

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

Loppuraportti

Juha Koivisto & Heidi Muurinen

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

Tämä kevään 2024 seuranta ja arviointi oli ohjelman viimeinen arviointi ja se toteutettiin koko maan ja hyvinvointialueiden tasolla. Arviointiaineistona hyödynnettiin kansallisia mittaritietoja THL:n tilastotietokannoista ja valtionhallinnon hankesalkusta, syksyllä 2023 alueille tehtyä kyselyä sekä alueiden oma-arviointeja. Hyvinvointialuekohtaiset arvioinnit löytyvät Julkarista tämän raportin yhteydestä.

Lukijalle

THL vastasi Tulevaisuuden sosiaali- ja terveyskeskus -ohjelman hyötytavoitteiden toteutumisen kansallisesta seurannasta ja arvioinnista. Ohjelma toteutettiin vuosina 2020–2023. THL toteutti arvioinnin ohjelman aikana puolivuositain. Ohjelmassa oli mukana 22 alueellista hankekokonaisuutta. THL:n toteuttama seuranta ja arviointi oli ns. kehittävää arviointia, jonka tarkoituksena oli tukea alueilla tehtävää kehittämistoimintaa hyötytavoitteiden suuntaisesti. THL ei pelkästään seurannut ja arvioinut hyötytavoitteiden toteutumista, vaan teki tarvittaessa myös ehdotuksia ja suosituksia alueiden kehittämistoiminnan suuntaamiseksi. Arviointi oli osa THL:n antamaa Tulevaisuuden sosiaali- ja terveyskeskus -ohjelman toimeenpanon tukea. THL:n hanke-toimiston tukitoimia suunnattiin arviointitulosten perusteella.

Kevään 2024 seuranta ja arviointi toteutettiin koko maan ja 22 hankealueen tasolla kokoamalla kansalliset mittaritiedot THL:n tilastotietokannoista ja valtionhallinnon hankesalkusta. Perusterveydenhuollon kii-reetöntä hoitoon pääsyä seurattiin kolmen kuukauden välein, ja keväällä seuranta ulottui vuoden 2024 huhti-kuuhun asti. Psykososiaalisten menetelmien koulutuksiin liittyviä tietoja seurattiin vuoden 2023 loppuun asti. Muita mittareita seurattiin pääasiassa vuoden tai kahden vuoden frekvensseissä, ja tässä raportissa raportoi-daan pääasiassa tietoja vuosilta 2016–2023.

Tämä työpaperi on hyödyllistä luettavaa arvioinnin tilaajalle, sosiaali- ja terveysministeriölle, hyvinvointialueiden kehittämistoimissa mukana oleville kehittäjille ja ammattiaisille sekä hyvinvointialueiden päättäjille ja johtajille, THL:n asiantuntijoille, sekä sosiaali- ja terveysalan tutkijoille ja opiskelijoille.

Tiivistelmä

Juha Koivisto, Heidi Muurinen. Tulevaisuuden sosiaali- ja terveyskeskus -ohjelman hyötytavoitteiden toteutumisen kansallinen seuranta ja arviointi. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL). Työpaperi 47/2024. 44 sivua. Helsinki 2024. ISBN 978-952-408-347-8 (verkkojulkaisu)

Tämä raportti on Tulevaisuuden sosiaali- ja terveyskeskus -ohjelman hyötytavoitteiden toteutumisen kansallisen seurannan ja arvioinnin loppuraportti. Ohjelma toteutettiin vuosina 2020–2023. THL toteutti arvioinnin ohjelman aikana puolivuosisittain. Ohjelmassa oli mukana 22 alueellista hankekokonaisuutta. THL:n toteuttama seuranta ja arviointi oli ns. kehittävä arviointia, jonka tarkoituksena oli tukea alueilla tehtävää kehittämistoimintaa hyötytavoitteiden suuntaisesti. Arviointi oli osa THL:n antamaa Tulevaisuuden sosiaali- ja terveyskeskus -ohjelman toimeenpanon tukea.

Hyötytavoitteiden arviointi ja seuranta toteutettiin koko maan ja 22 hankealueen tasolla kokoamalla kansalliset mittaritiedot THL:n tilastotietokannoista ja valtionhallinnon hankesalkusta. Lisäksi hyödynnettiin hankkeiden tekemiä oma-arviointeja

Tässä raportissa kuvataan ensin THL:n arviointitehtävä ja -asetelma. Sen jälkeen seurannan ja arvioinnin tuloksia tarkastellaan ohjelman neljän hyötytavoitteen mukaisesti, jotka olivat 1) palveluiden yhdenvertaisen saatavuuden, oikea-aikaisuuden ja jatkuvuuden parantaminen, 2) toiminnan painotuksen siirtäminen raskeista palveluista ehkäisevään ja ennakoivaan työhön, 3) palveluiden laadun ja vaikuttavuuden parantaminen ja 4) palveluiden monialaisuuden ja yhteentoimivuuden varmistaminen. Tässä arvioinnissa ei seurattu ja arvioitu kehittämistoimien vaikutuksia kustannusten nousun hillintään, joka oli ohjelman viides hyötytavoite.

Raportin lopussa tehdään THL:n asiantuntija-arviointi ohjelman saavutuksista hyötytavoitteittain ja tehdään suosituksia tulevia kansallisia sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämissuunnitelmia koskien.

Avainsanat: seuranta, arviointi, sote-keskus-ohjelma, hyötytavoitteet

Sisällys

Lukijalle	2
Tiivistelmä	3
Sisällys	4
Tulevaisuuden sosiaali- ja terveyskeskus -ohjelman hyötytavoitteiden toteutumisen kansallinen seuranta ja arviointi	5
THL:n arviointitehtävä	5
Tulevaisuuden sosiaali- ja terveyskeskus -ohjelman hyötytavoitteet	5
Arviointikehikko	6
Kansalliset seurantamittarit	6
Hankkeiden oma-arviointi	7
Kevään 2024 arviointi.....	7
Aikaisemmat arvioinnit.....	7
Koko maa	8
Palveluiden yhdenvertaisen saatavuuden, oikea-aikaisuuden ja jatkuvuuden parantaminen	8
Pääsy kiireettömään hoitoon	8
Hoidon jatkuvuus	10
Pääsy sosiaalialan ammattilaisen kiireettömälle vastaanotolle	11
Sähköisten palvelujen käytön esteet.....	11
Toiminnan painotuksen siirtäminen raskaista palveluista ehkäisevään ja ennakoivaan työhön	12
Perusterveydenhuolto.....	12
Lapsiperheiden palvelut.....	13
Mielenterveyspalvelut.....	15
Psykososiaaliset menetelmät	15
Päihdepalvelut.....	22
Ikäihmisten palvelut.....	23
Muistisairauksien ennaltaehkäisy	24
Matalan kynnyksen avoimet fyysiset kohtaamispaikat.....	25
Yhteisösosiaalityö	25
Yhteinen toimintamalli työttömien työ- ja toimintakyvyn tuen tarpeiden arviointia varten ..	25
Kuntoutus.....	25
Palveluiden laadun ja vaikuttavuuden parantaminen	26
Asiakastytyväisyys ja palvelujen sujuvuus	26
Asiakaskohtaisen vaikuttavuuden ja toimintakyvyn mittaaminen	27
Rakenteellinen sosiaalityö	28
Palveluiden monialaisuuden ja yhteentoimivuuden varmistaminen	28
Päivystyskäynnit ja toistuvat lääkärikäynnit.....	28
Palvelujen yhteentoimivuus	29
Yhdessä sovitut toimintamallit Kelan kanssa	29
THL:n asiantuntija-arvio	30
Palveluiden yhdenvertaisen saatavuuden, oikea-aikaisuuden ja jatkuvuuden parantaminen	31
Hoitoon pääsyssä parannusta	31
Hoidon jatkuvuus heikkeni ohjelmakaudella	32
Toiminnan painotuksen siirtäminen raskaista palveluista ehkäisevään ja ennakoivaan työhön	32
Psykososiaalisten menetelmien käyttöönotto painottui uusiin menetelmiin	33
Palveluiden laadun ja vaikuttavuuden parantaminen	35
Palveluiden monialaisuuden ja yhteentoimivuuden varmistaminen	35
Suosituksukset tuleviin sosiaali- ja terveydenhuollon kansallisiin kehittämishjelmiin.....	37
Lähteet	38
Liite 1. Sosiaali- ja terveyskeskus -ohjelman kansalliset seurantamittarit.....	39
Liite 2. Hankealuekohtaiset seurantaraportit.....	44

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

THL:n arviointitehtävä

THL vastasi Tulevaisuuden sosiaali- ja terveyskeskus -ohjelman hyötytavoitteiden toteutumisen kansallisesta seurannasta ja arvioinnista. Ohjelma toteutettiin vuosina 2020–2023. Ohjelmassa oli mukana 22 alueellista hankekokonaisuutta (21 hyvinvointialuetta ja Helsingin kaupunki). THL:n toteuttama seuranta ja arviointi oli ns. kehittävä arviointia, jonka tarkoituksena oli tukea alueilla tehtävää kehittämistoimintaa hyötytavoitteiden suuntaisesti. Arviointi oli osa THL:n antamaa Tulevaisuuden sosiaali- ja terveyskeskus -ohjelman toimeenpanon tukea, jota suunnattiin arviointitulosten perusteella.

Tulevaisuuden sosiaali- ja terveyskeskus -ohjelman hyötytavoitteet

Sosiaali- ja terveyskeskus -ohjelman hyötytavoitteilla kuvattiin ohjelman lopullisia päämääriä. Ohjelmalla oli viisi tavoitetta. Jokaisella hankkeella oli omanlainen sosiaali- ja terveyskeskuksen kehittämissuunnitelmansa. Ohjelman hankkeiden tuli kohdistaa kehittämistoimenpiteitä jokaiseen hyötytavoitteeseen, mutta niiden kehittämissisällöt hankkeet määrittivät itse alueensa tarpeiden perusteella. Hoitoon pääsyn parantaminen sekä kaikenikäisille suunnattujen psykososiaalisten menetelmien käyttöönoton edistäminen tuli kuitenkin sisältyä kaikkiin sosiaali- ja terveyskeskus -ohjelman hankkeisiin. Digitalisaation edistäminen läpäisi kaikki hyötytavoitteet. (STM 2021.)

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

Tavoitteena oli varmistaa, että perusterveydenhuolto ja sosiaalipalvelut ovat jokaisen saavutettavissa oikea-aikaisesti. Kehittämistyössä otettiin huomioon tuottajakentän monipuolisuus ja lähipalveluiden saavutettavuus. Erityistä huomiota oli tarkoitus kiinnittää paljon palveluja tai erityistä tukea tarvitsevien ihmisten palveluiden kehittämiseen. Tavoitteeseen oli mahdollista päästä esimerkiksi varmistamalla asiakkaan pääsy kiireettömään hoitoon 14 vuorokauden sisällä hoidon tarpeen arvioinnista sekä varmistamalla asiakkaalle pääsy sosiaalipalvelujen yksilölliseen palvelutarpeen arviointiin viipymättä yhteydenotosta.

2) Toiminnan painotuksen siirtäminen raskaista palveluista ehkäisevään ja ennakoivaan työhön

Tavoitteena oli siirtää painopistettä erikoissairaanhoidosta perustasolle. Samoin sosiaalihuollossa oli tavoitteena siirtää painopistettä varhaiseen tukeen ja matalan kynnyksen palveluihin. Näin ongelmiin päästäisiin puuttumaan ajoissa.

3) Palveluiden laadun ja vaikuttavuuden parantaminen

Tavoitteena oli, 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 oli 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 oli, että muihin tavoitteisiin liittyvät toimenpiteet hillitsevät osaltaan kustannusten kasvua. Tässä arvioinnissa ei seurattu ja arvioitu kehittämistoimien vaikutuksia kustannusten nousun hillintään, koska tällaiset vaikutukset näkyvät vasta pidemmällä aikasäteellä hankkeiden jo päätyttyä.

Arviointikehikko

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

- 1) THL:n tilastotietokannoista saatavilla kansallisilla mittaritiedoilla seurattiin hankealueilla muutosta suhteessa ohjelman hyötytavoitteisiin. Hankeorganisaatioille kerran vuodessa ohjelman aikana lähetettävällä kyselyllä täydennettiin tilastokantojen mittareita ja tietoja. Lisäksi hyödynnettiin sote-keskus-ohjelman valtionhallinnon hankesalkkua.
- 2) Alueiden hankekokonaisuuksien oma-arviointien tuottaman tiedon avulla seurattiin 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 tarkasteltiin tässä arvioinnissa systeemisesti, mikä tarkoittaa sitä, että palvelujärjestelmässä lähes kaikki vaikuttaa kaikkeen. Tietyn hyötytavoitteen alla tehdyt kehittämistoimet saattoivat generoida muutoksia myös muiden hyötytavoitteiden osalta suuntaan tai toiseen. Myös muiden samanaikaisesti käynnissä olleiden ohjelmien kuin sosiaali- ja terveyskeskus -ohjelman kehittämistoimet tuottivat 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 tehtiin kansallisen seurantatiedon ja alueiden hankekokonaisuuksien oma-arviointitiedon avulla tulkintoja ja arviointia siitä, miten alueiden kehittämistoimet ovat edesauttaneet ohjelman hyötytavoitteiden saavuttamisessa koko maan tasolla.

Kansalliset seurantamittarit

THL kokosi ja analysoi kansallisen seurannan ja arvioinnin mittaritiedot THL:n tilastotietokannoista (Avo-hilmo, Sotkanet), joihin ne päivittyvät erilaisin frekvenssein. Liitteessä 1 kuvataan arvioinnissa käytetyt kansalliset indikaattorit. Seurantaindikaattorit luokiteltiin eri hyötytavoitteiden alle sen mukaan, minkä hyötytavoitteen toteutumista sen avulla seurattiin ensisijaisesti.

Kansallisilla mittareilla seurattiin muutosta koko maan sekä hankealueiden tasolla laaja-alaisesti. Koska hankealueilla oli omanlaisensa kehittämissuunnitelmat toimenpiteineen, eivät kaikki hankkeet kohdistaneet kehittämistoimenpiteitä kaikkiin kansallisesti seurattaviin asioihin ja toisaalla ne saattoivat kehittää asioita, joiden tuottamaa muutosta ei kansallisesti seurattu.

Hankkeiden kehittämistoimintaa seurattiin ohjelman aikana lisäksi kerran vuodessa toteutettavalla kyselyllä (Liite 1, kohdat Kysely hankkeille), jolla kerättiin sellaisia tietoja, joita olemassa olevilla kansallisilla mittareilla ei saatu. Hankealueita oli aluksi 23, myöhemmin 22. Kyselytiedot eivät pääosaltaan olleet vertailukelpoisia hankealueiden kesken, koska alueet saattoivat laskea määriä eri tavalla. Kyselytiedoilla voitiin kuitenkin seurata muutosta alueiden sisällä. Lisäksi hyödynnettiin sote-keskus-ohjelman valtionhallinnon hankesalkkua psykososiaalisten menetelmien koulutus- ja käyttöönottotietoihin liittyen.

Aluksi psykososiaalisten menetelmien käyttöönottoa koskevat tiedot koottiin kyselyllä suoraan hankealueilta. Vuodesta 2022 alkaen tiedot on koottu yliopistollisten sairaaloiden koordinaatiohankkeiden kautta. Tiedot koulutusmääristä ja menetelmien käytöstä on koottu Excel-pohjalla, jonka koordinaatiohankkeet ovat toimittaneet osana STM:n hankesalkkuraportointia.

Hankkeiden oma-arviointi

Alueellisten hankkeiden oma-arviointi oli keskeinen osa hankkeiden kehittämistoimintaa. Sen avulla hankkeet suuntasivat ja täsmensivät kehittämistoimiaan. Oma-arviointi tuotti samalla myös tietoa THL:n tekemää hyötytavoitteiden toteutumisen kansallista seuranta ja arviointia varten. Hankkeet toteuttivat oma-arviointia ohjelman aikana kansallisten minimivaatimusten mukaisesti, joiden mukaan oma-arviointien tuli tuottaa tietoa kehittämissuunnitelmien etenemisestä kohti prosessitavoitteita sekä saavutetuista tuloksista suhteessa tulos-tavoitteisiin.

Hankkeilla oli hyvin erilaisia tavoitteita ja lukuisia kehittämistoimenpiteitä ja täten hankkeiden oma-arvioinnitkin olivat hyvin erilaisia. Tässä raportissa on hyödynnetty erityisesti hankkeiden oma-arvioinneista tekemistä tiivistelmiä mutta myös kokonaisia oma-arviointiraportteja. Alueiden laatimista teksteistä käytetään tässä arvioinnissa runsaasti suoria lainauksia. Koska hankkeissa on tehty paljon erilaista kehittämistoimintaa, hyötytavoitteiden loppuarvioinnissa on keskitetty tuomaan aluekohtaisesti esiin erityisesti keskeisiä kehitettyjä ratkaisuja ja sekä sitä, missä vaiheessa ratkaisujen käyttöönotto on ja millaisia tuloksia on saavutettu.

Kevään 2024 arviointi

Kevään 2024 seuranta ja arviointi toteutettiin koko maan ja 22 hankealueen tasolla. Hankealuekohtaiset seurantaraportit löytyvät Julkarista tämän työpaperin yhteydestä. Perusterveydenhuollon kiireettömään hoitoon pääsyn tilastotietoja tarkastellaan tässä raportoinnissa vuoden 2019 alusta alkaen kolmen kuukauden välein vuoden 2024 huhtikuuhun asti. Psykososiaalisten menetelmien koulutuksiin liittyviä tietoja tarkastellaan vuoden 2023 loppuun asti. Muita rekisteritietoja tarkastellaan pääasiassa vuoden tai kahden vuoden frekvensseissä vuodesta 2016 tai vuodesta 2018 alkaen vuoteen 2022 tai 2023 asti. Raportti sisältää lisäksi syksyllä 2023 toteutetun kyselyn tietoja sekä tiivistyksiä hankkeiden oma-arvioinneista, joita nämä tekivät hankkeiden lopussa.

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

Aikaisemmat arvioinnit

Tulevaisuuden sosiaali- ja terveyskeskus -ohjelman kansallista seuranta ja arviointia tehtiin koko maan tasolla ja 22 hankealueen tasoilla. Kansallinen lähtötilanteen arviointi toteutettiin vuoden 2020 syksyllä (Koivisto, Muurinen & Parviainen 2021). Ensimmäinen kansallinen seuranta ja arviointi tehtiin keväällä 2021 (Koivisto, Muurinen, Syrjä & Parviainen 2021). Toinen seuranta ja arviointi tehtiin syksyllä 2021 (Koivisto & Muurinen 2022). Kevään 2022 arviointi toteutettiin pelkästään koko maan tasolla (Koivisto, Muurinen & Parviainen 2023). Syksyn 2022 arviointi toteutettiin jälleen sekä koko maan että hankealueiden tasoilla (Koivisto, Muurinen & Parviainen 2023). Kevään 2023 arviointi toteutettiin koko maan tasolla (Koivisto & Muurinen 2023). Tämä arviointi toteutettiin sekä koko maan että hankealueiden tasoilla ja se on ohjelman hyötytavoitteiden toteutumisen viimeinen arviointi.

Koko maa

Tulevaisuuden sosiaali- ja terveyskeskus -ohjelman hankkeilta ei ohjelman hakuvaiheessa edellytetty suunnitelmaa tai näkymää sitä, miten tai millainen sote-keskus-kokonaisuus alueella kehitetään. Pääpaino hakuvaiheessa oli hyötytavoitteiden edistämiseen tähtäävissä tavoitteissa ja kehittämistoimenpiteissä. Tämän takia sote-keskus-kokonaisuuksien kehittäminen jäi ohjelmassa taka-alalle ja kehittäminen painottui hyötytavoitteiden alla tehtäviin moninaisiin yksittäisiin kehittämistoimenpiteisiin.

THL pyysi sote-keskus-hankkeilta vuoden 2022 syksyllä osaksi oma-arviointeja sen hetkistä mallinusta tai kuvausta alueen sote-keskuksesta ja uudelleen syksyllä 2023. Sosiaali- ja terveyskeskuksen määrittely oli syksyllä 2023 käynnissä seitsemällä alueella, mutta toimeenpanoa ei ollut vielä aloitettu. Toimenpiano oli käynnissä 12 alueella. Neljällä alueella sote-keskus-konsepti oli määritelty ja se oli toimeenpantu osaksi hyvinvointialueen palvelutoimintaa. Konseptien toimeenpiano oli kytköksissä sote-uudistuksen aikatauluun: laadittujen mallinuksien hyväksyminen on edellyttänyt vuonna 2022 aloittaneiden aluevaltuustojen päätöksiä eikä toimeenpiano muutenkaan ole voinut olla mahdollista ennen vuotta 2023, jolloin hyvinvointialueet aloittivat toimintansa.

Sote-keskuksia luonnehdittiin useissa kuvauksissa verkostoimaiseksi kokonaisuudeksi eikä sote-keskuksella viitata vain fyysiseen toimipisteeseen. Kuvauksissa nimettiin sote-keskukseen kuuluvan myös esimerkiksi erilaisia sähköisiä palveluita tai liikkuvaa tukea. Muutamissa kuvauksissa sote-keskusta taas luonnehdittiin moniammatillisiksi vastaanotoiksi, moniammatillisten tiimien verkostoksi tai moniammatillisiksi ammattilaisten verkostoiksi.

Usein mainittuja tavoitteita olivat esimerkiksi yhteistyö, kokonaisvaltaisuus, saumattomuus sekä sujuva palveluihin tai hoitoon pääsy. Joissakin kuvauksissa korostuivat hoitoketjut, mutta useiden kuvausten mukaan sote-keskus sisältää laajasti sosiaali- ja terveydenhuollon palveluja. Osassa kuvauksista mainittiin myös laajemmin pelastustoimen ja muiden yhteistyötahojen olevan osa sote-keskusta.

Palveluiden yhdenvertaisen saatavuuden, oikea-aikaisuuden ja jatkuvuuden parantaminen

Pääsy kiireettömään hoitoon

Petteri Orpon hallitus muutti vuonna 2022 säädettyä hoitoon pääsyä koskevaa lakia (HE 74/2022) siten, että 1.9.2023 alkaen perusterveydenhuollon kiireettömään hoitoon tuli päästä 14 vuorokauden kuluessa hoidon tarpeen arvioinnista. (Hallitusohjelma 16.6.2023; STM 2023.) Hoidon tarpeen arviointi tuli tehdä samana päivänä kuin yhteydenotto tapahtuu. 14 vuorokauden hoitotakuu koski sekä fyysisiä että psyykkisiä terveysongelmia. Suun terveydenhuollossa hoitoon pääsyn määräaika oli tiukentumassa hoitotakuuta koskevan lain mukaan (HE 74/2022) kuudesta kuukaudesta kolmeen kuukauteen. Hoitotakuu tuli saavuttaa porrastetusti siten, että 1.9.2023 hoitoon pääsee neljän kuukauden kuluessa hoidon tarpeen arvioinnista ja 1.11.2024 kolmen kuukauden kuluessa. Hoitoon pääsyn parantaminen tuli sisältyä kaikkiin sosiaali- ja terveyskeskus -ohjelman hankkeisiin (STM 2021.)

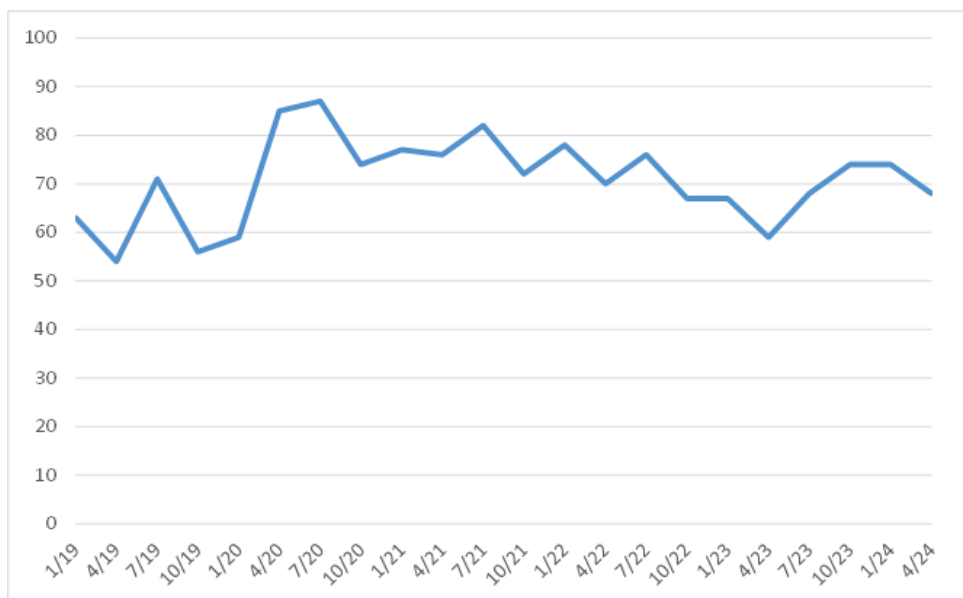
Keväällä 2024 Orpon hallitus oli kuitenkin palauttamassa hoitotakuuta vanhan lainsäädännön mukaisiin määräaikoihin. Hallituksen esitysluonnoksessa (2024) ehdotetaan, että kiireettömään hoitoon pääsyn enimmäisajaksi palautetaan 23 vuotta täyttäneiden osalta perusterveydenhuollon avosairaanhoidossa aiempi kolme kuukautta ja suun terveydenhuollossa aiempi 6 kuukautta. Muutokset eivät koskisi lapsia ja alle 23-vuotiaita nuoria, vaan heidän osaltaan säilytettäisiin hoitotakuun nykysääntely.

Tässä raportissa tarkastellaan hoitoon pääsyä kuitenkin edellä mainittujen perusterveydenhuollon 14 vrk ja suun terveydenhuollon kolmen kuukauden määräaikojen mukaisesti, koska sosiaali- ja terveyskeskus -ohjelman hankkeet toteuttivat kehittämistoimiaan niiden mukaisesti.

Seuraavassa esiteltävät hoitoonpääsytiedot ovat suuntaa antavia, koska tiedot perustuvat pienehköihin otoksiin eli ne kattavat keskimääräisesti alle 40 prosenttia toteutuneista kiireettömistä

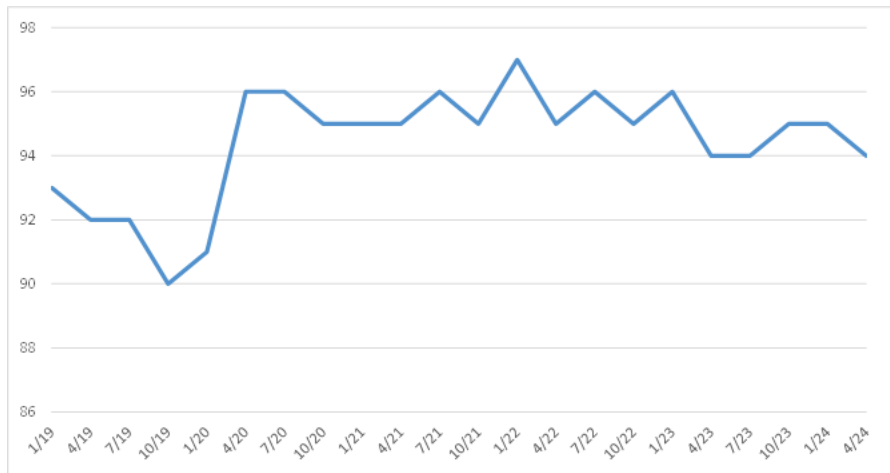
hoitopääsykäynneistä. Alueiden välillä oli kuitenkin suuria eroja tietojen kattavuudessa. Osassa alueita tiedot kattoivat alle kymmen prosenttia kaikista toteutuneista kiireettömistä käynneistä.

Koko maassa perusterveydenhuollon avosairaanhoidon lääkärin kiireettömälle käynnille hoidon tarpeen arvioinnista pääsi kahdessa viikossa ennen koronapandemian alkua vuonna 2019 vajaa 60 prosenttia asiakkaista, heinäkuussa useampi. Keväällä 2020 koronapandemian alettua vajaa 90 prosenttia asiakkaista pääsi hoitoon kahdessa viikossa. Tällöin hoidon tarjontaa supistettiin, mutta myös kysyntä väheni. Kesän 2020 jälkeen hoitopääsytilanne heikkeni pikkuhiljaa siten, että huhtikuussa 2023 vajaa 60 prosenttia asiakkaista pääsi hoitoon kahdessa viikossa eli tilanne palautui ennen pandemiaa vallinneeseen tilaan. Syksyllä 2023 tilanne taas parani, ja hoitoon pääsi kahdessa viikossa paikoin yli 70 prosenttia asiakkaista. Tilanteen paranemiseen ovat osaltaan vaikuttaneet sote-keskus-ohjelmassa tehdyt kehittämistoimet ja uusien ratkaisujen käyttöönotto alueilla ohjelman loppusuoralla. Hallituksen esitys keväällä 2024 vanhan hoitotakuun palauttamisesta saattoi kuitenkin vaikuttaa jo siten, että huhtikuussa 2024 kahdessa viikossa kiirettömään hoitoon pääsi jälleen vajaa 70 prosenttia asiakkaista. Vuoden 2024 osalta tiedot hoidon tarpeen arviointiin perustuvista kiireettömien lääkärikäyntien hoitopääsystä kattoivat 33 prosenttia koko maan toteutuneista lääkärin kiireettömistä käynneistä. (Kuvio 1.)



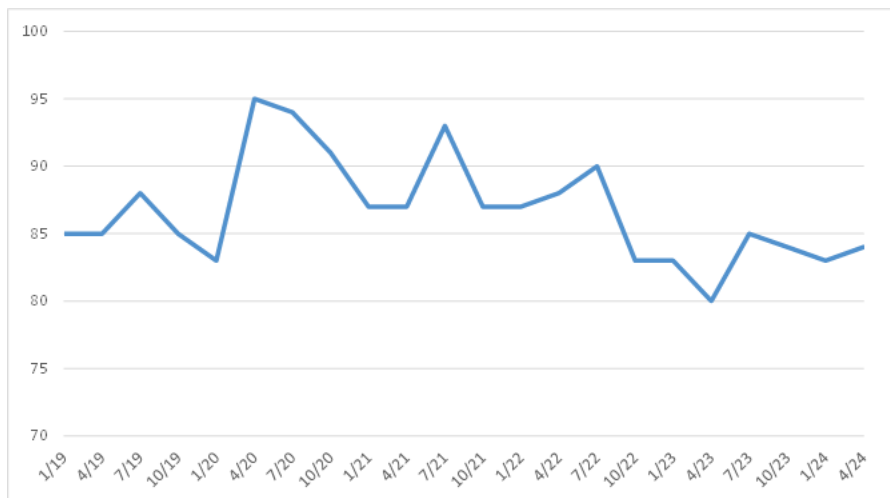
Kuvio 1. Perusterveydenhuollon avosairaanhoidon lääkärin kiireettömän käynnin odotusaika 0–14 vrk hoidon tarpeen arvioinnista, % toteutuneista käynneistä

Perusterveydenhuollon avosairaanhoidon sairaan-/terveydenhoitajan kiireettömälle käynnille hoidon tarpeen arvioinnista pääsi kahdessa viikossa vuoden 2019 alusta vuoden 2020 alkuun tarkasteltuna hieman yli 90 prosenttia asiakkaista. Koronapandemian alun jälkeen kiireettömälle käynnille on hoidon tarpeen arvioinnista päässyt kahdessa viikossa 94–97 prosenttia asiakkaista. Tilanne näyttää pysyneen hieman parempana kuin mitä se oli ennen pandemiaa. Vuoden 2024 osalta tiedot hoidon tarpeen arviointiin perustuvista kiireettömien sairaan/terveydenhoitajakäyntien hoitopääsystä kattoivat 38 prosenttia koko maan toteutuneista sairaan/terveydenhoitajan kiireettömistä käynneistä. (Kuvio 2.)



Kuvio 2. Perusterveydenhuollon avosairaanhoidon sairaan-/terveydenhoitajan kiireettömän käynnin odotusaika 0–14 vrk hoidon tarpeen arvioinnista, % toteutuneista käynneistä

Suun terveydenhuollon hoitopääsytilanne parani huomattavasti koronapandemian alettua. Kysyntä väheni ja tarjontaa supistettiin, useampi pääsi nopeammin hoitoon. Hammaslääkärin kiirettömään hoitoon pääsi huhtikuussa 2020 kolmessa kuukaudessa 95 prosenttia asiakkaista hoidon tarpeen arvioinnista. Sen jälkeen hoitopääsytilanne jälleen heikkeni selvästi ja se oli keväällä 2024 hieman heikompi kuin ennen pandemiaa. Sote-keskus-ohjelmassa toteutettiin paljon suun terveydenhuollon kehittämistä, mutta ei siinä mitassa kuin perusterveydenhuollon kiirettömään hoitoon pääsyn osalta. Vuoden 2024 osalta tiedot hoidon tarpeen arviointiin perustuvista kiireettömien hammaslääkärikäyntien hoitopääsystä kattoivat 20 prosenttia koko maan toteutuneista hammaslääkärin kiirettömistä käynneistä. (Kuvio 3.)



Kuvio 3. Perusterveydenhuollon suun terveydenhuollon hammaslääkärin kiirettömän käynnin odotusaika 0–90 vrk hoidon tarpeen arvioinnista, % toteutuneista käynneistä

Hoidon jatkuvuus

Hoidon jatkuvuus on Terve Suomi -kyselyn perusteella heikentynyt perusterveydenhuollon lääkäri- ja hoitajakäynneillä vuosien 2018/2019 jälkeen. Koko maassa runsas 40 prosenttia asiakkaista kertoi Terve Suomi -kyselyn perusteella vuonna 2018 asioivansa aina tai usein saman lääkärin kanssa, vuonna 2022 vajaa 33 prosenttia. Vuonna 2018 runsas 32 asiakkaista kertoi asioivansa aina tai usein saman hoitajan kanssa, vuonna 2022 vajaa 27 prosenttia. Myös lääkärikäyntien jatkuvuusindeksin (COCI) perusteella hoidon jatkuvuus on heikentynyt vuosina 2019–2023 (0=ei jatkuvuutta, 1=täydellinen jatkuvuus). Hoitajakäyntien jatkuvuusindeksin (COCI) perusteella hoidon jatkuvuus heikkeni vuosina 2019–2022, mutta parani aavistuksen vuonna

2023. Monisairaiden hoidon jatkuvuus on niin ikään heikentynyt tarkastelujaksolla. (Taulukko 1.) Jatkuvuusindeksien perusteella heikkeneminen ei ole niin vahvaa kuin kyselyn perusteella, mutta suuntaa on selvästi heikompaan jatkuvuuteen. Tähän lienee osaltaan vaikuttanut koronapandemia. Sote-keskus-ohjelmassa tehdyt hoidon jatkuvuutta parantavat kehittämistoimet eivät vielä voineet merkittävästi näkyä 2023 luvuissa.

Taulukko 1. Hoidon jatkuvuus

		2018	2019	2020	2021	2022	2023
Asioi aina tai usein saman lääkärin kanssa (%), Terve Suomi	Koko maa	40,2		36,8		32,8	
Asioi aina tai usein saman hoitajan kanssa (%), Terve Suomi	Koko maa	32,1		29,6		26,7	
Hoidon jatkuvuus perusterveydenhuollon avosairaanhoidon lääkärikäynneillä, COCI-indeksi	Koko maa		0,37	0,34	0,31	0,29	0,28
Hoidon jatkuvuus perusterveydenhuollon avosairaanhoidon hoitajakäynneillä, COCI-indeksi	Koko maa		0,24	0,2	0,16	0,15	0,18
Monisairaiden hoidon jatkuvuus perusterveydenhuollon avosairaanhoidon lääkärikäynneillä, COCI-indeksi	Koko maa		0,37	0,34	0,31	0,29	0,28
Monisairaiden hoidon jatkuvuus perusterveydenhuollon avosairaanhoidon hoitajakäynneillä, COCI-indeksi	Koko maa		0,25	0,21	0,17	0,17	0,18

Pääsy sosiaalialan ammattilaisen kiireettömälle vastaanotolle

Sosiaalihuollossa ei ole mahdollista saada kansallisista rekistereistä tai alueiden asiakastietojärjestelmistä suoraan tietoa siitä, kuinka nopeasti asiakas pääsee sosiaalialan ammattilaisen kiireettömälle vastaanotolle eikä odotusajan seurannalle ole yhtenäisiä ohjeita. Koska palveluiden saatavuus oli keskeinen hyötytavoite, tietoa sosiaalialan ammattilaisten pyrittiin keräämään hankeaikana kyselyllä, jossa hyvinvointialueita pyrittiin arvioimaan sosiaalialan ammattilaisen kiireettömälle vastaanotolle pääsyn keskimääräinen odotusaika arkipäivissä.

Koska kyselyssä ei esitetty tarkempia määritelmiä tai ohjeistusta, hyvinvointialueiden vastaukset eivät ole keskenään vertailukelpoisia. Toiseksi hyvinvointialueiden sisällä tiedonkeruissa on voinut olla eroja eri vastausvuosien välillä, mikä vaikeuttaa hyvinvointialuekohtaisen muutoksen seuranta. Vastausten tulkitaan vaikuttaa myös se, vastauksissa raportoidaan vain keskiarvoja eivätkä ne siten tuo esiin yksiköiden sisäistä tai välistä vaihtelua alueella.

Vastausten perusteella näyttää siltä, että keskimäärin lokakuussa 2023 pääsi kiireettömälle vastaanotolle 1–7 arkipäivän kuluessa lapsiperheiden palveluissa 13 hyvinvointialueella, työikäisten palveluissa 10 hyvinvointialueella ja iäkkäiden palveluissa 13 hyvinvointialueella. Pisimmät odotusajat olivat lapsiperheiden palveluissa kahdella alueella yli 40 arkipäivää, työikäisten palveluissa yhdellä alueella 180 arkipäivää ja ikään-tyneiden palveluissa yhdellä alueella 23 arkipäivää. Kaikilta alueilta ei saatu vastauksia.

Edellä esitetyt keskiarvot tarjoavat vain suuntaa antavaa, yleistasoista kuvaa odotusaikojen keskiarvoista. Pyrkimys kerätä arvioita odotusajoista on osoittanut tarpeen sosiaalihuollon saatavuuden ja saavutettavuuden kansalliselle, rekistereihin pohjautuvalle määrittelylle, mittaristolle ja seurannalle kehittämiselle.

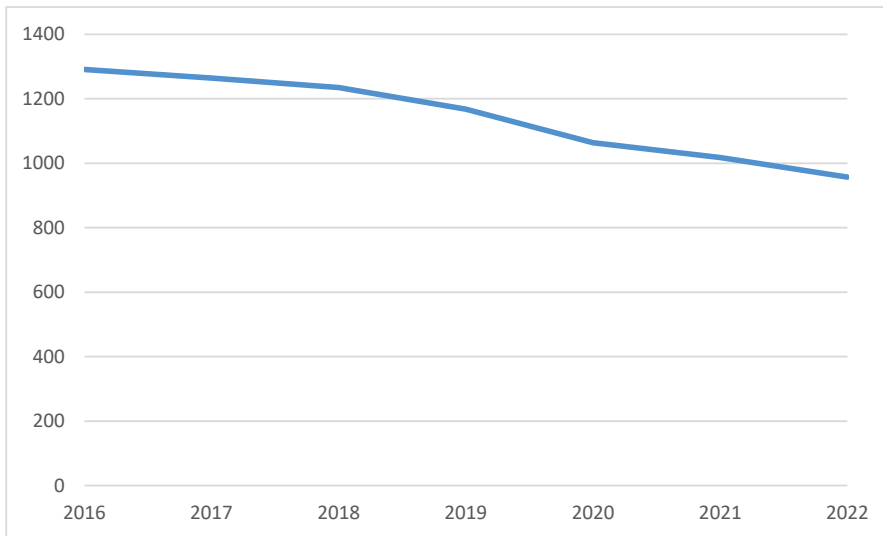
Sähköisten palvelujen käytön esteet

Koko maassa sosiaali- ja terveydenhuollon asiakkaista vuonna 2020 79,5 prosenttia ja vuonna 2022 77,4 koki esteitä ja huolia sähköisten palvelujen käytössä. Esteitä ja huolia kokeneiden määrä oli kahdessa vuodessa pudonnut pari prosenttia. Sote-keskus-ohjelman kehittämistoimet eivät ehtineet tähän pudotukseen vaikuttaa juurikaan. Sähköisten palvelujen lisääntyessä voivat esteet ja huolet kasvaa.

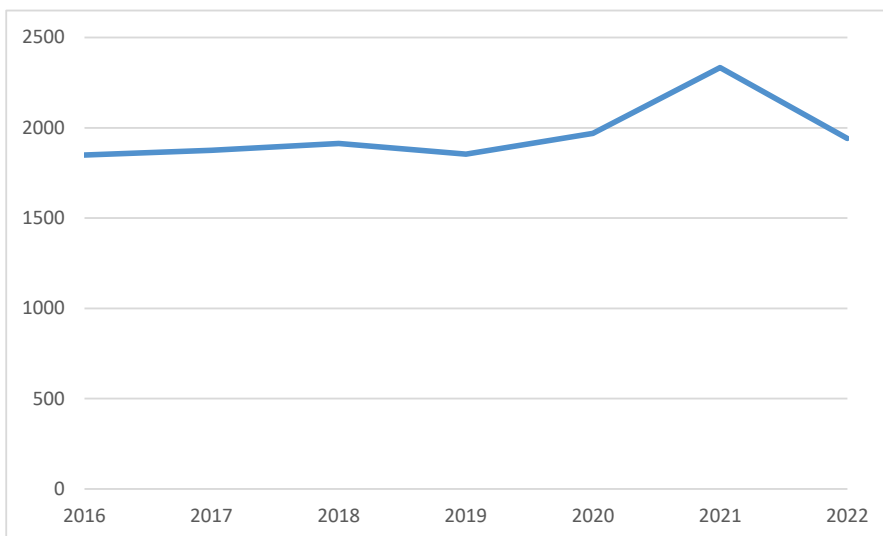
Toiminnan painotuksen siirtäminen raskaista palveluista ehkäisevään ja ennakoivaan työhön

Perusterveydenhuolto

Perusterveydenhuollon avosairaanhoidon lääkärikäyntien määrä on vuosina 2016–2022 pienentynyt koko maan tasolla vajaasta 1300 käynnistä vajaaseen 1000 käyntiin tuhatta asukasta kohden. Suunta on selvä eikä sote-keskus-ohjelman kehittämistoimet ole ehtineet suuntaan vaikuttaa. Vuoden 2023 tietoja ei ollut saatavilla. (Kuvio 4.) Muiden kuin lääkärikäyntien osuus perusterveydenhuollon avosairaanhoidossa kasvoi koronapandemian aikana, erityisesti vuonna 2021, mutta osuus putosi jyrkästi vuonna 2022 lähelle pandemiaa edeltäviä lukija. Vuoden 2023 tietoja ei ollut saatavilla. (Kuvio 5.)



Kuvio 4. Perusterveydenhuollon avosairaanhoidon lääkärikäynnit yhteensä / 1000 asukasta



Kuvio 5. Perusterveydenhuollon avosairaanhoidon muut kuin lääkärikäynnit yhteensä / 1000 asukasta

Etäasiointikäyntien osuus kaikista perusterveydenhuollon avohoidon käynneistä oli vuosina 2016–2019 20–22 prosenttia, mutta koronapandemiavuotena 2020 osuus kasvoi selvästi ollen runsas 29 prosenttia.

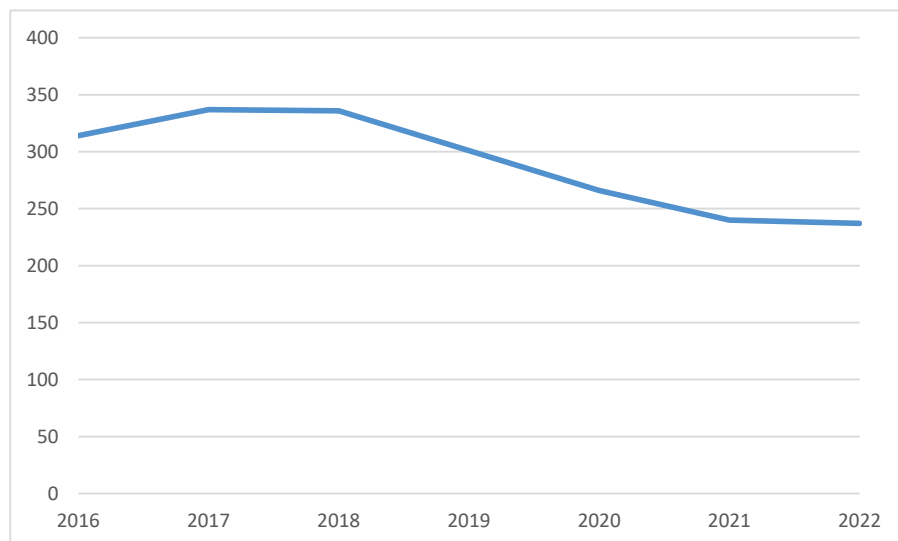
Pandemia on osaltaan jouduttanut etäasiointiratkaisujen kehittämistä ja käyttöönottoa. Vuonna 2021 etäasiointien osuus laski lähes pandemiaa edeltänyttä tasoa, jolloin ilmeisesti tarve päästä lähivastaanotolle purkautui. Sen jälkeen etäasiointikäyntien osuus on taas kasvanut, johon sote-keskus-ohjelman toimesta lisääntyneet etäasiointimahdollisuudet ovat varmasti vaikuttaneet. (Taulukko 2.)

Taulukko 2. Etäasiointikäynnit, % perusterveydenhuollon avohoidon käynneistä

		2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Koko maa	Miehet	19,6	19,3	19,7	20,7	28,1	21,6	22,2	23,1
	Naiset	21	21,1	21,8	22,9	30,1	23,9	24,6	25,4
	Yhteensä	20,4	20,3	20,9	22,0	29,3	22,9	23,6	24,5

Lapsiperheiden palvelut

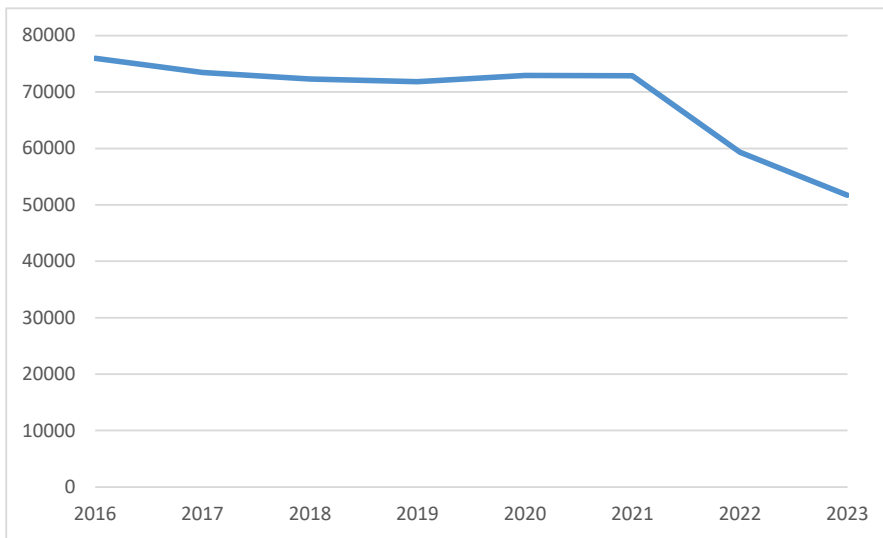
Lastenneuvolan erityisen tuen tarpeen mukaisten käyntien sekä yksilöllisen tarpeen mukaisten terveystarkastusten määrä tuhatta vastaavan ikäistä asukasta kohden on vuoden 2018 jälkeen pienentynyt vuosi vuodelta koko maan tasolla. Vuosina 2021 ja 2022 pudotus hieman tasaantui. (Kuvio 6.) Laskuun voi olla useita syitä. Koronapandemia vaikutti äitiys- ja lastenneuvolatoimintaan vuosina 2020–2022 siten, että lähitapaamiset muuttuivat etätapaamisiksi, käyntejä peruuntui, perheet eivät enää varanneet aikoja, henkilöstö sairasti ja terveystarkastus- tai muitakaan ajanvarausaikoja ei ollut tarjolla aiempaa määrää. Sote-uudistuksen valmistelun ja palvelutuotannon uudelleen järjestelyn myötä vuosina 2022–2023 kunnista hyvinvointialueelle siirtyneet neuvolapalvelut olivat historiansa suurimmassa muutoksessa. Palveluprosessit järjestettiin uudelleen. Uudessa tuotantoympäristössä määriteltiin esimerkiksi, mitä tarkoittaa yleisen, varhaisen, erityisen ja vaativan tason palvelut, miten erityisen tuen palvelut lapselle ja perheelle toteutuu uudessa systeemissä, miten perhekeskuksen palvelukokonaisuus tukee ja edistää perheen hyvinvointia sekä mikä on neuvolan ennalta ehkäisevän ja varhaisen tuen osuus ja rooli. Muita käyrän laskuun vaikuttaneita tekijöitä ovat voineet olla esimerkiksi rekrytoinnin pulmat neuvolapalveluissa, henkilöstön vaihtuvuus ja riittävyys sekä ostopalvelut (tilastoinnin puutteellisuus).



Kuvio 6. Lastenneuvolan erityisen tuen tarpeen mukaiset käynnit sekä yksilöllisen tarpeen mukaiset terveystarkastukset / 1000 vastaavan ikäistä asukasta

Kasvatus- ja perheneuvoloiden asiakkaiden määrä koko maassa pysyi suhteellisen tasaisena runsaana 70 000 asiakkaana vuosina 2016–2021, mutta sen jälkeen määrä on pudonnut huomattavasti runsaaseen 50 000 asiakkaaseen (Kuvio 7.) Tämänkin laskun taustalla on osaltaan koronapandemia ja siihen liittyvät haasteet sekä sote-uudistuksen valmistelu ja palvelujen uudelleen järjestely. Lisäksi kasvatus- ja perheneuvonnan

kansallinen kehittämisprosessin (2020–2022) myötä ilmeni, että kasvatus- ja perheneuvontapalvelun sisältöihin oli laajasti liukunut sisään terveydenhuollollista työtä (käytännössä siis lasten mielenterveysongelmien hoitoa), koska kunnissa ei ollut perusterveydenhuollossa lasten mielenterveyspalveluista vastaavaa tahoja. Kasvatus- ja perheneuvonnan kansallisen kehittämisprosessin loppuraportin ohjaamina alueilla ryhdyttiin laajasti vuonna 2023 palauttamaan kasvatus- ja perheneuvontaa sitä ohjaavan sosiaalihuoltolain mukaiseksi sosiaalipalveluksi. Samanaikaisesti tunnistettiin tarve luoda perusterveydenhuollon puolelle lasten mielenterveyspalveluista vastaava taho. Koska muun muassa sote-uudistuksen myötä resurssit olivat niukat, päätettiin useilla alueilla jakamaan kasvatus- ja perheneuvonnassa (perheneuvoloissa) työskennellyt henkilöstö kahtia siten, että toisen työryhmän tehtävänä oli tuottaa kasvatus- ja perheneuvontaa ja toisen puolestaan terveydenhuollon lasten mielenterveyspalveluita. Tämä henkilöstöresurssin pieneneminen luonnollisesti heijastuu kasvatus- ja perheneuvonnan tilastoihin laskevasti.



Kuvio 7. Kasvatus- ja perheneuvoloiden asiakkaat vuoden aikana

Taulukon 3 lapsiperhepalveluiden asiakasmäärien muutokset eivät ole olleet kovinkaan merkittäviä tarkastelujaksolla 2016–2023 eikä sote-keskus-ohjelman kehittämistoimien vaikutus siten näy niissä. Huomionarvoinen muutos kuitenkin on, että lapsiperhepalveluiden perhetyössä olleiden lapsiperheiden määrä kasvoi tarkastelujaksolla tasaisesti vuoteen 2019 asti. Juha Sipilän hallituksen vahvana tahtotilana oli vahvistaa lapsiperheiden varhaisen ja matalan kynnyksen tukea, mutta osuus pieneni koronapandemia vuosina 2020 ja 2021, kun oli epätietoisuutta sen osalta, miten tulisi tai voidaan toimia. Osuus kasvoi sen jälkeen taas hieman. Vuosina 2016–2023 niiden lapsiperheiden määrä, jotka ovat olleet lapsiperhepalveluiden kotipalveluissa, on ollut 1,9–2,5 prosenttia lapsiperheistä. Lastensuojelun kotipalveluissa perheitä on ollut vuosina 2016–2023 0,3–0,4 prosenttia lapsiperheistä. Lastensuojelun tehostetussa perhetyössä lapsiperheistä on viime vuosina ollut 1,6–1,8 prosenttia. Kodin ulkopuolelle sijoitettujen 0–17-vuotiaiden prosentuaalinen osuus vastaavan ikäisestä väestöstä on vuosina 2016–2023 ollut 1,4–1,6 prosenttia. Kiireellisesti vuoden aikana sijoitettuna olleita 0–17-vuotiaita on viime vuosina ollut 0,4 prosenttia vastaavan ikäisestä väestöstä. (Taulukko 3.)

Taulukko 3. Lapsiperheiden palvelut

		2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Perheitä lapsiperhepalveluiden kotipalveluissa, % lapsiperheistä	Koko maa	1,9	2,4	2,3	2,5	2,3	2,4	2,3	2,2
Perheitä lastensuojelun kotipalveluissa, % lapsiperheistä	Koko maa	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	0,3	0,3
Perheitä lapsiperhepalveluiden perhetyössä, % lapsiperheistä	Koko maa	2,3	2,5	3,1	3,3	3,1	2,9	3,1	3,0
Perheitä lastensuojelun tehostetussa perhetyössä, % lapsiperheistä	Koko maa	1,6	1,8	1,8	1,8	1,7	1,7	1,6	1,6
Kodin ulkopuolelle sijoitetut 0–17-vuotiaat, % vastaavan ikäisestä väestöstä	Koko maa	1,4	1,5	1,5	1,6	1,6	1,6	1,6	1,6
Kiireellisesti vuoden aikana sijoitettuna olleet 0–17-vuotiaat, % vastaavan ikäisestä väestöstä	Koko maa	0,3	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4

Mielenterveyspalvelut

0–12-vuotiaiden erikoisairaanhoidon lastenpsykiatrian avohoitokäyntien määrä on ollut koronapandemian alusta alkaen selvästi pienempi kuin sitä edeltävinä vuosina. 13–17-vuotiaiden erikoisairaanhoidon nuorisopsykiatrian avohoitokäyntien määrä putosi myös vuosina 2022–2023 selvästi aiemmista vuosista. Nämä muutokset voivat osaltaan olla seurausta pandemiasta, mutta myös psykososiaalisten menetelmien käyttöönotto on voinut vaikuttaa käyntimääriin. Psykiatrian laitoshoidon 13–17-vuotiaiden potilaiden määrä tuhatta vastaavan ikäistä kohden on viime vuosina ollut vajaa 10 potilasta. Aikuisten mielenterveyden avohoitokäynneissä oli tarkastelujaksolla kasvava trendi vuosina 2016–2018, mutta sen jälkeen käynnit ovat vähentyneet selvästi. (Taulukko 4.)

Taulukko 4. Mielenterveysasioinnit

		2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Erikoisairaanhoidon avohoitokäynnit, lastenpsykiatria / 1 000 0–12-vuotiaasta	Koko maa	300,9	329,1	342,4	311,8	276,9	281,7	256,1	270,1
Erikoisairaanhoidon avohoitokäynnit, nuorisopsykiatria / 1 000 13–17-vuotiaasta	Koko maa	1041	1157,1	1173,4	1094,9	1025,1	1043,8	918,8	889,8
Psykiatrian laitoshoidon 13–17-vuotiaat potilaat / 1 000 vastaavan ikäistä	Koko maa	7,9	9,3	9,3	9,6	9,8	10,4	9,6	9,6
Aikuisten mielenterveyden avohoitokäynnit / 1 000 18 vuotta täyttäneitä	Koko maa	548	588,4	596,7	568,7	556,6	504,4	458,5	464,1

Psykososiaaliset menetelmät

Kaikkien sosiaali- ja terveyskeskus -ohjelman hankkeiden tuli ottaa käyttöön mielenterveyshäiriöiden ennaltaehkäisyyn ja hoitoon soveltuvia vaikuttavia psykososiaalisia menetelmiä nuorten ikäryhmässä ja vuoden 2022 alusta alkaen kaikissa ikäryhmissä. Yhteistyöalueella kehittämistyötä koordinoivat yliopistosairaalat.

Valtionavustuksen tavoitteet ja seuranta

Tulevaisuuden sote-keskus-ohjelman hankeoppaan mukaisesti kaikkiin hankkeisiin tuli sisällyttää psykososiaalisten menetelmien käyttöönotto. Psykososiaalisten menetelmien käyttöönotto kytkeytyi hallitusohjelman mukaiseen Kansalliseen mielenterveysstrategiaan (2020–2030), jonka tavoitteena on parantaa psykososiaalisten hoitomuotojen ja interventioiden saatavuutta ja luoda yhteistyörakenne, jossa ”yliopistosairaaloitten sairaanhoitopiirit ja lasten ja nuorten vaativimpien palveluiden osaamiskeskukset koordinoivat näyttöön perustuvan hoidon saatavuutta sekä levittävät näyttöön perustuvia psykososiaalisia hoitoja ja interventiota koordinoituna yhteistyössä alueittain ottaen huomioon myös haja-asutusalueiden tarpeet” (Vorma ym. 2020).

Ensiksi psykososiaalisten menetelmien saatavuuden parantaminen Tulevaisuuden sote-keskus -ohjelmassa kohdentui vain nuorten perustason palveluihin. Vuosina 2021–2023 psykososiaalisten menetelmien käyttöönottoa laajennettiin kaikilla ohjelmaan osallistuvilla alueilla kaikkiin ikäryhmiin. Koska tavoitteeksi asetettiin myös saada käyttöön yhteistyörakenne erikoissairaanhoidon kanssa, vuosille 2022–2023 yliopistollisten sairaaloiden sairaanhoitopiireille myönnettiin erikseen valtionavustusta psykososiaalisten menetelmien alueellisen koordinoinnin kehittämistä varten. Yhteistyön puitteissa tavoitteena oli saada käyttöön vaikuttavaksi todetut menetelmät yleisimpien lievien ja keskivaikeiden mielenterveys- ja päihdehäiriöiden varhaiseen hoitoon. Lisäksi haluttiin varmistaa mallit mielenterveyshäiriötä sairastavien fyysisen terveyden edistämiseksi ja somaattisen terveydenhuollon yhdenvertaiseksi toteutumiseksi. Yliopistosairaaloiden koordinaatiotehtäviin myönnetystä rahoituksesta noin puolet tuli hakuilmoituksen mukaan käyttää alaikäisten palveluiden kehittämiseen.

Hyötytavoitteiden arvioinnissa on seurattu Tulevaisuuden sote-keskus -ohjelman rahoituksella koulutettujen psykososiaalisten menetelmien osajien ja menetelmäohjaajien määriä. Raportissa käytetyt tiedot on koottu yliopistollisten sairaaloiden koordinaatiohankkeiden kautta. Nämä tiedot raportoidaan ikäryhmäkohtaisesti alla olevissa taulukoissa 5–10. Koska Mielenterveysstrategiassa on painotettu näyttöön perustuvien hoitojen ja interventioiden levittämistä, taulukoissa menetelmät on ryhmitelty niitä koskevan tutkimustiedon perusteella 1) vaikuttaviin interventioihin (A ja B näyttö, Käypä hoito) sekä 2) uusiin interventioihin, joiden sisältö, määritelty kesto ja rakenne on kuvattu, mutta joista ei vielä ole tutkimusnäyttöä.

Tulokset

Lasten parissa käytettävien psykososiaalisten menetelmien käyttöönotto käynnistyi vuonna 2022, kun näyttöön perustuvien menetelmien käyttöä haluttiin laajentaa nuorista kaikkiin ikäryhmiin. Tiedot koulutettujen osajien määristä on kuvattu taulukossa 5 ja tiedot menetelmän käytöstä taulukossa 6.

Vaikuttavien interventioiden koulutukset: Tulevaisuuden sosiaali- ja terveyskeskus -ohjelman rahoitusta ei hankkeen päättyessä ole juurikaan käytetty lasten parissa työskentelevien ammattilaisten kouluttamiseen vaikuttavaksi osoitettujen interventioiden käyttöön. Osajia on koulutettu yhteensä alle 50. Toisaalta esimerkiksi aloitettujen CoolKids -hoitajaksojen määräksi on raportoitu 268 kpl, vaikka kyseisen menetelmän osajia on Tulevaisuuden sote-keskus -rahoituksella koulutettu vain kuusi. Lasten parissa käytettävien vaikuttavien menetelmien koulutuksia onkin toteutettu hankeaikana muilla rahoituksilla ja tältä osin tavoite hyvinvointialueen ja yliopistoklinikan yhteistyöstä on osittain toteutunut.

Uudet interventiot: Tulevaisuuden sote-keskus -ohjelman hankkeissa on koulutettu uusista menetelmistä lasten ja nuorten ahdistuksen lyhytintervention osajia yhteensä 142 hlö. Lasten vanhemmille tarjottavan Ohjatun omahoidon -koulutuksen on käynyt yhteensä 268 ammattilaista, joista osa on koulutettu ohjaamaan erityisesti pienten lasten vanhempia Mielenterveystalon omahoitoihin.

Saatavilla olevan tiedon perusteella osaamisen juurtumista ei voida arvioida (Taulukko 6). Vaikuttavista interventioista Ihmeelliset vuodet -ryhmiä on hankeaikana raporttien mukaan pidetty 17 kpl. Lasten ja nuorten ahdistuksen lyhytintervention hoitajaksoja on aloitettu 228 kpl, niiden kohdentumisesta juuri lapsiin ei ole tietoa. Ohjatun omahoidon jaksoista tiedot on saatu vain yhdeltä neljästä alueesta, joissa koulutuksia on toteutettu.

Taulukko 5. Tulevaisuuden sote-keskus -hankerahalla koulutetut lasten psykososiaalisten menetelmien osaajat ja menetelmäohjaajat vuoden 2020 alusta hankekauden loppuun taulukko 1.

Koulutetut menetelmäosaajat ja -ohjaajat (lapset)	Etelä-Suomi (HUS)	Itä-Suomi (KYS)	Pohjois-Suomi (OYS)	Sisä-Suomi (TAYS)	Länsi-Suomi (TYKS)	Yhteensä (hlö)
VAIKUTTAVAT INTERVENTIOT						
CoolKids-osaajat (hlö ja osuus suunnittelusta kokonaismäärästä)	(muu rahoitus)	(muu rahoitus)	(muu rahoitus)	(muu rahoitus)	(muu rahoitus)	
CoolKids-menetelmäohjaajat (hlö ja osuus suunnittelusta kokonaismäärästä)		(muu rahoitus)	4 (100 %)	2 (40 %, vuonna 2024 valmistuu +3hlö, jolloin 100 %)	(muu rahoitus)	6 hlö (+vuonna 2024 valmistuvat)
Ihmeelliset vuodet -osaajat (hlö ja osuus suunnittelusta kokonaismäärästä)					42 (n/a)	42 hlö
UUDEN INTERVENTIOT						
Lasten ja nuorten ahdistuksen lyhytinterventio osaajat (hlö ja osuus tavoitemäärästä)	30 (39 %, koulutukset jatkuvat)		28 (100 %, sis. lapset ja nuoret)		84 (110 %)	142 hlö
Lasten ja nuorten ahdistuksen lyhytinterventio menetelmäohjaajat (hlö ja osuus tavoitemäärästä)	4 (100 %)		1 (100 %)		5 (100 %)	10 hlö
Pienten lasten vanhempien Ohjattu omahoito -koulutus (hlöt ja osuus tavoitemäärästä)	38 (115 %)	2 (n/a)	43			83 hlö
Lasten vanhempien Ohjattu omahoito -koulutus (hlö ja osuus tavoitemäärästä)	88 (47 %)	2 (n/a)	64		31 (n/a)	185 hlö

Taulukko 6. Lasten psykososiaalisten menetelmien käyttäminen vuoden 2020 alusta hankekauden loppuun

Koulutetut menetelmäosaajat ja -ohjaajat (lapset)	Etelä-Suomi (HUS)	Itä-Suomi (KYS)	Pohjois-Suomi (OYS)	Sisä-Suomi (TAYS)	Länsi-Suomi (TYKS)	Yhteensä
VAIKUTTAVAT INTERVENTIOT						
CoolKids, aloitetut hoitajakset 2020 alusta (n)	n/a	18 (vuoden 2023 alusta)	51	110	66 yksilöhoitajaksoa ja 23 ryhmähoitajaksoa	268 kpl
CoolKids, erikoissairaanhoidon tarvinneiden osuus vuoden 2020 alusta	n/a	1/ 18 hlö	n/a	n/a	(0 % vuoden 2023 alusta)	
Ihmeelliset vuodet -ryhmät					17	17 kpl
UUDEN INTERVENTIOT						
Lasten ja nuorten ahdistuksen lyhytinterventio, aloitetut hoitajakset 2020 alusta (n)	74		18		136	228 kpl
Lasten ja nuorten ahdistuksen lyhytinterventio, erikoissairaanhoidon tarvinneiden osuus vuoden 2020 alusta	9 %		n/a		n/a	9 %
Pienten lasten Ohjattu omahoito -koulutus, aloitetut hoitajakset 2020 alusta (n)	45*	n/a	n/a			45 kpl

Koulutetut menetelmäosaajat ja -ohjaajat (lapset)	Etelä-Suomi (HUS)	Itä-Suomi (KYS)	Pohjois-Suomi (OYS)	Sisä-Suomi (TAYS)	Länsi-Suomi (TYKS)	Yhteensä
Lasten Ohjattu omahoito -koulutus, aloitetut hoitojakso 2020 alusta (n)	107*	n/a	n/a		n/a	107 kpl

* Yta-alueen mukaan luotettavaa tietoa lukumäärästä ei saatavilla

Nuorten parissa käytettävien psykososiaalisten menetelmien käyttöönotto käynnistyi heti hankkeen alkaessa ja vaikuttavien interventioiden osajia on koulutettu selvästi enemmän kuin lasten tai aikuisten parissa käytettäviin menetelmiin. Lähtötilanteessa kartoitettiin, kuinka paljon alueilla oli jo ennestään vaikuttavista interventioista masennusoireistoon suunnatun nuorten vuorovaikutusohjannan Inter Personal Counseling (IPC-N) -menetelmän ja ahdistuneisuusoireiluun suunnattu CoolKids -menetelmän osajia. Vuonna 2020 saatujen kyselytietojen mukaan IPC-N-osaajia oli 271 hlöä, eniten Länsi-Uudellamaalla. CoolKids-osaajia oli koulutettu ennen hankekautta yhteensä vain 12 hlö jakautuneena kolmelle eri hankealueelle. Hankkeen päättyessä tiedot koulutettujen osajien määristä on kuvattu taulukossa 7 ja tiedot menetelmän käytöstä taulukossa 8.

Vaikuttavien menetelmien koulutukset: IPC-N-osaajien koulutukset käynnistyivät ensimmäisinä ja ovat hankeajana edenneet nopeimmin. Hankkeen loppupuolella tahti on hieman hidastunut: maaliskuussa 2023 osajia oli valmistunut tai koulutuksessa 1507 hlö ja hankkeen päättyessä tammikuussa 2024 valmistuneita oli 1548 hlö (lisäksi myöhemmin vuonna 2024 valmistuu lisää osajia). Väestöpohjaan suhteutetut erot koulutusten määrissä ovat merkittäviä, ja laajimmin koulutukset ovat toteutuneet Itä-Suomessa. Länsi-Suomessa koulutukset aloitettiin muita YTA-alueita myöhemmin ja valmistuneiden määrä on vähäinen.

CoolKids -osaajia on hankkeen päättyessä valmistunut 416 hlö, mikä on hieman pienempi määrä kuin maaliskuussa 2023, jolloin valmistuneita tai koulutuksessa oli 425 hlö. Eron arvioidaan johtuvan koulutuksen keskeyttämisistä tai vaikeuksista saada pätevyyden saamiseksi vaaditut määrät nuoria tavattua. Lisäksi osa koulutettavista valmistuu vasta vuonna 2024. Muista vaikuttavista interventioista IPT-N-osaajia on valmistunut hankkeen päättyessä 179 hlö, kun maaliskuussa 2023 valmistuneita tai koulutuksessa oli 167 hlö. Länsi-Suomessa oli jo keväeseen 2023 mennessä valmistunut 208 kognitiivisen lyhytinterventio osajaa, joskaan osaamisen juurtumisen tueksi ei ole koulutettu menetelmäohjaajia.

Uudet interventiot: Edellä kuvattujen vaikuttavien interventioiden lisäksi nuorten parissa työskenteleviä perustason ammattilaisia on koulutettu ohjaamaan potilaitaan tai nuorten vanhempia Mielenterveystalon omahoitoihin. Ohjatun omahoito -koulutuksen oli hankkeen päättyessä käynyt 677 ammattilaista.

Interventioiden toteutumien ja vaikuttavuuden arviointiin ei ole luotettavaa seurantarjestelmää. Erillistiedonkeruun perusteella hankeajana vuodesta 2020 tammikuuhun 2024 on aloitettu 4538 IPC-N hoitojaksoa ja kolmen yhteistyöalueen tietojen perusteella erikoissairaanhoidon olisi tarvinnut 6,6–8 prosenttia asiakkaista. CoolKids -hoitojaksoja on aloitettu hankeajalla erillistiedonkeruun mukaan 1090 kpl ja erikoissairaanhoidon on tarvinnut kahden YTA-alueen tietojen perusteella 8 tai 13 prosenttia. Nämäkin tiedot kuitenkin perustuvat osin arvioon tai heijastelevat vain koulutuksen aikaisia määriä. Ohjatun omahoidon -koulutuksen mukaisten hoitojaksojen määrästä ei ole tietoja.

Taulukko 7. Tulevaisuuden sote-keskus -hankerahalla koulutetut nuorten psykososiaalisten menetelmien osaajat ja menetelmäohjaajat vuoden 2020 alusta hankekauden loppuun

Koulutetut menetelmä-osaajat ja -ohjaajat (nuoret)	Etelä-Suomi (HUS)	Itä-Suomi (KYS)	Pohjois-Suomi (OYS)	Sisä-Suomi (TAYS)	Länsi-Suomi (TYKS)	Yhteensä (hlö)
VAIKUTTAVAT INTERVENTIOT						
IPC-N-osaajat (hlö ja osuus suunnittelusta kokonaismäärästä)	346 (107 %, koulutukset jatkuvat)	569 (95 %)	252 (86 %)	251 (82 %, vuonna 2024 valmistuu +28 hlö, jolloin 91 %)	130 (60 %)	1548 hlö (+ vuonna 2024 valmistuvat)
IPC-N-menetelmäohjaajat (hlö ja osuus suunnittelusta kokonaismäärästä)	15 (n/a)	21 (66 %)	14 (100 %)	9 (100 %)	8 (53 %)	67 hlö
CoolKids-osaajat (hlö ja osuus suunnittelusta kokonaismäärästä)	159 (110 %, koulutukset jatkuvat)	98 (98 %)	64 (83 %)	4 (12 %, vuonna 2024 valmistuu +19 hlö, jolloin 94 %)	91 (113 %)	416 hlö (+ vuonna 2024 valmistuvat)
CoolKids-menetelmäohjaajat (hlö ja osuus suunnittelusta kokonaismäärästä)	5 (n/a)	6 (50 %)	4 (100 %)	1 (50 %, vuonna 2024 valmistuu +1 hlö, jolloin 100 %)	6 (75 %)	22 hlö (+ vuonna 2024 valmistuva)
IPT-N-osaajat (hlö ja osuus suunnittelusta kokonaismäärästä)	43 (84 %)	45 (n/a, vuonna 2024 koulutuksessa 22 hlö)	41 (67 %)		50 (91 %)	179 hlö (+ vuonna 2024 valmistuvat)
IPT-N-menetelmäohjaajat (hlö ja osuus suunnittelusta kokonaismäärästä)			3 (100 %)		2 (200 %)	5 hlö
Kognitiivisen lyhytintervention osaajat (hlö ja osuus suunnittelusta kokonaismäärästä)					208 (100 %)	208 hlö
UUDET INTERVENTIOT						
Ohjattu omahoito -koulutuksen käyneet osaajat (hlö ja osuus suunnittelusta kokonaismäärästä)	493 (103 %)		90 (n/a)		94 (47 %)	677 hlö

Taulukko 8. Nuorten psykososiaalisten menetelmien käyttäminen vuoden 2020 alusta hankkeiden loppuun

Menetelmien käyttäminen	Etelä-Suomi (HUS)	Itä-Suomi (KYS)	Pohjois-Suomi (OYS)	Sisä-Suomi (TAYS)	Länsi-Suomi (TYKS)	Yhteensä
VAIKUTTAVAT INTERVENTIOT						
IPC-N, aloitetut hoitajakset 2020 alusta (n)	1193*	1458*	643	894*	350	4538 kpl
IPC-N, erikoissairaanhoidon tarvinneiden osuus vuoden 2020 alusta	8 %	6,60 %	n/a	8 %	n/a	6,6–8 %
CoolKids, aloitetut hoitajakset 2020 alusta (n)	681*	186*	66	n/a	129 yksilöhoitajaksoa ja 28 ryhmähoitajaksoa	1090 kpl
CoolKids, erikoissairaanhoidon tarvinneiden osuus vuoden 2020 alusta	8 %	13 %	n/a	n/a	n/a	8–13 %
IPT-N, aloitetut hoitajakset 2020 alusta (n)	n/a	n/a	4		100	104 kpl
UUDET INTERVENTIOT						
Ohjattu omahoito, aloitetut hoitajakset 2020 alusta (n)	n/a		n/a		6	6

*Hoitajaksojen määrä perustuu arvioon tai heijastelee vain koulutuksen aikaisia määriä

Aikuisten parissa käytettävien psykososiaalisten menetelmien käyttöönotto laajennettiin koskemaan kaikkia hankkeita vuonna 2022. Hankkeen päättyessä vaikuttavien interventioiden osajia on koulutettu enemmän kuin lasten parissa työskentelyyn, mutta selvästi vähemmän kuin nuorten kohdalla. (Taulukko 9.)

Vaikuttavaksi osoitetut interventiot: Hankkeen päättyessä vaikuttavien interventioiden osajia oli koulutettu lähinnä Pohjois-Suomessa, jossa on valmistunut 203 IPC-osaajaa ja 29 IPT-osaajaa. Etelä-Suomessa on koulutettu muutama IPT-osaaja ja Länsi-Suomessa 11 IPC-osaajaa (koulutus kesken).

Uudet interventiot: Aikuisten psykososiaalisten menetelmien käyttöönotossa painopiste on ollut erityisesti uusien interventioiden verkkopohjaisissa koulutuksissa. Alueilla on koulutettu huomattava määrä ammattilaisia Mielenterveystalon omahoitoihin ohjaamiseen. Ohjatun omahoidon -koulutuksen käyneitä on hankkeen päättyessä yhteensä 2772 (osalla koulutus kesken), kahdella YTA-alueella selvästi jo yli hankkeen tavoitemäärän. Osajien koulutukset ovat edenneet nopeasti myös hankkeen loppupuolella, sillä osajien määrä on kasvanut yli puolella maaliskuusta 2023, jolloin osajia oli koulutuksessa tai valmistunut 1211 hlö. Toiseksi aikuisten parissa työskentelyyn on koulutettu kognitiivisen lyhytinterventio osajia, joita on hankkeen päättyessä valmistunut yhteensä 730 hlö (lisäksi vuonna 2024 valmistuu lisää osajia).

Ohjatun omahoidon toteutumisesta eli aloitetuista hoitajaksoista ei saatu tietoa kuin yhdeltä YTA-alueelta (Länsi-Suomessa 77 hoitajaksoa). Etelä-Suomen vastauksen mukaan 4–5 tunnin verkkokoulutuksen jälkeen menetelmää hyödynnetään osana porrastettua palvelujärjestelmää. (Taulukko 10.)

Kognitiivisen lyhytinterventio hoitajaksoja on aloitettu 5210 kpl. Eniten osajia (75 % koko määrästä) on koulutettu Etelä-Suomessa, jossa hoitajaksoja on toteutunut 3864 kpl. Etelä-Suomen mukaan tiedot hoitajaksoista ovat saatavilla vain koulutuksen ajalta, joten hoitajaksojen määrän voidaan olettaa olevan suurempi. IPC-hoitajaksoja on toteutunut Pohjois-Suomessa 156 kpl, ja erikoissairaanhoidon tarvinneiden osuus potilaista. (Taulukko 10.)

Taulukko 9. Tulevaisuuden sote-keskus -hankerahalla koulutetut aikuisten ja ikääntyneiden psykososiaalisten menetelmien osaajat ja menetelmäohjaajat vuoden 2020 alusta hankkeen loppuun

Koulutetut menetelmä-osaajat ja -ohjaajat (aikuiset ja ikääntyneet)	Etelä-Suomi (HUS)	Itä-Suomi (KYS)	Pohjois-Suomi (OYS)	Sisä-Suomi (TAYS)	Länsi-Suomi (TYKS)	Yhteensä
VAIKUTTAVAT INTERVENTIOT						
IPC-osaajat (hlö ja osuus suunnittelusta kokonaismäärästä)			203 (94 %)		11 (koulutus kesken)	214 hlö (joista koulutuksessa 11 hlö)
IPC-menetelmäohjaajat (hlö ja osuus suunnittelusta kokonaismäärästä)			29 (100 %)			29 hlö
IPT-osaajat (hlö ja osuus suunnittelusta kokonaismäärästä)	4 (n/a)		29 (100 %)			33 hlö
IPT-menetelmäohjaajat (hlö ja osuus suunnittelusta kokonaismäärästä)	1 (n/a)		29 (100 %)			30 hlö
UUDET INTERVENTIOT						
Kognitiivinen lyhytterapia -osaajat (hlö ja osuus suunnittelusta kokonaismäärästä)	552 (110 %)	75 (75 %)	66 (77 %)	29 (39 %, vuonna 2024 valmistuu 45 hlö, jolloin 99 %)	8 (13 %, vuonna 2024 valmistuu 121 hlö, jolloin 156 %)	730 hlö (+ vuonna 2024 valmistuvat)
Kognitiivinen lyhytterapia -menetelmäohjaajat (hlö ja osuus suunnittelusta kokonaismäärästä)	25 (83 %)	5 (62 %)	4 (100 %)	5 (83,3 %)	16 (160 %)	55 hlö
Aikuisten Ohjattu omahoito -koulutuksen käyneet osaajat (hlö ja osuus suunnittelusta kokonaismäärästä)	1239 (83 %)	359 (100 %)	418 (n/a)	458 (183 %)	298 (148 %)	2772 hlö (osalla koulutus kesken)
Aikuisten Ohjattu omahoito -koulutuksen käyneet menetelmäohjaajat (hlö ja osuus suunnittelusta kokonaismäärästä)		5 (83 %)		5 (55,6 %)		10 hlö
Ikääntyneiden Ohjattu omahoito -koulutuksen käyneet osaajat (hlö ja osuus suunnittelusta kokonaismäärästä)	10 (n/a)					10 hlö

Taulukko 10. Aikuisten ja ikääntyneiden psykososiaalisten menetelmien käyttäminen vuoden 2020 alusta hankekauden loppuun

Menetelmien käyttäminen	Etelä-Suomi (HUS)	Itä-Suomi (KYS)	Pohjois-Suomi (OYS)	Sisä-Suomi (TAYS)	Länsi-Suomi (TYKS)	Yhteensä
VAIKUTTAVAT INTERVENTIOT						
IPC, hoitojaksoja aloitettu yhteensä 2020 alusta, n			134		22	156 kpl
IPC, erikoissairaanhoidon tarvinneiden osuus vuoden 2020 alusta			19 %		n/a	19 %
IPT, hoitojaksoja aloitettu yhteensä 2020 alusta, n	12 (koulutuksen aikana)		n/a			12 kpl
UUDET INTERVENTIOT						
Kognitiivinen lyhytterapia, hoitojaksoja aloitettu yhteensä 2020 alusta, n	3864 (koulutuksen aikana)	n/a	402	398*	546	5210 kpl
Kognitiivinen lyhytterapia, erikoissairaanhoidon tarvinneiden osuus vuoden 2020 alusta	21 %	n/a	n/a	n/a	n/a	21 %
Aikuisten ohjattu omahoito, hoitojaksoja aloitettu yhteensä 2020 alusta, n	n/a	n/a	n/a	n/a	77	77 kpl

* arvio

Päihdepalvelut

Päihdepalveluja koskeva kehittäminen ei ollut mittavaa sote-keskus-ohjelmassa koko maan laajuisesti, joten ohjelman vaikutus ei voi juurikaan näkyä tarkastelujaksolla käynti- ja asiointimäärien muutoksissa. Trendit ja muutokset heijastelenevat enemmänkin yleistä muutosta päihteiden käytössä.

Mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriöt perusterveydenhuollon lääkärin avosairaanhoidon vastaanoton käyntisyynä kaikista kirjatuista käyntisyistä on kasvanut tasaisesti vuosina 2016–2023. Päihteiden aiheuttamat ongelmat perusterveydenhuollon lääkärin avosairaanhoidon vastaanoton käyntisyynä kaikista kirjatuista käyntisyistä on ollut tarkastelujaksolla 0,4–0,5 prosenttia. (Taulukko 11.)

Taulukko 11. Mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriöt sekä päihteiden aiheuttamat ongelmat perusterveydenhuollon lääkärin avosairaanhoidon vastaanoton käyntisyynä

		2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriöt pl. päihteiden käytön ongelmat perusterveydenhuollon lääkärin avosairaanhoidon vastaanoton käyntisyynä, % kirjatuista käyntisyistä	Koko maa	3,8	4,3	4,6	4,9	5,5	6	6,2	6,4
Päihteiden aiheuttamat ongelmat perusterveydenhuollon lääkärin avosairaanhoidon vastaanoton käyntisyynä, % kirjatuista käyntisyistä	Koko maa	0,4	0,5	0,5	0,5	0,5	0,4	0,4	0,4

Päihdehuollon avopalveluissa asiakasmäärä on pienentynyt tarkastelujaksolla selvästi vuosi vuodelta. Päihteiden vuoksi sairaaloiden ja terveyskeskusten vuodeosastoilla hoidettujen potilaiden määrä on sekin hienoisesti pienentynyt tarkastelujaksolla. Päihdehuollon laitoksissa hoidossa olleiden asiakkaiden määrä tuhatta asukasta kohden on pienentynyt tarkastelujaksolla 2,4:stä 1,2 asiakkaaseen. (Taulukko 12.)

Alkoholia liikaa käyttävien osuus 65 vuotta täyttäneistä on tarkastelujaksolla ollut 32–34,3 prosenttia. Vuoden 2021 tietoja ei ollut saatavilla. (Taulukko 13.) Alkoholinperäisten kuolemien vuoksi menetettyjen

elinvuosien lukumäärä alimmassa tuloviidenneksessä on tarkastelujaksolla pienentynyt vuosi vuodelta. (Taulukko 14.)

C-hepatiitti-infektioita on ollut vuosina 2016–2023 runsas 20 100 000 asukasta kohden. Huumeiden käyttäjien terveysneuvontapisteiden asiakasmäärä kasvoi tasaisesti vuosina 2016–2020, mutta sen jälkeen määrässä on ollut suurta vaihtelua. Vuoden 2023 tietoja ei ollut saatavilla. (Taulukko 15.)

Taulukko 12. Päihdehuollon avopalveluiden ja laitoshoidon asiakkaat sekä päihteiden vuoksi sairaaloiden ja terveyskeskusten vuodeosastoilla hoidetut

		2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Päihdehuollon avopalveluissa asiakkaita / 1 000 asukasta	Koko maa	8,2	8	7,4	7	6,1	5,8	5,4	3,5
Päihteiden vuoksi sairaaloiden ja terveyskeskusten vuodeosastoilla hoidetut potilaat / 1 000 asukasta	Koko maa	2,8	2,8	2,8	2,8	2,7	2,6	2,5	2,4
Päihdehuollon laitoksissa hoidossa olleet asiakkaat / 1 000 asukasta	Koko maa	2,4	2,4	2,3	2,2	2,0	1,7	1,7	1,2

Taulukko 13. Alkoholia liikaa käyttävien osuus 65 vuotta täyttäneistä

		2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Alkoholia liikaa käyttävien osuus (AUDIT-C) (%), 65 vuotta täyttäneet	Koko maa	32,1	33,7	31,1	34,3	34,3		32

Taulukko 14. Alkoholikuolemiin menetetyt elinvuodet Alkoholia liikaa käyttävien osuus 65 vuotta täyttäneistä

		2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Alkoholikuolemat, menetetyt elinvuodet (PYLL) ikävälillä 25–80 vuotta / 100 000 vastaavan ikäistä, pienituloiset	Koko maa	3476	3244	3153	3145	3150	3021	2878

Taulukko 15. C-hepatiitti-infektiot ja huumeiden käyttäjien terveysneuvontapisteiden asiakkaat

		2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
C-hepatiitti-infektioita (kaikki tartuntatavat yhteensä) / 100 000 asukasta	Koko maa	21,1	20,6	21,4	21,3	20,1	19,4	20,7	20,1
Huumeiden käyttäjien terveysneuvontapisteiden asiakkaat / 100 000 asukasta	Koko maa	117,4	134,6	146,2	320	181,6	111,3	304	

Ikäihmistien palvelut

Ikäihmistien palvelujen käyttöön liittyvät muutokset ovat vähäisiä tarkastelujaksolla, eikä sote-keskus-ohjelma ole ehtinyt vaikuttaa jaksolla palveluiden käyttömääriin. Kotona asuvien ikäihmistien osuus on kuitenkin kasvanut koko tarkastelujakson, mikä on oikean suunta, kun palvelurakennetta halutaan keventää. Tämä edellyttää, että ikäihmiset saavat kotiinsa tarvitsemansa avun ja tuen. Säännöllisen kotihoidon piirissä olevien ikäihmistien määrä on kuitenkin ollut tarkastelujaksolla laskussa. Toki voi olla niin, että ikäihmiset ovat entistä hyväkuntoisempia ja pärjäävät pidempään ilman kotiin tuotavaa hoitoa. Taustalla voi kuitenkin vaikuttaa myös paheneva henkilöstöpula, jolloin lähihoitaja- ja sairaanhoitojaresurssit pyritään kiinnittämään lakisääteisiin palveluihin niitä koskevien henkilöstömitoitusvaatimusten täyttämiseksi (esim. ikääntyneiden ympärivuorokautinen hoiva). Voi siis olla kyse siitä, että tarpeen mukaisiin palveluihin on entistä vaikeampi päästä ja kotona sinnittelee entistä huonokuntoisempia ikääntyneitä

Kotona asuvien 75 vuotta täyttäneiden määrä on kasvanut vuosina 2016–2023 tasaisesti vuosi vuodelta. Vuonna 2016 määrä oli 90,9 prosenttia vastaavan ikäisestä väestöstä, vuonna 2023 93 prosenttia. Omaishoidon tuen 75 vuotta täyttäneitä hoidettavia on ollut viime vuosina 4,1–4,8 prosenttia vastaavan ikäisestä

väestöstä. Säännöllisen kotihoiton piirissä olleiden 75 vuotta täyttäneet asiakkaiden määrä on hieman pienentynyt viime vuosina ollen vuonna 2023 13,9 prosenttia vastavanikäisestä väestöstä. Ikääntyneiden tavallisen palveluasumisen 75 vuotta täyttäneiden asiakkaiden määrä (31.12.) vastaavan ikäisestä väestöstä on tarkastelujaksolla ollut 0,7–0,9 prosenttia. Ikääntyneiden tehostetun palveluasumisen 75 vuotta täyttäneiden asiakkaiden määrä (31.12.) vastaavan ikäisestä väestöstä on viime vuosina ollut 6,4–7,6 prosenttia. (Taulukko 16.)

Taulukko 16. 75 vuotta täyttäneiden kotihoito ja asumispalvelut

		2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Kotona asuvat 75 vuotta täyttäneet, % vastaavan ikäisestä väestöstä	Koko maa	90,9	91,1	91,3	91,7	91,8	92,5	93	93
Omaishoidon tuen 75 vuotta täyttäneet hoidettavat vuoden aikana, % vastaavan ikäisestä väestöstä	Koko maa	4,7	4,8	4,8	4,8	4,6	4,6	4,3	4,1
Säännöllisen kotihoiton piirissä olleet 75 vuotta täyttäneet asiakkaat, % vastaavan ikäisestä väestöstä	Koko maa	17,3	17,3	17	16,6	16,2	15,6	14,7	13,9
Ikääntyneiden tavallisen palveluasumisen 75 vuotta täyttäneet asiakkaat 31.12., % vastaavan ikäisestä väestöstä	Koko maa	0,9	0,8	0,7	0,7	0,7	0,7	0,7	
Ikääntyneiden tehostetun palveluasumisen 75 vuotta täyttäneet asiakkaat 31.12., % vastaavan ikäisestä väestöstä	Koko maa	7,3	7,5	7,6	7,3	7,3	6,8	6,4	

Kotona asuvien 85 vuotta täyttäneiden määrä on myös kasvanut vuosina 2016–2023 tasaisesti vuosi vuodelta. Omaishoidon tuen 85 vuotta täyttäneitä hoidettavia on ollut viime vuosina 6,3–7,1 prosenttia vastaavan ikäisestä väestöstä. Säännöllisen kotihoiton piirissä olleiden 85 vuotta täyttäneet asiakkaiden määrä on hienoisesti pienentynyt viime vuosina. Ikääntyneiden tavallisen palveluasumisen 85 vuotta täyttäneiden asiakkaiden määrä (31.12.) vastaavan ikäisestä väestöstä on ollut viime vuosina 1,6–2,1 prosenttia. Ikääntyneiden tehostetun palveluasumisen 85 vuotta täyttäneiden asiakkaiden määrä (31.12.) vastaavan ikäisestä väestöstä on viime vuosina hieman pienentynyt ollen vuonna 2022 14,8 prosenttia. (Taulukko 17.)

Taulukko 17. 85 vuotta täyttäneiden kotihoito ja asumispalvelut

		2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Kotona asuvat 85 vuotta täyttäneet, % vastaavan ikäisestä väestöstä	Koko maa	80,6	81,2	81,4	82,2	82,2	83,3	83,9	83,8
Omaishoidon tuen 85 vuotta täyttäneet hoidettavat vuoden aikana, % vastaavan ikäisestä väestöstä	Koko maa	6,7	6,9	7,1	6,8	6,8	6,9	6,6	6,3
Säännöllisen kotihoiton piirissä olleet 85 vuotta täyttäneet asiakkaat, % vastaavan ikäisestä väestöstä	Koko maa	33,4	33,3	33,2	32,5	32,5	32	31,1	29,7
Ikääntyneiden tavallisen palveluasumisen 85 vuotta täyttäneet asiakkaat 31.12., % vastaavan ikäisestä väestöstä	Koko maa	2,1	1,8	1,7	1,6	1,7	1,8	1,7	
Ikääntyneiden tehostetun palveluasumisen 85 vuotta täyttäneet asiakkaat 31.12., % vastaavan ikäisestä väestöstä	Koko maa	15,6	15,9	16,3	15,9	16,1	15,3	14,8	

Muistisairauksien ennaltaehkäisy

Yhdellätoista hyvinvointialueista oli syksyllä 2023 käytössä muistisairauksien ennaltaehkäisyyn tähtäävä elintapaohjauksen toimintamalli. Kymmenen aluetta oli ottanut mallin käyttöön osana sote-keskus-ohjelmaa.

Kyselyvastauksissa tuotiin esiin, että vaikka toimintamalli ei olisi ollut käytössä, vastaavaa toimintaa tehdään muilla tavoin tai toimintamallin käyttöönotto oli työn alla.

Matalan kynnyksen avoimet fyysiset kohtaamispaikat

Hankkeen päättyessä lokakuussa 2023 kyselyllä selvitettiin, kuinka monta matalan kynnyksen avointa kohtaamispaikkaa (esim. asukastila tai ”yhteinen olohuone”), joissa on saatavilla sosiaali- ja/tai terveydenhuollon lakisääteistä ohjausta ja neuvontaa, oli osana Tulevaisuuden sote-keskus -hanketta avattu lapsille, nuorille ja perheille ja kuinka monta kaikille asukkaille.

Kyselyvastausten mukaan puolet hyvinvointialueista olivat osana hanketta avanneet tällaisia kohtaamispaikkoja lapsille, nuorille ja perheille. Kahdeksalla hyvinvointialueella oli avattu 2–5 kohtaamispaikkaa/hyvinvointialue. Yhdellä hyvinvointialueella oli avattu kuusi, yhdellä kahdeksan ja yhdellä 16 kohtaamispaikkaa. Kaikille avoimia kohtaamispaikkoja oli avattu kymmenellä hyvinvointialueella, noin 2–6 kohtaamispaikkaa/hyvinvointialue. Pirkanmaalla kohtaamispaikkoja oli kyselyvastauksen mukaan avattu 35 kpl, mutta samalla kyselyvastauksessa kuvattiin ison osan näistä toimineen jo ennen hanketta. Yhdeltä hyvinvointialueelta ei saatu vastausta.

Yhteisösosiaalityö

Lähtötilanteessa suurin osa hankealueista arvioi, että asteikolla 1–5 yhteisösosiaalityötä (esim. etsivä sosiaalityö tai erityisryhmien parissa tehtävä sosiaalityö) tehdään asukkaiden tarpeiden kannalta arvioituna jonkin verran (3). Hankealueista 3/23 vastasi, että tarpeisiin voitiin vastata melko hyvin (4) ja 4/23 hankealueen mukaan taas hieman heikommin (2).

Hankeaikana arvioissa ei tapahtunut suurta muutosta ja hankkeen päättyessä tehdyn kyselyn mukaan lokakuussa 2023 suurin osa hankealueista (9/22 hyvinvointialuetta) arvioi edelleen yhteisösosiaalityötä tehtävän jonkin verran, kun taas hieman heikomman arvion (2) antoi 2/22 hyvinvointialuetta ja melko hyvin tarpeisiin voitiin vastata 4/22 hyvinvointialueen mukaan. Hankkeen päättyessä yhdeltä hyvinvointialueelta ei saatu vastausta.

Yhteinen toimintamalli työttömien työ- ja toimintakyvyn tuen tarpeiden arviointia varten

Syksyn 2020 lähtötilanteen kyselyn mukaan hankealueilla oli melko hyvin käytössä toimintamalli työttömien työ- ja toimintakyvyn tuen tarpeiden arviointia varten. Hankealueista 13/23 kuitenkin ilmoitti, että toimintamalli on sovittu vain osassa kunnista ja/tai yhteistoiminta-alueista.

Lokakuussa 2023 selvitettiin, onko hyvinvointialueilla käytössä koko alueen yhteistä toimintamallia. Neljällä hyvinvointialueella se oli jo käytössä ja 17:llä se oli kehitteillä. Yhdellä hyvinvointialueella toimintamalli ei ollut kehitteillä eikä käytössä. Yhdeltä hyvinvointialueelta ei saatu lainkaan vastausta kysymyksen. Hyvinvointialueista 15 ilmoitti toimintamallin olevan työkyvyn tuen tiimi.

Kuntoutus

Syksyn 2023 kyselyssä kartoitettiin, mitä kuntoutuksen suoravastaanottopalveluja hyvinvointialueen sote-keskus-hankkeessa on kehitetty. Fysioterapeutin suoravastaanottopalvelua oli kehittänyt 13 hyvinvointialuetta: lasten/nuorten kohderyhmälle 6 aluetta, työikäisten kohderyhmälle 12 aluetta ja ikääntyneiden kohderyhmälle 11 aluetta. Toimintaterapeutin suoravastaanottopalvelua oli kehittänyt yksi alue, työikäisten ja ikääntyneiden kohderyhmille. Puheterapian suoravastaanottoa ei ollut kehittänyt yksikään alue.

Syksyn 2023 kyselyssä kartoitettiin myös, onko hyvinvointialueen sote-keskus-hankkeessa kehitetty kuntoutuksen etäpalveluja liittyen konsultaation kehittämiseen perus- ja erikoistason välillä, reaaliaikaiseen kuntoutukseen (esim. terapiat) ja ajasta riippumattomaan etäkuntoutukseen (esim. erilaiset ohjelmat, pelit, tehtävät, harjoitteet).

Runsas kolmannes alueista oli aloittanut kehittämään fysioterapian etäkonsultaatiota ja se oli käytössä yhdeksällä prosentilla alueista. Toimintaterapian etäkonsultaatiota oli aloittanut kehittämään runsas viidenes alueista ja se oli käytössä vajaalla viidellä prosentilla alueista. Puheterapian etäkonsultaatiota oli alkanut kehittämään vajaa viidenes alueista ja se oli käytössä yhdeksällä prosentilla alueista. (Taulukko 18.)

Runsas puolet alueista oli aloittanut kehittämään fysioterapian etäpalveluja reaaliaikaiseen kuntoutukseen liittyen, ja ne olivat käytössä runsaalla viidenneksellä alueista; toimintaterapian etäpalveluja vajaa kolmannes, ja ne olivat käytössä yhdeksällä prosentilla alueista; ja puheterapian etäpalveluja runsas viidenes alueista, ja ne olivat käytössä runsaalla viidenneksellä alueista. (Taulukko 18.)

Kolmannes alueista oli alkanut kehittämään fysioterapian ajasta riippumatonta etäkuntoutusta ja se oli käytössä 14 prosentilla alueista. Viidenes alueista oli alkanut kehittämään toimintaterapian ajasta riippumatonta etäkuntoutusta ja se oli käytössä 14 prosentilla alueista. Viisi prosenttia alueista oli alkanut kehittämään puheterapia ajasta riippumatonta etäkuntoutusta ja se oli käytössä runsaalla viidenneksellä alueista. (Taulukko 18.)

Neljäntoista hyvinvointialueen sote-keskus-hankkeessa oli kehitteillä kotikuntoutuksen etäpalveluja. Lisäksi 10 hyvinvointialuetta on osallistunut sosiaalisen kuntoutuksen toimintamallin pilotointiin osana THL:n sosiaalityön vaikuttavat toimintamallit -työpajasarjaa.

Hyvinvointialueita pyydettiin kuvamaan myös, millainen kuntoutuksen toimintamalli (Kuntoutuksen uudistamiskomitean ehdotukset 2017) on kehitteillä/kehitetty hyvinvointialueella (esim. kuntoutuspolut lapsilla/työikäisillä/ikäntyneillä, johtaminen, kuntoutuksen hyvät käytännöt) ja missä vaiheessa sen käyttöönotto on. Nämä kuvaukset on raportoitu kevään 2024 kansallisen arvioinnin hyvinvointialuekohtaisissa seurantaraporteissa (Koivisto & Muurinen 2024).

Taulukko 18. Kuntoutuksen etäpalvelujen kehittäminen sote-keskus-hankkeissa

	Ei lainkaan	Aloitettu	Ollaan pitkällä	Käytössä
Konsultaatio perus- ja erikoistason välillä / % hyvinvointialueista				
Fysioterapia	50	36,4	4,5	9,1
Toimintaterapia	68,2	22,7	4,6	4,5
Puheterapia	68,2	18,2	4,5	9,1
Reaaliaikainen kuntoutus / % hyvinvointialueista				
Fysioterapia	13,6	54,6	9,1	22,7
Toimintaterapia	50	31,8	9,1	9,1
Puheterapia	54,6	22,7	0	22,7
Ajasta riippumaton etäkuntoutus / % hyvinvointialueista				
Fysioterapia	47,6	33,3	4,8	14,3
Toimintaterapia	66,7	19	0	14,3
Puheterapia	72,7	4,6	0	22,7

Palveluiden laadun ja vaikuttavuuden parantaminen

Asiakastyytyväisyys ja palvelujen sujuvuus

Asiakkaat ovat olleet koko maassa tarkastelujaksolla tyytyväisiä terveysaseman vastaanottopalveluihin (asteikko 1=täysin eri mieltä – 5=täysin samaa mieltä). Vuonna 2022 asiakastyytyväisyys oli kuitenkin hieman heikentynyt vuoteen 2020 verrattuna, mikä voi osaltaan johtua koronapandemiasta ja sen tuomista haasteista palvelutarjontaan. Asiakkaat kokivat vuonna 2022, että heistä välitettiin kokonaisvaltaisesti (4,5), hoitoa koskevat päätökset tehtiin yhteistyössä (4,6), saatu palvelu koettiin hyödylliseksi (4,6) ja tarvittu palvelu/hoito saatiin, kun sitä tarvittiin (4,4). (Taulukko 19.)

Taulukko 19. Asiakastyytyväisyys terveysaseman vastaanottopalveluihin

		2016	2018	2020	2022
Asiakastyytyväisyys terveysaseman vastaanottopalveluihin: Kohtaaminen, asiakaspalvelu	Koko maa	4,5	4,6	4,7	4,5
Asiakastyytyväisyys terveysaseman vastaanottopalveluihin: Osallistuminen päätöksentekoon	Koko maa	4,6	4,6	4,7	4,6
Asiakastyytyväisyys terveysaseman vastaanottopalveluihin: Palvelun hyödyllisyys	Koko maa	4,7	4,6	4,7	4,6
Asiakastyytyväisyys terveysaseman vastaanottopalveluihin: Palvelun toteutuminen kohtuullisessa ajassa	Koko maa	4,6	4,6	4,6	4,4

Myös suun terveydenhuollon palveluun on oltu tasaisen tyytyväisinä vuosina 2016, 2018 ja 2021 (asteikko 1=täysin eri mieltä – 5=täysin samaa mieltä). Asiakastyytyväisyydessä ei juuri ole ollut muutoksia tarkastelujaksolla. Asiakkaat kokivat vuonna 2021, että heistä välitettiin kokonaisvaltaisesti (4,8), hoitoa koskevat päätökset tehtiin yhteistyössä (4,7), saatu palvelu koettiin hyödylliseksi (4,9) ja tarvittu palvelu/hoito saatiin, kun sitä tarvittiin (4,6). (Taulukko 20.)

Taulukko 20. Asiakastyytyväisyys suun terveydenhuollon palveluihin

		2016	2018	2021
Suun terveydenhuollon asiakastyytyväisyys: Kohtaaminen, asiakaspalvelu	Koko maa	4,8	4,8	4,8
Suun terveydenhuollon asiakastyytyväisyys: Osallistuminen päätöksentekoon	Koko maa	4,7	4,7	4,7
Suun terveydenhuollon asiakastyytyväisyys: Palvelun hyödyllisyys	Koko maa	4,8	4,8	4,9
Suun terveydenhuollon asiakkaiden palvelun toteutuminen kohtuullisessa ajassa	Koko maa	4,6	4,6	4,6

Palvelun sujuvaksi kokeneiden osuus oli vuonna 2022 vain hieman pienempi kuin tarkastelujakson alussa vuonna 2018. Sote-keskus-ohjelman kehittämistoimet eivät ole ehtineet vaikuttaa tähän muutokseen. Vuonna 2018 terveyspalveluja käyttäneistä 55 prosenttia koki palvelun sujuvaksi, vuonna 2023 54 prosenttia. Sosiaalipalveluja vuonna 2018 käyttäneistä runsas 46 prosenttia koki palvelun sujuvaksi, vuonna 2022 runsas 44 prosenttia. (Taulukko 21.)

Taulukko 21. Palvelujen sujuvuus

		2018	2020	2022
Koki palvelun sujuvaksi, (%) terveyspalveluja käyttäneistä	Koko maa	55	54,3	54
Koki palvelun sujuvaksi, (%) sosiaalipalveluja käyttäneistä	Koko maa	46,1	51,6	44,1

Asiakaskohtaisen vaikuttavuuden ja toimintakyvyn mittaaminen

Kyselyvastausten perusteella selvitettiin, onko hyvinvointialueen sosiaalipalveluissa osana sote-keskus-hanketta otettu käyttöön asiakaskohtaisia vaikuttavuuden ja toimintakyvyn mittareista RAI-välineistöön kuuluvaa mittaria, Kykyviisaria tai AVAIN-mittaria. Lähtötilanteessa syyskuussa 2020 RAI-välineistöön kuuluva mittari oli käytössä 19/23 hankealueella ja Kykyviisari 18/23 hankealueella. AVAIN-mittari oli lähtötilanteessa käytössä 6/23 hankealueella, tosin vain yksittäisissä kunnissa. Lokakuun 2023 kyselyvastausten mukaan osana Tulevaisuuden sote-keskus -hanketta RAI-välineistöön kuuluvan mittarin käyttöönottoa toteutettiin 12 hyvinvointialueella. Kykyviisarin ja AVAIN-mittarin käyttöönotto oli osa kahdeksan hyvinvointialueen hanketta.

Rakenteellinen sosiaalityö

Syksyn 2020 lähtötilanteen arviointikyselyn mukaan rakenteellista sosiaalityötä ei toteutettu kattavasti koko maassa. Hankealueista 9/23 vastasi, ettei alueella ollut lainkaan käytössä rakenteellisen sosiaalityön toimintamalleja ja 10/23 hankealueella tilanne vaihteli siten, että rakenteellisen sosiaalityön malleja on käytössä joillakin alueen kunnista tai yhteistoiminta-alueista. Lisäksi lähtötilannetta koskevien vastausten perusteella välittyi kuva, että rakenteellinen sosiaalityö ymmärretään monin eri tavoin ja eritasoisena toimintana.

Lokakuun 2023 kyselyvastausten ja oma-arviointien mukaan rakenteellisen sosiaalityön toimintatapoja on otettu käyttöön tai laajennettu osana Tulevaisuuden sote-keskus -hanketta yhteensä 19 hyvinvointialueella. Laajimmin on kehitetty sosiaalista raportointia, esimerkiksi ottamalla käyttöön sosiaalisten raportointien kyselylomake, jolla henkilöstö voi ilmoittaa havainnoistaan, sekä kuvattu lomakkeen kautta saadun tiedon analysoimisen ja hyödyntämisen prosessia. Muutamat hyvinvointialueet olivat käynnistäneet alueellisen rakenteellisen sosiaalityön työryhmän tai verkoston. Rakenteellista sosiaalityötä oli kehitetty myös osana perhekeskusten ja etsivän työn toimintaa. Muutamilla alueilla oli järjestetty rakenteellisen sosiaalityön koulutuksia, työpajoja, keskustelutilaisuuksia tai teemaviikkoja. Kokemusasiantuntijoiden osallistuminen mainittiin parissa vastauksessa. Lisäksi vastauksissa tuotiin esiin, että kehittämistä on tehty tai sitä jatketaan Kestävän kasvun -ohjelmassa.

Palveluiden monialaisuuden ja yhteentoimivuuden varmistaminen

Päivystyskäynnit ja toistuvat lääkärikäynnit

Päivystyskäyntien määrä perusterveydenhuollossa (ml. yhteispäivystys) on vuosina 2016–2023 ollut koko maan tasolla 400 käynnin molemmin puolin tuhatta asukasta kohden. Käyntimäärä oli pienimmillään ensimmäisenä koronavuotena 2020. (Taulukko 22.) Palvelujen yhteentoimivuuden kehittämisen näkökulmasta päivystyskäyntien määrän tulisi jonkin verran pienentyä, kun palvelut toimivat yhteen ja turhat päivystyskäynnit jäävät pois. Tämä ei vielä näkynyt tarkastelujaksolla.

Terveyskeskuslääkärin vastaanotolla yli 10 kertaa vuodessa käyneiden osuus (fyysiset ja etäasioinnit) kaikista terveyskeskuslääkärin vastaanotolla käyneistä on pienentynyt vuosien 2016–2018 2,5 prosentista vuoden 2023 1,1 prosenttiin. (Taulukko 23.) Kun hoitosuunnitelmat ovat kunnossa ja palvelut toimivat yhteen, tulisi turhien lääkärikäyntien jäädä pois. Tähän muutokseen on jo voinut vaikuttaa jonkin verran ennen sote-keskus-ohjelmaa ja myös siinä tehdyt palveluintegraatiota koskevat kehittämistoimet.

Taulukko 22. Päivystyskäynnit perusterveydenhuollossa (ml. yhteispäivystys) / 1 000 asukasta

		2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Koko maa	Miehet	364,2	356,2	380,3	353,9	328,5	388,3	354,9	385,4
Koko maa	Naiset	445,1	437	467,1	434	406,9	461	450,3	484,1
	Yhteensä	405,2	397,2	424,3	394,4	368,2	425	403	435,2

Taulukko 23. Terveyskeskuslääkärin vastaanotolla yli 10 kertaa vuodessa käyneet, % terveyskeskuslääkärin vastaanotolla käyneistä

		2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Koko maa	Miehet	2	2	2	1,7	1,7	1,3	1,1	1
Koko maa	Naiset	2,8	2,9	2,9	2,5	2,4	2	1,7	1,5
	Yhteensä	2,5	2,5	2,5	2,2	2,1	1,7	1,4	1,3

Palvelujen yhteentoimivuus

Koko maassa vuonna 2018 terveystalvija käyttäneistä 28,4 prosenttia arvioi pompottelun palvelupisteestä toiseen haitanneen hoidon saantia, vuonna 2020 27 prosenttia. Runtas 48 prosenttia arvioi vuonna 2018 tietojen kyselyn useaan kertaan haitanneen hoidon saantia, vuonna 2020 43,6 prosenttia. Vuoden 2022 tietoja ei näistä mittareista ollut saatavilla. Sosiaalipalveluja vuosina 2018 ja 2020 käyttäneistä runsas 37 prosenttia arvioi pompottelun palvelupisteestä toiseen haitanneen palvelun saantia, vuonna 2022 runsas 42 prosenttia. Runtas 50 prosenttia sosiaalipalveluja käyttäneistä arvioi vuonna 2018 tietojen kyselyn useaan kertaan haitanneen palvelun saantia, vuonna 2020 runsas 48 prosenttia, vuonna 2022 56 prosenttia. (Taulukko 24.) Tämän seurannan perusteella sote-keskus-ohjelman kehittämistoimet eivät vuoteen 2022 mennessä olleet vaikuttaneet sosiaalipalveluja käyttäneiden pompotteluun palvelusta toiseen tai siihen, että on joutunut kysymään tietojä useaan kertaan, mikä on ymmärrettävää ohjelman aikataulu huomioiden.

Taulukko 24. Palvelujen yhteentoimivuus

		2018	2020	2022
Hoidon saantia haittasi pompottelu palvelupisteestä toiseen, (%) terveystalvija käyttäneistä	Koko maa	28,4	27	
Hoidon saantia haittasi tietojen kysely useaan kertaan, (%) terveystalvija käyttäneistä	Koko maa	48,2	43,6	
Palvelun saantia haittasi pompottelu palvelupisteestä toiseen, (%) sosiaalipalveluja käyttäneistä	Koko maa	37,2	37,1	42,3
Palvelun saantia haittasi tietojen kysely useaan kertaan, (%) sosiaalipalveluja käyttäneistä	Koko maa	51,2	48,2	56

Yhdessä sovitut toimintamallit Kelan kanssa

Lokakuussa 2023 hankkeilta selvitettiin kyselyllä, onko koko hyvinvointialueen ja Kelan yhteinen toimintamalli asiakasasioiden käsittelyä varten kehitteillä tai käytössä yhteisiä toimintamalleja. Kyselyllä ei kartoitettu sitä, oliko toimintamalli kehitteillä osana sote-keskus-ohjelmaa. Toimeentulotukeen ja muihin etuuksiin liittyvä toimintamalli oli käytössä 14 hyvinvointialueella ja kehitteillä viidellä. Kelan palveluihin liittyvä toimintamalli oli käytössä 12 ja kehitteillä kahdeksalla hyvinvointialueella. Sosiaalihuollon erityistä tukea tarvitsevien asiakkaiden tunnistamiseen ja yhteistyöhön liittyvä yhteinen toimintamalli oli käytössä kuudella ja kehitteillä kymmenellä hyvinvointialueella. Yhdeltä hyvinvointialueella vastausta ei saatu.

THL:n asiantuntija-arvio

Tulevaisuuden sosiaali- ja terveyskeskus -ohjelma ajoittui vuosille 2020–2023. jolloin säädettiin laki hyvinvointialueiden perustamisesta, hyvinvointialueita valmisteltiin ja hyvinvointialueet aloittivat toimintansa vuonna 2023. Ajoitus oli kehittämistyölle haastava. Sote-keskus -ohjelman toteuttamisella rakenneuudistuksen rinnalle pyrittiin tukemaan toimintamallien ja sisältöjen kehittämistä, mutta samalla se tarkoitti ratkaisujen kehittämistä rakenteisiin, joita ei vielä ollut olemassa. Toki jo hankehakuvaiheessa tuli huomioida, että kehitettyjen ratkaisujen tuli sopia uusiin rakenteisiin. Jälkikäisessä arvioituna parempi aloitusaika ohjelmalle olisi voinut olla vuodet 2023–2024, jolloin hyvinvointialueet olivat jo aloittaneet toimintansa ja rakenteet olivat asettumassa.

Ohjelman lähtökohtana oli hyödyntää pääasiallisesti olemassa olevia, jo koeteltuja toimintamalleja ja ratkaisuja. Näin paljolti tehtiinkin, mutta kehittämistyön seuranta osoittaa hyvin, kuinka jo olemassa olevien toimintamallien ja ratkaisujen hyödyntäminen edellyttää niiden sovittamista toimintaympäristöihin ja samalla muutoksia toimintaympäristöissä. Tällainen kehittäminen voi toisinaan olla jopa haastavampaa ja työlämpää kuin uusien mallien ja ratkaisujen kehittäminen suoraan omaan toimintaympäristöön. Olemassa olevien toimintamallien adaptaatioita on tärkeää tehdä harkiten ja myös arvioida adaptaatioiden seurauksia.

Hoitoon pääsyn parantaminen ja psykososiaalisten menetelmien käyttöönotto olivat kaikkia hankkeita velvoittavia kehittämiskohteita. Niiden lisäksi hankkeet toteuttivat lukuisia kehittämistoimenpiteitä hyötytaivoitteiden alla. Hankkeissa laadittiin lähes 1000 toimintamallikuvausta, toteutettiin paljon erilaisia ammattilaisten koulutuksia, otettiin käyttöön asukkaille suunnattuja digitaalisia ratkaisuja sekä tehtiin pieniä parannuksia ja muutoksia prosesseihin.

Kehittämisen kohteita ja toimenpiteitä oli kaikilla hankkeilla runsaasti, mihin osittain vaikutti myös uusien kehittämiskohteiden sisällyttäminen vuoden 2021 täydennyshakuun. Vaikka ohjelmakausi oli pitkä, vain joitain toimintamalleja ja ratkaisuja onnistuttiin alueilla viemään käytäntöön koko alueen kattavasti tai laajemmin kuin vain pilottialueelle. Pilotoinnin hyötynä voi olla ymmärrys siitä, ettei epätarkoituksenmukaista toimintaa jatketa tai laajenneta, millä voidaan myös säästää resursseja. Paljon hankkeissa jäi kuitenkin kesken myös muista syistä, ja toimintamallien käyttöönottoa on suunnitteilla hankkeen jälkeen muissa hankkeissa tai osana perustoimintaa. Mikäli kehittämistyötä ei saada sillattua, on vaarana, että liian paljon jää hyödyntämättä. Koska käyttöönotto oli siis paljolti vielä vaiheessa ohjelman loputtua, tässä kansallisessa seurannassa ja arvioinnissa käytetyissä mittareissa ei ohjelman generoimaa muutosta ole vahvasti vielä näkyvissä.

Koronapandemia osui harmillisesti ohjelmakaudelle ja se varmasti vaikutti kehittämistöiden edistymiseen, kun esimerkiksi ammattilaisia värvättiin ohjelman kehittämistehtävistä pandemiaan liittyviin tehtäviin. Ja muutoinkin jouduttiin kehittämään etäyhteyksien varassa. Toisaalta pandemia joudutti osaltaan digitalisaation edistymistä. Tämän kansallisen seurannan ja arvioinnin kannalta pandemia tuotti haasteita, kun sote-käynnit ja asioinnit sekä vähenivät että kasvoivat pandemian aikana ja sen tulkitseminen, mikä muutos mittareissa johtuu pandemiasta ja mikä ohjelman kehittämistoimista tai muista tekijöistä, tuli entistäkin vaikeammaksi. Joissakin tarkasteluissa mittareissa muutoksen suunta oli päinvastainen ohjelman hyötytavoitteiden kannalta. Tähän selityksenä voi olla useita tekijöitä, esimerkiksi pandemian jälkeinen aika ”hoitovelkoi-neen”, työvoimapula sekä hyvinvointialueille siirtymän valmistelu ja toteutus.

Ohjelmassa käyttöönotettavalle laaja-alaiselle sote-keskukselle ei ole olemassa yhteistä kansallista määritelmää tai mallinnusta. Hankeoppaan (STM 202121) mukaan laaja-alaisessa sosiaali- ja terveyskeskuksessa työskentelisi eri alojen ammattilaisia ja sen mukaan palveluihin kuuluisi ”ainakin perusterveydenhuollon, suun terveydenhuollon, sosiaalityön ja muun sosiaalihuollon palveluita, kotiin vietäviä palveluita ja sähköisiä palveluita, perustason mielenterveys- ja päihdepalveluja, avokuntoutuspalveluja, kansansairauksien ehkäisyä sekä neuvolapalveluita ja muita ehkäiseviä ja jalkautuvia palveluita”. Julkisessa keskustelussa tällainen sote-keskus ei ole esillä: poliitikot ja media puhuvat terveyskeskuksista ja hoidosta. Jatkossakin on tärkeää huomioida myös sosiaalihuollon toiminnan kehittäminen, ovathan sen kustannukset samaa luokkaa kuin erikois-sairaanhoidon, kuten myös monialaisen yhteistyön kehittäminen. Sote-keskuksen tulisikin olla enemmän kuin alueen sote-peruspalvelut. Sote-keskuksessa monialaisten palvelujen yhteentoimivuus ja

yhteistyökäytännöt on sovittu ja ne toimivat oikeasti yhteen. Toimivat sote-keskukset ovat osaltaan ratkaisu hyvinvointialueiden taloushuoliin, henkilöstön veto- ja pitovoiman haasteisiin sekä laadukkaisiin palveluihin ja hoitoon.

Kansallisessa ohjelma- ja hankekehittämisen suunnittelussa on hyvä jatkossa kiinnittää huomiota rajaukseen. Monen sisältöisten hankkeiden sijaan keskittyminen keskeisimpien ratkaisujen huolelliseen mallintamiseen, pilotointiin ja arviointiin sekä kansallisesti yhdessä suunniteltuun laajempaan käyttöönottoon ja adaptointiin voisi olla hedelmällisempää. Tällainen rajausta ja tarkempi tavoitteiden määrittely loisi paremmat edellytykset kansalliselle ohjaukselle, kehittämisen tukemiselle ja vaikuttavuuden arvioinnille. Tällöin STM:llä voisi olla vahvempi ohjaava ote, ja THL voisi tarjota tukea kohdennetummin; vaikka THL tarjosi ohjelman aikana jonkin verran tiiviimpää systemaattisen kehittämisen tukea, paljolti toteutettiin myös vain yleisluonteisia verkostotilaisuuksia.

Myös edellytykset tutkimusperustaiselle käytäntöjen kehittämiseksi ja tutkittujen käytäntöjen implementoinnille paransivat, jos ohjelmat tai hankkeet olisivat rajatumpia tai keskittyisivät samoihin toimintamalleihin. Tällöin voitaisiin paremmin määritellä yhteiset arviointikehikot ja kun sisällöt olisivat samanlaiset, myös yhteiset mittarit olisivat täsmällisemmät ja luotettavammat. Laajan ohjelman arvioinnin haasteet tulevat hyvin esille tässä arviointiraportissa, jossa valitut mittarit ja kyselykysymykset ovat ylätasoisia: ne eivät kaikilta osin kohdennu kaikissa hankkeissa tehtyyn kehittämiseen tai sivuuttavat siitä osan. Lisäksi kansalliset rekisterimittarit voivat muuttua myös monista muista syistä, kuten esimerkiksi koronapandemia osoitti.

Monen sisältöisissä ohjelmissa arviointi pitäisi räätälöidä aluekohtaisemmin kuin tässä kansallisessa arvioinnissa on kyetty tekemään. Kiinnostuneen lukija kannattaakin perehtyä hyvinvointialueiden oma-arviointeihin ja loppuraportteihin, joita on tämän työpaperin liitteenä olevissa seurantaraporteissa tiivistetty vain osittain kuvaamaan hankkeiden sisällöllistä kehittämistä. Huolellinen arviointi edellyttää myös riittävää resurssointia ja arviointiosaamisen vahvistamista.

Palveluiden yhdenvertaisen saatavuuden, oikea-aikaisuuden ja jatkuvuuden parantaminen

Hoitoon pääsyssä parannusta

Sote-keskus-hankkeet panostivat vahvasti hoidon saatavuuden ja hoitoon pääsyn parantamiseen. Kehittämisen keskiössä oli monialainen vastaanotto toiminta ja palvelutarpeen arviointi, ohjaus ja neuvota, asiakkuuksien segmentointi, omatyöntekijän tai vastaavan koordinoivan työntekijän roolin täsmentäminen sekä erilaiset etäasiointimahdollisuudet ja digitaaliset ratkaisut. Asetelma oli tyypillisesti se, että hankkeissa kehitettyyn terveyskeskuksen vastaanottotiimiin kuuluu pääasiassa terveydenhuollon ammattilaisia ja muiden alojen ammattilaisiin ollaan tarvittaessa konsultoitavissa yhteydessä tai nämä jalkautuvat tiimiin. Sikäli kehitettiin enemmänkin terveyskeskuksia kuin aitoja, monialaisia sote-keskuksia. Toisinaan monialaista vastaanottoa kutsuttiin sote-keskukseksi.

Ohjelman haku- ja alkuvaiheessa tavoiteltiin kiirettömään hoitoon pääsyä viikossa hoitotakuun mukaisesti. Petteri Orpon hallitus muutti hoitotakuuta kuitenkin siten, että syksyllä 2023 kiirettömään hoitoon olisi tullut päästä kahdessa viikossa. Ohjelmassa tehdyn kehittämistoimet alkoivatkin näkyä syksyllä 2023 parantuneena hoitoon pääsynä. Orpon hallitus päätti kuitenkin keväällä 2024 palauttaa voimaan vanhan hoitotakuun, jonka mukaan perusterveydenhuollon kiirettömään hoitoon tulee päästä kolmessa kuukaudessa ja suun terveydenhuollon kiirettömään hoitoon kuudessa kuukaudessa. Tämä saattoi näkyä jo vuoden 2024 huhtikuun hienoisessa pudotuksessa hoitoon pääsyssä. Hallituksen päätös ikään kuin mitätöi ohjelman aikana tehdyn hoitoon pääsyä parantavat toimet. Alueiden toivoisi kuitenkin vievän päätökseen ja käytäntöön vaiheeseen jääneitä ratkaisujaan ja pitävän kiinni kahden viikon hoitotakuusta, jolla voi pidemmällä tähtäimellä olla myös suotuisampia talousvaikutuksia kuin hallituksen tekemällä lyhytnäköisellä ratkaisulla. Asukkaiden terveyshaasteet voivat pitkittyessään vaatia pidempiaikaista hoitoa tai kalliimpaa erikoissairaanhoidoa.

Hoidon jatkuvuus heikkeni ohjelmakaudella

Hoidon jatkuvuuden nähdään olevan yhteydessä hoitoon pääsyyn siten, että hyvä hoidon jatkuvuus edesauttaa hoitoon pääsyä. Hoidon jatkuvuus kuitenkin heikkeni tarkastelujaksolla ja ohjelmakauden aikana hieman. Heikkeneminen näkyi Terve Suomi -kyselyn tuloksissa jo ennen ohjelman kehittämistoimien aloitusta. Ohjelman aikana etenkin koronapandemia on osaltaan vaikuttanut jatkuvuuden heikkenemiseen, tosin heikkeneminen ei ole ollut vahvaa ja jatkuvuus on paremminkin ollut heikkoa koko tarkastelujakson ajan. Joissakin hankkeissa kehitettiin omalääkärimallia, joka on nähty ratkaisuksi hoidon jatkuvuuden haasteisiin. Useammassa hankkeessa kehitettiin tiimi- ja omatyöntekijämalleja, jotka voivat edistää hoidon jatkuvuutta. Näiden vaikutusten näkyminen jatkuvuusindekseissä vie aikansa.

Toiminnan painotuksen siirtäminen raskaista palveluista ehkäisevään ja ennakoivaan työhön

Sote-keskus-ohjelmassa kehitettiin lukuisia toimintamalleja ja ratkaisuja sekä järjestettiin koulutuksia, jotka tähtäävät painotuksen siirtämiseen raskaista palveluista ehkäisevään ja ennakoivaan työhön. Kehittämisen kohteita olivat esimerkiksi erilaiset terveyden ja hyvinvoinnin edistämisen toimintamallit, matalan kynnyksen palvelut, ennaltaehkäisy infot ja tietoisuuskampaniat, elintapaohjaus, muistisairauksien ennaltaehkäisy, terveys- ja hyvinvointitarkastukset, omahoito, kuntoutuksen suoravastanotto, etäkuntoutus ja kuntoutuspolut, ehkäisevän ja jalkautuvan päihdetyön mallit, puheeksi oton ja varhaisen tuen mallit, perhevalmennukset, psykososiaalisten menetelmien käyttöönotto ja maksuttoman ehkäisykokeilut.

Kehittämistoimenpiteiden vaikutus ei toistaiseksi näy tämän kansallisen arvioinnin Sotkanetistä koottuissa mittaritiedoissa, mikä johtuu toisaalta siitä, että mittarit ovat varsin yleisiä, ja toisaalta siitä, että kehitettyjä ratkaisuja ei ollut otettu käyttöön alueilla laaja-alaisesti.

Perusterveydenhuollon avosairaanhoidon lääkärikäyntien määrä pieneni koko tarkastelujakson ajan, mutta painopisteen siirtämisen näkökulmasta käyntimäärin tulisi paremminkin kasvaa. Toisaalla muiden kuin lääkärikäyntien osuuden perusterveydenhuollon avosairaanhoidon käynneistä soisi kasvavan, kun turhat lääkärikäynnit jää pois. Osuus oli tarkastelujakson lopussa vain hieman suurempi kuin jakson alussa. Etäasiointikäyntien osuus kaikista perusterveydenhuollon avohoidon käynneistä oli koronapandemian jälkeisen pienen pudotuksen jälkeen taas kasvussa, johon sote-keskus -ohjelman kehittämistoimet ovat varmasti osaltaan vaikuttaneet.

Sote-keskus -ohjelmassa tehty lapsiperhepalveluiden ja perhekeskusten kehittäminen ei ole generoinut muutoksia tarkasteltuihin lapsiperhepalveluiden asiakasmääriin. Lastenneuvolan erityisen tuen tarpeen mukaisten käyntien sekä yksilöllisen tarpeen mukaisten terveystarkastusten määrä sekä kasvatus- ja perheneuvolojen asiakasmäärä ovat viime vuosina olleet laskussa, johon on useita syitä, kuten koronapandemia, soteuudistuksen valmistelu ja sen tuomat muutokset palvelutuotantoon sekä työvoiman saatavuus. Puolet hyvinvointialueista oli osana hanketta avannut avoimia kohtaamispaikkoja lapsille, nuorille ja perheille. Kaikille avoimia kohtaamispaikkoja oli avattu kymmenellä hyvinvointialueella.

Päihdepalvelujen asiakasmäärissä oli laskua tarkastelujaksolla, mutta tämä heijastanee enemmänkin yleisiä muutoksia päihdeiden käytössä kuin sote-keskus-ohjelmassa tehtyjen kehittämistoimenpiteiden vaikutuksia.

Kuntoutuksen kehittäminen näyttäytyi alueilla varsin moninaisena ja sirpaleisena ja kokonaiskuvan luominen arviointiaineiston perusteella on haastavaa. Kuntoutusta kehitettiin eri ikäryhmille ja erilaisille asiakasryhmille. Kehittämisen kohteina olivat esimerkiksi yleiset kuntoutusmallit, kuntoutukseen ohjautuminen, kotikuntoutus, etäkuntoutus, ajasta riippumaton etäkuntoutus, sosiaalinen kuntoutus ja apuvälinepalveluihin liittyvät ratkaisut.

Lasten ja nuorten erikoissairaanhoidon psykiatrian avohoitokäynnit olivat laskussa, mikä voi osaltaan olla seurausta sote-keskus-ohjelmassa tai muulla tavoin tehdyistä panostuksista psykososiaalisten menetelmien käyttöönottoon. Arviointiaineiston perusteella yhteydestä ei kuitenkaan voi tehdä tarkempia päätelmiä.

Psykososiaalisten menetelmien käyttöönotto painottui uusiin menetelmiin

Tulevaisuuden sote-keskus -ohjelman hankeoppaan mukaisesti kaikkiin hankkeisiin tuli sisällyttää psykososiaalisten menetelmien käyttöönotto, mikä kytkeytyi Mielenterveysstrategian (2020–2030) tavoitteeseen edistää näyttöön perustuvien hoitojen ja interventioiden saatavuutta sekä perus- ja erityistason palveluiden yhteistyötä. Hyvinvointialueiden ja yliopistoklinikoiden yhteistyötä tuli vahvistaa niin, että saadaan käyttöön vaikuttavaksi todetut menetelmät yleisimpien lievien ja keskivaikeiden mielenterveys- ja päihdehäiriöiden varhaiseen hoitoon.

Lasten parissa käytettävien psykososiaalisten menetelmien rahoitusta ei ohjelmassa ole juurikaan käytetty lasten parissa työskentelevien ammattilaisten kouluttamiseen vaikuttavaksi todettujen interventioiden käyttöön: osajia on koulutettu alle 50. Tulevaisuuden sosiaali- ja terveyskeskus -ohjelman rahoituksen käytön painopiste on ollut muilla rahoituksilla toteutettavien koulutusten koordinoinnista vastaavien työtekijöiden palkkaamisessa hyvinvointialueittain ja yhteistyörakenteen luomisessa. Lisäksi hyvinvointialueiden ja yliopistoklinikoiden rahoituksella palkkaamat koordinaattorit ovat keskittyneet Terapiat etulinjaan -toimintamallin käyttöönottoon. Koska arvioinnin tiedonkeruu on kohdentunut vain menetelmien osaja- ja käyttömääriin, ei koulutusten koordinaatio toiminnan etenemistä ole aineiston pohjalta mahdollista arvioida.

Lasten parissa on koulutettu osajia uusiin interventioihin: lasten ja nuorten ahdistuksen lyhytinterventioon ja vanhemmille suunnattuun ohjattuun omahoitoon. Omahoidoista ei lasten osalta ole vaikuttavuusnäyttöä, mutta käytöshäiriöiden ja ahdistuksen vanhempainohjannan tietyistä toteutustavoista on osoitettua terveyshyötyä (Linnaranta ym. 2024). On kuitenkin huomioitava, että kokonaisuudessaan lasten parissa työskentelevien mielenterveysosaaminen on todennäköisesti lisääntynyt myös Ohjattu omahoito -koulutusten kautta, ja vaikuttavien menetelmien osajien ja menetelmäohjaajien koulutuksia on toteutettu muilla rahoituksilla. Lasten palveluiden osalta kohderyhmän saama suora terveyshyöty hanketoiminnasta jää tämän seurannan tiedoilla kuitenkin epävarmaksi.

Nuorten parissa käytettävien psykososiaalisten menetelmien käyttöönotto käynnistyi heti hankkeen alkaessa ja vaikuttavien interventioiden osajia on koulutettu selvästi enemmän kuin lasten tai aikuisten parissa käytettäviin menetelmiin.

IPC-N-osajien koulutukset käynnistyivät ensimmäisinä ja ovat hankeaikana edenneet nopeimmin: hankkeen päättyessä tammikuussa 2024 valmistuneita oli 1548 hlö (lisäksi myöhemmin vuonna 2024 valmistuu lisää osajia). CoolKids-osajia on hankkeen päättyessä valmistunut 416 hlö, IPT-N-osajia 179 hlö ja kognitiivisen lyhytinterventio osajaa 208 hlö. Suurimmalla osalla alueista valmistuneiden tai valmistuvien osajien ja menetelmäohjaajien määrät ovat lähellä hankkeiden tavoitemääriä, muutamilla alueilla joissakin menetelmissä jopa hieman yli tavoitteen.

Masennuksen hoidon osalta koulutettujen osajien määrän voidaan arvioida olevan varsin lähellä määrää, joka arvioitiin riittäväksi vastaamaan nuorten palvelutarpeeseen (Linnaranta ym. 2022). Ahdistuksen menetelmäosaajien koulutusten osalta oltiin alussa, ja myös perustasolle sopivimman menetelmän osalta täyttyy jatkaa työtä. Perustasolla on resurssipulasta ja säästötarpeista johtuen tarve muutaman tapaamiskerran hoidoille. Tämä näkyy siinä, että painottuen Etelä-Suomeen on koulutettu 677 hlö nuorten ohjattuihin omahoitoihin. Yläkouluikäisten nuorten omahoidoista ei kuitenkaan ole vaikuttavuusnäyttöä (Linnaranta ym. 2024).

Aikuisten parissa käytettävien psykososiaalisten menetelmien käyttöönotto laajennettiin koskemaan kaikkia hankkeita vuonna 2022. Hankkeen päättyessä aikuisten vaikuttavien interventioiden osajia on koulutettu lähinnä Pohjois-Suomessa, jossa on valmistunut 204 IPC-osajaa.

Aikuisten psykososiaalisten menetelmien käyttöönotossa painopiste on ollut erityisesti verkkopohjaisissa, uusia interventioita koskevissa koulutuksissa. Alueilla on koulutettu huomattava määrä ammattilaisia Mielenterveystalon omahoitoihin ohjaamiseen: hankkeen päättyessä verkkokoulutuksen käyneitä oli yhteensä 2772 ammattilaista. Lisäksi kognitiivisen lyhytinterventio osajia on hankkeen päättyessä valmistunut yhteensä 730 hlö (vuonna 2024 valmistuu lisää osajia). Ohjatun omahoidon -koulutuksen käyneiden ammattilaisten määrä ylittää tavoitteen kahdella YTA-alueella ja kognitiivisen lyhytinterventio osajien määrissä päästiin hankkeen päättyessä tai päästään vuoden 2024 aikana lähelle hankekohtaista tavoitetta tai jopa sen yli. Koska aikuisilla sekä vähintään 10 kerran kognitiivinen terapia että hoitokontaktissa toteutettu omahoito ovat olleet vaikuttavia ahdistuneisuuden hoidossa, voi etenkin aikuisten ahdistuksen vaikuttavan

hoidon saatavuuden arvioida parantuneen näillä koulutuksilla (Ahdistuneisuushäiriöt: Käypä hoito -suositus 2019; Pelkonen & Linnaranta 2023, 4, 29).

Työikäisille on muihin ikäryhmiin verrattuna laajasti tarjolla psykososiaalista hoitoa, sillä he voivat nyt julkiselle sektorille koulutettujen ammattilaisten tarjoaman palvelun lisäksi saada hoitoa myös työterveys-huollosta ja KELA:n psykoterapiakorvauksen mahdollistamana. Sen sijaan jatkossa ikääntyneiden psykososiaalisen hoidon toteutumiseen on THL:n rekisteripohjaisen selvityksen perusteella syytä kiinnittää jatkossa huomiota (Poutanen ym. 2024). Nyt tehdyt koulutukset voivat toivottavasti osaltaan mahdollistaa tätä. Ahdistuksen tai masennuksen psykososiaalisten hoitojen teho ei ole heikentynyt iän myötä ja koulutukset voivat näin merkittävästi parantaa tämän ikäryhmän saamia palveluita (Lindfors 2020).

Koulutettujen osaajien määrien lisäksi tässä hyötytavoitteiden arvioinnissa on seurattu sitä, kuinka laajasti ammattilaiset ovat hyödyntäneet menetelmiä potilas- ja asiakastyössä. Tiedot menetelmien käytöstä olisivat tärkeitä siksi, että menetelmien juurtumista voitaisiin seurata. Menetelmien käyttöä koskevia tietoja ei erillisillä tiedonkeruilla ole kaikilta osin saatu kattavasti ja osittain tiedot perustuvat arvioon tai kuvaavat vain koulutuksen aikaisia hoitajaksoja. Tietoja myös puuttuu. Esimerkiksi laajasti toteutetun Ohjatun omahoidon -koulutuksen mukaisten hoitajaksojen määristä ei juurikaan saatu tietoja. Taulukoista (6, 8 ja 10) puuttuvat tiedot kuvaavatkin psykososiaalisten menetelmien käyttöönoton seurannan ja koulutuksiin tehtyjen satsauksien arvioinnin hankaluutta.

Psykososiaalisten interventioiden toimenpidekoodien käyttöönotto on edennyt eri puolille Suomea. Osittain toteutuneiden hoitajaksojen määriä voi jo seurata Kelan Kanta-palveluiden kautta kertyvistä Terveyshilmon tiedoista, mutta tiedot eivät vielä vastaa koulutusmäärien perusteella oletettuja toteumia. Rekisteritietojenkaan perusteella hyvinvointialueiden vertailu ei vielä ole luotettavaa eikä mahdollista sen arvioimista, kuinka onnistunutta tietyllä rahoituksella toteutettu koulutus on ollut. (Poutanen ym. 2024.) Hankekauden erillisseurannan toteutuksesta saadut kokemukset ovat osoittaneet tarpeen terveyden- ja sosiaalihuollon tietojärjestelmiin perustuvan seurantajärjestelmän edelleen kehittämiseksi. Kun toimenpidekoodien käyttö saadaan kattavaksi, se mahdollistaa lähivuosina luotettavamman seurantajärjestelmän luomisen osamisen käyttöönoton ja juurtumisen seurantaan.

Raporttien perusteella on nähtävissä, että käytännössä kaikilta osin ei ole onnistuttu rahoituksen painottamisessa alaikäisten vaikuttavaksi osoitettujen psykososiaalisten menetelmien saatavuuden parantamiseen. Tämä liittyy ainakin osittain myös epätasaiseen lasten ja nuorten palveluiden henkilöstömäärään eri kunnissa – aina ei ole henkilöstöä koulutettavaksi uusiin menetelmiin. Rahoituksen hyödyllisyyden kannalta eletään edelleen kriittistä vaihetta. Lasten ja nuorten koulutuksista saama terveyshyöty riippuu paljon siitä, onnistuuko nyt koulutettujen vaikuttavien menetelmien juurruttamista tukemaan YTA-alueilla.

Uusina tuotujen menetelmien osuus koulutetuista menetelmistä oli huomattava. Siinä missä rahoituksella tavoiteltiin vaikuttavaksi jo osoitettujen menetelmien käyttöönottoa, hyvinvointialueilla nähtiin resurssipula ja säästötarve tärkeäksi menetelmävalintaan vaikuttavaksi tekijäksi. Tämä ratkaisu korostaa tarvetta jatkossa määritellä nykyistä tarkemmin uusien interventioiden kansallista käyttöönottoa edeltävät tarpeet menetelmien sisällön ja tietopohjan kuvaukselle sekä turvallisuuden, soveltuvuuden ja käytettävyyden arvioinnille. Terveydenhuoltolain (1326/2010, 8 §) mukaan terveydenhuollon toiminnan on perustuttava näyttöön ja hyviin hoito- ja toimintakäytäntöihin.

Jotta psykososiaaliset menetelmät soveltuvat eri kohderyhmille tai eri toimintaympäristöön, ne voivat vaatia muokkausta eli adaptointia (Tani ym. 2024). Itlan selvityksessä (Tani ym. 2024) haastateltujen asiantuntijoiden mukaan psykososiaalisia menetelmiä on Suomessa muokattu pääsääntöisesti ennen käyttöönottoa, hyödyntämättä olemassa olevia adaptoinnin viitekehyksiä. Muokkaukset liittyvät esimerkiksi käännekielen, mutta menetelmiin oli tehty myös suuria muutoksia, kuten koko toteutuksen tai joidenkin sisältöjen muuttaminen digitaaliseen muotoon. Selvityksessä haastateltiin myös sote-uudistuksessa käyttöönotettujen menetelmien kehittäjiä ja käyttöönotossa mukana olleita. Asiantuntijat toivoivat tukea menetelmien kuvaukseen sekä sen arviointiin, miten muokkaukset vaikuttavat menetelmän vaikuttavuuteen, ja korostivat tarvetta laajemmalle kansalliselle yhteistyölle. Myös tuoreessa kirjallisuuskatsauksessa korostetaan, että käyttöönotettavien interventioiden huolellista valintaa ja adaptointia tukisi vielä tarkempi määrittely eri toimijoiden tehtävänkuvista, vastuista ja rakenteista sekä yhteisistä toimintavoista niin palvelujärjestelmän asiantuntijoiden, implementointiosaajien kuin rahoittajien kesken (Seilo ym. 2024).

Palveluiden laadun ja vaikuttavuuden parantaminen

Sote-keskus-ohjelman hankkeet olivat ymmärtäneet palveluiden laadun ja vaikuttavuuden parantamiseen tähtäävän hyötytavoitteen monin eri tavoin ja tekivät varsin moninaista kehittämistyötä sen alla. Kehittämisen kohteita olivat esimerkiksi toimintakulttuurin muutos, vaikuttavuusperustainen ohjaus, erilaiset raportoinnin ratkaisut, laadunhallintajärjestelmät, laatu- ja vaikuttavuusmittarit, käsikirjat ja sote-ammattilaisten digitaaliset palvelut, tutkimustoiminta, asiakasosallisuus, asiakaspalautejärjestelmät ja asiakastyytyväisyyden mittaaminen sekä tiedolla johtaminen ja sen edellytykset. Lisäksi alueet raportoivat normaalia sote-palvelujen kehitystyötä tämän hyötytavoitteen alla.

Kehittämistyö, joka ei ole suoraan asiakkaiden palveluihin kohdistuva kehittämistä, voi näkyä erittäin pitkällä viiveellä mahdollisena palveluiden parantuneena laatuna ja vaikuttavuutena. Asiakkaat olivat tarkastelujaksolla THL:n asiakaspalautekyselyjen mukaan erittäin tyytyväisiä terveysaseman vastaanottopalveluihin ja suun terveydenhuollon palveluihin. Alueiden väliset erot tyytyväisyydessä ovat olleet hyvin pieniä. Tyytyväisyys terveysaseman vastaanottopalveluihin oli vuonna 2022 kuitenkin hieman heikentynyt vuoteen 2020 verrattuna. Tämä voi liittyä koronapandemian tuomiin muutoksiin vastaanottopalveluissa tai kyselyyn vastanneiden määrään kyseisinä mittausvuosina.

Sosiaali- ja terveyspalveluja käyttäneistä 50 prosentin molemmin puolin on kyselyissä ollut tyytyväisiä palvelun sujuvuuteen. Tarkempi laadullinen tutkimus antaisi rikkaampaa kuvaa asiakastyytyväisyydestä. Suurimmat haasteet lienevät palveluihin pääsyssä ja palvelujen yhteentoimivuudessa, ei niinkään itse palveluissa sitten kun niihin on päästy.

Rakenteellisen sosiaalityön toimintatapoja oli otettu käyttöön tai laajennettu osana sote-keskus-hanketta yhteensä 19 hyvinvointialueella ja kehittämistyötä jatketaan Kestävän kasvun ohjelmassa. Näin ollen rakenteellisen sosiaalityön toteuttamisen edellytykset ovat parantuneet melko paljon verrattuna lähtötilanteeseen vuonna 2020, jolloin 9/23 hankealueella ei ollut lainkaan käytössä rakenteellisen sosiaalityön toimintamalleja ja 10/23 hankealueella rakenteellista sosiaalityötä tehtiin vain paikoittain huolimatta siitä, että kyse on vuodesta 2015 alkaen ollut lakisääteisestä toiminnasta (SHL 1301/2014 7§). Laajimmin hankkeen aikana kehitettiin sosiaalista raportointia, esimerkiksi ottamalla käyttöön sosiaalisten raportoinnin kyselylomake, jolla henkilöstö voi ilmoittaa havainnoistaan, sekä kuvattu lomakkeen kautta saadun tiedon analysoimisen ja hyödyntämisen prosessia.

Palveluiden monialaisuuden ja yhteentoimivuuden varmistaminen

Monialaisuuden ja yhteentoimivuuden parantamiseen tähtääviä toimenpiteitä tehtiin sote-keskus-hankkeissa kaikkien hyötytavoitteiden alla olevissa kehittämistoimissa. Vaikka monialaisuus ja yhteentoimivuus on nimetty omaksi hyötytavoitteekseen, ne ovat myös keino muiden hyötytavoitteiden saavuttamiseksi. Esimerkiksi monialainen tiimi voisi parantaa saatavuutta ja nopeuttaa palveluun tai hoitoon pääsyä, kun asiakas ohjautuisi tilanteessaan oikeiden ammattilaisten luo. Hyötytavoitteen mittaamista haastaa esimerkiksi myös, ettei monialaisuudelle ole yksiselitteisiä määritelmiä eikä yhteentoimivuutta voida mitata pelkillä määrällisillä mittareilla.

Koko ohjelma oli panostus monialaisten sote-keskusten kehittämiseen, jossa palvelut toimivat yhteen. Kehittämisen yksilöidymiä kohteita hankkeissa olivat esimerkiksi palvelukokonaisuudet (moniammatillinen digisotekeskus, perhekeskus, diabeteskeskus, palliatiivinen keskus), vastaanoton ja muut moniammatilliset tiimit, neuvonta ja ohjaus monialaisiin palveluihin, omatyöntekijä, vastuutyöntekijä tai koordinaattori, hoito- ja palveluketjut, moniammatillinen tilannekeskus, parityö, konsultaatiokäytännöt, kahden palvelun väliset yhteistyökäytännöt ja verkostomainen työ ammattilaisten kesken.

Palvelujen yhteentoimivuuden kehittämisen näkökulmasta päivystyskäyntien määrän tulisi jonkin verran pienentyä, kun palvelut saadaan toimimaan yhteen ja turhat päivystyskäynnit jäävät pois. Tämä ei vielä näkynyt tarkastelujaksolla. Terveyskeskuslääkärin vastaanotolla yli 10 kertaa vuodessa käyneiden osuus (fyysiset ja etäasioinnit) kaikista terveystieteiden vastaanotolla käyneistä pieneni tarkastelujaksolla pari prosenttia koko maan tasolla. Kun hoitosuunnitelmat ovat kunnossa ja palvelut toimivat yhteen, tulisi turhien lääkärikäyntien jäädä pois. Tähän muutokseen on jo voinut vaikuttaa jonkin verran ennen sote-keskus-ohjelmaa ja myös siinä tehdyt palveluintegraatiota koskevat kehittämistoimet.

Sosiaalipalveluja käyttäneiden kokemukset pompotteluun palvelusta toiseen tai siitä, että on joutunut kysymään tietoja useaan kertaan, olivat jonkin verran lisääntyneet tarkastelujaksolla. Sote-keskus-ohjelman kehittämistoimet eivät ehtineet näihin kokemuksiin vielä vaikuttaa. Arviointiaineiston perusteella ei voi tehdä tulkintaa siitä, mistä muutos johtuu.

Palvelujen yhteentoimivuutta on kehitetty Suomessa paljon jo ennen sote-keskus-ohjelmaa ja sen aikana. Tätä kehittämistyötä ei missään tapauksessa saa lopettaa esimerkiksi talouspaineissa. Tarvitaan vielä tarkempaa erittelyä ja kehittämistä sen osalta, millaisten asiakasryhmien kohdalla palvelujen yhteensovittaminen on tarpeellista ja millaisin mallein palveluja sovitetaan yhteen.

Suosituksat tuleviin sosiaali- ja terveydenhuollon kansallisiin kehittämishjelmiin

Tulevaisuuden sosiaali- ja terveyskeskus -ohjelma oli vuorovaikutteinen oppimisprosessi niin hyvinvointialueille, THL:n asiantuntijoille kuin sosiaali- ja terveysministeriöllekin. Siitä saadut opit tulee huomioida tulevissa sosiaali- ja terveydenhuollon kansallisissa kehittämishjelmissä. Siirtymä hyvinvointialueille on merkinnyt tutkimus-, kehittämis- ja innovaatioosaamisen keskittymistä alueilla, ja alueiden omaa TKI-toimintaa tulee entisestään vahvistaa. Nämä TKI-rakenteet luovat edellytykset vahvalle kehittämissaamiselle ja niiden kautta voidaan tukea kehitettävien ratkaisujen mallintamista tai adaptointia sekä huolellista implementointia ja arviointia.

Alueet ovat vastuussa oman toimintansa kehittämisestä, ja kehittämisen tulee tapahtua mahdollisimman paljon osana arkitoimintaa. Silti tarvitaan kansallisia kehittämishjelmia, joissa ohjausvastuu on sosiaali- ja terveysministeriöllä ja joissa THL:llä on vastuu kehittämisen tuesta. Suosittelemme seuraavaa tuleviin kansallisiin kehittämishjelmiin:

- 1) Kehittämishjelmien tulee olla kompaktin kokoisia ja riittävän raamitettuja, mikä mahdollistaa alueiden yhteiskehittämisen ja vertailun keskenään.
- 2) Kansallisten ohjelmien fokuksen tulee olla kansallisten mallien yhteiskehittämisessä, joita alueet räätälöivät omiin alueisiinsa sopiviksi ratkaisuiksi ja ottavat ohjelman aikana käyttöön.
- 3) THL:n antama kehittäminen tuki alueille tulee organisoida systemaattiseksi ja kehittämisen prosessia ja vaiheita tukevaksi.
- 4) Kehittämissuunnitelmiin tulee sisällyttää kehitettävien paikallisten ratkaisujen käyttöönottosuunnitelma aikatauluineen.
- 5) Kun kehittämishjelmalle on määritelty täsmälliset, mitattavat tavoitteet, ohjelman alussa voidaan sopia kaikille alueille yhteiset seurannan ja arvioinnin mittarit, joilla paikallisten ratkaisujen avulla saavutettua muutosta seurataan ja arvioidaan ja joiden lisäksi alueilla voi olla omia mittareitaan.
- 6) Kansallisen arvioinnin ja alueiden oma-arvioinnin tulee olla mahdollisimman reaaliaikaista, jotta ne tukevat kehittämistyötä. Tätä tukisi avoin, helppokäyttöinen digitaalinen alusta.
- 7) Tulevissa kansallisissa kehittämishjelmissä sitoutumista ja tulosvastuuta voisi edistää omarahoitussuuden edellyttäminen hyvinvointialueilta esimerkiksi työpanoksen muodossa tai rahoituksen kytkeminen osittain tulosten saavuttamiseen.

Lähteet

- Ahdistuneisuushäiriöt. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Suomen Psykiatriyhdistys ry:n ja Suomen Nuorisopsykiatrisen yhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2019. Saatavilla internetissä: www.kaypahoito.fi
- Hallitusohjelma 16.6.2023. Vahva ja välittävä Suomi. Neuvottelutulos hallitusohjelmasta 16.6.2023.
- HE 74/2022. Hallituksen esitys eduskunnalle laiksi terveydenhuoltoain muuttamisesta ja siihen liittyviksi laeiksi. Helsinki 2021.
- Hallituksen esitysluonnos (2024) Hallituksen esitys eduskunnalle laeiksi terveydenhuoltolain ja korkeakouluopiskelijoiden opiskeluterveydenhuollosta annetun lain muuttamisesta, 24.6.2023.
- Koivisto, J. & Muurinen, H. (2024) Tulevaisuuden sosiaali- ja terveyskeskus -ohjelman hyötytavoitteiden toteutumisen kansallinen seuranta ja arviointi: Kevät 2024. THL, Työpaperi xx/2024.
- Koivisto, J. & Muurinen, H. (2023) Tulevaisuuden sosiaali- ja terveyskeskus -ohjelman hyötytavoitteiden toteutumisen kansallinen seuranta ja arviointi: Kevät 2023. THL, Työpaperi 29/2023.
- Koivisto, J. & Muurinen, H. (2022) Tulevaisuuden sosiaali- ja terveyskeskus -ohjelman hyötytavoitteiden toteutumisen kansallinen seuranta ja arviointi: Syksy 2021. THL, Työpaperi 07/2022.
- Koivisto, J., Muurinen, H. & Parviainen, L. (2021) Tulevaisuuden sosiaali- ja terveyskeskus -ohjelman hyötytavoitteiden toteutumisen kansallinen seuranta ja arviointi: Lähtötilanne. THL, Työpaperi 3/2021.
- Koivisto, J., Muurinen, H. & Parviainen, L. (2022) Tulevaisuuden sosiaali- ja terveyskeskus -ohjelman hyötytavoitteiden toteutumisen kansallinen seuranta ja arviointi: Kevät 2022. THL, Työpaperi 40/2022.
- Koivisto, J., Muurinen, H. & Parviainen, L. (2023) Tulevaisuuden sosiaali- ja terveyskeskus -ohjelman hyötytavoitteiden toteutumisen kansallinen seuranta ja arviointi: Syksy 2022. THL, Työpaperi 5/2023.
- Koivisto, J., Muurinen, H. Syrjä, V. & Parviainen, L. (2021) Tulevaisuuden sosiaali- ja terveyskeskus -ohjelman hyötytavoitteiden toteutumisen kansallinen seuranta ja arviointi: Kevät 2021. THL, Työpaperi 20/2021.
- Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista (28.12.2012/980): <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2012/20120980>
- Lindfors, O (2020). Psykoterapian teho iäkkäiden depression hoidossa (Näytönastekatsaus, artikkelin tunnus: nak04380). Käypä hoito -suosituksessa: Depressio. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Psykiatriyhdistys ry:n asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2024 (viitattu 1.7.2024). Saatavilla internetissä: www.kaypahoito.fi
- Linnaranta, O., Pelkonen, I., Kaltiala, R., Marttunen, M., Paavola, E.J., Sourander, A. (2024) Itsehoidot, omahoidot ja verkkoterapia lasten ja nuorten mielenterveysongelmien ehkäisyssä ja hoidossa. Duodecim; lääketieteellinen aikakauskirja, 140:15–xx.
- Linnaranta, O., Ranta, K., Marttunen, M., Aalto-Setälä, T., Stähle, M., Suvisaari, J. & Vorma, H. (2022) A national implementation of Interpersonal Counselling, Adolescent version (IPC-A) in Finland. *Psychiatria Fennica* 53:24–35.
- Pelkonen, I. & Linnaranta, O. (2023) Mielenterveyspalveluiden täydentäminen teknologian avulla. *Ohjaus* 18/2023. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Sara, T., Seilo, N., Mellenius, N., Kouvonen, P. & Linnaranta, O. (2024) Kohti tietoisia valintoja – selvitys psykososiaalisten menetelmien muokkauskemuksista. Pointti: Selkeästi tutkimuksesta 1/2024. Itsenäisyyden juhluvuoden lastensäätiö Itla. <https://itla.fi/wp-content/uploads/2024/06/Pointti-adaptointi-1-2024.pdf> (Viitattu 1.7.2024).
- Seilo, N., Lindholm, L., Tani, S., Laajasalo, T., Lämsä, R., Cresswell-Smith, J., Kouvonen, P., & Linnaranta, O. (2024). Psykososiaalisen intervention adaptointi - kuvaus keskeisistä näkökulmista ja käsitteistä. *Kasvun tuki -aikakauslehti*, 4(1). <https://doi.org/10.61259/kt.144999>
- Sosiaali- ja terveysvaliokunta (2022) Valiokunnan mietintö StVM 12/2022 vp.
- STM (2021) Tulevaisuuden sosiaali- ja terveyskeskus 2020–2023. Ohjelma ja hankeopas. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2021:27. Sosiaali- ja terveysministeriö.
- STM 2023. Perusterveydenhuollon hoitotakuu tiukkennee kahteen viikkoon syyskuussa 2023. Sosiaali- ja terveysministeriön tiedote, 19.1.2023.
- Vorma, H., Rotko, T., Larivaara, M. & Koslof, A. (2020) Kansallinen mielenterveysstrategia ja itsemurhien ehkäisyohjelma vuosille 2020–2030. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2020:6. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.

Liite 1. Sosiaali- ja terveyskeskus -ohjelman kansalliset seurantamittarit

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

Hyötystavoite	Mittari	Lähde	Seurantafrekvenssi
HT 1	Perusterveydenhuollon avosairaanhoidon lääkärin kiireettömän käynnin odotusaika 0–14 vrk hoidon tarpeen arvioinnista, % toteutuneista käynneistä	Avohilmo	Kolmen kuukauden välein 2019 alkaen
HT 1	Perusterveydenhuollon avosairaanhoidon sairaan-/terveydenhoitajan kiireettömän käynnin odotusaika 0–14 vrk hoidon tarpeen arvioinnista, % toteutuneista käynneistä	Avohilmo	Kolmen kuukauden välein 2019 alkaen
HT 1	Perusterveydenhuollon suun terveydenhuollon hammaslääkärin kiireettömän käynnin odotusaika 0–90 vrk hoidon tarpeen arvioinnista, % toteutuneista käynneistä	Avohilmo	Kolmen kuukauden välein 2019 alkaen
HT 1	Asioi aina tai usein saman lääkärin kanssa (%)	Terve Suomi -kysely	Kahden vuoden välein 2018 alkaen
HT 1	Asioi aina tai usein saman hoitajan kanssa (%)	Terve Suomi -kysely	Kahden vuoden välein 2018 alkaen
HT 1	Hoidon jatkuvuus (COCI) perusterveydenhuollon avosairaanhoidon lääkärikäynneillä	Sotkanet ind. 5502	Vuoden välein 2019 alkaen
HT 1	Hoidon jatkuvuus (COCI) perusterveydenhuollon avosairaanhoidon hoitajakäynneillä	Sotkanet ind. 5503	Vuoden välein 2019 alkaen
HT 1	Monisairaiden hoidon jatkuvuus (COCI) perusterveydenhuollon avosairaanhoidon lääkärikäynneillä	Sotkanet ind. 5506	Vuoden välein 2019 alkaen
HT 1	Monisairaiden hoidon jatkuvuus (COCI) perusterveydenhuollon avosairaanhoidon hoitajakäynneillä	Sotkanet ind. 5507	Vuoden välein 2019 alkaen
HT 1	Asiakkaan odotusaika sosiaalihuollon työntekijän (sosiaalityöntekijä tai sosiaaliohjaaja) kiireettömälle käynnille ajanvarauksesta Lapsiperheiden, työikäisten ja iäkkäiden palveluissa	Kysely hankkeille	Kerran vuodessa 2020 syyskuusta alkaen
HT 1	Kokenut esteitä ja huolia sähköisten palvelujen käytössä (%)	Terve Suomi -kysely	Kahden vuoden välein 2020 alkaen

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

Hyötystavoite	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	Lastenneuvolan erityisen tuen tarpeen mukaiset käynnit ja yksilöllisen tarpeen mukaiset terveystarkastukset / 1000 vastaavan ikäistä asukasta	Sotkanet ind. 5110	Kerran vuodessa 2016 alkaen
HT 2	Kasvatus- ja perheneuvoloiden asiakkaat vuoden aikana, kunnan kustantamat palvelut	Sotkanet, ind. 1919	Kerran vuodessa 2016 alkaen
HT 2	Perheitä lapsiperhepalveluiden kotipalveluissa, % lapsiperheistä	Sotkanet ind. 3519	Kerran vuodessa 2016 alkaen

Liite 1. Sosiaali- ja terveyskeskus -ohjelman kansalliset seurantamittarit

HT 2	Perheitä lastensuojelun kotipalveluissa, % lapsiperheistä	Sotkanet ind. 3517	Kerran vuodessa 2016 alkaen
HT 2	Perheitä lapsiperhepalveluiden 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, % vastaavan ikäisestä väestöstä	Sotkanet ind. 191	Kerran vuodessa 2016 alkaen
HT 2	Kiireellisesti vuoden aikana sijoitettuna olleet 0–17-vuotiaat, % vastaavan ikäisestä väestöstä	Sotkanet ind. 1078	Kerran vuodessa 2016 alkaen
HT 2	Erikoissairaanhoidon avohoitokäynnit, lastenpsykiatria / 1 000 0–12-vuotiasta	Sotkanet, ind. 2483	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 vastaavan ikäistä	Sotkanet ind. 2573	Kerran vuodessa 2016 alkaen
HT 2	Aikuisten mielenterveyden avohoitokäynnit / 1 000 18 vuotta täyttänyttä	Sotkanet ind.3075	Kerran vuodessa 2016 alkaen
HT 2, 1	Nuorten mielenterveyshäiriöiden ennaltaehkäisyyn ja hoitoon soveltuvien psykososiaaliset menetelmien ohjaaja- ja osaajakoulutukset sekä aloitetut hoitokäynnit hankeajankautena: Masennusoireistoon suunnattu Inter Personal Counseling (IPC-N) -menetelmä Ahdistuneisuusoireiluun suunnattu CoolKids -menetelmä Muut menetelmät	Valtionhallinnon hanke-salkku	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	Valtionhallinnon hanke-salkku	Puolen vuoden välein
HT 2	Mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriöt pl. päihteiden käytön ongelmat perusterveydenhuollon lääkärin avosairaanhoidon vastaanoton käyntisyynä, % kirjatuista käyntisyistä	Sotkanet ind. 5012	Kerran vuodessa 2016 alkaen
HT 2	Päihteiden aiheuttamat ongelmat perusterveydenhuollon lääkärin avosairaanhoidon vastaanoton käyntisyynä, % kirjatuista 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

Liite 1. Sosiaali- ja terveyskeskus -ohjelman kansalliset seurantamittarit

HT 2	Kotona asuvat 75 vuotta täyttäneet, % vastaavan ikäisestä väestöstä	Sotkanet, ind. 1570	Kerran vuodessa 2016 alkaen
HT 2	Kotona asuvat 85 vuotta täyttäneet, % vastaavan ikäisestä väestöstä	Sotkanet, ind. 1251	Kerran vuodessa 2016 alkaen
HT 2	Säännöllisen kotihoidon piirissä olevat 75 vuotta täyttäneet, % vastaavan ikäisestä väestöstä	Sotkanet ind. 5513	Kerran vuodessa 2016 alkaen
HT 2	Säännöllisen kotihoidon piirissä olevat 85 vuotta täyttäneet, % vastaavan ikäisestä väestöstä	Sotkanet ind. 5512	Kerran vuodessa 2016 alkaen
HT 2	Omaishoidon tuen 75 vuotta täyttäneet hoidettavat vuoden aikana, % vastaavan ikäisestä väestöstä	Sotkanet ind. 3262	Kerran vuodessa 2016 alkaen
HT 2	Omaishoidon tuen 85 vuotta täyttäneet hoidettavat vuoden aikana, % vastaavan ikäisestä väestöstä	Sotkanet ind. 3506	Kerran vuodessa 2016 alkaen
HT 2	Ikääntyneiden tavallisen palveluasumisen 75 vuotta täyttäneet asiakkaat 31.12., % vastaavan ikäisestä väestöstä	Sotkanet ind. 3544	Kerran vuodessa 2016 alkaen
HT 2	Ikääntyneiden tavallisen palveluasumisen 85 vuotta täyttäneet asiakkaat 31.12., % vastaavan ikäisestä väestöstä	Sotkanet ind. 3545	Kerran vuodessa 2016 alkaen
HT 2	Ikääntyneiden tehostetun palveluasumisen 75 vuotta täyttäneet asiakkaat 31.12., % vastaavan ikäisestä väestöstä	Sotkanet ind. 3261	Kerran vuodessa 2016 alkaen
HT 2	Ikääntyneiden tehostetun palveluasumisen 85 vuotta täyttäneet asiakkaat 31.12., % vastaavan ikäisestä 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	Alueella osana sote-keskus-hanketta avatut lasten, nuorten ja perheiden matalan kynnyksen avoimet fyysiset kohtaamispaikat (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 osana sote-keskus-hanketta avatut kaikille asukkaille tarkoitettuja matalan kynnyksen avoimet fyysiset kohtaamispaikat (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 yhteisösosiaalityötä, kuten etsivää sosiaalityötä tai erityisryhmien parissa tehtävää sosiaalityötä Yhteisösosiaalityötä tehdään hankealueen kunnissa/yhteistoiminta-alueella asukkaiden tarpeiden kannalta: 1 – 5 (1 = ei lainkaan, 5= tarpeita vastaavalla tavalla)	Kysely hankkeille	Kerran vuodessa 2020 alkaen
HT 4	Onko alueella sovittu koko hyvinvointialueen yhteinen toimintamalli työttömien työ- ja toimintakyvyn tuen tarpeiden arviointia varten? <ul style="list-style-type: none">käytössä/kehitteillä/eityökyvyn tuen tiimi/muu toimintamalli	Kysely hankkeille	Kerran vuodessa 2020 alkaen
HT 2	Millainen kuntoutuksen toimintamalli (Kuntoutuksen uudistamiskomitean ehdotukset 2017, s. 40–41) on kehitteillä/kehitetty hyvinvointialueella (esim. kuntoutuspolut lapsilla/työikäisillä/ikäntyneillä, johtaminen, kuntoutuksen hyvät käytännöt) ja missä vaiheessa sen käyttöönotto on?	Kysely hankkeille	Kerran vuodessa 2022 alkaen
HT 2	Onko hyvinvointialueen Tulevaisuuden sote-keskus -hankkeessa kehitetty seuraavia kuntoutuksen suoravastaanottopalveluita? <ul style="list-style-type: none">Fysioterapeutin suoravastaanottopalvelutToimintaterapeutin suoravastaanottopalvelutPuheterapeutin suoravastaanottopalvelut	Kysely hankkeille	Kerran vuodessa 2022 alkaen
HT 2	Onko hyvinvointialueen Tulevaisuuden sote-keskus -hankkeessa kehitetty kuntoutuksen etäpalveluja liittyen <ul style="list-style-type: none">konsultaation kehittämiseen perus- ja erikoistason välillä?reaaliaikaisen kuntoutuksen toteutukseen esim. terapiat?	Kysely hankkeille	Kerran vuodessa 2022 alkaen

	<ul style="list-style-type: none"> ajasta riippumattomaan etäkuntoutukseen (esim. erilaiset ohjelmat, pelit, tehtävät, harjoitteet)? 		
HT 2	<p>Onko hyvinvointialueen Tulevaisuuden sote-keskus -hankkeessa kehitteillä kotikuntoutuksen etäpalveluja?</p> <ul style="list-style-type: none"> kyllä ei 	Kysely hankkeille	Kerran vuodessa 2022 alkaen
HT 2	<p>Miten sosiaalista kuntoutusta on kehitetty hyvinvointialueen Tulevaisuuden sote-keskus -hankkeessa?</p> <ul style="list-style-type: none"> Osallistuimme THL:n sosiaalityön vaikuttavat toimintamallit -työpajasarjaan Muuten, miten? 	Kysely hankkeille	Kerran vuodessa 2022 alkaen

Hyötytavoite 3: Palveluiden laadun ja vaikuttavuuden parantaminen

Hyötytavoite	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, (%) terveyspalveluita käyttäneistä	Terve Suomi -kysely	Kahden vuoden välein 2018 alkaen
HT 3, 4	Koki palvelun sujuvaksi, (%) sosiaalipalveluita käyttäneistä	Terve Suomi -kysely	Kahden vuoden välein 2018 alkaen
HT 3	<p>Asiakaskohtaisia vaikuttavuuden ja toimintakyvyn mittareita on sosiaalipalveluissa käytössä, syyskuussa 202X, xx % kuntapohjaisen alueen kunnista, yhteistoiminta-alueella?</p> <p>AVAIN</p> <p>Kykyviisari</p> <p>RAI-välineistöön kuuluva mittari</p> <p>Onko jonkin muun sosiaalipalvelujen asiakaskohtaisen vaikuttavuuden ja toimintakyvyn mittarin käyttöönottoa laajennettu hankealueella ajalla xxx-xxx?</p>	Kysely hankkeille	Kerran vuodessa 2020 alkaen
HT 3	<p>Onko rakenteellisen sosiaalityön toteuttamista laajennettu hankealueella ajalla xxx – xxx?</p> <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

Hyötytavoite	Mittari	Lähde	Seurantafrekvenssi
HT 4	Päivystyskäynnit perusterveydenhuollossa (ml. yhteispäivystys) / 1 000 asukasta	Sotkanet ind. 5081	Kerran vuodessa 2016 alkaen
HT 4	Terveyskeskuslääkärin vastaanotolla yli 10 kertaa vuodessa käyneet, % terveyskeskuslääkärin vastaanotolla käyneistä	Sotkanet ind. 5021	Kerran vuodessa 2016 alkaen
HT 4	Hoidon saantia häyttäsi pompottelu palvelupisteestä toiseen, % terveyspalveluja käyttäneistä	Terve Suomi -kysely	Kahden vuoden välein 2018 alkaen
HT 4	Hoidon saantia häyttäsi tietojen kysely useaan kertaan, % terveyspalveluja käyttäneistä	Terve Suomi -kysely	Kahden vuoden välein 2018 alkaen
HT 4	Palvelun saantia häyttäsi pompottelu palvelupisteestä toiseen, % sosiaalipalveluja käyttäneistä	Terve Suomi -kysely	Kahden vuoden välein 2018 alkaen
HT 4	Palvelun saantia häyttäsi tietojen kysely useaan kertaan, % sosiaalipalveluja käyttäneistä	Terve Suomi -kysely	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

Liite 2. Hankealuekohtaiset seurantaraportit

Julkaisun liitteet on tallennettu pdf-tiedostoina [julkaisuarkistoon](#).

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