Päivi Nurmi-Koikkalainen**



Päätösten tueksi 11/2021

ISBN: 978-952-343-715-9 (verkko)

ISSN: 1799-3946 (verkko)

<http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-715-9>

Sisällys

Lukijalle	4
Asiantuntija-arvio	5
Väestö ja palvelutarve	8
Järjestämistehtävän yleiset edellytykset	11
Palvelujen järjestämisen nykytila ja palveluverkko	11
Henkilöstö	12
Sote-tiedonhallinta ja digitalisaatio	14
Sähköinen asiointi ja omahoito	14
Asiakas- ja potilastietojärjestelmien nykytila ja kehittämistoimet	16
Tietojohdaminen	18
Sosiaali- ja terveystalouden rahoitus, kustannukset ja investoinnit	19
Alueen erityisteemat	24
Mielenterveys- ja päihdepalvelujen saatavuus ja palveluprosessit	24
Sote-integraation toteutumisen varmistaminen	27
Menetelmät ja laatuseloste	32
Lähteet ja arvioinnissa käytetty tausta-aineisto	34
Liite	36

Lukijalle

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos THL on arvioinut sosiaali- ja terveysministeriön toimeksiannosta sote-palvelujen järjestämistä vuosittain maan eri alueilla. 1.7.2021 voimaan tullessa sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämislaissa (612/2021) Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen tehtäväksi on säädetty laatia vuosittain sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämistä koskeva asiantuntija-arvio valtakunnallisesti, sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistyöalueittain ja hyvinvointialueittain. Asiantuntija-arviolla on merkittävä asema sosiaali- ja terveysministeriön, valtiovarainministeriön, sisäministeriön ja hyvinvointialueiden vuosittaisissa neuvotteluissa, joissa tarkastellaan kunkin alueen järjestämisvastuuseen kuuluvien sosiaali- ja terveydenhuollon tehtävien toteuttamista.

Tämän vuoden aikana tehtävä arviointi kohdistuu vuoteen 2020 ja alkuvuoteen 2021. Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämistä arvioidaan hyvinvointialueittain. Lisäksi arvioidaan Helsingin kaupungin sosiaali- ja terveyspalvelujen järjestäminen. Arvioinnissa painottuvat kaksi jokaisen alueen itse määrittelemää ja sosiaali- ja terveysministeriön vahvistamaa erityisteemaa. Lisäksi asiantuntija-arviossa tarkastellaan hyvinvointialueen väestön palvelutarvetta, palvelujen järjestämisen nykytilaa ja kehityssuuntaa sekä sosiaali- ja terveydenhuollon kustannuksia, rahoitusta ja investointeja. Siinä kootaan myös alueen sote-tiedonhallinnan ja digitalisaation tilannekuva.

Arviointi perustuu sekä määrälliseen että laadulliseen aineistoon. Erityisesti erityisteemojen arvioinnissa tärkeänä tietolähteenä ovat olleet alueiden edustajien kanssa käydyt keskustelut. Esiin nousseita näkökohtia on taustoitettu käyttämällä soveltuvaa indikaattoritietoa, Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto Valviran ja aluehallintovirastojen valvontahavaintoja sekä alueiden hallinnollisia dokumentteja. Suurin osa arvioinnissa käytettävistä indikaattoreista kuuluu sosiaali- ja terveydenhuollon kustannusvaikutusmittaristoon (KUVA). Mittariston arvot ja arvojen kehitys alueittain on raportoitu THL:n Tietoikkunassa (thl.fi/tietoikkuna).

Asiantuntija-arvion tietopohja on ajankohdan 18.6.2021 mukainen. Tämän jälkeen tulleet indikaattorien päivitykset eivät ole mukana arvioinnissa lukuun ottamatta Tilastokeskuksen Kuntatalous-tilaston tietoja (tilanne 10.9.2021). Lisätietoa arvioinnin tietopohjasta ja sen laadusta tarjoamme arvion Menetelmät ja laatuseloste -osassa.

Kiitämme lämpimästi Keski-Suomen alueen yhteyshenkilöitä ja asiantuntijoita erinomaisesta yhteistyöstä ja panostuksesta arviointiimme vaikeasta ja kuormittavasta Covid-19-tilanteesta huolimatta. Kiitos myös sosiaali- ja terveysministeriön ohjausyksikön, Valviran, aluehallintoviranomaisten ja THL:n asiantuntijoille arvokkaasta tuesta arvioinnin onnistumiseen.

Helsingissä 17.12.2021

Pekka Rissanen

Tietoylijohtaja

Ritva Kannisto

Arviointipäällikkö

Asiantuntija-arvio

Keski-Suomen väestöpohja on noin 270 000 asukasta, ja väestön ennustetaan vähenevän vain hieman vuoteen 2030 mennessä. Ikääntyneen, paljon sote-palveluja tarvitsevan väestön (yli 75-vuotiaat) suhteellinen osuus on maan keskitasoa. Ikääntyneiden väestöosuuden ennustetaan kasvavan noin 15 prosenttiin vuoteen 2030 mennessä, mikä sekin vastaa koko maan ennustetta. Ikärakenteessa on kuitenkin suuria eroja alueen kuntien välillä. Väestö on vanhempaa alueen pohjoisosissa ja Jämsässä, mutta vastaavasti nuorempaa Jyväskylässä ja sen lähiympäristössä. Syntyvyys on hieman maan keskiarvoa pienempää. Sairastavuutta kuvaava THL:n ikävakioimaton indeksi on vajaat 10 prosenttia maan keskiarvoa suurempi. Tässäkin, kuten myös työkyvyttömyyttä kuvaavissa luvuissa, erot maakunnan sisällä ovat suuret. Palvelutarpeiden suuri vaihtelu aiheuttaa erityisen haasteen palvelujen järjestämiselle, ja tuleva hyvinvointialue joutuuakin kiinnittämään erityistä huomiota palvelujen yhdenvertaiseen saatavuuteen.

Erikoissairaanhoidon järjestäminen alueella on keskittynyt yhdelle järjestäjälle. Sen sijaan sosiaali- ja terveydenhuollon peruspalvelujen järjestäminen on hajautunut. Järjestämisen vastuut vaihtelevat yksittäisistä kunnista erityyppisiin yhteistoiminnan muotoihin. Näissä järjestelyissä on paikoittaisia ja osittaisia sote-integraatiomuotoja, erityisesti horisontaalista perusterveydenhuollon ja sosiaalitoimen välistä integraatiota. Hajautuneen järjestämismallin vuoksi väestön palvelutarvetta on pystytty arvioimaan laajasti ja koko alueen terveyspalvelutietojen pohjalta varsinaisesti vain sairaanhoitopiirissä, kun taas yksittäisten, varsinkin pienimpien, järjestäjien voimavarat palvelujen tarpeen arviointiin ja kehityksen ennakkointiin ovat pienemmät. Tämä voi näkyä riittämättömänä varautumisena väestön tarpeenmukaisten palvelujen järjestämiseen.

Alueella esiintyy pulaa erityisesti psykiatreista, mutta myös mm. psykologeista, sosiaalityöntekijöistä, sairaanhoitajista ja perushoitajista. Hoitajavaje on aiheuttanut ongelmia mm. yhteispäivystyksessä ja ikääntyneiden hoivassa. Terveyskeskuslääkäritilanne puolestaan on parempi kuin maassa keskimäärin. Covid-19-pandemia on kuormittanut henkilöstöä, kuten muuallakin maassa. Keski-Suomen sairaanhoitopiirissä on todettu henkilökunnan työhyvinvoinnin heikkenemistä. Henkilöstön saatavuutta ja hyvinvointia alueella pyritään parantamaan monin eri keinoin.

Sähköisen asioinnin muotoja on laajasti käytössä, ja niitä on edelleen kehitetty Covid-19-pandemian vauhdittamana. Asioinnin muodot vaihtelevat järjestäjittäin. Yksiköiden kokoero ja useat eri asiakas- ja potilastietojärjestelmät vaikuttavat tähän. Keski-Suomen digitaalinen sosiaali- ja terveyskeskus OmaKS on avattu vuonna 2021 Jyväskylän yhteistoiminta-alueella. Lähivuosina palvelu on tarkoitus laajentaa kattamaan kaikki Keski-Suomen kunnat.

Kolmen muun sairaanhoitopiirin (tulevan hyvinvointialueen) kanssa pitkään valmisteltu Aster-potilastietojärjestelmähanke ei toteudu. Keski-Suomen sairaanhoitopiirin valtuuston ja mm. Jyväskylän kaupungin kielteinen päätös hankkeen jatkosta perustui kustannusnäkökulmaan. Alueella on käytössä lukuisia potilas- ja asiakastietojärjestelmiä, joista osa alkaa olla elinkaarensa loppupuolella. Tietojärjestelmien päivitykset ja ylläpito aiheuttavat myös kustannuksia. Tulevan hyvinvointialueen eräänä keskeisenä tehtävänä on tehdä uudet tietojärjestelmien sote-integraatiota ja digitalisaatiota edistävät ratkaisut.

Valtion koronatuken myötävaikutuksella kuntien talous vahvistui vuonna 2020 edeltävistä vuosista muun maan tapaan. Kuntien taludellinen tilanne on myös vaihdellut maakunnan sisällä suuresti. Keski-Suomen sairaanhoitopiirin vuosikate ei vuonna 2020 riittänyt kattamaan poistoja. Vuosikate kasvoi selvästi edeltävästä vuodesta, mutta sairaanhoitopiirien vertailussa vuosikate oli viiden heikoimman joukossa. Suuret investoinnit, erityisesti vastikään käyttöön otettu Sairaala Nova, rasittavat sairaanhoitopiirin taloutta. Asukaslukuun suhteutetut rakennusinvestoinnit olivatkin maan viidenneksi suurimmat. Somaattisen erikoissairaanhoidon tuottavuus on kuitenkin maan parhaimpien joukossa: tarvevakioituna 12 prosenttia keskimääristä parempi. Palvelutarpeeseen perustuvan valtion rahoitusosuuden vuosille 2023–2025 arvioidaan myös olevan Keski-Suomen alueella kuusi prosenttia suurempi kuin kunnilta hyvinvointialueille siirtyvät kustannukset.

Mielenterveys- ja päihdepalvelujen saatavuus on Keski-Suomen sote-arvioinnin erityisteema. Mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriöiden esiintyvyys Keski-Suomessa on eri indikaattoreilla mitattuna lähes maan keskitasoa. Väestöön suhteutettu itsemurhakuolleisuus on vähentynyt vuodesta 2017 alkaen, kuten myös kymmenen vuoden takaisesta luvusta. Psykiatrisessa laitoshoidossa ja myös tahdosta riippumattomassa hoidossa oli keskimääräistä vähemmän aikuisia potilaita. Lasten- ja nuorisopsykiatriassa laitoshoidossa olevien suhteellinen määrä on myös maan keskiarvotasoa. Lastenpsykiatrian avohoitokäyntien määrä on viime vuosina lisääntynyt, mikä kertoo palvelujen tarpeen kasvusta. Nuoriso- ja lastenpsykiatriassa avopalvelujen käyttö on likipitään maan keskiarvon tasoa.

Alkoholikuolleisuus on alueella suurta. Huumeiden käytössä painottuu kannabis. Päihdepalveluissa käytetään runsaasti osastohoitoa, mutta alle 18-vuotiaille nuorille ei ole maakunnallista päihdehoitoyksikköä. Neulanvaihtopisteitä ei ole kattavasti aivan koko alueella.

Mielenterveys- ja päihdepalvelujen strategioissa painottuvat perustason kehittäminen, työnjaon täsmäntäminen ja palveluketjut. Prosessien yhtenäistämiseen tähtäävää työtä on tehty jo koko alueen laajuisesti vuosien 2018–2020 aikana. Tulevaisuuden sote-keskus -ohjelmaan liittyvissä hankkeissa on laadittu tarkka prosessikuvaus perustasolla toimivien ensilinjan mielenterveys- ja päihdesairaanhoidajien toiminnasta. Nuorten ja aikuisten mielenterveys- ja päihdepalveluiden järjestämisvastuu siirrettiin vuosina 2019–2020 sairaanhoitopiiriin erikoissairaanhoidosta perusterveydenhuollolle; tämä muutos tehtiin Jyväskylässä ja Seututerveyskeskukseen kuuluvissa kunnissa. Toimintoja on vaikeuttanut psykiatriapula Jyväskylän yhteistoiminta-alueella, ja lisäksi läheteiden määrä erikoissairaanhoitoon on ollut vuonna 2021 selvästi noususuuntainen. Hoidon porrastuksessa ja työnjaossa näyttäisi olevan jatkokehittävää.

Aluehallintoviraston kanteluaineistoissa on kiinnitetty huomiota nuorisopsykiatria koskevan hoidon, erityisesti osastohoidon, saatavuuteen sekä hoitokokonaisuuteen osallistuvien tahojen yhteistyöhön. Mielenterveyskuntoutujien psykiatristen laitospaikkojen määrä on aluehallintoviraston käsityksen mukaan myös riittämätön.

Palvelutarpeisiin pyritään alueella vastaamaan useilla strategioilla ja toimenpide-ohjelmilla. Tulevaisuuden sote-keskus -ohjelmaan liittyvissä Keski-Suomen hankkeissa keskeisiin tavoitteisiin kuuluu palveluketjujen yhtenäistäminen sekä mielenterveys- ja päihdepalvelujen kehittäminen (diabeteksen sekä palliativisen ja saattohoidon ohella).

Käynnissä on lukuisia käytännön toimia mielenterveys- ja päihdepalvelujen laadun kehittämiseksi. Näiden joukossa ovat erityiset perustasolle suunnatut koulutukset. Hoitoketjujen sujuvoittaminen ja ennaltaehkäisevä toiminta ovat myös osa palvelukokonaisuuden laadun kehittämistä.

Ennaltaehkäisyyn panostetaan useilla hankkeilla. Maakunnassa on valmisteilla ennaltaehkäisevän päihde- ja mielenterveystyön strategia, joka noudattelee kansallisen päihde- ja mielenterveysstrategian suuntaviivoja. Pääpaino on lasten ja nuorten monialaisen tuen järjestämisessä varhaiskasvatuksessa ja kouluissa. Sairaanhoitopiiri koordinoi ehkäisevän päihdetyön tiedolla johtamisen hanketta. Ennaltaehkäisyä päihdeongelmissa ja itsemurhavaarassa oleville tarvitaan nykyistä enemmän. Tarvetta nähdään olevan maakunnallisille ennaltaehkäisevän mielenterveys-, päihde- ja väkivaltatyön koordinaattoreille. Keski-Suomen tavoitteena on profiloitua hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen maakuntana, mitä voi pitää kunnianhimoisena, mutta perustavaa laatua olevana tavoitteena.

Alueen toisena arvioinnin painopisteenä on sote-integraation varmistaminen. Vaikka alueella on toisaalta useita sote-järjestäjiä erikoissairaanhoidosta vastaavan Keski-Suomen sairaanhoitopiirin lisäksi, on toiminnalliseen integraatioon tähtäviä yhteisiä hankkeita lukuisia määriä. Näissä tavoitellaan ennaltaehkäisyä, sovittuja hoitoketjuja, tiedolla johtamista, alueellista yhtenäistämistä sekä yhdenvertaisuutta. Yhteistoimintaa varten on perustettu myös yhteisiä foorumeita ja rakenteita. Hyvänä pohjana on edellisen hallituskauden sote-uudistushankkeen aikana tehty kehitys- ja suunnittelutyö. Alueella on myös valtakunnallisestikin uusia innovaatioita, kuten työterveyshuollon yhteistyö erikoissairaanhoidon ja kuntien kanssa. Horisontaalista ja vertikaalista toiminnallista integraatiota edistetään suunnitelmallisesti ja määrätietoisesti tulevaa järjestämisen integraatiota varten.

Käynnissä olevat valmistelevat strategiat, hankkeet ja toimenpiteet ovatkin suoraan käytettävissä hyvinvointialueen sisällöllisessä suunnittelussa ja toteuttamisessa. Hyvinvointialueen rakentamista ja toimintaa edesauttaa myös ennustettavissa oleva, tarvearviointiin perustuva ja aiempaa kuntarahoitusta suurempi valtion rahoituksen taso.

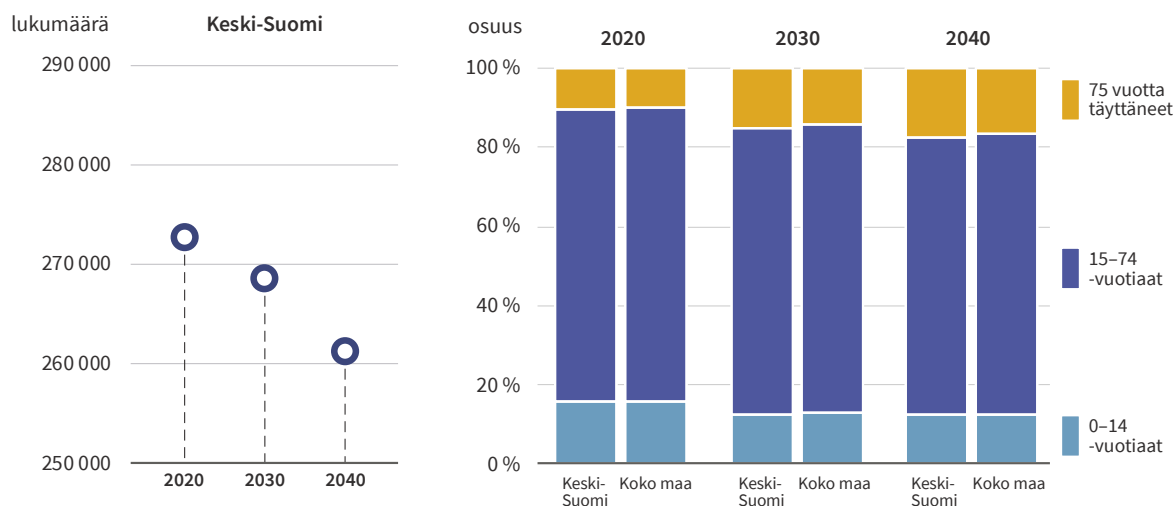
Väestö ja palvelutarve

Kuopion yliopistollisen keskussairaalan erityisvastuualueella olevalla Keski-Suomen alueella asui vuoden 2020 lopussa 272 617 henkilöä. Väestötiheys on hieman koko maan keskiarvoa pienempi. Ennusteen mukaan väkiluku olisi vuonna 2030 noin 269 000.

75 vuotta täyttäneiden osuus väestöstä oli noin 10 prosenttia (koko maa 9,9 %). Se kasvaa käytettävissä olevan väestöennusteen mukaan 15 prosenttiin vuoteen 2030 mennessä (koko maan ennuste 14,3 %). Jyväskylän yliopiston tuoreessa Tilastokeskuksen väestöennusteeseen perustuvassa julkaisussa on tarkasteltu tarkemmin väestörakennetta ja ennustettua muutosta. Keski-Suomen sisällä alueelliset erot ovat suuria: vuonna 2020 yli 65-vuotiaiden osuus oli 32 prosenttia sekä Jämsässä että pohjoisten terveyskeskusten alueella, kun taas Jyväskylän yhteistoimialueen ja Muuramen alueella vastaava luku on vain 19 prosenttia. Keski-Suomen seututerveyskeskuksen alueella osuus on 28 prosenttia. Väestörakenteiden alueelliset erot kärjistyvät seuraavan kahden vuosikymmenen aikana: väestö ikääntyy ja vähenee nopeimmin alueilla, joissa vanhojen ikäluokkien osuudet ovat jo nyt korkeita.¹

Syntyvyys oli hieman alle maan keskiarvon (vuoden 2019 tiedot). Lähes neljäsosa lapsiperheistä oli yhden vanhemman perheitä, mikä on maan keskiarvoa. Alle 18-vuotiaita oli vuonna 2020 väestössä saman verran kuin maassa keskimäärin, mutta 16–24-vuotiaita asukkaita on paljon. Tuon ikäryhmän osuus väestöstä oli maan toiseksi suurin Pohjois-Pohjanmaan jälkeen. (Kuvio 1.)

Kuvio 1. Hyvinvointialueen väestömäärä ja ikärakenne.



▲ Kuvioissa esitetään hyvinvointialueen väestömäärä ja ikärakenne vuonna 2020 sekä ennusteet vuosille 2030 ja 2040. Ikärakennetta verrataan koko maan tietoihin. Tiedot perustuvat Tilastokeskuksen aineistoihin. Väestöennuste pohjautuu vuoden 2018 tietoihin.

Ruotsia äidinkielenään puhuvia on hyvin vähän, ja vain noin 37 asukasta tuhannesta oli ulkomaalaistaustaisia. Ulkomaalaistaustaisten asukkaiden määrä on koko itäisellä yhteistyöalueella pienempi kuin koko maassa keskimäärin ja kasvanut hitaammin. Äidinkielen mukaan tarkasteltuna Keski-Suomi, kuten muutkin itäisen yhteistyöalueen hyvinvointialueet, menetti vieraskielisiä asukkaita muuttotappiona.²

Sekä työttömien (14,6 %) että pitkäaikaistyöttömien (3,5 %) osuus työvoimasta oli maan keskiarvoa korkeampi. Rakennetyöttömyys oli yleistä: työikäisistä (15–64-v.) vaikeasti työllistyviä oli neljänneksi eniten maan hyvinvointialueista, 5,9 prosenttia (koko maa 4,6 %). Nuorista, 18–24-vuotiaista, 21,6 prosenttia oli työttömänä. Tämä oli yhdessä Kymenlaakson kanssa maan korkein nuorisotyöttömyysluku. Tuloeroja ja asuntokuntien käytettävissä olevien rahatulojen jakautumista kuvaava Gini-kerroin oli Keski-Suomessa maan keskiarvoa pienempi. Kunnan yleinen pienituloisuusaste oli maan korkeimpia, mistä huolimatta toimeentulotukea pitkäaikaisesti saaneiden lapsiperheiden osuus kaikista lapsiperheistä on hieman maan keskiarvoa pienempi.

THL:n ikävakioimaton sairastavuusindeksi on Keski-Suomessa 108, kun koko maata kuvaava arvo on 100. Työkyvyttömyyseläkettä saavien 25–64-vuotiaiden osuus vastaavanikäisestä väestöstä on alueella vain vähän maan keskiarvoa suurempi, 7,2 prosenttia. Ennen aikaisten kuolemien takia menetettyjen elinvuosien väheneminen on ollut edellisten 20 vuoden aikana koko maan suuntaista. (Taulukko 1.)

Alueen perustietoja on kuvattu tarkemmin taulukossa 1.

Taulukko 1. Perustietoja alueesta.

	Pohjois-Savo	Etelä-Savo	Keski-Suomi	Pohjois-Karjala	Koko maa (vaihteluväli)
Alueen perustiedot					
Väestö 31.12.	248 265	132 702	272 617	163 537	5 533 793 (67 988–656 920)
Väestöennuste 2030 **	238 591	120 878	268 509	156 431	5 566 685 (64 651–723 687)
Väestöennuste 2040 **	227 362	110 545	261 106	148 558	5 525 528 (59 196–760 700)
Väestötiheys, asukkaita/km ²	14,3	10,5	17	8,7	18,2 (1,9–3 066,1)
Syntyvyys (yleinen hedelmällisyysluku) *	38,3	34,3	37	36,2	40,3 (31,5–49,7)
Kuntien välinen nettomuutto / 1 000 asukasta	-0,5	-5,2	-0,7	-2,2	0 (-5,2–6,5)
Ruotsinkielinen väestö, % väestöstä 31.12.	0,1	0,2	0,2	0,1	5,2 (0,1–50,7)
Ulkomaalaistaustaiset / 1 000 asukasta	32,8	35,8	37,1	40,9	80,2 (25,3–207,1)
Väestön työllisyys/työttömyys ja sosioekonominen asema					
Työttömät, % työvoimasta	13	12,5	14,6	16,3	13 (9,5–16,3)
Pitkäaikaistyöttömät, % työvoimasta	3,5	2,7	3,5	4,2	2,9 (1,2–4,2)
Vaikeasti työllistyvät (rakennetyöttömyys), % 15–64-vuotiaista	5,1	5,1	5,9	6,7	4,6 (3,1–6,7)
Nuorisotyöttömät, % 18–24-vuotiaasta työvoimasta	17,2	17,4	21,6	20,7	16,7 (10,4–21,6)
Gini-kerroin, käytettävissä olevat tulot *	25,6	24,9	26	26,1	27,9 (23,2–33,5)
Yhden vanhemman perheet, % lapsiperheistä	22,6	24,7	22,9	23,5	23,3 (15,8–28)
Toimeentulotukea pitkäaikaisesti saaneet lapsiperheet, % lapsiperheistä	2,6	2,4	2,7	2,6	3 (1,2–5,4)
Kunnan yleinen pienituloisuusaste *	15,4	16,4	16,5	18,8	13,4 (8,3–18,8)
Väestön sairastavuus					
THL:n sairastavuusindeksi, ikävakioimaton *** ¹	136,3	124,4	108,1	130,9	100 (76,8–136,3)
Menetetyt elinvuodet (PYLL) ikävälillä 0–80 vuotta / 100 000 asukasta	6 292	6 807	5 697	6 813	5 728 (4 659–6 955)
Työkyvyttömyyseläkettä saavat 25–64-vuotiaat, % vastaavanikäisestä väestöstä	9,7	9,5	7,2	8,7	6,5 (4,1–10,2)

* 2019, ** 2018, *** 2016

¹ Indikaattorin tietoa ei ole saatavilla hyvinvointialuejaolla. Tästä syystä taulukossa on käytetty maakuntien aluejaotuksella olevaa tietoa.

Järjestämistehtävän yleiset edellytykset

Palvelujen järjestämisen nykytila ja palveluverkko

Keski-Suomen maakuntaan kuuluu nykyisin 22 kuntaa. Kuhmoisten kunta siirtyi Pirkanmaan maakuntaan vuoden 2021 alusta lähtien. Jämsän kaupunki, joka kuuluu Keski-Suomen maakuntaan, on kuitenkin erikoissairaanhoidon osalta tällä hetkellä Pirkanmaan sairaanhoitopiiriin jäsenkunta. Se järjestää perustason terveyspalvelut oman kuntansa lisäksi myös Kuhmoisten kunnan asukkaille. Sote-uudistuksessa se kuuluu kuitenkin tulevaan Keski-Suomen hyvinvointialueeseen (yhteensä 22 kuntaa).

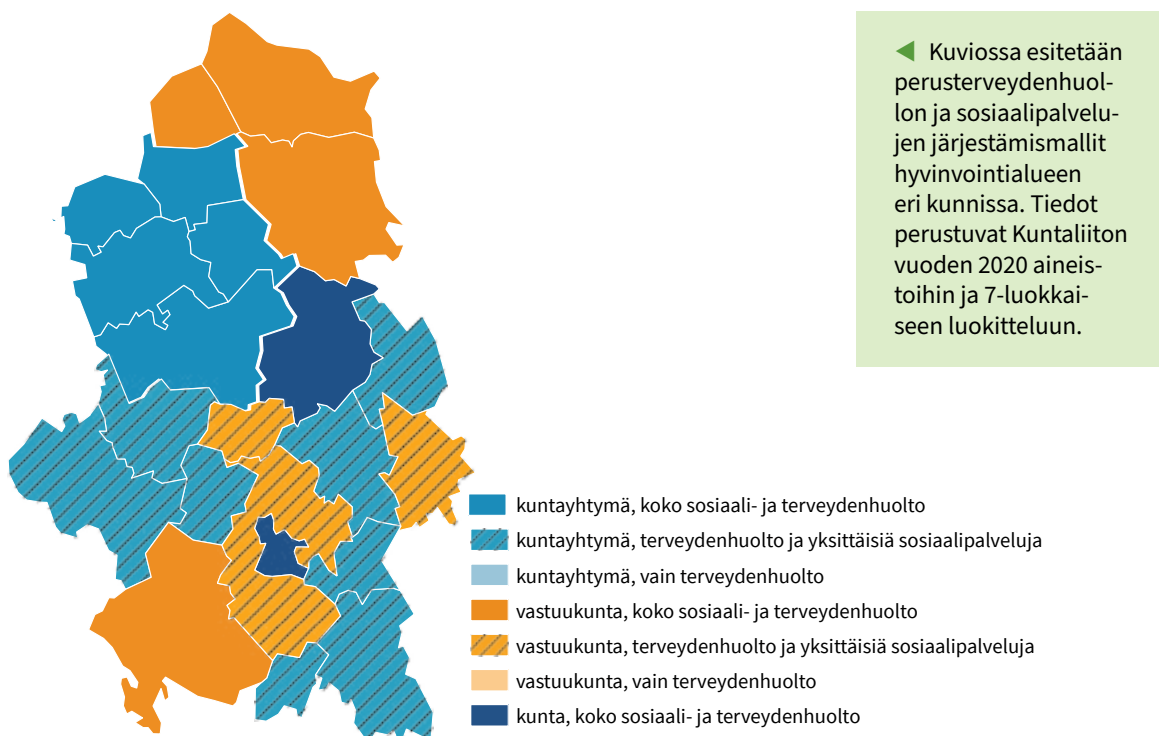
Sosiaali- ja terveyspalvelujen järjestämisvastuu jakautuu nykyisen Keski-Suomen sairaanhoitopiirin alueella (21 kuntaa) kuntien, niiden muodostamien yhteenliittymien ja sairaanhoitopiirin kesken. Jäsenkunnista kaksi järjestää perustason sosiaali- ja terveyspalvelut oman kuntansa asukkaille.

Sairaanhoitopiirin alueella on lisäksi erilaisia kuntien yhteistoimintaan liittyviä järjestelyjä. Näistä yksi on kuntayhtymä (Saarikka), johon kuuluu yhteensä viisi kuntaa. Wiitaunioni on Viitasaaren, Pihtiputaan ja Kinulan kuntien yhteistoiminta-alue.

Keski-Suomen seututerveyskeskus on sairaanhoitopiirin liikelaitos, joka tuottaa terveydenhuollon peruspalvelut kahdeksalle kunnalle. Jyväskylän yhteistoiminta-alueella Jyväskylän kaupunki järjestää ja tuottaa terveydenhuollon peruspalvelut oman kuntansa asukkaiden lisäksi kahden muun kunnan asukkaille. Järjestäjien määrässä ei tapahtunut muutoksia vuonna 2020.

Toimipisteverkossa tapahtuneista muutoksista merkittävin on se, että Jyväskylän kaupungin keskustan ja Kuokkalan terveysasemien vastaanottopalvelut ja kaksi perusterveydenhuollon vuodeosastoa siirtyivät Keski-Suomen sairaanhoitopiirin Sairaala Novan uusiin tiloihin alkuvuodesta 2021. (Kuvio 2.)

Kuvio 2. Palveluiden järjestämismallit hyvinvointialueen kunnissa.



Henkilöstö

Hyvinvointialueella on lukuisia sosiaali- ja terveydenhuollon järjestäjiä. Tässä tarkastellaan pääasiassa vain suurimpien organisaatioiden, Keski-Suomen sairaanhoitopiirin ja Jyväskylän kaupungin, henkilöstötilannetta ja -toimia.

Covid-19-pandemia kuormitti henkilöstöä ja aiheutti toiminnan muutoksia

Sairaanhoitopiirissä Covid-19-epidemia muutti suunniteltua toimintaa merkittävästi, sillä keväällä 2020 vähennettiin kiireetöntä hoitoa noin kahdeksi kuukaudeksi. Siitä aiheutui potilaiden, toiminnan ja talouden kannalta merkittäviä vaikutuksia erikoissairaanhoidon, ja tilanne heijastui monin tavoin myös esimerkiksi perusterveydenhuollon osastotoimintaan. Henkilöstöä koulutettiin tehovalvonnan tehtäviin, ja suunniteltuja lomia jouduttiin muuttamaan. Varsinaisen potilaiden hoidon muuttoa uuteen Sairaala Novaan siirrettiin kahdella kuukaudella, tammikuuhun 2021.³

Henkilöstön työhyvinvoinnissa heikkenemistä sairaanhoitopiirissä

Aluehallintoviraston havaintojen mukaan somaattisen erikoissairaanhoidon päivystyksessä oli ajoittain henkilökuntapulaa. Tämä vaikeutti, yhdessä uuden sairaalan avaamiseen liittyvien muutosten kanssa, terveydenhuollon sujuvuutta päivystysalueella. Myös vuodeosastoilla oli henkilöstön rekrytointivaikeuksia.

Sairaanhoitopiirin työpanos kasvoi hieman yli prosentin edellisestä vuodesta. Hoitohenkilökunnan osalta panos hieman väheni ja lääkärin osalta hieman kasvoi. Poikkeuksellisesta vuodesta huolimatta tavoite sairauspoissaolopäivien vähentymisestä työntekijää kohden saavutettiin muun henkilöstön osalta. Sairaanhoidon sairauspoissaolo säilyi suurin piirtein ennallaan, noin neljässä prosentissa. Lääkäreillä ja hoitohenkilöstöllä sairauspoissaolot yleistyivät. Tehostuneet tukitoimet ja paneutuva esihenkilötyö ovat toisaalta lyhentäneet sairauspoissaoloja. Työterveyshuollon työkykyindeksiseurannassa sairaanhoidon lievä ja ilmeinen työkykyriski suureni kuitenkin vuoden alkuun verrattuna. Tämä ennakoii tarvetta käsitellä jatkossa enemmän työkykytilannetta.

Tarkastuslautakunnan esiin nostama sairaanhoitopiiritasoinen henkilöstösuunnitelma valmistui. Lautakunnan suosittelemaan henkilöstösuunnitelman laatimiseen on panostettu mm. osaamisen määrittelytyöllä. Hyvä työyksikkö -fiilismittarin vastausprosentti oli noussut ilahduttavasti. Mittaus tehtiin ensimmäisen kerran vuotta aikaisemmin. Tulokset sen sijaan olivat huonontuneet Hyvä työyksikkö- ja Hyvä johtaminen -kategorioissa sekä halussa suositella työpaikkaa. Tulokset olivat kaikissa edellä mainituissa kategorioissa negatiivisia. Tarkastuslautakunnan havaintojen mukaan henkilöstön kuormittuminen pandemian, Novaan muuton ja uusien toimintamallien käyttöönoton vuoksi näkyi selvästi niin mittauksissa kuin henkilöstöjärjestöjen viestinäkin.^{4,5}

Jyväskylän kaupungin palvelutuotantoa vaikeutti pula hoitohenkilöstöstä

Jyväskylän kaupungin sosiaali- ja terveyspalveluissa vakituisen henkilöstön henkilötyövuodet kasvoivat erityisesti kotihoidossa sekä avoterveydenhuollossa. Tämä johtui paitsi palvelutarpeen kasvusta myös siitä, että vuoden aikana toteutui useita liikkeen luovutuksia. Ikääntyneiden kotihoidon palvelut siirrettiin eri yksityisiltä toimijoita kaupungille (lisäys 76 henkilöä). Vuonna 2020 päihde- ja mielenterveyspalvelut siirrettiin sairaanhoitopiiriltä perusterveydenhuoltoon, ja siitä seurasi 42 henkilön lisäys kaupungin henkilöstömäärään. Psykiatrien työtä on siirron jälkeen jouduttu hankkimaan ostopalveluna. Myös määräaikainen henkilöstö lisääntyi (lisäys 34 henkilöä) mm. koronaan liittyvien tehtävien ja poissaolojen sekä hankkeiden takia. Henkilöstön koronaeristysten ja -karanteenien vuoksi henkilöstötilanne oli ajoittain kriittinen. Lähihoitajien saatavuusongelmat korostuivat erityisesti ikääntyneiden kotihoidossa. Aluehallintoviraston raporteissa tuotiin esiin vaikeudet koulutetun hoitohenkilöstön rekrytoinnissa kotihoitoon. Kotihoidossa ja asumispalveluissakin oli pulaa myös sairaanhoitajista. Kotihoidossa haasteeksi on lisäksi osoittautunut uuden Sairaala Novan käyttöönotto ja sairaalan hoitoaikojen lyheneminen entisestään. Sen vuoksi kotihoitoon siirtyneet potilaat ovat tarvinneet useita kotikäyntejä päivässä ja sairaanhoidollista osaamista.^{6,7}

Aluehallintovirasto on havainnut vaikeuksia sosiaalityöntekijöiden rekrytoinnissa erityisesti aikuissosiaalityöhön ja lisäksi puutteita vammaispalvelun osaamisessa pienten kuntien osalta. Kuntien psykologi- ja puheterapiapalveluiden saatavuus ei myöskään kaikilta osin ole riittävä.

Terveyskeskuslääkäritilanne maan keskiarvoa parempi

Lääkäreiden saatavuudessa oli haasteita, joskin Jyväskylän kaupungin virkoihin saatiin vuoden aikana neljä uutta lääkäriä. Kaupunginsairaalan osastoilla työskenteli 1–3 ostopalvelulääkäriä. Suomen Lääkäriliiton lääkäri työvoimaa koskevan tutkimuksen mukaan vuonna 2020 Keski-Suomen 220:stä terveyskeskuslääkäriin vakanssista 5,7 prosenttia oli täyttämättä; koko maan keskiarvo oli 7,3 prosenttia (luku ilmoitettu sairaanhoitopiirialuetta vastaavalta alueelta).⁸

Henkilöstön saatavuutta parannetaan useilla toimenpiteillä

Sairaanhoitopiirin kumppanuusstrategian mukaisesti vuoden 2020 aikana edistettiin kahta uudentyyppistä hanketta. Ensimmäinen niistä on Essoten, Siun soten ja KSSH:n yhteisen markkinointiin ja asiantuntijoiden rekrytointiin keskittyvän yhtiön perustaminen. Se on rekisteröity Järvi-Suomen Terveys Oy:n nimellä, ja toiminta käynnistyi keväällä 2021 toimitusjohtajan hakuprosessilla. Toinen merkittävä kumppanuus on Sydänsairaala Novan perustaminen Sairaala Novan yhteyteen. Toiminta käynnistyi helmikuussa 2021.⁹

Sairaanhoitopiirin tarkastuslautakunta suositteli, että erityistä huomiota tulee kiinnittää hyvään johtamiseen ja hyvään tiedonkulkuun. Niin ikään työpaikkaimagon parantaminen on ensiarvoista henkilöstön saamiseksi. Novan toimintamallien vakiinnuttua ja käyttäjäkoulutusten vähetessä tarkastuslautakunta edellyttää palaamaan koko henkilökunnan täysimääräiseen täydennyskouluttamiseen.⁵

Jyväskylän kaupunki järjesti vuoden 2020 aikana monia uusia rekrytointiprojekteja: Ikääntyneiden palvelut teki yhteistyössä TE-palveluiden ja ELY-keskuksen kanssa rekrykoulutuksen, joka jatkui oppisopimuskoulutuksena. Lähihoitajaksi koulutettiin kymmenen henkilöä. Lääkäreirekrytointien mainoskampanja toteutettiin yhteistyössä mainostoimiston kanssa. Lisäksi tehtiin Covid-19-pandemiaan liittyviä rekrytointeja, kouluttamista uusiin tehtäviin sekä tehtäväsiirtoja, ja myös sisäisen liikkuvuuden toimintamallia kehitettiin.⁶

Sote-tiedonhallinta ja digitalisaatio

Sähköinen asiointi ja omahoito

Sähköisen asioinnin kehittäminen huomioidaan strategioissa

Keski-Suomen sairaanhoitopiirin vuosia 2015–2020 koskevassa strategiassa yhtenä tavoitteena oli ”Lisäämme sähköistä asiointia”. Tästä olivat esimerkkeinä sähköinen ajanvaraus sekä tutkimus- ja hoitotietojen katselu sähköisesti.¹⁰

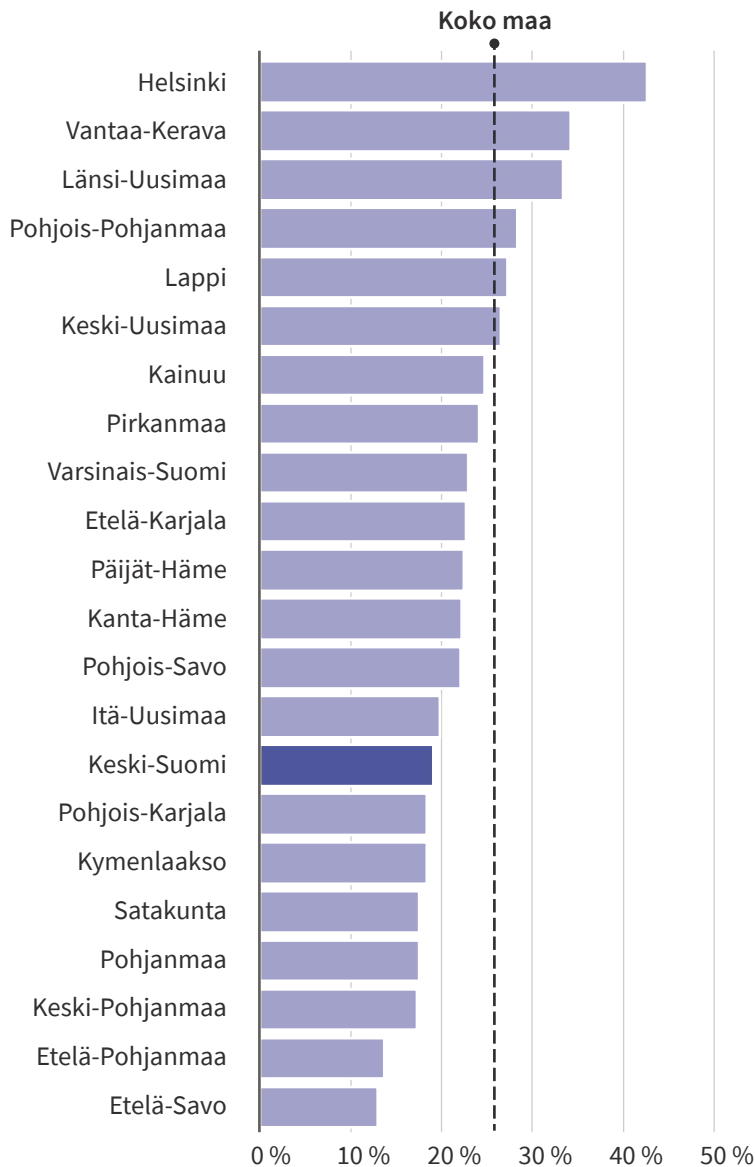
Vuoden 2021 strategiassa todetaan: ”Olemme edelläkävijöitä uuden digitaalisen teknologian käyttöönotossa”.¹¹ Jyväskylän kaupungin strategiassa on niin ikään kohta ”Hyödynnämme tehokkaasti digitalisaation mahdollisuuksia”.¹²

Sähköisen asioinnin mahdollisuudet lisääntyvät sekä perusterveydenhuollossa että erikoissairaanhoidossa

Etäasioinnin osuus perusterveydenhuollon asioinneista on kasvanut Keski-Suomessa viime vuosikymmenen aikana jonkin verran koko maan keskiarvoa nopeammin, ja vuonna 2020 jopa hieman yli 30 prosenttia asioinneista toteutui etäasiointina. Koko maan perusterveydenhuollon avosairaanhoidon fyysisissä käynneissä näkyy viime vuosikymmenen puolivälistä alkaen vähenevä suunta. Keski-Suomessa tilanne on ollut vastaavanlainen.

Myös erikoissairaanhoidossa etäasiointi lisääntyi niin somaattisessa kuin psykiatrisessakin erikoissairaanhoidossa huomattavasti vuonna 2020 käytettävissä olevien, koko maata koskevien ennakkotietojen mukaan.¹³ Vuoden 2020 lukuihin vaikutti olennaisesti Covid-19-pandemia, jonka vuoksi etäasiointia suosittiin poikkeuksellisen paljon. Lisäksi hoitoilmoitusrekisterissä (Hilmo) etäasiointia merkitsevä yhteystaluokka ”muut avohoidon kontaktit” otettiin erikoissairaanhoidossa käyttöön vasta vuonna 2019, eikä se näy kaikkien sairaanhoitopiirien tiedoissa vielä vuonna 2019. Siten alueiden ja vuosien luotettavaa vertailutietoa ei toistaiseksi ole käytettävissä. (Kuvio 3.)

Kuvio 3. Sähköisen asioinnin käyttäjämäärä sosiaali- ja terveystalveissa vuonna 2020.



◀ Kuviossa esitetään hyvinvointialueen sosiaali- ja terveystalvejen sähköisen asioinnin käyttäjämäärä verrattuna muiden hyvinvointialueiden ja koko maan tietoon vuonna 2020. Indikaattori ilmaisee prosenttiosuuden 20 vuotta täyttäneistä sosiaali- ja terveystalve- ja tarvinneista, jotka ovat asioineet sähköisesti. Tiedot perustuvat Terveystalven ja hyvinvoinnin laitoksen FinSote-tutkimukseen.

Useita sähköisen asioinnin muotoja käytössä terveydenhuollossa

Keski-Suomen digitaalinen sosiaali- ja terveystalvekeskus OmaKS on avattu toukokuun lopussa 2021, aluksi Jyväskylän, Hankasalmen ja Uuraisten julkisten terveystalveasemien ja sosiaalityöpalvelujen asiakkaille. Tarkoituksena on laajentaa palvelu lähivuosina kattamaan kaikki Keski-Suomen kunnat. Palvelussa voi asioida sairaanhoitajan tai sosiaalityöohjaajan kanssa videon tai chatin välityksellä myös ilman ajanvarausta virka-aikaan. Tarvittaessa palvelu ohjaa asiakkaan lääkärille. OmaKS:n hyvinvoinnin ja terveyden sivusto sisältää omaan hyvinvointiin, terveyteen ja turvallisuuteen liittyvää tietoa. Sähköisestä palvelusta löytyy mm. kotiseuranta-ohjeita eri sairauksiin sekä lomakkeita ja ohjeita vastaanottokäyntiin valmistautumista varten.¹⁴

Sähköinen ajanvaraus on Jyväskylän kaupungin terveystalvepalveluissa käytössä suuren terveydenhuollon, fysioterapian, neuvoloiden, koulu- ja opiskeluterveydenhuollon ja laboratorion aikojen varaamiseen. Ajan varaus sähköisesti lääkärin ja hoitajan vastaanotoille on rajattu koronavirus-epidemian vuoksi. Toimenpiteellä halutaan varmistaa se, että jokaisen terveystalveasemalle tulevan vointia on arvioitu jo etukäteen puhelintalvepalvelun tai videovastaanottopalvelun avulla.¹⁵

Keski-Suomen sairaanhoitopiirin Sairaala Novan potilaiden käytössä ovat seuraavat sähköiset palvelut: biopankkisuostumus, mobiilisovellus Digihoitopolku, Lastenlääkäri-chat, sähköiset esitietolomakkeet, etä-vastaanottopalvelu sekä LifeCaren että Telian välityksellä, reumapoliklinikan toimintakykykysely sekä eYhteydenottolomakkeet ortopedian poliklinikalle, kipupoliklinikalle, leikkausjonotiedusteluun ja yleissairauksien sosiaalityöntekijöille. [Hyvis.fi](https://hyvis.fi)-portaalin kautta OmaHyvikseen kirjautumalla on mahdollista täyttää erilaisia yhteydenotto- ja esitietolomakkeita sekä asioida sähköisesti ammattilaisen kanssa tietoturvallisen viestinvälityksen kautta.¹⁶

Sosiaalipalveluissa sähköisen asioinnin tapoja

Sosiaalipalveluissa voi asioida sosiaaliohjaajan kanssa chatin tai videon välityksellä OmaKS-palvelussa niissä kunnissa, joiden alueilla OmaKS toimii. OmaHyvis-palvelussa voi tehdä sähköisesti ajanvarauksen tai yhteydenottopyynnön eri sosiaalipalveluihin. Jyväskylän kaupungin verkkosivuilta löytyy laajasti tietoa eri asiakasryhmille, mm. ikääntyneille ja vammaisille henkilöille sekä lapsiperheille tarkoitetuista eri sosiaalipalveluista. Myös odotusajat ikääntyneiden palveluihin (kotihoito, omaishoidontuki, tehostettu palveluasuminen) löytyvät verkkosivuilta. Käytössä on huoli-ilmoitus, jonka voi tehdä kuka tahansa yksityishenkilö, jos hänelle herää huoli lapsen, aikuisen tai iäkkään henkilön huolenpidosta, terveydestä tai turvallisuudesta.

Kaikissa hyvinvointialueen terveyskeskuksissa ja sosiaalitoimessa on kehitetty sähköisen asioinnin mahdollisuuksia

Keski-Suomen seututerveyskeskuksessa, kuntayhtymä Saarikassa ja Wiitaunionin alueella on käytössä useita sähköisen asioinnin tapoja lähes edellä kuvatun tyyppisesti. Rajatummin mahdollisuuksia on yhden kunnan sosiaali- ja terveystalouksissa (Kinnula, Muurame ja Äänekoski). Chat-palveluja, sähköisiä takaisinsoittopyyntöjä ja Omaolo-palveluja on näissäkin käytössä.

Asiakas- ja potilastietojärjestelmien nykytila ja kehittämistoimet

Käytössä useita potilas- ja asiakastietojärjestelmiä

Vuonna 2020 Keski-Suomen alueella oli käytössä useita eri asiakas- ja potilastietojärjestelmiä. Sairaanhoitopiiri käytti erikoissairaanhoidon potilastietojärjestelmänä LifeCarea (vanhempi versio oli Effica). Samaa järjestelmää käyttivät lisäksi Keski-Suomen seututerveyskeskus ja Jyväskylän yhteistoiminta-alueen terveyskeskus, mikä kattoi yhteensä noin 200 000 asukkaan väestöalueen eli noin 80 prosenttia alueen väestöstä, erikoissairaanhoidon osalta 100 prosenttia. Pohjoisessa Keski-Suomessa on käytössä kaksi eri potilastietojärjestelmää. Saarikassa, Wiitaunionissa ja Kinnulassa on käytössä Pegasos ja Äänekoskella Mediatri. Sosiaalipalveluissa käytetään joko Effica/LifeCarea tai Pro Consonaa. Sairaanhoitopiiri huolehtii sille kuuluvien lainsäädännöllisten veloitteiden mukaisesti alueensa potilastietojärjestelmien yhteensovittamisesta sekä yhteisen potilasrekisterin edellyttämistä ja kansallisiin palveluihin liittymisen koordinoitavista.

Aster-hanke

Keski-Suomen sairaanhoitopiirissä valmisteltiin aikaisemmin yhteistyössä Pohjois-Karjalan, Siun soten, Vaasan sairaanhoitopiirin ja Etelä-Savon sosiaali- ja terveystalouksien kuntayhtymän Essoten kanssa perusterveydenhuollon, erikoissairaanhoidon ja sosiaalihuollon tiedot integroivan asiakas- ja potilastietojärjestelmän hankintaa. Tavoitteina oli hankkia myös Keski-Suomeen yksi yhteinen asiakas- ja potilastietojärjestelmä ja saada tiedot yhdistettyä tiedolla johtamisen tarpeisiin. Keväällä 2020 järjestelmän toimittajaksi valittiin Cerner Ireland Limited. Järjestelmän nimenä on Aster, ja sen käyttöönoton oli suunniteltu ajoittuvaksi vuosille 2023–2025.¹⁷

Eteneminen Aster-hankintaprosessissa olisi vaatinut kaikkien neljän sairaanhoitopiirin (hyvinvointialueen) hyväksynnän. Essote-kuntayhtymän valtuusto teki päätöksen Aster- asiakas- ja potilastietojärjestelmän hankinnasta 26.8.2021 pidetyssä kokouksessaan. Vaasan sairaanhoitopiirin hallitus teki 30.8.2021 omalta osaltaan päätöksen toimitus- ja palvelusopimuksen hyväksymisestä ja etenemisestä toimitusprojektiin. Siun soten kuntayhtymän hallituksessa asia oli käsiteltävänä 7.9.2021, ja silloin hyväksyttiin hankintakonsortioon osallistuminen. Siun soten hallituksessa hankinta-asiasta tehdyt oikaisuvaatimukset jätettiin kuitenkin pöydälle 28.9.2021. Asterin yhteishankintapäätöksen kaatuminen varmistui lopullisesti 15.10.2021 Keski-Suomen sairaanhoitopiirin valtuustossa. Tämä pohjautui pitkälti Keski-Suomen kuntien vastaaviin päätöksiin. Uuden sairaalan kulut yhdessä kalliin asiakas- ja potilastietojärjestelmähankinnan kanssa nähtiin liian suurena rahoitusriskinä myös tulevalle hyvinvointialueelle yhtäaikaisesti.

Siun sotessa hallintoylilääkäri Petri Kivinen on laatinut toimialuejohdon toimeksiannosta arvion (päivätty 10.8.2021) Aster-tietojärjestelmän Cerner Millenium -sovelluksen käytettävyydestä. Sen mukaan käytettävyyttä on hankintavaiheessa arvioitu käytettävissä olevin keinoin riittävällä ja hyväksyttävällä tavalla; keskeistä on arvioida luottamusta siihen, että toimittaja on teknologisesti kyvykäs ja edistysellinen ja haluaa tehdä tarvittavat muutokset niin, että ne vastaavat sote-ammattilaisten esittämiin tarpeisiin. Edelleen siinä todettiin, että sellaista mukautettua versiota, joka Suomeen tulisi, ei ole vielä käytettävissä, vaan Cerner Millenium on yksi kolmesta Aster -asiakas- ja potilastietojärjestelmän moduulista. Muina moduuleina toimitukseen olisivat kuuluneet mm. kotimainen suun terveydenhuollon ohjelmisto Hygga ja IBM:n toimittama sosiaalihuollon järjestelmä, joiden yhteentoimivuudesta kokonaisuutena olisi vastannut toimittajana Cerner Aster.¹⁸

Aster-yhteishankinnan kaatumisen jälkeen hyvinvointialueilla syntyy taas tarve keskustella, miten jatketaan. Uuden järjestelmän hankinta on väistämätöntä, koska vanhat järjestelmät eivät teknisesti ole pitkällä aikavälillä toimintakykyisiä. Lisäksi niiden päivityksetkin maksavat koko ajan. Alueelta saadun tiedon mukaan hankintaprosessi joudutaan käynnistämään hyvinvointialueen tultua järjestämisvastuulliseksi.

Käyttäjäkokeuksissa merkittäviä puutteita valtakunnallisesti

Valtakunnallisesti lääkäreiltä ja hoitajilta on kerätty käyttäjäkokeustietoa potilastietojärjestelmistä vuodesta 2012 lähtien osana Sosiaali- ja terveydenhuollon tietojärjestelmäpalveluiden seuranta ja arviointi (STePS) -hanketta.¹⁹ Lisäksi sosiaalialan ammattilaisten käyttäjäkokeuksia asiakastietojärjestelmistä kartoitettiin valtakunnallisesti ensimmäistä kertaa vuonna 2019.²⁰ Kyselyt ovat osoittaneet merkittäviä puutteita tietojärjestelmien käytettävyydessä, tiedon kulussa ja sen hyödyntämisessä sekä asiakkaiden sähköisessä asiointissa.

Käyttäjäkokeukset merkittävään rooliin tietojärjestelmien kehittämisessä

Keski-Suomessa on kartoitettu sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisten käyttäjäkokeuksia asiakas- ja potilastietojärjestelmä LifeCaren versiopäivityksestä. Kyselyn tuloksista ei ole vielä julkaistu tietoa. Käyttäjäkokeusten kartoittaminen oli tarkoitus myöhemmin laajentaa myös Asteria koskevaksi. Loppukäyttäjien kokemuksilla on todettu olevan suuri merkitys ihmisläheisessä työssä käytettävien tietojärjestelmien kehittämisessä.²¹

Sosiaali- ja terveydenhuollossa edistetään yhdenmukaista kirjaamista

Tarve kehittää kirjaamista on tunnistettu alueella erityisesti ikäihmisten hoito- ja hoivapalveluissa. Terveys- ja sosiaalipalvelujen järjestämissuunnitelmaan vuosille 2018–2020 oli kirjattu tavoite kehittää yhdenmukaisia kirjaamiskäytäntöjä sosiaalityössä sekä osallistava kirjaaminen. Tämän tavoitteena on ollut vahvistaa asiakkaiden osallisuutta ja itsemääräämisoikeutta vammaispalveluissa. Uuden, vuosia 2021–2023 koskevan järjestämissuunnitelman kehittämistavoitteisiin kuuluu niin ikään rakenteisen kirjaamisen käytäntöjen ja asiakkaalta suoraan saatavien laatu- ja tiedotietojen hyödyntäminen kansallisten laatuindikaattoreiden mukaisesti.²²

Tietojohtaminen

Tietojohtamisen käsite jakaantuu tiedon johtamiseen ja tiedolla johtamiseen.²³

Keski-Suomessa on tunnistettu tarve kehittää tiedolla johtamista sote-palveluissa. Tietojohtaminen linkittyy kiinteästi laatutyöhön. Koko hyvinvointialueelle ollaan käynnistämässä yhteydet yhtenäisen tiedon hankkimiseksi vuonna 2022. Laatutyöhön tarvittavia mittareita on etsitty valtakunnallisesti ja paikallisesti, niin että ne olisivat saatavilla käyttöön nykyisistä tietojärjestelmistä ja yhteisistä tietokannoista. Tietojen kirjaamisen epätasalaatuisuus ja erilaiset järjestelmät heikentävät vertailtavuutta eri alueiden kesken. Uuden asiakas- ja potilastietojärjestelmän toivottiin tuovan tähän toimivia työkaluja. Nyt on jo alettu yhtenäistää vastaanottojen asiakasvirran – esimerkiksi käyntimäärien, sähköisen asioinnin määrän ja niin sanottujen läpäisyaikojen – seurantaa. Tavoitteena on myös, että terveydenhuollon asiakaspalautetta kerättäisiin ja käsiteltäisiin yhtenäisillä mittareilla. Erikoissairaanhoidossa on meneillään palautejärjestelmää koskeva hankintaprosessi, johon on suunniteltu kytkettäväksi perusterveydenhuoltoa koskevan palautteen keruun optio. Tulevaisuuden sote-keskus -ohjelman kolmannessa vaiheessa (vuonna 2022) otetaan käyttöön tiedolla johtamisen työkaluja ja syvennetään digitalisaatiota.²⁴

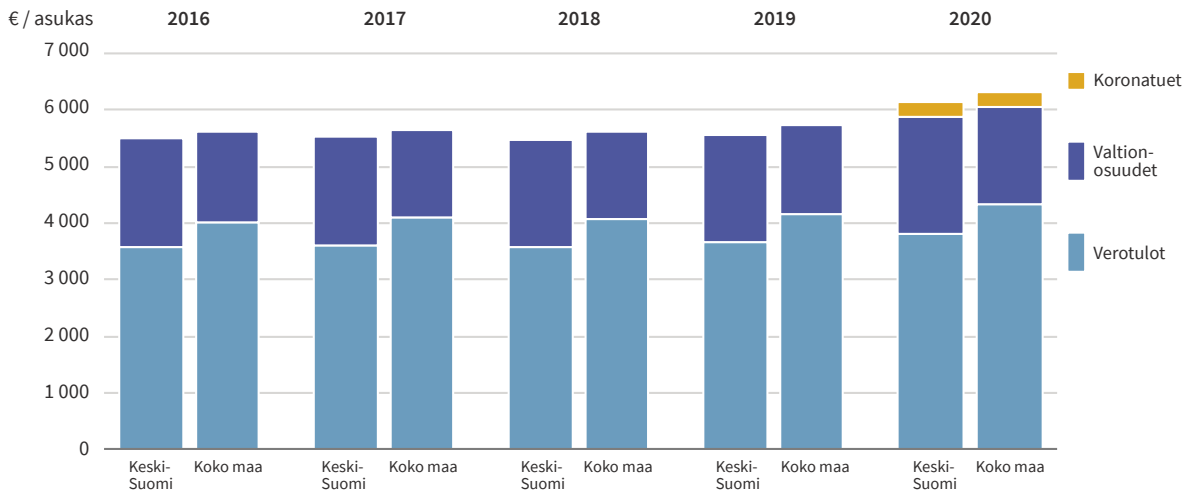
Maaliskuussa 2020 DigiFinland Oy teki verkkokyselyn, joka noudatti STM:n toimeksiantona kehitettyä tietojohtamisen arviointimallia. Se lähetettiin lähes 200:lle asiantuntijatasoa, keskijohtoa tai ylintä johtoa edustavalle Keski-Suomen alueen sote-ammattilaiselle. Heistä 45 prosenttia vastasi kyselyyn. Vastajat edustivat erikoissairaanhoidtoa tai perusterveydenhuoltoa. Nykytilasta korkeimmat pisteet annettiin tietotarpeille ja hyödyille, matalimmat pisteet tiedon hankinnalle, tietotuotteille ja -palveluille. Vain vajaa puolet vastaajien organisaatioista hyödyntää analyyttisiä sovelluksia ja noin 10 prosenttia johdon työpöytiä tai tiedonlouhintaa tiedon raportointia tukevinä palveluina. Näihin oltiinkin melko tyytymättömiä. Organisaatioissa koettiin olevan myönteinen asenne tietojohtamista kohtaan, mutta resursseja datan käsittelyyn ei pidetty riittävinä. Tietoa on vaikea saada hyödynnettävään muotoon ja tulkita. Käytössä olevat analytiikkapalvelut, joita käytetään tiedon jatkojalostamiseen ja hyödyntämiseen, tuntuivat riittämättömiltä. Myös tietojohtamisen osaamisessa koettiin olevan puutteita. Tietojohtamista ei myöskään tunnisteta osana organisaation strategiaa. Tietojohtamista pidettiin yhtenä tulevaisuuden sote-organisaatioiden tärkeimmistä tehtävistä, jossa toimintamallien tulee olla alueellisesti yhteneväiset. Kyselyn tulosten perusteella tärkeimmät kehittämiskohteet ovat tiedon hankinta sekä tietotuotteet ja -palvelut. Myös tiedon reaaliaikaisessa jakamisessa on kehitettävää.

Sosiaali- ja terveystalouden rahoitus, kustannukset ja investoinnit

Koronatuet siivittivät hyvinvointialueen kuntien talouden heikosta hyvään tilanteeseen

Keski-Suomen hyvinvointialueella vuosikate oli positiivinen kaikissa kunnissa vuonna 2020 ja asukaskohtainen vuosikate kasvoi vuodesta 2019 yli viisinkertaiseksi, 590 euroon. Vuonna 2020 asukaskohtainen vuosikate vaihteli Joutsan 150 eurosta Luhangan 1 268 euroon. Verrattaessa koko maan tilanteeseen Keski-Suomen hyvinvointialueen kuntien taloudellinen tilanne on hyvä, sillä alueen asukaskohtainen vuosikate ei poikkea suuresti koko maan keskiarvosta (694 euroa / asukas). Tosin alueen 22 kunnan välillä on suurta vaihtelua, joten kuntia mahtuu sekä 15 heikoimman (Joutsa) että 15 parhaan (Luhanka ja Kivijärvi) joukkoihin käytettäessä mittarina asukaskohtaista vuosikatetta. Vuosikate riitti kattamaan poistot neljää kuntaa lukuun ottamatta, ja tilikauden tulos jäi alijäämäiseksi viidessä kunnassa. Vuonna 2019 Kyyjärven kunta oli kriisikuntamenettelyssä, ja kriisikuntamenettelyn kriteerit täyttyivät myös vuonna 2020, mutta kunta päätettiin vapauttaa menettelyn piiristä taloudellisen tilanteen kohenemisen vuoksi. Sen sijaan Konnevesi siirtyi kriisikuntamenettelyn piiriin. Sen taloudellinen tilanne oli heikko vuonna 2019, vaikkakin jo huomattavasti parempi vuonna 2020.

Asukaskohtaiset valtionosuudet (kuva 4.) kasvoivat 22,2 prosenttia Keski-Suomen hyvinvointialueen kunnissa vuodesta 2019, mitä selittää jaettujen koronatukien lisäksi noin yhdeksän prosentin nousu valtionosuuksissa ilman koronataukea. Valtionosuuksien kasvusta lähes 60 prosenttia (59,8 %) on koronatu- en vaikutusta, vaikkakin koronatuen osuus oli neljä prosenttia koko verorahoituksesta vuonna 2020.²⁵ Samaan aikaan alueen kuntien asukaskohtaiset verotulot kasvoivat keskimäärin neljä prosenttia kahta kuntaa (Joutsa ja Luhanka) lukuun ottamatta. Alueen kuntien verorahoitus on pysynyt tasaisena vuosina 2016–2019, jolloin se oli 5 506–5 553 euroa asukasta kohden, mutta vuonna 2020 se kasvoi jyrkästi (10,2 %). Yhteen laskettu asukaskohtainen verorahoitus oli maan neljänneksi pienintä. Vuoden 2020 verorahoituksen kasvusta koronatuki selittää lähes puolet (44,3 %).

Kuvio 4. Hyvinvointialueen kuntien yhteenlaskettu verorahoitus vuosina 2016–2020.

▲ Kuviossa esitetään hyvinvointialueen kuntien yhteenlasketut asukaskohtaiset verotulot ja valtionosuudet vuosilta 2016–2020 verrattuna koko maan tietoihin. Vuonna 2020 valtionosuuksiin sisältyi myös koronatuotia, joiden osuus on esitetty kuviossa erikseen. Tiedon puuttumisen vuoksi koko maan valtionosuuksista ei ole eroteltavissa Ahvenanmaan koronatuotien osuutta. Tiedot perustuvat Tilastokeskuksen ja valtiovarainministeriön aineistoihin.

Vuosituloksen perusteella Keski-Suomen sairaanhoitopiirin kuntayhtymän taloudellinen tilanne oli viidenneksi heikoin muihin maan sairaanhoitopiireihin ja maakunnallisiin sote-kuntayhtymiin verrattaessa, vaikka tilanne on parantunut huomattavasti edellisen vuoden alijäämäisestä tilanteesta. Kuntayhtymän toimintakate kasvoi 224 prosenttia ja vuosikate 212 prosenttia asukasmäärään suhteutettuna vuodesta 2019, mutta siitä huolimatta vuosikate ei riittänyt kattamaan poistoja. Kuntayhtymän omavaraisuusaste on seitsemän prosenttia ja suhteellinen velkaantuneisuus 174 prosenttia. Kuntayhtymä arvioi indikaattorien laskevan edelleen vuonna 2021.²⁶

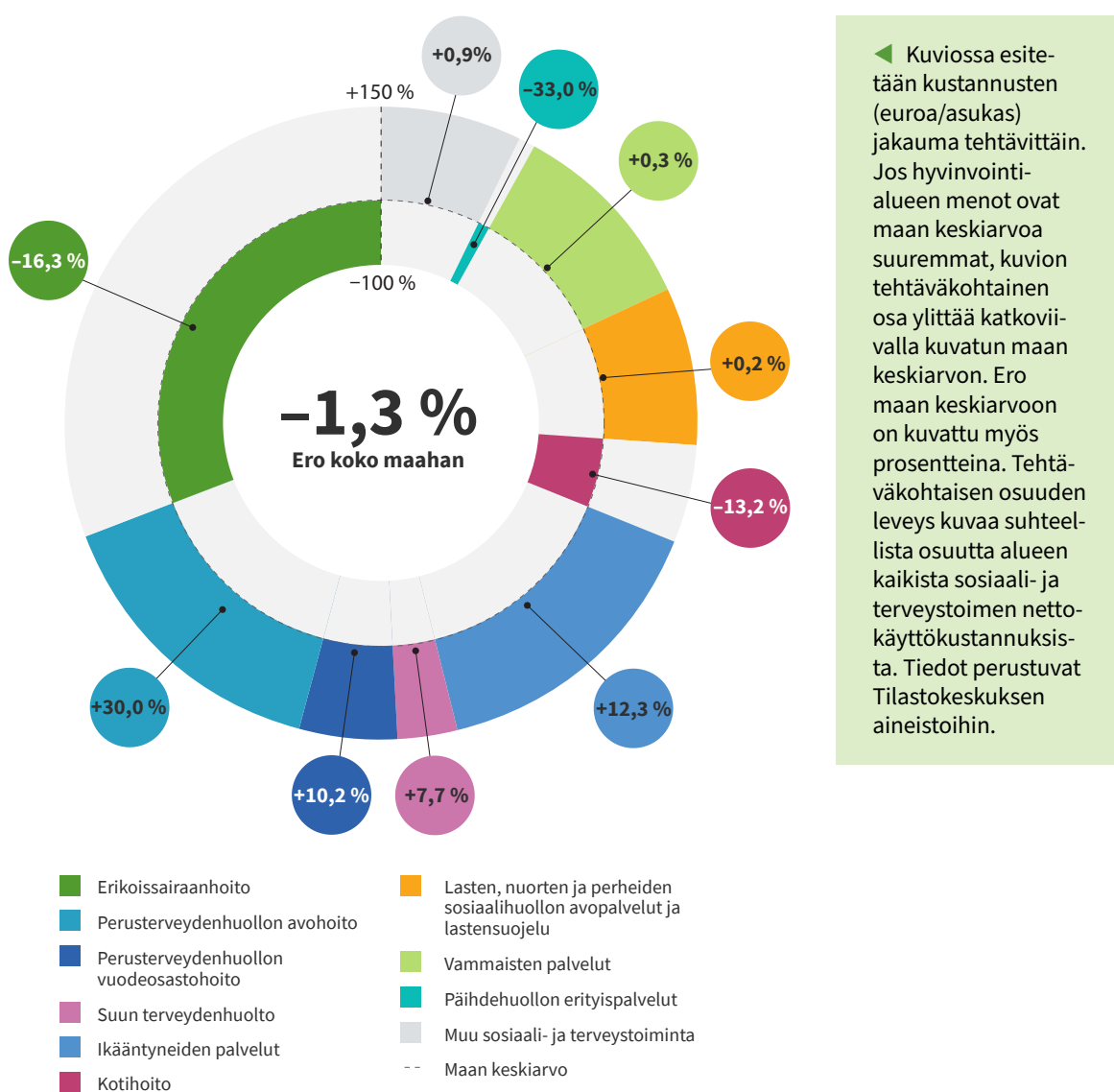
Panostukset perusterveydenhuollon avohoittoon sekä lapsiin ja nuoriin näkyvät kustannuskehityksessä

Keski-Suomen kuntien sosiaali- ja terveystoimen nettokäyttökustannukset olivat vuonna 2020 yhteensä 974,9 miljoonaa euroa (3 576 euroa / asukas). Asukaskohtaiset nettokäyttökustannukset (kuvi 5.) kasvoivat 4,9 prosenttia edellisvuodesta, koko maan tasoon (4 %) verrattuna hieman enemmän. Sosiaali- ja terveystoimen nettokäyttökustannuksista suhteellisesti suurin osuus muodostui erikoissairaanhoidosta (31 %), jonka osuus kokonaiskustannuksista on pysynyt lähes samana kuin vuonna 2019.

Alueen sosiaali- ja terveystoimen kustannusten kasvun taustalla on erityisesti perusterveydenhuollon avohoidon, ikääntyneiden ympärivuorokautisen hoivan, kotihoidon ja lastensuojelun laitos- ja perhehoidon kustannusten voimakas kasvu. Asukaskohtaisesti laskettuna kotihoidon kustannukset kasvoivat 8,2 prosenttia, mutta suhteutettuna 75 vuotta täyttäneeseen ikäryhmään vastaava muutos on 3,9 prosenttia. Vastaavasti ikääntyneiden ympärivuorokautisen hoivan kustannukset kasvoivat 5,3 prosenttia koko väestöön suhteutettuna, mutta 75 vuotta täyttäneeseen väestöön suhteutettuna kasvuprosentti oli 1,2. Suuri osuus selittyy siis ikärakenteen vanhenemisella. Lastensuojelun laitos- ja perhehoidon kustannukset kasvoivat 10,1 prosenttia alle 18-vuotiaiden ikäryhmässä. Se johtuu palvelujen suuremmasta käytöstä edelliseen vuoteen nähden, ei ikäryhmän kasvusta.

Keski-Suomen asukaskohtaiset nettokäyttökustannukset ovat kasvaneet reaalisesti 4,4 prosenttia vuodesta 2016 käytettäessä tarkastelussa vuoden 2020 hintatasoa. Hyvinvointialueella kustannusten kasvu on ollut hyvin tasaista vuosien 2016–2018 aikana, mutta vuodesta 2019 kasvua oli 3,6 prosenttia. Tarkasteltaessa kustannuskehitystä palvelutehtävittäin suhteellisesti suurinta kasvu on ollut muissa lasten ja perheiden palveluissa ja lastensuojelussa (36 %), joka suhteutettuna alle 18-vuotiaiden ikäryhmään on noussut 41 prosenttia, vammaisten ympärivuorokautisen hoivan asumispalveluissa (24 %) ja perusterveydenhuollon avohuollossa (21 %). Palvelujen kustannukset ovat pienentyneet suhteellisesti eniten ikääntyneiden laitoshoidossa: vähennystä suhteutettuna koko väestöön oli 44 prosenttia ja suhteutettuna yli 75-vuotiaaseen väestöön 48 prosenttia. Tämän lisäksi vammaisten laitoshoidon kustannukset ovat vähentyneet vastaavalla ajanjaksolla kahdeksan prosenttia.

Kuvio 5. Sosiaali- ja terveystoimen asukaskohtaisten nettokäyttökustannusten jakauma vuonna 2020.



Keski-Suomen rahoitus kasvaa palvelutarvetta arvioitaessa

Väestön ikärakenteen muutoksiin pohjautuvien THL:n ennustelaskelmien mukaan Keski-Suomen sosiaali- ja terveystalouden kustannusten reaaliarvon ennakoitaan vuosina 2020–2030 olevan keskimäärin 1,1 prosenttia vuodessa (koko maassa 1,4 %). Palvelujen käytön vuosikasvuennuste pysyy samana sekä viiden vuoden että viidentoista vuoden ennusteissa. Tämä kertoo oletuksesta, että väestön ikärakenne säilyy ennallaan seuraavan 15 vuoden ajan. Kasvuennuste ei huomioi inflaation, tuottavuuden tai palvelurakenteen muutoksia, vaan perustuu yksinomaan ikä- ja sukupuoliryhmittäiseen väestörakenteen muutokseen.

Hyvinvointialue-uudistuksen viimeisimmät rahoituslaskelmat (VM, 7.10.2021) perustuvat vuoden 2021 talousarvioihin ja vuoden 2022 taloussuunnitelmiin, jotka on korotettu vuoden 2022 kustannustasoon. Hyvinvointialueiden sosiaali- ja terveydenhuollon tehtävien hoitamiseen siirtyvä euromäärä on yhteensä 20,16 miljardia euroa.²⁷ Suurimmaksi osaksi palvelutarpeeseen perustuva valtion rahoitusosuus vuosille 2023–2025 olisi Keski-Suomen alueella kuusi prosenttia suurempi kuin kunnilta hyvinvointialueille siirtyvät kustannukset. Asukasta kohti rahoituksen lisäys, hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen huomioituna, olisi 213 euroa suurempi. Keski-Suomen sosiaali- ja terveystalouden kustannusten laskennallinen lähtötaso on vuoden 2022 tasolla arvioituna 1 023 miljoonaa euroa.

Somaattisen erikoissairaanhoidon palvelutuotannossa on positiivinen tuottavuuden kehitys alueen väestölle

Keski-Suomen hyvinvointialueen asukkaiden hoidon tuottavuus oli vuonna 2019 kuusi prosenttia parempi kuin muilla hyvinvointialueilla.

THL:n ennakkotietojen (18.6.2021) mukaan Keski-Suomessa somaattisen erikoissairaanhoidon palveluja käytettiin vuonna 2020, väestön palvelutarpeeseen suhteutettuna, kolme prosenttia vähemmän kuin maassa keskimäärin.²⁸ Vastaavat tarvevakioidut laskennalliset somaattisen erikoissairaanhoidon kustannukset olivat 15 prosenttia matalammat kuin muilla hyvinvointialueilla. Alueen asukkaiden hoito on siis tuotettu 12 prosenttia tuottavammin muiden hyvinvointialueiden väestön hoitoon verrattuna. Palvelutarpeeseen suhteutettuna somaattisen erikoissairaanhoidon hoitopäiviä oli 23 prosenttia vähemmän kuin maassa keskimäärin, ja hoitajaksojen vastaavat tarvevakioidut laskennalliset kustannukset olivat 20 prosenttia pienemmät kuin maassa keskimäärin.

Uusi Sairaala Nova valmistui käyttöön ja on jatkossa merkittävä taloudellinen haaste alueella

Hyvinvointialueen kuntien investointimenot olivat yhteensä 131,4 miljoonaa euroa (482 euroa / asukas), josta sote-investointimenojen osuus oli kuusi prosenttia (27 euroa / asukas). Vuonna 2020 suurimmat osuudet investoinneista käytettiin sote-investointeihin Joutsassa ja Karstulassa, ja niissä myös kasvu vuodesta 2019 oli suurinta. Joutsaan valmistui vuonna 2020 uusi sote-keskus, ja Karstulalle on vuonna 2020 myönnetty 5,4 miljoonan euron investointilupa Soteku-keskus-uudisrakennushankkeelle.²⁹ Investointien tulorahoituksen riittävydessä oli suurta vaihtelua kunnittain vuonna 2020 ja 2019. Tulorahoitus ei riittänyt kattamaan investointimenoja neljässä kunnassa. Suhteellinen velkaantuneisuus alitti 50 prosenttia seitsemässä kunnassa ja oli alueella keskimäärin 54 prosenttia.

Vuonna 2020 Keski-Suomen hyvinvointialueen kuntayhtymän investointimenot olivat yhteensä 109 miljoonaa euroa, josta rakennusinvestoinnit olivat 59 miljoonaa euroa (235 euroa / asukas). Rakennusinvestoinnit olivat asukaskohtaisesti tarkasteltuna maan viidenneksi suurimmat. Rakennuksiin liittyvät investoinnit ovat yli 54 prosenttia kaikista investointimenoista, ja ne pienenevät edellisestä vuodesta 52 prosenttia. Vuosi 2020 oli vuodesta 2011 asti suunnitellun ja rakennetun Sairaala Novan käyttöönottovuosi.²⁶ Sairaalan kokonaiskustannusennuste oli 552 miljoonaa euroa, mikä oli yli 10 prosenttia suunniteltua enemmän. Sairaanhoidopiiriin hallitus päätti tilata ulkopuolisen selvityksen ylityksen syistä ja hankkeen hallinnoinnista.³⁰ Aster-hankkeen kariuduttua Sairaala Novan kokonaiskustannukset olivat alueen mukaan noin 494 miljoonaa euroa. Sairaalanhanke aiheuttaa KSSHP:n mukaan noin 30 miljoonan euron vuotuisen paineen

käyttökustannuksiin, mikä on huomioitu vuosien 2021–2024 taloussuunnitelmassa.²⁶ ICT-investointimenot olivat 24,4 miljoonaa euroa, ja kasvua vuodesta 2019 oli 143 prosenttia. Merkittävimmät investoinnit olivat asiakas- ja potilastietojärjestelmiin liittyvät LifeCare-päivitys ja Aster-tietojärjestelmä, joka päätettiin hankkia Cerner-konsortiolta ja jonka suunnittelutyöt aloitettiin.²⁶ Sitten Aster-hankesta luovuttiin vuonna 2021; Keski-Suomen sairaanhoitopiirin valtuusto päätti asiasta 15.10.2021³¹. Tämän lisäksi sairaanhoitopiiri on investoinut noin 25 miljoonaa euroa laitteisiin, jotka liittyvät pääosin Sairaala Novan sairaalavarustukseen. Investoinnit katetaan pitkäaikaisilla, 25 vuoden lainoilla, joita oli vuoden lopussa 457,1 miljoonaa euroa.²⁶

Alueen erityisteemat

Mielenterveys- ja päihdepalvelujen saatavuus ja palveluprosessit

Mittari- ja tutkimustietoa käytetään laaja-alaisesti

Keski-Suomen terveys- ja sosiaalipalvelujen järjestämissuunnitelmassa sosiaali- ja terveystalouden – ja myös mielenterveys- ja päihdepalvelujen – tarvetta on kuvattu laajasti tiedoilla, joita saadaan THL:n indikaattoreista ja Tilastokeskuksen tilastoista. Lisäksi on käytetty mm. poliisin tilastoja huumausainerikosten määrästä, työttömyyslukuja ja lastensuojelutilastosta saatavia lukuja. Osaa indikaattoreista on tarkasteltu kuntakohtaisesti.^{32,33}

Palvelutuotantoa ja terveyden- ja sosiaalihuollon palvelujärjestelmän kehittämistä ohjaaviin periaatteisiin on kirjattu lisäksi korkeatasoinen, käytäntöä palveleva, soveltava tieteellinen tutkimustoiminta. Sairaanhoidopiirissä tehdäänkin laaja-alaista kansallista ja kansainvälistä tutkimusta, jonka vahvuudeksi on määritetty strateginen verkottuminen eri yliopistojen sekä kotimaisten ja kansainvälisten tutkijaryhmien kanssa ja myös se, että verkottuminen perustuu alueelliseen yhteistyöhön sairaalan, avoterveydenhuollon, Jyväskylän yliopiston sekä Itä-Suomen yliopiston ja ammattikorkeakoulun kanssa.

Palvelujen käyttö aikuisilla painottuu avohoidon perustasolle

Vuonna 2020 aikuisten mielenterveyden avohoidossa (yhteensä sekä perusterveydenhuollossa että psykiatrian erikoisalalla) käytiin 519 kertaa tuhatta täysi-ikäistä kohti. Tämä on hieman maan keskiarvoa vähemmän. Psykiatrian erikoissairaanhoidossa avohoidon käyntejä oli hieman keskimääräistä vähemmän, mutta perusterveydenhuollossa käyntejä oli kuitenkin hieman keskiarvoa enemmän. Tähän sisältyvät käynnit sekä lääkärin että muiden ammattihenkilöiden luona. Mielenterveyskäynnit näyttivätkin painottuvan Keski-Suomessa vuonna 2020 enemmän perusterveydenhuoltoon. Tämä on ollut palvelujärjestelmän muutosprosessin tavoitteenakin.

Psykiatrisessa laitoshoidossa oli keskimääräistä vähemmän aikuisia potilaita ja myös tahdosta riippumattomaan hoitoon määrättyjä täysi-ikäisiä. Mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriöiden vuoksi työkyvyttömyyseläkettä saavia 25–64-vuotiaita oli hieman maan keskiarvoa enemmän, 3,8 prosenttia. Vastaavasti mielenterveysperusteisesti sairauspäivärahaa sai samasta ikäryhmästä 3,1 prosenttia. Väestöön suhteutettu itsemurhakuolleisuus oli sama kuin maassa keskimäärin. Se on laskenut vuodesta 2017 alkaen kuten myös kymmenen vuoden takaisesta luvusta.

Nuoriso- ja lastenpsykiatriassa palvelujen käyttö likipitäen maan keskiarvon tasolla

Nuorisopsykiatrian (13–17-vuotiaat) erikoissairaanhoidon avohoitokäyntejä on ollut aikaisempina vuosina jonkin verran enemmän kuin koko maassa keskimäärin, mutta vuonna 2020 määrä oli vähentynyt keskiarvon tasolle. Psykiatrian laitoshoidossa ikäryhmään kuuluvien määrä on viime vuosina vaihdellut lähellä maan keskiarvoa. Lastenpsykiatrian avohoitokäyntien määrä on lisääntynyt vuodesta 2017 alkaen, ja se ylitti vuonna 2020 maan keskiarvon. Lastenpsykiatrian laitoshoidon potilaita oli maan keskiarvon veroisesti, ja kasvatus- ja perheneuvoloiden lapsiasiakkaiden osuus vastaavanikäisestä väestöstä oli hieman keskiarvoa pienempi.

Alkoholikuolleisuus suurta

Alkoholikuolleisuus on Keski-Suomessa maan keskiarvoa korkeampi, ja se on kasvanut vuodesta 2017 lähtien koko maata nopeammin. Alkoholikuolleisuus näyttää painottuvan etenkin 65 vuotta täyttäneisiin; tässä ikäryhmässä se oli maan kolmanneksi korkein. Alkoholien takia menetettyjä elinvuosia oli 25–80-vuotiailla hieman maan keskiarvoa vähemmän. Pienituloisilla alkoholikuolleisuuden takia menetettyjä elinvuosia oli noin 12-kertaisesti hyvätuloisiin verrattuna kuten maassa keskimäärinkin.

Päihdehuollon avopalveluissa Keski-Suomessa on viime vuosina ollut asiakkaita koko maan keskiarvoa vähemmän. Päihdehuollon laitoksissa hoidossa olleiden määrä on viime vuosina kasvanut ja oli vuonna 2020 maan keskiarvoa suurempi. Sairaaloiden ja terveyskeskusten vuodeosastoilla on potilaita hoidettu päihitteiden vuoksi maan keskiarvoa enemmän, mutta vuonna 2020 määrä pieneni. Siten päihitteiden vuoksi toteutetun laitoshoidon painopiste on siirtymässä somaattisilta vuodeosastoilta päihdehuollon laitoksiin. Päihdehuollon asumispalveluissa olevien osuus oli Keski-Suomessa vuonna 2020 maan korkein.

Huumeiden käytössä painottuu kannabis

Kannabiksen käyttö oli FinSote-kyselyn tulosten perusteella Keski-Suomessa maan toiseksi yleisintä vuonna 2020, mitä ainakin osittain selittää se, että nuorten aikuisten osuus väestöstä oli maan toiseksi suurin. Kouluterveyskyselyn perusteella yläkouluikäisten ja toisen asteen opiskelijoiden huumeokeilut eivät kuitenkaan ole tavallista yleisempiä. Poliisin tietoon tulleiden huumeusainerikosten määrä oli myös maan keskitasoa. C-hepatiitti-infektioita, jotka saadaan pääasiassa suonensisäisten huumeiden käytöstä yhteisesti käytettyjen pistovälineiden välityksellä, oli hieman maan keskiarvoa enemmän (vuoden 2018 tieto). Kahden viimeksi mainitun määrät ovat lisääntyneet viime vuosina.

Palvelustrategioissa painottuvat perustason kehittäminen ja palveluketjut

Vuonna 2020 tavoitteena oli palvelujen painotuksen siirtäminen erityistasolta perustasolle. Terveys- ja sosiaalipalvelujen järjestämissuunnitelmaan vuosille 2021–2024 on keskeisiksi terveydenhuollon kehittämis-kohteiksi valittu mm. päihde- ja mielenterveyspalveluiden yhdenvertainen saatavuus ja järkevä perustason ja erikoissairaanhoidon välinen työnjako.³³

Tulevaisuuden sote-keskus -ohjelmaan liittyvissä Keski-Suomen hankkeissa keskeisiin tavoitteisiin kuuluu palveluketjujen yhtenäistäminen sekä mielenterveys- ja päihdepalvelujen kehittäminen (diabeteksen sekä palliatiivisen ja saattohoidon ohella). Maakunnassa on valmisteilla ennaltaehkäisevän päihde- ja mielenterveystyön strategia, joka noudattelee kansallisen päihde- ja mielenterveysstrategian suuntaviivoja. Pääpaino on lasten ja nuorten monialaisen tuen järjestämisessä varhaiskasvatuksessa ja kouluissa.

Aikuisten ja nuorten avopalvelujen järjestämistäsiirretty perustasolle

Nuorten ja aikuisten mielenterveys- ja päihdepalveluiden järjestämistäsiirrettiin vuosina 2019–2020 sairaanhoitopiiriin erikoissairaanhoidosta perusterveydenhuollolle; tämä muutos tehtiin Jyväskylän kaupungissa ja Seututerveyskeskukseen kuuluvissa kunnissa. Näin palvelujen pääpaino siirtyi perustasolle. Muutoksen tukena ovat olleet maakunnalliset mielenterveys- ja päihdeseminaarit sekä hankkeet, jotka liittyvät Tulevaisuuden sote-keskus -ohjelmaan sekä Kansalliseen mielenterveysstrategiaan ja itsemurhien ehkäisyohjelmaan. Nuoren ja aikuisen mielenterveys- ja päihdepotilaan hoitoketju on laadittu jo aiemmin, vuonna 2018. Siihen on koottu järjestäjäkohtaisesti palveluohjauksen näkökulmasta kaikki päihde- ja mielenterveyspalvelut. Asiakkuussegmentoinnin kehittämisen tavoitteena on yhtenäistää ja räätälöidä hoito- ja ohjausprosesseja ja hoito- ja palveluketjuja.

Perustasolla toimii ensilinjan mielenterveys- ja päihdesairaanhoidot. Heidän toimintansa tarkka prosessikuvaus on laadittu osana Keski-Suomen tulevaisuuden sosiaali- ja terveyskeskus -ohjelmaa.³⁴ Perustason mielenterveyspalvelujen lääkäryövoima muodostuu pääosin terveyskeskuslääkäreistä. Psykologipalvelut keskitettiin Jyväskylän kaupungin mielenterveys- ja päihdepalvelujen yksikköön. Psykiatrityön Jyväskylän

kaupunki on palvelujen siirron jälkeen hankkinut ostopalveluna, koska psykiatriresursseja ei ollut erikoissairaanhoidon resurssipulan takia siirrettävissä. Erikoissairaanhoidon tehtävien läheteiden määrät ovat myös kasvusuunnassa. Seututerveyskeskuksessa psykiatritilanne on parempi.

Erikoissairaanhoidossa aikuisten ja nuorten psykiatrinen osastohoito toteutetaan Sairaala Novassa. Nuorisopsykiatrian avohoidon vastaanottoa on kahdessa yksikössä, Jyväskylässä ja Äänekoskella. Liikkuvat ja videovälitteiset palvelut täydentävät palveluvalikoimaa.

Mielenterveyskuntoutujien palveluasuminen on viime vuosina hankittu valvontoineen maakunnallisena yhteiskilpailutuksena. Sovatek-säätiö tekee jatkossa sopimukset suoraan kuntien kanssa.

Psykiatrian ympärivuorokautinen akuuttiryhmä tarjoaa kaikenikäisille psykiatrista akuuttihoitoa keskitetyssä päivystyksessä.

Työnjako täsmentyy lasten mielenterveyspalveluissa

Lasten perustason mielenterveyspalveluna toimivat alueen perheneuvolat, kuntien lastensuojelun sosiaalityö ja perhepalvelut sekä koulujen oppilashuolto. Jyväskylän kaupungin pienten lasten psykologipalvelut yhdistettiin lasten ja perheiden varhaisen tuen palveluihin. Erikoissairaanhoidon lastenpsykiatrian avohoidon hoitoketju on päivitetty viimeksi elokuussa 2020. Lasten, nuorten ja perheiden palveluissa on onnistuttu vahvistamaan sivistys-, sosiaali- ja terveyspalveluiden yhteistyötä, millä varmistetaan lasten ja nuorten tuen tarpeiden oikea-aikainen tunnistaminen. Tarpeisiin vastataan siis erityisesti yhteistyötä tiivistämällä ja työnjakoa kehittämällä.

Päihdepalveluissa runsaasti osastohoitoa

Päihdepalveluissa on käytetty runsaasti osastohoitoa. Erityistason päihdepalveluita kunnat ovat ostaneet vaihtelevasti joko Sovatek-säätiöltä tai muilta päihdekuntoutuslaitoksilta. Alle 18-vuotiaille nuorille ei ole maakunnallista päihdehoitoyksikköä. Neulanvaihtopisteitä ei ole kattavasti aivan koko alueilla.

Lukuisia toimia palvelujen laadun kehittämiseksi

Keski-Suomen alueella on koulutettu peruspalvelujen tasolla yhteensä 80 työntekijää nuorten masennusoireistoon tarkoitettun Interpersonal Counseling (IPC) -menetelmän käyttöön. Koulutettuja ammattilaisia oli eniten Jyväskylässä mutta myös jonkin verran muiden kuntien alueella. Vuonna 2022 on suunnitelmassa kouluttaa noin 40 ammattilaista lisää. Keski-Suomessa ei syyskuussa 2020 ollut käytössä nuorten ahdistuneisuusoireiluun suunnattua CoolKids-menetelmää. Lapset puheeksi -menetelmä on sen sijaan otettu käyttöön aikaisemmin. Koulutuksia järjestetään koko ajan, ja koulutettuja ammattilaisia on jo useampia satoja.

Mielenterveys- ja päihdepalveluiden hoitoketjuja päivitetään sote-integraation periaattein. Tämä sisältää sovitut vastuunjaot lähellä tuotettavien ja keskitetysti tuotettavien mielenterveys- ja päihdepalvelujen kesken. Perusterveydenhuollon tueksi suunnitellaan kehitettäväksi kattava konsultaatio-, koulutus- ja työnohjausjärjestelmä erityistasolta. Maakunnan päihde- ja mielenterveyspalveluiden kehittäjäverkosto työskentelee alueen perustason palveluiden yhdenmukaistamiseksi. Myös ehkäiseviin palveluihin kiinnitetään vastaavasti huomiota, ja nuoret ovat siinä erityisfokuksessa. Perhekeskusten kehittäminen tukee osaltaan pienempien lasten perheitä.

Ennaltaehkäisyä päihdeongelmissa ja itsemurhavaarassa oleville

Vuosina 2019–2021 on kehitetty ehkäisevän päihdetyön tietoon perustuvaa johtamisen mallia ja työkaluja. Hankkeen päätuoksia olivat 1) ehkäisevän päihdetyön johtamisen malli, 2) työkalut tiedolla johtamiseen, 3) menetelmätyökalupakki Terveysporttiin, 4) Auttava kohtaaminen -koulutuskokonaisuuden kehittäminen

ja pilotointi sekä lukuisat kuntien työpajat sekä muut koulutustilaisuudet yhteistyökumppaneiden kanssa sekä 5) Päihdeilmiö-niminen Keski-Suomen maakunnallinen verkosto ja Facebook-ryhmä. Pilottikuntina hankkeessa olivat Jyväskylä, Kinnula, Laukaa, Toivakka, Pihtipudas, Viitasaari ja Äänekoski.

Kevään 2021 aikana on käynnistynyt STM:n rahoittama itsemurhien ehkäisyn hanke Apua Ajoissa. Yhteistyöhankkeessa ovat mukana Essote, Keski-Suomen sairaanhoitopiiri, Jyväskylän kaupunki, Sovatek-säätiö sekä Jyvässeudun kriisikeskus Mobile ja Mikkelin kriisikeskus. Hankkeen käynnistämisen perusteluina olivat alueiden muuta maata ja väestöä yleisempi itsetuhoisuus, suuri päihteiden kulutus ja mielenterveyden häiriöiden yleisyys. Hankkeen tavoitteena on estää itsemurhia täsmentämällä ja parantamalla sote-toiminnassa itsemurhavaarassa olevien palvelu- ja hoidontarpeen arviointia. Tavoitteena on muotoilla malli, jossa itsemurhariskin tunnistaminen, asian puheeksi ottaminen, kohtaaminen, tarkoituksenmukainen ja oikea-aikainen palveluohjaus ja arviointi sekä hoidolliset interventiot palvelisivat vakavassa itsemurhavaarassa olevaa henkilöä parhaiten palveluketjun eri vaiheissa. Tavoitteena on myös palveluntuottajien osamisen ja yhteistyön lisääntyminen ja väestön asenteisiin vaikuttaminen.

Kehittämistä edellyttävät asiat

Alueen omien dokumenttien mukaan nuorille tarvittaisiin koko maakunnan alueelle Ohjaamo-tyyppistä toimintaa, joka ohjaa nuoria työllistymiseen, kuntoutukseen ja hoitoon tai palveluun tärkeille poluille. Erityisesti nuorille aikuisille tarvitaan helposti ja nopeasti saatavilla olevia mielenterveys- ja päihdepalveluja. Ylipäättään matalan kynnyksen palveluiden määrä on tarpeisiin nähden riittämätön.

Tarvetta nähdään olevan maakunnallisille ennaltaehkäisevän mielenterveys-, päihde- ja väkivaltatyön koordinaattoreille. Heidän tehtävänään olisi tukea kuntien työtä sekä strategisella tasolla että käytännössä, Jyväskylän kaupungin koordinaattorin tapaan. He vahvistaisivat osaamista sosiaali- ja terveyspalveluissa sekä sivistystoimen palveluissa.

Erikoissairaanhoidosta saadun tiedon mukaan psykiatrian läheteiden määrä oli alkuvuoden 2021 aikana kasvanut 20 prosenttia. Suurin osa läheteiden lisäyksestä oli tullut niistä kunnista, joihin perustason mielenterveyspalvelut oli siirretty vuosina 2019–2020. Erikoissairaanhoidon viranhaltijan näkemyksen mukaan hoidon porrastuksessa ja työnjaossa on siitä päätellen vielä korjattavaa.

Keski-Suomea, kuten koko maata, vaivaa pula psykiatrian erikoislääkäreistä sekä erikoissairaanhoidossa että perustasolla, ja joudutaan käyttämään ostopalveluita.

Valvontaviranomaiselta saatujen tietojen mukaan kuntien psykologipalveluiden saatavuudessa on ollut puutteita. Aluehallintovirastossa on ollut vireillä useita nuorisopsykiatria koskevia kanteluita, joiden aiheena on hoidon saatavuus, erityisesti osastohoidon, sekä hoitokokonaisuuteen osallistuvien tahojen, terveydenhuollon ja sosiaalihuollon yhteistyö. Mielenterveyskuntoutujien psykiatristen laitospaikkojen määrä on aluehallintoviraston käsityksen mukaan riittämätön.

Sote-integraation toteutumisen varmistaminen

Integraation monet ulottuvuudet

Tällä hetkellä, kun hyvinvointialueiden toiminta ei ole vielä käynnistynyt, sosiaali- ja terveyspalveluja tuottavat lukuisat erikokoiset järjestäjät useilla hallintomalleilla. Niillä on keskenään erisuuruisia resursseja sekä palvelutyössä että johdossa ja suunnittelussa. Tämä vaikuttaa niiden mahdollisuuksiin ja kykyyn järjestää sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisten yhteistyötä. Asiakkaiden kiirettömään hoitoon tai palveluun pääsy sekä käytettävissä olevat henkilöstöresurssit vaihtelevat myös kunnittain ja järjestäjittäin.

Integraatio sisältää sekä järjestämisen että toiminnallisen integraation. Ensin mainitulla tarkoitetaan sitä, että järjestämisen toiminnot kuuluvat samaan ylätason hallinnollisen organisaatioon. Ylin päätösvalta muun muassa taloudesta on silloin samalla organisaatiokokonaisuudella. Toiminnallisella integraatiolla

tarkoitetaan käytännön sosiaali- ja terveydenhuollon asiakaspalvelun sujuvaa ketjua eri toimijoiden välillä. Järjestämisen integraatio ei välttämättä takaa toiminnallista integraatiota, mutta mahdollistaa sitä paljon. Toiminnallista integraatiota voidaan rakentaa myös sopimusperusteisesti. Parhaimmillaan nämä molemmat integraatiot toteutuvat.

Sosiaali- ja terveydenhuollossa puhutaan myös horisontaalisesta ja vertikaalisesta integraatiosta. Ensin mainittu tarkoittaa (perus-)terveydenhuollon ja sosiaalipalvelujen integraatiota, jälkimmäinen perus- ja erikoissairaanhoidon integraatiota. Horisontaalinen integraatio toteutuu Saarikka-sote-kuntayhtymässä, Wiitaunionissa ja eräiden yksittäisten kuntien omassa sosiaali- ja terveydenhuollossa (Äänekoskella ja Muuramessa). Keski-Suomen Seututerveyskeskus on Keski-Suomen sairaanhoitopiirin liikelaitos. Se järjestää perusterveydenhuollon, mutta ei sosiaalitoimen, palvelut kahdeksan kunnan asukkaille. Hallinnollisesti tätä voi kutsua järjestämisen tasolla vertikaaliseksi integraatioksi. Jyväskylän yhteistoiminta-alueella terveys- ja sosiaalisektorit toimivat erillään. Keski-Suomen hyvinvointialueella on siis käytössä paikallisia ja eritasoisia integraation muotoja.

Tuleva Keski-Suomen hyvinvointialue on järjestämisen integraatiota

Hyvinvointialuetta suunnitellaan ja rakennetaan Keski-Suomen hyvinvointialue 2023 -hankkeessa.³⁵ Hankkeessa etsitään käytännön ratkaisuja siihen, miten sote-palvelut jatkossa järjestetään. Vuoden 2020 aikana valmisteltiin sote-yhteistyön rakenteita ja toimintamalleja ja kehitettiin välivaiheen toimintamallit, joita on ryhdytty pilotoimaan vuoden 2021 aikana. Hankkeessa hyödynnetään edellisen hallituskauden maakunnallista valmistelua ja siinä syntyynyttä tietopohjaa. Samalla syvennyttään tietojohdamisen kehittämiseen. Terveystietokannan mukainen vuosia 2021–2023 koskeva järjestämissuunnitelma on laadittu Keski-Suomen sairaanhoitopiirin perusterveydenhuollon yksikössä siten, että se käsittelee sekä terveydenhuoltoa että sosiaalipalveluita. Suunnitelmaa voidaan käyttää apuna sote-uudistuksen valmistelussa ja toteuttamisessa.³⁶

Pelastuslaitoksen, soten ja ensihoidon protokollaa on määritelty yhteisesti. Terveiden ja hyvinvoinnin edistämistä on jo useita vuosia tehty alueella yhdessä.

Toiminnallista integraatiota edistetään monilla hankkeilla

Terveys- ja sosiaalipalvelujen järjestämissuunnitelman (2021–2023) pohjalta on alettu valmistella maakunnallista sosiaali- ja terveydenhuollon palvelustrategiaa.³⁶

Loppuvuoden 2020 aikana Keski-Suomessa alettiin suunnitella maakunnallista laatuverkostoa ja laatutii- miä. Organisaatiot nimesivät niihin edustajansa, ja ne aloittivat toimintansa kevätkaudella 2021. Periaatteena on, että kunkin täytyy jatkossa sitoutua irrottamaan työpanosta yhteiseen laatuverkostotyöhön. Tämä koskee sekä organisaation itse tuottamia palveluja että ulkopuolisilta tuottajilta hankittuja. Näin voidaan varmistaa, että palveluntuottajat toteuttavat palveluja yhdenmukaisin periaattein ja tasalaatuisesti. Vuosina 2021–2023 laadun kehittämisessä on kaksi tavoitetta: rakenteisen kirjaamisen käytännöt sekä asiakkaalta suoraan saatavien laatu- ja palvelutietojen hyödyntäminen ja edistäminen tiedossa olevien kansallisten laatuindikaattoreiden mukaisesti. Laatu- ja palvelutiedon tehokkaan tuottamisen ja hyödyntämisen periaate oli mukana myös kaatuneen uuden asiakas- ja potilastietojärjestelmän hankinnassa.

Tulevaisuuden sote-keskus-ohjelmaan (TulSote) liittyvässä Keski-Suomen hankkeessa on useita tavoitteita. Valtakunnallisen ohjelman mukaisesti terveysasemien vastaanottopalveluiden saatavuutta parannetaan (hoitoonpääsy seitsemän vuorokauden sisällä). Palveluketjuja yhtenäistetään ja kehitetään, alkuvaiheessa diabeteksen, mielenterveys- ja päihdepalvelujen sekä palliatiivisen ja saattohoidon osalta. Lasten, nuorten ja perheiden palveluita integroidaan osaksi sote-keskusta. Myös perustason tutkimustoimintaan panostetaan. Tavoitteiden joukossa ovat myös sote-keskuksen sosiaalihuollon työn määrittely, palvelutarpeen arviointi ja paljon palveluja tarvitsevien asiakkaiden huomioiminen perustasolla yhtenäisin periaattein. Tii- mityömallia kehitetään osana TulSote-hanketta. Rakenneuudistusta tukevaa TulSote-hanketta edistetään Monesta hyvästä yhdeksi parhaista -tunnuslauseella.^{37,38}

Alueelta saadun tiedon mukaan palliatiivista ja saattohoitoa kehitetään sekä erityisvastuualuetasoisesti että omassa TulSote-hankkeessa. Kehittämistyössä tavoitellaan yhtenäisiä toimintakäytäntöjä ja laajennetaan vaativan saattohoidon osuutta koko hyvinvointialueen ulottuville. Vuodeosastot yhdistetään samaan pooliin. Tästä seuraa, että hyvinvointialueella on helpompi tuottaa kuntarajat ylittäviä yhteisiä palveluita. Käytännössä järjestely voisi tarkoittaa sitä, että Jyväskylän Kyllön vuodeosastot tuottaisivat perustason saattohoidon paikat ja Sairaala Nova olisi erikoisaloittain vaativan saattohoidon asiantuntijana. Tavanomaista elämän loppuvaiheen hoitoa tuettaisiin kotisairaalan ja liikkuvan kotihoidon sekä mahdollisesti ensihoidon järjestelyin yhdessä potilaan läheisten kanssa. Palveluasumisessa osaamista vahvistetaan, ja liikkuvan avun turvin voidaan toteuttaa saattohoitoa siirtämättä potilasta muualle. Kotiosasto tukee kotona tapahtuvaa hoitoa, jos tilanne akuutisti heikkenee ilman että päivystyksessä käyntiä tarvitaan. Terveyskeskussairaalat tukisivat suunnitelman mukaan edelleen elämän loppuvaiheen hoitoa, mikäli vaativia erityisjärjestelyjä ei tarvita.

TYÖOTE-hanke, ns. Keski-Suomen malli, tarkoittaa sitä, että erikoissairaanhoidossa hoidettaville työterveyshuollon asiakkaille hankitaan tarvittava pidempiaikainen työhönpaluun tuki työterveyshuollosta. Työterveyshuolto hoitaa työkyvyn arvioinnin ja myös lausunnot sairauspäivärahaa, kuntoutusta ja esimerkiksi uudelleen koulutusta varten. Hankkeen ansiosta työterveyshuollon palvelut tunnetaan erikoissairaanhoidossa huomattavasti aiempaa paremmin. Osa avohoitokäynneistä voidaan siirtää kokonaan pois erikoissairaanhoidosta, vaikkakin siellä säilyy hoidollinen vastuu. Kun osapuolena on työterveyshuolto, asiakkaan työhönpaluuta voidaan tukea myös yhteistyössä työnantajien kanssa.

Meijän kyvyt käyttöön -hankkeen ja kuntien puolelta käynnistymässä olevan Työkykyohjelman kuntakokeilut -hankkeen tavoitteena on lisätä kunnan velvollisuuksia pitkäaikaistyöttömien työllistämiseksi ja osallistaa sosiaali- ja terveyshuoltoa mukaan yhteistyöhön. Tavoitteena on kartoittaa osatyökykyisten työllistymiskyvyn esteitä ja puuttua niihin erilaisilla terveystarkastuksilla, kuntoutustoiminnalla ja hoidollisesti. Työterveyshuolto tarjoaa hankkeessa sosiaali- ja terveysasemille asiaan liittyvää koulutusta ja konsultatioapua.

Molempien hankkeiden yhteisenä tavoitteena on saada työterveyshuollon ja kuntoutuksen asiantuntemus pysyvästi mukaan yhteistyöhön, jota tehdään erityistason ja perusterveydenhuollon kanssa.

Integraatioon tähtäävät alueelliset yhteistyöelimet

Järjestäjien suuresta määrästä huolimatta alueella on jo aiemmin ollut useita yhteistyötä edistäviä yhteistyöelimiä. Jyväskylän kaupunki kutsuu säännöllisesti koolle kuntakokouksen, johon osallistuvat kaikkien Keski-Suomen kuntien kunnanjohtajat sekä hallitusten ja valtuustojen puheenjohtajat. Foorumi käsittelee myös sote-yhteistyöhön liittyviä asioita. Kuntajohtajat kokoontuvat säännöllisesti kuukausittain myös maakuntajohtajan kokoon kutsutuna. Sote-johtajat kokoontuvat kuukausittain. Myös sote-TKKI-ryhmä (tutkimus, tieto, koulutus, kehittäminen, innovaatiot) kokoontuu säännöllisesti vahvistaen osaltaan eri tahojen yhteistyötä, integraatiota ja terveyden edistämistä. Sairaanhoidopiirin perusterveydenhuollon yksikkö vastaa terveyskeskusten ylilääkärikokousten organisoinnista, ja sairaanhoidopiiri vastaa omien palvelualueidensa johtajafoorumeista ja ylilääkärikokouksista. Ammattiryhmittäisillä kokoontumisilla on Keski-Suomessa pitkät perinteet. Perusterveydenhuollon kehittämistyötä on tehty jo vuosien ajan moniammatillisissa sote-kehittäjäverkostoissa, joiden vetovastuussa on ollut perusterveydenhuollon yksikkö yhdessä sote-hankkeiden kanssa. Perusterveydenhuollon yksikkö on hallinnoinut myös terveyden edistämiseen ja työikäisten palveluihin liittyneitä hankkeita. Keski-Suomen sosiaalialan osaamiskeskus (Koske) kutsuu 2–3 kertaa vuodessa koolle kuntakokouksen, jossa käsitellään ajankohtaisia sosiaalihuollon kehittämisen- ja uudistamisteemoja. Se on koonnut sosiaalialan ammattilaisia yhteisiin verkostoihin ja koordinoitunut monialaisia kehittämishankkeita.

Perustason palveluja yhtenäistetään ja integroidaan

Perusterveydenhuollon avosairaanhoidossa on yhtenäistettävää; käytössä on esimerkiksi erilaisia ajanvarauskäytäntöjä ja tapoja ilmoittaa kiireettömään hoitoon pääsystä. Eroja on myös tavoissa saada välitön yhteys terveydenhuoltoon. Hoitajakäytien suhteellista lukumäärää pyritään lisäämään.

Osana sote-rakennemuutosta laaditaan alustava suunnitelma maakunnallisesta palveluverkosta sekä sen vaiheittaisesta toteuttamisesta. Tämän pohjana toimii KS2021-hankkeen aikana laadittu, väestön luontaisiin asiointialueisiin perustuva palveluiden saavutettavuus -suunnitelma. Tätä jatkokehitetään hyödyntämällä maakunnallista asiakas- ja potilasvirtojen simulointiosaamista. Suunnitelmassa huomioidaan myös sähköisen asioinnin, itsehoidon sekä etähoivan ja -hoidon teknologiset ratkaisut ja toimintamallit.

Vastaanottopalveluiden kehittämisen keskeisenä onnistumisena on toukokuussa 2021 avattu [OmaKS.fi](https://omaKS.fi), Keski-Suomen digitaalinen sosiaali- ja terveyskeskus, jonka toiminta perustuu tiimityömalliin. Moniammatillinen tiimi sisältää sekä sosiaali- että terveyspalvelujen osaajia.³⁹ Suuntima-työkalun käyttöönoton pilotit alkoivat viidessä organisaatioissa lokakuun 2020 aikana. Suuntima-palvelu auttaa sosiaali- ja terveydenhuollon asiakkaita ja ammattilaisia löytämään asiakkaalle sopivimmat tavat saada ja käyttää palveluita. Sen avulla pyritään tunnistamaan asiakkaan omat voimavarat ja vahvistamaan tätä kautta omahoitoa. Palvelu helpottaa myös sosiaali- ja terveydenhuollon resurssien kohdentamista. Palvelu siirtyy Taysilta DigiFinlandin omistukseen ja vastuulle vuoden 2022 alusta alkaen.

Sosiaalipalvelujen saatavuutta on tarvetta lisätä terveysasemilla. Nykytilanteessa Seututerveyskeskuksen terveysasemilla palveluohjaajat työskentelevät kokopäiväisesti sosiaalihoitajien periaatteilla. Osassa muista organisaatioista palvelua on saatavilla terveysasemilla tietyinä ajankohtana viikosta. Saarikan päihditiimissä toimii sosiaalityöntekijä-päihdehoitaja-työpari, ja Äänekosken mielenterveys- ja päihdepalveluissa työskentelee sosiaalityöntekijä. Sillanrakentajaa sosiaali- ja terveydenhuollon välille odotetaan palveluohjauksesta, johon on useissa organisaatioissa panostettu vaihtelevilla resursseilla. Yhteiset tilaratkaisut ja sovitut toimintamallit voivat edistää yhteistyötä eri sektoreiden välillä. Perhekeskustoimintaa on integroitu muuhun sotepalvelujärjestelmään lukuisissa Keski-Suomen kunnissa (Äänekoski, Keuruu, Muurame, Laukaa, Joutsa, Kannonkoski, Hankasalmi, Wiitaunioni, Jämsä).

Palvelukriteerijä yhtenäistetään kartoittamalla eri organisaatioiden sote-palveluiden myöntämisperusteita ja asiakasmaksuja. Tämän jälkeen käynnistetään maakunnallisten myöntämisperusteiden ja asiakasmaksujen valmistelu.

Yhteispäivystys toimii Sairaala Novassa

Sairaala Novan yhteispäivystys vahvistuu sosiaalipäivystyksen palveluilla. Vuonna 2020 päivystyspoliklinikalla työskenteli sairaalan sosiaalityöntekijä päivittäin kahdessa vuorossa monialaisessa sote-työssä, ja keväällä 2020 aloitti päivävuorossa myös Jyväskylän kaupungin sosiaalityöntekijä. Novan yhteispäivystyksen yhteyteen tuleva hyvinvointialueen yhteinen sosiaali- ja kriisipäivystys aloittaa toimintansa vuoden 2022 alusta, ja se palvelee koko maakunnan äkillisiä tarpeita ympärivuorokautisesti. Kriisikeskus Mobile jatkaa sen jälkeen arkipäivisin ajanvarauksella auki olevana jatkokesittelypaikkana.

Vertikaalista integraatiota edistetään käytännössä perus- ja erityistason yhteistyöllä

Perus- ja erityistason palveluja on sovitettu yhteen pitkäjänteisellä hoitoketjutyöllä, ja sitä on johtanut sairaanhoitopiiriin perusterveydenhuollon yksikkö. Silti asiakkaiden tarvitsemaa tukea ei ole aina saatavilla riittävän ajoissa. Palvelut ovat osin hajautuneet vaikeasti hallittavaksi kokonaisuudeksi. Useat eri asiakas- ja potilastietojärjestelmät vaikeuttavat osaltaan tiedon siirtymistä ja asiakkaiden kokonaistilanteen hahmottamista.

Erikoissairaanhoidon konsultaatioissa on osassa terveydenhuollon organisaatioista otettu käyttöön sähköisiä konsultaatiokäytäntöjä, ja tavoitteena on laajentaa toimintaa. Näin on myös mahdollista tasoittaa henkilöstöresurssien vaihtelua sekä tarjota palveluja syrjäisemmillekin alueille. Sairaanhoitopiiriin jalkau-

tuva konsultaatiotoimintaa on radiologian erikoisalalla. Yhteistuotantoa ovat kuvantamispalvelut ja laboratoriopalvelut sekä uusimpana ravitsemusterapiapalvelut. Sairaanhoidopiiri tekee keskitetysti päätöksiä siitä, ostetaanko erikoissairaanhoidon konsultaatiota yksityisiltä toimijoilta.

Sairaala Novaan on sen käyttöönoton yhteydessä alkuvuodesta 2021 siirretty kaksi perusterveydenhuollon vuodeosastoa Jyväskylän kaupunginsairaalaan. Näille osastoille voidaan ottaa esimerkiksi leikkauspotilaita suoraan heräämöstä tai vaikeita infektiopotilaita, joita aiemmin on hoidettu erikoissairaanhoidon osastoilla. Osastojen sijainti mahdollistaa tarvittaessa potilaan nopean siirtämisen erikoissairaanhoidon ja helpottaa konsultointia.

Kuntarajat ylittävän, erityisosaamista vaativan sosiaalityön tarve on myös tunnistettu. Sosiaalihuollon maakunnalliselle, keskitetylle konsultaatiotoiminnalle koetaan olevan paljon tarvetta. Tätä toimintaa edustaa tällä hetkellä Keski-Suomen sosiaalialan osaamiskeskuksessa (Koske) pitkään jo toiminut lastensuojelun erityissosiaalityöntekijä. Nykyisin TulSoten rahoittamana heitä on kaksi. Erityistä huomiota kiinnitetään jatkossa monialaisten tiimien rakentamiseen.

Menetelmät ja laatuseloste

Arvioinnin tietopohja

Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen laatima asiantuntija-arvio perustuu sekä määrälliseen tietoon että laadulliseen aineistoon. Arvioinnin keskeisen tietopohjan muodostavat alueiden edustajien kanssa keväällä ja kesällä käydyt keskustelut. Arvioinnin määrällisen tietopohjan perusta on kansallinen sosiaali- ja terveydenhuollon kustannusvaikuttavuusmittaristo (KUVA). Asiantuntija-arvion pohjana olevaa tilannekuvaa on laajennettu hyödyntämällä dokumenttiaineistoja järjestäjätahojen hallinnosta, toimintatavoista, suunnitelmista ja päätöksistä. Arvioinnissa on hyödynnetty lisäksi Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontaviraston Valviran ja aluehallintoviraston valvontahavainnot ja muita kansallisten viranomaisten laskelmia ja selvityksiä.

Asiantuntija-arvion laatimisesta eri tietolähteitä käyttäen vastaavat arviointipäälliköt yhdessä tietoylijohtajan kanssa. Arvioinnin laatimisen tukena ovat lisäksi THL:n tehtäväkokonaisuuksien asiantuntijaryhmät sekä muut asiantuntijat.

Vuoden 2020 arvioinnissa on syvennytty arvioimaan palvelujen järjestämistä alueiden määrittelemissä ja sosiaali- ja terveysministeriön vahvistamissa erityisteemoissa. Kaikkiin alueiden erityisteemoihin voi tutustua Hyvinvointialueiden erityisteemat -liitteessä. Hyvinvointialueen kahden erityisteeman lisäksi on arvioitu alueen väestön palvelutarvetta, palvelujen järjestämisen nykytilaa ja kehityssuuntaa sekä sosiaali- ja terveydenhuollon kustannuksia, rahoitusta ja investointeja. Lisäksi on koottu alueen sote-tiedonhallinnan ja digitalisaation tilannekuva.

Kansallinen KUVA-mittaristo ja Tietoikkuna

KUVA-mittaristo on sosiaali- ja terveysministeriön sekä laajan asiantuntijajoukon yhteistyönä muodostama noin 500 indikaattorin kokonaisuus. Mittaristoa käytetään sosiaali- ja terveydenhuollon seurannassa, arvioinnissa ja ohjauksessa; se tarjoaa tietoa muun muassa väestön hyvinvoinnin ja terveyden tilasta sekä palvelutarpeesta, mutta myös palvelujen saatavuudesta, laadusta ja kustannuksista. KUVA-mittariston indikaattoreista valtaosa on tuotannossa; osan muodostaminen on kesken tai mahdollista vasta tiedonkeruun kehittymisen myötä. Mittariston ylläpitämisestä ja kehittämisestä vastaa ministeriön asettama vaikuttavuus- ja kustannustietoryhmä (KUVA-ryhmä), joka koostuu ohjauksen, arvioinnin ja tilastoinnin asiantuntijoista sekä alueiden edustajista. Mittariston teknisestä tuottamisesta vastaa THL.

Tavoitteena on, että arvioinnissa käytetyt indikaattoritiedot ovat luotettavia ja ajantasaisia. KUVA-mittariston tietojen ajantasaisuutta seurataan THL:ssä ajantasaisuusmittarin avulla. Kesäkuussa 2021 noin 70 prosenttia indikaattorien tiedoista oli vuodelta 2020 tai 2021. Koska arviointi kohdistuu pääsääntöisesti edellisvuoteen, tavoitteena on käyttää mahdollisimman paljon vuoden 2020 tietoa. Vuosittain päivittyvien indikaattorien viivästyminen johtuu usein tietojen toimitusvaikeuksista. Useimmat kyselyaineistoihin perustuvat indikaattorit päivittyvät joka toinen vuosi.

Kustannusvaikuttavuusmittariston kaikki indikaattoriarvot esitetään tätä varten kehitetyssä käyttöliittymässä, Tietoikkunassa. Tietoikkuna poimii THL:n tilasto- ja indikaattoripankki Sotkanetistä KUVA-mittaristoon kuuluvat indikaattorit hyvinvointialueittain ja kunnittain. Indikaattorit ovat rajattavissa lisäksi tehtäväkokonaisuuksittain ja ulottuvuuksittain.

Yhdenmukaisen tarkastelun vuoksi arvioinnissa käytettävien indikaattorien päivittyminen on keskeytetty 18.6.2021. Arvioinnissa hyödynnetään niitä tietoja, jotka olivat käytettävissä mainittuna päivänä. Poikkeuksena ovat kuntataloustilastoon perustuvat kustannusindikaattorit, jotka päivittyvät syyskuussa vuonna 2021. Myös Tietoikkunan näkymä on jäädytetty näyttämään nämä tiedot. Indikaattoreihin tehdyt korjauk-

set kuitenkin muuttavat Tietoikkunassa olevia arvoja, mikäli ne kohdistuvat esitettävän vuoden tietoihin. Sotkanetiin indikaattorit päivittyvät normaalisti. Arvioinnin tietopohjan ja Tietoikkunan jäädytys puretaan, kun sosiaali- ja terveystieteiden ja alueiden välinen neuvottelukierros on saatu päätökseen.

Tietopohjan avoimuus ja saatavuus

Arviointi perustuu pääsääntöisesti julkisesti ja avoimesti saatavilla olevaan tietoon. Arvioinnissa käytetyn laadullisen dokumenttiaineiston tiedot löytyvät lähdeluettelosta. Käytetyt indikaattoritiedot ovat puolestaan saatavissa THL:n verkkopalveluista. Muut tilastotiedot on merkitty erillisin viittein. Valviran ja aluehallintovirastojen valvontahavaintoraportit ovat avoimesti saatavissa arvioinnin verkkosivuilta. Muusta tietopohjasta poiketen alueiden kanssa käydyt keskustelut ja niiden aineistot eivät ole julkisia. Yhteisten keskustelujen kautta alueiden edustajat ovat osallistuneet arviointiin, ja heillä on ollut myös mahdollisuus kommentoida valmistuvia arviointitekstejä.

Tietojen laatu ja käynnissä oleva kehittämistyö

Vuoden 2020 arvioinnissa olemme kiinnittäneet erityistä huomiota käytettävien indikaattoritietojen laatuun. Indikaattoreita, joissa on merkittäviä laatuongelmia, ei ole käytetty alueen arvioinnissa. Tämä on rajoittanut tietojen hyödyntämisen mahdollisuuksia osassa alueita. Laadukas ja ajantasainen tieto on soite-toimijoiden yhteinen tavoite.

Hoitoilmoitusjärjestelmän kolmen rekisterin (sosiaalihuollon hoitoilmoitusrekisteri, terveydenhuollon hoitoilmoitusrekisteri ja perusterveydenhuollon avohoidon hoitoilmoitusrekisteri eli Avohilmo) tietojen laatu ja kattavuus vaihtelevat alueittain. Laatuongelmat johtuvat sekä tietojen toimittamiseen että vastaanottoon liittyvistä vaikeuksista. Kyselytutkimuksiin perustuvissa indikaattoreissa vastausten kattavuudessa on aluekohtaisia rajoitteita. Sosiaalipalvelujen toimintatilaston luotettavuuteen vaikuttaa se, kuinka täsmällisiä tietoja sinne on toimitettu, sekä kuntien vastausaktiivisuus; suurten kuntien toimintatietojen jättäminen ilmoittamatta vaikuttaa mittarien väestösuhteutettuihin lukuihin ja vääristää alueiden välistä vertailua.

Tiedolla johtamista kehitetään ja tiedon tuotantoa uudistetaan voimakkaasti käynnissä olevassa ohjelmassa Tiedolla johtaminen päätöksenteon ja palvelujen kehittämisen tukena (Toivo-ohjelma). Ohjelman Virta-hankkeessa kehitetään hyvinvointialueiden tiedolla johtamista sekä määritellään kansallisen ja alueellisen tilannekuvan yhdistävä vähimmäistietosisältö. Valtava-hankkeessa kehitetään monen muun ohella sosiaalihuollon rekisteriä, talous- ja henkilöstötiedonkeruuta sekä tietojen raportointia ja laadun seuranta. Vuosina 2021–2023 KUVA-mittaristokokonaisuutta kehitetään vastaamaan aikaisempaa paremmin vaikuttavuusperusteisen ohjauksen ja arvioinnin tarpeisiin. Uudistettu Tietoikkuna-verkkopalvelu on käytössä vuoden 2021 lopussa.

Lisätietoa arvioinnista ja tietopohjasta: thl.fi/arviointi

Käynnissä oleva kehittäminen (Toivo-ohjelma): <https://soteuudistus.fi/tiedolla-johtaminen>

Indikaattoriarvot Tietoikkunassa: thl.fi/tietoikkuna

Tilasto- ja indikaattoripankki Sotkanet: sotkanet.fi

Lähteet ja arvioinnissa käytetty tausta-aineisto

Väestö ja palvelutarve

1. Niinimäki, K. (2021). Keski-Suomen sosiaali- ja terveysten terveyden tulevaisuudennäkymät. Jyväskylän yliopisto, informaatioteknologian tiedekunta. Informaatioteknologian tiedekunnan julkaisuja, 89. [Verkkolähde](#)
2. Tilastokeskus (2021). Muuttoliike 2020. [Verkkolähde](#)

Järjestämistehtävän yleiset edellytykset

Henkilöstö

3. Keski-Suomen sairaanhoitopiiri. Vuosikertomus 2020. [Verkkolähde](#)
4. Keski-Suomen sairaanhoitopiiri. Tilinpäätös vuodelta 2020. [Verkkolähde](#)
5. Keski-Suomen sairaanhoitopiiri. Arviointikertomus 2020. [Verkkolähde](#)
6. Jyväskylän kaupunki. Henkilöstökertomus 2020. [Verkkolähde](#)
7. Jyväskylän kaupunki. Tilinpäätös 2020. [Verkkolähde](#)
8. Suomen Lääkäriliitto 2021. Terveyskeskusten lääkäritilanne 2020. [Verkkolähde](#)
9. Sydänsairaala. [Verkkolähde](#) [luettu 24.10.2021]

Sote-tiedonhallinta ja digitalisaatio

Sähköinen asiointi ja omahoito

10. Keski-Suomen sairaanhoitopiirin strategia 2015–2020. [Verkkolähde](#) [luettu 25.10.2021]
11. KSSHP:n strategia 2021. [Verkkolähde](#) [luettu 25.10.2021]
12. Jyväskylän kaupunki. Kaupunkistrategia 2017–2021. [Verkkolähde](#) [luettu 25.10.2021]
13. Järvelin, J., Kyrölä, A. 2021. Erikoissairaanhoito, vuosien 2020 ja 2021 ennakkotiedot. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. [Verkkolähde](#) [luettu 25.10.2021]
14. Keski-Suomen digitaalinen sosiaali- ja terveyskeskus. [Verkkolähde](#) [luettu 25.10.2021]
15. Jyväskylä. Terveyspalvelut. Asioi verkossa. [Verkkolähde](#) [luettu 25.10.2021]
16. Keski-Suomen sairaanhoitopiiri. Sairaala Nova. [Verkkolähde](#)

Asiakas- ja potilastietojärjestelmien nykytila ja kehittämistoimet

17. Aster. Potilas- ja asiakastietojärjestelmä. [Verkkolähde](#) [luettu 25.10.2021]
18. Kivinen, P. Arvio Aster-tietojärjestelmän Cerner Millenium -sovelluksen käytettävyydestä. [Verkkolähde](#) [luettu 25.10.2021]
19. STePS3.0 -hanke. [Verkkolähde](#)

20. Ylönen, K., Salovaara, S., Kaipio, J., Tyllinen, M., Tynkkynen, E., Hautala, S., Lääveri, T. (2020). Sosiaalialan asiakastietojärjestelmissä paljon parannettavaa: käyttäjäkokemukset 2019. *Finnish Journal of eHealth and Welfare*, 12(1), 30–43. [Verkkolähde](#)
21. Saariluoma, P., Cañas J.J., Leikas, J. (2016). *Designing for life. A Human Perspective on Technology Development*. Palgrave Mcmillan.
22. Terveydenhuoltolain mukainen järjestämissuunnitelma. Terveys- ja sosiaalipalvelujen järjestäminen ja tuotanto Keski-Suomessa vuosina 2021–2023. [Verkkolähde](#) [luettu 25.10.2021]

Tietojohtaminen

23. Leskelä, R.-L., Haavisto, I., Jääskeläinen, A., Sillanpää, V., Helander, N., Laasonen, V., Ranta, T., Torkki, P. Tietojohtaminen ja sen kehittäminen: tietojohtamisen arviointimalli ja suosituksia maakuntavalmistelun pohjalta. Valtioneuvoston selvitys- ja tutkimustoiminnan julkaisusarja 2019:42. [Verkkolähde](#)
24. Monesta hyvästä yhdeksi parhaista. Keski-Suomen Tulevaisuuden sosiaali- ja terveyskeskus -hankesuunnitelma. [Verkkolähde](#) [luettu 25.10.2021]

Sosiaali- ja terveyspalvelujen rahoitus, kustannukset ja investoinnit

25. Valtiovarainministeriö. Koronatuot
26. KSSHP (2021). Tilinpäätös vuodelta 2020. [Verkkolähde](#)
27. Valtiovarainministeriö (2021). Kuntien ja hyvinvointialueiden rahoituslaskelmat 7.10.2021. [Verkkolähde](#)
28. THL (2021): Ennakkotiedot: Sairaaloiden tuottavuus 2020. [Verkkolähde](#) [luettu 17.10.2021]
29. Joutsa (2021). Tilinpäätös 2020. [Verkkolähde](#)
30. YLE (2021). KSM: Sairaala Novan hinta kohoaa yli 50 miljoonaa euroa luultua kalliimmaksi – kunnat kauhistuivat. [Verkkolähde](#) [luettu 29.10.2021]
31. Aster (2021). Aster-hanke päättyy. [Verkkolähde](#) [luettu: 22.10.2021]

Alueen erityisteemat

Mielenterveys- ja päihdepalvelujen saatavuus ja palveluprosessit

32. Keski-Suomen sairaanhoitopiiri. 2018. Terveydenhuoltolain mukainen järjestämissuunnitelma. Terveys- ja sosiaalipalvelujen järjestäminen ja tuotanto Keski-Suomessa vuosina 2018–2020. [Verkkolähde](#)
33. Keski-Suomen sairaanhoitopiiri 2021. Terveydenhuoltolain mukainen järjestämissuunnitelma. Terveys- ja sosiaalipalvelujen järjestäminen ja tuotanto Keski-Suomessa vuosina 2021–2023. [Verkkolähde](#)
34. Keski-Suomen sote. Ensilinjan mielenterveys- ja päihdesairaanhoitajan prosessikuvaus. [Verkkolähde](#)

Sote-integraation toteutumisen varmistaminen

35. Keski-Suomen hyvinvointialue 2023. [Verkkolähde](#) [luettu 26.10.2021]
36. Keski-Suomen sairaanhoitopiiri 2021. Terveydenhuoltolain mukainen järjestämissuunnitelma. Terveys- ja sosiaalipalvelujen järjestäminen ja tuotanto Keski-Suomessa vuosina 2021–2023. [Verkkolähde](#) ja [Verkkolähde](#)
37. Keski-Suomi: Tulevaisuuden sote-keskus – Monesta hyvästä yhdeksi parhaista. [Verkkolähde](#) [luettu 26.10.2021]
38. Rakenneuudistusta tukeva alueellinen valmistelu, Keski-Suomi. Versio 1.1 Täsmennetty versio STM:lle valtionavustuspäätösten jälkeen. [Verkkolähde](#)
39. Keski-Suomen digitaalinen sosiaali- ja terveyskeskus. [Verkkolähde](#) [luettu 26.10.2021]

Liite

Hyvinvointialueiden erityisteemat

Etelä-Karjalan hyvinvointialue

- Kuntoutuksen kehittäminen osana peruspalveluja
- Päivystyksellisten palvelujen saatavuus sekä päivystyksellisten palvelujen tarpeen vähentäminen peruspalvelujen saatavuutta parantamalla

Etelä-Pohjanmaan hyvinvointialue

- Ikääntyneiden palveluiden palvelurakenne ja monialaiset palvelukokonaisuudet
- Perustason palveluiden saatavuus ja laatu

Etelä-Savon hyvinvointialue

- Ehkäisevän ja terveyttä ja hyvinvointia edistävän työn järjestäminen alueellisena monialaisena yhteistyönä
- Mielenterveys- ja päihdepalvelujen saatavuus ja laatu ml mielenterveyden edistäminen ja ehkäisevä päihdetyö

Helsingin kaupunki

- Toimenpiteet sosiaali- ja terveydenhuollossa segregaaion, polarisaation ja väestömuutosten (muutto alueelle, ikääntyneiden sekä lasten ja nuorten määränmuutokset) haasteisiin vastaamiseen
- Sote-integraation toteutumisen varmistaminen

Itä-Uudenmaan hyvinvointialue

- Toimenpiteet sosiaali- ja terveydenhuollossa segregaaion, polarisaation ja väestömuutosten (muutto alueelle, ikääntyneiden sekä lasten ja nuorten määrän muutokset) haasteisiin vastaamiseen
- Sote-integraation toteutumisen varmistaminen

Kainuun hyvinvointialue

- Järjestäjän keinot vastata palvelutarpeeseen väestömäärän ja väestörakenteen muuttuessa
- Sote-palveluiden integraatio erityisesti paljon palveluja tarvitsevien monialaisissa palvelukokonaisuuksissa

Kanta-Hämeen hyvinvointialue

- Monialaisia palveluja tarvitsevien asiakkaiden palvelukokonaisuudet
- Palvelujen vaikuttavuuden mittaaminen ja sen kehittäminen

Keski-Pohjanmaan hyvinvointialue

- Ikääntyneiden palveluiden kustannukset ja palvelurakenne
- Perustason palveluiden saatavuuden ja laadun varmistaminen

Keski-Suomen hyvinvointialue

- Mielenterveys- ja päihdepalvelujen saatavuus ja palveluprosessit
- Sote-integraation toteutumisen varmistaminen

Keski-Uudenmaan hyvinvointialue

- Toimenpiteet sosiaali- ja terveydenhuollossa segregaaion, polarisaation ja väestömuutosten (muutto alueelle, ikääntyneiden sekä lasten ja nuorten määrän muutokset) haasteisiin vastaamiseen
- Sote-integraation toteutumisen varmistaminen

Kymenlaakson hyvinvointialue

- Ikääntyvien ja erityisryhmien asumispalveluiden kehittäminen ja monialainen yhteistyö toimintakykyä tukeviksi kokonaisuuksiksi
- Kuntoutuksen kehittäminen osana peruspalveluja

Lapin hyvinvointialue

- Saamenkielisten ja kulttuurinmukaisten sote-palvelujen saatavuus ja osaamisen tarpeet
- Nuorten mielenterveys- ja päihde- ja lastensuojelupalveluiden riittävyys ja palvelujen yhteensovittaminen

Länsi-Uudenmaan hyvinvointialue

- Toimenpiteet sosiaali- ja terveydenhuollossa segregaaation, polarisaation ja väestömuutosten (muutto alueelle, ikääntyneiden sekä lasten ja nuorten määränmuutokset) haasteisiin vastaamiseen
- Sote-integraation toteutumisen varmistaminen

Pirkanmaan hyvinvointialue

- Alueellisen yhdenvertaisuuden vahvistaminen palveluiden saatavuudessa
- Väestöryhmien välisen eriarvoisuuden vähentäminen

Pohjanmaan hyvinvointialue

- Lasten, nuorten ja perheiden mielenterveys- ja päihdepalvelujen järjestäminen
- Työikäisten ja ikääntyneiden mielenterveys- ja päihdepalvelujen järjestäminen

Pohjois-Karjalan hyvinvointialue

- Ehkäisevän ja terveyttä ja hyvinvointia edistävän työn järjestäminen alueellisena monialaisena yhteistyönä
- Perustason palveluiden saatavuus ja laatu

Pohjois-Pohjanmaan hyvinvointialue

- Ikääntyneiden palvelujärjestelmän muutostarpeet ja muutoksen keinot
- Perustason palveluiden saatavuuden ja laadun varmistaminen

Pohjois-Savon hyvinvointialue

- Lastensuojelun toimivat prosessit ja monialainen yhteistyö
- Mielenterveys- ja päihdepalvelujen saatavuus, mukaan lukien mielenterveyden edistäminen ja ehkäisevän päihdetyön monialainen toteutus

Päijät-Hämeen hyvinvointialue

- Akuuttipalvelujen kokonaisuuden kehittäminen (sisältäen Akuutti24 päivystysyksikön, sosiaalipäivystyksen, ensihoidon sekä kotisairaalan)
- Aikuissosiaalityö työikäisten arjen haasteiden tukena (kohderyhmänä erityisesti nuoret aikuiset)

Satakunnan hyvinvointialue

- Mielenterveys ja päihdeasiakkaiden palvelujen saatavuus ja laatu, ml mielenterveyden edistäminen ja ehkäisevä päihdetyö
- Perustason palvelujen saatavuus ja laatu

Vantaan ja Keravan hyvinvointialue

- Toimenpiteet sosiaali- ja terveydenhuollossa segregaaation, polarisaation ja väestömuutosten (muutto alueelle, ikääntyneiden sekä lasten ja nuorten määrän muutokset) haasteisiin vastaamiseen
- Sote-integraation toteutumisen varmistaminen, erityisesti nuorten mielenterveys- ja päihdepalvelujen riittävyys ja palvelujen yhteensovittaminen

Varsinais-Suomen hyvinvointialue

- Korjaavien palvelujen painotuksen vähentäminen ja ennaltaehkäisevien ja peruspalvelujen vahvistaminen
- Sote-integraation toteutumisen varmistaminen