

Työpaperi 7/2022

Juha Koivisto & Heidi Muurinen

Tulevaisuuden sosiaali- ja terveyskeskus -ohjelman hyötytavoitteiden toteutumisen kansallinen seuranta ja arviointi

Syksy 2021

THL vastaa Tulevaisuuden sosiaali- ja terveyskeskus -ohjelman hyötytavoitteiden toteutumisen kansallisesta seurannasta ja arvioinnista. Ohjelma toteutetaan vuosina 2020–2023. Ohjelmassa on mukana 22 alueellista hankekokonaisuutta. THL:n toteuttama seuranta ja arviointi on ns. kehittävä arviointia, jonka tarkoituksena on tukea alueilla tehtävää kehittämistoimintaa hyötytavoitteiden suuntaisesti. Arviointi on osa THL:n antamaa Tulevaisuuden sosiaali- ja terveyskeskus -ohjelman toimeenpanon tukea. Tukitoimia suunnataan arviointitulosten perusteella.

Syksyn 2021 seuranta ja arviointi toteutettiin kokoamalla kansalliset mittaritiedot THL:n tilastotietokannoista, toteuttamalla kysely hakeorganisaatioille ja toteuttamalla oma-arviointi ohjelman hankkeiden toimesta koskien syksyn 2021 kehittämistilannetta alueilla. Tässä raportissa raportoidaan syksyn 2021 arvioinnin tulokset koko maan tasolla. Hankealuekohtaiset arvioinnit löytyvät Julkarista tämän raportin [yhteydestä](#).

Lukijalle

THL vastaa Tulevaisuuden sosiaali- ja terveyskeskus -ohjelman hyötytavoitteiden toteutumisen kansallisesta seurannasta ja arvioinnista. Ohjelma toteutetaan vuosina 2020–2023. THL toteuttaa arvioinnin ohjelman aikana puolivuositain. Ohjelmassa on mukana 22 alueellista hankekokonaisuutta. THL:n toteuttama seuranta ja arviointi on ns. kehittävä arviointia, jonka tarkoituksena on tukea alueilla tehtävää kehittämistoimintaa hyötytavoitteiden suuntaisesti. THL ei pelkästään seuraa ja arvioi hyötytavoitteiden toteutumista, vaan tarvittaessa tekee myös ehdotuksia ja suosituksia alueiden kehittämistoiminnan suuntaamiseksi. Arviointi on osa THL:n antamaa Tulevaisuuden sosiaali- ja terveyskeskus -ohjelman toimeenpanon tukea, ja tukitoimia suunnataan arviointitulosten perusteella. Ohjelman toimeenpanosuunnitelmaa täsmennetään tarvittaessa arviointitulosten perusteella.

Syksyn 2021 seuranta ja arviointi toteutettiin kokoamalla kansalliset mittaritiedot THL:n tilastotietokannoista, toteuttamalla kysely hankeorganisaatioille ja toteuttamalla oma-arviointi hankkeiden toimesta koskien syksyn 2021 kehittämistilannetta alueilla. Tässä raportissa raportoidaan syksyn 2021 arvioinnin tulokset koko maan tasolla. Hankealuekohtaiset arvioinnit löytyvät Julkarista tämän raportin [yhteydestä](#).

Tämä raportti ja hankealuekohtaiset arvioinnit ovat hyödyllistä luettavaa arvioinnin tilaajalle, sosiaali- ja terveysministeriölle, hankealueiden kehittämistoimissa mukana oleville ja tulevien hyvinvointialueiden päättäjille, ohjelman toimeenpanon tuessa mukana oleville THL:ssä, sekä sosiaali- ja terveysalan tutkijoille ja opiskelijoille.

Sisällys

Lukijalle	2
Sisällys	3
Tulevaisuuden sosiaali- ja terveyskeskus -ohjelman hyötytavoitteiden toteutumisen kansallinen seuranta ja arviointi	4
THL:n arviointitehtävä	4
Tulevaisuuden sosiaali- ja terveyskeskus -ohjelman hyötytavoitteet	4
Arviointikehikko	5
Kansalliset seurantamittarit	5
Hankkeiden oma-arviointi	6
Syksyn 2021 arviointi	6
Koko maa	7
Palveluiden yhdenvertaisen saatavuuden, oikea-aikaisuuden ja jatkuvuuden parantaminen	7
Toiminnan painotuksen siirtäminen raskaista palveluista ehkäisevään ja ennakoivaan työhön	9
Palveluiden laadun ja vaikuttavuuden parantaminen	13
Palveluiden monialaisuuden ja yhteentoimivuuden varmistaminen	14
THL:n asiantuntija-arvio	16
Kehittämistilanne syksyllä 2021	16
Hoitoonpääsyssä pientä parannusta, kehittämistoimet moninaisia	17
Psykososiaalisten menetelmien käyttöönotto etenee joutuisasti	17
Palveluiden laatua, vaikuttavuutta ja yhteentoimivuutta kehitetään monin eri tavoin	18
Lähteet	20
Liite 1: Sosiaali- ja teveyskeskus -ohjelman kansalliset seurantamittarit	21
Liite 2. Alueelliset arviointiraportit	26

Tulevaisuuden sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus -ohjelman hyötytavoitteiden toteutumisen kansallinen seuranta ja arviointi

THL:n arviointitehtävä

THL vastaa Tulevaisuuden sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus -ohjelman hyötytavoitteiden toteutumisen kansallisesta seurannasta ja arvioinnista. Ohjelma toteutetaan vuosina 2020–2023. THL toteuttaa arvioinnin ohjelman aikana puolivuositaina. Ohjelmassa on mukana 22 alueellista hankekokonaisuutta. THL:n toteuttama seuranta ja arviointi on ns. kehittävä arviointi, jonka tarkoituksena on tukea alueilla tehtävää kehittämistoimintaa hyötytavoitteiden suuntaisesti. THL ei pelkästään seuraa ja arvioi hyötytavoitteiden toteutumista, vaan tarvittaessa tekee myös ehdotuksia ja suosituksia alueiden kehittämistoiminnan suuntaamiseksi. Arviointi on osa THL:n antamaa Tulevaisuuden sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus -ohjelman toimeenpanon tukea, jota suunnataan arviointitulosten perusteella.

Tulevaisuuden sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus -ohjelman hyötytavoitteet

Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus -ohjelman hyötytavoitteilla kuvataan ohjelman lopullisia päämääriä. Ohjelmalla on viisi tavoitetta, joista viides, kustannusten nousun hillitseminen voidaan saavuttaa muiden tavoitteiden toteutuessa. Digitalisaation edistäminen läpäisee kaikki hyötytavoitteet. (STM 2021.)

1) Palveluiden yhdenvertaisen saatavuuden, oikea-aikaisuuden ja jatkuvuuden parantaminen

Tavoitteena on varmistaa, että perusterveydenhuolto ja sosiaalipalvelut ovat jokaisen saavutettavissa oikea-aikaisesti. Kehittämistyössä otetaan huomioon tuottajakentän monipuolisuus ja lähipalveluiden saavutettavuus. Erityistä huomiota kiinnitetään paljon palveluja tai erityistä tukea tarvitsevien ihmisten palveluiden kehittämiseen. Tavoitteeseen päästään esimerkiksi varmistamalla asiakkaan pääsy kiireettömään hoitoon seitsemän vuorokauden sisällä hoidon tarpeen arvioinnista sekä varmistamalla asiakkaalle pääsy sosiaalipalvelujen yksilölliseen palvelutarpeen arviointiin viipymättä yhteydenotosta.

2) Toiminnan painotuksen siirtäminen raskaista palveluista ehkäisevään ja ennakkoivaan työhön

Tavoitteena on siirtää painopistettä erikoissairaanhoidosta perustasolle. Samoin sosiaalihuollossa painopistettä siirretään varhaiseen tukeen ja matalan kynnyksen palveluihin. Näin ongelmiin päästään puuttumaan ajoissa.

3) Palveluiden laadun ja vaikuttavuuden parantaminen

Tavoitteena on, että laadukas ja vaikuttava sosiaali- ja terveydenhuolto on parhaaseen käytettävissä olevaan tietoon tai näyttöön perustuvaa palvelua, josta asiakas kokee saavansa apua, joka aidosti auttaa ja vastaa tarpeeseen.

4) Palveluiden monialaisuuden ja yhteentoimivuuden varmistaminen

Tavoitteena on palvelujen yhteentoimivuus, jossa palvelut ovat yhteensovitettuja, hoito- ja palveluketjut ovat sujuvia ja sosiaalipalvelujen sekä terveydenhuollon perus- ja erityistason palvelujen yhteensovittaminen eli integraatio ja eri ammattiryhmien välinen yhteistyö on saumatonta.

5) Kustannusten nousun hillitseminen

Tavoitteena on, että muihin tavoitteisiin liittyvät toimenpiteet hillitsevät osaltaan kustannusten kasvua.

Ohjelman hankkeiden tulee kohdistaa kehittämistoimenpiteitä jokaiseen hyötytavoitteeseen, mutta niiden kehittämissisällöt hankkeet määrittelevät itse alueensa tarpeiden perusteella. Jokaisella hankkeella on omanlainen sosiaali- ja terveyskeskuksen kehittämissuunnitelmansa. Hoitoon pääsyn parantaminen sekä kaikenikäisille suunnattujen psykososiaalisten menetelmien käyttöönoton edistäminen tulee kuitenkin sisältyä kaikkiin sosiaali- ja terveyskeskus -ohjelman hankkeisiin. Tässä arvioinnissa ei seurata ja arvioida kehittämistoimien vaikutuksia kustannusten nousun hillintään.

Arviointikehikko

THL seuraa ja arvioi ohjelman hyötytavoitteiden toteutumista kansallisilla seurantamittareilla ja hankkeiden oma-arviointien avulla.

- 1) THL:n tilastotietokannoista saatavilla kansallisilla mittareilla seurataan hankealueilla muutosta suhteessa ohjelman hyötytavoitteisiin. Hankeorganisaatioille kerran vuodessa ohjelman aikana lähetettävällä kyselyllä täydennetään tilastokantojen mittareita ja tietoja. Lisäksi hyödynnetään THL:n ohjelman aikana toteuttamaa erillistä kyselyä psykososiaalisten menetelmien käyttöönoton edistämiseen liittyen.
- 2) Alueiden hankekokonaisuuksien oma-arviointien tuottaman tiedon avulla seurataan hankealueilla toteutettavien kehittämistoimenpiteiden etenemistä, kehitettyjen toimintamallien ja ratkaisujen toimeenpanoa ja käyttöönottoa (prosessitavoitteet) sekä niiden avulla saavutettuja tuloksia (tulostavoitteet).

Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmän ja palvelujen muutosta tarkastellaan tässä arvioinnissa systeemisesti, mikä tarkoittaa sitä, että palvelujärjestelmässä lähes kaikki vaikuttaa kaikkeen. Tietyn hyötytavoitteen alla tehdyt kehittämistoimet voivat generoida muutoksia myös muiden hyötytavoitteiden osalta suuntaan tai toiseen. Myös muiden samanaikaisesti käynnissä olevien ohjelmien kuin sosiaali- ja terveyskeskus -ohjelman kehittämistoimet tuottavat muutosta. Lisäksi toimintaympäristössä tapahtuvat erilaiset muutokset generoivat muutoksia palvelujärjestelmään. Palvelujärjestelmän muutos ja hyötytavoitteiden saavuttaminen ei viime kädessä palaudu tai selity millään tietyllä yhdellä kehittämistoimella tai asialla. Tässä kansallisessa arvioinnissa tehdään kansallisen seurantatiedon ja alueiden hankekokonaisuuksien oma-arviointitiedon avulla tulkintoja ja arviointia siitä, miten hankealueiden kehittämistoimet ovat edesauttaneet ohjelman hyötytavoitteiden saavuttamisessa.

Kansalliset seurantamittarit

THL kokoaa ja analysoi kansallisen seurannan ja arvioinnin mittaritiedot THL:n tilastotietokannoista (Avohilmo, Sotkanet, terveytemme.fi), joihin ne päivittyvät erilaisin frekvenssein. Liitteessä 1 kuvataan arvioinnissa käytettävät kansalliset indikaattorit. Seurantaindikaattorit on luokiteltu eri hyötytavoitteiden alle sen mukaan, minkä hyötytavoitteen toteutumista sen avulla seurataan ensisijaisesti. Myöhemmin seurantaan ja arviointiin voidaan ottaa lisää indikaattoreita, joiden osalta raportoidaan tällöin myös lähtötilanne ajalta ennen ohjelman kehittämistoimien aloitusta.

Hankkeiden kehittämistoimintaa seurataan ohjelman aikana lisäksi kerran vuodessa toteutettavalla kyselyllä (Liite 1, kohdat Kysely), jolla kerätään sellaisia tietoja, joita olemassa olevilla kansallisilla mittareilla ei saada. Hankeorganisaatiot keräävät tiedot kyselyyn alueidensa kunnilta ja/tai yhteistoiminta-alueilta (kuntayhtymä tai vastuukuntamalli). Kyselytiedot eivät pääosaltaan ole vertailukelpoisia hankealueiden kesken, koska alueet voivat laskea määriä eri tavalla. Kyselytiedoilla voidaan kuitenkin seurata muutosta alueiden sisällä. Lisäksi hyödynnettiin THL:n ohjelman aikana toteutettavaa erillistä kyselyä psykososiaalisten menetelmien käyttöönottoon liittyen.

Kansallisilla mittareilla seurataan muutosta koko maan sekä hankealueiden tasolla laaja-alaisesti. Koska hankealueilla on omanlaisensa kehittämissuunnitelmat toimenpiteineen, eivät kaikki hankkeet kohdistu kehittämistoimenpiteitä kaikkiin kansallisesti seurattaviin asioihin ja toisaalla ne voivat kehittää asioita, joiden muutosta ei kansallisesti seurata.

Hankkeiden oma-arviointi

Alueellisten hankkeiden oma-arviointi on keskeinen osa hankkeiden kehittämistoimintaa. Sen avulla hankkeet voivat suunnata ja täsmentää kehittämistoimia. Oma-arviointi tuottaa samalla myös tietoa THL:n tekemää hyötytavoitteiden toteutumisen seuranta ja arviointia varten. Hankkeet toteuttavat oma-arviointia ohjelman aikana kansallisten minimivaatimusten mukaan puolen vuoden välein. Minimivaatimusten mukaan oma-arviointien tulee tuottaa tietoa kehittämisprosessin etenemisestä kohti prosessitavoitteita sekä saavutetuista tuloksista suhteessa tulostavoitteisiin.

Syksyn 2021 arviointi

Syksyn 2021 seuranta ja arviointi toteutettiin kokoamalla kansalliset mittaritiedot THL:n tilastotietokannoista, toteuttamalla kysely hankealueille syyskuussa sekä toteuttamalla oma-arviointi ohjelman hankkeiden toimesta koskien syksyn 2021 kehittämistilannetta alueilla. Lisäksi hyödynnettiin THL:n syyskuussa 2021 tekemää erillistä kyselyä nuorten psykososiaalisten menetelmien käyttöönoton tilannetta koskien.

Kiireettömään hoitoon pääsyn rekisteritietoja tarkastellaan tässä raportissa joko vuoden 2018 tai vuoden 2019 alusta alkaen kolmen kuukauden välein vuoden 2021 lokakuuhun asti. Muita rekisteritietoja tarkastellaan vuosittain tai kahden vuoden frekvensseissä vuodesta 2016 tai vuodesta 2018 alkaen vuoteen 2020 asti. Näistä muista rekisteritiedoista vuoden 2021 tiedot raportoidaan seuraavassa arviointiraportissa elokuussa 2022.

THL:n arviointitiimi ei vastaa rekisteritietoihin mahdollisesti liittyvistä puutteista eikä alueiden mahdollisista sisäisistä tai keskenään erilaisista kirjaamiskäytännöistä. Asiakastytyväisyyteen sekä palvelujen sujuvuuteen ja yhteentoimivuuteen liittyvät arviointitulokset perustuvat kansallisiin ja säännöllisesti toistettaviin kyselytutkimuksiin ja niiden otoksiin.

Hankkeiden oma-arvioinnit perustuvat hankkeiden omiin arviointisuunnitelmiin. Ne tehdään yhteisten kansallisten minimivaatimusten mukaan, mutta ne ovat kaikki käytännössä hieman omanlaisiaan. Hankkeiden oma-arvioinnit löytyvät kokonaisuudessaan [Innokylästä](#).

Koko maa

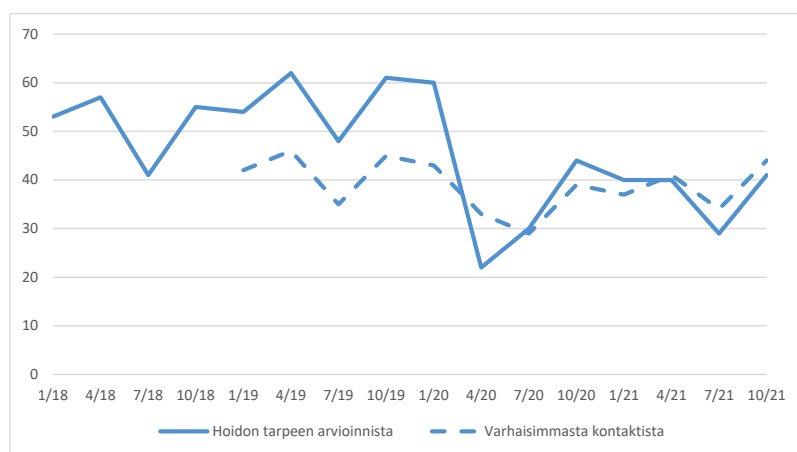
Palveluiden yhdenvertaisen saatavuuden, oikea-aikaisuuden ja jatkuvuuden parantaminen

Pääsy kiireettömään hoitoon ja hoidon jatkuvuus

Suomen hallituksen hoitotakuuta koskevan lakiesityksen mukaan hoitotakuuta tiukennettaisiin perusterveydenhuollossa niin, että jatkossa kiireettömään hoitoon pääsee seitsemän vuorokauden sisällä hoidon tarpeen arvioinnista. Nykyinen hoitotakuu on kolme kuukautta. Hoitotakuu koskisi sekä fyysisiä että psyykkisiä terveysongelmia. Suun terveydenhuollossa hoitoon pääsyn määräaika tiukennettaisiin kuudesta kuukaudesta kolmeen kuukauteen. Hoitoon pääsyn parantaminen tulee sisältyä kaikkiin sosiaali- ja terveyskeskus -ohjelman hankkeisiin (STM 2021.)

Koko maassa on perusterveydenhuollon avosairaanhoidon lääkärin kiireetöntä käyntiä hoidon tarpeen arvioinnista yli seitsemän päivää odottanut vuoden 2018 alusta vuoden 2020 alkuun tarkasteltuna noin 50–60 prosenttia asiakkaista, heinäkuuden aikana jonkin verran vähemmän. Vuoden 2020 huhtikuussa koronapandemian alettua määrä kuitenkin pieneni selvästi, jolloin 22 prosenttia odotti yli seitsemän päivää. Syksyllä 2020 osuus kasvoi jälleen runsaaseen 40 prosenttiin. Sen jälkeen osuus on vaihdellut hieman 40 prosentin ylä- ja alapuolella. Vuoden 2021 osalta hoidon tarpeen arviointiin perustuvien kiireettömien lääkärikäyntien hoitopääsytietojen osuus kaikista kiireettömistä lääkärikäynneistä oli koko maassa 15 prosenttia.

Kun odotusaikaa tarkastellaan varhaisimmasta kontaktista, joka voi olla yhteydenotto, hoidon tarpeen arviointi tai ajanvaraus, niin yli seitsemän päivää lääkärin kiireettömälle käynnille odottaneiden osuus on ollut ennen pandemian alkua jonkin verran pienempi kuin hoidon tarpeen arvioinnista mitattu odottaneiden osuus, mutta sen jälkeen osuudet ovat olleet lähellä toisiaan. Varhaisimman kontaktin mukainen tarkastelu antaa luotettavamman kuvan yli seitsemän päivää odottaneiden osuudesta, koska niitä koskevat hoitopääsytiedot kattavat huomattavasti suuremman osan kaikista kiireettömistä lääkärikäynneistä. Vuoden 2021 osalta varhaisimman kontaktin mukaisten kiireettömien lääkärikäyntien hoitopääsytietojen osuus kaikista kiireettömistä lääkärikäynneistä oli koko maassa 81 prosenttia. (Kuvio 1.)

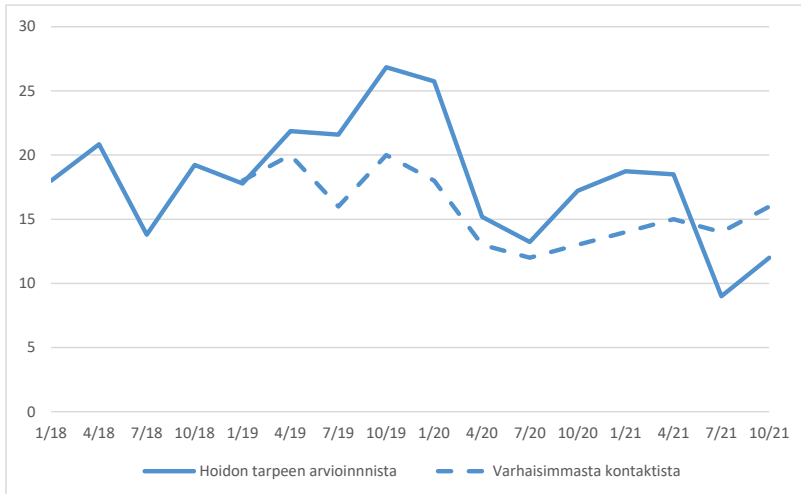


Kuvio 1. Perusterveydenhuollon avosairaanhoidon lääkärin kiireettömän käynnin odotusaika yli 7 pv hoidon tarpeen arvioinnista ja varhaisimmasta kontaktista, % toteutuneista käynneistä

Perusterveydenhuollon avosairaanhoidon sairaan-/terveydenhoitajan kiireetöntä käyntiä hoidon tarpeen arvioinnista yli seitsemän päivää odottaneita on koko maan tasolla ollut vuoden 2018 alusta tarkasteltuna 20 prosentin molemmin puolin. Vuoden 2018 heinäkuun jälkeen osuus alkoi kasvaa ja se oli vuoden 2019 loka-kuussa 27 prosenttia. Huhtikuussa 2020 osuus pieneni 15 prosenttiin koronapandemian alettua. Syksyn 2020 ja kevään 2021 aikana osuus pysyi alle 20 prosentissa. Lokakuussa 2021 osuus oli 12 prosenttia. Vuoden

2021 osalta hoidon tarpeen arviointiin perustuvien kiireettömien sairaan/terveydenhoitajakäyntien hoitoonpääsytietojen osuus kaikista toteutuneista kiireettömistä sairaan/terveydenhoitajakäynneistä oli koko maassa kahdeksan prosenttia.

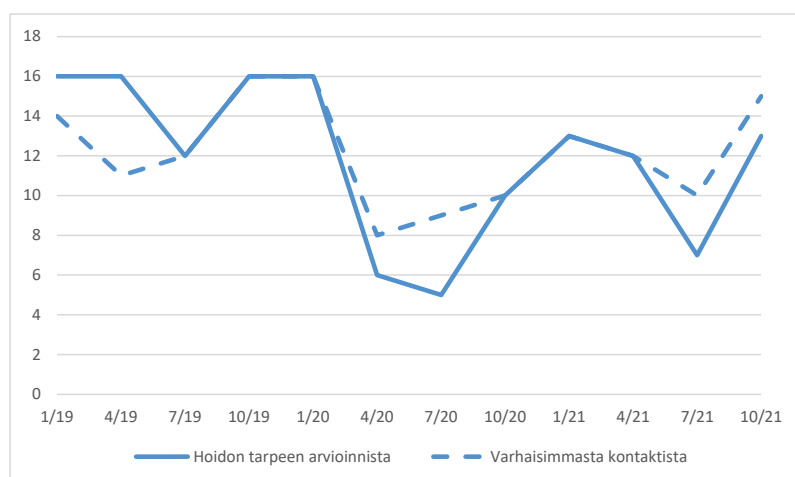
Kun odotusaikaa tarkastellaan varhaisimmasta kontaktista, joka voi olla yhteydenotto, hoidon tarpeen arviointi tai ajanvaraus, niin yli seitsemän päivää odottaneiden osuus on ollut hieman pienempi kuin hoidon tarpeen arvioinnista mitattu odottaneiden osuus kesään 2021 asti. Varhaisimmasta kontaktista tehdyn mittauksen mukainen osuus on vaihdellut vähemmän kuin hoidon tarpeen arvioinnista tehdyn mittauksen mukainen osuus. Vuoden 2021 osalta varhaisimman kontaktin mukaisten kiireettömien sairaan/terveydenhoitajakäyntien hoitoonpääsytietojen osuus kaikista kiireettömistä sairaan/terveydenhoitajan käynneistä oli koko maassa 55 prosenttia. (Kuvio 2.)



Kuvio 2. Perusterveydenhuollon avosairaanhoidon sairaan-/terveydenhoitajan kiireettömän käynnin odotusaika yli 7 pv hoidon tarpeen arvioinnista ja varhaisimmasta kontaktista, % toteutuneista käynneistä

Perusterveydenhuollon suun terveydenhuollon hammaslääkärin kiireetöntä käyntiä yli 90 päivää hoidon tarpeen arvioinnista odottaneiden osuus oli ennen pandemiaa noin 16 prosenttia, mutta osuus putosi keväällä 2020 selvästi alle 10 prosenttiin. Sen jälkeen osuus on taas kasvanut ja se on ollut runsas 10 prosenttia. Vuoden 2021 osalta hoidon tarpeen arviointiin perustuvien kiireettömien hammaslääkärikäyntien hoitoonpääsytietojen osuus kaikista toteutuneista kiireettömistä hammaslääkärikäynneistä oli koko maassa 17 prosenttia.

Kun odotusaikaa tarkastellaan varhaisimmasta kontaktista, joka voi olla yhteydenotto, hoidon tarpeen arviointi tai ajanvaraus, niin yli 90 päivää odottaneiden osuus on ollut suunnilleen yhtä suuri kuin hoidon tarpeen arvioinnista mitattu osuus, paikoitellen kuitenkin hieman suurempi. Vuoden 2021 osalta varhaisimman kontaktin mukaisten kiireettömien hammaslääkärikäynnin hoitoonpääsytietojen osuus kaikista hammaslääkärin kiireettömistä käynneistä oli koko maassa 92 prosenttia. (Kuvio 3.)



Kuvio 3. Perusterveydenhuollon suun terveydenhuollon hammaslääkärin kiireettömän käynnin odotusaika yli 90 pv hoidon tarpeen arvioinnista ja varhaisimmasta kontaktista, % toteutuneista käynneistä

Koko maassa runsas 40 prosenttia asiakkaista kertoi vuonna 2018 asioivansa aina tai usein saman lääkärin kanssa, vuonna 2020 jonkin verran harvempi, vajaa 37 prosenttia asiakkaista. Vuonna 2018 runsas 32 asiakkaista kertoi asioivansa aina tai usein saman hoitajan kanssa, vuonna 2020 29,6 prosenttia. Kummankin ulottuvuuden osalta hoidon jatkuvuus oli siis hieman heikompi vuonna 2020 kuin vuonna 2018.

Pääsy sosiaalialan ammattilaisen kiireettömälle vastaanotolle

Syyskuussa 2021 asiakas sai kiireettömän ajanvarausajan sosiaalityöntekijälle tai sosiaaliohjaajalle lapsiperheiden, työikäisten palveluissa ja iäkkäiden palveluissa pääsääntöisesti alle seitsemässä arkipäivässä. Syyskuussa 2020 neljällä alueella ajan saamisessa kesti yli seitsemän arkipäivää. Syyskuussa 2021 yli seitsemää arkipäivää ajanvarausajan saamisessa kesti lapsiperheiden palveluissa kuudella alueella (8–14 arkipäivää), työikäisten palveluissa kuudella alueella (9–15 arkipäivää, yhdellä alueella 30 arkipäivää) ja iäkkäiden palveluissa viidellä alueella (9–14 arkipäivää).

Vastausten alueiden välisessä vertailussa on kuitenkin haasteita, sillä kyselyn kysymys on voitu ymmärtää eri tavoin. Lisäksi tiedot eivät ole täysin luotettavia, sillä osa alueista ei saanut syyskuun 2021 tietoja kaikilta alueen kunnilta tai yhteistoiminta-alueilta. Toteutettu kysely osoittaaakin tarpeen kehittää sosiaalihuollon saatavuuden ja saavutettavuuden arvioinnin kansallisia mittareita ja seuranta.

Sähköisten palvelujen käytön esteet

Koko massa sosiaali- ja terveydenhuollon asiakkaista 79,5 prosenttia koki vuonna 2020 esteitä ja huolia sähköisten palvelujen käytössä.

Toiminnan painotuksen siirtäminen raskaista palveluista ehkäisevään ja ennakoivaan työhön

Perusterveydenhuolto

Perusterveydenhuollon avosairaanhoidon lääkärikäyntien määrä on vuosina 2016–2020 pienentynyt koko maan tasolla vajaasta tuhannesta käynnistä alle 700 käyntiin tuhatta asukasta kohden. Vuonna 2020 käynnejä oli 678 tuhatta asukasta kohden. Määrä pieneni selvästi edeltävästä vuodesta, mikä johtunee koronapandemiasta. Muiden kuin lääkärikäyntien määrä on pienentynyt vuosina 2016–2020 runsaasta tuhannesta käynnistä runsaaseen 800 käyntiin tuhatta asukasta kohden.

Etäasiointikäyntien osuus kaikista perusterveydenhuollon avohoidon käynneistä on ollut vuosina 2016–2019 20–22 prosenttia, mutta vuonna 2020 määrä kasvaa selvästi ollen runsas 29 prosenttia, mikä lienee

paljolti koronaepidemian generoimaa seurausta, joka osaltaan on jouduttanut etäasiointiratkaisujen kehittämistä ja käyttöönottoa.

Terveyskeskuksen läheteellä erikoissairaanhoidon tulleiden osuus kaikista päätyneistä erikoissairaanhoidon hoitajaksoista on pienentynyt tasaisesti vuosina 2016–2019 runsaasta 40 prosentista runsaaseen 34 prosenttiin. Vuonna 2020 osuus pieni vielä huomattavasti ja oli vajaa 28 prosenttia, mikä sekin lienee pääasiassa koronaepidemian seurausta.

Lastenneuvolan erityisen tuen tarpeen mukaisten käyntien sekä yksilöllisen tarpeen mukaisten terveystarkastusten määrä tuhatta vastaavan ikäistä asukasta kohden on vuoden 2017 jälkeen pienentynyt vuosi vuodelta.

Lapsiperheiden palvelut

Vuosina 2016–2020 niiden lapsiperheiden määrä, jotka ovat olleet kunnan kustantamissa kodin- ja lastenhoitopalveluissa, kasvoi jonkin verran. Vuonna 2020 määrä kuitenkin pieni hieman. Lastensuojelun kodin- ja lastenhoitopalveluissa perheitä on ollut vuosina 2016–2020 tasaisesti 0,4 prosenttia. Sosiaalihuoltolain mukaisessa perhetyössä olleiden lapsiperheiden määrä on kasvanut vuosina 2016–2020 2,3 prosentista yli kolmeen prosenttiin. Vuonna 2020 määrä pieni kuitenkin hieman. Lastensuojelun tehostetussa perhetyössä lapsiperheistä on ollut vuosittain 1,6–1,8 prosenttia. Kodin ulkopuolelle sijoitettujen 0–17-vuotiaiden prosentuaalinen osuus vastaavan ikäisestä väestöstä on vuosina 2016–2020 ollut 1,4–1,6 prosenttia. Määrä on hienoisesti kasvanut tarkastelujaksolla. Kiireellisesti vuoden aikana sijoitettuna olleita 0–17-vuotiaita on viime vuosina ollut 0,4 prosenttia vastaavan ikäisestä väestöstä. (Taulukko 1.)

Taulukko 1. Lapsiperheiden palvelut

		2016	2017	2018	2019	2020
Perheitä kodin- ja lastenhoitopalveluissa, % lapsiperheistä	Koko maa	1,9	2,4	2,3	2,5	2,3
Perheitä lastensuojelun kodin- ja lastenhoitopalveluissa, % lapsiperheistä	Koko maa	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4
Perheitä sosiaalihuoltolain mukaisessa perhetyössä, % lapsiperheistä	Koko maa	2,3	2,5	3,1	3,4	3,1
Perheitä lastensuojelun tehostetussa perhetyössä, % lapsiperheistä	Koko maa	1,6	1,8	1,8	1,8	1,6
Kodin ulkopuolelle sijoitetut 0–17-vuotiaat, % vastaavanikäisestä väestöstä	Koko maa	1,4	1,4	1,5	1,6	1,6
Kiireellisesti vuoden aikana sijoitettuna olleet 0–17-vuotiaat, % vastaavanikäisestä väestöstä	Koko maa	0,3	0,4	0,4	0,4	0,4

Nuorten mielenterveyspalvelut

13–17-vuotiaiden erikoissairaanhoidon nuorisopsykiatrian avohoitokäyntien määrä tuhatta vastaavan ikäistä kohden on vuosina 2016–2020 kasvanut 1041 käynnistä 1215 käyntiin. Suurinta kasvu oli vuonna 2020. Psykiatrian laitoshoidon 13–17-vuotiaiden potilaiden määrä tuhatta vastaavan ikäistä kohden on sekin kasvanut vuosina 2016–2020, 7,9 potilaasta 9,8 potilaaseen.

Kaikkien sosiaali- ja terveyskeskus -ohjelman hankkeiden tulee ottaa käyttöön mielenterveyshäiriöiden ennaltaehkäisyyn ja hoitoon soveltuvia psykososiaalisia menetelmiä nuorten ikäryhmässä ja vuoden 2022 alusta alkaen kaikissa ikäryhmissä.

Masennusoireistoon suunnattu Inter Personal Counseling (IPC) -menetelmä oli syyskuussa 2020 käytössä 14 hankealueella. Koko maassa sen käyttöön oli ennen sosiaali- ja terveyskeskus -ohjelman aloitusta koulutettu noin 271 ammattilaista ja eniten koulutettuja ammattilaisia oli Länsi-Uudellamaalla. Hankeaikana 30.9.2021 mennessä IPC-osaajia oli koko maassa koulutettu 803, joista menetelmää oli käyttänyt 338. Hoitajaksoja IPC-menetelmällä oli aloitettu 778.

Ahdistuneisuusoireiluun suunnattu CoolKids -menetelmä oli syyskuussa 2020 käytössä vain kolmella hankealueella (Länsi-Uusimaa, Pirkanmaan ja Satakunta), joissa sen käyttöön oli koulutettu yhteensä 12 ammattilaista. Hankeaikana 30.9.2021 mennessä CoolKids -osaajia oli koulutettu 66, joista 14 oli käyttänyt menetelmää. Hoitajaksoja oli aloitettu CoolKids-menetelmällä 126. IPT-N-osaajia oli koulutettu 56, joista menetelmää oli käyttänyt 21. (Taulukko 2.) Muita hankealueilla koulutettuja nuorille suunnattuja menetelmiä

olivat Lapset -puheeksi -menetelmä, MDFT-avainterapeutti ja MDFT terapeutti, TF-KKT, KKT ja traumafo-
kusoitu KKT sekä Shortumin lyhytterapia.

Syyskuussa 2021 selvitetiin lähtötilannetta sen osalta, millaisia näyttöön perustuvia psykososiaalisen
hoidon menetelmiä hankealueilla on käytössä muiden ikäryhmien kuin nuorten osalta. Vastauksia tuli run-
saasti ja niissä mainittiin yli 30 erilaista menetelmää tai toimintamallia. Esimerkkeinä näistä ovat: IPC, Cool-
Kids, Ihmeelliset vuodet, Voimaperheet, Lapset puheeksi -menetelmä ja KKT. Vastaukset sisälsivät hyvin
erilaisia toimintamalleja ja menetelmiä ja vastausten perusteella näyttää siltä, että käsitykset näyttöön perus-
tuvan hoidollisen menetelmän määritelmästä vaihtelevat. Lisäksi kyselyn kautta ei ole mahdollista tehdä pää-
telmiä siitä, kuinka laajasti menetelmiä käytetään.

Taulukko 2. Hankeaikana nuorten psykososiaalisiin menetelmiin koulutettujen ja niitä käyttä- neiden määrät

	Koulutetut	Menetelmää käyttäneet	Aloitettut hoitajaksot
IPC-osaaja	803	338	778
IPC-menetelmäohjaaja	28	10	
CoolKids-osaaja	66	14	126
CoolKids-menetelmäohjaaja	0	0	
IPT-N-osaaja	56	21	
Kognitiivisen intervention osaaja	4	0	
Kognitiivisen intervention menetelmäohjaaja	0	0	

Mielenterveyteen ja päihteiden käyttöön liittyvät asioinnit

Mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriöt perusterveydenhuollon lääkärin avosairaanhoidon vastaanoton
käyntisyynä kaikista kirjatuista käyntisyistä on kasvanut vuosina 2016–2020 tasaisesti 3,9 prosentista 5,5
prosenttiin. Päihteiden aiheuttamat ongelmat perusterveydenhuollon lääkärin avosairaanhoidon vastaanoton
käyntisyynä kaikista kirjatuista käyntisyistä on ollut viime vuosina 0,4–0,5 prosenttia.

Päihdehuollon avopalveluissa asiakasmäärä tuhatta asukasta kohden on pienentynyt hieman vuosina
2016–2020, 8,2 asiakkaasta 6,1 asiakkaaseen. Päihteiden vuoksi sairaaloiden ja terveyskeskusten vuodeosas-
toilla hoidettuja potilaita tuhatta asukasta kohden on ollut vuosina 2016–2019 2,8 potilasta, vuonna 2020 2,6
potilasta. Päihdehuollon laitoksissa hoidossa olleiden asiakkaiden määrä tuhatta asukasta kohden on vuosina
2016–2020 aavistuksen pienentynyt, 2,4:stä kahteen asiakkaaseen. Alkoholia liikaa käyttävien osuus 65
vuotta täyttäneistä on tarkastelujaksolla hivenen kasvanut. Vuonna 2020 osuus oli runsas 34 prosenttia. Al-
koholiperäisten kuolemien vuoksi menetettyjen elinvuosien lukumäärää alimmassa tuloviidenneksessä on
hieman pienentynyt viime vuosina.

Ikäihmisten palvelut ja muistisairauksien ennaltaehkäisy

Kotona asuvien 75 vuotta täyttäneiden määrä on kasvanut vuosina 2016–2020 tasaisesti vuosi vuodelta.
Vuonna 2016 määrä oli 90,9 prosenttia vastaavan ikäisestä väestöstä, vuonna 2020 91,9 prosenttia. Omais-
hoidon tuen 75 vuotta täyttäneitä hoidettavia on ollut viime vuosina 4,6–4,8 prosenttia vastaavan ikäisestä
väestöstä. Säännöllisen kotihoidon piirissä olleiden 75 vuotta täyttäneet asiakkaiden määrä on hieman pie-
nentynyt viime vuosina ollen vuonna 2020 15,9 prosenttia vastavanikäisestä väestöstä. Ikääntyneiden taval-
lisen palveluasumisen 75 vuotta täyttäneiden asiakkaiden määrä (31.12) vastaavan ikäisestä väestöstä on pie-
nentynyt vuosina 2016–2020 hieman, 0,9 prosentista 0,7 prosenttiin. Ikääntyneiden tehostetun palveluas-
umisen 75 vuotta täyttäneiden asiakkaiden määrä (31.12.) vastaavan ikäisestä väestöstä on viime vuosina ollut
7,3–7,6 prosenttia. (Taulukko 3.)

Taulukko 3. 75 vuotta täyttäneiden kotihoito ja asumispalvelut

		2016	2017	2018	2019	2020
Kotona asuvat 75 vuotta täyttäneet, % vastaavanikäisestä väestöstä	Koko maa	90,9	91,1	91,3	91,7	91,9
Omaishoidon tuen 75 vuotta täyttäneet hoidettavat vuoden aikana, % vastaavanikäisestä väestöstä	Koko maa	4,7	4,8	4,8	4,8	4,6
Säännöllisen kotihoidon piirissä olleet 75 vuotta täyttäneet asiakkaat, % vastaavanikäisestä väestöstä	Koko maa	17,2	17,4	17	16,5	15,9
Ikääntyneiden tavallisen palveluasumisen 75 vuotta täyttäneet asiakkaat 31.12., % vastaavanikäisestä väestöstä	Koko maa	0,9	0,8	0,7	0,7	0,7
Ikääntyneiden tehostetun palveluasumisen 75 vuotta täyttäneet asiakkaat 31.12., % vastaavanikäisestä väestöstä	Koko maa	7,3	7,5	7,6	7,3	7,3

Kotona asuvien 85 vuotta täyttäneiden määrä on kasvanut vuosina 2016–2020 tasaisesti vuosi vuodelta. Vuonna 2016 määrä oli 80,6 prosenttia vastaavan ikäisestä väestöstä, vuonna 2020 82,4 prosenttia. Omaishoidon tuen 85 vuotta täyttäneitä hoidettavia on ollut viime vuosina 6,7–7,1 prosenttia vastaavan ikäisestä väestöstä. Säännöllisen kotihoidon piirissä olleiden 85 vuotta täyttäneet asiakkaiden määrä on hieman pienentynyt viime vuosina ollen vuonna 2020 32,8 prosenttia vastaavan ikäisestä väestöstä. Ikääntyneiden tavallisen palveluasumisen 85 vuotta täyttäneiden asiakkaiden määrä (31.12.) vastaavan ikäisestä väestöstä on pienentynyt vuosina 2016–2020 aavistuksen, 2,1 prosentista 1,7 prosenttiin. Ikääntyneiden tehostetun palveluasumisen 85 vuotta täyttäneiden asiakkaiden määrä (31.12.) vastaavan ikäisestä väestöstä on viime vuosina ollut 15,6–16,3 prosenttia. (Taulukko 4.)

Taulukko 4. 85 vuotta täyttäneiden kotihoito ja asumispalvelut

		2016	2017	2018	2019	2020
Kotona asuvat 85 vuotta täyttäneet, % vastaavanikäisestä väestöstä	Koko maa	80,6	81,2	81,4	82,4	82,4
Omaishoidon tuen 85 vuotta täyttäneet hoidettavat vuoden aikana, % vastaavanikäisestä väestöstä	Koko maa	6,7	6,9	7,1	6,8	6,7
Säännöllisen kotihoidon piirissä olleet 85 vuotta täyttäneet asiakkaat, % vastaavanikäisestä väestöstä	Koko maa	34,7	34,5	34,5	33,6	32,8
Ikääntyneiden tavallisen palveluasumisen 85 vuotta täyttäneet asiakkaat 31.12., % vastaavanikäisestä väestöstä	Koko maa	2,1	1,8	1,7	1,6	1,7
Ikääntyneiden tehostetun palveluasumisen 85 vuotta täyttäneet asiakkaat 31.12., % vastaavanikäisestä väestöstä	Koko maa	15,6	15,9	16,3	15,8	16,0

Kolmella koko hankealueella oli syyskuussa 2020 ja neljällä syyskuussa 2021 käytössä muistisairauksien ennaltaehkäisyyn tähtäävä elintapaohjauksen toimintamalli. Syyskuussa 2020 yhdellätoista hankealueella toimintamalli oli käytössä osassa kuntia tai yhteistoiminta-alueita ja syyskuussa 2021 kahdella toista.

Syyskuussa 2020 yhdeksällä ja syyskuussa 2021 viidellä hankealueella toimintamalli ei ollut lainkaan käytössä. Syyskuun 2021 kyselystä tosin puuttuvat kokonaan tiedot yhdeltä hankealueelta ja lisäksi hankealueita on vuoden takaiseen verrattuna yksi vähemmän. Lisäksi syyskuun 2021 kyselyvastauksissa tuotiin esiin, että vaikka toimintamalli ei olisi ollut käytössä, vastaavaa toimintaa tehdään muilla tavoin tai toimintamallin käyttöönotto on työn alla.

Sähköisen palvelukanavan kautta annettava ammattihenkilön neuvonta ja ohjaus

Syyskuussa 2021 kaikilla hankealueilla oli tarjolla sähköisen palvelukanavan kautta annettavaa ammattihenkilön neuvontaa ja ohjausta sosiaali- ja terveydenhuoltoon liittyvissä asioissa niin nuorten, työikäisten kuin iäkkäidenkin palveluissa joko koko hankealueella tai osassa hankkeen alueen kunnista ja/tai yhteistoiminta-alueista. Lapsiperheidenkin palveluissa sähköisen palvelukanavan kautta annettavaa ammattihenkilön neuvontaa ja ohjausta oli saatavilla yhtä hankealuetta lukuun ottamatta joko koko alueella tai osassa kunnista/yhteistoiminta-alueista. Syyskuussa 2021 osalta hankealueista puuttui tietoja joistakin alueen kunnista/yhteistoiminta-alueista.

Matalan kynnyksen avoimet fyysiset kohtaamispaikat ja yhteisösosiaalityö

Arviointikyselyssä selvitettiin sellaisten lasten, nuorten ja perheiden sekä kaikille asukkailla suunnattujen matalan kynnyksen avointen kohtaamispaikkojen määrää, joissa on saatavilla sosiaali- ja/tai terveydenhuollon lakisääteistä ohjausta ja neuvontaa (esim. asukastila tai ”yhteinen olohuone”). Kaikille avoimia kohtaamispaikkoja oli vastausten mukaan syyskuussa 2020 yhteensä 266 kappaletta ja syyskuussa 2021 yhteensä 258 kappaletta. Vastaavia, vain lapsille, nuorille ja perheille tarkoitettuja avoimia kohtaamispaikkoja oli syyskuussa 2020 vastausten mukaan yhteensä 191 kappaletta ja syyskuussa 2021 yhteensä 231 kappaletta.

Suurin osa hankealueista arvioi syksyllä 2020 ja 2021, että asteikolla 1–5 yhteisösosiaalityötä (esim. et-sivä sosiaalityö tai erityisryhmien parissa tehtävä sosiaalityö) tehdään asukkaiden tarpeiden kannalta arviotuna jonkin verran (3). Syyskuussa 2020 kolmella ja syyskuussa 2021 kahdella koko hankealueella tarpeisiin voitiin vastata melko hyvin (4) ja syyskuussa 2020 neljällä ja syyskuussa 2021 kolmella alueella taas hieman heikommin (2).

Palveluiden laadun ja vaikuttavuuden parantaminen

Asiakastyytyväisyys ja palvelujen sujuvuus

Asiakkaat ovat olleet koko maassa vuosina 2018 ja 2020 tasaisen tyytyväisiä terveysaseman vastaanottopalveluihin (asteikko 1=täysin eri mieltä – 5=täysin samaa mieltä). Alueiden väliset vaihtelut asiakastyytyväisyydessä ovat olleet hyvin pieniä. Vuonna 2020 asiakastyytyväisyys on vielä hieman parantunut vuoteen 2018 verrattuna. Asiakkaat kokivat vuonna 2020, että heistä välitettiin kokonaisvaltaisesti (4,7), hoitoa koskevat päätökset tehtiin yhteistyössä (4,7), saatu palvelu koettiin hyödylliseksi (4,7) ja tarvittu palvelu/hoido saatiin, kun sitä tarvittiin (4,6). (Taulukko 5.)

Taulukko 5. Asiakastyytyväisyys

		2018	2020
Asiakastyytyväisyys terveysaseman vastaanottopalveluihin: Kohtaaminen, asiakaspalvelu	Koko maa	4,6	4,7
Asiakastyytyväisyys terveysaseman vastaa ottopalveluihin: Osallistuminen päätöksentekoon	Koko maa	4,6	4,7
Asiakastyytyväisyys terveysaseman vastaanottopalveluihin: Palvelun hyödyllisyys	Koko maa	4,6	4,7
Asiakastyytyväisyys terveysaseman vastaanottopalveluihin: Palvelun toteutuminen kohtuullisessa ajassa	Koko maa	4,6	4,6

Myös suun terveydenhuollon palveluun oltiin tyytyväisiä vuonna 2018. Asiakkaat kokivat, että heistä välitettiin kokonaisvaltaisesti (4,7), hoitoa koskevat päätökset tehtiin yhteistyössä (4,7), saatu palvelu koettiin hyödylliseksi (4,8) ja tarvittu palvelu/hoido saatiin, kun sitä tarvittiin (4,6).

Vuonna 2018 terveyspalveluja käyttäneistä 55 prosenttia koki palvelun sujuvaksi, vuonna 2020 54,3. Sosiaalipalveluja vuonna 2018 käyttäneistä 46,1 prosenttia koki palvelun sujuvaksi; vuonna 2020 jonkin verran useampi, 51,6 prosenttia.

Asiakaskohtaisen vaikuttavuuden ja toimintakyvyn mittaaminen

Sosiaalipalveluissa asiakaskohtaisista vaikuttavuuden ja toimintakyvyn mittareista laajimmin käytössä oli RAI-välineistöön kuuluva mittari. Syyskuussa 2020 se oli käytössä 19 hankealueella ja syyskuussa 2021 20 hankealueella, vaikkakaan ei kaikissa alueen kunnissa tai yhteistoiminta-alueilla. Samoin Kykyviisari oli käytössä melko laajasti, syyskuussa 2020 yhteensä 18 ja syyskuussa 2021 yhteensä 19 eri hankealueen kunnissa tai yhteistoiminta-alueilla.

AVAIN-mittarin käyttö oli vähäisempää, mutta kasvanut vuodessa hieman: syyskuussa 2020 se oli käytössä vain kuudella eri alueella ja syyskuussa 2021 kymmenellä alueella, mutta molempina vuosina useimmiten vielä vain yksittäisissä kunnissa. Syyskuussa 2020 kolmella ja syyskuussa 2021 yhdellä hankealueella ei ollut lainkaan käytössä mitään edellä mainituista mittareista.

Lähtötilanteen arviointia koskevan kyselyn mukaan syyskuussa 2020 seuraavia mittareita oli käytössä usealla alueella: Rava-mittari (yhdeksän aluetta), Aikuisväestön Hyvinvointimittari (viisi aluetta), MMSE (viisi aluetta), Arvoa (neljä aluetta), Cerad (neljä aluetta), Audit-testi (kolme aluetta) ja MNA (kolme aluetta).

Syyskuun 2021 kyselyvastausten mukaan AVAIN-mittarin, Kykyviisarin ja RAI-välineistöön kuuluvan mittarien lisäksi 16 hankealuetta oli laajentanut ajalla 1.9.2020-31.8.2021 sosiaalipalveluissa jonkin muun asiakaskohtaisen vaikuttavuuden ja toimintakyvyn mittarin käyttöä. Useimmiten mainittiin Arvoa-mittari (6 aluetta), 3x10D (3 aluetta) ja Audit -kysely (3 aluetta). Seuraavat mittarit mainittiin kukin kahden alueen vastauksissa: Aikuisväestön hyvinvointimittari, Rava-mittari ja Tuva-mittari. Myös Suuntiman kehittäminen asiakkuuksien segmentointiin mainittiin parin alueen vastauksissa. Edellä mainittujen mittarien lisäksi 12 eri mittaria tai toimintamallia sai yksittäisen maininnan alueiden vastauksissa.

Rakenteellinen sosiaalityö

Syksyn 2020 lähtötilanteen arviointikyselyn mukaan rakenteellista sosiaalityötä ei toteutettu kattavasti koko maassa. Yhdeksällä hankealueella ei ollut lainkaan käytössä rakenteellisen sosiaalityön toimintamalleja. Lisäksi lähtötilannetta koskevien vastausten perusteella välittyi kuva, että rakenteellinen sosiaalityö ymmärretään monin eri tavoin ja eritasoisena toimintana. Rakenteellisen sosiaalityön toimintamalleihin oli vastauksissa sisällytetty tiedon tuottamisen tapoja ja lähteitä, menetelmiä ja vaikuttamisen areenoita.

Syksyn 2021 kyselyssä selvitettiin, onko hankealueilla laajennettu rakenteellisen sosiaalityön toteuttamista ajalla 1.9.2020-31.8.2021. Hankealueista 19 ilmoitti laajentaneensa rakenteellisen sosiaalityön toteuttamista. Useimmiten vastauksissa mainittiin sosiaalisen raportoinnin kehittäminen, jota oli tehty 14 hankealueella. Usealla alueella on otettu käyttöön sosiaalisen raportoinnin sähköinen tiedonkeruulomake. Lisäksi muutamissa vastauksissa tuodaan esiin, että sosiaalista raportointia on mallinnettu sekä tiedonkeruuta tai julkaisujen määrää on laajennettu.

Toiseksi useimmiten vastauksissa mainitaan rakenteellisen sosiaalityön työryhmä, jollaisia on perustettu tai joiden toimintaa on laajennettu neljällä hankealueella. Lisäksi vastauksissa tuodaan esiin erilaisiin kehittämishankkeisiin osallistuminen osana rakenteellisen sosiaalityötä, kirjaamisen kehittäminen (minkä kautta asiakastietojärjestelmästä saadaan tarkempia tietoja rakenteellista sosiaalityötä varten) ja yleisesti henkilöstön osaamisen vahvistamista (esim. koulutus, materiaalit). Vastauksissa näkyvät rakenteellisen sosiaalityön inklusiivisuuden muodot. Kolme hanketta kuvaa vastauksissa jalkautuvan sosiaalityön ja -ohjauksen kehittämistä ja yksi alue asiakasraatitoiminnan. Lisäksi yhdellä alueella on panostettu asiakkaiden tiedon kokoamiseen erilaisilla kyselyillä ja asiakasosallisuuden huomioimiseen osana kaupungin hankintaprosesseja.

Vastaukset liittyvät myös tiedon välittämiseen. Yhden alueen vastauksessa kuvataan hyvinvointikertomukseen liittyvää järjestelmällistä tiedonkeruuta ja toisella toimintakertomuksien merkitystä raportoinnille päätöksenteon pohjaksi. Näiden lisäksi tuodaan esiin myös mediayhteistyön vahvistaminen, blogikirjoitukset ja esitykset erilaisissa tilaisuuksissa.

Edellä mainittujen toimintamallien tai -tapojen kehittämisen lisäksi vastauksissa tuotiin jonkin verran esiin erilaisten monialaisen yhteistyön muotojen kehittämistä, kuten monilaisen työparityöskentelyn tai yhteisten hoito- ja palvelusuunnitelmien kehittämistä. Lisäksi mainittiin joitain asiakastyön muotoja kuten sosiaalisen kuntoutuksen ryhmä tai Lapset puheeksi -menetelmä, ja yleisesti koulujen kanssa tehtävä yhteistyö tai harrastustoiminnan tukeminen. Näiden osalta lyhyistä kyselyvastauksista ei kuitenkaan selvinnyt, miten rakenteellinen sosiaalityö kytkeytyy monialaiseen asiakastyöhön tai asiakastyön menetelmiin, kuten ei lähtötilanteen arvioinnissakaan.

Palveluiden monialaisuuden ja yhteentoimivuuden varmistaminen

Päivystyskäynnit ja toistuvat lääkärikäynnit

Päivystyskäyntien määrä perusterveydenhuollossa (ml. yhteispäivystys) on vuosina 2016–2020 ollut koko maan tasolla 400 käynnin molemmin puolin tuhatta asukasta kohden. Vuonna 2020 käyntejä oli 378,8 ja vain hivenen vähemmän kuin vuonna 2019.

Terveyskeskuslääkärin vastaanotolla yli 10 kertaa vuodessa käyneiden osuus kaikista terveyskeskuslääkärin vastaanotolla käyneistä on viime vuosina ollut 1,1 prosenttia, vuonna 2019 kuitenkin 0,9 prosenttia. Vuonna 2020 määrä pieneni 0,5 prosenttiin, mikä lienee pääasiassa koronaepidemian seurausta.

Palvelujen yhteentoimivuus

Palvelujen yhteentoimivuus oli sekä terveys- että sosiaalipalveluja käyttäneiden arvioimana hivenen parantunut vuonna 2020 vuoteen 2018 verrattuna. Koko maassa vuonna 2018 terveyspalveluja käyttäneistä 28,4 prosenttia arvioi pompottelun palvelupisteestä toiseen haitanneen hoidon saantia, vuonna 2020 27 prosenttia. Runsas 48 prosenttia arvioi vuonna 2018 tietojen kyselyn useaan kertaan haitanneen hoidon saantia, vuonna 2020 43,6 prosenttia. Sosiaalipalveluja vuonna 2018 käyttäneistä 37,2 prosenttia arvioi pompottelun palvelupisteestä toiseen haitanneen palvelun saantia, vuonna 2020 vain aavistuksen harvempi, 37,1 prosenttia. Runsas 50 prosenttia sosiaalipalveluja käyttäneistä arvioi vuonna 2018 tietojen kyselyn useaan kertaan haitanneen palvelun saantia, vuonna 2020 runsas 48 prosenttia. (Taulukko 6.)

Taulukko 6. Palvelujen yhteentoimivuus

		2018	2020
Hoidon saantia haittasi pompottelu palvelupisteestä toiseen, (%) terveyspalveluja käyttäneistä	Koko maa	28,4	27
Hoidon saantia haittasi tietojen kysely useaan kertaan, (%) terveyspalveluja käyttäneistä	Koko maa	48,2	43,6
Palvelun saantia haittasi pompottelu palvelupisteestä toiseen, (%) sosiaalipalveluja käyttäneistä	Koko maa	37,2	37,1
Palvelun saantia haittasi tietojen kysely useaan kertaan, (%) sosiaalipalveluja käyttäneistä	Koko maa	51,2	48,2

Yhdessä sovittu toimintamallit Kelan kanssa

Syyskuussa 2021 selvitettiin, onko koko hyvinvointialueella ja Kelalla yhteistä toimintamallia asiakasasioiden käsittelyä varten toimeentulotuen ja muiden etuuksien osalta: 14 hankealueella tällainen toimintamalli oli käytössä, kun vastaava luku syyskuussa 2020 oli 12. Syyskuussa 2021 toimintamalli oli neljällä hyvinvointialueella kehitteillä. Kolmella hyvinvointialueella toimintamalli ei ole käytössä eikä kehitteillä ja yhdeltä hyvinvointialueelta ei saatu vastausta.

Kelan palveluiden (esim. kuntoutusohjaus ja -konsultointi) osalta 12 hyvinvointialueella oli syyskuussa 2021 käytössä yhteinen toimintamalli Kelan kanssa, kun vuotta aiemmin koko alueen kattava toimintamalli oli käytössä yhdeksällä hankealueella. Syyskuussa 2021 Kelan palveluita koskeva toimintamalli oli kehitteillä viidellä hyvinvointialueella. Neljällä hyvinvointialueella toimintamallia ei ollut käytössä eikä kehitteillä ja yhdeltä hyvinvointialueelta ei saatu vastausta.

Sosiaalihuollon erityistä tukea tarvitsevien asiakkaiden tunnistamisen ja yhteistyön osalta koko hyvinvointialueen ja Kelan yhteinen toimintamalli oli sovittu syyskuussa 2021 viidellä hyvinvointialueella, kun vuotta aiemmin koko alueen kattavan toimintamallin ilmoitti olevan käytössä kahdeksan hankealuetta. Epäselväksi jää, miksi lukumäärä on vähentynyt. Kyseinen koko hyvinvointialueen kattava toimintamalli oli kuitenkin kehitteillä 11 hankealueella. Viidellä hankealueella toimintamallia ei oltu kehittämässä ja kuten muidenkin toimintamallia koskevien tietojen osalta, vastausta ei saatu yhdeltä hyvinvointialueelta.

Yhteinen toimintamalli työttömien työ- ja toimintakyvyn tuen tarpeiden arviointia varten

Syyskuun 2020 lähtötilanteen kyselyn mukaan hankealueilla on melko hyvin sovittuna yhteinen toimintamalli työttömien työ- ja toimintakyvyn tuen tarpeiden arviointia varten. Hankealueista 13 ilmoitti, että toimintamalli on sovittu vain osassa kunnista ja/tai yhteistoiminta-alueista, mutta vastausten perusteella yhteinen toimintamalli kattaa kuitenkin suurimman osan näistäkin alueista. Vain yhdellä alueella yhteistä toimintamallia ei ollut sovittu lainkaan.

Syyskuussa 2021 selvitettiin, onko hyvinvointialueilla käytössä koko alueen yhteistä toimintamallia. Kuudella hyvinvointialueella se oli jo käytössä ja 13 kehitteillä. Kolmella hyvinvointialueella toimintamalli ei ollut kehitteillä eikä käytössä. Hyvinvointialueista 11 ilmoitti toimintamallin olevan työkyvyn tuen tiimi ja kuusi ilmoitti kyseessä olevan jokin muu toimintamalli.

THL:n asiantuntija-arvio

Kehittämistilanne syksyllä 2021

Tulevaisuuden sosiaali- ja terveyskeskus -ohjelman hankkeet olivat syksyllä 2021 olleet käynnissä runsaan vuoden. Konkreettisiin kehittämistoimiin hankealueilla oli päästy hieman eriaikaisesti syksyn 2020 aikana. Osa hankkeista rakensi hankeorganisaatiota vielä vuoden 2020 lopulla. Syksyn 2021 aikana tehtiin jo ohjelman täydentäviä rahoitushakemuksia ja muiden sosiaali- ja terveyskeskus -ohjelmaan kytkeytyvien ohjelmien rahoitushakua sekä päivitettiin kehittämissuunnitelmia. Koko ohjelmakautta on toistaiseksi haastanut koronapandemia, joka jossain määrin on hidastanut kehittämistoimintaa ja vienyt siltä resursseja. Kehittämistoiminnan volyyymi alueilla on kaikkienensa mittava, kun samanaikaisesti on käynnissä useita sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämisohjelmia sekä hyvinvointialueiden valmistelu. Näin monen asian yhtäaikainen kehittäminen ei välttämättä ole lopputulemaltaan hyvä. Kehittämistä olisi voinut paremminkin ajoittaa ja jaksottaa.

Tilannekuva ohjelman hankkeiden kehittämistilanteesta syksyn 2021 osalta on moninainen. Hankkeissa oli tehty paljon suunnittelutyötä sekä mallinnettu ja kuvattu uusia toimintamalleja ja ratkaisuja. Koulutuksia oli aloitettu ja osin viety jo päätökseen. Lukuisia pilotteja rajatuissa ympäristöissä oli käynnistynyt ja paikoin oli tehty toimintamallien levittämisen ja käyttöönoton suunnitelmia koko hyvinvointialueelle tai laajemmin alueelle. Yleiskuvaltaan syksyllä 2021 oltiin pilotointivaiheessa, mutta hankkeet eivät oma-arvioinneissaan raportoineet vielä kovinkaan paljon pilotointien tuloksia. Selvimmin kehittämispanostus näkyi hoidon saataavuuden parantamiseen liittyvissä moninaisissa kehittämistoimenpiteissä ja nuorten psykososiaalisten hoitomenetelmien koulutuksissa ja käyttöönoton edistämisessä. Tämä onkin ilmeistä, koska rahoitettavat hankkeet velvoitetaan panostamaan ja parantamaan kyseisiä palveluja.

Alueellisissa hankkeissa on panostettu toistaiseksi lukuisten toimintamallien ja ratkaisujen kehittämiseen ja pilotointiin sekä näiden yhteentoimivuuteen. Lähes kaikissa hankkeissa kuvataan joitakin palveluita, palveluprosesseja, tiettyjen potilasryhmien hoitopolkuja tai palvelukokonaisuuksia. Kuitenkin vain 30 prosenttia hankkeista tuo syksyn oma-arvioinnissa esiin tekevänsä kokonaisten sosiaali- ja terveyskeskusten mallinnuksia ja kuvauksia ja näidenkin alueiden osalta mallinnustyö on vasta aluillansa. Tällaiset mallinnukset ovat tarpeen kokonaiskuvan saamiseksi ja sen estämiseksi, että kehittäminen ei jää yksittäisten toimintamallien ja palvelujen kehittelyksi, sillä koko ohjelman tavoitteenahan on rakentaa täysin uudenlaisia, monialaisia sosiaali- ja terveyskeskuksia Suomeen. Olisi hyödyllistä hankkeille itselleen, THL:n toimeenpanon tuelle, ohjelman arvioinnille sekä uusille aluevaltuustoille ja ohjelman rahoittajalle STM:lle, että hankkeen tekevät vuoden 2022 aikana alueensa sosiaali- ja terveyskeskuksen ensimmäisen mallinnuksen ja kuvauksen. Mallinnus selkeyttäisi kuvaa siitä, millaista kokonaisuutta ollaan kehittämässä. Mallinnus luonnollisesti kehittyisi ohjelman aikana. Se toimisi aloittavien aluevaltuustojen päätöksenteon tukena. Kaikkienensa hankkeissa on liikaa yksittäisiä kehittämistoimenpiteitä. Fokusta tulisi jatkossa kohdentaa huomattavasti enemmän kokonaisuuteen.

Uudenlaisen, monialaisen sosiaali- ja terveyskeskuksen toimivuus edellyttää myös toimintakulttuurin uudistamista, mikä ei näy kovin vahvasti alueiden kehittämishankkeissa. Lisäksi vaikka hankkeissa on paikoitellen tehty toimintamallien ja ratkaisujen koko hyvinvointialuetta tai sen tiettyä aluetta koskevia käyttöönottosuunnitelmia, tulisi asiaan panostaa enemmän. Vaarana on, että ohjelman päätyttyä on saatu aikaiseksi mallinnuksia ja kuvauksia, mutta niiden käyttöönotto ei ole alkanut laajemmin alueella. Minimivaatimus voisi olla, että kehittämisen käyttöönottosuunnitelma on tehty hankkeen aikana, mutta pääasiallisesti käyttöönoton tulisi olla käynnissä jo vuonna 2023, kun uudet hyvinvointialueet ovat aloittaneet.

Hankkeiden oma-arvioinnin tulisi olla kiinteä osa kehittämistoimia sekä tukea ja ohjata kehittämistä. Toistaiseksi hankkeiden raportoinnista oma-arvioinneista jää osittain vaikutelma, että ne jäävät kehittämisestä irrallisiksi raportoinneiksi ja että niiden tekijät kokevat ne hieman ylimääräiseksi työksi, jota tehdään jotakin muuta kuin hankkeen tavoitteiden edistämistä varten. Oma-arvioinnit ovat toistaiseksi olleet paljolti kuvauksia tehdyistä kehittämistoimista ja kehittämisen etenemisestä, eivät niinkään kehittämistä tukevia arviointeja, joita olisi tehty moniäänisesti kehittäjäyhteisössä. Oma-arvioinneista puuttuu toistaiseksi pääosin

saavutettujen tulosten arviointi ja osassa oma-arvioineissa perustellaankin, ettei tulosten arviointi ole vielä tässä vaiheessa ollut mahdollista. Tämä vaikeuttaa myös kansallisen arvioinnin toteuttamista.

Tulevaisuuden sosiaali- ja terveyskeskus -ohjelman hyötytavoitteiden toteutumisen kansallinen arviointi seuraa muutosta mittareilla hyvinvointialueiden ja koko maan tasolla. Koska syksyllä 2021 oltiin vielä paljolti tilanteessa, jossa käynnissä oli runsaasti pilotteja rajatuilla alueilla, ei kehittämisen tuoma muutos ole voinut vielä kovinkaan paljon näkyä koko hyvinvointialueita seuraavissa mittareissa. Kansallinen seuranta päivittyy tässä raportissa pääasiassa vuoden 2020 tiedoilla kiireettömän hoidon odotusaikoja koskevia tietoja ja kyselyllä kerättäviä tietoja lukuun ottamatta. Vuoden 2020 eri tilastotiedoissa aiempiin vuosiin nähden tapahtuneet selvät muutokset ovat pääasiassa koronapandemian generoimia seurauksia.

Uudet hyvinvointialueet aloittavat toimintansa vuoden 2023 alussa ja ne rakentavat aloituksen jälkeen vielä pitkään hallintoaan ja rakenteitaan. Olisi toivottavaa, että vuonna 2023 päästäisiin rakentamaan ja toteuttamaan hankkeissa mallinnettuja, uudenlaisia sosiaali- ja terveyskeskuksia sekä laajemmin levittämään ja ottamaan käyttöön hankkeissa kokeiltuja ja pilotoituja toimintamalleja ja ratkaisuja. Vasta kun tässä on päästy vauhtiin ja konkreettiseen toteuttamiseen, alkaa muutos näkyä kansallisessa arvioinnissa seurattavissa mittareissa ainakin niiden mittareiden osalta, joita seurataan vuoden frekvensseissä. Mahdollinen muutos voi näkyä mittareissa selvemmin vasta ohjelman jo päättyttyä.

Vuosikymmenten aikana muotoutuneiden toimintatapojen ja käytäntöjen muuntaminen on pitkän aikavälin asia. Mullistavaa muutos ei ole syytä odottaa sosiaali- ja terveyskeskus -ohjelman aikana, joka päättyy vuoden 2023 lopulla.

Hoitoonpääsyssä pientä parannusta, kehittämistoimet moninaisia

Lääkärin kiireettömälle käynnille yli seitsemän päivää odottaneiden määrä on syksyn 2020 jälkeen ollut 40 prosentin paikkeilla eli noin 60 prosenttia asiakkaista pääsi lääkärin kiirettömään hoitoon seitsemässä päivässä. Sairaalan/terveydenhoitajan kiireettömälle käynnille odotti lokakuussa 2021 runsas kymmenen prosenttia asiakkaista, vähemmän kuin aiemmin tarkastelujaksolla. Hammaslääkärin kiireetöntä käyntiä yli 90 päivää odottaneiden määrä oli lokakuussa 2021 kasvamassa lähelle pandemiaa edeltävää määrää.

Vaikka kiireettömän hoidon odotusajat näyttävät paremmilta syksyllä 2021 kuin ennen ohjelman aloitusta, voi ohjelman kehittämistoimien vaikutus muutokseen olla vielä vain osittainen. Hoitoon pääsyn parantamiseen on hankkeissa panostettu monin kehittämistoimenpitein, esimerkiksi kehittämällä vastaanottopalvelun moniammatillista tiimityötä, asiakkuuksien segmentointia, vastuutyöntekijämallia ja palveluohjausta, digitaalisia asiointivälineitä ja etävastaanottoja. Nämä kehittämät olivat kuitenkin paljolti vielä suunnittelu- ja/tai pilotointivaiheessa syksyllä 2021. Samanaikaisesti koronapandemia on jossain määrin vähentänyt fyysisiä käyntimääriä, mutta toisaalta lisännyt etäasiointeja. Pandemia on jouduttanut digitaalisten asiointivälineiden ja etävastaanottojen kehittämistä ja käyttöönottoa ohjelmassa.

Syyskuussa 2021 asiakas sai kiirettömän ajanvarausajan sosiaalityöntekijälle tai sosiaalihoitajalle lapsiperheiden, työikäisten palveluissa ja iäkkäiden palveluissa pääsääntöisesti alle seitsemässä arkipäivässä. Yli seitsemää arkipäivää ajanvarausajan saamisessa kesti lapsiperheiden palveluissa kuudella alueella (8–14 arkipäivää), työikäisten palveluissa kuudella alueella (9–15 arkipäivää, yhdellä alueella 30 arkipäivää) ja iäkkäiden palveluissa viidellä alueella (9–14 arkipäivää).

Psykososiaalisten menetelmien käyttöönotto etenee joutuisasti

Nuorten psykososiaalisten menetelmien käyttöönoton osalta kehittämistoimet olivat lähteneet hyvin käyntiin, mikä on seurausta siitä, että niihin panostaminen on hankkeille velvoittavaa. Hankeaikana 30.9.2021 mennessä IPC-osaajia oli koko maassa koulutettu 803, joista menetelmää oli käyttänyt 338. Hoitojaksoja menetelmällä oli aloitettu 778. CoolKids -osaajia oli koulutettu 66, joista 14 oli käyttänyt menetelmää. Hoitojaksoja oli aloitettu menetelmällä 126. IPT-N-osaajia oli koulutettu 56, joista menetelmää oli käyttänyt 21. Myös muihin menetelmiin oli koulutettu, kuten Lapset -puheeksi -menetelmään. Kyselyvastauksista ja oma-arvioinneista ei selviä, kuinka paljon ko. menetelmien käyttöönottoa on toteutettu huomioiden ja suunnitellen

laajemmin mielenterveyspalvelujen rakenteiden ja painotusten muutosta. Pidemmällä tähtäimellä käyttöön-ottojen tulisi vähentää nuorisopsykiatrian avohoitokäyntejä sekä laitoshoidoa.

Toiminnan painotuksen siirtymistä ehkäisevään ja ennakoivaan työhön seurataan kansallisilla mittareilla pääasiassa vuoden frekvensseissä ja seuranta ulottuu tässä raportissa vuoteen 2020, joten kehittämistyön vaikutus ei niissä vielä voi näkyä.

Lapsiperheiden palveluissa olleiden perheiden määrissä ei tarkastelujaksolla ole suuria muutoksia. Joiltain osin määrä pienenee pandemian alkamisvuonna 2020. Kodin ulkopuolelle sijoitettujen 0–17-vuotiaiden prosentuaalinen osuus vastaavan ikäisestä väestöstä on vuosina 2016–2020 kasvanut hienoisesti.

13–17-vuotiaiden erikoissairaanhoidon nuorisopsykiatrian avohoitokäyntien määrä tuhatta vastaavan ikäistä kohden on vuosina 2016–2020 kasvanut ja suurinta kasvu oli vuonna 2020. Psykiatrian laitoshoidon 13–17-vuotiaiden potilaiden määrä tuhatta vastaavan ikäistä kohden on sekin hieman kasvanut vuosina 2016–2020. Niin ikään mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriöt perusterveydenhuollon lääkärin avosairaanhoidon vastaanoton käyntisyynä kaikista kirjatuihin käyntisyistä on kasvanut vuosina 2016–2020 tasaisesti. Pandemia-aika on selvästi tuottanut nuorten mielenterveyteen liittyviä haasteita.

Lapsille, nuorille ja perheille tarkoitettujen avoimien kohtaamispaikkojen määrä on jonkin verran lisääntynyt vuoden 2020 syyskuun jälkeen, mutta korona-aika on tuonut haasteita niiden avoinna pitämisen osalta.

Päihdepalveluissa asiointi on yleisesti hieman vähentynyt vuosina 2016–2020, mutta alkoholia liikaa käyttävien osuus 65 vuotta täyttäneistä on tarkastelujaksolla hivenen kasvanut.

Ikäihmisten kotihoidon ja asumispalvelujen osalta palvelujen piirissä olevien määrissä on vain pieniä heilahteluja vuosina 2016–2020. 75 vuotta ja 85 vuotta täyttäneiden kotona asuvien määrässä on tarkastelujaksolla kasvava trendi. Muistisairauksien ennaltaehkäisyyn tähtäävän elintapaohjauksen toimintamallin käyttöönotto on jonkin verran laajentunut alueilla ohjelman aikana.

Palveluiden laatua, vaikuttavuutta ja yhteentoimivuutta kehitetään monin eri tavoin

Palveluiden laadun ja vaikuttavuuden parantamisen osalta hankkeiden kehittämistoimenpiteiden kirjo on moninainen. Esimerkiksi, osa hankkeista lukee tähän kuuluvaksi uusien palveluratkaisujen ja -mallien kehittämisen, osa laadunhallintajärjestelmien ja -mittareiden kehittämisen, osa tutkimustoiminnan kehittämisen, osa asiakasosallisuuden edistämisen ja asiakastyytyväisyyden mittaamisen kehittämisen sekä osa tiedolla johtamisen kehittämisen.

Alueiden väliset erot tyytyväisyydessä terveysaseman vastaanottopalveluihin ovat olleet hyvin pieniä ja asiakastyytyväisyys on koko maassa ollut hyvää luokkaa vuosina 2018 ja 2020. Vuonna 2020 asiakastyytyväisyys oli asiakaspalautekyselytulosten perusteella vielä hieman parantunut vuoteen 2018 verrattuna, mutta tässä ei vielä voi näkyä sosiaali- ja terveyskeskus -ohjelman kehittämistoimien vaikutus.

Sosiaalipalvelujen AVAIN-arviointimittarin käyttö oli kasvanut hieman syyskuun 2020 jälkeen. Syyskuussa 2021 se oli käytössä kymmenellä alueella. AVAIN-mittarin, Kykyviisarin ja RAI-välineistöön kuuluvan mittarien lisäksi 16 hankealuetta oli laajentanut ajalla 1.9.2020–31.8.2021 sosiaalipalveluissa jonkin muun asiakaskohtaisen vaikuttavuuden ja toimintakyvyn mittarin käyttöä.

Hankealueista 19 ilmoitti laajentaneensa ajalla 1.9.2020–31.8.2021 rakenteellisen sosiaalityön toteuttamista. Useimmiten vastauksissa mainittiin sosiaalisen raportoinnin kehittäminen, jota oli tehty 14 hankealueella. Usealla alueella on otettu käyttöön sosiaalisen raportoinnin sähköinen tiedonkeruulomake.

Palvelujen yhteentoimivuus oli sekä terveys- että sosiaalipalveluja käyttäneiden arvioimana niin ikään hivenen parantunut vuonna 2020 vuoteen 2018 verrattuna. Tämä voi olla seurausta siitä, että Suomessa on viime vuosina monella rintamalla panostettu palvelujen yhteentoimivuuteen ja palveluintegraatioon. Terveyskeskuslääkärin vastaanotolla yli 10 kertaa vuodessa käyneiden osuus kaikista terveyskeskuslääkärin vastaanotolla käyneistä on viime vuosina ollut yhden prosentin tuntumassa. Vuonna 2020 määrä pienenee 0,5 prosenttiin, mikä lienee pääasiassa koronaepidemian seurausta.

Hankkeiden kehittämistoimenpiteet ovat myös palvelujen yhteentoimivuuden ja monialaisuuden osalta moninaiset. Hankkeissa on paljon mietitty ja suunniteltu monialaista tiimityötä, eri palvelujen yhdyspintoja sekä kuvatta palvelu- ja hoitoketjuja, mutta oma-arviointien perusteella näissä ollaan enintään kokeilu- ja

pilottivaiheissa. Koko ohjelma tähtää monialaiseen sosiaali- ja terveyskeskukseen, mutta tämä ajatus on tois-
taiseksi sisältynyt joidenkin alueiden hankkeisiin vain osittain: monialaisen yhteistyön kehittäminen on näiltä
osin ollut terveydenhuoltopainotteista.

Syksyn oma-arvioinnin tiivistelmien perusteella neljä aluetta nostaa esiin sosiaali- ja terveydenhuollon
yhteisen vastaanotto- tai konsultaatiotoiminnan kehittämisen olevan käynnissä. Näiden lisäksi neljä muuta
aluetta kuvaa sosiaali- ja terveydenhuollon yhteisen asiakasohjauksen tai prosessimallien kehittämisen käyn-
nistyneen. Kolme aluetta tuo esiin, että tarve sosiaali- ja terveydenhuollon monialaisen yhteistyön mallien ja
asiakasohjauksen kehittämiseksi on tunnistettu ja sitä ollaan käynnistämässä. Lisäksi useampi alue kuvaa
yhteistyön kehittämisen olevan käynnissä sosiaalihuollon eri palvelutehtävien kesken sekä suhteessa muihin
toimijoihin, kuten työllisyyspalveluihin ja sivistystoimeen, jotka ovatkin sosiaalihuollon luontevia yhteistyö-
kumppaneita. Tulevaisuuden sosiaali- ja terveyskeskus -ohjelman hyötytavoitteiden saavuttamisen kannalta
onkin tärkeää, että hankkeiden jatkokehittämisessä ja myös THL:n toimeenpanon tuessa kiinnitetään hu-
omiota sosiaali- ja terveydenhuollon väliseen yhteistyöhön ja että sosiaali- ja terveyskeskukseen lisäksi myös sosiaalityö
ja -palvelut sisällytetään sosiaali- ja terveyskeskuksen mallinnuksiin.

Lähteet

STM (2021) Tulevaisuuden sosiaali- ja terveyskeskus 2020–2023. Ohjelma ja hankeopas. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2021:27. Sosiaali- ja terveysministeriö, Helsinki 2021.

Liite 1: Sosiaali- ja teveyskeskus -ohjelman kansalliset seurantamittarit

Hyötytavoite 1. Palveluiden yhdenvertaisen saatavuuden, oikea-aikaisuuden ja jatkuvuuden parantaminen

Hyötyta-voite	Mittari	Lähde	Seurantafrekvenssi
HT 1	Perusterveydenhuollon avosairaanhoidon lääkärin kiireettömän käynnin odotusaika yli 7 pv hoidon tarpeen arvioinnista, % toteutuneista käynneistä	Avohilmo	Kolmen kuukauden välein 2018 alkaen
HT 1	Perusterveydenhuollon avosairaanhoidon sairaan-/terveydenhoitajan kiireettömän käynnin odotusaika yli 7 pv hoidon tarpeen arvioinnista, % toteutuneista käynneistä	Avohilmo	Kolmen kuukauden välein 2018 alkaen
HT 1	Perusterveydenhuollon suun terveydenhuollon hammaslääkärin kiireettömän käynnin odotusaika yli 90 pv hoidon tarpeen arvioinnista, % toteutuneista käynneistä	Avohilmo	Kolmen kuukauden välein 2019 tammi-kuusta alkaen
HT 1	Asioi aina tai usein saman lääkärin kanssa (%)	terveytemme.fi; FinSote-tutkimus	Kahden vuoden välein 2018 alkaen
HT 1	Asioi aina tai usein saman hoitajan kanssa (%)	terveytemme.fi; FinSote-tutkimus	Kahden vuoden välein 2018 alkaen
HT 1	Hoidon jatkuvuus -indeksi (Continuity of Care -index, COCI)	Sotkanet	Optio
HT 1	Asiakas saa sosiaalihuollon työntekijälle (sosiaalityöntekijä tai sosiaaliohjaaja) kiireettömän ajanvarausajan ajanvarauspyynnöstä syyskuussa 202X Lapsiperheiden, työikäisten ja iäkkäiden palveluissa	Kysely hankkeille	Kerran vuodessa 2020 syyskuusta alkaen
HT 1	Kokenut esteitä ja huolia sähköisten palvelujen käytössä (%)	terveytemme.fi, FinSote-tutkimus	Kahden vuoden välein 2020 alkaen

Hyötytavoite 2: Toiminnan painotuksen siirtäminen raskaista palveluista ehkäisevään ja ennakoivaan työhön

Hyötyta-voite	Mittari	Lähde	Seurantafrekvenssi
HT 2	Perusterveydenhuollon avosairaanhoidon lääkärikäynnit yhteensä / 1 000 asukasta	Sotkanet ind. 4123	Kerran vuodessa 2016 alkaen
HT 2	Perusterveydenhuollon avosairaanhoidon muut kuin lääkärikäynnit yhteensä / 1 000 asukasta	Sotkanet ind. 4124	Kerran vuodessa 2016 alkaen
HT 2	Etäasiointikäynnit, % perusterveydenhuollon avohoidon käynneistä	Sotkanet, ind. 5004	Kerran vuodessa 2016 alkaen
HT 2	Terveyskeskuksen läheteellä erikoissairaanhoidon tulleet, % kaikista päättyneistä erikoissairaanhoidon hoitajakoista	Sotkanet ind. 3051	Kerran vuodessa 2016 alkaen
HT 2	Lastenneuvolan erityisen tuen tarpeen mukaiset käynnit ja yksilöllisen tarpeen mukaiset terveystarkastukset / 1000 vastaavankäistä asukasta	Sotkanet ind. 5110	Kerran vuodessa 2016 alkaen
HT2	Kasvatus- ja perheneuvoloiden asiakkaat vuoden aikana, kunnan kustantamat palvelut	Sotkanet, ind. 1919	Kerran vuodessa 2016 alkaen
HT 2, 1	Perheitä kodin- ja lastenhoitopalveluissa, % lapsiperheistä	Sotkanet ind. 3519	Kerran vuodessa 2016 alkaen

HT 2	Perheitä lastensuojelun kodin- ja lastenhoitopalveluissa, % lapsiperheistä	Sotkanet ind. 3517	Kerran vuodessa 2016 alkaen
HT 2	Perheitä sosiaalihuoltolain mukaisessa perhetyössä, % lapsiperheistä	Sotkanet ind. 3518	Kerran vuodessa 2016 alkaen
HT 2	Perheitä lastensuojelun tehostetussa perhetyössä, % lapsiperheistä	Sotkanet ind. 3516	Kerran vuodessa 2016 alkaen
HT 2	Kodin ulkopuolelle sijoitetut 0–17-vuotiaat, % vastaavanikäisestä väestöstä	Sotkanet ind. 191	Kerran vuodessa 2016 alkaen
HT 2	Kiireellisesti vuoden aikana sijoitettuna olleet 0–17-vuotiaat, % vastaavanikäisestä väestöstä	Sotkanet ind. 1078	Kerran vuodessa 2016 alkaen
HT 2	Erikoissairaanhoidon avohoitokäynnit, nuorisopsykiatria / 1 000 13–17-vuotiasta	Sotkanet ind. 2484	Kerran vuodessa 2016 alkaen
HT 2	Psykiatrian laitoshoidon 13–17-vuotiaat potilaat / 1 000 vastaavanikäistä	Sotkanet ind. 2573	Kerran vuodessa 2016 alkaen
HT 2	Nuorten mielenterveyshäiriöiden ennaltaehkäisyyn ja hoitoon soveltuvien psykososiaaliset menetelmien ohjaaja- ja osaajakoulutukset sekä aloitetut hoitajakset hankeajana: Masennusoireistoon suunnattu Inter Personal Counseling (IPC) -menetelmä Ahdistuneisuusoireiluun suunnattu CoolKids -menetelmä Muut menetelmät	Erilliskysely hankkeille	Puolen vuoden välein
HT 2	Mitä muille ikäryhmille kuin nuorille suunnattuja näyttöön perustuvia psykososiaalisen hoidon menetelmiä hankealueella on käytössä syyskuussa 202X <ul style="list-style-type: none"> • ikäryhmä • menetelmä • kunta/yhteistoiminta-alue 	Kysely	Syksyllä 2021
HT 2	Mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriöt pl. päihteiden käytön ongelmat perusterveydenhuollon lääkärin avosairaanhoidon vastaanoton käyntisyynä, % kirjatusta käyntisyistä	Sotkanet ind. 5012	Kerran vuodessa 2016 alkaen
HT 2	Päihteiden aiheuttamat ongelmat perusterveydenhuollon lääkärin avosairaanhoidon vastaanoton käyntisyynä, % kirjatusta käyntisyistä	Sotkanet ind. 5013	Kerran vuodessa 2016 alkaen
HT 2	Päihdehuollon avopalveluissa asiakkaita / 1000 asukasta	Sotkanet ind. 1271	Kerran vuodessa 2016 alkaen
HT 2	Päihteiden vuoksi sairaaloiden ja terveyskeskusten vuodeosastoilla hoidetut potilaat / 1000 asukasta	Sotkanet, ind. 1278	Kerran vuodessa 2016 alkaen
HT 2	Päihdehuollon laitoksissa hoidossa olleet asiakkaat / 1 000 asukasta	Sotkanet, ind. 1270	Kerran vuodessa 2016 alkaen
HT 2	Alkoholia liikaa käyttävien osuus (AUDIT-C) (%), 65-vuotta täyttäneet	Sotkanet, ind. 4413	Kahden vuoden välein
HT 2	Alkoholikuolemat, menetetyt elinvuodet (PYLL) ikävälillä 25–80 vuotta / 100 000	Sotkanet, ind. 3962	Kerran vuodessa 2016 alkaen
HT 2	Huumeiden käyttäjien terveysneuvontapisteiden asiakkaat / 100 000 asukasta	Sotkanet, ind. 5082	Kerran vuodessa 2016 alkaen
HT 2	C-hepatiitti-infektioita (kaikki tartuntatavat yhteensä) / 100 000 asukasta	Sotkanet, ind. 3172	Kerran vuodessa 2016 alkaen
HT 2	Kotona asuvat 75 vuotta täyttäneet, % vastaavanikäisestä väestöstä	Sotkanet, ind. 1570	Kerran vuodessa 2016 alkaen
HT 2	Kotona asuvat 85 vuotta täyttäneet, % vastaavanikäisestä väestöstä	Sotkanet, ind. 1251	Kerran vuodessa 2016 alkaen

HT 2	Säännöllisen kotihoidon piirissä olevat 75 vuotta täyttäneet, % vastaavanikäisestä väestöstä	Sotkanet ind. 5513	Kerran vuodessa 2016 alkaen
HT 2	Säännöllisen kotihoidon piirissä olevat 85 vuotta täyttäneet, % vastaavanikäisestä väestöstä	Sotkanet ind. 5512	Kerran vuodessa 2016 alkaen
HT 2	Omaishoidon tuen 75 vuotta täyttäneet hoidettavat vuoden aikana, % vastaavanikäisestä väestöstä	Sotkanet ind. 3262	Kerran vuodessa 2016 alkaen
HT 2	Omaishoidon tuen 85 vuotta täyttäneet hoidettavat vuoden aikana, % vastaavanikäisestä väestöstä	Sotkanet ind. 3506	Kerran vuodessa 2016 alkaen
HT 2	Ikääntyneiden tavallisen palveluasumisen 75 vuotta täyttäneet asiakkaat 31.12., % vastaavanikäisestä väestöstä	Sotkanet ind. 3544	Kerran vuodessa 2016 alkaen
HT 2	Ikääntyneiden tavallisen palveluasumisen 85 vuotta täyttäneet asiakkaat 31.12., % vastaavanikäisestä väestöstä	Sotkanet ind. 3545	Kerran vuodessa 2016 alkaen
HT 2	Ikääntyneiden tehostetun palveluasumisen 75 vuotta täyttäneet asiakkaat 31.12., % vastaavanikäisestä väestöstä	Sotkanet ind. 3261	Kerran vuodessa 2016 alkaen
HT 2	Ikääntyneiden tehostetun palveluasumisen 85 vuotta täyttäneet asiakkaat 31.12., % vastaavanikäisestä väestöstä	Sotkanet ind. 3507	Kerran vuodessa 2016 alkaen
HT 2	Alueella on käytössä muistisairauksien ennaltaehkäisyyn tähtäävä elintapaohjauksen toimintamalli	Kysely hankkeille	Kerran vuodessa 2020 alkaen
HT 2	Hankealueella on tarjolla sähköisen palvelukanavan kautta annettavaa ammattihenkilön neuvontaa ja ohjausta sosiaali- ja terveydenhuoltoon liittyvissä asioissa Lapsiperheiden/nuorten/työikäisten/ikäntyneiden palveluissa	Kysely hankkeille	Kerran vuodessa 2020 alkaen
HT 2	Alueella on lasten, nuorten ja perheiden matalan kynnyksen avoimia fyysisiä kohtaamispaikkoja (esim. asukastila tai ”yhteinen olohuone”), jossa on saatavilla sosiaali- ja/tai terveydenhuollon lakisääteistä ohjausta ja neuvontaa	Kysely hankkeille	Kerran vuodessa 2020 alkaen
HT 2	Alueella on kaikille asukkaille tarkoitettuja matalan kynnyksen avoimia fyysisiä kohtaamispaikkoja (esim. asukastila tai ”yhteinen olohuone”), joissa saatavilla sosiaali- ja terveydenhuollon lakisääteistä ohjausta ja neuvontaa	Kysely hankkeille	Kerran vuodessa 2020 alkaen
HT 2	Hankealueen sosiaalitoimessa tehdään yhteisösozialityötä, kuten etisvää sosiaalityötä tai erityisryhmien parissa tehtävää sosiaalityötä Yhteisösozialityötä tehdään hankealueen kunnissa/yhteistoiminta-alueella asukkaiden tarpeiden kannalta: 1 – 5 (1 = ei lainkaan, 5= tarpeita vastaavalla tavalla)	Kysely hankkeille	Kerran vuodessa 2020 alkaen
HT 2	Liikuntapalvelujen ja sosiaali- ja terveyspalvelujen yhdessä sopima liikuntaneuvonnan palveluketju käytössä <ul style="list-style-type: none"> • kunnissa, % • yhteistoiminta-alueilla, % 	Teaviisari	

Hyötötavoite 3: Palveluiden laadun ja vaikuttavuuden parantaminen

Hyöty-tavoite	Mittari	Lähde	Seurantafrekvenssi
HT 3	Asiakastyytyväisyys terveysaseman vastaanottopalveluihin: Palvelun toteutuminen kohtuullisessa ajassa	Sotkanet ind. 5386	Kahden vuoden välein 2018 alkaen
HT 3	Asiakastyytyväisyys terveysaseman vastaanottopalveluihin: Kohtaaminen, asiakaspalvelu	Sotkanet ind. 5375	Kahden vuoden välein 2018 alkaen
HT 3	Asiakastyytyväisyys terveysaseman vastaanottopalveluihin: Osallistuminen päätöksentekoon	Sotkanet ind. 5377	Kahden vuoden välein 2018 alkaen

HT 3	Asiakastyytyväisyys terveysaseman vastaanottopalveluihin: Palvelun hyödyllisyys	Sotkanet ind. 5376	Kahden vuoden välein 2018 alkaen
HT 3	Suun terveydenhuollon asiakkaiden palvelun toteutuminen kohtuullisessa ajassa	Sotkanet ind. 5119	Kolmen vuoden välein 2018 alkaen
HT 3	Suun terveydenhuollon asiakastyytyväisyys: Palvelun hyödyllisyys	Sotkanet ind. 5116	Kolmen vuoden välein 2018 alkaen
HT 3	Suun terveydenhuollon asiakastyytyväisyys: Osallistuminen päätöksentekoon	Sotkanet ind. 5248	Kolmen vuoden välein 2018 alkaen
HT 3	Suun terveydenhuollon asiakastyytyväisyys: Kohtaaminen, asiakaspalvelu	Sotkanet ind. 5115	Kolmen vuoden välein 2018 alkaen
HT 3, 4	Koki palvelun sujuvaksi, (%) terveystalvuita käyttäneistä	terveytemme.fi; Finsote-tutkimus	Kahden vuoden välein 2018 alkaen
HT 3, 4	Koki palvelun sujuvaksi, (%) sosiaalipalveluita käyttäneistä	terveytemme.fi; Finsote-tutkimus	Kahden vuoden välein 2018 alkaen
HT 3	Asiakaskohtaisia vaikuttavuuden ja toimintakyvyn mittareita on sosiaalipalveluissa käytössä, syyskuussa 202X, xx % kuntapohjaisen alueen kunnista, yhteistoiminta-alueella? AVAIN Kykyviisari RAI-välineistöön kuuluva mittari Onko jonkin muun sosiaalipalvelujen asiakaskohtaisen vaikuttavuuden ja toimintakyvyn mittarin käyttöönottoa laajennettu hankealueella ajalla xxx-xxx?	Kysely hankkeille	Kerran vuodessa 2020 alkaen
HT 3	Onko rakenteellisen sosiaalityön toteuttamista laajennettu hankealueella ajalla xxx – xxx? <ul style="list-style-type: none">1–3 toimintatapaa, joita otettu käyttöön tai käyttöönottoa laajennettu	Kysely hankkeille	Kerran vuodessa 2020 alkaen

Hyötytavoite 4. Palveluiden monialaisuuden ja yhteentoimivuuden varmistaminen

Hyöty-tavoite	Mittari	Lähde	Seurantafrekvenssi
HT 4	Päivystyskäynnit perusterveydenhuollossa (ml. yhteispäivystys) / 1 000 asukasta	Sotkanet ind. 5081	Kerran vuodessa 2016 alkaen
HT 4	Käyntimäärä hankealueen yhteispäivystyksessä	Kysely hankkeille	Kerran vuodessa 2020 alkaen
HT 4	Terveyskeskuslääkärin vastaanotolla yli 10 kertaa vuodessa käyneet, % terveyskeskuslääkärin vastaanotolla käyneistä	Sotkanet ind. 5021	Kerran vuodessa 2016 alkaen
HT 4	Yli 75-vuotiaiden ensihoidon kuljetusten määrä alueella	Kysely hankkeille	Kerran vuodessa 2020 alkaen
HT 4	Hoidon saantia häittäsi pompottelu palvelupisteestä toiseen, % terveystalvuita käyttäneistä	terveytemme.fi; FinSote-tutkimus	Kahden vuoden välein 2018 alkaen
HT 4	Hoidon saantia häittäsi tietojen kysely useaan kertaan, % terveystalvuita käyttäneistä	terveytemme.fi; FinSote-tutkimus	Kahden vuoden välein 2018 alkaen

HT 4	Palvelun saantia haittäsi pompottelu palvelupisteestä toiseen, % sosiaalipalveluja käyttäneistä	terveytemme.fi; FinSote-tutkimus	Kahden vuoden välein 2018 alkaen
HT 4	Palvelun saantia haittäsi tietojen kysely useaan kertaan, % sosiaalipalveluja käyttäneistä	terveytemme.fi; FinSote-tutkimus	Kahden vuoden välein 2018 alkaen
HT 4	Onko alueella sovittu koko hyvinvointialueen ja Kelan yhteinen toimintamalli asiakasasioiden käsittelyä varten seuraavilla osa-alueilla? a) Toimeentulotuki ja muut etuudet b) Kelan palvelut (esim. kuntoutusohjaus ja -konsultointi) c) Sosiaalihuollon erityistä tukea tarvitsevien asiakkaiden tunnistaminen ja yhteistyö	Kysely hankkeille	Kerran vuodessa 2020 alkaen
HT 4	Onko alueella sovittu koko hyvinvointialueen yhteinen toimintamalli työttömien työ- ja toimintakyvyn tuen tarpeiden arviointia varten? • käytössä/kehitteillä/ei • työkyvyn tuen tiimi/muu toimintamalli	Kysely hankkeille	Kerran vuodessa 2020 alkaen
NT 4	Miten alueen hankkeessa on tähän mennessä vahvistettu sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisten yhteistyötä, jotta asiakkaan tilanne voidaan arvioida kokonaisuutena ja hän saa tarvittavan avun ja tuen yhdellä yhteydenotolla?	Kysely hankkeille	Kerran vuodessa 2021 alkaen

Liite 2. Alueelliset arviointiraportit

Julkaisun liitteet on tallennettu pdf-tiedostoina [julkaisuarkistoon](#). Alla suorat linkit alueiden raportteihin.

Länsi-Suomen yhteistyöalue

[Varsinais-Suomen arviointiraportti](#)

[Satakunnan arviointiraportti](#)

[Pohjanmaan arviointiraportti](#)

Sisä-Suomen yhteistyöalue

[Pirkanmaan arviointiraportti](#)

[Etelä-Pohjanmaan arviointiraportti](#)

[Kanta-Hämeen arviointiraportti](#)

Pohjois-Suomen yhteistyöalue

[Pohjois-Pohjanmaan arviointiraportti](#)

[Kainuun arviointiraportti](#)

[Keski-Pohjanmaan arviointiraportti](#)

[Lapin arviointiraportti](#)

Itä-Suomen yhteistyöalue

[Pohjois-Savon arviointiraportti](#)

[Etelä-Savon arviointiraportti](#)

[Keski-Suomen arviointiraportti](#)

[Pohjois-Karjalan arviointiraportti](#)

Etelä-Suomen yhteistyöalue

[Etelä-Karjalan arviointiraportti](#)

[Kymenlaakson arviointiraportti](#)

[Päijät-Hämeen arviointiraportti](#)

[Helsingin arviointiraportti](#)

[Länsi-Uudenmaan arviointiraportti](#)

[Keski-Uudenmaan arviointiraportti](#)

[Itä-Uudenmaan arviointiraportti](#)

[Vantaa-Keravan arviointiraportti](#)